

# **ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ  
ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ (ΚΥΚ) ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ  
ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ <<ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑ>> ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ  
<<ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ>>**

**ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΠΟΥ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΥΤΗ Η  
ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝ ΘΑ ΕΠΙΛΥΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ  
ΚΥΚ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ <<ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗ>>**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗ ΜΙΧ. ΠΥΛΙΑΡΗΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΣ: ΣΟΦΙΑ ΠΕΛΟΥ-  
ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2011**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην Καθηγήτρια-Σύμβουλο Κα Πέλου-Πετροπούλου Σοφία, για τις επιστημονικές κατευθύνσεις της και την επίβλεψη της παρούσας εργασίας. Επίσης την ευχαριστώ θερμά για τις εποικοδομητικές συμβουλές, παρεμβάσεις και διορθώσεις της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και συγχαρώ τους συμβούλους - καθηγητές μου, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου στο ΑΠΚΥ, Κους Ηρειώτη Νικόλαο, Δημητρίου Ιωάννη, Βασιλείου Δημήτριο, Φωτόπουλο Χρήστο και Κεχαγιά Ιωάννη, όπως επίσης και το διοικητικό προσωπικό, τόσο για την επιστημονική και παιδαγωγική του κατάρτιση, όσο και για την άψογη οργάνωση.

Επίσης ευχαριστώ πολύ τη Διοίκηση, το ιατρικό και λοιπό προσωπικό, ιδίως τους ιατρούς του Κ.Υ. Καρπάθου, που με βοήθησαν στη συλλογή των στοιχείων και στην πραγματοποίηση της πιλοτικής έρευνας, με τις εύστοχες παρατηρήσεις τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στους ασθενείς του Κέντρου Υγείας Καρπάθου για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της εργασίας.

Η ολοκλήρωση των σπουδών μου θα ήταν αδύνατη χωρίς τη βοήθεια, την υπομονή και τη συμπαράσταση της οικογένειάς μου, ειδικότερα της συζύγου μου Χατζηιωάννου Αγγελικής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
2. ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	26
3. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	31
4. ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	34
5. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	35
6. ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ «ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΣ» ΚΑΙ «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ»	40
7. ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΓΙΑ ΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ	48
8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	58
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
10. ΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	62
11. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	67
12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	69
ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το μάρκετινγκ και η εφαρμογή των στρατηγικών που σχετίζονται με αυτό στο χώρο της υγείας συνιστούν θέματα που είναι καινούρια στη χώρα μας. Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι διττός. Ο πρώτος στόχος αφορά την παρουσίαση των επιμέρους στοιχείων τα οποία συνθέτουν το μάρκετινγκ γενικά και το μάρκετινγκ υγείας ειδικότερα καθώς και την ανάλυση του ρόλου του μάρκετινγκ στο στρατηγικό σχεδιασμό του Κέντρου Υγείας Καρπάθου.

Ο δεύτερος στόχος της εργασίας είναι η καταγραφή των αποτελεσμάτων της περιγραφικής έρευνας συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να μελετηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών για το μάρκετινγκ που εφαρμόζει το Κέντρο Υγείας Καρπάθου (ΚΥΚ). Με την βοήθεια ερωτηματολογίου το οποίο μοιράστηκε σε 80 ασθενείς και το οποίο αποτελείτο από κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις τα άτομα του δείγματος, αν και με κάποιες επιφυλάξεις, διατύπωσαν ευνοϊκή στάση για το μάρκετινγκ και την εφαρμογή του από το ΚΥΚ. Η εικόνα που φάνηκε να έχουν ωστόσο για το αντικείμενο ήταν στερεότυπη και περιορισμένη αφού διαφήμιση, πωλήσεις και μάρκετινγκ θεωρήθηκαν ταυτόσημες έννοιες. Ευδιάκριτη έγινε επίσης και η στερεότυπη αντίληψη σύμφωνα με την οποία το μάρκετινγκ συνιστά δραστηριότητα που αφορά μόνο τους απασχολούμενους στην διοικητική υπηρεσία. Από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αντιλήψεων των ασθενών και των κοινωνικό - δημογραφικών χαρακτηριστικών τους συμπεριλαμβανομένων του φύλου, της ηλικίας, της μόρφωσης, ενώ διαφαίνεται έντονα η ανάγκη ορθής εφαρμογής του μάρκετινγκ στην προσφορά φροντίδας ποιότητας με σεβασμό στα δικαιώματα των ασθενών και με γνώμονα την ανθρωπιά και όχι τα οικονομικά κριτήρια. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, κατατίθενται σημαντικές προτάσεις για τους τομείς της υγειονομικής έρευνας, εκπαίδευσης και κλινικής πράξης.

## **SUMMARY**

The application of marketing and its strategies in health care constitute issues that are new to our country. This investigation had two primary objectives. The first objective was to examine elements of marketing in general, marketing in health care and the analysis of the role that marketing plays in the strategic planning of Karpathos Health-Care Center (KHC).

The second objective was to determine the opinions and perceptions of marketing practices in KHC. The survey of the entire population was based on a questionnaire, filled by 80 patients, composed of open-ended and closed questions. The persons surveyed, with some hesitation, expressed a positive attitude towards marketing and its application in KHC. However, research showed that their knowledge of marketing was rather stereotype and narrow since marketing, advertising and sales were all considered synonymous. Moreover, marketing was considered more useful to administrators than to other healthcare professionals. The statistical analysis concluded statistically important relations between personnel and sociodemographic characteristics, including age, sex, education, profession and years of previous experience in the field of health care in general and specifically in the current service position; and from comments made by our sample it became evident that there is a need for the current application of marketing to provide quality care with respect to the patient's rights, taking into account human and not financial criteria. Based on the results of the research, important proposals are submitted in the field of medical research, training and clinical practice.

# 1. ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

## Η έννοια της υπηρεσίας

Μία από τις κύριες παγκόσμιες τάσεις των τελευταίων χρόνων είναι η δραματική αύξηση της παροχής υπηρεσιών. Έτσι στην Αμερική, το 1970 οι υπηρεσίες καταλάμβαναν το 55% του εγχώριου προϊόντος ανάπτυξης, το 1993 ανήλθαν στο 79%, ενώ την επόμενη δεκαετία αναμένεται να κυριαρχήσουν σε όλα τα εργασιακά δίκτυα (Henkoff, 1994). Η παροχή υπηρεσιών, σε όλη της την ποικιλία(π.χ. τραπεζικές, ασφαλιστικές, υγείας, επικοινωνιών, μεταφοράς, ταξιδίων και διασκέδασης), καταλαμβάνει περισσότερο από το 60% της οικονομίας στις αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως (Palmer and Cole, 1995). Σύμφωνα με τον ορισμό των Kotler και Armstrong:

«Σαν υπηρεσία ορίζεται κάθε δραστηριότητα και όφελος που κάποιος μπορεί να προσφέρει σε κάποιον άλλο, χωρίς να αποτελεί ιδιοκτησία κανενός και που ουσιαστικά έχει άφθαρτο χαρακτήρα (intangible)».

Με λίγο διαφορετικά λόγια, υπηρεσία συνιστά κάθε πράξη, ή, απόδοση, την οποία μπορεί να προσφέρει μία πλευρά σε μία άλλη, είναι άυλη και δεν καταλήγει σε εξασφάλιση ιδιοκτησίας πάνω σε κάτι (Γούναρης, 2001).

Η παραγωγή της μπορεί να συνδεθεί, ή, να μη συνδεθεί με ένα υλικό προϊόν. Σαν παραδείγματα δραστηριοτήτων που απαιτούν την παροχή υπηρεσιών αναφέρουμε, την επισκευή ενός αυτοκινήτου, το ταξίδι με ένα αεροπλάνο, την ενοικίαση ενός δωματίου ξενοδοχείου, την κατάθεση χρημάτων σε μία τράπεζα, τη συμβουλή ενός δικηγόρου, τη θεραπεία ενός χαλασμένου δοντιού, κλπ.

Οι υπηρεσίες παρουσιάζουν ορισμένα ειδικά χαρακτηριστικά τα οποία τις διαφοροποιούν από τα υλικά αγαθά και μπορούν να συνοψισθούν στα παρακάτω (Αθανασούλης 1996):

- Κανείς δεν μπορεί να τις δει, γευτεί, αισθανθεί, ακούσει, ή, μυρίσει πριν αυτές αγοραστούν. Οι υπηρεσίες είναι άυλα αγαθά. Για παράδειγμα κανείς δεν μπορεί να δει τα

αισθητικά αποτελέσματα μίας πλαστικής χειρουργικής επέμβασης πριν αυτή πραγματοποιηθεί. Αυτό το χαρακτηριστικό αναφέρεται και ως αϋλότητα (Παντουβάκης, 2000).

- Η αδυναμία διαχωρισμού των υπηρεσιών από αυτούς που τις παρέχουν, η αδιαιρετότητα (Παντουβάκης, 2000). Δηλαδή οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται την ίδια χρονική στιγμή και δεν μπορούν να διαχωριστούν από αυτούς που τις παράγουν, είτε είναι άνθρωποι, ή, μηχανές. Έτσι η επισκευή ενός αυτοκινήτου είναι αδύνατον να γίνει χωρίς την παρουσία του μηχανικού που είναι υπεύθυνος γι' αυτό.

- Η εύκολη μεταβλητότητα των υπηρεσιών, που σημαίνει ότι η ποιότητά τους εξαρτάται από το ποιος τις παρέχει, όπως επίσης και το πότε, πού, και πώς παρέχονται, ή, όπως αλλιώς αναφέρεται η ανομοιογένεια (Παντουβάκης, 2000).

- Το γνώρισμα των υπηρεσιών ότι δεν μπορούν να αποθηκευτούν για μεταγενέστερη πώληση, ή, χρήση (αναλωσιμότητα), (Παντουβάκης, 2000).

- Η παραγωγή υπηρεσιών απαιτεί σε μεγαλύτερο βαθμό την προσαρμογή της παρεχόμενης υπηρεσίας στις απαιτήσεις του καταναλωτή - πελάτη απ' ότι η παραγωγή υλικών αγαθών.

- Η λειτουργία των οργανισμών παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών στηρίζεται κυρίως στην εργασία του προσωπικού τους και γι' αυτό χαρακτηρίζονται ως μονάδες «εντάσεως εργασίας», σε αντίθεση με τις επιχειρήσεις παραγωγής και διάθεσης υλικών αγαθών, που χαρακτηρίζονται ως μονάδες «εντάσεως κεφαλαίου». Το τελικό αποτέλεσμα στους οργανισμούς αυτούς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα άτομα που παράγουν και προμηθεύουν τις υπηρεσίες, από το βαθμό ικανότητάς τους, την εκπαίδευση και την κατάρτισή τους, την επαγγελματική τους ευσυνειδησία, κλπ. (Νιάκας, 1993).

Το σύνολο αυτών των χαρακτηριστικών δημιουργεί ειδικές συνθήκες και απαιτήσεις διοίκησης και διαχείρισης. Η διοικητική και κοινωνική διαδικασία του μάρκετινγκ μπορεί να μας δώσει αρκετές λύσεις.

## Μάρκετινγκ υπηρεσιών

Κατ' αρχήν είναι αναγκαίο το μάρκετινγκ στο χώρο της παροχής υπηρεσιών; Από τα παραπάνω αναφερθέντα για τα συστατικά, τη διαδικασία και τους στόχους του μάρκετινγκ εύκολα εξάγεται η καταφατική απάντηση. Η πώληση των υπηρεσιών παρουσιάζει όμως ορισμένα ειδικά προβλήματα που κάνουν αναγκαία την εξεύρεση ειδικών λύσεων μάρκετινγκ. Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα αυτό απορρέει από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες παρουσιάζουν ειδικά χαρακτηριστικά. Σε μία επιχείρηση παραγωγής υλικών αγαθών, τα προϊόντα σε αρκετές περιπτώσεις είναι τυποποιημένα και μπορούν να παραμένουν στα ράφια, για τους πελάτες να τα αγοράσουν. Στις εταιρείες παροχής υπηρεσιών ο πελάτης, αλλά και οι ίδιοι οι υπάλληλοι πρέπει να δράσουν, για να δημιουργήσουν την υπηρεσία. Ρόλος του μάρκετινγκ είναι να διαχειριστεί σωστά τα προφανή και να κάνει «χειροπιαστό» αυτό που είναι άυλο.

Το μάρκετινγκ υπηρεσιών πρέπει να στρέψει την προσοχή του και στους πελάτες και στους υπαλλήλους. Έτσι πρέπει να δημιουργηθεί μία αλυσίδα κέρδους που αποτελείται από πέντε βασικούς κρίκους (Heskett et al, 1994):

- εσωτερική ποιότητα υπηρεσιών, δηλαδή κατάλληλη επιλογή και εκπαίδευση υπαλλήλων(παροχέων υπηρεσιών), σε ιδανικό περιβάλλον και με ισχυρή υποστήριξη,
- Ικανοποιημένοι και παραγωγικοί υπάλληλοι,
- αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της υπηρεσίας, έτσι ώστε αυτή να χαρακτηρίζεται από υπεραξία,
- ικανοποιημένοι και πιστοί πελάτες, που ζητούν επαναλαμβανόμενες παροχές, αλλά και συστήνουν νέους πελάτες,
- συνεχής βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Έτσι η στρατηγική του μάρκετινγκ στο χώρο των υπηρεσιών δομείται πάνω σε τρεις κύριους άξονες, που είναι αλληλένδετοι μεταξύ τους (Gronroos, 1982):



Στο εξωτερικό (external) μάρκετινγκ, που συνδέει τον οργανισμό με τους πελάτες. Οι πελάτες είναι άνθρωποι με κίνητρα, συναισθήματα, ανάγκες και επιθυμίες και αποστολή του εξωτερικού μάρκετινγκ είναι να κατανοήσει και οδηγήσει αυτά τα κίνητρα, τα συναισθήματα, τις ανάγκες και τις επιθυμίες προς τον οργανισμό.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Zeithaml and Bitner, 1996) το εξωτερικό μάρκετινγκ θέτει την υπόσχεση, το εσωτερικό κάνει την υπόσχεση πραγματικότητα και τέλος το διαδραστικό παραδίδει την πραγματικότητα.

Παράλληλα το θεωρητικό μοντέλο των 4Ps φάνηκε να μην επαρκεί για την επιτυχημένη εφαρμογή του στο χώρο της παροχής υπηρεσιών. Κυριότερη αιτία τα ειδικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των υπηρεσιών που αναλύθηκαν παραπάνω. Έτσι εμπλουτίστηκε με τρία νέα στοιχεία (Booms and Bitner, 1981):

- τη φυσική απόδειξη (Physical evidence) που αποτελεί το υλικό στοιχείο της διαδικασίας, το περιβάλλον και τον τόπο μέσα στον οποίο οι άνθρωποι εμπλέκονται επιτελώντας τις απαραίτητες διαδικασίες συμπαρογωγής με την πιθανή χρήση και αλληλεπίδραση και υλικών αγαθών.

- την ίδια τη διαδικασία (Process) της παροχής της υπηρεσίας, δηλαδή κάθε δραστηριότητα, λειτουργία και μηχανισμό με τους οποίους μία συγκεκριμένη υπηρεσία συμπαράγεται από τους ανθρώπους που εμπλέκονται σ' αυτήν, και

- τα άτομα (People, Participants) που αναφέρονται στη συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα με οποιονδήποτε ρόλο μέσα σε μία παραγωγική διαδικασία και μπορεί άμεσα, ή, έμμεσα με τη συμπεριφορά του να επηρεάσει την αντίληψη του πελάτη για την παρεχόμενη υπηρεσία (Παντουβάκης, 2000). Έτσι πλέον στις μέρες μας μιλάμε για μίγμα μάρκετινγκ 7Ps.

Για ένα επιτυχημένο μίγμα μάρκετινγκ η αναλογία των συστατικών δεν είναι πάντα η ίδια. Σίγουρα ένα συστατικό δεν μπορεί να αντικαταστήσει κάποιο άλλο, πρέπει όμως το καθένα να προστίθεται στη σωστή ποσότητα και την κατάλληλη χρονική στιγμή, έτσι ώστε το μίγμα που θα προκύψει να ικανοποιήσει στο μέγιστο βαθμό τον καταναλωτή (Παντουβάκης, 2000).

## Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας

Ο όρος υπηρεσίες υγείας, ή, υγειονομικές υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και την έννοια της περίθαλψης. Η φροντίδα υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μίας κοινότητας, ή, μίας χώρας. Η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά, ή, αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας (Σιγάλας, 1999).

Οι υπηρεσίες υγείας, εκτός από τα κύρια χαρακτηριστικά όλων των υπηρεσιών (κανείς δεν μπορεί να τις δει, ακούσει, μυρίσει, αισθανθεί πριν παρασχεθούν, αδυναμία διαχωρισμού από παραγωγούς, εύκολη μεταβλητότητα, αδυναμία αποθήκευσης), παρουσιάζουν και ορισμένα ειδικά στοιχεία, που συνοψίζονται στα παρακάτω:

- η μοναδικότητα του κάθε ασθενή, δηλαδή ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας είναι κάθε φορά ξεχωριστός, αλλά και ο ίδιος αποδέκτης έχει κάθε φορά διαφορετικές ανάγκες,
- η κρισιμότητα των περιπτώσεων,
- ο περιορισμένος αριθμός των δυνατών επιλογών και η ανάγκη άμεσης και ταχείας παρέμβασης,
- η ανάγκη συνεχούς τήρησης κανόνων ηθικής δεοντολογίας,
- η υγεία θεωρείται ένα κοινωνικό αγαθό, με συνέπεια να υπάρχουν προσδοκίες και να εκδηλώνεται έντονο ενδιαφέρον και μεγάλη ευαισθησία σε καταστάσεις προβλημάτων.

Έτσι οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν ορισμένα βασικά γνωρίσματα, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο παρέχονται. Αυτά τα γνωρίσματα συνοψίζονται στα εξής:

A) Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό ανά πάσα χρονική στιγμή.

B) Η δυνατότητα προσπέλασής τους από τους πολίτες, έτσι ώστε να μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν.

Γ) Η συνέχεια της προσφοράς τους, δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να προσφέρονται πριν την εμφάνιση του προβλήματος, κατά τη διάρκεια αυτού, αλλά και μετά την επίλυσή του.

Δ) Η αποδοχή τους από τον πληθυσμό, που αναφέρεται κυρίως στην ποιότητά τους, στην ψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση των παραγωγών τους, στην αρτιότητα και επάρκεια των εγκαταστάσεων παροχής τους (Τρακατέλλης και συν, 1993).

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας συνιστούν οργανισμούς, ομάδες δηλαδή ατόμων που εργάζονται για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου σκοπού, στα πλαίσια ορισμένων καθορισμένων σχέσεων (Κουτούζης, 1999). Το παραγόμενο αγαθό είναι οι υπηρεσίες υγείας, οι οποίες πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξία και ποιότητα, ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τα «θέλω» των ασθενών. Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη μίας διοικητικής διαδικασίας που θα επιτυγχάνει αυτόν τον σκοπό. Η διαδικασία αυτή δεν είναι άλλη από το μάρκετινγκ (ορισμός κατά Kotler). Μάλιστα ο ορισμός προσαρμόζεται για το χώρο της υγείας ως εξής:

«Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας είναι η διαδικασία της ανάλυσης, του σχεδιασμού, της υλοποίησης και του ελέγχου προσεκτικά σχεδιασμένων προγραμμάτων, μέσα στο πλαίσιο των αξιών που ορίζονται από τις στοχευόμενες αγορές και μέσα από τα οποία ο οργανισμός (κερδοσκοπικός, ή, όχι) θα επιδιώξει να πετύχει τους στόχους του. Η επίτευξη των στόχων αυτών βασίζεται αποκλειστικά στην ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του στοχευόμενου κοινού, με τη χρήση αποτελεσματικής τιμολογιακής πολιτικής επικοινωνίας και παροχής υπηρεσιών υγείας, με τελικό σκοπό να

πληροφορηθεί, να παρακινηθεί και να κάνει χρήση των υπηρεσιών που ο οργανισμός προσφέρει» (Kotler and Clarke, 1997).

Στις μέρες μας έχει πάψει να υφίσταται το παραδοσιακό μοντέλο που ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό καθόριζαν τι ήταν το καλύτερο για τον ασθενή, και ο τελευταίος αποτελούσε ένα παθητικό δέκτη των υπηρεσιών υγείας. Στη σύγχρονη εποχή, ο ασθενής έχει μεταλλαχθεί σε πελάτη καταναλωτή μετά από πληροφόρηση και προσεκτική επιλογή των διαθέσιμων υπηρεσιών (Thomas, 2003).

Η διαδικασία του μάρκετινγκ στο χώρο της υγείας κατευθύνει ένα σύνολο ενεργειών, συντονίζοντας πρόσωπα και πόρους προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Είναι μία σύνθετη στρατηγική διαδικασία που βασίζεται στην ανταλλαγή αξιών ασθενούς και γιατρού (Bennett, 1993).

Το μάρκετινγκ, από τη μία μεριά πρέπει να ενισχύει τη φήμη της μονάδας παροχής υπηρεσιών και να προσελκύει νέους ασθενείς (Mooney, 2005). Ταυτόχρονα όμως, και από την άλλη πλευρά, πρέπει να διερευνά και ικανοποιεί τις ανάγκες των άμεσα εμπλεκόμενων (χρήστες υπηρεσιών και προσωπικό) στα πλαίσια των ποιοτικών κριτηρίων που καθορίζει ο οργανισμός και επιπλέον μέσα από περιοδικούς και τακτικούς ελέγχους επιβεβαιώνει την εφαρμογή των προβλεπόμενων ενεργειών και την καλή πορεία. Η στρατηγική του μάρκετινγκ και η εφαρμογή της προϋποθέτει ξεκάθαρη άποψη της διοίκησης, νηφαλιότητα στον καθορισμό των στόχων και πάνω απ' όλα, διάρκεια στην εφαρμογή (Κλήμης, 2003).

Το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας πρωτοεμφανίζεται με επίσημη μορφή το 1977, στην Αμερική, έτος κατά τη διάρκεια του οποίου διοργανώνεται το πρώτο συνέδριο-συνμπόσιο για μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας από την American Hospital Association (AHA) στην πόλη Orlando, ενώ εκδίδεται και το πρώτο επιστημονικό βιβλίο με σχετικό τίτλο: «Marketing Health Care», Aspen publishers (McStravic, 2002). Τη δεκαετία του 1980 παρουσιάστηκε μία άνθηση της διαδικασίας, κυρίως λόγω της χαλάρωσης των περιορισμών της διαφήμισης των νοσοκομείων ενώ αυξήθηκε και ο ανταγωνισμός για την προσέγγιση νέων ασθενών, οι οποίοι πλέον θεωρούνται πελάτες. Προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980 το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ύφεση κυρίως λόγω

της αντίδρασης του ιατρικού κόσμου έναντι της εμπορευματοποίησης και της αύξησης κόστους της υγείας. Τον ηθικό αυτό φραγμό ενίσχυσε και η διαπίστωση ότι πολλά από τα εργαλεία του μάρκετινγκ που εφαρμόστηκαν και στο χώρο της υγείας δεν απέδωσαν τους αναμενόμενους καρπούς. Όμως από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 νέες αλλαγές επήλθαν, εξαιτίας και της αλλαγής του μακροπεριβάλλοντος. Η συγχώνευση εταιρειών οδήγησε στη δημιουργία μεγάλων οργανισμών που διέθεταν περισσότερες πηγές και απαιτούσαν πιο εξελιγμένη οργάνωση. Έτσι το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας αναδύεται εκ νέου, αυτή τη φορά με πιο επιστημονική μορφή, στοχεύοντας όχι μόνο στη διαφήμιση, αλλά και στην έρευνα της αγοράς με επίκεντρο τον καταναλωτή που πρέπει να είναι πάντα ικανοποιημένος (Thomas, 2002). Είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν οι σύγχρονες προκλήσεις της έλλειψης προσωπικού, του μεγάλου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών, των πολλών δυνατοτήτων επιλογής από τους καταναλωτές, του ανθρωποκεντρικού σχεδιασμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (Staff, 2002). Το μάρκετινγκ πρέπει να επικεντρωθεί στη διάνοιξη και διατήρηση καθαρών και ανεμπόδιστων οδών επικοινωνίας και σχέσεων μεταξύ παραγωγών και καταναλωτών, ενώ η ποιότητα πρέπει πάντα να αποτελεί το πρώτο ζητούμενο (Rynne, 1999).

## **Συστατικά μάρκετινγκ υπηρεσιών στα Κέντρα Υγείας**

Ακολουθώντας τον ορισμό του μάρκετινγκ, μπορούμε να επικεντρώσουμε το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας σε πέντε στοιχεία:

- 1) Ανάγκες, «θέλω», απαιτήσεις των ασθενών. Ανάγκη του ασθενή είναι η αντιμετώπιση οξέος πόνου ή, η αποκατάσταση της υγείας του μετά από κάποια ασθένεια

Οι επιθυμίες αναφέρονται στην ειδική ικανοποίηση των αναγκών. Έτσι, ενώ όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκη ιατρικής φροντίδας, μερικοί απ' αυτούς επιθυμούν να έχουν «ολόλευκα και ολόισια δόντια».

Η απαίτηση είναι η εκπλήρωση της επιθυμίας του ασθενή σύμφωνα με τη δική του ερμηνεία. Στη σύγχρονη εποχή, η ιατρική επιστήμη προσανατολίζεται προς την

ικανοποίηση των επιθυμιών και απαιτήσεων των ασθενών, παρά προς τη διευθέτηση των αντικειμενικών αναγκών (Wathen 1998).

Το αποτελεσματικό μάρκετινγκ πρέπει να σέβεται τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών χωρίς να δημιουργεί τεχνητές καταστάσεις, αλλά προσφέροντας υπηρεσίες ελκυστικές, κατάλληλες και εύκολα αποκτώμενες από τους ασθενείς (Bedi et al 2005).

2) Υπηρεσίες. Εκτός από το ίδιο το αποτέλεσμα μίας ιατρικής θεραπείας (πχ επιτυχής διεξαγωγή μίας εγχείρισης), πολύ μεγάλη σημασία για το ιατρικό μάρκετινγκ έχει και η ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών του ασθενή (πχ η εγχείριση έγινε χωρίς να πονέσει ο ασθενής;), (White et al 2001).

3) Αξία, ικανοποίηση και ποιότητα. Ένας από τους βασικούς τρόπους υπεροχής μίας επιχείρησης έναντι των ανταγωνιστών της είναι να παρέχει συνεχώς υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες απ' αυτούς.

Η αναζήτηση της ποιότητας είναι μία διαχρονική προσδοκία που στη σύγχρονη εποχή, της επιστημονικής και τεχνολογικής εξέλιξης και της ανόδου του βιοτικού, μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των λαών, έχει γίνει περισσότερο επιτακτική από ποτέ άλλοτε (Θεοδώρου 1992).

Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας γενικά για βελτίωση της ποιότητας αποτελούν πλέον καθολικό κοινωνικό αίτημα και έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των μονάδων παραγωγής και παροχής τους (Calnan et al 1998). Κάθε παρέκκλιση από την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την εντύπωση της κακής ποιότητας (Πολύζος 1995).

Η συνεχής ικανοποίηση του πελάτη που καλύπτει τις προσδοκίες του είναι ο αυτοσκοπός του μάρκετινγκ στην Κέντρο Υγείας (Levin 2004).

Επίσης η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δε σχετίζεται μόνο με το ιατρικό έργο αλλά και με το σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους (Νιάκας 1993).

Ο ορισμός της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολυδιάστατος και μέχρις ενός σημείου εξαρτάται από αυτόν που τον επεξηγεί (Σιγάλας 1999).

Μία παραδοσιακά αποδεκτή ερμηνεία της ποιότητας την προσδιορίζει ως **τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αν ληφθούν υπ' όψιν τα κέρδη και οι ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης**. Αν η ικανοποίηση είναι η συνισταμένη, οι συνιστώσες επίτευξής της είναι η δομή του συστήματος, οι διαδικασίες παραγωγής/παροχής και τέλος το τελικό αποτέλεσμα (Donabedian 1980).

Η ποιοτική λειτουργία μιας μονάδας παροχής ιατρικών υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποφέρει οφέλη τόσο για τους ασθενείς / πελάτες, όσο και για το προσωπικό, αλλά και για το ίδιο το Κέντρο Υγείας:

- Για τον ασθενή τα οφέλη είναι υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά. Το ιατρικό πρόβλημα διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται έγκαιρα και αποτελεσματικά, ενώ περιορίζεται η πιθανότητα πιθανών χειρουργικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Τα ψυχολογικά οφέλη έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον του οδοντιατρείου, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτό. Επομένως όσο περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους το περιβάλλον του Κέντρου Υγείας και οι συνθήκες παραμονής του ασθενή, τόσο περισσότερα είναι και τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Τέλος και η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη αφού το πρόβλημα υγείας θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- Για το προσωπικό του Κέντρου Υγείας τα οφέλη από την ποιότητα συνίστανται κυρίως στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στην ικανοποίηση που αποκομίζουν, στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών, στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους. Πολύ σημαντικό είναι και το ψυχολογικό κέρδος, αφού η υψηλή ποιότητα μειώνει τον εκνευρισμό, το εργασιακό άγχος, και την επαγγελματική εξουθένωση. Το στρες και η εξουθένωση είναι από τα κύρια εργασιακά προβλήματα των σύγχρονων ιατρών (Αρχοντάκη 1994).

- Για το Κέντρο Υγείας την υπάρχει οικονομικό όφελος αφού η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, μειώνει το λειτουργικό κόστος εξοικονομώντας σημαντικούς πόρους. Ταυτόχρονα και η ικανοποίηση του πελάτη συντελεί στην αποδοτικότητα της ιατρικής μονάδας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς αισθάνονται φίλοι με τον ιατρό. Και οι φίλοι φέρνουν φίλους. Έτσι το Κέντρο Υγείας αποκτά αναγνώριση και φήμη (Levin 2004).

4) Ανταλλαγή, συναλλαγές, σχέσεις. Οι ασθενείς για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις απαιτήσεις τους δημιουργούν μια σχέση ανταλλαγής με την μονάδα υγείας, η οποία μετατρέπεται σε συναλλαγή, αφού τα χρήματα της πληρωμής είναι το ανταποδοτικό μέσο για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η διεξαγωγή αυτής της σχέσης είναι πιο εύκολη όταν χτίζονται ισχυροί δεσμοί μεταξύ όλων των εμπλεκομένων (Thomas 1999). Έτσι θα πρέπει να διατηρούνται ανοικτοί διάλογοι επικοινωνίας, για να αναπτύσσονται ισχυρές και ειλικρινείς σχέσεις, και στον άξονα ιατρός - συνεργάτες, και στον άξονα προσωπικό Κέντρου Υγείας (συμπεριλαμβανομένου του ιατρού) – ασθενείς (Schwartz 2002).

5) Αγορά. Στο ιατρικό μάρκετινγκ παρουσιάζονται δύο πτυχές της αγοράς. Η πρώτη αναφέρεται στους πελάτες που επιθυμούν να εμπλακούν προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες, επιθυμίες και απαιτήσεις τους. Η δεύτερη πτυχή αναφέρεται στη βιομηχανία παραγωγής και προμήθειας ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού και ιατρικών υλικών. Έτσι πρέπει να σταλεί μία σειρά μηνυμάτων από το Κέντρο Υγείας προς τους ασθενείς - πελάτες και από την αγορά της βιομηχανίας προς τις ιατρικές μονάδες. Η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων αυτών εξαρτάται από τον τρόπο μεταφοράς τους αλλά και από τα χαρακτηριστικά της περιοχής που στοχεύετε (Rutsohn and Ibrahim 2000). Γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν δημογραφικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί και νομικοί περιορισμοί (Lipscomb and Douglass 1982). Έτσι δε θα μιλήσουμε για αισθητική ιατρική σ' έναν πληθυσμό που το μεγαλύτερο τμήμα του αποτελείται από άτομα τρίτης ηλικίας (Βλασιάδης και συν 2006).



## Τα 7Ps του μίγματος μάρκετινγκ στο Κέντρο Υγείας

Αντίστοιχα τα στοιχεία του μίγματος μάρκετινγκ 7Ps, των Booms και Britner, μπορούν να προσαρμοστούν στο χώρο του Κέντρου Υγείας ως εξής:

**1) Προϊόν (Product).** Πρόκειται για την υπηρεσία ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης, τόσο με τη μορφή πρόληψης, όσο και με τη μορφή θεραπείας (πχ γυναικολογική εξέταση, ακτινογραφίες, χειρουργική επέμβαση, κλπ). Ο ιατρός μπορεί να επιλέξει να εξασκεί γενική ιατρική σαν παθολόγος, ή, να εξειδικεύσει το αντικείμενο εργασίας του σ' ένα συγκεκριμένο φάσμα περιστατικών.

**2) Τόπος (Place).** Οι υπηρεσίες παρέχονται στο Κέντρο Υγείας:

Το Κέντρο Υγείας αντανακλά την εικόνα που δίνει το ιατρικό προσωπικό ως επαγγελματίες. Άριστη τοποθεσία, όμορφο κτίριο, ευδιάκριτη πινακίδα προσπέλασης, διαθέσιμο παρκινγκ, πρόσβαση για ανάπηρους, διακόσμηση και καθαριότητα, όλα αυτά έχουν μεγάλη σημασία.

Ένα προσωπικό, χαρούμενο χαλάκι εισόδου, που καλωσορίζει, δημιουργεί μία ευχάριστη υποδοχή.

Πρέπει να υπάρχει αίθουσα «υποδοχής» και όχι αίθουσα «αναμονής». Η όλη προσπάθεια είναι το Κέντρο Υγείας να δέχεται και να καλωσορίζει τους ασθενείς και όχι απλά να τους δίνει ένα μέρος για να περιμένουν (και να περιμένουν...και να περιμένουν...). Η αίθουσα υποδοχής πρέπει να δημιουργεί ένα αίσθημα άνεσης, ηρεμίας και φιλοξενίας.

Στην αίθουσα υποδοχής μπορεί να υπάρχει ένα μικρό μπαρ με καφέ, τσάι, αναψυκτικά, νερό, κλπ.

Τα περιοδικά πρέπει να αφορούν την τρέχουσα επικαιρότητα, να αντικαθίστανται τακτικά, να μην είναι φθαρμένα.

Τα όμορφα φυτά και τα φρέσκα λουλούδια κάνουν ένα τέτοιο χώρο να δείχνει πιο φιλόξενο.

Ηλεκτρικές συσκευές αρωματισμού εσωτερικού χώρου, καθώς και αρωματικά αποξηραμένα ποτ πουρί εξαφανίζουν τις δυσάρεστες οσμές των φαρμάκων.

Πρέπει να ακούγεται μουσική από στερεοφωνικό σύστημα υψηλής ποιότητας, η οποία θα συμφωνεί με τις προτιμήσεις των περισσότερων από τους ασθενείς. Η μουσική θα πρέπει να βοηθά τους ασθενείς να χαλαρώνουν, ιδιαίτερα εκείνους που γίνονται κάπως νευρικοί με την αναμονή.

Η καθαρή τουαλέτα (WC) για τους ασθενείς έχει πολύ μεγάλη σημασία. Πρέπει να υπάρχει αρωματικό υγρό σαπούνι χεριών σε όμορφη συσκευασία, καθώς και πάντοτε πολλές διαθέσιμες πετσέτες χεριών, χαρτομάντιλα και χαρτί τουαλέτας.

Η διακόσμηση ανάλογα με την εποχή κάνει το Κέντρο Υγείας έναν πολύ ιδιαίτερο χώρο. Έτσι ανάλογες διακριτικές διακοσμήσεις μπορούν να υπάρχουν τα Χριστούγεννα, τις Απόκριες, το Πάσχα, το καλοκαίρι πριν από τις διακοπές.

Σκόπιμο είναι να υπάρχουν διαθέσιμα στο γραφείο υποδοχής τα δρομολόγια των τοπικών λεωφορείων, για όποιον θέλει να τα συμβουλευτεί.

Πρέπει να υπάρχει έτοιμος προς διάθεση μικρός, κατατοπιστικός χάρτης της περιοχής του Κέντρου Υγείας, όπου θα σημειώνεται επακριβώς η θέση του ιατρείου και η σχέση του με τους γειτονικούς, κεντρικούς, οδικούς άξονες.

Είναι καλό να υπάρχουν χρήσιμα αντικείμενα τα οποία πρέπει να δανείζονται σε περιπτώσεις ανάγκης, όπως αδιάβροχα και ομπρέλες.

**3) Προβολή (Promotion).** Αφορά τα εργαλεία επικοινωνίας που βοηθούν να περάσουν τα κατάλληλα μηνύματα από το Κέντρο Υγείας προς τους ασθενείς, υπάρχοντες και δυνητικούς. Στην προβολή περιλαμβάνονται η διαφήμιση, και οι δημόσιες σχέσεις.

Πρέπει να υπάρχει μία φράση - μήνυμα, ένα χρώμα και ένα χαρακτηριστικό επαγγελματικό σύμβολο για τις επαγγελματικές κάρτες, τη γραφική ύλη και τα έντυπα προς συμπλήρωση (στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία αυτό αποκαλείται ως branding).

Κάθε Κέντρο Υγείας πρέπει να έχει το κατάλληλο ενημερωτικό φυλλάδιο. Σε αυτό πρέπει να αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχονται, οι ώρες λειτουργίας του και οδηγίες σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Το Κέντρο Υγείας πρέπει να διαθέτει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο (internet), κατάλληλα διαμορφωμένη.

**4) Τιμή (Price).** Οι υπηρεσίες πρέπει να πωλούνται σε τιμή που θεωρείται ότι ανταποκρίνεται στην αξία τους. Αυτό δε σημαίνει αναγκαστικά ότι πρέπει να είναι οι φθηνότερες. Μία από τις κυριότερες πτυχές της έννοιας του μάρκετινγκ είναι ότι οι πελάτες συνήθως είναι πρόθυμοι να πληρώσουν κάτι παραπάνω για κάτι που πιστεύουν ότι αποδίδει τέλεια γι' αυτούς (Blythe 1998).

- Πολύ σημαντικές είναι οι αναφορές στον οικονομικό προϋπολογισμό των προσφερομένων υπηρεσιών (Thomas 1999). Στις μεγάλες επιχειρήσεις υπάρχουν αυτόνομα τμήματα κοστολόγησης και τιμολόγησης προϊόντων και υπηρεσιών. Αυτό δεν είναι εύκολο να εφαρμοστεί στο Κέντρο Υγείας. Δεν πρέπει να αναφερόμαστε σε οικονομικά στοιχεία παρά μόνον όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται την αναγκαιότητα της θεραπείας και αποδέχεται το προτεινόμενο σχέδιο. Η τιμολόγηση των διαφόρων υπηρεσιών θα πρέπει να είναι σαφής και απλή. Συνήθως στην αξιολόγηση του ασθενή όταν η τιμή του φαίνεται χαμηλή ρίχνει το βάρος της κρίσης του στο πρόσωπο του γιατρού, ενώ αν η τιμή του φαίνεται ψηλή ρίχνει το βάρος και στη μέθοδο εργασίας και στην ποιότητα και το είδος των υλικών.

- Η τακτοποίηση των οικονομικών θεμάτων με τον ασθενή δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν απόδειξη έλλειψης εμπιστοσύνης εκ μέρους του ασθενή, αλλά σαν ένα τμήμα της επικοινωνίας με αυτόν. Η συνήθεια να μην πραγματοποιούμε καμία οικονομική συμφωνία, μας μεταφέρει στη διάθεση του ασθενή και πλέον εξαρτάται απ' αυτόν ο τρόπος και ο χρόνος πληρωμής. Το Κέντρο Υγείας θα πρέπει να διαμορφώνει επίπεδα αμοιβών ικανοποιητικά και για τον ίδιο και για τον ασθενή. Επίσης δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται από άμετρη ακαμψία γιατί ο κύκλος εργασιών μπορεί να περιοριστεί (Τσιόγκας 2001). Οι διακανονισμοί εξόφλησης σε «δόσεις» πάντα εμπεριέχουν ρίσκο και κινδύνους. Μία καλή τεχνική εξασφάλισης είναι η συνεργασία με τραπεζικά ιδρύματα για τη δανειοδότηση των ασθενών, αλλά και η αποδοχή πιστωτικών καρτών.

**5) Άτομα (People).** Οι υπηρεσίες στο Κέντρο Υγείας εξαρτώνται από τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό που τις παρέχουν. Για παράδειγμα οι συμπεριφορές του ιατρού, της γραμματέως και του νοσηλευτή αποτελούν ένα κρίσιμο τμήμα της συνολικής εμπειρίας για τους ασθενείς. Από μία άποψη, πχ ο ιατρός, η γραμματέας και ο νοσηλευτής αποτελούν τμήμα της υπηρεσίας που λαμβάνει ο ασθενής.

Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας πρέπει να φορά κατάλληλη, καθαρή αμφίεση, αν είναι δυνατόν ομοιόμορφη και να φέρει ειδικό ταμπελάκι που αναφέρει το όνομα και το ρόλο τους στο χώρο.

Επίσης εδώ μπορούν να αναφερθούν και στοιχεία του εσωτερικού μάρκετινγκ. Το εσωτερικό μάρκετινγκ αναφέρεται στον άξονα σχέσεων και συνεργασίας του ιατρού με τους νοσηλευτές και τους υπαλλήλους του Κέντρου Υγείας και βασική ιδέα του είναι ότι το προσωπικό του Κέντρου Υγείας αποτελεί την πρώτη εσωτερική αγορά του και αν αυτή η αγορά δε λειτουργήσει αποτελεσματικά, τότε και η προώθηση των υπηρεσιών προς τα έξω (εξωτερικό μάρκετινγκ) δεν θα έχει θετικά αποτελέσματα (Αθανασούλης 1996). Εδώ υπεισέρχονται έννοιες όπως καθοδήγηση και υποκίνηση που αποσκοπούν: α) στην απασχόληση των καλύτερων υπαλλήλων και β) στην παροχή εκ μέρους του Κέντρου Υγείας της καλύτερης δυνατής απόδοσης (Weiss R 2003). Ο διευθυντής του Κέντρου Υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζει το προσωπικό του ιατρείου με όραμα, εμπιστοσύνη, αναγνώριση, ιδανικό έλεγχο, «ανοικτά αυτιά», εκτίμηση και ευγένεια (Anderson and Hailey 2002). Το Κέντρο Υγείας θα πρέπει, πριν από τους πελάτες, να πείσει το προσωπικό. Το προσωπικό θα πρέπει να είναι χαρούμενο, να δείχνει ενδιαφέρον και να έχει από την επιχείρηση όλα τα εφόδια για να ανταποκριθεί με επιτυχία στα καθήκοντά του (Weiss R 2003). Θα πρέπει να γνωρίζει με σαφήνεια το είδος και το αντικείμενο της εργασίας και των υπηρεσιών που καλείται να προσφέρει. Θα πρέπει να έχει τις ίδιες αρχές με τον διευθυντή, να είναι ώριμο ώστε να τις εφαρμόζει σωστά, να αντιμετωπίζει με τον κατάλληλο τρόπο τις διάφορες περιστάσεις, να εμφανίζει ευαισθησία και να διεκπεραιώνει τα αναφερόμενα προβλήματα. Το προσωπικό πρέπει τακτικά να συγκαλείται σε συναντήσεις (meetings) έτσι ώστε να εκφράζονται οι εκτιμήσεις, οι παρατηρήσεις και τα πιθανά παράπονα του καθενός (Waldman 2000).

Πρέπει να υπάρχει ξεκάθαρος καταμερισμός ρόλων και καθηκόντων. Ο αριθμός και το είδος των μεταβιβάσιμων εργασιών, εξαρτάται από το είδος της άσκησης, της εκπαίδευσης και ικανότητας του προσωπικού, την προσωπικότητά του, καθώς και από τυχόν νομικούς περιορισμούς (Ουλής και Λαγουβάρδος 1995).

Επίσης στην εξάσκηση του επαγγέλματος πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και η διάσταση της διασκέδασης. Πρέπει όλοι να εργάζονται με διάθεση και ενθουσιασμό, που πρέπει να διατηρούνται. Η προσωπική ενεργοποίηση και η αυτοεκτίμηση θεωρούνται απαραίτητες. Δεν πρέπει να υπάρχουν έντονη σωματική και συναισθηματική φόρτιση, αντίθετα πρέπει να καθορίζονται στόχοι για προσωπικά επιτεύγματα. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι για εργασιακό άγχος και εξουθένωση. Έχει αποδειχθεί ότι ιδιαίτερα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υπόκεινται σε ψυχολογικές και άλλες πιέσεις που πολλές φορές δημιουργούν μεγάλη δυσαρέσκεια και stress (Cinotti et al 1972).

Η επίτευξη των αντικειμενικών στόχων που έχουν τεθεί βάσει της στρατηγικής δεν πρέπει να αντανakλά μόνο πάνω στον διευθυντή του Κέντρου Υγείας. Οι υφιστάμενοι και οι συνεργάτες του, πρέπει επίσης να ανταμείβονται, έτσι ώστε να υποκινούνται για τη συνέχιση του έργου τους (De Crescenzo 2002). Η ανταμοιβή αυτή μπορεί να έχει τη μορφή λίγων πρόσθετων ημερών άδειας, δωρεάν εστίαση, δωρεάν συμμετοχή σε μία εκδρομή κλπ), (Schwartz 2000).

**6) Διαδικασία (Process).** Οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται παρουσία του ασθενή. Έτσι η συνολική διαδικασία με την οποία παρέχεται η υπηρεσία αποτελεί μέρος της τιμής που πληρώνει ο ασθενής (άφιξη στο Κέντρο Υγείας, αναμονή, θεραπεία, αναχώρηση, επανεξέταση).

Πρέπει να υπάρχει ελεύθερος χρόνος για την εξέταση νέων ασθενών. Οι καινούριοι ασθενείς συνήθως ανυπομονούν να εξεταστούν γρήγορα. Μία μεγάλη καθυστέρηση θα τους αναγκάσει να πάνε σε κάποιο άλλο ιατρείο.

Τα πραγματικά έκτακτα περιστατικά πρέπει να εξυπηρετούνται άμεσα. Έκτακτες περιπτώσεις που έτυχαν άμεσης και σωστής φροντίδας μπορούν να συστήσουν το Κέντρο Υγείας και σε άλλους.

Στο σύγχρονο κόσμο της αυξημένης καταναλωτικής συνείδησης και της έκρηξης της πληροφόρησης οι ασθενείς είναι ενημερωμένοι περισσότερο από ποτέ σε θέματα σχετικά με μεθόδους αποστείρωσης, γάντια, μάσκες, υλικά μίας χρήσης, κλπ. Κάθε Κέντρο Υγείας θα πρέπει να έχει γραπτό πρωτόκολλο πάνω στις τεχνικές αποστείρωσης με σκοπό την τυποποίηση των διαδικασιών που ακολουθούνται από όλο το προσωπικό και οι ασθενείς να ενημερώνονται για την άριστη ποιότητα των τεχνικών.

Σημασία για τον ασθενή έχει και η επανεξέταση. Καλό είναι αυτή να προκαθορίζεται χρονικά έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής και σίγουρος για τη διάρκεια του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Περιστασιακά μπορεί να γίνεται μία μικρή έρευνα ανάμεσα στους ασθενείς (με ένα απλό, ανώνυμο ερωτηματολόγιο) σχετικά με την απόδοση του Κέντρου Υγείας. Παρόλο που είναι υπέροχο να ακούμε μόνο θετικά σχόλια, πρέπει να θυμηθούμε ότι μαθαίνουμε και ωριμάζουμε ακούγοντας και τα αρνητικά.

Στη διαδικασία μπορεί να αναφερθεί και ο τρόπος δόμησης σχέσεων μεταξύ του προσωπικού του Κέντρου Υγείας και των ασθενών, υπαρχόντων και υποψηφίων, έτσι ώστε οι τελευταίοι να λάβουν τη μέγιστη δυνατή υπεραξία από τη λήψη των υπηρεσιών. Είναι δηλαδή η προσπάθεια να δημιουργηθεί στο περιβάλλον του ιατρείου μία ατμόσφαιρα διακεκριμένη και κατάλληλη, ώστε να είναι αποτελεσματικό και το εξωτερικό μάρκετινγκ. Οι σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενή καθορίζουν σ' ένα βαθμό την ποιότητα, αλλά και την ποσότητα της παρεχόμενης οδοντιατρικής περίθαλψης (Campbell and Coillet 1971).

Στη δόμηση αμοιβαίων σχέσεων αποδοχής και εμπιστοσύνης μπορούν να οδηγήσουν πέντε, αλληλένδετα μεταξύ τους, βήματα (Jupp 2004):

*1.Επιστημονική ιατρική.* Οι ασθενείς θέλουν έναν έμπιστο, φιλικό, έξυπνο, αλλά και καλά εκπαιδευμένο ιατρό, που συνεχίζει να επιμορφώνεται και να ενημερώνεται για τις εξελίξεις της επιστήμης του. Απαιτείται ένας ιατρός, που είναι σύγχρονος με την επιστήμη του σε όλη τη διάρκεια της καριέρας του. Η συνεχής επιμόρφωση μπορεί να αφορά τη συμμετοχή σε συνέδρια και σεμινάρια, την ανάγνωση ιατρικών εκδόσεων

(βιβλία, περιοδικά), την παρακολούθηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων, την εξειδίκευση σε κάποιο θέμα, κλπ (Belfield et al 2001). Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν για τις γνώσεις και τα προσόντα του ιατρού.

*2.Αποτελεσματικές υπηρεσίες.* Οι ασθενείς θέλουν αποτελεσματικότητα, επίλυση δηλαδή του ιατρικού τους προβλήματος και βελτίωση της υγείας τους (Αθανασούλη Θ., 1987). Η αποτελεσματικότητα δε συνίσταται μόνο στην κλινική επιδεξιότητα, αλλά πρέπει να συνοδεύεται από την άριστη συμπεριφορά του ιατρού και όλων των συνεργατών του και από την αμεσότητα και την ταχύτητα στην παροχή της υπηρεσίας.

*3.Καταρτισμένο προσωπικό.* Οι ασθενείς θέλουν από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας να γνωρίζει πολύ καλά το αντικείμενο εργασίας τους, να είναι εκπαιδευμένο και να μπορούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους.

*4.Φιλική, θετική ατμόσφαιρα.* Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας πρέπει να είναι αρεστό από τους ασθενείς. Κανείς δε θέλει να συναναστρέφεται άτομα «κατσουφιασμένα», που δε γελούν ποτέ, ούτε όμως και άτομα που πολυλογούν και ασκούν άσκοπη κοινωνική κριτική («κουτσομπολεύουν»). Επίσης πρέπει να έχει αναπτυγμένη κοινωνική συνείδηση, να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μία σωματική, ψυχική και κοινωνική οντότητα.

*5.Ξεκάθαρη επικοινωνία.* Επιτυχημένες σχέσεις δομούνται και βασίζονται πάνω σε καθαρούς λογαριασμούς. Οι ασθενείς πρέπει από την αρχή να γνωρίζουν τη μορφή, τη χρονική διάρκεια αποπεράτωσης και το ακριβές κόστος του θεραπευτικού σχεδίου. Το προσωπικό πρέπει να επικοινωνεί με τους ασθενείς απαντώντας σε όλες τις ερωτήσεις, βοηθώντας τους να κατανοήσουν τη θεραπευτική διαδικασία και διευκρινίζοντας εκ των προτέρων την οικονομική πολιτική του Κέντρου Υγείας. Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται αξιοπρεπείς, να μην νιώθουν ότι υποβάλλουν αφελείς ερωτήσεις και ποτέ να μην προσβάλλονται. Θα πρέπει η παρουσίαση της υπηρεσίας να γίνεται πάντα με τη θετική της πλευρά και όσο πιο παραστατικά μπορούμε, με τη χρήση εικόνων, φωτογραφιών, βιντεοταινιών, προπλασμάτων, ψηφιακών μέσων. Θα πρέπει να προσθέτονται υλικές αποδείξεις και εικόνες στις θεωρητικές επεξηγήσεις (Freedman 1990).

Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας, πρέπει να αξιολογήσει την προσωπικότητα του. Είναι ευχαριστημένοι με την εμφάνισή του ή την ενεργητικότητα και τον τρόπο έκφρασής του, γενικότερα με το «στυλ» του; Ποιες είναι οι προσωπικές ανάγκες και οι στόχοι; Υπάρχουν επαγγελματικά κίνητρα, και αν ναι, πόσο ισχυρά είναι;

Όμως αναπτυγμένη πρέπει να είναι και η κοινωνική συνείδηση που αναφέρεται στο ενδιαφέρον και τη φροντίδα που πρέπει να δείχνουμε στους ασθενείς μας, στην αλληλοϋποστήριξη του προσωπικού, στην ανταπόδοση προς την κοινότητα.

Απαραίτητη είναι και η συνεχής απόδειξη υπεύθυνης άσκησης του επαγγέλματος. Δεν πρέπει απλώς να προσέρχονται για εργασία, αλλά να παίζουν και σωστά το ρόλο τους σαν επαγγελματίες. Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται με βάση επιστημονικά κριτήρια και δεδομένα και όχι «κατά το δοκούν» του καθενός.

Τέλος, το Κέντρο Υγείας παρέχει ένα κοινωνικό αγαθό, την υγεία. Η κατανόηση αυτού του γεγονότος αποτελεί σημαντικό παράγοντα στις σχέσεις προσωπικού με τους ασθενείς.

**7) Υλική - φυσική απόδειξη (Physical evidence).** Για την παροχή της ιατρικής υπηρεσίας απαιτείται ειδικός τεχνολογικός εξοπλισμός (πχ έδρα, unit, ακτινογραφικό μηχάνημα, κλίβανος, ειδικά εργαλεία, κλπ), ενώ χρησιμοποιούνται αναλώσιμα υλικά για τη διεκπεραίωση του θεραπευτικού έργου. Επίσης εδώ μπορεί να συμπεριληφθεί οποιοδήποτε υλικοτεχνικό στοιχείο υπεισέρχεται στον τρόπο λειτουργίας του Κέντρου Υγείας (π.χ. τηλέφωνο). Απ' όλη την ποικιλία του επαγγελματικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στο Κέντρο Υγείας, καμία συσκευή δεν είναι τόσο σημαντική όπως το τηλέφωνο (Anderson and Hailey 1998). Η σωστή χρησιμοποίηση του τηλεφώνου, συντελεί στη δημιουργία καλής πίστης και εξοικονομεί χρόνο και ενέργεια. Η πρώτη επαφή με το Κέντρο Υγείας γίνεται με το τηλέφωνο και πρέπει να είναι σωστή και αποδοτική. Η γραμματέας πρέπει να είναι ενημερωμένη για την ανάγκη δημιουργίας καλής εντύπωσης. Μία ευχάριστη φωνή, που δείχνει κατανόηση, είναι δυνατόν να πετύχει θαύματα. Το Κέντρο Υγείας θα πρέπει σίγουρα να είναι καταχωρημένο στον τηλεφωνικό κατάλογο (Sanchez 1998)



Έτσι το μάρκετινγκ θα πρέπει να αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος (εξωτερικού και εσωτερικού) μέσα στο οποίο ο ασθενής - χρήστης των ιατρικών υπηρεσιών θα απολαμβάνει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες όπως εκείνος τις θέλει, τη στιγμή που εκείνος εξυπηρετείται, με τον τρόπο που τον βολεύει, σε λογικό κόστος και με προστιθέμενη αξία, που θα προκύπτει εν πολλοίς από τον ανθρώπινο παράγοντα, που είναι το ισχυρότερο στοιχείο στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Κλήμης 2003).

## 2. ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν δημόσιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που παρέχουν το δημόσιο αγαθό της υγείας με πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα.

Τα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα είναι :

- Το κίνητρο για τη δημιουργία και λειτουργία τους δεν είναι το κέρδος αλλά η προσφορά κοινωνικού έργου.
- Η οικονομική συνεισφορά σε αυτούς δε συνεπάγεται και αποκόμιση οφέλους.
- Οι αποφάσεις λαμβάνονται με τη συναινετική ψήφο ενός διορισμένου διοικητικού σώματος.
- Αποτελούν συλλογικό κτήμα όσων λαμβάνουν τις υπηρεσίες τους αλλά και όσων συνεισφέρουν οικονομικά για τη λειτουργία τους (μη ύπαρξη μετόχων).
- Έχουν κοινωνικό προσανατολισμό.
- Στοχεύουν στην κάλυψη της πλεονάζουσας ζήτησης για το αγαθό της υγείας που δεν μπορεί να καλύπτεται από τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

### **Θεωρίες Ανάλυσης Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών – Κέντρων Υγείας**

- **Θεωρία των δημόσιων αγαθών :** Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία που διαμορφώθηκε το 1974 από τον Weisbrod, οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί λειτουργούν ως ιδιωτικοί οργανισμοί που παρέχουν δημόσια αγαθά. Σε μια δημοκρατική κοινωνία κατά τον Weisbrod (1988), ισχύει ο «περιορισμός της ίσης πρόσβασης», επιβάλλεται δηλαδή οι κρατικές αρχές να φροντίζουν ώστε όλα τα μέλη της να καρπούνται τα δημόσια συλλογικά αγαθά, όπως πχ. το δημόσιο αγαθό της υγείας.
- **Θεωρία αποτυχίας της συμφωνίας:** Η ύπαρξη και η αποτελεσματικότητα ενός μη κερδοσκοπικού δημόσιου οργανισμού οφείλεται στην

«ασυμμετρία των πληροφοριών» στο βαθμό που αυτή χαρακτηρίζει την αγορά στα πλαίσια της οποίας λειτουργεί.

➤ **Θεωρία των κρατικών επιδοτήσεων :** Η δημιουργία των μη κερδοσκοπικών οργανισμών οφείλεται στο γεγονός του ότι είναι αποδέκτες κρατικών επιδοτήσεων, άμεσων ή έμμεσων (Fama & Jensen, 1983) πχ. τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία χρηματοδοτούνται βασικά από το κράτος

➤ **Θεωρία του Καταναλωτή :** Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί δημιουργήθηκαν ώστε να δώσουν στους καταναλωτές τον άμεσο έλεγχο του οργανισμού από τον οποίο αποκτούν υπηρεσίες ή αγαθά (Ben-Ner, 1988).

➤ **Θεωρία της Πλεονάζουσας Ζήτησης :** Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί λειτουργούν για να καλύψουν την πλεονάζουσα ζήτηση στο βαθμό που η προσφορά από το δημόσιο τομέα είναι περιορισμένη (Weisbrod, 1977) πχ. τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών που δεν μπορούν να καλυφθούν από τα δημόσια νοσοκομεία.

➤ **Θεωρία της Διαφοροποιημένης Ζήτησης :** Η θεωρία αυτή ερμηνεύει την ανάπτυξη των μη κερδοσκοπικών οργανισμών κυρίως στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης, ως παράγωγο της διαφοροποιημένης ζήτησης ως προς το είδος και την ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο τομέα.

## **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική ένας «ελάχιστος» ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλύπτει τις διαστάσεις (Γούλα, 2007):

1. Αγωγή του γενικού πληθυσμού ή πληθυσμών σχετικά με την πρόληψη ασθενειών, σωματικών και ψυχικών, και την προαγωγή της υγείας.
2. Προώθηση υγιεινών διατροφικών πρακτικών και εξασφάλιση τροφίμων.
3. Εξασφάλιση πόσιμου ύδατος και βασικής υγειονομικής υποδομής στην χώρα.

4. Προστασία μητρότητας και παιδικής ηλικίας και οικογενειακό προγραμματισμό.
5. Εμβολιασμός για λοιμώδεις νόσους.
6. Πρόληψη και έλεγχος ενδημικών νόσων.
7. Φροντίδα ασθενειών - σωματικών και ψυχικών - βλαβών και εν γένει ατυχημάτων.
8. Εξασφάλιση βασικών φαρμάκων για το σύνολο του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα από το 2004 ισχύει συγκεκριμένη νομοθεσία που ρυθμίζει την λειτουργία του συστήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασικός κορμός για την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την εξασφάλιση της υγείας και ευεξίας του πληθυσμού της χώρας, μέσα από ένα οικονομικά βιώσιμο και υψηλής απόδοσης σύστημα Υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό οι παρεμβάσεις στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να εστιάζουν στην ανάπτυξη δομών πρόληψης και αγωγής υγείας, στην ύπαρξη υποδομών σε εξειδικευμένο εξοπλισμό των Κέντρων Υγείας ανοικτής φροντίδας, στη δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου και Συντονισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, στην ανάπτυξη μηχανισμών περίθαλψης και υποστήριξης θυμάτων μεγάλων φυσικών ή άλλων καταστροφών και στην ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιδημιών και καταστροφών, καθώς και στην προώθηση μέτρων για την ασφάλεια στην εργασία (Γούλα, 2007).

Στην Ελλάδα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (Κέντρα Υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυδύναμα Ιατρεία κ.α.) όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς, (Ιατρούς, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, Οδοντιατρεία). Στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα 190

Κέντρα Υγείας και 1.351 περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στις λοιπές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα πολυϊατρεία του ιδρύματος κοινωνικής ασφάλισης (Ι.Κ.Α.) και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. (Οικονόμου, 2004: 14).

Τα βασικά χαρακτηριστικά και η δομή του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα ρυθμίζεται και καθορίζεται από το ισχύον νομικό πλαίσιο. Ο Νόμος 3235/04 (Φ.Ε.Κ. 53 Α'/18-2-04) με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ορίζει ότι ένα σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να περιλαμβάνει (παράγραφος 3, άρθρο 1):

- α. Τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- β. Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας.
- γ. Τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- δ. Τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.
- ε. Την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- στ. Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- ζ. Την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.
- η. Τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Στην παράγραφο 1, άρθρο 2 του ίδιου νόμου καθορίστηκαν οι υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται σε μια υφιστάμενη δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αυτές είναι:

- α. Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία.
- β. Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.,
- γ. Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,
- δ. Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- ε. Άλλοι φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

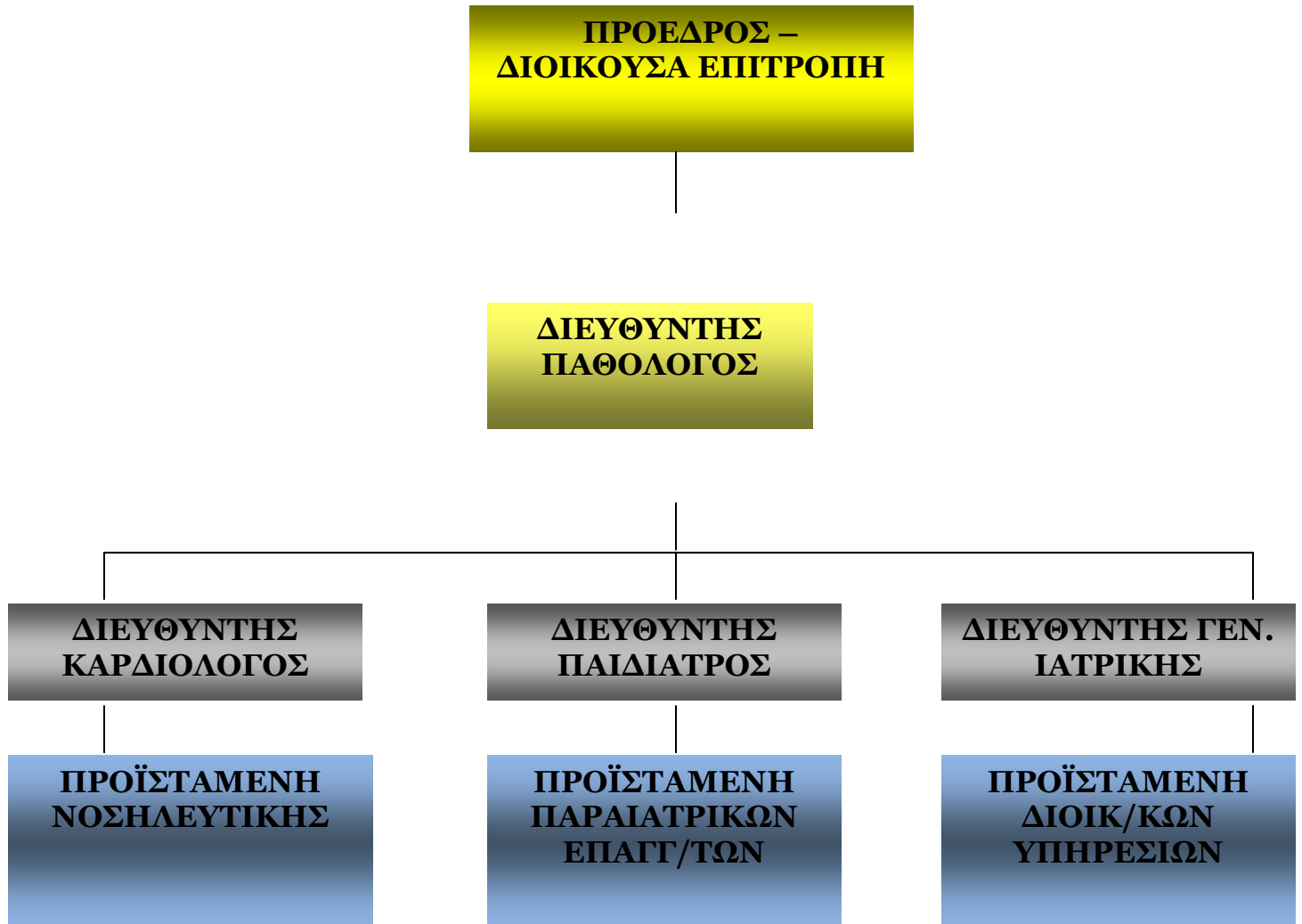
Η δομή του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα στηρίζεται σε τέσσερις «πυλώνες» - δομές:

- Το Ε.Σ.Υ. που απαρτίζεται από τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων και τα εξωτερικά ιατρεία των μονάδων αυτών.
- Την Κοινωνική Ασφάλιση με τα πολυϊατρεία (κατά βάση του Ι.Κ.Α.) και τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς.
- Την Τοπική Αυτοδιοίκηση με τα πολυϊατρεία και τα κέντρα υγείας.
- Τον Ιδιωτικό Τομέα με τους ιδιώτες ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών κλινικών.

### 3. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ

#### Κέντρο Υγείας Καρπάθου –Οργανωτική δομή

Το Κέντρο Υγείας Καρπάθου έχει την εξής οργανωτική δομή σύμφωνα με το Οργανόγραμμα :



## **Κέντρο Υγείας Καρπάθου – Τρόπος διοικητικής λειτουργίας - Αποτελεσματικότητα**

Ο τρόπος άσκησης του μανάτζμεντ στο ΚΥΚ είναι σύμφωνος με το παραδοσιακό μοντέλο δημόσιας διοίκησης που έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 1999):

- Μηχανιστική δομή : οι εργαζόμενοι πρέπει να ελέγχονται στενά και η εξουσία συγκεντρώνεται στην κορυφή
- Αυστηροί κανόνες
- Ιεραρχικές σχέσεις εξουσίας
- Γραφειοκρατία
- Συγκεντρωτισμός : ο βαθμός στον οποίο η εξουσία είναι συγκεντρωμένη στα ανώτατα κλιμάκια είναι υψηλός
- Στενά καθορισμένες αρμοδιότητες και αμοιβές των διοικητικών στελεχών

Το παραπάνω μοντέλο διοίκησης που βασίζεται στην θεωρία περί γραφειοκρατίας του Weber δεν είναι αποτελεσματικό όσον αφορά την εφαρμογή του στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου διότι αυτό το μοντέλο διοίκησης είναι αποτελεσματικό:

- Σε περιπτώσεις μεγάλων και πολύπλοκων επιχειρήσεων και οργανισμών όχι όπως τα Κέντρα Υγείας
- Όταν υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης στο δημόσιο τομέα όχι όπως σήμερα
- Σε σταθερό/μη μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον όχι όπως στο σημερινό δυναμικό περιβάλλον



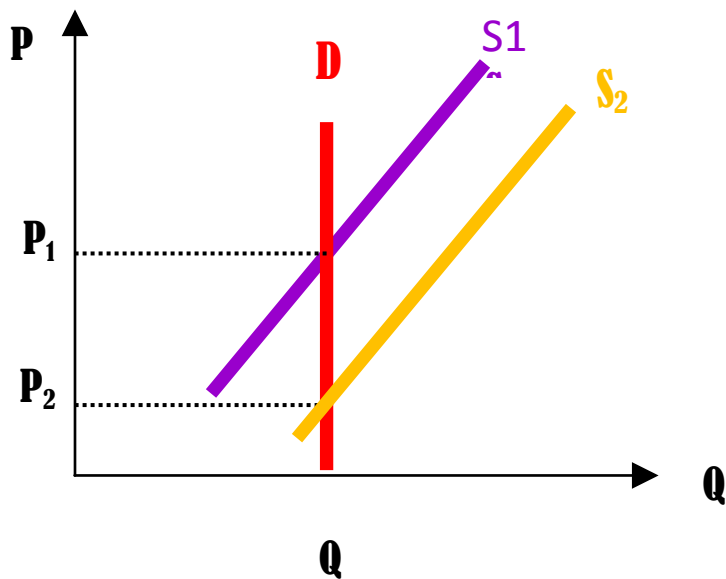
## 4. ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η χρηματοοικονομική διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων προωθεί (Λανάρα Α. Β. 2001):

- Τον χρηματοοικονομικό σχεδιασμό
- Την αποτελεσματικότητα

Για τον καθορισμό της τιμολογιακής πολιτικής των δημόσιων νοσοκομείων λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Το κοινωνικό οριακό όφελος από την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών προς τους πολίτες (θετικές εξωτερικές επιδράσεις-οικονομίες)
- Το κοινωνικό και ιδιωτικό οριακό κόστος προς τους πολίτες (θετικές εξωτερικές επιδράσεις-οικονομίες)



S1 : η καμπύλη ιδιωτικού οριακού κόστους

S2 : η καμπύλη κοινωνικού οριακού κόστους

D : η καμπύλη κοινωνικού οριακού οφέλους

Τα δημόσια νοσοκομεία εφαρμόζουν τιμολογιακή πολιτική φθίνοντος οριακού κόστους εξισώνοντας την τιμή των υπηρεσιών τους με το οριακό κόστος αυτών, κάτι που συνεπάγεται ζημίες καθώς υπάρχει μεγάλος αριθμός νοσοκομείων (Λανάρα Α. Β. 2001). Οι ζημίες αυτές καλύπτονται από τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού. Τα αγαθά που παρέχουν (ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες φροντίδας) είναι τελείως ανελαστικής ζήτησης καθώς είναι πολύ βασικά αγαθά/πρώτης ανάγκης αγαθά.

Απ' ότι βλέπουμε και διαγραμματικά, αυτή η τιμή των υπηρεσιών που παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία είναι κατά πολύ χαμηλότερη από την τιμή που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Το γεγονός ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ζημίες οφείλεται στο υψηλό οριακό κόστος που υπερβαίνει την τιμή των υπηρεσιών τους καθώς έχουν αυξημένο κόστος πρώτων υλών πχ. ιατροφαρμακευτικού υλικού και αναλώσιμων υλικών.

Οι τρόποι χρηματοδότησης των Κέντρων Υγείας είναι με (Δημολιάτης, 2002):

Εκστρατείες Εύρεσης Κεφαλαίων (Δωρεές) : αποτελούν μια αβέβαιη και ανεπαρκή παράλληλα πηγή κεφαλαίου κίνησης

Μακροπρόθεσμο δανεισμό (δάνεια του κράτους από τις τράπεζες ή με έκδοση ομολόγων του Ελληνικού Δημοσίου)

Ένας άλλος τρόπος χρηματοδότησης είναι οι συνεισφορές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμων, Νομαρχιών) και διαφόρων Συλλόγων.

## **5. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Βασικές Λειτουργίες της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού**

Οι βασικές λειτουργίες της Διοίκησης Προσωπικού είναι οι εξής :

- Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού
- Προσλήψεις
- Εκπαίδευση –Ανάπτυξη
- Αξιολόγηση Απόδοσης
- Μεταθέσεις –Προαγωγές
- Πολιτική αμοιβών
- Υγεία –Πρόληψη Ατυχημάτων
- Ωφελήματα Εργαζομένων
- Πειθαρχικά μέτρα – Απολύσεις
- Εργασιακές σχέσεις

### **Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού**

Ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί μια συστηματική και συνεχή διαδικασία ανάλυσης των επιχειρησιακών αναγκών σε ανθρώπινους πόρους κυρίως μακροπρόθεσμα αλλά και βραχυπρόθεσμα ανάλογα με τις απαιτήσεις και τις συνθήκες που μεταβάλλονται.

Οι στόχοι του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού είναι :

- Η εξασφάλιση του αριθμού των εργαζομένων με τις δεξιότητες, εμπειρίες και ικανότητες που απαιτούνται
- Η πιθανή αντιμετώπιση ελλείμματος ανθρωπίνου δυναμικού στο μέλλον
- Η ανάπτυξη ενός άρτια εκπαιδευμένου και ευέλικτου εργατικού δυναμικού που να προσαρμόζεται στις ανάγκες της επιχείρησης-οργανισμού μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο και δυναμικό περιβάλλον
- Ο προγραμματισμός ανθρωπίνου δυναμικού περιλαμβάνει :
- Πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών
- Ανάλυση της προσφοράς των εργαζομένων
- Σχεδιασμός προγραμμάτων για την ικανοποίηση της ζήτησης εργασίας στην αγορά εργασίας
- Παρακολούθηση της εφαρμογής προγραμμάτων

Τον προγραμματισμό του ΚΥΚ τον έκαναν διάφοροι όπως Βουλευτές, Νομάρχες, Έπαρχοι, Νεοδιόριστοι Ιατροί. Σήμερα γίνεται από το ΔΣ του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου βάσει του οργανογράμματος του,

### **Επιλογή Προσωπικού (Προσλήψεις)**

Οι μέθοδοι που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την πρόσληψη προσωπικού είναι οι ακόλουθες :

- Συστάσεις
- Προσωπική Συνέντευξη (δομημένη και μη)
- Ψυχομετρικά Τεστ

- Έντυπες Αιτήσεις Πρόσληψης
- Βιογραφικές μέθοδοι
- Κέντρα αξιολόγησης
- Τεστ και Ερωτηματολόγια προσωπικότητας
- Τεστ ικανοτήτων
- Δείγματα έργου

Η επιλογή στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου γίνεται ανάλογα με τις ελλείψεις που υπάρχουν σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Γίνεται εισήγηση από το Δ/ντή του ΚΥΚ στη Διοικούσα Επιτροπή (ΔΕ) και αυτή με τη σειρά της εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) του Γενικού Νοσοκομείου της Ρόδου (ΓΝΡ). Σε αυτό το στάδιο σταθμίζονται οι ανάγκες του Νοσοκομείου και αν θεωρηθεί απαραίτητη η πρόσληψη του προωθείται η προκήρυξη στον ΑΣΕΠ που είναι και ο αρμόδιος φορέας να δημοσιεύσει της εν λόγω προκήρυξης και να κάνει την επιλογή μεταξύ των υποψηφίων.

Κάτι ανάλογο γίνεται και με τις συμβάσεις ορισμένου χρόνου εποχικού χαρακτήρα, τετράμηνου – εξάμηνου - οκτάμηνου. Όσον αφορά τις συμβάσεις έργου που αφορά την καθαριότητα του ΚΥΚ γίνεται προκήρυξη από το ΓΝΡ και αναλαμβάνει τη σύμβαση ο υποψήφιος με την μικρότερη προσφορά. (Η ΡΟΔΙΑΚΗ, 16/4/2010)

## **Η σημασία της Αξιολόγησης της Απόδοσης**

Η διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική καθώς συμβάλλει στον εντοπισμό των αδυναμιών τους και των δυνατοτήτων για συνεχή βελτίωση και εξέλιξη με σκοπό την υψηλότερη απόδοση των εργαζομένων σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης μέσω της βελτίωσης της απόδοσης των εργαζομένων. (Kotler P., 2001)

Στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου δεν υπάρχει ουσιώδης αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων κάτι το οποίο όμως με τις αλλαγές που θα επέλθουν στη δημόσια διοίκηση θα αλλάξει με την εισαγωγή των δεικτών αποδοτικότητας των δημοσίων υπαλλήλων.

## **Ο ρόλος της Πολιτικής Αμοιβών στην Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού**

Ο καθορισμός των αμοιβών των εργαζομένων είναι έργο της ανώτατης διοίκησης. Συνήθως η πολιτική αμοιβών που ακολουθεί ένα νοσοκομείο πρέπει να καθορίζεται από:

- Την ποιότητα εργασίας των υπαλλήλων του
- Τον ανταγωνισμό μεταξύ των εργαζομένων
- Την ικανότητά του να πληρώσει ελκυστικούς μισθούς

Η πολιτική αμοιβών έχει να κάνει με το Ν.3528/9-2-2007 δημόσιο-υπαλληλικό κώδικα, όπου πέρα από τον αρχικό μισθό που είναι καθορισμένος από της συλλογικές συμβάσεις, υπάρχει το μισθολογικό κλιμάκιο που είναι διαμορφωμένο ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης και την προϋπηρεσία.

## **Παρακίνηση των υπαλλήλων**

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές παρακίνησης των υπαλλήλων :

- Οικονομικά κίνητρα
- Ομαδικά κίνητρα
- Ατομικά κίνητρα επιδόσεων : κίνητρα παραγωγικότητας και επίτευξης στόχων, κίνητρα βελτιώσεων

Στο ΚΥΚ δεν υπάρχει παρακίνηση των υπαλλήλων αλλά με τις αλλαγές που πρόκειται να γίνουν στη δημόσια διοίκηση, θα υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας.

### **Τεχνικές Εκπαίδευσης Προσωπικού**

- Επίδειξη
- Ατομική καθοδήγηση
- Εναλλαγή θέσεων εργασίας
- Mentoring
- Πρακτική άσκηση
- Διάλεξη
- Χρήση οπτικοακουστικών μέσων
- Χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών υπολογιστών
- Εξέταση ατομικών περιπτώσεων
- T-groups & Groups Dynamics

Στο ΚΥΚ δεν υφίσταται εκπαίδευση προσωπικού. Ως γνωστόν η συντριπτική πλειοψηφία των Σεμιναρίων – Συνεδρίων - Ημερίδων γίνονται στο λεκανοπέδιο Αττικής. Το ΓΝΡ ουδέποτε ασχολήθηκε με το θέμα αυτό, δηλαδή, να στείλει π.χ. έναν ιατρό για να εκπαιδεύσει τα πληρώματα του ασθενοφόρου στα επείγοντα περιστατικά. Επίσης σπάνια εγκρίνει κονδύλια για μετακινήσεις προσωπικού με σκοπό την εκπαίδευση. Από την άλλη το ΚΥΚ δεν έχει δικό του προϋπολογισμό για να έχει ευχέρεια της εκπαίδευσης όπως επίσης και το κατάλληλο αριθμό προσωπικού ανά κλάδο, δηλαδή, μόλις φύγει ο μοναδικός καρδιολόγος του το νησί μένει χωρίς της υπηρεσίες του. Το τελευταίο σεμινάριο που έγινε και από τα ελάχιστα είναι το 1998 από κλιμάκιο ιατρών-νοσηλευτών της Πολεμικής Αεροπορίας με θέμα κάρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση(Καμαράτος Α. Δ/ντής ΚΥΚ) .

## **6. ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ «ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΣ» ΚΑΙ «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ»**

### **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006: Αποτελέσματα**

- **Ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** : Δημιουργία νέων Κέντρων Υγείας, βελτίωση των υφιστάμενων σε κτιριακές υποδομές και εξοπλισμό
- **Λειτουργικός Εκσυγχρονισμός Νοσοκομειακών Μονάδων**
- **Ανάπτυξη Δημόσιας Υγείας**

Η χρηματοδότηση του ΕΠ προέρχεται κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και κατά 25% από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (Μαΐστρος Π. 2009)

Στο Ε.Π. «Υγεία - Πρόνοια 2000 - 2006» δεν εντάχθηκε η βελτίωση του Κ.Υ.Κ.

### **Πρόγραμμα «Ι. Καποδίστριας» : Τι προέβλεπε**

Το Πρόγραμμα «Ιωάννης Καποδίστριας» που ψηφίστηκε το 1997 με σχέδιο νόμου με την υλοποίησή του προέβλεπε :

- Τη συγχώνευση 457 Δήμων και 5.318 κοινοτήτων σε 900 δήμους και 133 κοινότητες αντίστοιχα και τον εκσυγχρονισμό τους
- Την μείωση των ΟΤΑ με όραμα τη δημιουργία ισχυρών ΟΤΑ για τη διοικητική αποκέντρωση
- Την αναβάθμιση των υποδομών των Δήμων
- Την δημιουργία τοπικών δημοσίων επενδύσεων

(Μαΐστρος Π. 2009)

Το ΚΥΚ παρέμεινε στη πρότερο κατάσταση, καμία κτηριακή βελτίωση εκτός από κάποιες μικροσυντηρήσεις, ελάχιστες προσλήψεις προσωπικού, ανεπαρκή εκπαίδευση του υπάρχοντος.



## **Πρόγραμμα «Ι. Καποδίστριας» : Στόχοι που δεν επετεύχθησαν**

- Η προσβασιμότητα του κάθε πολίτη στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων
- Η διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των Δήμων
- Η οικονομική ανάπτυξη της περιφέρειας
- Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες
- Η ταχύτητα παροχής υπηρεσιών με ένα κράτος πιο κοντά στον πολίτη

(Μαΐστρος Π. 2009)

## **Ελληνική Δημόσια Διοίκηση και Υγεία : Προβλήματα και Αδυναμίες**

Τα χρόνια προβλήματα είναι τα κάτωθι :

- Μειωμένος βαθμός αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας
- Πολύπλοκο κανονιστικό και νομικό πλαίσιο
- Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών
- Τεράστια γραφειοκρατία
- Διαφθορά, αδιαφάνεια και αναξιοκρατία
- Πελατειακό σύστημα - υψηλή εξάρτηση της δημόσιας διοίκησης από την πολιτική ηγεσία και κυρίως από την εκάστοτε κυβέρνηση
- Κακή σχέση κράτους – πολίτη, έλλειψη εμπιστοσύνης

(Φλωράτος Χ. 2005)

## **Λόγοι που οδήγησαν στην Διοικητική Αποκέντρωση στην Ελλάδα**

- Η πληθυσμιακή άνοδος
- Η μη αποδοτική αξιοποίηση των οικονομικών πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού
  - Η αδυναμία του κράτους να ανταπεξέλθει στις προσδοκίες των πολιτών και η μη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών προς του πολίτες λόγω πολυδιάσπασης των περιφερειακών διοικητικών οργάνων
  - Η έλλειψη συμμετοχής του πολίτη στη δημόσια διοίκηση

- Η συγκρουσιακή σχέση κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης  
(Μαΐστρος Π. 2009)

### **Στόχοι της Ελληνικής Δημόσιας Πολιτικής με τη θέσπιση των προγραμμάτων εκσυγχρονισμού της Δημόσιας Διοίκησης**

- Η διοικητική αποκέντρωση με την ισχυροποίηση των δήμων και κοινοτήτων δηλαδή της ενδυνάμωσης του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Διοίκηση

- Η βελτίωση της παροχής ποιότητας των υπηρεσιών στους πολίτες

- Η μεγαλύτερη ευελιξία στη διακυβέρνηση και η ταχύτητα στη λήψη διοικητικών αποφάσεων

- Η διαφάνεια στη διαχείριση των οικονομικών πόρων

- Η επίτευξη οικονομιών κλίμακας με την αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού

- Ο εκσυγχρονισμός της Δημόσιας Διοίκησης

- Η οικονομική αυτοδυναμία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την οικονομική αυτοτέλεια των ΟΤΑ

- Η βιώσιμη ανάπτυξη της περιφέρειας και των τοπικών κοινωνιών

(Μαΐστρος Π. 2009)

Συνοπτικά το ΚΥΚ την περίοδο <<Καποδίστρια>> ήταν ένα ΝΠΔΔ που παρείχε υπηρεσίες υγείας χαμηλής ποιότητας με υψηλότατο κόστος λόγω ελλείψεις επιστημονικού Μάνατζμεντ όπως ανέλυσα παραπάνω. Ενδεικτικά αναφέρω ότι το ΔΣ του διοριζότανε από τον εκάστοτε Νομάρχη με πολιτική αξιολόγηση. Υπήρχαν πρόεδροι του ΔΣ του οργανισμού που είχαν ως επάγγελμα: Γεωπόνος του Επαρχείου, Ιδιώτης Οδοντίατρος, Δασονόμος, Μηχανολόγος Μηχανικός.

### **Σχέδιο «Καλλικράτης»: Στόχοι**

- Η μεταφορά και ανάθεση πολλών αρμοδιοτήτων που είχαν μέχρι σήμερα οι Νομαρχίες στους νέους Δήμους

- Η μετακίνηση προσωπικού και πόρων σε Δήμους από τις Νομαρχίες με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- Η διοικητική αναδιάρθρωση σε υποδομές, πόρους και προσωπικό με τη συγχώνευση και κατάργηση υπηρεσιών και ΝΠΔΔ
- Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στους πολίτες και η απλοποίηση των συναλλαγών
- Η αύξηση του συντονισμού των μηχανισμών του κράτους που είναι πολύπλοκοι και διακατέχονται από γραφειοκρατία
- Η μεγαλύτερη οργάνωση και ο σχεδιασμός στη Δημόσια Διοίκηση
- Η ταχύτητα και η ευελιξία στην διακυβέρνηση και στον τρόπο λειτουργίας του κράτους
- Η συρρίκνωση τουλάχιστον κατά 30% του κράτους και ένα πιο αποτελεσματικό κράτος που προστατεύει και είναι πιο κοντά στον πολίτη
- Η άσκηση μεγαλύτερου ελέγχου, εποπτείας και αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων προσβλέποντας στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας
- Η ορθολογική χρήση των οικονομικών πόρων του κράτους
- Η αλλαγή της νοοτροπίας στη Δημόσια Διοίκηση
- Η αύξηση της συμμετοχής του πολίτη στην δημόσια διακυβέρνηση

(Μαΐστρος Π. 2009)

Μία ακόμα αλλαγή είναι η ενσωμάτωση της Πρωτοβάθμιας Υγείας αρχές του 2013 στους νέους Δήμους Ν. 3582/7-6-2010/3.Α.α.

# ΟΛΟ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗ»

**Τα 17 βήματα για τη μετάβαση στη νέα δομή της χώρας – Τι αλλάζει στους δήμους και στον τρόπο εκλογής και αποζημίωσης δημάρχων, δημοτικών συμβούλων – Τι θα γίνει με τις μετατάξεις των υπαλλήλων – Οι νέοι θεσμοί και ο Συμπαραστάτης του Δημότη**

**ΘΕΜΑ ΗΜΕΡΩΝ Η ΑΠΟΦΑΣΗ**  
**Ο κύβος ερρίφθη. Ολοταχώς για βοήθεια από Ευρώπη και ΔΝΤ**  
ΣΕΛ. 02, 05-07 & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ** **ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ**  
**Όλες οι αλλαγές. Τι θα ισχύσει από φέτος και ποιοι θα πληγούν**



**Περιμένοντας τον Ταγίρ Ερντογάν...**  
 Η τριάντα τις συμφωνίας Δρούτσα με Νταβούτογλου, η κόκκινη γραμμή της υφαίοκριπιδας και η παγίδα της Χάγης  
ΣΕΛ. 13-15

«Ραχοκοκαλιά» των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που προωθεί η κυβέρνηση αποτελεί ο «Καλλικράτης», το τελικό σχέδιο του οποίου αποκαλύπτει σήμερα ο «ΚΕ». Στο κείμενο του νομοσχεδίου περιγράφεται αναλυτικά το business plan της μετάβασης στη νέα διοικητική δομή της χώρας, οι νέοι θεσμοί που θεσπίζονται, όπως ο Συμπαραστάτης του Δημότη, ο τρόπος εκλογής περιφερειακών και δημοτικών επιτελείων, αλλά και οι διαδικασίες μετατάξεων και μετακινήσεων περίπου 200.000 εργαζομένων. Υπό διαμόρφωση και τελικά έγκριση τελεί το κοροναϊκό... ΣΕΛ. 17-21

## Σχέδιο «Καλλικράτης»: Η προβλεπόμενη νέα οργανωτική δομή και το χρονοδιάγραμμα μετάβασης

Στα παρακάτω σχεδιαγράμματα βλέπουμε την νέα οργανωτική δομή στη Δημόσια Διοίκηση και το χρονοδιάγραμμα μετάβασης στον «Καλλικράτη». (Μαΐστρος Π. 2009)



## Σχέδιο «Καλλικράτης»: Προβληματισμοί

Σχετικά με το πρόγραμμα αυτό διατυπώνονται ορισμένες ενστάσεις ακόμα και από δημάρχους πέρα από συντεχνιακά και πολιτικά συμφέροντα ότι:

- Μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας με τη μείωση ή και κατάργηση ορισμένων θεσμικών φορέων και ειδικά εν μέσω της οικονομικής ύφεσης
- Πιθανόν να δημιουργηθούν κοινωνικών αναταράξεων με τις μετακινήσεις προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- Ίσως οξυνθούν οι κοινωνικές περιφερειακές ανισότητες ανάλογα με τις ανακατανομές που θα γίνουν
- Το πρόγραμμα είναι χρονοβόρο και έχει υψηλό κόστος εφαρμογής
- Δε θα συμβάλει στην ουσιαστική διοικητική αναδιάρθρωση και στην οικονομική, περιβαλλοντική και κοινωνική ανάπτυξη της περιφέρειας και της Τ.Α.

## **Βασικές Αλλαγές-Τομές που σχεδιάζονται στον Τομέα της Υγείας σύμφωνα με το «Πρόγραμμα Καλλικράτης»**

- Μετατροπή μικρών νοσοκομείων σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δηλαδή σε Κέντρα Υγείας αστικού τύπου
- Συγχώνευση 15 μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων σε 5 μόνο
- Συγχωνεύσεις περιφερειακών νοσοκομείων όπου κάθε διοικητική περιφέρεια δε θα διαθέτει πάνω από τρεις διοικήσεις νοσοκομείων
- Ενοποίηση ορισμένων Κέντρων Υγείας με μεγάλα νοσοκομεία στις περιφέρειες
- Κατάργηση των περισσότερων νοσοκομείων και δραστική μείωση του αριθμού τους από 158 που λειτουργούν σήμερα σε μόλις 40
- Αποσυμφόρηση των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων από την αντιμετώπιση μη σοβαρών περιστατικών υγείας (περιστατικά ρουτίνας που αποτελούν το 75% των περιστατικών περίπου) με αντιμετώπιση αυτών από τα Κέντρα Υγείας
- Σημαντικές περικοπές δαπανών (εκτιμώνται στα 4 δις ευρώ) στα δημόσια νοσηλευτικά και νοσοκομειακά ιδρύματα με την πληρωμή φαρμάκων και των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, από τους ίδιους τους πελάτες- ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία παρά τις εισφορές τους στα ασφαλιστικά ταμεία
- Ένταξη τεσσάρων νοσοκομείων του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ.
- Αλλαγές στο σύστημα προμηθειών ιατροφαρμακευτικού υλικού των δημόσιων νοσοκομείων
- Δημιουργία νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας που αφορά το είδος, την έκταση και το ύψος των παροχών ώστε να μην υπάρξουν «ασφαλισμένοι-ασθενείς δύο ταχυτήτων»
- Καθιέρωση νέων δομών και θεσμών όπως τα ολόημερα νοσοκομεία, ο οικογενειακός γιατρός, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με μετακινήσεις νοσηλευτικού προσωπικού στην επαρχία όπου υπάρχουν ανάγκες που δεν καλύπτονται ήδη
- Αποπληρωμή των χρεών του Ε.Σ.Υ. με την έκδοση ομολόγων του Ελληνικού Δημοσίου

➤ Ανέγερση 8 νέων νοσοκομειακών μονάδων στη θέση τους (300-350 κλινών) που θα χρηματοδοτηθούν με την έκδοση ομολόγων και με τη σύναψη τραπεζικών δανείων  
(Μαΐστρος Π. 2009)

**ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΙΣ στα 121 δημόσια νοσοκομεία**

**ΤΙ ΑΝΑΦΕΡΕΙ Η ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

- «Νοσηλείες-εξήρες» ώστε να εξυπηρετείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών
- Ρεκόρ κόστους ανά ημέρα νοσηλείας με 664€ στο «Ανδρέας Συγγρός»
- Στο «κόκκινο» ο «Ευαγγελισμός», εμφανίζει χαμηλά αποδοτικότητα και απαιτούνται μεγάλης κλίμακας παρεμβάσεις
- Επτά νοσοκομεία της Αττικής σε συσκευασία... ενός
- Ιπποκράτειο, Αλεξάνδρα, Σωτηρία, ΚΑΤ, Κρατικό Νίκαιας, Γ. Παπανικολάου, Γ. Ν. Ρεθύμνου & Γ. Ν. Αγ. Νικολάου πάσκουν σε διακρίσιμη ανθρώπινων & οικονομικών πόρων
- Μετατροπή του Γ. Γεννηματός Θεσσαλονίκης σε παιδιατρικό
- Απαρόδεκτες υποδομές στο Γ.Ν. Λάρισας & άλλες μονάδες της περιφέρειας

ΣΕΛ. 4-7

### **Πιθανές Συνέπειες των αλλαγών στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας**

- Συγκεντρωτισμός στην λήψη των διοικητικών αποφάσεων λόγω της κατάργησης αρκετών περιφερειακών νοσοκομείων
- Εξοικονόμηση δαπανών και περιστολή της σπατάλης στον χώρο της δημόσιας υγείας που εκτιμάται στο 40-45% των δαπανών που πραγματοποιούνται
- Αποκέντρωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας με την ενίσχυση του ρόλου του Κ.Υ. και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Εκσυγχρονισμός της δημόσιας υγείας με την ίδρυση πλήρως εξοπλισμένων και σύγχρονων μεγάλων νοσοκομείων
- Αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες
- Πάταξη του πελατειακού συστήματος στον χώρο της Δημόσιας Υγείας που κυριάρχησε για πολλά χρόνια και της διαφθοράς

➤ Κίνδυνος δημιουργίας ανισοτήτων μέσω της ανισοκατανομής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες (πχ. μη ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στην δημόσια υγεία ειδικά αυτών που ζουν στην περιφέρεια και εκείνων που είναι χαμηλότερου εισοδήματος λόγω έλλειψης δυνατότητας αγοράς φαρμάκων)

➤ Απειλή συγκέντρωσης μεγάλου μέρους του πληθυσμού που νοσεί στις μεγάλες πόλεις για την αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών και νοσημάτων στα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία που θα δημιουργηθούν

➤ Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες πχ. μείωση του χρόνου αναμονής των πολιτών λόγω της κάλυψης των ελλείψεων και θέσεων σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τις μετακινήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και με το μη πάγωμα των προσλήψεων

➤ Αύξηση της αποδοτικότητας στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και των δαπανών που θα πραγματοποιούνται για τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους (θετικές εξωτερικές οικονομίες)  
(Φλωράτος Χ. 2005)

### **Προκλήσεις του Σήμερα για τη Νέα Δημόσια Διοίκηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

➤ «Χτίσιμο» ενός ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα μέσω της υψηλής αποδοτικότητας, ποιότητας, καινοτομίας και ανταπόκρισης στις ανάγκες του σύγχρονου ασθενή

➤ Βελτιώνοντας την απόδοση παραμένοντας ταυτόχρονα μέσα στα πλαίσια κοινωνικής ευθύνης και προαγωγής του δημόσιου συμφέροντος

➤ Διοικώντας ένα αυξανόμενο ποικιλόμορφο ανθρώπινο δυναμικό

➤ Χρησιμοποιώντας και αξιοποιώντας νέες τεχνολογίες

(Φαναριού, 1999)

## **7. ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΓΙΑ ΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ**

### **Χρησιμότητα Έρευνας**

Η έρευνα μάρκετινγκ είναι αρκετά χρήσιμη καθώς :

- Αναλύει τις προτιμήσεις των πελατών/πολιτών
- Παρέχει τεχνικές ανάλυσης ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων

### **Στάδια Έρευνας**

- Καθορισμός στόχων
- Ανάλυση της κατάστασης
- Προγραμματισμός και πραγματοποίηση τυπικής έρευνας
- Ανάλυση και παρουσίαση δεδομένων
- Παρακολούθηση αποτελεσμάτων

### **Η Διαδικασία της Έρευνας Μάρκετινγκ**

- Καθορισμός προβλήματος ή στόχων έρευνας
- Επιλογή σχεδίου έρευνας
- Προσδιορισμός δείγματος
- Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων
- Ανάλυση στοιχείων
- Παρουσίαση ευρημάτων
- Ενημέρωση

**Στόχος έρευνας Μάρκετινγκ: Η Διάγνωση των αδυναμιών-προβλημάτων του Κέντρου Υγείας Καρπάθου**

### **Είδη Έρευνας**

- Πρωτογενής έρευνα
- Δευτερογενής έρευνα



Θα χρησιμοποιήσουμε την **Πρωτογενή Έρευνα** διότι έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα :

- Συλλογή στοιχείων με άμεση σχέση με τα προβλήματα (του Κέντρου Υγείας Καρπάθου)
- Άμεσος έλεγχος της μεθοδολογίας
- Συλλογή στοιχείων που δε συγκρούονται
- Καθορισμός αξιοπιστίας στοιχείων

### **Μορφές Έρευνας**

- Διερευνητική Έρευνα
- Έρευνα σε Βάθος : Περιγραφική Έρευνα και Πειραματική Έρευνα

Το είδος έρευνας που θα πραγματοποιήσουμε θα είναι η **Περιγραφική Έρευνα** καθώς :

- Δεν αναλύονται δευτερογενή στοιχεία της αγοράς όπως στη Διερευνητική Έρευνα
- Δεν απαιτείται συνέντευξη με ομάδες όπως στη Διερευνητική Έρευνα
- Γίνεται χρήση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος
- Λαμβάνονται πρωτογενή στοιχεία για μια ορισμένη χρονική περίοδο

### **Είδη δειγματοληψίας**

- Ομαδοποιημένη Δειγματοληψία
- Τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία

Σύμφωνα με τον τελευταίο τύπο δειγματοληψίας, το δείγμα επιλέγεται τυχαία από συγκεκριμένους υποπληθυσμούς πχ. κατά 50% από άντρες και 50% από γυναίκες.

Επίσης εφαρμόζοντας την ομαδοποιημένη δειγματοληψία (stratified sampling), η εφαρμογή της προϋποθέτει τη δημιουργία ομάδων με τα ίδια χαρακτηριστικά και κατόπιν επιλογή από την κάθε ομάδα ξεχωριστά ενός δείγματος.

Η ομαδοποιημένη δειγματοληψία εφαρμόζεται στα πλαίσια μιας περιγραφικής έρευνας.

Η ομαδοποίηση μπορεί να γίνει με κριτήριο την ηλικία ή και το φύλο των ασθενών που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας πχ. με υποκατηγορίες άντρες και γυναίκες

από 18 μέχρι 35 ετών, από 36-60 ετών και από 60+. Άλλος ένας τρόπος υλοποίησης της συγκεκριμένης δειγματοληψίας είναι ο διαχωρισμός του πληθυσμού σε ομάδες ανάλογα με το εισόδημα (ανώτερης, μεσαίας ή χαμηλής εισοδηματικής τάξης) ή την οικογενειακή τους κατάσταση (άγαμος/έγγαμος).

Στην τυχαία συμπλεγματική δειγματοληψία (Cluster Sampling) ακολουθούμε έναν συγκεκριμένο τρόπο για τη διεξαγωγή της έρευνας και την επιλογή του δείγματος χωρίζοντας τον πληθυσμό σε ομάδες με ίδια χαρακτηριστικά πχ. γεωγραφικά, φυλετικά ή εισοδηματικά. Για παράδειγμα μπορούμε να χωρίσουμε το δείγμα σε άνδρες και γυναίκες τυχαία.

Στην απλή τυχαία στρωματοποιημένη (αναλογική) δειγματοληψία (Stratified Random Sampling) επιλέγουμε το δείγμα τυχαία από ομάδες (στρώματα) με ομοιογενή χαρακτηριστικά πχ. ανάλογα με το φύλο, το εισόδημα, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση κλπ. Κάθε ομάδα του πληθυσμού αντιπροσωπεύεται αναλογικά με τυχαία επιλογή.

Στο ερωτηματολόγιο που δημιουργήσαμε παραπάνω έχουμε χωρίσει σε υποκατηγορίες τον πληθυσμό της έρευνας : σε άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών και εφαρμόζουμε **Τυχαία Δειγματοληψία**.

### **Μέθοδοι Συλλογής Στοιχείων**

- Παρατήρηση (προσωπική ή μηχανική)
- Ηλεκτρονική Τεχνική Συλλογή
- Τηλεφωνική Συλλογή-Συνέντευξη
- Προσωπική Συνέντευξη
- Ταχυδρομική Συλλογή

Θα χρησιμοποιήσουμε στην έρευνα που θα πραγματοποιήσουμε την **Προσωπική Συνέντευξη** διότι :

- Προσφέρει ευελιξία και πληρότητα
- Ο βαθμός ελέγχου του δείγματος είναι μεγάλος
- Υπάρχει η δυνατότητα διατύπωσης μη απλοποιημένων ερωτήσεων
- Προσφέρει τη συλλογή πολλαπλών στοιχείων
- Παρέχει τη δυνατότητα άμεσης επαφής και επικοινωνίας

- Δεν παρέχονται απρόσωπες απαντήσεις όπως πχ. στην ηλεκτρονική τεχνική συλλογή στοιχείων
- Δεν υπάρχει επιλεκτική πρόσβαση των ερωτηθέντων όπως πχ. στην τηλεφωνική συνέντευξη
- Δεν υφίσταται μικρή αναλογία απαντήσεων όπως πχ. στην ταχυδρομική συλλογή

### **Πρωτογενή Στοιχεία Έρευνας**

- Ερωτηματολόγιο
- Παρατήρηση
- Πείραμα

Θα χρησιμοποιήσουμε στην έρευνα που θα πραγματοποιήσουμε ως στοιχείο πρωτογενούς έρευνας το **Ερωτηματολόγιο** για τους κάτωθι λόγους :

- Η ανάγκη τυποποίησης των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο αυξάνει την ακρίβεια των στοιχείων και την ταχύτητα συλλογής τους
- Η παρατήρηση συνεπάγεται μεγαλύτερο κόστος και είναι περισσότερο χρονοβόρα

### **Είδη Ερωτηματολογίων**

- Δομημένο Ερωτηματολόγιο με άμεσες ή έμμεσες ερωτήσεις
- Μη Δομημένο Ερωτηματολόγιο

Θα χρησιμοποιήσουμε στην έρευνα που θα πραγματοποιήσουμε **Δομημένο ερωτηματολόγιο με έμμεσες ερωτήσεις** αφού :

- Τα μη δομημένα ερωτηματολόγια ενδείκνυνται για διερευνητική έρευνα κι όχι περιγραφική
- Οι μη δομημένες ερωτήσεις αποτελούν ερωτήσεις που δεν παρουσιάζονται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ερωτώμενους και δε διαθέτουν καθορισμένες απαντήσεις
- Το μη δομημένο ερωτηματολόγιο προσφέρει μικρότερη ακρίβεια στην έρευνα

- Στην περίπτωση μας υπάρχει σχετικά μεγάλη δυνατότητα άμεσης ερώτησης
- Το δομημένο άμεσο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται στην περιγραφική έρευνα σε μεγάλα δείγματα, συμπληρώνεται με ανοικτές ερωτήσεις και προσφέρει την ευκολία στην απάντηση και στην επεξεργασία της
- Το δομημένο έμμεσο ερωτηματολόγιο έχει το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης ακρίβειας και σαφήνειας στις απαντήσεις

### **Είδη Ερωτήσεων**

Οι τύποι κλίμακας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε είναι :

- **Ερωτήσεις κλίμακας σταθερού αθροίσματος**
- **Ερωτήσεις τύπου κλίμακας σημαντικού διαφορικού**
- **Ερωτήσεις κλίμακας Λίκερτ**
- **Διχοτομικές ερωτήσεις**
- **Ερωτήσεις κλίμακας Στάπελ**
- **Ερωτήσεις κλίμακας ταξινόμησης**

### **Χαρακτηριστικά έρευνας -Δείγμα**

Διανείμαμε το παραπάνω δομημένο ερωτηματολόγιο με τις έμμεσες και άμεσες ερωτήσεις σε 100 διαφορετικά άτομα – ασθενείς του Κέντρου Υγείας Καρπάθου. Συνεπώς το δείγμα ήταν 100 ασθενείς και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 80 άτομα. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος δεν είναι τόσο μεγάλος όπως οφείλει να είναι προκειμένου να συναχθούν όσο το δυνατόν γενικεύσιμα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη, παρόλα αυτά, είναι ένας αποδεκτός αριθμός για την εξαγωγή αρχικών συμπερασμάτων και βάση συζήτησης για περαιτέρω έρευνα. Η εμπειρική έρευνα πραγματοποιήθηκε όπως ήδη αναφέρθηκε Κέντρου Υγείας Καρπάθου κατά τις 28/3, 29/3 και 30/3/2011. Αυτό σημαίνει ότι η παρούσα έρευνα, εκτός από εμπειρική έρευνα πεδίου με ποσοτικά χαρακτηριστικά, είναι ταυτόχρονα και μια μελέτη περίπτωσης. Η έρευνα έχει υλοποιηθεί από τον γράφοντα της παρούσας διπλωματικής με τη βοήθεια του προσωπικού του Κέντρου Υγείας. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε όλη τη διάρκεια

του 24ώρου και γενικά, δεν υπήρξαν σημαντικές ή ανυπέρβλητες δυσκολίες και προβλήματα στην προσπάθεια να προσεγγιστούν οι ασθενείς, Πολλοί ασθενείς είτε λόγω προχωρημένης ηλικίας, είτε εγγράμματων δυσκολιών και υστερήσεων, χρειάστηκαν πρόσθετη βοήθεια προκειμένου να συμπληρωθεί επιτυχώς το ερωτηματολόγιο. Το γενικό συναίσθημα από αυτήν την εμπειρική έρευνα ήταν ότι όσο πιο άπειροι είναι οι ασθενείς στις συμπεριφοριστικές έρευνες και ερωτηματολόγια μέτρησης στάσεων και προτιμήσεων, τόσο πιο απρόθυμοι είναι για να εκφράσουν γραπτά τις απόψεις και τα συναισθήματά τους.

Παρόλα αυτά, το ποσοστό απάντησης ήταν πολύ υψηλό (80%) και ο κύριος λόγος για αυτό ήταν η προσωπική εμπλοκή και η διαπροσωπικές σχέσεις και γνωριμίες που είχε το προσωπικό του Κέντρου Υγείας με τους ασθενείς, λόγω γεωγραφικής εγγύτητας.

Η εμπειρική έρευνα μας δίδαξε ότι προκειμένου να υπάρξουν υψηλά ποσοστά θετικής απόκρισης σε τέτοιου είδους έρευνες, ο ερευνητής πρέπει να έχει προσωπική και ενεργό συμμετοχή στην ερευνητική διαδικασία. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει το αντεπιχείρημα ότι ο ερευνητής θα μπορούσε να επηρεάσει την τους ερωτούμενους έτσι ώστε να απαντήσουν προς μια ιδιαίτερη κατεύθυνση, ειδικά με την παροχή των εξηγήσεων σε αυτούς και από την προσωπική του παρουσία καθώς οι ασθενείς απαντούν στο ερωτηματολόγιο. Ο μέσος χρόνος για την ολοκλήρωση κάθε ερωτηματολογίου ήταν όχι περισσότερο από επτά λεπτά, παρόλα αυτά, λίγοι από τους ερωτούμενους παραπονέθηκαν ότι ήταν ένα μεγάλο ερωτηματολόγιο και αντιμετώπισαν δυσκολίες στην απάντησή του.

Το 50% των ερωτηθέντων ήταν άντρες και το 50% γυναίκες. Από τους άνδρες το 10% ήταν ηλικίας μέχρι 18 ετών, το 35% από 36 έως 60 ετών και το 55% ηλικίας άνω των 60 ετών. Από τις γυναίκες αντίστοιχα το άνδρες το 10% ήταν ηλικίας μέχρι 18 ετών, το 25% από 18 έως 35 ετών, το 30% από 36 έως 60 ετών και το 35% ηλικίας άνω των 60 ετών.

Περίπου από 2 στα 3 άτομα από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν επισκεφθεί σπάνια έως πολύ σπάνια το ΚΥΚ τον τελευταίο μήνα ενώ συχνά έως πολύ συχνά έχουν επισκεφθεί τον τελευταίο μήνα το 32,5%.

### **Εργαλεία Διαχείρισης Ποιότητας και Δειγματοληψία**

Στο πλαίσιο της δειγματοληψίας θα χρησιμοποιήσουμε διαγράμματα στατιστικού ελέγχου ως εργαλεία μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και την αξιολόγηση του Κέντρου Υγείας Καρπάθου. Συγκεκριμένα θα κάνουμε χρήση του διαγράμματος Pareto για τον καθορισμό των προβλημάτων του ΚΥΚ ανά προτεραιότητα αλλά και διαγραμμάτων πίτας.

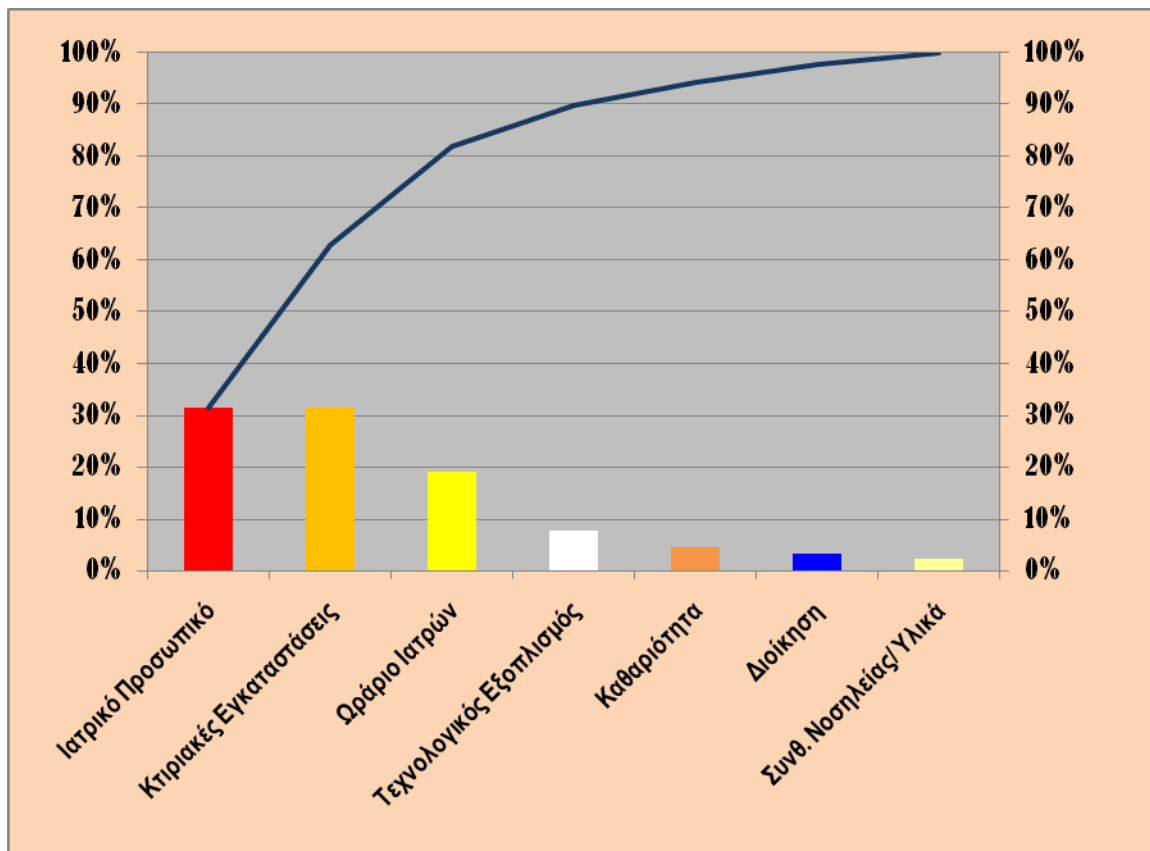
Το διάγραμμα Pareto είναι ένα διάγραμμα στηλών το οποίο βοηθάει στον εντοπισμό των πιο σημαντικών προβλημάτων και αιτιών και ενδείκνυται για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών.

### **Αποτελέσματα Έρευνας**

Σύμφωνα με τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια πρόκειται να εξάγουμε σημαντικά συμπεράσματα για το Κέντρο Υγείας Καρπάθου, την ποιότητα των υπηρεσιών του και όχι μόνο.

Από το σύνολο των 80 ερωτηθέντων, κάθε ηλικίας και φύλου, το 100% δεν είναι ικανοποιημένο με το επίπεδο των υπηρεσιών που έλαβε από όσα ανέμενε πριν επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας. Με βάση τις γνώμες των ασθενών, όπως βλέπουμε στο παρακάτω γράφημα Pareto, το 31,46% θεωρεί ότι το κυριότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη ή ανεπάρκεια ή ακαταλληλότητα του ιατρικού προσωπικού και το ίδιο ποσοστό θεωρεί ότι πρέπει να υπάρξει βελτίωση-επέκταση του κτιρίου του ΚΥΚ ή ανέγερση ενός νέου εντοπίζοντας ως βασικό ζήτημα τις κτιριακές εγκαταστάσεις και υποδομές του κέντρου. Το ωράριο των ιατρών αποτελεί επίσης σημαντικό πρόβλημα κατά 19,1% των ερωτώμενων ενώ το 7,87% την ανεπάρκεια/έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού, το 4,49% η έλλειψη διοικητικού προσωπικού και 1,12% οι συνθήκες νοσηλείας και το ίδιο ποσοστό τα αναλώσιμα υλικά.

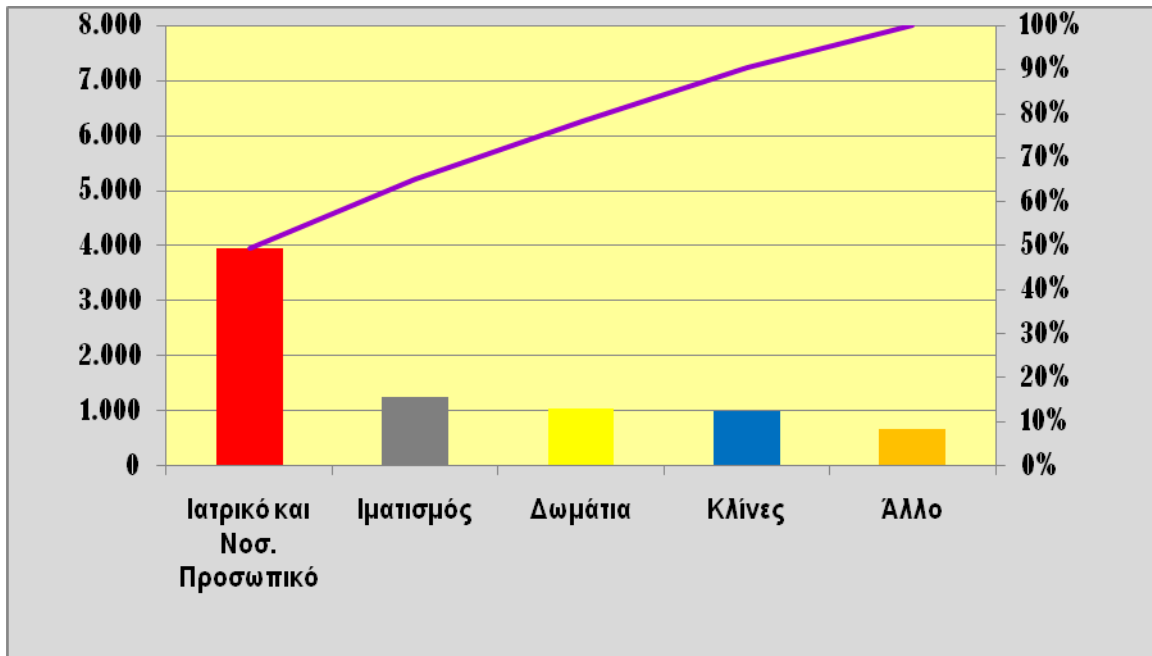
Στο παρακάτω διάγραμμα Pareto στον οριζόντιο άξονα παριστάνουμε το κάθε πρόβλημα, στον κάθετο άξονα αριστερά το ποσοστό στο οποίο εμφανίζεται το πρόβλημα και στον κάθετο άξονα δεξιά το αθροιστικό ποσοστό.



Στην ερώτηση κλίμακας σταθερού αθροίσματος «Να κατανείμετε 100 βαθμούς ανάμεσα στα παρακάτω με βάση τι λείπει περισσότερο» τους περισσότερους βαθμούς όσον αφορά την έλλειψή του από το Κέντρο Υγείας συγκέντρωσε το ιατρικό προσωπικό, 3960 βαθμούς σε σύνολο 8000 ήτοι ποσοστό 49,5%. Ένα ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από το προηγούμενο διάγραμμα Pareto και από το άθροισμα των ποσοστών των δύο προβλημάτων που πρέπει να λυθούν κατά τους ασθενείς, η ακαταλληλότητα και ανεπάρκεια του ιατρικού προσωπικού και το ωράριο των ιατρών (31,46% και 19,1% αντίστοιχα δηλαδή στο σύνολο 50,56%).

Δεύτερος σε ελλείψεις έρχεται ο υματισμός (1260 βαθμοί ήτοι 15,75%) και ακολουθούν τα δωμάτια συγκεντρώνοντας 1030 βαθμούς μόλις και με ποσοστό 12,88% και οι κλίνες με 990 βαθμούς (12,38%).

Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα του ερωτήματος στο κάτωθι διάγραμμα Pareto.



Σε ερώτηση κλίμακας στάπελ για την αξιολόγηση της ποιότητας των δωματίων το 62,5% τη χαρακτηρίζει κακή, το 17,5% πολύ κακή και μόλις το 20% καλή. Υποβάλλοντας π ερώτηση κλίμακας Λίκερτ, το ίδιο ποσοστό (62,5% των ασθενών) χαρακτηρίζει το κόστος παροχής υπηρεσιών υψηλό, το 5% πολύ υψηλό και το 30% χαμηλό.

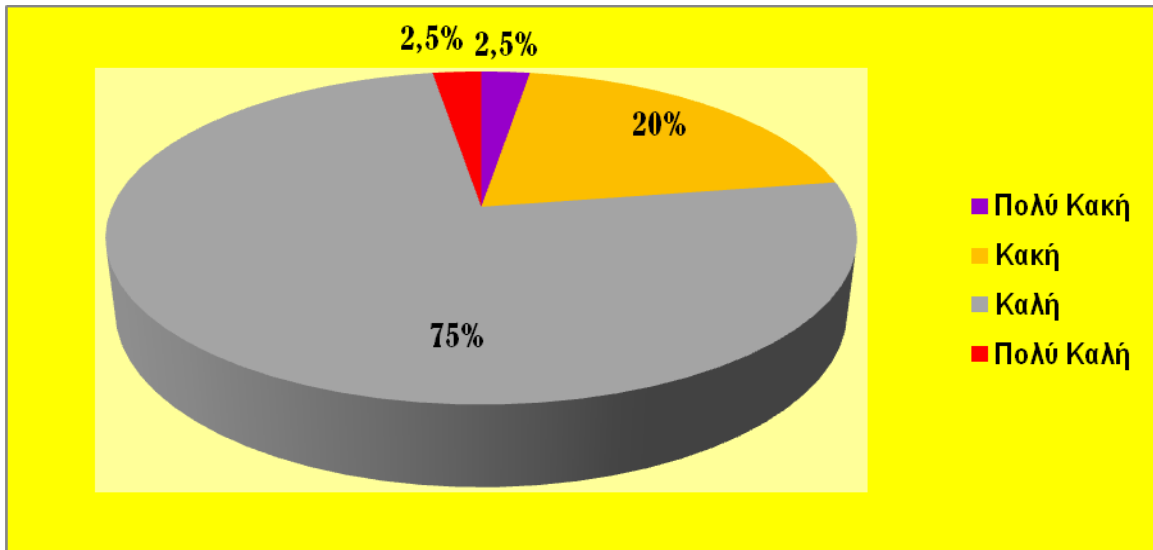
Επίσης η πλειονότητα των ασθενών εντοπίζει πρόβλημα καθαριότητας των κοινόχρηστων χώρων του ΚΥΚ σε ποσοστό 82,5% εκ των οποίων το 65% θεωρεί κακές τις συνθήκες καθαριότητας και υγιεινής στους χώρους, το 17,5% πολύ κακές και μόλις το 15% καλές και το 2,5% πολύ καλές.

Όσον αφορά το χρόνο αναμονής μέχρι την παροχή της ιατρικής υπηρεσίας (νοσηλεία, εξέταση κλπ) οι απόψεις δίστανται με το 52,5% των ερωτώμενων να απαντά θετικά για το πόσο περίμενε και το 47,5% αρνητικά θεωρώντας ότι υπάρχουν καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

Τέλος σε ερώτηση για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του προσωπικού (ευγένεια, ευχάριστη διάθεση, αμεσότητα, συχνότητα επικοινωνίας, πρόσθετες παροχές) καλή εντύπωση έχει το 75% των ερωτηθέντων, κακή το 20%, πολύ κακή 2,5% και πολύ



καλή επίσης 2,5%. Τα αποτελέσματα του τελευταίου ερωτήματος παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα πίτας.



## 8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ερευνητικές ερωτήσεις που τίθενται στην αρχή αυτής της διπλωματικής έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά, αν και μερικές περιοχές παρέμειναν σχετικά ανεξερεύνητες, δηλαδή, η σημασία των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης και η πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την γενική ικανοποίηση των ασθενών και το αναλυτικό προφίλ δημογραφικών χαρακτηριστικών του ικανοποιημένου και του δυσαρεστημένου ασθενή. Εάν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο, πιθανώς αυτές οι ερωτήσεις θα μπορούσαν να απαντηθούν. Ο βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ότι τα δεδομένα που συλλέχθηκαν (crosssectional data) προέρχονται από μια πηγή πληροφοριών – τους ερωτούμενους – και λαμβάνονται μέσα από δομημένα ερωτηματολόγια που απευθύνονται στους ερωτούμενους και απαντιούνται από αυτούς. Αυτού του είδους τα ερωτηματολόγια (self - reported questionnaires) δύνανται να εμφανίσουν το πρόβλημα της διακύμανσης της κοινής μεθόδου (common method variance). Το παραπάνω πρόβλημα δημιουργείται επειδή τα αποτελέσματα εξήχθησαν με το συγκεκριμένο τρόπο, χωρίς να ερωτηθούν άλλες εμπλεκόμενες ομάδες για τα υπό έρευνα ζητήματα που απασχόλησαν τη διπλωματική εργασία. Δηλαδή, θα μπορούσε να ζητηθεί από τα στελέχη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να αξιολογήσουν τη δική τους ικανοποίηση από την εργασία που κάνουν και τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους ασθενείς. Το πρόβλημα της διακύμανσης της κοινής μεθόδου δεν σημαίνει ότι δεν λαμβάνει υπόψη της τις αλληλεπιδράσεις, αλλά οδηγεί σε υποτίμηση των στατιστικών αλληλεπιδράσεων (McClelland & Judd, 1993).

Ένας άλλος περιορισμός έχει να κάνει με τη δυνατότητα της γενίκευσης των αποτελεσμάτων λόγω του ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και σε ένα δεδομένο εργασιακό χώρο, συγκεκριμένα το Κέντρο Υγείας Καρπάθου. Αυτός ο περιορισμός μπορεί μόνο να ξεπερασθεί εάν η έρευνα ήταν διαχρονική (longitudinal) ή πειραματική (experimental) (Vakola & Nikolaou, 2005).

Συμπερασματικά, παρόλο που έχει επιλεγθεί η ποσοτική έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι τα εξαχθέντα στατιστικά αποτελέσματα και οι αλληλεπιδράσεις που προκύπτουν είναι ασφαλή και αξιόπιστα.

Τέλος, ένας τρίτος περιορισμός είναι ο χρόνος, η πρόσβαση και ο περιορισμός των πόρων.

## 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τις απαντήσεις στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε στο Κέντρο Υγείας Καρπάθου και αναλύοντας τα διαγράμματα Pareto που προέκυψαν εξάγονται τα εξής βασικά συμπεράσματα :

➤ Υπάρχει υποστελέγωση σε διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό παρά τη μεγάλη συχνότητα επισκέψεων ασθενών που δέχεται ετησίως (6.000-7.000): έλλειψη ορθοπαιδικού ιατρού, ψυχιάτρου, δεύτερου παιδίατρου, νοσηλευτικού προσωπικού, διοικητικού προσωπικού. Αυτό αποτελεί και το σημαντικότερο πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί.

➤ Ως εξίσου σημαντικό πρόβλημα επισημαίνονται οι κακές κτιριακές εγκαταστάσεις με ανεπάρκεια χώρου

➤ Το ωράριο των ιατρών δεν είναι επαρκές με αποτέλεσμα η μη κάλυψη των βαρδιών να θέτει σε κίνδυνο την υγεία ή και τη ζωή ακόμα των ασθενών λόγω μη έγκαιρης αεροδιακομιδής τους στο Γενικό Νοσοκομείο της Ρόδου

➤ Το κόστος παροχής των υπηρεσιών θεωρείται μεγάλο, πιθανόν λόγω του ότι οι ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία των επειγόντων περιστατικών αναγκάζονται να ταξιδεύουν επιβαρυνόμενοι με τεράστια προσωπικά έξοδα για να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο της Ρόδου

➤ Διαπιστώνονται σχετικές ελλείψεις σε ιματισμό και κλίνες αλλά και ελάχιστες ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά (γάζες, οινόπνευμα κλπ)

➤ Δεν υπάρχει σε γενικές γραμμές κακή συμπεριφοράς του προσωπικού που προσπαθεί να καλύψει τις ελλείψεις που υφίστανται

➤ Οι ασθενείς τείνουν να αισθάνονται ικανοποιημένοι από τα ζητήματα που έχουν άμεσες επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών και στην ψυχολογική τους κατάσταση, δηλαδή, στις στάσεις και συμπεριφορές από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς, τον τρόπο που προσεγγίζουν και περιθάλπουν τον ασθενή οι γιατροί και τις γνώσεις και εμπειρία όλου του προσωπικού που απασχολείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

➤ Οι Έλληνες ασθενείς όπως και οι άλλοι ασθενείς από τον αναπτυγμένο κόσμο, είναι ορθολογικοί καταναλωτές και αξιολογούν την υπηρεσία των φορέων και

υπηρεσιών υγείας που τους παρέχεται, βάση της αποτίμησης του κόστους και ωφέλειας που απορρέει από την επίσκεψή τους στο συγκεκριμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

### **Σχέδιο Καλλικράτης και Κέντρο Υγείας Καρπάθου**

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η λύση που σχεδιάζεται είναι η μεταφορά των 200 Κέντρων Υγείας και 400 μονάδων του ΙΚΑ στους δήμους. Ανάμεσα σε αυτά και το Κέντρο Υγείας Καρπάθου το οποίο πρόκειται να ενταχθεί στην αρμοδιότητα του Δήμου Καρπάθου. Η ανάπτυξη και λειτουργία των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με ευθύνη της τοπικής διοίκησης των Δήμων θα έχει σύμφωνα με την Κυβέρνηση τα εξής οφέλη :

- Θα φέρει την δημόσια διοίκηση και τον γιατρό «πιο κοντά στον πολίτη» βελτιώνοντας τη σχέση κράτους -πολίτη
- Θα βελτιώσει την παρεχόμενη ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών προς τους πολίτες
- Θα καταπολεμήσει το συγκεντρωτισμό των αρμοδιοτήτων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πρόνοιας από τα ανώτερα διοικητικά κλιμάκια στους δήμους
- Θα οδηγήσει σε αύξηση της ταχύτητας επίλυσης των προβλημάτων των φορέων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε πιο άμεσο επίπεδο
- Θα αυξήσει την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των Κέντρων Υγείας

### **Σχέδιο Καλλικράτης και Κέντρο Υγείας Καρπάθου:**

#### **Ενδοιασμοί**

Η λύση που σχεδιάζεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το Κέντρο Υγείας Καρπάθου δεν θεωρείται και η πλέον κατάλληλη για τους παρακάτω λόγους :

- Δεν προβλέπεται σημαντική χρηματοδότηση του ήδη υπερχρεωμένου δήμου Καρπάθου (λόγω της περικοπής των δαπανών των δήμων στα πλαίσια της

περιοριστικής δημοσιονομικής πολιτικής που ακολουθείται) ώστε να εξασφαλίσει τους οικονομικούς πόρους για την βελτίωση του Κέντρου Υγείας

- Η μη επίτευξη των στόχων του «Σχεδίου Καποδίστριας» δεν ευνοεί την διοικητική αποκέντρωση και την επιφόρτιση των δήμων με τη διοίκηση των Κέντρων Υγείας

- Μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της δημοτικής φορολογίας εις βάρος των κατοίκων του νησιού

- Στην περίοδο του <<Καποδίστρια>> ο Δήμος Καρπάθου συνδιοικούσε στο τριμελές Διοικητικό Συμβούλιο του ΚΥΚ με την ύπαρξη ενός Δημοτικού Συμβούλου. Το μοντέλο αυτό δεν λειτούργησε και αυτό φαίνεται από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου. Πως θα μπορέσει η νέα διοίκηση του ΚΥΚ που θα αποτελείτε από μέλη του Δήμου να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες του ΚΥΚ; Υπάρχουν στελέχη Μάνατζμεντ υπηρεσιών στους Δήμους; Θα αυξηθούν τα κονδύλια στους Δήμους; Αν ναι θα είναι αρκετά για όλους;

## 10. ΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η λύση που ενδείκνυται στην περίπτωση του Κέντρου Υγείας στην Κάρπαθου κατά τη γνώμη μου είναι η μετατροπή του σε Ν.Π.Ι.Δ. δηλαδή, στην λειτουργία και διοίκησή του και παροχή των υπηρεσιών του με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Δηλαδή την διοίκηση θα την ασκούν ιδιώτες μέτοχοι με μία πολύ μικρή συμμετοχή του δημοσίου. Θα υπάρχει έλεγχος του τιμολογίου από το Υπουργείο Υγείας όπως και στη ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Το μοντέλο που θα ακολουθηθεί θα στηρίζεται στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού( έχει ψηφισθεί σχετικό νομοσχέδιο προ 15ετίας), ο οποίος θα έχει υπεύθυνη του δύο χιλιάδες κατοίκους με καταχώρηση τους σε ηλεκτρονικό αρχείο. Την οποιαδήποτε παραπομπή ασθενούς σε νοσοκομείο θα την κάνει ο ίδιος(Αγγλικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας).

Είναι αμέσως προφανώς ότι το νησί πλέον χρειάζεται τέσσερις Γενικούς Ιατρούς οι οποίοι θα καλύπτουν τις ανάγκες του νησιού με την συνδρομή πέντε αγροτικών ιατρών και του απαραίτητου παραϊατρικού-διοικητικού προσωπικού. Αυτή τη στιγμή υπηρετούν εννιά ιατροί του ΕΣΥ οι οποίοι οι έξι από αυτούς έχουν το βαθμό του Διευθυντή με ετήσιο μισθολογικό κόστος 400.000 ευρώ περίπου!!!!

Με τη θέσπιση του Οικογενειακού Ιατρού θα έχουμε τέσσερα θετικότερα αποτελέσματα, πρώτο θα μειώσουμε δραστικά το μισθολογικό κόστος του ΚΥΚ, δεύτερο θα παράσχουμε πιο ολοκληρωμένες- ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, τρίτο θα αποσυμφορήσουμε την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και τέταρτο θα ελέγξουμε πλήρως τη συνταγογράφηση των ασθενών η οποία γίνεται τώρα ανεξέλεγκτα.

Επιπλέον θέματα προμήθειας φαρμάκων, υλικών καθαριότητας και τεχνολογικού εξοπλισμού με τη χρήση της τεχνολογίας, θα υπάρχει διαφάνεια όπως και σύστημα παρακολούθησης αποθεμάτων εξοικονομώντας επιπλέον πόρους που σήμερα απλόχερα κατασπαταλώνται με υπερ-τιμολογήσεις των πάντων. Είναι σε όλους γνωστό μέσω της επικαιρότητας ότι την τελευταία δεκαετία τα νοσηλευτικά ιδρύματα δημιουργούν χρέη της τάξεως του 1,5 δισεκατομμυρίου το έτος, τη στιγμή που ο ιδιωτικός τομέας <<ανθίζει>> οικονομικά ακόμα και σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

### **Επιχειρήματα υπέρ της Ιδιωτικοποίησης του ΚΥΚ**

- Δημιουργία κινήτρου για αποτελεσματικότητα του Κέντρου
- Μείωση του δανεισμού του δημόσιου τομέα και εφαρμογή ορθής τιμολογιακής πολιτικής των ιατρικών υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας υγείας
- Αύξηση των δημοσίων εσόδων
- Μειωμένη κυβερνητική και δημοτική επιρροή
- Ενίσχυση του ανταγωνισμού
- Μεγαλύτερη πρόσβαση στην ιατρική τεχνολογία
- Αποδέσμευση από τη γραφειοκρατία και στρεβλώσεις του δημόσιου τομέα

### **Στρατηγική Ποιότητας**

Απαραίτητη προϋπόθεση για πετύχει η παραπάνω λύση είναι η στρατηγική ποιότητας που πρέπει να ακολουθήσει το Κέντρο Υγείας. Η εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) στο Κέντρο Υγείας προϋποθέτει σύμφωνα με το Τρίγωνο Ποιότητας :

- **Ικανοποίηση του πελάτη/ασθενή** : υπηρεσία σωστής ποιότητας
- **Ικανοποίηση των υπαλλήλων** : πρόκληση, σεβασμός και καταξίωση
- **Ικανοποίηση διοικητικών στελεχών** : ανταπόδοση κεφαλαίων επένδυσης

Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη στρατηγική ποιότητας που πρέπει να εφαρμόσει το ΚΥΚ και οι οποίοι προσδιορίζουν τις προσδοκίες του πελάτη/ασθενή είναι :

- Η τιμή
- Η εικόνα της υπηρεσίας
- Η εμπειρία του πολίτη-ασθενή

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών αναφέρεται στην ικανότητα ικανοποίησης των αναγκών. Έτσι και το Κέντρο Υγείας Καρπάθου πρέπει λειτουργώντας με

ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια να στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, των εργαζομένων σε αυτό και της κεντρικής διοίκησης.

Η ισορροπία των παραμέτρων κόστους, χρόνου και ποιότητας δημιουργεί αξία και ανταγωνιστικότητα.

### **Πώς συμπεριφέρεται σήμερα ο Σύγχρονος Πελάτης –Ασθενής ;**

Ο σύγχρονος πελάτης –ασθενής :

- Προσελκύεται εύκολα από ανταγωνιστές (πχ. ιδιωτικά νοσοκομεία)
- Απαιτεί προσωπική εξυπηρέτηση
- Δίνει έμφαση στην ευκολία και στην ταχύτητα
- Έχει μεγάλες απαιτήσεις για ποιότητα
- Έχει περιορισμένο χρόνο
- Ικανοποιείται δύσκολα
- Δε συγχωρεί (πχ. ένα ιατρικό λάθος)
- Είναι περισσότερο ευαίσθητος στην τιμή (πχ. κόστος μιας εξέτασης)



**Τι θέλει ο σύγχρονος πελάτης-ασθενής (διαστάσεις ποιότητας) ;**

- Εμπιστοσύνη
- Αξιοπιστία
- Απτές αποδείξεις
- Ανταπόκριση/Εξαιρετική Εξυπηρέτηση



- Κατανόηση
- Ευγένεια/Θετική διάθεση
- Ενσυναίσθηση/Συναισθηματική Κατανόηση

**Από τι εξαρτάται η ικανοποίηση του πελάτη;**

Από :

- Τις προσδοκίες του
- Το επίπεδο των υπηρεσιών των ανταγωνιστών
- Το Customer Promise
- Την τιμολόγηση της υπηρεσίας
- Τις Φιλικές προς τον πελάτη Διαδικασίες
- Την Ευελιξία
- Το Ανθρώπινο Δυναμικό (εκπαίδευση, γνώσεις κλπ)



**Ικανοποίηση των υπαλλήλων (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) :  
εστίαση στον εργαζόμενο**

Εκτός από τον ασθενή θα πρέπει να εστιάσει και στους υπαλλήλους (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) καθώς αποτελεί έργο της σωστής διεύθυνσης :

- Να ακούει τη φωνή του εργαζόμενου
- Να έχει τη δυνατότητα προσωπικής επιλογής του και ανάπτυξής του

- Να παρακινεί/ενδυναμώνει/εμπυγχώνει
- Να εκπαιδεύει σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Να αφιερώνει χρόνο στον εργαζόμενο να ακούσει τα προβλήματα του
- Να εμπλουτίζει το έργο του
- Να τον κάνει να αισθάνεται ικανός αναθέτοντάς του ευθύνες
- Να κάνει job rotation
- Να εστιάζει στην αναγνώριση και καταξίωση
- Να ανταμείβει και να ελέγχει την απόδοσή του

## 11. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που εξάγονται από αυτή την μελέτη, είναι ένα ενδιαφέρον υλικό και μπορούν να επεκτείνουν τη γνώση που έχουν τα στελέχη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου να επανασχεδιάσουν και τις τρέχουσες οργανωσιακές και λειτουργικές τους πρακτικές (Zineldin, 2006) στοχεύοντας προς την παροχή υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών για τους πελάτες – ασθενείς τους.

Μια άλλη μελέτη, σε μεγαλύτερης κλίμακας δείγμα και πιθανώς από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές στην Ελλάδα, αλλά και μια μελέτη που θα συγκρίνει την ικανοποίηση των ασθενών από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρουσα. Με άλλα λόγια, συστήνεται να υλοποιηθεί μια μελέτη πεδίου βασισμένη σε ασθενείς από διαφορετικά Κέντρα Υγείας και από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας. Επίσης, αυτή η μελέτη θα μπορούσε να ενισχυθεί περαιτέρω από απαντήσεις που θα έδιναν οι ίδιοι ασθενείς σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους – η πρώτη αμέσως μετά από την έξοδό τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα και η δεύτερη ένα χρονικό διάστημα, π.χ., έξι μήνες, μετά από αυτή την έξοδο. Ο στόχος είναι να εντοπισθούν οι διαφορές στις απαντήσεις των ασθενών και να αξιολογηθούν οι αιτίες που προκάλεσαν αυτές τις διαφορές.

Επιπλέον, οι διαπολιτισμικές μελέτες αυτού του τομέα είναι ιδιαίτερα πολύτιμες, δεδομένου ότι τα στοιχεία από αυτές θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τα στελέχη του συστήματος υγείας για να οδηγηθούν σε συγκριτικές επιδόσεις (benchmarking) και να διαμορφώσουν βέλτιστες πρακτικές (best practices) που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Τέλος, οποιαδήποτε μελλοντική μελέτη πρέπει να έχει και κάποιας μορφής ποιοτική έρευνα, δεδομένου ότι οι προσωπικές απόψεις και οι αξιολογήσεις όχι μόνο των ασθενών αλλά και του προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είναι πολύ σημαντικές προκειμένου να υπάρξει μια περισσότερο ξεκάθαρη και ολοκληρωμένη εικόνα για την ικανοποίηση των ασθενών.

## 12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα γραπτή εργασία εξετάσαμε την κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μελετώντας την περίπτωση του Κέντρου Υγείας Καρπάθου, χρησιμοποιώντας ως βασική συνιστώσα την επιστήμη-έννοιες του Μάρκετινγκ. .

Διαπιστώσαμε σημαντικά προβλήματα, ελλείψεις και παραλείψεις όπως η ανεπάρκεια ιατρικού προσωπικού, οι ελλειψείς κτιριακές υποδομές, η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού. *Δύο όμως είναι πολύ σημαντικά το Ιατρικό προσωπικό και η Διοίκηση.* Επισημάναμε τη λύση που σχεδιάζεται από την κυβέρνηση ως ανεπαρκή για λόγους που εξηγήσαμε και προτείναμε ως εναλλακτική λύση την μετατροπή του ΚΥΚ σε Ν.Π.Ι.Δ. αιτιολογώντας την επιλογή μας αυτή.

Η άσχημη οικονομική κατάσταση στη οποία βρίσκετε η πατρίδα μας και η γενική κατάσταση την οποία είναι το ΕΣΥ δεν επιτρέπουν σχεδιασμούς τύπου Καλλικράτη στην υγεία, πιστεύω ότι αυτό το << οικοδόμημα>> δεν έχει μέλλον γιατί στηρίζεται σε δήμους οι οποίοι σήμερα από μόνοι του δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα οικονομικά-εργασιακά τους προβλήματα, ήδη τα συνολικά τους χρέη ξεπερνούν το ένα δισεκατομμύριο ευρώ.

Επιπλέον οι Δήμοι έχουν αποτελέσει θέματα σε πορίσματα από το Συνήγορο του Πολίτη αλλά και από τον Επιθεωρητή της Δημόσιας Διοίκησης που αφορούν, παράνομες προσλήψεις προσωπικού, κατασπατάληση-κακοδιαχείριση πόρων προς όφελος των δημάρχων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Τι ηλικία έχετε ;

Μέχρι 18	18-35	36-60	Άνω των 60

*(ερώτηση κλίμακας σημαντικού διαφορικού)*

2. Συμπληρώστε το φύλο σας :

ΑΝΤΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ

*(διχοτομική ερώτηση)*

3. Πόσο συχνά έχει τύχει να επισκεφθείτε το Κέντρο Υγείας το μήνα; (Βάλτε έναν αριθμό ανάλογα με τη συχνότητα των επισκέψεών σας από 1 = Πολύ σπάνια 2=Σπάνια 3=Συχνά 4 = Πολύ συχνά

1=Πολύ σπάνια	2=Σπάνια	3=Συχνά	4=Πολύ συχνά

*(ερώτηση κλίμακας σημαντικού διαφορικού)*

4. Να χρησιμοποιήσετε αρνητικούς αριθμούς εάν αξιολογείτε αρνητικά τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού για ευγένεια, σεβασμός, καλωσόρισμα, προθυμία, την ταχύτητα επίλυσης των προβλημάτων, των παραπόνων σας κατά την νοσηλεία και κατά τη διαμονή σας στο Κέντρο Υγείας και θετικούς εάν την αξιολογείτε θετικά.

#### ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ- ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

-2 Πολύ κακή -1 Κακή 1 Καλή 2 Πολύ Καλή

(ερώτηση κλίμακας στάπελ)

5. Πώς κρίνετε την ποιότητα των δωματίων του Κέντρου Υγείας ;  
-2 Πολύ κακή -1 Κακή 1 Καλή 2 Πολύ Καλή

(ερώτηση κλίμακας στάπελ)

6. Πώς θα χαρακτηρίζατε το κόστος παροχής των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας(είσοδος, εξετάσεις) ;  
-2 Πολύ Υψηλό -1 Υψηλό 1 Κανονικό 2 Χαμηλό

(ερώτηση κλίμακας στάπελ)

7. Αξιολογείτε το χρόνο αναμονής σας (πόσο περιμένατε) μέχρι την εξέταση, διάγνωση του προβλήματος και γενικά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό ;  
-2 Πολύ κακές -1 Κακές 1 Καλές 2 Πολύ Καλές

(ερώτηση κλίμακας στάπελ)

8. Να χρησιμοποιήσετε αρνητικούς αριθμούς εάν αξιολογείτε αρνητικά την υγιεινή και καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων του Κέντρου Υγείας (υποδοχή γραμματείας, διάδρομοι, δωμάτια νοσηλείας, wc κλπ) και θετικούς εάν την αξιολογείτε θετικά.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΩΝ ΧΩΡΩΝ

-2 Πολύ κακή -1 Κακή 1 Καλή 2 Πολύ Καλή

(ερώτηση κλίμακας στάπελ)

9. Να κατανείμετε 100 βαθμούς ανάμεσα στα παρακάτω με βάση τι λείπει περισσότερο:

Φάρμακα, αναλώσιμα και χειρουργικά υλικά (πχ. γάζες)	
Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό – εφημερίες	
Κλίνες	
Ιματισμός	
Δωμάτια	
Άλλο	
ΣΥΝΟΛΟ	100

*(ερώτηση κλίμακας σταθερού αθροίσματος)*

10. Ταξινομείστε χρησιμοποιώντας αριθμούς (1 Πολύ Κακή, 2 Κακή, 3 Καλή, 4 Πολύ Καλή) τι από τα παρακάτω σας έκανε θετική-αρνητική εντύπωση από το νοσηλευτικό προσωπικό :

Ευγένεια	
Ευχάριστη διάθεση	
Αμεσότητα	
Συχνότητα επικοινωνίας	
Πρόσθετες υπηρεσίες	

*(ερώτηση κλίμακας ταξινόμησης)*

11. Είστε ικανοποιημένος/η από τις κτιριακές υποδομές και εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας :

ΝΑΙ  ΟΧΙ

*(διχοτομική ερώτηση)*

12. Μείνατε ικανοποιημένος/η σε σχέση με όσα αναμένατε ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

*(διχοτομική ερώτηση)*

13. Τι πιστεύετε ότι πρέπει να κάνει η διοίκηση του Κέντρου Υγείας για να βελτιώσει τις υπηρεσίες που παρέχει ;

*(ανοικτού τύπου ερώτηση)*



## ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anderson S., Hailey W., «Seven Deadly Leadership Sins», Dent. Pract. Management, summer, 26-27, 2002
- Anderson S., Hailey W., «Six Proven Marketing Ideas», Dent. Pract. Management, spring, 11-15, 1998
- Bedi R., Gulati N., McGraith C., «A Study of Satisfaction with Dental Services among Adults in the United Kingdom», Brit. Dent. J., 198(7):433-437, 2005
- Belfield CR., Morris ZS. Bullock AP., Frame JW., «The Benefits and Costs of Continuing Professional Development(CPD) for General Practice: a Discussion», Eur. J. Dent. Educ., 5:47-52, 2001
- Ben-Ner, 1988, «Comparative Empirical Observations on Worker-Owned and Capitalist Firms. » International Journal of Industrial Organization 6-1: 7-31.
- Bennett AR., «Marketing: Can There Ever Be a Real Exchange of Values in the Health Service?», J. of Health Care Quality Assurance, 6(3):17-19, 1993
- Blythe J., «Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ», εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα, 1998
- Booms BH. Britner MJ., «Marketing Strategies and Organisation Structures for Service Firms», Marketing of Services, J. Donnelly and WR. George eds, American Marketing Association, Chicago, IL., 1981
- Campbell M., Coillet K., «An Activity Service of Dentists», Aust. Dent. J., 16:22, 1971
- Cinotti WR., Grieder A., Sprinkob VK., «Applied Psychology in Dentistry», CV Mosby Co., St. Louis, 1972
- De Crescenzo S., «Marketing your Dental Practice Legally and Ethically», NY State Dent. J., 68(4):26-28, 2002
- Donabedian A., «The Definition of Quality and Approaches to its Assessments», Anne Arbor, Health Administration Press, Michigan, 1980
- Fama, Eugene F. and Jensen, Michael C., Separation of Ownership and Control. Michael C. Jensen, FOUNDATIONS OF ORGANIZATIONAL

STRATEGY, Harvard University Press, 1998, and Journal of Law and Economics, Vol. 26, June 1983. Διαθέσιμο στο: <http://ssrn.com/abstract=94034> or doi:10.2139/ssrn.94034

- Freedman GA., «Photomarketing in Dentistry: the Instant Photo Option», J. Dent. Pract. Adm. 7(1)35-38, 1990
- Gronroos C., «An Applied Service Marketing Theory», Europe. J. of Marketing, 7(16), 1982
- Henkoff R., «Service is Everybody's Business», Fortune, June, pp. 48-60, 1994
- Heskett J., Jones T., Loveman G., Sasser E., Schlesinger L., «Putting the Service-Profit Chain to Work», Harvard Business Review, March-April, pp. 164-74, 1994
- Jupp A., «Embracing Change: An Advanced Guide to the Business of Dentistry», Canada, 2004
- Kotler P.,: Strategic marketing for non– profit organizations, ed. Prentice Hall, Upper Saddle River N.J. 2001
- Kotler P., «Marketing Management: Analysis, Planning, Implementanion and Control», Prentice Hall, 1997
- Kotler P., Armstrong G., «Marketing, an Introduction», 4th edit., Prentice Hall, 1997
- Kotler P., Clarke R., «Marketing for Health Care Organizations», Prentice Hall, 1997
- Levin RP. «The Best Form of Marketing», Compend. Contin. Educ. Dent. 25(9):648-650, 2004
- Lipscomb J., Douglass CW., «A Political Economic Theory of the Dental Care Market», Am J. Public Health, 72(7):665-675, 1982
- McStravic S., «Healthcare Marketing Turns 25», Marketing Health Services, 22(4)44. 2002

- Mooney H., «Marketing Intelligence Unit, to Guide Trusts into New Era», Health Service J., 115(5944):5, 2005
- Palmer A., Cole C., «Services Marketing: Principles and Practice», Prentice Hall, 1995
- Peter M. Ginter, Linda E. Swayne, W. Jack Duncan, (2002): «Strategic Management of Health Care Organizations», Blackwell Publishers, 4th edition.
- Rutsohn P., Ibrahim NA., «An Analysis of the Demand for Regular Dental Healthcare: Implications for Marketing», Health Marketing Quarterly, 17(3):25-37, 2000
- Rynne TJ., «Transitioning Health Care Marketing into the 21st Century», Marketing Health Services, 19(2):10-14, 1999
- Sanchez PM., «Professional Dental Services: the Yellow Pages Advertising Decision», Health Marketing Quarterly, 15(3):95-104, 1998
- Schwartz S., «Coaching for a Winning Dental Team», The J. of Contemporary Dental Practice, 1(3):1-6, 2000
- Schwartz S., «Getting to Know you», The J. of Contemporary Dental Practice, 3(4):54-65, 2002
- Staff MHS, «Facing the Future», Marketing Health Services, 22(3):24-27, 2002
- Stamatis D.H.,: «Total Quality Management in Health Care», Health Care Financial Management Association 1996
- Thomas G., «Bridging the communication gap», Dent. Pract. Management, summer, 44-45, 1999
- Thomas RK., «How far Have we Come?», Marketing Health Services, 22(4)36-41, 2002
- Thomas RK., «Treating Patients like Customers», Marketing Health Services, 23(2):38-43, 2003
- Waldman C., «Partners in Excellence», Dent. Pract. Management, summer, 22-27, 2000

- Wathen WF., «From Need-based to Want-based Dentistry: redefinition of a profession», *Quintessence International* 27(7):145, 1998
- Weisbrod A. Burton «The voluntary nonprofit sector: an economic analysis» Lexington Books, c1977. pp116-119
- Weisbrod A.Burton, «The nonprofit economy», Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988 pp. 246-251
- Weiss R., «Don't Forget about the Office Staff», *Marketing Health Services*, 23(2):10-11, 2003
- White JG., Slabber J., Schreuder A., «Patient Managements Expectations and Perceptions of Service Quality in a Dental Training Hospital», *SADJ*, 56(4):203-208, 2001
- Zeithalm V., Britner MJ., «Services Marketing», McGraw-Hill, 1996
- Αθανασούλη Θ., Μωραϊτάκη-Τσάμη Α., «Η Αξιολόγηση στην Οδοντιατρική Περίθαλψη», 7ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, Πειραιάς, 1987
- Αθανασούλης Χ., «Μάρκετινγκ Υπηρεσιών», εκδ. Σταμούλη, 1996
- Αρχοντάκη Α., «Εργασιακοί Παράγοντες που Προκαλούν Stress στον Οδοντίατρο», Διδακτορική Διατριβή, Οδοντ. Σχολή Πανεπ. Αθηνών, 1994
- Βλασιάδης Κ., Κουτσαμάνη Μ., Σκουτέρης Χ., «Η Εφαρμογή του Marketing στη Διοίκηση Οδοντιατρικών Μονάδων», *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(99):36-38, 2006
- Γ. Δημολιάτης 2002: «Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γ. Κυριόπουλος 2000: «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γούλα Α. (2007): Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. Η Ελληνική Πραγματικότητα και Πρακτική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Γούναρης Σ., «Μάρκετινγκ Υπηρεσιών», εκδ. Rosili, Αθήνα, 2001
- «Η ΡΟΔΙΑΚΗ», Εφημερίδα της Ρόδου, Φύλλο 16/4/2010

- Θεοδώρου Μ., «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 3(1): 41-47, 1992
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.: «Συστήματα Υγείας» Εκδόσεις Παπαζήση, 1999
- Καρκατσούλης Π., «Το Κράτος σε Μετάβαση: Από τη Διοικητική Μεταρρύθμιση και το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ στη Διακυβέρνηση», Εκδόσεις Ι. Σιδέρη, Αθήνα, 2004
- Κλήμης Σ., «Μάρκετινγκ και Δημόσιες Σχέσεις στο Χώρο της Υγείας», Ασφαλιστική Αγορά, 313:34-36, 2003
- Κλήμης Σ., «Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας: ο Διακριτός Ρόλος του στη Στρατηγική, το Σχεδιασμό και την Παροχή Ολοκληρωμένων Υπηρεσιών», Ασφαλιστική Αγορά, 312:34-37, 2003
- Κουτούζης Μ., Δίκαιος Κ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας», εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
- Λανάρα Α. Β. (2001): Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο), Εκδόσεις Ηγεσία, Αθήνα
- Λιονής Χ., Μερκούρης Μ.Π.. (2000): «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12: 7-9-2000
- Μαΐστρος Π. 2009, «Τα τρία κύματα μεταρρυθμίσεων της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Νιάκας Δ., «Management στις Υπηρεσίες Υγείας και η Εξασφάλιση της Ποιότητας των Παρεχομένων Υπηρεσιών», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2(4):3-12, 1993
- Νόμος 3235/04, Φ.Ε.Κ. 53 Α'18-2-04, παράγραφος 3, άρθρο 1
- Οικονόμου Χ.,: Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004

- Ουλής Κ., Λαγουβάρδος Π., «Ομαδική Άσκηση Οδοντιατρικής», εκδ. Ακίδα, Αθήνα, 1995
- Παντουβάκης Α., Λυμπερόπουλος Κ., «Μάρκετινγκ 2, τόμος Α», εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα, 2000
- Πολύζος Ν., «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Δείκτες Νοσοκομειακού προϊόντος», Επιθεώρηση Υγείας, 6(33):95-102, 1995
- Σιγάλας Ι., «Ο Εκσυγχρονισμός των Ελληνικών Νοσοκομείων: Προϋπόθεση Απαραίτητη για την Επιτυχία της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης», Επιθεώρηση Υγείας, τεύχος 44, Ιανουάριος-Φεβρουάριος, σ.81-85, 1997
- Τρακατέλλης Α., Κατσουγιαννόπουλος Β., Σιγάλας Ι., Βαβύλη Φ., Μαγκλαβέρας Ν., Αντωνοπούλου Α., «Διερεύνηση Δικτύου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Περιοχής Κεντρικής Μακεδονίας», Ερευνητικό Πρόγραμμα ΑΠΘ, Αριστ. Πανεπ. Θεσσαλονίκης, 1993
- Τσιόγκας Γ., «Μάρκετινγκ στην Οδοντιατρική», 21ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη, 2001 139
- Υφαντόπουλος Ι.: «Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική», Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα. 2003
- Φαναριώτη Π., Δημόσια Διοίκηση, αποκέντρωση και αυτοδιοίκηση, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα 1999
- Φλωράτος Χ., Η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση : αδυναμίες, μέτρα εξυγίανσης, Εκδόσεις Αρσενίδη, Αθήνα, 2005