

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ  
Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ  
ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**Δρ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΚΑΡΑΠΙΣΤΟΛΗΣ**

**ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ  
ΚΑΡΕΚΛΑΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

**Θεσσαλονίκη  
2007**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	σελ. 1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....</b>	σελ. 3
2.1. Ποιοτική αξιολόγηση.....	σελ. 4
2.1.1. Η Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	σελ. 4
2.1.2. Η Σημασία και τα Οφέλη της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	σελ. 6
2.2. Οικονομική Αξιολόγηση.....	σελ. 10
2.3. Άλλες μεθοδολογικές τεχνικές αξιολόγησης.....	σελ. 12
2.4. Δείκτες αξιολόγησης.....	σελ. 14
2.4.1. Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης.....	σελ. 14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ .....</b>	σελ. 15
3.1. Εφαρμογή Συστήματος Διαχειριστικού Ελέγχου.....	σελ. 16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΧΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....</b>	σελ. 20
4.1. Τα σημαντικότερα προβλήματα της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.....	σελ. 21
4.2. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των 2 κλασικών απόψεων για το αγαθό υγείας και το σύστημα υγείας.....	σελ. 23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	σελ. 25
5.1. Η Παραοικονομία στην Υγεία - Τα πρώτα αποτελέσματα της Πανελλαδικής έρευνας.....	σελ. 27
5.2. Δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	σελ. 30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ Ε.Ε. ....</b>	σελ. 34
6.1. Επισκόπηση της πολιτικής για την υγεία.....	σελ. 34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ .....</b>	σελ. 37
7.1. Επιστημονική Έρευνα για την Αξιολόγηση των Συστημάτων Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία.....	σελ. 37
7.2. «Μέτρια» η εικόνα του δημοσίου τομέα υγείας στην Ελλάδα.....	σελ. 50

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ**

<b>ΤΟ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΤΟΥ .....</b>	<b>σελ. 53</b>
8.1. Διατύπωση του Θέματος της Έρευνας.....	σελ. 53
8.2. Μεθοδολογία.....	σελ. 54
8.2.1. Καθορισμός πληθυσμού.....	σελ. 54
8.2.2. Καθορισμός ερευνητικής μεθόδου.....	σελ. 55
8.2.3. Καθορισμός μεγέθους δείγματος.....	σελ. 55
8.2.4. Μέθοδος Συγκέντρωσης Πρωτογενών στοιχείων.....	σελ. 55
8.3. Κενό Ερωτηματολόγιο.....	σελ. 56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....</b>	<b>σελ. 59</b>
9.1. Πίνακες .....	σελ. 59
9.2. Τμήμα Α: Δημογραφικά στοιχεία.....	σελ. 59
9.2.1. Πίνακας Κατανομής Συχνοτήτων. Τμήμα Α: Δημογραφικά.....	σελ. 69
9.3. Τμήμα Β και Τμήμα Δ.....	σελ. 71
9.3.1. Πίνακας Κατανομής Συχνοτήτων. Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία και τμήμα Δ: Βαθμός ικανοποίησης μετά την ολοκλήρωση.....	σελ. 74
9.3.2. Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία (πίνακας Burt)..	σελ. 75
9.3.3. Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (AFC) του τμήματος Β....	σελ. 76
9.4. Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης .....	σελ. 80
9.4.1. Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (AFC). Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης.....	σελ. 83
9.4.2. Πίνακας κατανομής. Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης.....	σελ. 86
9.5. Συσχετισμός μεταβλητών τμήματος Α και τμήματος Γ.....	σελ. 88
9.6. Γενικά σχόλια και παρατηρήσεις.....	σελ. 100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ</b>	
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>σελ. 103</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ.....</b>	<b>σελ. 108</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>σελ. 109</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα Δημόσια Νοσοκομεία θα πρέπει να αναπτύξουν και να εφαρμόζουν κατάλληλες μεθόδους για την παρακολούθηση και αξιολόγηση του έργου που προσφέρουν τόσο προς τα άτομα-χρήστες τους όσο και για τον τρόπο εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας τους. Όπου κρίνεται σκόπιμο, προτείνεται η μέτρηση των διεργασιών της ποιότητας και του Συστήματος Ολικής Ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας.

Διαμέσου των μεθόδων αυτών κατορθώνεται να αποδειχθεί η ικανότητα των διεργασιών να επιτυγχάνουν προσχεδιασμένα αποτελέσματα, με σημείο εκκίνησης και πρωτεύοντα βασικό άξονα την άρτια διαδικαστική λειτουργία όσον αφορά την διοίκηση, με τελικό προορισμό τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς.

Όταν τα προσχεδιασμένα αποτελέσματα δεν επιτυγχάνονται, πρέπει να γίνεται διόρθωση και να πραγματοποιούνται ενέργειες ώστε να εξασφαλίζεται η διαμόρφωση των υπηρεσιών, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών- εξυπηρετούμενων.

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι δείκτες ποιότητας που δίνουν την δυνατότητα ποσοτικοποίησης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας.

Η χρήση των δεικτών για την εσωτερική ποιοτική βελτίωση περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- ◆ Επιλογή των κατάλληλων δεικτών
- ◆ Χρήση αυτών των δεικτών για την αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης
- ◆ Χρήση τους στη μέτρηση του αποτελέσματος των βελτιώσεων

Ο προσδιορισμός των προβλημάτων ή των ευκαιριών για βελτίωση:

- ◆ Παρέχει κίνητρα για αλλαγή
- ◆ Αποτελεί βάση για συγκρίσεις
- ◆ Δίνει προτεραιότητα στους τομείς που χρειάζονται βελτίωση.

Έτσι λοιπόν τα Δημόσια Νοσοκομεία θα πρέπει να βελτιώνουν διαρκώς την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας μέσω της χρήσης :

- ◆ της πολιτικής για την ποιότητα
- ◆ των στόχων για την ποιότητα
- ◆ των αποτελεσμάτων των επιθεωρήσεων
- ◆ της ανάλυσης των δεδομένων
- ◆ των διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών και
- ◆ της ανασκόπησης και επίβλεψης από την Διοίκηση

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να αξιολογηθούν οι Υπηρεσίες Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», καθώς και η διερεύνηση και καταγραφή της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών και το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Όσον αφορά τους δείκτες αξιολόγησης και τον τρόπο με τον οποίο γίνονται κατανοητοί και ακολούθως αξιοποιήσιμοι θα γίνει μια συνοπτική περιγραφή. Αντί αυτών, μέσω της τεχνικής μεθόδου συλλογής και ανάλυσης δεδομένων και με την βοήθεια του προγράμματος M.A.D θα γίνει ο διαχωρισμός η ανάλυση και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την συμπεριφορά και τις στάσεις των ασθενών-χρηστών ως προς τις υπηρεσίες του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο».

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας οι κοινωνικο-πολιτικοί σχηματισμοί που αναπτύχθηκαν, κυρίως στις δυτικά ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες, οδηγούν στο να διακρίνουμε μια ιδεολογία η οποία επικεντρώνεται στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος υγείας το οποίο θα προσφέρει ολοένα και καλύτερες παροχές στους ασθενείς.

Παρότι η σημερινή πραγματικότητα μας δείχνει αυτή την αναγκαιότητα για καλύτερες παροχές πάντα ανακύπτει το αιώνιο πρόβλημα της στενότητας των οικονομικών πόρων και της καλύτερης δυνατής διαχείρισης του οικονομικού συστήματος στο σύνολό του.

Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους βασικότερους κινητήριους μοχλούς ανάπτυξης του κοινωνικού– οικονομικού μας συστήματος που ο σχεδιασμός, η επέκταση και η εξέλιξή του θα πρέπει να βασίζεται στις αρχές του επιστημονικού management και του υγειονομικού σχεδιασμού, με τελικό σκοπό την καλύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του.

Οι οικονομικές συγκυρίες αναγκάζουν συχνά σε μια πιο σκληρή ορθολογική κρίση των αποφάσεων σχεδιασμού για την κάλυψη των αναγκών υγείας και σε αξιολόγηση του συστήματος ώστε να διερευνηθεί κάθε φορά κατά πόσο το σύστημα ανταποκρίνεται στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο λειτουργεί με ελεγχόμενους παραγωγικούς ρυθμούς που να επιφέρει πάντα τα σχεδιαζόμενα αποτελέσματα μέσα στα προκαθορισμένα οικονομικά πλαίσια.

Σύμφωνα με τον Σωτήρη Σούλη (1999)<sup>1</sup> ο έλεγχος για την υλοποίηση τόσο της αποτελεσματικότητας όσο και της αποδοτικότητας πραγματοποιείται με τη χρησιμοποίηση διαφόρων δεικτών. Οι δείκτες δημογραφίας και επιδημιολογίας διαγράφουν τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού και βοηθούν στο σχεδιασμό κατάλληλων υπηρεσιών υγείας. Αντίστοιχα οι δείκτες

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 317-321

επάρκειας, χρησιμοποίησης, λειτουργικότητας, έχουν σαν κύριο στόχο την αξιολόγηση του συστήματος υγείας και της διοίκησης ενός νοσοκομείου.

## 2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Όσοι σχεδιάζουν και παρέχουν υπηρεσίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με ερωτήματα σχετικά με το ποιες ενέργειες θα πρέπει να γίνουν, ώστε τα νοσοκομεία να παρέχουν υπηρεσίες που να ικανοποιούν τόσο τις ανάγκες των ασθενών όσο και τις οικονομικές απαιτήσεις της διοίκησης.

Τα ερωτήματα αυτά μπορούν να αφορούν από το πόσα άτομα θα πρέπει να απασχολεί το εκάστοτε νοσοκομείο, μέχρι και το αν θα πρέπει να συμπεριληφθεί ένα νέο και ακριβό φάρμακο στο συνταγολόγιο ή αν θα πρέπει να προμηθευτεί το νοσοκομείο ένα νέο τύπο διαγνωστικού εξοπλισμού.

Από την άλλη, ερωτηματικά και δυσφορίες δημιουργούνται από την πλευρά των ασθενών, οι οποίοι παρακολουθούν τον τομέα της υγείας να αναπτύσσεται και να αναδιαμορφώνεται χωρίς όμως να είναι πλήρως ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Όλα αυτά, που απασχολούν τόσο τη διοίκηση ενός νοσοκομείου όσο και τους ασθενείς, αποτελούν ερωτήματα στα οποία πρέπει να δοθούν απαντήσεις και πολλές φορές όταν ανακύπτουν τέτοιου είδους θέματα οι λύσεις πρέπει να είναι άμεσες.

Πριν ωστόσο παρθεί οποιαδήποτε απόφαση άμεση ή και έμμεση θα πρέπει να αναρωτηθούν:

Ποιος πρέπει να κάνει τι και σε ποιόν;

Με ποιους υγειονομικούς πόρους;

Με ποιο συσχετισμό ως προς τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας;

Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα επηρεάζονται από τις εκτιμήσεις που αφορούν τα σχετικά προσόντα ή τη σχετική αξία κάθε εναλλακτικής πορείας δράσης την οποία εκφράζουν. Οι εκτιμήσεις, λοιπόν, περί σχετικής αξίας μπορούν να εξακριβωθούν και να ερμηνευτούν από την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.



Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε δύο μέρη, στην ποιοτική αξιολόγηση που αφορά το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο και κατά πόσο αυτές οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και στην οικονομική αξιολόγηση που αφορά την αποδοτικότητα των υπηρεσιών αυτών για το ίδιο το νοσοκομείο.

## **2.1. Ποιοτική Αξιολόγηση**

### *2.1.1 Η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.*

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αξιολογείται με βάση τα δεδομένα και τα χαρακτηριστικά που έχουν τα συστατικά στοιχεία του συστήματος παραγωγής και διάθεσής τους, δηλαδή της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων.

Για να επιτευχθεί αυτού του είδους η αξιολόγηση κρίνεται αναγκαία η χρήση κατάλληλων κριτηρίων και του βαθμού ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών πάνω σε αυτά, τα οποία σύμφωνα με τους Γιάννης Κυριόπουλος, Χαράλαμπος Οικονόμου κ.α. (2000)<sup>1</sup> παρατίθενται ως εξής:

α. Κριτήρια δομικά. Αυτό το κριτήριο αφορά τις εγκαταστάσεις ενός νοσοκομείου, τον αριθμό των κλινών του και την επάρκεια αυτών, το είδος και η κατάσταση του εξοπλισμού που διαθέτει, ο αριθμός του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, ο τρόπος άσκησης της διοίκησης κ.τ.λ.

β. Κριτήρια διαδικασιών. Ελέγχεται, δηλαδή, κατά πόσον οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις από τη στιγμή που θα έρθει σε επαφή με το υγειονομικό σύστημα μέχρι την έξοδό του από αυτό.

---

<sup>1</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου κ.ά (2000) «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας» σελ. 139-140

γ. Κριτήρια αποτελεσμάτων. Αφορούν τις ίδιες τις ιατρικές φροντίδες που παρασχέθηκαν σε έναν ασθενή και τα αποτελέσματα που είχαν αυτές άμεσα ή μεταγενέστερα στη βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του.

Με τα παραπάνω κριτήρια προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι θεωρούμε πως υπάρχει το ελάχιστο επίπεδο κατά το οποίο δεν επιτρέπεται η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας να πέσει κάτω από αυτό. Το μέσο επίπεδο, όπου η βελτίωση με την ανεύρεση των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου είναι δυνατή αλλά μόνο η βελτίωση αυτών των στοιχείων και τέλος, το ιδανικό επίπεδο που ουσιαστικά αποτελεί το στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και αξιολόγησης.

Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης.

Συμπληρωματικές πηγές πληροφοριών μπορεί να είναι οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών, οι φάκελοι που τηρούν οι ασφαλιστικές εταιρίες και ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις ασθενών.

Ακόμη, η σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του ίδιου του ασθενή, επαρκείς οικονομικούς πόρους και μεγάλη και μακρόχρονη προσπάθεια.

Υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που να είναι απαλλαγμένη τελείως από λάθη. Το γεγονός αυτό επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης, αφού τα αποτελέσματα σχετίζονται θετικά ή αρνητικά τόσο με την επάρκεια των μονάδων παροχής των υπηρεσιών (νοσοκομείων, κέντρων υγείας) όσο και με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, στην περίπτωση που η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας γίνεται με βάση τα στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του αποτελέσματός της, χρησιμοποιούνται δηλαδή κριτήρια αποτελεσμάτων, θα πρέπει να έχουμε πάντοτε υπόψη μας ότι μία μη επιθυμητή ή κακή έκβαση δεν είναι οπωσδήποτε αποτέλεσμα και κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τους Γιάννη Κυριόπουλο κ.α.(2000)<sup>1</sup>.

### *2.1.2. Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.*

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει άμεσα όλους. Πρώτα – πρώτα ενδιαφέρει τους ασθενείς, που είναι οι χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και βέβαια τις οικογένειές τους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει επίσης, τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς, κλπ.) ενδιαφέρει, φυσικά, εκείνους που πληρώνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας (το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς) και, τέλος, ενδιαφέρει και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.

Είναι φανερό όμως, ότι η ποιότητα καθορίζεται και παρατηρείται διαφορετικά από τον ασθενή, διαφορετικά από τον ιατρό, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα. Όσοι από τους παραπάνω δεν έχουν άμεση σχέση με την παροχή των υγειονομικών φροντίδων, δυσκολεύονται να εκτιμήσουν τι είναι αυτό ακριβώς που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως σε ότι έχει σχέση με την τεχνική και επιστημονική διάσταση των φροντίδων αυτών.

Σύμφωνα με τους Gaucher – Coffey (1993), όπως αναφέρει ο Γ. Κυριόπουλος (2000)<sup>2</sup> στο βιβλίο του, η αδυναμία κατανόησης της τεχνικής και επιστημονικής διάστασης που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης

---

<sup>1</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου κ.ά. (2000) « Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας» σελ. 141

<sup>2</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου κ.ά. (2000) « Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας» σελ. 142

της ποιότητας από την επιστημονική κοινότητα, αναφέρονται σε σφάλματα που πιθανόν έγιναν κατά τη διαδικασία περίθαλψης και δεν εστιάζονται στην εξυπηρέτηση του ασθενή και την άριστη φροντίδα του.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός ότι για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα πρέπει να εξεταστεί η παρεχόμενη ποιότητα από όλες τις πλευρές και η γνώμη που έχουν για αυτή όλοι οι ενδιαφερόμενοι.

Είναι λογικό όλοι να μην έχουν την ίδια άποψη και επόμενο είναι οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις τους να είναι πολλές φορές αλληλοσυγκρουόμενες. Συνεπώς, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και προσδοκίες του ασθενή.

Οι απόψεις των ασθενών πρέπει, φυσικά, να λαμβάνονται υπόψη, οι εκτιμήσεις όμως των επαγγελματιών υγείας είναι εκείνες που τελικά θα προσδιορίσουν το είδος και το εύρος των υπηρεσιών υγείας που έχει ανάγκη ο ασθενής. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, τόσο η ανάγκη όσο και τα μέσα ικανοποίησής της δεν είναι αντικειμενικά δυνατό να προσδιοριστούν μόνο από τον ασθενή.

Σημαντικός παράγοντας, επίσης, είναι και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Μια υπηρεσία, παρόλο που μπορεί να έχει προσδιοριστεί από τους επαγγελματίες υγείας και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ασθενών, δεν μπορεί να θεωρηθεί υπηρεσία ποιότητας αν δεν είναι αποτελεσματική και οδηγεί σε σπατάλη πόρων (ανθρώπινων και υλικών) που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ικανοποίηση αναγκών άλλων ασθενών.

Ακόμη, θα πρέπει να τονιστεί ότι μια υπηρεσία υγείας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως υπηρεσία ποιότητας, όταν αυτή έρχεται σε αντίθεση με την ισχύουσα νομοθεσία ή τις επικρατούσες στην κοινωνία αντιλήψεις περί ηθικής.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σε κάθε περίπτωση, αποτελεί σήμερα την πρώτη προτεραιότητα και έχει για όλους, όσοι ενδιαφέρονται για τις υπηρεσίες

υγείας, ξεχωριστή και μεγάλη σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Σύμφωνα με τους Γιάννης Κυριόπουλος – Χαράλαμπος Οικονόμου κ.α.(2000)<sup>1</sup> τα οφέλη αυτά είναι:

Για τον ίδιο τον ασθενή:

- ◆ Υγειονομικά οφέλη: σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.
- ◆ Ψυχολογικά οφέλη: σχετικά τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτήν. Βέβαια, μεγάλο είναι επίσης και το ψυχολογικό όφελος που έχει ο ασθενής, εξαιτίας της συντόμευσης του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- ◆ Οικονομικά οφέλη: η απώλεια του εισοδήματος που θα υποστεί ο ασθενής, εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του κοντά σ' αυτόν, θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Για τους επαγγελματίες υγείας:

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνιστώνται κυρίως:

- ◆ Στην αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- ◆ Στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους.
- ◆ Στην ικανοποίηση που παίρνουν αυτοί από την εργασία τους.
- ◆ Στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που απολαμβάνουν από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

---

<sup>1</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου κ.ά. (2000) « Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας» σελ. 144-146

- ◆ Στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος.
- ◆ Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, που καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

Για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας):

- ◆ Οικονομικά οφέλη: εξαιτίας της μείωσης του λειτουργικού κόστους, η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων.
- ◆ Λειτουργικά οφέλη: που συνοδεύουν το δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησής της (μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας).
- ◆ Αναγνώριση και φήμη.

Για τα ασφαλιστικά ταμεία:

- ◆ Υγειονομικά οφέλη: σχετικά με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών.
- ◆ Οικονομικά οφέλη: σχετικά με τον περιορισμό του ύψους των δαπανών που πληρώνουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, περιορισμό του ύψους των επιδομάτων ασθενείας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους κλπ.
- ◆ Κοινωνικά οφέλη: σχετικά με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους τους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- ◆ Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

Για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο:

- ◆ Οικονομικά οφέλη: εξαιτίας της περιστολής των αδικαιολόγητων δαπανών στο τομέα υγείας, του περιορισμού της απώλειας της παραγωγικότητας των πολιτών, λόγω συντόμευσης του χρόνου παραμονής τους ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, και γενικά της διάρκειας της ασθένειάς τους.
- ◆ Υγειονομικά οφέλη: από την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό, συνακόλουθα, του χρόνου αναμονής των ασθενών για την εξυπηρέτηση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει επίσης θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου (περιορισμό ημεραργιών, επιδομάτων, κ.τ.λ.), όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών- καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- ◆ Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας.
- ◆ Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας εσωτερικά και διεθνώς.

## **2.2. Οικονομική Αξιολόγηση**

Αυτό το είδος της αξιολόγησης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αφορά στην αποδοτικότητα που μπορεί να έχει μια υπηρεσία υγείας ως προς τη διοίκηση. Όσον αφορά την οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ανακύπτουν ερωτήματα τα οποία χρήζουν απάντησης προκειμένου να καθοριστεί κατά πόσο μια υπηρεσία υγείας δεν είναι υπέρ το δέον δαπανηρή και άρα αναποτελεσματική για το νοσοκομείο.

Οι επαγγελματίες υγείας, λοιπόν, όταν θα πρέπει να αποφασίσουν για κάποια υπηρεσία υγείας, πέραν εννοείται του γεγονότος ότι αυτή η υπηρεσία θα ανταποκρίνεται βασικά στις ανάγκες των ασθενών, θα πρέπει να ελέγξουν εάν:

- ♦ αξίζει να πραγματοποιηθεί μια θεραπεία ή υπηρεσία ή το πρόγραμμα υγείας, αν συγκριθεί με άλλα πράγματα που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν με τους ίδιους πόρους;
- ♦ οι πόροι που θα διατεθούν για τη θεραπεία, υπηρεσία ή το πρόγραμμα, πρέπει να δαπανηθούν με το συγκεκριμένο τρόπο και όχι με κάποιον άλλο;

Μια οικονομική αξιολόγηση, συνεπώς, παρέχει σημαντικές πληροφορίες στους αρμόδιους για την λήψη των αποφάσεων.

Όμως είναι ακόμα χρησιμότερη και καταλληλότερη όταν έπεται τριών άλλων ειδών αξιολόγησης: δρασικότητας (μπορεί να φέρει αποτελέσματα;), αποτελεσματικότητας ή χρησιμότητας (φέρνει αποτέλεσμα;), διαθεσιμότητας (φτάνει σε όσους έχουν ανάγκη;).

Κάθε οικονομική αξιολόγηση διατυπώνεται, συνήθως, ως επιλογή ανάμεσα σε ανταγωνιστικές εναλλακτικές λύσεις. Συνεπώς η κύρια αποστολή κάθε οικονομικής αξιολόγησης είναι να εντοπίσει και να συγκρίνει τα κόστη και τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής λύσης.

Η οικονομική αξιολόγηση είναι μια τεχνική που αναπτύχθηκε από τους οικονομολόγους ώστε να βοηθήσει στις επιλογές που πρέπει να γίνουν μεταξύ διαφορετικών μορφών δράσης. Στην ουσία κάθε επιλογή είναι μια ζυγαριά όπου από την μια είναι τα πλεονεκτήματα-οφέλη και από την άλλη τα μειονεκτήματα-κόστος (Σωτήρης Σούλης, 1999)<sup>1</sup>.

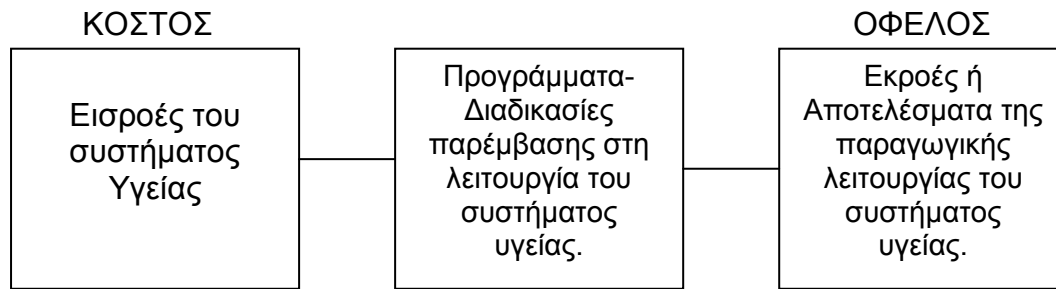
Συμπερασματικά η οικονομική αξιολόγηση προσδιορίζει ουσιαστικά, την αποδοτικότητα ενός συστήματος, προγράμματος ή μιας παρέμβασης και είναι η σχέση μεταξύ του κόστους από την πραγματοποίηση μιας διαδικασίας και του οφέλους, δηλαδή των εκροών και των αποτελεσμάτων αυτής της διαδικασίας.

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 328



## Οικονομική Αξιολόγηση



(Σωτήρης Σούλης 1999)

Οι κυριότερες μορφές οικονομικής αξιολόγησης σύμφωνα με το Σωτήρη Σούλη (1999)<sup>1</sup> είναι:

1. ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost – benefit analysis)
2. ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost – effectiveness)
3. ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost – utility)
4. ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost – minimization)

### 2.3. Άλλες μεθοδολογικές τεχνικές αξιολόγησης

Ανεξάρτητα από το θεωρητικό πλαίσιο της αξιολόγησης γενικά ή της οικονομικής αξιολόγησης ειδικότερα, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται απλές τεχνικές αξιολόγησης.

Πράττοντας με αυτόν τον τρόπο σκέψης θα μπορούσαμε να πούμε πως θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση με κριτήριο εάν και κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων, να γίνεται δηλαδή εκτίμηση της επάρκειας των υπηρεσιών.

Όπως επίσης θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση με βάση τα αποτελέσματα αυτών των υπηρεσιών σε σχέση με τους παρεχόμενους πόρους. Κάθε

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 328-329

υπηρεσία, όπως αναφέρεται και παραπάνω, δεν θα πρέπει μόνο να καλύπτει τις ανάγκες των χρηστών, αν και αυτός είναι ο πρωτεύοντας στόχος, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να μην αποτελεί μια διαδικασία δαπάνης και κατασπατάλησης οικονομικών ή ανθρώπινων και υλικών πόρων που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν σε κάποια άλλη υπηρεσία αποδίδοντας ίσως καλύτερα αποτελέσματα.

Τέλος, είναι ορθό να γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με το βαθμό επίτευξης των στόχων του συγκεκριμένου οργανισμού (νοσοκομείο). Κάθε οργανισμός θέτει στόχους προς επίτευξη. Άλλοι τίθενται για την ποιοτική λειτουργία του, δηλαδή την καλύτερη δυνατή ανταπόκριση των υπηρεσιών που παρέχει στους χρήστες και άλλοι για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του, που βασίζεται κυρίως στις εισροές και εκροές του οργανισμού. Θα πρέπει λοιπόν, ανά τακτά χρονικά διαστήματα τα αποτελέσματα από την επίτευξη αυτών των στόχων να αξιολογούνται, προκειμένου να γίνεται κατανοητό, εάν και σε τι βαθμό οι ενέργειες που έγιναν εκπλήρωσαν τους στόχους.

Ο Καριώτης Π. (1992)<sup>1</sup>, επισημαίνει ότι, ο απλούστερος τρόπος αξιολόγησης ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας είναι η αναλυτική περιγραφή και η εκτίμηση των συντελεστών λειτουργίας του συστήματος, η οποία επιτρέπει την αδρή καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζει.

Εκτός από αυτό τον τρόπο, σύμφωνα με τον Σωτήρη Σούλη (1999)<sup>2</sup> η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις ακόμη βασικές τεχνικές:

α: Με την ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και των πόρων που καταναλίσκονται.

β: Με την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

γ: Με την εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του συστήματος.

---

<sup>1</sup> Π. Καριώτης, (1992) «Management υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία» σελ. 156

<sup>2</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 336-337

## 2.4. Δείκτες αξιολόγησης

### 2.4.1. Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης.

Οι δείκτες είναι, συνήθως, τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι, θα λέγαμε, μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης.

Οι δείκτες (Σούλης, 1999)<sup>1</sup> πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία: Εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Παρόλα αυτά οι δείκτες αξιολόγησης είναι δύσκολο να ταξινομηθούν, καθώς το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να υλοποιήσουν είναι απίστευτα μεγάλο.

Η Π.Ο.Υ έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε 5 βασικές κατηγορίες:

- I. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- II. Κοινωνικό-Οικονομικοί δείκτες
- III. Δείκτες επιπέδου υγείας
- IV. Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας
- V. Δείκτες κάλυψης της Π.Φ.Υ.

Ο St. Martin (Σούλης, 1999)<sup>2</sup>, διακρίνει, κατά τον ίδιο περίπου μεθοδολογικό τρόπο, τα δεδομένα και τους δείκτες που πρέπει να χρησιμοποιούνται με τις εξής κατηγορίες:

1. Δείκτες Δημογραφίας
2. Δείκτες Ιατρό-υγιεινής
3. Περιβαλλοντικοί, οικολογικοί και κοινωνικοί δείκτες
4. Κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί
5. Δείκτες συστημάτων και υπηρεσιών υγείας

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 338

<sup>2</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 339

### **3.ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Παρατηρώντας τη διαχρονική πορεία των δημόσιων νοσοκομείων, είναι εύκολο να δούμε πώς στο πέρασμα των χρόνων, οι ενέργειες και οι διαχειριστικές μέθοδοι που εφάρμοσαν δεν αποδείχθηκαν ιδιαίτερα αποτελεσματικές όσον αφορά στη λειτουργία αυτών των ιδρυμάτων.

Παρά το ότι τα μέσα που διατίθεντο γνώριζαν και γνωρίζουν αύξηση, βασικό πρόβλημα της αναποτελεσματικότητας των διοικητικών και διαχειριστικών μεθόδων, όπως είναι εύκολα κατανοητό, υπήρξαν οι περιορισμένοι παρεχόμενοι πόροι, οικονομικοί ή και υλικοί. Αυτό επέβαλε στις εκάστοτε διοικήσεις των νοσοκομείων να διαθέτουν αυτούς τους πόρους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε όσο περισσότερες υπηρεσίες ήταν εφικτό, κάτι που δεν έφερνε και δεν φέρνει τα απαιτούμενα αποτελέσματα.

Είναι γεγονός πως οι διοικητικοί υπεύθυνοι δεν διαθέτουν υψηλό επίπεδο ιατρικών γνώσεων. Αυτό αυτόματα μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως δεν μπορούν να λαμβάνουν ορθές αποφάσεις όσον αφορά τη διοίκηση του νοσοκομείου, εάν πρώτα δεν γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών και τις απαραίτητες διαδικασίες έτσι ώστε οι ανάγκες αυτές να καλυφθούν. Οι διοικητικοί υπεύθυνοι για να είναι σε θέση να μπορούν να ελέγξουν και να αποφασίσουν σωστά για τις επιλογές που πρέπει να κάνουν σε κάθε νοσοκομείο, φαίνεται πως θα ήταν ορθότερο να λαμβάνουν υπόψη τους και τις γνώσεις τόσο του ιατρικού προσωπικού, όσο και των υπευθύνων φροντίδας.

Όπως είναι λογικό θα πρέπει να καταστεί σαφές πως η συνεργασία όλων των παραγόντων και υπευθύνων ενός νοσοκομείου κρίνεται αναγκαία για την σωστή διοίκηση και διαχείριση του ιδρύματος. Το ιατρικό προσωπικό (ιατροί και νοσηλευτές) είναι σε θέση να γνωρίζουν ή κι αν δεν γνωρίζουν μπορούν να διερευνήσουν ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών και ποιες ενέργειες θα πρέπει να γίνουν ώστε αυτές οι ανάγκες να καλυφθούν. Από την άλλη οι υπεύθυνοι της διοίκησης μπορούν να γνωρίζουν το κόστος κάθε ενέργειας και

να διερευνήσουν με βάση τους παρεχόμενους πόρους ποιες είναι οι κατάλληλες και ορθότερες επιλογές.

Ο Σωτήρης Σούλης (1999)<sup>1</sup> στο βιβλίο του αναφέρει ότι η συμμετοχή όλων των υπευθύνων στη διοίκηση σημαίνει επεξεργασία και πρόβλεψη της δραστηριότητας του ιδρύματος και την κοινοποίηση των αναγκαίων πληροφοριών σε όλα τα στάδια αυτής της διαδικασίας. Αυτό τον τρόπο διοικητικής λειτουργίας οι Gautier et al. (1979) χαρακτήρισαν ως συμμετοχική διοίκηση στη βάση συγκεκριμένων πόρων.

### **3.1. Εφαρμογή συστήματος διαχειριστικού ελέγχου**

Ο διαχειριστικός έλεγχος, όπως αναφέρει στο βιβλίο του ο Σ. Σούλης (1999)<sup>2</sup>, μπορεί να περιγραφεί ως το σύνολο των μέσων τα οποία χρησιμοποιούνται σε έναν οργανισμό, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι που αυτός διαθέτει στην παραγωγή, χρησιμοποιούνται κατά τον κατάλληλο τρόπο με την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν ορισθεί.

Ο διαχειριστικός έλεγχος καθιστά επομένως αναγκαία την συμμετοχή των υπευθύνων της διοίκησης σε όλα τα επίπεδα, με κύριο σκοπό την αναζήτηση της μέγιστης αποτελεσματικότητας στην χρησιμοποίηση των πόρων που τους έχουν διατεθεί. Επιβάλλει έτσι, αυξημένη ευθύνη στους αρμόδιους των διαφόρων τομέων του νοσοκομείου στην εκτέλεση των προβλεπόμενων από τον προϋπολογισμό δαπανών.

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή τέτοιου συστήματος είναι:

- Η επεξεργασία των στόχων, κατά «κέντρο ευθύνης» μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας και σε συνάφεια με τις γενικότερες στρατηγικές επιδιώξεις του ιδρύματος.

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 258

<sup>2</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 258

- Η διάθεση των αναγκαίων μέσων για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί, αφήνοντας στους υπεύθυνους την δυνατότητα επιλογών για την καλύτερη χρήση των διατιθέμενων μέσων.

Πρόκειται για την επίτευξη κάποιου είδους αμοιβαίας δέσμευσης, με βάση την οποία ο υπεύθυνος του κέντρου συμφωνεί να πραγματοποιήσει τις προβλεπόμενες δραστηριότητες με τα μέσα που παραχωρούνται στη διάθεσή του.

Έτσι, η περιοδική σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται με τις προβλεπόμενες από τους προϋπολογισμούς, επιτρέπει τον εντοπισμό των διαφορών. Αν οι διαφορές είναι σημαντικές θα πρέπει να αναλυθούν από τους υπεύθυνους για να εξηγηθούν οι αιτίες και να ληφθούν τα απαραίτητα διορθωτικά μέτρα ή ενδεχομένως να υπάρξει αναθεώρηση των αρχικών στόχων.

Θα πρέπει αυτής της μορφής ο διαχειριστικός έλεγχος να διακριθεί από τον έλεγχο που γίνεται μέσα από τη διαδικασία εκτέλεσης του προϋπολογισμού. Ο τελευταίος ανταποκρίνεται περισσότερο στην σύγκριση των καταναλωθέντων πόρων με αυτούς που εγκρίθηκαν, ενώ ο διαχειριστικός έλεγχος, όπως τον παρουσιάζουμε, έχει τη μορφή ανάλυσης με όρους κόστους-αποτελέσματος.

Ο ρόλος του διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να αναλυθεί με τον παρακάτω τρόπο:

- Ένας ρόλος που σχετίζεται με τη μέτρηση και την αξιολόγηση των πραγματοποιηθέντων αποτελεσμάτων για κάθε τομέα δραστηριότητας
- Ένας ρόλος παρότρυνσης των υπευθύνων: το σύστημα αυτό επιτρέπει να εκτιμήσουμε τις ενέργειές τους και αναδεικνύεται σε όργανο αξιολόγησης του διοικητικού τους έργου
- Ένας ρόλος συντονισμού των διαφορετικών κέντρων ευθύνης, δεδομένου ότι λειτουργεί διατομεακά και συμβάλλει στη σύγκλιση των στόχων

- Ένας ρόλος διαρκούς αμφισβήτησης των στόχων που έχουν τεθεί για τον καθένα και επανατοποθέτησης της στρατηγικής ανάλογα με τα εμπειρικά αποτελέσματα

Η εφαρμογή του διαχειριστικού ελέγχου στα νοσοκομεία παίρνει διαφορετική μορφή και αναπτύσσεται σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με το σύστημα υγείας που καθορίζει το γενικότερο πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων, το νομοθετικό πλαίσιο, τον βαθμό ενσωμάτωσης των συγχρόνων μεθόδων διοίκησης στο νοσοκομειακό τομέα και γενικά επηρεάζεται κατά καθοριστικό τρόπο από τις εθνικές και τοπικές ιδιομορφίες.

Το γεγονός ότι στη σημερινή ελληνική πραγματικότητα, η διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων βρίσκεται μακριά από τη φιλοσοφία και πρακτική των μεθόδων τις οποίες παρουσιάζουμε στο κεφάλαιο αυτό, δεν σημαίνει ότι αυτές δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές στη προοπτική της εξέλιξης του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας. Και αυτό διότι ήδη όλες οι πρόσφατες νομοθετικές παρεμβάσεις στο νοσοκομειακό τομέα προωθούν αποφασιστικά τον διοικητικό εκσυγχρονισμό στη λειτουργία και διαχείριση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, η δε συστηματοποίηση και εμπέδωση των επιστημονικών γνώσεων και εμπειριών που αναπτύσσονται στον τομέα αυτό διεθνώς, συμβάλλει ουσιαστικά στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Προκειμένου οι λειτουργίες του διαχειριστικού ελέγχου στα νοσοκομεία να αποδώσουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, οι εξής προϋποθέσεις θα πρέπει να εκπληρώνονται:

- Να είναι καθορισμένος ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του καθενός
- Να συμμετέχουν όλοι οι παράγοντες στη βάση της αρχής της συμμετοχικής διοίκησης με συγκεκριμένους στόχους
- Να εξασφαλίζεται η αναγκαία και γρήγορη διακίνηση των πληροφοριών
- Να υπάρχει διαρκής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων των συμμετεχόντων.

Αυτές οι προϋποθέσεις μπορούν να πληρούνται μόνο σε ένα σύστημα αποκεντρωμένης διοίκησης, δομημένης σε διακριτά «κέντρα ευθύνης». Αυτή

είναι και η μορφή οργάνωσης, η οποία εξασφαλίζει τις συνθήκες για την κατάλληλη άσκηση χρηματοοικονομικής και λογιστικής διαχείρισης στα νοσοκομεία και τον ορθό προγραμματισμό των δραστηριοτήτων. Πρέπει, βεβαίως να διευκρινιστεί, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Σ. Σούλη (1999)<sup>1</sup>, ότι συνήθως στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα και κυρίως στα νοσοκομεία τα οποία χρηματοδοτούνται με συστήματα ολικού προϋπολογισμού (global budget) ή επιχορηγούνται κατά μεγάλο μέρος από δημόσιες πηγές, όπως συμβαίνει στη χώρα μας, η ανάλυση με βάση τα «κέντρα ευθύνης» έχει την έννοια ανάλυσης δαπανών, δεδομένου ότι τα έσοδα από διαχειριστικής πλευράς αντιμετωπίζονται σε συνολικό επίπεδο, για τον λόγο αυτό θα τα αποκαλέσουμε κέντρα ευθύνης-κόστους.

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 260



#### 4. ΣΧΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ	ΑΓΑΘΑ & ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΣΤΕΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ
ΥΓΕΙΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
Βελτίωση του επιπέδου υγείας & ικανοποίηση των αναγκών.	Οργανωμένο με σωστή διαχείριση, επαρκές, αποτελεσματικό και αποδοτικό.	Ορθολογικοποίηση του τρόπου παραγωγής και των δαπανών, προγραμματισμός, σχεδιασμός και έλεγχος.
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ & ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Προσδόκιμο επιβίωσης (υψηλό)</li> <li>▪ Τρίτη ηλικία 14% του πληθυσμού: δείκτης εξάρτησης (υψηλός), ευπαθείς ομάδες-χρόνια νοσήματα</li> </ul>	<p>I.ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22% του ΑΕΠ για δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας</li> <li>▪ 8% του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Μικρή αύξηση του ΑΕΠ την τελευταία 15ετία</li> <li>▪ Υψηλό δημοσιονομικό έλλειμμα 7,6% επί του ΑΕΠ (1996)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γενική θνησιμότητα (υψηλή)</li> <li>▪ Βρεφική θνησιμότητα (ικανοποιητικός δείκτης)</li> <li>▪ Ανισότητες κοινωνικο-επαγγελματικές(ιδι-αίτερα έντονες)</li> <li>▪ Επιδημιολογικό-Νοσολογικό φάσμα (Καρδιο-αγγειακά, καρκίνος, ατυχήματα, AIDS,MTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10% του ΑΕΠ συμπεριλαμβανομένης και της παραοικονομίας</li> <li>▪ Άνω των 1500 δισ. Δραχμές / έτος</li> <li>▪ 140.000 απασχολούμενοι</li> <li>▪ 3,8% του συνόλου των απασχολούμενων</li> </ul> <p>II.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Προϋπολογισμός Ελλάδας (1997) Έσοδα 9,3 τρις. Δαπάνες 11,3 τρις. Τόκοι &amp; Χρεωλύσια άνω των 6 τρις.</li> <li>▪ Δημόσιο Χρέος 115% του ΑΕΠ</li> <li>▪ Υψηλός Δανεισμός (1996) Εσωτερικός Δανεισμός 11 τρις. Δρχ. Εξωτερικός Δανεισμός 685 δισ. Δρχ.</li> <li>▪ Χαμηλό Επίπεδο Άμεσων Φόρων. 2,1 τρις. Δρχ. ή 12% των Συνολικών Εσόδων του Προϋπολογισμού</li> </ul>

#### \* ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Επάρκεια, Αποτελεσματικότητα, Αποδοτικότητα, Κατανομή, Διανομή

- Πολυφάρμακα
- Ανυπαρξία διασύνδεσης Π.Φ.Υ. και Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- Χαμηλό επίπεδο οργάνωσης
- Χαμηλή επάρκεια (π.χ. νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη)
- Υψηλή προσφορά –Προκλητή ζήτηση
- Χαμηλό επίπεδο διαχείρισης στα νοσοκομεία (απουσία management)
- Μεγάλα ελλείμματα- Τεράστιες επιχειρήσεις (νοσοκομεία), υψηλό κόστος 80.000.δρχ. ανά ημέρα νοσηλείας, 75-80% επιχορήγηση από το Κράτος
- Χαμηλή αποτελεσματικότητα-Προβλήματα ποιότητας
- Έλλειψη προγραμματισμού και ελέγχου σε μακρο-επίπεδο
- Ανισοκατανομή δαπανών υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία
- Περιφερειακή Ανισοκατανομή Γιατροί, νοσηλευτές, προσπελασιμότητα, ισότητα στην παροχή)
- Κομματικοποίηση των διοικητικών μηχανισμών.

(Σωτήρης Σούλης 1999)<sup>1</sup>

#### 4.1 Τα σημαντικότερα προβλήματα της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα είναι σύμφωνα με τους Γ. Κυριόπουλο κ.ά (2003)<sup>2</sup>:

- Η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών με διαφορετική οργανωτική και διοικητική δομή προσφέρει υπηρεσίες που δεν είναι συντονισμένες μεταξύ τους. Επικαλύπτουν η μία την άλλη και διαφέρουν ως προς την ποιότητα και το εύρος με αποτέλεσμα την δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων.
- Η ύπαρξη σοβαρών ελλείψεων στην υλικοτεχνική υποδομή έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτό συμβάλλει επίσης τόσο η ανεπάρκεια της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η έλλειψη γιατρών γενικής

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 51

<sup>2</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου (2003) «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια» σελ. 52-54

ιατρικής όσο και η ελλιπής στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυιατρείων του ΙΚΑ.

- Η απουσία ενός συστήματος παραπομπής μέσω των οικογενειακών γιατρών έχει ως αποτέλεσμα την ασυνέχεια της φροντίδας και την υπερφόρτωση του συστήματος λόγο άσκοπων επισκέψεων.
- Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών δημιουργεί δυσπιστία στους χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών και τους οδηγεί στην αναζήτηση και δεύτερης γνώμης από ιδιώτες γιατρούς.
- Τέλος, η απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα οδηγεί στην υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των ταμείων.

Γενικά, η απουσία ενός συστήματος παραπομπής, η ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιοδήποτε τύπου υπηρεσία και η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη και συμβάλουν στην διαμόρφωση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος.

Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία είναι ότι πολλές κλίνες βρίσκονται σε παλαιά κτίρια που δεν ανταποκρίνονται στις σημερινές ανάγκες γιατί βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση, ενώ η απουσία οικονομικού ελέγχου και σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης στερούν την ύπαρξη κινήτρων για την ανάπτυξη διαδικασιών κόστους-αποδοτικότητας. Η κάλυψη των θέσεων γενικών διευθυντών (managers) στα νοσοκομεία, αποτελεί ένα θετικό μέτρο για την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης χωρίς την παρέμβαση πολιτικών σκοπιμοτήτων όπως γινόταν μέχρι σήμερα.

Τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού στην Ελλάδα είναι η υπερπροσφορά γιατρών και οδοντιάτρων, η μη ενδεδειγμένη κατανομή των γιατρών μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ πολλοί χειρουργοί και γυναικολόγοι και λίγοι υγειονολόγοι ή

γενικοί γιατροί), η έλλειψη και η ανεπαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλου ειδικού προσωπικού όπως managers, οικονομολόγων της υγείας, στατιστικών κλπ., η άνιση περιφερειακή κατανομή και οι ανισοροπίες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την απουσία σχεδιασμού και προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού αφού οι προτεραιότητες δεν τίθενται με βάση την ζήτηση και τις ανάγκες.

#### **4.2. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δυο κλασικών απόψεων για το αγαθό υγεία και το σύστημα υγείας**

Ιδιωτικό αγαθό

Πλεονεκτήματα:

1. ελαχιστοποίηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών στο σύστημα υγείας
2. ανάπτυξη καλύτερης σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών
3. αυξημένη ευελιξία και ταχύτερη προσαρμογή στις αξιώσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.

Μειονεκτήματα:

1. αποκλεισμός ασθενών από την αγορά υπηρεσιών υγείας
2. δεν υπάρχει δίκαιη κατανομή των πόρων υγείας
3. ιδιωτική πρωτοβουλία, με την λειτουργία του μηχανισμού της αγοράς, δεν μπορεί να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες όπως είναι οι ανάγκες Υγείας. (κάτι ανάλογο θα ήταν δυνατό να συναντήσουμε σε θέματα όπως: α. προστασία των πολιτών από εξωτερικούς εχθρούς, β. προστασία του περιβάλλοντος, γ. προστασία των πολιτών από μεταδιδόμενες ασθένειες).
4. οι γιατροί και το προσωπικό επιδιώκουν την μεγιστοποίηση των κερδών τους και όχι την βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και

εξυπηρέτησης των ατόμων

5. γενικά αύξηση του κόστους των Υπηρεσιών Υγείας

Δημόσιο αγαθό- κοινωνικό

Πλεονεκτήματα:

1. δεν υπάρχει αποκλεισμός από τις υπηρεσίες Υγείας σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας
2. δεν απαιτείται η διαπραγμάτευση της τιμής της προσφερόμενης υπηρεσίας από τον καταναλωτή αφού δεν γνωρίζει ούτε τις δυνατότητες του γιατρού, ούτε το είδος της θεραπείας που πρέπει να υποβληθεί, ούτε την ποσότητα των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που πρέπει να καταναλώσει

Μειονεκτήματα:

1. παρουσιάζεται, πολλές φορές, αύξηση της γραφειοκρατίας στις υπηρεσίες Υγείας όταν δεν υπάρχει σωστή οργάνωση του Συστήματος Υγείας, όταν δεν υπάρχουν κίνητρα για δημιουργικές πρωτοβουλίες ή όταν οι διοικητικοί μηχανισμοί κατοχυρώνουν την μονιμότητα των απασχολούμενων στο τομέα Υγείας, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής διοικητικής παρέμβασης

(Σωτήρης Σούλης 1999)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Σ. Σούλης, (1999) «Οικονομική της υγείας» σελ. 63

## 5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τρεις κύριες πηγές: Τα ασφαλιστικά ταμεία, τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές δαπάνες.

Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι υπεύθυνος για την χρηματοδότηση των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων, την πληρωμή των μισθών του νοσοκομειακού προσωπικού, την χορήγηση επιδοτήσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, τις επενδύσεις κεφαλαίου κ.τ.λ.

Η κυριότερη πηγή εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων είναι οι εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων. Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφέρει μεταξύ των ταμείων, με το ΙΚΑ να προσφέρει το πιο ολοκληρωμένο πακέτο κάλυψης. Με την θέσπιση του ΕΣΥ υπήρξε σημαντική επέκταση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της κάλυψης του πληθυσμού. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατοχυρώνεται ως δικαίωμα με βάση δύο αρχές: Της ιδιότητας του «Πολίτη» (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια του ΕΣΥ: κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων) και της ιδιότητας του «ασφαλισμένου» σε κάποιο ταμείο (πολυκλινικές ΙΚΑ και άλλων ταμείων, νοσοκομειακή περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία, ιδιώτες προμηθευτές συμβεβλημένοι με ταμεία). Οι άποροι έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες εξωνοσοκομειακές και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Γ. Κυριόπουλος κ.ά. (2003)<sup>1</sup>, το μεγάλο σχετικά ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών, στις οποίες η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει μικρή συμμετοχή οφείλεται εν μέρη στην παραοικονομία, η οποία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα τους συστήματος υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας

---

<sup>1</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου (2003) «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια» σελ. 57

περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των χρηστών σε ορισμένες υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, την αγορά υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, τις επίσημες πληρωμές για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών και τις «αντιδεολογικές» συναλλαγές ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό τομέα.

Ο ιδιωτικός τομέας είναι αρκετά εκτεταμένος και συνίσταται από ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία. Η επέκτασή του οφείλεται κυρίως στην μη ικανοποίηση των χρηστών από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι μη δεοντολογικές συναλλαγές αφορούν πρωταρχικά την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και την αμοιβή γιατρών κυρίως χειρουργών. Ο σκοπός αυτών των πληρωμών είναι η παράκαμψη της λίστας ή η εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και μεγαλύτερης προσοχής από μέρους του γιατρού.

Μία τελευταία πηγή χρηματοδότησης περιλαμβάνει την εισροή πόρων από το εξωτερικό. Το 1994 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας κατέθεσαν το 5ετές σχέδιο (1995- 99) του δεύτερου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (πακέτο ντελλόρ), το οποίο εγκρίθηκε από την ΕΕ και χρηματοδοτήθηκε κατά τα 2/3 από την Κοινότητα, με σκοπό την αναβάθμιση και κατασκευή 15 νοσοκομείων, την βελτίωση της ΕΣΔΥ, την επέκταση του ΕΚΑΒ, την ίδρυση Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας, την δημιουργία 6 εργαστηρίων δημόσιας υγείας (ΠΕΔΥ), την ίδρυση ενός Εθνικού Κέντρου Έρευνας Αξιολόγησης και Διασφάλισης Ποιότητας, την ανάπτυξη της πληροφορικής και την εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού. Τέλος χρηματοδοτήθηκε από την ΕΕ το πρόγραμμα Interreg που περιλαμβάνει την ίδρυση διασυνοριακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας σε συνεργασία με την Αλβανία, την Βουλγαρία και μελλοντικά τη FYROM και την Τουρκία.

Τα δημόσια νοσοκομεία αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία με βάση το ημερήσιο νοσήλιο το οποίο παραδοσιακά έχει διατηρηθεί σε ύψος

κατώτερο του πραγματικού ημερήσιου κόστους νοσηλείας (Γ. Κυριόπουλος κ.ά 2003)<sup>1</sup>

## **5.1 Η παραοικονομία στην υγεία – Τα πρώτα αποτελέσματα της Πανελλαδικής Έρευνας**

Γύρω στα 7 δις ευρώ ξοδεύει ο Έλληνας σε ιδιωτική βάση κάθε χρόνο για υπηρεσίες υγείας. Η συνολική παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα είναι 1793,3 εκατ. ευρώ το οποίο αντιστοιχεί στο 26 – 29% των πληρωμών των χρηστών και στο 12% - 13,5% της συνολικής δαπάνης υγείας. Από το παραπάνω ποσό:

α)194,5 εκατ. ευρώ «φακελάκι» δηλ.11% της συνολικής παραοικονομίας του υγειονομικού τομέα.

β)1598,8 εκατ. ευρώ σε πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα.

Συνεπώς, πολύ σημαντικότερη από το «φακελάκι» είναι η καταβολή αμοιβών χωρίς απόδειξη. Τα διαφυγόντα φορολογικά έσοδα για το κράτος είναι 628 εκατ. ευρώ (με φορολογικό συντελεστή 35%).

Η έκταση του φαινομένου των «πρόσθετων αμοιβών» (φακελάκι).

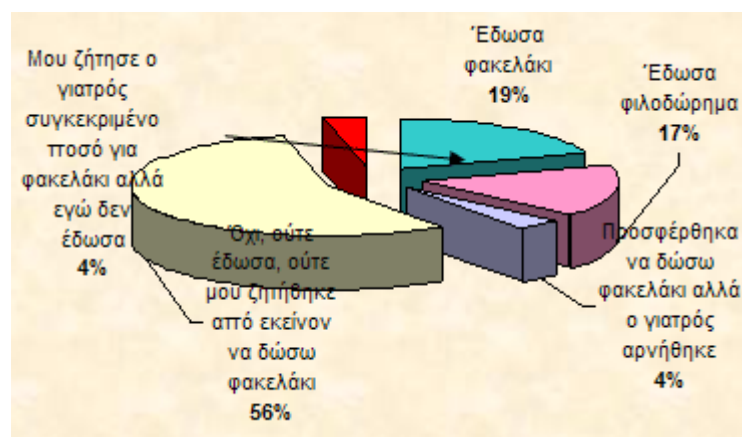
Όπως φαίνεται στην εικόνα το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία (336) δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως «φακελάκι» (66 άτομα) και σε άλλες ως φιλοδώρημα (56 άτομα). Αξιοσημείωτος είναι ο χαμηλός βαθμός αντίστασης τόσο των γιατρών όσο και των ιδίων των ασθενών προς αυτές τις συναλλαγές.

---

<sup>1</sup> Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου (2003) «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια» σελ. 57-58



Συγκεκριμένα, μόλις το 4% των γιατρών αρνήθηκε να λάβει προσφερόμενη άτυπη αμοιβή από τους ασθενείς και επίσης μόνο το 4% των ασθενών αρνήθηκε να δώσει κάποια πρόσθετη αμοιβή σε γιατρούς όταν αυτοί άμεσα τη ζήτησαν.



### Σημείωση

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν και οι δυο όροι, «φακελάκι» και φιλοδώρημα προκειμένου να καταγραφεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η συχνότητα των άτυπων συναλλαγών στο δημόσιο σύστημα. Με τον όρο φιλοδώρημα περιγράφεται η πληρωμή που γίνεται με την ελεύθερη βούληση των ασθενών ως ένδειξη ευγνωμοσύνης, ενώ ο όρος «φακελάκι» υποδηλώνει μεγαλύτερο βαθμό υποχρεωτικότητας. Ακόμη, επισημαίνεται ότι η καταβολή φιλοδωρήματος προς γιατρούς απαντάται μόνο στα δημόσια νοσοκομεία.

### Οι λόγοι καταβολής της «πρόσθετης αμοιβής»

Αναφορικά με τους λόγους καταβολής της πρόσθετης πληρωμής προκύπτει ότι στη συντριπτική πλειοψηφία υποκρύπτεται η αναζήτηση ποιοτικότερης φροντίδας (42% δήλωσαν «για να με προσέξει περισσότερο») καθώς επίσης και η ανάγκη λήψης απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών που θεωρητικά παρέχονται δωρεάν από το δημόσιο σύστημα (20% δήλωσαν «μου το ζήτησε για να με χειρουργήσει»).

Σε μικρό σχετικά ποσοστό 18% φαίνεται ότι οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μέρος της κουλτούρας μας («έτσι κάνουν όλοι») ενώ το ίδιο ποσοστό

αριθμούς και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι άτυπες πληρωμές αποτελούν έκφραση ευγνωμοσύνης προς τους θεράποντες ιατρούς μετά το πέρας της νοσηλείας.

Ο τρόπος εισαγωγής στο δημόσιο νοσοκομείο:

Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο 6 στους 10 μπαίνουν στο νοσοκομείο χωρίς «μεσολάβηση».

Βρέθηκε ότι η πιθανότητα καταβολής πρόσθετης πληρωμής σε γιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων, είναι 72% μεγαλύτερη για όσους η εισαγωγή έγινε με τη μεσολάβηση τρίτου ατόμου, σε σχέση με όσους εισήχθησαν μέσω των τυπικών διαδικασιών. Επίσης, όσοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (σε δημόσιο νοσοκομείο) έχουν 137% μεγαλύτερη πιθανότητα καταβολής άτυπων πληρωμών σε σύγκριση με όσους δεν έκαναν εγχείρηση κατά τη νοσηλεία τους.

#### ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

A. Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία, σε νοσοκομεία, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας είναι περίπου 7 δις ευρώ. Από αυτά, η παραοικονομία είναι 1,8 δις ευρώ. Από αυτά μόνο τα 200 εκ ευρώ είναι τα γνωστά «φακελάκια». Το κύριο μέρος είναι πληρωμές στους επαγγελματίες υγείας (κυρίως γιατρούς), χωρίς απόδειξη. Η φοροδιαφυγή ετησίως είναι 628 εκ. ευρώ, ή 0,4% του ΑΕΠ. Τα υψηλότερα ποσοστά είναι 45% στις χειρουργικές ειδικότητες (πλην γυναικολόγων), 41% στις παθολογικές και 32% σε γυναικολόγους και οδοντίατρους.

B. Το «φακελάκι» δεν σχετίζεται με το εισόδημα, που σημαίνει ότι είναι «εγκατεστημένη συνήθεια» και όχι δαπάνη επιλογής ή «πολυτέλειας». Φακελάκι έδωσαν, πάντως, λιγότεροι από τους μισούς νοσηλευθέντες (44%). Μόνο το 18% από όσους έδωσαν «φακελάκι» το έκαναν μετά τη νοσηλεία για «να ευχαριστήσουν» το γιατρό. Οι περισσότεροι (42%) το έκαναν «για να με προσέξει περισσότερο».

Γ. Η ασφαλιστική προστασία που προσφέρουν τα Ταμεία είναι εξαιρετικά μικρή ως προς την κάλυψη της δαπάνης. Από το σύνολο των 6,9 δις που ξοδεύουν οι Έλληνες ιδιωτικά, παρά την 100% κάλυψη από την Κοινωνική Ασφάλιση, μόνο το 6,4%, ή 446 εκ. ευρώ τους επιστρέφεται από την κοινωνική ασφάλιση (5% για νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο), είτε γιατί δεν το δικαιούνται, είτε επειδή δεν το ζητούν λόγω της πολύπλοκης διαδικασίας αποζημίωσης και της γραφειοκρατίας.

Δ. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν το 16% των εισαγωγών και τα δημόσια το 81% (οι μισές επείγουσες). Τα 2/3 των νοσηλευθέντων στα ιδιωτικά έκαναν επέμβαση και μόνο το 44% στα δημόσια. Το 11% των νοσηλευθέντων στο δημόσιο νοσοκομείο νοσηλεύθηκαν και στη ΜΕΘ.

[www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313](http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313)

## 5.2 Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας (OECD HEALTH DATA 2004), η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2002 ανήλθε στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Ο αντίστοιχος (σταθμισμένος ως προς το ΑΕΠ) μέσος όρος των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 χωρών-μελών (ΕΕ 15) ανήλθε στο 9,1% (Πίνακας 2). Η δαπάνη υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής διαμορφώθηκε στο 14,6% του ΑΕΠ, ενώ σε όλη την υπό εξέταση περίοδο, η δαπάνη των ΗΠΑ για Υγεία κινείται σε πολύ υψηλότερα του μέσου όρου της ΕΕ επίπεδα (13%-14,6%).

### Πίνακας 2

Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Δανία	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8

Φινλανδία	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0	7,3
Γαλλία	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Ελλάδα	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,9	9,5
Ιρλανδία	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Ιταλία	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5
Λουξεμβούργο	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
Ολλανδία	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Πορτογαλία	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
Ισπανία	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15	8,8	8,9	8,7	8,6	8,7	8,7	8,9	9,1

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ δε μεταβάλλεται σημαντικά στην υπό εξέταση περίοδο, ενώ το 2002 την κατατάσσει στην τρίτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Από το σύνολο των δαπανών υγείας, η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται στο 52,9%. Αντίθετα, ο σταθμισμένος μέσος όρος των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαμορφώνεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα, καθώς είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είτε μέσω ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι δαπάνες υγείας των πολιτών καλύπτονται από το Κράτος κατά 77,2%.

### Πίνακας 3

Δημόσια Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	70,9	69,7	70	69,7	69,6	69,6	68,5	69,9
Βέλγιο	69,5	71,1	69,8	70,2	70,6	70,5	71,4	71,2
Δανία	82,5	82,4	82,3	82	82,2	82,5	82,6	83,1
Φινλανδία	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,5	75,7

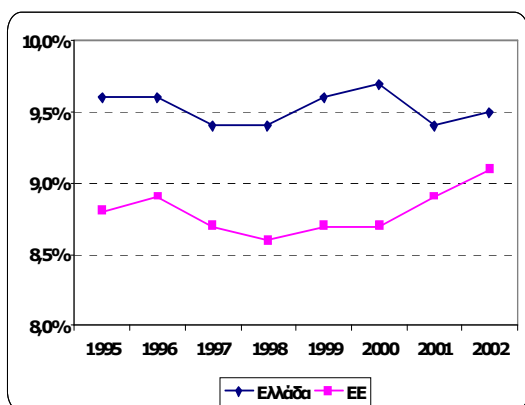
Γαλλία	76,3	76,1	76,2	76	76	75,8	75,9	76
Γερμανία	80,5	80,6	79,1	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5
Ελλάδα	52,0	53,0	52,8	52,1	53,4	53,9	55,5	52,9
Ιρλανδία	71,6	71,4	74,6	76,5	72,8	73,3	75,6	75,2
Ιταλία	72,2	71,8	72,2	71,8	72,3	73,7	76	75,6
Λουξεμβούργο	92,4	92,8	92,4	92,3	89,8	89,7	89,8	85,4
Πορτογαλία	62,6	65,3	65,7	67,1	67,6	69,5	70,6	70,5
Ισπανία	72,2	72,4	72,5	72,2	72	71,6	71,3	71,4
Σουηδία	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,3
Ηνωμένο Βασίλειο	83,9	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83	83,4
Σταθμισμένος μ.ό ΕΕ 15*	77,4	77,3	76,5	76,3	76,4	76,6	77,2	77,2

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

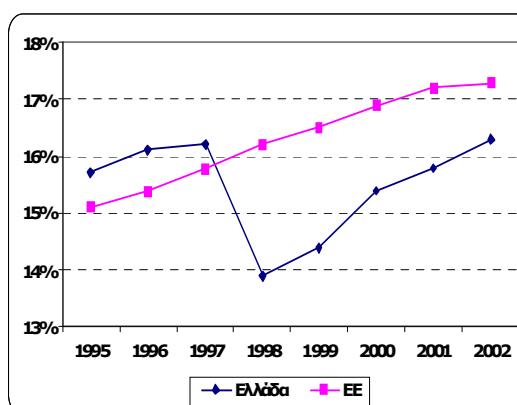
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά ένα επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (15) (Διάγραμμα 8). Παρόλα αυτά, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ (15) τα τελευταία πέντε έτη, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας.

### Διαγράμματα 8 & 9

Δαπάνη για Υγεία  
ως % του ΑΕΠ



Φαρμακευτική Δαπάνη  
ως % της Δαπάνης Υγείας



Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

Εφόσον, λοιπόν, παρατηρείται στην Ελλάδα –όπως στις περισσότερες χώρες τα τελευταία χρόνια- έντονη πολιτική βούληση συγκράτησης των δαπανών υγείας, ο πιο αποδοτικός τρόπος επίτευξης του σκοπού αυτού είναι ο προσανατολισμός περισσότερο στις άλλες μορφές περίθαλψης και λιγότερο στο φάρμακο, του οποίου η αγορά είναι ούτως ή άλλως εκτεταμένα ελεγχόμενη. ([www.w3.org/TR/REC](http://www.w3.org/TR/REC))

## **6. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ Ε.Ε.**

### **6.1. Επισκόπηση της πολιτικής για την Υγεία**

Η υγεία αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για τους Ευρωπαίους. Προσδοκούμε να είμαστε προστατευμένοι από όλες τις νόσους και τις ασθένειες. Θέλουμε να μεγαλώνουμε τα παιδιά μας σε ένα υγιές περιβάλλον και ζητούμε ασφαλείς και υγιεινούς χώρους εργασίας. Όταν ταξιδεύουμε στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χρειαζόμαστε πρόσβαση σε αξιόπιστη και ποιοτική παροχή ιατρικών συμβουλών αλλά και υγειονομικής περίθαλψης.

Οι δημόσιες αρχές στα κράτη μέλη έχουν καθήκον να εξασφαλίζουν ότι οι πολιτικές τους αντικατοπτρίζουν αυτές τις προσδοκίες. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση καλείται να διαδραματίσει πρωτεύοντα ρόλο σύμφωνα με τις υποχρεώσεις της που απορρέουν από τις ευρωπαϊκές συνθήκες. Οι κοινοτικές δράσεις συμπληρώνουν τις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών στον τομέα της υγείας, αλλά ταυτόχρονα τους προσδίδουν ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία: θέματα όπως οι διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, για παράδειγμα η γρίπη, ή η ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών και απασχολουμένων στον τομέα της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Μια συνεκτική και συντονισμένη προσέγγιση της πολιτικής για την υγεία καθορίστηκε για πρώτη φορά στη στρατηγική για την υγεία που παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Μάιο του 2000. Η Επιτροπή καταρτίζει τώρα μια νέα στρατηγική για την υγεία η οποία προβλέπεται να εγκριθεί το 2007.

Ως κύρια συνιστώσα της στρατηγικής για την υγεία του Μαΐου του 2000, η Επιτροπή πρότεινε ένα νέο κοινοτικό πρόγραμμα για τη δημόσια υγεία. Το πρόγραμμα αυτό εγκρίθηκε στις 23 Σεπτεμβρίου 2002 και καλύπτει το διάστημα από την 1η Ιανουαρίου 2003 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2008.

Το τρέχον πρόγραμμα στον τομέα της δημόσιας υγείας έχει τρεις στόχους προτεραιότητας:

- Αύξηση της πληροφόρησης και των γνώσεων για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας
- Προώθηση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης στις απειλές κατά της υγείας
- Προαγωγή της υγείας και πρόληψη των νόσων με την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία μέσω όλων των πολιτικών και των δραστηριοτήτων

Με βάση τη στρατηγική του 2000 και το πρόγραμμα δημόσιας υγείας, και συνεκτιμώντας τα αποτελέσματα της διαδικασίας προβληματισμού για την υγεία και την ανάπτυξη πολιτικής για τους καταναλωτές, η Επιτροπή ενέκρινε, στις 6 Απριλίου 2005, μία στρατηγική για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών καθώς και μία πρόταση απόφασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση νέου κοινοτικού προγράμματος για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών 2007-2013.

Η νέα στρατηγική και η πρόταση νέου προγράμματος ενίσχυσαν και επέκτειναν το πρόγραμμα της ΕΕ για τη δημόσια υγεία και το πρόγραμμα για την πολιτική καταναλωτών της ΕΕ. Παράλληλα με τους ήδη υπάρχοντες τρεις άξονες δράσης στον τομέα της υγείας, χαράχθηκαν και τρεις νέοι:

- Αποτελεσματική αντίδραση στις απειλές κατά της υγείας
- Συμβολή στην πρόληψη των ασθενειών
- Προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας

Ωστόσο, μετά τη συζήτηση του προϋπολογισμού στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Δεκεμβρίου 2005, τα κονδύλια για τις ενέργειες στον τομέα της υγείας καθορίστηκαν στο ένα τρίτο περίπου του επιπέδου που προβλεπόταν αρχικά στην πρόταση του Απριλίου 2005. Για το λόγο αυτό, στις 24 Μαΐου 2006, εγκρίθηκε αναθεωρημένη πρόταση για ένα πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας 2007-2013.



Η πρόταση αυτή αφορά μόνο τον τομέα της υγείας και υπάρχει ξεχωριστή πρόταση για την προστασία των καταναλωτών.

Ενώ η προηγούμενη έκθεση κάλυπτε έξι άξονες δράσης στον τομέα της υγείας, η πρόταση του Μαΐου 2006 καλύπτει τρεις βασικούς στόχους. Οι στόχοι αυτοί εναρμονίζουν σαφέστερα τη μελλοντική δράση στον τομέα της υγείας με τους ευρύτερους κοινοτικούς στόχους της ευημερίας, της αλληλεγγύης και της ασφάλειας.

Οι στόχοι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- βελτίωση της ασφάλειας της υγείας των πολιτών
- Πρωώθηση της υγείας για την ενίσχυση της ευημερίας και της αλληλεγγύης
- Απόκτηση και διάδοση γνώσεων σε θέματα υγείας

Οι άξονες δράσης που αφορούσαν τις νόσους και τα συστήματα υγείας διαγράφηκαν από την πρόταση του Μαΐου 2006. Ωστόσο, η τροποποιημένη πρόταση προγράμματος είναι αρκετά ευρεία ώστε να καλύπτει τα σημαντικότερα θέματα υγείας αλλά και αυτά που ενδεχομένως προκύψουν απρόβλεπτα και απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση.

Τα θέματα σχετικά με την υγεία κατέχουν καίρια θέση στην καθημερινότητα των πολιτών. Προβάλλοντας τα θέματα αυτά και προτείνοντας συγκεκριμένες ενέργειες για την κάλυψη των αναγκών και των ανησυχιών των πολιτών, το νέο πρόγραμμα θα συμβάλει στη χάραξη πολιτικών με επίκεντρο τον πολίτη και στην επανασύνδεση της ΕΕ με τους πολίτες της.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/overview\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_el.htm)

## **7. ΈΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

### **7.1. Επιστημονική έρευνα για την αξιολόγηση των συστημάτων ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία (Δείγμα «Αττικού Νοσοκομείου»)**

Η Επιτροπή Ποιότητας του νοσοκομείου, συγκροτήθηκε με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου, με σύνθεση αντιπροσωπευτική των τμημάτων, αλλά και των επαγγελματιών που εμπλέκονταν στην παραγωγή και διαμόρφωση των πρώτων υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών στην έναρξη λειτουργίας του.

Η συγκρότηση της Επιτροπής ήταν το πρώτο βήμα της εξελικτικής πορείας του προγράμματος ποιότητας που θέλει να εφαρμόσει η Διοίκηση, τα στελέχη και το προσωπικό του νοσοκομείου. Η προσπάθεια για δημιουργία και υλοποίηση ενός προγράμματος (Ολικής) Ποιότητας επιχειρείται για πρώτη φορά, με αυτόν τον τρόπο στα δεδομένα του Ε.Σ.Υ., από μια ομάδα ανθρώπων, που επιθυμεί να εφαρμόσει το παραπάνω πρόγραμμα. Τα θετικά αποτελέσματα από την αποδοτική λειτουργία ενός σύγχρονου νοσοκομείου θα πολλαπλασιαστούν από τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της Ποιότητας, αποτελέσματα που θα αποκομίσουν τόσο οι χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου, όσο και οι εργαζόμενοι σε αυτό. Άλλωστε, τόσο η εμπειρία άλλων χωρών, όσο και το πνεύμα, που διέπει τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του τελευταίου νόμου Ν. 2889, βοηθά στη διαμόρφωση γόνιμου εδάφους για την εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος:

Η ιδέα για τη δημιουργία προγράμματος ποιότητας στηρίζετε σε προϋπάρχουσα θεωρητική γνώση (Δημοσιεύσεις, Πρότυπα άλλων νοσοκομείων κλπ.) και στην πρόβλεψη στον καταστατικό χάρτη του νοσοκομείου (Οργανισμός).

Το κυρίαρχο ζήτημα της ιδρυτικής συνεδρίασης της Επιτροπής ήταν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα διασφάλισης ποιότητας. Η τοποθέτηση των μελών

της Επιτροπής συνέκλινε στην απάντηση για την ικανοποίηση, αφενός των προσδοκιών του χρήστη μέσω της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου στην ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας μέσω της αύξησης της παραγωγικότητας και της συμμετοχής.

Η κοινή αυτή θέση είναι νοηματικά συγγενής με τον δόκιμο ορισμό κάθε προγράμματος διαχείρισης Ποιότητας σε υπηρεσίες Υγείας:

Ως απώτερος στόχος στο μεσοπρόθεσμο μέλλον συζητήθηκε η επιδίωξη της παγίωσης ενός συγκεκριμένου επιπέδου ποιότητας, που είναι δυνατόν να επιτυγχάνεται συνεχώς, και αναλόγως των δυνατοτήτων να προάγεται και να σταθεροποιείται σε υψηλότερο βαθμό μέσα από συγκεκριμένες ενέργειες – βήματα.

Η παραπάνω απόφαση είναι η αρχή της προσπάθειας για την εφαρμογή Προγράμματος Ολικής Ποιότητας απόφαση που έγινε υλοποιήσιμη με το πρώτο βήμα της Κατάρτισης Διαδικασιών για τα τμήματα που θα λειτουργήσουν άμεσα.

Μέσα στα πλαίσια αυτά μπορεί να ενταχθεί στο άμεσο μέλλον και η πιστοποίηση κατά International Standards Organization (ISO).

Περιγραφή και υλοποίηση του αρχικού έργου.

Το αρχικό έργο της επιτροπής ποιότητας.

Καταρχήν επιδιώχθηκε η ανίχνευση της γνώμης του χρήστη (με συλλογή ερωτηματολογίων, εντυπώσεις ή παρατηρήσεις σε γεγονότα από τους συνδέσμους). Εξετάστηκαν εισηγήσεις για τη δημιουργία προτύπων εντύπων και ανατέθηκε η δημιουργία προτύπων διαδικασιών ανά τμήμα, και διαγραμμάτων τμηματικών και διατμηματικών ροών και ενεργειών για την χρησιμοποίησή τους στην επικοινωνία.

Για τη σύνταξη των διαδικασιών ακολουθήθηκε αναλυτικός πίνακας επί μέρους διαδικασιών ανά τμήμα (παράρτημα) καθώς και συγκεκριμένος τύπος εγγράφου με σαφώς διαχωρισμένα τα εδάφια: σκοπός, κανονισμοί, διαδικασίες (Παράρτημα). Ακόμα καθορίστηκε συγκεκριμένος τρόπος κωδικοποίησης και καταχώρησης του σώματος των διαδικασιών, αλλά και τρόπος για να φαίνονται οι υπόλογοι τήρησης, η έγκριση αλλά και οι τροποποιήσεις.

Οι εισηγήσεις επί των διαδικασιών έγιναν στην επιτροπή από τους «συμβούλους» αφού προηγουμένως είχε διασφαλιστεί συναίνεση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών με την υπό εξέταση διαδικασία. Η επιτροπή αποφάσιζε επί της εγκρίσεως της διαδικασίας.

Ικανοποίηση Ασθενών (Ερωτηματολόγια Ικανοποίησης).

Μια σημαντική απασχόληση της επιτροπής ήταν η σημασία στη γνώμη του χρήστη, υπό την έννοια των μηνυμάτων που μεταφέρονται μέσα από τα παράπονα που αυτοί καταγράφουν στα δελτία. Έτσι, γίνεται αποδελτίωση της γνώμης του χρήστη που παρουσιάζεται περιοδικά, και σχολιάζονται τα παράπονα και οι αστοχίες των υπηρεσιών, όπως αυτές εκτιμούνται από τον αποδέκτη τους (Παράρτημα- Ερωτηματολόγιο).

Οι «καθ' ύλην» αρμόδιοι σύνδεσμοι αναλύουν τις πιθανές αιτίες των παραπόνων. Σχόλια κάνουν και τα άλλα μέλη της επιτροπής. Στη συνέχεια αναλαμβάνονται πρωτοβουλίες ανασκευής των αιτιών που δημιουργούν παράπονα, εφόσον αυτό εκτιμηθεί από την επιτροπή.

Ωστόσο η επιτροπή παρατήρησε ότι υπάρχουν προβλήματα της μεθόδου του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Αυτά κυρίως σχετίζονται με:

- Το μικρό δείγμα συλλεχθέντων ερωτηματολογίων (περίπου 150).

- Το μικτού τύπου ερωτηματολόγιο που δεν δίνει την δυνατότητα ανίχνευσης των συγκεκριμένων «εστιών» που δημιουργούν συνθήκες για παράπονα.

Στα γενικά σχόλια που συνοδεύουν τα ερωτηματολόγια, διάχυτη είναι η επιθυμία να παραμείνει το επίπεδο υπηρεσιών στα ίδια επίπεδα και στο μέλλον. Θετικά σχόλια υπάρχουν για την ευαισθησία που δείχνει το νοσοκομείο στις ανάγκες των χρηστών αλλά και στην γνώμη τους. Υπάρχουν όμως παρατηρήσεις και αρνητικές τοποθετήσεις σε διάφορα θέματα, όπως συμπεριφοράς, καθυστερήσεων, αρνητικής εικόνας για το προσωπικό κλπ. Τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά σχόλια έχουν τεράστια σημασία, και αποτελούν σημεία στα οποία η Διοίκηση εστιάζει, επανασχεδιάζει (ή βελτιώνει), και γενικά ελέγχει το βαθμό λειτουργικότητας σε σχέση με τον βαθμό ικανοποίησης.

Μεθοδολογία- Χρονοδιαγράμματα- Κόστος.

Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία ανάπτυξης του Συστήματος (ή Προγράμματος) Ποιότητας θα βασιστεί στη δημιουργία επιμέρους συστημάτων – προτύπων που θα καλύπτουν καθέναν από τους προαναφερθέντες στόχους και συγκεκριμένα:

- ♦ Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας Υπηρεσιών (Ιατρο-Νοσηλευτικό, Διοικητικό- Οικονομικό) ISO 9001/2000, ISO 14001.

Πρότυπο που καθορίζει απαιτήσεις για την επιτυχή διαχείριση της ποιότητας από έναν οργανισμό, ο οποίος σκοπεύει να αυξήσει την ικανοποίηση των πελατών, μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής του συστήματος. Το σύστημα Διοίκησης Ποιότητας έχει ως αντικείμενο τις διεργασίες των λειτουργικών μονάδων του νοσοκομείου, οι οποίες σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς και τη

γενικότερη εξυπηρέτηση των ασθενών και των συγγενών τους. Για την ανάπτυξη του συστήματος αυτού εφαρμόζεται η ακόλουθη μεθοδολογία:

- Αναλυτική καταγραφή της ροής διακίνησης των ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών), με τη χρήση διαγραμμάτων ροής.
  - Εντοπισμός των λειτουργικών μονάδων, οι οποίες εμπλέκονται στα επιμέρους χρονικά στάδια της ροής των ασθενών.
  - Καταγραφή του τρόπου και του χρόνου εμπλοκής της κάθε λειτουργικής μονάδας στα στάδια ροής.
  - Κατάρτιση διαδικασιών ,δημιουργία εντύπων ανά διαδικασία, ευθύνες και αρμοδιότητες.
  - Πρωτόκολλα Νοσοκομειακής Φροντίδας.
  - Δείκτες Ποιότητας.
- ♦ Σύστημα Διαχείρισης και Ποιότητας των Εργαστηρίων (ISO 17025/EN45001).

Πρότυπο που καθορίζει τις γενικές απαιτήσεις ικανότητας για τη διεξαγωγή δοκιμών ή/και διακριβώσεων συμπεριλαμβανομένης της δειγματοληψίας. Αυτό καλύπτει δοκιμές και διακριβώσεις που εκτελούνται με τη χρήση προτύπων μεθόδων, μη προτύπων μεθόδων και μεθόδων που έχουν αναπτυχθεί από το εργαστήριο.

- ♦ Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλεια των Τροφίμων.  
(HACCP Hazard Analysis & Critical Control Points)

Πρότυπο που παρέχει απαιτήσεις για τη διαχείριση της ασφάλειας των τροφίμων και της εφοδιαστικής αλυσίδας γενικότερα και καθιστά ικανό κάποιον οργανισμό να ελέγχει την εμφάνιση χημικών, βιολογικών ή φυσικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του καταναλωτή. Σκοπός εφαρμογής του συγκεκριμένου συστήματος είναι:

1. η εξασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων.
2. η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων ασφαλείας στα τρόφιμα.
3. η δημιουργία νοοτροπίας «υποχρέωσης» όλων όσων εμπλέκονται στη διαχείριση των τροφίμων για παραγωγή ασφαλών τροφίμων και προστασίας της υγείας των χρηστών των υπηρεσιών και του προσωπικού του νοσοκομείου.

◆ Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης (ISO 14001).

Πρότυπο που καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα σύστημα περιβαλλοντικής διαχείρισης, για να μπορέσει ένας οργανισμός να διαμορφώσει πολιτική και αντικειμενικούς σκοπούς, λαμβάνοντας υπ' όψιν νομοθετικές απαιτήσεις και πληροφορίες σχετικά με σημαντικές περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Σκοπός εφαρμογής του συγκεκριμένου συστήματος είναι «ο οργανισμός να προστατεύσει το περιβάλλον από τους ρύπους του», επανεκτιμώντας τις περιβαλλοντικές θέσεις και απόψεις, καθιερώνοντας αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους και «δεσμεύοντας» όλους τους εργαζόμενους του νοσοκομείου σε ένα σύστημα διαρκούς εκπαίδευσης για την περιβαλλοντική βελτίωση.

- Σύστημα για την Υγεία και την Ασφάλεια στο χώρο εργασίας (OSHA 18000).

Πρότυπο που παρέχει απαιτήσεις για την διαχείριση της Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία, ώστε να καθιστά ικανό κάποιον οργανισμό να ελέγχει την επαγγελματική επικινδυνότητα, έτσι ώστε να εξαλειφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι για το προσωπικό και για τους ασθενείς και τους οικείους τους.

- Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας των Πληροφοριών (ISO 17799).

Πρότυπο που καθορίζει απαιτήσεις για την ανάπτυξη, εφαρμογή και τεκμηρίωση συστήματος για την διαχείριση της ασφάλειας των πληροφοριών

και μέτρα ασφάλειας προς εφαρμογή, σύμφωνα με τις ανάγκες του οργανισμού.

### Χρονοδιάγραμμα

Η ανάπτυξη και εγκατάσταση του Συστήματος (ή Προγράμματος) Διαχείρισης της Ποιότητας στο Νοσοκομείο θα ολοκληρωθεί σε τέσσερις (4) φάσεις:

Φάση 1: Δομή – Διαδικασίες.

Διάρκεια Φάσης: 07/2002 έως 03/2003- εννέα (9) μήνες.

Σκοπός της φάσης αυτής θα είναι η διαμόρφωση ευμενούς και γόνιμου εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο θα ευνοεί την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός Συστήματος Ποιότητας και τη συνειδητή συμμετοχή σε αυτού του προσωπικού του Νοσοκομείου, ανεξαρτήτως ειδικότητας και βαθμίδας. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού θα απαιτηθεί η εξασφάλιση της αμέριστης συμπαράστασης της Διοίκησης, η εκπαίδευση επιλεγμένων στελεχών σε θέματα εγκατάστασης και αξιολόγησης συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας και τέλος ευρεία ενημέρωση του συνόλου του προσωπικού σε γενικά θέματα ποιότητας. Ήδη έχει γίνει επιλογή των στελεχών- «Συνδέσμων» Ποιότητας που αποτελούν τον κινητήριο μοχλό της όλης προσπάθειας και αναμένεται να ολοκληρωθεί ο κύκλος της α' φάσης με την εκπαίδευση σε θέματα Ποιότητας το Μάρτιο του 2003. Οι Σύνδεσμοι Ποιότητας έχουν αναλάβει (σε συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος), τον σχεδιασμό και τη συγγραφή των διαδικασιών λειτουργίας των τμημάτων που λειτουργούν ή που πρόκειται να λειτουργήσουν. Η δημιουργία διαδικασιών συνδέεται στη φάση αυτή με τον σχεδιασμό του Συστήματος Πληροφορικής που θα υποστηρίξει τις δραστηριότητες του Νοσοκομείου.

Φάση 2: Εκπαίδευση- Διαμόρφωση Περιβάλλοντος.

Διάρκεια Φάσης: 02/2003 έως 05/2003- τέσσερις (4) μήνες.

Διαμορφώνεται η Οργανωτική Δομή του Συστήματος, η οποία θα εξυπηρετήσει την ομαλή εγκατάσταση και εφαρμογή του Συστήματος



Διαχείρισης της Ποιότητας. Η επιτροπή διασφάλισης ποιότητας (όπως λειτουργεί σήμερα) ξεκίνησε την συγκρότησή της στις 29/07/02, και συνεχίζει τακτικά τις συνεδριάσεις της με ρυθμό 2 περίπου φορές το μήνα. Υπάρχει τουλάχιστον 1-2 ημέρες πριν ημερήσια διάταξη θεμάτων αλλά και κοινοποιημένα τα δακτυλογραφημένα πρακτικά της προηγούμενης συνεδρίασης. Αυτό δίνει τη δυνατότητα σε όλα τα μέλη να παρακολουθούν με ευκολία το έργο και την πρόοδο του έργου της επιτροπής, αλλά και να προετοιμάζονται κατάλληλα για τις αποφάσεις τις οποίες έχουν να λάβουν. Πάντα η επιτροπή ασχολείται με την αποδελτίωση της γνώμης του χρήστη και την ορθότητα συγγραφής των ιατρικών φακέλων. Ταυτόχρονα στη φάση αυτή ξεκινά ένα σημαντικό κομμάτι της πορείας για ποιότητα και όποια αλλαγή νοοτροπίας καθώς και η εκπαίδευση. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι έτσι προγραμματισμένο ώστε:

- Να είναι μεθοδικό (συγκεκριμένο περιεχόμενο διδασκόμενης ύλης και σύνθεση εκπαιδευομένων). Πρώτα θα εκπαιδευτούν τα ανώτερα και ανώτατα στελέχη και στη συνέχεια θα ακολουθηθεί η τακτική Cross Section (εκπαίδευση σε ένα μέρος εργαζόμενων και θα περιλαμβάνονται πυραμιδικά άτομα από όλα ανεξαιρέτως τα επίπεδα).
- Να είναι συνεπές. Η υλοποίηση του θα γίνεται με συνέπεια και επιμονή, ελέγχοντας τα αποτελέσματα και τηρώντας τις υποσχέσεις και τις υποχρεώσεις από και προς τους εργαζόμενους.
- Προσαρμοσμένο στο χώρο και Πρακτικό.
- Ελεγχόμενο τόσο ως προς την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων όσο και προς την συμβατότητα του προγράμματος σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού.

Στη φάση αυτή και σε συνεργασία με το Τμήμα Ποιότητας και την ολοκλήρωση των διαδικασιών, γίνεται η εφαρμογή του Συστήματος Πληροφορικής, και ελέγχεται η συμβατότητα των διαδικασιών και του Πληροφοριακού Συστήματος.

Φάση 3: Λειτουργία- Ανάπτυξη- Τεκμηρίωση

Διάρκεια Φάσης: 05/2003 έως 10/2003- έξι(6) μήνες.

Ο κύκλος της φάσης αυτής θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως φάση του καθορισμού των σταθερών παραμέτρων (σπάνταρτς): όλο το νοσοκομείο θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τις διαδικασίες να χρησιμοποιεί τα εγκεκριμένα έντυπα και να ακολουθεί τα διαγράμματα ροών που έχουν θεσπιστεί. Ο περιορισμένος και ελεγχόμενος φόρτος εργασίας που προσφέρει καλές συνθήκες για προπαρασκευαστικές δράσεις πριν την έναρξη της πλήρους λειτουργίας.

Το Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας θα τεκμηριωθεί μέσω των εξής εγγράφων:

- ◆ Εγχειριδίων Ποιότητας
- ◆ Διαδικασιών
- ◆ Εντύπων
- ◆ Οδηγιών Εργασίας
- ◆ Δεικτών

Παράλληλα με την εγκατάσταση των επιμέρους τμημάτων, θα τίθενται σε λειτουργία οι μηχανισμοί ελέγχου εφαρμογής (Μέτρηση, Ανάλυση και Βελτίωση), για την διαπίστωση τυχόν προβλημάτων, αστοχίας διαδικασιών, μη συμβατότητας της λειτουργίας και της μηχανογραφικής υποστήριξης. Για την Μέτρηση και Παρακολούθηση το Γραφείο Ποιότητας θα:

1. παρακολουθεί συστηματικά το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών και των οικείων τους,
2. προβαίνει σε Εσωτερικές Επιθεωρήσεις για να ελέγχει και να επιβεβαιώνει ότι το σύστημα και οι διαδικασίες εφαρμόζονται και να επανεξετάζει διορθωτικές ενέργειες όπου αυτό είναι απαραίτητο,
3. μετρά και θα παρακολουθεί τους ενδιάμεσους δείκτες που έχουν άμεση σχέση με το Σύστημα Δεικτών Ποιότητας και επηρεάζουν με σαφή τρόπο έναν ή περισσότερους δείκτες αποτελέσματος.

Στη φάση αυτή θα ξεκινήσει η προσπάθεια για τον σχεδιασμό των Πρωτοκόλλων Νοσηλευτικής και Ιατρικής Φροντίδας. Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη πρωτοκόλλων θα αποτελέσει ίσως το πιο δύσκολο μέρος της προσπάθειας.

Φάση 4: Επιθεωρήσεις –Πιστοποίηση

Διάρκεια Φάσης: 10/2003 έως 02/2004- τέσσερις (4) μήνες.

Το Σύστημα Διοίκησης– Διαχείρισης Ποιότητας θα γίνει προσπάθεια να εγκατασταθεί και στο στάδιο αυτό να γίνεται η δοκιμαστική εφαρμογή του ενιαίου συστήματος. Στη φάση αυτή θα γίνει προσπάθεια (σε στενή συνεργασία με την Ιατρική και Νοσηλευτική Υπηρεσία), για την ολοκλήρωση της ανάπτυξης πρωτοκόλλων διασφάλισης Ποιότητας. Λόγω της σημαντικότητας αλλά και των δυσκολιών αυτού του εγχειρήματος, ενδεχομένως να απαιτηθεί μεγαλύτερος χρόνος υλοποίησης. Χρονικά η περίοδος αυτή θα συμπέσει με τη διαδικασία επιλογής του Οργανισμού Πιστοποίησης, όπου σταδιακά θα πραγματοποιεί σειρά επιθεωρήσεων στο νοσοκομείο, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συμμόρφωσης με τα συστήματα ISO που θα λειτουργούν.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα

Η λειτουργία της επιτροπής ποιότητας στο νοσοκομείο έδειξε ότι υπάρχει ένα γόνιμο έδαφος για την καθιέρωση αλλά και ανάπτυξη συνθηκών ποιοτικής λειτουργίας με σκοπό την ικανοποίηση των προσδοκιών του χρήστη.

Η ύπαρξη κατάλληλων χώρων και εξοπλισμού είναι μια αναγκαία αλλά όχι και ικανή συνθήκη για την ποιοτική λειτουργία. Η συνθήκη εκπληρώνεται με τη χρησιμοποίηση του εξοπλισμού και των χώρων μέσα από διαδικασίες που εξασφαλίζουν εργασιακή γαλήνη, ομαλότητα στην εκτέλεση των πράξεων, στη διακίνηση των ασθενών, στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων κ.α.

Για να επιτευχθούν τα ανωτέρω δεν αρκεί μόνο η καλή θέληση αλλά χρειάζεται και ένα σύστημα κανόνων και κανονισμών που να θέτουν το μέτρο, να δίδουν το ρυθμό αλλά και να παρακολουθούν για αποκλίσεις. Και επιπλέον το σύστημα αυτό δεν θα πρέπει να είναι διοικητικού προτύπου (και μάλιστα ιεραρχικού τύπου), αλλά ένα ευέλικτο σύστημα που να επηρεάζεται και να επηρεάζει την εργασιακή συνεισφορά του καθενός μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ενσωματώνοντας τον στη νοσοκομειακή διαδικασία της προσφοράς στον άνθρωπο. Το σύστημα αυτό ξεκινά ως Σύστημα (ή Πρόγραμμα) Διαχείρισης Ποιότητας, τώρα και στο άμεσο μέλλον, θα αναπτυχθεί σε «σύστημα διαρκούς ποιοτικής ανάπτυξης».

Όσο πιο πολύ μπορούμε να επεκτείνουμε τις προσδοκίες του χρήστη των υπηρεσιών μας τόσο περισσότερο θα προάγουμε τον σκοπό μας. Μέχρι σήμερα γίνεται συνεχής προσπάθεια (διαμέσου ερωτηματολογίων) να διευκρινισθούν οι ανάγκες των ασθενών (των εξωτερικών ασθενών). Η συλλογή και η ανάλυση των στοιχείων έχει ήδη δώσει αρκετές ενέργειες διορθωτικού χαρακτήρα από την πλευρά του νοσοκομείου, με θετικά για τον χρήστη αποτελέσματα. Η Επιτροπή έχοντας ως γνώμονα τα παραπάνω αποτελέσματα, συντάσσει (σε συνεργασία με το Τμήμα Ποιότητας), νέο ερωτηματολόγιο, πιο βελτιωμένο και πιο αναλυτικό. Ταυτόχρονα ετοιμάζει ερωτηματολόγιο για τους εσωτερικούς ασθενείς αλλά και ερωτηματολόγιο για τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

Η μέχρι στιγμής ενασχόληση (εκτός των «συνδέσμων») μεγάλου μέρους του προσωπικού με τη συγγραφή των διαδικασιών, απέδειξε ότι υπάρχει αφενός πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη νέων συστημάτων οργάνωσης, αφετέρου ότι υπάρχει η διάθεση και η συμμετοχή των εργαζομένων σε πρόγραμμα Ποιότητας.

Στον πρώτο κύκλο της εκπαίδευσης σε θέματα Ποιότητας, φάνηκε η ανάγκη για δημιουργία κοινής γλώσσας, η αποδοχή των θεμάτων της εκπαίδευσης και κυρίως ο προβληματισμός που αναπτύσσεται σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης και εφαρμογής των επί μέρους μηχανισμών της Ποιότητας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η πολιτική της Διοίκησης του Νοσοκομείου σχετικά με την Ποιότητα είναι δεδομένη. Δεν έχει την μορφή επιθυμίας και μεγαλόπνοου οράματος, αλλά καθημερινής αναγκαιότητας και σεβασμού του χρήστη. Οι στόχοι έχουν τεθεί και η υλοποίηση αυτών των στόχων έχει ξεκινήσει. Τα σχέδια δράσης έχουν εκπονηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου και έχουν αρχίσει ήδη δυναμικά οι εργασίες.

Προπαρασκευαστικά και για την ενίσχυση της προσπάθειας, έχει δομηθεί και οργανωθεί με τέτοιο τρόπο το σύστημα ποιότητας, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η συνοχή, η κατανόηση, η συνέχεια και επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκομένων. Η οργάνωση έχει κάθετη αλλά και οριζόντια δομή αντλώντας έτσι τα θετικά στοιχεία και των δυο συστημάτων οργάνωσης. Έχουν καταγραφεί οι αρμοδιότητες και τα όρια ευθύνης και λειτουργίας της κάθε επιτροπής και έχουν σχηματιστεί οι ροές των εργασιών μεταξύ τους.

Τα αποτελέσματα της δουλειάς αυτών που συμμετέχουν είναι ορατά. Τα ερωτηματολόγια και η καθημερινή επαφή με τον χρήστη των υπηρεσιών του νοσοκομείου, έχουν κινητοποιήσει όλους τους οργανωτικούς μηχανισμούς προς την σωστή κατεύθυνση. Ο διάδρομος επικοινωνίας με τον χρήστη που έχει ανοιχθεί, μας τροφοδοτεί με παρατηρήσεις που οδηγούν σε επανασχεδιασμό ή βελτίωση. Οι διαδικασίες έχουν βοηθήσει σημαντικά στην αντίληψη συνλειτουργίας μεταξύ διαφορετικών τμημάτων ή υπηρεσιών. Γνωρίζουν όλοι τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να εργασθούν και αυτό βοηθά στην αποτελεσματικότητα των περισσότερων ενεργειών. Το πληροφοριακό σύστημα, στήνεται με βάση τις πραγματικές εργασιακές συνθήκες και ανάγκες προσδίδοντας μεγάλες δυνατότητες τόσο στο προσωπικό όσο και γενικότερα στο νοσοκομείο.

Τα πραγματικά οφέλη δεν έχουν ακόμα φανεί. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οφέλη είναι πολύ μεγαλύτερα από το κόστος υλοποίησης αυτής της προσπάθειας. Οι δυνατότητες που θα αποκτήσει το νοσοκομείο από την εφαρμογή του συστήματος Ποιότητας είναι τέτοιες που θα μπορούμε σε λίγο καιρό να ισχυριστούμε ότι το νοσοκομείο θα αποκτήσει δυναμική σύμφωνη με τις σημερινές διεθνείς τάσεις. Συνέχεια αποτελεσμάτων.

Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ως λεπτομερής αποτύπωση των πραγματικών διεργασιών του νοσοκομείου είναι κατανοητές, από τα στελέχη/εργαζόμενους.

Οι κυριότεροι μετρήσιμοι στόχοι είναι:

- Ικανοποίηση των χρηστών
- Αποτελέσματα διεργασιών
- Έσοδα
- Εσωτερική Λειτουργία

Η επικέντρωση– εστίαση στον χρήστη σημαίνει πλήρη ικανοποίηση των απαιτήσεων του (τωρινών και μελλοντικών), μέσω της διερεύνησης.

Η αντικειμενική προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων απαιτείται να γίνεται βάση ανάλυσης δεδομένων και αποτελεσμάτων μετρήσεων.

Η διαρκής βελτίωση θα επιτευχθεί με αναπροσαρμογή των στόχων και γενική κατεύθυνση του νοσοκομείου.

Συνοπτικά τα οφέλη που θα προκύψουν από το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας είναι τα ακόλουθα:

- Καλύτερη οργάνωση και διεκπεραίωση των διεργασιών
- Διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του νοσοκομείου
- Ελαχιστοποίηση απωλειών του κόστους
- Ελάττωση χρόνου και κόστους εργασίας
- Αποφυγή λαθών και επαναλήψεων
- Έλεγχος των προμηθευτών
- Αύξηση των εσόδων
- Κατοχύρωση της εμπιστοσύνης των χρηστών προς το νοσοκομείο, ότι παρέχει υπηρεσίες με σταθερή ποιότητα
- Βελτίωση των Δημοσίων Σχέσεων και της εικόνας του νοσοκομείου προς την κοινωνία.

Τα οφέλη που θα προκύψουν για το προσωπικό συνολικά είναι:

- Συνεχής εκπαίδευση
- Καλύτερη επικοινωνία
- Ξέρει ο καθένας τι κάνει και τι απαιτείται απ' αυτόν
- Αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία –ψυχική υγεία
- Συνεργασία
- Καλύτερα βιογραφικά
- Τόνωση ηθικού υπαλλήλων, γιατί θα εργάζονται σ' ένα νοσοκομείο που πληρή Διεθνή Πρότυπα και θα συμβάλουν ενεργά στην προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης.

(Μπελερίνος Σπυρίδων, 2004)<sup>1</sup>

## **7.2. «Μέτρια» η εικόνα του δημόσιου τομέα υγείας στην Ελλάδα**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ. Περισσότερη ανθρωπιά, περισσότερο προσωπικό και εκσυγχρονισμό των εγκαταστάσεων προσδοκούν οι πολίτες από τα δημόσια νοσοκομεία, μολονότι ακόμη και για το πιο αυστηρό και απαιτητικό κοινό η γενική εικόνα του δημόσιου τομέα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται «μέτρια προς καλή με βήματα βελτίωσης».

Οι διαπιστώσεις αυτές, αν και ήταν γνωστές στο υπουργείο Υγείας, προέκυψαν από πρόσφατη ποιοτική έρευνα για τη δημόσια υγεία, που παρουσίασε χθες ο γενικός γραμματέας Δημόσιας Υγείας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μελέτης Τζαφέρης, με αφορμή τη λήξη του αναπτυξιακού συνεδρίου «Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη 2007–2013».

Η έρευνα που θα χρησιμεύσει ως εργαλείο καθώς «ο μελλοντικός σχεδιασμός του συστήματος υγείας οφείλει πρωτίστως να είναι ανθρωποκεντρικός», όπως διευκρίνισε ο κ. Τζαφέρης, βασίστηκε σε τρεις κατηγορίες πολιτών: Στο ευρύ

---

<sup>1</sup> Σπ. Μπελερίνος, Ε. Γράψα, (2004) «Σύστημα διαχείρισης της ποιότητας στο νοσοκομείο» σελ. 7-9, 39- 40, 42-44, 47-50, 72-76.

κοινό, στους συνταξιούχους, σε άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες και στους οικονομικούς μετανάστες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το πιο αυστηρό και απαιτητικό κοινό που έχει εμπειρίες και από άλλες δυτικές χώρες θεωρεί πως η γενική εικόνα του δημόσιου τομέα υγείας είναι μέτρια, αναγνωρίζουν ωστόσο θετικά βήματα βελτίωσης. Αντίθετα, οι συνταξιούχοι, λιγότερο απαιτητικοί και αυστηροί, βασιζόμενοι σε προσωπικές εμπειρίες παλαιότερων δεκαετιών, έχουν μια περισσότερο έντονη αίσθηση βελτίωσης. Η εικόνα που έχουν οι μετανάστες διαφέρει ανάλογα με τη χώρα καταγωγής τους. «Μέτρια» θεωρείται για όσους προέρχονται από την πρώην Σοβιετική Ένωση, «σχετικά καλή» για τους προερχόμενους από βαλκανικές χώρες. Όλοι, ωστόσο, παραδέχονται ότι έχουν εύκολη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία χωρίς να υπάρχουν διακρίσεις.

Γενικά οι πολίτες εκτιμούν την αυτοθυσία των εργαζομένων, εντοπίζουν ωστόσο έλλειψη προσωπικού, ζητούν εκσυγχρονισμό των εγκαταστάσεων, αναγνωρίζουν όμως ότι προς αυτήν την κατεύθυνση ο δημόσιος τομέας υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά.

«Παρά την προσπάθεια που έχει γίνει για την αντιμετώπιση των ράντζων και τη βελτίωση λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, το ευρύ κοινό ζητάει να αλλάξουν πολλά στη νοσοκομειακή περίθαλψη», ανέφερε ο κ. Τζαφέρης. Μεταξύ αυτών περισσότερο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αναδιοργάνωση του όλου συστήματος, ενώ οι προσδοκίες από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ εστιάζονται σε αποτελεσματικότερη και άμεση εξυπηρέτηση, σταθερότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και μείωση της γραφειοκρατίας».

Ως προς τους νέους άξονες δράσης, ο γ.γ. του υπουργείου Υγείας εκτιμά πως τα αστικά κέντρα υγείας εφ' όσον λειτουργήσουν άρτια θα προσφέρουν σημαντική βελτίωση στο εθνικό σύστημα υγείας. Υποστήριξε ότι θετικές είναι οι αντιδράσεις για τις δομές αποασυλοποίησης, ενώ έχουν τύχει θετικής αποδοχής οι συμπράξεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας.



Παρουσιάζοντας τα συμπεράσματα του συνεδρίου, ο κ. Τζαφέρης ανέφερε ότι βασικοί άξονες προτεραιότητας που θα μετενσαρκωθούν σε μέτρα και δράσεις τους επόμενους μήνες είναι, μεταξύ άλλων, ο άνθρωπος ως εργαζόμενος στον τομέα υγείας, η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στον χώρο της υγείας, η ισότιμη πρόσβαση όλων στο σύστημα υγείας ανεξαρτήτως εισοδήματος, η ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. ([www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr))

## **8. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΤΟΥ**

Στην προσπάθεια να καταγραφεί, να αναλυθεί και τελικά να αξιολογηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», διεξήχθη μια επιστημονική έρευνα στους χώρους του νοσοκομείου, από τους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε κατά το πρώτο 10ήμερο του Σεπτεμβρίου 2007, σε δείγμα 243 ασθενών – εξυπηρετούμενων από τα εξωτερικά ιατρεία κατά τη διάρκεια των εφημεριών τους. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με την τεχνική της συνέντευξης – ερωτηματολογίου με συνεντευκτές τους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Η έρευνα στηρίχτηκε σε ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων εκ των οποίων 13 ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου όπου οι 5 αποτελούσαν ερωτήσεις διχοτόμησης, οι 6 πολλαπλής επιλογής και οι 2 κλίμακας 5 πιθανών απαντήσεων και οι υπόλοιπες 2 ήταν ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Επιπλέον, υπήρχε δυνατότητα στο τέλος του ερωτηματολογίου, ο ερωτώμενος να συμπληρώσει οτιδήποτε θεωρούσε πως δεν είχε καλυφθεί από το ερωτηματολόγιο σε μορφή σχολίου ή παρατήρησης.

### **8.1. Διατύπωση του θέματος της έρευνας**

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» στους χρήστες – εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια των εφημεριών του.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση, καταγραφή και αξιολόγηση του βαθμού ευχαρίστησης και τελικά, ικανοποίησης των χρηστών-εξυπηρετούμενων από τις υπηρεσίες που διαθέτει και προσφέρει το «Ιπποκράτειο» νοσοκομείο, όπως επίσης και η καταγραφή των κύριων δυσμενών παραγόντων που επηρεάζουν την άποψη και στάση των χρηστών αυτών για το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

## ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Να διερευνηθεί και να καταγραφεί εάν και κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι οι χρήστες από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής.
- Κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι ή όχι από την καθαριότητα του χώρου των εξωτερικών ιατρείων.
- Πόσο ευχαριστημένοι έμειναν οι ερωτηθέντες από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών.
- Ποιος είναι ο βαθμός ευχαρίστησης των χρηστών από τη συμπεριφορά των γιατρών στα εξωτερικά ιατρεία .
- Καθώς επίσης και το βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών που τους παρέχει το συγκεκριμένο νοσοκομείο και ιδιαίτερα κατά τις ημέρες και ώρες εφημερίας του.
- Στόχος της έρευνας είναι επιπλέον να καταγραφεί και να αξιολογηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών – εξυπηρετούμενων ολοκληρώνοντας την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία.
- Τέλος, θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθεί κατά πόσο ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών (οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία) μπορεί να επηρεάζουν το βαθμό ευχαρίστησής τους από τις υπηρεσίες του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο.

## 8.2. Μεθοδολογία

### 8.2.1. Καθορισμός πληθυσμού

α) Μονάδα πληθυσμού: Άνδρες, γυναίκες χρήστες- εξυπηρετούμενοι του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο».

β) Μονάδα δειγματοληψίας: Άνδρες, γυναίκες χρήστες- εξυπηρετούμενοι του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», στα εξωτερικά ιατρεία του κατά τις ημέρες και ώρες εφημερίας.

γ) Χρόνος διεξαγωγής της έρευνας: το πρώτο 10ήμερο του Σεπτεμβρίου 2007.

### *8.2.2 Καθορισμός ερευνητικής μεθόδου*

#### Δημοσκόπηση

- Προσδιορισμός πλαισίου δειγματοληψίας: όλοι οι χρήστες-εξυπηρετούμενοι ή οι συνοδοί αυτών.
- Προσδιορισμός Μονάδας δειγματοληψίας: Άνδρες, γυναίκες εξυπηρετούμενοι από τα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο κατά τις ημέρες και ώρες εφημερίας.
- Προσδιορισμός της μεθόδου δειγματοληψίας: για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε σαν μέθοδος δειγματοληψίας το τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα. Ο πληθυσμός, αρχικά, χωρίστηκε σε ομάδες: κλινικές, προκαθορισμένα ραντεβού και εφημερίες. Τα τυχαία δείγματα για την παρούσα έρευνα σχηματίστηκαν από τους χρήστες της ομάδας των εφημεριών.

### *8.2.3. Καθορισμός μεγέθους δείγματος*

Πλήθος στατιστικών μονάδων: 243

### *8.2.4. Μέθοδος Συγκέντρωσης Πρωτογενών στοιχείων*

Δημοσκόπηση με προσωπική συνέντευξη.

### 8.3. Κενό Ερωτηματολόγιο

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
4<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΘΡΑΚΗΣ  
Γ.Ν ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ

Για την βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία της χώρας, οφείλει να έχει λόγο ο κάθε πολίτης και ιδιαίτερα ο προσερχόμενος για θεραπεία ασθενής.

Με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, από κάθε προσερχόμενο στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας, αποτυπώνεται ο βαθμός ικανοποίησής του σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες νοσηλείας, δίνοντας έτσι την δυνατότητα στην Διοίκηση να πραγματοποιήσει βελτιωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα είναι προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στα πλαίσια πιλοτικού προγράμματος, υπό την αιγίδα της 4<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Μακεδονίας Θράκης, από το Εργαστήριο Ανάλυσης Δεδομένων του Τμήματος Εμπορίας και Διαφήμισης του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

Η ανωνυμία των απαντήσεών σας, ως εκ τούτου, είναι απόλυτα εξασφαλισμένη.

#### A. Γενικά στοιχεία για τον ασθενή

Προσδιορίστε παρακαλώ

#### 1. Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο

Ο ασθενής  (1)

Ο συνοδός  (2)

#### 2. Ανήκετε σε κάποια κατηγορία ατόμων με ειδική ανάγκη;

OXI  (1)

NAI  (2)

#### 3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η  (1)

Έγγαμος/η  (2)

Διαζευγμένος/η  (3)

Χήρος/α  (4)

4 Αριθμός παιδιών

#### 5. Το φύλο σας

Άνδρας  (1)

Γυναίκα  (2)

6 Την ηλικία σας

**7. Την βαθμίδα της εκπαίδευσής σας**

- |                             |                          |     |
|-----------------------------|--------------------------|-----|
| Καθόλου σχολείο             | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Δημοτικό                    | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Γυμνάσιο –Λύκειο            | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Μετά το Λύκειο (ΙΕΚ κ.λ.π)  | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Ανώτατη (Πανεπιστήμιο- ΤΕΙ) | <input type="checkbox"/> | (5) |

**8. Την υπηκοότητά σας**

- |          |                          |     |
|----------|--------------------------|-----|
| Ελληνική | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Ξένη     | <input type="checkbox"/> | (2) |

**8α Αν είναι ξένη ποια;** \_\_\_\_\_

**9.Τον ασφαλιστικό σας φορέα**

- |               |                          |     |
|---------------|--------------------------|-----|
| ΔΗΜΟΣΙΟΥ      | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ΙΚΑ           | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ΤΕΒΕ          | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ΟΓΑ           | <input type="checkbox"/> | (4) |
| ΤΣΜΕΔΕ        | <input type="checkbox"/> | (5) |
| ΠΡΟΝΟΙΑ       | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Άλλος ποιος ; | _____                    | (7) |

**10. Τον τόπο κατοικίας**

- |  |                          |     |
|--|--------------------------|-----|
| Νομός Θεσσαλονίκης   | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Άλλος νομός Κεντρικής Μακεδονίας<br>(Πιερίας, Ημαθίας, Κιλκίς, Σερρών, Χαλκιδικής) | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Άλλη περιφέρεια _____  |                          | (3) |

**Β. Σχετικά με την επίσκεψή σας στα εξωτερικά ιατρεία κατά την εφημερία του Νοσοκομείου**

**1. Με ποιο τρόπο επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο**

- |                    |                          |     |
|--------------------|--------------------------|-----|
| Προσωπική επίσκεψη | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ΕΚΑΒ               | <input type="checkbox"/> | (2) |

**2. Σε ποιο ιατρικό τομέα απευθυνθήκατε;**

- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| Παθολογικό (Καρδιολογικό, Νεφρολογικό, Παιδιατρικό)                             | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Χειρουργικό<br>(Ουρολογικό, Γυναικολογικό, Οφθαλμολογικό, ΜΕΘ)                  | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Εργαστηριακό<br>(Μικροβιολογικό, Αιματολογικό, Ακτινολογικό, Παθολογοανατομικό) | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Ψυχικής υγείας  | <input type="checkbox"/> | (4) |

**3. Πόση ώρα περιμένατε στην αίθουσα αναμονής**

- 0-30 λεπτά  (1)  
30 λεπτά – 1 ώρα  (2)  
1-2 ώρες  (3)  
Πάνω από δύο ώρες  (4)

**Γ. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την καθαριότητα του χώρου των εξωτερικών ιατρείων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την συμπεριφορά των νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την συμπεριφορά των ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Δ. Ολοκληρώνοντας την επίσκεψή σας στα εξωτερικά ιατρεία πόσο ικανοποιημένοι μείνατε**

- Καθόλου   
Λίγο   
Μέτρια   
Πολύ   
Πάρα πολύ

**ΔΙΑΤΥΠΩΣΤΕ ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ Ή ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΦΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

---

Σας ευχαριστούμε θερμά για τον χρόνο που αφιερώσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς και για την συμβολή σας στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα εξωτερικά μας ιατρεία.

Από την Διεύθυνση  
του Νοσοκομείου

## 9. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κατόπιν συμπλήρωσης 243 ερωτηματολογίων από τους χρήστες – εξυπηρετούμενους του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων μέσω του προγράμματος ανάλυσης δεδομένων MAD παρατίθενται τα ακόλουθα αποτελέσματα της έρευνας.

### 9.1 Πίνακες

Παρακάτω παρουσιάζονται οι πίνακες στους οποίους σημειώνονται συγκεντρωτικά οι απαντήσεις που έδωσε ο κάθε ερωτώμενος ξεχωριστά στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο έχει χωριστεί σύμφωνα με το είδος και την φύση των ερωτήσεων σε τέσσερα (4) τμήματα (Α, Β, Γ, Δ).

Για την διευκόλυνση ανάγνωσης των ακολούθων πινάκων κρίνεται αναγκαίο να διευκρινίσουμε αρχικά τις συντομεύσεις των μεταβλητών, καθώς επίσης και τις πιθανές απαντήσεις:

### 9.2.Τμήμα Α: Δημογραφικά στοιχεία

A1. Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο; (Ερωτώμενος)

(1): Ο ασθενής

(2): Ο συνοδός

A2. Ανήκετε σε κάποια κατηγορία ατόμων με ειδική ανάγκη; (Ανάγκη)

(1) ΟΧΙ

(2) ΝΑΙ

A3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (Κατάσταση)

(1) Άγαμος/η

(2) Έγγαμος/η

(3) Διαζευγμένος/η

(4) Χήρος/α

A4. Αριθμός παιδιών (Παιδιά)

....



A5. Το φύλο σας; (Φύλο)

(1) Άνδρας

(2) Γυναίκα

A6. Την ηλικία σας (Ηλικία)

....

A7. Την βαθμίδα εκπαίδευσής σας (Εκπαίδευση)

(1) Καθόλου σχολείο

(2) Δημοτικό

(3) Γυμνάσιο- Λύκειο

(4) Μετά το Λύκειο (ΙΕΚ κ.τ.λ.)

(5) Ανώτατη (Πανεπιστήμιο- ΤΕΙ)

A8. Την υπηκοότητά σας (Υπηκοότητα)

(1) Ελληνική

(2) Ξένη

A9. Τον ασφαλιστικό σας φορέα (Ασφάλεια)

(1) Δημοσίου

(2) ΙΚΑ

(3) ΤΕΒΕ

(4) ΟΓΑ

(5) ΤΣΜΕΔΕ

(6) ΠΡΟΝΟΙΑ

(7) Άλλος ποιος;.....

A10. Τον τόπο κατοικίας (Κατοικία)

(1) Νομός Θεσσαλονίκης

(2) Άλλος νομός Κεντρικής Μακεδονίας (Πιερίας, Ημαθίας, Κιλκίς, Σερρών,  
Χαλκιδικής)

(3) Άλλη Περιφέρεια

Τμήμα Α: Δημογραφικά

A/A	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
I1	1	1	2	1	2	34	3	2	6	1
I2	2	1	4	1	2	81	2	1	2	1
I3	1	1	2	1	2	27	3	1	2	1
I4	1	2	3	3	1	61	2	1	6	3
I5	1	1	1	0	2	21	5	1	1	1
I6	2	1	4	2	2	80	2	1	4	1
I7	2	1	2	2	2	70	2	1	4	1
I8	1	1	2	0	2	36	2	2	6	2
I9	1	1	2	3	1	67	2	1	3	1
I10	2	1	4	3	2	82	1	1	4	2
I11	2	1	2	3	1	80	2	1	2	1
I12	1	1	2	2	1	82	3	1	2	1
I13	1	1	1	0	2	24	5	1	2	1
I14	1	1	1	0	1	18	3	1	2	1
I15	2	1	1	0	1	27	5	1	2	1
I16	2	1	2	2	2	38	5	1	1	1
I17	1	1	1	0	2	24	5	1	4	1
I18	2	2	1	0	1	24	3	1	2	1
I19	1	1	1	0	1	24	4	1	2	1
I20	2	1	3	1	2	60	3	1	1	1
I21	2	1	2	2	1	39	3	1	2	1
I22	1	1	3	1	1	32	3	1	2	1
I23	1	1	1	0	1	17	3	1	2	1
I24	1	1	1	0	1	22	5	1	2	3
I25	1	1	2	2	2	30	5	1	2	1
I26	1	1	2	1	2	75	2	2	2	1
I27	1	1	2	2	1	59	2	1	2	1

I28	1	1	1	0	1	30	4	1	2	1
I29	2	1	1	0	1	24	5	1	2	1
I30	2	1	1	0	2	25	5	1	2	3
I31	2	1	2	2	1	36	3	1	2	1
I32	2	1	1	0	1	20	5	1	2	2
I33	1	1	1	0	2	33	5	1	2	1
I34	2	1	2	2	2	39	2	1	2	1
I35	1	1	1	0	2	21	5	1	7	3
I36	2	2	2	2	2	26	1	1	2	2
I37	1	1	2	3	2	46	3	1	2	1
I38	1	1	2	0	2	27	3	1	2	1
I39	2	1	2	2	2	44	2	1	1	1
I40	2	1	2	1	1	58	5	1	2	1
I41	1	2	1	0	1	29	5	1	4	3
I42	2	1	2	2	2	49	5	1	4	3
I43	2	1	1	0	2	39	5	1	2	1
I44	2	1	2	2	2	85	1	1	2	1
I45	1	1	1	0	2	30	3	1	2	1
I46	1	1	2	1	2	71	2	1	2	1
I47	1	1	1	0	1	15	3	1	3	1
I48	1	2	1	0	1	14	3	1	2	1
I49	2	1	1	0	1	28	5	1	2	1
I50	2	1	2	2	1	71	1	1	2	1
I51	1	1	2	4	2	72	1	1	4	2
I52	2	1	1	0	2	1	1	1	3	1
I53	1	1	2	5	2	71	1	1	2	1
I54	2	1	1	0	1	22	3	2	2	1
I55	1	1	1	2	1	62	3	1	2	3
I56	2	1	1	0	1	22	5	1	2	1
I57	2	1	2	2	2	72	5	1	2	1
I58	1	1	2	2	1	58	3	1	4	1

I59	1	1	1	0	1	19	3	1	3	1
I60	1	1	1	0	1	15	3	2	2	1
I61	1	1	2	2	1	53	3	1	3	1
I62	2	1	1	0	1	25	2	1	3	2
I63	1	1	1	0	1	30	3	1	2	1
I64	2	1	4	2	2	54	2	1	2	1
I65	1	1	1	0	1	21	4	1	2	1
I66	1	1	1	0	2	21	3	1	6	1
I67	1	1	4	3	2	82	2	1	4	2
I68	1	1	3	2	2	43	3	2	6	1
I69	2	1	1	0	1	1	1	1	2	1
I70	1	1	4	2	2	74	3	1	2	1
I71	1	1	1	0	2	53	2	1	6	1
I72	1	1	1	0	1	34	3	1	1	1
I73	2	1	1	0	2	40	5	1	1	1
I74	1	1	1	0	1	19	2	1	6	1
I75	1	1	1	0	1	43	3	1	3	1
I76	1	1	2	2	1	86	3	1	2	1
I77	2	1	2	0	1	65	3	2	2	1
I78	1	1	2	1	2	54	5	1	2	1
I79	2	1	4	2	2	80	2	1	2	1
I80	1	2	2	0	2	27	3	1	2	1
I81	1	1	2	2	1	57	3	1	7	1
I82	1	1	2	1	1	34	3	1	2	1
I83	2	1	2	1	2	45	3	1	2	1
I84	2	1	1	0	1	8	2	1	1	1
I85	2	1	2	0	2	23	3	1	2	1
I86	1	1	2	1	2	30	2	1	2	1
I87	1	1	4	2	1	82	5	1	2	1
I88	1	1	2	2	1	35	3	1	2	1
I89	1	1	1	0	2	19	4	1	2	1

I90	2	1	1	3	2	38	4	1	2	1
I91	1	1	2	2	2	50	2	1	2	1
I92	2	1	2	2	1	50	3	1	6	1
I93	2	1	1	0	1	38	4	1	2	1
I94	1	1	1	0	2	16	3	1	6	1
I95	2	1	2	7	2	77	1	1	4	3
I96	1	1	2	3	2	67	2	1	2	1
I97	1	1	2	2	1	68	4	1	2	1
I98	1	1	2	0	1	73	3	1	2	1
I99	1	1	4	1	2	76	2	1	2	1
I100	1	1	2	2	2	55	3	1	1	1
I101	2	1	2	2	2	38	5	1	2	1
I102	1	1	4	3	2	85	3	1	1	1
I103	1	1	1	0	1	42	2	1	2	1
I104	2	1	2	2	1	39	3	1	7	1
I105	1	1	2	1	2	30	3	1	2	3
I106	1	1	2	2	2	50	3	2	2	1
I107	2	1	2	2	1	69	2	1	2	1
I108	1	1	2	1	2	33	5	1	2	1
I109	2	1	2	0	1	37	4	1	2	1
I110	1	1	2	3	1	51	4	1	7	1
I111	2	1	2	0	1	37	3	1	2	1
I112	2	1	1	0	2	25	5	1	2	1
I113	2	1	2	2	1	46	3	1	2	1
I114	2	1	2	3	1	78	1	1	2	2
I115	1	1	2	1	1	33	3	1	3	1
I116	2	1	1	0	1	21	3	1	2	1
I117	2	1	4	3	2	84	3	1	1	1
I118	1	1	3	1	2	40	3	1	2	1
I119	2	1	2	3	2	45	2	1	7	1
I120	1	1	1	0	1	17	3	1	2	1

I121	1	1	1	0	1	17	3	2	2	1
I122	2	1	1	0	2	80	2	1	2	1
I123	1	1	1	0	1	26	3	1	2	1
I124	2	1	3	0	1	53	5	1	3	3
I125	1	1	2	2	1	34	5	2	2	1
I126	1	1	2	1	2	38	3	1	7	1
I127	1	1	3	4	1	60	2	1	3	1
I128	2	1	4	1	2	75	2	1	2	3
I129	2	1	2	2	1	43	3	2	3	1
I130	1	1	2	4	1	55	4	1	2	1
I131	2	1	2	2	1	35	4	1	2	1
I132	1	1	2	2	2	40	5	1	2	1
I133	1	1	2	1	1	55	3	1	2	1
I134	1	1	1	0	1	29	4	1	2	1
I135	2	1	2	1	1	36	5	1	2	1
I136	2	1	2	2	2	41	3	1	1	1
I137	1	1	2	1	2	22	3	2	2	1
I138	1	1	1	0	2	23	5	1	4	1
I139	1	1	1	0	1	23	5	1	2	1
I140	1	2	3	0	2	30	4	1	2	1
I141	2	1	2	2	1	44	5	1	2	1
I142	2	1	2	1	2	78	2	1	2	1
I143	2	1	1	0	1	28	3	1	4	1
I144	1	1	2	2	1	50	3	1	2	1
I145	1	1	1	0	1	27	3	1	2	1
I146	1	1	2	2	1	40	5	1	1	1
I147	1	1	1	0	2	20	3	1	7	1
I148	2	1	2	2	2	35	3	1	2	1
I149	2	1	1	0	1	22	3	1	2	1
I150	2	1	2	3	2	60	3	1	6	1
I151	2	1	2	1	1	26	1	1	4	1

I152	1	1	4	2	2	63	2	1	2	1
I153	1	1	1	0	1	20	5	1	2	1
I154	1	1	2	2	1	58	5	2	2	1
I155	1	1	2	2	2	51	5	1	5	1
I156	1	2	2	2	2	62	2	1	2	1
I157	1	1	1	0	1	47	3	1	7	1
I158	2	1	2	2	1	70	2	1	2	1
I159	1	1	1	0	2	64	2	1	4	1
I160	2	2	2	2	2	63	2	1	6	1
I161	1	1	4	2	2	80	2	1	2	1
I162	1	1	1	0	2	18	5	1	2	3
I163	2	1	4	2	2	75	1	1	4	1
I164	1	1	1	0	1	20	5	1	3	3
I165	1	1	1	0	2	21	5	1	2	3
I166	2	1	1	0	2	29	5	1	2	1
I167	1	1	2	2	2	43	5	1	2	1
I168	2	1	1	0	1	16	3	1	2	1
I169	1	1	2	1	1	51	2	1	1	2
I170	2	1	1	0	1	38	3	1	2	1
I171	1	1	1	0	1	34	2	1	2	1
I172	2	1	1	2	1	4	1	2	2	1
I173	1	1	1	0	1	23	3	2	2	1
I174	1	1	2	2	1	58	3	1	2	1
I175	1	1	1	0	1	24	3	2	2	1
I176	2	1	1	0	2	20	5	1	2	1
I177	2	1	2	4	1	42	3	2	2	1
I178	1	1	2	2	1	70	2	1	2	1
I179	1	1	2	2	2	24	3	2	2	1
I180	1	1	2	2	2	53	3	1	7	1
I181	2	1	1	0	1	29	3	1	2	1
I182	2	1	2	3	1	42	3	2	2	1

I183	2	1	4	3	2	89	2	1	4	1
I184	2	1	4	2	2	79	2	1	2	1
I185	2	1	2	1	2	32	3	1	2	1
I186	2	1	1	0	2	17	3	1	2	1
I187	1	1	2	2	1	56	5	1	7	1
I188	1	1	2	2	2	70	2	1	4	1
I189	1	1	2	5	2	56	1	1	4	2
I190	1	1	2	3	1	66	4	1	2	1
I191	1	1	4	2	2	72	2	1	2	1
I192	1	1	2	0	1	30	3	1	2	1
I193	2	1	1	0	2	22	3	1	2	1
I194	2	1	1	0	1	40	3	1	6	1
I195	2	1	1	0	2	14	3	2	4	1
I196	2	1	2	2	1	39	3	1	2	1
I197	1	1	2	2	1	62	2	1	2	1
I198	2	1	2	1	1	70	2	1	2	1
I199	1	1	2	2	2	35	2	1	6	1
I200	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1
I201	2	1	4	2	2	76	1	1	2	1
I202	2	1	2	0	2	28	3	2	4	1
I203	2	1	2	2	1	67	2	1	2	1
I204	2	1	1	0	1	15	3	1	1	1
I205	1	1	2	3	1	70	1	1	2	1
I206	2	1	1	0	2	29	2	1	6	1
I207	1	1	2	1	1	67	2	1	2	1
I208	2	1	2	2	2	78	2	1	2	1
I209	2	1	2	4	1	67	2	1	4	1
I210	1	1	1	0	2	16	3	1	1	1
I211	1	1	2	3	2	33	3	1	3	1
I212	2	1	1	0	1	59	3	1	6	3
I213	1	1	1	0	1	20	3	1	3	1



I214	1	1	2	2	2	70	2	1	4	2
I215	1	1	1	0	2	21	4	1	2	1
I216	1	1	2	2	1	65	5	1	1	1
I217	2	1	2	2	1	70	2	1	2	1
I218	2	1	1	0	1	40	3	1	6	1
I219	2	1	2	2	2	60	3	1	7	1
I220	2	1	2	3	2	76	3	1	4	1
I221	1	1	3	2	2	52	5	1	2	1
I222	2	1	2	0	2	30	5	1	1	1
I223	1	1	1	0	1	22	3	2	2	1
I224	2	2	2	2	2	82	5	1	1	1
I225	1	1	2	4	1	63	4	1	2	1
I226	2	1	2	1	1	49	3	2	6	3
I227	1	1	2	2	1	40	3	1	2	1
I228	1	1	2	3	1	53	5	2	2	1
I229	1	1	1	0	2	20	5	1	1	1
I230	1	1	2	1	1	50	5	1	7	1
I231	2	1	2	2	1	48	5	1	1	1
I232	2	1	1	0	2	68	2	1	4	1
I233	2	1	2	1	2	66	3	1	2	1
I234	2	1	2	1	2	28	3	2	3	1
I235	1	1	1	0	2	21	3	1	6	1
I236	1	1	2	0	2	27	4	1	2	1
I237	1	1	3	1	2	32	5	1	2	1
I238	1	1	1	0	2	21	5	1	2	3
I239	2	1	2	3	1	70	2	1	2	2
I240	1	1	1	0	1	26	5	1	2	1
I241	2	1	2	1	2	32	4	1	2	1
I242	1	1	2	2	1	53	3	1	3	1
I243	1	1	2	2	1	43	4	1	2	1

9.2.1. Πίνακας Κατανομής Συχνοτήτων. Τμήμα Α: Δημογραφικά

A1 - Ερωτώμενος	ni	fi		A6 - Ηλικία	ni	fi
1	136	0,5596		1	87	0,358
2	107	0,4403		2	91	0,3744
	243	1		3	65	0,2674
					243	1
A2 - Ειδική Ανάγκη	ni	fi		A7 - Εκπαίδευση	ni	fi
1	233	0,9588		1	17	0,0699
2	10	0,0411		2	55	0,2263
	243	1		3	98	0,4032
				4	19	0,0781
				5	54	0,2222
					243	1
A3 - Κατάσταση	ni	fi		A8 - Υπηκοότητα	ni	fi
1	89	0,3662		1	218	0,8971
2	125	0,5144		2	25	0,1028
3	10	0,0411			243	1
4	19	0,0781				
	243	1				
A4 - Παιδιά	ni	fi		A9 - Ασφάλεια	ni	fi
0	100	0,4115		1	21	0,0864
1	34	0,1399		2	150	0,6172
2	78	0,3209		3	16	0,0658
3	22	0,0905		4	24	0,0987
4	9	0,037		5	1	0,0041
	243	1		6	19	0,0781
				7	12	0,0493
					243	1
A5 - Φύλο	ni	fi		A10 - Κατοικία	ni	fi
1	124	0,5102		1	214	0,8806
2	119	0,4897		2	11	0,0452
	243	1		3	18	0,074
					243	1

Κατά την διαδικασία της έρευνας, συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων μέσω του προγράμματος MAD από τα 243 αρχικά ερωτηματολόγια, που συμπληρώθηκαν από ασθενείς των Εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο κατά τις ημέρες εφημερίας του, παρατηρήθηκε ότι:

-Εκ των 243 ερωτηθέντων το 55,96% απάντησαν ότι είναι οι ασθενείς (136), ενώ το υπόλοιπο 44,03% που ρωτήθηκε δήλωσαν συνοδοί (107).

-Το 95,88% των ατόμων που ρωτήθηκαν δεν ανήκουν σε κάποια κατηγορία ατόμων με ειδικές ανάγκες (233), ενώ μόλις το 4,11% (10) απάντησε θετικά σε αυτήν την ερώτηση.

-Ένα 36,62% (89) απάντησε ότι δεν είναι παντρεμένοι, το 51,44% (125) είναι έγγαμοι, το 4,11% (10) δήλωσαν διαζευγμένοι και τέλος το 7,81% (19) απάντησαν χήρος/α.

-Από τους ερωτηθέντες 41,15% (100) απάντησαν ότι δεν έχουν καθόλου παιδιά, το 13,99% (34) έχουν 1, το 32,09% (78) έχουν 2, το 9,05% (22) έχουν 3, και 4 παιδιά έχει μόνο το 3,7% (9).

-Το 51,02% που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν άνδρες (124) ενώ οι γυναίκες έφτασαν στο 48,97% (119).

- Από το σύνολο των ατόμων, το 35,8% (87) είχαν ηλικία από 1 έως 30 ετών, το 37,44% (91) είχαν ηλικία μεταξύ 31 έως 60 ετών και από 61 και άνω είχαμε 26,74% (65)<sup>21</sup>.

-Το 6,99% (17) δεν είχαν πάει καθόλου σχολείο, το 22,63% (55) είχαν τελειώσει το δημοτικό, το 40,32% (98) είχαν τελειώσει το γυμνάσιο ή και το λύκειο, μόνο το 7,81% (19) είχαν τελειώσει κάποιο ΙΕΚ κλπ. και τέλος το 22,22% (54) είχαν τελειώσει κάποια εκ των Ανωτάτων σχολών (ΑΕΙ-ΤΕΙ).

-Σχετικά με την υπηκοότητα το 89,71% (218) ήταν Έλληνες και το 10,28% (25) είχαν ξένη.

-Όσον αφορά τον ασφαλιστικό φορέα το 8,64% (21) ανήκει στο Δημόσιο, το 61,72% (150) στο ΙΚΑ, το 6,58% (16) στο ΤΕΒΕ, το 9,87% (24) στον ΟΓΑ, το 0,41% (1) στο ΤΣΜΕΔΕ, το 7,81% (19) στην Πρόνοια και τέλος το 4,93% (12) ανήκει σε κάποιον άλλο φορέα.

-Το 88,06% (214) που ερωτήθηκαν απάντησαν ότι μένουν στον Νομό Θεσσαλονίκης, το 4,52% (11) σε κάποιον άλλον νομό της Κεντρικής Μακεδονίας και το 7,4% (18) σε κάποια άλλη περιφέρεια.

---

<sup>21</sup> Προς διευκόλυνση για την διεξαγωγή συμπερασμάτων και ανάλυσης της έρευνας οι ηλικίες έχουν κατηγοριοποιηθεί σε 3 κλάσεις. Στην υπό αριθμό 1 κλάση συμπεριλαμβάνονται οι ηλικίες 1 έως 30 χρονών, στην 2<sup>η</sup> ακολούθως οι ηλικίες από 31 έως 60 χρονών και στην 3<sup>η</sup> από 61 χρονών και άνω.

### 9.3. Τμήμα Β και Τμήμα Δ

Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία

B1. Με ποιο τρόπο επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο; (Επίσκεψη)

- (1) Προσωπική επίσκεψη
- (2) ΕΚΑΒ

B2. Σε ποιο ιατρικό τομέα απευθυνθήκατε; (Τομέας)

- (1) Παθολογικό
- (2) Χειρουργικό
- (3) Εργαστηριακό
- (4) Ψυχικής υγείας

B3. Πόση ώρα περιμένατε στην αίθουσα αναμονής; (Αναμονή)

- (1) 0-30 λεπτά
- (2) 30 λεπτά – 1 ώρα
- (3) 1-2 ώρες
- (4) Πάνω από δύο ώρες

Τμήμα Δ: Βαθμός ικανοποίησης μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης

Δ. Ολοκληρώνοντας την επίσκεψή σας στα εξωτερικά ιατρεία πόσο ικανοποιημένοι μείνατε; (Ικανοποίηση)

- (0) Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ
- (5) Πάρα Πολύ

Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία και

Τμήμα Δ: Βαθμός ικανοποίησης μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης

ind	B1	B2	B3	D	ind	B1	B2	B3	D	ind	B1	B2	B3	D
I1	1	1	1	1	I52	1	1	1	3	I103	1	1	4	4
I2	1	1	3	2	I53	1	1	4	3	I104	1	1	4	3
I3	1	1	3	0	I54	1	1	1	3	I105	1	1	4	3
I4	1	1	4	3	I55	1	1	1	3	I106	1	1	2	3
I5	1	1	2	0	I56	1	2	2	3	I107	1	2	3	4
I6	2	1	3	5	I57	1	2	1	5	I108	1	1	2	4
I7	1	1	3	1	I58	1	1	3	3	I109	1	1	3	3
I8	1	2	4	0	I59	1	1	2	3	I110	1	2	3	3
I9	1	4	1	0	I60	1	1	4	4	I111	1	1	4	1
I10	1	1	1	4	I61	1	1	3	3	I112	1	1	4	3
I11	1	1	2	3	I62	2	2	1	4	I113	1	1	3	4
I12	1	1	1	4	I63	1	1	1	2	I114	1	1	4	3
I13	1	1	2	3	I64	1	1	4	3	I115	1	1	4	2
I14	1	1	3	2	I65	1	1	1	3	I116	1	1	2	4
I15	1	2	3	2	I66	1	1	3	3	I117	1	1	4	4
I16	1	1	4	2	I67	2	1	1	3	I118	1	2	4	3
I17	1	1	2	3	I68	1	1	2	3	I119	1	1	3	4
I18	1	1	1	3	I69	1	1	1	3	I120	1	1	3	4
I19	1	3	3	2	I70	1	2	1	5	I121	1	1	4	2
I20	1	1	1	2	I71	1	2	1	3	I122	2	1	4	2
I21	1	1	3	3	I72	1	1	2	3	I123	1	1	4	3
I22	1	1	3	3	I73	1	1	1	2	I124	1	1	4	3
I23	1	1	2	3	I74	1	1	1	3	I125	1	1	2	4
I24	1	1	2	3	I75	1	2	1	1	I126	1	1	3	2
I25	1	2	4	3	I76	1	1	4	1	I127	1	1	4	4
I26	1	1	4	1	I77	2	1	4	0	I128	1	1	4	3
I27	2	1	4	4	I78	1	1	3	4	I129	1	1	3	1
I28	1	1	1	3	I79	1	1	2	2	I130	1	2	2	3
I29	1	1	3	2	I80	1	1	3	2	I131	1	1	3	4
I30	1	1	1	4	I81	2	1	1	5	I132	1	1	2	4
I31	1	1	2	4	I82	1	1	1	4	I133	1	1	3	2
I32	1	1	1	2	I83	1	1	1	4	I134	1	1	2	4
I33	1	2	3	2	I84	1	1	3	3	I135	1	1	2	4
I34	1	1	1	5	I85	1	1	2	1	I136	1	1	2	3
I35	1	1	2	2	I86	1	2	2	3	I137	1	1	4	3
I36	1	1	1	4	I87	1	1	2	4	I138	1	2	2	3
I37	1	2	2	3	I88	1	1	1	4	I139	1	1	4	3
I38	1	2	1	3	I89	1	1	3	3	I140	1	3	2	4
I39	2	2	1	4	I90	1	1	2	3	I141	1	1	2	3
I40	1	1	1	2	I91	1	1	2	3	I142	1	2	3	4
I41	1	1	1	4	I92	1	1	2	3	I143	1	2	3	2
I42	1	1	2	4	I93	1	1	3	4	I144	1	2	1	0
I43	2	2	4	5	I94	1	1	4	3	I145	1	2	3	4
I44	1	2	1	5	I95	2	1	3	2	I146	1	2	3	2
I45	1	1	3	2	I96	1	1	3	4	I147	1	1	2	0
I46	1	1	2	4	I97	1	1	3	4	I148	1	1	3	0
I47	1	1	3	2	I98	1	1	3	3	I149	1	2	2	2
I48	1	1	3	2	I99	1	1	2	3	I150	1	1	3	3
I49	1	2	1	3	I100	1	1	4	3	I151	1	1	2	0
I50	2	1	1	3	I101	1	1	3	4	I152	1	1	2	0
I51	2	1	2	3	I102	1	1	4	3	I153	1	2	2	3

ind	B1	B2	B3	D	ind	B1	B2	B3	D
I154	1	1	4	3	I205	1	1	1	3
I155	1	2	1	3	I206	1	2	2	3
I156	1	1	1	3	I207	1	2	1	4
I157	1	1	3	2	I208	1	1	2	4
I158	1	1	4	0	I209	1	1	2	3
I159	1	2	1	3	I210	1	1	2	4
I160	1	1	3	4	I211	1	1	3	3
I161	1	1	2	3	I212	2	2	1	4
I162	1	1	3	0	I213	1	1	1	2
I163	1	1	2	3	I214	1	1	2	4
I164	1	1	1	0	I215	2	1	3	4
I165	1	1	1	0	I216	1	1	4	4
I166	1	2	1	3	I217	2	2	3	3
I167	1	2	1	3	I218	1	1	1	3
I168	1	2	1	3	I219	2	2	1	3
I169	1	1	3	4	I220	2	1	1	4
I170	1	2	4	3	I221	1	2	1	4
I171	1	2	1	5	I222	1	2	3	3
I172	1	1	4	3	I223	1	1	3	3
I173	1	2	1	5	I224	1	1	2	3
I174	1	1	2	4	I225	1	2	2	4
I175	1	1	4	3	I226	2	1	1	4
I176	1	2	1	0	I227	1	2	1	4
I177	1	1	1	5	I228	1	1	4	4
I178	1	1	4	1	I229	1	1	1	4
I179	1	1	2	4	I230	1	1	1	2
I180	1	1	2	4	I231	2	1	1	3
I181	1	1	4	1	I232	1	1	4	3
I182	1	1	3	2	I233	1	1	1	4
I183	2	1	3	2	I234	1	1	4	2
I184	2	1	2	4	I235	1	1	1	4
I185	1	1	3	3	I236	1	1	3	2
I186	1	1	4	1	I237	1	1	1	4
I187	1	1	1	3	I238	1	1	1	*
I188	1	2	2	5	I239	1	1	1	3
I189	1	1	4	3	I240	1	1	1	3
I190	1	1	1	4	I241	1	2	1	4
I191	1	1	1	4	I242	1	1	2	3
I192	1	3	1	3	I243	1	1	2	3
I193	1	2	1	1					
I194	1	1	1	3					
I195	1	2	4	4					
I196	1	2	1	4					
I197	1	1	3	3					
I198	1	1	2	4					
I199	2	1	1	5					
I200	1	1	1	5					
I201	2	1	1	5					
I202	1	2	1	4					
I203	2	1	1	4					
I204	1	1	1	3					

9.3.1 Πίνακας Κατανομής Συχνοτήτων. Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία και τμήμα Δ: Βαθμός ικανοποίησης μετά την ολοκλήρωση.

B1-Επίσκεψη	ni	fi			B2 - Τομέας	ni	fi
1	219	0,9012			1	186	0,7654
2	24	0,0987			2	53	0,2181
	243	1			3	3	0,0123
					4	1	0,0041
						243	1
B3 - Αναμονή	ni	fi					
1	82	0,3374					
2	58	0,2386					
3	57	0,2345					
4	46	0,1893					
	243	1					
Δ - Ικανοποίηση	ni	fi					
0	16	0,0658					
1	12	0,0493					
2	34	0,1399					
3	98	0,4032					
4	69	0,2839					
5	14	0,0576					
	243	1					

Σχετικά με την επίσκεψη των ερωτηθέντων στα εξωτερικά ιατρεία κατά την εφημερία του Νοσοκομείου καταγράφηκε ότι:

-Το 90,12% (219) κατέφτασαν στο Νοσοκομείο με προσωπική επίσκεψη και μόλις το 9,87% (24) απάντησαν ότι ήρθαν με το ΕΚΑΒ.

-Το 76,54% (186) των ερωτηθέντων απευθυνθήκαν σε Παθολόγο, το 21,81% (53) σε Χειρουργικό, το 1,23% (3) σε Εργαστηριακό και 0,41% (1) σε τομέα Ψυχικής υγείας.

-Από τους ερωτώμενους το 33,74% (82) απάντησε ότι περίμενε στην αίθουσα αναμονής 0 έως 30 λεπτά, το 23,86% (58) 30 λεπτά έως 1 ώρα, το 23,45% (57) 1 με 2 ώρες και το 18,93% (46) πάνω από δύο ώρες.

Όσον αφορά τώρα το πόσο ικανοποιημένοι έμειναν οι ασθενείς ολοκληρώνοντας την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε ότι:

-Το 6,58% (16) δεν είχε άποψη λόγω του ότι δεν είχε ολοκληρώσει την επίσκεψή του στα ιατρεία, το 4,93% (12) δεν έμεινε καθόλου ευχαριστημένο, το 13,99% (34) έμεινε λίγο ευχαριστημένο, το 40,32% (98) δήλωσε μέτρια, το 28,39% (69) έμεινε πολύ ευχαριστημένο και τέλος το 5,76% (14) έμεινε πάρα πολύ ευχαριστημένο.

### 9.3.2. Τμήμα Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία (πίνακας Burt)

	B11	B12	B21	B22	B23	B24	B31	B32	B33	B34
B11	219	0	168	47	3	1	69	56	52	42
B12	0	24	18	6	0	0	13	2	5	4
B21	168	18	186	0	0	0	53	47	46	40
B22	47	6	0	53	0	0	27	10	10	6
B23	3	0	0	0	3	0	1	1	1	0
B24	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
B31	69	13	53	27	1	1	82	0	0	0
B32	56	2	47	10	1	0	0	58	0	0
B33	52	5	46	10	1	0	0	0	57	0
B34	42	4	40	6	0	0	0	0	0	46

Από την ερμηνεία της κύριας διαγώνιου του πίνακα παρατηρούνται τα εξής:

-Από τους 243 ερωτηθέντες οι 219 επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία προσωπικά ενώ οι 24 προσήλθαν σε αυτά με το ΕΚΑΒ.

-Σε σύνολο 243 ερωτηθέντων οι 186 απευθύνθηκαν στον παθολογικό τομέα, οι 53 βρίσκονταν στα εξωτερικά ιατρεία για λόγους ασθενείας που αφορούσαν το χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου, οι 3 απευθύνθηκαν στον εργαστηριακό τομέα και μόλις 1 στους 243 απευθύνθηκε στον τομέα ψυχικής υγείας.

-Επίσης 82 ασθενείς από τους 243 που ερωτήθηκαν περίμεναν στην αίθουσα αναμονής έως 30 λεπτά, 58 περίμεναν στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων 30 λεπτά- 1 ώρα μέχρι να μπορέσουν να εξεταστούν, 57 ανέμειναν 1-2 ώρες και τέλος 46 από τους 243 χρειάστηκε να περιμένουν μέχρι και πάνω από 2 ώρες ώσπου να καταφέρουν να εξεταστούν από το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου.



Παρατηρώντας πιο αναλυτικά των παραπάνω πίνακα καταγράφονται τα παρακάτω σημεία:

-Σε σύνολο 243 ερωτηθέντων , οι 219 (90,12%) βλέπουμε ότι απάντησαν πως επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία προσωπικά (B11). Από αυτούς οι 168 (76,71%) απευθύνθηκαν στον παθολογικό τομέα (B21), οι 47 (21,46%) απευθύνθηκαν στο χειρουργικό τομέα των εξωτερικών ιατρείων (B22), οι 3 (1,37%) επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία προκειμένου να απευθυνθούν στο εργαστηριακό τμήμα (B23) και 1 (0,46%) επισκέφθηκαν τον τομέα ψυχικής υγείας (B24). Από τους 219 παραπάνω ερωτηθέντες οι 69 (31,51%) χρειάστηκε να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής έως 30 λεπτά (B31), οι 56 (25,57% ) περίμεναν από 30 λεπτά – 1 ώρα (B32), οι 52 (23,74%) παρέμειναν στην αίθουσα αναμονής 1- 2 ώρες (B33) και τέλος, οι 42 (19,18%) περίμεναν πάνω από 2 ώρες ώσπου να μπορέσουν να εξεταστούν (B34).

-Σε σύνολο 243 ερωτηθέντων, οι 24 (9,88%) παρατηρείται πως απάντησαν ότι προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία με το ΕΚΑΒ (B12). Από τους 24 αυτούς ασθενείς οι 18 (75%) απευθύνθηκαν στο παθολογικό τομέα (B21) και οι υπόλοιποι 6 (25%) απευθύνθηκαν στο χειρουργικό τμήμα (B22). Από το σύνολο 24 ασθενών που έφτασαν στα εξωτερικά ιατρεία με το ΕΚΑΒ οι 13 (54,17%) βρέθηκαν στην αίθουσα αναμονής μέχρι 30 λεπτά (B31), οι 2 (8,33%) χρειάστηκε να περιμένουν 30 λεπτά -1 ώρα μέχρι να μπορέσουν να εξεταστούν (B32), οι 5 (20,83%) περίμεναν 1-2 ώρες (B33) και οι υπόλοιποι 4 (16,67%) περίμεναν πάνω από 2 ώρες μέχρι να εξεταστούν από το ιατρικό προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων (B34).

### 9.3.3. Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (AFC) του τμήματος Β.

Στη συνέχεια εφαρμόζεται στον παραπάνω πίνακα μια από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους της Ανάλυσης Δεδομένων, την Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών και δίδονται τα παρακάτω αποτελέσματα:

### Πίνακας χαρακτηριστικών ριζών

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΔΡΑΝΕΙΑ 0,7954					
ΑΞΩΝ	ΑΔΡΑΝΕΙΑ	%ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ	ΑΘΡΟΙΣΜΑ	ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡ. ΡΙΖΩΝ	
1	0,1787318	022,47	022,47	*****	
2	0,1334623	016,78	039,25	*****	
3	0,1179724	014,83	054,08	*****	
4	0,1109592	013,95	068,04	*****	
5	0,0996338	012,53	080,56	*****	
6	0,0933504	011,74	092,30	*****	
7	0,0612483	007,70	100,00	*****	
8	0,0000032	000,00	100,00	*	
9	0,0000023	000,00	100,00	*	

#### Σχολιασμός

Σύμφωνα με το ιστόγραμμα των χαρακτηριστικών ριζών, οι οποίες δίνουν τα ποσοστά ερμηνείας για κάθε άξονα, παρατηρούμε ότι το ποσοστό σημαντικότητας του πρώτου άξονα είναι 22,47%, του 2<sup>ου</sup> 39,25%, του 3<sup>ου</sup> 54,08% και του 4<sup>ου</sup> 68,04%. Το σύνολο της πληροφορίας που συγκεντρώνουν οι 4 πρώτοι άξονες αντιστοιχεί σε ποσοστό 68,04%.

Το παραπάνω ποσοστό κρίνεται ικανοποιητικό, έτσι οι διαβαθμίσεις των μεταβλητών που συμβάλλουν στη δημιουργία των παραγοντικών αξόνων ενώ ταυτόχρονα προσδίδουν τα χαρακτηριστικά με τα οποία ο ειδικός ερμηνεύει τους άξονες, επιλέγονται χρησιμοποιώντας δύο κριτήρια:

α) κάθε διαβάθμιση πρέπει να έχει ποιότητα προβολής μεγαλύτερη του 200 δηλ.

$$COR \geq 200$$

β) Κάθε διαβάθμιση πρέπει να συμβάλλει στη δημιουργία του άξονα με ποσοστό που

προκύπτει γενικώς απ' τη σχέση:

$$CTR \geq 1000 / \text{σύνολο διαβαθμίσεων}$$

Για τη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε:  $1000 / 69 = 14,4927 \approx 14$

Έτσι προκύπτει ο παρακάτω πίνακας (M.A.D) με επιλεγμένα τα σημεία που πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις για τους τέσσερις πρώτους παραγοντικούς άξονες.

	#F1	COR	CTR	#F2	COR	CTR	#F3	COR	CTR	#F4	COR	CTR
<b>B11</b>	-104	282	17	-93	228	19	-58	88	8	-1	0	0
<b>B12</b>	939	282	158	845	228	171	527	88	75	7	0	0
<b>B21</b>	-219	447	68	140	184	37	-8	0	0	62	36	8
<b>B22</b>	744	446	223	-295	69	46	20	0	0	-414	137	110
<b>B23</b>	-366	4	2	-2958	326	262	1797	120	109	1264	59	57
<b>B24</b>	2246	62	28	-1581	30	18	-5059	314	216	6561	529	387
<b>B31</b>	705	713	312	-60	4	2	-97	13	8	-4	0	0
<b>B32</b>	-455	190	91	-506	235	151	-306	86	62	-448	185	142
<b>B33</b>	-237	51	24	-9	0	0	739	499	361	451	186	143
<b>B34</b>	-392	105	54	753	391	268	-360	88	68	11	0	0

Αναλυτικότερα

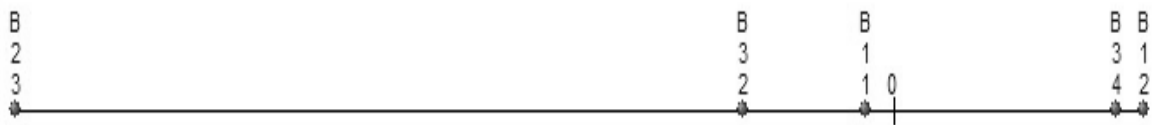
Για τον 1<sup>ο</sup> άξονα έχουμε τις μεταβλητές: B11, B12, B21, B22 και B31



Ερμηνεία

Επί του πρώτου παραγοντικού άξονα διαπιστώνουμε ως επικρατέστερη αντιπαράθεση αυτή των ερωτηθέντων που στην πλειοψηφία τους, ήρθαν με προσωπική επίσκεψη στα ιατρεία (B11) και απευθύνθηκαν στον παθολογικό τομέα (B21), έναντι αυτών που έφτασαν με το ΕΚΑΒ (B12), απευθύνθηκαν στο Χειρουργικό (B22) και χρειάστηκε να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής 0 – 30 λεπτά (B31).

Για τον 2<sup>ο</sup> άξονα έχουμε τις μεταβλητές: B11, B12, B23, B32, B34

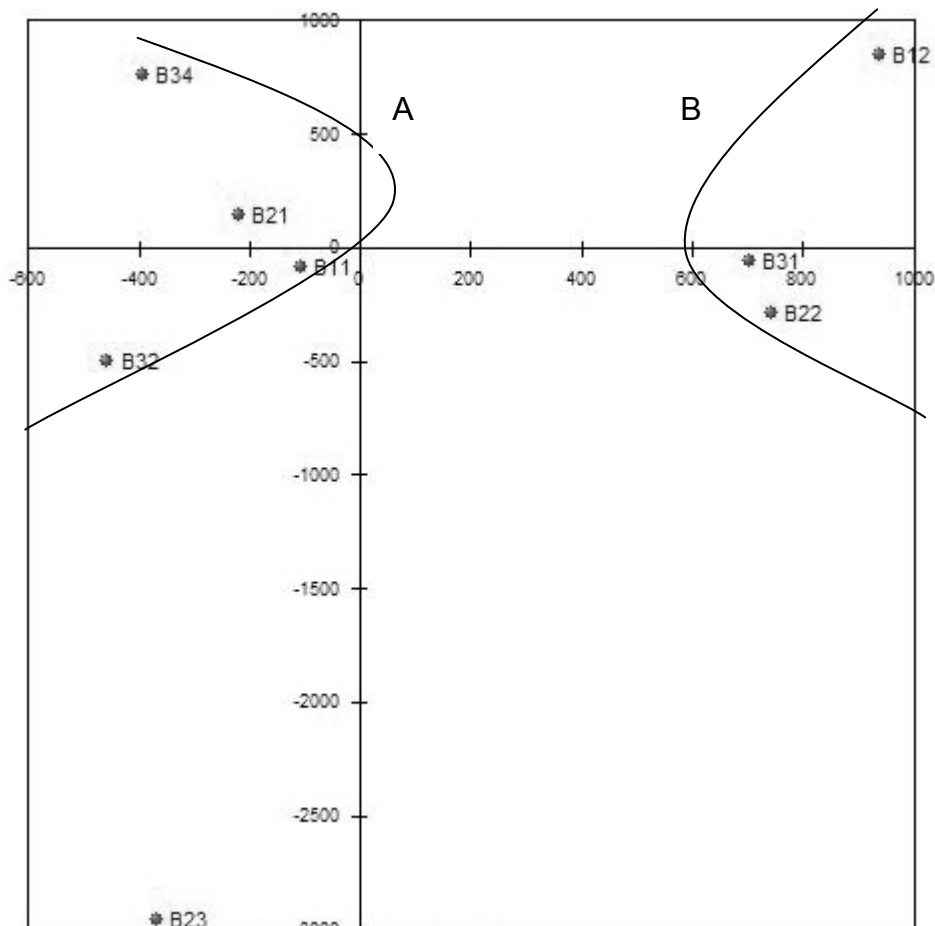


Ερμηνεία

Επί του δεύτερου παραγοντικού άξονα διαπιστώνουμε ως επικρατέστερη αντιπαράθεση αυτή των ερωτηθέντων που στην πλειοψηφία τους, ήρθαν με προσωπική επίσκεψη στα ιατρεία (B11), επισκέφτηκαν τον εργαστηριακό τομέα (B23) και περίμεναν στην αίθουσα αναμονής 30 λεπτά -1 ώρα (B32), έναντι αυτών που κατέφτασαν στο νοσοκομείο με το ΕΚΑΒ (B12) και περίμεναν στην αίθουσα αναμονής πάνω από 2 ώρες (B34).

Κατόπιν ανάλυσης των στοιχείων το παραγοντικό επίπεδο 1x2 που δημιουργείτε μέσω του προγράμματος MAD για το τμήμα Β του ερωτηματολογίου είναι το εξής:

α) Το παραγοντικό επίπεδο 1x2 (ποσοστό ερμήνευσης 39,25%).



Ερμηνεία του παραγοντικού επιπέδου 1x2 του τμήματος Β: Προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία.

Στην Α ομάδα παρατηρείται ότι ανήκουν τα άτομα εκείνα που, προσήλθαν στο νοσοκομείο με προσωπική επίσκεψη (Β11), επισκέφτηκαν τον παθολογικό τομέα (Β21) και περίμεναν στην αίθουσα αναμονής από 30 λεπτά -1 ώρα (Β32) και πάνω από 2 ώρες (Β34).

Στην Β ομάδα συγκεντρώνονται τα άτομα εκείνα που, κατέφτασαν στα ιατρεία με το ΕΚΑΒ (Β12), απευθύνθηκαν στο χειρουργικό τομέα (Β22) και περίμεναν 0 - 30 λεπτά (Β31).

#### **9.4.Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης**

Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από

- Γ1. Την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής.
- Γ2. Την καθαριότητα του χώρου των εξωτερικών ιατρείων.
- Γ3. Την συμπεριφορά των νοσηλευτών.
- Γ4. Την συμπεριφορά των ιατρών.
- Γ5. Το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών.

Για τις παραπάνω ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε κλίμακα 5 πιθανών απαντήσεων που ήταν κοινές για όλες και είναι οι εξής:

- (0) Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ.
- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ
- (5) Πάρα πολύ

Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης

A/A	Γ1	Γ2	Γ3	Γ4	Γ5	A/A	Γ1	Γ2	Γ3	Γ4	Γ5	A/A	Γ1	Γ2	Γ3	Γ4	Γ5
I1	1	3	1	3	2	I56	4	4	3	3	4	I111	3	2	3	2	1
I2	2	1	1	1	1	I57	4	4	4	5	5	I112	1	1	3	4	3
I3	2	3	0	0	0	I58	3	3	4	4	3	I113	4	4	4	4	3
I4	3	1	3	3	2	I59	3	1	5	5	4	I114	3	1	4	4	4
I5	4	3	3	3	0	I60	1	4	4	4	4	I115	1	3	1	1	1
I6	5	4	5	5	5	I61	4	4	5	4	4	I116	3	4	4	4	4
I7	4	3	3	3	4	I62	3	4	4	5	4	I117	1	3	2	4	4
I8	0	0	0	0	0	I63	3	1	3	4	2	I118	3	3	4	4	0
I9	0	1	0	0	0	I64	1	2	3	3	3	I119	3	4	4	4	4
I10	4	4	4	5	5	I65	2	2	4	4	3	I120	3	4	4	4	4
I11	3	4	3	3	2	I66	3	2	3	3	4	I121	1	1	1	3	2
I12	5	3	5	5	5	I67	5	4	3	4	3	I122	1	3	1	4	3
I13	4	1	4	4	3	I68	1	3	4	3	3	I123	1	3	3	4	4
I14	2	1	1	3	2	I69	3	2	4	4	4	I124	4	2	3	3	2
I15	3	3	3	2	3	I70	5	4	5	5	4	I125	3	3	4	4	4
I16	3	2	3	4	2	I71	4	2	4	4	3	I126	3	3	4	4	3
I17	3	3	3	3	3	I72	4	3	4	0	3	I127	4	3	4	4	4
I18	2	3	2	2	2	I73	3	2	4	4	3	I128	5	3	4	4	5
I19	2	3	2	3	1	I74	3	1	3	3	2	I129	1	1	1	4	3
I20	3	2	2	4	2	I75	2	2	3	3	1	I130	2	2	3	3	3
I21	3	2	3	2	3	I76	4	4	4	4	0	I131	1	2	4	4	3
I22	3	4	5	5	2	I77	3	2	2	4	4	I132	2	2	4	4	4
I23	3	4	4	4	3	I78	4	3	4	4	4	I133	2	2	3	3	3
I24	4	3	2	3	3	I79	3	2	4	4	2	I134	3	3	4	4	4
I25	2	2	3	4	3	I80	1	2	2	2	2	I135	4	2	4	4	3
I26	2	3	3	3	1	I81	4	4	4	4	4	I136	3	2	3	4	3
I27	3	2	4	4	3	I82	1	1	4	4	4	I137	1	1	1	4	2
I28	2	2	2	3	3	I83	4	4	4	4	4	I138	2	1	4	4	3
I29	1	3	3	3	2	I84	3	4	4	4	3	I139	2	2	3	4	3
I30	4	4	4	3	3	I85	4	4	4	4	4	I140	4	3	4	5	4
I31	1	2	4	3	5	I86	3	2	3	4	3	I141	3	3	4	4	3
I32	3	3	3	3	3	I87	4	3	4	4	4	I142	4	4	4	5	4
I33	2	2	4	4	3	I88	3	2	4	3	3	I143	3	2	2	4	2
I34	5	5	5	5	5	I89	1	1	3	3	3	I144	4	3	3	3	0
I35	1	1	2	3	2	I90	4	4	4	4	4	I145	1	2	3	3	2
I36	4	4	5	5	4	I91	3	3	4	4	4	I146	2	2	3	4	4
I37	3	2	3	4	3	I92	3	3	4	4	4	I147	4	4	0	0	0
I38	5	2	2	4	3	I93	3	4	4	4	4	I148	4	3	0	0	0
I39	2	1	5	5	3	I94	4	3	4	4	4	I149	2	2	3	0	3
I40	1	4	4	4	4	I95	1	3	4	4	2	I150	3	3	3	4	3
I41	4	4	3	3	4	I96	3	3	4	4	4	I151	2	1	1	3	1
I42	4	2	4	4	4	I97	4	3	4	4	4	I152	3	3	0	0	0
I43	3	5	5	5	4	I98	1	2	3	3	3	I153	1	2	3	0	2
I44	3	4	4	5	5	I99	2	2	3	3	3	I154	3	3	4	4	3
I45	4	4	5	4	1	I100	1	1	3	3	3	I155	3	1	5	5	5
I46	3	4	4	4	3	I101	4	4	4	4	4	I156	2	1	2	3	0
I47	3	5	4	3	3	I102	3	3	4	4	3	I157	2	1	3	4	4
I48	2	4	1	1	2	I103	1	3	4	4	4	I158	3	3	3	4	0
I49	4	3	4	4	4	I104	1	1	4	4	3	I159	3	3	3	3	4
I50	2	3	2	3	2	I105	3	1	3	3	3	I160	3	4	4	4	4
I51	3	3	3	3	3	I106	3	4	3	3	3	I161	1	4	4	5	1
I52	2	1	3	4	3	I107	3	4	4	4	4	I162	3	3	4	0	3
I53	3	4	4	4	3	I108	3	3	4	4	4	I163	1	3	4	4	3
I54	3	2	3	3	3	I109	2	1	4	4	4	I164	4	2	4	4	3
I55	3	1	1	2	2	I110	1	1	2	2	2	I165	1	3	0	0	3

A/A	Г1	Г2	Г3	Г4	Г5	A/A	Г1	Г2	Г3	Г4	Г5	A/A	Г1	Г2	Г3	Г4	Г5
I166	3	3	3	4	4	I220	4	4	4	4	0						
I167	3	3	3	4	3	I221	4	4	4	4	4						
I168	3	4	4	4	3	I222	4	1	1	4	3						
I169	1	1	4	4	3	I223	4	4	4	4	4						
I170	4	4	4	5	3	I224	3	3	4	4	4						
I171	3	3	0	0	3	I225	4	4	3	4	4						
I172	3	4	4	4	3	I226	4	4	4	4	4						
I173	3	4	4	4	4	I227	2	2	4	4	4						
I174	3	2	5	5	4	I228	5	5	4	4	4						
I175	3	3	3	3	2	I229	4	3	2	5	3						
I176	4	3	0	0	0	I230	1	3	2	4	2						
I177	3	2	4	5	3	I231	1	1	3	3	3						
I178	1	1	1	3	3	I232	1	3	4	3	3						
I179	4	4	4	4	4	I233	4	3	4	4	4						
I180	3	4	4	4	4	I234	4	4	3	4	3						
I181	3	3	4	4	4	I235	1	1	3	3	1						
I182	2	2	3	3	3	I236	1	1	3	3	3						
I183	3	3	3	0	0	I237	3	4	5	4	4						
I184	2	4	1	4	4	I238	1	2	4	4	3						
I185	1	4	4	4	4	I239	3	4	3	4	4						
I186	3	1	4	4	0	I240	3	4	2	3	2						
I187	4	2	4	4	0	I241	4	4	4	5	4						
I188	4	3	4	4	4	I242	3	3	3	4	3						
I189	3	3	3	3	3	I243	3	3	4	4	3						
I190	3	4	0	0	0												
I191	4	3	4	4	4												
I192	1	1	1	1	3												
I193	2	3	4	4	4												
I194	2	3	4	3	3												
I195	4	4	4	4	4												
I196	4	1	4	4	5												
I197	4	3	4	4	4												
I198	4	4	4	4	4												
I199	3	4	5	5	4												
I200	3	3	5	5	5												
I201	5	5	5	5	5												
I202	4	4	4	4	0												
I203	5	4	5	5	0												
I204	3	3	4	4	4												
I205	3	3	4	4	4												
I206	4	3	4	4	4												
I207	4	3	4	4	0												
I208	3	3	4	4	4												
I209	4	3	4	4	4												
I210	2	1	4	4	3												
I211	4	3	4	4	3												
I212	4	4	4	4	3												
I213	4	4	1	3	3												
I214	4	4	4	4	3												
I215	2	4	4	4	4												
I216	3	3	3	4	4												
I217	3	3	1	3	4												
I218	3	3	3	3	3												
I219	3	3	4	4	3												

9.4.1. Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (AFC). Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης

Πίνακας χαρακτηριστικών ριζών

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΔΡΑΝΕΙΑ 0,13695				
ΑΞΩΝ	ΑΔΡΑΝΕΙΑ	%ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ	ΑΘΡΟΙΣΜΑ	ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡ. ΡΙΖΩΝ
1	0,1227917	89,66	89,66	*****
2	0,0105214	7,68	97,35	****
3	0,0033894	2,47	99,82	**
4	0,0002449	0,18	100	*

Σχολιασμός

Σύμφωνα με το ιστόγραμμα των χαρακτηριστικών ριζών, οι οποίες δίνουν τα ποσοστά ερμηνείας για κάθε άξονα, παρατηρούμε ότι το ποσοστό σημαντικότητας του πρώτου άξονα είναι 89,66%, του 2<sup>ου</sup> 7,68%, του 3<sup>ου</sup> 2,47% και του 4<sup>ου</sup> 0,18%. Το σύνολο της πληροφορίας που συγκεντρώνουν οι 4 πρώτοι άξονες αντιστοιχεί σε ποσοστό 100%.

Το παραπάνω ποσοστό κρίνεται απολύτως ικανοποιητικό, έτσι οι διαβαθμίσεις των μεταβλητών που συμβάλλουν στη δημιουργία των παραγοντικών αξόνων ενώ ταυτόχρονα προσδίδουν τα χαρακτηριστικά με τα οποία ο ειδικός ερμηνεύει τους άξονες, επιλέγονται χρησιμοποιώντας δύο κριτήρια:

α) κάθε διαβάθμιση πρέπει να έχει ποιότητα προβολής μεγαλύτερη του 200 δηλ.

$$COR \geq 200$$

β) Κάθε διαβάθμιση πρέπει να συμβάλλει στη δημιουργία του άξονα με ποσοστό που

προκύπτει γενικώς απ' τη σχέση:

$$CTR \geq 1000 / \text{σύνολο διαβαθμίσεων}$$

Για τη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε:  $1000 / 69 = 14,4927 \approx 14$



Έτσι προκύπτει ο παρακάτω πίνακας (M.A.D) με επιλεγμένα τα σημεία που πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις για τους τέσσερις πρώτους παραγοντικούς άξονες.

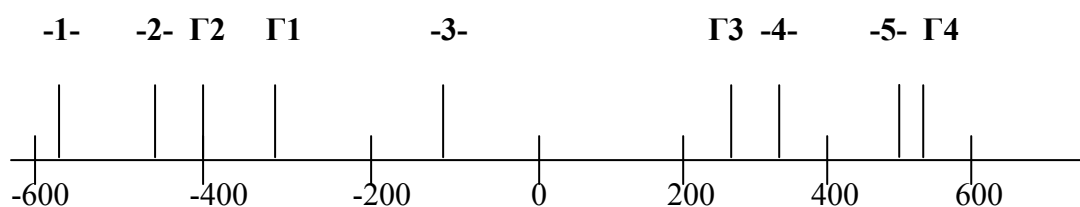
ΣΥΝΤΕΤΑΓΜΕΝΕΣ (GA), ΠΡΟΒΟΛΕΣ (COR) ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΕΣ (CTR) ΤΩΝ  
ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

	#F1	COR	CTR	#F2	COR	CTR	#F3	COR	CTR	#F4	COR	CTR
<b>Γ1</b>	-338	900	191	62	31	78	92	67	521	1	0	2
<b>Γ2</b>	-401	952	271	26	4	15	-85	42	436	9	0	72
<b>Γ3</b>	236	898	91	71	81	96	-24	9	33	-27	11	569
<b>Γ4</b>	529	993	446	35	4	23	5	0	2	20	1	338
<b>Γ5</b>	10	2	1	-209	994	788	11	2	8	-5	0	19

	#G1	COR	CTR	#G2	COR	CTR	#G3	COR	CTR	#G4	COR	CTR
<b>-1-</b>	-597	843	275	254	153	584	36	3	37	-5	0	8
<b>-2-</b>	-478	925	211	-73	21	57	-114	51	430	19	1	185
<b>-3-</b>	-143	620	55	-99	291	300	53	87	279	-6	0	40
<b>-4-</b>	316	979	326	30	9	36	-34	10	129	-9	0	106
<b>-5-</b>	513	950	130	63	14	23	83	24	124	51	9	661

Αναλυτικότερα

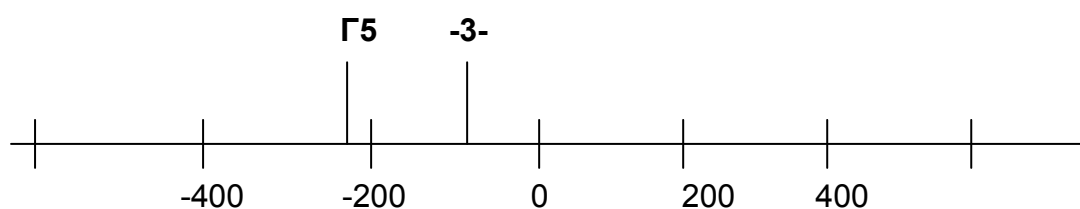
Για τον 1<sup>ο</sup> άξονα έχουμε τις μεταβλητές: Γ1, Γ2, Γ3, Γ4



Ερμηνεία

Επί του πρώτου παραγοντικού άξονα διαπιστώνουμε ως επικρατέστερη αντιπαράθεση αυτή των ερωτηθέντων που στην πλειοψηφία τους, δεν έμειναν ικανοποιημένοι (-1-) επίσης αυτοί που έμειναν λίγο (-2-) μαζί και μ' αυτούς που έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι (-3-) από την καθαριότητα των χώρων των εξωτερικών ιατρείων (Γ2) και τον βαθμό ευχαρίστησης για την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής (Γ1), έναντι αυτών που είναι πολύ (-4-) και πάρα πολύ (-5-) ικανοποιημένοι ως προς τον βαθμό ευχαρίστησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών (Γ3) και επίσης για την συμπεριφορά των ιατρών (Γ4).

Για τον 2<sup>ο</sup> άξονα: Γ5



Επί του 2ου παραγοντικού άξονα διαπιστώνουμε την εμφάνιση των ερωτηθέντων που όσον αφορά τον βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών στην πλειοψηφία τους επικράτησε ουδέτερη στάση (Γ5) έμειναν δηλαδή μέτρια ικανοποιημένοι (-3-).

Παρακάτω ακολουθεί ο πίνακας κατανομής των απαντήσεων που δόθηκαν στο τρίτο (Γ) τμήμα του ερωτηματολογίου.

Η ανάλυση της Κατανομής των Συχνοτήτων του Γ τμήματος του ερωτηματολογίου και του βαθμού ευχαρίστησης των ερωτηθέντων καταγράφεται ως εξής:

9.4.2. Πίνακας κατανομής. Τμήμα Γ: Κριτήρια αξιολόγησης

Πόσο ευχαριστημένοι / η μείνατε από:	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	ΔΓ / ΔΑ
Τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής	41	34	92	64	10	2
Καθαριότητα του χώρου	39	47	84	67	5	1
Συμπεριφορά νοσηλευτών	17	17	63	118	18	10
Συμπεριφορά ιατρών	4	7	56	135	26	15
Επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών	10	28	88	84	12	21

-Όσον αφορά την τήρηση της τάξης, 41 εκ των 243 (16,87%) δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένοι, 34 (13,99%) έμειναν λίγο ευχαριστημένοι, 92 (37,86%) έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι, 64 (26,33%) έμειναν πολύ ευχαριστημένοι, 10 (4,11%) έμειναν πάρα πολύ ευχαριστημένοι και 2 (0,82%) δήλωσαν δεν γνωρίζω / δεν απαντώ (ΔΓ/ΔΑ).

-Περί καθαριότητας του χώρου, 39 (16,04%) δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένοι, 47 (19,34%) έμειναν λίγο ευχαριστημένοι, 84 (34,56%) έμειναν μέτρια ευχαριστημένοι, 67 (27,57%) έμειναν πολύ ευχαριστημένοι, 5 (2,05%) έμειναν πάρα πολύ ευχαριστημένοι και 1 (0,41%) δεν απάντησε καθόλου.

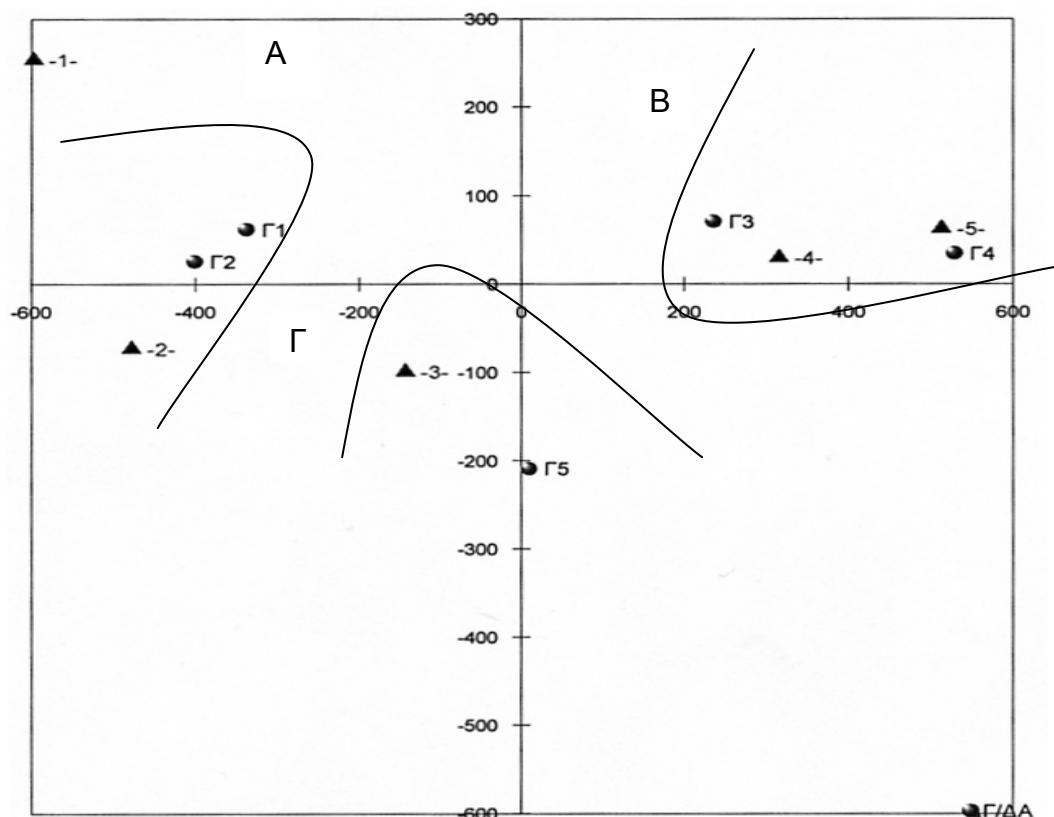
-Για την συμπεριφορά των νοσηλευτών 17 (6,99%) ερωτηθέντες δήλωσαν καθόλου ευχαριστημένοι, 17 (6,99%) λίγο ευχαριστημένοι, 63 (25,92%) μέτρια, 118 (48,55%) πολύ, 18 (7,40%) πάρα πολύ ευχαριστημένοι και 10 (4,11%) δήλωσαν ΔΓ/ΔΑ.

-Για την συμπεριφορά των ιατρών 4 (1,64%) ερωτηθέντες δήλωσαν καθόλου ευχαριστημένοι, 7 (2,88%) λίγο, 56 (23,04%) μέτρια, 135 (55,55%) πολύ, 26 (10,69%) πάρα πολύ και 15 (6,17%) ΔΓ/ΔΑ.

-Για το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών 10 (4,11%) δήλωσαν καθόλου ευχαριστημένοι, 28 (11,52%) λίγο, 88 (36,21%) μέτρια, 84 (34,56%) πολύ ευχαριστημένοι, 12 (4,93%) πάρα πολύ ευχαριστημένοι και 21 (8,64%) δήλωσαν ΔΓ/ΔΑ.

Κατόπιν ανάλυσης των στοιχείων το παραγοντικό επίπεδο 1x2 που δημιουργείτε μέσω του προγράμματος MAD για την Γ ομάδα ερωτήσεων είναι το εξής:

α) Το παραγοντικό επίπεδο 1x2 (ποσοστό ερμηνεύσης 97,35%)



Ερμηνεία παραγοντικού επιπέδου 1x2 για το Γ τμήμα του ερωτηματολογίου:

Στην Α ομάδα παρατηρείται ότι συσσωρεύονται τα άτομα εκείνα που έμειναν λίγο ευχαριστημένα (-2-) από την καθαριότητα των χώρων των εξωτερικών ιατρείων (Γ2) και την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής (Γ1).

Στην Β ομάδα βρίσκονται αυτοί που είναι πολύ (-4-) και πάρα πολύ ευχαριστημένοι (-5-) ως προς την συμπεριφορά των νοσηλευτών (Γ3) και την συμπεριφορά των ιατρών (Γ4) αντίστοιχα.

Τέλος στην Γ ομάδα συγκεντρώνονται τα άτομα εκείνα τα οποία απάντησαν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένα ολοκληρώνοντας την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία (-3-) και παράλληλα έχουν μία ουδέτερη στάση όσον αφορά το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών (Γ5).

## 9.5. Συσχετισμός μεταβλητών τμήματος Α και τμήματος Γ

Στη συνέχεια παρατίθεται ο πίνακας συσχέτισης δημογραφικών και κριτήριων αξιολόγησης.

	<b>A31</b>	<b>A32</b>	<b>A33</b>	<b>A34</b>	<b>A51</b>	<b>A52</b>	<b>A61</b>	<b>A62</b>	<b>A63</b>
<b>Γ11</b>	32	35	1	7	40	35	32	29	14
<b>Γ12</b>	35	50	5	4	53	41	30	38	26
<b>Γ13</b>	22	40	4	8	31	43	25	24	25
<b>Γ21</b>	32	47	3	4	50	36	36	39	11
<b>Γ22</b>	31	42	4	8	40	45	25	29	31
<b>Γ23</b>	26	36	3	7	34	38	26	23	23
<b>Γ31</b>	14	16	1	3	21	13	18	7	9
<b>Γ32</b>	30	36	2	5	37	36	31	24	18
<b>Γ33</b>	45	73	7	11	66	70	38	60	38
<b>Γ41</b>	4	6	0	1	9	2	5	5	1
<b>Γ42</b>	36	28	3	4	40	31	33	21	17
<b>Γ43</b>	49	91	7	14	75	86	49	65	47
<b>Γ51</b>	18	13	4	3	25	13	19	10	9
<b>Γ52</b>	42	58	2	7	51	58	41	46	22
<b>Γ53</b>	29	54	4	9	48	48	27	35	34

Ερμηνεία\*

\* Οι απαντήσεις του τμήματος Γ έχουν ομαδοποιηθεί σε τρεις κλάσεις αντί των αρχικών πέντε. Δηλ. το -1- δηλώνει την αρνητική στάση, το -2- την ουδέτερη και το -3- την θετική. Έτσι για παράδειγμα, όσον αφορά την τήρηση της τάξης μπορεί να έχουμε τις εξής περιπτώσεις: Γ11, Γ12, Γ13. Στην ακόλουθη ερμηνεία η 2<sup>η</sup> κλάση (μέτρια/ ή ουδέτερη στάση), θα θεωρείται ότι κλίνει προς την αρνητική.

Από τις απαντήσεις των 243 ερωτηθέντων κατά την διάρκεια των εφημεριών στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο παρατηρούνται τα εξής:

Πόσο ευχαριστημένος / η μείνατε από:

Γ1. την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής των εξωτερικών ιατρείων;

- Από σύνολο 243 ερωτηθέντων οι 89 (36,62%) δήλωσαν ως οικογενειακή κατάσταση Άγαμος/η. Στην ερώτηση: πόσο ευχαριστημένοι έχετε μείνει από την τήρηση της τάξης στο χώρο της αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών 39,33% (35) απάντησαν ότι είναι μέτρια ευχαριστημένοι.
- Όσοι δήλωσαν σαν οικογενειακή κατάσταση έγγαμος / η (125 ή 51,44%) ως μεγαλύτερο ποσοστό 40% (50) επίσης, απάντησαν ότι είναι μέτρια ευχαριστημένοι από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής.
- Από τα 10 άτομα που δήλωσαν διαζευγμένος / η (4,12%) παρατηρείται ότι το 50% αυτών των ατόμων (5) έδωσαν ως απάντηση: μέτρια ευχαριστημένος/η.
- Τέλος 19 ήταν τα άτομα που δήλωσαν Χήρος/α (7,82%) και το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (42,1%) απάντησαν ότι έμειναν πολύ- πάρα πολύ ευχαριστημένοι.

Γενικά παρατηρούμε ότι ως επικρατέστερη απάντηση είναι το «μέτρια» ευχαριστημένος/η με μόνη διαφορά στα άτομα που δήλωσαν ως οικογενειακή κατάσταση Χήρος/α. Μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε πως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση δεν είναι ανεξάρτητος της μεταβλητής που αφορά στην τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι και απόλυτα εξαρτώμενες αυτές οι δύο μεταβλητές μιας και δεν έχουν τεράστιες αποκλίσεις μεταξύ τους.

- Από το σύνολο 243 ερωτηθέντων οι 124 ανήκουν στο ανδρικό φύλο (51,03%). Από τους 124 άνδρες το μεγαλύτερο ποσοστό 42,74% (53) δήλωσαν μέτρια ευχαριστημένοι στην ίδια ερώτηση.

- Οι υπόλοιποι 119 ερωτηθέντες ανήκουν στο γυναικείο φύλο (48,97%). Όσον αφορά τις γυναίκες σχετικά με το πόσο ευχαριστημένες έχουν μείνει από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής δήλωσαν πολύ-πέρα πολύ ευχαριστημένες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (36,13%)

Σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων βλέπουμε πως οι απόψεις διαφοροποιούνται. Οι άνδρες γενικά έχουν μια ουδέτερη στάση απαντώντας στο μεγαλύτερο ποσοστό τους «μέτρια» ενώ οι γυναίκες ήταν περισσότερο θετικές απαντώντας «πολύ ή πάρα πολύ» χωρίς ωστόσο μεγάλη απόκλιση από την μέτρια στάση.

Κι εδώ βλέπουμε πως το φύλο παίζει έναν μικρό ρόλο στον βαθμό ευχαρίστησης των ερωτηθέντων από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής χωρίς βέβαια να μπορούμε να πούμε ότι το φύλο είναι βασικός και εξαρτώμενος παράγοντας ως προς αυτή τη μεταβλητή.

- Σε σύνολο 243 ερωτηθέντων οι 87 ανήκουν στην ηλικία των 1-30 χρόνων (35,8%). Από αυτούς οι 32 (36,78%) απάντησαν ότι είναι καθόλου – λίγο ευχαριστημένοι από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής.
- Οι 91 κατηγοριοποιούνται στην ηλικία των 31-60 χρόνων (37,44%). Από αυτούς τους 91 οι 38 (41,76%) ως μέγιστο ποσοστό απάντησαν μέτρια ευχαριστημένοι.
- Και τέλος από τους 65 που ανήκουν στην ηλικία των 61 και άνω ετών (26,75%) το 40% (26) απάντησαν μέτρια ευχαριστημένοι χωρίς μεγάλη απόκλιση από το πολύ – πάρα πολύ ευχαριστημένοι (38,46%)

Σαν γενική παρατήρηση μπορούμε να πούμε πως όσον αφορά τις κλίμακες των ηλικιών τα νεότερα άτομα δεν είναι ευχαριστημένα από την καθαριότητα στο χώρο, τα άτομα μιας μέσης ηλικίας είναι μέτρια ευχαριστημένοι ενώ τα

άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ήταν μέτρια ευχαριστημένοι χωρίς καθόλου μεγάλη απόκλιση από το πολύ- πάρα πολύ ευχαριστημένοι. Έτσι λοιπόν γίνεται κατανοητό ότι η ηλικία φαίνεται πως έχει κάποια σημασία όσον αφορά στην αντίληψη που έχουν οι ασθενείς από την καθαριότητα στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Πόσο ευχαριστημένος/η μείνατε από:

Γ2. την καθαριότητα στο χώρο αναμονής;

- Από τους 89 που δήλωσαν ως οικογενειακή κατάσταση άγαμος/η οι 32 (35,95%) απάντησαν πως είναι καθόλου – λίγο ευχαριστημένοι σχετικά με την καθαριότητα.
- Από τους 125 έγγαμους οι 47 (37,6%) έδωσαν την ίδια απάντηση (καθόλου – λίγο ευχαριστημένοι)
- Από τους 10 διαζευγμένους οι 3 (30%) απάντησαν καθόλου- λίγο ευχαριστημένοι, οι 4 (40%) μέτρια ευχαριστημένοι και οι υπόλοιποι 3(30%) πολύ- πάρα πολύ ευχαριστημένοι.
- Τέλος από τους 19 που δήλωσαν ως οικογενειακή κατάσταση Χήρος/α οι 8 (42,1%) απάντησαν μέτρια ευχαριστημένοι.

Σχετικά με την καθαριότητα ως προς την οικογενειακή κατάσταση διαφαίνεται πως και σε αυτή την περίπτωση οι διακυμάνσεις δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλες και με τεράστιες αποκλίσεις όμως παρατηρείται πως οι άγαμοι αν και έχουν σαν γενική στάση αρνητική άποψη για το θέμα της καθαριότητας, το ποσοστό τους δεν αποκλίνει πολύ από αυτό της ουδέτερης άποψης. Ενώ οι χήροι διατηρούν μια ουδέτερη στάση απαντώντας μέτρια ικανοποιημένοι βλέπουμε πως τείνουν προς την θετική άποψη.

Έτσι θα ήταν ορθότερο να πούμε πως στο θέμα της καθαριότητας η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να έχει κάποια σημασία όχι όμως τόσο ώστε να επηρεάζει τις απαντήσεις με μεγάλες διαφορές.



- Από τους 125 άνδρες οι 50 (40%) απάντησαν ότι είναι καθόλου – λίγο ευχαριστημένοι όσον αφορά στην καθαριότητα του χώρου ενώ,
- Στις 119 γυναίκες οι 45 (37,81%) απάντησαν μέτρια ευχαριστημένες.

Εδώ φαίνεται καθαρά πως το θέμα της καθαριότητας επηρεάζει την άποψη των ασθενών σε σχέση με το φύλο τους. Σε αυτή τη περίπτωση μπορούμε να πούμε με ευκολία πως η άποψη των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα του χώρου επηρεάζεται με βάση το φύλο τους.

- Από τους 87 ηλικίας 1-30 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό 41,38% (36) απάντησαν καθόλου ή λίγο ευχαριστημένοι
- Από τους 91 ηλικίας 31-60 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό 42,86% (39) απάντησαν καθόλου ή λίγο ευχαριστημένοι
- Από τους 65 ηλικίας 60 και άνω το μεγαλύτερο ποσοστό 47,69% (31) απάντησαν μέτρια ευχαριστημένοι

Εδώ παρατηρείται πως τα άτομα νεαρής ηλικίας δεν έμειναν ευχαριστημένοι από την καθαριότητα όπως επίσης και τα άτομα μέσης ηλικίας. Τέλος τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ουδέτερη στάση. Εδώ βλέπουμε πως η ηλικία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την στάση των ασθενών ως προς την καθαριότητα.

Πόσο ευχαριστημένος /η μείνατε:

Γ3. από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών;

- Σε σύνολο 89 άγαμων οι 45 (50,56%) απάντησαν ότι είναι πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών.
- Σε σύνολο 125 έγγαμων οι 73 (58,4%) απάντησαν ότι είναι πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι.

- Σε σύνολο 10 διαζευγμένων οι 7(70%) απάντησαν επίσης πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι
- Και τέλος σε σύνολο 19 χήρων οι 11 (57,89%) απάντησαν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από την συμπεριφορά των νοσηλευτών.

Σε αυτή την περίπτωση φαίνεται καθαρά πως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση είναι ανεξάρτητος ως προς την άποψη των ασθενών για τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού μιας και οι απαντήσεις ήταν σε όλους οι ίδιες και με μεγάλες αποκλίσεις από τις υπόλοιπες.

- Από τους 124 άνδρες οι 66 (53,23%) έμειναν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως επίσης και
- Από τις 119 γυναίκες οι 70 (56,45%) έμειναν πολύ- πάρα πολύ ευχαριστημένες.

Είναι σαφές πως ανεξαρτήτως φύλου οι απαντήσεις ήταν ακριβώς οι ίδιες και μάλιστα με μεγάλη απόκλιση από τις υπόλοιπες δύο (καθόλου/ λίγο, μέτρια). Μπορούμε λοιπόν να πούμε με σιγουριά πως ο παράγοντας φύλο είναι ανεξάρτητος με τη μεταβλητή σχετικά με το βαθμό ευχαρίστησης από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών.

- Σε σύνολο 87 ερωτηθέντων ηλικίας 1-30 ετών οι 38 (43,68%) απάντησαν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών.
- Στους 91 ηλικίας 31-60 ετών οι 60(65,93%) δήλωσαν ότι έμειναν πολύ-πάρα πολύ ευχαριστημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Και τέλος στους 65 ηλικίας 60και άνω ετών οι 38(58,46%) δήλωσαν ότι έμειναν πολύ –πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τους νοσηλευτές.

Και σε αυτή τη περίπτωση είναι σαφές πως η ηλικία δεν επηρεάζει καθόλου τη κρίση των ασθενών σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού μιας και όλοι ανεξάρτητα της ηλικίας τους έδωσαν την ίδια ακριβώς απάντηση και με μεγάλη απόκλιση από τις άλλες απαντήσεις.

Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε:

Γ4. από τη συμπεριφορά των ιατρών;

- Οι 49 στους 89 άγαμους (55,06%) είχαν θετική άποψη (πολύ- πάρα πολύ ) για τη συμπεριφορά των γιατρών.
- Οι 91 στους 125 έγγαμους (73,39%) ήταν επίσης πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι
- Οι 7 στους 10 διαζευγμένους (70%) έμειναν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά των γιατρών και τέλος
- Οι 14 στους 19 χήρους (73,68%), επίσης, έδωσαν την ίδια θετική απάντηση με όλους τους προηγούμενους.

Η θετική άποψη ως προς την συμπεριφορά των γιατρών υπερισχύει και εδώ οδηγώντας μας στο συμπέρασμα πως και εδώ οικογενειακή κατάσταση δεν είναι παράγοντας εξάρτησης στη συγκεκριμένη μεταβλητή.

- σχετικά με τους άνδρες οι 75 στους 124 (60,48%) έμειναν πολύ- πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά των γιατρών όπως επίσης και
- οι 86 στις 119 γυναίκες (72,27%).

Ούτε εδώ υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων εν συγκρίσει με το φύλο τους ,κάτι που σημαίνει πως και σε αυτή τη μεταβλητή ο παράγοντας φύλο είναι ανεξάρτητος.

- Σχετικά με την ηλικία το 56,32% (49) σε σύνολο 87 ατόμων ηλικίας 1-30 ετών δήλωσαν ότι έμειναν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι
- Το 71,43% (65) σε σύνολο 91 ατόμων ηλικίας 31-60 ετών έδωσαν επίσης την ίδια απάντηση όπως επίσης και
- Το 72,31% (47) σε σύνολο 65 ατόμων ηλικίας 60 και άνω ετών.

Παρατηρείται πως οι απαντήσεις ανάμεσα στα άτομα όλων των ηλικιών είναι οι ίδιες χωρίς διαφοροποιήσεις γι' αυτό και μπορούμε με ακρίβεια να πούμε πως και ο παράγοντας ηλικία δεν παίζει ρόλο στη διαμόρφωση της άποψης σχετικά με τη συμπεριφορά των γιατρών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο.

Πόσο ευχαριστημένος /η μείνατε από:

Γ5. το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών;

- Το 47,19% (42 στους 89) των άγαμων διατηρεί μέτρια στάση σχετικά με το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών ,όπως επίσης και
- Το 46,4% (58 στους 125) των έγγαμων ενώ,
- Σε σύνολο 10 διαζευγμένων οι απαντήσεις τους κυμαίνονται στο ίδιο ποσοστό τόσο για την θετική (40%) όσο και για την αρνητική (40%) άποψη των ασθενών.
- Τέλος, το 47,37% (9 στους 19) των ατόμων που είναι χήροι, δήλωσαν πως είναι πολύ-πάρα πολύ ευχαριστημένοι από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών.

Διαφαίνεται πως όσον αφορά τον βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών , οι ερωτώμενοι έχουν αποκλίσεις στις απαντήσεις τους. Οι άγαμοι και έγγαμοι διατηρούν μια μέτρια στάση. Ενώ τα άτομα που δήλωσαν σαν οικογενειακή κατάσταση χήρος/α στο μεγαλύτερο ποσοστό έχουν θετική στάση. Βλέπουμε πως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση

δεν είναι τόσο ανεξάρτητος σχετικά με το βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου.

- Οι άνδρες σε ποσοστό 41,13% (51 στους 124) δήλωσαν μέτρια ευχαριστημένοι μη έχοντας βέβαια μεγάλη απόκλιση από αυτούς που δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι.
- Ενώ οι γυναίκες με ποσοστό 48,74% ( 58 στις 119) με μεγάλη απόκλιση από την θετική στάση διατηρούν μια ουδέτερη στάση δηλώνοντας μέτρια ευχαριστημένες.

Αναλύοντας αυτά τα ποσοστά γίνεται φανερό πως οι άνδρες διατηρούν μεν ουδέτερη στάση αλλά δεν έχουν μεγάλη απόκλιση από αυτούς με τη θετική ενώ οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι μέτρια ευχαριστημένες και μάλιστα με μεγάλη απόκλιση από τις υπόλοιπες απαντήσεις. Μπορούμε να πούμε πως ο παράγοντας φύλο είναι ένας παράγοντας που, ίσως όχι σε πολύ μεγάλο βαθμό, επηρεάζει την μεταβλητή που αφορά στο βαθμό ευχαρίστησης των ασθενών από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών.

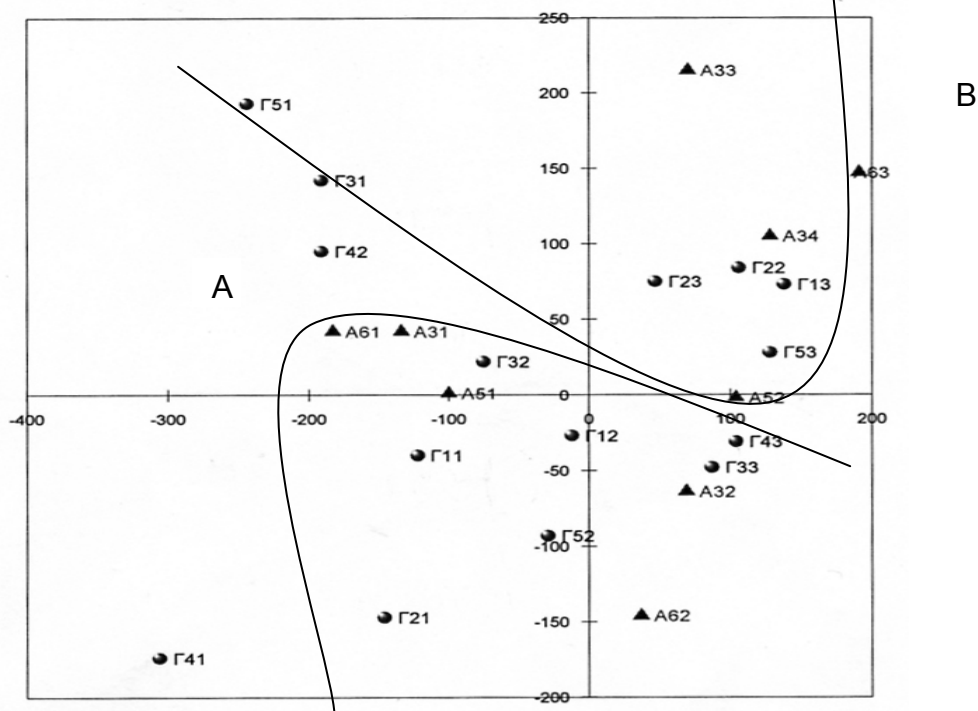
Τελειώνοντας την ανάλυση αυτού του πίνακα παρατηρείται ότι:

- Τα άτομα ηλικίας 1-30 ετών με ποσοστό 47,13% (41 στους 87) είναι μέτρια ευχαριστημένοι από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών όπως επίσης και,
- Τα άτομα ηλικίας 31-60 ετών με ποσοστό 50,55% (46 στους 91) και
- Τέλος, τα άτομα ηλικίας 61 και άνω ετών απάντησαν ότι είναι ευχαριστημένοι πολύ ή πάρα πολύ.

Με βάση την ηλικία διαπιστώνεται ότι, τα άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας διατηρούν μια ουδέτερη στάση σχετικά με το βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών, ενώ αντίθετα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (61 και άνω) δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι. Μπορεί να καταστεί σαφές το γεγονός ότι η ηλικία είναι εξαρτώμενος παράγοντας της

μεταβλητής που αφορά το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών και κατά συνέπεια του βαθμού ευχαρίστησης των ασθενών του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

β) Το παραγοντικό επίπεδο 1x2 (ποσοστό ερμηνεύσης 97,35%)



Η ομαδοποίηση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε κατόπιν ανάλυσης και σύγκρισης των κατά πλειοψηφία, κοινών τους στοιχείων. Έτσι στην ομάδα Α εντάχθηκαν όλοι οι άνδρες (Α51), που είναι άτομα νεαρής (Α61) και μέσης ηλικίας (Α62), άγαμοι (Α31) και έγγαμοι (Α32), οι οποίοι έχουν ως επιπλέον κοινό χαρακτηριστικό ότι είναι ουδέτεροι στην στάση τους για την τήρηση της τάξης (Γ12), αρνητικοί στην στάση τους για την καθαριότητα (Γ21), είναι θετικοί ως προς την συμπεριφορά των νοσηλευτών (Γ33) και των ιατρών (Γ43) και ουδέτεροι ως προς το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών (Γ52). Επίσης στην ομάδα αυτή εντάσσονται και άτομα τα οποία έχουν αρνητική στάση για την τήρηση της τάξης στο χώρο της αναμονής (Γ11) και άτομα που έχουν ουδέτερη στάση ως προς την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (Γ32).

Στην ομάδα Β έχουμε όλες τις γυναίκες (Α52), οι οποίες βρίσκονται στην ηλικία των 60 ετών και άνω (Α63) που δήλωσαν επίσης διαζευγμένες (Α33) ή

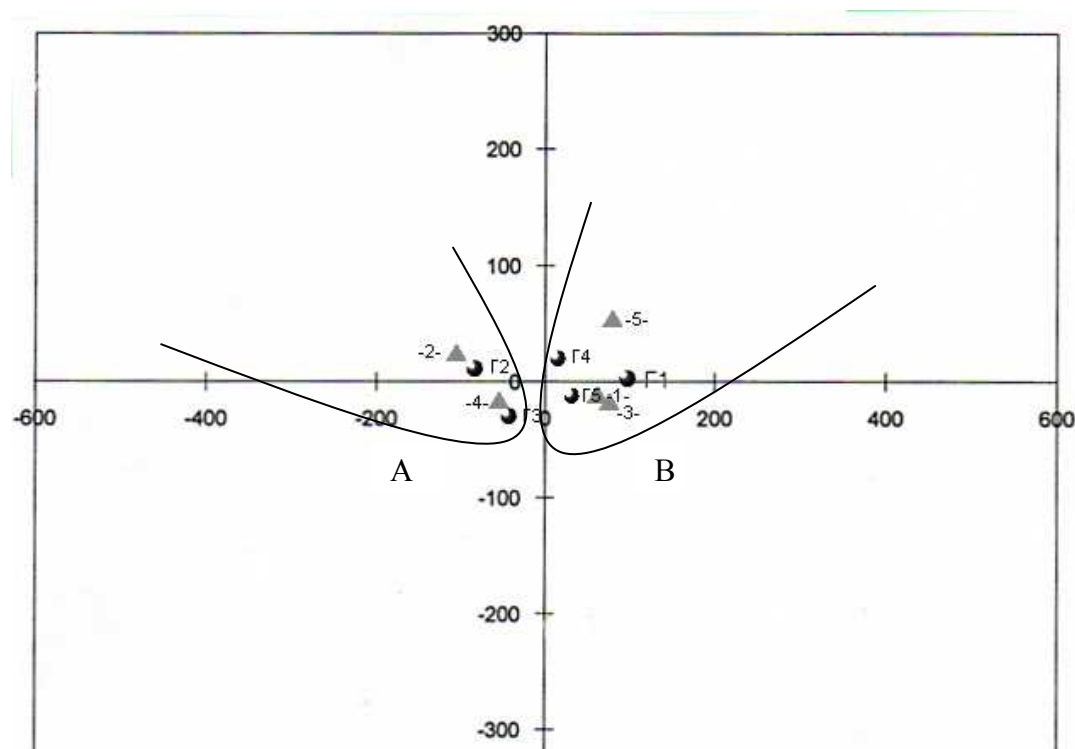
και χήρες (A34), και έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό την θετική τους στάση όσον αφορά την τήρηση της τάξης στον χώρο αναμονής (Γ13), μέτρια στάση ως προς την καθαριότητα (Γ22) και θετική στάση για το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών (Γ53). Επιπλέον, στην ομάδα αυτή εμφανίζονται και άτομα που έχουν θετική στάση για την καθαριότητα (Γ23) και αρνητική στάση ως προς το επίπεδο των υπηρεσιών (Γ51).

Λαμβάνοντας υπόψη τις διαβαθμίσεις του πίνακα με τις συντεταγμένες αξιοποιούμε για ανάλυση αυτές των επιπέδων 3 και 4.

	#F1	COR	CTR	#F2	COR	CTR	#F3	COR	CTR	#F4	COR	CTR
<b>Γ1</b>	-338	900	191	62	31	78	92	67	521	1	0	2
<b>Γ2</b>	-401	952	271	26	4	15	-85	42	436	9	0	72
<b>Γ3</b>	236	898	91	71	81	96	-24	9	33	-27	11	569
<b>Γ4</b>	529	993	446	35	4	23	5	0	2	20	1	338
<b>Γ5</b>	10	2	1	-209	994	788	11	2	8	-5	0	19

	#G1	COR	CTR	#G2	COR	CTR	#G3	COR	CTR	#G4	COR	CTR
<b>-1-</b>	-597	843	275	254	153	584	36	3	37	-5	0	8
<b>-2-</b>	-478	925	211	-73	21	57	-114	51	430	19	1	185
<b>-3-</b>	-143	620	55	-99	291	300	53	87	279	-6	0	40
<b>-4-</b>	316	979	326	30	9	36	-34	10	129	-9	0	106
<b>-5-</b>	513	950	130	63	14	23	83	24	124	51	9	661

γ) Παραγοντικό επίπεδο 3x4 (ποσοστό ερμηνεύσης 2,65%).



Σε αυτό το παραγοντικό επίπεδο παρατηρούμε 2 ομάδες. Στην Α ομάδα βρίσκονται τα άτομα τα οποία είναι λίγο ευχαριστημένοι (-2-) με την καθαριότητα (Γ2) αλλά συγχρόνως πολύ ευχαριστημένοι (-4-) με την συμπεριφορά των νοσηλευτών (Γ3).

Στην Β ομάδα βρίσκονται αυτοί που είναι καθόλου ευχαριστημένοι (-1-) με την τήρηση της τάξης (Γ1), παρόλα αυτά είναι μέτρια ευχαριστημένοι (-3-) με το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών (Γ5) και πάρα πολύ ευχαριστημένοι (-5-) με την συμπεριφορά των ιατρών (Γ4) στα εξωτερικά ιατρεία.

Παρατηρώντας τις ομάδες του παραγοντικού επιπέδου διαπιστώνεται πως και στις δύο ομάδες που δημιουργήθηκαν, παρά το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες δηλώνουν αρνητική στάση ως προς την καθαριότητα (ομάδα Α) αλλά και την τήρηση της τάξης και το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών (ομάδα Β), έχουν ένα κοινό επίσης χαρακτηριστικό, την θετική στάση τους ως προς την συμπεριφορά του προσωπικού των εξωτερικών ιατρείων (Νοσηλευτές, Ιατροί).



Αυτή η διαπίστωση, ωστόσο, δεν είναι αρκετή ώστε να μας οδηγήσει στην διεξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων αλλά είναι χρήσιμη από την στιγμή που παρατηρείται ότι δύο ομάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά έχουν κάτι κοινό.

## **9.6. Γενικά σχόλια και παρατηρήσεις**

Παρακάτω παρατίθενται τα ακόλουθα σχόλια και παρατηρήσεις όπως καταγράφηκαν από τους ασθενείς-χρήστες των εξωτερικών ιατρείων του Ιπποκράτειου κατά τις εφημερίες του.

Κατά σειρά προτεραιότητας κύρια και συνήθης παρατήρηση ήταν η έλλειψη προσωπικού. Αυτό αντανακλάται τόσο στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών όσο επίσης και σε ανθρώπους διοικητικής και γραμματειακής υποστήριξης, τραυματιοφορείς, υπαλλήλους υπεύθυνους για την καθαριότητα και άτομα στην υποδοχή των ιατρείων για τυχόν διευκρινήσεις, κατατοπισμό και πληροφόρησης των ασθενών κ.τ.λ.

Πέραν από τις ανάγκες έμφυχου δυναμικού συλλέχθηκαν και πολλές άλλες παρατηρήσεις μερικές εκ των οποίων αφορούν τις εγκαταστάσεις, την υλική υποδομή του κτιρίου, των κλινών μέχρι ακόμη και την δομική κατασκευή του νοσοκομείου γενικότερα. Για παράδειγμα έγιναν υποδείξεις πως το κτίριο χρήζει ανακαίνισης και αναπαλαίωσης εντός και εκτός, οι υπό εξέταση θάλαμοι είναι ελλιπείς τόσο από νοσηλευτικές κλίνες όσο και από όργανα εξέτασης. Μέχρι και το πιο απλό όργανο το πιεσόμετρο χαρακτηρίστηκε ως πολύτιμο μιας και σε μία περίπτωση δύο εκ των τριών που βρίσκονταν στο ιατρείο διαπιστώθηκε ότι ήταν χαλασμένα.

Σχετικά με τις εγκαταστάσεις, πέραν του ότι δηλώθηκε ότι ήταν παλαιάς κατασκευής εκφράστηκε κιόλας η παρατήρηση ότι δεν είναι εύκολα προσβάσιμοι οι χώροι του νοσοκομείου και υπάρχει έλλειψη ενδείξεων για τον εντοπισμό των διαφόρων υπομονάδων του, ειδικά σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς-χρήστες επισκέπτονται για πρώτη φορά το νοσοκομείο.

Όσον αφορά την καθαριότητα το μεγαλύτερο ποσοστό του βαθμού ικανοποίησης τείνει να είναι μέτριο ως και αρνητικό. Αυτό το γεγονός αποδεικνύει την ορθότητα των σχολίων που έγιναν προς ελλιπή καθαριότητα στους χώρους της αίθουσας αναμονής, αλλά κυριότερα το πρόβλημα επικεντρωνόταν και στις τουαλέτες οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ακατάλληλες για χρήση. Σημαντικός παράγοντας για ένα νοσοκομείο που εξυπηρετεί ανθρώπους διαφόρων ηλικιών και όπου ο χρόνος αναμονής είναι τεράστιος. Ενδείξεις έγιναν παράλληλα για την χρήση των κοινόχρηστων για τους ασθενείς ασανσέρ, όπου μετέφεραν και κάδους απορριμμάτων.

Ένα από τα κυριότερα επίσης προβλήματα οργάνωσης και υλοποίησης των προσφερόμενων υπηρεσιών που υποδείχθηκε από το μεγαλύτερο σύνολο των ασθενών και των συνοδών τους, ήταν το προαναφερόμενο παράδειγμα που έχει να κάνει με το χρόνο αναμονής των ασθενών. Ο χρόνος αυτός δεν περιορίζεται μόνο για την διαδικασία από την είσοδο του ασθενή μέχρι και την εξέτασή του, αλλά επεκτείνεται και στον χρόνο που δαπανάται μέχρι και την έκδοση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων του. Κάποια σχόλια και παρατηρήσεις που υποδείχθηκαν από τους ασθενείς όσον αφορά τον χρόνο αναμονής, ήταν ότι οι περιπτώσεις των ασθενών που καταφτάνουν με το ΕΚΑΒ είναι άμεσες, πράγμα που οδηγεί τους ανθρώπους να καλούν το ασθενοφόρο και για πιο ασήμαντα περιστατικά με όφελος την ταχεία εξυπηρέτησή τους και επίσης ότι υπολείπεται αξιολόγησης των περιστατικών. Το σύστημα με τον αριθμό προτεραιότητας να μην παρέχει μια υποτυπώδη τάξη αλλά το γεγονός αυτό καταργείται στις περιπτώσεις που κάποιοι ασθενείς-χρήστες χρησιμοποιούν ως μέσο προτεραιότητας τις γνωριμίες τους με το προσωπικό ή ακόμη και την παράτυπη πληρωμή ιατρών και νοσηλευτών.

Σημαντικές παρατηρήσεις διατυπώθηκαν επιπρόσθετα, για τις συμπεριφορές των ιατρών και νοσηλευτών όπου κατά περιπτώσεις χαρακτηρίστηκαν απάνθρωπες και γενικότερα μη πρέπουσες. Η μη σωστή υποδομή των μονάδων εξυπηρέτησης και οργάνωσης των νοσοκομείων όπως και του Ιπποκράτειου, έδωσε την αφορμή για σχολιασμούς περί ενός συστήματος όπου οι ασθενείς αναγκάζονται να τρέχουν από το ένα εφημερεύον

νοσοκομείο σε άλλο σε περιπτώσεις που χρειάζονται μια συγκεκριμένη εξέταση. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε ένα μέρος των εξετάσεων να παρέχεται από το δημόσιο νοσοκομείο και η περαιτέρω συνέχεια αυτών να πραγματοποιείται από τους ίδιους ιατρούς επί πληρωμή στα ιδιωτικά ιατρεία τους. Το γεγονός αυτό σύμφωνα με σχόλια ασθενών υλοποιείται από δύο παράγοντες. Πρώτον την έλλειψη κατάλληλου και πλήρους εξοπλισμού των μονάδων του νοσοκομείου και δεύτερον από την αισχροκέρδεια μερικών ιατρών που επιδιώκουν να κερδίζουν επιπλέον χρήματα εις βάρος των ασθενών.

Τέλος παρατηρήθηκε ότι η αίθουσα αναμονής δεν είχε αρκετά καθίσματα για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους και ακόμη ότι δεν υπήρχε κυλικείο κοντά στον χώρο των εξωτερικών ιατρείων δημιουργώντας κατά αυτόν τον τρόπο την δυσμένεια των ασθενών ή και των συνοδών τους.

## 10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Στην προσπάθεια διερεύνησης, καταγραφής και ανάλυσης των δεδομένων 243 ερωτηματολογίων, σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, παρατηρήθηκαν οι στάσεις και οι απόψεις των ασθενών-χρηστών του νοσοκομείου.

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι απόψεις των ασθενών-χρηστών σχετικά με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου διαπιστώθηκε ότι κινούνται σε αρνητικά επίπεδα. Αυτό στην πράξη σημαίνει πως όσον αφορά την ανταποκρισιμότητα αυτών των υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους-ασθενείς, το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο χρήζει άμεσης βελτίωσης.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο ξεκινά από την διοίκηση αυτού, καθώς αρμόδιοι για την παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι οι διοικητικοί υπεύθυνοι. Η διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου θα πρέπει να γνωρίζει ή να διερευνά τις ανάγκες των ασθενών, όπως επίσης και να καθορίζει συγκεκριμένες ενέργειες και διαδικασίες σύμφωνα με τις οποίες θα παρέχονται στους ασθενείς οι απαραίτητες γι' αυτούς υπηρεσίες.

Σημαντικό κομμάτι της διοίκησης ενός νοσοκομείου είναι ο έλεγχος και η αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Με τον όρο έλεγχο καθορίζονται οι απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνονται σε κάθε οργανισμό προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο οι στόχοι που έχει θέσει αρχικά φέρνουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ο έλεγχος αυτός, για να είναι αποτελεσματικός, θα πρέπει να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και σε όλους τους τομείς του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο κάθε ίδρυμα λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζεται, έτσι ώστε να μπορεί να θέτει καινούριους στόχους όπου είναι αναγκαίο και να αξιολογεί την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών για τους χρήστες του αλλά και την αποτελεσματικότητα αυτών για τον ίδιο τον οργανισμό.

Όσον αφορά το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, κρίνεται αναγκαίο να τεθούν καινούριοι στόχοι προκειμένου οι υπηρεσίες του νοσοκομείου αυτού να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στις απαιτήσεις τόσο των χρηστών όσο και του ίδιου του ιδρύματος.

Από την ανάλυση των δεδομένων διαφαίνεται καθαρά ότι η άποψη των ασθενών για το νοσοκομείο δεν ποικίλει ιδιαίτερα καθώς η πλειονότητα αυτών κατέθεσαν τις αρνητικές εντυπώσεις τους από την παροχή των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου.

Ειδικότερα αρνητική ήταν η στάση των ασθενών όσον αφορά την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής των εξωτερικών ιατρείων, καθώς επίσης και σχετικά με την καθαριότητα του χώρου. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν είναι ευχαριστημένοι από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών που τους παρέχονται και τελικά ολοκληρώνοντας την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου δήλωσαν αρνητικοί ως προς τον βαθμό ικανοποίησής τους.

Σημαντική διαφορά σημειώθηκε, όσον αφορά τον βαθμό ευχαρίστησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού αλλά και του ιατρικού προσωπικού. Η πλειοψηφία των ασθενών- χρηστών έμειναν πολύ έως πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία τις ημέρες εφημερίας του νοσοκομείου.

Με βάση αυτά τα αποτελέσματα θα γίνει προσπάθεια να παρατεθούν ορισμένες προτάσεις, με σκοπό την βελτίωση του συστήματος διοίκησης του νοσοκομείου, στοχεύοντας πάντα στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών για την καλύτερη δυνατή κάλυψη των αναγκών κάθε ασθενούς, χωρίς να παραβλέπεται και το γεγονός ότι ποιοτική υπηρεσία δεν είναι μόνο μια υπηρεσία που καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη αλλά και μια υπηρεσία που δεν αποδεικνύεται άσκοπα δαπανηρή για τον οργανισμό.

Βάση για τις προτεινόμενες ενέργειες, που θα παρατεθούν ενδεικτικά παρακάτω, αποτελεί το σύστημα διαχείρισης ποιότητας το οποίο αφορά ένα σύστημα που βασίζεται στις προγραμματισμένες ή συστηματικές ενέργειες και διαδικασίες που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι μια υπηρεσία πλήρη συγκεκριμένες προδιαγραφές, αλλά κυρίως στην εφαρμογή σύγχρονων κανόνων οργάνωσης, διοίκησης και σχεδιασμού συστήματος εσωτερικής λειτουργίας και ελέγχου.

Αρχικό στάδιο για την εφαρμογή των κανόνων αυτών είναι η κατανόηση και αποτύπωση της ροής των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο, η αναλυτική περιγραφή των ενεργειών κάθε τμήματος που παραδίδεται σε λειτουργία με απώτερο σκοπό την πιο ολοκληρωμένη αποτύπωση όλων των διαδικασιών λειτουργίας του νοσοκομείου, όπως επίσης ο παράλληλος σχεδιασμός και αρχειοθέτηση όλων των απαιτούμενων και απαραίτητων εγγράφων που διακινούνται μέσα σε αυτό. Τέλος, αναγκαία είναι η κατηγοριοποίηση και αρχειοθέτηση των καταλόγων ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού ανά τμήμα.

Ο στόχος της διοίκησης του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη μιας νοσοκομειακής μονάδας όπου οι ασθενείς θα αντιμετωπίζονται με σεβασμό και θα λαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας με παράλληλη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων.

Για να γίνει πράξη ένας τέτοιος στόχος βασική προϋπόθεση είναι η ολική αναδιαμόρφωση του νοσοκομείου και των λειτουργιών του. Αρχικός κατευθυντήριος άξονας θα πρέπει να οριστεί η ποιότητα εξυπηρέτησης των πολιτών με την ανάπτυξη ενός γραφείου υποδοχής ασθενών, όπου θα παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την ενημέρωση των πολιτών από άτομα άρτια εκπαιδευμένα και υπεύθυνα. Σημαντικό κομμάτι επίσης, για την εποχή μας είναι η ύπαρξη πλήρους οργανωμένης και ανανεωμένης ιστοσελίδας.

Πέραν της εξυπηρέτησης των πολιτών, η διοίκηση πρέπει να στραφεί στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό και ιατρικό

προσωπικό. Αυτό μπορεί να υλοποιηθεί μέσω του σχεδιασμού πραγματοποίησης και πιστοποίησης συστήματος διασφάλισης ποιότητας διαδικασιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακολούθως οι εφαρμογές νέων μεθόδων, μορφών περίθαλψης και θεραπείας κρίνονται απαραίτητες για την διασφάλιση του αποτελέσματος της υγείας των ασθενών. Για τον λόγο αυτό αναγκαία είναι και η χρήση εξειδικευμένων εργαλείων και συστημάτων υποστήριξης του κλινικού έργου.

Πιο αναλυτικά, οι κυριότερες στρατηγικές ανάπτυξης καθώς και σχετικές δράσεις προς επίτευξη του οργανισμού είναι η επίτευξη υψηλού επιπέδου οργάνωσης και διοίκησης. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω σχεδιασμού, υλοποίησης και εφαρμογής προηγμένων συστημάτων οργάνωσης- διοίκησης. Αναγκαίος κρίνεται και ο σχεδιασμός υλοποίησης και εφαρμογής μηχανισμού ανταπόκρισης του νοσοκομείου στις ανάγκες των χρηστών (π.χ. υποδοχής, καθαριότητας, ασφάλειας, διαχείρισης παραπόνων, κ.α.), όπως επίσης και η ύπαρξη συστημάτων πληροφορικής για υποστήριξη όλων των τομέων και δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Σημαντικό κομμάτι της διοίκησης, επίσης, αφορά το σύστημα οικονομικής διαχείρισης (λογιστικό σύστημα, σύστημα προϋπολογισμού – απολογισμού και ελέγχου, κλπ.)

Ουσιαστικός παράγοντας για την ορθή λειτουργία του νοσοκομείου αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται είναι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του. Στόχος, λοιπόν του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι η επίτευξη αλλά και η διατήρηση υψηλού επιπέδου εργαζομένων σε όλες τις βαθμίδες μέσω συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης. Γνωρίζοντας το αντικείμενο εργασίας σε βάθος και αποκτώντας συνεχώς γνώσεις και πληροφορίες γι' αυτό, το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θα είναι σε θέση να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο κάθε ασθενής με την καλύτερη δυνατή ποιότητα.

Πραγματοποιώντας όλες αυτές τις ενέργειες παρέχεται η δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων από το νοσοκομείο υπηρεσιών, και των εσωτερικών λειτουργιών του. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η διαρκώς αυξανόμενη ικανοποίηση των ασθενών του νοσοκομείου αλλά και η

βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού και κατ' επέκταση η ικανοποίησή του. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα αύξησης της παραγωγικότητας και πραγματοποιείται έλεγχος (μείωση) του λειτουργικού κόστους. Η επιτυχής πραγματοποίηση των διαδικασιών αυτών οδηγεί στην λήψη πιστοποίησης από αναγνωρισμένους φορείς σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, εξασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η στρατηγική ανάπτυξης του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας θα πρέπει να επικεντρωθεί στη καθιέρωση ενός επιπέδου ποιότητας που στόχο θα έχει τον χρήστη και άξονα τις ανάγκες και απαιτήσεις του, στη διαπίστωση και τεκμηρίωση της επίτευξής της μέσα από κοινά συμφωνημένους και προκαθορισμένους στόχους και δείκτες ποιότητας. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται προσεκτική μελέτη της γνώσης και των αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών του νοσοκομείου, μέσα από τη μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών του.

Επιπλέον, σημαντικό θα ήταν να γίνεται αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων των δεικτών με απώτερο στόχο την ενεργοποίηση διαδικασιών ελέγχου και επαναπροσδιορισμού των προβληματικών σημείων παραγωγής, καθώς επίσης και διαμόρφωση εργασιακού περιβάλλοντος και νοοτροπίας, τα οποία θα συμβάλουν στη διαρκή βελτίωση των διεργασιών και των συστημάτων του νοσοκομείου, ούτως ώστε αυτά να υπηρετούν αποτελεσματικά, την ασφαλή και βέλτιστη οικονομικά μέθοδο για τους ασθενείς και το προσωπικό. Και τέλος, καλό θα ήταν να υπάρχει σύστημα ανατροφοδότησης του προγράμματος ποιότητας για την προαγωγή του επιθυμητού επιπέδου ποιότητας.

Πράττοντας με βάση το σύστημα διαχείρισης ποιότητας μπορεί το νοσοκομείο να επιτύχει την παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς στην βέλτιστη ποιότητα και με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, τόσο για τους χρήστες όσο και για το ίδιο δίνοντας λύση στα υπάρχοντα προβλήματα που προέκυψαν από την έρευνα.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

<b>Α.Ε.Π.:</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>Ε.Σ.Δ.Υ.:</b>	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
<b>Ε.Σ.Υ.:</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>I.S.O.:</b>	International Standards Organization
<b>M.A.D.:</b>	Methodes d' Analyses des Donnees
<b>M.Ε.Θ.:</b>	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
<b>ΠΕ.Δ.Υ.:</b>	Περιφερειακή Διοίκηση Υγείας
<b>Π.Ο.Υ.:</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>Π.Φ.Υ.:</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Καριώτης Π. 1992. *Management υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία*, Αθήνα, εκδ. Euroclinica.

Κυριόπουλος Γ. Οικονόμου Χ. Πολίτος Ν. Σισσούρας Α. 2000. *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα, εκδ. Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ. Οικονόμου Χ. Σουλιώτης Κ. 2003. *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.

Σούλης Σ. 1999. *Οικονομική της υγείας*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.

### Επιστημονική Έρευνα:

Μπελερίνος Σπυρίδων, Γράψα Εσθήρ, 2004. *Σύστημα διαχείρισης της ποιότητας στο νοσοκομείο*.

### Ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

[www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313](http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313)

[www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr)

[www.w3.org/TR/REC](http://www.w3.org/TR/REC)

[www.ec.europa.eu/health/ph\\_overview/overview\\_el.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_el.htm)