



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

ΟΛΓΑ Χ. ΜΠΕΛΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΨΗ

ΜΑΙΡΗ ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής διατριβής συνέβαλλαν σημαντικά άτομα τα οποία θέλω να ευχαριστήσω, διότι χωρίς την καθοριστική βοήθεια τους θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της.

Πρώτα από όλα θα πρέπει να ευχαριστήσω θερμότερα την επιβλέπουσα Καθηγήτρια κ. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα για την ερευνητική καθοδήγηση και υποστήριξη της.

Ιδιαίτερος ευχαριστώ τον κ. Αλετρά Βασίλειο για την σημαντική βοήθειά του στη διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου, καθώς και τον κ. Ζάβρα Δημήτριο και κ. Κυριακό Ιωάννη για την συμβολή τους στην στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων.

Ευχαριστώ επίσης την κ. Μαντέλη Γεωργία Διευθύντρια του Κ.Υ Φαρκαδόνας, τον κ. Παπανίκο Ιωάννη Διευθυντή του Κ.Υ Καλαμπάκας, τον κ. Βενιζέλο Μιχαήλ Διευθυντή του Κ.Υ Πύλης, για τη συνεργασία τους, και την ιδιαίτερα θετική στάση που επέδειξαν κατά την διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Ευχαριστώ ακόμα, όλους τους ασθενείς των Κ.Υ του Ν.Τρικάλων που διέθεσαν μέρος του χρόνου τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Ευχαριστώ, τον κ. Μιχαλάκη Χρήστο Αντιπεριφερειάχη Θεσσαλίας, την κ. Παρασκευούδη Θέκλα-Ευαγγελία πολιτευτή του Ν. Λάρισας, την κ. Ανδρούτσου Λορένα υποψήφια διδάκτορα του Τμήματος Οικονομικών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, τον κ. Κάτσικα Αχιλλέα νοσηλευτή, για την προτροπή τους να πραγματοποιήσω τη συγκεκριμένη έρευνα στο Ν. Τρικάλων.

Ακόμα, ένα μεγάλο ευχαριστώ τον ξάδελφό μου Μάνο Θωμά και τις φίλες μου Δημητρίου Λουκία, Κουσερή Παναγιώτα που με βοήθησαν στην ηλεκτρονική καταχώρηση των ερευνητικών δεδομένων.

Τελειώνοντας, αφιερώνω τη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική διατριβή στον Τρικαλινό υπολοχαγό του Ελληνικού Στρατού Ήρας Απόστολο Χ. Στεργιόπουλο. Εις μνήμη του γενναίου αυτού αξιωματικού που έπεσε υπερασπιζόμενος την ελευθερία στη μάχη του Ελληνικού Στρατού ενάντια των Γερμανικών κατοχικών δυνάμεων που δόθηκε στη Σέλιανη-Κρυσταλλοπηγή Παραμυθιάς Θεσπρωτίας, τόπο καταγωγής μου, στις 17/09/1944.

Όλγα Χ. Μπέλλου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	58
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	116

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία
Ε.Σ.Υ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Υ	Κέντρο Υγείας
Π.Ι	Περιφερειακό Ιατρείο
Π.Π.Ι	Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο
Ε.Π.Ι	Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο
Α.Ε.Π	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ο.Τ.Α	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Μ.Κ.Ο	Μη Κυβερνητική Οργανώση
Ε.Ε	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ο.Ο.Σ.Α	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ι.Κ.Α	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ο.Γ.Α	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
PCA	Principal Component Analysis
B.M.A	British Medical Association
W.O.N.C.A	World Family Doctors Caring for People

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Κύρια μέθοδος αξιολόγησης και ανατροφοδότησης ενός συστήματος υγείας όπως αναδεικνύεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η καταγραφή της άποψης των χρηστών. Η μέτρηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία προκειμένου να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής ερευνητικής διατριβής είναι η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα Κέντρα Υγείας του Ν.Τρικάλων.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των 344 ενήλικων χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των τριών (3) Κέντρων Υγείας του Ν. Τρικάλων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Μάιο-Σεπτέμβριο 2010. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κοινωνικοοικονομικά στοιχεία καθώς και 27 ερωτήσεις βάση της εξάβαθμης κλίμακας Likert. Οι ασθενείς ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας. Για την στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε αρχικά περιγραφική στατιστική επεξεργασία και ακολούθησε ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων ανέδειξε τις ακόλουθες αρχικές ομαδοποιήσεις ερωτήσεων: ιατρική εξέταση, νοσηλευτικό & λοιπό προσωπικό, καθαριότητα των Κ.Υ , περιβάλλον των Κ.Υ. Οι δυο πρώτες κλίμακες είχαν ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach, ενώ οι υπόλοιπες εξαιρέθηκαν λόγω χαμηλής εσωτερικής συνοχής. Καταγράφηκε υψηλό ποσοστό εμπιστοσύνης στο έργο των ιατρών, ενώ

ικανοποιητικά κρίνονται και τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Τέλος η μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης ήταν 3,495 σαφώς μικρότερη από τις μέσες τιμές αθροιστικών κλιμάκων για την ιατρική εξέταση, το νοσηλευτικό & λοιπό προσωπικό που ήταν 4,123 και 4,084 αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι συγκεκριμένες αξιολογήσεις των τριών (3) Κέντρων Υγείας του Ν. Τρικάλων είναι υψηλές, ωστόσο υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών . Πρέπει να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα προκειμένου να αποδειχθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να κατευθυνθούν οι σύγχρονες πολιτικές υγείας προκειμένου να ενισχυθεί ο ρόλος της Π.Φ.Υ.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, κέντρο υγείας, ποιότητα

ABSTRACT

The patient's satisfaction is an index of the quality of supplied health services. Therefore recording the user's opinion is the main method of evaluating the health care system in general. This method is helping us to get the feedback we need in order to estimate the quality of health services provided to the users at the three Health Centers of the Prefecture of Trikala and have useful conclusion emerges.

The **purpose** of the present study is to estimate the user's satisfaction with further aim to determine any flaws and to improve the supplied health services in at the Health Care Centres in the Prefecture of Trikala. The results are based on the analysis and the interpretation of information that comes from the questionnaires.

MATERIAL & METHODS

A specific questionnaire was created by means of literature review for the measurement of user's satisfaction. The questionnaire contained socio-demographic

data therefore items that express patient's satisfaction expressed on a 6-point Likert scale. All the participants provided their informed consent. Descriptive statistical analysis and principal component analysis were applied to questionnaires from a sample of 344 adult users visited the three (3) Health Centers of the Prefecture of Trikala from May-September 2010.

RESULTS

The factors derived initially were: medical examination, nursing & other staff, health center's cleaning, health center's environment. The first two (2) scales have satisfactory Cronbach coefficients, whereas that related to Health Center's cleaning and environment were excluded due to its low internal consistency. User's satisfaction with the doctor's clinical work was high, therefore a high satisfaction with nursing and other staff work is recorded. Finally the mean value of overall satisfaction was 3,495, which is lower than the mean satisfaction scores of "medical examination" and "nursing other staff" (4,123), (4,084).

CONCLUSIONS

The evaluation of the three Health Center's of the Prefecture of Trikala is high, although health services can be improved. Further research with larger population samples is required for the the questionnaire's validation. Future health policies should change direction and support primary health care.

Keys: Primary health care, patient's satisfaction, health center, quality

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ένας παγκόσμιος κοινωνικός στόχος. Βασικότατο στοιχείο για την επίτευξη του στόχου αυτού, αποτελεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), γεγονός που οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) στη διακήρυξη της Alma-Ata (1978).

Η διακήρυξη της Alma-Ata αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης των συστημάτων υγείας προς την Π.Φ.Υ. Η ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της αγωγής υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη στην αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του, αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των πολιτικών υγείας πολλών χωρών^{1,2}. Απώτερος σκοπός του Π.Ο.Υ ήταν “ Υγεία για όλους έως το 2000 “. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού, στη διακήρυξη της Alma-Ata θεσπίστηκε συγκεκριμένο πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο η Π.Φ.Υ³:

1. Απευθύνεται στα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας και εξασφαλίζει αντίστοιχα υπηρεσίες προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
2. Περιλαμβάνει τη διαφώτιση στα μείζονα θέματα υγείας καθώς και στις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
3. Εξασφαλίζει καλή και σωστή διατροφή, υγιεινή ύδρευση και βασικές εγκαταστάσεις υγιεινής.
4. Προσφέρει υγειονομική περίθαλψη στην μητέρα και το παιδί.
5. Περιλαμβάνει τον οικογενειακό προγραμματισμό
6. Προσφέρει εμβολιασμό για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα

7. Προσφέρει πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων
8. Προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών παρέχοντας τα απαραίτητα φαρμάκα.
9. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογενείας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) .
10. Βρίσκεται σε συνεχή διασύνδεση με τις μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
11. Προάγει με την κατάλληλη εκπαίδευση, την υπευθυνότητα των ατόμων της κοινότητας και την συμμετοχή τους στον προγραμματισμό, την οργάνωση, λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας όσο το δυνατό πληρέστερα τους τοπικούς, εθνικούς και άλλους διαθέσιμους πόρους
12. Είναι το κλειδί για την εξασφάλιση ενός επιπέδου υγείας που επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή
13. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας και ενεργοποιεί πέρα από τον τομέα της υγείας όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης (γεωργία, την κτηνοτροφία, την παραγωγή τροφίμων, την βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη στέγαση, τα δημόσια έργα, τις επικοινωνίες κ.α)

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν επικρατήσει πολλοί ορισμοί για την Π.Φ.Υ. Ποιος είναι όμως ο ορισμός της;

1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, που είναι προσιτές σε όλα τα μέλη κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, με απαραίτητη τη σύμφωνη ανταπόκριση και στήριξη της πολιτείας³.

2. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το εθνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης της δημόσιας υγείας⁴.

Η Π.Φ.Υ αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας. Η Π.Φ.Υ οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας⁵.

Οι μονάδες Π.Φ.Υ κατέχουν προεξέχουσα θέση στην καθημερινότητα των ανθρώπων. Αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί οργάνωση, συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια).

Ο ρόλος των μονάδων Π.Φ.Υ είναι το φιλτράρισμα των περιπτώσεων (gatekeeper) που προσέχονται σε αυτή, πριν προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ'επέκταση τον περιορισμό των δαπανών^{1,6}. Στους σκοπούς της Π.Φ.Υ περιλαμβάνονται^{6,7,8}:

1. Αγωγή και Προαγωγή Υγείας
2. Αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος
3. Φροντίδα υγείας της μητέρας – βρέφους
4. Οικογενειακός προγραμματισμός

5. Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν σε μια χώρα
6. Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων
7. Εξασφάλιση αναγκαίας φαρμακευτικής αγωγής

Γίνεται άμεσα κατανοητό ότι, η Π.Φ.Υ μέσω των παρακάτω πέντε βασικών αρχών που έθεσε ο Π.Ο.Υ^{3,9,10} :

1. Κοινωνική δικαιοσύνη και άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων
2. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα τις ανάγκες και τις προσδοκίες των μελών της Κοινότητας
3. Ενσωμάτωση της υγείας σε όλους τους τομείς
4. Ανάπτυξη συνεργικών μοντέλων διαλόγου για τις πολιτικές υγείας
5. Αύξηση της συμμετοχής των μελών της κοινότητας

υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην οργάνωση και λειτουργία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας που έχει ως πυρήνα τον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κύριος σκοπός κάθε Εθνικού συστήματος υγείας, είναι η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του ⁶. Το Ελληνικό κράτος σύμφωνα με τις αρχές της διακήρυξης της Alta-Ata, ψηφίζει το Ν.1397/1983 “ Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας ” με βασικό στόχο την θεσμοθέτηση του (Ε.Σ.Υ). Για πρώτη φορά καταγράφεται ρητά ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος, υπηστηρίζοντας ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση. Δίνεται βαρύτητα στην αποκέντρωση του συστήματος υγείας, στη συνολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.

Μακροπρόθεσμος στόχος ήταν η καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, η ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης του Ε.Σ.Υ καθώς και η ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στη δημόσια υγεία. Το πρόγραμμα ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας προέβλεπε την δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές περιοχές). Δόθηκε άμεση προτεραιότητα στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ στις μη αστικές περιοχές, προκειμένου να καλυφθούν να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την υπόλοιπη χώρα. Στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η οργάνωση και χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα σύμφωνα με το Ν.1397/1983 ¹¹.

Διάγραμμα 1. Οργάνωση και χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα



Κλειδί για την επιτυχία του εγχειρήματος αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ) που λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Από τους παραπάνω στόχους κάποιοι επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό (θεσμοθέτηση νέων ιατρικών ειδικοτήτων, επιτροπή Π.Φ.Υ, δημιουργία 400 Κ.Υ) ενώ άλλοι δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου (κάρτα υγείας, μείωση ποσοστού χρηματοδότησης της Π.Φ.Υ)^{12,13}.

Ακολούθησε ο Ν. 2071/1992 όπου τα κέντρα υγείας έπαψαν να αποτελούν πλέον αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και εντάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών, τα δε Περιφερειακά και Αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε Υγειονομικούς Σταθμούς. Έγινε αναφορά στο θεσμό της κατ'οίκον νοσηλείας, τον οικογενειακό ιατρό καθώς και τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην Π.Φ.Υ. Για πρώτη φορά προβλέφθηκε η σύσταση κινητών μονάδων Π.Φ.Υ για την εξυπηρέτηση αναγκών ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Σημαντική καινοτομία ήταν

η διοικητική και οικονομική απεξάρτηση της Π.Φ.Υ από τα νοσοκομεία. Αναγνωρίστηκε με τον τρόπο αυτό το Κ.Υ ως αυτόνομη οικονομική και διοικητική μονάδα.

Τα αποτελέσματα όμως από την εφαρμογή του Ν.2071/1992 δεν ήταν ικανοποιητικά και με το Ν.2194/1994 ο συγκεντρωτισμός των υγειονομικών υπηρεσιών επανήλθε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα Κ.Υ επανεντάχθηκαν στα Νοσοκομεία και οι Υγειονομικοί Σταθμοί επανονομάστηκαν σε Περιφερειακά Ιατρεία.

Έπεται ο Ν. 2519/1997 για την " Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες διατάξεις ". Ο νόμος έκανε αναφορά στην προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών ως προς το σύστημα υπηρεσιών υγείας. Έδωσε ιδιαίτερο βάρος στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ενώ δόθηκε έμφαση στην πρόληψη των νόσων, την προαγωγή υγείας, την επίτευξη κοινωνικής ισότητας στον τομέα της υγείας. Ακόμα προέβλεπε τη σύσταση συμβουλίων για διοικητικά και επιστημονικά θέματα ενώ τέλος με το άρθρο 31 που ήταν και το σημαντικότερο, ορίστηκε η διαμόρφωση " Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ". Παρά τις φιλοδοξίες του νομοθέτη τα " Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας " δεν εφαρμόστηκαν, τα πολυϊατρεία παρέμειναν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα Κ.Υ δαιτήρησαν τη σύνδεσή τους με τα νοσοκομεία, χωρίς να αναδειχθούν σε αυτόνομες διοικητικές και υγειονομικές μονάδες.

Ο Ν. 3235/2004 που ακολούθησε αποτέλεσε μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της Π.Φ.Υ , σαφώς προσανατολισμένη στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών :

1. Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους του κατοίκους της χώρας.
2. Ισότητα στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου.

3. Ολοκληρωμένη φροντίδα, δηλαδή διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο ιδιαίτερο κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς.
4. Προσανατολισμός του συστήματος στον ασθενή και την οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδας.
5. Διαχείριση ιατροασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διάθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους.
6. Διαφύλαξη του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στα πλαίσια προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Βάσει του Ν.3235/2004 η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς^{4,14,15}. Αυτοί παρουσιάζονται στη συνέχεια (Διάγραμμα 2) :

Διάγραμμα 2. Φορείς Π.Φ.Υ στην Ελλάδα



Βασική μονάδα παροχής Π.Φ.Υ αποτελούν τα Κέντρα Υγείας. Ανάλογα με τη σύνθεση του πληθυσμού στον Ελλαδικό χώρο οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρουσιάζουν συγκεκριμένη οργανωτική μορφή^{16,17} και τα Κέντρα Υγείας διακρίνονται σε:

1. Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών
2. Κέντρα Υγείας μη αστικών και ημιαστικών περιοχών

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Τα κέντρα υγείας αστικών περιοχών έχουν σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα. Πρόκειται για δομές οι οποίες εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική.

Η λειτουργία Κέντρων Υγείας σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων και αποτελεί σημαντική βοήθεια για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρησή τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και Τακτικών Ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει, αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση στο Κ.Υ. είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη.

Προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών επιβάλλεται να πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές¹⁸:

1. Πολεοδομικές
2. Κτιριολογικές/κτιριοδομικές
3. Λειτουργικές

Τα Κ.Υ Αστικών Περιοχών είναι απαραίτητο να παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που προβλέπεται στο Ν.3235/2004 και να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Το οργανωτικό σχήμα των Κ.Υ αστικών περιοχών στοχεύει στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και στην υποστήριξη του νέου λειτουργικού προτύπου βάσει των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Ευελιξία οργάνωσης και διοίκησης
2. Δημόσιος χαρακτήρας
3. Σαφής καθορισμός αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των Διευθύνσεων και Τμημάτων της Κεντρικής Διοίκησης
4. Αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων
5. Διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ροής της πληροφορίας
6. Αξιοποίηση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού
7. Χρησιμοποίηση των υφιστάμενων πόρων
8. Λειτουργία του Κέντρου με βάση τα σύγχρονα διεθνή πρότυπα.

Οι βασικές συνιστώσες της οργάνωσης ενός Κ.Υ εντοπίζονται σε τρία επίπεδα ¹⁷:

A. Επίπεδο Διοίκησης

Το διοικητικό σχήμα ενός Κ.Υ αστικής περιοχής αποτελείται αρχικά από τον Διευθυντή, που έχει διοικητικές αρμοδιότητες, ενώ προΐσταται επίσης και της Διεύθυνσης Ιατρικών Υπηρεσιών. Για την εύρυθμη λειτουργία του Κ.Υ αναγκαίος θεωρείται επίσης και ο ορισμός του Αναπληρωτή Διευθυντή.

B. Επίπεδο παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών

Ο οικογενειακός-προσωπικός ιατρός αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Πλαισιώνεται από ιατρούς ειδικότητας, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο οικογενειακός-προσωπικός ιατρός, δεδομένου ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των χρηστών με το σύστημα, διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας και διαχειρίζεται την αγωγή-προαγωγή της υγείας, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την προληπτική ιατρική.

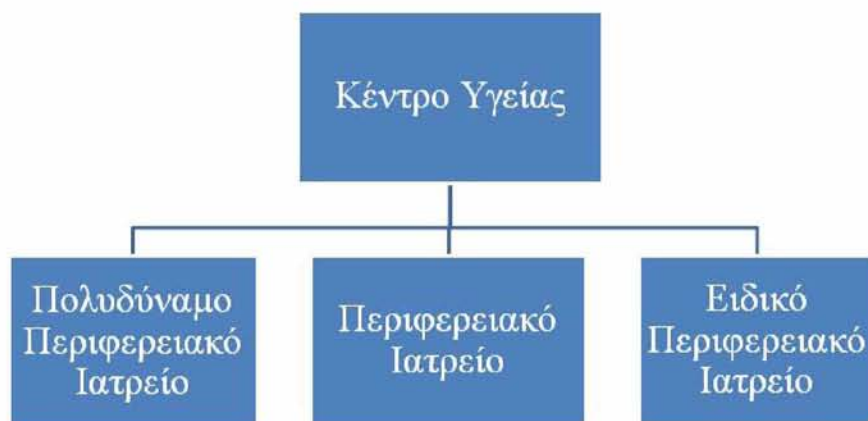
Γ. Επίπεδο παροχής Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Προκειμένου να παρέχονται οι πρώτες βοήθειες, οι τηλεφωνικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, η κατ'οίκον νοσηλεία και η κάλυψη των αναγκών υγείας καθ'όλη την διάρκεια του 24ώρου, είναι αναγκαία η ύπαρξη εξειδικευμένου νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού.

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΗΜΙΑΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Η οργανωτική δομή των Κ.Υ αγροτικών και ημιαστικών περιοχών είναι απλή. Κάθε Κ.Υ αποτελείται από το Κεντρικό Πολυϊατρείο που εδρεύει στο χώρο του Κ.Υ και από τις βασικές του μονάδες τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι) και τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι). Τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι) αφορούν τους νομούς όπου εδρεύουν καταστήματα κράτησης. Το οργανόγραμμα ενός τυπικού Κ.Υ Αγροτικής ή ημιαστικής περιοχής απεικονίζεται ακολούθως (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3. Οργανόγραμμα Κ.Υ



Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κ.Υ στον πληθυσμό ευθύνης είναι οι ακόλουθες:

1. Ισότιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
2. Βραχεία νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
3. Παροχή πρώτων βοηθειών και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο.
4. Διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο
5. Οδοντιατρική περίθαλψη
6. Άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής καθώς και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
7. Ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
8. Ιατρική της εργασίας
9. Παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
10. Ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
11. Εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
12. Παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
13. Παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους
14. Φυσικοθεραπεία

Κάθε Κέντρο Υγείας λειτουργεί καθημερινά σε τακτό 8ωρο, πέντε ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύει όλες τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες, σε 24ωρη βάση. Τα Περιφερειακά Ιατρεία λειτουργούν σε τακτό ωράριο (καθημερινά ή σε τακτές ημέρες) που καθορίζεται από την Νομαρχιακή Διεύθυνση, μετά από εισήγηση της Διοικούσας Επιτροπής του Κ.Υ, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής. Είναι δυνατό να στελεχώνονται με ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου που έχουν προηγουμένως εκπαιδευτεί τουλάχιστον για τρεις μήνες στη γενική ιατρική. Πρέπει όμως να εξασφαλίζεται και η παρουσία γενικού ιατρού αλλά και ειδικών ιατρών με

στόχο τόσο την θεραπευτική παρέμβαση, όσο και ιδιαίτερα την άσκηση δραστηριοτήτων προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας.

Κάθε Κ.Υ βρίσκεται σε συνεχή και άμεση λειτουργική, επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση με το νομαρχιακό νοσοκομείο αναφοράς προκειμένου να επιτευχθούν με τον καλύτερο τρόπο οι ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι επιχειρήσεις παγκοσμίως δραστηριοποιούνται σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεσή του μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών να επιλέξει. Μπροστά σε αυτή την πρόκληση, οι επιχειρήσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν και να ξεχωρίσουν προκειμένου να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών ποιότητας και την ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Πώς ορίζεται όμως η ποιότητα; Ακολουθώς παρατίθενται μερικοί ορισμοί:

1. Ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας¹⁹
2. Η ποιότητα είναι η συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών²⁰.
3. Ποιότητα είναι η ικανότητα –όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές²¹.
4. Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους²².

Οι ορισμοί, που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί και πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος "ποιότητα" προκαλεί συχνά σύγχυση. Είναι όρος στενά συνδεδεμένος με διάφορες απαιτήσεις ή προδιαγραφές που απευθύνονται στους καταναλωτές / χρήστες υπηρεσιών και απαντά σε πολυάριθμους τομείς και ποικίλες δραστηριότητες.

Από την πλευρά του αγοραστή / καταναλωτή / χρήστη, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Οι απαιτήσεις του βέβαια προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τον ικανοποιήσει.

Από την πλευρά του παραγωγού / προμηθευτή, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία²³.

Οι προδιαγραφές, επομένως, που επιλέγει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία θα πρέπει να προσεγγίζουν τις απαιτήσεις του αγοραστή / καταναλωτή / χρήστη, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν προωθηθεί στην αγορά. Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη κατά κανόνα στην ικανοποίηση του καταναλωτή / χρήστη.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη "ποιότης". Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούριο αλλά συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, ενώ η αξία και η σημαντικότητά της είναι αναμφισβήτητη.

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στην αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον " Πάπυρο Smith " ²⁴ όπου τα πρώτα κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες.

Το 2.000 π.Χ. στον ποινικό κώδικα του Χαμουραμπί γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής ²⁵ . Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας συναντάται και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής την εποχή του Ιπποκράτη. Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε τη δεκαετία του '50 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί επιστήμονες, υποστηρίζουν ότι η έννοια γεννήθηκε στην Ιαπωνία, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν ο στατιστικολόγος Edwards Deming κλήθηκε να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών. Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του '60. Ακολούθησε

η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο ²⁶ . Στα τέλη της δεκαετίας του '80, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη, ενώ δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η πολυδιάστατη φύση του όρου της ποιότητας στη υγεία έχει αναγνωρισθεί εδώ και καιρό^{27,28}. Ο ορισμός της ποιότητας ενέχει τουλάχιστον δυο όψεις, αυτή του πελάτη / χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη²⁹.

Η αναζήτηση της ποιότητας συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες, γιατί η ποιότητα αφορά κατά κύριο λόγο τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας.

Η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλου είδους υπηρεσίες ή στη βιομηχανία³⁰. Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη αναφορά και είναι τα ακόλουθα:

1. Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
2. Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.

3. Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
4. Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
5. Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τον προσδιορισμό της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Η μεγαλύτερη όμως διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της.

Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων στη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της "κακής" πρακτικής και ενθάρρυνση της "καλής". Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία³¹.

Πολλοί επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία υπήρξε ο Donabedian. Πρωταρχική μέριμνά του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Ο ίδιος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

1. Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
2. Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
3. Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες^{32,33}.

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις έδωσε τον εξής ορισμό για την ποιότητα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας:

Ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το "καλώς έχειν" του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των

απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Εκτός από τις τρεις αυτές διαστάσεις, ασχολήθηκε και με άλλες δύο:

3. Την ποσότητα της ιατρικής φροντίδας και την ποιότητα. Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει δυο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια των φροντίδων. Η δεύτερη αντίθετα αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις.
4. Το οικονομικό κόστος της ποιότητας. Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων. Οι πόροι πρέπει να κατανέμονται με κριτήρια την επίτευξη αποδοτικότητας και ισότητας ενώ οι αποφάσεις να λαμβάνονται λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και επιπλέον την ατομική χρησιμότητα και συνολική ωφελιμότητα ³⁴. Απώτερος στόχος η επένδυση αυτή θα συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους με τον περιορισμό περιττών και αναποτελεσματικών πράξεων.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί στόχο διαχρονικά επιδιωκόμενο. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως:

1. Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών ³⁵.
2. Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση – Institute of Medicine Committee ³⁶.
3. Ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη ³⁷.
4. Η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη ³⁸.
5. Τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο ³⁹.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας, και η έγκαιρη παροχή της⁴⁰.

Κοινό σημείο όλων των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής / χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν. Κάθε χρήστης έχει το δικαίωμα της καλής ποιότητας φροντίδας υγείας, η οποία να χαρακτηρίζεται τόσο από υψηλά τεχνικά επίπεδα όσο και από την ανθρώπινη σχέση μεταξύ χρήστη και του παρέχοντος την φροντίδα υγείας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται εντός ευλόγου χρόνου ανάλογα με τις ανάγκες αυτές. Συνεπώς με την είσοδο του χρήστη στο σύστημα υγείας, κυριαρχεί το δικαίωμα θεραπείας⁴¹.

Το εν λόγω δικαίωμα, εμπεριέχει τις ακόλουθες αρχές:

1. Αρχή της αξιοπρέπειας και εξατομίκευσης του ατόμου
2. Αρχή της περιοδικής αναπροσαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος
3. Αρχή της συμμετοχής του ατόμου στη θεραπεία του
4. Αρχή των ελάχιστων περιοριστικών μέσων
5. Αρχή της προστασίας από βλάβες σωματικές και ψυχικές
6. Αρχή του ανθρώπινου θεραπευτικού περιβάλλοντος
7. Αρχή της παροχής φροντίδας από προσοντούχους επαγγελματίες υγείας

Είναι λοιπόν σαφώς κατονοητό ότι επίτευξη του στόχου της "ποιότητας" στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί συνισταμένη πολλών παραγόντων.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας στην κοινότητα αποτελεί διαχρονικό ζητούμενο. Ο Π.Ο.Υ⁴², οι εθνικές πολιτικές για την ποιότητα στην υγεία^{43,44}, και οι οδηγίες των επιστημονικών φορέων^{45,46} εστιάζουν στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει για τους ακόλουθους λόγους³¹:

1. Οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι αναποτελεσματικές.
2. Το κόστος των υπηρεσιών υγείας συνεχώς αυξάνεται χωρίς ανάλογη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
3. Οι χρήστες απαιτούν καλύτερες υπηρεσίες υγείας λόγω της ανόδου του μορφωτικού και βιωτικού επιπέδου.

Η αποτύπωση της γνώμης χρηστών υπηρεσιών υγείας αναδεικνύεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως ο σημαντικότερος δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και ακριβέστερος ακόμα και από τα αντίστοιχα κριτήρια (criteria) και πρότυπα (standards) που αφορούν την ίδια την παροχή των υπηρεσιών⁴⁷⁻⁴⁹. Οι χρήστες ως τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας έχουν ενεργό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία αφού συμβάλλουν με τη συμμετοχή τους στην ποιοτική βελτίωση. Βασική προϋπόθεση είναι οι παρεχόμενες πληροφορίες να αξιολογηθούν σωστά. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α. Οι αναφορές των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσδιορίσουν τα πολιτικές υγείας που προσφέρουν φροντίδα υψηλής κλινικής ποιότητας⁵⁰.

Κατά καιρούς έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί για την έννοια της ικανοποίησης του ασθενή. Συγκεκριμένα:

1. Η ικανοποίηση του ασθενή έχει ορισθεί ως μια γενική αντίδραση των αποδεκτών της φροντίδας υγείας σε σημαντικές πτυχές της δομής και των διαδικασιών των υπηρεσιών υγείας και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από αυτές⁵¹.

2. Ικανοποίηση είναι η υποκειμενική κριτική του χρήστη που προκύπτει από την παρατήρηση των χαρακτηριστικών της απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας⁵²
3. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή⁵³.

Η ικανοποίηση ασθενών είναι ουσιαστικά μία υποκειμενική έννοια που διαμορφώνεται καθοριστικά από τις προσδοκίες οι οποίες πιθανόν να διαφέρουν τόσο μεταξύ ανθρώπων, ομάδων όσο και κρατών διαφορετικής κουλτούρας⁵⁴.

Από το 1950 μέχρι σήμερα καταδεικνύεται περίτρανα μέσω ερευνών η αδιαμφισβήτητη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, με τη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και τη σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά⁵⁵. Αρχικά η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείτο ότι επιτυγχάνεται μέσω ενεργειών που είχαν ως στόχο επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα. Τέτοιες ενέργειες ήταν για παράδειγμα η τήρηση των ραντεβού με τον θεράποντα ή η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Σταδιακά, η πελατειακή ικανοποίηση θεωρήθηκε ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας⁵⁶. Η αλλαγή αυτή είχε σημαντικές επιδράσεις στην πολιτική πολλών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που στράφηκε πλέον στην ικανοποίηση των πελατών.

Ο Donabedian ως πρωτοπόρος σε θέματα διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της υγείας αναφέρει ότι η ικανοποίηση του πελάτη είναι θεμελιώδης σημασίας. Αποτελεί το μέτρο της ποιότητας της φροντίδας διότι παρέχει πληροφορίες σχετικές με την επιτυχία του προμηθευτή να ικανοποιήσει τις αξίες και προσδοκίες των πελατών του. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας⁵⁷.

Ο Carr-Hill αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής: Πρόσβαση (access), επιλογή (choice), πληροφόρηση (information), ετοιμότητα (readiness), ασφάλεια (safety), αξία χρημάτων (value for money), και ισότητα (equity) ⁵⁸. Στη συνέχεια αναπτύχθηκε ένας νέος τρόπος ταξινόμησης της ικανοποίησης, ο οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ανθρωπιά (humanness), η ενημερότητα (informativeness), η γενική ποιότητα (overall quality), η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα (overall technical competence), οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (bureaucratic procedures), η πρόσβαση (access), το κόστος (cost), οι φυσικές παροχές (physical facilities), η συνοχή (continuity), τα αποτελέσματα (outcomes), και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων (handling of nonmedical problems) ⁵⁹. Οι διαστάσεις αυτές απεικονίζονται ακολούθως (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Διαστάσεις Ικανοποίησης	
1. Πρόσβαση	1. Πρόσβαση
2. Πληροφόρηση	2. Ενημερότητα
3. Αξία χρημάτων	3. Κόστος
4. Ασφάλεια	4. Γενική ποιότητα
5. Ισότητα	5. Ανθρωπιά
6. Ετοιμότητα	6. Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα
7. Επιλογή	7. Γραφειοκρατικές διαδικασίες
	8. Φυσικές παροχές
	9. Συνοχή
	10. Αποτελέσματα
	11. Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων
Carr-Hill (1992)	Hall & Dornan (1988)

Για το λόγο αυτό η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο έρευνας, διαχείρισης και σχεδιασμού⁶⁰. Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι δυναμική έννοια και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά, διότι πολλοί παράγοντες που την επηρεάζουν δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια⁶¹⁻⁶⁶. Σύγχρονες προσεγγίσεις τοποθετούν τον χρήστη ως βασικό ρυθμιστή της στρατηγικής για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας⁶⁷. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει συμφωνία των συγγραφέων ότι η ικανοποίηση και η κάλυψη των προσδοκιών του χρήστη αποτελούν θεμελιώδη ζητήματα για την βιωσιμότητα οποιουδήποτε οργανισμού^{68,69}.

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών δεν είναι εύκολες και απλές. Ωστόσο πρέπει να πραγματοποιούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα⁴⁹. Ερευνητές τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα⁷⁰. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας⁷¹. Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας⁷². Προσδίδουν δε κύρος και υπευθυνότητα αναπτύσσοντας το αίσθημα εμπιστοσύνης στο κοινό, ενώ παρέχουν παράλληλα πληροφορίες για τις προτιμήσεις και τις επιλογές των ασθενών διαμορφώνοντας την αγορά⁵⁴.

Οι χρήστες μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες που με κατάλληλη αξιολόγηση μπορούν να συνεισφέρουν στην βελτίωση των υπηρεσιών. Η αποτύπωση της γνώμης τους είναι πολύ σημαντική για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων⁷³. Αυτό διότι ο ικανοποιημένος χρήστης είναι πιθανό να επιλέξει, εφόσον παρουσιαστεί ανάγκη, τον ίδιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας³², και συγχρόνως να μεταφέρει θετικές συστάσεις για τον προμηθευτή στο οικείο περιβάλλον του^{74,75}.

Ποιοι είναι όμως οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών; Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτουν οι ακόλουθοι^{49,76} :

1. Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά
2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες
3. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας
4. Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή
5. Οι προσδοκίες από την υπηρεσία

Άτομα νεαρής ηλικίας είναι γνωστό ότι είναι πιθανότερο να αναφέρουν προβλήματα ή παράπονα σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας⁵⁴. Τα ηλικιωμένα άτομα (> 65 ετών) σε όλες σχεδόν τις έρευνες φαίνεται να ικανοποιούνται περισσότερο σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία⁶¹ ενώ δίνουν συνήθως θετικές απαντήσεις διότι δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των γιατρών και νοσηλευτών⁷⁷. Σχετικά με το φύλο δεν έχει διευκρινιστεί εάν επηρεάζει άμεσα την ικανοποίηση. Οι γυναίκες αναζητούν συχνότερα ιατρική φροντίδα¹³, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους άνδρες⁷⁸. Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους⁷⁹. Ακόμα, η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ίσως λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων^{80,81}.

Η ευκολία πρόσβασης και η συνέχεια στην επικοινωνία και στη φροντίδα της παροχής υγείας είναι παράγοντες που είναι στενά συνδεδεμένοι με την ικανοποίηση ασθενών και η σχέση τους είναι ανάλογη. Επίσης, οι ασθενείς όσο λιγότερο βλέπουν το ιατρό τους, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι είναι και όσο συμβαίνει αυτό, τόσο ακυρώνουν ή χάνουν τα ραντεβού τους, αλλάζουν ιατρό και γίνονται απειθάρχητοι στη θεραπευτική αγωγή, εγκαταλείποντας πολλές φορές το θεραπευτικό πλάνο. Ταυτόχρονα, διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή επηρεάζει πολύ την ικανοποίηση του ασθενή, αφού η ανθρωπιστική συμπεριφορά του γιατρού και η ικανοποίηση του ασθενή έχουν ισχυρή συσχέτιση. Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια μπορεί να παρακάμψει τον φόβο και το

άγχος του ασθενή για τη νόσο. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη. Ακόμα και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή, ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι απίθανο να ικανοποιηθεί ο ασθενής αν δεν τον μεταχειρίζονται αξιοπρεπώς, χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση⁸². Δεν είναι τυχαίο, ότι όσο περισσότερη επαφή έχει ο γιατρός με τους ασθενείς του τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς. Παράλληλα όμως, αυξάνεται και η ικανοποίηση των ιατρών με το χώρο εργασίας και τη δουλειά τους⁸³. Ταυτόχρονα καταγράφεται σχέση μεταξύ της ειδικότητας του ιατρού και του επιπέδου ικανοποίησης τόσο με το χρόνο αναμονής όσο και με την ποιότητα της επίσκεψης στο ιατρείο και τη διάγνωση⁸⁴.

Παράγοντες που επιδρούν αρνητικά μειώνοντας το επίπεδο ικανοποίησης είναι τα προβλήματα επικοινωνίας με τη γραμματεία (τρόπος κλεισίματος και μεγάλες αναμονές στον προγραμματισμό ραντεβού) και η καθυστέρηση του ραντεβού κατά την επίσκεψη⁷⁹. Σε άλλες έρευνες το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς με ανοχή όταν υπάρχει προηγουμένως σχετική επνημέρωση για το λόγο της καθυστέρησης⁸⁴⁻⁸⁵.

Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ στην Ελλάδα σχετική έρευνα δείχνει ότι αυτή επηρεάζεται από παράγοντες όπως: ηλικία, μηνιαίο εισόδημα, φύλο, μονιμη κατοικία, υποκειμενική εκτίμηση υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα με μέτρια και κακή κατάσταση υγείας, ηλικιωμένοι, γυναίκες και κάτοικοι της Ηπείρου παρουσιάζουν αυξημένη χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ¹³. Η υποκειμενική κατάσταση της υγείας επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα επίσκεψης του χρήστη σε κάποιο φορέα Π.Φ.Υ. Ειδικότερα άτομα με καλό επίπεδο υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών Π.Φ.Υ σε σχέση με άτομα που αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή. Όσον αφορά το ρόλο που διαδραματίζει το μηνιαίο εισόδημα, αναφέρουμε ότι χρήστες με μηνιαίο εισόδημα από 440-880€ επισκέπτονται πιο συχνά δομές Π.Φ.Υ. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται σε ποικίλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία⁸⁷⁻⁹².

Ειδικότερα η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό μέτρο με το οποίο είναι δυνατό να εκτιμηθεί και αξιολογηθεί κατά πόσο η υγειονομική περίθαλψη ικανοποιεί τις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών ⁹³. Ακόμα περισσότερο η ενεργός συμμετοχή του χρήστη στην αξιολόγηση καθώς και η συνεργασία του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οδηγούν σε ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας ⁹⁴. Ουσιαστικά η ικανοποίηση του χρήστη αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σ' αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει.

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σχεδιάζονται ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια. Αυτά συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις ενώ συχνά χρησιμοποιούνται και οι ανοικτές ερωτήσεις προκειμένου να αποτυπωθεί ξεκάθαρα η άποψη του χρήστη ⁹⁵⁻⁹⁷.

Τα ερωτηματολόγια σχεδιάζονται αξιόπιστα, περιλαμβάνοντας θέματα σχετικά με την πρόσβαση (ραντεβού, αναμονής), την επικοινωνία (με ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό), την αλληλεπίδραση ασθενούς-γιατρού (ενημέρωση, διάρκεια εξέτασης, οδηγίες θεραπείας), την ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις του φορέα κ.α.

Η αξιοπιστία μια έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης εξαρτάται και από τον αριθμό των ασθενών που θα συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Ορισμένοι ερευνητές αξιολογούν ότι 400 ερωτηματολόγια δίνουν αξιόπιστες απαντήσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι ακόμη και 50-100 προσφέρουν επαρκείς πληροφορίες για τις προσδοκίες των ασθενών ⁹⁸. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων, είτε αποστέλλονται σε κάληπη, τηλεφωνικά ή ηλεκτρονικά μέσω ανώνυμου e-mail. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό, των μελετών αυτών είναι ο προσδιορισμός των αναγκών των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Το αίτημα για προσφορά υπηρεσιών υγείας που θα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και ανάγκες των χρηστών, οδήγησε σε αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση και μέτρηση της ικανοποίησης αυτών ^{99,100}. Την τελευταία δεκαετία

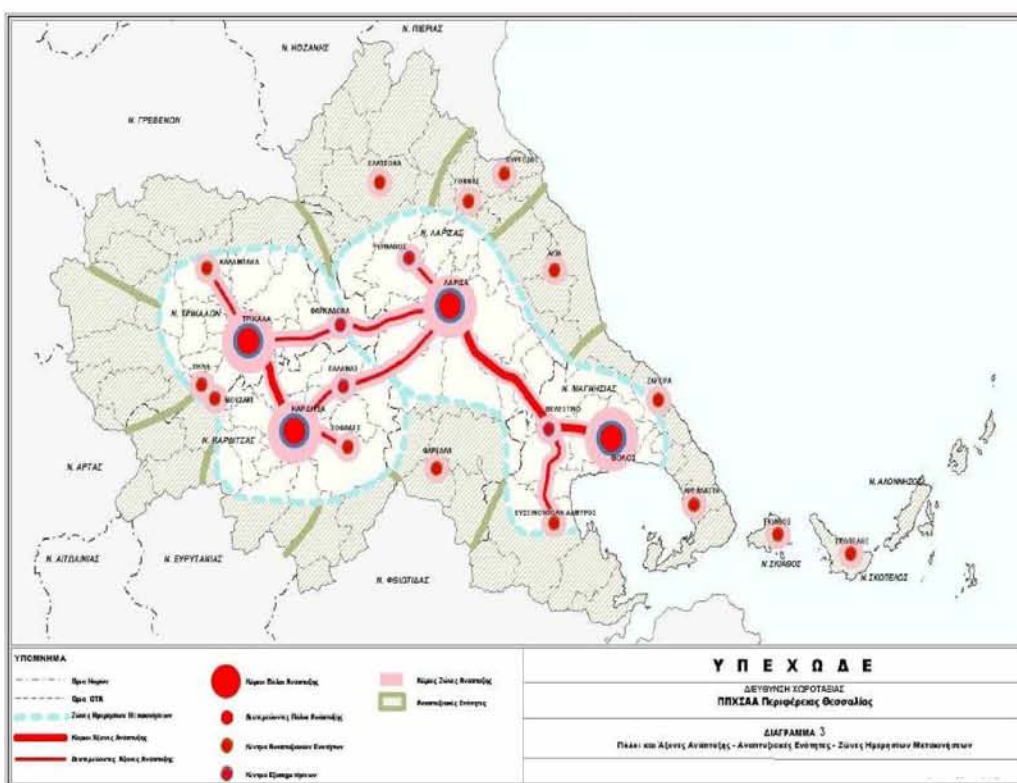
παγκοσμίως παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης ασθενών. Η ερευνητική δραστηριότητα στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας είναι διαδεδομένη ⁷⁰, κυρίως στις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Ιαπωνία, χώρες με γενικότερη παράδοση στην αξιολόγηση της ποιότητας.

Στη χώρα μας, οι αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες είναι πολύ λίγες και αποσπασματικές ¹⁰¹⁻¹⁰⁶. Παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών ¹⁰⁷ αυτές περιορίζονται ιδιαίτερα σε Νοσοκομεία (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Ευαγγελισμός, Υγεία, Αττικόν, Κυπαρισσία, Καρπενήσι), με έμφαση στην δημιουργία και την αξιολόγηση κανόνων ή διαδικασιών τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας και στόχο κυρίως την πιστοποίηση και όχι τη διαπίστευση ^{104,106}.

Εξάγεται λοιπόν αβίαστα το συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των ασθενών πέρα από το ότι είναι σύνθετη έννοια, εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν και μεταξύ τους. Η σύσταση κατάλληλων και αξιόπιστων εργαλείων καταγραφής και μέτρησης της μέχρι σήμερα είναι δύσκολη και οι ερευνητές θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να τους λαμβάνουν υπόψη κατά τη διενέργεια των ερευνών.

ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Με τον όρο Θεσσαλία στη σύγχρονη περιφερειακή κατανομή της ελληνικής ανθρωπογεωγραφικής διασποράς, εννοούμε την ευρύτερη περιφέρεια και ιστορική-γεωγραφική περιοχή που βρίσκεται στο ανατολικό τμήμα του ηπειρωτικού κορμού της κεντρικής Ελλάδος.



Η συνολική της έκταση είναι 14.036 χλμ², αντιπροσωπεύοντας περίπου το 11% της συνολικής έκτασης της ελληνικής επικράτειας. Συνορεύει βόρεια με τις περιφέρειες της Δυτικής και Κεντρικής Μακεδονίας, νότια με την περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος, δυτικά με την περιφέρεια Ηπείρου, ενώ Ανατολικά βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος.

Το έδαφος ως προς τη διαμόρφωσή του είναι 50% ορεινό-ημιορεινό και 50% πεδινό και στα όριά του περιλαμβάνεται η πεδιάδα της Θεσσαλίας, η μεγαλύτερη

πεδιάδα και σιτοβολώνας της ελληνικής επικράτειας, που διαρρέεται στο άξονα ανατολή-δύση από τον ποταμό Πηνειό, το τρίτο μεγαλύτερο ποτάμι της χώρας.

Στις ορεινές περιοχές περιλαμβάνονται ο Όλυμπος, το νότιο τμήμα της οροσειράς της Πίνδου, το βόρειο τμήμα των Αγράφων, η Όσσα, το Πήλιο και η Όθρυς. Ιδιαίτερης σημασίας γεωστρατηγικό και οικονομικό έργο στην περιφέρεια της Θεσσαλίας είναι η τεχνητή λίμνη του Ταυρωπού, η οποία δημιουργήθηκε ύστερα από απόφραξη της κοίτης του Ταυρωπού, παραπόταμου του Αχελώου.

Το υπέδαφος της περιφέρειας Θεσσαλίας διαθέτει ορυκτό πλούτο, κυρίως χρωμίτη, θειούχα μεταλλεύματα, αμίαντο, ιλμενίτη και κοιτάσματα λιγνίτη.

Μεγαλύτερη πόλη, αλλά και πρωτεύουσα της Θεσσαλίας, όπως και έδρα της Περιφέρειας Θεσσαλίας είναι η Λάρισα. Δεύτερη πόλη σε πληθυσμό ο Βόλος, που αποτελεί και το λιμάνι όλης της Θεσσαλίας.

Στον Πίνακα 5¹⁰⁸ παρουσιάζονται τα κύρια οικονομικά και κοινωνικά αριθμητικά μεγέθη της περιφέρειας σε σύγκριση με αυτά τις χώρας. Τα στοιχεία αυτά θα αναλυθούν στις επόμενες παραγράφους.

Πίνακας 5	Έτος Λήψης Στοιχείων	Μέσος Όρος Περιφέρειας	Μέσος Όρος Χώρας	Κατάταξη σε σχέση με τις 13 Περιφέρειες
ΑΕΠ κατά κεφαλή	2006	14.5 χιλ. ευρώ	19,2	8
Αποταμιευτικές καταθέσεις ανά κάτοικο	2006	8 χιλ. ευρώ	13.5	12
Δηλ. εισόδημα ανά φορολογούμενο	2005	11,9 χιλ. ευρώ	13,7	8
Φόρος εισοδ. ανά φορολογούμενο	2005	0,77 χιλ. ευρώ	1.22	10
Φυσική αύξηση πληθυσμού/ 1000 κατοίκους	2006	-0,2	0,6	5
Μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ 1000 κατοίκους	2006	64	61	4
Μαθητές δημοτικού/ 1000 κατοίκους	2006	59	57	7
Ποσοστό ανεργίας	2007	7,8	8,3	10
Συμμετοχή στα Συνολικά Μεγέθη της Χώρας				
ΑΕΠ	2006	5 %		4
Φορολογούμενοι	2005	6,3 %		3
Δηλωθέν στην εφορία εισόδημα	2005	5,6%		3
Φόρος εισοδήματος φ.π.	2005	4%		3
Αποταμιευτικές καταθέσεις	2006	3,9 %		5

Η Περιφέρεια Θεσσαλίας περιλαμβάνει τους νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Η πρωτεύουσα της Περιφέρειας βρίσκεται στη πόλη της Λάρισας. Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία η Περιφέρεια συγκεντρώνει ποσοστό 6,6% του πληθυσμού της χώρας και βρίσκεται στη 3^η θέση από την άποψη αυτή μετά την Αττική και την Κεντρική Μακεδονία. Το ποσοστό φυσικής μείωσης του πληθυσμού υποχωρεί σε 0,2 άτομα ανά 1000 κατοίκους το 2006, ο πληθυσμός αυξήθηκε το 2007 ενώ παρατηρείται μια σταθερή άνοδο στις γεννήσεις. Αναλυτικά τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται ακολούθως (Πίνακας 6) ¹⁰⁹:

Πίνακας 6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Αριθμός μόνιμων κατοίκων	741.771	740.454	739.082	738.256	737.340	737.583	735.074	737.034
Επιφάνεια, τ.χμ.	14.037	14.037	14.037	14.037	14.037	14.037	14.037	14.037
Πυκνότητα πληθυσμού, κάτοικοι/τ.χμ.	108,1	107,9	107,7	107,6	107,4	107,5	107,1	107,4
Γάμοι (μόνιμη κατοικία του συζύγου)	2.996	3.592	3.516	3.673	3.220	3.617	3.445	
Γεννήσεις (μόνιμη κατοικία μητέρας)	6.686	6.418	5.782	6.756	6.783	7.095	7.448	
Θάνατοι (μόνιμη κατοικία θανόντος)	7.743	7.715	7.975	7.642	8.014	7.542	7.573	
Αριθμός Νοικοκυριών, μόνιμοι κάτοικοι		237.809						
Φυσική αύξηση πληθυσμού/1000 κάτοίκους	-1,4	-1,8	-1,6	-1,2	-1,7	-0,6	-0,2	
Άνεργοι					38.771	34.364	28.680	28.660
Άνεργοι πάνω από 12 μήνες							11.734	9.744
Άνεργοι % εργατικού δυναμικού	12,9	12,9	11,5	10,7	9,9	9,5	8,2	7,8

Στον Πίνακα 7 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία φυσικής αύξησης του πληθυσμού ανά περιφέρεια. Στη Θεσσαλία εμφανίζεται μια μικρή μείωση κοτνά όμως στο μέσο όρο της χώρας.

Πίνακας 7. ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ / 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ			
		2005	2006
1	ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	2,82	3,23
2	ΚΡΗΤΗΣ	2,28	2,94
3	ΑΤΤΙΚΗΣ	1,25	1,74
4	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1,01	1,29
	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	0,24	0,60
5	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	-0,61	-0,17
6	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	-0,64	-0,40
7	ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	-1,04	-0,93
8	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	-1,18	-0,98
9	ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	-1,23	-1,52
10	ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	-2,09	-1,72
11	ΗΠΕΙΡΟΥ	-2,22	-1,74
12	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	-2,69	-2,71
13	ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	-3,45	-3,43

Στη συνέχεια παρουσιάζονται κατά νομό τα στοιχεία σχετικά με την φυσική αύξηση του πληθυσμού της Περιφέρειας, ενώ πρέπει να τονιστεί η μεγάλη διαφορά που παρουσιάζεται στο δημογραφικό αυτό μέγεθος από νομό σε νομό.

Ο Νομός Λάρισας εμφανίζει μια σχετικά σημαντική φυσική αύξηση του πληθυσμού, σημαντικά μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της χώρας, τη στιγμή που ο Νομός Καρδίτσας εμφανίζει ιδιαίτερα αρνητικά μεγέθη καταλαμβάνοντας τη 47η

θέση σε 52 Νομούς. Βεβαίως οφείλουμε να σημειώσουμε το ενθαρρυντικό στοιχείο της βελτίωσης του δείκτη αυτού το 2006 σε σχέση με το 2005 για όλους τους Νομούς της Περιφέρειας (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ		2005	2006
8	Λάρισας	2,08	2,44
	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	0,24	0,59
17	Μαγνησίας	-0,43	0,23
34	Τρικάλων	-2,72	-2,54
47	Καρδίτσας	-5,04	-4,52

Μελετώντας τα οικονομικά στοιχεία της περιφέρειας παρατηρούμε ότι της αντιστοιχεί το 5% του Α.Ε.Π της χώρας για το έτος 2006. Το μέγεθος αυτό αποτελεί τη 4η μεγαλύτερη συμμετοχή σε επίπεδο Περιφερειών μετά από αυτών της Αττικής, της Κεντρικής Μακεδονίας και της Στερεάς Ελλάδας. Τα ποσοστά αυτά καθώς και η σχετική με τις υπόλοιπες περιφέρειες θέση της παραμένουν αμετάβλητα για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Ειδικότερα στην Περιφέρεια παράγεται το 13% της συνολικής αγροτικής παραγωγής της χώρας ποσοστό που αφορά τη 2η μεγαλύτερη συμμετοχή μετά από αυτήν της Κεντρικής Μακεδονίας. Στον τομέα της μεταποίησης κατέχει το 7% του συνόλου της χώρας ενώ σε αυτόν των υπηρεσιών το ποσοστό συμμετοχής της ανέρχεται σε 4%. Όσον αφορά τη δομή της οικονομικής δραστηριότητας στο εσωτερικό της Περιφέρειας από τις δραστηριότητες στον τομέα της μεταποίησης προέρχεται το 17,2% του προϊόντος για το έτος 2005, ποσοστό το οποίο βαίνει σταθερά αυξανόμενο.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 2000 το αντίστοιχο ποσοστό περιοριζόταν στο 11,5%. Αντίστοιχα η συμμετοχή του αγροτικού τομέα υποχωρεί ραγδαία. Έτσι από το 17,3% του προϊόντος της περιφέρειας το 2000 που αντιστοιχούσε σε αγροτικές δραστηριότητες το 2006 περιορίστηκε μόλις σε 9%. Στους υπόλοιπους τομείς παρατηρούμε ότι η συμμετοχή τους στην παραγωγή προϊόντος στην περιφέρεια

παραμένει σταθερή με τον τομέα των υπηρεσιών να αποτελεί τον ισχυρότερο τομέα με ποσοστό συμμετοχής στα επίπεδα του 60%.

Στους Πίνακες 9,10,11 ^{110,111} παρουσιάζεται η συμμετοχή του κάθε νομού στο συνολικό Α.Ε.Π της χώρας. Τη μεγαλύτερη συμμετοχή έχει ο Ν. Λάρισας με 2,1% και το μικρότερο ο Ν. Καρδίτσας. Μάλιστα το ποσοστό του τελευταίου παρουσιάζει σταθερή πτώση, γεγονός το οποίο οφείλεται όπως θα δούμε και αναλυτικότερα παρακάτω κυρίως στην συρρίκνωση του αγροτικού τομέα ο οποίος στις αρχές της παρούσας δεκαετίας αντιστοιχούσε στο ένα τέταρτο της οικονομικής δραστηριότητας του νομού.

Πίνακας 9. ΑΚ. ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ (νέα σειρά 1995,2000)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ακ. Προστιθέμενη αξία. εκατ. ευρώ	6.313	6.767	7.263	8.178	8.636	9.056	9.513
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν, εκ. ευρώ	7143	7 687	8.220	9.179	9.646	10.102	10.709
ΓΕΩΡΓΙΑ % ΑΕΠ	17,3	13,4	13,9	14,2	12,1	10,9	9,3
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ % ΑΕΠ	22,7	26,6	26,1	27,4	28,0	29 0	31,3
Μεταλλεία - Ορυχεία % ΑΕΠ	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	
Μεταποίηση % ΑΕΠ	11,5	14,5	15,3	15,3	15,6	17,2	
Ενέργεια % ΑΕΠ	2,7	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	
Κατασκευές % ΑΕΠ	8,3	9,4	8,0	9,4	9,7	9,1	
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ % ΑΕΠ	60,1	60,0	59,9	58,5	60,0	60,1	59,4
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν κατά κεφαλή % μ.ό. χώρας	77	73	77	80	78	77	76
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν κατά κεφαλή, ευρώ	9.618	10.364	11.103	12.415	13.079	13.702	14.529

Πίνακας 10. ΑΕΠ % ΑΕΠ χώρας							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	100	100	100	100	100	100	100
ΑΤΤΙΚΗΣ	44,9	45,3	46,3	46,6	47,6	48,8	49,2
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	14,7	14,5	14,2	13,9	14,1	13,9	14,0
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	5,7	5,9	5,6	5,6	5,5	5,3	5,4
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	5,2	5,3	5,2	5,4	5,2	5,1	5,0
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5	4,7	4,8
ΚΡΗΤΗΣ	5,0	5,0	5,1	5,0	4,9	4,6	4,4
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	4,6	4,5	4,4	4,4	4,2	4,0	4,0
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	4,0	4,0	3,8	3,8	3,8	3,6	3,5
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	3,2	3,2	3,1	3,1	2,9	2,7	2,6
ΗΠΕΙΡΟΥ	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4	2,2	2,2
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	2,2	2,1	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,2	1,2

Πίνακας 11. ΑΕΠ % ΑΕΠ χώρας				
Σχετική Κατάταξη		2000	2004	2005
	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	100	100	100
6	Λάρισας	2,2	2,08	2,1
8	Μαγνησίας	1,6	1,72	1,7
25	Τρικάλων	0,8	0,78	0,8
36	Καρδίτσας	0,7	0,61	0,5

Το κατά κεφαλή προϊόν για την περιφέρεια Θεσσαλίας ανέρχεται σε 14,5 χιλ. ευρώ όσον αφορά το έτος 2006, μέγεθος που την κατατάσσει στην 8^η θέση στην χώρα. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 75,7% του μέσου όρου της Ελλάδας, και στο 73,6% του μέσου όρου της Ε.Ε των 27. Τα αντίστοιχα μεγέθη παρουσιάζονται ανά Νομό της περιφέρειας στη συνέχεια. Παρατηρούμε την βελτίωση της οικονομικής θέσης των κατοίκων της Μαγνησίας οι οποίοι προσεγγίζουν τον μέσο όρο της χώρας καθώς και αυτών του Ν. Τρικάλων οι οποίοι όμως απέχουν πολύ από τον αντίστοιχο πανελλαδικό μέσο όρο. Στον αντίποδα ιδιαίτερα δυσμενή κρίνονται τα στοιχεία που αφορούν τον Νομό Καρδίτσας όπου το ΑΕΠ ανά κάτοικο ως ποσοστό του συνόλου της χώρας εμφανίζει σημαντική μείωση έχοντας πέσει το 2006 στο μισό σχέση με τον αντίστοιχο του συνόλου της χώρας (Πίνακες 12,13).

Πίνακας 12.		ΑΕΠ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ % ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΧΩΡΑΣ								
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 ευρώ	%ΕΕ27 2006
1	ΑΤΤΙΚΗΣ	126,3	127,2	130,1	131,0	133,0	136,0	136,6	26.212	133,0
2	ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	110,9	115,5	110,7	110,5	108,4	106,2	107,6	20.645	104,8
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	19.194	97,4
3	ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	116,5	116,1	112,7	114,6	106,5	98,0	96,3	18.475	93,8
4	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	89,5	87,9	85,4	85,1	84,0	87,6	89,6	17.204	87,3
5	ΚΡΗΤΗΣ	92,6	91,6	93,7	91,1	89,4	85,1	82,1	15.754	79,9
6	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	86,1	84,3	82,5	80,6	81,7	80,9	80,9	15.535	78,8
7	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	82,8	79,3	82,3	81,3	79,8	80,2	80,8	15.501	78,7
8	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	77,0	77,6	77,4	79,9	78,1	76,6	75,7	14.529	73,7
9	ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	89,2	92,9	89,9	87,0	81,2	77,7	75,5	14.499	73,6
10	ΗΠΕΙΡΟΥ	77,9	77,9	76,3	75,4	76,7	71,3	69,7	13.373	67,9
11	ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	70,4	72,1	69,0	73,5	69,1	68,6	69,1	13.261	67,3
12	ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	72,6	71,9	68,7	68,5	69,0	65,9	65,2	12.506	63,5
13	ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	69,5	68,0	66,4	66,3	63,0	61,3	50,2	11.548	58,6

Πίνακας 13. ΑΕΠ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ % ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΧΩΡΑΣ		2000	2002	2004	2005
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ		100,0	100,0	100,0	100,0
10	Μαγνησίας	87,3	93,4	92,9	92,3
18	Λάρισας	84,1	81,8	81,4	81,4
37	Τρικάλων	61,5	60,6	65,2	64,0
50	Καρδίτσας	60,4	58,2	57,4	50,8

Η μέση αποταμιευτική κατάθεση ανά κάτοικο στην περιφέρεια το 2006 ανερχόταν σε 8 χιλιάδες ευρώ το οποίο αντιστοιχεί στο 59,44% του μέσου όρου χώρας, επίδοση η οποία αν και βαίνει συνεχώς βελτιούμενη εξακολουθεί να παραμένει η 2η χαμηλότερη στη χώρα μη μπορώντας να ακολουθήσει τον πανελλαδικό ρυθμό αύξησης.

Το μέσο δηλωθέν εισόδημα ανά φορολογούμενο το 2005 ανερχόταν σε 11.900 ευρώ με ετήσια άνοδο κατά 5%. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 87% του μέσου της Ελλάδας. Επιπρόσθετα στην περιφέρεια αναλογεί το 6,4% των φορολογουμένων ποσοστό αυξανόμενο κατά 6% σε σχέση με το 2005. Αντίστοιχα το δηλωθέν εισόδημα από τους κατοίκους της περιφέρειας καλύπτει ποσοστό ίσο με το 5,6% του συνολικού δηλωθέντος εισοδήματος στη χώρα, με αύξηση κατά 11% ενώ ειδικότερα για τον φόρο εισοδήματος φυσικών προσώπων το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 4%, που αντιστοιχεί σε μια σχετική αύξηση της τάξης του 25%. Τα λεπτομερή στοιχεία για τη δημοσιονομική διαχείριση στην Περιφέρεια Θεσσαλίας φαίνονται στον Πίνακα 14 :

Πίνακας 14. ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Αριθμός φορολογουμένων	302.776	315.120	319.177	326.915	332.972	353.883		
Δηλωθέν εισόδημα, χιλ. ευρώ, εκ. δρχ. ως 2001	901.302	994.855	3.194.401	3.496.885	3.784.932	4.211.121		
Δηλ. εισόδημα ανά φορολογούμενο, ευρώ, χιλ. δρχ ως 2001	2.976.796	3.157.067	10.008	10.697	11.367	11.900		
Φόρος εισοδ. φυσ. προσώπων, χιλ. ευρώ, εκ. δρχ. ως 2001	54.185	59.400	191.250	218.931	217.190	271.464		
Φόρος εισ. φ.προσ. ανά φορολογούμενο, ευρώ. χιλ. δρχ ως 2001	178.962	188.500	599	670	652	767		
Φόρος ΜΑΠ, χιλ. ευρώ, εκ. δρχ. ως 2001	429,6	437,6	1.683,2	1.646,9	1.640,1	1.160,2	1.840,5	1.696,0
ΦΜΑΠ -αριθ. δηλ. φυσ. προσώπων/1000 κατ	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	2,5	1,4	1,4

ΝΟΜΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ο Ν.Τρικάλων είναι ο δεύτερος σε έκταση και ο τρίτος σε πληθυσμό από τους τέσσερις νομούς της Θεσσαλίας. Κατέχει το βορειοδυτικό τμήμα της Θεσσαλίας. Συνορεύει με τους νομούς Γρεβενών (βόρεια), Λάρισας (ανατολικά), Καρδίτσας (νότια), Άρτας και Ιωαννίνων (δυτικά). Ο Ν.Τρικάλων έχει έκταση 3.367 χλμ². Το 72% των εδαφών του είναι ορεινό, το 11% ημιορεινό και το 17% πεδινό. Ο πληθυσμός του νομού Τρικάλων κατά το 2001 ήταν 139.548 κάτοικοι.

Με την εφαρμογή του Ν. 3852/10 σχέδιο "Καλλικράτης" ο Ν.Τρικάλων αποτελείται από τέσσερις Καλλικρατικούς Δήμους¹¹¹. Συγκεκριμένα¹⁰⁹:

1. **Δήμος Πύλης** (19.943) με έδρα την Πύλη αποτελούμενος από τους Δήμους Αιθίων, Γόμφων, Πιαλείων, Πύλης, Πινδέων και τις κοινότητες Μυροφύλλου, Νεράιδας.
2. **Δήμος Φαρκαδόνας** (17.467) με έδρα τη Φαρκαδόνα αποτελούμενος από τους Δήμους Οιχαλίας, Πελλιναίων, Φαρκαδόνας.
3. **Δήμος Τρικκαίων** (74.628) με έδρα τα Τρίκαλα αποτελούμενος από τους Δήμους Εστιαιώτιδας, Καλλιθένδρου, Κόζιακα, Μεγάλων Καλυβίων, Παληοκάστρου, Παραληθαίων, Τρικκαίων και Φαλωρείας.
4. **Δήμος Καλαμπάκας** (27.510) με έδρα την Καλαμπάκα αποτελούμενος από τους Δήμους Βασιλικής, Καλαμπάκας, Τυμφαίων, Καστανιάς, Κλεινοβού, Μαλακασίου, Χασίων, και την Κοινότητα Ασπροποτάμου.

Ο Ν.Τρικάλων, με πρωτεύουσα τα Τρίκαλα, συγκεντρώνει ποσοστό ίσο με το 1,2% του πληθυσμού της χώρας, με τάση όμως μείωσης αφού έχει υψηλό ποσοστό φυσικής μείωσης του πληθυσμού. Η υπεροχή γεννήσεων / 1.000 κατοίκους διαμορφώνεται στο -2,7 το 2005 και στο -2,5 το 2006. Έχει όμως ελαφρώς υψηλότερη του μέσου όρου της χώρας αναλογία μαθητών Δημοτικού με 58 μαθητές

ανά 1.000 κατοίκους, με αντίστοιχο μέσο όρο χώρας τους 57 μαθητές ¹⁰⁹ (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Αριθμός μόνιμων κατοίκων	133.588	132.862	132.354	131.847	131.348	131.619	131.887	130.930
Επιφάνεια, τ.χμ.	3.384	3.384	3.384	3.384	3.384	3.384	3.384	3.384
Πυκνότητα πληθυσμού, κάτοικοι/τ.χμ.	39,5	39,3	39,1	39,0	38,8	38,9	39,0	38,7
Γάμοι (μόνιμη κατοικία του συζύγου)	576	349	623	616	524	630	588	
Γεννήσεις (μόνιμη κατοικία μητέρας)	1.124	1.052	1.024	1.090	1.059	1.098	1.217	
Θάνατοι (μόνιμη κατοικία θανόντος)	1.518	1.583	1.572	1.582	1.632	1.457	1.553	
Αριθμός Νοικοκυριών, μόνιμοι κάτοικοι		43.079						
Άνεργοι					7.644	6.968	6.067	5.538
Άνεργοι πάνω από 12 μήνες							2.752.00	2.099
Φυσική αύξηση πληθυσμού/1000 κάτοίκους	-2,9	-4,0	-4,1	-3,7	-4,4	-2,7	-2,5	
Άνεργοι % εργατικού δυναμικού					10,19	8,69	8,80	7,3

Στον Πίνακα 16 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα κύρια οικονομικά και κοινωνικά αριθμητικά μεγέθη του νομού Τρικάλων σε σύγκριση με αυτά τις χώρας. Τα στοιχεία αυτά θα αναλυθούν λεπτομερώς στη συνέχεια.

Πίνακας 16.	Έτος Λήψης Στοιχείων	Μέσος Όρος Νομού	Μέσος Όρος Χώρας	Κατάταξη σε σχέση με τους 52 νομούς
ΑΕΠ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ	2005	11,5 χιλ.ευρώ	17,9	
ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ	2006	8,6 χιλ.ευρώ	13,5	34
ΔΗΛ. ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΝΑ ΦΟΡΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟ	2005	10,6 χιλ.ευρώ	13 /	35
ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔ. ΑΝΑ ΦΟΡΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟ	2005	0,59 χιλ.ευρώ	1.22	40
ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ/ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	2006	-2,5	0,6	34
ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ/ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	2006	64	61	14
ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ/ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	2006	58	57	29
Συμμετοχή στα Συνολικά Μεγέθη της Χώρας				
ΑΕΠ	2005	0,8 %		25
Φορολογούμενοι	2005	1,2 %		23
Δηλωθέν στην εφορία εισόδημα	2005	0,9%		24
Φόρος εισοδήματος φ.π.	2005	0,6 %		27
Αποταμιευτικές καταθέσεις	2006	0,8 %		24

Ο Ν.Τρικάλων παράγει το 0,8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της χώρας, αναλογία η οποία παραμένει σχεδόν σταθερή τα τελευταία χρόνια. Πιο αναλυτικά το 9% του προϊόντος του νομού για το 2005 προέρχεται από τη γεωργία, με συμμετοχή όμως που υποχωρεί όπως και στην υπόλοιπη Θεσσαλία. Έτσι το αντίστοιχο ποσοστό το έτος 2000 βρισκόταν στο επίπεδο του 15%. Στη περιοχή παράγεται το 1,6% του συνολικού γεωργικού προϊόντος της χώρας. Σημαντικό ακόμα κρίνεται η 1^η θέση στη παραγωγή τυριού με 17% της συνολικής παραγωγής για το 2006, η 10^η θέση στην παραγωγή βαμβακιού με 4%, η 9^η στη παραγωγή μήλων με 1% και η 9^η στη παραγωγή κρέατος με μερίδιο 3%. Στη μεταποίηση αναλογεί το 12%, με ποσοστό συνεχώς αυξανόμενο σε σχέση με το 7% του 2000, ενώ παράγεται το 0,7% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής της χώρας (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. ΑΚ. ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ (νέα σειρά 1995,2000)	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ακ. Προστιθέμενη αξία. εκατ. ευρώ	908	931	1.019	1.090	1.300	1.355
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν, εκ. ευρώ	1.027	1.058	1.153	1.225	1.452	1.510
ΓΕΩΡΓΙΑ % ΑΕΠ	14,64	13,21	1275	10,73	9,84	9,15
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ % ΑΕΠ	16,3	17,4	18,3	17,8	23,8	26,1
Μεταλλεία - Ορυχεία % ΑΕΠ	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1
Μεταποίηση % ΑΕΠ	6,9	7,4	8,3	9,1	11,1	11,7
Ενέργεια % ΑΕΠ	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
Κατασκευές % ΑΕΠ	7,4	7,9	7,9	6,8	10,8	12,6
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ % ΑΕΠ	69,1	69,4	69 3	71,5	66 4	64 8
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν κατά κεφαλή % μ.ό. χώρας	61,50	59,51	60,63	59 71	65,89	64,01
Ακαθ.Εγχ.Προϊόν κατά κεφαλή, ευρώ	7.678	7.950	8.696	9.277	11.034	11.453

Το κατά κεφαλή προϊόν του νομού ανέρχεται στις 11,5 χιλιάδες ευρώ ποσό που τον κατατάσσει στην 37^η θέση με βάση το κριτήριο αυτό με 64% του μέσου Ελλάδας το 2005 και 62% του μέσου όρου της Ε.Ε με τη θέση του νομού ως προς το κριτήριο αυτό διατηρείται σχεδόν σταθερή τα τελευταία χρόνια. Η μέση αποταμιευτική κατάθεση ανά κάτοικο στον νομό αυξήθηκε της 8,7 χιλιάδες ευρώ ίσο με το 64% του μέσου όρου της χώρας.

Με δηλωθέν εισόδημα 10,6 χιλιάδες ευρώ ανά φορολογούμενο για το έτος 2005 και άνοδο 4% στο 77% του μέσου όρου της Ελλάδας. Στον νομό αναλογεί το 1,2% των φορολογουμένων με άνοδο 9% το 2005, το 0,9% του δηλωθέντος εισοδήματος του συνόλου της χώρας, με αντίστοιχη άνοδο 8% και το 0,6% του συνολικού καταβληθέντος φόρου εισοδήματος φυσικών προσώπων, με αντίστοιχη άνοδο 31%. Τέλος η ανεργία στον νομό υποχωρεί, από 10,2% του εργατικού δυναμικού το 2004 σε 7,3% το 2007, με τον μέσο όρο της χώρας να βρίσκεται στο 8,3%.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Η Περιφέρεια Θεσσαλίας ανήκει υγειονομικά στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Σκοπός της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας είναι η ενιαία διοίκηση, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Θεσσαλία και τη Στερεά Ελλάδα.

Η αρμοδιότητα της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας συμπίπτει με τα διοικητικά όρια των δύο Περιφερειών. Οι εποπτευόμενοι Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι:

1. Δεκατρία (13) Νοσοκομεία
2. Τριάντα τρία (33) Κέντρα Υγείας
3. Διακόσια ογδόντα δύο (282) Περιφερειακά Ιατρεία
4. Δεκατέσσερα (14) Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας
5. Τέσσερα (4) Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Ο Ν. Λάρισας καλύπτεται υγειονομικά από:

1. το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
2. το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας "Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο"
3. τα Κ.Υ Αγιάς, Φαρσάλων, Ελασσόνας, Τυρνάβου και Γόννων.

Ο Ν.Τρικάλων καλύπτεται από:

1. το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
2. τα Κ.Υ Καλαμπάκας, της Πύλης και της Φαρκαδόνας

Ο Ν.Μαγνησίας καλύπτεται από:

1. το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
2. τα Κ.Υ Αλμυρού, Βελεστίνου, Αργαλαστής, Ζαγοράς, Σκοπέλου και Σκιάθου

Τέλος ο Ν. Καρδίτσας καλύπτεται υγειονομικά από:

1. από το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας,
2. τα Κέντρα Υγείας του Μουζακίου, Παλαμά και Σοφάδων.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Η οργάνωση της Π.Φ.Υ της Περιφέρειας Θεσσαλίας φαίνεται στον ακόλουθο χάρτη.



Συνολικά στην Περιφέρεια Θεσσαλίας λειτουργούν 17 Κέντρα Υγείας και 152 Περιφερειακά Ιατρεία. Στον Πίνακα 18 καταγράφονται λεπτομερώς τα στοιχεία.

Πίνακας 18. ΥΠΟΔΟΜΕΣ Π.Φ.Υ ΑΝΑ ΝΟΜΟ					
ΝΟΜΟΣ	Κ.Υ	Π.Ι	Ε.Ι	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΛΗΘ. / Κ.Υ
Ν. Λάρισας	5	39	150	172.250	34.450
Ν. Τρικάλων	3	34	119	72.885	24.295
Ν. Καρδίτσας	3	46	102	48.750	16.250
Ν. Μαγνησίας	6	33	68	162.500	27.083
Σύνολο	17	152	439	456.385	26.846

Στο Ν. Τρικάλων όπου και διεξήχθη η έρευνα, λειτουργούν τρία (3) Κέντρα Υγείας. Το Κ.Υ Φαρκαδόνας, Καλαμπάκας , Πύλης. Η οργάνωση των Κ.Υ καταγράφεται στον επόμενο Πίνακα 19.

Πίνακας 19. Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ				
Κ.Υ	Π.Ι	Ειδικά Π.Ι	Καλυπτόμενες Δημοτικές Ενότητες	Πληθυσμός Ευθύνης
ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	17*	-	10	34.705
ΠΥΛΗΣ	12**	-	11	32.623
ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ	5***	-	5	22.318
-	-	Π.Ι Φυλακών Τρικάλων		

*Π.Ι Καλαμπάκας: Καστανιάς, Καλομοίρας, Κονίσκου, Πλατάνου, Θεόπετρας, Διάβας, Γερακαρίου, Κατάφυτου, Ασπροκκλησιάς, Κλεινού, Παναγιάς, Τρυγόνας, Αγρελιάς (Λιόπρασου), Αγιόφυλλου, Φωτεινού, Χρυσομηλέας, Οξύνειας

**Π.Ι Πύλης : Νεραϊδοχωρίου, Μεσοχώρας, Μεγ. Καλυβίων, Μοσχόφυτου, Ελάτης, Φήκης, Μουριάς, Προδρόμου, Διαλεκτού, Βαλτινού, Στουρναρέϊκων, Νεραΐδας

***Π.Ι Φαρκαδόνας: Ζηλευτής, Ζάρκου, Γεωργανάδων, Φανερωμένης, Οιχαλίας (Νεοχωρίου)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ

Για τις ανάγκες της έρευνας σχεδιάστηκε ειδικό δομημένο και σταθμισμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Ως βάση αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια παλαιότερων ανάλογων ερευνών ^{73,112-117}. Η δομή του ερωτηματολογίου είναι απλή. Αποτελείται από τρία (3) μέρη, ενώ ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων είναι σαρανταέξι (46). Ειδικότερα :

Το πρώτο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις όπου καταγράφονταν τα ατομικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του χρήστη. (Παράρτημα Ερ.1-9)

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικές με την επίσκεψη του χρήστη στο Κ.Υ. (Παράρτημα Ερ.10-29)

Το τρίτο μέρος δομείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, σχετικές με την χρήση των υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ. (Παράρτημα 30-46)

Οι ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση του χρήστη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, διαμορφώθηκαν βάση της εξάβαθμης κλίμακας Likert η οποία θεωρείται η προσφορότερη για τέτοιου είδους μετρήσεις ^{76,117-120}. Η κλίμακα αυτή θεωρείται ως κλίμακα διαστήματος (interval scale) και συνεπώς μπορεί να λάβει αριθμητική τιμή ¹¹⁹. Ο χρήστης είχε τη δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Τα ερωτηματολόγια δοκιμάστηκαν αρχικά σε ένα δείγμα 20 χρηστών, ώστε να διαπιστωθεί η σαφήνεια και ακρίβεια των ερωτήσεων.

Το σύνολο των στοιχείων για τα οποία καταγράφηκε η ικανοποίηση των χρηστών ήταν εικοσιεπτά (27). Στον Πίνακα 20 περιγράφονται σύντομα οι ερωτήσεις για τις οποίες καταγράφηκε η ικανοποίηση των χρηστών.

Πίνακας 20. Σύντομη Περιγραφή Ερωτήσεων	
EP.13	Ευκολία κλεισίματος ραντεβού
EP.15	Ευγένεια Γραμματείας κατά το κλείσιμο του ραντεβού
EP.16	Μεγάλος χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα εξέτασης
EP.17	Εύκολη πρόσβαση στο Κ.Υ
EP.19	Δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης
EP.20	Ελλιπής σήμανση στο Κ.Υ
EP.21	Ευγένεια και προθυμία προσωπικού πληροφοριών
EP.22	Καθαριότητα αίθουσας αναμονής
EP.23	Ευρυχωρία αίθουσας αναμονής
EP.24	Ευκολία εύρεσης ελεύθερου καθίσματος
EP.26	Θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής
EP.28	Καθαριότητα στις τουαλέτες του Κ.Υ
EP.29	Χρόνος αναμονής για εξέταση στο Κ.Υ
EP.30	Καθαριότητα ιατρείου
EP.31	Ευρυχωρία ιατρείου
EP.32	Επάρκεια χρόνου εξέτασης
EP.33	Αδιαφορία ιατρού για απομόνωση του ασθενούς
EP.34	Προθυμία ιατρού να ακούσει τους ασθενείς
EP.35	Επάρκεια ιατρικής πληροφόρησης για την υγεία του ασθενούς
EP.36	Εμπιστοσύνη στη διάγνωση
EP.37	Επάρκεια οδηγιών θεραπείας
EP.38	Σεβασμός ιατρού προς τους ασθενείς
EP.39	Ευγένεια νοσηλευτών
EP.40	Προθυμία νοσηλευτών
EP.43	Χρονοβόρες διαδικασίες κατά την αποχώρηση από το Κ.Υ
EP.44	Ευγένεια Γραμματείας
EP.45	Γενική εκτίμηση από την επίσκεψη στο Κ.Υ

Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στα τρία (3) Κέντρα Υγείας του Ν.Τρικάλων (Κ.Υ Φαρκαδόνας, Κ.Υ Πύλης, Κ.Υ Καλαμπάκας) τη χρονική περίοδο Μάιο-Σεπτέμβριο 2010 κατά τις πρωινές ώρες λειτουργίας 8:00-15:00. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος προσωπικής συνέντευξης (face to face interview). Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο ενήλικοι χρήστες κατά την έξοδό τους από το Κ.Υ. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείτο χρόνος 6 λεπτών, κατά προσέγγιση. Η επιστροφή του συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου από το χρήστη ισοδυναμούσε με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Η επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη σχεδίαση ειδικής βάσης δεδομένων με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) ¹²¹.

Κατά τη στατιστική επεξεργασία, έγινε αντιστροφή της αρχικής κωδικοποίησης στις απαντήσεις των χρηστών (1 έως 5) στις θετικά διατυπωμένες προτάσεις, ώστε όλες οι δηλωθείσες μεγαλύτερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης και αντίστροφα. Για να περιοριστεί το τυχαίο σφάλμα μέτρησης, προτείνεται διεθνώς η χρήση αθροιστικών κλιμάκων ^{119,122}.

Στα ερευνητικά δεδομένα έγινε στατιστική ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων (PCA), προκειμένου να δημιουργηθούν κατάλληλες αθροιστικές κλίμακες από τα μεμονωμένα στοιχεία του ερωτηματολογίου, ενώ η αρχική λύση περιστάφηκε με τη μέθοδο Varimax ώστε να γίνει ευκολότερη η ερμηνεία των παραγόντων ¹²³. Εξαιρέθηκαν από την ανάλυση τα στοιχεία με μη ικανοποιητικά ποσοστά απάντησης.

Ως κριτήριο για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων που θα δημιουργούνταν, χρησιμοποιήθηκαν οι ιδιοτιμές και παραλείφθηκαν κύριες συνιστώσες με τιμές χαμηλότερης της μονάδας

Απαραίτητη ήταν η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των κλιμάκων. Η αξιοπιστία (reliability) αναφέρεται στην ικανότητα ενός ερωτηματολογίου να παρέχει μετρήσεις που να χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σταθερότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι βαθμοί ικανοποίησης των ασθενών (όπως αυτοί αποτυπώνονται σε αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες) σε διαφορετικές μετρήσεις δεν πρέπει να επηρεάζονται πλέον από τυχαία σφάλματα μέτρησης.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας/συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας επιλέχθηκε ο συντελεστής άλφα του Cronbach¹²⁴.

Για την απεικόνιση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ιστογράμματα, πίνακες και ομαδοποιημένες στήλες.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ερευνητική διαδικασία υπόκειται σε περιορισμούς οι οποίοι πρέπει να αναφερθούν. Συγκεκριμένα:

Η ανάλυση των στοιχείων βασίζεται στην υπόθεση ότι η κλίμακα Likert επιτρέπει τη χρήση μεθόδων στατιστικής που αφορούν μεταβλητές διαστήματος. Αυτό σημαίνει ότι η αποστάσεις μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων όπως γίνονται αντιληπτές από τους χρήστες (διαφωνώ απόλυτα-διαφωνώ , συμφωνώ απόλυτα-συμφωνώ) είναι ίσες. Ταυτόχρονα άλλη μια σημαντική παράμετρος, είναι το σφάλμα απάντησης (response bias). Οι περισσότεροι χρήστες έχουν την τάση να εκφράζουν θετικές αξιολογήσεις για το ιατρικό έργο διότι δεν μπορούν να το κρίνουν άμεσα, όπως επίσης διότι οι περισσότεροι από αυτούς φοβούνται ότι εάν εκφράσουν την γνώμη τους θα μεταβληθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που θα λάβουν ¹²⁵. Άλλοι βασικοί περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι η δυσκολία των χρηστών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (αναλφάβητοι, αλλοδαποί) να κατανοήσουν πλήρως τις ερωτήσεις καθώς επίσης και να χειριστούν την ελληνική γλώσσα. Επομένως πιθανά θετικά αποτελέσματα της έρευνας είναι δυνατό να είναι πλασματικά και να απαιτούν περαιτέρω εξέταση.

ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Για τη διεξαγωγή της Μεταπτυχιακής ερευνητικής διατριβής ενημερώθηκε εγγράφως η 5^η Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, η οποία ενέκρινε και την εκπόνησή της.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και καθόλη τη διάρκεια της συλλογής των ερευνητικών δεδομένων δεν διαταράχθηκε η λειτουργία των Κ.Υ.

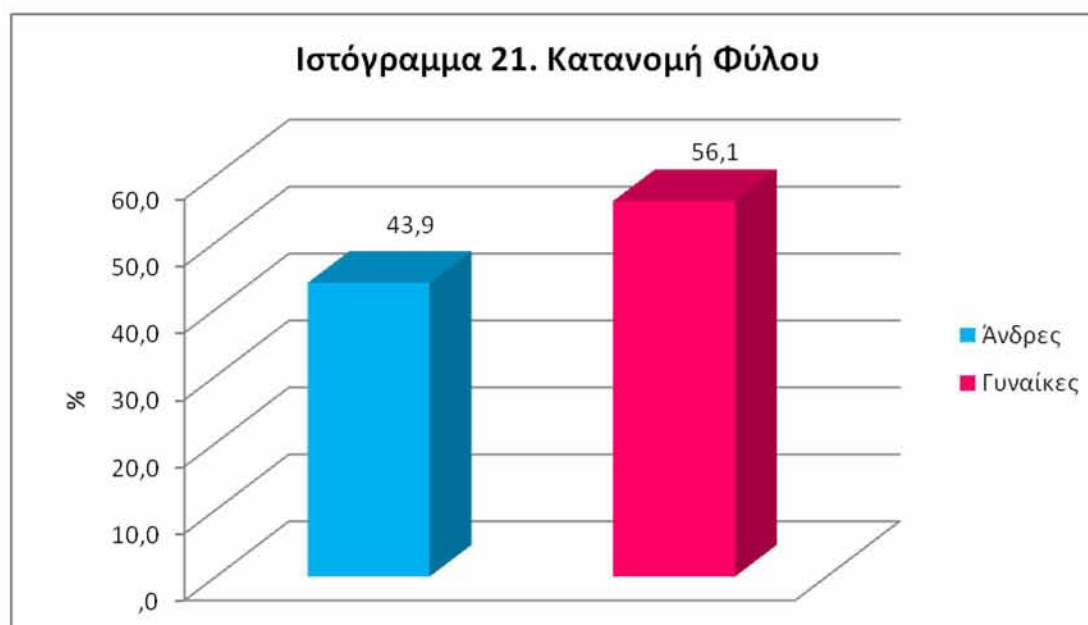
Τηρήθηκε απόλυτα η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Τα τελικά αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς λόγους και δεν δόθηκαν σε τρίτους.

Η έρευνα δεν χρηματοδοτήθηκε από κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα, ενώ για τη διεξαγωγή της δεν υπήρξε οικονομική επιβάρυνση των συμμετεχόντων, καθώς και των Κ.Υ του Ν. Τρικάλων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

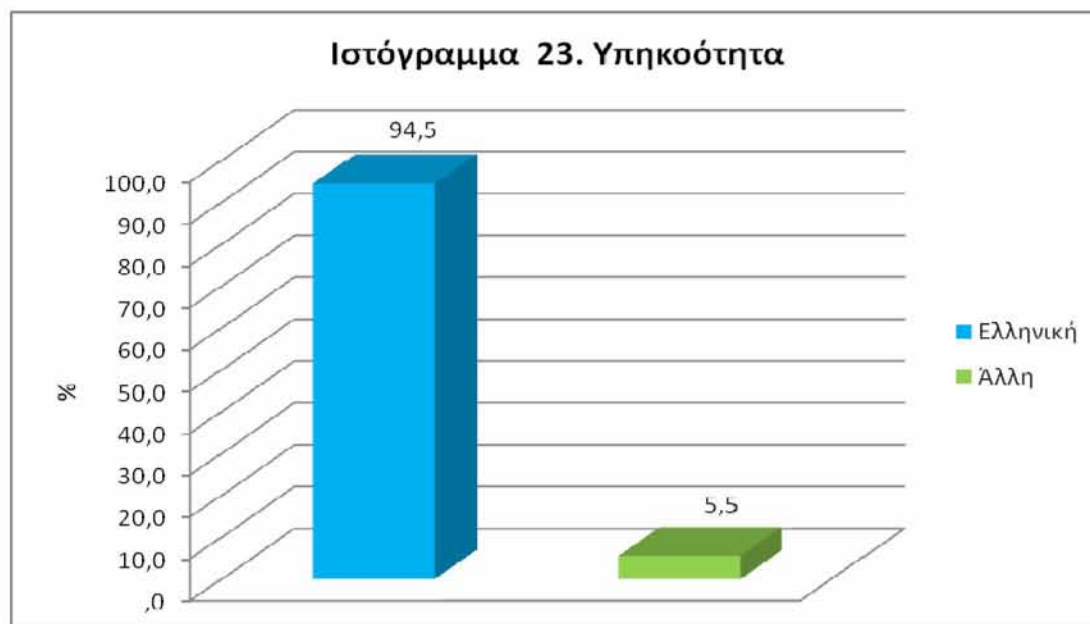
Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 344 ενήλικους χρήστες των τριών (3) Κ.Υ του Ν. Τρικάλων (Κ.Υ Φαραδόνας , Κ.Υ Καλαμπάκας, Κ.Υ Πύλης). Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι το 56,1% των χρηστών ήταν γυναίκες και το 43,9% άνδρες (Ιστόγραμμα 21).



Μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 52,42 έτη (Μ.Ο 52,42 ± 20,97). Το 32% των χρηστών ήταν μέχρι 40 ετών, το 26,7% μέχρι 60 ετών, τα άτομα της τρίτης ηλικίας προσέγγισαν το 41,3% (Ιστόγραμμα 22).



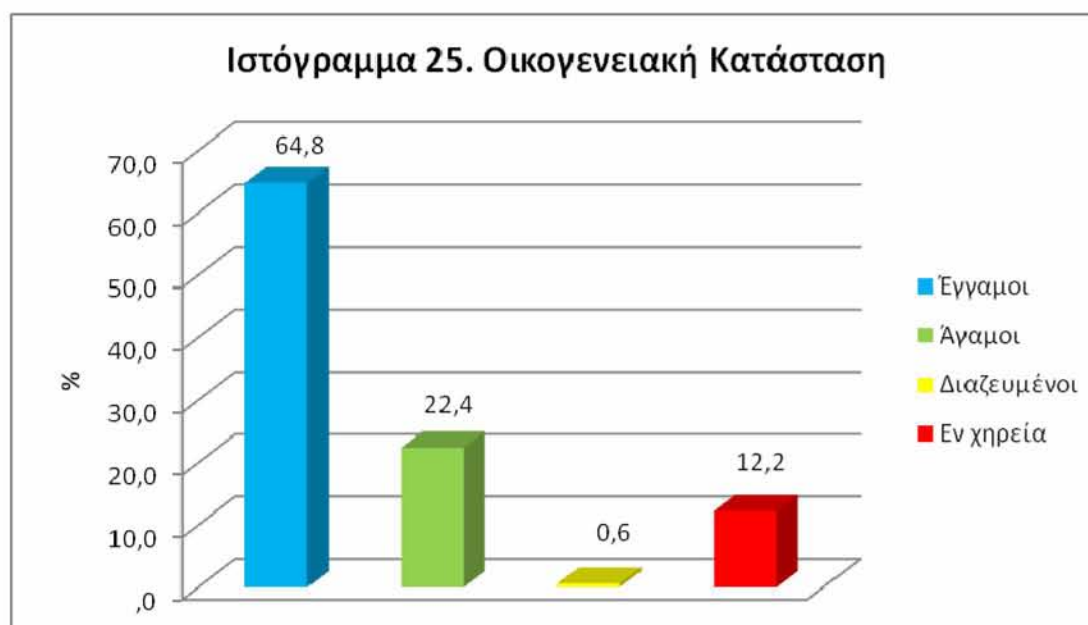
Αναφορικά με την υπηκοότητα των χρηστών των Κ.Υ του Ν. Τρικάλων, οι περισσότεροι ήταν Έλληνες (94,5 %). Μόλις το 5,5% των χρηστών είχε άλλη υπηκοότητα (Ιστόγραμμα 23).



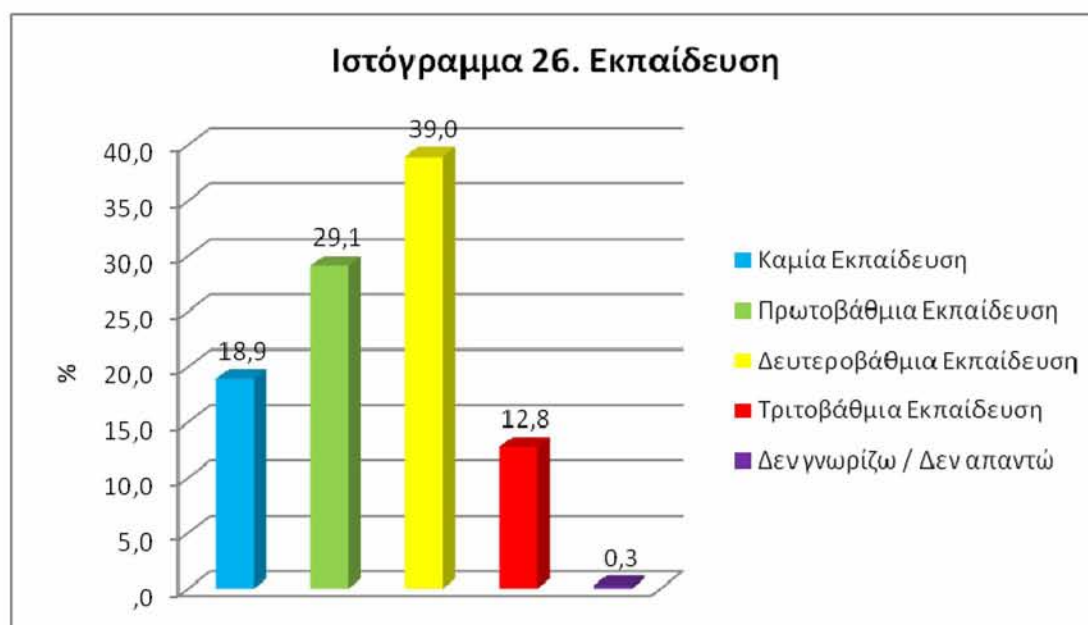
Ο τόπος διαμονής των ερωτηθέντων απεικονίζεται στο ιστόγραμμα 24. Το 15,7% των χρηστών κατοικεί μόνιμα στη Φαρκαδόνα, το 10,8% στην Καλαμπάκα και το 16% στην Πύλη. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το υπόλοιπο 57,5% των χρηστών που επισκέπτονται τα Κ.Υ του Ν. Τρικάλων κατοικούν μόνιμα στην ευρύτερη περιοχή ευθύνης των Κ.Υ .



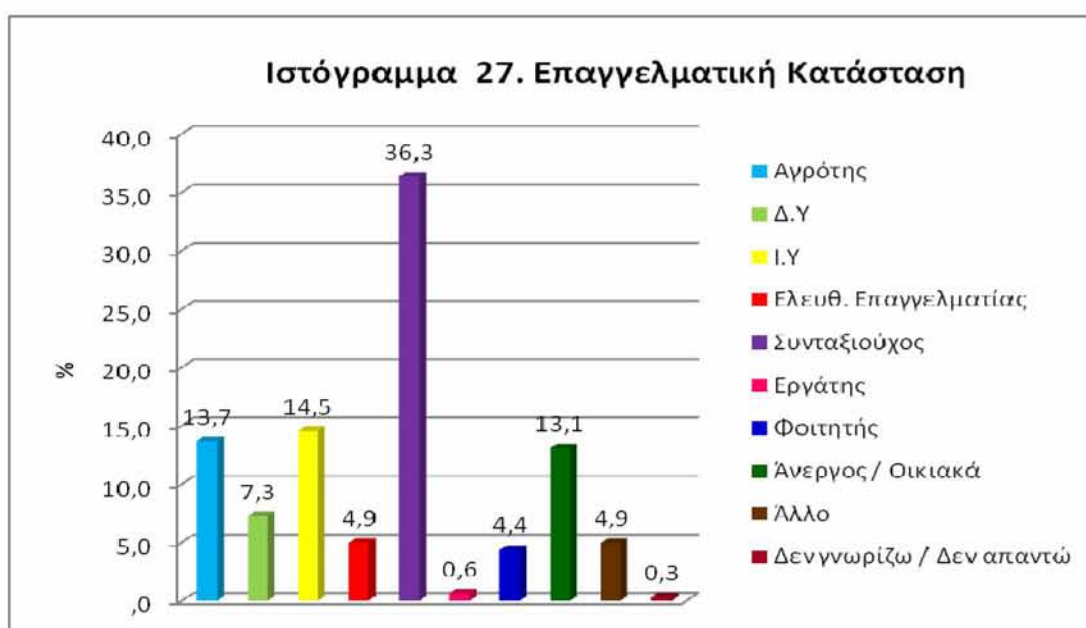
Η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας ήταν έγγαμοι (64,8%), το 22,4% άγαμοι και εν χηρεία το 12,2%. Πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ήταν σε διάσταση. Στο Ιστόγραμμα 25 που ακολουθεί αποτυπώνεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.



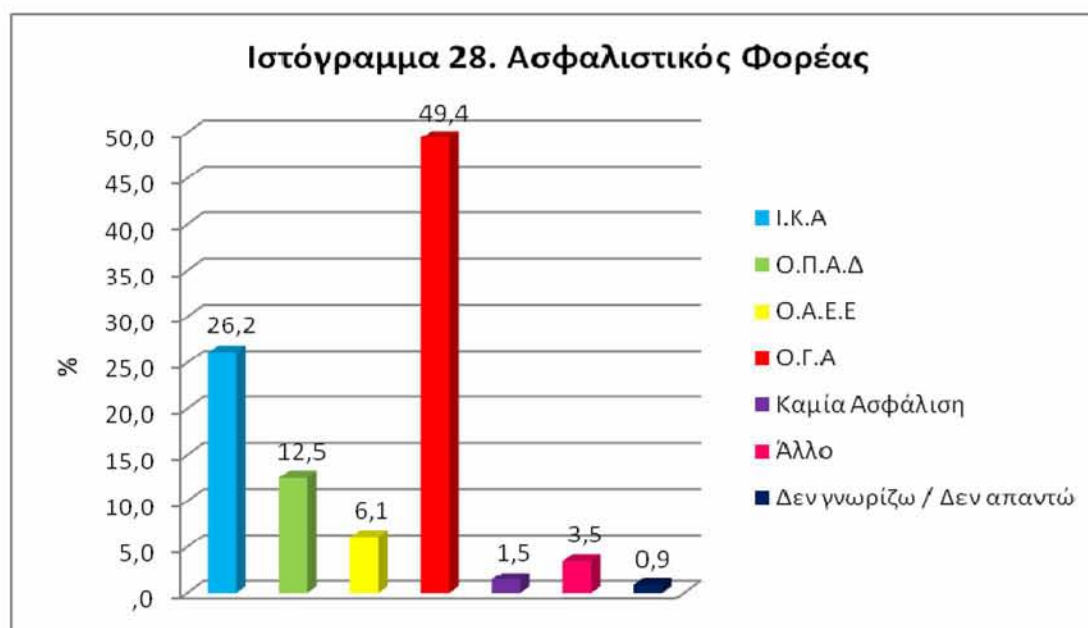
Το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών χαρακτηρίστηκε χαμηλό. Το 29,1% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 39% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Υψηλό ήταν το ποσοστό των χρηστών (18,9%) που δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση. Μόλις το 12,8% ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Ιστόγραμμα 26).



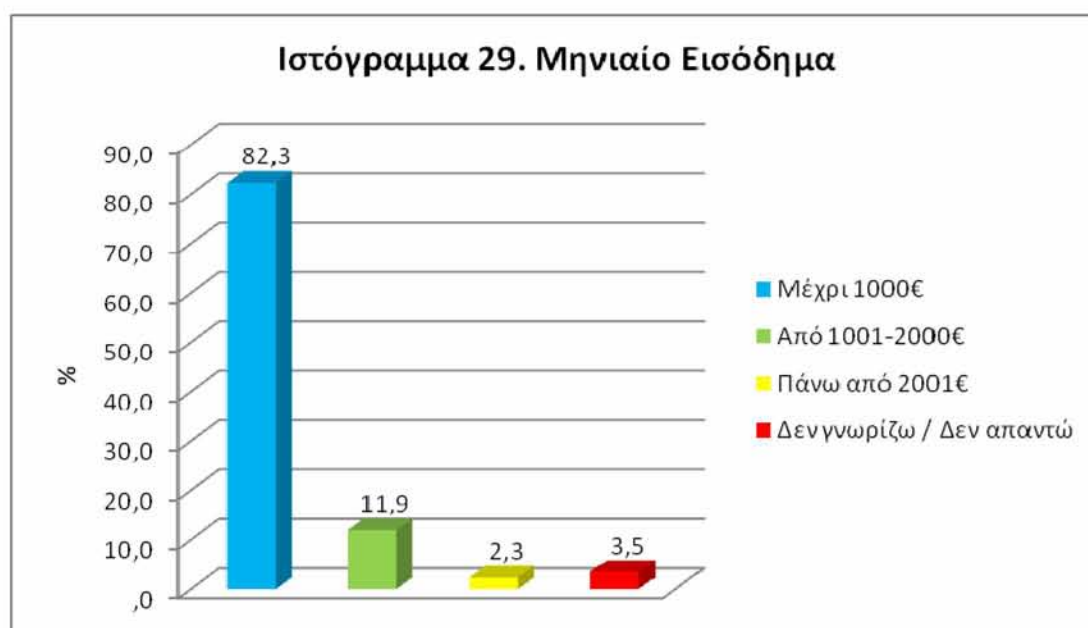
Κατά κύριο λόγο οι χρήστες ήταν συνταξιούχοι (36,3%), ιδιωτικοί υπάλληλοι (14,5%). Οι αγρότες περιορίζονταν στο 13,7%, ενώ το 13,2% δήλωσε ότι ασχολείται με οικιακά ή ήταν άνεργοι ποσοστό που βρίσκεται σε απόλυτη αντιστοιχία με το ποσοστό ανεργίας (13%) που καταγράφεται στη μηνιαία έκθεση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για την Περιφέρεια Θεσσαλίας το Νοέμβριο του 2010 (Ιστόγραμμα 27).



Από αυτούς το 49,4% ήταν ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α, το 26,2% στο Ι.Κ.Α, το 12,5% στον Ο.Π.Α.Δ, ενώ οι ανασφάλιστοι περιορίζονταν στο 1,5% (Ιστόγραμμα 28).



Εξετάζοντας το μηνιαίο καθαρό εισόδημα του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι το 82,3% είχαν μηνιαίο εισόδημα μέχρι 1000€, το 11,9% από 1001-2000€. Μόλις το 2,3% ανήκαν σε υψηλή εισοδηματική κλίμακα (άνω των 2000€). Στο Ιστόγραμμα 29 απεικονίζεται το μηνιαίο καθαρό εισόδημα του δείγματος.



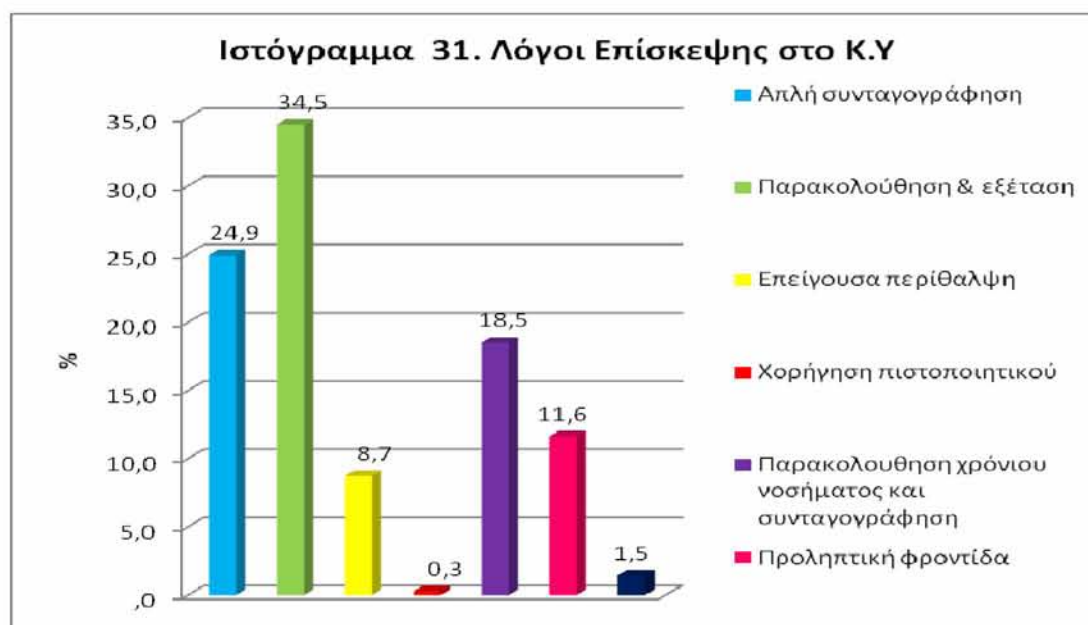
Τα κοινωνικόοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται συνολικά στον Πίνακα 30.

Πίνακας 30. Κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία δείγματος*	
Χαρακτηριστικό	Ποσοστό %
Φύλο	
Άνδρες	43.9
Γυναίκες	56.1
Υπηκοότητα	
Ελληνική	94.5
Άλλη	5.5
Εκπαίδευση	
Πρωτοβάθμια	29.1
Δευτεροβάθμια	39.0
Τριτοβάθμια	12.8
Καμία Εκπαίδευση	18.9
Οικογενειακή Κατάσταση	
Έγγαμοι	64.8
Άγαμοι	22.4
Διαζευγμένοι	0.6
Εν χηρεία	12.2
Ηλικία	
18-40	32.0
41-60	26.7
>60	41.3
Μηνιαίο Εισόδημα	
Μέχρι 1000€	82.3
Από 1001-200€	11.9
Πάνω από 2001€	2.3
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	3.5
Κατάσταση υγείας	
Πολύ καλή	28.5
Καλή	37.5
Μέτρια	29.9
Κακή	3.5
Πολύ κακή	0.6

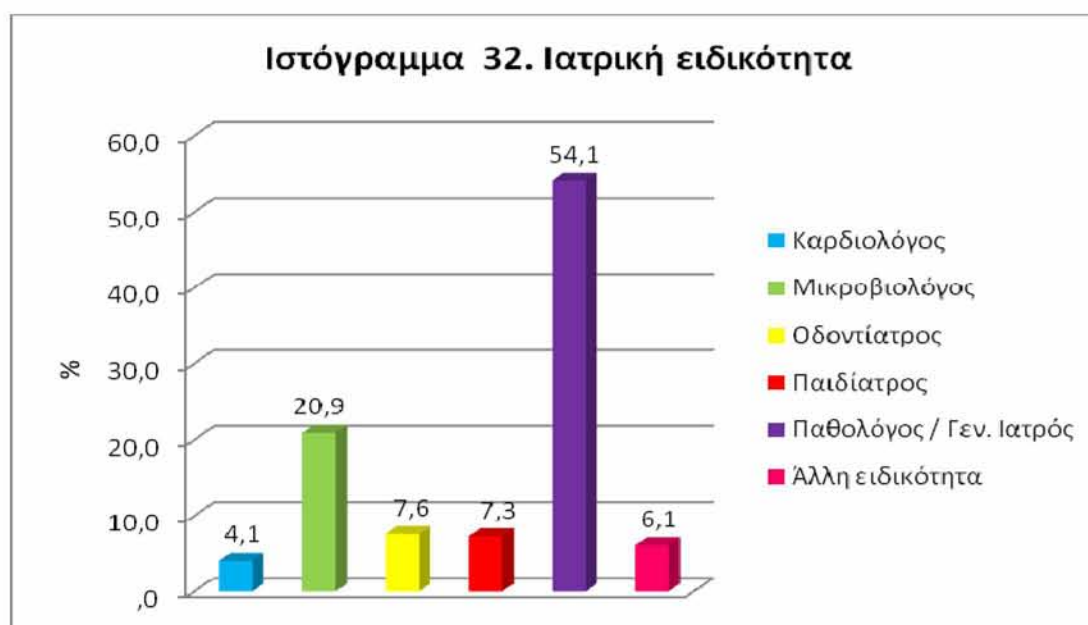
• Δείγμα 344 ενήλικων χρηστών

II. ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ Κ.Υ

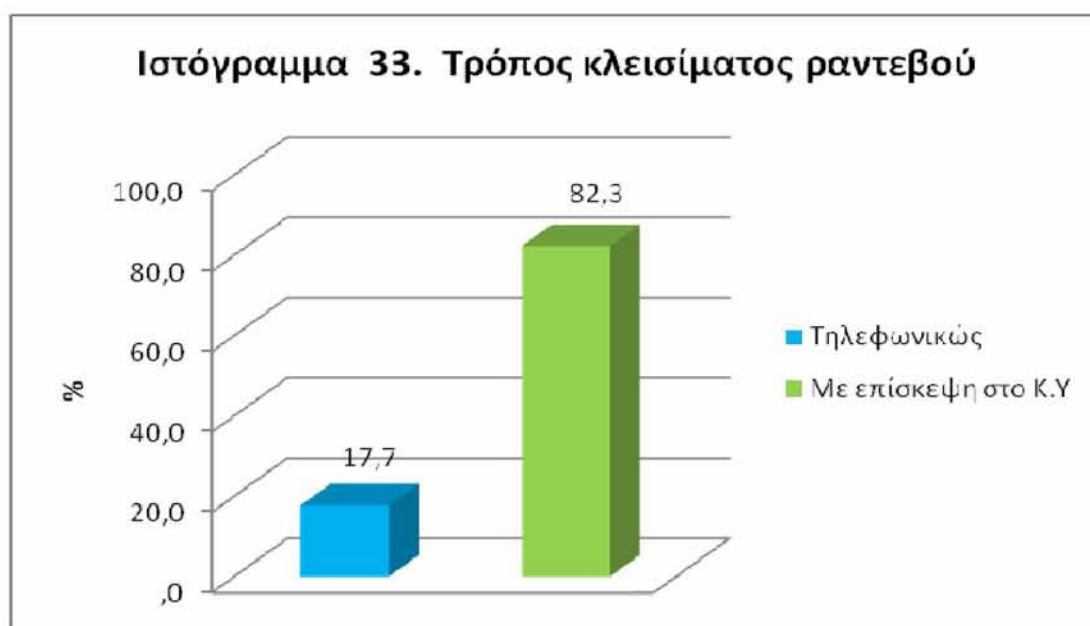
Σχετικά με την επίσκεψη των χρηστών στα Κ.Υ, αυτή παρουσιάζεται στο Ιστόγραμμα 31. Ειδικότερα προέκυψε ότι το 34,5% των χρηστών προσέρχεται στο Κ.Υ για παρακολούθηση και εξέταση, το 24,9% για απλή συνταγογράφηση, 18,5% για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και συνταγογράφηση. Μόλις το 11,6% των χρηστών προσέρχεται για προληπτική φροντίδα, ενώ το υπόλοιπο 10,5% επισκέπτεται το Κ.Υ για άλλους λόγους (επείγουσα περίθαλψη, χορήγηση πιστοποιητικού, άλλο λόγο).



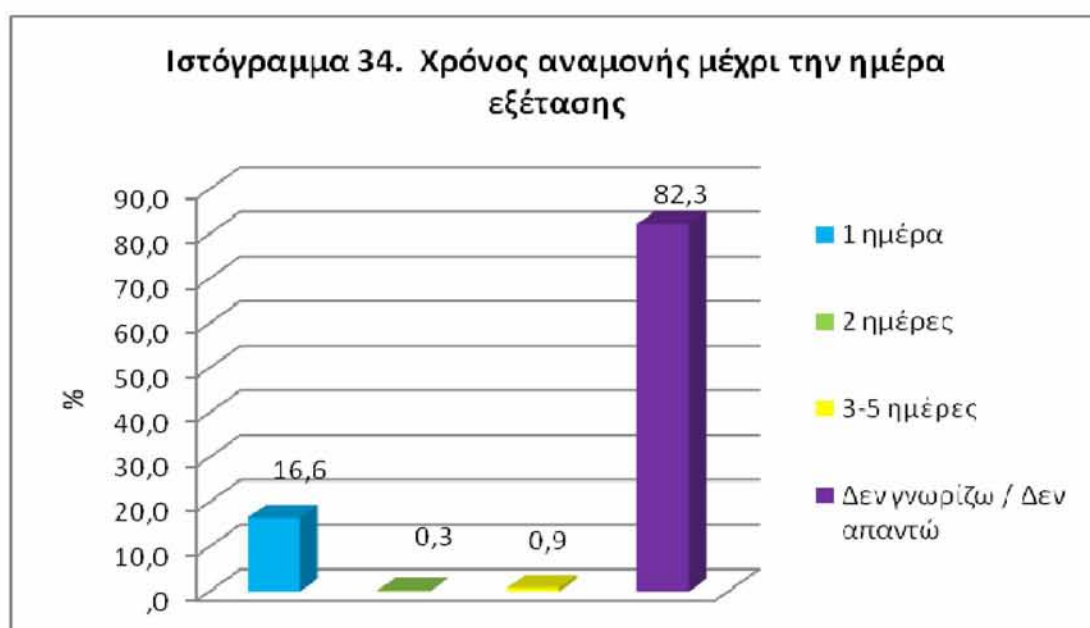
Στην ερώτηση “ Ποια ιατρική ειδικότητα επισκεφθήκατε στο Κ.Υ ; ” η πλειοψηφία απάντησε τον Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό (54,1%), το 20,9% επισκέφθηκε το μικροβιολόγο. Περίπου ίδια είναι τα ποσοστά των χρηστών επισκέφθηκαν τον οδοντίατρο (7,6%) και το παιδίατρο (7,3%). Το 4,1% επισκέφθηκε τον καρδιολόγο, ενώ το υπόλοιπο 6,1% ιατρό κάποιας άλλης ειδικότητας (Ιστόγραμμα 32).



Αναφορικά με τον τρόπο κλεισίματος ραντεβού στο Κ.Υ, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (82,3%) απάντησε ότι επισκέφθηκε το Κ.Υ χωρίς να κλείσει προηγουμένως κάποιο ραντεβού, ενώ μόλις το 17,7% των χρηστών επικοινωνήσαν τηλεφωνικώς με το Κ.Υ για ραντεβού με κάποιο ιατρό (Ιστόγραμμα 33).



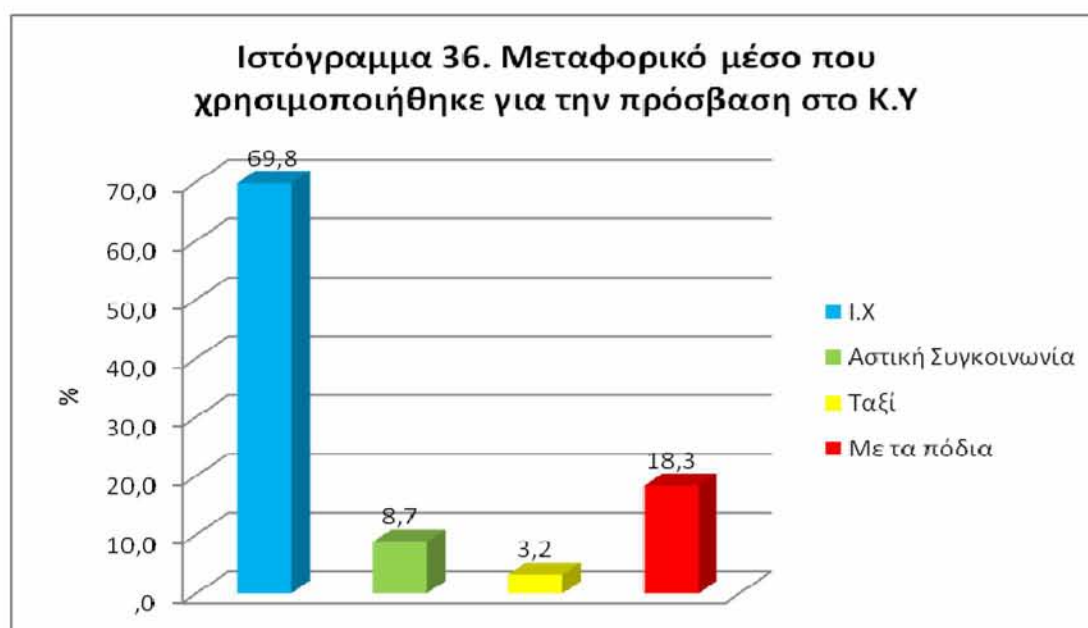
Από τα άτομα που απάντησαν ότι έκλεισαν τηλεφωνικά ραντεβού στο Κ.Υ προέκυψε ότι το 16,6% των χρηστών αναμένει το πολύ μια ημέρα μέχρι την ημέρα της εξέτασης. Στο ερώτημα αυτό δεν απάντησε το 82,3%, ποσοστό που δικαιολογείται αφού η πλειοψηφία των χρηστών προσέρχεται στα Κ.Υ χωρίς προηγουμένως να έχει κλείσει τηλεφωνικά κάποιο ραντεβού (Ιστόγραμμα 34).



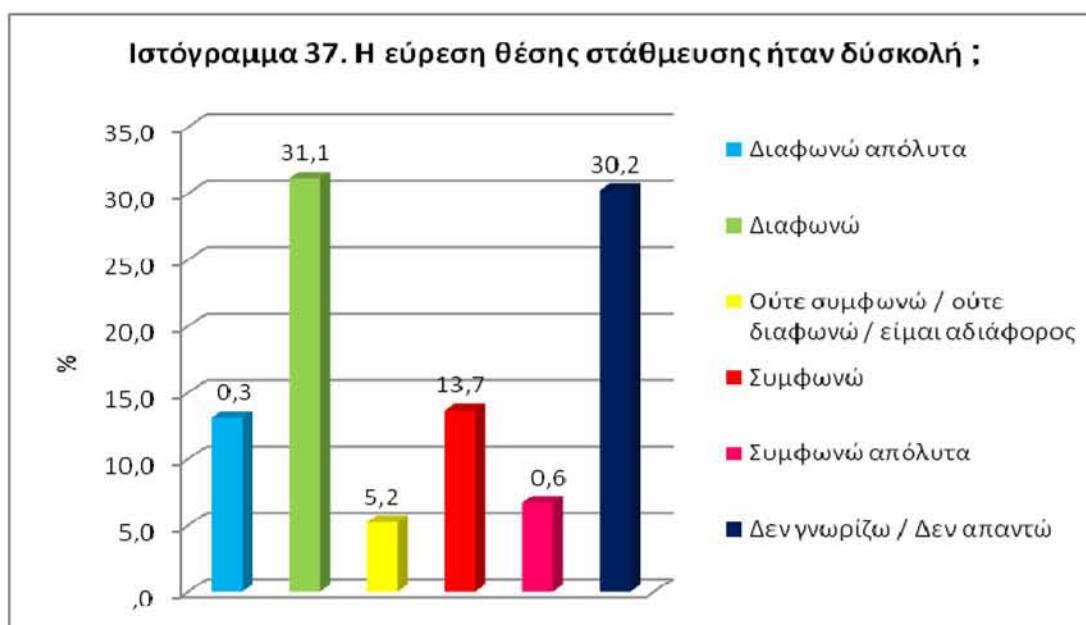
Ο χρόνος αναμονής των χρηστών κατά την ημέρα της εξέτασης απεικονίζεται στο Ιστόγραμμα 35. Το 29,4% των ερωτηθέντων περιμένει πάνω από 60' μέχρι να εξεταστεί, το 17,4% από 31'-60', το 13,7% περιμένει 16'-30'. Μόλις το 10,8% περιμένει περίπου 15'.



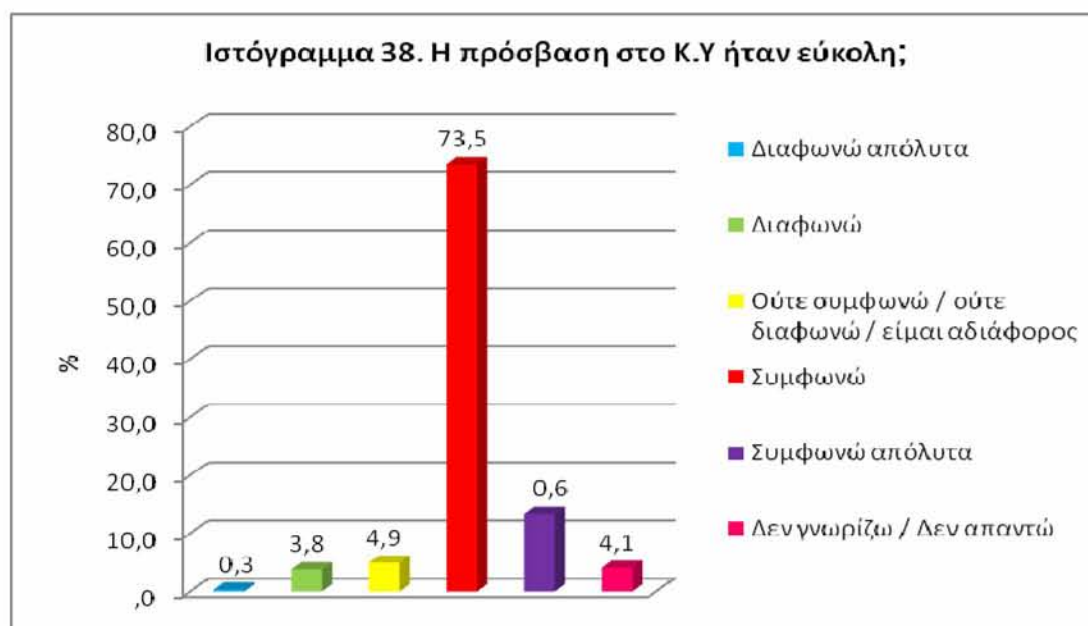
Στο ιστόγραμμα 36, αναλύεται ο τρόπος που επιλέγουν οι χρήστες για την πρόσβασή τους στο Κ.Υ. Ειδικότερα το 69,8% των χρηστών προσέρχεται στο Κ.Υ με ΙΧ, το 8,7% με αστική συγκοινωνία. Το 18,3% προσέρχεται με τα πόδια, ενώ μόλις το 3,2% αυτών επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν το ταξί.



Σχετικά με την εύρεσης θέσης στάθμευσης, το 32,4% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι είναι εύκολη. Το 14,3% την θεωρεί δύσκολη ενώ ουδέτερη στάση εκφράζει το 5,2%. Από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε το 30,2% ποσοστό που δικαιολογείται αφού το 30,2% των χρηστών επέλεγον να προσέρθουν στο Κ.Υ με τα πόδια, με ταξί ή αστική συγκοινωνία.



Συμπερασματικά η πρόσβαση στα Κ.Υ χαρακτηρίζεται από 74,1% των χρηστών εύκολη, από το 4,1% δύσκολη. Ουδέτερη άποψη έχει το 4,9% των χρηστών. Στο ερώτημα δεν απάντησε το 4,1% των ερωτηθέντων (Ιστόγραμμα 38).



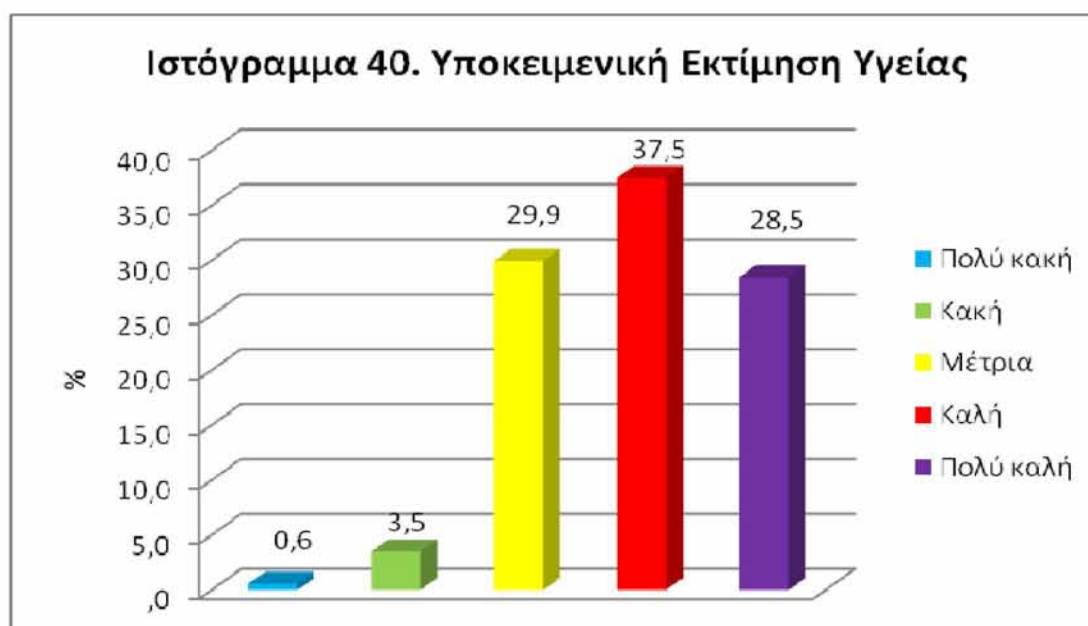
Περισσότερα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των Κ.Υ του Ν. Τρικάλων αποτυπώνονται στον Πίνακα 39.

Πίνακας 39. Ερώτηση Ικανοποίησης	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ/ είμαι αδιάφορος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
Ελλιπής σήμανση των χώρων	18,6*	52	16,6	7,3	0,9	4,7
Καθαριότητα αίθουσας αναμονής	2,6	0,3	23,3	61,9	9,0	2,9
Στενότητα χώρου αίθουσας αναμονής	13,7	52,6	22,4	6,4	1,7	3,2
Καθαριότητα τουαλετών	9,6	2,3	16,9	20,6	0,9	49,7
Καθαριότητα ιατρείου	0,3	0,9	12,5	77,6	5,2	3,5
Στενότητα χώρου ιατρείου	10,5	52,0	26,5	5,5	2,3	3,2
Χρονοβόρες διαδικασίες γραμματείας	10,2	12,2	0,3	2,0	0,3	75,0
Ευγένεια Προσωπικό γραμματείας	0,6	0,9	5,8	71,8	15,1	5,8
Θετική γενική εκτίμηση από κέντρο υγείας	0,9	2,0	4,9	64,8	24,7	2,6

*Ποσοστά επί %

Ειδικότερα το 70,6% του δείγματος θεωρεί επαρκή τη σήμανση των Κ.Υ, το 61,9% συμφωνεί ότι οι αίθουσα αναμονής των Κ.Υ είναι καθαρή ενώ το 66,3% την θεωρεί άνετη. Το 21,5% των χρηστών θεωρεί καθαρές τις τουαλέτες των Κ.Υ, ενώ το 26,5% εκφράζει ουδέτερη στάση σχετικά με τη στενότητα του χώρου του ιατρείου. Από την πλειοψηφία των χρηστών το προσωπικό της γραμματείας χαρακτηρίζεται ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει (86,9%), ενώ οι διαδικασίες των υπηρεσιών της γραμματείας δεν ήταν χρονοβόρες. Γενικά το 89,5% του δείγματος εκφράζει θετική άποψη από την επίσκεψή του στο Κ.Υ.

Τέλος καταγράφηκε η άποψη των χρηστών για την υγεία τους. Η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας των χρηστών φαίνεται στο Ιστόγραμμα 40. Το 28,5% των χρηστών χαρακτήρισε την υγεία του πολύ καλή, το 37,5% καλή ενώ το 29,9% μέτρια. Μικρό ήταν το ποσοστό των χρηστών που χαρακτήρισε την υγεία του κακή ή πολύ κακή (4,1%).



III. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε 27 στοιχεία-ερωτήσεις για τα οποία μετρήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο Πίνακας 41 περιλαμβάνει ορισμένα περιγραφικά στοιχεία της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των Κ.Υ.

Πίνακας 41. Περιγραφικά αποτελέσματα των ερωτήσεων που μετρούν την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των Κ.Υ		
Ερώτηση	Περιγραφή	Μέση Τιμή
EP.13	Ευκολία κλεισίματος ραντεβού	4,16
EP.15	Ευγένεια Γραμματείας κατά το κλείσιμο του ραντεβού	4,33
EP.16	Μεγάλος χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα εξέτασης	1,79
EP.17	Ευκολη πρόσβαση στο Κ.Υ	4,00
EP.19	Δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης	2,57
EP.20	Ελλιπής σήμανση στο Κ.Υ	2,16
EP.21	Ευγένεια και προθυμία προσωπικού πληροφοριών	4,05
EP.22	Καθαριότητα αίθουσας αναμονής	3,77
EP.23	Ευρυχωρία αίθουσας αναμονής	2,28
EP.24	Ευκολία εύρεσης ελεύθερου καθίσματος	4,23
EP.25	Χρόνος αναμονής για εξέταση	3,52
EP.26	Θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής	1,99
EP.28	Καθαριότητα στις τουαλέτες του Κ.Υ	3,02
EP.29	Χρόνος αναμονής για εξέταση στο Κ.Υ	2,03
EP.30	Καθαριότητα ιατρείου	3,90
EP.31	Ευρυχωρία ιατρείου	2,35
EP.32	Επάρκεια χρόνου εξέτασης	4,01
EP.33	Αδιαφορία ιατρού για απομόνωση του ασθενούς	2,02
EP.34	Προθυμία ιατρού να ακούσει τους ασθενείς	4,10
EP.35	Επάρκεια ιατρικής πληροφόρησης για την υγεία του ασθενούς	4,08
EP.36	Εμπιστοσύνη στη διάγνωση	4,36
EP.37	Επάρκεια οδηγιών θεραπείας	4,06
EP.38	Σεβασμός ιατρού προς τους ασθενείς	4,10
EP.39	Ευγένεια νοσηλευτών	4,09
EP.40	Προθυμία νοσηλευτών	4,09
EP.43	Χρονοβόρες διαδικασίες κατά την αποχώρηση από το Κ.Υ	1,80
EP.44	Ευγένεια Γραμματείας	4,06
EP.45	Γενική εκτίμηση από την επίσκεψη στο Κ.Υ	4,13

Από τα 27 στοιχεία-ερωτήσεις επιλέχθηκαν τα εικοσιένα (21) για την ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων. Παραλήφθηκαν τα στοιχεία όπου δεν υπήρχε ικανοποιητικός αριθμός απαντήσεων (missing data >5%).

Αρχικά ελέγξαμε εάν όλες οι μεταβλητές που επιλέξαμε, μπορούσαν να συμμετέχουν στην ανάλυση κυρίων παραγόντων. Στη διαδικασία αυτή, υπολογίσαμε το στατιστικό μέτρο Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy αλλά και τους Anti-image Matrices (Πίνακας 42).

Πίνακας 42. KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,809
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2462,671
	df	210
	Sig.	,000

Στην έρευνά μας, τα μέτρα διάγνωσης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και Bartlett's test (KMO=0.809 και $\chi^2=2462,671$, $P<0.01$) δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα αφού τιμές KMO μεγαλύτερες του 0.8 θεωρούνται πολύ καλές για τη συνέχιση της διαδικασίας της ανάλυσης κυρίων παραγόντων. Επιπλέον, επειδή η τιμή του Sig. του Approx. Chi-Square είναι μικρότερη του 0.05, απορρίπτεται η υπόθεση της μη ύπαρξης σημαντικών συσχετίσεων σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επομένως στον πίνακα υπάρχουν μεταβλητές οι οποίες συσχετίζονται. Αυτό μας οδηγεί ένα βήμα παρακάτω στην ανάλυση κυρίων παραγόντων και στον έλεγχο του δείκτη MSA (Measures of Sampling Adequacy) για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά. Επιλέχθηκαν οι τιμές με δείκτη MSA >0.5.

Από την ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων που ακολούθησε, προέκυψαν 5 κύριες συνιστώσες οι οποίες συσχετίζονται με ομάδες ερωτήσεων και δημιουργούν αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες. Οι παράγοντες που προέκυψαν καθώς και οι συσχετίσεις στοιχείου και παράγοντα φαίνονται στον Πίνακα 43.

Πίνακας 43. Συσχετίσεις Στοιχείων με τους παράγοντες

	Παράγοντας					
	1	2	3	4	5	6
EP.17	,045	,466	-,018	,001	-,027	-,550
EP.20	-,048	-,264	-,309	,562	-,267	,098
EP.21	,252	,614	,214	-,307	,197	-,054
EP.22	,028	,225	,728	-,033	,051	,057
EP.23	,076	,044	-,705	,383	,103	-,068
EP.24	,157	,097	,139	-,007	-,803	-,087
EP.25	-,002	,121	,065	-,007	-,120	,848
EP.26	-,040	-,057	-,141	,713	,250	,109
EP.29	-,216	-,132	,072	,680	,097	-,176
EP.30	,397	,205	,655	,199	,066	-,025
EP.31	-,110	,087	-,837	,089	,110	,002
EP.32	,690	,192	,100	-,109	-,177	-,145
EP.33	,004	,078	,048	,154	,613	-,191
EP.34	,846	,059	-,016	-,007	,051	-,064
EP.35	,669	,212	,085	-,052	-,057	,009
EP.36	,711	-,072	,004	-,339	-,033	,176
EP.37	,781	,086	,018	-,065	-,070	,007
EP.38	,738	,270	,121	,116	-,018	-,047
EP.39	,203	,900	,037	-,077	-,099	,016
EP.40	,224	,905	,072	-,101	-,001	,040
EP.45	,528	,087	,250	-,320	,238	,254

Μέθοδος Ανάλυσης : PCA

Μέθοδος Περιστροφής: : Varimax with Kaiser Normalization.

Τα αποτελέσματα έχουν περιστραφεί με τη μέθοδο Varimax μετά από 6 διαδοχικές προσεγγίσεις.

Ο πρώτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (32,34,35,36,37,38,45) που αφορούν την ιατρική εξέταση. Ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (21,39,40) που αφορούν το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (22,30) που αφορούν την καθαριότητα των Κ.Υ. Ο τέταρτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (20,26,29) που αφορούν το περιβάλλον των Κ.Υ. Ο πέμπτος παράγοντας περιλαμβάνει την ερώτηση (33) που αφορά την αδιαφορία του ιατρού για την κατάλληλη απομόνωση του ασθενή κατά την εξέταση. Ο έκτος και τελευταίος παράγοντας περιλαμβάνει την ερώτηση (25) που αφορά τον χρόνο αναμονής μέχρι την εξέταση. Ο πέμπτος και έκτος παράγοντας επειδή περιλαμβάνουν μια μόνο ερώτηση δεν μπορούν να συστήσουν αθροιστική κλίμακα γι' αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται στην ανάλυση που ακολουθεί.

Οι ανωτέρω τέσσερις παράγοντες δημιουργούν αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες που ακολούθως θα ελεγχθούν για την αξιοπιστία και εγκυρότητά τους, ενώ ταυτόχρονα θα υπολογιστεί και ο συντελεστής άλφα του Cronbach.

Στον Πίνακα 44 φαίνεται η ανάλυση εσωτερικής συνοχής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μια αθροιστικής κλίμακας μετρούν το ίδιο δημιουργήμα (construct). Τιμές Cronbach >0.80 υποδηλώνουν ότι τα επιμέρους στοιχεία πραγματικά ανήκουν στο ίδιο δημιουργό ¹²⁴. Εάν ο συντελεστής λάβει τιμές <0.70 τότε ίσως κάποιο από τα στοιχεία της αθροιστικής κλίμακας πρέπει να παραληφθεί ¹¹³, να υπολογιστεί ξανά ο συντελεστής άλφα, ώστε να αποκλειστούν τελικά οι ερωτήσεις εκείνες που τον αποδυναμώνουν.

Τελικά προκύπτουν τελικά τέσσερις (4) αθροιστικές κλίμακες, που περιλαμβάνουν: α) Ιατρική Εξέταση β) Νοσηλευτικό & Λοιπό Προσωπικό, γ) Καθαριότητα των Κ.Υ, δ) Περιβάλλον των Κ.Υ.

Πίνακας 44. Συντελεστές Αθροιστικών κλιμάκων & μέσοι όροι ικανοποίησης

Στοιχείο	Περιγραφή Κλιμάκων και Στοιχείων	Συντελεστής Cronbach	Μέση ικανοποίηση
	Ιατρική Εξέταση	0.841*	
EP.32	Επάρκεια χρόνου εξέτασης	0.815**	4.01
EP.34	Προθυμία ιατρού να ακούσει τους ασθενείς	0.810	4.10
EP.35	Πληροφόρηση για την υγεία των ασθενών	0.820	4.08
EP.36	Εμπιστοσύνη στη διάγνωση	0.815	4.36
EP.37	Επάρκεια οδηγιών θεραπείας	0.808	4.06
EP.38	Σεβασμός Ιατρού στους ασθενείς	0.817	4.10
EP.45	Γενική εκτίμηση από το Κ.Υ	0.849	4.13
	Νοσηλευτικό & Λοιπό Προσωπικό	0.811	
		0.925	4.05
EP.21	Ευγένια και προθυμία προσωπικού Πληροφοριών		
EP.39	Ευγένια νοσηλευτών	0.637	4.09
EP.40	Προθυμία νοσηλευτών	0.633	4.09
	Καθαριότητα Κ.Υ	0.633	
EP.22	Καθαριότητα αναμονής	-	3.77
EP.30	Καθαριότητα Ιατρείου	-	3.90
	Περιβάλλον Κ.Υ	0.558	
EP.20	Ελλιπής σήμανση Κ.Υ	0.508	2.16
EP.26	Θερμοκρασία αίθουσας αναμονής	0,393	1.99
EP.29	Χρόνος αναμονής για εξέταση στο Κ.Υ	0.462	2.03

* Συντελεστές Cronbach κλιμάκων

** Συντελεστές Cronbach κλιμάκων χωρίς το αναφερόμενο στοιχείο-ερώτηση

Στο δείγμα μας, οι δυο πρώτες κλίμακες που αφορούν την "Ιατρική Εξέταση" και το "Νοσηλεύτικο & Λοιπό προσωπικό" έχουν δείκτη άλφα του Cronbach 0.841 και 0.811 αντίστοιχα. Πρόκειται για εξαιρετικά υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας. Η τρίτη και τέταρτη κλίμακα που αφορούν την "Καθαριότητα των Κ.Υ" και το "Περιβάλλον των Κ.Υ" εμφανίζουν χαμηλό συντελεστή άλφα Cronbach 0.633 και 0.558 που δεν βελτιώνεται με την απαλοιφή κάποιου στοιχείου. Η χαμηλή εσωτερική συνοχή οφείλεται στις χαμηλές συσχετίσεις των ερωτήσεων μεταξύ τους. Οι κλίμακες λόγω του χαμηλού δείκτη άλφα του Cronbach αποκλείονται από τις τελική ανάλυση.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των αθροιστικών κλιμάκων με τη μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης 3,495 (μέγιστο το 5) καταλήγουμε στο εξής: οι μέσες τιμές των αθροιστικών κλιμάκων είναι 4,123 για την ιατρική εξέταση, 4,084 για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Οι μέσες τιμές για τις δυο πρώτες κατηγορίες είναι μεγαλύτερες από τη μέση συνολική ικανοποίηση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικό εύρημα της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που επισκέπτονται τα Κ.Υ του Ν. Τρικάλων.

Καταγράφονται σημαντικά ποσοστά εμπιστοσύνης στο έργο των ιατρών, ποσοστά που είναι σταθερά υψηλά και σε άλλες αντίστοιχες έρευνες^{73,126-128}. Πολύ ικανοποιητικά κρίνονται και τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

Από τα στατιστικά στοιχεία προκύπτει το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των χρηστών που επισκέπτονται τα Κ.Υ του Ν. Τρικάλων. Στην πλειοψηφία τους είναι ελληνίδες γυναίκες άνω των 60 ετών, έγγαμες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές, συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α με εισόδημα έως 1000€. Το επίπεδο της υγείας τους είναι καλό και επισκέπτονται στο Κ.Υ τον Παθολόγο ή το Γενικό Ιατρό κυρίως για συνταγογράφηση φαρμάκων. Μόλις το 11,6% των χρηστών προσέρχεται για προληπτική φροντίδα. Το στοιχείο αυτό πρέπει να μας προβληματίζει ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε τους βασικούς στόχους της Π.Φ.Υ. Η πρόληψη δεν φαίνεται να αποτελεί καθημερινότητα του Γενικού Ιατρού των Κ.Υ.

Συγχρόνως μεγάλο ποσοστό των χρηστών θεωρεί την πρόσβαση στα Κ.Υ εύκολη. Οι περισσότεροι ασθενείς που προσέρχεται στα Κ.Υ με τα πόδια ενώ επίσης υψηλό ποσοστό αυτών που προσήλθαν στο Κ.Υ με το Ι.Χ αναφέρουν ότι η εύρεση θέσης στάθμευσης ήταν εύκολη. Θετική άποψη διατυπώνεται για την σήμανση, καθαριότητα και άνεση των χώρων των Κ.Υ (χώρος αναμονής, τουαλέτες, χώρος εξέτασης).

Σχετικά με το χρόνο αναμονής για εξέταση αυτός κρίνεται μικρός από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έκλεισε ραντεβού με κάποιο ιατρό του Κ.Υ την ίδια ή την αμέσως επόμενη ημέρα από αυτή που τηλεφώνησε.

Το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των χρηστών που περιγράφηκε βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα δημογραφικά στοιχεία του Ν. Τρικάλων ενώ ταυτόχρονα επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα^{13,129,130}. Η Γείτονα και συν. αναφέρουν ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται άμεσα από παράγοντες όπως: υποκειμενική κατάσταση υγείας, ηλικία, εισόδημα, φύλο, και περιοχή. Ειδικότερα οι γυναίκες αναζητούν συχνότερα υπηρεσίες Π.Φ.Υ σε σχέση με τους άνδρες. Ηλικιωμένα άτομα επισκέπτονται μονάδες Π.Φ.Υ συχνότερα σε σχέση με άτομα νεότερης ηλικίας. Σχετικά με την επίδραση του εισοδήματος στην χρήση υπηρεσιών υγείας επισημαίνεται ότι, άτομα με μηνιαίο εισόδημα από 0-880€ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναζητήσουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Το ίδιο συμβαίνει και με άτομα τα οποία δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι καλή¹³.

Σχετικά με την ιατρική ειδικότητα που επισκέπτονται συχνότερα οι χρήστες ο Παθολόγος / Γενικός Ιατρός κατέχουν την πρώτη θέση. Στην Ευρώπη, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής αποτελεί την " πύλη εισόδου " στο σύστημα υγείας. Στην χώρα μας ο γενικός γιατρός έρχεται σε μεγάλο βαθμό πρώτος σε επαφή με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης. Η καθυστερημένη αναγνώριση της γενικής ιατρικής ως ειδικότητα (1999) και η εισβολή της τεχνολογίας στον τομέα της διαγνωστικής περιόρισαν τον γενικό ιατρό σε ένα στενό πλαίσιο και τον υποχρέωσαν να ασχολείται με ήσσονος σημασίας προβλήματα υγείας. Η άποψη αυτή ταύτισε τον γενικό ιατρό με τον ανειδίκευτο.

Ως έκ τούτου, η γενική ιατρική αποτελεί σήμερα κλάδο πτωχής κοινωνικής επιρροής, αποδοχής και εισοδήματος. Αρκετοί απο τους ιατρούς ειδικοτήτων θεωρούν τους γενικούς γιατρούς δεύτερης κατηγορίας παρόλο που για αρκετές κατηγορίες νοσημάτων (νοσήματα κυκλοφοριακού, κακοήθη νεοπλασμάτα, ατυχήματα) δεν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες σε μαζική κλίμακα που σημαίνει ότι η έμφαση μετατοπίζεται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την συνολικότερη φροντίδα των ασθενών. Ο γενικός ιατρός είναι ο μόνος εν ενεργεία κλινικός που εμπλέκεται με όλα τα στάδια της υγείας και της ασθένειας και αποτελεί το σημαντικότερο φορέα της Π.Φ.Υ^{131,132}

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ο γενικός ιατρός είναι : “ ο ιατρός που δεν περιορίζει την προσφορά του σε συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα αλλά έχει τη συνεχή ευθύνη για την παροχή γενικής ιατρικής φροντίδας (general medical care) των ασθενών του στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της θεραπείας κάθε νόσου ή κακώσεως, που αφορά οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του έργου του είναι η παροχή φροντίδας στο σπίτι του αρρώστου και ότι συχνά προσφέρει φροντίδα σε όλη την οικογένεια ¹³³. Ταυτόχρονα ορισμός της British Medical Association, που έχει υιοθετηθεί από το Leeuwenhorst Working Party από νωρίς καθώς και από τη WONCA τονίζει ότι ¹³⁴ : “ Ο γενικός γιατρός είναι ένας εξουσιοδοτημένος πτυχιούχος της ιατρικής, που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχιζόμενη φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και σ’ ένα σύνολο πληθυσμού ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Παρακολουθεί τους ασθενείς του στο ιατρείο του, στο σπίτι τους και μερικές φορές σε κλινική ή νοσοκομείο.

Συμπερασματικά, ο σύγχρονος γενικός ιατρός πρέπει να βρίσκεται κοντά στην οικογένεια και την κοινότητα, να δίνει λύσεις στα καθημερινά προβλήματα υγείας και έχει σαν πρώτιστο καθήκον του, να δώσει ξανά στην ιατρική φροντίδα τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα που της στέρησε η υπερεξειδίκευση της ιατρικής ^{132,135}. Γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι ο ρόλος του Γενικού Ιατρού στην Π.Φ.Υ πρέπει να ενισχυθεί άμεσα προκειμένου ο ίδιος να μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές αυξημένες ανάγκες.

Μπορεί στην Π.Φ.Υ να έχει αποδοθεί ο ρόλος του θυρωρού (gatekeeper) του υγειονομικού συστήματος, όμως αυτό δεν συμβαίνει στην χώρα μας. Η κατακερματισμένη διάρθρωση και η έλλειψη ολοκληρωμένης κάλυψης Π.Φ.Υ είναι πραγματικότητα. Αυτό αποδίδεται κυρίως στις ανισότητες που καταγράφονται τόσο στην πρόσβαση όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ^{15,136,137}.

Οι ανισότητες στην υγεία καθίστανται έκδηλες ακόμα και σε γεωγραφικό επίπεδο. Οι δείκτες υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διοικητικών περιφερειών της Ελλάδας. Αυτές ερμηνεύονται αν λάβουμε υπόψη μας τις

διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και βιολογικές συνθήκες που επικρατούν, τη μη ορθολογική κατανομή των πόρων υγείας, τις σημαντικές διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη καθώς και τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Τα στοιχεία αυτά καθιστούν την Ελλάδα μεταξύ των υπόλοιπων χωρών του (Ο.Ο.Σ.Α), τη χώρα με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, που αντιστοιχούν στο 48% των συνολικών δαπανών για την υγεία ^{4,138}.

Η λήψη αποφάσεων από την κεντρική εξουσία οφείλει να έχει διαφορετικό προσανατολισμό. Η ενεργός συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, θεωρείται αναγκαία ^{15,139}. Με κατάλληλες μεταρρυθμίσεις είναι δυνατό να επιτευχθεί η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η ενοποίηση της Π.Φ.Υ και η οργανωμένη περιφερειακή της ανάπτυξη θα βοηθήσει σημαντικά στην άμβλυνση των ανισοτήτων. Η δημιουργία και η επέκταση ανοικτών Δικτύων κοινωνικής φροντίδας μπορούν να δώσουν ουσιαστικές λύσεις σε προβλήματα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ηλικιωμένοι, άτομα με ψυχικές διαταραχές). Ταυτόχρονα θετικά αποτελέσματα είναι δυνατόν να επιφέρει ο έλεγχος και η ελαχιστοποίηση των ιδιωτικών δαπανών και άτυπων πληρωμών για την υγεία. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός απαραίτητη κρίνεται η αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Δυστυχώς, οι άτυπες πληρωμές στην υγεία έχουν παγιωθεί τόσο στην καθημερινή πρακτική όσο και στην συνείδηση των χρηστών. Αυτός είναι ο μεγαλύτερος σκόπελος για την ισότιμη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας ¹³⁹. Η αναγκαιότητα για γενναίες πλέον μεταρρυθμίσεις θεωρείται επιβεβλημένη, προκειμένου να δοθεί τέλος σε αυτή την κατάσταση.

Τα δεδομένα της παρούσας ερευνητικής μελέτης δείχνουν ότι η εξωτερική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες είναι αναγκαία ¹⁴⁰. Η έννοια της αξιολόγησης περιλαμβάνει τη δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργίας μιας υπηρεσίας, την επισήμανση των προβλημάτων ή ελλείψεων και την τροποποίηση και βελτίωση των υπηρεσιών προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης δυνατής επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων και προδιαγραφών.

Τα οφέλη από τη συγκεκριμένη μέτρηση είναι η βελτίωση και αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, καθώς γίνεται συνείδηση ότι τα αποτελέσματα

της εργασίας τους είναι μετρήσιμα. Η αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και οι προσπάθειες τροποποίησης όπου είναι απαραίτητο, διασφαλίζει την προσδοκώμενη ποιότητα φροντίδας υγείας¹⁴². Μέσω της αξιολόγησης παρέχεται η δυνατότητα κατανόησης των βαθύτερων αιτιών των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης και έμμεσα επιτυγχάνεται η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που είναι και ο πρωταρχικός στόχος.

Ο τομέας της Π.Φ.Υ πρέπει να ενταχθεί σε ένα γενικότερο πλαίσιο αξιολόγησης, καθώς η ποιότητα, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του αποτελούν παράγοντες-κλειδιά για τη λειτουργικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Πριν προχωρήσει η αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ οφείλει να προηγηθεί η συστηματική αξιολόγηση των υφιστάμενων μονάδων Π.Φ.Υ που λειτουργούν σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών Π.Φ.Υ οφείλει να ενσωματωθεί στο υφιστάμενο σύστημα επιχειρησιακής και διοικητικής κουλτούρας του εγχώριου υγειονομικού συστήματος. Ο κρατικός μηχανισμός επιβάλλεται να ενισχύσει το ρόλο της Π.Φ.Υ προκειμένου να οδηγηθεί σε υπηρεσίες υγείας αποδοτικότερες και με σαφώς χαμηλότερο κόστος^{15,34,143}.

Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής κρίνονται σημαντικά, όμως δεν είναι άμεσα γενικεύσιμα. Περαιτέρω έρευνα πρέπει να διεξαχθεί χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα (αστικές και μη αστικές περιοχές) για να αποδειχθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Έρευνας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2010

Παρακαλώ σημειώστε με την απάντησή σας.

I. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Υπηκοότητα: Ελληνική Άλλη

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας :.....

5. Οικογενειακή Κατάσταση:

Παντρεμένος-η

Άγαμος-η

Διαζευγμένος-η

Χήρος-α

6. Εκπαίδευση:

Καμία Εκπαίδευση

Δημοτικό

Γυμνάσιο - Λύκειο

Ανώτερη - Ανώτατη Εκπαίδευση

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

7. Επάγγελμα:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Αγρότης | <input type="checkbox"/> |
| Δημόσιος Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | <input type="checkbox"/> |
| Συνταξιούχος | <input type="checkbox"/> |
| Εργάτης-τρια | <input type="checkbox"/> |
| Φοιτητής-τρια | <input type="checkbox"/> |
| Άνεργος-η / Οικιακά | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |

8. Ασφαλιστικός φορέας:

- | | |
|--|--------------------------|
| Ι.Κ.Α | <input type="checkbox"/> |
| Ασφάλιση Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ) | <input type="checkbox"/> |
| Ασφάλιση Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε) | <input type="checkbox"/> |
| Ο.Γ.Α | <input type="checkbox"/> |
| Ανασφάλιστος-η | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |

9. Μηνιαίο Καθαρό Εισόδημα :

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Μέχρι 1000 € | <input type="checkbox"/> |
| Από 1001-2000 € | <input type="checkbox"/> |
| Από 2001 € και άνω | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |

II. ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**10. Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας;**

Για απλή συνταγογράφηση

Για παρακολούθηση και εξέταση

Για Επείγουσα περίθαλψη

Για χορήγηση πιστοποιητικού

Για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και συνταγογράφηση

Για προληπτική φροντίδα

Άλλο

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

11. Ποιας ειδικότητας ιατρό επισκεφτήκατε στο Κέντρο Υγείας;

.....

12. Πώς κλείσατε το ραντεβού για εξέταση στο Κέντρο Υγείας;

Τηλεφωνικώς

Με επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας

Με άλλο τρόπο, προσδιορίστε:

13. Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα:

- | | |
|---|--------------------------|
| Συμφωνώ απόλυτα | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ απόλυτα | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |

14. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 ημέρα | <input type="checkbox"/> |
| 2 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| 3-5 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| 1 εβδομάδα | <input type="checkbox"/> |
| Πάνω από 1 εβδομάδα | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |

15. Το προσωπικό της γραμματείας με το οποίο ήρθατε σε επαφή για το ραντεβού ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

16. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν μεγάλος:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

17. Η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

18. Με τι μέσον ήρθατε στο Κέντρο Υγείας;

- Ι.Χ. αυτοκίνητο (Προχωρείστε στην Ερώτηση 19)
- Αστική Συγκοινωνία
- Ταξί
- Με τα πόδια

19. Η εύρεση θέσης στάθμευσης ήταν δύσκολη:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

20. Η σήμανση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για τα Ιατρεία ήταν ελλιπής:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

21. Το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

22. Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

23. Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

24. Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

25. Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν:

- Περίπου 15 λεπτά
- 16 λεπτά μέχρι μισή ώρα
- Από μισή μέχρι 1 ώρα
- Περισσότερο από 1 ώρα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

26. Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

27. Επισκεφθήκατε τις τουαλέτες του Κέντρου Υγείας ;

- ΝΑΙ (Προχωρείστε στην Ερώτηση 28)
- ΟΧΙ (Προχωρείστε στην Ερώτηση 29)

28. Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

29. Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση ήταν υπερβολικά μεγάλος:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

III. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**30. Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός:**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

31. Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

32. Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

33. Ο γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη σας βλέπουν ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

34. Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας:

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

35. Ο γιατρός σας έδωσε επαρκείς ή κατανοητές πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας σας:

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

36. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα της διάγνωσης και καταλληλότητα της θεραπείας του γιατρού:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

37. Οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό για τη θεραπεία σας (τρόπος λήψης φαρμάκων, τρόπος ανάρρωσης, κ.α) ήταν επαρκείς και σαφείς:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

38. Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

39. Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικές με σας:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

40. Οι νοσηλεύτριες ήταν πρόθυμες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

41. Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο;

- 5-10 λεπτά
- 11-20 λεπτά
- 21-30 λεπτά
- 31-40 λεπτά
- Περισσότερο από 40 λεπτά
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

42. Πριν από την αναχώρησή σας χρειάστηκε να επισκεφθείτε τη Γραμματεία για τακτοποίηση κάποιας εκκρεμότητας; (θεώρηση βιβλιαρίου, χορήγηση πιστοποιητικού, πληρωμή ή άλλο)

ΝΑΙ ΟΧΙ

43. Οι παραπάνω διαδικασίες ήταν χρονοβόρες:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

44. Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

45. Η γενική εκτίμηση από την επίσκεψή σας στο Κέντρο Υγείας είναι θετική:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ / είμαι αδιάφορος
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

46. Γενικά πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ !!!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
2. Καλοκαιρινου-Αναγνωστοπούλου Α, Σούρτζη Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2005
3. World Health Organisation. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 1978
4. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012. Αθήνα, 2008
5. Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Σάκουλα, 2005
6. Δίκαιος Κ, Χλέτσος Μ. Υπηρεσίες υγείας / Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας / Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17-96
7. Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π. Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15-58
8. Τούντας Γ. Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Στο: Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 2002:97-104
9. Παπαμικρούλη Σ. Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Περιοδικό Νοσηλευτική.1989;4:274-83
10. World Health Organisation. World Health report. Working Together for health. Geneva, 2006
11. Υφαντόπουλος Ι. Τα Οικονομικά της Υγείας Θεωρία και Πολιτική. Αθήνα, ΤΥΠΩΘΗΤΩ, 2006.

12. Adamakidou T. The organizational frame of the Greek Primary Health Care system: *Nosileftiki* 2008;47(3):320–333
13. Geitona M, Zavras D, Kyriopoulos J. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *European Journal of General Practice*. 2007; 13: 144-150
14. Θεοδώρου Μ, Σίσκου Δ, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πειραιάς, 2005:23–44
15. Altanis P, Economou C, Geitona M, Gregory S, Mestheneos E, Triantafyllou J, Petsetaki E, Kyriopoulos J. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Greece. 2008
16. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση και Δομή του Συστήματος. Αθήνα, ΥΥΠΚΑ, 1994
17. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. Απόφαση 7 της 21^{ης} Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. Σκοπός και Λειτουργία των Κέντρων Υγείας . Αθήνα, ΚΕ.Σ.Υ, 1985
18. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα “ Υγεια-Πρόνοια 2000-2006 ”. Ιατρικο Βήμα. 2006;40-43
19. Kahn J. The right word at the right time. The Reader’s Digest Association Limited. New York, USA. 1985
20. Laffel G, Blumenthal D. The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations *JAMA*. 1989;262(20):2869-2873
21. Monroe K, Krishnan R. The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacob Jacoby and Jerry C. Olson (eds) *Perceived Quality*. Lexington Books. 1985: 209-232.
22. International Organization for Standardization (1990) *Quality Management and Quality System Elements. Part 2: Guidelines for Services*. Geneve: ISO.

23. Δερβισιώτης Κ. Διοίκηση Παραγωγής. Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Αθήνα, 1999
24. Hook D. The Edwin Smith surgical papyrus. In: Bulletin of the Cleveland Medical Library Association. Partington MM (Ed.) Cleveland, 1973; 22
25. Garrison FD. An introduction to the History of Medicine. W.B. Saunders company, 1913
26. Cronin J, Taylor S. Measuring Service Quality: a Reexamination and extension. The Journal of Marketing. 1992;56(3):55-68
27. Maxwell R. Quality assessment in health. BMJ, 1984;288:1470-2.
28. Brook R, McGlynn E, Cleary P. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med, 1996;335:966-1001.
29. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 2007
30. Σιγάλας Ι. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 1999
31. Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):532-546
32. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment The University of Michigan, Health Administration Press, 1980
33. Donabedian A. Quality improvement through monitoring health care, Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care ,Seoul, 29 March, 1996.
34. Γείτονα Μ. Οικονομική αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας. Βόλος, 2004
35. Thompson J. Production and quality control of legume inoculants. Pages in Methods for evaluating biological nitrogen fixation (ed. F.J. Bergersen). New York, USA: John Wiley 1980: 489-533

36. Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK. Improving health care, Part 1: The clinical value compass. *Jt Comm J Qual Improv.* 1996 Apr;22(4):243-58.
37. Juran J. *Juran's Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, 1988
38. Crosby P.B. *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: New American Library. 1979
39. Department of Health. *A first class service, quality in the NHS*, London The Stationary Office, 1998
40. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations *Accreditation Manual for Hospitals. Volume 1, Standards*, 1995
41. Cohen R, Mariano W. *Legal Guidebook in Mental Health*, The free Press N. York 1982
42. WHO. *Continuous quality development: A proposal national policy*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1993
43. Bjoro K. Concerned action program on quality assurance in hospital in Norway, *World Hospital* 1992, 28:2
44. American Health Security Act of 1993. *Presidents health care reform plan*. USA, Bureau of National Affairs, Washington, 1993
45. JCHAO. *Examples of quality improvement in a hospital setting*. USA, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1992
46. JCAHO. *A guide to establishing programs for assessing outcomes in clinical settings*. USA, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1994
47. Shipley K, Hillborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 4:330-333
48. Rentrop M, Bohn A, Kissling W. Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature. *Fortschr Neurol Psychiatry*, 1999; 67:456-465
49. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction : A review of issue and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 12 : 1829-1843.

50. Schneider E, Zaslavsky A, Landon B, Lied T, Sheingold S, Cleary P. National quality monitoring of Medicare health plans: the relationship between enrollee's reports and the quality of clinical care. *Med Care* 2001;39:1313-25.
51. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6:185–210
52. Peterson R, Willson W. Measuring customer satisfaction: Fact and artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 1992; 20(1): 61-71
53. Guzman P, Sliepcevich E, Lacey E, Vitello E, Matten M, Woehlke P, Wright W. Tapping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 1989;12(3):225-233
54. Coulter A, Cleary P. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs*, 2001;20(3):244-52.
55. Ware J, Davies A. Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 1983;6 (3/4):291-7
56. Hendriks A, Oort F, Vrieling F, Smets E. Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(6):471-82.
57. Donabedian A. The quality of care : How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J* 1997;11: 1145-1150
58. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health*, 1992; 14 (3): 236-249
59. Susman J. Assessing Consumer Expectations and Patient Satisfaction. *Arch Fam Med*. 1994;3(11):945-946
60. Papanikolaou V, Ntani SP. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(6):548-561
61. Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1–3.

62. Blendon R, Schoen C, Donelan K et al. Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20: 233–243.
63. Mossialos E. Citizens' views on the health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Econ* 1997; 6: 109–116.
64. Richardson J, Wildman J, Robertson K. A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance. *Health Econ* 2003; 12: 355–366.
65. Navarro V. Can health care systems be compared using a single measure of performance? *Am J Public Health* 2002; 92: 31–34.
66. Nord E. Measures of goal attainment and performance in the World Health Report 2000. A brief, critical consumer guide. *Health Policy* 2002; 59: 183–191.
67. Hasin M, Seeluangsawat R, Shareef M. Statistical measures of customer satisfaction for hospital health-care quality assurance: A case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14:6-14
68. Gale B. *Managing Customer value*. Free Press, New York, 1994
69. Zeithaml V. Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing* 1998; 52: 2-22.
70. Evason E, Whittington D. Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997;10: 7–19
71. Pollit E. *Malnutrition and Infection in the Classroom*, New York: UNESCO, 1989
72. Sureshchandar G, Rajendran C, Anantharaman R. A holistic model for total quality service. *Int. J. of Serv. Ind. Man.* 2001; 12(4): 378-412
73. Αλετράς Β, Μπασιούρη Φ, Ιωαννίδου Δ, Νιάκας Δ, Κοντοδημόπουλος Ν. Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009;26(1):79-89

74. Anderson E, Fornell C, Lehmann D. Customer satisfaction, market share and profitability: Findings from Sweden. *J Marketing* 1994; 58:112–122
75. Eklof J, Hackl P, Westlund A. On measuring interactions between customer satisfaction and financial results. *Total Qual Manage* 1999; 10:514–522
76. Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 247-263.
77. Papanikolaou V, Ntani SP. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(6):548-561.
78. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research* 2006; 6:146
79. Κέπεντζης Σ, Γκογκόσης Κ, Νιάκας Δ. Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την Επηρεάζουν: Το Παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, 2004
80. Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Serv Manage Res* 2004;17:62-69
81. Zavras D, Geitona M, Kyriopoulos J. Factors affecting the satisfaction of pharmaceutical care in Greece. *Iatriki*. 2006;90(4): 326-337
82. Τσελέπη Χ. Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, τομ.Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000
83. Barr D. The Effects of Organizational Structure on Primary Care Outcomes under Managed Care. *Ann Intern Med* March 1, 1995;122:353-359
84. McKinnon K, Crofts P, Edwards R, Champion P, Edwards R.H. Reducing unnecessary outpatient attendances. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1998;23(5):527-531.

85. Niakas D, Mylonakis J. Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? *International Journal of Healthcare Technology and Management*. 2005;6(3):288-295
86. Avis M, Bond M, Arthur A. Exploring patient satisfaction with outpatient services. *Journal of Nursing Management*. 1995;3:59-65
87. Kasper J. Health status and utilization: differences by Medicaid coverage and income. *Health Care Financ Rev* 1986;/7:/1_17.
88. McGuire A, Henderson J, Mooney G. *The economics of health care*. London: Routledge, 1988:167-81.
89. Fylkesnes K. Determinants of health care utilization visits and referrals. *Scan J Soc Med* 1993;/21:/40_50.
90. Benzeval M, Judge K. The determinants of hospital utilization: implications for resource allocation in England. *Health Econ* 1994;3:105_16
91. Borrás JM. Utilization of health services. *Gaceta Sanitaria* 1994;/8:/30_49.
92. Katz SJ, Hofer TP, Manning WG. Hospital utilization in Ontario and the United States: the impact of socioeconomic status and health status. *Can J Public Health* 1996;/87:/253-6.
93. Geitona M, Kyriopoulos J, Zavras D, Theodoratou T, Alexopoulos E. Medication use and patient satisfaction a population-based survey. *Family Practice*, 2008;25 (5):362-369.
94. Hunter R, Cameron R. Patient involvement in health care will improve quality. *BMJ*. 2006; 333(7559): 147–148
95. Μουτζόγλου Α. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Management, 2001.
96. Waltz C, Strickland O, Lenz E. *Measurement in nursing research*. Philadelphia, FA Davis Co, 1991
97. Barbours R. The case of combining qualitative quantitative approaches in health services research. *J health Serv Res Policy* 1999; 4:39-43.
98. Picker Institute Europe. *Through the eyes of the patient*. 2002 www.pickereurope.org/surveys/approach.htm

99. Crawford M, Kessel A. Not listening to patients—the use and misuse of patient satisfaction studies. *Int J Soc Psychiatry* 1999;45:1–6
100. Turnbull J, Hembree W. Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports. *Am J Qual* 1999; 11:1829–1843
101. Νιάκας Δ, Γαρδέλης Χ. Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική* 2000; 77:464–470
102. Σουλιώτης Κ, Δόλγερας Α, Κόντος Δ, Οικονόμου Χ. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2002;14:114–118
103. Δήμας Γ, Μπούρης Ι. Πολυκριτήρια εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών. *Ιατρική*, 2007;92
104. Πιερράκος Π, Τομαράς Π. Η Ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. *Νοσηλευτική* 2009;48:104–113
105. Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2003;20: 497-503.
106. Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημανοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Ι. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2005;22:284-295.
107. Robert J, Minah K, Benson J. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 2000; 20(3), Eurobarometer 52.1 (1991);US and Canada data from Harvard School of Public Health
108. ΑΠΟΨΙΣ S.M.R . Επιχειρησιακό Σχέδιο Συγκρότησης και Λειτουργίας Προγράμματος Προβολής Τοπικών Προϊόντων και Σχήματος Συνεργαζόμενων Φορέων για Προβολή και Προώθηση στην Ευρωπαϊκή και Διεθνή Αγορά Πιστοποιημένων Θεσσαλικών Προϊόντων. Λάρισα, 2007
109. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος. Απογραφή Πληθυσμού 2001

110. Περιφέρεια Θεσσαλίας. Γενικό Σχέδιο (Master Plan) Προώθησης και Προβολής Προϊόντων και Υπηρεσιών της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Λάρισα, 2006
111. Περιφέρεια Θεσσαλίας. Επιχειρησιακό Σχέδιο (Business Plan) Προώθησης και Προβολής Προϊόντων και Υπηρεσιών της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Λάρισα, 2006
112. Peck D. Survey of out-patient satisfaction in a general hospital. *Health Bull (Edinb)* 1993; 51:63–66
113. Lorentzon M, Salisbury C, Bruster S, Weston D. Listening to patients in the national health service: A selective review of literature on patients' views about outpatient services in British hospitals. *J Nurs Manag* 1996; 4:163–169
114. Zandbelt L, Smets E, Oort F, Godfried M, De Haes H. Satisfaction with the outpatient encounter. *J Gen Intern Med* 2004; 19:1088–1095
115. Αλετράς Β, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής Ελληνικού δημόσιου Νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007; 24(1): 89-96
116. Papagiannopoulou V, Pierrakos G, Sarris M, Yfantopoulos G. Measuring satisfaction with health care services in an Athens pediatric hospital. *Archives of Hellenic Medicine*, 2008; 25(1):73-82
117. Aletras V, Kostarelis A, Tsitouridou M, Niakas D, Nikolaou A. Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations. *BMC Health Services Research* 2010, 10:189
118. Linkert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932; 140:1–55
119. Krowinski W, Steiber S. Measuring and managing patient satisfaction. 2nd ed. American Hospital Publ Inc, Chicago, 1996
120. De Vaus D. Analyzing social science data. Sage Publ, London, 2002

121. SPSS for Windows Release 17.0.0. Standard edition. Chicago: SPSS Inc, 2008.
122. Nunnally J, Bernstein I. Psychometric theory. 3rd ed. McGraw-Hill, New York, 1994
123. Kline P. An easy guide to factor analysis. Routledge, London, 1994
124. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 6:297-334
125. Churchill G, Surprenant C. An Investigation into the Determinants of Consumer Satisfaction. *Journal of marketing research: JMR*, 1982;19:491 – 504
126. Aletras V, Kostarelis A, Tsitouridou M, Niakas D, Nicolaou A. Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations. *BMC Health Services Research* 2010, 10:189
127. Αλετράς Β, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής δημόσιου ελληνικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(1):89–96
128. Mala R, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ*. 2006 Jul 1;333(7557):19
129. Γείτονα Μ, Μπέλλος Γ, Παπαδημητρίου Κ, Γεωργούση Ε, Δεδούση Α, Κυριόπουλος. Μέτρηση της παραγωγικότητας του Κέντρου Υγείας Κορωπίου: Περιγραφική και ποσοτική ανάλυση δεδομένων. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 2001; 13(2): 69-77
130. Mendoza-Sassi R, Beria J. Health Services Utilization: A systemic Review of Related Factors, *Cad Saude Publica*. 2001;17(4), 819-832.
131. Ανδριώτη Δ, Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ. Ο Γενικός Γιατρός στη Ελλάδα και τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκλίσεις και

- Διαφοροποιήσεις. Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα. 1996
132. Γείτονα Μ, Ξυπνητός Χ, Μονέδας Γ, Μπατίκας Α, Κυριόπουλος Γ.
Τα χαρακτηριστικά του Γενικού Γιατρού στην Ελλάδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 1995;7(3): 138-147
133. World Health Organization. The role of general practitioners in the provision of comprehensive primary health care. WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 1991
134. Leeuwenhorst European Working Party. The General Practitioner in Europe in Royal College of Practitioners. Some aims for training in general practice. Occasional Paper 6. Royal College of General Practitioners, London. 1974
135. Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Ανδριώτη Δ, Boerma W, Μερκούρης Μ. Η εμπλοκή των γενικών γιατρών στην προληπτική ιατρική. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 1994;7.1:16-20
136. Yfantopoulos J. Health inequalities: some of the issues and evidence from Greece. In Neighbours in the Balkans: Initiating a Dialogue for Health, 1st ed. Ritsatakis Α, Kyriopoulos J, Eds: WHO: Copenhagen, Denmark, 1999;103-117
137. Mossialos Ε, Allin S, Davaki Κ. Analysing the Greek health system a tale of fragmentation and inertia. Health Econ. 2005;14:151 -168
138. OECD Health Data. OECD: Paris, France, 2007.
139. Livingstone Α, Widgery D. The new general practice: The changing philosophies of primary care. BMJ. 1990; 301, 708-710.
140. Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ, Καραλής Γ. Η Ατυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα. Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα ή Αυταπάτη, Αθήνα, Θεμέλιο, 1997
141. Churchill G, Surprenant C. An Investigation into the Determinants of Consumer Satisfaction. Journal of marketing research: JMR, 1982;19:491 – 504

142. Cleary P. The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. BMJ 1999; 319 : 720
143. Τσιώτρας Γ. Βελτίωση ποιότητας, β έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Ε. Μπένου, 2002