

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

## **ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»**

**«Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας  
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΤΣΑΡΑ**

**ΑΜ 21083**

**Επιβλέπουσα**

**Δρ. ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ**

**ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2023**

**MSc in Health and Social Care Management**

**MASTER THESIS**

**"Patients' satisfaction with Primary Health Care Services"**

**EVANGELIA TSARA**

**Registration Number 21083**

**ATHENS, MAY 2023**

## Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/α</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
	<b>ΜΑΡΙΑ – ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ</b>	<b>ΜΕΛΟΣ Ε.ΔΙ.Π.</b>	
	<b>ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ</b>	<b>ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ</b>	
	<b>ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ</b>	<b>ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ</b>	

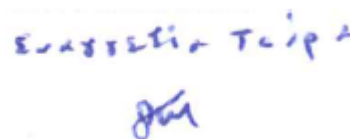
## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ευαγγελία Τσάρα του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 21083, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς, είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολο τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιηθήκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και την 28<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η Επιβλέπουσα

Μ.Α. Σταμούλη

Η Δηλούσα



Ευαγγελία Τσάρα

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής μου εργασίας Μαρία- Αγγελική Σταμούλη, για τη διαδρομή που κάναμε μαζί. Ήταν πάντα δίπλα μου με χιούμορ, υπομονή, αυστηρότητα, ειλικρίνεια και καλοσύνη. **Ο «φύλακας – άγγελός μου»**,

το μέλος Ειδικού Διδακτικού Προσωπικού Χρυσόστομο Νάτση, **«θεός»**, ήταν πάντα εκεί για όλους εμάς, πολλές φορές και πριν από μας,

τον καθηγητή Γεώργιο Πιερράκο για την καλοσύνη του, τη γενναιοδωρία του, για το ταξίδι στην Π.Φ.Υ και στην **«ΠΟΙΟΤΗΤΑ»**,

την καθηγήτρια Ασπασία Γούλα, για τη διαδρομή στην **«Αλλαγή»** και για την ευγένειά της,

τον καθηγητή Σωτήριο Σούλη, που προσπάθησε να μάς πάει πιο **«πέρα»**, πιο **«πάνω»** και πιο **«ψηλά»** απ' τα οικονομικά μεγέθη,

τον καθηγητή Μάρκο Σαρρή, που νοιάστηκε για τις **ψυχές** μας,

Όλους τούς ευχαριστώ για όλα όσα με έμαθαν αλλά κυρίως για την αγάπη που μου πρόσφεραν.

Αφιέρωση

Στους αναζητούντες την υγεία τους

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	3
<b>ABSTRACT</b>	4
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.</b>	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ</b>	9
2.1 Ορισμός της Ποιότητας	9
2.2 Προϊόντα και Υπηρεσίες	11
2.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	15
3.1 Ορισμός της υγείας	15
3.2 Οι προσδιοριστές της υγείας	16
3.3 Νόσος και ασθένεια	18
3.4 Φροντίδα και Περίθαλψη	18
3.5 Υπηρεσίες Υγείας	19
3.6 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	20
3.7 Διαστάσεις της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	21
3.8 Διασφάλιση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	24
3.9 Το θεσμικό πλαίσιο για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	32
4.1 Διαχείριση ποιότητας	32
4.2 Οφέλη από την εφαρμογή ενός ΣΔΠ	33
4.3 Κόστος εφαρμογής του ΣΔΠ	35
4.4 Πρότυπα πιστοποίησης και Διαπίστευσης	37
4.5 Πιστοποίηση και Διαπίστευση	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ</b>	42
5.1 Ορισμός της ικανοποίησης των χρηστών	42
5.2 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών	43

5.3 Χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών	46
5.4 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών	47
5.4.1 Διεθνείς δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης	48
5.4.2 Έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης	50
5.4.3 Προτυποποιημένοι τύποι ερωτηματολογίων	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>58</b>
6.1 Ορισμός της ΠΦΥ	58
6.2 Οργανωτικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ	58
6.3 Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ	60
6.4 Θεσμικό πλαίσιο για την ΠΦΥ	62
6.5 Οι δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα	66
6.6 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας	69
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	<b>73</b>
7.1 Μελέτες που αφορούν στην Ελλάδα	74
7.2. Μελέτες που αφορούν σε άλλες χώρες της Ευρώπης	82
7.3 Μελέτες που αφορούν σε άλλες χώρες του κόσμου	94
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>106</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</b>	<b>119</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ACSI	American Customer Satisfaction Index,
CEN	European Committee for Standardisation
CENELEC	European Committee for Electrotechnical Standardisation
CMT	Common Measurement Tool
ECSI	European Customer Satisfaction Index
EFQM	European Foundation for Quality Management
EOQ	European Organization for Quality
EPSS	External Patient Satisfaction Survey
ETSI	European Telecommunications Standards Institute
IAF	International Accreditation Forum
IEC	International Electrotechnical Commission
ISO	International Organization for Standardization
ITU	International Telecommunication Union
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MLA	Multilateral Agreement
MOS	Medical Outcomes Study
OPEQ	Out Patient Experiences Questionnaire
POCT	Point Of Care Testing
PSC	Patient Satisfaction Questionnaire
PSI	Patient Satisfaction Index
PSQ	Patient Satisfaction Questionnaire
SAM	Satisfaction Attitude Measure
SDoH	Social Determinants of Health
TQM	Total Quality Management
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΔΠΦΥ	Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΑΠΤΥ	Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΔ	Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΠ	Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας
ΤΕΕ	Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος
TOMY	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ	Φύλο Εφημερίδας Κυβέρνησης

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει μεγάλη σημασία για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης και των αποτελεσμάτων από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Προκύπτει από μια σύνθετη σχέση μεταξύ των αντιληπτών αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή, όσο και με τον πάροχο υγείας. Η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και η εξάλειψη των παραγόντων δυσαρέσκειας, συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων ικανοποίησης ασθενών είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο διανέμεται μέσω e-mail, τηλεφώνου ή προσωπικής συνέντευξης. Η παρούσα εργασία αφορά στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Συμπεραίνεται ότι διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, όπως η τεχνική επάρκεια, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι υποδομές, η πρόσβαση, διάφορα οργανωτικά χαρακτηριστικά, ο χρόνος εξέτασης, ο χρόνος αναμονής για ραντεβού, η προσβασιμότητα, η φιλικότητα του προσωπικού, ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση και η ανθρωπιά. Οι δεξιότητες επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στον ασθενή, την επαρκή πληροφόρηση, τη συναισθηματική υποστήριξη και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων είναι επίσης παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** αξιολόγηση της ποιότητας, μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, ερωτηματολόγιο, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

## **ABSTRACT**

Patient satisfaction is considered as an essential part in evaluating quality of care and health outcomes. It is a complex relationship between their perceived needs and expectations from the health services received, and depends on numerous complex factors, including patient characteristics and health provider related factors. Therefore, identification of the level of patients` satisfaction and the elimination of predictors for dissatisfaction will improve the quality of provided care. The method of collecting patient satisfaction data is the questionnaire via e-mail, telephone, or surveying patients in the waiting rooms. The present study is based on literature review of patient satisfaction from primary health care services. Several factors have been identified to affect patient satisfaction, such as technical care, interpersonal care, physical environment, access, organizational characteristics, and examining time, waiting time for consultation, waiting time to get an appointment, accessibility, friendliness of staff, respect, empathy, and humaneness. Moreover, interpersonal communication skills of healthcare professionals in terms of their attitude, explanation of conditions, emotional support, and involving patients in decision-making are also found to influence patient satisfaction.

**KEY WORDS:** quality assessment, satisfaction measurement, questionnaire, primary health care

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της φοίτησης μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Θέμα της εργασίας είναι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η εργασία βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, που ακολουθήθηκε για την άντληση των βιβλιογραφικών αναφορών και των πληροφοριών που απαιτούνται για την εκπόνηση της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της ποιότητας και περιγράφονται οι διαστάσεις της. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας δίνεται ο ορισμός της υγείας, των υπηρεσιών υγείας, της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, των διαστάσεων της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και παρουσιάζεται το θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας, καθώς και στην πιστοποίηση και τη διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ικανοποίηση των χρηστών ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας, καθώς και στους διάφορους τρόπους μέτρησης της. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην οργάνωση και στις υπηρεσίες που παρέχονται προς τους πολίτες.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση ερευνών που έχουν ως θέμα τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι έρευνες αφορούν τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλες χώρες του κόσμου. Στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται ένας γενικός σχολιασμός για τα αποτελέσματα των ερευνών και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα. Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται οι βιβλιογραφικές αναφορές.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εκπόνηση της εργασίας βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

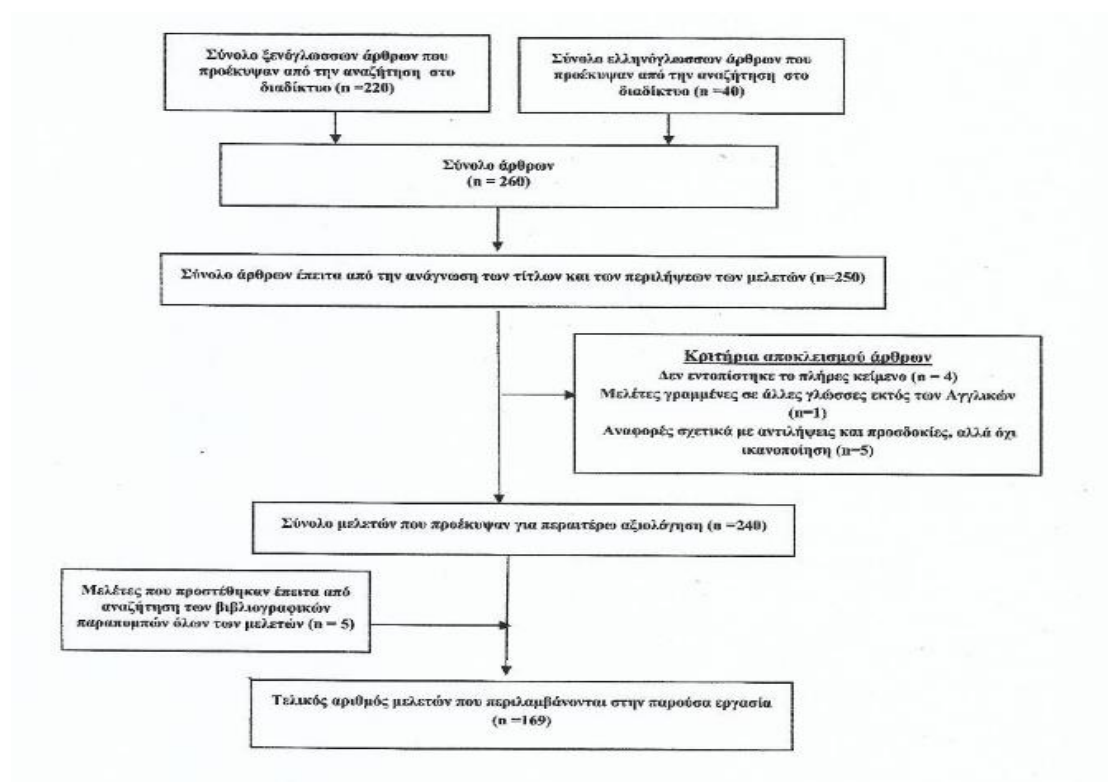
Για τη συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση επιστημονικών δημοσιεύσεων σε έγκριτα ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά, στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, Medline, PubMed, Embase, Scopus, Web of Science και Science Direct, χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο συνδυασμό των όρων αναζήτησης, μέχρι και την 18η Απριλίου 2023. Οι γενικοί όροι αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι παρακάτω: ποιότητα, διαστάσεις ποιότητας, βελτίωση ποιότητας, διασφάλιση ποιότητας, διοίκηση ολικής ποιότητας, προϊόντα, υπηρεσίες, υγεία, υπηρεσίες υγείας, προσδιοριστές υγείας, ικανοποίηση χρηστών, μοντέλα μέτρησης, εργαλεία μέτρησης, ερωτηματολόγιο, επίπτωση, προσωπικό, επαγγελματίες υγείας, χρόνος, προσβασιμότητα, ανταπόκριση, φύλο, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, υποκείμενο νόσημα, κριτήρια, επιδημιολογικό προφίλ, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κέντρο υγείας, ισότητα, συνέχεια, ενσυναίσθηση, διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία, πληροφόρηση. Οι ίδιοι όροι αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν και στην αγγλική γλώσσα.

Από την αναζήτηση προέκυψε ένας πολύ μεγάλος αριθμός δημοσιευμένων άρθρων. Ακολούθως, αξιολογήθηκε η συνάφεια με το θέμα της εργασίας, οπότε επιλέχθηκαν τα ανάλογα άρθρα ,με βάση τα στοιχεία του τίτλου, των λέξεων του ευρετηρίου και της περίληψης. Στη συνέχεια προβήκαμε σε ταξινόμηση ανάλογα με το περιεχόμενο των άρθρων που είχαν κριθεί κατάλληλα και αυτά μελετήθηκαν συνολικά.. Μελέτες από τη βιβλιογραφία διπλωματικών εργασιών μεταπτυχιακών προγραμμάτων δεν χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Οι συναφείς με το θέμα αναφορές που περιελάμβαναν τεκμηριωμένα στοιχεία, χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη και παρατίθενται με αλφαβητική σειρά στο τέλος της εργασίας.

Ουσιαστική ήταν και η συμβολή των ιστοσελίδων διαφόρων διεθνών και εθνικών οργανισμών, όπως του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, του Ελληνικού

Οργανισμού Τυποποίησης, της Διαδικτυακής Τράπεζας Νομοθετημάτων και του Υπουργείου Υγείας. Για την άντληση στατιστικών δεδομένων έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις στατιστικών δεδομένων των οργανισμών EUROSTAT, OECD, WHO και ΕΛΣΤΑΤ.

Η διαδικασία επιλογής και ο τελικός αριθμός επιλεγμένων αναφορών και ιστοσελίδων απεικονίζεται σχηματικά με το παρακάτω διάγραμμα ροής.



Εικόνα 1 Διάγραμμα ροής των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφικής αναζήτησης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ

#### 2.1 Ορισμός της ποιότητας

Ο όρος ποιότητα τα τελευταία χρόνια είναι πολύ διαδεδομένος και χρησιμοποιείται ευρύτατα σαν κριτήριο κάθε επιχειρηματικής δραστηριότητας, είτε αυτή αφορά στην παραγωγή προϊόντων, είτε στην παροχή υπηρεσιών. Επιπλέον χρησιμοποιείται σαν κριτήριο για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των καταναλωτών ή των χρηστών των διαφόρων προϊόντων και υπηρεσιών. Ο ορισμός της ποιότητας είναι δύσκολος γιατί εμπεριέχει μεγάλο ποσοστό υποκειμενικότητας, αφού διαφορετικοί καταναλωτές ή χρήστες έχουν διαφορετικές προσδοκίες από διαφορετικά προϊόντα και υπηρεσίες.

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της ποιότητας έγινε από τον Shewhart το 1931, ο οποίος εργάστηκε στις εταιρείες Bell Telephone και Western Electric, και ο οποίος όρισε την ποιότητα ως την αρετή ενός προϊόντος. Ωστόσο αυτή η πρώτη προσπάθεια ορισμού δεν περιλαμβάνει κριτήρια για την ποιότητα, ούτε εργαλεία για τη μέτρηση και την αξιολόγηση της. Παρόλα αυτά, ο Shewhart είναι ο πρώτος που εισάγει τα διαγράμματα ελέγχου για το στατιστικό έλεγχο διεργασίας, πάνω στα οποία βασίστηκε αργότερα η εργασία άλλων διακεκριμένων ερευνητών (Neyestani 2017).

Το 1950 ο Juran, διακεκριμένος μηχανικός παραγωγής, όρισε την ποιότητα ως εξής: «ποιότητα σημαίνει να ταιριάζει το προϊόν ή η υπηρεσία στο σκοπό ή τη χρήση για την οποία προορίζεται». Για την επίλυση των προβλημάτων ποιότητας ο Juran προτείνει την "Τριλογία Ποιότητας" η οποία περιλαμβάνει το σχεδιασμό ποιότητας με κατάλληλη προετοιμασία για την επίτευξη στόχων, τον έλεγχο ποιότητας κατά την παραγωγή ή τη λειτουργία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού και τη βελτίωση της ποιότητας, με τη συνεχή προσπάθεια επίτευξης υψηλότερων επιδόσεων ([www.qualitygurus.com](http://www.qualitygurus.com)).

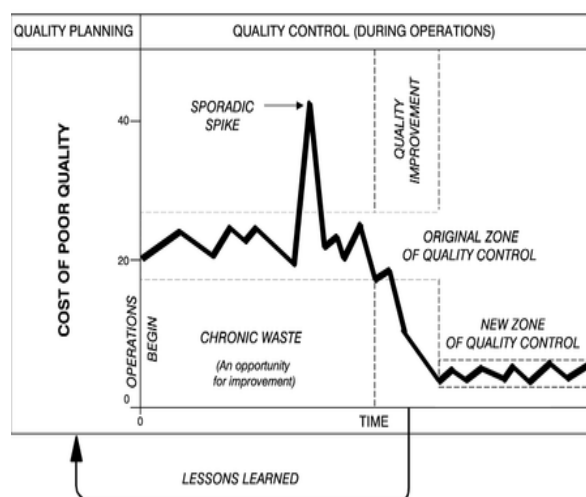
Ο Philip Crosby ορίζει την ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ως «τη συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις», ενώ ο Edward Deming ως «την προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία αυτού, σε χαμηλό κόστος και την καταλληλότητά του για

την αγορά». Ο Genichi Taguchi, προσέγγισε την ποιότητα από μία διαφορετική οπτική και την ορίζει σύμφωνα με τις οικονομικές συνέπειες που επιφέρει, ως «την πρόκληση ελάχιστων απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην κατανάλωση» (Tallentire et al 2019).

Ο ευρύτερα διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός που χρησιμοποιείται σήμερα ορίζει την ποιότητα ως το «το βαθμό στον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ικανοποιούν συγκεκριμένες απαιτήσεις».

Σύμφωνα με όσα περιγράφονται παραπάνω επισημαίνουμε ότι η έννοια της ποιότητας και τα διάφορα εργαλεία μέτρησης της, που έχουμε στη διάθεση μας, ξεκίνησαν από τον τομέα της παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων και κατόπιν εφαρμόστηκαν στον τομέα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, σε όλους τους ορισμούς περιλαμβάνεται η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του πελάτη ή χρήστη, ως σημαντική παράμετρος της έννοιας της ποιότητας. Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί πρέπει να κατανοούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών τους και αυτές οι ανάγκες και οι προσδοκίες να βρίσκονται στο επίκεντρο των αποφάσεων τους.

Η σημασία της εστίασης στον πελάτη υπογραμμίζεται και στο διάφορα πρότυπα διαχείρισης ποιότητας ISO 9001, ISO 17025, ISO 15189, ISO 15224 και άλλα. Σε όλα τα πρότυπα υπάρχει ειδική παράγραφος σχετικά με τις απαιτήσεις για την παρακολούθηση της ικανοποίησης των πελατών-χρηστών και τη συνεχή βελτίωση.



Εικόνα 2: Σχηματική παράσταση της τριλογίας του Juran. Πηγή:



<https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/phqitoolbox/qualityplanning.html>

## 2.2. Προϊόντα και υπηρεσίες

Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφοροποιήσεις. Το προϊόν εγγενώς περιλαμβάνει την έννοια της ιδιοκτησίας μέσω της απόκτησης του με καταβολή χρηματικού αντιτίμου. Μπορεί να αγορασθεί, να χρησιμοποιηθεί, να αποθηκευτεί, να μεταπωληθεί και να καταναλωθεί, ώστε να ικανοποιήσει μια ανάγκη ή μια επιθυμία του χρήστη, όπως είναι για παράδειγμα η διατροφή και η ένδυση.

Η έννοια της υπηρεσίας είναι άυλη και αφηρημένη. Η υπηρεσία είναι μια δραστηριότητα ή ένα πλεονέκτημα το οποίο προσφέρεται στον χρήστη χωρίς να εμπεριέχει την έννοια της ιδιοκτησίας, με ασαφή όρια μεταξύ της παραγωγής και της κατανάλωσης της. Οι υπηρεσίες, αντίθετα με τα προϊόντα, παράγονται και καταναλώνονται σε δεδομένη χρονική στιγμή, δεν μεταπωλούνται, δεν επιστρέφονται και δεν αποθηκεύονται. Κατά την παράδοση της υπηρεσίας υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου που παράγει την υπηρεσία με τον πελάτη-χρήστη, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη του για την παρεχόμενη υπηρεσία. Η άυλη υπόσταση των υπηρεσιών είναι προφανής, αφού πρόκειται για εμπειρίες και δραστηριότητες και όχι για υλικά αγαθά. Το γεγονός αυτό έχει σαν συνέπεια τη δυσκολία επίδειξης, δοκιμής, προβολής και τιμολόγησης της υπηρεσίας. Η αδιαιρετότητα είναι ένα ακόμη εγγενές χαρακτηριστικό των υπηρεσιών, σύμφωνα με το οποίο ο χρήστης συμμετέχει στην παροχή της υπηρεσίας. Το τελικό αποτέλεσμα οφείλεται στην αλληλεπίδραση του χώρου στον οποίο παράγεται και καταναλώνεται η υπηρεσία, στο προσωπικό του οργανισμού που την παρέχει και στον χρήστη. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η ανομοιογένεια των υπηρεσιών, με την έννοια της δυσκολίας που υπάρχει στην τυποποίηση και την προτυποποίηση τους. Οι υπηρεσίες δεν αποθηκεύονται, ούτε μεταπωλούνται και χαρακτηρίζονται από αναλωσιμότητα, δηλαδή από άμεση κατανάλωση και πέρας μετά τη διακοπή παροχής της υπηρεσίας (Yancai 2011).

Στο σύγχρονο επιχειρηματικό περιβάλλον η διάκριση ανάμεσα στα προϊόντα και τις υπηρεσίες είναι δύσκολη. Πολλές επιχειρήσεις, προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους πελάτες τους, στοχεύοντας στην ικανοποίησή τους, με αποτέλεσμα οι

πελάτες να μην αγοράζουν μόνο προϊόντα ύλης αλλά και τις υπηρεσίες που τα συνοδεύουν. Για παράδειγμα, για την αγορά μιας ηλεκτρικής οικιακής συσκευής ο πελάτης δεν αγοράζει μόνο τη συσκευή, αλλά και τις υπηρεσίες από τις οποίες συνοδεύεται πριν και μετά την αγορά της, όπως η ενημέρωση που του παρέχει ο πωλητής, η επίδειξη για τη χρήση της στο χώρο που έχει τοποθετηθεί, η εγγύηση, οι υπηρεσίες τεχνικής υποστήριξης, τυχόν εκπτώσεις σε αναλώσιμα είδη και άλλα. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εταιρείες παροχής διαφόρων υπηρεσιών, οι οποίες προσφέρουν συνδυαστικά στους πελάτες τους υπηρεσία και υλικά αγαθά. Ακριβώς αυτή την πρακτική ακολουθούν οι εταιρείες κινητής τηλεφωνίας, οι οποίες προσφέρουν στους νέους πελάτες που αγοράζουν πρόγραμμα σύνδεσης κινητής τηλεφωνίας στο δίκτυό τους και δωρεάν συσκευή κινητού τηλεφώνου.

### **2.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας**

Οι διαστάσεις της ποιότητας διατυπώθηκαν για πρώτη φορά το 1987 από τον David Garvin, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ. Ο διακεκριμένος ειδικός διατύπωσε οκτώ κατηγορίες ή χαρακτηριστικά που αφορούν τόσο σε προϊόντα όσο και σε υπηρεσίες. Σύμφωνα με τη θεωρία του οι διαστάσεις της ποιότητας είναι οι εξής οκτώ (Yarimoglu 2014, Pakurar et al 2019) :

- τα λειτουργικά χαρακτηριστικά (features) του προϊόντος ή της υπηρεσίας, τα οποία διακρίνονται σε πρωτεύοντα και δευτερεύοντα και έχουν ως στόχο την ικανοποίηση των αντίστοιχων αναγκών του πελάτη,
- η απόδοση του προϊόντος ή της υπηρεσίας (performance),
- η αξιοπιστία και η ανθεκτικότητα (reliability and robustness), οι οποίες εκτιμώνται με το μέσο χρόνο μέχρι το προϊόν να υποστεί την πρώτη βλάβη και το μέσο χρόνο μεταξύ δύο διαδοχικών βλαβών,
- η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές (compliance) η οποία σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της παραγωγικής διαδικασίας και αναφέρεται στο βαθμό που επιτυγχάνεται η εκπλήρωση των πρότυπων τεχνικών προδιαγραφών,
- η διάρκεια ζωής (durability), η οποία καθορίζει το χρόνο χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας,
- η εξυπηρέτηση μετά την πώληση (serviceability) η οποία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται το προσωπικό των διαφόρων τμημάτων της

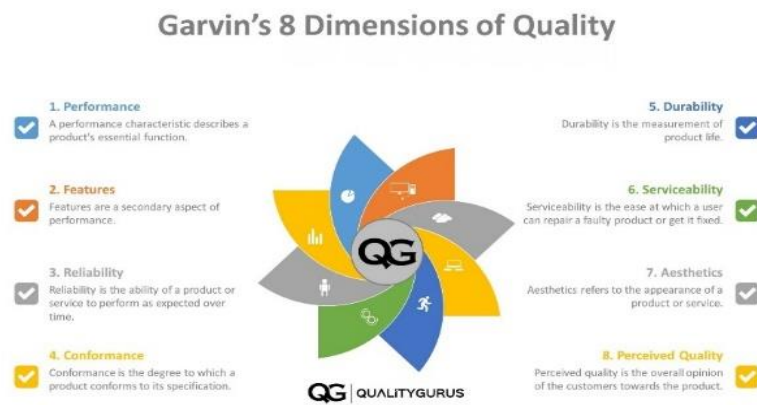
επιχείρησης. Η εξυπηρέτηση μπορεί να αποτιμηθεί με κριτήρια όπως η ευγένεια, ο όγκος και η γεωγραφική κατανομή των διαθέσιμων καταστημάτων εκτέλεσης επισκευών και πώλησης ανταλλακτικών, το χρόνο ανταπόκρισης στα παράπονα των πελατών, ο τρόπος διαχείρισης των παραπόνων, το κόστος, την ταχύτητα και ευελιξία αποκατάστασης των βλαβών, την τεχνική ικανότητα του προσωπικού και την οργάνωση του δικτύου προώθησης,

- η αισθητική και η εμφάνιση (aesthetics) η οποία αντανακλά στα προσωπικά ερεθίσματα του καταναλωτή και είναι υποκειμενική διάσταση σε σχέση με τις προηγούμενες
- η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας (perceived quality) η οποία προέρχεται κυρίως από ανεπαρκή πληροφόρηση ή παραπληροφόρηση του χρήστη από τους διαφημιστές και τον τύπο

Όσον αφορά στις υπηρεσίες έχουν διατυπωθεί και επιπλέον διαστάσεις, οι οποίες αφορούν σε αυτές, όπως είναι:

- η χρονική διάρκεια ολοκλήρωσης μιας υπηρεσίας (timeliness),
- ο βαθμός ολοκλήρωσης της υπηρεσίας (completeness), που αναφέρεται στο βαθμό επιτέλεσης της υπηρεσίας ήτοι επιτελέστηκε η υπηρεσία ολοκληρωτικά ή μέρος αυτής ,
- η συνέπεια (consistency) που εκφράζει την σταθερότητα στην τρόπο παροχής της υπηρεσίας κάθε φορά,
- η ακρίβεια (accuracy) που αφορά στην ορθή εκτέλεση της υπηρεσίας,
- η προσβασιμότητα (access) που εκφράζει το βαθμό ευκολίας απόκτησης της υπηρεσίας χωρίς εμπόδια τοπικά, χρονικά, γραφειοκρατικά, οικονομικά ή κοινωνικά,
- η ανταποκρισιμότητα (responsiveness) που αναφέρεται στη δυνατότητα παροχής της υπηρεσίας σε συνθήκες έκτακτες, εκτός προγραμματισμού.

Εικόνα 3: Οι διαστάσεις της ποιότητας σύμφωνα με τον Garvin.



Πηγή: <https://www.qualitygurus.com/garvins-8-dimensions-of-quality/>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Ορισμός της υγείας

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας στο πέρασμα της ιστορίας του ανθρώπου στη γη ήταν διαφορετικό στους ποικίλους πολιτισμούς της γης και τις διάφορες χρονικές περιόδους. Στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρείτο ως ένα είδος αρμονίας μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντός του (Σαρρής 2001). Ο επικρατέστερος ορισμός της υγείας διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι ο ΠΟΥ ορίζει την υγεία συμπεριλαμβάνοντας όλες τις βασικές πτυχές της ανθρώπινης ζωής, και όχι μόνο σε αντιδιαστολή με τη νόσο ή την αναπηρία, δίνοντας έτσι ένα ολιστικό ορισμό για την προσέγγιση της. Το σώμα, ο νους και η ψυχή του ανθρώπου λειτουργούν από κοινού και σε συνεργασία, ώστε να παρέχεται το αίσθημα της πλήρους ευεξίας στον υγιή άνθρωπο, σαν άτομο και σαν μέρος του κοινωνικού συνόλου. Ακόμη ο ΠΟΥ, ορίζει ότι «η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης» ([www.who.int](http://www.who.int)). Με το εδάφιο αυτό βλέπουμε ότι ο ΠΟΥ ορίζει την υγεία ως ένα από τα βασικότερα ανθρώπινα δικαιώματα σύμφωνα με την αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η φύση και η ιδιομορφία του αντικειμένου της υγείας οδήγησε στη διατύπωση δυο προσεγγίσεων. Η πρώτη είναι η φιλελεύθερη προσέγγιση, που θεωρεί την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό με μεγάλη σημασία στην αγορά, σύμφωνα με τους κανόνες της προσφοράς και της ζήτησης που τη διέπουν. Η φιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζουν τα υγειονομικά τους προβλήματα και τις υπηρεσίες που πρέπει να λάβουν, καθώς και την αγορά των κατάλληλων υπηρεσιών, ώστε να επιλέξουν ελεύθερα αυτό που χρειάζονται. Στη φιλελεύθερη προσέγγιση επομένως, επικρατεί η κυριαρχία του καταναλωτή. Η άποψη αυτή αποκλείει την κρατική παρέμβαση στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ήταν η επικρατέστερη κατά τη δεκαετία του 1970. Η δεύτερη προσέγγιση είναι η

σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Εμπνευστής της άποψης ήταν ο Kenneth J. Arrow, ο οποίος το 1963 με την εργασία του «Uncertainty and the welfare economics of medical care», υποστήριξε πως για να συντελεστεί ένα άριστο επίπεδο κοινωνικής ευημερίας απαιτούνταν η παρέμβαση του κράτους. Σύμφωνα με τις απόψεις του, οι υπηρεσίες υγείας προς τον πληθυσμό θα πρέπει να είναι ανάλογες των υγειονομικών αναγκών του καθενός και σε καμία περίπτωση να συνάδουν με τον πλούτο, την αγοραστική δύναμη ή το εισόδημα του ατόμου. Η θεωρία του Arrow βασίστηκε σε τρεις βασικές αρχές: α) υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης ορισμένων ασθενειών εντός της κοινότητας από ένα άτομο σε άλλα, εξαιτίας της ίδιας της φύσης οι οποίες ενέχουν την ιδιότητα της μεταδοτικότητας, β) στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες και γ) ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν δύναται να προβεί σε διαπραγμάτευση των τιμών και αξιολόγηση της υπηρεσίας που του παρέχεται, επειδή δεν διαθέτει την ειδική γνώση και πληροφορία που διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας. Επομένως, απαιτείται κρατική παρέμβαση και έλεγχος στην κατανομή υλικών και ανθρώπινων πόρων για την υγεία, στη χρηματοδότηση και στην προσφορά των υπηρεσιών (Arrow 1963, Μαζαράκη 2012, Προδρόμου 2019).

Η υγεία είναι ένα υπέρτατο αγαθό, υψηλής κοινωνικής αξίας. Στη χώρα μας κατοχυρώνεται συνταγματικά ως ατομικό (άρθρο 7 παράγραφος 2 του Συντάγματος) και κοινωνικό δικαίωμα (άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος).

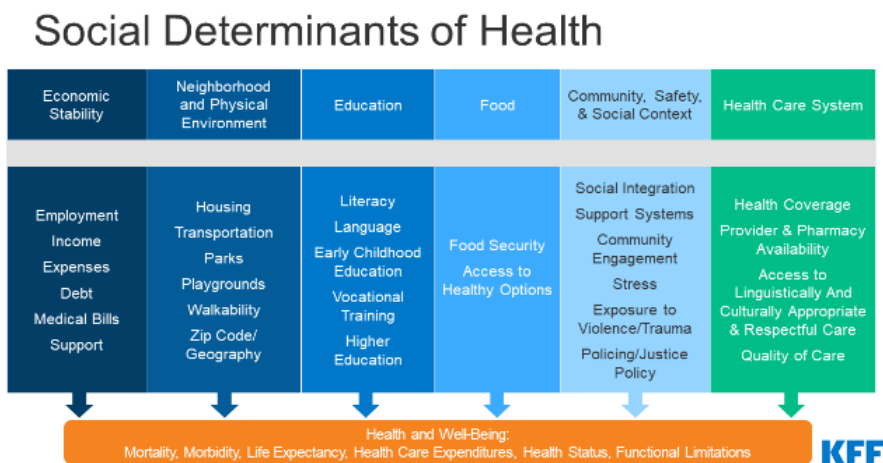
### **3.2 Οι προσδιοριστές της υγείας**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι υποκείμενοι, κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί, επιδημιολογικοί και πολιτικοί. Κατά τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί ιδιαίτερα στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (Social Determinants of Health-SDoH) οι οποίοι, εκτός από την παροχή υπηρεσιών υγείας, μπορούν να επηρεάσουν και τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας (Artiga and Hinton 2018). Η επιτροπή του ΠΟΥ που έχει ως αντικείμενο τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας έχει ορίσει τους SDoH ως «τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι», καθώς είναι θεμελιώδεις

παράγοντες, που επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα δεικτών υγείας, λειτουργίας και ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Στους **κοινωνικούς** και **οικονομικούς** παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία περιλαμβάνονται το εισόδημα, η κοινωνική στήριξη, η στέγαση, οι συνθήκες διαβίωσης, ο αριθμός των ατόμων που κατοικούν στον ίδιο χώρο, η ανεργία, οι συνθήκες εργασίας, η έκθεση σε επιβλαβείς παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον ή στον τόπο διαμονής, η ποιότητα και η ποσότητα της διατροφής, οι διάφορες συμπεριφορές τρόπου ζωής (όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση εθιστικών ουσιών), το άγχος και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Στους **περιβαλλοντικούς** παράγοντες περιλαμβάνονται η ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα, η πρόσβαση σε πόσιμο νερό και η ποιότητα του, η δυνατότητα σωματικής άσκησης, η δυνατότητα ψυχαγωγίας, η κλιματική αλλαγή και οι φυσικές καταστροφές (Chakraborty, et al 2018). Στους **πολιτισμικούς** προσδιοριστές περιλαμβάνονται η πολιτιστική ταυτότητα, διάφορες αντιλήψεις, η θρησκεία, οι παραδόσεις και ο βαθμός προσκόλλησης σε αυτές, η κοινωνική ενσωμάτωση και άλλα (Bourke et al 2018).

Στους **υποκείμενους** προσδιοριστές υγείας περιλαμβάνονται η ανατομία και το γενετικό υπόβαθρο του κάθε ανθρώπου, ενώ στους **επιδημιολογικούς** οι μη μεταδοτικές ασθένειες (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι νεοπλασίες) που αποτελούν κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, οι διάφορες επιδημίες και τα αναδυόμενα νοσήματα, όπως η πρόσφατη πανδημία, καθώς και η γήρανση του πληθυσμού. Διαχρονικά, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 60 και άνω αυξάνεται σταθερά παγκοσμίως, από 8% το 1950 σε 11% το 2009 και εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε ποσοστό 22% το 2050 (Cursaru 2018). Τέλος, στους **πολιτικούς** προσδιοριστές περιλαμβάνονται η πολιτικές υγείας, το σύστημα υγείας, η



κοινωνική πολιτική, οι δράσεις για αγωγή και προαγωγή υγείας, η εκπαίδευση, η παγκοσμιοποίηση, η αστυφιλία και το γενικό πολιτικό περιβάλλον (Dawes et al 2022).

Εικόνα 4 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας Πηγή: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/tracking-social-determinants-of-health-during-the-covid-19-pandemic/>

### **3.3 Νόσος και ασθένεια**

Οι όροι νόσος και ασθένεια στην καθημερινότητα χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, ωστόσο είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε τη διαφορά μεταξύ τους. Η νόσος ορίζεται ως μια παθολογική κατάσταση ή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένο ιστορικό, κλινικές ενδείξεις, συμπτώματα και εργαστηριακά ή ακτινολογικά ευρήματα. Η νόσος μπορεί να οφείλεται σε γνωστή ή άγνωστη αιτιολογία. Ο όρος ασθένεια αναφέρεται στην υποκειμενική ερμηνεία που δίνει το άτομο σε αυτές τις ενδείξεις και τα συμπτώματα (πόνος, καταβολή, αδυναμία, εξάντληση). Οι δυο όροι διαφέρουν στο γεγονός ότι η νόσος συνήθως είναι αντιληπτή ή μετρήσιμη, ενώ η ασθένεια είναι εξαιρετικά υποκειμενική και προσωπική. Συνεπώς, ένα άτομο μπορεί να πάσχει από μια σοβαρή αλλά χωρίς συμπτώματα νόσο, όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, χωρίς οποιαδήποτε ασθένεια, και αντίστροφα, ένα άτομο μπορεί να ασθενεί από μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, χωρίς να έχει καμία εμφανή ένδειξη κάποιας νόσου (www.iatronet.gr, Ventriglio, et al 2017).

### **3.4 Περίθαλψη και φροντίδα**

Ο όρος περίθαλψη (treatment) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και σε νοσοκομειακή ή κλειστή. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες παρέχονται σε ασθενείς που δεν είναι απαραίτητο να εισαχθούν και να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή όταν απαιτείται να εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα, με παραμονή 24 ωρών ή μεγαλύτερης διάρκειας.

Η έννοια της φροντίδας υγείας (healthcare) είναι ευρύτερη και περιλαμβάνει το σύνολο των πολιτικών, των δραστηριοτήτων και των παροχών που προσφέρονται σε



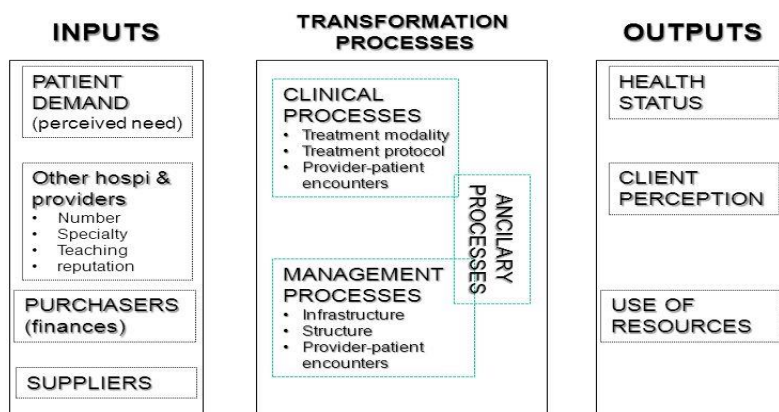
ασθενείς, αλλά και σε υγιή άτομα με σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους. Η φροντίδα υγείας εκφράζεται με την πολιτική υγείας και γίνεται πράξη μέσω της νομοθεσίας.

### **3.5 Υπηρεσίες υγείας**

Η υπηρεσία υγείας είναι μια ιδιαίτερη μορφή υπηρεσίας, από την οποία ο πελάτης-χρήστης έχει πολλές και εξειδικευμένες απαιτήσεις. Οι υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από τη δημιουργία μιας προσωπικής σχέσης μεταξύ του ασθενούς και του επαγγελματία υγείας και το αποτέλεσμα εξαρτάται από τη μοναδικότητα του ασθενή και τις δυνατότητες θεραπείας του. Επιπλέον χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και από παροχή υπό έντονη ψυχική φόρτιση του ασθενούς. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελείται από «εισερχόμενα» (inputs) και «εξερχόμενα» (outputs). Στα «εισερχόμενα» (inputs) περιλαμβάνονται η επάρκεια υποδομών, ο προηγμένος εξοπλισμός, οι επαρκείς υλικοί πόροι, η ορθή οργάνωση και οι κατάλληλες δομές, το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας, οι τεχνολογίες πληροφορικής, η χρηματοδότηση και οι ανθρώπινοι πόροι με άμεμπτο επαγγελματισμό και ενσυναίσθηση προς τον ασθενή. Στα «εξερχόμενα» των υπηρεσιών (outputs) συμπεριλαμβάνεται η ικανοποίησή του ασθενούς, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η αποδοτική χρήση των πόρων και οι μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, στην παροχή υπηρεσιών υγείας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις διαδικασίες, επειδή στην παραγωγή της υπηρεσίας έχει σημαντικό ρόλο ο ανθρώπινος παράγων και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα σφάλματος, το οποίο δεν μπορεί πάντα να προβλεφθεί ή να ελεγχθεί (Van Bulck et al 2020).

## Health Operation Management

A meta-model of healthcare delivery system



23

Εικόνα 5 Εισερχόμενα και εξερχόμενα υπηρεσιών υγείας  
<https://slideplayer.fr/slide/11644362/>

### 3.6 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας όταν αναφερόμαστε στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη από ότι στους υπόλοιπους τομείς παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών και αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών με την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης, δηλαδή με την υλοποίηση της απαιτούμενης υπηρεσίας στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που τη χρειάζεται, εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με οικονομικό τρόπο και ορθολογικά κατανέμοντας τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους (Allen-Duck et al 2017).

Οι προσδοκίες για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διαφέρει μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών. Τα ενδιαφερόμενα μέρη σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας δεν είναι μόνο ο ιατρός και ο ασθενής, αλλά και το κράτος, το σύστημα υγείας, οι ασφαλιστικοί φορείς, οι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας, η επιστημονική κοινότητα, οι σύλλογοι ασθενών και πασχόντων, οι λειτουργοί υγείας άλλων κλάδων, οι προμηθευτές εξοπλισμού και υλικών, οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι νομικές υπηρεσίες και το κοινωνικό σύνολο (Kaur et al 2017). Για παράδειγμα οι χρηματοδότες των υπηρεσιών προσδοκούν παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο μέσω της ορθολογική χρήσης των διαθέσιμων πόρων,

οι οποίοι είναι περιορισμένοι τα τελευταία χρόνια λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι ασθενείς προσδοκούν να έχουν δυνατότητες επιλογής και πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάζονται και σε όσο συντομότερο χρόνο είναι εφικτό.



Εικόνα 6 Ενδιαφερόμενα μέρη που εμπλέκονται στις υπηρεσίες υγείας. Πηγή: <https://basicmedicalkey.com/partnering-with-stakeholders/>

### 3.7 Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι διαστάσεις της ποιότητας που έχουν οριστεί για τις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ασθενών, είναι πολλές και η σχετική βιβλιογραφία εκτεταμένη (Iram et al 2019, Upadhyai et al 2019, Saleh et al 2022). Οι διαστάσεις της ποιότητας που παρατίθενται παρακάτω με αλφαβητική σειρά έχουν αντληθεί από διαφορετικές βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών, οι οποίες αφορούν σε διαφορετικού τύπου υπηρεσίες, σε όλα τα επίπεδα υγείας και διαφορετικές χώρες.

1. ακρίβεια (accuracy) εκφράζει την ορθή εκτέλεση της υπηρεσίας,
2. ανταποκρισιμότητα (responsiveness) είναι η δυνατότητα παροχής της υπηρεσίας σε έκτακτες συνθήκες,
3. αξιοπιστία (reliability) είναι η δυνατότητα επιτέλεσης της υπηρεσίας έγκαιρα και με ακρίβεια,
4. αποδοτικότητα (efficiency) αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας υγείας αναφορικά με τους πόρους: οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους, που δαπανώνται για αυτή,

5. αποδοχή (acceptability) αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή και χρήση τους,
6. αποτελεσματικότητα (effectiveness), εκφράζει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή,
7. ασφάλεια (safety), δηλαδή η απουσία κινδύνων και αμφιβολιών σχετικά με την υπηρεσία υγείας,
8. αυτονομία του ασθενή (patient autonomy) στην λήψη αποφάσεων και στις επιλογές που αφορούν την φροντίδα του,
9. βαθμός ολοκλήρωσης (completeness) της παρεχομένης υπηρεσίας που αναφέρεται στο βαθμό επιτέλεσης της υπηρεσίας, αν ολοκληρώθηκε πλήρως ή συντελέστηκε σε μερικό βαθμό,
10. βάρος (burden). δηλαδή η επίδραση της υπηρεσίας στην ολική λειτουργικότητα του ασθενή και την ποιότητα ζωής του,
11. διαθεσιμότητα (availability), δηλαδή η ικανότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς (όπως η 24ωρη λειτουργία ενός κλινικού εργαστηρίου ή ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών),
12. διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations), με την έννοια ότι οι αρμονικές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού διαμορφώνουν σπουδαίο ρόλο για το συντονισμό των δράσεων,
13. εμπιστευτικότητα (confidentiality) εχεμύθεια και προστασία των προσωπικών δεδομένων,
14. ενσυναίσθηση (empathy) και διορατικότητα του επαγγελματία υγείας,
15. επαγγελματική επάρκεια (competence) γνώση, τεχνική κατάρτιση, δεξιότητες, ο βαθμός εκπαίδευσης και εμπειρίας του προσωπικού,
16. ηθική φροντίδα (ethical care), σύμφωνα με την οποία η παρεχόμενη φροντίδα υγείας δεν πρέπει να στηρίζεται σε μεθόδους και πρακτικές που δεν συνάδουν με τους ηθικούς κανόνες,
17. ισότητα (equity) δηλαδή η δυνατότητα για ισότιμη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων,
18. καταλληλότητα (appropriateness), που εκφράζει την αντιστοιχία των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του

πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού τόσο ποσοτικά, όσο και ποιοτικά,

19. λογοδοσία (accountability) εκφράζει τη δυνατότητα των καταναλωτών υγείας να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας,
20. οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα (affordability),
21. ορθολογική παροχή (rationing) της υπηρεσίας ώστε να αποφεύγεται είτε η παροχή πλεονάζουσας περιττής φροντίδας, είτε η παροχή ελλιπούς φροντίδας,
22. πληροφόρηση και επικοινωνία (communication), δηλαδή η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την απαιτούμενη υπηρεσία, χρησιμοποιώντας λεξιλόγιο οικείο και απλό,
23. προσβασιμότητα φυσική και γεωγραφική (access), που είναι ο βαθμός ευκολίας χρήσης μιας υπηρεσίας δίχως εμπόδια τοπικά, χρονικά, γραφειοκρατικά ή οικονομικά,
24. συμπεριφορά του προσωπικού (respect and caring) ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός και ικανότητα να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς,
25. συνέπεια (consistency), δηλαδή ο τρόπος παροχής της υπηρεσίας είναι ίδιος κάθε φορά,
26. συνέχεια (continuity), δηλαδή η δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, με συνέχεια και όχι αποσπασματική προσέγγιση,
27. συμμόρφωση (conformity), η οποία προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο,
28. υγιεινή (hygiene), δηλαδή η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός του επιπολασμού των λοιμώξεων,
29. υπευθυνότητα (responsibility) του επαγγελματία υγείας,
30. εγκαιρότητα (timeliness), που εκφράζει τη διάρκεια ολοκλήρωσης της υπηρεσίας,

31. παροχή φροντίδας εστιασμένης στον ασθενή (patient centeredness), με σεβασμό στις προσωπικές του αξίες, ανάγκες και προτιμήσεις, οι οποίες λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη της ιατρικής απόφασης με στόχο τον ηγέτη ασθενή

Εικόνα 7 Φροντίδα εστιασμένη στις ανάγκες του ασθενούς. Πηγή: Bogale et al, 2021



### 3.8 Η διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι πρώτες προσπάθειες για τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας χρονολογούνται από το 1950. Αρχικά βασίστηκαν στη διενέργεια επιθεωρήσεων και δειγματοληπτικών ελέγχων, που είχαν σαν σκοπό τη διόρθωση προβλημάτων και λαθών, τα οποία γίνονταν αντιληπτά μετά τη παροχή της υπηρεσίας προς τον ασθενή. Δεν είχαν ακόμη υιοθετηθεί οι έννοιες της εφαρμογής προληπτικών ενεργειών και της συνεχούς βελτίωσης. Κατά τη δεκαετία του 1980 η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) συνέταξε ένα σύνολο προτύπων, τα οποία βασίζονταν στις προτάσεις που παρουσιάστηκαν από τον Avedis Donabedian σε δημοσίευση του από το 1966.

Ο Donabedian, διακεκριμένος ερευνητής σε θέματα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αναλύει την περίθαλψη στις εξής συνιστώσες:

- ✓ σωστές δομές (sound structures) **σε επίπεδο συστήματος υγείας**, όπως η οργάνωση, οι υλικοί πόροι, η άσκηση των επαγγελματιών υγείας, η επάρκεια των υπηρεσιών και η κατανομή των ειδικοτήτων. Για την

διαμόρφωση της δομής έχουν μεγάλη σημασία τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες του πληθυσμού των χρηστών,

- ✓ σωστές δομές **σε επίπεδο οργανισμού**, όπως η επάρκεια των κλινών, οι κτιριακές εγκαταστάσεις και ο τεχνολογικός εξοπλισμός
- ✓ σωστές δομές **σε ατομικό επίπεδο**, όπως οι συνθήκες εργασίας, η στελέχωση των διαφόρων τμημάτων, η υποκίνηση και η εξέλιξη του προσωπικού, η συνεχής του επιμόρφωση και κατάρτιση,
- ✓ **καλές διαδικασίες** (good processes). Ο όρος διαδικασία αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν την υπηρεσία υγείας που χρειάζονται. Η διαδικασία έχει α) τεχνική διάσταση (όπως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η διενέργεια απεικονιστικών και διαγνωστικών εξετάσεων, η χρήση τεχνολογιών πληροφορικής, ρομποτικής και άλλα) αλλά και β) διαπροσωπική διάσταση, η οποία αφορά στην σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ του λειτουργού υγείας και του ασθενή, στην επικοινωνία, στην ψυχολογική υποστήριξη και την εχεμύθεια,
- ✓ **κατάλληλα αποτελέσματα** (suitable outcomes). Ο όρος αναφέρεται στη συνολική επίδραση των παρεχομένων υπηρεσιών στην υγεία του πληθυσμού των χρηστών. Κάθε χρήστης εκτιμά το αποτέλεσμα με διαφορετικό τρόπο από τους υπόλοιπους, δεδομένου ότι οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια σε δημογραφικά, οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και γενετικά χαρακτηριστικά. Η βελτίωση των αποτελεσμάτων είναι εφικτή μόνο με την βελτίωση των δομών και των διαδικασιών.

Το 1970 μπαίνουν τα θεμέλια για τη διασφάλιση ποιότητας, με τη σύσταση μιας επιτροπής στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), η οποία είχε σαν θέμα εργασίας τη διερεύνηση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο στόχος της επιτροπής ήταν να επιτύχει βελτίωση στην ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε μια χρονική περίοδο διάρκειας 10 ετών. Από το έργο της επιτροπής προέκυψαν δυο σημαντικά συγγράμματα σχετικά με τα ιατρικά λάθη που γίνονται στις ΗΠΑ κάθε χρόνο και τον αριθμό των ασθενών που αποβιώνουν από αυτά, καθώς και σχετικά με τα κενά ασφαλείας στο σύστημα υγείας. Με τον τρόπο αυτό έγινε αμέσως αντιληπτή η ανάγκη για επανασχεδιασμό του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας. Η διασφάλιση ποιότητας είχε ως κύριο στόχο στη βελτίωση των διαδικασιών των

παρεχομένων υπηρεσιών, βασιζόμενη στην εφαρμογή πρωτοκόλλων με κατευθυντήριες οδηγίες από κρατικούς και επιστημονικούς φορείς, που είχαν σκοπό την πρόληψη των προβλημάτων πριν αυτά δημιουργηθούν.

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1990 άρχισε να εφαρμόζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - ΔΟΠ (Total Quality Management – TQM), ένα ολοκληρωμένο διοικητικό σύστημα με στρατηγικές προοπτικές, που έχει ως στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και τη συνεχή βελτίωση των επιχειρησιακών και παραγωγικών διαδικασιών ενός οργανισμού. Η γέννηση της ΔΟΠ έγινε στην Ιαπωνία μετά τη λήξη του πολέμου, από τους Αμερικάνους Joseph M. Juran και W. Edwards Deming και εφαρμόστηκε σε μεγάλη κλίμακα ως μέθοδος διοίκησης από βιομηχανίες αυτοκινήτων και ηλεκτρονικών ειδών (Mosadeghrad, 2015, Dahlgaard-Park, et al 2018). Οι βασικές αρχές λειτουργίας της ΔΟΠ περιλαμβάνουν:

- ✓ δέσμευση της ηγεσίας της επιχείρησης ή του οργανισμού,
- ✓ διαρκής βελτίωση της ποιότητας,
- ✓ επικέντρωση στις απαιτήσεις του πελάτη και στην ικανοποίησή του,
- ✓ προτεραιότητα στην πρόληψη και όχι στη διόρθωση,
- ✓ διοίκηση με αντικειμενικά στοιχεία,
- ✓ συνεχή εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων,
- ✓ συνολική και συστηματική συμμετοχή όλων των εργαζομένων,
- ✓ καινοτομία.

Οι «θανατηφόρες ασθένειες» της ποιότητας σύμφωνα με τον Deming, είναι η έλλειψη σταθερότητας του σκοπού της επιχείρησης ή του οργανισμού, η έμφαση στα βραχυπρόθεσμα οφέλη και κέρδη, η έμφαση στην αξιολόγηση της απόδοσης μόνο με οικονομικά κριτήρια, οι υπερβολικές μετακινήσεις στελεχών και η υπερβολική εξάρτηση από αριθμητικά και οικονομικά μεγέθη, που εσφαλμένα μπορεί να φαίνονται ευνοϊκά σε βραχυπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα (Chebi and Chirchir 2015).

Σύμφωνα με τις αρχές της ΔΟΠ, όλοι οι τομείς των υπηρεσιών υγείας οφείλουν να στοχεύουν στη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών και στην ικανοποίηση των ασθενών, ένας σκοπός που απαιτεί δέσμευση, και της ηγεσίας αλλά και του λοιπού προσωπικού στο σύνολό του. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διαμορφώθηκε σταδιακά από την απλή επιθεώρηση και τον έλεγχο,



στη διασφάλιση της ποιότητας και εν τέλει στη ΔΟΠ (Balasubramanian 2016, Aggarwal et al 2018, Τζωρτζόπουλος 2018, Alzoubi et al 2019).



Εικόνα 8 Η ιστορική εξέλιξη του ελέγχου ποιότητας Πηγή: Τζωρτζόπουλος 2018

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταβολές στο εξωτερικό του περιβάλλον, με συνέπεια την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και την εκτόξευση της υγειονομικής δαπάνης. Αλλαγές όπως η παγκοσμιοποίηση, οι συνεχιζόμενες μεταναστευτικές ροές πληθυσμών, οι διαρκείς αλλαγές στην αγορά εργασίας, η οικονομική κρίση, η πρόσφατη πανδημία και οι δραματικές της επιπτώσεις, η διάχυση της πληροφορίας μέσω του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, η γήρανση του πληθυσμού, καθώς και οι μεταβολές στο νοσολογικό και επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού της γης, καθιστούν απαραίτητη την ενσωμάτωση της ποιότητας στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας, και επιβεβλημένη τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις της.



Εικόνα 9 Ο κύκλος συνεχούς βελτίωσης του Deming με τη συνεχή ροή των Σχεδιάζω- Εφαρμόζω  
- Ελέγγω–Ενεργώ Πηγή: <https://www.aqs.gr/service/systimata-paragogis/>

### **3.9 Το θεσμικό πλαίσιο για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα**

Η ισχύουσα νομοθεσία στη χώρα μας, η οποία αναφέρεται στην έναρξη και την υλοποίηση δράσεων ποιότητας και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, παρατίθεται με χρονολογική σειρά, όπως αντλήθηκε από τη Διαδικτυακή Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

- Ν.2071/1992 (ΦΕΚ123/Α΄/15.7.1992) Κατοχύρωση δικαιωμάτων νοσοκομειακού ασθενούς.
- Ν.2519/1997 (ΦΕΚ165/Α΄/21.8.1997) Σύσταση: (α) Αυτοτελούς υπηρεσίας (τμήματος) προστασίας δικαιωμάτων ασθενών στο Υπουργείο Υγείας, (β) επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο Υγείας και (γ) γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο.

- Ν.2889/2001 (ΦΕΚ37/Α΄/2.3.2001) Σύσταση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας σε επίπεδο περιφερειακού συστήματος υγείας (ΠΕΣΥ) και σε νοσοκομεία δυναμικότητας μεγαλύτερης των 400 κλινών.
- Ν.3235/2004 (ΦΕΚ53/Α΄/18.2.2004) Δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Σύνοψη ιατρικού ιστορικού ασθενούς και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.
- Ν.3329/2005 (ΦΕΚ81/Α΄/4.4.2004) Διατήρηση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ). Συγκρότηση Κεντρικού Συμβουλίου ΥΠΕ και περιφερειακών συμβουλίων.
- Ν.3868/2010 (ΦΕΚ129/Α΄/3.8.2010) Σύσταση γραφείου εξυπηρέτησης του πολίτη, γραφείου ποιότητας και άμισθης επιτροπής ποιότητας στα νοσοκομεία δυναμικότητας μεγαλύτερης των 400 κλινών.
- Ν.4025/2011 (ΦΕΚ228/Α΄/2.11.2011) Υποχρέωση εφαρμογής ποιοτικού ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας Διαπίστευση εργαστηρίων επεξεργασίας βιολογικών δειγμάτων με το πρότυπο κατά ISO 15189.
- Ν.4368/2016 (ΦΕΚ21/Α΄/21.2.2016) Σύσταση Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε αντικατάσταση των γραφείων υποστήριξης του πολίτη.
- ΠΔ21/2006 (ΦΕΚ17/Α΄/7.2.2006) Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας, με σκοπό τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και τη διατύπωση προτάσεων για την καθιέρωση συστημάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου Υγείας και των υπαγόμενων νομικών προσώπων.
- ΠΔ106/2014 (ΦΕΚ173/Α΄/28.8.2014) Σύσταση τμήματος Μέτρησης Απόδοσης ΕΣΥ υπαγόμενο στη Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας. Κατάργηση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και ανάθεση σχετικών αρμοδιοτήτων στο νέο τμήμα.
- 140077/10.11.2010 ΥΑ Συγκρότηση 45 επιτροπών ποιότητας σε νοσοκομεία δυναμικότητας 400 κλινών.
- 162857/24.12.2010 ΥΑ Δημιουργία δικτύου ποιότητας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

- ΓΠ οικ. 30518/28.3.2013 (ΑΔΑ:ΒΛ4ΞΘ-ΞΚΨ) ΥΑ Καθορισμός οράματος, στρατηγικών στόχων, βασικών αρχών και αξόνων πολιτικής του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2013.
- Γ2/ΓΠοικ.20930/17.3.2017 (ΑΔΑ:6ΖΠΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ) ΥΑ Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας κατά την τριετία 2017–2020.

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο που παρατέθηκε παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το Υπουργείο Υγείας έχει προβεί σε σημαντικές δράσεις με στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας από το 1992. Για την εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε μια σειρά εγκυκλίων κατά το χρονικό διάστημα 2010-2011, με στόχο την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων ποιότητας, όπως ο περιορισμός της μικροβιακής αντοχής, ο περιορισμός των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στη διατροφή των νοσηλευομένων ασθενών και στην καθαριότητα των χώρων υγείας, καθώς και το πλύσιμο των χεριών σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε ένα δίκτυο ποιότητας το οποίο περιελάμβανε επιτροπές ποιότητας στα νοσοκομεία δυναμικότητας μεγαλύτερης των 400 κλινών και συντονιστές επικοινωνίας για θέματα ποιότητας σε όλα τα νοσοκομεία και τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ). Κατά το χρονικό διάστημα 2007-2013, το Υπουργείο Υγείας υποστήριξε την πιστοποίηση 34 νοσοκομείων της χώρας με τη συνεργασία του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ). Κατά το 2013, καθορίστηκαν στρατηγικοί στόχοι, βασικές αρχές και άξονες πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μέσω της συνεργασίας των χρηστών, των λειτουργών υγείας, του διοικητικού ανθρώπινου δυναμικού και της κοινότητας. Στις αρχές του 2017, καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι και οι άξονες παρέμβασης του υπουργείου για τις υπηρεσίες υγείας κατά την τριετία 2017–2020, με εστίαση στις αρχές και τις καλές πρακτικές της ΔΟΠ, τη βελτίωση της αποδοτικότητας του ΕΣΥ, την εφαρμογή του συστήματος διοίκησης μέσω στόχων, τη συμμετοχή και τη διαρκή εκπαίδευση των λειτουργών υγείας (Nikolaou and Kentas, 2017, Τζωρτζόπουλος, 2018).

Παρά το όραμα, τις δράσεις, και τη θεσμοθέτηση, μεγάλο τμήμα της ισχύουσας νομοθεσίας αναφορικά με την ποιότητα δεν έχει υλοποιηθεί. Πολλές δράσεις ατόνισαν με την πάροδο του χρόνου, επειδή δεν υπήρξε συνέχεια και συνέπεια στην εφαρμογή τους. Σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες είναι η προσκόληση σε παλιές και απαξιωμένες πρακτικές διοίκησης, η έλλειψη κουλτούρας αλλαγών, οι αντιδράσεις από το προσωπικό σχετικά με επιπλέον φόρτο εργασίας, η κοντόφθαλμη αντιμετώπιση των θεμάτων ποιότητας, οι παγιωμένες αντιλήψεις, τα συμφέροντα, οι προκαταλήψεις, οι αρνητικές στάσεις και οι συγκρούσεις που δημιουργούνται κατά την εισαγωγή καινοτομιών στο εργασιακό περιβάλλον (Μουρτζίκου, et al 2015).



Εικόνα 10 Σχηματική απεικόνιση των βασικών αρχών της ΔΟΠ

Πηγή: <https://www.istockphoto.com/photos/total-quality-management>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

#### 4.1 Διαχείριση Ποιότητας

Κάθε προϊόν ή υπηρεσία που παράγεται σήμερα, απαιτείται να εκπληρώνει συγκεκριμένες απαιτήσεις, εκφρασμένες από τους πελάτες-χρήστες, τη νομοθεσία, την κοινωνία ή τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας. Είναι επιβεβλημένο τα παραγόμενα προϊόντα ή οι παρεχόμενες υπηρεσίες να εναρμονίζονται με πρότυπα, νομοθεσίες, κανόνες και ορθές πρακτικές με γνώμονα την ασφάλεια ανθρώπων, την προστασία του περιβάλλοντος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Κάθε επιχείρηση ή οργανισμός έχει στόχο να είναι υγιής, κερδοφόρος και βιώσιμος, ωστόσο βιώσιμη επιχειρηματικότητα χωρίς ποιότητα δεν υφίσταται. Η σταθερή επίτευξη αποτελεσμάτων από μία επιχείρηση ή ένα οργανισμό, προϋποθέτει μία σειρά από αρχές και αξίες που οδηγούν στην ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών χωρίς να σπαταλούνται υλικοί και ανθρώπινοι πόροι (Goetsch and Davis 2018).

Η διαχείριση ποιότητας (Quality Management), σύμφωνα με το πρότυπο ISO 8420, ορίζεται ως το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών ή διαδικασιών που απαιτούνται για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία θα πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές. Η διαχείριση ποιότητας δεν σχετίζεται ούτε με την ποιότητα κατασκευής ενός προϊόντος, ούτε και συνιστά ποιοτικό έλεγχο. Έχει μια έννοια ευρύτερη και αφορά στην όλη οργάνωση και λειτουργία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού.

Με τον όρο Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (Quality Management System) ονομάζουμε την οργάνωση, τα αναγκαία μέσα και το προσωπικό που απαιτούνται για την διεκπεραίωση της διαχείρισης της ποιότητας. Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) έχει σαν στόχο την τήρηση και τη βελτίωση των προδιαγραφών ή των χαρακτηριστικών των προϊόντων ή υπηρεσιών, έτσι ώστε να καλύπτονται οι συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις των πελατών-χρηστών. Η θέσπιση προδιαγραφών ποιότητας για το τελικό προϊόν ή την υπηρεσία απαιτεί την κατάρτιση προδιαγραφών για κάθε στάδιο ξεχωριστά, δηλαδή για το σχεδιασμό, την εισαγωγή, την ανάπτυξη, την ωρίμανση και την παρακμή. Με αυτό τον τρόπο η ποιότητα ενσωματώνεται στο

προϊόν ή την υπηρεσία σταδιακά και σε όλα τα στάδια του κύκλου ζωής του (Ping et al 2019).



Εικόνα 11 Σχηματική παράσταση ΣΔΠ βασισμένο στο πρότυπο ISO 9001

Πηγή: <https://ndconsulting.gr/quality-management-systems-iso-9001/>

## 4.2 Οφέλη από την εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας

Η εφαρμογή και η πιστοποίηση ενός ΣΔΠ σε μια επιχείρηση ή σε ένα οργανισμό έχει πολλαπλά οφέλη. Εισάγει σύγχρονα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης στη λειτουργία της επιχείρησης ή του οργανισμού και περιορίζει τους κινδύνους, προσφέρει κύρος και βοηθά την επιχείρηση ή τον οργανισμό να γίνει πιο αποτελεσματικός στον τρόπο με τον οποίο ιεραρχεί, καταγράφει και υλοποιεί βελτιωτικές δράσεις. Προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης σε σύγκριση με υποδειγματικές επιχειρήσεις ή οργανισμούς που εφαρμόζουν το ίδιο πλαίσιο και προσθέτει στην επιχείρηση ή τον οργανισμό μια αντικειμενική απόδειξη σοβαρότητας, αξιοπιστίας, ελέγχου και ασφάλειας (Goetsch and Davis, 2018). Επειδή η παρούσα εργασία έχει σαν θέμα τις υπηρεσίες υγείας, στις επόμενες παραγράφους θα αναφερόμαστε μόνο σε οργανισμούς και υπηρεσίες υγείας.

Από την βιβλιογραφία μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι οργανισμοί μέσω της πιστοποίησης υφίστανται μια αλλαγή στην κουλτούρα σε θέματα ποιότητας, γιατί είναι ορθότερα εστιασμένοι στην εξυπηρέτηση και τις απαιτήσεις των ασθενών, μεριμνούν για την ανάπτυξη και την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού τους, η ηγεσία τους εστιάζει σε θέματα ποιότητας και καλλιεργείται στους υπαλλήλους η κουλτούρα της ποιότητας, ώστε αυτή να αποτελεί αντικείμενο στρατηγικού σχεδιασμού. Επιπλέον, βελτιώνονται οι σχέσεις μεταξύ οργανισμού και προμηθευτών αλλά και ενισχύεται η ικανότητα αξιολόγησης και επιλογής ικανών προμηθευτών με κριτήριο την ποιότητα. Για παράδειγμα στο πρότυπο ISO 15189, που αφορά στη διαπίστευση κλινικών εργαστηρίων, περιλαμβάνεται παράγραφος στις διοικητικές απαιτήσεις, σύμφωνα με την οποία το διαπιστευμένο κλινικό εργαστήριο πρέπει να τηρεί αρχείο εγκεκριμένων προμηθευτών, να ελέγχει τη συμμόρφωση των προμηθευτών με τα δικά τους πρότυπα πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και να τους αξιολογεί σε ετήσια βάση σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια.

Τα οικονομικά οφέλη, όπως ο έλεγχος του κόστους, επιτυγχάνονται μέσω της μείωσης των λαθών και της υιοθέτησης της αρχής του «κάνε το σωστό από την αρχή». Τέλος, ο οργανισμός λαμβάνει μια αμερόληπτη και δομημένη ανατροφοδότηση, από τους εξειδικευμένους αξιολογητές του φορέα πιστοποίησης, που τον βοηθά να υλοποιεί διορθωτικές ενέργειες όπου απαιτούνται, και να προγραμματίσει τις επόμενες βελτιωτικές ενέργειες και τους στόχους ποιότητας (Domingues and Fonseca, 2017).

Από την υλοποίηση των ΣΠΔ αποκομούνται σημαντικά αναμενόμενα οφέλη. Τα οφέλη αυτά είναι οικονομικά, λειτουργικά, περιβαλλοντικά, καθώς και οφέλη που αφορούν στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (Seetharaman et al 2015, Ping et al 2019, Al Salihi and Ghasemlounia 2021):

- α) οικονομικά οφέλη: αύξηση της παραγωγικότητας, μείωση των ζημιών και των λαθών, βελτιωμένη διαχείριση πόρων, μείωση λειτουργικών εξόδων λόγω εξοικονόμησης πόρων.
- β) λειτουργικά οφέλη: εφαρμογή ορθών πρακτικών (όπως επιδημιολογική επιτήρηση, εφαρμογή κανόνων για τη διαχείριση λοιμωδών νοσημάτων), ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, αύξηση της αποδοτικότητας των λειτουργιών και των διεργασιών, αύξηση της εσωτερικής οργάνωσης, βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας, αύξηση της ευαισθητοποίησης και υπευθυνότητας του προσωπικού, βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, δημιουργία καλύτερης εικόνας του οργανισμού



ανάμεσα στο προσωπικό, προτυποποίηση των διεργασιών μέσω των εγγράφων και των γραπτών διαδικασιών, ανάπτυξη της συνέπειας που πρέπει να επιδεικνύει τόσο ο οργανισμός όσο και το προσωπικό της, καθώς και πειθαρχίας που είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση των προκαθορισμένων στόχων και την παρακολούθηση των λειτουργιών, αξιοποίηση και εφαρμογή νέων τεχνολογιών

γ) περιβαλλοντικά οφέλη: επαναχρησιμοποίηση ή ανακύκλωση υλικών, μείωση των ποινών που προκύπτει από μείωση ή μηδενισμό των περιβαλλοντικών ατυχημάτων, μικρότερο κόστος διάθεσης απορριμμάτων και αποβλήτων, βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης, βελτιωμένη διαχείριση των περιβαλλοντικών θεμάτων, απόκτηση τεχνογνωσίας σχετικής με θέματα περιβαλλοντικής προστασίας, βελτίωση του κοινωνικού προσώπου και ανάδειξη της περιβαλλοντικής ευαισθησίας, συμβολή στην προστασία της δημόσιας υγείας. Παράδειγμα τέτοιου τύπου οφέλους είναι οι πράσινες προμήθειες των νοσοκομείων. Με τον όρο πράσινη προμήθεια ορίζεται το σύνολο των ενεργειών του νοσοκομείου, μέσω των οποίων μπορούν να αποκτηθούν πράσινα προϊόντα και υπηρεσίες, τα οποία αφορούν στη διατροφή των ασθενών, στην κατανάλωση νερού και ενέργειας, στη διαχείριση των αποβλήτων, στις μεταφορές στο χώρο του νοσοκομείου, καθώς και στο σχεδιασμό των χώρων και των κτιρίων. Το πρώτο πράσινο νοσοκομείο στην Ελλάδα είναι το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας-Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας, το οποίο διαθέτει το μεγαλύτερο φωτοβολταϊκό πάρκο της χώρας προς όφελος δημόσιας υπηρεσίας (Τσάκνη και Μύρκινα 2020)

δ) οφέλη σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον: εναρμόνιση και συμμόρφωση με τη νομοθεσία, δυνατότητα συνεργασίας με άλλους οργανισμούς που απαιτούν από τους συνεργάτες τους την εφαρμογή ΣΠΔ, βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, βελτίωση της φήμης και της δημόσιας εικόνας, διαφάνεια σε όλους τους τομείς, ευχερέστερη απόκτηση αδειών και ευνοϊκότεροι όροι χρηματοδότησης, όπως για παράδειγμα για διενέργεια κλινικών μελετών.

### **4.3 Κόστος εφαρμογής του ΣΠΔ**

Εκτός από τα πολλαπλά οφέλη, η εφαρμογή ενός ΣΠΔ συνεπάγεται και ορισμένα κόστη καθώς και προβλήματα ή δυσκολίες, που θα πρέπει να αξιολογηθούν από τους οργανισμούς και να ληφθούν υπόψη. Τα κόστη επιμερίζονται στα διάφορα

στάδια εφαρμογής του ΣΠΔ, με το μεγαλύτερο ποσοστό να απαιτείται στα αρχικά στάδια, λόγω της δημιουργίας της υποδομής που προϋποθέτει η ανάπτυξή του. Επίσης τα κόστη κυμαίνονται ανάλογα με το μέγεθος και το αντικείμενο δραστηριότητας του οργανισμού. Τα κόστη μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες

- Κόστος ανάπτυξης και εφαρμογής του ΣΠΔ. Το κόστος αυτό συνδέεται με την υλοποίηση του ΣΠΔ και απορρέει από την αξία του χρόνου και της προσπάθειας των εργαζομένων που εμπλέκονται στην εφαρμογή του, καθώς και την αμοιβή εξωτερικού συμβούλου, ενός δηλαδή εξειδικευμένου προσώπου, το οποίο θα κάνει την προετοιμασία για την εφαρμογή του. Συγκεκριμένα περιλαμβάνονται τα κόστη για την εκπαίδευση του εσωτερικού επιθεωρητή του ΣΠΔ, τη γραμματειακή υποστήριξη του συστήματος, την επιμόρφωση των εργαζομένων που εμπλέκονται στην εφαρμογή του συστήματος, τις αμοιβές εξωτερικών συμβούλων, τα κόστη συμμετοχής σε σεμινάρια και προγράμματα εκπαίδευσης, τα κόστη έκδοσης και διανομής εγγράφων. Στην κατηγορία αυτή επίσης περιλαμβάνεται το επενδυτικό κόστος που προκύπτει από τροποποιήσεις του υφιστάμενου τεχνολογικού εξοπλισμού ή από εισαγωγή καινοτόμων τεχνολογιών στο πλαίσιο εφαρμογής του ΣΠΔ. Επίσης, περιλαμβάνεται το κόστος αγοράς πληροφοριακού συστήματος, συσκευών καταγραφής και μέτρησης ευαίσθητων μεταβλητών ή θερμοκρασιών όπου απαιτείται, καθώς και το κόστος αμοιβών των υπερωριών που χρειάζονται για την ανάπτυξη του συστήματος.
- Κόστος πιστοποίησης ή διαπίστευσης του ΣΠΔ. Τα κόστη αυτά είναι αρκετά υψηλά και ανάλογα με το μέγεθος του οργανισμού
- Κόστη συντήρησης του ΣΠΔ. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα κόστη για τις περιοδικές αξιολογήσεις του ΣΠΔ από τον οργανισμό πιστοποίησης ή το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης.

Σαν γενική παρατήρηση αναφέρουμε ότι τα κόστη και τα οφέλη σε έναν οργανισμό συνιστούν τις δυο όψεις κάθε επένδυσης. Η επένδυση πρέπει να αξιολογείται από μια ανάλυση κόστους-οφέλους, με το κόστος και το όφελος εκφρασμένα σε παρούσες αξίες (Zahar et al 2016, Chatzipetrou and Moschidis 2016, Ramdass and Nemavhola 2018).

#### 4.4 Τα πρότυπα πιστοποίησης και διαπίστευσης

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των επιχειρήσεων και των οργανισμών που αναγνωρίζει την σπουδαιότητα της συμμετοχής στις διαδικασίες της Διεθνούς Τυποποίησης συνεχώς αυξάνεται. Με τον όρο τυποποίηση (standardization) εννοούμε μια δραστηριότητα που δίνει λύσεις για επαναλαμβανόμενη εφαρμογή, σε θέματα επιστημονικά, τεχνολογικά ή οικονομικά και αποσκοπεί στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για κάθε περίπτωση ([www.elot.gr](http://www.elot.gr)). Η τυποποίηση περιλαμβάνει την εκπόνηση, έκδοση και εφαρμογή προτύπων, αλλά και άλλων κειμένων τεχνικής καθοδήγησης, όπως τεχνικών προδιαγραφών, οδηγιών εφαρμογής, κωδίκων πρακτικής, κανονισμών και άλλων.

Οι τεχνικές προδιαγραφές (technical specifications) αναφέρουν τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Για την ιατρική γάζα αλλαγής τραύματος οι προδιαγραφές περιλαμβάνουν στις διαστάσεις της γάζας, την πυκνότητα ύφανσης, την ποιότητα του υλικού, πληροφορίες σχετικά με το αν είναι αποστειρωμένη, τα χαρακτηριστικά της συσκευασίας της κλπ. Τεχνικές προδιαγραφές μπορεί να συντάξει οποιοδήποτε πρόσωπο ή οργανισμός, σε ιδιωτικές ή δημόσιες συμφωνίες, στις προμήθειες υλικού, στις κατασκευές και στην παραγωγή υλικών ή υπηρεσιών.

Το εθνικό πρότυπο (national standard) εκπονείται με τη συναίνεση όλων των ενδιαφερομένων μερών σε εθνική κλίμακα. Το εθνικό πρότυπο εγκρίνεται από εθνικό οργανισμό τυποποίησης, όπως για παράδειγμα είναι ο ΕΛΟΤ στην Ελλάδα. Παράδειγμα εθνικού προτύπου είναι το πρότυπο ΕΛΟΤ EN 13727 +A2 με θέμα «Χημικά απολυμαντικά και αντισηπτικά - Ποσοτική δοκιμή εναιωρήματος για την αξιολόγηση της βακτηριοκτόνου δράσης στο χώρο της ιατρικής» ([www.elot.gr](http://www.elot.gr)).

Το ευρωπαϊκό πρότυπο εκπονείται με τη συναίνεση όλων των ενδιαφερομένων μερών σε ευρωπαϊκή κλίμακα. Η έγκριση του γίνεται από μία από τις τρεις ευρωπαϊκές οργανώσεις τυποποίησης: European Committee for Standardisation (CEN), European Committee for Electrotechnical Standardisation (CENELEC) και European Telecommunications Standards Institute (ETSI). Η έγκριση γίνεται με διακρατική ευρωπαϊκή ψήφιση, μέσω των εθνικών οργανισμών τυποποίησης των χωρών μελών. Παράδειγμα αποτελεί ο Κανονισμός (ΕΕ) 2017/745 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρώπης, για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα

Το παγκόσμιο πρότυπο εκπονείται με συναίνεση όλων των ενδιαφερομένων μερών σε παγκόσμια κλίμακα. Η έγκριση του γίνεται από μία από τις τρεις παγκόσμιες οργανώσεις τυποποίησης International Organization for Standardization (ISO), International Electrotechnical Commission (IEC) και International Telecommunication Union (ITU) ([www.elot.gr](http://www.elot.gr), <https://web.tee.gr/>). Ο οργανισμός ISO καλύπτει όλους τους τομείς τυποποίησης εκτός από εκείνους της ηλεκτρολογίας και ηλεκτρονικής μηχανικής, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο εργασίας της IEC, καθώς και τον τομέα των τηλεπικοινωνιών ο οποίος είναι αντικείμενο της ITU.



Εικόνα 12 Η αντίστροφη πυραμίδα της τυποποίησης

Πηγή: <https://www.youtube.com/watch?v=qH9JIsKgDRY>

Τα πρότυπα ISO και IEC εκπονούνται σύμφωνα με τις ακόλουθες αρχές:

- την αρχή της συναίνεσης (consensus principle), δηλαδή συντάσσονται λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις όλων των ενδιαφερομένων μερών, που μπορεί να είναι παραγωγοί αγαθών ή υπηρεσιών, χρήστες, καταναλωτές ή εργαστήρια δοκιμών και ελέγχων,
- την αρχή της παγκοσμιότητας (global principle), σύμφωνα με την οποία υποχρεούνται να προσφέρουν λύσεις σε προβλήματα και να ικανοποιούν τις ανάγκες των παραγωγών και των καταναλωτών σε όλες τις χώρες του κόσμου,
- την αρχή της εκούσιας εφαρμογής (voluntary principle), σύμφωνα με την οποία η εφαρμογή τους είναι προαιρετική. Αυτή η αρχή δεν αποκλείει την

δυνατότητα των εθνικών φορέων τυποποίησης να υιοθετούν τα διεθνή πρότυπα και να τα καθιστούν υποχρεωτικά στη χώρα τους.

#### **4.5 Πιστοποίηση και Διαπίστευση**

Όλες οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί, ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος και τις δραστηριότητες τους, μπορούν να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ΣΔΠ και να πιστοποιηθούν ή να διαπιστευθούν. Η πιστοποίηση (certification) είναι η έγγραφη απόδειξη που δίδεται από διαπιστευμένο φορέα ότι το ΣΔΠ που εφαρμόζεται από έναν οργανισμό ή επιχείρηση πληροί τις απαιτήσεις ενός συγκεκριμένου προτύπου. Σύμφωνα με τον International Accreditation Forum (IAF) στα κριτήρια επιλογής ενός φορέα πιστοποίησης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα προσόντα, η εκπαίδευση, η επάρκεια και η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού που τον στελεχώνει, η αποδεδειγμένη εμπειρία και εξειδίκευση στο αντικείμενο (προϊόν ή υπηρεσία) προς πιστοποίηση, η αναγνωρισιμότητα, η καλή φήμη και η διαπίστευση του από αναγνωρισμένο φορέα, ώστε να διασφαλίζεται η ανεξαρτησία, η επάρκεια και η συνέπεια.

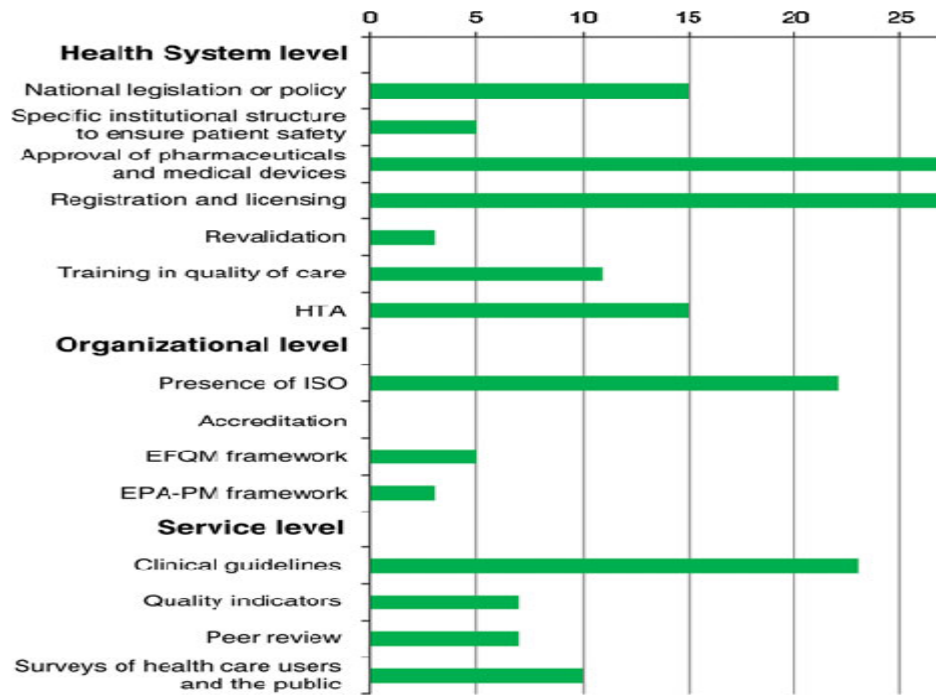
Με τον όρο διαπίστευση (accreditation) ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία ο φορέας διαπίστευσης αξιολογεί την ικανότητα ενός άλλου φορέα να παράγει ένα έργο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, που πληροί τις απαιτήσεις του προτύπου για το οποίο αυτός αιτείται την διαπίστευση. Η διαπίστευση ολοκληρώνεται με την απονομή πιστοποιητικού διαπίστευσης από τον φορέα διαπίστευσης. Η διαπίστευση μπορεί να είναι υποχρεωτική, ως νομική απαίτηση εθνικής ή Ευρωπαϊκής νομοθεσίας, ή προαιρετική. Τα κράτη μέλη της ΕΕ είναι υποχρεωμένα να διαθέτουν ένα εθνικό φορέα διαπίστευσης (κανονισμός 765/2008 ΕΕ σχετικά με τους φορείς διαπίστευσης), ο οποίος πρέπει να έχει αναγνωρισθεί από τα αρμόδια ευρωπαϊκά και διεθνή όργανα, ότι πληροί τις απαιτήσεις και την ικανότητα να παρέχει διαπίστευση, διασφαλίζοντας την αμεροληψία των αποφάσεων για την απονομή της, σύμφωνα με το πρότυπο ISO 17011/2004 (γενικές απαιτήσεις για τους φορείς διαπίστευσης που διαπιστεύουν τη συμμόρφωση φορέων μετά από αξιολόγηση).

Στην Ελλάδα ο εθνικός φορέας διαπίστευσης είναι το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ) που ιδρύθηκε με τον Ν 3062/2002 και αποτελεί μετεξέλιξη του Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης, που λειτουργούσε στο Υπουργείο Ανάπτυξης από το 1994 με τον ίδιο διακριτικό τίτλο. Είναι ανώνυμη εταιρεία ιδιωτικού δικαίου, που

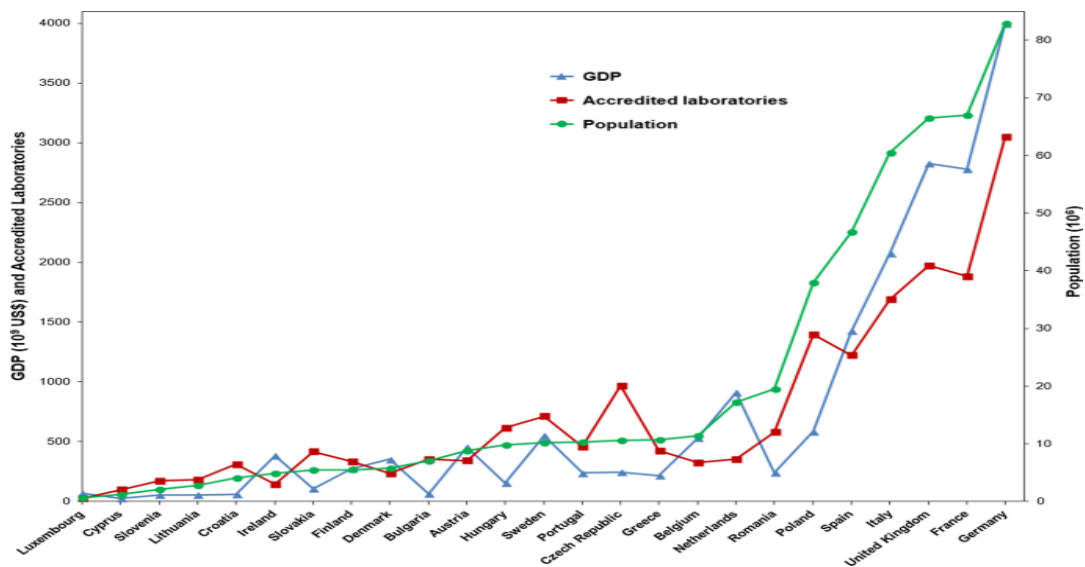
λειτουργεί προς όφελος του δημοσίου συμφέροντος, με σκοπό τη διαχείριση του συστήματος διαπίστευσης στη χώρα ([www.esyd.gr](http://www.esyd.gr)). Το έργο του ΕΣΥΔ υποστηρίζεται από Τεχνικές Επιτροπές, στις οποίες συμμετέχουν εξειδικευμένοι κατά τομέα εμπειρογνώμονες. Το ΕΣΥΔ είναι μέλος της διεθνούς αναγνώρισης Multilateral Agreement (MLA) ως φορέας διαπίστευσης για το σύνολο των δραστηριοτήτων του.

Σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας υπάρχουν αρκετά διεθνή πρότυπα σύμφωνα με τα οποία πιστοποιούνται ή διαπιστεύονται οι πάροχοι των υπηρεσιών. Για τα κλινικά εργαστήρια εφαρμόζεται το πρότυπο ISO 15189. Για τους χώρους υγείας το πρότυπο EN 15224 συγκεντρώνει τα πλεονεκτήματα του προτύπου ISO 9001 με τις απαιτήσεις ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας. Καθορίζει τα θέματα που περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα, την καταλληλότητα, την ασφάλεια και την αξιοπιστία των διεργασιών υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστευση των δοκιμών παρά την κλίνη του ασθενούς (Point of Care Testing -POCT) γίνεται σύμφωνα με το πρότυπο ISO 22870 και η διαπίστευση των βιοτραπεζών κατά το Πρότυπο ISO 20387. Επιπλέον, υπάρχουν πρότυπα που αφορούν στους προμηθευτές των χώρων υγείας, όπως το ISO 13485 και το ISO 17664 που αφορούν σε συσκευές και προϊόντα για ιατρική χρήση. Σε μεγάλες δομές, όπως είναι ένα νοσοκομείο, διαφορετικά τμήματα ή τομείς δραστηριοτήτων μπορεί να έχουν πιστοποίηση ή διαπίστευση σύμφωνα με διαφορετικά πρότυπα. Οι προσεγγίσεις για τη διαπίστευση παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια και επομένως δεν μπορούν να συγκριθούν (Valerio et al 2021).

Παραδείγματα δημοσίων δομών υγείας στην Ελλάδα που έχουν πιστοποιήσεις και διαπιστεύσεις είναι τα κλινικά εργαστήρια του Κωνσταντοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα», το τμήμα μαστογραφίας του Γ.Ν.Α. Ελπίς, η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και το φαρμακείο του Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, η Ειδική Μονάδα Αυτιστικών Παιδιών του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, η Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και η Μονάδα Αιμοδοσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αττικών», μεταξύ άλλων. Σύμφωνα με το σχετικό πίνακα του Υπουργείου Υγείας, οι πιστοποιήσεις και οι διαπιστεύσεις αφορούν σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες ή σε τμήματα αυτών. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προς το παρόν υπάρχει μόνο σχεδιασμός που δεν έχει υλοποιηθεί (<https://www.moh.gov.gr>).



Εικόνα 13 Πρακτικές της διασφάλισης ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ-27. Το διάγραμμα δείχνει τον αριθμό των χωρών που υιοθετούν κάθε προσέγγιση για τη διασφάλιση ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Οι προσεγγίσεις για τη διαπίστευση στερούνται ομοιογένειας και επομένως δεν μπορούν να συγκριθούν. Πηγή: Valerio et al, 2021



Εικόνα 14 Ποσοστό διαπιστευμένων εργαστηρίων δοκιμών στις χώρες της Ευρώπης. Πηγή: Grochau et al 2020

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

#### 5.1 Ορισμός της ικανοποίησης των χρηστών

Η ικανοποίηση των πελατών-χρηστών θεωρείται ως ένας σημαντικός δείκτης για την αξιολόγηση της ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των χρηστών μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ του τι περιμένει να λάβει ένας χρήστης από την εμπειρία της υπηρεσίας υγείας και της αντίληψης που έχει για την υπηρεσία που λαμβάνει στην πραγματικότητα (Mukhtar et al 2013). Η ικανοποίηση των χρηστών μπορεί να οριστεί είτε ως διαδικασία, δηλαδή ως η εμπειρία και τα συναισθήματα που βιώνονται κατά της χρήση της υπηρεσίας, είτε ως αποτέλεσμα, δηλαδή ως την τελική κατάσταση που προκύπτει από τη χρήση της υπηρεσίας. Η ικανοποίηση έχει ως αποτέλεσμα την επανάληψη ή όχι της κατανάλωσης της υπηρεσίας (Xesfingi and Vozikis 2016, Razak et al 2016).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν διερευνάται η ικανοποίηση των χρηστών να είναι σαφώς καθορισμένο το σύνολο τους, δηλαδή η ομάδα στόχος της εκάστοτε έρευνας. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας υπάγονται σε διαφορετικές ομάδες, γιατί στις υπηρεσίες υγείας συνυπάρχουν πολλά εμπλεκόμενα μέρη. Κάθε ομάδα χρηστών έχει διαφορετικά κριτήρια για την αξιολόγηση των υπηρεσιών και σαφώς διαφορετικές προσδοκίες. Ο ασθενής, ο θεράπων ιατρός, το προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι διάφορες κοινωνικές ομάδες και επιστημονικοί οργανισμοί, οι σύλλογοι των ασθενών, οι προμηθευτές υλικών και εξοπλισμού, οι αξιολογητές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τα στελέχη της διοίκησης, σχετίζονται όλοι με την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας, αλλά κάθε κατηγορία έχει διαφορετικές προσδοκίες (Kaur and Rathinasamy 2017, Freilich et al 2019). Επομένως, η κάθε έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση χρηστών πρέπει να εστιάζει σε συγκεκριμένη ομάδα και στις προσδοκίες των χρηστών που την απαρτίζουν. Τα δε αποτελέσματα να ερμηνεύονται σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου.



## 5.2 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών

Οι παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας είναι πολλοί. Υπάρχουν στη βιβλιογραφία πολλές έρευνες μέτρησης ικανοποίησης, στις οποίες διαπιστώνεται ότι ορισμένοι παράγοντες επηρεάζουν το γενικό επίπεδο ικανοποίησης, ενώ άλλοι την ικανοποίηση σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια. Επιπρόσθετα παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ μελετών που αφορούν διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, διαφορετικού τύπου δομές υγείας (όπως νοσοκομείο, κέντρο υγείας, δομή φροντίδας ηλικιωμένων κ.λ.π.), διαφορετικές υπηρεσίες υγείας (όπως νοσηλεία, εμβολιασμός, διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων, χορήγηση θεραπείας κ.λπ.) και διαφορετικές ομάδες πληθυσμού (όπως ασθενείς με χρόνια νόσημα, παιδιά, ενήλικες, ογκολογικοί ασθενείς). Επομένως παρατηρείται ετερογένεια στα συμπεράσματα των ερευνών ως προς τα αποτελέσματα και τη βαρύτητα του κάθε παράγοντα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η ικανοποίηση είναι ένα φαινόμενο με πολλές πλευρές και αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του ατόμου με τα επιμέρους στοιχεία της υπηρεσίας που του παρέχεται.

Η πρώτη κατηγορία παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών είναι παράγοντες δημογραφικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί που σχετίζονται με τον ίδιο το χρήστη, όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και το επάγγελμα (Gnardellis and Niakas, 2005, Quintanna et al 2006). Σύμφωνα με τη μελέτη των Quintanna et al (2006), υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης έχουν οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, έναντι ατόμων νεότερης ηλικίας. Είναι στοιχείο που οφείλεται εν μέρει στις χαμηλότερες προσδοκίες των χρηστών μεγαλύτερης ηλικίας, λόγω της μεγαλύτερης εμπειρίας που έχουν από το σύστημα υγείας, σε σχέση με τα άτομα νεότερης ηλικίας, τα οποία έχουν περισσότερες προσδοκίες. Σύμφωνα με άλλες έρευνες, (Κυριόπουλος, 2010, Hu et al 2020), άτομα με υψηλότερο εισόδημα έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με άτομα που έχουν χαμηλότερο εισόδημα, αφού το υψηλότερο εισόδημα δίνει περισσότερες δυνατότητες επιλογής υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους, καθώς και αίσθημα σιγουριάς και ασφάλειας. Αντίθετα, άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα που απευθύνονται στις

δημόσιες δομές για παροχή υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, βιώνουν μεγάλο αίσθημα ανασφάλειας και έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, βάσει ερευνών που έχουν διεξαχθεί παρατηρήθηκε πως άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης έχουν περισσότερες προσδοκίες και απαιτήσεις και επομένως χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο καθιστά τους χρήστες περισσότερο κριτικούς απέναντι στο σύστημα υγείας και τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, καθιστά πιο έγκαιρη την αναγνώριση συμπτωμάτων υγείας και συνεπώς πιο άμεση την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Hu et al 2020). Η εθνικότητα είναι ένας ακόμη παράγοντας που παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των διαφόρων ερευνών, πιθανόν λόγω του γεγονότος ότι συνδέεται πολλές φορές με τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με ορισμένες έρευνες συμπεραίνεται ότι επηρεάζεται ο βαθμός ικανοποίησης, ενώ σύμφωνα με άλλες όχι.

Στους παράγοντες που σχετίζονται με τον ίδιο το χρήστη περιλαμβάνεται και η κατάσταση της υγείας του, όπως τυχόν χρόνια νοσήματα, τα υποκείμενα νοσήματα, η υποβολή σε θεραπείες και οι προηγούμενες νοσηλείες (Mahapatra et al 2016). Ο ψυχολογικός παράγοντας και η αυξημένη ευαισθησία που υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους, σχετικά με ότι αφορά στην υγεία τους, είναι ιδιαίτερα έντονη σε άτομα με επιβαρυνμένη υγεία, τα οποία υποβάλλονται σε πολλαπλές θεραπείες και νοσηλείες, με αποτέλεσμα να επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης. Από μελέτη που έχει γίνει σχετικά με την ικανοποίηση ογκολογικών ασθενών επιβεβαιώνεται ότι η βαρύτητα της νόσου επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενούς. Η συγκεκριμένη μελέτη (Lam et al 2018) ανέδειξε δηλαδή ότι η σοβαρότερη κατάσταση του ασθενούς αυξάνει την ψυχολογική πίεση που νιώθει με συνέπεια χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας. Η προσωπικότητα των ασθενών σχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, καθώς οι ασθενείς που είναι αισιόδοξοι παρουσιάζουν πιο θετική στάση, η οποία αντικατοπτρίζεται και στα επίπεδα ικανοποίησής τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Άτομα που είναι πολύ σχολαστικά και έχουν την τάση να είναι μόνιμα δυσαρεστημένα, παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (Birkeland et al 2022).

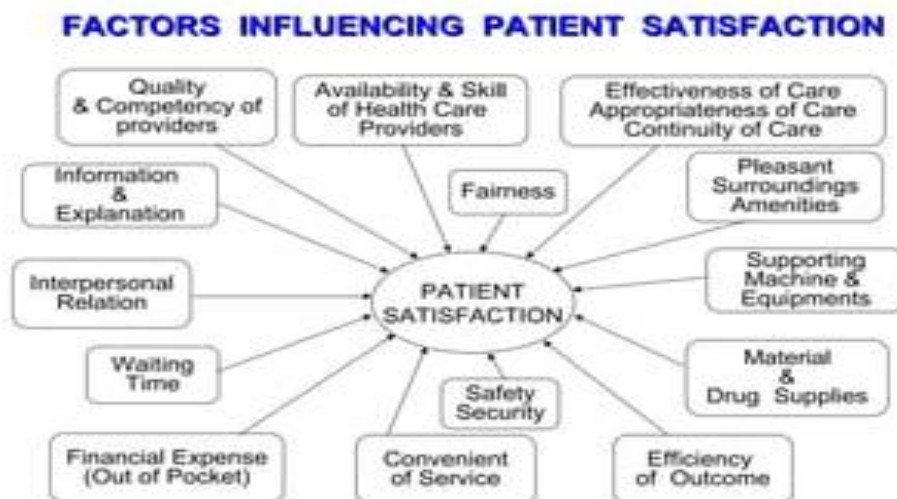
Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων περιλαμβάνει παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το προσωπικό που παρέχει την υπηρεσία υγείας, όπως είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ευγένεια και η ενσυναίσθηση του προσωπικού, η σχέση

εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται με τον ασθενή, η προσέγγιση και η επικοινωνία. Οι Kabir et al (2022) τονίζουν ιδιαίτερα τη σημασία της συμπεριφοράς του θεράποντα ιατρού και των επικοινωνιακών του δεξιοτήτων. Βρέθηκε ότι, η παροχή της υπηρεσίας από έναν ιατρό που ήδη γνωρίζει ο ασθενής ή από έναν ιατρό για τον οποίο έχει ακούσει θετικά σχόλια από άτομα της εμπιστοσύνης του, αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησης του (Kabir et al 2022). Στην εργασία των Babatola et al (2022) παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν χαμηλό, διότι σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, αν και οι νοσηλευτές ήταν τυπικοί στα καθήκοντα τους, δεν επέδειξαν σημασία στις ανησυχίες των ασθενών και δεν τους προσέφεραν ψυχολογική υποστήριξη (Babatola et al 2022). Επιπρόσθετα η επάρκεια του χρόνου που διαθέτει το ιατρικό προσωπικό για τον κάθε χρήστη βρέθηκε πως σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, καθώς και ο χρόνος αναμονής πριν την παροχή της υπηρεσίας (Nyakutombwa et al 2021). Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας επιθυμούν παροχή φροντίδας εστιασμένης στις ανάγκες τους, καθώς και πληρότητα στην ενημέρωση σχετικά με τη φροντίδα που τους παρέχεται, λήψη της συγκατάθεσης τους όπου απαιτείται και σεβασμό της προσωπικότητάς τους. Η ενσυναίσθηση του προσωπικού είναι ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται θετικά με το επίπεδο ικανοποίησης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών με νεοπλασίες και χρόνια πόνο (Walsh et al 2019). Η έννοια της ενσυναίσθησης περιγράφει, σύμφωνα με τη σύγχρονη νευροψυχολογία, την ικανότητα ενός ατόμου να μοιράζεται από κοινού τα συναισθήματα ενός άλλου προσώπου. Ενσυναίσθηση στις υπηρεσίες υγείας είναι η ικανότητα του γιατρού να μπαίνει στη θέση των ασθενών του, να αντιλαμβάνεται την κατάσταση τους και να τους υποστηρίζει ψυχολογικά, διατηρώντας και ασκώντας ταυτόχρονα προς όφελός τους την ιατρική και επιστημονική του ιδιότητα (Brunero et al 2010).

Η τρίτη κατηγορία παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών είναι τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού που παρέχει την υπηρεσία. Παράμετροι όπως οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η καθαριότητα των χώρων, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, η δυνατότητα διενέργειας εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, η προσβασιμότητα, η ευκολία διεκπεραίωσης του διοικητικού μέρους της υπηρεσίας, ο σεβασμός στην ιδιωτικότητα, η ευκολία στη συνταγογράφηση φαρμάκων σχετίζονται με το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας (Fang et al 2019, Bellio 2021).

Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των χρηστών είναι οι πληροφορίες από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και το διαδίκτυο.

Στη μελέτη των Kurniawan and Pink (2022) συμπεραίνεται ότι το προφίλ του ιατρού στο διαδίκτυο, τα θετικά σχόλια από χρήστες του διαδικτύου και το περιεχόμενο των αναρτήσεων του, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Βεβαίως εδώ τίθεται και το ζήτημα της παραπληροφόρησης και της χειραγώγησης μέσω της ελκυστικότητας των εικόνων και των προφίλ στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, καθώς και της χρήσης τους στα πλαίσια της δεοντολογίας.



Εικόνα 15 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Πηγή: slideshare.net

### 5.3 Χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας θεωρείται ως ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας, από το οποίο λαμβάνονται χρήσιμες πληροφορίες προς αξιοποίηση. Η εμπειρία του χρήστη από τη φροντίδα που έλαβε και η άποψη που σχημάτισε για την παροχή της υπηρεσίας, καθορίζουν αν θα επιδιώξει να λάβει την ίδια υπηρεσία και στο μέλλον, καθώς και αν θα απευθυνθεί στον ίδιο φορέα ή την ίδια δομή παροχής υπηρεσιών υγείας. Λαμβάνοντας ανατροφοδότηση από τους χρήστες μπορούμε να εντοπίσουμε κενά και αδυναμίες τα οποία έχουν περιθώρια βελτίωσης. Επιπρόσθετα, οι ίδιοι οι συμμετέχοντες έχουν το αίσθημα ότι η άποψή τους έχει βαρύτητα και ότι κατά κάποιο τρόπο λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014, Roy and Ghose 2018).

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μπορούν να αξιοποιηθούν στο σχεδιασμό των υπηρεσιών, δηλαδή πως θα αναπτυχθεί μια νέα υπηρεσία, σύμφωνα με τις ανάγκες των χρηστών ή πως θα βελτιωθεί μια ήδη υπάρχουσα. Μπορεί να διαπιστωθεί αν η υπηρεσία είναι συμβατή με τους σκοπούς για τους οποίους δημιουργήθηκε, αν είναι κατάλληλη για τους χρήστες και αν είναι αποτελεσματική. Οι ασθενείς θα ωφεληθούν μελλοντικά από τις βελτιώσεις που θα γίνουν, όπως για παράδειγμα με μείωση του χρόνου αναμονής για εξετάσεις ή με ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι δομές παροχής των υπηρεσιών υγείας, βασιζόμενες στα αποτελέσματα της μέτρησης ικανοποίησης, μπορούν να προβούν σε βελτιώσεις οργανωτικού και λειτουργικού τύπου, ενώ οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαπιστώσουν προβλήματα στη διαδικασία της παροχής φροντίδας υγείας, που πρέπει να επιλυθούν, όπως ζητήματα κακής συμπεριφοράς, κατανομής του προσωπικού και καθυστερήσεις στην επίδοση των αποτελεσμάτων. Τέλος, για τους διαχειριστές του συστήματος υγείας σε επίπεδο διακυβέρνησης συνιστά ένα μέτρο αποτίμησης των πολιτικών επιλογών και των επιλογών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα από τη μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτης επίδοσης μιας δομής παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους φορείς επιθεώρησης, ελέγχου και πιστοποίησης ή διαπίστευσης (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014, Roy and Ghose 2018).

#### **5.4 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας**

Οι πρώτες προσπάθειες αξιολόγησης ιατρικής φροντίδας με μεθοδευμένο τρόπο έγιναν από την Florence Nightingale, στατιστικό και νοσηλεύτρια, με σκοπό την εκτίμηση της ιατρικής φροντίδας στο στρατό, η οποία βρισκόταν σε χαμηλά επίπεδα. Ακολούθησε η προσπάθεια ενός ιατρού στην Αμερική, στις αρχές του 20ου αιώνα, ο οποίος εφάρμοσε τον έλεγχο σε δεύτερο χρόνο όλων των υποβλεθέντων σε χειρουργική επέμβαση ασθενών, για το διάστημα ενός έτους.

Λίγα χρόνια αργότερα το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης αναζωπυρώθηκε στις ΗΠΑ, με έμφαση στις διαδικασίες, τα αποτελέσματα και τις δαπάνες. Οι συστηματικές έρευνες χρονολογούνται από 1960, εστιάζοντας στην ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματα, την τήρηση των ραντεβού και τη συμμόρφωση στη θεραπεία που τους χορηγήθηκε.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έχει τις ρίζες της στο χώρο της ΔΟΠ, η οποία την προσεγγίζει κυρίως από τον τρόπο υλοποίησης των αποτελεσμάτων, καθώς και της επιστήμης του marketing που την προσεγγίζει από ψυχολογική άποψη, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο η ικανοποίηση των πελατών θα διαμορφώσει τη μελλοντική συμπεριφορά τους όσον αφορά στην κατανάλωση. Οι δυο μεγάλοι ειδικοί Deming και Juran θεωρούν τη διαδικασία μέτρησης της ικανοποίησης ως μια βασική μορφή επικοινωνίας με τους πελάτες, που διαμορφώνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών ([www.qualitygurus.com](http://www.qualitygurus.com)).

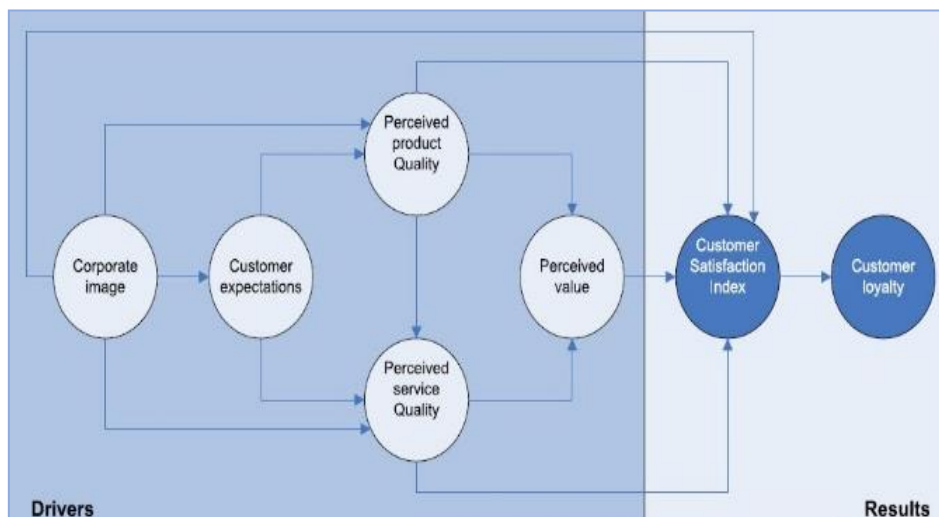
Η πρώτη μορφή μεθοδευμένης έρευνας που εφαρμόστηκε για εκτίμηση της ικανοποίησης ήταν η ταχυδρομική έρευνα ικανοποίησης SAM (Satisfaction Attitude Measure - Μέτρηση Συμπεριφοράς Ικανοποίησης) που διενεργήθηκε από την αμερικανική εταιρεία τηλεπικοινωνιών AT&T στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Ακολούθησαν άλλες σημαντικές προσπάθειες στην εξέλιξη της μέτρησης της ικανοποίησης, με την ανάπτυξη και των εφαρμογή μόνιμων βαρομέτρων ικανοποίησης, όπως το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award) στις ΗΠΑ, το εθνικό βαρόμετρο ποιότητας και ικανοποίησης της Γερμανίας, τα κλαδικά βαρόμετρα ικανοποίησης, την προσέγγιση μέσω των κέντρων εξυπηρέτησης πελατών και των τμημάτων παραπόνων των επιχειρήσεων, καθώς και μέσω των ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση του προσωπικού μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Με την πάροδο των ετών τα εργαλεία μέτρησης έχουν εξελιχθεί σημαντικά και σήμερα οι επιστήμονες έχουν στη διάθεση τους αξιόπιστα εργαλεία, τα οποία βασίζονται σε μοντέλα συμπεριφορών των χρηστών των υπηρεσιών. Η σημασία τους έγκειται στο ότι προσεγγίζουν το ζήτημα της ικανοποίησης όχι μόνο ως πρόβλημα μέτρησης, αλλά και ως πρόβλημα ανάλυσης και ερμηνείας, δεδομένου ότι δεν είναι αρκετό να γνωρίζουμε αν ο χρήστης είναι ή δεν είναι ικανοποιημένος, αλλά μας ενδιαφέρουν και τα αίτια για τα οποία συμβαίνει αυτό. Τα εργαλεία αυτά θα παρουσιαστούν συνοπτικά στις επόμενες παραγράφους (Al-Abri and Al-Balushi 2014, Sandhu and Liaqat 2020, Ferreira et al 2023).

#### **5.4.1 Διεθνείς δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης**

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας έχουν θεσπιστεί εθνικοί και διεθνείς δείκτες, ανάλογα με το σύστημα υγείας και την πολιτική υγείας κάθε κράτους. Μεταξύ αυτών διακρίνουμε ως πιο σημαντικούς τους παρακάτω διεθνείς δείκτες:

- ✓ Ευρωπαϊκός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης (European Customer Satisfaction Index, ECSI). Ο δείκτης αναπτύχθηκε από τους Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς European Organization for Quality (EOQ) και European Foundation for Quality Management (EFQM). Βασίζεται σε συλλογή στοιχείων με τη διαδικασία τηλεφωνικών συνεντεύξεων, οι οποίες γίνονται με ειδικά δομημένο και προτυποποιημένο ερωτηματολόγιο, ενώ οι προδιαγραφές της έρευνας είναι σύμφωνες με διεθνή πρότυπα (<https://www.eoq.org>). Οι χώρες οι οποίες λαμβάνουν μέρος στη μέτρηση του Ευρωπαϊκού Δείκτη Ικανοποίησης είναι: Δανία, Φιλανδία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ρωσία, Σουηδία, Νορβηγία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία και Ελβετία ([www.epsi-rating.com](http://www.epsi-rating.com)). Το επίπεδο ικανοποίησης αναλύεται σύμφωνα με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, την αντιλαμβανόμενη αξία, την εικόνα της επιχείρησης ή το οργανισμό και τις προσδοκίες των χρηστών. Η μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του δείκτη είναι η μέθοδος των μερικών ελαχίστων τετραγώνων και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μια κλίμακα 0 ως 100, όπου το 0 σημαίνει ότι οι πελάτες είναι συνολικά ανικανοποίητοι, ενώ το 100 σημαίνει ότι οι πελάτες είναι πλήρως ικανοποιημένοι (Revilla-Camacho et al 2017).
- ✓ Αμερικανικός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης (American Customer Satisfaction Index, ACSI), ο οποίος θεσπίστηκε από το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Ποιότητας, την Εταιρεία Arthur Andersen και την Αμερικανική εταιρεία ποιότητας. Περιλαμβάνει διαφορετική μεθοδολογία για το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Το μοντέλο στο οποίο βασίζεται ο δείκτης ACSI αποτελείται από ένα σύνολο αιτιοκρατικών εξισώσεων που συνδέουν τις προσδοκίες των χρηστών, την αντιλαμβανόμενη ποιότητα, την αντιλαμβανόμενη αξία, τα παράπονα και τη διατήρησή τους σε μια επιχείρηση ή ένα οργανισμό, με την ικανοποίησή τους. Τα δεδομένα συλλέγονται μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε ένα σύνολο χρηστών των προϊόντων και των υπηρεσιών. Χρησιμοποιούνται 15 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε μία κλίμακα από το 1 έως το 10 (Mao and James 2020)
- ✓ Καναδικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης ή Common Measurement Tool (CMT), το οποίο είναι μια από τις πληρέστερες προσεγγίσεις για τη

μέτρηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών. Είναι περισσότερο προσανατολισμένο στη δημόσια διοίκηση και τους δημόσιους οργανισμούς και παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με περιοχές για βελτίωση στη στρατηγική και το σχεδιασμό μελλοντικών υπηρεσιών ενός οργανισμού. Οι διαστάσεις ποιότητας που αξιολογεί είναι η προσβασιμότητα, η ανταπόκριση, η αξιοπιστία, η επικοινωνία, το κόστος και οι υποδομές. Χρησιμοποιούνται τέσσερις ομάδες ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούνται σε μια κλίμακα από 1 ως 5 όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση «πολύ δυσαρεστημένος» και το 5 την απάντηση «πολύ ικανοποιημένος» (Schmidt and Strickland 1998).



Εικόνα 16 Το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Δείκτη μέτρησης της Ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών Πηγή: <https://www.eoq.org/>

#### 5.4 2 Οι έρευνες ικανοποίησης

Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης διακρίνονται σε ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες, ανάλογα με το περιεχόμενο και τους στόχους τους. Στις ποιοτικές έρευνες περιλαμβάνονται οι προσωπικές συνεντεύξεις, οι οποίες είναι μεγάλης χρονικής διάρκειας και διεξάγονται χωρίς προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο, οι ομάδες συζήτησης πελατών, οι οποίες περιλαμβάνουν από 5 ως 10 άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, η παρατήρηση των πελατών κατά τη διάρκεια χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, και οι συμβουλευτικές ομάδες πελατών με μεγάλο βαθμό ομοιογένειας μεταξύ των μελών της και χρονική διάρκεια 1 ως 2 έτη. Ο βασικός στόχος



των ποιοτικών ερευνών ικανοποίησης είναι η εξαγωγή αναλυτικής πληροφορίας και πρόσθετων διευκρινίσεων για τη στάση και τις απόψεις ενός συνόλου πελατών-χρηστών. Τα αποτελέσματα τους βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην παρατήρηση, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν έχουν προκαθορισμένη μορφή και το δείγμα που χρησιμοποιείται είναι μικρό, αλλά ικανοποιητικό για να διενεργηθεί ανάλυση σε βάθος.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με συγκεκριμένα εργαλεία-ερωτηματολόγια ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους χρήστες-ασθενείς και επιχειρούν με δομημένο τρόπο να αποτυπώσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια αποτελούν έγκυρα οργανωμένα και τεκμηριωμένα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης. Τα στάδια διεξαγωγής της ποσοτικής έρευνας περιλαμβάνουν το σχεδιασμό της έρευνας, τη χρήση ενός από προαναφερθέντα ερωτηματολόγια, τη διανομή του στους συμμετέχοντες και τη συμπλήρωση του από αυτούς, τη συλλογή των απαντήσεων, τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τόσο η εμπειρία των αναλυτών, όσο και οι κανόνες σύμφωνα με τους οποίους έχει συνταχθεί το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί είτε σε έντυπη, είτε σε ηλεκτρονική μορφή (González et al 2005, Moumtzoglou, 2010).

Παράμετροι που αξιολογούνται μέσω του ερωτηματολογίου είναι η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η συμπεριφορά του προσωπικού, το περιβάλλον, η ενημέρωση που παρέχεται στο ασθενή για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα, η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, η καθαριότητα των χώρων και άλλες.

Το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων είναι κυρίως οι κλειστού τύπου ερωτήσεις, όπου οι επιλογές των απαντήσεων είναι προκαθορισμένες, γεγονός που επιτρέπει τη σύγκριση των απαντήσεων. Οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των υπό εξέταση υπηρεσιών σε μια κλίμακα απαντήσεων που τους δίνεται από τον ερευνητή. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα ερωτηματολόγια πρέπει να περιλαμβάνουν και ερωτήσεις ανοικτού τύπου, που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει την άποψη του (Kleefstra, et al 2010).

### 5.4.3 Προτυποποιημένοι τύποι ερωτηματολογίων

Για τη διενέργεια των ερευνών μέτρησης ικανοποίησης έχουν αναπτυχθεί πρότυπα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως από τους ερευνητές σε ολόκληρο τον κόσμο. Στις επόμενες παραγράφους παρουσιάζονται με συντομία τα σημαντικότερα από αυτά:

- Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) Αναπτύχθηκε το 1983 από τον Ware με σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τη συμπεριφορά των ιατρών. Οι διαστάσεις που διερευνά είναι η επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, η επάρκεια της πληροφόρησης που παρέχει ο ιατρός στους ασθενείς, το ενδιαφέρον του και η ικανότητα του να παίρνει σημαντικές αποφάσεις. Με τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αξιολογούνται επιπλέον ο εξοπλισμός που έχει ο γιατρός στη διάθεσή του και το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας (Thayaparan and Mahdi 2013). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σχετικά με υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής, υπηρεσίες που παρέχονται από κέντρα υγείας και υπηρεσίες που παρέχονται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από 1 ως 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα».
- Medical Outcomes Study (MOS) Μετρά την ικανοποίηση των χρηστών μέσα από μια μεμονωμένη επίσκεψη στον ιατρό, αξιολογώντας το χρόνο αναμονής, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ικανότητα επικοινωνίας του ιατρού, καθώς και τη διαθεσιμότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Viala-Danten et al 2008). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 1 ως 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «εξαιρετικό -excellent» και το 5 στην απάντηση «κακό-poor»
- External Patient Satisfaction Survey (EPSS). Ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βαθμό ενδιαφέροντος που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση των παραπόνων των χρηστών, τα παράπονα των χρηστών και την απόδοση των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την υποδομή, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, τον πάροχο της υπηρεσίας, το χρόνο αναμονής και τη διάρκεια επίσκεψης, την επικοινωνία, το κόστος, την καθαριότητα, τη βελτίωση το

επιπέδου υγείας και την εμπιστευτικότητα. Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται σε κλίμακα από 1 ως 5 (Priporas et al 2008, Satpathy et al 2022).

- Out Patient Experiences Questionnaire (OPEQ) Αναπτύχθηκε στη Νορβηγία και αφορά σε ασθενείς που προσέρχονται σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, καθώς και στις εμπειρίες τους από την επίσκεψη τους σε αυτά (Garratt et al 2005). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την προσβασιμότητα, την επικοινωνία, την οργάνωση την πληροφόρηση και την επικοινωνία πριν την επίσκεψη. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα 1 ως 10.
- European Customer Satisfaction Index – ECSI questionnaire. Είναι το ερωτηματολόγιο του ευρωπαϊκού δείκτη μέτρησης της ικανοποίησης από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Αξιολογεί τη γενική ικανοποίηση των ασθενών, την αντίληψη τους για την ποιότητα των υπηρεσιών, την αντίληψη τους για το κόστος και την άποψη τους σχετικά με την εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Στο τέλος του ερωτηματολογίου δίνεται η ευκαιρία για γενικά σχόλια από τον ερωτώμενο. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη κλίμακα και στην Ελλάδα (Askariazad and Babakhani 2015).
- Picker Patient Experience Questionnaire PPE-15. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια βασική ομάδα 15 ερωτήσεων που εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία και αφορούν κάθε ασθενή (Leonardsen et al 2017). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την πληροφόρηση, το συντονισμό της φροντίδας, την άνεση, την ψυχολογική υποστήριξη, το σεβασμό στις προτιμήσεις του ασθενούς, τη δυνατότητα της οικογένειας του ασθενούς να επικοινωνεί με τον θεράποντα ιατρό, τη συνέχεια της φροντίδας και το γενικό επίπεδο ικανοποίησης. Περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα από 1 ως 4 (Crispin et al 2002).
- Consultation Satisfaction Questionnaire, ConsultSQ. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα από 1 ως 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» (Hawthorne et al 2014).
- La Monica-Oberst patient satisfaction scale, LOPSS. Είναι ερωτηματολόγιο με περιορισμένη αξία, αν και έχουν γίνει επανειλημμένες προσπάθειες βελτίωσης του. Η αξιολόγηση περιορίζεται στη νοσηλευτική φροντίδα (Lange 2002). Περιλαμβάνει 41 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από 1, που αντιστοιχεί στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» μέχρι το 7, που

αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα». Σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα ογκολογικών ασθενών έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS), το οποίο περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις (Charalambous and Adamakidou 2014). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα που διενεργήθηκε σε ογκολογικά νοσοκομεία τριών χωρών της Ευρώπης, Ελλάδα, Κύπρο και Τσεχία, σε μια προσπάθεια αξιολόγησης της φροντίδας υγείας που παρέχεται σε μια τόσο ειδική και ευαίσθητη ομάδα ασθενών, καθώς και στη διενέργεια συγκρίσεων μεταξύ των χωρών σχετικά με τη παρεχόμενη φροντίδα σε ογκολογικούς ασθενείς (Charalambous et al 2017).

- Patient Satisfaction Index, PSI. Είναι ένα πολύ αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων του αφορά περισσότερο στις εμπειρίες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, παρά στην ικανοποίηση. Χρησιμοποιείται ευρύτατα σε συνεντεύξεις (Liu et al 2019). Αξιολογεί τη διαθεσιμότητα των ραντεβού, το χρόνο αναμονής για κλείσιμο ραντεβού, τη χρονική διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, την ευκολία προσέγγισης του οικογενειακού ιατρού, την επικοινωνία με τον ιατρό, την πληροφόρηση που λαμβάνει ο ασθενής σχετικά με την πρόληψη και τη θεραπεία, τη δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων και την βοήθεια που παρέχεται προς τον ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η βαθμολόγηση γίνεται σε κλίμακα 0 ως 5, όπου το 0 αντιστοιχεί στην απάντηση «πολύ δυσαρεστημένος» και το 5 στην απάντηση «απόλυτα ικανοποιημένος».
- Στον Ελληνικό χώρο έχει χρησιμοποιηθεί και το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον Αλετρά και τους συνεργάτες του και δημοσιεύθηκε το 2009. Διερεύνησε την ικανοποίηση ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το χρόνο και ορισμό ραντεβού και το περιβάλλον του νοσοκομείου χρησιμοποιώντας μια μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης (Αλετράς και συν. 2009). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με 47 συνολικά ερωτήσεις αναπτυγμένες σε κλίμακα από 1 ως 5 όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα». Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν στη διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο, στο νοσηλευτικό προσωπικό, στο ιατρικό προσωπικό, στους επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, στην ποιότητα της διατροφής στο νοσοκομείο, στο

εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, στις διαδικασίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τέλος στη συνολική αποτίμηση της εμπειρίας των χρηστών.

- The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE Αφορά στην ικανοποίηση ηλικιωμένων ασθενών και την αντίληψη τους σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διερευνά παραμέτρους όπως ο χρόνος αναμονής, η πληροφόρηση, η κατανόηση και η υποστήριξη από το προσωπικό, η προσβασιμότητα και το κόστος της υπηρεσίας (Sixma et al 2000). Οι ερωτήσεις αξιολογούν το εκτιμώμενο επίπεδο υγείας, το επίπεδο αναπηρίας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας ηλικιωμένων. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα από 1 ως 4.
- CAHPS-Consumer Assessment of Health Providers and Systems. Είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης των παρόχων υγείας το οποίο θεσπίστηκε από τον U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Το ερωτηματολόγιο εστιάζει στην πλέον πρόσφατη ιατρική επίσκεψη του ασθενούς. Περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις οι οποίες οι απαντήσεις είναι του τύπου ναι/όχι (Ahmedov et al 2021)
- Client Satisfaction Questionnaire- CSQ. Αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της γενικής ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Attkisson 1996). Περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις που αφορούν στην υποδομή, τις διαδικασίες, την υποστήριξη από το προσωπικό, το είδος της υπηρεσίας, τη διάρκεια και την ποιότητα της υπηρεσίας, το αποτέλεσμα και το γενικό επίπεδο ικανοποίησης. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που αφορούν στις υπηρεσίες που παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, καθώς και σε υπηρεσίες που σχετίζονται με υπηρεσίες που παρέχονται σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές συμπεριφοράς (Fives et al 2014).
- Το μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης SERVQUAL (SERV-service, QUAL-quality). Χρησιμοποιήθηκε ευρέως σε μελέτες ικανοποίησης ασθενών σε παγκόσμιο επίπεδο. Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών προσδιορίζεται αναλύοντας το χάσμα ποιότητας υπηρεσιών (SQ-gap, Service Quality gap), το οποίο είναι η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών και της αντίληψής τους. Θετικό αποτέλεσμα για το SQ, για οποιαδήποτε διάσταση της ποιότητας υπο διερεύνηση, υποδηλώνει ότι ο χρήστης ήταν ικανοποιημένος και οι

προσδοκίες του καλύφθηκαν, όσον αφορά στη συγκεκριμένη διάσταση. Αρνητικό αποτέλεσμα για το SQ υποδηλώνει δυσαρέσκεια για τη συγκεκριμένη διάσταση. Οι πέντε διαστάσεις που αξιολογεί το εργαλείο SERVQUAL είναι τα υλικά στοιχεία, η αξιοπιστία, η υπευθυνότητα, η κατανόηση και η διασφάλιση. Το μοντέλο είναι προσανατολισμένο προς τον χρήστη, αφού η ποιότητα αξιολογείται σύμφωνα με τη διαφορά μεταξύ αναμενόμενης και αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Επιπλέον, το μοντέλο είναι και προσανατολισμένο προς τη διαδικασία, επειδή προσδιορίζει τα χάσματα στα διάφορα στάδια της διαδικασίας παροχής της υπηρεσίας, τα οποία επηρεάζουν τη διαφορά μεταξύ αναμενόμενης και αντιλαμβανόμενης ποιότητας (Zun et al 2018, Al Omari 2021). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 44 ερωτήσεις κλειστού τύπου, με 22 από αυτές να αφορούν στις προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που θα ήθελαν να τους προσφέρει ο οργανισμός και 22 να αφορούν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα, η οποία τελικά τους προσφέρθηκε. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα από 1 ως 7, όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» και το 7 στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» (Παπαγεωργίου et al 2020). Έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση από νοσοκομειακή φροντίδα, από φροντίδα σε κέντρα υγείας, σε έρευνες σε επίπεδο χώρας και γεωγραφικής περιοχής, καθώς και σε συγκριτικές μελέτες για την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας πριν και μετά από συγκεκριμένες παρεμβάσεις (Ghimire et al 2020, Cristia et al 2021, Sharifi et al 2021, Jonkisz et al 2022).

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
1. Health care providers are good about explaining the reason for medical tests.	1	2	3	4	5
2. I think my health care provider's office has everything needed to provide complete medical care.	1	2	3	4	5
3. The health care I have been receiving is just about perfect.	1	2	3	4	5
4. Sometimes health care providers make me wonder if their diagnosis is correct.	1	2	3	4	5
5. I feel confident that I can get the health care I need without being set back financially.	1	2	3	4	5
6. When I go for health care, the provider is careful to check everything when treating and examining me.	1	2	3	4	5
7. I have to pay for more of my health care than I can afford.	1	2	3	4	5
8. I have easy access to the medical specialists I need.	1	2	3	4	5
9. Where I get health care, people have to wait too long for emergency treatment.	1	2	3	4	5
10. Health care providers act too businesslike and impersonal toward me.	1	2	3	4	5
11. My health care provider treats me in a very friendly and courteous manner.	1	2	3	4	5
12. Those who provide my health care sometimes hurry too much when they treat me.	1	2	3	4	5
13. Health care providers sometimes ignore what I tell them.	1	2	3	4	5
14. I have some doubts about the ability of the health care providers who treat me.	1	2	3	4	5
15. Health care providers usually spend plenty of time with me.	1	2	3	4	5
16. I find it hard to get an appointment for health care right away.	1	2	3	4	5
17. I am dissatisfied with some things about the health care	1	2	3	4	5

Εικόνα 17 Απόσπασμα από ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών PSQ.

Πηγή: Research Gate

## SERVQUAL (RATER)



Εικόνα 18 Σχηματική παράσταση του μοντέλου SERVQUAL

Πηγή: <https://en.hocmarketing.org/advanced-marketing/what-is-servqual-how-to-control-increase-service-qual>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **6.1 Ορισμός της ΠΦΥ**

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) εκφράστηκε για πρώτη φορά στην ιστορική διεθνή συνδιάσκεψη της Alma Ata, η οποία διοργανώθηκε στη Γενεύη το 1978, από τον ΠΟΥ και τη Unicef. Στην συνδιάσκεψη αυτή τέθηκε ο στόχος «υγεία για όλους έως το 2000». Όλα τα κράτη που συμμετείχαν, κατέληξαν σε μια διακήρυξη δέκα σημείων, η οποία αποτέλεσε ορόσημο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

Στη διακήρυξη διατυπώθηκε ο παρακάτω ορισμός για την ΠΦΥ:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. (WHO Alma Ata Declaration 1978).

Το 2018 ακολούθησε η συνδιάσκεψη της Astana, με διατύπωση αντίστοιχης διακήρυξης, η οποία επικαιροποίησε τις αρχές της ΠΦΥ και το περιεχόμενό της. Εκφράζει εκ νέου τη σημασία της ΠΦΥ και παραθέτει τις διαδικασίες και τον τρόπο με τον οποίο οφείλουν τα κράτη να οργανώσουν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ , οι οποίες πρέπει να παρέχονται στους πολίτες χωρίς περιορισμούς.

#### **6.2 Οργανωτικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ**

Τα κύρια σημεία που προσδιορίζουν την οργάνωση της ΠΦΥ είναι ότι αυτή συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και την πρώτη



βαθμίδα στην πυραμίδα της φροντίδας υγείας, ότι παρέχει φροντίδα υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, και την οικονομική τους κατάσταση, και ότι διαχειρίζεται το μεγαλύτερο αριθμό των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Οι πολίτες μπορούν να απευθυνθούν στην ΠΦΥ για να ικανοποιήσουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τις ανάγκες τους για διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία σε προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Στις διάφορες χώρες παρατηρούμε ότι η οργάνωση της ΠΦΥ γίνεται σύμφωνα με τρία διαφορετικά μοντέλα: α) το ιεραρχικό-επαγγελματικό, όπου η όλη οργάνωση βασίζεται στο γενικό-οικογενειακό ιατρό, ο οποίος λειτουργεί ως πύλη εισόδου (gatekeeper) των ασθενών στο σύστημα υγείας. Η πρόσβαση σε επόμενο επίπεδο φροντίδας δεν είναι δυνατή χωρίς παραπεμπτικό από τον οικογενειακό ιατρό. Στην οργάνωση αυτού του τύπου βασίζονται τα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Ολλανδίας, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, β) το ιεραρχικό-κανονιστικό μοντέλο, στο οποίο το σύστημα υγείας οργανώνεται γύρω από την ΠΦΥ και ρυθμίζεται από το κράτος, όπως συμβαίνει στα συστήματα υγείας της Φινλανδίας, της Δανίας και της Ισπανίας και γ) το μη ιεραρχικό-επαγγελματικό μοντέλο, όπου η ΠΦΥ οργανώνεται με πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας. Οργάνωση αυτού του τύπου συναντάμε στη Γερμανία και τον Καναδά (Ghavamabad et al 2021). Το σύστημα κάθε χώρας αναπτύσσεται και εξελίσσεται, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες.

Η διακήρυξη της Alma-Ata, επιπρόσθετα από τον ορισμό της ΠΦΥ έθεσε και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες πρέπει να παρέχονται οι υπηρεσίες της. Σύμφωνα με τη διακήρυξη, όλοι οι πολίτες-μέλη μιας κοινότητας πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ χωρίς ανισότητες ή κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό και τη λειτουργία τους. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται με χρήση σύγχρονων διαγνωστικών, τεχνολογικών, ιατρικών και νοσηλευτικών μεθόδων, και πάντα σε συνεργασία με άλλους τομείς όπως είναι η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση και οι δημοτικές υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες είναι εστιασμένες στις ανάγκες των ατόμων της κοινότητας με σκοπό τη βελτίωση του υγείας και της ποιότητας της ζωής τους.

### 6.3 Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ είναι πολλές και διαφορετικού τύπου και έχουν ως αποδέκτες τα άτομα, την οικογένεια, την κοινότητα, αλλά και το ίδιο το σύστημα υγείας, αφού η σωστή οργάνωση και ανταπόκριση της ΠΦΥ στο ρόλο της αποφορτίζει το σύστημα υγείας από την περαιτέρω επιβάρυνση των ανώτερων επιπέδων φροντίδας. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ είναι οι παρακάτω (<https://www.moh.gov.gr/>):

- ✓ υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όπως για παράδειγμα η φροντίδα για κοινό κρυολόγημα,
- ✓ εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, μέσω της εφαρμογής τεκμηριωμένης μεθοδολογίας και κατάλληλων εργαλείων, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης και των συνθηκών διαβίωσης του. Μια τέτοιου τύπου εκτίμηση για παράδειγμα θα μπορούσε να αφορά αγροτικό πληθυσμό, ο οποίος εκτίθεται σε χημικές ουσίες από λιπάσματα και παρασιτοκτόνα,
- ✓ σχεδιασμός και υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων και την αγωγή υγείας, όπως για παράδειγμα το Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας Παιδιών και Εφήβων «ΔΙΩΝΗ» ,
- ✓ εφαρμογή προγραμμάτων προ-συμπτωματικού και προληπτικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα, όπως ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του παχέος εντέρου,
- ✓ τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως είναι οι διαβητικοί ασθενείς, οι ασθενείς με νεοπλασίες, οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα και οι ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα,
- ✓ υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με τον οικογενειακό προγραμματισμό και με την υγεία μητέρας και παιδιού όπως η εγκυμοσύνη, ο μητρικός θηλασμός, η παρακολούθηση της σωματικής αύξησης των παιδιών και οι βρεφικοί εμβολιασμοί,
- ✓ παραπομπή περιστατικών στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και κατά περίπτωση παρακολούθηση και συνδιαχείριση των περιστατικών αυτών,

- ✓ παροχή επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας, όπως η φροντίδα τραυματιών και εγκαυματιών,
- ✓ διενέργεια προγραμμάτων εμβολιασμού είτε πρόκειται για τακτικούς εμβολιασμούς που περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (όπως τα εμβόλια έναντι του ιού της ιλαράς και της ερυθράς), είτε πρόκειται για εκτάκτους (όπως το εμβόλιο έναντι του ιού SARS -COV-2),
- ✓ παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης, όπως είναι τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Οι υπηρεσίες αυτού του τύπου έχουν ως στόχο να επαναφέρουν τον πρόσφατα νοσηλευθέντα ασθενή στο κατά το δυνατό καλύτερο σωματικό και λειτουργικό επίπεδο, με την επιλογή της κατάλληλης δομής φροντίδας και αποτροπή των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο,
- ✓ παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας με την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στο χώρο της ΠΦΥ, με τη διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες ψυχικής και γενικής υγείας, καθώς και με τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας,
- ✓ πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη με διενέργεια τακτικών προληπτικών ελέγχων σε σχολεία όλων των βαθμίδων της περιοχής ευθύνης της ΠΦΥ και παραπομπή σε δημόσιες οδοντιατρικές μονάδες,
- ✓ διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, όπως τα κέντρα υποδοχής αστέγων και τα κέντρα απασχόλησης παιδιών με αναπηρία,
- ✓ παραπομπή ασθενών σε ειδικό ιατρό ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του χρήστη,
- ✓ διαχείριση μειζόνων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, η οποία διενεργείται κυρίως από το γενικό - οικογενειακό γιατρό, όπως παχυσαρκία, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ,
- ✓ τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία που αφορά στην παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών από τηλεφώνου,
- ✓ υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που απαιτούν κυρίως τη δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, αλλά συμμετέχει και το νοσηλευτικό και κατά περίπτωση το ιατρικό προσωπικό για τη φυσική και ιατρική αποκατάσταση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης τους,

- ✓ παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- ✓ υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
- ✓ διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς.

#### **6.4 Το θεσμικό πλαίσιο για την ΠΦΥ**

Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας ρυθμίζεται από ένα εκτεταμένο θεσμικό πλαίσιο. Υπεύθυνος για την παροχή των υπηρεσιών της ΠΦΥ για όλο τον πληθυσμό είναι το κράτος, σύμφωνα με το νόμο 4486/2017, στον οποίο αναφέρεται ότι:

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ΠΦΥ ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν παροχής των υπηρεσιών στον πληθυσμό, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες της χώρας, της μέριμνας για τις ευπαθείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, της συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας, της παροχής των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, εργασίας ή προσωρινής διαμονής των πολιτών, της ευθύνης των παρόχων των υπηρεσιών, της εφαρμογής της ιατρικής, της νοσηλευτικής, καθώς και κάθε άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της διασύνδεσης με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, της συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες υγείας, της ορθολογικής χρήσης των υλικών και ανθρώπινων πόρων και της αγωγής και της προαγωγής της υγείας της κοινότητας (Φιλαλήθης 2021).

Οι πρώτες προσπάθειες για τη θεσμοθέτηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1920, όπου προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιου επιπέδου από τους νομιάτρους και τα υγειονομικά εργαστήρια. Ακολουθεί ο νόμος 3487/1955, ο οποίος προβλέπει τη σύσταση ενός ικανοποιητικού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό των αγροτικών περιοχών. Σαφής αναφορά στην ΠΦΥ περιλαμβάνεται και στο βασιλικό διάταγμα 196 του 1969, στο οποίο περιγράφονται τα καθήκοντα των επισκεπτριών αδελφών. Στο διάταγμα απαριθμούνται όλες οι δομές υγείας στις οποίες δραστηριοποιούνται οι επισκέπτριες αδελφές, όπως αγροτικά ιατρεία, υγειονομικοί σταθμοί, υπηρεσίες προστασίας μητρότητας και παιδιού, πολυϊατρεία και άλλα. Επιπρόσθετα περιγράφονται η εκπαίδευση και οι προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος τους, καθώς και το αντικείμενο της εργασίας τους λεπτομερώς (όπως παρακολούθηση λοιμωδών και κοινωνικών νοσημάτων, παρακολούθηση του αλκοολισμού κατ' οίκον, υγιεινή στους χώρους των σχολείων και εκτέλεση προφυλακτικών εμβολιασμών). Τίθεται δηλαδή σε μια πρόδρομη μορφή η έννοια της πρόληψης, της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, ως υπηρεσία υγείας μεγάλης σημασίας, η οποία παρέχεται από τις δομές του πρωτοβάθμιου επιπέδου υγείας (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

Η πρώτη σημαντική νομοθετική ρύθμιση που αφορά στην ΠΦΥ είναι ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ 1397 του 1983. Ο νόμος αναφέρεται στην υγεία ως κοινωνικό αγαθό, υπογραμμίζει ότι η παροχή της είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και γίνεται δωρεάν, με ισότιμο, καθολικό και αποκεντρωμένο τρόπο προς όλους τους πολίτες της χώρας. Ο νόμος προβλέπει τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες ως γεωγραφικές μονάδες, με στόχο την αποκέντρωση. Με τον ίδιο νόμο θεσμοθετούνται τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία έχουν γνωμοδοτικό χαρακτήρα και τα νοσοκομεία μετατρέπονται σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), στελεχωμένα από ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Επιπλέον ιδρύονται τα Κέντρα Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Στο νόμο υπήρχε πρόβλεψη και για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ως βασικής ιατρικής ειδικότητας για τη στελέχωση των δομών της ΠΦΥ. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έμεινε ανεφάρμοστος για πολλά χρόνια και η καθιέρωση της γενικής-οικογενειακής ιατρικής ως διακριτής

ιατρικής ειδικότητας πραγματοποιήθηκε με το νόμο 1579 του 1985 ([https://www.dianeosis.org/research/tpe\\_2020](https://www.dianeosis.org/research/tpe_2020), <https://www.elegeia.gr>, Οικονόμου 2012).

Το 1992 ακολουθεί ο νόμος 2017, σύμφωνα με τον οποίο συστήνονται η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας σε κεντρικό επίπεδο και η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, στην έδρα κάθε νομού, εκτός από το νομό Αττικής. Οι δυο επιτροπές είχαν συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό ρόλο. Ο νόμος περιλαμβάνει και κατάλληλες ρυθμίσεις για την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας. Το 1997 με τον νόμο 2519 θεσπίζονται τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΔΠΦΥ), τα οποία δημιουργούνται μετά από σύμβαση δύο ή περισσότερων φορέων που διαθέτουν μονάδες ΠΦΥ και διασυνδέονται λειτουργικά με νοσοκομείο του ΕΣΥ. Στόχος των ΔΠΦΥ είναι η αποφυγή του κατακερματισμού των πόρων και η παροχή αποδοτικότερων και περισσότερο ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες. Πολύ σημαντικό βήμα για την ΠΦΥ αποτελεί και ο νόμος 3235 του 2004, με τον οποίο γίνεται μια προσπάθεια οργάνωσης της. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τις υπηρεσίες που παρέχει η ΠΦΥ, καθώς και διατάξεις που αφορούν στον οικογενειακό και στον προσωπικό ιατρό (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

Με το νόμο 3918 του 2011 συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στον οποίο εντάσσονται σταδιακά οι κλάδοι υγείας των ταμείων δημιουργώντας ένα ενιαίο δίκτυο παροχής υπηρεσιών. Ακολουθεί το 2014 ο νόμος 4238, με τον οποίο συστήνεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε). Το ΠΕΔΥ είναι ενιαίο και αποκεντρωμένο και έχει σαν στόχο τη διασύνδεση των φορέων της ΠΦΥ, οι οποίοι ήταν πολλοί και λειτουργούσαν μέσα σε ένα κατακερματισμένο σύστημα διοίκησης. Τα κέντρα υγείας και οι αποκεντρωμένες τους μονάδες (περιφερειακά και πολυδύναμα ιατρεία) εντάσσονται στις ΔΥΠε και προβλέπεται η ίδρυση και πολυδύναμων Κέντρων Υγείας. Με τον ίδιο νόμο ορίζεται η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας, η οποία ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ). Για κάθε ΤοΠΦΥ γίνεται διασύνδεση με την τοπική αυτοδιοίκηση, με τέτοιο τρόπο ώστε να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας ΤοΠΦΥ σε κάθε δήμο της χώρας.

Ο νόμος 4461 του 2017 αφορά στη δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY), οι οποίες είναι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας. Οι TOMY διασυνδέονται άμεσα, λειτουργικά και επιστημονικά με το Κέντρο Υγείας στο οποίο υπάγονται και με νοσοκομεία εντός της οικείας ΔΥΠε. Επίσης συνεργάζονται, κατά περίπτωση, επιστημονικά και επιχειρησιακά με άλλους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές αντιμετώπισης εξαρτήσεων, δομές κοινωνικής προστασίας, σχολεία, καθώς και με επαγγελματίες και φορείς του ιδιωτικού τομέα. Η TOMY στελεχώνεται από ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, παιδίατρο για τον παιδιατρικό πληθυσμό ευθύνης, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικό λειτουργό, διοικητικό προσωπικό και υποστηρικτικό προσωπικό. Επομένως οι TOMY λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το ΕΣΥ (<https://www.e-nomothesia.gr/>).

Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρά το εκτεταμένο θεσμικό πλαίσιο και τις πολλαπλές προσπάθειες για μεταρρύθμιση, υπολείπεται σημαντικά. Διαχρονικά διαπιστώνονται προβλήματα και παθογένειες που δεν έχουν διορθωθεί. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι ο κατακερματισμός των υπηρεσιών της ΠΦΥ, η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ των δομών της, η ανισότητα στην πρόσβαση μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, η ανομοιογενής παροχή των υπηρεσιών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και η υποστελέχωση, ιδιαίτερα στις γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές (Φιλαλήθης 2021, Papakosta - Gaki et al, 2022). Η σημασία των κέντρων υγείας έχει υποτιμηθεί, δεν γίνεται χρήση κατευθυντηρίων οδηγιών και υπάρχει μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι. Η συνεχιζόμενη οικονομική ύφεση με την περιστολή των δαπανών υγείας, καθώς και η πρόσφατη πανδημία με τις πολύ σοβαρές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και στην υγεία των πολιτών ενέτειναν τα προβλήματα και τις συστημικές αδυναμίες της ΠΦΥ. Η ανάγκη για επανασχεδιασμό σύμφωνα με πληθυσμιακά, γεωγραφικά και επιδημιολογικά κριτήρια είναι πρωταρχικής σημασίας. Παράλληλα, η συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών της και η έρευνα μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στον εντοπισμό κενών και αδυναμιών.

# Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Βασικές αρχές επιτυχημένης λειτουργίας	Στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Εθνικές πολιτικές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Δραστηριότητες της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Πρόσβαση στην Υπηρεσία όλο το 24ωρο</li> <li>✓ Πρώτο σημείο επαφής με τους πολίτες</li> <li>✓ Κάλυψη έως και 2.500</li> <li>✓ Καταγραφή ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών</li> <li>✓ Ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Πρόληψη της ασθένειας</li> <li>✓ Διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας</li> <li>✓ Αποκατάσταση της υγείας</li> <li>✓ Εκτίμηση των αναγκών υγείας</li> <li>✓ Μείωση των ανισοτήτων</li> <li>✓ Παρακολούθηση της ποιότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Σύνδεση ΠΦΥ με την Κοινότητα</li> <li>✓ Ενίσχυση του ανθρώπινου</li> <li>✓ Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Εκπαίδευση πληθυσμού</li> <li>✓ Προώθηση της σωστής διατροφής</li> <li>✓ Παροχή μέτρων βασικής υγιεινής</li> <li>✓ Φροντίδα ευπαθών ομάδων πληθυσμού</li> <li>✓ Εμβολιασμός</li> <li>✓ Πρόληψη</li> <li>✓ Θεραπεία</li> </ul>

Εικόνα 19 Βασικές αρχές λειτουργίας και στόχοι της ΠΦΥ.

Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/12275468/>



Εικόνα 20 Οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τις δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/12010606/>

## 6.5 Οι δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η βασική δομή παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα οποία είναι αυτόνομες και αυτοτελείς δομές υγείας που παρέχουν υπηρεσίες υγείας



στον πληθυσμό στην περιοχή ευθύνης τους. Έχουν τοπικό χαρακτήρα και έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με το νόμο 2889/2001. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΥ έχουν ορισθεί από το νόμο 1397/1983 στο άρθρο 15 και περιλαμβάνουν:

- ισότιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη στο σύνολο του μόνιμου πληθυσμού της περιοχής και σε όσους διαμένουν προσωρινά στην περιοχή αυτή,
- παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο,
- πρώτες βοήθειες και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, μέχρι να διακομισθεί ο ασθενής σε νοσοκομείο. Η διακομιδή γίνεται με ασθενοφόρο όχημα ή με οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις,
- οδοντιατρική περίθαλψη,
- υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική συμβουλευτική του πληθυσμού,
- ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα,
- υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας,
- υπηρεσίες σχολικής υγιεινής,
- ενημέρωση σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού,
- εκπαίδευση των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας,
- υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- διενέργεια εργαστηριακών και απεικονιστικών ελέγχων,
- παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν υπάρχει φαρμακείο στην περιοχή ευθύνης,



Εικόνα 21 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.

Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/12010606/>

Ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας σήμερα στη χώρα μας είναι 310, η κατανομή τους ωστόσο στις διάφορες περιφέρειες της χώρας είναι άνιση. Τα περισσότερα κέντρα βρίσκονται στο Νομό Αττικής, ενώ τα λιγότερα στη Δυτική Μακεδονία και τις νησιωτικές περιοχές. Στις εκτιμήσεις αυτές ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ), τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ) και λοιπές μονάδες ΠΦΥ. Σε κάθε Δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε Δημοτική Ενότητα τουλάχιστον μία ΤΟΜΥ.

Επιπρόσθετα στο σύστημα της ΠΦΥ εντάσσονται και οι υπηρεσίες του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε με τον νόμο 1579/1985, είναι ΝΠΔΔ με έδρα την Αθήνα και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός του ΕΚΑΒ σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν. 4633/2019 είναι: «ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ο συντονισμός της νοσοκομειακής και προνοσοκομειακής φροντίδας σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών και κρίσεων, καθώς και η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ» (<https://www.ekab.gr/>).



Εικόνα 22 Κατανομή των Κέντρων Υγείας ανά περιφέρεια. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

## 6.6 Αξιολόγηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται από τις δομές της ΠΦΥ γίνεται σύμφωνα με κριτήρια τα οποία είναι κοινώς αποδεκτά και τα οποία μπορούν να ποσοτικοποιηθούν προκειμένου να γίνονται συγκρίσεις και διαχρονικές αξιολογήσεις (Arvidsson et al 2019, Dufour et al 2020). Τα κριτήρια αυτά αφορούν α) σε λειτουργικά χαρακτηριστικά, όπως η ύπαρξη στρατηγικής και κανονισμών λειτουργίας, η στοχοθεσία, η χρηματοδότηση και τα οικονομικά μεγέθη, οι διαθέσιμοι πόροι, υλικοί και ανθρωπίνι, ο διαθέσιμος εξοπλισμός και η χρήση νέων τεχνολογιών, β) σε διαδικασίες, όπως η προσβασιμότητα, η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών, η πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ο συντονισμός των δράσεων και γ) στα αποτελέσματα, όπως η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και οι μεταβολές στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Το Υπουργείο Υγείας έχει θεσπίσει δείκτες ποιότητας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τον εντοπισμό αποκλίσεων σε σχέση με τους στόχους και την αποστολή τους, καθώς και για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τους στόχους του ΕΣΥ και τις διεθνείς πρακτικές. Οι δείκτες ποιότητας που έχουν θεσπιστεί αφορούν τους παρακάτω βασικούς άξονες:

- **την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών**, όπου αξιολογούνται οι διαδικασίες, τα συστήματα και οι πρακτικές που διασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Ο όρος ασφάλεια περιλαμβάνει την προστασία από οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης (φυσική, σεξουαλική, ψυχολογική), από ιατρικό σφάλμα και κακές διοικητικές πρακτικές που προάγουν την αδιαφάνεια και την ταλαιπωρία στην ιατρική φροντίδα των ασθενών,
- **την αποδοτικότητα**, η οποία αναφέρεται στον βαθμό επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων υπηρεσιών υγείας σε αυτούς που μπορούν να ωφεληθούν από αυτές και περιλαμβάνει δείκτες που αξιολογούν την καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και των εκβάσεων από αυτές τις υπηρεσίες,
- **την ανταποκρισιμότητα και την ασθενοκεντρική προσέγγιση**, που περιλαμβάνει τις διαδικασίες που διασφαλίζουν την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών και των αποτελεσμάτων

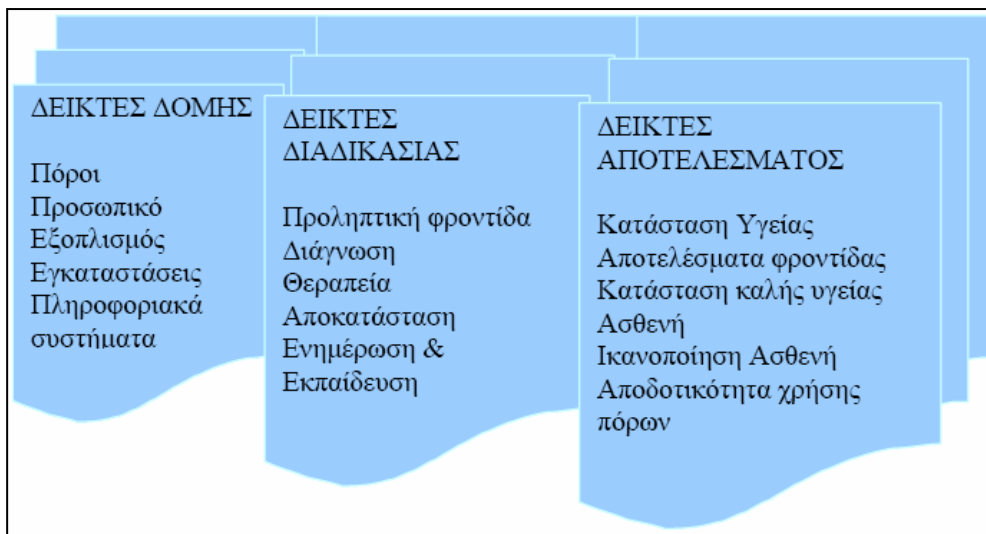
υγείας, όπως αυτά αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς. Επίσης, αξιολογείται η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς με συμπόνια, σεβασμό και με γνώμονα τη διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας καθώς και του ενδεδειγμένου βαθμού ενημέρωσης των ασθενών,

- **την προσβασιμότητα**, που περιλαμβάνει τη διερεύνηση του κατά πόσο η ιατρική φροντίδα παρέχεται στον σωστό χρόνο και τόπο και είναι οικονομικά ανεκτή για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας,
- **τη χρηστή διοίκηση**, που περιλαμβάνει τις διαδικασίες εταιρικής διακυβέρνησης, διοίκησης και ηγεσίας που διασφαλίζουν την παροχή υψηλής ποιότητας ανθρωποκεντρικής φροντίδας, που βασίζεται στη διαφάνεια, τη συνεχή βελτίωση, την καινοτομία και την ισονομία και
- **τη διαχείριση πόρων**, που περιλαμβάνει τις διαδικασίες και τα στοιχεία σχετικά με την χρήση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων με τρόπο που διασφαλίζει την ποιότητα, την αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα του οργανισμού.

Τα κριτήρια και οι δείκτες αξιολόγησης τυποποιούνται, συμπληρώνονται και εξειδικεύονται περαιτέρω με βάση τις κατευθύνσεις και τα πρότυπα που εκδίδει ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ), επικαιροποιούνται σε τακτική βάση και περιγράφονται αναλυτικά στο Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)). Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ), το οποίο αποτελεί το ευρωπαϊκό εργαλείο διαχείρισης ποιότητας που αναπτύχθηκε από το έτος 2000 ειδικά για τη δημόσια διοίκηση, αποτελεί ένα απλό, οικονομικό και εύχρηστο εργαλείο που παρέχει τη δυνατότητα στις Δημόσιες Οργανώσεις να χρησιμοποιήσουν τεχνικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ώστε να βελτιώσουν την διοικητική τους ικανότητα και τις παρεχόμενες προς πολίτες και επιχειρήσεις υπηρεσίες. (<https://www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/>).

Το ΚΠΑ έχει σκοπό να εισάγει της αρχές της ΔΟΠ στη δημόσια διοίκηση, να ενθαρρύνει την αυτοαξιολόγηση των δημοσίων δομών, ώστε να γίνει εφικτό να αποτυπωθεί αντικειμενικά η υφιστάμενη κατάσταση, να αποτελέσει ένα είδος γέφυρας μεταξύ διαφορετικών μοντέλων διοίκησης και να εισάγει τη συγκριτική μάθηση μεταξύ των οργανώσεων του δημοσίου τομέα. Μέσω της εφαρμογής του μπορούν να επιτευχθούν τα παρακάτω:

- η αντιμετώπιση της διαφορετικότητας των διοικητικών συστημάτων των χωρών της ΕΕ. Η θέσπιση κοινών κριτηρίων και κοινής μεθόδου αξιολόγησης επιτρέπουν τη σύγκριση των διαφορετικών συστημάτων και τη χάραξη κοινής πολιτικής για το μέλλον,
- η ανάπτυξη επικοινωνίας, συνεργασίας και ανταλλαγής εμπειριών μεταξύ φορέων δημόσιας διοίκησης των διαφορετικών χωρών,
- η καθιέρωση του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας στη Δημόσια Διοίκηση και
- η εισαγωγή των αρχών ΔΟΠ στους δημόσιους οργανισμούς.



Εικόνα 23 Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Πηγή: <https://docplayer.gr/30410334-Oi->



Εικόνα 24 Το μοντέλο ΚΠΑ Πηγή: [https://www.kat-hosp.gr/ti\\_einai\\_to\\_kpa/deiktes-poiotitas-os-meso-gia-tin-axiologisi-toy-tomea-ygeias.html](https://www.kat-hosp.gr/ti_einai_to_kpa/deiktes-poiotitas-os-meso-gia-tin-axiologisi-toy-tomea-ygeias.html)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας συνιστά σημαντικό μέσο συλλογής πληροφοριών για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η αποτύπωση της άποψης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί να προσφέρει ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργία διαφορετικών δομών υγείας και επιπέδων υγειονομικής φροντίδας. Από την ενδελεχή μελέτη της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι οι δημοσιεύσεις που αφορούν στην ΠΦΥ είναι κατά πολύ λιγότερες αριθμητικά από αυτές που αφορούν στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το γεγονός αυτό, μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη σημασία που δίνεται σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών, λόγω της πολυπλοκότητας και της ετερογένειας των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομεία και λόγω της βαρύτητας που έχουν τα αποτελέσματα των υπηρεσιών αυτών στη ζωή και την υγεία του πληθυσμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η καταγραφή του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών από τη φροντίδα που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς αποτυπώνει την αποτελεσματικότητα των διαφόρων συστημάτων υγείας. Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι ενώ η ΠΦΥ, αν και θεωρείται ο θεμέλιος λίθος ενός συστήματος υγείας, δεν έχει μελετηθεί ενδελεχώς ως προς την αξιολόγηση των υπηρεσιών της, από τους χρήστες. Επισημαίνεται επίσης, ότι η μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δεν πρέπει να πραγματοποιείται μεμονωμένα, αλλά να επαναλαμβάνεται ως διαδικασία κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να είναι εφικτή η διενέργεια συγκρίσεων διαχρονικά, καθώς και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων παρεμβάσεων, αλλαγών και προσαρμογών που γίνονται στον τομέα της υγείας. Ο αριθμός τέτοιων συγκριτικών ερευνών είναι πάρα πολύ μικρός. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται αντιπροσωπευτικές έρευνες με θέμα τη μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου.

## 7.1 Μελέτες που αφορούν στην Ελλάδα

Η μελέτη των Γαβρίλη και Καπάκη (2022) αφορά στη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις TOMY της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής και διενεργήθηκε με δείγμα 320 ασθενών, που επισκέφθηκαν τις TOMY της 1ης ΥΠΕ Αττικής, κατά το χρονικό διάστημα από το Σεπτέμβριο του 2018 έως το Φεβρουάριο του 2019. Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ-18). Βρέθηκε ότι οι κυριότεροι λόγοι επίσκεψης στις TOMY ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων (20%) και η ιατρική εξέταση (18,4%). Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας του ραντεβού ήταν οι 10,3 ημέρες. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν αρκετά υψηλή έως υψηλή, σε όλα τα κριτήρια ικανοποίησης (επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις, χρόνος με τον ιατρό, τεχνικές ποιότητας, γενική ικανοποίηση, προσβασιμότητα). Στη συγκεκριμένη έρευνα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, γεγονός που αποδίδεται στη μεγαλύτερη ευαισθησία που επιδεικνύουν οι γυναίκες σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία. Η υψηλότερη ικανοποίηση καταγράφηκε σχετικά με το κριτήριο «επικοινωνία», η οποία αφορούσε τις επεξηγήσεις που έδιναν οι ιατροί για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και αν ήταν καλοί ακροατές για τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες των ασθενών. Το κριτήριο «διαπροσωπικές σχέσεις» ήλθε δεύτερο στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ηλικία βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση και συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες ηλικίες βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης. Σχετικά με το κριτήριο «χρόνος με τον ιατρό», οι ασθενείς απάντησαν ότι οι ιατροί τους αφιερώνουν επαρκή χρόνο και δεν βιάζονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Σχετικά με το κριτήριο «γενική ικανοποίηση», βρέθηκε σημαντική σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, καθώς και με την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους και συγκεκριμένα, υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε πως είχε τάση για μικρότερη ικανοποίηση. Επιπρόσθετα, η καλύτερη κατάσταση της υγείας των ασθενών συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Το κριτήριο «τεχνικές ποιότητας» αφορούσε τον εξοπλισμό των TOMY, τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τη σχολαστικότητά τους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Υψηλότερα αποτελέσματα ικανοποίησης σημειώθηκαν και από αυτούς που είχαν επισκεφθεί ξανά την TOMY. Τελευταίο στην κατάταξη, ήταν το κριτήριο «ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες», σύμφωνα με το οποίο ο χρόνος που μεσολαβεί

μεταξύ της τηλεφωνικής προσυνηννόησης και της επίσκεψης σχετίζεται με μείωση της ικανοποίησης. Η έρευνα αναφέρεται στις TOMY, για τις οποίες δεν υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία ακόμη. Παρά το γεγονός ότι οι TOMY αποτελούν νέες δομές ΠΦΥ, οι ασθενείς τις επισκέπτονται για να λάβουν υπηρεσίες ΠΦΥ από αυτές. Οι ασθενείς των TOMY της 1ης ΥΠΕ Αττικής είναι αρκετά ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες ΠΦΥ που λαμβάνουν.

Η μελέτη των Vlassi et al (2022) έχει διενεργηθεί στη Θεσσαλονίκη και ερευνά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Ένας από τους τομείς που διερευνήθηκαν ήταν και η ΠΦΥ, μαζί με τα οικονομικά μέτρα για την υγεία, τις ιδιωτικές δαπάνες, καθώς και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και στους επαγγελματίες υγείας. Αφορά στη χρονική περίοδο 2012 ως 2018 και η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης έγινε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων από εκπαιδευμένο προσωπικό. Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούσαν στην ΠΦΥ το 75,7% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν την απαραίτητη τεχνική επάρκεια και φέρονται με ευγένεια στους ασθενείς, το 51,1% διαπιστώνει ότι υπάρχουν προβλήματα διαχείρισης του χρόνου κατά την αναμονή προς εξέταση και το 36,6% διαπιστώνει ελλείψεις γενικού τύπου, όπως υποστελέχωση, κακή οργάνωση, θέματα καθαριότητας των χώρων και συνωστισμού των ασθενών που αναμένουν να εξετασθούν. Σχετικά με τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ) το 57,7% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι είτε δεν γνώριζε καθόλου σχετικά με την εφαρμογή, είτε είχε ανεπαρκή πληροφόρηση, ενώ ποσοστό 15% εκφράζει την ανησυχία του σχετικά με την ασφάλεια και την προστασία των δεδομένων που περιλαμβάνει ο ΑΗΦΥ. Σχετικά με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού το 45,5 % δηλώνει ότι δεν έχει λάβει επαρκή πληροφόρηση, 45,5% δηλώνει ότι δεν έχει κάνει εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό, 30% αναγνωρίζει την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα του θεσμού, ενώ 18,2% θεωρεί ότι αντιστοιχούν πολλοί ασθενείς ανά οικογενειακό ιατρό. Τέλος ποσοστό 9,09% θεωρεί ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν είναι λειτουργικός. Σχετικά με την πρόληψη και προαγωγή υγείας από την ΠΦΥ, το 78,8% θεωρεί ότι είτε δεν έχουν γίνει καθόλου τέτοιες δράσεις, είτε ότι είναι ανεπαρκείς, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία. Περίπου 51% δηλώνει ότι έλαβε επαρκή ενημέρωση για τα εμβολιαστικά προγράμματα και τη διενέργεια προληπτικών ελέγχων και 21% δηλώνει ικανοποιημένο από τη δράση για τη διακοπή του καπνίσματος και από τη δράση για ποιοτική διατροφή. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν 50



άτομα. Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών είναι μέτριο. Οι ασθενείς υπογραμμίζουν ότι η διαθεσιμότητα των πόρων και των ιατρών πρέπει να βελτιωθεί.

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Bakola et al (2021) και παρουσιάστηκε σε συνέδριο, αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών σε κέντρο υγείας της περιοχής των Αθηνών. Διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2019, μέσω συμπλήρωσης 400 ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας μεγαλύτερης από τα 60 έτη και σε ποσοστό 70% κάτοικοι της περιοχής ευθύνης του κέντρου υγείας. Όσον αφορά στην απασχόληση, οι συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι κατά 31,4% και συνταξιούχοι κατά 40,5%. Οι λόγοι επίσκεψης στο κέντρο υγείας ήταν η συνταγογράφηση, η διαχείριση χρόνιου νοσήματος, η επείγουσα ανάγκη, ο τακτικός εργαστηριακός έλεγχος και λόγοι πρόληψης. Καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης συνολικά. Το 65% των ερωτηθέντων επισκέφθηκε το κέντρο υγείας χωρίς να έχει κλείσει ραντεβού. Το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στο κριτήριο «χρόνος αναμονής». Η μελέτη βοήθησε να εντοπιστούν αδυναμίες, όπως ο χρόνος αναμονής και να γίνουν ενέργειες βελτίωσης.

Η μελέτη που έγινε από τους Konstantakopoulou et al (2021) διερευνά την ποιότητα ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στις νεοσύστατες ΤΟΜΥ και περιελάμβανε 2620 συμμετέχοντες από 63 συνολικά τοπικές μονάδες υγείας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Ιανουάριο ως το Μάρτιο του 2019. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας μεγαλύτερης από 65 έτη και στην πλειοψηφία γυναίκες. Το ένα τρίτο από αυτούς είχε ανώτατο επίπεδο μόρφωσης. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν και αλλοδαποί σε ποσοστό 6%. Το ποσοστό των ασφαλισμένων ήταν 91,4% και το επίπεδο υγείας καταγράφηκε ως πολύ καλό σε ποσοστό 92,4% των ερωτηθέντων. Σχεδόν το 45,4% έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα και το 4,7% από κάποια αναπηρία. Το 31,5% επισκεπτόταν τη δομή για πρώτη φορά. Το 86,3% είχε ραντεβού με χρόνο αναμονής λιγότερο από μια εβδομάδα. Καταγράφονται αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης. Η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Η μελέτη διενεργήθηκε στην αρχή της λειτουργίας των ΤΟΜΥ, οπότε οι μικροί χρόνοι αναμονής και η πρόσβαση μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Το ευρύ κοινό δεν γνώριζε τη λειτουργία τους, οπότε δεν υπήρχε εργασιακή υπερφόρτωση των δομών. Για τον ίδιο λόγο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είχε την ευχέρεια να αφιερώσει στους ασθενείς περισσότερο χρόνο κατά την επίσκεψη και την εξέταση. Η μελέτη περιλαμβάνει πολλά δημογραφικά

χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως ασφαλιστική κάλυψη, επίπεδο μόρφωσης, υποκείμενα νοσήματα, καθώς και πολλά στοιχεία που αφορούν στις λειτουργικές διαστάσεις της ποιότητας των δομών. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Evaluation of provided healthcare by General Practitioners (GPs)/ family doctors (FMs) and other primary healthcare providers». Συμπεραίνεται ότι η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα έχουν μεγάλη σημασία για τους ασθενείς και σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Η μελέτη των Frengidou and Galanis (2020) εκπονήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος-Αύγουστος 2015 και περιλάμβανε δυο γενικά νοσοκομεία στην πόλη του Κιλκίς και 21 κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές του νομού. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Αλετρά και συνεργατών, μέσω διενέργειας προσωπικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 33 κλειστές ερωτήσεις τύπου Likert σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης (συμφωνώ απόλυτα=1, συμφωνώ=2, είμαι ουδέτερος=3, διαφωνώ=4, διαφωνώ απόλυτα=5), που αφορούν στην εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, στο νοσηλευτικό προσωπικό, στο ιατρικό προσωπικό, στο υπόλοιπο προσωπικό, στο φαγητό που προσφέρεται στους ασθενείς, στο εσωτερικό περιβάλλον, στις διαδικασίες, στην έξοδο από το ίδρυμα και στη συνολική ικανοποίηση. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που περιελάμβανε η μελέτη ήταν φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τόπος μόνιμης διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, απασχόληση, ασφαλιστικός φορέας και μηνιαίο εισόδημα. Συμμετείχαν 181 ασθενείς, στην πλειοψηφία γυναίκες, και έγγαμοι ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Το 49,2 % ήταν απόφοιτοι λυκείου, και το ποσοστό των ανασφαλιστών ήταν 3,3%. Ποσοστό 28,7% δήλωσε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης. Τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης επεσήμαναν ως μειονέκτημα την έλλειψη οργάνωσης. Η διαχείριση του χρόνου κρίθηκε ως ικανοποιητική. Το ποσοστό των ανασφαλιστών συμμετεχόντων σχετίζεται με την ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, για ομάδες του πληθυσμού. Στη μελέτη επισημαίνεται η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ των διαφορετικών δομών, γεγονός που δεν επιτρέπει την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Ποσοστό 75,2% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι προτίθεται να επισκεφθεί και ιδιώτη ιατρό, γεγονός που υπερτονίζει τη δαπάνη χρημάτων εκ μέρους των ασφαλισμένων. Η μελέτη αφορά σε δομές ΠΦΥ στην περιφέρεια και θίγει ζητήματα που συνιστούν διαχρονικές παθογένειες της ΠΦΥ στη χώρα μας, όπως την έλλειψη οργάνωσης, η ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ των διαφορετικών δομών παροχής υπηρεσιών

υγείας και η επιβάρυνση των ασφαλισμένων με καταβολή ιδιωτικής δαπάνης. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών είναι χαμηλό.

Η μελέτη που διενεργήθηκε από τους Kaitelidou et al (2019) αφορά στην ανάπτυξη ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ μέσω της ικανοποίησης των χρηστών. Τα κριτήρια που αξιολογούν οι συγγραφείς ως σημαντικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η προσβασιμότητα, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η τεχνική επάρκεια του προσωπικού, το περιβάλλον και οι χώροι της δομής υγείας, η συνέχεια της φροντίδας, ο χρόνος αναμονής και λειτουργίας, η διαθεσιμότητα για ραντεβού και η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία του. Το ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε πιλοτικά με 733 συμμετέχοντες ασθενείς δομών της ΠΦΥ (εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων και κέντρα υγείας) και περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις. Δεν αναφέρονται συμπεράσματα σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Η μελέτη που διεξήχθη από τους Pierrakos et al (2017) αποτελεί τμήμα ερευνητικού έργου με θέμα τους προσδιοριστές της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της ΠΦΥ, που διεξάγεται από το Τμήμα Οικονομίας της Υγείας του Τεχνολογικού Ινστιτούτου Αθηνών και χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου με 53 ερωτήσεις και 9 κριτήρια για την αξιολόγηση της ικανοποίησης. Συγκεντρώθηκαν 800 ερωτηματολόγια. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ενώ ως προς το επίπεδο μόρφωσης το 48,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση το 42,2% ήταν έγγαμοι και μέλη σε οικογένεια που αποτελείται από 3 ως 4 άτομα. Οι ασθενείς επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής. Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της ικανοποίησης των χρηστών είναι α) η συμπεριφορά, η επικοινωνία και η φροντίδα από το υγειονομικό προσωπικό και β) όσον αφορά στις διαδικασίες, η κτιριακή υποδομή, ο χρόνος αναμονής και η πρόσβαση. Δεν καταγράφονται διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ ασθενών που επισκέπτονται τις πρωϊνές και τις απογευματινές ώρες τις δομές υγείας.

Η μελέτη των Konstantakopoulou et al (2019) διενεργήθηκε σε Κέντρα Υγείας αστικών και ημι-αστικών περιοχών της χώρας. Βασίζεται σε δεδομένα που συνελέγησαν το 2017 μέσω 350 ερωτηματολογίων. Τα κριτήρια που αξιολογήθηκαν ήταν η πρόσβαση, η κατανόηση, η συνέχεια και οι ιατρικές και νοσηλευτικές

υποδομές. Οι συμμετέχοντες ήταν κατά 51,7% γυναίκες. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο 65 έτη. Ανώτατη μόρφωση είχε περίπου το ένα πέμπτο των συμμετεχόντων, ενώ σχεδόν το 50% έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα. Επισημαίνεται ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, αποτελούν ξεχωριστή ομάδα του πληθυσμού με σαφώς διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Καταγράφονται αρκετά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε όλες τις διαστάσεις που διερευνήθηκαν. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αναπτύχθηκε από τους συγγραφείς. Στη σχετική βιβλιογραφική αναφορά δεν αναφέρονται λεπτομερή στοιχεία για το ερωτηματολόγιο.

Η μελέτη των Papanikolaou and Zygiaris (2014) αφορά σε κέντρο υγείας του ΙΚΑ σε πυκνοκατοικημένη περιοχή της Αθήνας, κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιούλιο ως το Σεπτέμβριο του 2009. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με χρήση του ερωτηματολογίου SERVQUAL, μέσω προσωπικής συνέντευξης από εκπαιδευμένο προσωπικό. Συγκεντρώθηκαν συνολικά 450 ερωτηματολόγια. Η διερεύνηση βασίζεται στις διαφορές μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών για κάθε κριτήριο. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Παρατηρήθηκε δυσκολία των συμμετεχόντων σχετικά με την ορολογία που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο και ορισμένες ερωτήσεις θεωρήθηκαν ασαφείς ως προς τη διατύπωση τους. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι σε πολλούς συμμετέχοντες δεν υπήρχαν σαφείς προσδοκίες από την υπηρεσία που θα ελάμβαναν, εκτός από μια γενική σκέψη για επιτυχές αποτέλεσμα, χωρίς σαφή ορισμό αυτού. Παρατηρήθηκε σε όλα τα κριτήρια διάσταση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των χρηστών. Η μεγαλύτερη διαφορά καταγράφεται για το κριτήριο ενσυναίσθηση. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Συμμετέχοντες με ανώτερη μόρφωση είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Στη μελέτη των Λέντζα και συνεργατών (2010) γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των κέντρων υγείας δυο όμορων νομών της Πελοποννήσου. Η μελέτη συμπεριελάμβανε 5 κέντρα υγείας από τον κάθε νομό. Διενεργήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών των διαστάσεων που αξιολογήθηκαν (άφιξη, αναμονή, ιατρείο και εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις, διοικητικές υπηρεσίες). Επιπρόσθετα, έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των δημογραφικών παραμέτρων που ελήφθησαν υπόψη στη μελέτη, όπως ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και των ερωτήσεων που αφορούσαν στην κτιριακή υποδομή, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της εφημερίας.

Παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στην ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης μεταξύ των κέντρων, λόγω διαφοροποιήσεων του πληθυσμού που εξυπηρετείται σε καθένα από αυτά (αστικές και αγροτικές περιοχές). Συμπληρώθηκαν 922 ερωτηματολόγια συνολικά, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν υψηλά στα περισσότερα κριτήρια. Ο νομός Ηλείας φάνηκε να υπολείπεται έναντι του νομού Αχαΐας, γεγονός που οφείλεται στην υπολειτουργία ή τη μη λειτουργία των διαγνωστικών εργαστηρίων στα κέντρα υγείας του νομού. Η έλλειψη προσωπικού σε ορισμένα κέντρα υγείας είναι η αιτία του παρατεταμένου χρόνου αναμονής. Στα κέντρα υγείας που βρίσκονται στα ορεινά του νομού Ηλείας παρατηρήθηκε μειωμένη ικανοποίηση στο κριτήριο άφιξη στα κέντρα υγείας, γεγονός που αποδίδεται στο ότι βρίσκονται σε απομονωμένες και δυσπρόσιτες περιοχές. Σημαντική διαφοροποίηση καταγράφηκε και στη διάσταση ιατρείο και εξέταση, όσον αφορά στο χρόνο που αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή, στα κέντρα υγείας που έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και σχεδόν διπλάσιο αριθμό ασθενών ανά ιατρό ανά ημέρα εργασίας. Τα κέντρα στα οποία διενεργούνται ακτινολογικές και μικροβιολογικές εξετάσεις, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, ιδιαίτερα δε σε αυτά που δεν απαιτείται ραντεβού για τη διενέργεια των εξετάσεων. Τα κέντρα υγείας που είχαν πρόσφατα ανακαινισθεί κτιριακά παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με αυτά που διαθέτουν παλαιότερη κτιριακή υποδομή. Το κριτήριο σχετικά με την ικανοποίηση από τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό είναι το μόνο στο οποίο η βαθμολόγηση δεν κινείται σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Τέλος, στο κριτήριο σχετικά με την ικανοποίηση από υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της εφημερίας, οι απαντήσεις αποτυπώνουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, με μόνη διαφοροποίηση συγκεκριμένα κέντρα του νομού Ηλείας, στα οποία λόγω του μικρού ποσοστού ειδικευμένων ιατρών στις εφημερίες συχνά εφημερεύουν μόνο ιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου που δεν έχουν την απαιτούμενη κλινική εμπειρία. Το κέντρο που συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό ειδικευμένων ιατρών, ικανοποιητική κάλυψη των οργανικών θέσεων, επαρκή αριθμό νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, μικρότερο αριθμό επισκέψεων ανά ιατρό και καθημερινή λειτουργία του ακτινολογικού και του μικροβιολογικού εργαστηρίου. Η μελέτη θίγει σημαντικά θέματα που αφορούν στην ΠΦΥ, όπως οι διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, η περιορισμένη προσβασιμότητα σε ορεινές περιοχές και οι σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ του πληθυσμού ευθύνης του κάθε κέντρου. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί στην ελληνική και

διεθνή βιβλιογραφία για τη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής, των Αλετρά και συνεργατών (2007). Παρατηρούνται διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ των διαφορετικών κέντρων υγείας, ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, τη στελέχωση, τον εξοπλισμό και την κτιριακή υποδομή.

Η μελέτη του Raftoroulos (2010) περιλαμβάνει 212 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν φροντίδα σε διάφορες δομές ΠΦΥ, όπως εξωτερικά ιατρεία, κέντρα υγείας και φροντίδα στο σπίτι. Οι συμμετέχοντες ήταν 92 άνδρες και 120 γυναίκες, ηλικίας  $50,17 \pm 16,97$  ετών. Ως προς το επίπεδο μόρφωσης, ποσοστό 68,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου, 22,2% απόφοιτοι δημοτικού, 8% αναλφάβητοι και 1% είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Οι συμμετέχοντες ήταν κατά 44,8% έγγαμοι, και όσον αφορά στην απασχόληση 26,4% ήταν συνταξιούχοι, 15,1% δήλωσαν οικιακά ως απασχόληση, 4,2% αγρότες και 9% άνεργοι. Ποσοστό 73,6% δήλωσε ότι έχει προσέλθει στη δομή υγείας για σοβαρό ή πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Expectations-Perceived Quality-Satisfaction with Primary Care Services Scale (E-PQ-SPCSS) που περιλάμβανε 27 ερωτήσεις σχετικά με τις προσδοκίες των χρηστών και τις εμπειρίες τους από τη φροντίδα που τους παρασχέθηκε. Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων έγινε σε κλίμακα από 1 ως 5, όπου το 1 αντιστοιχούσε στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα». Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης ήταν υψηλό 97,2 %, το επίπεδο ικανοποίησης για την ιατρική φροντίδα ήταν 95,3% και για τη νοσηλευτική φροντίδα 92,5%. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν τη σημασία του οικογενειακού ιατρού και δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εφαρμογή του θεσμού. Οι ασθενείς θεωρούν πολύ σημαντικές παραμέτρους την ευγένεια, το σεβασμό και την επικοινωνία.

Η μελέτη των Τούντα και συνεργατών (2003) διενεργήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ στην περιοχή των Αθηνών με 435 ερωτώμενους, κατά το χρονικό διάστημα του πρώτου πενταμήνου του 2001. Οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες κατά 64% και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών. Όσον αφορά στην απασχόληση, οι συμμετέχοντες ήταν στην πλειοψηφία συνταξιούχοι και απασχολούμενες με οικιακά. Όσον αφορά στην εκπαίδευση ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι δημοτικής και μέσης εκπαίδευσης, ενώ μόνο το 18% είχε πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τα οποία περιλάμβαναν 35 ερωτήσεις, έγινε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Οι λόγοι επίσκεψης στις μονάδες υγείας ήταν οξύ

πρόβλημα υγείας, χρόνια πρόβλημα υγείας και συνταγογράφηση. Καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών (85%) προσέρχεται στη δομή χωρίς ραντεβού, γεγονός που δείχνει τη δυσλειτουργία του συστήματος προσυνηνόησης. Η μελέτη θίγει το ζήτημα της εκπαίδευσης του προσωπικού που διενεργεί τις συνεντεύξεις, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό για την ποιότητα των απαντήσεων και κατά συνέπεια και των αποτελεσμάτων που λαμβάνονται μετά την ανάλυση.

## 7.2 Μελέτες που αφορούν σε άλλες χώρες της Ευρώπης

Η μελέτη των Mitropoulos et al (2014) αφορά σε κέντρα υγείας της Κύπρου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Αλετρά και συνεργατών, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το ιατρικό ραντεβού (προγραμματισμός και σχετική επικοινωνία με το αρμόδιο προσωπικό), την προσβασιμότητα, τις συνθήκες αναμονής (χώροι και χρόνος), τη φροντίδα και την τεχνική επάρκεια του ιατρού, τις εργαστηριακές υπηρεσίες, την υποδομή και τον εξοπλισμό. Συμμετείχαν 416 ερωτώμενοι, οι οποίοι θεωρούν ως πολύ σημαντικές διαστάσεις τις διαπροσωπικές σχέσεις με τον ιατρό και την επικοινωνία. Καταγράφονται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με το ιατρικό ραντεβού. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης καταγράφονται σε σχέση με την προσβασιμότητα, τις εργαστηριακές υπηρεσίες την υποδομή και τον εξοπλισμό.

Η μελέτη των Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012), αφορά επίσης στην Κύπρο, σε κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Αλετρά και συνεργατών και η συμπλήρωση του έγινε από τους χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας και με τη χρήση κλειστής κάλπης. Το δείγμα της έρευνας, αποτέλεσαν 438 ασθενείς, που επιλέχθηκαν από 15 δημόσια κέντρα υγείας της Κύπρου. Το ποσοστό ικανοποίησης για τις περισσότερες παραμέτρους που διερευνήθηκαν στη μελέτη ήταν σχετικά υψηλό (70%). Αποτυπώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μέσο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των αστικών και των αγροτικών κέντρων υγείας με ποσοστά 84,2% και 66,2% αντίστοιχα, καθώς και στο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των κέντρων υγείας των διαφόρων επαρχιών. Από τις παραμέτρους που διερευνήθηκαν, υψηλό βαθμό ικανοποίησης συγκέντρωσαν τα θέματα που συνδέονται με τους επαγγελματίες

υγείας, όπως είναι η ευγένεια, οι γνώσεις και ο χρόνος που αφιέρωσαν στον ασθενή. Από την ανάλυση των δεδομένων δεν προέκυψε συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, ούτε και με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Σε επίπεδο ηλικίας συμπεραίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Συμπερασματικά, τα κέντρα υγείας στην Κύπρο παρουσιάζουν υψηλό δείκτη ικανοποίησης, αλλά και προβλήματα τα οποία συνδέονται σε μεγαλύτερο βαθμό με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας και σε μικρότερο με την ίδια την ιατρική επίσκεψη και την κλινική εξέταση. Οι ασθενείς στρέφονται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες αναζητώντας μια σταθερή και προσωπική γνωριμία κυρίως με τον ιατρό τους, γεγονός που παραπέμπει στην αναγκαιότητα υποστήριξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Ο βαθμός ικανοποίησης για το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός στον ασθενή ήταν σημαντικά υψηλότερος στα αγροτικά κέντρα υγείας συγκριτικά με τα αστικά κέντρα. Αυτό παρατηρείται διότι στα αστικά κέντρα, η πληθώρα περιστατικών αλλά και οι ελλείψεις ιατρικού προσωπικού συντελούν στην εργασιακή υπερφόρτωση των ιατρών και την αδυναμία αφιέρωσης επαρκούς χρόνου και απαιτούμενης προσοχής στους ασθενείς τους κατά την εξέταση. Η μελέτη θίγει δυο σημαντικά ζητήματα που αφορούν στις δομές της ΠΦΥ, το ζήτημα της στελέχωσης των κέντρων και της εργασιακής υπερφόρτωσης του προσωπικού, καθώς και το ζήτημα της υποστήριξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Η μελέτη των Dimitrievska et al (2020) αφορά στη Βόρεια Μακεδονία και τα συμπεράσματά της παρουσιάστηκαν σε συνέδριο. Βασίστηκε στη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης υπηρεσιών SERVQUAL και διενεργήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ. Συμπληρώθηκαν 453 ερωτηματολόγια. Τα κριτήρια που διερευνήθηκαν ήταν ο χρόνος αναμονής για εξέταση, οι διαδικασίες, η καθαριότητα και η υγιεινή των χώρων, η εμπειρία του προσωπικού, η διαθεσιμότητα του προσωπικού, η επικοινωνία, ο ρυθμός ανανέωσης του εξοπλισμού, η ευγένεια στη συμπεριφορά, η δυνατότητα διενέργειας εργαστηριακών εξετάσεων, η διαθεσιμότητα φαρμάκων, οι χώροι αναμονής, οι βοηθητικοί χώροι (όπως χώροι στάθμευσης, χώροι απασχόλησης παιδιών κατά τη διάρκεια της αναμονής, κυλικείο). Παρατηρήθηκε χαμηλό γενικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών, με κυριότερα κριτήρια την εμπειρία και την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, καθώς και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (βαθμός ανανέωσης και βαθμός ενσωμάτωσης σύγχρονων τεχνολογιών). Παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης για όλα τα κριτήρια, λόγω της κακής οργάνωσης των



υπηρεσιών. Η μελέτη θίγει το σημαντικό ζήτημα της εμπειρίας, των γνώσεων και της συνεχούς επιμόρφωσης του προσωπικού, ως παραμέτρου που διαμορφώνει την ικανοποίηση των ασθενών.

Η μελέτη των Cohidon et al (2018) αφορά στην Ελβετία και περιλαμβάνει 1540 συμμετέχοντες, από τους οποίους το 57% είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 59 έτη και το 74% από αυτούς έχουν γεννηθεί στην Ελβετία. Ο πιο συνηθισμένος λόγος επίσκεψης σε ιατρό της ΠΦΥ είναι το προγραμματισμένο ραντεβού για προληπτικό έλεγχο και συνταγογράφηση φαρμάκων. Η μελέτη διενεργήθηκε σε 199 κέντρα ΠΦΥ. Η εμπειρία του προσωπικού, η πρόσβαση, η επικοινωνία και η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας κρίθηκαν ως πολύ ικανοποιητικά. Βρέθηκε ότι άτομα μικρότερης ηλικίας έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Καταγράφηκαν διαφορές στην πρόσβαση μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, αναφορικά με την ευκολία για να κλείσει ο ασθενής ραντεβού και με την απόσταση του κέντρου ΠΦΥ από την κατοικία. Η συμμετοχή επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων στην ομάδα υγείας της δομής, θεωρείται ότι καθιστά δυσκολότερη την πρόσβαση και είναι καλύτερα η ομάδα να είναι ολιγομελής. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι στην Ελβετία, παρά το ελεύθερο σύστημα υγείας και τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού, η αντίληψη των ερωτηθέντων για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού είναι πολύ θετική. Δεδομένης της πολυπολιτισμικότητας του πληθυσμού και των διαφορετικών γλωσσών που μιλούνται στη χώρα, συμπεραίνεται ότι το πολιτιστικό στοιχείο συνιστά παράγοντα διαμόρφωσης της ικανοποίησης των ασθενών, όσον αφορά στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, την πληροφόρηση που λαμβάνουν οι ασθενείς και την κατανόηση της.

Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη η μελέτη των Cilović-Lagarija, et al (2023) εστιάζει στη μέτρηση των επιπέδων ικανοποίησης των χρηστών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και στη σύγκριση με τα προ πανδημίας επίπεδα. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EUROPEP, το οποίο αξιολογεί την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας με 23 κριτήρια. Η μελέτη περιλαμβάνει 740 συμμετέχοντες και έγινε το Δεκέμβριο του 2020. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με ηλεκτρονικό τρόπο. Η χρονική περίοδος μελέτης ήταν το χρονικό διάστημα Μάρτιος ως Δεκέμβριος του 2020, δηλαδή το πρώτο έτος της πανδημίας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 44 έτη, με εύρος ηλικιών από 18 ως 73 έτη. Η κατανομή όλων

των ηλικιακών ομάδων ήταν ισομερής. Η κατανομή των φύλων ήταν 51% γυναίκες και 49% άνδρες. Από τους συμμετέχοντες οι 170 έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Παρατηρείται μείωση στα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τα επίπεδα ικανοποίησης κατά το χρονικό διάστημα πριν την πανδημία. Οι δομές όπου υπηρετούσε οικογενειακός ιατρός είχαν καλύτερα αποτελέσματα, σε σχέση με τις δομές χωρίς ιατρό ειδικότητας οικογενειακής ιατρικής. Υπήρχαν πολύ μεγάλες προσδοκίες από τους χρήστες, λόγω της δυσκολίας της κατάστασης, καθώς και μεγάλος φόβος για τυχόν λοίμωξη, οπότε τα μετρούμενα επίπεδα ικανοποίησης είναι πολύ χαμηλά. Οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού δεν καλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, επειδή έγιναν πολλές οργανωτικές και λειτουργικές αλλαγές στις υπηρεσίες, με σκοπό την αντιμετώπιση του ιού, όπως η αναστολή μη επειγουσών χειρουργικών επεμβάσεων, η ανακατανομή του προσωπικού για τη στελέχωση της πρώτης γραμμής, οι μεγάλες δαπάνες για προμήθεια υλικών και ειδών ατομικής προστασίας και η αναστολή των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων. Σύμφωνα με τη μελέτη, κατά το πρώτο έτος της πανδημίας πραγματοποιήθηκαν κατά 14% λιγότερες επισκέψεις σε οικογενειακό ιατρό, σε σχέση με το 2019. Ανάλογη μείωση παρατηρείται και στον αριθμό των επισκέψεων ανά ιατρό ανά ημέρα εργασίας.

Στη Μεγάλη Βρετανία οι Platis et al (2022 ) διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ, και ιδιαίτερα από τον οικογενειακό ιατρό (GP General Practitioner), στην επαρχία York στη Μεγάλη Βρετανία. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο είχε αναπτυχθεί για έρευνες που αφορούν στην ικανοποίηση ασθενών από το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, με ερωτήσεις κλειστού τύπου, χωρισμένες σε οκτώ ενότητες. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν, με τα δημογραφικά στοιχεία, με την οδοντιατρική φροντίδα, με την κατάσταση της υγείας των ασθενών, με τον προγραμματισμό ραντεβού, με την τελευταία επίσκεψη και για ποιο λόγο έγινε αυτή, αν απαιτήθηκε να αναζητήσουν ιατρό κατά τις ημέρες και ώρες αργίας, καθώς και με το γενικό επίπεδο ικανοποίησης. Τα κυριότερα αίτια δυσαρέσκειας ήταν η έλλειψη ενσυναίσθησης, η έλλειψη εκπαίδευσης των ασθενών για το χειρισμό των προβλημάτων τους και η χρονική καθυστέρηση στην παροχή της υπηρεσίας. Σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι οι ανάγκες τους ούτε έγιναν κατανοητές από το προσωπικό, ούτε και

καλύφθηκαν. Μόνο το 17,6% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι έλαβε ορθές και κατανοητές οδηγίες και συμβουλές ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας του. Ποσοστό 50,1% δήλωσε χρονικές καθυστερήσεις στην παροχή των υπηρεσιών. Στα συμπεράσματα οι συγγραφείς τονίζουν ότι το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας διανύει μια περίοδο με μεγάλο φόρτο εργασίας, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και τη συνεπαγόμενη αύξηση των χρόνιων καταστάσεων, ταυτόχρονα με τις περικοπές στη χρηματοδότηση. Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών είναι χαμηλό, διότι οι προσδοκίες που έχουν από το σύστημα είναι οι ίδιες με εκείνες που είχαν σε προηγούμενες χρονικές περιόδους, όπου επικρατούσαν καλύτερες οικονομικές και επιδημιολογικές συνθήκες. Το 69% των ερωτηθέντων ανέφερε μειωμένη διαθεσιμότητα στα ραντεβού, ενώ το υπόλοιπο 31% ανέφερε ότι βρήκε διαθέσιμο ραντεβού, αλλά χρονικά πολύ αργότερα από αυτό που θα επιθυμούσε. Επομένως οι υπηρεσίες δεν χαρακτηρίζονται ούτε από εγκαιρότητα, ούτε από συνέπεια. Η έλλειψη ενσυναίσθησης από πλευράς του προσωπικού, η οποία έρχεται σε πλήρη αντιδιαστολή με την ασθενοκεντρική μορφή που πρέπει να έχει η ΠΦΥ, είναι σημαντική παράμετρος για τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (81,2 %), δηλώνει ότι έχει απόλυτη εμπιστοσύνη στον οικογενειακό ιατρό, γεγονός που υπερτονίζει την επιτυχία του θεσμού.

Η μελέτη των Manuli et al (2019) διενεργήθηκε στη Σικελία κατά τη διάρκεια ενημερωτικής εκδήλωσης για την Παγκόσμια Ημέρα του Νοσηλευτή. Στη μελέτη συμμετείχαν 202 άτομα, μέσω συμπληρώσεως του ερωτηματολογίου self-reported Italian questionnaire. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 18-88 έτη, με μέση τιμή τα 38 έτη. Οι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι κατά 61,6% και στην πλειοψηφία τους με μέσο μορφωτικό επίπεδο. Η συμμετοχή ανδρών και γυναικών ήταν ίση. Ποσοστό 70% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι απευθύνεται στον οικογενειακό ιατρό για τα προβλήματα της υγείας του, γεγονός που σημαίνει ότι υπάρχει αναγνώριση και εμπιστοσύνη στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εκτιμούν με θετικό τρόπο την εμπιστοσύνη που οικοδομείται με την πάροδο του χρόνου μεταξύ ιατρού και ασθενούς, τη γνώση του ιατρού σχετικά με το ιατρικό τους ιστορικό και τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και την παροχή της φροντίδας κοντά στον τόπο διαμονής τους. Μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι επισκέπτεται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, ακόμη και σε περιπτώσεις που δεν αφορούν σε επείγουσες καταστάσεις, προκειμένου να παρακάμψει τον χρόνο αναμονής. Ποσοστό 40% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει επισκεφθεί οικογενειακό ιατρό τον τελευταίο

μήνα, 18,72% το τελευταίο τρίμηνο και 41,87% να μην τον έχει επισκεφθεί καθόλου για περισσότερο από 3 μήνες. Ο σκοπός της επίσκεψης ήταν η γριπώδης συνδρομή (45,83%), ο έλεγχος ρουτίνας (36,46%) και η συνταγογράφηση (17,71%). Η πλειοψηφία (88,18%) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο οικογενειακός ιατρός ήταν ευγενής, προσεκτικός και έδειξε ενδιαφέρον για τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Σημαντικό ποσοστό (28,57%) δηλώνει ότι απαιτείται διεύρυνση του ωραρίου εργασίας του οικογενειακού ιατρού. Σε μια κλίμακα βαθμολογίας από 0 μέχρι 10, το επίπεδο ικανοποίησης από τον οικογενειακό ιατρό ήταν υψηλό, με μέση βαθμολογία 7,27, ακολουθούμενο από την παροχή φροντίδας στο σπίτι, με μέση βαθμολογία 7,19, τις φαρμακευτικές υπηρεσίες με βαθμολογία 6,68 και την επείγουσα φροντίδα με βαθμολογία 5,75.

Η μελέτη των Santos και Khan (2018) διενεργήθηκε στην Πορτογαλία. Το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας θεμελιώθηκε το 1979 και η ΠΦΥ είναι η σημαντικότερη βαθμίδα του. Η παροχή των υπηρεσιών της ΠΦΥ γίνεται σύμφωνα με την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση για όλο τον πληθυσμό. Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι υποστελεχωμένες, τόσο διότι δεν δίνονται κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας, όσο και λόγω της οικονομικής κρίσης. Η μελέτη ερευνά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Η διαχρονική συμπεριφορά του γενικού δείκτη ικανοποίησης για το χρονικό διάστημα 2000 ως 2016 είναι πτωτική. Τα συγκριτικά στοιχεία προέρχονται από το ίδρυμα Francisco Manuel dos Santos, το οποίο διαχρονικά και συστηματικά συλλέγει τα δεδομένα από έρευνες μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών. Παράλληλα, παρατηρείται αύξηση της προσέλευσης των ασθενών σε δομές του ιδιωτικού τομέα, ως επιπρόσθετος δείκτης χαμηλού επιπέδου ικανοποίησης.

Η μελέτη των Valls-Martínez και Ramírez-Orellana (2019) διενεργήθηκε στην Ισπανία. Στη μελέτη αναλύονται 33 παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με το εθνικό σύστημα της Ισπανίας. Η συλλογή των δεδομένων αφορά στο χρονικό διάστημα 2005 ως 2016, χρονική περίοδος που συμπίπτει με την οικονομική ύφεση και τις περικοπές των δαπανών για την υγεία. Το επίπεδο ικανοποίησης από την ΠΦΥ είναι χαμηλό. Παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των πόρων που δαπανώνται για την υγεία και επιπέδου ικανοποίησης, δηλαδή υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με νεόδμητη κτιριακή υποδομή και προμήθεια προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού. Αν και μεγάλο ποσοστό εμπιστεύεται το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, οι συμμετέχοντες δηλώνουν

προτίμηση προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα και θεωρούν ότι οι ανάγκες τους θα καλυφθούν καλύτερα, αν είναι εσωτερικοί-νοσηλεύόμενοι ασθενείς στο νοσοκομείο, λόγω του περιορισμού των πόρων και της κατάστασης των υποδομών. Τα επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με τη φαρμακευτική δαπάνη είναι επίσης χαμηλά, ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών, τα οποία έχουν περισσότερες ανάγκες σε φάρμακα, οπότε δαπανούν περισσότερα χρήματα για την αγορά τους.

Επιπρόσθετα, στην Ισπανία οι Pérez-Romero et al (2016) διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ. Περίπου 30% από τους συμμετέχοντες δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ ποσοστό 6,7% δηλώνουν απόλυτα δυσαρεστημένοι. Παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στα εκτιμώμενα γενικά επίπεδα ικανοποίησης ανάλογα με την γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών, σε ένα εύρος από 10,9% ως 55,2 %. Τα επίπεδα ικανοποίησης διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία, το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, το ιστορικό νοσηλείας, τα υποκείμενα νοσήματα και το βαθμό τυχόν αναπηρίας. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, σε σχέση με τα νεότερα άτομα. Η κακή κατάσταση της υγείας, τα χρόνια νοσήματα και η αναπηρία σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Η μελέτη των Servetkiene et al (2023) έγινε στη Λιθουανία και διενεργήθηκε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων κατά το χρονικό διάστημα Μάρτιος-Απρίλιος του 2021, με τυχαία επιλογή των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες είχαν ηλικία μεγαλύτερη από 18 έτη και είχαν κάποια αλληλεπίδραση με την ΠΦΥ είτε προσωπικά, είτε μέσω της φροντίδας ατόμου της οικογενείας τους κατά τα τελευταία 3 έτη. Συμμετείχαν 1033 άτομα, μεταξύ των οποίων το 47,6% ήταν άνδρες. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού της χώρας, ως προς την ηλικία, το φύλο και τη γεωγραφική κατανομή. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που εξέφραζαν γνώμη λόγω της φροντίδας οικείου προσώπου ήταν ίσο με 17,1%. Ποσοστό 33% των συμμετεχόντων είχε ανώτερο επίπεδο μόρφωσης, 65% ήταν εργαζόμενοι και 95% είχαν ασφαλιστική κάλυψη μέσω του εθνικού συστήματος υγείας. Η μελέτη αποτελεί τμήμα ενός προγράμματος με σκοπό την ανάπτυξη του εργαλείου αξιολόγησης PREM (patient-reported experience measures). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αναπτύχθηκε από ομάδα εργασίας αποτελούμενη από επαγγελματίες υγείας, κοινωνιολόγους και μάνατζερ υπηρεσιών υγείας και βασίστηκε στο European Primer on Customer Satisfaction Management και στις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για

την αξιολόγηση των χρηστών των δημοσίων υπηρεσιών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αξιολόγησε τις υπηρεσίες της ΠΦΥ ως αποδεκτές (42,1%) ή καλές (47%). Το επίπεδο ικανοποίησης για την προσβασιμότητα ανήλθε σε 81% και για την τεχνική επάρκεια των ιατρών σε 67%. Τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αφορούσαν στις υποδομές και στην οργάνωση. Ποσοστό 60% των συμμετεχόντων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών αξιολόγησε τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ως καλή ή πολύ καλή, σε αντιδιαστολή με τα άτομα ηλικίας 35 ως 45 ετών, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ισούται με 21%. Στη συγκεκριμένη μελέτη συμπεραίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού. Συνολικά το 29,8% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι αντιμετώπισε δυσκολίες με το σύστημα υγείας, όπως ο προγραμματισμός ραντεβού, η έλλειψη κατανόησης, ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής και η έλλειψη ενσυναίσθησης από το προσωπικό. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της ικανοποίησης είναι η συμπεριφορά του προσωπικού, η προσβασιμότητα και το κόστος.

Η μελέτη των Derriennic et al (2021) αφορά στη Γαλλία και διερευνά τις εμπειρίες από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε πολυδύναμα κέντρα υγείας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με προσωπική συνέντευξη από ειδική έμπειρη ομάδα ερευνητών. Διερευνήθηκαν εννέα διαστάσεις την ποιότητας των υπηρεσιών, οι οποίες θεωρούνται πολύ σημαντικές: η προσβασιμότητα, η άνεση στην αναμονή και τους χώρους, ο τεχνολογικός εξοπλισμός και η τεχνική επάρκεια, η ιατρική φροντίδα, η φροντίδα από επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, η σχέση με το προσωπικό, η οργάνωση και ο συντονισμός της φροντίδας, η επαρκής πληροφόρηση και η υποστήριξη από το προσωπικό. Οι ασθενείς δηλώνουν ότι προτιμούν την φυσική παρουσία για την οργάνωση της επίσκεψης τους διότι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση των νέων τεχνολογιών, ώστε να κλείνουν ραντεβού μέσω διαδικτύου. Εκτιμούν θετικά την ευγενική υποδοχή από το προσωπικό γραμματείας, καθώς και μια καθαρή και άνετη αίθουσα αναμονής. Υπερτονίζουν τη σημασία της εχεμύθειας, ειδικά σε επισκέψεις που αφορούν σε θέματα ψυχικής υγείας. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με τον οικογενειακό ιατρό, όταν αυτός προσφέρει συνέχεια στη φροντίδα, επανεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών ανά τακτά χρονικά διαστήματα, παραπέμπει σε εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, όταν αυτό απαιτείται, και διαχειρίζεται τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα. Επιπρόσθετα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται και με τα διοικητικά καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού,

όπως βοήθεια στη συμπλήρωση αιτήσεων για παροχή φαρμακευτικής αγωγής χρονίως πασχόντων χωρίς επιβάρυνση με συμμετοχή του ασθενούς, αιτήσεων για χορήγηση επιδομάτων, για κουπόνια στα μέσα μεταφοράς, για παραπομπή σε ειδικό ιατρό και άλλα. Οι συμμετέχοντες θεωρούν πολύ σημαντική διάσταση την εμπιστοσύνη και τη διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσουν με το θεράποντα ιατρό τους, την ενσυναίσθηση, το σεβασμό, την ψυχολογική υποστήριξη και την επικοινωνία. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με την ευγένεια, τη συμπεριφορά, την επαρκή πληροφόρηση και την υποστήριξη από το προσωπικό.

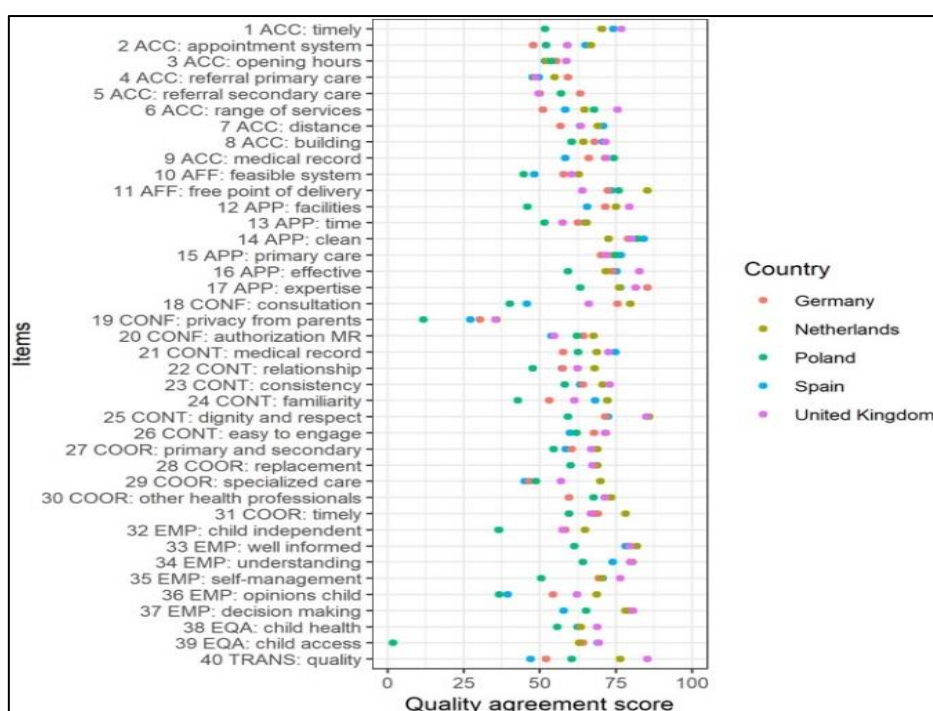
Στη μελέτη των Sánchez-Piedra et al (2014) συμπεριλαμβάνονται συμμετέχοντες από την Εσθονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Φινλανδία, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Γερμανία. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε σύμφωνα με τους κανόνες δειγματοληψίας, ώστε το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό για κάθε χώρα. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν μεταξύ 25 και 75 έτη. Το δείγμα περιλάμβανε 1502 άνδρες και 1518 γυναίκες και τα αποτελέσματα βασίζονται στην έρευνα EUprimecare σχετικά με την ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Καταγράφεται υψηλό ποσοστό γενικής ικανοποίησης. Μεγάλη επίδραση στην ικανοποίηση έχουν τα κριτήρια που αφορούν τη σχέση ασθενή και ιατρού. Η παρουσία οικογενειακού ιατρού στις δομές της ΠΦΥ ήταν μια παράμετρος που αξιολογήθηκε θετικά από όλους τους ασθενείς. Η δυνατότητα διενέργειας εργαστηριακών αναλύσεων, όπως η μέτρηση χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης, επίσης σχετίζεται θετικά με το επίπεδο ικανοποίησης. Η πληροφόρηση και η επικοινωνία με τον γιατρό αξιολογείται ως πολύ σημαντική παράμετρος ικανοποίησης. Στη μελέτη επισημαίνεται ότι το χαμηλό επίπεδο υγείας, η αναπηρία, η ψυχολογική επιβάρυνση και οι κακές συνθήκες διαβίωσης, συσχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Επιπλέον, εντοπίζονται διαφορές μεταξύ των διαφορετικών χωρών, τόσο λόγω διαφορετικών προσδοκιών, όσο και λόγω διαφορετικών οργανωτικών, χρηματοδοτικών, θεσμικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Στη μελέτη επιχειρείται μια σύγκριση μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών για επτά χώρες. Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι μεγάλος ως απόλυτη τιμή, ενδεχομένως όμως να είναι μικρός για να γίνει μια τέτοια σύγκριση με ασφαλή συμπεράσματα. Το χαμηλότερο επίπεδο γενικής ικανοποίησης καταγράφεται στη Γερμανία με ποσοστό 59,6% και το υψηλότερο στην Ιταλία με ποσοστό 87,4%. Ο ασθενείς από τη Γερμανία και τη Λιθουανία έχουν

χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες της ΠΦΥ σε σύγκριση με τους ασθενείς από την Ιταλία, την Ουγγαρία και την Ισπανία.

Η μελέτη των van Til et al (2019). σχετίζεται με παιδιατρική φροντίδα σε επίπεδο ΠΦΥ. Διαμορφώθηκε ψηφιακό ερωτηματολόγιο εστιασμένο στο θέμα της έρευνας, το οποίο ονομάζεται Priorities of Child Health Care Assessed (POCHA). Η επιλογή των χωρών που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα έγινε με κριτήριο τις διαφορές στα συστήματα υγείας. Επιλέγησαν χώρες με διαφορές σε βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, οι οποίες μπορεί να διαμορφώνουν τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των χρηστών, και οι οποίες αφορούν στο οργανωτικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, στους επαγγελματίες υγείας και στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού ως «πύλης εισόδου» (gatekeeping). Συμμετείχαν η Γερμανία, η Πολωνία, η Ολλανδία, η Ισπανία και η Μεγάλη Βρετανία, με ανάλογο αριθμό συμμετεχόντων η κάθε χώρα, σύμφωνα με τους κανόνες δειγματοληψίας και συγκρίσιμα δείγματα πληθυσμού μεταξύ των διαφορετικών χωρών, όσον αφορά στην ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων. Συνολικά έλαβαν μέρος 2403 ασθενείς. Η μορφή της οικογένειας και ο αριθμός των παιδιών διέφερε μεταξύ των χωρών. Οι συμμετέχοντες είχαν επαφή με την ΠΦΥ μέσω γενικού-οικογενειακού ιατρού, κοινοτικού νοσηλευτή, παιδίατρο, οδοντίατρο, φυσιοθεραπευτή και κοινωνικού λειτουργού. Καταγράφονται σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες μεταξύ των συμμετεχόντων που είναι γονείς και των ατέκνων. Οι γονείς έχουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερες προσδοκίες και απαιτήσεις και χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης συγκριτικά με τους άτεκνους. Ιδιαίτερη βαρύτητα αναφορικά με τη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης έχουν τα κριτήρια προσβασιμότητα, χρόνος αναμονής, καταλληλότητα, οικονομική συμμετοχή, συνέχεια, αξιοπρέπεια, σεβασμός, συντονισμός ενεργειών, κτιριακή υποδομή και τεχνική επάρκεια του προσωπικού. Στην Πολωνία και την Ισπανία καταγράφεται χαμηλό ποσοστό εμπιστευτικότητας στοιχείων και αυτονομίας των παιδιών και των εφήβων, ζητήματα που εμπίπτουν και στο θεσμικό πλαίσιο κάθε χώρας περί προστασίας των ανηλίκων. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης διέφερε μεταξύ των χωρών και ήταν ίσο με 56,0% για την Πολωνία, 62,0% για την Ισπανία, 64,0% για τη Γερμανία, 68% για τη Μεγάλη Βρετανία και 70% για την Ολλανδία. Οι διαστάσεις για τις οποίες παρατηρήθηκαν οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών ήταν η εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα, η διαφάνεια σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, καθώς και η υποδομή



και ο εξοπλισμός. Οι διαστάσεις για τις οποίες παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη ταύτιση μεταξύ των χωρών με επίπεδα ικανοποίησης μεγαλύτερα του 75% σε τέσσερις από τις πέντε χώρες είναι η τεχνική επάρκεια του προσωπικού και η επαρκής πληροφόρηση. Διαστάσεις για τις οποίες παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, σε τέσσερις από τις πέντε χώρες είναι η εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα των στοιχείων των παιδιών και η δυνατότητα να οριστεί ραντεβού μέσω της ΠΦΥ με ειδικευμένους ιατρούς. Τα παιδιά δεν είναι ενήλικες σε μικρογραφία και η φυσιολογία του σώματος τους είναι διαφορετική. Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι οι ανάγκες υγείας που πρέπει να εκπληρωθούν είναι διαφορετικές. Παράλληλα, στην παροχή της υπηρεσίας υγείας αλληλοεπιδρούν και οι γονείς, οι οποίοι εμπλέκονται συναισθηματικά με τα παιδιά, γεγονός που καθιστά πιο δύσκολη την αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών παιδιατρικής φροντίδας.



Εικόνα 25 Το επίπεδο αντιλαμβανόμενης ποιότητας στην ΠΦΥ για παιδιατρική φροντίδα σε 5 πέντε χώρες της Ευρώπης. Πηγή: Van Til et al, 2019

Η μελέτη των Kroneman et al (2006) διερευνά τη σχέση του γενικού-οικογενειακού ιατρού ως πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας, με το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της ΠΦΥ, σε 18 χώρες της Ευρώπης. Βασίζεται στα στοιχεία από τη μελέτη EUROPEP και διερευνά τα επίπεδα

ικανοποίησης σε σχέση με τις οργανωτικές διαστάσεις χρόνος αναμονής, δυνατότητα για ραντεβού και προσβασιμότητα. Οι συμμετέχοντες θεωρούν πολύ σημαντική παράμετρο τη σχέση ιατρού–ασθενούς, καθώς και την επικοινωνία με τον ιατρό. Σε σχετική ερώτηση δηλώνουν ότι θα επιθυμούσαν να έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού. Η μελέτη εστιάζει στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της, ο θεσμός δεν έχει γίνει αποδεκτός από τους χρήστες της ΠΦΥ, σε κυμαινόμενο βαθμό στις διαφορετικές χώρες που περιλαμβάνονται στη μελέτη. Οι ασθενείς θα προτιμούσαν να έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής. Στις χώρες όπου υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού τα επίπεδα ικανοποίησης είναι υψηλότερα σε σχέση με τις χώρες όπου απαιτείται παραπεμπτικό από τον οικογενειακό ιατρό. Η μελέτη αφορά σε φροντίδα από οικογενειακό ιατρό, σε οδοντιατρική φροντίδα και σε φροντίδα μητέρας - παιδιού. Επειδή σε ορισμένες από τις χώρες που συμμετείχαν προβλέπεται παιδίατρος στις δομές της ΠΦΥ ενώ σε άλλες θεωρείται ειδικευμένος ιατρός, δεν αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τον παιδίατρο.

Η μελέτη των Righi et al (2022) βασίζεται σε δεδομένα από την European Social Survey (ESS), η οποία από το 2002 και μετά επαναλαμβάνεται ανά δυο χρόνια και έχει σαν στόχο τη διαχείριση των κοινωνικών αλλαγών στην Ευρώπη. Συμπεριλαμβάνονται στοιχεία από οκτώ κύκλους της έρευνας, οι οποίοι διενεργούνται ανά διετία και οι οποίοι έχουν πραγματοποιηθεί κατά το χρονικό διάστημα 2002-2016. Συμμετέχουν οι παρακάτω 32 χώρες: Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Κύπρος, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ολλανδία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρωσία, Σουηδία, Σλοβενία, Σλοβακία, Ισπανία, Ελβετία, Ρουμανία, Ουκρανία και Μεγάλη Βρετανία. Δεν συμμετείχαν όλες οι χώρες σε όλους τους διετείς κύκλους της έρευνας. Η μελέτη περιλαμβάνει 353523 συμμετέχοντες. Στις γυναίκες παρατηρήθηκε χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τους άνδρες. Τα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με την ηλικία, ήταν υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι ασθενείς που κατοικούν σε αστικές περιοχές είχαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με αυτούς που κατοικούν στις αγροτικές περιοχές. Η οικονομική κατάσταση των ασθενών και οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο ικανοποίησης.

Η μελέτη των Stepurko et al (2016) περιλαμβάνει συμμετέχοντες από τη Βουλγαρία, την Ουγγαρία, τη Λιθουανία, την Πολωνία, τη Ρωσία και τη Ρουμανία,

και ουσιαστικά αποτελεί τη συνισταμένη 6 εθνικών μελετών που διενεργήθηκαν υπό την επίβλεψη του Πανεπιστημίου του Μάαστριχτ. Το Πανεπιστήμιο συνέταξε και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, το οποίο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις. Περίπου το 10-14% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο με το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει, ιδιαίτερα με την διάσταση της πρόσβασης. Ποσοστό 22% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταβάλλει επιπλέον χρήματα για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με άτυπο τρόπο. Σε ορισμένες από τις χώρες που περιλαμβάνονται στη μελέτη τα ποσοστά των άτυπων πληρωμών είναι υψηλά και οι ασθενείς δηλώνουν αδυναμία να αντιμετωπίσουν τις δαπάνες για την υγεία. Τα υψηλότερα ποσοστά τέτοιου τύπου πληρωμών καταγράφονται στην Ουκρανία και τη Ρουμανία. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με την φήμη και τις δεξιότητες του ιατρού, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τη συμπεριφορά του προσωπικού. Επιπρόσθετα, υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με την προσβασιμότητα και τους χρόνους αναμονής. Παρατηρείται συσχέτιση του επιπέδου ικανοποίησης με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τυχόν υποκείμενα νοσήματα και η κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου. Ασθενείς με κακή κατάσταση της υγείας τους, με μικρότερη ηλικία και ανώτερο επίπεδο μόρφωσης έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Παρατηρούνται αρκετές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων από διαφορετικές χώρες, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στα συστήματα υγείας των χωρών.

### **7.3 Μελέτες που αφορούν σε άλλες χώρες**

Η μελέτη του Steyl, (2020) διενεργήθηκε στη Νότιο Αφρική, σε επτά κέντρα κοινοτικής υγείας στην πρωτεύουσα της χώρας και αφορά στην ικανοποίηση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Συμμετείχαν 335 ασθενείς, σε ποσοστό 35,5% άνδρες και 64,5% γυναίκες, ηλικίας  $58,25 \pm 10,58$  ετών, κατά 57% έγγαμοι και σε ποσοστό 50,1% με ανώτατο επίπεδο μόρφωσης. Όσον αφορά στην απασχόληση ήταν κατά 37,7% άνεργοι και κατά 33,1% συνταξιούχοι. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε σε υπάρχον πρότυπο ερωτηματολόγιο, χωρίς ωστόσο να γίνεται αναφορά σε επιμέρους λεπτομέρειες. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και στα τρία γλωσσικά ιδιώματα που ομιλούνται από τον πληθυσμό της χώρας, για λόγους ισότιμης αντιμετώπισης των ασθενών. Το γενικό επίπεδο

ικανοποίησης ήταν υψηλό. Ποσοστό 78,5% των συμμετεχόντων δηλώνει ικανοποιημένο διότι έλαβε επαρκή πληροφόρηση και 89,2% δηλώνει ικανοποιημένο από την ιδιωτικότητα και την εχεμύθεια. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι έλαβαν επαρκή και σαφή πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, ότι είναι ικανοποιημένοι με την ευγένεια, το σεβασμό και την επικοινωνία με το προσωπικό. Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με το χρόνο αναμονής για ραντεβού, το χρόνο αναμονής για εξέταση, το χρόνο αναμονής για συνταγογράφηση φαρμάκων και το ωράριο λειτουργίας των δομών υγείας.

Η μελέτη των Nunu και Munyewende (2017) αφορά επίσης στην Νότιο Αφρική και συγκεκριμένα σε ασθενείς που επισκέπτονται τις 111 κλινικές της ΠΦΥ, οι οποίες λειτουργούν τις εργάσιμες μέρες και ώρες, σε όλες τις επαρχίες της χώρας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν σε διαχείριση χρόνιων νοσημάτων (χορήγηση αντιρετροϊκής θεραπείας, φυματίωση, διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση). Διερευνήθηκαν τα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με το φύλο, την πρόσβαση, τη χρονική διάρκεια της επίσκεψης, την προσέγγιση από το νοσηλευτικό προσωπικό, την ιδιωτικότητα της υπηρεσίας, την ευγένεια, την επαρκή πληροφόρηση και τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Διαπιστώνεται ότι η ευγένεια, η χρονική διάρκεια της επίσκεψης και η προσέγγιση από το προσωπικό είναι οι διαστάσεις που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας και των οικονομικών ανισοτήτων στον πληθυσμό, η πρόσβαση σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που έχει αναπτυχθεί στη χώρα για την αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η μελέτη του Ofei-Dodoo (2019) έχει διενεργηθεί στη Γκάνα (Δυτική Αφρική) και ερευνά τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με το χρόνο αναμονής, την επικοινωνία, την ιδιωτικότητα, τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του, τη δυνατότητα επιλογής ιατρού και την καθαριότητα. Οι συμμετέχοντες ήταν ισάριθμοι άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας 61,2 ετών και σε ποσοστό 98% εργαζόμενοι. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης ήταν μέσο προς υψηλό. Οι ασθενείς θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται με τον δέοντα σεβασμό και αξιοπρέπεια, και δίνουν μεγάλη σημασία στην επικοινωνία με το προσωπικό. Τα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με όλες τις διαστάσεις που μελετήθηκαν. Οι ασθενείς επιθυμούν ιδιωτικότητα, επικοινωνία, επαρκή και σαφή πληροφόρηση, και ενσυναίσθηση από πλευράς του προσωπικού. Η μελέτη βασίζεται σε δεδομένα που συνελέγησαν στη μελέτη του ΠΟΥ «Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE)» μεταξύ 2007

και 2010. Η μελέτη αφορούσε έξι χώρες: Κίνα, Ινδία, Μεξικό, Ρωσία, Γκάνα και Νότιο Αφρική. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί από τον ΠΟΥ στην μελέτη SAGE, το οποίο βασίζεται στο ερωτηματολόγιο World Health Survey, με κάποιες τροποποιήσεις και προσθήκες.

Η μελέτη του Haytham (2022) έχει διενεργηθεί στην Αίγυπτο και αφορά αποκλειστικά στην ικανοποίηση των γυναικών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ΠΦΥ. Περιλαμβάνει 300 ερωτώμενες οι οποίες επισκέφθηκαν τρία κέντρα ΠΦΥ, ένα σε αστική περιοχή και δύο σε αγροτικές περιοχές. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε ερωτηματολόγια από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που είχαν τον ίδιο σκοπό. Η σύνταξη του έγινε από το τμήμα ιατρικής του πανεπιστημίου Al Azhar του Καΐρου και από ιατρούς της ΠΦΥ. Πριν τη διενέργεια της μελέτης έγινε πιλοτική εφαρμογή του. Ποσοστό 57,7% των συμμετεχόντων δηλώνει ικανοποιημένο από την προσβασιμότητα, 56,5% από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση από το προσωπικό και την ποιότητα της ιατρικής εξέτασης. Παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με το περιβάλλον και τους χώρους των δομών υγείας, καθώς και με την πληροφόρηση που έλαβαν οι ασθενείς από το προσωπικό. Τα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο, την απασχόληση, τη συχνότητα επισκέψεων και το είδος της δομής ΠΦΥ. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η απασχόληση και το υψηλό εισόδημα, σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Η συχνότητα των επισκέψεων σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, γεγονός που αποδίδεται στη διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται με το προσωπικό λόγω των επανειλημμένων επισκέψεων. Παρατηρούνται διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, όσον αφορά στους χώρους και στην πρόσβαση. Ο γεγονός αυτό αποδίδεται στο ότι το αστικό κέντρο στεγάζεται σε πολυσύχναστη περιοχή με μεγάλη κυκλοφοριακή συμφόρηση, καθώς και σε ενοικιασμένο χώρο χαμηλής ποιότητας υποδομής, μέχρις ότου ολοκληρωθεί η ανοικοδόμηση νέου κέντρου. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης είναι μέτριο προς χαμηλό.

Η μελέτη των Biresaw et al (2021) είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών στην Αιθιοπία. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης ανέρχεται σε 63,7%. Καταγράφεται υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης στις μαιευτικές υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται κατά προτεραιότητα και δωρεάν, σύμφωνα με την κρατική πολιτική. Το αντίστοιχο προσωπικό είναι πολύ καλά εκπαιδευμένο και ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται προηγμένος και σύγχρονος. Το

υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, λόγω υψηλότερων προσδοκιών από πλευράς των ασθενών. Οι καθυστερήσεις, ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής και η έλλειψη δυνατότητας συνταγογράφησης συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Η μελέτη των Senitan et al (2018) αφορά στη Σαουδική Αραβία και διερευνά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις δημόσιες δομές της ΠΦΥ σε σχέση με το προσωπικό. Διερευνήθηκαν διαστάσεις όπως οι δεξιότητες επικοινωνίας, η πληροφόρηση και η υποστήριξη, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη, η κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η φιλικότητα, η ευγένεια, η τεχνική επάρκεια του προσωπικού, η ευκολία προσέγγισης του ιατρού και ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή. Η μελέτη βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης κυμαίνεται από μέτριο ως υψηλό. Ο βαθμός συσχέτισης κάθε διάστασης με το επίπεδο ικανοποίησης διαφέρει μεταξύ των αναφορών που περιλαμβάνονται στη μελέτη. Παρατηρείται ότι ενώ το γενικό επίπεδο ικανοποίησης είναι υψηλό, πολλοί ασθενείς για επείγουσες καταστάσεις επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, γεγονός που ερμηνεύεται ως έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες της ΠΦΥ.

Η μελέτη των Mohamed et al (2015) επίσης αφορά στη Σαουδική Αραβία, διενεργήθηκε στην περιοχή Majmaah και διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Καταγράφονται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την υγιεινή και την καθαρότητα των χώρων, την τεχνική επάρκεια του προσωπικού, το σεβασμό και την ευγένεια. Οι άνδρες είναι ικανοποιημένοι σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένοι ασθενείς και οι ασθενείς σε χηρεία έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τους έγγαμους. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το υψηλό εισόδημα σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Η γεωγραφική περιοχή της μελέτης περιλαμβάνει μικρό πληθυσμό ευθύνης, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται μακροχρόνιες σχέσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Η μελέτη των Alrasheedi et al (2019) εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τους χρόνους αναμονής, σε δομές ΠΦΥ στην περιοχή Al-Qassim της Σαουδικής Αραβίας. Η μελέτη έγινε σε 11 κέντρα υγείας της ΠΦΥ, από τα 120 που υπάρχουν στη συγκεκριμένη περιοχή. Ποσοστό 32,8% των ερωτηθέντων έχει χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το χρόνο αναμονής για να λάβει το εισιτήριο προς

εξέταση, ενώ 40,4% δηλώνει χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με το χρόνο αναμονής στο φαρμακείο. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αναφέρει ότι ο χρόνος αναμονής για εξέταση κυμαίνεται από 21 ως 30 λεπτά της ώρας. Δηλώνουν δυσαρεστημένοι με το χρόνο αναμονής για τη λήψη των ζωτικών σημείων από τους νοσηλευτές, για την οδοντιατρική επίσκεψη και για τη διενέργεια απεικονιστικής εξέτασης. Καταγράφεται θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου ικανοποίησης και μορφωτικού επιπέδου, οικογενειακής κατάστασης και απασχόλησης. Δεν παρατηρήθηκε κάποια σχέση μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης με το φύλο των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη βασίστηκε στη βιβλιογραφία.

Η μελέτη των Quyen et al (2021) διενεργήθηκε στο Βιετνάμ και περιλαμβάνει 4372 ασθενείς, μέσης ηλικίας  $51,44 \pm 17,2$  ετών, σε ποσοστό 60% γυναίκες και σε ποσοστό 78% έγγαμους. Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων είναι αγρότες και το 50 % έχει χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Περίπου το 21,5 % έχει υψηλό εισόδημα. Καταγράφεται χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το χρόνο αναμονής, ωστόσο συμπεραίνεται ότι σε κάποιο ποσοστό οι ασθενείς υπερεκτιμούν το χρόνο αναμονής, λόγω του στρες που δημιουργείται κατά την αναμονή προς εξέταση. Η διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης επίσης σχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης, Η σύντομη και επιφανειακή εξέταση μειώνει την εμπιστοσύνη προς το ιατρικό προσωπικό και οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με την τεχνική επάρκεια του ιατρού, καθώς και σε υποτίμηση της προσπάθειας που καταβάλλει προς όφελος του ασθενούς. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Ασθενείς που επισκέπτονται πολλές φορές τη δομή υγείας δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, γεγονός που αποδίδεται στη μακροχρόνια σχέση που αναπτύσσεται με τον θεράποντα ιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό. Το επίπεδο μόρφωσης σχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης, διότι άτομα που μπορούν να γράφουν και να διαβάζουν μπορούν να ακολουθούν πιο εύκολα τις οδηγίες που τους δίνονται από τον ιατρό, και αισθάνονται μεγαλύτερη σιγουριά, σε σχέση με τα αναλφάβητα άτομα. Ο τομέας απασχόλησης σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης. Οι αγρότες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, γεγονός που αποδίδεται στο ότι μπορούν να επισκεφθούν τις δομές όποια ώρα επιθυμούν οι ίδιοι και όχι όταν το επιτρέπει το ωράριο εργασίας τους. Επιπλέον, οι ασθενείς που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας και επομένως φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτό. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη.

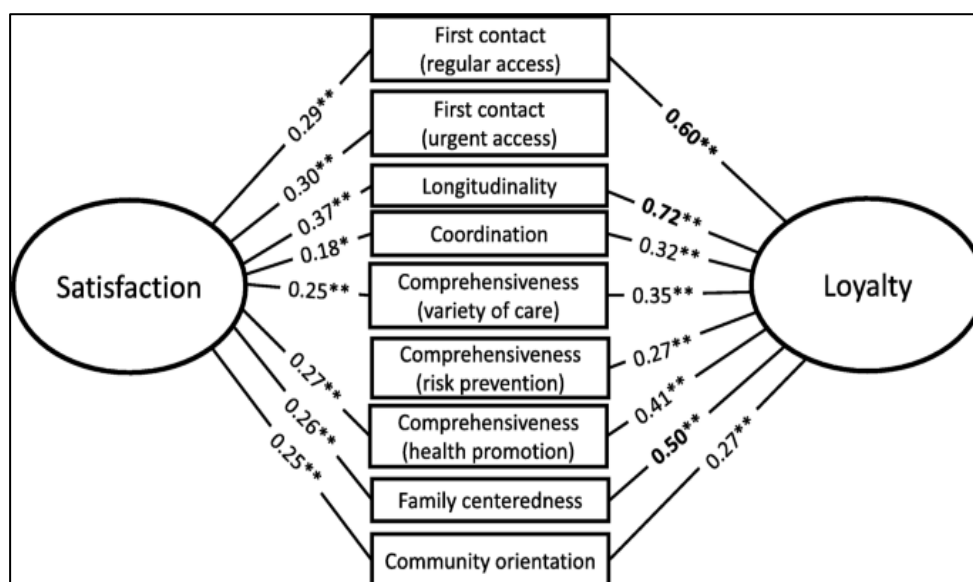
Η μελέτη των He and Bian (2018) διενεργήθηκε στη Δυτική Κίνα και περιλαμβάνει 2754 συμμετέχοντες που επισκέφθηκαν δομές ΠΦΥ από 11 διοικητικές περιφέρειες. Διερευνήθηκαν η συμπεριφορά του προσωπικού, οι υποδομές, οι δεξιότητες του προσωπικού και το κόστος των υπηρεσιών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε ερωτηματολόγια δημοσιευμένα στη βιβλιογραφία, σε παρόμοιες έρευνες που αφορούν στην ικανοποίηση ασθενών στην Κίνα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $36,86 \pm 14,30$  έτη, σε ποσοστό 40% γυναίκες και 60% άνδρες, μόνο το 40% είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο, ως προς την απασχόληση ήταν κυρίως αγρότες και ως προς το εισόδημα το 70,4% είχε πολύ χαμηλό ως χαμηλό εισόδημα. Το 20% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού και από την πληροφόρηση που έλαβαν από τον ιατρό. Το κόστος σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Το επίπεδο ικανοποίησης είναι υψηλότερο σε άτομα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, σε άτομα με μεγαλύτερη ηλικία, την απασχόληση και το μηνιαίο εισόδημα. Όσον αφορά στην κατάσταση υγείας του ασθενούς, οι χρονίως πάσχοντες έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, γεγονός που αποδίδεται στις πολλαπλές επισκέψεις και τη μακροχρόνια σχέση που δημιουργούν με το προσωπικό. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης που αναφέρεται στη μελέτη είναι χαμηλό.

Η μελέτη των Persai et al (2022) διενεργήθηκε στην Ινδία, σε τρεις μεγάλες διοικητικές περιφέρειες, με μεγάλη οικονομική και γεωγραφική διαφοροποίηση μεταξύ τους. Περιλαμβάνει 4650 συμμετέχοντες, ως προς το φύλο 55,4% γυναίκες και 46,9% άνδρες. Ποσοστό 51,1% των συμμετεχόντων ήταν νεαρά άτομα ηλικίας 18 ως 44 ετών, έγγαμοι σε ποσοστό 82,6% και εργαζόμενοι σε ποσοστό 46%. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη. Το επίπεδο ικανοποίησης από την ΠΦΥ είναι υψηλότερο σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης από τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με το αν έλαβαν τη φροντίδα που επιθυμούσαν, σχετικά με το προσωπικό (επαρκής επεξήγηση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, επαρκής πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα υγείας, συμπεριφορά του ιατρού, συμπεριφορά των νοσηλευτών, χρόνος που διέθεσε το προσωπικό για τη φροντίδα, η προθυμία του προσωπικού να ακούσει τα προβλήματα του ασθενούς, η εχεμύθεια, η χρονική διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης), την καθαριότητα των κυρίων και των βοηθητικών χώρων των δομών, την ποιότητα των εργαστηριακών εξετάσεων, τα μέτρα για τον περιορισμό των λοιμώξεων στις δομές (όπως πλύσιμο των χεριών και την εφαρμογή γαντιών μιας χρήσης) και την υποδομή



των χώρων αναμονής. Παρατηρείται σχέση του επιπέδου ικανοποίησης με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου.

Η μελέτη των Kijima et al (2021) αφορά στην Ιαπωνία και διενεργήθηκε σε δομές ΠΦΥ σε τρία δημοτικά διαμερίσματα αγροτικών περιοχών. Οι συμμετέχοντες ήταν 206, ηλικίας  $67 \pm 14,1$  ετών, σε ποσοστό 62,9% γυναίκες, κατά 45% άνεργοι και συνταξιούχοι, και σε ποσοστό 53,4% απόφοιτοι λυκείου. Το 70,4% των συμμετεχόντων είχε υψηλό εισόδημα και χαρακτήρισε την αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του από καλή ως πολύ καλή. Ποσοστό 56,4% των συμμετεχόντων επισκέπτεται τις δομές της ΠΦΥ περισσότερες από δέκα φορές ανά έτος. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Primary Care Assessment Tool (PCAT). Η προσβασιμότητα, η συνέχεια και η διαχρονικότητα της φροντίδας, καθώς και η εστίαση στην οικογένεια σχετίζονται τόσο με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, όσο και με την πρόθεση τους να επισκεφθούν ξανά τις ίδιες δομές υγείας. Οι συμμετέχοντες θεωρούν πολύ σημαντικές διαστάσεις την προαγωγή της υγείας και τον προσανατολισμό προς την κοινότητα. Άλλες διαστάσεις που διερευνήθηκαν ήταν η ικανοποίηση από την πρώτη επαφή με την ΠΦΥ, από την επαφή σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, η κατανόηση και ο συντονισμός μεταξύ των παρεχομένων υπηρεσιών.



Εικόνα 26 Συσχέτιση των διαστάσεων που μελετήθηκαν, με την ικανοποίηση και την αφοσίωση των ασθενών. Πηγή Kijima et al. (2021)

Η μελέτη των Fausto et al (2017) Διενεργήθηκε στη Βραζιλία και αξιολογεί τις υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές της ΠΦΥ μέσα από τρεις διαστάσεις: την προσβασιμότητα, τη συνέχεια και την αποδοχή από τους ασθενείς. Η αποδοχή μελετάται ως προς την παροχή φροντίδας που σέβεται τα έθιμα, τη θρησκεία και τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των ασθενών, δεδομένης της πολυπολιτισμικότητας του πληθυσμού της χώρας, των διαφορετικών θρησκειών και τη συνύπαρξη διαφορετικών ιθαγενών φυλών. Τα δεδομένα της μελέτης προέρχονται από την μελέτη PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-National Primary Health Care Access and Quality Improvement Program) που διενεργήθηκε στη χώρα τα έτη 2013-2014. Το δείγμα αποτελείται από 109919 ασθενείς που επισκέφθηκαν 24055 δομές ΠΦΥ, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 61,3% των δομών ΠΦΥ της χώρας. Οι συμμετέχοντες ήταν κατά 79,6% γυναίκες, σε ποσοστό 58,3% μιγάδες και 3% ιθαγενείς. Οι δομές της ΠΦΥ στη Βραζιλία διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη στελέχωση, την ομάδα επαγγελματιών υγείας, το ωράριο λειτουργίας, την κτιριακή υποδομή και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι διαστάσεις που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης είναι η προσβασιμότητα και η συνέχεια της φροντίδας. Συμπεραίνεται ότι υπάρχουν ανισότητες μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων τόσο ως προς την προσβασιμότητα, όσο και ως προς την συνέχεια της φροντίδας, ιδιαίτερα στην ομάδα των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση. Όσον αφορά στην αποδοχή διαπιστώνεται μεγάλη ετερογένεια στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, η οποία αποδίδεται σε διαφορετικές πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες, που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις τους σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η μελέτη των Pighin et al (2022) αφορά στην Αργεντινή. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SERVPERF (Service Performance) και αξιολογήθηκαν τέσσερις διαστάσεις: η ποιότητα των προγραμμάτων υγείας που αφορούν στα χρόνια νοσήματα, η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με την τεχνική επάρκεια του προσωπικού, τη συμπεριφορά και το ενδιαφέρον του για τις ανάγκες των ασθενών, η εμπιστοσύνη των ασθενών και η πρόθεση των ασθενών να επισκεφθούν πάλι την ίδια δομή υγείας, ως δείκτης συνέχειας της φροντίδας. Το δείγμα αποτέλεσαν 407 ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν δομές ΠΦΥ στην περιοχή Rosario. Οι συμμετέχοντες ήταν κατά 62,9% γυναίκες, η μέση ηλικία ήταν 45,64 έτη, ποσοστό 49,1% είχαν ολοκληρώσει μόνο το δημοτικό σχολείο και 23,8% το γυμνάσιο και σε ποσοστό 25,6% ήταν άνεργοι. Από τους συμμετέχοντες 243 ασθενείς έπασχαν από

κάποιο χρόνιο νόσημα και ελάμβαναν συστηματικά φαρμακευτική αγωγή. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης, η εμπιστοσύνη και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών ήταν υψηλά. Η πρόθεση για επανάληψη της επίσκεψης κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Το ποσοστό των συμμετεχόντων με χρόνιο νόσημα ήταν υψηλό (40,3%) και σύμφωνα με τους ερευνητές το 77% των θανάτων στις χώρες της Νότιας Αμερικής οφείλεται στα χρόνια νοσήματα. Στην Αργεντινή το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 81%, επομένως ο ρόλος της ΠΦΥ στην πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε αυτές τις χώρες.

Η μελέτη των Bajgain et al (2020) συνιστά βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στην προσβασιμότητα στις δομές της ΠΦΥ στον Καναδά, μια χώρα πολυπολιτισμική, όπου συνυπάρχουν άτομα από διαφορετικές χώρες και μιλούνται διαφορετικές γλώσσες. Διαπιστώνονται μεγάλες δυσκολίες και φραγμοί στην πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, οι οποίες οφείλονται σε πολιτιστικούς παράγοντες (δυσκολία στην επικοινωνία λόγω γλωσσικού ιδιώματος, διαφορετικά ήθη και αντιλήψεις, φόβος και προκαταλήψεις για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, φόβος για κοινωνικές διακρίσεις ή απόρριψη). Επιπρόσθετα φραγμοί στην πρόσβαση αποτελούν η γεωγραφική ετερογένεια της χώρας, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών της ΠΦΥ και οι οικονομικές ανισότητες. Οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής αποτελούν μια επιπλέον διάσταση που επηρεάζει την προσβασιμότητα.

Η μελέτη των Hendi et al (2020) διενεργήθηκε στο Κουβέιτ σε διάφορες δομές ΠΦΥ, οι οποίες βρίσκονται και στις 5 διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Στη μελέτη συμμετείχαν 476 ασθενείς, στην πλειοψηφία γυναίκες στα κέντρα οικογενειακής φροντίδας και άντρες στα κέντρα γενικής ιατρικής. Όσον αφορά στο επίπεδο μόρφωσης 42% των συμμετεχόντων είχαν πανεπιστημιακή μόρφωση, και ως προς την ηλικία το 49% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 31-50 ετών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε στην αραβική και την αγγλική γλώσσα με ηλεκτρονικό τρόπο. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης από τα κέντρα οικογενειακής φροντίδας ήταν 82,1% και για τα κέντρα γενικής ιατρικής 82,5%. Την υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με την ικανοποίηση έλαβε το κέντρο που διακρίνεται για την καθαριότητα των χώρων. Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης καταγράφονται από τους χρόνους επίδοσης αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων. Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται και με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής στα κέντρα ΠΦΥ και της ελλιπούς πληροφόρησης σχετικά με τυχόν παρενέργειες από αυτή.

Η μελέτη των Islam et al (2022) διενεργήθηκε στην Αυστραλία. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 207 ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν διαφορετικού τύπου δομές της ΠΦΥ σε ολόκληρη τη χώρα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο, χωρίς να αναφέρονται στη βιβλιογραφία περαιτέρω λεπτομέρειες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $58,6 \pm 20,5$  έτη και ως προς το φύλο ήταν 50,2% άνδρες και 49,8% γυναίκες. Περίπου το ένα τρίτο ήταν ιθαγενείς αυτόχθονες. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης ήταν πολύ υψηλό και ισούται με 93,2%. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης καταγράφονται σε σχέση με την προσβασιμότητα, τη συμπεριφορά και το σεβασμό από πλευράς του προσωπικού. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά χαμηλότερο στους ιθαγενείς, λόγω πολιτισμικών διαφορών. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης καταγράφονται και από τον γενικό-οικογενειακό ιατρό, υπογραμμίζοντας τη σημασία του θεσμού. Οι ασθενείς θεωρούν πολύ σημαντική τη μακροχρόνια σχέση που αναπτύσσουν με τον ιατρό, τις δεξιότητες επικοινωνίας του ιατρού και την επικοινωνία με τρόπο σαφή και κατανοητό. Ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Η μελέτη των Chandra et al (2019) είναι αντιπροσωπευτική μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τα νησιά του Ειρηνικού, και διενεργήθηκε στο νησιά Φίτζι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (61,1%) και ως προς την εθνικότητα ανήκαν στη φυλή i-Taukei (54,9%), ποσοστά που είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο (91,5%), ήταν εργαζόμενοι σε ποσοστό 57,6%, ενώ 9,9% ήταν φοιτητές και 19,2% ήταν άνεργοι. Το επίπεδο ικανοποίησης είναι πολύ υψηλό σε σχέση με την ιατρική εξέταση (80,6%), με την αγωγή που τους χορηγήθηκε (81,6%), τη φιλικότητα και την προσέγγιση του προσωπικού (79,5%) και δηλώνουν την πρόθεση να επισκεφθούν ξανά τον ίδιο ιατρό όταν απαιτηθεί (80,5%). Σε σχέση με την ηλικία, ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με νεότερους ασθενείς. Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους άνδρες. Διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης παρατηρούνται και μεταξύ των διαφορετικών εθνοτήτων που κατοικούν στη χώρα, με ποσοστά 75% για τους Indo-Fijians, 67,9% για τους i-Taukei και 60,7% για τους υπόλοιπους πολίτες. Οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Σχετικά με το χρόνο αναμονής, οι ασθενείς οι οποίοι είχαν χρόνο αναμονής λιγότερο από 1 ώρα έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Το επίπεδο ικανοποίησης από την επικοινωνία με τον ιατρό ήταν μέτριο, το ίδιο και η εμπιστοσύνη προς τον ιατρό. Η

πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει πολύ ικανοποιημένο από το υγειονομικό προσωπικό, ως προς την φιλικότητα και την προσέγγιση.

Η μελέτη των Hermann et al (2018) αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου νεοπλασιών και διενεργήθηκε στη Βοστώνη των ΗΠΑ. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Patient Satisfaction Questionnaire-18 μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Η μελέτη περιλάμβανε ασθενείς που επισκέφθηκαν δομές ΠΦΥ κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος-Δεκέμβριος 2014, μεταξύ των οποίων και ορισμένοι που είχαν χαρακτηριστεί ως ασθενείς υψηλού κινδύνου για εκδήλωση νεοπλασίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ γενικά, σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Η μελέτη των Χαραλάμπους και συνεργατών (2019) αφορά στην ικανοποίηση ασθενών από την οδοντιατρική φροντίδα σε δημόσιες δομές της Κύπρου. Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 414 ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, τόπος μόνιμης διαμονής, εθνικότητα, εκπαιδευτικό επίπεδο), τη χρήση των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών (λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο, λόγος επιλογής, συχνότητα επισκέψεων) και την ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με την προσβασιμότητα και τον τρόπο οργάνωσης (χώρος στάθμευσης, ώρες λειτουργίας, χρόνος αναμονής, υλικά και εξοπλισμός), το προσωπικό (συμπεριφορά, ενδιαφέρον, χρόνος, πληροφορίες, ευγένεια) και την ποιότητα εργασίας (έλεγχος πόνου κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, αριθμός επισκέψεων για την ολοκλήρωση της θεραπείας και έκβαση). Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με βάση την αντίστοιχη βιβλιογραφία και προσαρμόστηκε στις ανάγκες της Κύπρου. Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέφθηκαν τον οδοντίατρο για την ανακούφιση από τον πόνο (30,9%), για τη συνέχιση της θεραπείας (17,5%) και για προληπτικούς λόγους (12,5%). Οι περισσότεροι είχαν επισκεφθεί ξανά τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο (78,7%), ενώ σχεδόν όλοι δήλωσαν ότι θα τις επισκεφθούν πάλι (97%) και ότι θα τις σύστηναν σε συγγενείς ή φίλους τους (95%). Η ικανοποίηση των χρηστών από τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο είναι αρκετά υψηλή, με τη μικρότερη ικανοποίηση να αφορά στην προσβασιμότητα και την οργάνωση, και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση να αναφέρεται στο προσωπικό. Το επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με την προσβασιμότητα ανέρχεται σε 71%. Οι άνδρες ασθενείς, οι οποίοι επισκέφθηκαν τις

δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην περιοχή της Λευκωσίας, καθώς και οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σχετικά με την προσβασιμότητα και την οργάνωση των υπηρεσιών. Οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην περιοχή της Λεμεσού ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι για το προσωπικό, την ποιότητα εργασίας και τη συνολική ικανοποίηση, ενώ οι ασθενείς στην περιοχή της Πάφου ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι. Οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας είχαν υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης δεν ταυτίζονται πάντα με υψηλά επίπεδα ποιότητας. Θεωρούν ότι στις δομές που μελέτησαν, η υψηλή ικανοποίηση μπορεί να συνδέεται τόσο με τις χαμηλές προσδοκίες των χρηστών, όσο και με το χαμηλό κόστος που καταβάλουν για τις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί τον πυλώνα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας όλων των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ΠΦΥ είναι η πρώτη βαθμίδα για παροχή φροντίδας υγείας στα άτομα όλων των ηλικιών, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, τα οικονομικά, τα πολιτικά, τα πολιτιστικά και τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ, πρέπει να είναι κοντά στον τόπο διαμονής του πληθυσμού, να είναι εύκολα προσβάσιμες σε αυτόν, να παρέχονται με συνέχεια και συνέπεια και να παρέχονται από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συνεργάζονται ως ενιαία ομάδα προς όφελος του ασθενούς, αλλά και της κοινότητας και της κοινωνίας στο σύνολο της.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται από την ΠΦΥ είναι απαραίτητη για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία της. Μέσω της αξιολόγησης εντοπίζονται αδύνατα σημεία στην οργάνωση και τη λειτουργία, τα οποία χρήζουν αλλαγών και περαιτέρω βελτίωσης. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει τόσο από πλευράς του προσωπικού, το οποίο στελεχώνει τις δομές υγείας της ΠΦΥ, και το οποίο στην καθημερινή άσκηση των καθηκόντων του μπορεί να εντοπίσει αστοχίες και αδυναμίες, όσο και από την πλευρά

των ασθενών, οι οποίοι ζητούν ολοένα και περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες κατά τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένα σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, γιατί ενσωματώνει τις εμπειρίες των χρηστών μαζί με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, καθώς και με τα οργανωτικά και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Η βιβλιογραφία σχετικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι πολύ εκτεταμένη. Ιδιαίτερα εκτενής είναι η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται από την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάρχουν λιγότερες δημοσιεύσεις. Επιπρόσθετα, υπάρχουν υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από την ΠΦΥ, όπως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η οδοντιατρική φροντίδα, η φροντίδα μητέρας παιδιού, τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας, για τις οποίες, είτε δεν έχει γίνει καθόλου αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών, είτε έχει γίνει σε πολύ περιορισμένη έκταση. Παράδειγμα τέτοιας μελέτης είναι η μελέτη των Hermann et al (2018) που αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου νεοπλασιών στις ΗΠΑ. Όσον αφορά στις υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχονται σε παιδιά, η βιβλιογραφία είναι επίσης περιορισμένη. Στην Ευρώπη διενεργήθηκε η μελέτη MOCHA (Models of Child Health Appraised), μια έρευνα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που αφορούν στα παιδιά σε 30 χώρες της Ευρώπης. Διενεργήθηκε έρευνα ικανοποίησης σχετικά με το πως οι ευρωπαίοι πολίτες αντιλαμβάνονται την ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ στα παιδιά και ποια είναι τα κριτήρια που θεωρούν σημαντικότερα ως δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Οι μελέτες σχετικά με υπηρεσίες που αφορούν σε ειδικές κατηγορίες παιδιών, όπως παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα είναι ελάχιστες.

Στη Γαλλία, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζεται συστηματικά από το 1996 για τους νοσηλεύμενους ασθενείς στα νοσοκομεία της χώρας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Boyer et al (2006) τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών κοινοποιούνται στο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, το οποίο στελεχώνει τα διάφορα τμήματα των νοσοκομείων, με στόχο τη λήψη ανατροφοδότησης σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την εφαρμογή ενεργειών βελτίωσης. Η ίδια ερευνητική ομάδα διενήργησε μια μελέτη, για να διερευνήσει τις απόψεις του υγειονομικού προσωπικού

τριτοβάθμιου νοσοκομείου, σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν την ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας που τους παρέχεται. Ποσοστό 94% των συμμετεχόντων έχει θετική άποψη για τις έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ασθενών και τις χαρακτήρισε ως χρήσιμες, απαραίτητες, βασικές και σημαντικές. Θεωρούν ότι οι ασθενείς μπορούν να αξιολογήσουν την ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας και ιδιαίτερα τις διαστάσεις που σχετίζονται με την οργάνωση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το περιβάλλον της. Ωστόσο εκφράζουν κάποιο προβληματισμό σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν το τεχνικό μέρος της φροντίδας και την τεχνική επάρκεια του προσωπικού.

Στη Γερμανία οι μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιούνται σε μεγάλη κλίμακα στα νοσοκομεία και τα κέντρα αποκατάστασης, ενώ στη Σουηδία εφαρμόζονται από το 2002 σχετικά με την αρθροπλαστική του γόνατος, τόσο κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς, όσο και μετά από τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εκτιμηθεί η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που έκαναν την επέμβαση (Rolfson 2011). Στη Μεγάλη Βρετανία διενεργείται μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε ετήσια βάση και τα αποτελέσματα κοινοποιούνται στις κανονιστικές αρχές, ενώ σύμφωνα με την American Association of Hip and Knee Surgeons, στις ΗΠΑ, τα αποτελέσματα των επεμβάσεων αρθροπλαστικής ισχίου και γόνατος από τα νοσοκομεία της χώρας συγκεντρώνονται σε βάση δεδομένων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης και των ιατρικών αποφάσεων, ώστε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα και να αυξηθεί η ασφάλεια των ασθενών.

Η παρούσα εργασία αποτελεί συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ. Η αναλυτική παρουσίαση της βιβλιογραφίας που αφορά στην μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ, στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου πραγματοποιείται στο έβδομο κεφάλαιο της εργασίας. Ορισμένες μελέτες αφορούν σε πολλές χώρες συνολικά, ενώ υπάρχουν και χώρες που δεν βρέθηκαν καθόλου έρευνες ικανοποίησης για την ΠΦΥ. Παράδειγμα, αποτελούν οι ΗΠΑ, όπου δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας, ούτε ΠΦΥ με τη μορφή που τη γνωρίζουμε στη χώρα μας. Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ είναι ένα σύστημα φιλελεύθερης ιδιωτικής ασφάλισης, το οποίο χαρακτηρίζεται από αυξημένο κόστος με μεγάλες κοινωνικές ανισότητες στην παροχή φροντίδας υγείας.

Όλες οι μελέτες που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτυπώνουν και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως φύλο,



ηλικία, επίπεδο μόρφωσης και απασχόληση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους, υπάρχουν δημογραφικά χαρακτηριστικά των οποίων οι κατηγορίες διαφοροποιούνται ως προς το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Στις έρευνες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός που αποδίδεται στη μεγαλύτερη ευαισθησία που επιδεικνύουν οι γυναίκες σε θέματα υγείας. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες είναι στις περισσότερες περιπτώσεις υπεύθυνες για τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα περαιτέρω ευαισθητοποίηση για τα θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ομάδες του πληθυσμού με ιδιαίτερες ανάγκες από άποψη υγειονομικής φροντίδας. Συνιστά θετικό εύρημα το γεγονός ότι υπάρχει συμμετοχή των γυναικών και σε έρευνες ικανοποίησης ασθενών, οι οποίες διενεργήθηκαν σε χώρες, στις οποίες λόγω διαφορετικής θρησκείας και κουλτούρας, η θέση των γυναικών είναι πολύ περιορισμένη και η γνώμη τους συνήθως δεν λαμβάνεται υπόψη. Στις περισσότερες μελέτες όμως δεν καταγράφονται διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών οι οποίες να έχουν σχέση με το φύλο.

Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που έχει σχέση με τα επίπεδα ικανοποίησης. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας, ίσως επειδή οι προσδοκίες τους από το σύστημα υγείας είναι περισσότερο ρεαλιστικές. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως πάσχουν από χρόνια νοσήματα, με τις συνεπαγόμενες ανάγκες για ιατρικές επισκέψεις και ανάγκες για συνταγογράφηση και παρακολούθηση σε σταθερή βάση, με αποτέλεσμα να βρίσκονται συνεχώς σε αλληλεπίδραση με τις υπηρεσίες υγείας. Επικεντρώνονται περισσότερο στην ίδια τη φροντίδα που τους χρειάζεται, παρά στους εξωτερικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα την κτιριακή υποδομή. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, είναι περισσότερο απαιτητικά από το σύστημα υγείας και επιθυμούν μεγαλύτερη ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών στην παροχή της φροντίδας υγείας.

Το επίπεδο μόρφωσης επίσης έχει σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης, τόσο μεγαλύτερες είναι και οι προσδοκίες των ασθενών, καθώς και η κριτική στάση τους απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η μόρφωση συνεπάγεται μεγαλύτερη γνώση και δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης των αναγκών για φροντίδα και περίθαλψη. Συνήθως το υψηλό επίπεδο μόρφωσης συνδυάζεται και με υψηλό εισόδημα, επομένως και με την οικονομική δυνατότητα να αποκτήσει ένας ασθενής υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικό πάροχο, οι

οποίες κοστίζουν ακριβά και δεν είναι προσιτές στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, από τις οποίες όμως έχουν και υψηλότερες προσδοκίες. Χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης σχετίζεται με υψηλότερη ικανοποίηση, αφού τα χαμηλά και τα μέσα επίπεδα μόρφωσης έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, άρα και λιγότερες προσδοκίες. Σε αρκετές περιπτώσεις, ασθενείς με χαμηλό και μέσο επίπεδο μόρφωσης δεν είναι αυστηροί στην κρίση τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δεδομένου ότι αυτές είναι η μοναδική τους επιλογή.

Όσον αφορά στο εισόδημα, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα συνήθως δεν έχουν καλή κατάσταση υγείας, έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και πάσχουν από χρόνια νοσήματα, συγκρινόμενοι με άτομα που έχουν υψηλότερο εισόδημα. Σύμφωνα με τη μελέτη των Agrey et al (2017), οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα κάνουν λιγότερους εργαστηριακούς ελέγχους και η φαρμακευτική τους αγωγή μπορεί να είναι πλημμελής, λόγω του κόστους ή της περιορισμένης ασφαλιστικής τους κάλυψης. Συνέπεια όλων αυτών είναι να έχουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.

Σε ορισμένες μελέτες η φυλή και η εθνικότητα σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης, ενώ σε άλλες δεν παρατηρείται κάποια σχέση. Στη μελέτη των Magadi and Magadi (2022), η οποία διερευνά τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, διαπιστώνεται ότι οι ομάδες εθνικών μειονοτήτων έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της παρεχόμενης υπηρεσίας και όχι με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Επιπλέον υπάρχουν μελέτες στις οποίες βρέθηκε ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών έχει σχέση με τα επίπεδα ικανοποίησης. Ασθενείς με κακή κατάσταση της υγείας τους, οι οποίοι έχουν περισσότερες ανάγκες φροντίδας, συνήθως έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτή η παράμετρος δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, ότι έχει μεγάλο βαθμό πολυπλοκότητας και ότι μπορεί να σχετίζεται και με άλλους παράγοντες, όπως με τη φύση του προβλήματος υγείας, με την ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς, το στρες που βιώνει λόγω του προβλήματος υγείας, τις συνέπειες στην καθημερινή του ζωή, τις συνέπειες στην οικογένεια του και άλλα.

Το προσωπικό των υπηρεσιών της ΠΦΥ όλων των ειδικοτήτων, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών. Τα επίπεδα

ικανοποίησης σχετικά με το προσωπικό, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη συμπεριφορά, την προσέγγιση προς τον ασθενή, τη φιλικότητα, το σεβασμό και τη διάθεση που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας να ακούσουν τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του ασθενούς και να απαντήσουν στις απορίες του. Εκτιμάται δηλαδή από τον ασθενή η ενεργητική ακρόαση και όχι απλά η ακοή, η παρακολούθηση των όσων λέει με προσοχή και η δυνατότητα να ολοκληρώσει το λόγο του χωρίς διακοπές και βιασύνη. Οι διαστάσεις αυτές αξιολογούνται σε όλες τις μελέτες που παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία και σε όλες τις χώρες, γεγονός που υπογραμμίζει τη μεγάλη τους σημασία. Οι ασθενείς όταν προσέρχονται στις δομές της ΠΦΥ επιθυμούν την παροχή υπηρεσιών υγείας με σεβασμό, αξιοπρέπεια, ανθρώπινη προσέγγιση και εξατομικευμένη φροντίδα (Adhikari et al 2021). Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού είναι άλλη μια σημαντική διάσταση που αξιολογείται σε όλες τις μελέτες. Οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες επιτυγχάνουν τη βελτιστοποίηση της συνεργασίας, ιατρού-ασθενούς και δημιουργούν κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα πιο αποτελεσματική παροχή φροντίδας. Η κακή επικοινωνία μπορεί να προκαλέσει παρερμηνείες, δυσκολίες στην κατανόηση, διαφωνίες και συγκρούσεις, αποτυχία των στόχων, με συνέπεια την αναποτελεσματική παροχή φροντίδας, τη δυσαρέσκεια και τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.

Η επικοινωνία είναι παράγοντας που αφορά και στις εθνικές μειονότητες. Στη Μεγάλη Βρετανία, ασθενείς από το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές, κυρίως οι γυναίκες και τα νεότερα σε ηλικία άτομα, αναφέρουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την επικοινωνία με τον ιατρό. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς από τη Νοτιοανατολική Ασία. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε μελέτες στην Ολλανδία, που αφορούν στις εθνικές μειονότητες της χώρας και τα οποία αξιολογήθηκαν από τους Schinkel et al (2016). Οι ασθενείς περιγράφουν ότι οι φραγμοί λόγω γλωσσικού ιδιώματος και πολιτιστικών διαφορών, τους αποθάρρυναν από την πλήρη χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Η σημασία της επικοινωνίας υπογραμμίζεται και στις μελέτες που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα παιδιά. Σύμφωνα με τους Israel-Aina et al (2017), οι γονείς παιδιών με δρεπανοκυτταρική αναιμία, είχαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την επικοινωνία με τον ιατρό, παράμετρο που θεωρούν πολύ σημαντική, ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν τις ανάγκες των παιδιών τους και να τα υποστηρίξουν στην καθημερινή τους ζωή.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί επίσης παράμετρο που θεωρείται πολύ σημαντική από τους ασθενείς και αξιολογείται σε όλες τις μελέτες. Η δυνατότητα που δίνει η ενσυναίσθηση

στο προσωπικό της ΠΦΥ να έρχεται στη θέση του ασθενούς, να αντιλαμβάνεται την κατάσταση του από την δική του οπτική και να κατανοεί τις ανάγκες και τα συναισθήματα του, δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για παροχή εξατομικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας, σε κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Επιπρόσθετα, η υψηλή ενσυναίσθηση του προσωπικού συμβάλλει στην ενδυνάμωση του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υγείας του και τις συνέπειες του.

Οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την τεχνική επάρκεια του προσωπικού, τις γνώσεις και τη βοήθεια που του παρέχει σε διοικητικά θέματα, για τα οποία μπορεί να μην κατανοεί πως πρέπει να τα διαχειριστεί.

Σε πολλές μελέτες συμπεραίνεται ακόμη ότι οι ασθενείς αξιολογούν θετικά το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, όχι μόνο σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, όπου οι ασθενείς υποχρεωτικά απευθύνονται στον οικογενειακό ιατρό για να μπορέσουν να λάβουν παραπεμπτικό για ειδικευμένο ιατρό ή ανώτερη βαθμίδα φροντίδας. Ακόμη και σε χώρες που υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, όπως για παράδειγμα η Ελβετία, οι ασθενείς εκφράζονται θετικά και υποστηρικτικά για τον οικογενειακό ιατρό. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έχει αμφισβητηθεί ευρύτατα και η ειδικότητα του οικογενειακού ιατρού καθυστέρησε να αναγνωρισθεί ως επίσημη ιατρική ειδικότητα. Παρόλα αυτά όμως, τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και ο ρόλος του στην ΠΦΥ είναι πολύ σημαντικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων σε κέντρα υγείας της Ελλάδας δεν επιλέγει ιατρό του κέντρου υγείας ως οικογενειακό ιατρό, παρά το γεγονός ότι η ικανοποίησή τους είναι υψηλή (Λέντζας και συν 2010). Το γεγονός αυτό δείχνει ότι πολλές φορές οι χρήστες υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούν το κέντρα υγείας για συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων ή για να λάβουν μία δεύτερη γνώμη. Σε μεγάλο ποσοστό οι ασθενείς στη χώρα μας έχουν την τάση να συμβουλευούνται περισσότερους από έναν ιατρούς για τα προβλήματα υγείας τους, γεγονός που δυσκολεύει την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Η στελέχωση των δομών υγείας σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τη μελέτη των Λέντζα και των συνεργατών του (2010), ο μη επαρκής αριθμός ιατρών και προσωπικού άλλων ειδικοτήτων, ο μη επαρκής αριθμός ειδικευμένων ιατρών, η στελέχωση με ιατρούς που δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία, έχουν ως συνέπεια τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Επιπλέον, η εργασιακή εξουθένωση του προσωπικού, ως αντίδραση στην παρατεταμένη και χρόνια

ψυχολογική και σωματική κόπωση και συναισθηματική φόρτιση στον εργασιακό χώρο, σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα της φροντίδας και διαταραχή της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη στα κέντρα υγείας όπου υπήρχε εργασιακή υπερφόρτωση των ιατρών, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών ήταν χαμηλά.

Οι χρόνοι αναμονής στη βιβλιογραφία θεωρούνται ως αξιόπιστοι δείκτες ποιότητας και αξιολογούνται σε ευρεία κλίμακα. Η επίδραση τους στα επίπεδα ικανοποίησης έχει διερευνηθεί και διαπιστωθεί σε πολλές μελέτες. Η αξιολόγηση αφορά στο χρόνο που απαιτείται για να ορισθεί το ιατρικό ραντεβού, στο χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ ραντεβού και ιατρικής επίσκεψης, στο χρόνο αναμονής για την επίσκεψη και στη χρονική διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Η ηλεκτρονική εφαρμογή ραντεβού μέσω διαδικτύου έχει βοηθήσει αρκετά στη μείωση του χρόνου για ορισμό ραντεβού, όμως υπάρχει περιθώριο περαιτέρω βελτίωσης. Ο χρόνος μεταξύ ραντεβού και επίσκεψης, καθώς και ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη, όταν είναι παρατεταμένοι, αξιολογούνται αρνητικά από τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να καταγράφονται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι ο χρόνος δεν αξιολογείται σωστά από τους ασθενείς, λόγω του στρες και της αγωνίας που προκαλεί η αναμονή. Επιπρόσθετα, σε αρκετές μελέτες θεωρείται ότι ίσως δεν έχει εκτιμηθεί αντικειμενικά, γιατί συνδυάζεται με λειτουργικά χαρακτηριστικά των δομών υγείας, όπως η υποστελέχωση, η υπερφόρτωση εργασίας στο προσωπικό, το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης της δομής και τη γεωγραφική θέση της δομής. Για παράδειγμα, σε μια δομή που βρίσκεται σε απομακρυσμένο σημείο, όπου ο πληθυσμός ευθύνης είναι μικρός, είναι αναμενόμενο να καταγράφονται μικρότεροι χρόνοι αναμονής σε σχέση με μία δομή που βρίσκεται σε αστική περιοχή και όπου παρατηρείται εργασιακή υπερφόρτωση του προσωπικού. Ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στους ασθενείς για εξέταση και συζήτηση για τα προβλήματα τους, ειδικά για τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και τις ευπαθείς ομάδες, αξιολογείται θετικά από τους ασθενείς (Leow and Liew 2022). Όσον αφορά στο θέμα του χρόνου πολλές φορές οι ασθενείς δηλώνουν ότι πηγαίνουν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, με σκοπό να παρακάμψουν τους παρατεταμένους χρόνους αναμονής, με συνέπεια να επιβαρύνουν σημαντικά τόσο τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, όσο και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός είναι άλλη μια διάσταση που σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η δυνατότητα διενέργειας εργαστηριακών και απεικονιστικών ελέγχων σε μια δομή ΠΦΥ, η

ανανέωση του εξοπλισμού και η χρήση νέων τεχνολογιών και τεχνολογιών πληροφορικής, αξιολογούνται θετικά από τους ασθενείς και σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Η υπολειτουργία ή μη λειτουργία εργαστηρίων σε μια δομή ΠΦΥ έχουν ως αποτέλεσμα την ταλαιπωρία των ασθενών με συχνές και άσκοπες παραπομπές στα νοσοκομεία για περαιτέρω έλεγχο και θεραπευτική αντιμετώπιση γεγονός που επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τα επίπεδα ικανοποίησης (Λέντζας και συν 2010). Η διαθεσιμότητα νέου και προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού δημιουργεί ένα αίσθημα σιγουριάς και ασφάλειας στον ασθενή για παροχή φροντίδας με τεχνολογίες αιχμής, που υποστηρίζουν τα προβλήματα της υγείας του και τη διαχρονική τους παρακολούθηση. Μια νέα και αναδυόμενη παράμετρος που εμπίπτει στην κατηγορία του εξοπλισμού είναι οι σύγχρονες εφαρμογές της τηλεϊατρικής, τα οφέλη των οποίων αναδείχθηκαν κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας COVID-19. Η πανδημία προκάλεσε αλυσιδωτές αντιδράσεις σε όλους τους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις για την αντιμετώπιση της, σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους, δεν είχαν προηγούμενο. Απαιτήθηκαν πολλές αλλαγές και προσαρμογές σε οργανωτικό, και λειτουργικό επίπεδο, καθώς και έκδοση οδηγιών και συστάσεων για τη διαχείριση των ασθενών σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας. Πολλά από τα είδη φροντίδας που παρέχονται στις δομές της ΠΦΥ καλύφθηκαν από εφαρμογές τηλεϊατρικής κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως είναι η εικονική συνάντηση γιατρών και ασθενών σε πραγματικό χρόνο, η χορήγηση ιατρικών συνταγών, η χορήγηση συμβουλών και οδηγιών και η αντιμετώπιση κάποιων περιστατικών χωρίς την ταυτόχρονη φυσική παρουσία του γιατρού και του ασθενή. Σύμφωνα με τη μελέτη των Leonardsen et al (2019), αναφέρονται πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών από εφαρμογές τηλεϊατρικής για την από απόσταση παρακολούθηση και αντιμετώπιση περιστατικών με αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και νευροεκφυλιστικά νοσήματα. Αντίστοιχα αποτελέσματα με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη χρήση εφαρμογών τηλεϊατρικής αναφέρονται και στη μελέτη των Hawrysz et al (2021). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, επηρεάστηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ενώ αρκετές από τις ανάγκες των ασθενών δεν καλύφθηκαν, επειδή δόθηκε προτεραιότητα στη διαχείριση της πανδημίας και την προστασία της δημόσιας υγείας. Οι μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και οι συγκρίσεις με το πριν την πανδημία χρονικό διάστημα είναι πολύ περιορισμένες. Στη μελέτη των

Cilović-Lagarija et al (2022), η οποία διενεργήθηκε στη Σλοβενία, καταγράφονται χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών κατά το χρονικό διάστημα της πανδημίας, σε σχέση με χρονικό διάστημα 2011 ως 2017. Οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ασφαλείας και των περιοριστικών μέτρων, ωστόσο οι ανάγκες υγείας τους δεν καλύφθηκαν κατά το διάστημα αυτό.

Σε όλες τις μελέτες η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται πολύ σημαντική παράμετρος για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η δυσκολία στην πρόσβαση μπορεί να οφείλεται στη γεωγραφική κατανομή των δομών της ΠΦΥ, σε ζητήματα μετακίνησης και μεταφοράς, σε εγγενή προβλήματα των ασθενών λόγω αναπηρίας και κακής φυσικής κατάστασης, καθώς και σε περιορισμένους οικονομικούς πόρους. Η δυσκολία στην πρόσβαση σε όλες τις μελέτες σχετίζεται με χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχει δε και το ενδεχόμενο, αν κάποιος αντιμετωπίζει δυσκολία στην πρόσβαση να αξιολογήσει αρνητικά όλη του την εμπειρία από τη φροντίδα υγείας, ακόμη και αν η ικανοποίηση από τις υπόλοιπες διαστάσεις ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα (Magadi and Magadi 2022). Όσον αφορά στη γεωγραφική κατανομή, παρατηρείται συγκέντρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ στα αστικά κέντρα στις περισσότερες χώρες, με αποτέλεσμα να καταγράφονται ανισότητες στην πρόσβαση μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Στην Ελλάδα αυτή η συγκέντρωση υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα έντονη στις δυο μεγάλες πόλεις, Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Οι ανισότητες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών εντείνονται περισσότερο λόγω της φτώχειας και της δημογραφικής κατάστασης του πληθυσμού στις περισσότερες αγροτικές περιοχές. Η μεταφορά προς τις υπηρεσίες της ΠΦΥ συνιστά δυσκολία για άτομα τα οποία εξαρτώνται αποκλειστικά από τα μέσα μαζικής μεταφοράς για τη μετακίνηση τους. Η παράμετρος αυτή αναλύεται λεπτομερώς στη μελέτη των Islam et al (2022), όπου αξιολογούνται τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και σε σχέση και με τον δείκτη κατοχής αυτοκινήτου στην Αυστραλία. Αναφορά στο ζήτημα το τρόπου μετακίνησης σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών γίνεται και στην μελέτη των Πίνη και συνεργατών (2011), σχετικά με ογκολογικούς ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία μεγάλου ογκολογικού νοσοκομείου στην Ελλάδα. Ανάλογες μελέτες έχουν γίνει και στη Μεγάλη Βρετανία, όπου συμπεραίνεται ότι ο δείκτης κατοχής αυτοκινήτου είναι σημαντικά μικρότερος στις ευπαθείς κοινωνικά και οικονομικά ομάδες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση, ιδιαίτερα κατά τις

ώρες που σταματά η λειτουργία των μέσων μαζικής μεταφοράς. Τέλος, άτομα με λειτουργικές αναπηρίες, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν εγγύτητα, μπορεί να χρειάζονται υπηρεσίες υποστήριξης για τη μετακίνησή τους προς αυτές (Baeten et al 2018). Η δυσκολία στην πρόσβαση αφορά και στις εθνικές μειονότητες, λόγω της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης. Αρκετά από αυτά τα άτομα δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπολογιστή ή σε εφαρμογές μέσω κινητού τηλεφώνου, ώστε να κανονίσουν κάποιο ιατρικό ραντεβού. Όσον αφορά στη μετακίνησή τους εξαρτώνται από τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ενώ ο τόπος διαμονής τους βρίσκεται συνήθως σε απομακρυσμένα σημεία (Magadi and Magadi 2022).

Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των δομών υγείας σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών. Στη μελέτη των Λέντζα και συν (2010) το κέντρο υγείας που συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία στην ικανοποίηση των ασθενών είναι στελεχωμένο με μεγάλο αριθμό ειδικευμένων ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων, δεν έχει κενές οργανικές θέσεις, η αναλογία επισκέψεων ασθενών ανά ιατρό είναι μικρότερη από τα υπόλοιπα κέντρα υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη και διαθέτει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, τα οποία λειτουργούν καθημερινά. Οι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι σε κέντρα υγείας με τέτοιου τύπου οργάνωση, οι ασθενείς επιλέγουν ως οικογενειακό ιατρό, τον ιατρό του κέντρου υγείας σε υψηλό ποσοστό, επειδή έχουν πολύ θετική εικόνα για τη λειτουργία του κέντρου υγείας στο σύνολο του.

Το κόστος της φροντίδας υγείας είναι ένα ακόμη κριτήριο που σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, αλλά και με την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ασθενείς σε κατάσταση μεγάλης φτώχειας έχουν την τάση να αναφέρουν ακραίες εκτιμήσεις, είτε θετικές είτε αρνητικές, σε σχέση με την ικανοποίησή τους, διότι το στρες και η καθημερινή αγωνία για την επιβίωση που βιώνουν αυτά τα άτομα, επηρεάζουν τις εκτιμήσεις τους για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Hayanga et al (2023) και των Magadi and Magadi (2022) οι περισσότερες μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας αφορούν σε νεαρά άνεργα άτομα και σε άτομα από εθνικές μειονότητες, τα οποία είναι τεκμηριωμένο ότι πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Για παράδειγμα, άτομα από τη Νοτιοανατολική Ασία διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, άσθματος, και διαταραχών του πεπτικού συστήματος. Επιπλέον, στην ίδια γεωγραφική περιοχή υπάρχει αυξημένος επιπολασμός της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης νεοπλασματικής νόσου του ήπατος στο μέλλον. Άτομα από τις ΗΠΑ, έχουν αυξημένο



κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη, νοσογόνο παχυσαρκία και αρτηριακή υπέρταση. Επομένως είναι πολύ πιθανό η ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας τους να ενσωματώνεται στις απαντήσεις σχετικά με τα επίπεδα ικανοποίησης τους. Η οικονομική συμμετοχή των ασθενών σε απεικονιστικές εξετάσεις, όπως για παράδειγμα μαγνητική τομογραφία ή ποζιτρονική τομογραφία, είναι ιδιαίτερα υψηλή με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης. Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι σε τέτοιες περιπτώσεις είτε καθυστερούν να κάνουν τις εξετάσεις, είτε δεν τις κάνουν καθόλου, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους (Aprey et al 2017).

Η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του είναι σημαντική και σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης. Ασθενείς που συμμετέχουν στις αποφάσεις, από κοινού με τον ιατρό, έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, καθώς και καλύτερα αποτελέσματα από την παρεχόμενη φροντίδα (Birkeland et al 2022). Σύμφωνα με τη μελέτη των Naik et al (2008) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους αναφέρουν βελτιωμένο αυτό-έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης και βελτιωμένες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, ενώ σύμφωνα με τους Wilson et al (2010) ασθενείς με κακώς ελεγχόμενο άσθμα, μετά από τη συμμετοχή τους σε κοινή λήψη αποφάσεων έδειξαν μεγαλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία τους και πέτυχαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής, έλεγχο των συμπτωμάτων και βελτιωμένη αναπνευστική λειτουργία σε διάστημα δυο ετών.

Πολλοί οργανισμοί υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτη μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σε κάθε σύστημα υγείας η έννοια της ικανοποίησης μπορεί να αντιπροσωπεύει κάτι διαφορετικό, ωστόσο οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό των υπηρεσιών θα πρέπει να βασίζονται σε μελέτες τέτοιου περιεχομένου, ώστε να αναζητήσουν περιθώρια βελτίωσης των υπηρεσιών. Ορισμένοι ερευνητές εκφράζουν τον προβληματισμό τους σχετικά με το αν η ικανοποίηση των χρηστών είναι ο κατάλληλος δείκτης, διότι θεωρούν ότι η ικανοποίηση εμπεριέχει μεγάλο ποσοστό υποκειμενικότητας και μπορεί να αντανακλά τις προσωπικές προσδοκίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση συνιστά μια πολύπλοκη έννοια, επειδή περιλαμβάνει και στοιχεία που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου, τις αντιδράσεις και τις συμπεριφορές του, τα οποία δεν σχετίζονται άμεσα με το σύστημα υγείας. Ωστόσο, η χρησιμότητα των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών

έγκειται στο ότι προσπαθούν να ερμηνεύσουν τα υποκειμενικά αποτελέσματα, μετατρέποντας τα σε ουσιαστικά, ποσοτικά και αξιόπιστα δεδομένα.

Από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν πολλά οφέλη. Η μέτρηση της ικανοποίησης είναι ένας αξιόπιστος τρόπος αποτίμησης των αποτελεσμάτων της φροντίδας που έλαβε ο ασθενής. Επιπρόσθετα, η εμπειρία των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν θα επηρεάσει τις μελλοντικές τους επιλογές, σχετικά με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αισθάνονται ότι η άποψη τους έχει βαρύτητα και ότι με κάποιο τρόπο συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν. Οι απόψεις των ασθενών μπορούν να γίνουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τις διοικήσεις των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, ώστε να βελτιώσουν ποιοτικά τις διαδικασίες, να προβούν σε αλλαγές και να έχουν μια συνεχή ανατροφοδότηση. Τέλος, υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη κοινωνική απαίτηση για συμμετοχή και συνυπευθυνότητα στους όρους της παροχής των υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι η παροχή της υπηρεσίας δεν είναι μια παθητική διαδικασία, αλλά μια διαδικασία αλληλεπίδρασης και συνεργασίας.

Η παρούσα εργασία αναδεικνύει αρκετά θέματα που μπορούν να αποτελέσουν αφορμή για νέες μελέτες στο μέλλον. Προτείνεται, η διενέργεια μελετών που να αφορούν σε είδη φροντίδας που δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, όπως η φροντίδα ψυχικής υγείας, τα προγράμματα προσυμπτωματικών ελέγχων, τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και η διενέργεια μελετών που να αφορούν στοχευμένα σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, όπως οι αιμοκαθαιρόμενοι, οι ασθενείς με θαλασσαιμία και οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα. Επίσης προτείνεται, η διεξαγωγή μελετών με σκοπό τις διαχρονικές συγκρίσεις στα επίπεδα ικανοποίησης, ώστε να αξιολογηθεί αν έχουν τροποποιηθεί και προς ποια κατεύθυνση. Τέλος, προτείνεται η διεξαγωγή μελετών σχετικά με τα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών, μετά τις επιπτώσεις της πρόσφατης πανδημίας, ώστε να υπάρξει στρατηγικός σχεδιασμός σχετικά με την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε τυχόν κρίσεις που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον.

Η Π.Φ.Υ αποτελεί το βασικότερο πυλώνα ενός συστήματος υγείας και είναι επιτακτική ανάγκη η συνεχής διαδικασία βελτίωσής της ώστε να υπηρετεί ολιστικά και με συνεχή φροντίδα τον άνθρωπο.

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλετράς, Β.Ο., Μπασιούρη, Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ.Μ., Νιάκας, Δ.Α. (2009) Ανάπτυξη Ελληνικού Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών και Έλεγχος των Βασικών ψυχομετρικών του Ιδιοτήτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(1):79-89
2. Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014) Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 1.
3. Γαβρίλη, Α. και Καπάκη, Β. (2022) Αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(3): 366-373
4. Goetsch, D. and Davis, S. (2018). Διαχείριση ποιότητας και οργανωσιακή αριστεία. Εκδόσεις Τζιόλα
5. Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 765/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 9ης Ιουλίου 2008
6. Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5): 834-840.
7. Κωνσταντίνου, Ε. και Μητρόπουλος, Ι. (2012) Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(5): 614-622.
8. Λέντζας, Ι., Θεοδοροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσοπούλου, Χ., Μαντζουράνης, Γ., Μητρόπουλος, Ι. (2010) Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 22, τεύχος 1.
9. Μαζαράκη, Η. (2012) Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό Αχαϊκή Ιατρική Τόμος 31ος, τεύχος 1
10. Μουρτζίκου, Α., Σταμούλη, Μ., Πουλιάκης, Α. (2015) ISO 9001:2000, η οδηγία CEN/TS 15224:2005 στις υπηρεσίες υγείας και η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στην εφαρμογή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32:230–235
11. Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. Αθήνα
12. Παπαγεωργίου, Α., Γαλάνης, Π., Παπανικολάου, Β., Σκίτσου, Α., Καϊτελίδου, Δ. Χαραλάμπους, Γ. (2020) Αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 37(3):361-366
13. Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ. (2011) Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Τόμος 4 - Τεύχος 4 42-53
14. Προδρόμου, Μ. (2019) Οι εξελίξεις στον τομέα της υγείας που έχουν οδηγήσει στον επαναπροσδιορισμό της θέσης των γιατρών στις σύγχρονες κοινωνίες. Cyprus Nursing Chronicles. 12(2):31-38.

15. Σαρρής, Μ., (2001) Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
16. Τζωρτζόπουλος, Α. (2018) Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 35(5) 649-664
17. Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., Χουλιάρα, Λ. (2003) Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 205:497-503.
18. Τσάκη, Γ και Μύρικνα, Α. (2020) Οι Πράσινες Προμήθειες στον Τομέα της Υγείας Πράσινα Νοσοκομεία σε Εθνικό και Διεθνές Επίπεδο Νοσηλευτική 59(4): 337–347
19. Φιλαλήθης Α. (2021) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στο λαβύρινθο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(4): 548-556
20. Χαραλάμπους, Χ., Χαραλλάμπους, Χ., Γαλάνης, Π., Τσελέπος, Χ., Θεοδώου, Μ. (2019) Ικανοποίηση των χρηστών από τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(2):195-201

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adhikari, M., Paudel, N.R., Mishra, S.R. et al. (2021) Patient satisfaction and its socio-demographic correlates in a tertiary public hospital in Nepal: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 21:135
2. Aggarwal, A., Aeran, H., Rathee, M. (2019) Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. J Oral Biol Craniofac Res. 9(2):180-182.
3. Ahmedov, M., Pourat, N., Liu, H., Hays, R.D.(2021) Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) survey of experiences with ambulatory healthcare for Asians and non-Hispanic Whites in the United States. J Patient Rep Outcomes. 24;5(1):29.
4. Al-Abri, R., Al-Balushi, A. (2014) Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. Oman Med J. 29(1):3-7.
5. Alrasheedi, K.F., AL-Mohaithef, M., Edrees, H.H., Chandramohan, S. (2019) The Association Between Wait Times and Patient Satisfaction: Findings From Primary Health Centers in the Kingdom of Saudi Arabia. Health Services Research and Managerial Epidemiology.6.
6. [Al Omari, F.](#) (2021) Measuring gaps in healthcare quality using SERVQUAL model: challenges and opportunities in developing countries, [Measuring Business Excellence](#), 25(4): 407-420.
7. Al Salihi, R. and Ghasemlounia, R. (2021). Total Quality Management Benefits and Barriers in Construction Industry. SSRN Electronic Journal. 10.2139/ssrn.3799849.
8. Allen-Duck, A., Robinson, J.C., Stewart, M.W. (2017) Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nurs Forum. 52(4):377-386.

9. Alzoubi, M.M., Hayati, K., Rosliza, A., Ahmad, A. and Al-Hamdan, Z. (2019) Total Quality Management in the Health-Care Context: Integrating the Literature and Directing Future Research. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12:167-177.
10. Arpey, N.C., Gaglioti, A.H., Rosenbaum, M.E. (2017) How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 8(3):169-175
11. Arrow, K.J. (2004) Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. *Bull World Health Organ*. 82(2):141-9
12. Artiga, S. and Hinton, E. (2018) Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity <https://files.kff.org/attachment/issue-brief-beyond-health-care>
13. Arvidsson, E., Dijkstra, R., Klemenc-Ketiš, Z. (2019). Measuring quality in primary healthcare—Opportunities and weaknesses. *Zdravstveno Varstvo*, 58(3), 101– 103.
14. Askariazad, M., Babakhani, N. (2015). An application of European Customer Satisfaction Index (ECSI) in Business to Business (B2B) Context. *Journal of Business and Industrial Marketing* 30:17-31.
15. Attkisson, C. (1996). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) Scales. In book: *Outcome Assessment in Clinical Practice*, Publisher: Baltimore, MD: Williams & Wilkins, Editors: L. L. Sederer & B. Dickey
16. Babatola, O.H., Popoola, R.O., Olatubi, M.I., Adewoyin, F.R. (2022) Patients' Satisfaction with Health Care Services in Selected Secondary Health Care Facilities in Ondo State, Nigeria. *J Fam Med Dis Prev* 8:145.
17. Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. and Coster, S. (2018) Inequalities in access to healthcare A study of national policies 2018 EUROPEAN COMMISSION
18. Bakola, M., Avramidi, E., Kitsou, K.S., Charalambous, G., Jelastopulu E. (2021) [Patients' Satisfaction and Perception about Quality of Health Care in an Urban Primary Health Center of Athens, Greece](#), 92nd European General Practice Research Network Meeting
19. Balasubramanian, M. (2016) Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup. *Science Journal of Public Health* 4(4):271-278.
20. [Bellio, E.](#) and [Buccoliero, L.](#) (2021) Main factors affecting perceived quality in healthcare: a patient perspective approach, [The TQM Journal](#), Vol. 33 No. 7, pp. 176-192.
21. Biresaw, H., Mulugeta, H., Endalamaw, A., Yesuf, N.N., Alemu, Y. (2021) Patient satisfaction towards health care services provided in Ethiopian health institutions: a systematic review and meta-analysis. *Health Services Insights*. 6;14:11786329211040689.
22. Birkeland, S., Bismark, M., Barry, M.J. et al. (2022) Personality characteristics associated with satisfaction with healthcare and the wish to complain. *BMC Health Serv Res* 22:1305

23. Bogale, T., Beharu, M., Tesfaye, T., Belay, Y. (2021). Scope of Patient Centered Care Practice in Public Hospitals of Benishangul Gumuze Regional State, South West Ethiopia. *Quality in Primary Care*. 26. 31-37. 10.11648/j.rs.20210601.12.
24. Bourke, S., Wright, A., Guthrie, J., Russell, L., Dunbar, T., Lovett, R. (2018) Evidence review of indigenous culture for health and wellbeing. *Int J Health Wellness Soc* 8:11-27
25. Boyer L, Francois P, Doutre E, Weil G, Labarere J. (2006) Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *Int J Qual Health Care*. 18(5):359-64.
26. Brunero, S., Lamont, S. and Coates, M. (2010) Are view of empathy education in Nursing, *Nursing Inquiry*. Sydney, Australia. 17(1): 65–74.
27. Chakraborty, A., Daniel, M., Howard, N.J., Chong, A., Slavin, N., Brown, A., Cargo, M. (2021) Identifying Environmental Determinants Relevant to Health and Wellbeing in Remote Australian Indigenous Communities: A Scoping Review of Grey Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18:4167
28. Chandra, S., Ward, P. and Mohammadnezhad, M. (2019) Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Front. Public Health* 7:183.
29. Charalambous, A., Adamakidou, T. (2014) Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). *BMC Nurs* 13, 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0048-4>
30. Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., Bužgová, R. (2017) The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe. *Eur J Oncol Nurs*. 27:45-52.
31. Chatzipetrou, E., and Moschidis, O. (2016), Quality costing: a survey in Greek supermarkets using multiple correspondence analysis, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5):615-632.
32. Chebii, P.A. and Chirchhir, W. (2015) Effect of Deming’s seven quality diseases: A case of entrepreneurial activities in Wheatfield School in Eldoret, Kenya *International Journal of Innovative Education Research* 3 (2):1-6
33. Cilović-Lagarija, Š., Musa, S., Stojisavljević, S., Hasanica, N., Kuduzović, E., Palo, M., Majdan, M., Scherzer, M., Habersaat, K.B., Smallwood, C., Tahirukaj, A., Nitzan, D..(2023) Satisfaction with Health Care Services in the Adult Population of the Federation of Bosnia and Herzegovina during the COVID-19 Pandemic. *Medicina*. 59(1):97.
34. Cohidon, C., Wild, P., Senn, N. (2018) Patient experience in primary care: association with patient, physician and practice characteristics in a fee-for-service system. *Swiss Med Wkly*. 3;148:w14601. doi: 10.4414/smw.2018.14601.
35. Christia, J., Ard, A. and Runion, L. (2021) SERVQUAL Measurement in a Healthcare Setting: Before and After Corrective Strategy Implementation, *Atlantic Marketing Journal*: 10(1)1, Article 3.
36. Cursaru, A. (2018). What are the main causes of population aging and its consequences on the provision of healthcare? 10.13140/RG.2.2.26511.23204.

37. Dahlgaard-Park, S. M., Reyes, L., Chen, C.K. (2018). The evolution and convergence of total quality management and management theories. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(9-10), 1108-1128.
38. Dawes, D., Amador, C., Dunlap, N. (2022) The Political Determinants of Health: A Global Panacea for Health Inequities, *The Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*
39. Derriennic, J., Barais, M., Le Goff, D., et al. (2021) Patient, carer and healthcare professional experiences of complex care quality in multidisciplinary primary healthcare centres: qualitative study with face-to-face, in-depth interviews and focus groups in five French multidisciplinary primary healthcare centres. *BMJ Open* 2021;11:e050165
40. Dimitrievska, V., Tomovska Misoska, A. (2020) Factors associated with patients' satisfaction in the health care system in North Macedonia, *University American College Skopje, Skopje*, pp. 121-132
41. Domingues, P. and Fonseca, L. (2017). ISO 9001:2015 edition- management, quality and value. *International Journal for Quality Research* 11:149-158.
42. Dufour, É., Duhoux, A. and Contandriopoulos, D. (2020). Measurement and validation of primary care nursing indicators based on a wound care tracer condition. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(1), 63– 69.
43. Fang, J., Liu, L., Fang, P. (2019) What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence*. 10;13:515-525.
44. Ferreira, D.C., Vieira, I., Pedro, M.I., Caldas, P., Varela, M. (2023) Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare* 11, 639.
45. Fausto, M.C., Bousquat, A., Lima, J.G., Giovanella, L. et al (2017) Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017 40 Suppl 2 Supplement, The Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ)(2 Suppl):S60-S70.
46. Fives, A., Pursell, L., Heary, C., Nic Gabhainn, S. and Canavan, J. (2014) Parenting support for every parent: A population-level evaluation of Triple P in Longford Westmeath. Final Report. Athlone: Longford Westmeath Parenting Partnership (LWPP).
47. Freilich, J., Wiking, E., Nilsson, G.H., Olsson, C. (2019) Patients' ideas, concerns, expectations and satisfaction in primary health care - a questionnaire study of patients and health care professionals' perspectives. *Scand J Prim Health Care*. 37(4):468-475.
48. Frengidou, E. and Galanis, P. (2020) Patients' Satisfaction with the National Primary Health Care Net in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1): 267
49. Garratt, A., Bjaertnes, O.A., Krogstad, U., Gulbrandsen, Pål. (2005). The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): Data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Quality & safety in health care*. 14. 433-7. 10.1136/qshc.2005.014423.
50. Ghavamabad, L.H., Vosoogh-Moghaddam, A., Zaboli, R., Aarabi, M. (2021) Establishing clinical governance model in primary health care: A systematic review. *J Edu Health Promot* 10:338



51. Ghimire, P. and Acharya, M. (2020). SERVQUAL Questionnaire based Health Service Quality Assessment in a Private Hospital of Western Nepal. *Nepal Journal of Medical Sciences*. 5. 79-85. 10.3126/njms.v5i1.36958.
52. Grochau, I.H., Leal, D.K.B. and ten Caten, C.S. (2020) European current landscape in laboratory accreditation. *Accred Qual Assur* 25, 303–310
53. Gnardellis, C. and Niakas, D. (2005). Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System. *International Journal of Healthcare Technology and Management*. 6. 10.1504/IJHTM.2005.006538
54. González, N., Quintana, J.M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., et al (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 17(6):465-72.
55. Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L., Marosszeky, N., Sansoni, E. (2014) Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *J Clin Epidemiol*. 67(5):527-37
56. Hawrysz, L., Gierszewska, G., Bitkowska, A. (2021) The Research on Patient Satisfaction with Remote Healthcare Prior to and during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 5338
57. Hayanga, B., Stafford, M. & Bécares, L. (2023) Ethnic inequalities in multiple long-term health conditions in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health* 23, 178
58. Haytham, M.A.(2022) Women’s Satisfaction with Primary Health Care Services in Al-Hosienia District, Sharkia Governorate, Egypt. *Egyptian Journal of Community Medicine*, 40(2): 121-127
59. He, X., Li, L., Bian, Y. (2018) Satisfaction survey among primary health care outpatients in the backward region: an empirical study from rural Western China. *Patient Prefer Adherence*. 2;12:1989-1996
60. Hendi, B., Hunaidi, M, Duwaisan, H., Khaja, A. Patient Satisfaction in Kuwait's Primary Healthcare Centers. *Research* , 8:3,2020 DOI: 10.37421/jgpr.2020.8.382
61. Hermann, E.A., Ashburner, J.M., Atlas, S.J., Chang, Y., Percac-Lima, S. (2018) Satisfaction With Health Care Among Patients Navigated for Preventive Cancer Screening. *Journal of Patient Experience*. 5(3):225-230
62. Hu, L., Ding, H., Liu, S., Wang, Z., Hu, G., Liu, Y. (2020) Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Health Expect*. 23(1):115-124
63. Iram, F., Ayesha, H., Usman, I., Muhammad, S. (2019) Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature, *International Journal for Quality in Health Care* 31(1):11–29
64. ISO/IEC 17011:2004 Conformity assessment -- General requirements for accreditation bodies accrediting conformity assessment bodies
65. Islam, M.I., O'Neill, C., Kolar, H., Bagnulo, S., Colbran, R., Martiniuk, A. (2022) Patient-Reported Experiences and Satisfaction with Rural Outreach Clinics in New South Wales, Australia: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 26;10(8):1391.



66. Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care*. 2002 Oct;14(5):353-8.
67. Jonkisz, A., Karniej, P., Krasowska, D. (2022) The Servqual Method as an Assessment Tool of the Quality of Medical Services in Selected Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 26;19(13):7831.
68. Kabir, M.J., Nasrollahpour Shirvani, S.D., Ashrafian Amiri, H., Vasokolaei, G.R., Rabiee, S.M., Hassanzadeh-Rostami, Z. (2022) Patients' satisfaction with healthcare services providers and its determinants in the urban family physician program in Iran: A cross-sectional study. *Malays Fam Physician* 17(2):99-106.
69. Kaitelidou, D., Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S., de Boer, D., Boerma, W.G., Groenewegen, P.P. (2019) Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2;20(1):49.
70. Kaur, A. and Lazarus- Rathinasamy, E. (2017). Major Stakeholders in Health Care System: Government, Non-government & Other Professionals.  
[https://www.researchgate.net/publication/344302523\\_Major\\_Stakeholders\\_in\\_Health\\_Care\\_System\\_Government\\_Non-government\\_Other\\_Professionals/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/344302523_Major_Stakeholders_in_Health_Care_System_Government_Non-government_Other_Professionals/citation/download)
71. Kijima, T., Matsushita, A., Akai, K. et al. (2021) Patient satisfaction and loyalty in Japanese primary care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 21, 274.
72. Kleefstra, S., Kool, T., Veldkamp, C., Meer, A., Mens, M., Blijham, G., Haes, H. (JCJM). (2010). A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: Development and first results in a nationwide study. *Quality & safety in health care*. 19. e24. 10.1136/qshc.2008.030825
73. Konstantakopoulou, O., Economou, C. Galanis, P. Siskou, O., Charalambous, G., Kaitelidou, D. (2021) Evaluating Quality of Primary Health Care Services from the Patients' Perspective in Greece  
<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/SCAD/article/view/25766>
74. Konstantakopoulou, O., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O., & Economou, C. (2021). Using patient experience measures to evaluate the quality of medical and nursing care in the newly established PHC units (TOMYs), in Greece. *Social Cohesion and Development*, 14(1), 49–63.
75. Kroneman, M.W, Maarse, H, van der Zee, J. (2006) Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*. 76(1):72-9.
76. Kurniawan, R., Pink Berlianto, M. (2022) The Role of Social Media Toward Patient Satisfaction and Patient Loyalty in Private Hospitals Enrichment: *Journal of Management*, 12 (2) ,1976-1985
77. Lam, W.W.T., Kwong, A., Suen, D. et al (2018) Factors predicting patient satisfaction in women with advanced breast cancer: a prospective study. *BMC Cancer* 18, 162
78. Lange, J. (2002). Testing equivalence of Spanish and English versions: The La Monica-Oberst (revised) Patient Satisfaction with nursing care scale. *Research in nursing & health*. 25. 438-51. 10.1002/nur.10057.

79. Leonardsen, A.C.L., Grøndahl, V.A., Ghanima, W. et al. (2017) Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire; methodological and clinical findings. *BMC Health Serv Res* 17, 685
80. Leonardsen, A.L., Hardeland, C., Helgesen, A.K., Grøndahl, V.A. (2020) Patient experiences with technology enabled care across healthcare settings- a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 24;20(1):779.
81. Leow, H.T., Liew, S.M. (2022) A cross sectional study on patient satisfaction and its association with length of consultation at the University Malaya Medical Centre Primary Care Clinic. *Malays Fam Physician.* 25;17(2):71-80.
82. Liu, S., Yang, S.D., Fan, X.W., Yang, D.L., Ma, L., Sun, J.Y., Ding, W.Y. (2019) Analyses of effect factors associated with the postoperative dissatisfaction of patients undergoing open-door laminoplasty for cervical OPLL: a retrospective cohort study. *J Orthop Surg Res.* 28;14(1):161.
83. Mahapatra, S., Nayak, S., Pati, S. (2016) Quality of care in cancer: An exploration of patient perspectives. *J Family Med Prim Care.* 5(2):338-342.
84. Magadi, J.P., Magadi, MA. (2022) Ethnic inequalities in patient satisfaction with primary health care in England: Evidence from recent General Practitioner Patient Surveys (GPPS). *PLoS One.* 21;17(12):e0270775.
85. Manuli, A., Maggio, M.G., De Cola, M., Tripoli, D., De Luca, R., Calabrò, RS. (2019) Towards improving primary care: Considerations on a Sicilian population-based survey. *J Family Med Prim Care* 8:3647-52
86. Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., Shah, S.I.A. (2019) Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int J Environ Res Public Health.* 9;16(18):3318.
87. Mao, Mu Long and James, Paul. (2020). Evaluating Customer Satisfaction Using the ACSI Model in a Themed Restaurant in Bangkok. *Business Management and Strategy.* 11. 55. 10.5296/bms.v11i1.16546.
88. Mitropoulos, P., Mastrogiannis, N., Mitropoulos, I. (2014). [Seeking interactions between patient satisfaction and efficiency in primary healthcare: cluster and DEA analysis. \*International Journal of Multicriteria Decision Making\*, Inderscience Enterprises Ltd, 4\(3\), 234-251.](#)
89. Mohamed, E.Y., Sami, W., Alotaibi, A., Alfarag, A., Almutairi, A., Alanzi, F. (2015) Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim).* 9(2):163-70.
90. Mosadeghrad, A. M. (2015). Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *The TQM Journal*, 27(5), 544-564
91. Moutzoglou, A. (2010). The Greek Nurses' Job Satisfaction Scale: Development and Psychometric Assessment. *Journal of nursing measurement.* 18. 60-9. 10.1891/1061-3749.18.1.60.
92. Mukhtar, F., Anjum, A., Bajwa, M.A., Shahzad, S., Hamid, S., Masood, Z., Mustafa, R. (2013) Patient satisfaction; OPD services in a Tertiary Care Hospital of Lahore. *Professional Med J* 20(6): 973-980.

93. Naik A.D., Kallen M.A., Walder A., et al. (2008) Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effects of collaborative and proactive health communication. *Circulation* 18;117(11):1361-8. PMID: 18316489.
94. Neyestani, B. (2017). Principles and Contributions of Total Quality Mangement (TQM) Gurus on Business Quality Improvement. 10.5281/zenodo.345428.
95. Nicolaou, N. and Kentas, G. (2017) Total quality management implementation failure: Reasons in healthcare sector. *J Health Sci* 5:110–111
96. Nunu, W.N., Munyewende, P.O. (2017) Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 9(1), a1262.
97. Nyakutombwa, C., Nunu, W., Mudonhi, N., Sibanda, N. (2021). Factors Influencing Patient Satisfaction with Healthcare Services Offered in Selected Public Hospitals in Bulawayo, Zimbabwe. *The Open Public Health Journal.* 14. 181-188. 10.2174/1874944502114010181.
98. Ofei-Dodoo, S. (2019) Patient satisfaction and treatment outcomes of primary care practice in Ghana. *Ghana Med J.* 53(1):63-70.
99. Pakurár, M., Haddad, H., Nagy, J., Popp, J., Oláh, J. (2019) The Service Quality Dimensions that Affect Customer Satisfaction in the Jordanian Banking Sector. *Sustainability* 11: 1113.
100. Papakosta-Gaki, E., Zissi, A., Smyrnakis, E. (2022) Evaluation of primary healthcare and improvement of the services provided. *Archives of Hellenic Medicine* 39(4):439-451
101. Papanikolaou, V., Zygiaris, S. (2014) Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expect.* 17(2):197-207.
102. Pérez-Romero, S., Gascón-Cánovas, J.J., Salmerón-Martínez, D., Parra-Hidalgo, P., Monteagudo-Piqueras, O. (2016) Sociodemographic characteristics and geographic variability associated with patient satisfaction in Primary Care. *Rev Calid Asist.* 31(5):300-8.
103. Persai, D., Balu, R.K., Singh, K., Prabhu, R.R., Lahoti, S., Rout, S., Panda, R. (2022) Patient Satisfaction with Quality of Primary Care Health services-findings from India. *Int J Health Plann Manage.* 37(4):2256-2265.
104. Pierrakos, G., Platis, C. and Iracleous, D. (2017) Design and Implementation of Monitoring and Evaluation of Health Care System: The Paradigm of Primary Health Care Services Users in Greece *Mathematical Methods and Computational Techniques in Science and Engineering AIP Conf. Proc.* 1872, 020027-1–020027-8
105. Pighin, M., Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcenales, S., Rojas-Osorio, M., Yáñez, J.A. (2022) Factors of the Revisit Intention of Patients in the Primary Health Care System in Argentina. *Sustainability* 14(20):13021
106. Ping, L., Xiangyang, C., Zhiping, W., Yinqiu, S., Jianlin, W. (2019) Quality management practices and inter-organizational project performance: Moderating effect of governance mechanisms. *International Journal of Project Management*, 37, 6, p. 855 - 869

107. Platis, C., Lampropoulos, A., Psomiadi, M.A., Chalkias, C., Messaropoulos, P. (2022) Mapping user satisfaction while evaluating the Primary Health Care System in the City of York, United Kingdom, *International Journal of Latest Research in Humanities and Social Science* 5 (4): 83-87
108. Priporas, C.V., Laspa, C., Kamenidou, I. (2008). Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece. *Journal of Medical Marketing*. 8. 10.1057/jmm.2008.21.
109. Quyen, B.T.T., Ha, N.T., Van Minh, H. (2021) Outpatient satisfaction with primary health care services in Vietnam: Multilevel analysis results from The Vietnam Health Facilities Assessment 2015. *Health Psychol Open*. 9;8(1):20551029211015117.
110. Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A. et al. (2006) Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 6:102
111. Raftopoulos, V. (2010) Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece *International Journal of Caring Sciences* 2010 3(3)110-121
112. Ramdass, K.R. and Nemavhola, F. (2018) Cost implications of the ISO 9001 quality management system in south african manufacturing organisations *South African Journal of Industrial Engineering* August 29(2):16-27
113. Razak, I., Nirwanto, N., Triatmanto, B. (2016). The impact of product quality and price on customer satisfaction with the mediator of customer value. *Journal of Marketing and Consumer Research*, 30:59-68
114. Revilla-Camacho, M.A., Cossío-Silva, F.J., Palacios-Florencio, B. (2017) Corporate Responsibility under the ECSI model: An application in the hotel sector, *European Research on Management and Business Economics*, 23, 1,23-32
115. Righi, L., Cullati, S., Chopard, P., Courvoisier, D.S. (2022) General and Vulnerable Population's Satisfaction With the Healthcare System in Urban and Rural Areas: Findings From the European Social Survey. *Int J Public Health*. 8; 67:1604300.
116. Rolfson, O., Salomonsson, R., Dahlberg, L.E., Garellick, G. (2011) Internet-based follow-up questionnaire for measuring patient-reported outcome after total hip replacement surgery-reliability and response rate. *Value Health*. 14(2):316-21.
117. Roy, R. and Ghose, D. (2018). The Role of Quality Management System in Patient Satisfaction and its Benefits: A Study on Healthcare Sector of North Bengal. *International Journal of Management Studies*. V. 126. 10.18843/ijms/v5i3(4)/13.
118. Saleh Nahi Saleh Alghamdi, Ghaida fahad saad Mubki, Fatema Theeb AL Nefeai, et al (2022) Dimensions of Healthcare Service Quality and Their Measurement *International Journal of Medical Science and Dental Research* 5(5): 140-163
119. Sánchez-Piedra, C.A., Prado-Galbarro, F.J., García-Pérez, S., Santamera, A.S. (2014) Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care*. 2014;22(3):147-55.
120. Sandhu, A., Liaqat, N. (2020). Patient satisfaction Questionnaire: A tool towards improvement of Healthcare services [researchgate.net/publication/338675080](https://researchgate.net/publication/338675080)
121. Santos, E. and Khan, S. (2018) Patients' Satisfaction with the NHS: A Novel Indicator for Portugal Online at <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/88726/>

122. Satpathy, S., Wundaville, L.T., Satapathy, S., Malik, A., Singh, S., Singh, A.R., Chadda, R., Barre, V.P., Tiwari, S.K. (2022) A Systematic Review of Patient Satisfaction Scales and Their Applicability to Covid-19 Hospitalized Patients: Gaps and Emerging Needs. *J Patient Exp.* 24;9:23743735221079132.
123. Seetharaman, A., John, R. R. and Saravanan Arumugam, S. (2015) The Implementation of Total Quality Management in Controlling the Cost of Manufacturing. *The Journal of Distribution Science* 13, 8:27-40
124. Senitan, M., Alhaiti, A.H., Gillespie, J. (2018) Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 1;30(10):751-759.
125. Servetkiene, V., Puronait, R., Mockevičienė, B., Ažukaitis, K., Jankauskiene, D. (2023) Determinants of Patient-Perceived Primary Healthcare Quality in Lithuania. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 4720.
126. Schinkel, S., Schouten, B.C., Street, R.L., van den Putte, B., van Weert, J.C. (2016) Enhancing Health Communication Outcomes Among Ethnic Minority Patients: The Effects of the Match Between Participation Preferences and Perceptions and Doctor-Patient Concordance. *J Health Commun.* 21(12):1251-1259.
127. Schmidt, F., Strickland, T. (1998). Client Satisfaction Surveying: Common Measurements Tool. Citizen-Centred Service Network Canadian Centre for Management Development <https://www.semanticscholar.org/paper/Client-Satisfaction-Surveying%3A-Common-Measurements-Schmidt-Strickland/428bf4a447f69a28f7fefed17c70f199049eeabc>
128. Sixma, H.J., van Campen, C., Kerssens, J.J., Peters, L. (2000) Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing.* 29(2):173-8.
129. Sharifi, T., Hosseini, S.E., Mohammadpour, S. et al. (2021) Quality assessment of services provided by health centers in Mashhad, Iran: SERVQUAL versus HEALTHQUAL scales. *BMC Health Serv Res* 21, 397
130. Stepurko, T., Pavlova, M., Groot, W. (2016) Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Serv Res.* B 2;16(a):342.
131. Steyl, T., (2020). Satisfaction with quality of healthcare at primary healthcare settings: Perspectives of patients with type 2 diabetes mellitus, *South African Journal of Physiotherapy* 76(1), a1321
132. Tallentire, V.R., Harley, C.A., Watson, S. (2019) Quality planning for impactful improvement: a mixed methods review *BMJ Open Quality* 8:e000724
133. Thayaparan, A.J., Mahdi, E. (2013) The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Med Educ Online.* 23;18:21747.
134. Upadhyai, R., Jain, A., Roy, H. and Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management.* 21. 102-127.

135. Yancai, Z. (2011). Similarities and differences between product and service innovation: An empirical analysis of Jiangsu province's panel data. 1-6. 10.1109/ICSSSM.2011.5959537.
136. Yarimoglu, E.K(2014) A review on dimensions of service quality models. *J. Mark. Manag.*2:79–93
137. Valerio, L., Ricciardi, W. (2021). The current status of decision-making procedures and quality assurance in Europe: An overview. *Medicine, health care, and philosophy.* 14. 383-96.
138. Valls-Martínez, M.C., Ramírez-Orellana, A. (2019) Patient Satisfaction in the Spanish National Health Service: Partial Least Squares Structural Equation Modeling *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 4886
139. Van Bulck, L., Goossens, E., Luyckx, K. et al. (2020) Healthcare system inputs and patient-reported outcomes: a study in adults with congenital heart defect from 15 countries. *BMC Health Serv Res* 20, 496
140. van Til, J.A., Groothuis-Oudshoorn, C.G.M., Vlasblom, E., Kocken, P.L., Boere-Boonekamp, M.M. (2019) Primary care in five European countries: A citizens' perspective on the quality of care for children. *PLoS One.* 11;14(11):e0224550.
141. Ventriglio, A., Torales, J. and Bhugra, D. (2017) Disease versus illness: What do clinicians need to know? *International Journal of Social Psychiatry* 63(1): 3-6
142. Viala-Danten, M., Martin, S., Guillemin, I., Hays, R.D. (2008) Evaluation of the reliability and validity of the Medical Outcomes Study sleep scale in patients with painful diabetic peripheral neuropathy during an international clinical trial. *Health Qual Life Outcomes.* 7;6:113.
143. Vlasi A, Tzikos G, Pappa M, et al. (2022) Views and Experiences of Health Service Users in Greece During 2012–2018. *Cureus* 14(12): e32769. DOI 10.7759/cureus.32769
144. Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., Harmon, D. (2019) Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Ir J Med Sci.* 188(4):1379-1384.
145. WHO Alma Ata Declaration
146. Wilson, S.R., Strub, P., Buist, A.S., et al. (2010) Better Outcomes of Asthma Treatment (BOAT) Study Group. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 15;181(6):566-77.
147. Xesfingi, S., Vozikis, A. (2016) Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res* 16, 94
148. Zahar, M., Barkany, A. E. and Biyaali, A. E. (2016) Cost of quality in healthcare: a case study in a clinical laboratory, *International Journal of Productivity and Quality Management*, 17(4):536-548.
149. Zun, A.B., Ibrahim, M.I., Hamid, A.A.(2018) Level of Satisfaction on Service Quality Dimensions Based on SERVQUAL Model Among Patients Attending 1 Malaysia Clinic in Kota Bharu, Malaysia. *Oman Med J.* 33(5):416-422

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. [www.qualitygurus.com](http://www.qualitygurus.com)
2. [www.who.int](http://www.who.int)
3. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
4. [www.e-nomothesia.gr](http://www.e-nomothesia.gr)
5. [www.elot.gr](http://www.elot.gr)
6. [web.tee.gr](http://web.tee.gr)
7. [www.esyd.gr](http://www.esyd.gr)
8. [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)
9. [www.caf-network.eu/CAF](http://www.caf-network.eu/CAF)
10. [www.epsi-rating.com](http://www.epsi-rating.com)
11. [www.eoq.org/](http://www.eoq.org/)
12. [www.elegeia.gr/](http://www.elegeia.gr/)
13. [www.dianeosis.org/research/tpe\\_2020/](http://www.dianeosis.org/research/tpe_2020/)
14. [www.statistics.gr/](http://www.statistics.gr/)
15. [www.ekab.gr/](http://www.ekab.gr/)
16. [www.childhealthservicemodels.eu/](http://www.childhealthservicemodels.eu/)
17. [www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health\\_system\\_final.pdf](http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf)
18. [www.theacsi.com](http://www.theacsi.com)
19. [www.european-accreditation.org/the-mla](http://www.european-accreditation.org/the-mla)
20. [www.eoq.org](http://www.eoq.org)
21. [www.iso.org](http://www.iso.org)
22. [www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/](http://www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/).