

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ικανοποίηση ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες
οικονομικής κρίσης

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΛΕΦΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΤΣΙΟΤΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ικανοποίηση ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΛΕΦΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΤΣΙΟΤΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	6
Περίληψη	7
Abstract	9
Κεφάλαιο 1 ^ο	11
Εισαγωγή	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 2 ^ο	13
Ορισμοί σχετικά με την ικανοποίηση ασθενών	13
2.1 Πεδίο μελέτης: Γ.Ν Κιλκίς	14
Κεφάλαιο 3 ^ο	16
Γενική αναφορά στην ποιότητα	16
3.1 Ορισμός ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	16
3.1.1 Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας	17
3.1.2 Η επίδραση των εργαζομένων στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών	18
3.2 Γιατί η ποιότητα είναι σημαντική για τα νοσοκομεία	19
Κεφάλαιο 4 ^ο	22
Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	22
Κεφάλαιο 5 ^ο	23
Ποιότητα στην βιομηχανία και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	23
5.1 Η ποιότητα στην βιομηχανία – συνοπτική αναδρομή	23
5.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας – συνοπτική αναδρομή	27
5.2.1 Τα πρότυπα που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας	30
5.3 Η κρίση των τελευταίων ετών – συνοπτική αναδρομή	32
5.4 Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας	34
5.4.1 Υγειονομική περίθαλψη	35
5.4.2 Φαρμακευτική δαπάνη	36
5.4.3 Παράγοντες του κράτους πρόνοιας που συνέβαλαν στην οικονομική κρίση στην Ελλάδα	37
Κεφάλαιο 6 ^ο	39
Οφέλη από την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών σε ένα νοσοκομείο	39

Κεφάλαιο 7^ο	41
Οικονομική κρίση – πως επηρεάζει τα άτομα αλλά και τις υπηρεσίες που προσφέρει ένα νοσοκομείο	41
7.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας	41
7.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	43
7.3 Οι επιπτώσεις στο ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα υγείας	45
7.3.1 Μελέτες για τις υπηρεσίες υγείας στην ΕΕ	46
7.4 Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας	47
7.5 Μέτρα που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	48
7.6 Επιπτώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό	50
Κεφάλαιο 8^ο	54
Συσχέτιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 9^ο	56
Μεθοδολογία της έρευνας	56
9.1 Σχεδιασμός της έρευνας	56
9.2 Ερευνητικά ερωτήματα	57
9.3 Είδος έρευνας	57
9.4 Πληθυσμός αναφοράς και επιλογή δείγματος	58
9.5 Πιλοτική μελέτη	58
9.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	59
9.7 Ζητήματα δεοντολογίας	60
9.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων έρευνας	60
Κεφάλαιο 10^ο	61
Αποτελέσματα της έρευνας	61
Κεφάλαιο 11^ο	88
Συμπεράσματα – συζήτηση – προτάσεις	88
11.1 Συμπεράσματα - συζήτηση	88
11.2 Προτάσεις	92
Βιβλιογραφία	95
Παραρτήματα	109

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο έρευνας	109
Παράρτημα Β: Έγκριση έρευνας από Γ.Ν Κιλκίς	115

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Γεώργιο Τσιότρα για τις πολύτιμες συμβουλές και καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που μου συμπαραστάθηκε και με στήριξε όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την διοίκηση του νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα, καθώς και όλους τους ασθενείς για την διάθεση και θέληση που επέδειξαν για να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα στο τμήμα τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών ενός ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν α) η εύρεση του ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών που προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά του συγκεκριμένου νοσοκομείου, β) η εύρεση των πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και γ) η ανίχνευση του βαθμού στον οποίο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ικανοποίηση των ασθενών.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον μήνα Μάρτιο 2016 από ένα τυχαίο δείγμα ασθενών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Διαμοιράστηκαν 140 ερωτηματολόγια ενώ συλλέχτηκαν 100. Το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων βρέθηκε στο 71,4%. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, το οποίο καταρτίστηκε με την βοήθεια παρόμοιων μελετών και προσαρμόστηκε για την μέτρηση παραγόντων που δύναται να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς που προσήλθαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και επισκέφτηκαν το τμήμα των εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών το 67% έμεινε από πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, από τους ερωτηθέντες που προσήλθαν στο νοσοκομείο ως προγραμματισμένο ραντεβού, το 90% έμεινε από πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες του παρόντος τμήματος, ενώ από τους ερωτηθέντες που προσήλθαν ως επείγον περιστατικό το 57,15% έμεινε από πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο. Από την άλλη πλευρά, για να διαπιστωθούν παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman βρέθηκε ότι όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο τείνει η ικανοποίησή τους να αυξάνει. Ακόμη παρατηρούμε, ότι η επιθυμία επίσκεψης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μελλοντικά επηρεάζεται μέτρια και σε αρνητικό βαθμό, από το πλήθος των

προηγούμενων επισκέψεων των ερωτηθέντων τον τελευταίο χρόνο. Επιπλέον αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές, εργαστηριακές υπηρεσίες υγείας, αλλά και η ικανοποίηση τους από το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Έτσι λοιπόν, το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες ήταν 72,75%, από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες ήταν 65%, από τις εργαστηριακές υπηρεσίες 74%, από τις διοικητικές υπηρεσίες 73%, ενώ από το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου ήταν 59,33%. Τέλος, οι απόψεις δίστανται για το κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την λειτουργία του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος, καθώς το 59% διαπίστωσε ελλείψεις σε αναλώσιμα είδη και το 49% παρατήρησε ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι εξαιρετικής σημασίας και αυτό εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας. Έτσι λοιπόν, σε περιόδους οικονομικής κρίσης κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η άμεση λήψη μέτρων από πλευράς νοσοκομείων για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, θέτοντας ως στόχο την αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα φροντίδας, οικονομική κρίση

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this master thesis was to evaluate the patients satisfaction to health services in conditions of economic crisis, namely at the outpatient clinics and emergency department of a Greek general hospital. The research questions that have been set were a) finding the rate of patient satisfaction who attended in outpatient clinics and emergency department of this particular hospital, b) investigate the potential factors influencing patient satisfaction from the provided health services, and c) detection of the extent to which the economic crisis has affected the patients satisfaction.

Methodology: The study was conducted in March 2016 using a random sample of patients to outpatients department and emergency services of a hospital. 140 questionnaires have been distributed, and 100 were collected. The response rate was 71.4%. The method followed for the data collection was the completion of a questionnaire constructed with the help of similar studies and adapted to measure the factors which could affect the patient satisfaction in times of economic crisis. For the analysis of the questionnaire results the statistical program SPSS 20 was used.

Results: Of the patients who came to this hospital and visited the outpatient clinics and emergency department, 67% was from very to completely satisfied with the offered health services. Specifically, 90% of respondents who came to the hospital at a scheduled appointment were from very to completely satisfied with the health services of the outpatient clinics, while 57.15% of respondents who came to the emergency department stated that was very to completely satisfied. On the other hand, in order to reveal factors which could influence the patient satisfaction, Spearman correlation coefficient was used and the finding is that the satisfaction of respondents from health services tends to increase with age. Also, we observe that the desire of visiting the hospital in the near future, is affected moderately in a negative extent by the number of last year visits of the respondents. Moreover, the satisfaction of respondents in matters of medical, nursing, administrative, and laboratory health services, as well as from hospital facilities, was evaluated. Thus, 72.75% of respondents stated that was very to completely satisfied with the medical services, while rates for nursing, laboratory and administrative services was 65%, 74% and 73% respectively, while the rate for the same satisfaction classification from hospital facilities was 59.33%. Finally, opinions are divided as to whether the

economic crisis has affected the operation of the hospital, and 59% of respondents found shortages of consumables and 49% observed a lack of medical and nursing staff.

Conclusions: Patient satisfaction from health services is of paramount importance due to the specificity of health good. So in times of economic crisis, it is particularly important that immediate action must be taken on behalf of hospitals, as to increase the patient's satisfaction, aiming at improving the quality of health services.

Key words: Patients satisfaction, quality of care, economic crisis

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Στις επιστημονικές εξελίξεις από τον 18ο αιώνα και μετά, συμπεριλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η συνεχής πρόοδος της ιατρικής, στα πλαίσια της οποίας άρχισαν να λαμβάνονται υπόψη διαφορετικές προσεγγίσεις στη μελέτη των αιτίων μιας νόσου. Σταδιακά επιλύθηκαν προβλήματα, όπως η μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, αλλά προέκυψε η αντίληψη ότι η υγεία ήταν η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και μόνο. Οι επαγγελματίες υγείας, το κοινό και επομένως η οργάνωση των περισσότερων συστημάτων φροντίδας υγείας, εξακολουθούν σε κάποιο βαθμό να βασίζονται σ' αυτή (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Όμως η πληροφόρηση των επαγγελματιών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αύξησε το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή τους στο σχεδιασμό της φροντίδας και στις αποφάσεις, μια τάση που αυξάνεται από τις δεκαετίες του '70 και του '80. Ως αποτέλεσμα, οι αλλαγές οδήγησαν σε παροχή πληρέστερης ενημέρωσης από τους θεράποντες γιατρούς (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Πολυκανδριώτη, 2011).

Επομένως, οι χρήστες άρχισαν να θέτουν κριτήρια για τη προσφερόμενη φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να ικανοποιεί τόσο τους ίδιους, όσο και τους λειτουργούς υγείας. Οι αλλαγές οδήγησαν στην ανάγκη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις αλλαγές στη παροχή φροντίδας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, μετρήθηκε η ικανοποίηση ασθενών των εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών ενός Ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου αναφορικά με τις ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η ικανοποίηση τους από το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Έπειτα ακολούθησε μια γενική

αξιολόγηση του νοσηλευτικού ιδρύματος και τέλος διερευνήθηκαν ορισμένες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη στο Γενικό μέρος όπου πραγματοποιείται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και στο Ειδικό μέρος, το οποίο σχετίζεται με το κομμάτι της έρευνας. Στο Γενικό μέρος παραθέτονται ορισμοί σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, γίνεται μια γενική αναφορά στο θέμα της ποιότητας, παραθέτονται παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, έπεται μια σύγκριση της ποιότητας στην βιομηχανία και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και παρουσιάζονται τα οφέλη από την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών σε ένα νοσοκομείο. Εν συνεχεία, μελετάται το θέμα της οικονομικής κρίσης διερευνώντας τον βαθμό στον οποίο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τα άτομα, αλλά και τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει ένα νοσοκομείο. Τέλος ακολουθεί η συσχέτιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Από την άλλη πλευρά, στο Ειδικό μέρος γίνεται μια αναφορά στην μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης του ερωτηματολογίου. Η διατριβή αυτή ολοκληρώνεται με την συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και την παράθεση ορισμένων προτάσεων βάσει των εξαχθέντων αποτελεσμάτων της.

Κεφάλαιο 2^ο

Ορισμοί σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών

- *Ορισμός της υγείας*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946, όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός υιοθετεί μια ευρύτερη αντίληψη της υγείας, η οποία δεν περιορίζεται πλέον στην αντιμετώπιση ή την πρόληψη της νόσου (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

- *Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών*

Μία από τις γνωστότερες θεωρίες του Abraham H. Maslow είναι η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών (στην ερευνητική του εργασία του 1943, “A theory of human motivation”, δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά στο *Psychological Review*, 50, 370-396, διαθέσιμο από: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>, και στο βιβλίο του “*Motivation and Personality*” NY: Harper, 1954. Contents. Second Ed. NY: Harper, 1970. Contents. Third Ed. NY: Addison-Wesley, 1987). Σύμφωνα λοιπόν με τον Maslow, παράγοντες υποκίνησης μπορούν να είναι μόνον ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες:

1. Φυσιολογικές ανάγκες, δηλαδή οι ανάγκες για την επιβίωση.
2. Ανάγκες ασφάλειας, δημιουργήματα των συναισθημάτων αυτοσυντήρησης.
3. Κοινωνικές ανάγκες, όπως η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία.
4. Ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση (φήμη, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός).
5. Ανάγκη για αυτο-ολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό, εξελίσσεται και επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο πολιτισμός, οι κοινωνικές δομές, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες. Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών, αλλά έχει πολλές φορές χρησιμοποιηθεί για τη μέτρησή της, όπως και της ποιότητας της

παρεχόμενης φροντίδας υγείας, γιατί δεν έχουν αναπτυχθεί ειδικά για το αντικείμενο αυτό εργαλεία μέτρησης (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Σε αναφορά τους οι Bond και Thomas (2010), προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι παράγοντες που πηγάζουν από τη δομή που τους εξυπηρετεί και οι διευκολύνσεις που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».

Επισημαίνεται, ότι το όφελος από την ικανοποίηση των ασθενών δε σημαίνει πάντα διευκόλυνση της διαδικασίας της θεραπείας, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν κλινική εμπειρία και ίσως επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

2.1 Πεδίο μελέτης: Γ.Ν Κιλκίς

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, στο νομό Κιλκίς. Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς ξεκινάει το 1928. Τότε λειτούργησε ως πρόχειρο νοσοκομείο του Συνδέσμου Δήμων και Κοινοτήτων της περιοχής Κιλκίς, για την περίθαλψη των άπορων ασθενών της περιοχής. Στις 4 Αυγούστου 1937, ιδρύθηκε το αρχικό κτήριο του σημερινού νοσοκομείου, σε κοινόχρηστη έκταση 71 στρεμμάτων. Αποπερατώθηκε το 1939, και λειτούργησε αρχικά με 80 άτομα προσωπικό, αναπτύσσοντας 120 κλίνες. Σήμερα το Γενικό νοσοκομείο Κιλκίς περιλαμβάνει τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες και παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (διαγνωστική, θεραπευτική και προληπτική αγωγή, καθώς επίσης και κοινωνική ιατρική) και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (νοσηλεία, γενικές επεμβάσεις – εγχειρήσεις και εργαστηριακό έλεγχο). (Παρέμβαση για την ανάπτυξη, 2012).

Τα ιατρεία που περιλαμβάνει το τμήμα των εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών είναι τα ακόλουθα:

Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	Ιατρεία επειγόντων περιστατικών
Παθολογικό	Παθολογικό
Χειρουργικό	Χειρουργικό
Μαιευτικό	Μαιευτικό
ΩΡΛ	ΩΡΛ
Οφθαλμολογικό	Οφθαλμολογικό
Παιδιατρικό	Παιδιατρικό
Ψυχιατρικό	Ψυχιατρικό
Καρδιολογικό	Καρδιολογικό
Ουρολογικό	Ουρολογικό
Γναθοχειρουργικό	
Ιατρείο πόνου	
Δερματολογικό	
Οστεοπόρωσης	
Διαβητολογικό	
Υπερτασιολογικό	
Νεφρολογικό	
Παιδοοφθαλμολογικό	
Μαστού – θυρεοειδούς – παχέος εντέρου	

Κεφάλαιο 3^ο

Γενική αναφορά στην ποιότητα

3.1 Ορισμός ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003). Η φροντίδα πρέπει να παρέχεται στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων που είναι, όπως γνωρίζουμε, περιορισμένες (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα είναι και ο εξής: Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (Al-Assaf AF and Sheikh, 2004), όπως όταν ο γιατρός βρίσκει έναν καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης μιας περίπτωσης που προσθέτει γνώση και εμπειρία, από την οποία θα επωφεληθεί ο επόμενος ασθενής (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Η ποιότητα υπηρεσιών είναι και η αντίληψη που έχει ο ασθενής για τις υπηρεσίες. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως γενική αξιολόγηση και σχετίζεται, αλλά δεν είναι ισοδύναμη, με την ικανοποίηση. Μπορούμε να δούμε την ποιότητα υπηρεσιών, όπως την αντιλαμβάνονται οι πελάτες από μια συναλλαγή (Dedeke, 2003) και στην προκειμένη περίπτωση η ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τους Shaw και Kalo (2002), σε κείμενο για τον WHO, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε μια νοσοκομειακή μονάδα, διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό.
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας.

- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, στη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης και των χειρουργικών επεμβάσεων, αλλά και από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

- Ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης.

- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενούς μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

3.1.1 Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management, TQM) είναι ο τρόπος για να γίνει αντιληπτή η βελτίωση των υπηρεσιών από τους ασθενείς. Οι στόχοι που τίθενται στα πλαίσια της TQM είναι:

- Αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς.
- Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας.
- Αύξηση της ικανότητας του νοσοκομείου για καινοτομίες και ευελιξία.
- Συμπύεση του χρόνου ικανοποίησης αιτημάτων ασθενών και περίθαλψης.
- Βελτίωση της αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου.
- Αύξηση του βαθμού αξιοποίησης νέας τεχνολογίας, δηλαδή, νέου εξοπλισμού και λογισμικού (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Στο πλαίσιο εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας εφαρμόζεται και η μέθοδος “Six Sigma”. Η οποία στοχεύει στη μείωση, έως και ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών προϊόντων που προκύπτουν από μια παραγωγική διαδικασία. Η στατιστική τους απόκλιση πρέπει να μην ξεπερνά τις έξι τυπικές αποκλίσεις (Six Sigma) από τη μέση τιμή ελαττωματικών του δείγματος που μετράται. Η μέθοδος επεκτάθηκε στην παροχή υπηρεσιών, μετρώντας προβληματικές διαδικασίες στα πλαίσια παροχής συγκεκριμένης υπηρεσίας (Jenicke, et al., 2008). Αν ο πελάτης είναι ο ασθενής ενός οργανισμού υγείας,

μπορεί να εφαρμοστεί και για υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Άλλη μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αποτίμηση των προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας είναι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας (cost utility analysis), η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση εναλλακτικών διαδικασιών ή αποτελεσμάτων ως προς μια βάση μέτρησης της χρησιμότητας. Η κυριότερη μονάδα μέτρησης είναι τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality-Adjusted Life Years, QALYs). Η μέτρηση διαφορετικών μεταξύ τους προγραμμάτων μπορεί να γίνει με την αποτίμηση του οριακού κόστους ανά QALY (marginal cost per QALY) που εξοικονομείται σε κάθε πρόγραμμα (Robinson, 1993). Λέγεται ότι τα QALYs δεν είναι αντικειμενικά όταν υπολογίζονται για ηλικιωμένους, ότι γίνονται διαπροσωπικές συγκρίσεις, ότι υποτιμώνται ζητήματα ηθικής και εντοπίζονται προκαταλήψεις στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Παρ' όλα αυτά, ο Robinson (1993) υποστηρίζει ότι η τεχνική της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας παραμένει η καλύτερη επιστημονικά για την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, αν και λαμβάνεται υπόψη με πολλή προσοχή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα έχουμε στην Γερμανία, στην οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων μεταμόσχευσης νεφρού (Greiner, et al., 2001; Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

3.1.2 Η επίδραση των εργαζομένων στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian (1988), η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους:

- Τη δομή, δηλαδή τα κτίρια, ο εξοπλισμός, τα υλικά και τα διαθέσιμα χρήματα, όπως και ο αριθμός των εργαζομένων, η επιλογή τους, η κατάρτισή τους και ο τρόπος διοίκησης. Όλα έχουν άμεση σχέση με τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας. Τα πιστοποιημένα προγράμματα κατάρτισης και μεθόδων διοίκησης και επιλογής, περιλαμβάνονται στα μέτρα και κριτήρια για την πιστοποίηση κατά ISO 9000 (ISO, 2012).

- Τη διαδικασία, δηλαδή όλα τα βήματα για τη διάγνωση, την παροχή περίθαλψης, μια φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση, κριτήρια όπως η μέση διάρκεια

νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας και η χρησιμοποίηση φαρμάκων υψηλού κόστους. Οι τυποποιημένες διαδικασίες και εγχειρίδια που αφορούν τόσο στην ιατρική όσο και στη νοσηλευτική εργασία, είναι βασικά στοιχεία ποιοτικής βελτίωσης.

- Την έκβαση, δηλαδή η μεταβολή της υγείας και ευεξίας του ασθενούς, μετά από ιατρική παρέμβαση ή άλλη υπηρεσία φροντίδας. Οι οργανισμοί που μετρούν αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και επιπέδου υγείας και ευεξίας των πολιτών, χρησιμοποιούν πρότυπα για συγκριτικές αξιολογήσεις (benchmarking) (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011· Παπακωστίδη και Τσουκαλά, 2012).

Η επίδραση των εργαζομένων στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας μπορεί να καλύπτει και τις τρεις παραμέτρους (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

3.2 Γιατί η ποιότητα είναι σημαντική για τα νοσοκομεία

Οι στόχοι στο πλαίσιο της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, είναι (Committee on quality of health care in America, 2001; Arah et al., 2003):

- Αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και τεχνική επάρκεια. Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες διαδικασίες για την εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα, σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων.

- Ασφάλεια. Η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς πολύτιμος χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.

- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή.

- Συνέχεια της φροντίδας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς.

- Διαπροσωπικές σχέσεις. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Τέλος, δεν μπορεί να

παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον (Παπακωστίδη και Τσουκαλά, 2012).

Το κόστος της ποιότητας

Το κόστος της ποιότητας εστιάζεται σε τρία σημεία: Το κόστος της πρόληψης, της αποτίμησης και της αποτυχίας (εσωτερικής και εξωτερικής). Οι πόροι που χρειάζονται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων και για την οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών αυξάνουν αρχικά το κόστος, ενώ η αναζήτηση λύσεων απαιτεί χρόνο, χρήμα και πρόσθετη εργασία. Εφ' όσον ενσωματωθούν οι καλές πρακτικές και εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή των διαδικασιών, έχοντας όλοι συνειδητοποιήσει τι απαιτείται για τη βελτίωση της ποιότητας, τότε αυτοματοποιούνται οι δράσεις και ελαχιστοποιείται το κόστος της προετοιμασίας (Παπακωστίδη και Τσουκαλά, 2012).²⁰

Στην Ελλάδα η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, αν και έχουν γίνει προσπάθειες για οργανωμένη υλοποίηση, μέσα από το Ε.Σ.Π.Α. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 τέτοια προγράμματα στον χώρο της υγείας ήταν περιστασιακά και σε επίπεδο πρωτοβουλίας από επαγγελματίες υγείας (Theodorakioglou and Tsiotras, 2000· Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Σε Ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας σε φορείς υγείας, διαπιστώθηκε ότι αυτά που αναφέρθηκαν συχνότερα ως επιτυχημένα, ήταν:

- Ο καθορισμός εθνικών συστημάτων πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας (αναφέρθηκε σε 17 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Ο καθορισμός εθνικής υπηρεσίας ή φορέα για την ποιότητα στον χώρο της υγείας (σε 13 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Η επέκταση της δυνατότητας επιλογής του ασθενούς, των δικαιωμάτων και της ασφάλειάς του (σε 13 κράτη-μέλη).
- Η βελτίωση της κατάρτισης και αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας (σε 12 κράτη-μέλη) (Spencer and Walshe, 2009· Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Από το 2011, κάθε νοσοκομείο στην Ελλάδα με περισσότερες από 400 νοσοκομειακές κλίνες διαθέτει Γραφείο Ποιότητας. Μία από τις ευθύνες του είναι η συλλογή δεδομένων για την ικανοποίηση των ασθενών, προκειμένου να

χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των επιδόσεων του νοσοκομείου και της ποιότητας των υπηρεσιών (Xesfingi and Karamanis, 2015).

Κεφάλαιο 4^ο

Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες: (α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και (γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Ο βαθμός ικανοποίησης στην ουσία αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες των χρηστών-ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που συνέβη.

Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: 1) στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο· 2) στη διαφορά μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και προδιαγραφών· 3) στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει· 4) στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Βενιού και Τεντολούρης, 2013· Καλογεροπούλου, 2011). Επίσης, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και τον σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Καλογεροπούλου, 2011).

Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο σύμφωνα με τον Donabedian (1988), είναι οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που προέρχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και η εξέλιξη της ασθένειας η οποία επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Κεφάλαιο 5^ο

Ποιότητα στην βιομηχανία και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

5.1 Η ποιότητα στη βιομηχανία - συνοπτική αναδρομή

Με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική παραγωγή, στις αρχές του 20ού αιώνα, προέκυψε η ανάγκη ποιοτικού ελέγχου της γραμμής παραγωγής, που αρχικά περιοριζόταν στην επιθεώρηση των πρώτων υλών και των ενδιάμεσων προϊόντων. Τις προδιαγραφές όριζε ο μηχανικός παραγωγής και ό,τι ήταν εκτός ορίων επανεξεταζόταν ή απομακρυνόταν. Στις ΗΠΑ, η εταιρεία τηλεπικοινωνιών AT&T (American Telephone & Telegraph) εργαζόταν για τη δημιουργία εκτεταμένου δικτύου. Για το σκοπό αυτό ίδρυσε την εταιρία Western Electric, με στόχο να την προμηθεύει με πρώτες ύλες (συνδυασμός μαζικής παραγωγής και ταυτόχρονα αυξημένων απαιτήσεων ως προς την ποιότητα των υλικών), ενώ δεύτερη θυγατρική, η Bell Telephone Laboratories (Bell Labs), ήταν προσανατολισμένη στην έρευνα και στα θέματα ποιότητας που αφορούσαν στη μαζική παραγωγή, εισάγοντας τη στατιστική μεθοδολογία. Έως τα μέσα του 1940 σημειώθηκε πρόοδος, καθώς έγινε αντιληπτό από τους ερευνητές της Bell Labs ότι δεν επαρκεί η απλή επιθεώρηση της καταλληλότητας των ενδιάμεσων προϊόντων μιας γραμμής παραγωγής, αλλά είναι σημαντικός ο έλεγχος των διαδικασιών που οδηγούν στο προϊόν και της διακύμανσής τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Στις αρχές του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ο Αμερικανικός στρατός εφάρμοσε στατιστικές μεθόδους δειγματοληψίας για τον έλεγχο των προμηθευτών του. Κεντρικό ρόλο στη διάδοση της στατιστικής μεθοδολογίας για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran. Μετά τον Πόλεμο, ο Ιάπωνας ερευνητής Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, εισήγαγε επτά εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έως σήμερα (πίν. 1). Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν τόσο ανταγωνιστικά, σε τιμή και ποιότητα, ώστε έως τα τέλη του '70 εκτόπισαν μεγάλους τομείς της Αμερικανικής

βιομηχανίας, όπως των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων. Οι Ιάπωνες προέκτειναν την έννοια της ποιότητας από τις στατιστικές μετρήσεις της παραγωγής, στη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που αφορούσε σε όλους τους εργαζόμενους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Πίνακας 1. Επτά βασικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Εργαλείο	Περιγραφή
Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause and-effect diagram / fishbone diagram / Ishikawa diagram)	Προσδιορίζει πολλές πιθανές αιτίες ενός προβλήματος
Φύλλο ελέγχου (check sheet)	Έντυπο συλλογής στοιχείων για τη συχνότητα ορισμένων συμβάντων
Διάγραμμα ελέγχου μιας διαδικασίας (control chart / process behavior chart)	Για την ποσοτικοποίηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας
Ιστόγραμμα (histogram)	Καταγραφή και σχηματική αποτύπωση της κατανομής των δεδομένων
Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)	Ανάλυση δεδομένων για την ανάδειξη των πλέον σημαντικών συμβάντων
Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram)	Σχηματική μέθοδος για τον καθορισμό της συσχέτισης δύο μεταβλητών
Στρωμάτωση (stratification)	Κατηγοριοποίηση των δεδομένων, ώστε να αναδειχθεί το υπόστρωμα μιας κατάστασης (εναλλακτικά χρησιμοποιείται το διάγραμμα ροής, flowchart)

Η ποιότητα υπηρεσιών έχει διάφορες διαστάσεις και βάση αυτών, αναπτύσσονται μεθοδολογικά εργαλεία. Το σημαντικότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει είναι οι ακόλουθες (Parasuraman et al., 1988: Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011):

Αξιοπιστία: Η δυνατότητα του νοσοκομείου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις του και να παρέχει την υπηρεσία με ακρίβεια και σοβαρότητα σε όλους τους ασθενείς.

Ανταπόκριση: Η προθυμία του νοσοκομείου και του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς σε όλα τα θέματα και να παρέχει άμεσα την υπηρεσία.

Διασφάλιση: Η γνώση και η τεχνική εξειδίκευση του προσωπικού και οι δυνατότητές του να μεταβιβάσει και να προβάλλει εμπιστοσύνη, αξιοπιστία και ασφάλεια στους ασθενείς.

Ενσυναίσθηση ή κατανόηση και συναισθηματική υποστήριξη (empathy): Η παροχή της υπηρεσίας με φροντίδα, κατανόηση και εξατομικευμένη προσοχή σε όλους τους ασθενείς.

Απτά χαρακτηριστικά: Η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, η αξιοπιστία και η καλή κατάσταση του εξοπλισμού όλων των υπηρεσιών, η εμφάνιση, παρουσία και καθαριότητα του προσωπικού, οι συνθήκες και η λειτουργικότητα της επικοινωνίας και των υλικών της τεχνολογίας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Ο Donabedian (1980) (μετά τη δημοσίευσή της, η εργασία του αναφέρεται πολύ συχνά, π.χ. από τους Λιαρόπουλο, 2007· Καλοφυσούδη, 2013) υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine): Αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.

- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine): Αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities): Αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Η ξενοδοχειακή υποδομή του Donabedian αντιστοιχίζεται με τα απτά χαρακτηριστικά των Parasuraman et al. (1988). Το διαπροσωπικό μέρος έχει συνάφεια με την ενσυναίσθηση και με την ανταπόκριση, ενώ το τεχνικό μέρος μπορεί να αντιστοιχισθεί με την αξιοπιστία και τη διασφάλιση που μετράει το SERVQUAL (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Οι οκτώ αρχές για τη διαχείριση ποιότητας σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO, 2012), οι οποίες προσαρμόζονται και για το χώρο της υγείας, είναι οι ακόλουθες:

- Εστίαση στον ασθενή.
- Ηγεσία, για την παροχή βέλτιστων και ολοκληρωμένων υγειονομικών υπηρεσιών.
- Συμμετοχή του προσωπικού στις πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

- Διεργασιακή προσέγγιση μεταξύ των λειτουργικών τμημάτων του νοσοκομείου.
- Συστημική προσέγγιση: Αντιμετώπιση των λειτουργιών και εργασιακών αντικειμένων ως υποσυστήματα που εμφανίζουν εξάρτηση μεταξύ τους.
- Συνεχής βελτίωση.
- Αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα.
- Σχέσεις αμοιβαίας ωφέλειας με τους προμηθευτές (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011).

Ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας περιλαμβάνει τις απαιτήσεις για τη λειτουργία ενός οργανισμού, είναι δηλαδή ένα οργανωτικό εργαλείο και απευθύνεται σε κάθε οργανισμό, ανεξάρτητα από το μέγεθος, το αντικείμενο και την πολυπλοκότητά του. Σημαντικό είναι δε πως πιστοποιείται η ποιότητα της λειτουργίας και όχι του προϊόντος (Καλοφουσούδης, 2013).

Το Πρότυπο για την Διαχείριση της Ποιότητας ISO 9001 είναι το πιο διαδεδομένο για τη διαχείριση της ποιότητας και θέτει τις βάσεις για την ολοκληρωμένη ανάπτυξη και εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας. Είναι κατάλληλο για όλες τις κατηγορίες εταιρειών, οργανισμών και επιχειρήσεων, ανεξάρτητα από το μέγεθός τους, το είδος και το παρεχόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Το πρότυπο μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα μεμονωμένο τμήμα της εταιρείας ή και σε όλη την εταιρεία, όπου και επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα (ΑΕΛΙΑ, 2016).

Τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν έχουν σχέση με:

- Έλεγχο του κόστους.
- Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προμηθευτών.
- Μείωση κόστους αστοχιών.
- Υιοθέτηση καλών πρακτικών.
- Διαφανή πρακτική προμηθειών.
- Επιτυχή έλεγχος φαρμάκων και υλικού με τη δημιουργία κέντρων κόστους.
- Διαχειριστικό έλεγχος ανά τμήμα, μονάδα.
- Ενδελεχή και συνεχή κοστολόγηση.
- Ευελιξία σε ασταθή οικονομικά περιβάλλοντα.

- Διαχειριστική Επάρκεια για την πολιτική του Οργανισμού να μπορέσει να αξιοποιήσει επιχορηγήσεις και αναπτυξιακά προγράμματα.

- Μέτρηση της απόδοσης της οικονομικής πολιτικής του οργανισμού, όχι μόνο στο τέλος χρήσης, αλλά αυτοματοποιημένα μέσω καθορισμού μεγεθών και δεικτών (Καλοφυσούδης, 2013).

5.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας - συνοπτική αναδρομή

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας ξεκινά από τον ίδιο τον όρκο του Ιπποκράτη (5ος αι. π.Χ.), ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Madhok, 2002).

Η Αγγλίδα Florence Nightingale, η οποία θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική, ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας) για τη βελτίωση της περίθαλψης, στα τέλη του 19ου αιώνα, αν και συνάντησε αντιστάσεις στο περιβάλλον της (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Ernest Avery Codman (Neuhauser, 2002), γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up) (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Στη συνέχεια, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα (Beck, 2004). Παράλληλα, το 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που ιδρύθηκε το 1952, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Τη δεκαετία 1960-1970, θεωρείται ότι καθιερώθηκε στις ΗΠΑ η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα υποχρεωτικά, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από την Επιτροπή Διαπίστευσης για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων του συστήματος “Medicare” (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Έως τα τέλη του 1970 έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με το βιομηχανικό τομέα, στον οποίο εφαρμοζόταν ήδη από το 1930. Αν και η έννοια της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα, όπως η λειτουργία του εξοπλισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος και στα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης, έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν από την εφαρμογή τους στην υγεία. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και, συνακόλουθα, στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει τις αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι’ αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής. Είναι πολύ δύσκολο εγχείρημα, σε σύγκριση με την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία (Τούντας, 2003).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό

αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Τούντας, 2003).

Είναι φανερό ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2003).

Η μέτρησή της μπορεί να γίνει μόνο σε σχέση με την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την διασφάλιση, την ενσυναίσθηση (φροντίδα, κατανόηση, εξατομίκευση) (όπως αναφέρθηκαν και πιο πάνω), αλλά και από χαρακτηριστικά που φαίνονται καθημερινά στην πράξη, όπως για παράδειγμα οι εγκαταστάσεις, η παρουσία, η καθαριότητα, οι συνθήκες, η λειτουργικότητα, η επικοινωνία και τα υλικά (Τούντας, 2003· Καλοφυσούδης, 2013).

Τα οφέλη συσχετίζονται και με τον σεβασμό στα δικαιώματα του ασθενούς, την εμπιστοσύνη της τοπικής κοινωνίας και την ευελιξία σε περιπτώσεις που ξεσπούν νέες ασθένειες, επιδημίες, κ.λπ. (Καλοφυσούδης, 2013).

Σε έναν χώρο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας, η εγκατάσταση ενός Συστήματος Διαχείρισης και η εφαρμογή προτύπων είναι αντικειμενικά πολύπλοκη. Παρ' όλα αυτά, η τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά αντίληψη για την αρχή της ανάπτυξης, του σχεδιασμού και της εφαρμογής, είναι η πρακτική του να εμπλέκεις σε κάθε Σύστημα Διαχείρισης την πολυπληθέστερη ομάδα του οργανισμού. Αν δηλαδή συμμετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι κάθε βαθμίδας στην εφαρμογή ενός προτύπου και υπάρχει δέσμευση της διοίκησης, έχει ουσιαστικά επιτευχθεί το 50% της εφαρμογής (Καλοφυσούδης, 2013).

Επίσης χρησιμοποιούνται δείκτες, αντίστοιχοι με τις τρεις παραμέτρους του υποδείγματος του Donabedian (1988). Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012) αυτοί οι δείκτες μπορούν να διακριθούν ως εξής:

α. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση), για την καταλληλότητα των εγκαταστάσεων, τις προδιαγραφές και την επάρκεια του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την εκπαίδευση του προσωπικού το σύστημα αμοιβών, την αναλογία προσωπικού /

ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία / έτος και άλλες παραμέτρους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012· Καλοφυσούδης, 2013).

β. Δείκτες διαδικασιών, για τα μηχανήματα που τίθενται εκτός λειτουργίας / έτος, την κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου), την πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς, τον αριθμό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία / ώρα, την αναμονή των ασθενών, την εφαρμογή του προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance) κ.ά. (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012· Καλοφυσούδης, 2013).

γ. Δείκτες αποτελέσματος (έκβασης) για τα ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, το διάστημα ελεύθερο νόσου και υποτροπής, την τοξικότητα, την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανοποίησή τους (η τελευταία μέσω συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων) (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012· Καλοφυσούδης, 2013).

δ. Δείκτες αποδοτικότητας για το ρυθμό εισροής, το διάστημα εναλλαγής, την πληρότητα και τη μέση διάρκεια νοσηλείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012· Καλοφυσούδης, 2013).

5.2.1 Τα πρότυπα που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας

Το πρότυπο ISO 9001:2008, διεθνώς αναγνωρισμένο για τη διαχείριση της ποιότητας, αφορά σε όλες τις κατηγορίες των εταιριών, ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος και το παρεχόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Μεταξύ άλλων, αποσκοπεί στη μείωση του παραγωγικού κόστους, λόγω βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων και του χρόνου (Καλοφυσούδης, 2013).

Το ISO 22000:2005 περιγράφει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας των Τροφίμων (ΣΔΑΤ), ώστε αυτή να διασφαλίζεται από την πρωτογενή παραγωγή μέχρι την κατανάλωση.

Το ISO 29990:2010 έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών μη τυπικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης, όπως η επαγγελματική εκπαίδευση, η δια βίου μάθηση και τα ενδοεπιχειρησιακά σεμινάρια.

Το ISO/IEC 27001 είναι ένα πρότυπο που μπορεί να επιθεωρηθεί και το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών.

Τα πρότυπα OHSAS 18001/ΕΛΟΤ 1801 περιγράφουν τις θεμελιώδεις αρχές για την εφαρμογή Συστημάτων Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας και εφαρμόζονται σε όλες τις επιχειρήσεις, ανεξαρτήτως μεγέθους ή δραστηριότητας.

Το Διεθνές Πρότυπο ISO 26000 δίνει τη δυνατότητα στις εταιρίες να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ένα Σύστημα, περιλαμβάνοντας κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες σχετικά με τις αρχές της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης (Καλοφυσούδης, 2013).

Η Διεθνής Πιστοποίηση Temos συνιστά απόδειξη ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας συνάδουν με διεθνή πρότυπα ποιότητας και παράλληλα πληρούν τις υψηλές απαιτήσεις του «διεθνούς» ασθενή (International Patient). Διασφαλίζουν μείζον ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τον πελάτη, μέσω της απόκτησης ενός πιστοποιητικού το οποίο εστιάζει στον ιατρικό τουρισμό και σε ασθενείς προερχόμενους από διάφορες ευρωπαϊκές και μη χώρες (Καλοφυσούδης, 2013).

Οι εισερχόμενες (εισροές) και οι εξερχόμενες (εκροές) πληροφορίες έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο διοίκησης, με το σκεπτικό του P-D-C-A (plan-do-check-act):

Plan: Προγραμματισμός μιας νέας μεθόδου εργασίας.

Do: Εφαρμογή της νέας μεθόδου εργασίας.

Check: Επιθεώρηση και έλεγχος των αποτελεσμάτων.

Act: Βελτίωση της νέας μεθόδου εργασίας.

Ουσιαστικά είναι το εργαλείο διοίκησης ενός οργανισμού που βρίσκεται σε διασύνδεση με τις επιστημονικές επιτροπές (Καλοφυσούδης, 2013).

Παράγοντες για την επιτυχία ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας

Για να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας, οι ακόλουθοι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί:

- Ηγεσία.
- Δέσμευση στο στόχο.

- Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές.
- Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών, με στόχο καλύτερα αποτελέσματα.
- Ενδυνάμωση των εργαζομένων.
- Προληπτικές βελτιώσεις.
- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.
- Πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

5.3 Η κρίση των τελευταίων ετών - συνοπτική αναδρομή

Η έννοια του κράτους πρόνοιας εντοπίζεται αρχικά στην Αγγλία και τη Γερμανία και υλοποιείται σταδιακά τον 19ο αιώνα. Στο διάστημα του μεσοπολέμου τα παραδείγματα της Αγγλίας και της Γερμανίας υιοθετούν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ανάλογα με την τοπική κοινωνική και οικονομική δομή. Στις ΗΠΑ, η κρίση του 1930 αποτελεί την καμπή για την εκκίνηση της κοινωνικής πολιτικής, η οποία εξελίχθηκε κατά τις δεκαετίες 1930-1970. Όμως, από τη δεκαετία του 1980, η κατεύθυνση άλλαξε και το κοινωνικό κράτος έχασε έδαφος σε αρκετές χώρες, ως εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη (Σακελλαρόπουλος, 2008· Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Στα χρόνια που ακολούθησαν υπήρξαν σημάδια οικονομικής δυσπραγίας, αλλά το 2009 η οικονομική κρίση έγινε εμφανής. Από το 2010, όταν στην Ελλάδα υπογράφηκε το πρώτο μνημόνιο, το εισόδημα των ασθενών έχει μειωθεί περισσότερο από 30% κατά μέσο όρο, έως το 2014. Η μείωση του εισοδήματος δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ομάδων ασθενών που διερευνήθηκαν από τους Skroumpelos et al. (2014). Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα μειώθηκε, γιατί μεταξύ του 2009 και του 2013, το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε κατά 19,6% και το κατά κεφαλήν καθαρό εθνικό διαθέσιμο εισόδημα κατά 27,3%. Η ανεργία αυξήθηκε κατά 162,3% μεταξύ Δεκεμβρίου του 2009 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014) και Δεκεμβρίου του 2013 (Skroumpelos et al., 2014).

Το έτος 2013 η ανεργία εκτοξεύτηκε στο 27,3%, ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων έφθασε τα 2 εκατομμύρια (Υπουργείο Εργασίας, 2014), ενώ το 2012 το ποσοστό του πληθυσμού που διέτρεχε κίνδυνο φτωχοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού, ξεπέρασε το 34,5% του πληθυσμού (το υψηλότερο ποσοστό της τελευταίας δεκαετίας). Κατά το χρονικό διάστημα 2009-2012, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις € (23,7%) (Καϊτελίδου, 2014).

Πάνω από το 70% των ασθενών ανέφεραν μεγάλες περικοπές για τις περισσότερες κατηγορίες δαπανών. Ακόμα και οι δαπάνες για βασικές ανάγκες όπως στέγη, τροφή και εκπαίδευση, μειώθηκαν σημαντικά (Kentikelenis, et al., 2011). Αν και, κάποια μείωση των δαπανών στέγασης είναι αναμενόμενη, καθώς οι τιμές ακινήτων και τα ενοίκια μειώθηκαν σημαντικά λόγω της κρίσης. Ο νέος δείκτης τιμών διαμερισμάτων μειώθηκε κατά 28,5% μεταξύ 2009 και 2013 (Skroumpelos et al., 2014; Bank of Greece, 2016).

Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν στην Ελληνική Εθνική Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2014, σε σύγκριση με το 2010. Οι δαπάνες μειώθηκαν κυρίως για τα μη ουσιώδη αγαθά και υπηρεσίες (κάτω από -14,0% για ποτά και καπνό, αλλά έως και -39,2% για τα είδη ένδυσης-υπόδησης, την αναψυχή και τον πολιτισμό, τα εστιατόρια και τα ξενοδοχεία κ.λπ.), ενώ για την υγεία η μείωση ήταν 15,6% (Hellenic Statistical Authority, 2015a).

Από τα εθνικά στοιχεία για τις δαπάνες υγείας, συμπεραίνεται ότι το δημόσιο μερίδιο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μειώθηκε από 69,7% το 2009 σε 68,3% το 2011, ενώ το ιδιωτικό μερίδιο αυξήθηκε από 30,3% το 2009 σε 31,7% το 2011 (Hellenic Statistical Authority 2015b; Skroumpelos et al., 2014).

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, η μεγαλύτερη μείωση δαπανών έγινε σε νοσηλευτικές υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και σε μικρότερο βαθμό στις ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακές εξετάσεις και φαρμακευτικά προϊόντα. Υπάρχουν ανεπίσημα στοιχεία ότι οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι στο παρελθόν ζούσαν σε χώρες οργανισμών μακροχρόνιας φροντίδας, επέστρεψαν στα σπίτια τους με πρωτοβουλία της οικογένειάς τους, η οποία ανέλαβε τη φροντίδα τους (Skroumpelos et al., 2014).

Αν και η συνολική ανάγκη για επισκέψεις σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται ότι ικανοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό, εξακολουθούσε να υπάρχει μια σημαντική μειοψηφία (22,7%) που δεν χρησιμοποίησε τις ιατρικές υπηρεσίες στην έκταση που θα μπορούσε, κρίνοντας από τις ανάγκες τους. Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους, οι ασθενείς ανέφεραν δαπάνη 26,9 € ανά επίσκεψη, πράγμα που σημαίνει ότι κάλυψαν είτε το πλήρες κόστος για τον γιατρό, είτε ένα αρκετά μεγάλο μέρος του (Skroumpelos et al., 2014).

Το εύρημα ότι η αυτο-εκτιμώμενη υγεία επιδεινώθηκε μεταξύ του 2012 και του 2013, υποστηρίζεται από δημοσιευμένη βιβλιογραφία σχετικά με την αρνητική επίδραση της κρίσης στην υγεία (Zavras et al., 2013; Kentikelenis, et al., 2011). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η επιδείνωση αυτή κρίθηκε ομόφωνα για όλες τις υπό μελέτη ομάδες χρόνιων ασθενών (Skroumpelos et al., 2014).

Η καταγραφή των συνολικών κοινωνικών δαπανών στην ΕΕ και για κάθε κράτος-μέλος ξεχωριστά, γίνεται με το ESSPROS (European System of integrated Social PROtection Statistics, Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας). Η καταγραφή των δαπανών κοινωνικής προστασίας και υγείας στην Ελλάδα και στην ΕΕ των 15 στο διάστημα 2002–2012, έδειξε ότι οι μεγαλύτερες δαπάνες για την κοινωνική προστασία πραγματοποιούνται από το Λουξεμβούργο και τις μικρότερες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου. Η Ελλάδα, μαζί με τις Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία, κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις εδώ και πολλά χρόνια, τόσο στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας, όσο και στις δαπάνες υγείας. Ως προς τη φαρμακευτική δαπάνη, που αποτελεί μέρος των δαπανών υγείας, η Ελλάδα κατείχε το 2009 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15. Ωστόσο, από το 2009 και μετά η φαρμακευτική δαπάνη συνεχώς μειώνεται, σε αντίθεση με χώρες όπως η Γερμανία και το Βέλγιο, στις οποίες το 2012 παρατηρήθηκε αύξηση (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

5.4 Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας

Όταν η κατηγοριοποίηση των συστημάτων πρόνοιας γίνεται με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας (Esping-Andersen, 1990· Μπούτσιου και

Σαράφης, 2013), δημιουργούνται κατηγορίες κρατών της Βόρειας Ευρώπης, αλλά προτείνεται και ένα μοντέλο το οποίο αναφέρεται στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου, με την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία (Ferrera, 1996· Μπούτσιου και Σαράφης, 2013). Η Ελλάδα ανήκει στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας με βάση τον Ferrera (1996), ή αλλιώς στο μεσογειακό μοντέλο βάσει των Aigigner και Leoni (2009).

Στις χώρες του νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου, δίνονται παροχές στους εργαζόμενους, αλλά παρέχεται πενιχρή επιδότηση σε εκείνους που βρίσκονται σε μη επίσημη ή μη θεσμοθετημένη εργασία. Στις χώρες αυτές δεν υφίσταται εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους, αν και υπάρχουν πάντα προθέσεις για ν' αλλάξει αυτό (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών το καταλαμβάνουν οι συντάξεις και οι παροχές. Η έλλειψη ή η απουσία κοινωνικής πολιτικής υποκαθίσταται από ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς που λειτουργούν ως «πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας» (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013). Ωστόσο, οι δημογραφικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις οδηγούν ολόκληρη την Ελλάδα, αλλά και την Ευρώπη, σε τροποποιήσεις των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

5.4.1 Υγειονομική περίθαλψη

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης υλοποιείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), εμπνευσμένο από το Βρετανικό μοντέλο, αλλά με εξαίρεση την Ιταλία, αντιμετωπίζει προβλήματα ολοκλήρωσης. Θα περίμενε κανείς πως το ΕΣΥ στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες θα εκτοπίσει την ιδιωτική παροχή από τον τομέα της υγείας. Αντίθετα, αναπτύχθηκε διαπλοκή μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Ως προς την κοινωνική πολιτική, η κατανομή των βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες είναι ανομοιόμορφη, λόγω ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου, εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής, με σοβαρές συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότησή του (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Το εθελοντικό κίνημα πλην της Εκκλησίας είναι αποδυναμωμένο, στον αντίποδα όμως υπάρχει η ανάπτυξη Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) με τη προτροπή και την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

5.4.2 Φαρμακευτική δαπάνη

Όπως αναφέρθηκε, η φαρμακευτική δαπάνη βάσει των στοιχείων του ΟΟΣΑ κορυφώνεται στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ το 2009, προσεγγίζοντας τα 843,59 \$ ανά κάτοικο, με βάση την ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης (OECD iLIBRARY, 2014). Η φαρμακευτική δαπάνη για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη την ίδια χρονιά, με βάση την ΕΣΥΕ, ανήλθε για το 2009 σε 5,1 δις ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί στο 2% του ΑΕΠ. Αν προστεθεί το 1,3 δις της νοσοκομειακής δαπάνης, το ποσό φτάνει στα 6,4 δις. Το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί ουσιαστικά κοινωνικό αγαθό, αφού η συνολική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από το δημόσιο, που για το 2007 έφτανε στο 94% της συνολικής δαπάνης για φάρμακα (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Η φαρμακευτική δαπάνη μεταξύ 2006–2009, είχε μέση ετήσια αύξηση 11,73%, όταν στην ΕΕ των 15 ήταν μόλις 5,21%. Η Ελλάδα βρισκόταν στην πρώτη θέση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης το διάστημα 2009–2011 σε σχέση με την ΕΕ των 15, παρά τη γενικότερη μείωση στις δαπάνες υγείας. Μετά το 2009 και κυρίως το 2010, τα μέτρα που ελήφθησαν στο χώρο του φαρμάκου είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τη μέση ετήσια μεταβολή της να κυμαίνεται αρνητικά (-11,39%), σε σύγκριση με αυτή της ΕΕ των 15 (-1,09) (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Από το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE, 2013) σημειώνεται ότι ο τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων δημιουργεί προβλήματα στην επάρκεια φαρμακευτικών προϊόντων στην αγορά. Ωστόσο, θα πρέπει πάντα η οποιαδήποτε πολιτική που χαράσσεται, να εφαρμόζεται με γνώμονα την προστασία των ευάλωτων ομάδων, έτσι ώστε να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

5.4.3 Παράγοντες του κράτους πρόνοιας που συνέβαλαν στην οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα συνέβαλε σε κάποιο βαθμό στην οικονομική κρίση μέσω του ασφαλιστικού συστήματος και του συστήματος υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του συνταξιοδοτικού προβλήματος είναι οι ανισότητες στις παροχές και εισφορές των συνταξιούχων (Νικολόπουλος και Υφαντόπουλος, 2010). Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών φορέων που αναπτύχθηκε τις προηγούμενες δεκαετίες, δημιούργησε σημαντικές διαφοροποιήσεις στο ασφαλιστικό σύστημα ως προς τα έσοδα και τις παροχές, τα όρια συνταξιοδότησης και την ευκολία εξόδου από τον εργασιακό βίο. Η έλλειψη αναλογιστικών μελετών από την πλευρά των ασφαλιστικών φορέων οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων και προβλημάτων μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας των κλάδων σύνταξης, υγείας και πρόνοιας (Νικολόπουλος και Υφαντόπουλος, 2010· Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Η μεγάλη ανάπτυξη της Ελληνικής οικονομίας πριν από την κρίση οδήγησε στην αύξηση της κοινωνικής δαπάνης (σύμφωνα με τη Eurostat, από 23,6% το 2004 σε 26% το 2008), το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφορά στις συντάξεις. Το ασφαλιστικό σύστημα είναι πελατειακό, αφού η κατανομή πόρων γίνεται βάση της πολιτικής ισχύος κάθε κοινωνικής ομάδας. Έτσι, εμφάνισε ελλείμματα και επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Matsaganis, 2011). Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι ότι πολύ μικρές ομάδες πληθυσμού βρίσκονται σε ηλικία εργασίας και καλούνται να συντηρήσουν μεγάλες ομάδες ηλικιωμένων (Esping-Andersen, 2006). Η Πράσινη Βίβλος της ΕΕ έχει ως βασική κατεύθυνση την «προσαρμογή της εκάστοτε ηλικίας συνταξιοδότησης με το προσδόκιμο ζωής» από τα κράτη-μέλη, στην άσκηση της συνταξιοδοτικής πολιτικής (Ρόμπολης, 2012· Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Ο νόμος 3655/2008 αποτελεί μια προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός ανταποδοτικού συνταξιοδοτικού συστήματος, με αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η χρήση γενόσημων φαρμάκων, η αλλαγή του νόμου για τις προμήθειες των δημόσιων νοσοκομείων, η δημιουργία του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), η απογραφή των συνταξιούχων όλων των ασφαλιστικών,

αποτελούν μερικά από τα μέτρα με σκοπό τη μείωση των κοινωνικών δαπανών (Βήμα, 2011· Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Κεφάλαιο 6^ο

Οφέλη από την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών σε ένα νοσοκομείο

Επιχειρήσεις και οργανισμοί αναζητούν συνεχώς τη γνώμη των καταναλωτών για να βελτιώσουν προϊόντα και υπηρεσίες. Διευρύνοντας την έννοια του καταναλωτή, ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι ο σημαντικότερος (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014), γιατί εκτός από τους οικονομικούς, υπάρχουν και ηθικοί λόγοι που επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης, γιατί συνδέεται με την ευεξία του. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να μετρηθεί σε σχέση με το κόστος, την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Η διοίκηση μπορεί να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Επίσης, οι πληροφορίες από τους ασθενείς για τη ποιότητα της φροντίδας οδηγούν σε αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ελέγχου της κατάστασης και παρότρυνσης για συμμετοχή στη διαδικασία της θεραπείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010). Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσέλκυση των ασθενών, ως πελατών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας. Το προσωπικό μπορεί να κάνει παρεμβάσεις οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή των ασθενών και θα οδηγήσουν σε συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, σε ταχύτερη ανάρρωση και σε μείωση του χρόνου νοσηλείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014· Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010· Βενιού και Τεντολούρης, 2013· Καλογεροπούλου, 2011).

Τα οφέλη για τον ασθενή είναι πολύ σημαντικά:

- Άμεσα οφέλη για την υγεία του, δηλ. έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, καθώς και αποτροπή πιθανών επιπλοκών.

- Ψυχολογικά οφέλη, που έχουν σχέση με το περιβάλλον όπου θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας και συμβάλλουν στη θετική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.
- Οικονομικά οφέλη, καθώς η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο οδηγεί σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του. Αν βελτιωθούν οι υπηρεσίες, το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί εγκαίρως, με αποτέλεσμα το μικρότερο κόστος (Ρίκος, 2015).

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα, τη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, την ηθική ικανοποίηση από την εργασία τους, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, την απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος και τέλος την κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη (Ρίκος, 2015).

Για τους οργανισμούς, τα οικονομικά οφέλη είναι η μείωση του λειτουργικού κόστους με την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία, ο εξορθολογισμός και παράλληλα η αναγνώριση, καθώς η ποιοτικά καλή χρήση των υπηρεσιών υγείας αυξάνει το κύρος τους (Ρίκος, 2015).

Οφέλη υπάρχουν και για τα ασφαλιστικά ταμεία. Περιλαμβάνονται η αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων ασθενών, οικονομικά οφέλη, όταν η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε περιορισμό του κόστους και των επιδομάτων ασθενοείας στους ασφαλισμένους ασθενείς, κοινωνικά οφέλη, καθώς παρέχεται μεγαλύτερη ικανοποίηση με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αίσθηση εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου. Το κράτος και το κοινωνικό σύνολο ωφελούνται γενικότερα οικονομικά, από τη μείωση των δαπανών, του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και της διάρκειας αποχής του ασθενούς από την εργασία (Ρίκος, 2015).

Κεφάλαιο 7^ο

Οικονομική κρίση – πώς επηρεάζει τα άτομα αλλά και τις υπηρεσίες που προσφέρει ένα νοσοκομείο

Στην οικονομική κρίση, μειώνονται σημαντικά μεγέθη όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Το ποσοστό ανεργίας αυξάνεται, οι μισθοί μειώνονται, άρα μειώνεται γενικά το εισόδημα, αυξάνονται οι τιμές φαρμάκων, τα νοσήλια, ενώ περιορίζονται τα κονδύλια για την υγεία. Η δημόσια υγεία αποδυναμώνεται και υπολειπεται, η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας περιορίζεται (Πιστόλας και συν., 2015). Ένα μόνο θετικό στοιχείο μπορεί ν' αναφερθεί, ότι το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010· Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες που έχουν οικονομική κρίση υποβάλλονται σε μείωση δαπανών και εξοικονόμηση πόρων, ενώ αντιμετωπίζουν αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και προβλήματα όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των ανασφάλιστων κ.α. (Πιστόλας και συν., 2015· Καραϊσκού και συν., 2012).

Λόγω της αύξησης της ανεργίας και της απώλειας θέσεων εργασίας, η ασφαλιστική κάλυψη μειώνεται (Stuckler et al., 2009), την ίδια στιγμή που αυξάνεται η ζήτηση και επιβαρύνονται οι δημόσιες μονάδες παροχής υγείας, καθώς οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Πατελάρου και συν., 2011).

7.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Οι περισσότερες χώρες λοιπόν πιέζονται από την αύξηση των δαπανών και τον περιορισμό των εισφορών. Οι επιλογές είναι η συγκράτηση του κόστους, ή η αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ή και οι δύο. Ήδη από την δεκαετία του 1970,

στις βιομηχανικές χώρες υπάρχει συζήτηση για τη λήψη μέτρων συγκράτησης του κόστους (Mossialos, Le Grand, 1999). Ο συνεχής δημόσιος δανεισμός πρέπει να περιοριστεί, επομένως ο τρόπος χρηματοδότησης της περίθαλψης αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα (Mossialos et al., 2002; Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Τα ελλείμματα όμως στον δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις και στα ασφαλιστικά ταμεία, επομένως και στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» τον Ιανουάριο του 2009, επιβεβαιώνει ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί και το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις, η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Η πείρα έχει δείξει ότι οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς, είτε στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εφόσον η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Αν δεν εξασφαλιστεί επαρκής οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, η ποιότητα υπηρεσιών είναι πιθανό να επιδεινωθεί (WHO, 2009; WHO, 2009b; Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009· Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Οι υπηρεσίες υγείας καλούνται να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό, επομένως θα περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Καραϊσκού και συν., 2012). Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του. Απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008· Καραϊσκού και συν., 2012).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (American Hospital Association, 2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Καθώς δεν είναι ασφαλισμένοι, οι ασθενείς αναβάλλουν την επίλυση προβλημάτων υγείας ή τις προγραμματισμένες διαδικασίες, με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές

εισαγωγές, σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι, αυξάνεται το ποσοστό των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και η ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα (Καραϊσκού και συν., 2012).

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών γιατί μειώνεται ή διακόπτεται η εξωτερική οικονομική βοήθεια, από χώρες οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δικές τους δαπάνες (WHO, 2009a; WHO, 2009b; Καραϊσκού και συν., 2012).

7.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας της (Oikonomou and Mariolis, 2010). Μετά τη διεθνή οικονομική ύφεση, η Ελλάδα μπήκε σε περιπέτεια το 2008, η οποία απειλεί την οικονομική σταθερότητα της χώρας (Arghyrou & Tsoukalas, 2011). Μια σειρά μέτρων λιτότητας επιβλήθηκε, προκειμένου να μειωθεί το έλλειμμα και να βελτιωθεί η αξιοπιστία της χώρας στις διεθνείς κεφαλαιαγορές (European Commission. Economic and Financial Affairs, 2016; Skroumpelos et al., 2014).

Από τη δομή και οργάνωση των περισσότερων Ελληνικών δημόσιων ιδρυμάτων, λείπουν συστήματα τεκμηρίωσης, αξιολόγησης και ελέγχου. Οι πολιτικές διαμορφώνονται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ηγετών, την πίεση της κοινής γνώμης, τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα και λιγότερο από ένα ορθολογικό σύστημα. Οι δείκτες υγείας εξακολουθούν να είναι ικανοποιητικοί χάρις στο καλό κλίμα, σε στοιχεία της ποιότητας ζωής που δεν έχουν υποχωρήσει ακόμη καθώς και τις προσπάθειες για υγιεινή διατροφή (Ευθυμίου και συν., 2013; Oikonomou and Mariolis, 2010).

Όσο επενδύει το κράτος στην υγεία, μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών. Αυτό συμβαίνει σε χώρες όπου εφαρμόζεται η νομιμότητα, ο κρατικός έλεγχος, η ορθή διαχείριση και τηρούνται οι προϋπολογισμοί. Στην Ελλάδα, την δεκαετία 1990-2000, 10% του ΑΕΠ επενδύθηκε στην υγεία, γεγονός που θα έπρεπε να έχει θετική ανταπόκριση στην αύξηση του ποσοστού της επιβίωσης των πολιτών κατά τουλάχιστον

δύο έτη, πράγμα που όχι μόνο δεν πραγματοποιήθηκε, αλλά είχε αντίθετα αποτελέσματα (Πιστόλας και συν., 2015· Καραϊσκού και συν., 2012). Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του ΑΕΠ το 1991, στο 9,7% το 2008. Αυτό είναι ένα ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των χωρών του ΟΟΣΑ (Οικονομίου and Mariolis, 2010), αλλά η αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ μειώθηκε (Ευθυμίου και συν., 2013· Grammatikopoulos et al., 2011· Luna, 2011).

Είναι επίσης γνωστό ότι στη χώρα μας έχει καταγραφεί πλήθος βιοϊατρικών μηχανημάτων, νέων κτιρίων, υπερβολική συνταγογράφηση και κατανάλωση υλικών, συνεχής υπερκοστολόγηση φαρμάκων και υλικών. Είμαστε πρώτοι στον κόσμο στην αναλογία γιατρών προς τους πολίτες και τελευταίοι στην Ευρώπη στην αναλογία νοσηλευτών προς πολίτες. Προφανώς, η αλόγιστη χρήση των οικονομικών πόρων για την υγεία, ακόμη και σε περιόδους χωρίς οικονομική κρίση, δεν έχει θεμιτά αποτελέσματα στην βελτίωση της υγείας των πολιτών (Πιστόλας και συν., 2015· Καραϊσκού και συν., 2012).

Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι τρέχουσες οικονομικές συνθήκες έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την υγεία του πληθυσμού. Η οικονομική κρίση έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την αυτο-αναφερόμενη κατάσταση της υγείας (Zavras et al., 2013), και την επίπτωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (Makaridis et al., 2014), της μείζονος κατάθλιψης και των αποπειρών αυτοκτονίας (Skroumpelos et al., 2014· Economidou et al., 2013). Ακόμη, ένα σημαντικό μερίδιο στη συνολική επιβάρυνση από τις νόσους, αντιπροσωπεύουν οι χρόνιες ασθένειες και κατά συνέπεια, απορροφούν σημαντικούς πόρους (Skroumpelos et al., 2014). Ανακύπτουν λοιπόν παράλληλα προβλήματα υγείας στον πληθυσμό (Πιστόλας και συν., 2015· Καραϊσκού και συν., 2012) και εδώ αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των πολιτών, που ξοδεύουν το 40% του εισοδήματός τους για την υγεία, είτε λόγω δαπανηρού χρόνιου νοσήματος, είτε λόγω αιφνίδιου συμβάντος (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Σύμφωνα με μελέτη του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όταν τα δημόσια έξοδα μειώνονται, παρατηρείται μείωση των δαπανών και παράλληλα μείωση της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ενώ αυξητικά κινείται η παραοικονομία λόγω της μείωσης της κοινωνικής πρόνοιας και του εισοδήματος (Πατελάρου και συν., 2011).

7.3 Οι επιπτώσεις στο ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα υγείας

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των γιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά, με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας. Η συρρίκνωση της Ελληνικής οικονομίας, υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς του ΕΣΥ (Καραϊσκού και συν., 2012).

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο και Τσιάντου (2010) και Καραϊσκού και συν. (2012), στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο. Ήδη παρατηρείται μείωση της χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012· Καραϊσκού και συν., 2012). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010β) έχουν αυξηθεί περίπου κατά 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009· Καραϊσκού και συν., 2012).

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, καταγράφηκε αύξηση των εισαγωγών έως και 24% για το 2011, στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια, κατά 9% και 11% αντίστοιχα. Επιπλέον, στον ιδιωτικό τομέα υγείας παρατηρήθηκε μια μείωση από 18% έως 25% περίπου (Κυριόπουλος, 2011).

Έχει παρατηρηθεί ότι χρηματοδότες ασφαλειών υγείας που περιορίζονται από τα οικονομικά μέτρα, εφαρμόζουν μέτρα μείωσης κόστους, επαναδιαπραγματεύονται τιμές και πληρωμές, ενώ επιβάλουν πρόστιμα σε ασθενείς που δεν τηρούν θεραπείες και προληπτικές συστάσεις (Πατελάρου και συν., 2011).

Επίσης, η δημογραφική γήρανση είναι δυνατόν να έχει δυσμενείς επιπτώσεις και να προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), καθώς το τμήμα του πληθυσμού της χώρας μας άνω των 65 ετών από το 17,5% που ήταν το 2009, αναμένεται να υπερβεί το 22% το 2020 και να προσεγγίσει το 35% το 2050, προσθέτοντας ακόμη μεγαλύτερο φόρτο εργασίας στα νοσοκομεία (Παπαδοπούλου, 2015).

7.3.1 Μελέτες για τις υπηρεσίες υγείας στην ΕΕ

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 34 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Federation of nurses Associations, 2012), μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, κυρίως στη νοσηλευτική υπηρεσία. Διαπιστώθηκε, παρά τις διαφορές στη νοσηλευτική εκπαίδευση, αλλά και στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στις χώρες αυτές, ότι εμφανίζονται κοινές επιπτώσεις λόγω της δημοσιονομικής κατάρρευσης: απολύσεις, μείωση μισθών, αυξημένη τάση προς συνταξιοδότηση, αύξηση του φόρτου εργασίας, ανεργία κ.λπ. Ταυτόχρονα, η μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς και η μειωμένη ασφάλειά τους, αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό και στις 34 χώρες που πήραν μέρος στην μελέτη. Ένας στους τρεις νοσηλευτές και νοσηλεύτριες είναι ηλικίας άνω των 50 ετών και η πλειοψηφία τους έχει ήδη περισσότερα από 20 έτη προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές καλούνται να εργάζονται σκληρότερα, να αμείβονται λιγότερο και να προσπαθούν να διατηρούν τα πρότυπα ποιότητας, σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αδυναμία παροχής επαρκούς και ασφαλούς στελέχωσης (Πιστόλας και συν., 2015).

Από άλλη μελέτη, των Jankauskienė and Jankauskaitė (2011), στην οποία επεξεργάστηκαν στοιχεία από δέκα Ευρωπαϊκές χώρες, προκύπτει ότι: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην Αυστρία και την Σουηδία αξιολόγησαν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψής τους ως καλό, αλλά μόνο το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων στη Ρουμανία και λιγότερο από το μισό στη Λιθουανία, θεώρησαν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους ως καλή ή πολύ καλή. Η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση θα μπορούσε να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα αυτά (Jankauskienė and Jankauskaitė, 2011).

Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους είναι καλύτερη από ό,τι σε άλλο κράτος-μέλος. Οι ερωτηθέντες στην Αυστρία προηγούνται. Ένα ακόμη τέταρτο των Ευρωπαίων τείνουν να πιστεύουν ότι η υγειονομική περίθαλψη στη χώρα τους είναι χειρότερη από ό,τι σε άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, κυρίως στη Ρουμανία (τα δύο τρίτα) (Jankauskienė and Jankauskaitė, 2011).

Από την άποψη της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, προηγούνται η Αυστρία, η Δανία και η Γερμανία, ενώ η χαμηλότερη ποιότητα αξιολογείται ότι εντοπίζεται στη Λετονία, τη Ρουμανία, τη Λιθουανία και την Εσθονία. Ως προς την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, προηγούνται η Γερμανία, η Αυστρία και η Δανία, ενώ η Λιθουανία, η Ρουμανία, η Λετονία και η Εσθονία είναι τελευταίες στην κατάταξη (Jankauskienė and Jankauskaitė, 2011).

7.4 Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας

Παρότι είναι νωρίς ακόμη για ασφαλή συμπεράσματα, φαίνεται ότι αρκετοί από τους δείκτες επιδεινώνονται. Παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων σύμφωνα με τα Δελτία Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ [αύξηση της επίπτωσης της φυματίωσης κατά 37,5%, στο διάστημα 2011-2013, αύξηση κατά 187,5% της ηπατίτιδας Α, ενώ της μηνιγγίτιδας (βακτηριακή, άσηπτη) και της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου αυξήθηκαν κατά 87% και 35%]. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013) Αύξηση έχει καταγραφεί και στους δείκτες θνησιμότητας, όπως για παράδειγμα στους θανάτους από λοιμώδη, από υπερτασική νόσο, καθώς και συγγενείς ανωμαλίες. Σημαντική αύξηση παρουσιάζουν και οι θάνατοι από επιπλοκές και συμβάντα κατά την ιατρική περίθαλψη, κατά 58% (Καϊτελίδου, 2014· Καϊτελίδου και συν., 2014).

Η ανεργία, η χωρίς προοπτική εργασία και η ανασφάλεια οδηγούν σε αύξηση ψυχικών διαταραχών (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης ουσιών, αυτοκτονιών, θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια, υιοθέτηση ενός μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας,

καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελή διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010· Καλογεροπούλου και Παπαθανασοπούλου, 2013). Αύξηση υπήρξε και στα περιστατικά μολύνσεων από τον ιό HIV (OECD, 2013· Παπαδοπούλου, 2015).

Όσον αφορά τώρα στην επίπτωση ασθενειών που σχετίζονται με συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και τον τρόπο ζωής, πιθανότατα αναμένεται αύξηση τα επόμενα έτη. Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ (55,7% του πληθυσμού το 2010). Η παιδική παχυσαρκία βρίσκεται ανάμεσα στις υψηλότερες θέσεις, με το ποσοστό των υπέρβαρων ή των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 11 ετών να ξεπερνά το 24% (41% για τα αγόρια και 24% για τα κορίτσια). Την ίδια στιγμή, έχουμε το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη (39,7% του πληθυσμού ηλικίας 15+ είναι καθημερινοί καπνιστές) και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά πληθυσμού που ασκείται (OECD Health Statistics 2014; Καϊτελίδου, 2014).

7.5 Μέτρα που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης

Όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, αναγκάστηκαν να περικόψουν τους προϋπολογισμούς υγείας τους και ξεκίνησαν παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας τους (Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2014; Wray, 2013). Ο αντίκτυπος όμως της οικονομικής κρίσης δεν είναι ίδιος για όλα τα κράτη-μέλη. Υπάρχει δυσαναλογία μεταξύ των χωρών, καθώς και στο εσωτερικό τους (ευπαθείς ομάδες πληθυσμού) (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Οι πλέον ευάλωτες ομάδες, όπως άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες και μετανάστες, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις συνέπειες της κρίσης (Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2014· Παπαδοπούλου, 2015).

Κάποιες χώρες έχουν λάβει μέτρα για να μετριάσουν τις συνέπειες της κρίσης, ενώ άλλες έχουν θεωρήσει την κρίση ως μια ευκαιρία για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας τους (McKee and Mackenbach, 2013). Στην Ελλάδα, τα μνημόνια υπαγορεύουν τη μείωση των δημόσιων δαπανών (Kaitelidou and Kouli, 2012). Οι περιορισμοί σε πολλές χώρες

όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Βρετανία, έχουν στόχο την αυστηρή συγκράτηση του κόστους. Η Ελλάδα και η Ιρλανδία παρουσίασαν τις μεγαλύτερες μειώσεις, 11,1% και 6,6% αντίστοιχα, στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Buchan et al., 2013· Παπαδοπούλου, 2015). Οι μειώσεις των δαπανών επιτεύχθηκαν με μειώσεις μισθών, μείωση της απασχόλησης, αύξηση των άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα και με την επιβολή αυστηρών περιορισμών στα νοσοκομεία (OECD Health Statistics, 2012). Τα νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το πρόβλημα οφείλεται στις συνεχείς συνταξιοδοτήσεις και τον παράλληλο περιορισμό των προσλήψεων (Υπουργείο Υγείας, 2012).

Όπως αναφέρθηκε, ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ και δημιουργήθηκε νέο σύστημα αποζημιώσεων νοσοκομείων βασισμένο στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες, έγινε νέα τιμολόγηση και αποζημίωση φαρμακευτικών ειδών, ξεκίνησε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η αύξηση της χρήσης γενοσήμων αντί πρωτοτύπων φαρμάκων. Έγινε επίσης προσπάθεια για αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την ίδρυση του Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ) (Ατυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2014· Καϊτελίδου, 2014· Παπαδοπούλου, 2015).

Από την άλλη πλευρά, όμως, η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες για πρόληψη και δημόσια υγεία κατά 12%, τη στιγμή που η χώρα ήδη δαπανούσε μόνο το 1/3 σε σχέση με το μέσο όρο των κρατών-μελών της ΕΕ (26,2 € κατά κεφαλήν σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ 75,8 € το 2009). Μείωσε και συνολικά τη δημόσια δαπάνη υγείας κατά περισσότερο από 25%, τη στιγμή που οι δημόσιες δαπάνες υγείας της Ελλάδας ήταν από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη (το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας δεν υπερβαίνει το 11,5% των συνολικών δημοσίων δαπανών σε αντίθεση με το μέσο όρο της Ευρώπης που υπολογίζεται στο 15%) (OECD Health Statistics 2014; EUROSTAT, 2014). Την ίδια στιγμή, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας κατά 5% για την περίοδο 2009-2012, εγείροντας ερωτήματα για την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως από τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (Καϊτελίδου, 2014; Economou et al. 2014).

Για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, χρειάζεται επαρκή χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας, πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών

του και ενίσχυση της καινοτομίας. Ένα παράδειγμα αποτελεί η υπογραφή της κοινής υπουργικής απόφασης για την κάλυψη των ανασφάλιστων στη χώρα μας (ΦΕΚ β/1465/5 Ιουνίου 2014). Η έμφαση και η ενίσχυση των προσπαθειών σε επίπεδο ΠΦΥ είναι πλέον απαραίτητη (Καϊτελίδου, 2014).

7.6 Επιπτώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό

Οι νοσηλευτές διεθνώς είναι η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στην υγεία και αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη αναλογία του συνολικού κόστους της φροντίδας υγείας (International Council of Nurses, 2015¹). Σε καιρούς λιτότητας οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που μειώνονται, αν και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Μελέτη σε 9 ευρωπαϊκές χώρες, κατέγραψε την δυσαρέσκεια των νοσηλευτών και κατέγραψε την πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Αυτή η απογοήτευση σχετιζόταν με τους μισθούς, τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες και την επαγγελματική ανάπτυξη (International Council of Nurses, 2015¹ Παπαδοπούλου, 2015). Από τις αρχές του 2008 η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Συνδέσμων (European Federation of Nurses Association - EFN) και τα 34 μέλη-εθνικοί σύνδεσμοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), παρακολουθούν την επίδραση της κρίσης στους νοσηλευτές. Οι επιδράσεις είναι εμφανείς και εστιάζονται στη δραστική μείωση των θέσεων για τους νοσηλευτές σε όλη την Ευρώπη, μειώσεις αποδοχών και «πάγωμα» μισθών, μειωμένα ποσοστά προσλήψεων και διατήρησης θέσεων εργασίας (Παπαδοπούλου, 2015).

Η ζήτηση σε νοσηλευτικό δυναμικό βέβαια έχει αλλάξει, όχι μόνο εξαιτίας της κρίσης, αλλά και λόγω άλλων συνθηκών (γήρανση πληθυσμού, αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, τεχνολογικές αλλαγές, αλλαγές στον τρόπο ζωής), σχεδόν σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Μείζον θέμα αποτελεί η γήρανση του δυναμικού του επαγγέλματος, καθώς οι νοσηλευτές λόγω των προβλημάτων στη συνταξιοδότηση, είτε αναβάλλουν την έξοδό τους, είτε εργάζονται περισσότερες ώρες εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών συνθηκών. Σε πέντε κράτη μέλη, σχεδόν το 50% των νοσηλευτών είναι ηλικίας άνω των 45 ετών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008). Στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές (κατά το ένα τρίτο) είναι πάνω από 50 ετών, με περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσίας. Εφόσον το προσωπικό αυτό πλησιάζει σε ηλικία συνταξιοδότησης, πρέπει να προσληφθούν αρκετοί νέοι εργαζόμενοι για να το αντικαταστήσουν. Αλλά όπως είναι

γνωστό, ελάχιστες προσλήψεις γίνονται πλέον (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008· Σαρίδη, 2014· Παπαδοπούλου, 2015).

Σύμφωνα με το φυλλάδιο «Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014» του ΟΟΣΑ, με τα πλέον πρόσφατα συγκρίσιμα δεδομένα και δείκτες για την υγεία και τα συστήματα υγείας, σε 35 ευρωπαϊκές χώρες, το 2012 η Ελλάδα είχε 6,2 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ, που την κατατάσσει στην πρώτη θέση. Τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών κατά κεφαλή έχουν η Τουρκία, το Μεξικό και η Ελλάδα (3,3/1000 κατοίκους), με μέσο όρο στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ, 8,8 νοσηλευτές/1000 κατοίκους το 2011. Ο λόγος νοσηλευτές/γιατρό υπολογίζεται στους 0,6 στην Ελλάδα, όταν ο μέσος όρος στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ είναι 2,83 νοσηλευτές/γιατρό (Παπαδοπούλου, 2015).

Ταυτόχρονα, η υποστελέχωση φαίνεται από τον δείκτη «νοσηλευτές/κλίνη». Η χώρα μας κατατάσσεται σε μια από τις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ, με τιμή 0,67 ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ανέρχεται στους 2,03 νοσηλευτές/κλίνη (Παπαδοπούλου, 2015). Δεν υπάρχουν ακόμη σαφείς μελέτες οι οποίες να τεκμηριώνουν το ενδεχόμενο κόστους σε ανθρώπινες ζωές (Καραϊσκού και συν., 2012· Σαρίδη, 2014).

Σε μελέτη σε 34 κράτη-μέλη της ΕΕ (EFN, 2012) παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας, και κυρίως στη νοσηλευτική. Παρ' όλη τη διαφοροποίηση που παρουσιάζει τόσο η νοσηλευτική εκπαίδευση, όσο και η άσκηση του επαγγέλματος σε κάθε χώρα (Βουλγαρία, Κροατία, Δανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λετονία, Λιθουανία, Μαυροβούνιο, Ηνωμένο Βασίλειο, κ.λπ.), παρουσιάζονται παρεμφερείς επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. Η έκπτωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς και η μειωμένη ασφάλειά τους, αποτελεί δυστυχώς ένα ακόμα κοινό σημείο αναφοράς, με τα γνωστά πλέον θέματα: Οι νοσηλευτές σε όλη την ΕΕ καλούνται να εργάζονται σκληρότερα, να αμείβονται λιγότερο και να προσπαθούν να διατηρούν τα πρότυπα ποιότητας, σε ένα περιβάλλον που δεν μπορεί και δεν πρέπει να διαπραγματεύεται τη ζωή του ασθενούς (Gantz et al., 2012· Παπαγεωργίου, 2013· Σαρίδη, 2014· Παπαδοπούλου, 2015). Πανομοιότυπες πιέσεις στους νοσηλευτές, σε μικρότερο ίσως βαθμό, ασκούνται και σε χώρες όπως η Αυστραλία και οι ΗΠΑ (Sargent-Cox et al., 2011· Σαρίδη, 2014).

Στη Βρετανία, το 2009, καταγράφηκαν απώλειες στο μισθό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ενώ το 2010, υπήρξε διετές πάγωμα μισθών σε εργαζόμενους με εισόδημα πάνω από 21.000 £ το χρόνο. Σχετικά με τους νοσηλευτές στην ίδια χώρα, περίπου 50.000 θέσεις εργασίας αναμένεται να έχουν χαθεί έως το τέλος του 2014, ενώ στην Ουαλία οι κενές θέσεις νοσηλευτών που προκύπτουν από άδειες κήσης ή ασθένειας δεν αναπληρώνονται πλέον (Σαρίδη, 2014).

Στη Φινλανδία, το ποσοστό ανεργίας για τους νοσηλευτές εν μέσω οικονομικής κρίσης φτάνει μόλις το 1,1%, αλλά η συγκεκριμένη χώρα παραδοσιακά δεν εκτιμά αρκετούς νέους στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Σε σχετική μελέτη, το 50% περίπου των νοσηλευτών ανέφεραν ότι σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Η Ένωση Νοσηλευτών της Φινλανδίας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, έχει πετύχει αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών (π.χ. συνταγογράφηση), με σκοπό την εξοικονόμηση πόρων λόγω της μεγάλης έλλειψης γιατρών (Wray, 2013· Σαρίδη, 2014).

Στη Γερμανία, η μείωση των δαπανών υγείας επιφέρει όχι τόσο μείωση μισθών, όσο αύξηση του φόρτου εργασίας, λόγω μείωσης των ανάλογων θέσεων εργασίας στα νοσοκομεία. Στη Γαλλία, καταγράφεται ο φόρτος εργασίας στον τομέα της υγείας και η μείωση των μισθών των νοσηλευτών. Στην Ελβετία επίσης, μια χώρα που δε βιώνει έντονα οικονομικές επιπτώσεις, παρ' όλο που δεν υπάρχει μείωση μισθών και εμφανείς δυσχέρειες στο σύστημα υγείας, ασκούνται σοβαρές πιέσεις για μείωση 10-15% των θέσεων νοσηλευτών (Σαρίδη, 2014).

Η Κύπρος επίσης, αντιμετωπίζει αύξηση των ποσοστών ανεργίας των νοσηλευτών, που άρχισε το 2010 και εμφανίζει ελαφρά επιδείνωση. Βέβαια, σε αυτή τη χώρα εργάζονται και ξένοι νοσηλευτές (Ελλάδα, Ρουμανία, Πολωνία), ενώ μειώνονται οι κενές οργανικές θέσεις στα δημόσια νοσοκομεία και αυξάνονται οι αριθμοί των αποφοίτων νοσηλευτικής (European Federation of Nurses Associations, 2012· Σαρίδη, 2014· Παπαδοπούλου, 2015).

Στην Ελλάδα, το 2009, το πρόβλημα ήταν μικρότερο, αλλά ξεκίνησε η συνταξιοδότηση πολλών νοσηλευτών από το σύστημα υγείας και αυτή η κίνηση πολλαπλασιάστηκε τα επόμενα χρόνια (European Federation of Nurses Associations, 2012). Η πρόωπη

συνταξιοδότηση των νοσηλευτών, χωρίς αυτό να αντικατοπτρίζει την πραγματική βούληση των ίδιων, οφείλεται στην αβεβαιότητα του ασφαλιστικού συστήματος και συνέβαλλε στην αποδιοργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία (Σαρίδη, 2014). Ελάχιστοι νοσηλευτές προσλήφθηκαν ως επικουρικό προσωπικό με περιορισμένο χρονικό ορίζοντα εργασίας, από το ΚΕΕΛΠΝΟ το 2013, με στόχο την ενίσχυση κυρίως των ΜΕΘ (Σαρίδη, 2014· Παπαδοπούλου, 2015). Όμως η νοσηλευτική αποτελεί μια από τις πρώτες επιλογές των νέων για σπουδές. Πολλά ΤΕΙ και ΑΕΙ της χώρας έχουν αυξήσει τους εισακτέους σε ποσοστό έως και 25%, με προσδοκία την αμεσότερη επαγγελματική αποκατάσταση (Σαρίδη, 2014).

Με την έναρξη της κρίσης αποφασίστηκε επίσης, ότι για κάθε πέντε αποχωρήσεις δημοσίων υπαλλήλων θα υπήρχε μόνο μία νέα πρόσληψη, χωρίς να εξαιρεθούν οι νοσηλευτές από αυτή την απόφαση. Οι μισθοί των Ελλήνων νοσηλευτών υπέστησαν σημαντική περικοπή, 40% περίπου, η οποία σε συνδυασμό με την αύξηση της φορολογίας και τη μη έγκαιρη καταβολή δεδουλευμένων (υπερωριών, νυχτερινών κ.λπ.), συμβάλλει στην περαιτέρω επιβάρυνση. Οι νοσηλευτές, λόγω της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, αναγκάζονται να εργαστούν χωρίς να λαμβάνουν τις εβδομαδιαίες αναπαύσεις και ο λόγος ασθενών/νοσηλευτών δεν τηρείται, με αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη εξουθένωσή τους και την αναγκαστική έκπτωση στην παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας (Σαρίδη, 2014· Παπαδοπούλου, 2015). Σύμφωνα με αναφορά της Κοινής Επιτροπής για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO), η μη επαρκής στελέχωση με νοσηλευτές υπήρξε παράγοντας που στο 24% των περιπτώσεων εμπλεκόταν σε θανάτους ή τραυματισμούς ασθενών ή μόνιμη απώλεια λειτουργικότητας (International Council of Nurses, 2015· Παπαδοπούλου, 2015).

Επειδή τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από υψηλής έντασης εργασία, επιβάλλεται να διαθέτουν ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό εργατικό δυναμικό και άρτια καταρτισμένο (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008). Οι νοσηλευτές όχι μόνο εργάζονται για την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών, αλλά και ως κλινικοί εκπαιδευτές και δάσκαλοι για τους φοιτητές της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της κλινικής τους εκπαίδευσης. Είναι ανάγκη λοιπόν να υπάρξουν αρκετοί νοσηλευτές στην κλινική εκπαίδευση, ώστε να παρέχουν επαγγελματική εκπαίδευση στους φοιτητές νοσηλευτικής (Παπαδοπούλου, 2015).

Κεφάλαιο 8^ο

Συσχέτιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται σε εκείνες τις ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, όπως οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτικοί, καθώς και επαγγελματικοί. Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων, τον καθορισμό των προτύπων και τον έλεγχο, χρησιμοποιώντας δείκτες αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στις συστηματικές και οργανωμένες ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι ικανή να ανταποκριθεί σε ποιοτικές απαιτήσεις (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012· Ρίκος, 2015).

Η ποιότητα γίνεται ένα σημαντικό ζήτημα για την επιτυχή προώθηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η αυξημένη έμφαση στην ποιότητα στον τομέα της υγείας οφείλεται εν μέρει στα οφέλη που και οι ασθενείς και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποκομίσουν από την παροχή υπηρεσιών ποιότητας φροντίδας υγείας. Τα οφέλη που προκύπτουν για τους ασθενείς περιλαμβάνουν μια πιο αποδοτική και αποτελεσματική εξυπηρέτηση. Τα οφέλη που απορρέουν για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης δημιουργούνται κατά κύριο λόγο από το να έχουν περισσότερο ικανοποιημένους ασθενείς. Αυτό είναι σημαντικό, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν πιο θετικές αντιλήψεις της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και οι αντιλήψεις αυτές θα οδηγήσουν στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ανθρώπους που θα εμπιστεύονται περισσότερο τον οργανισμό και το προσωπικό (Clemes et al., 2001).

Για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της διασφάλισης ποιότητας, λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράμετροι: η Επαγγελματική απόδοση, η Ορθή Χρησιμοποίηση πόρων, η

Διαχείριση κινδύνων που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η Ικανοποίηση των ασθενών. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί κανείς να προσδιορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς της ποιοτικής διασφάλισης: α) Τη βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τις απαραίτητες και καταλληλότερες παρεμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, β) την επίτευξη του αποτελέσματος αυτού με την ελάχιστη σπατάλη πόρων, γ) τον ελαχιστοποιημένο κίνδυνο για επιπρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως αρνητική έκβαση του σχεδίου θεραπείας και δ) την ικανοποίηση του ασθενούς από την πορεία της φροντίδας υγείας του. Δεν απαιτείται προϋπόθεση μια μεμονωμένη δραστηριότητα διασφάλισης της ποιότητας να πληροί και τα τέσσερα κριτήρια. Τέλος, όσον αφορά τις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας είναι, η διαχείριση ολικής ποιότητας, οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα, η οριοθέτηση σημείων αναφοράς, οι διαδικασίες διαπίστευσης και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας (Ρίκος, 2015).

Οι διευθυντές υπηρεσιών και οργανισμών υγείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και δεν πρέπει να εφαρμόζουν αδιακρίτως εργαλεία όπως το SERVQUAL σε κάθε είδους πλαίσιο παροχής υπηρεσιών. Αν σχεδιάζουν να αναπτύξουν μέτρα για την ποιότητα των υπηρεσιών, θα πρέπει αυτά να επικεντρωθούν σε μια προσέγγιση προσανατολισμένη στην εκπλήρωση των αναγκών (Dedeke, 2003). Επιπλέον, θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους με τη στόχευση διαφορετικών πτυχών της δομής που είναι προσανατολισμένη στην εκπλήρωση των αναγκών, διασφαλίζοντας ότι η διαδικασία καθορισμού των αμοιβαία συμφωνημένων αποτελεσμάτων όντως πραγματοποιούνται. Θα είναι επίσης σε θέση να επηρεάσουν το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών διαμέσου της παροχής και της μεγαλύτερης συνέπειας των «συμφωνημένων» αποτελεσμάτων με τους πελάτες/ασθενείς. Τέλος, μέρος της διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών μπορεί επίσης να επιτευχθεί με τη μείωση των περιστάσεων, στις οποίες τα συμφωνημένα αποτελέσματα δεν εκπληρώνονται (Dedeke, 2003).

Κεφάλαιο 9^ο

Μεθοδολογία έρευνας

Ο στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι να αναδείξει την μεθοδολογία της έρευνας όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς. Συγκεκριμένα, θα παρατεθούν ο σκοπός, οι στόχοι της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που πρόκειται να απαντηθούν, θα γίνει μια μικρή αναφορά στον σχεδιασμό της έρευνας, θα δοθούν στοιχεία για τον πληθυσμό αναφοράς, την επιλογή του δείγματος, καθώς και την εφαρμογή πιλοτικής μελέτης. Θα ακολουθήσει η μέθοδος με την οποία έγινε η συλλογή των δεδομένων, θα υπάρξει αναφορά σε ζητήματα δεοντολογίας και τέλος θα παρατεθεί ο τρόπος με τον οποίο έγινε η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

9.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα, η διερεύνηση της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Η εργασία αυτή έχει ως στόχο να αναδείξει τις γνώμες και απόψεις των ασθενών σε θέματα που άπτονται της παροχής ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών και εργαστηριακών υπηρεσιών υγείας, καθώς και ζητημάτων που αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, λόγου χάριν καθαριότητα, θερμοκρασία, ή και η ύπαρξη πινακίδων σήμανσης. Τέλος, γίνεται μια γενική αξιολόγηση του νοσηλευτικού ιδρύματος και μια προσπάθεια να διερευνηθούν οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, στην ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στον βαθμό στον οποίο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας θα διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στο να ληφθούν όλα τα απαραίτητα και αναγκαία μέτρα για να

αυξηθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο προς όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος, αλλά κυρίως των δημοτών του Κιλκίς.

9.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που μελετήθηκαν ήταν τα εξής:

1. Ποιό το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών που προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας;
2. Ποιοι οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας;
3. Σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ικανοποίηση των ασθενών;

9.3 Είδος έρευνας

Η έρευνα αυτή κατατάσσεται στο είδος της Ποσοτικής, μιας και ασχολείται με την εύρεση δεδομένων ως ποσοστών και την απεικόνισή τους με τη βοήθεια κυκλικών διαγραμμάτων και ραβδογραμμάτων, προκειμένου να καταστεί εφικτή η περιγραφή τους. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε ομαδικό πλαίσιο και ανακτήθηκε στο διάστημα μεταξύ 17 Μαρτίου έως και 24 Μαρτίου του 2016.

9.4 Πληθυσμός αναφοράς και επιλογή δείγματος

Ο πληθυσμός αναφοράς της έρευνας περιελάμβανε όσα άτομα έχριζαν φροντίδας ή θεραπείας και επισκέφτηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε ήταν η τυχαία δειγματοληψία, σύμφωνα με την οποία όλα τα μέλη του πληθυσμού των ασθενών είχαν την ίδια πιθανότητα να επιλεγθούν. Σαν κριτήρια συμπερίληψης των ασθενών στην παρούσα έρευνα, κρίθηκαν: η επιθυμία συμμετοχής των ασθενών και των συνοδών τους, η ηλικία των ασθενών (να είναι ≥ 18 ετών) και τέλος όλοι οι συμμετέχοντες να είναι γνώστες της Ελληνικής γλώσσας. Σαν κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα, τέθηκαν τα ακόλουθα: δεν συμμετείχαν ασθενείς η υγεία των οποίων θεωρήθηκε κρίσιμη ή σοβαρή, καθώς και οι ψυχιατρικοί ασθενείς.

9.5 Πιλοτική μελέτη

Κρίθηκε αναγκαίο να πραγματοποιηθεί μια πιλοτική μελέτη σε πλήθος 5 ατόμων, διαμοιράζοντας το ερωτηματολόγιο και ζητώντας από ασθενείς και συνοδούς, αφού το συμπληρώσουν, να εντοπίσουν ερωτήσεις των οποίων η διατύπωση θα μπορούσε να μην είναι σαφής, ή ακόμη και να οδηγήσει σε παραπλανητικές απαντήσεις. Επίσης, ζητήθηκε η άποψή τους σε θέματα που αφορούσαν στη μορφή των ερωτήσεων, καθώς και στην ευκολία ή δυσκολία κατανόησής τους, όσον αφορά τη γλώσσα γραφής. Τελικώς η μορφή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου άλλαξε ελάχιστα, καθώς κάποιες λέξεις αντικαταστάθηκαν με κάποιες άλλες, ώστε να είναι περισσότερο κατανοητές. Εν κατακλείδι, μοιράστηκαν 140 ερωτηματολόγια, ενώ από την κάλη συλλέχθηκαν 100, επομένως το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 71,4%.

9.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων στην έρευνα αυτή ήταν η συμπλήρωση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) έχει ως βάση ερωτηματολόγια τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί κυρίως σε παλαιότερες έρευνες, όπως ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, το οποίο έχει αποσταλεί από το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα από τη διεύθυνση ποιότητας και αποδοτικότητας σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας, το 2011, ώστε να βελτιωθεί και να αναβαθμιστεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ικανοποιώντας με αυτόν τον τρόπο τις απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας (<http://www.moh.gov.gr>). Έτσι, διαμέσω τροποποίησης με αφαίρεση ερωτήσεων και προσθήκη άλλων, σχετικών με την οικονομική κρίση, διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει συνολικά 34 ερωτήσεις που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων σχετιζόμενων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις προσφερόμενες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, το περιβάλλον του νοσοκομείου, την ταχύτητα διεξαγωγής των εργαστηριακών εξετάσεων, την ικανοποίησή τους από το διοικητικό προσωπικό, την γενική αξιολόγηση του Νοσοκομείου του Κιλκίς και τέλος τις δυνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, ενώ για την μέτρηση της ικανοποίησης των ερωτηθέντων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert με διαβαθμίσεις (καθόλου ικανοποιημένος, ελάχιστα ικανοποιημένος, μέτρια ικανοποιημένος, πολύ ικανοποιημένος, παρά πολύ ικανοποιημένος).

Η ερευνήτρια προσέγγιζε του ασθενείς που εξέρχονταν από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς και, αφού τους ενημέρωνε για τον σκοπό και τη σημασία της έρευνας, τους τόνιζε ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και, ότι τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιούντο μόνο για τον σκοπό της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας. Ο αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10 λεπτά. Οι συμμετέχοντες ασθενείς και συνοδοί τους, αφού συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, το έριχναν στην κάλη που είχε τοποθετηθεί σε

ευκρινές σημείο, έξω από τους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών.

9.7 Ζητήματα δεοντολογίας

Για να κριθεί εφικτή η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, κατατέθηκε αίτημα στην γραμματεία του νοσοκομείου Κιλκίς για χορήγηση σχετικής έγκρισης από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσηλευτικού ιδρύματος, η οποία και τελικώς εδόθη (Παράρτημα Β).

9.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων έρευνας

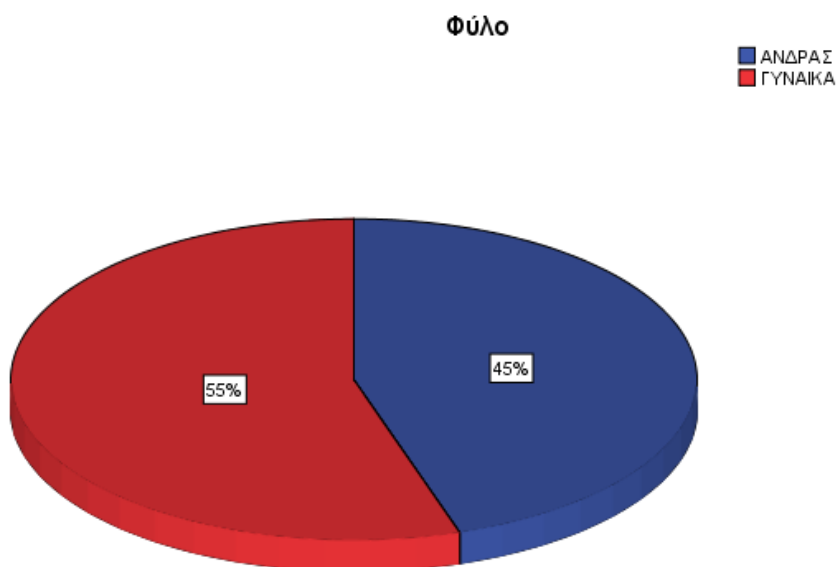
Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 20. Για κάθε ερώτημα παρατίθεται ο σχετικός πίνακας, ραβδόγραμμα ή κυκλικό διάγραμμα, ανάλογα με το είδος της κάθε ερώτησης. Ενώ για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης των ερωτηθέντων και ηλικίας, καθώς και της επιθυμίας επίσκεψης στο νοσοκομείο μελλοντικά σε σχέση με το πλήθος των επισκέψεων τον τελευταίο χρόνο, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρήθηκε πολύ ασθενής όταν $0 < r < 0,19$, ασθενής όταν $0,2 < r < 0,39$, μέτρια όταν $0,4 < r < 0,59$, δυνατή όταν $0,6 < r < 0,79$ και πολύ δυνατή όταν $0,8 < r < 1$.

Κεφάλαιο 10^ο

Αποτελέσματα της έρευνας

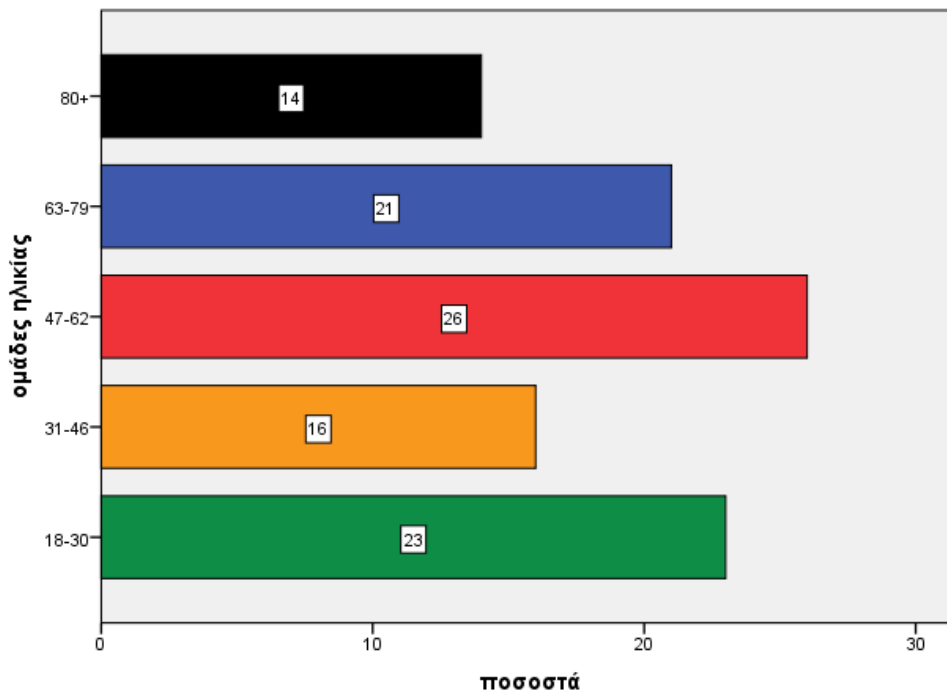
Ξεκινώντας την καταγραφή των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας, το ποσοστό ανταπόκρισης κυμάνθηκε στο 71,4%, καθώς από τα 140 ερωτηματολόγια που διαμοιράστηκαν, συλλέχθηκαν 100, όπως ήδη αναφέρθηκε. Αρχικά παρατηρείται, ότι το 55% όσων ανταποκρίθηκαν αποτελείται από γυναίκες, ενώ το 45% αποτελείται από άνδρες.

Γράφημα 1: Φύλο ερωτηθέντων



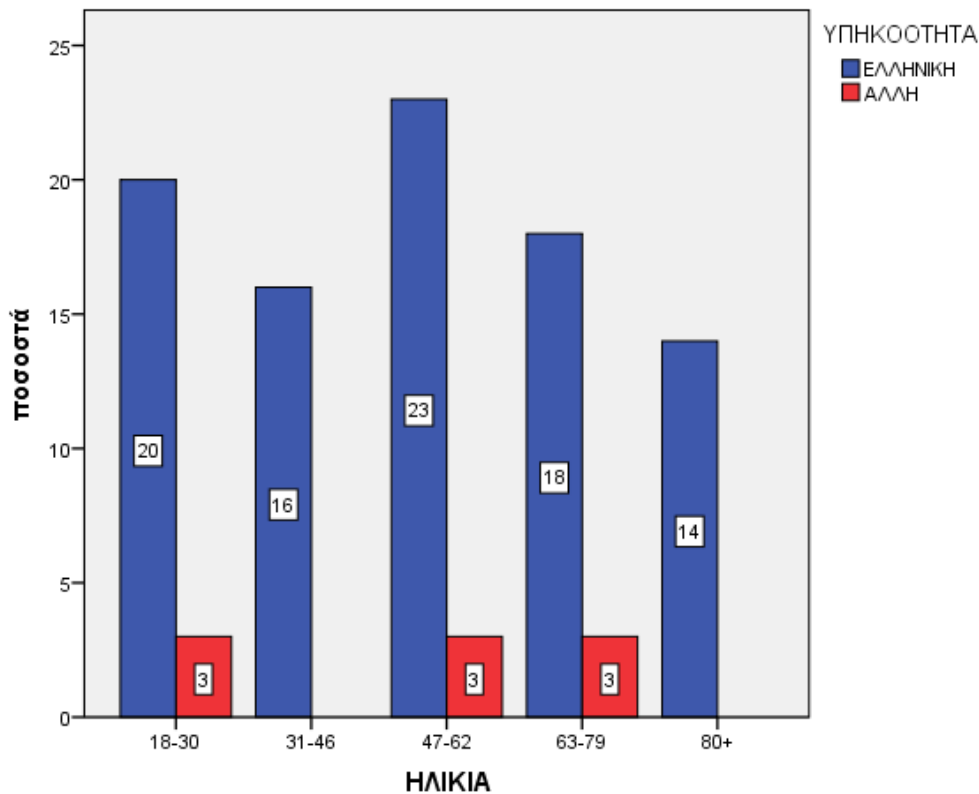
Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων φαίνεται στο **Γράφημα 2**: το 23% κυμαίνεται μεταξύ 18-30 ετών, το 16% μεταξύ 31-46 ετών, το 26% μεταξύ 47-62, το 21% μεταξύ 63-79 και το 14% πάνω από 80 ετών.

Γράφημα 2 : Ηλικία των ερωτηθέντων



Στην συνέχεια, στο **Γράφημα 3**, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν Ελληνική υπηκοότητα, καθώς σε άλλη υπηκοότητα ανήκει το 3% στις ηλικιακές κατηγορίες των 18-30, 47-62 και 63-79 ετών.

Γράφημα 3 : Ποσοστά υπηκοότητας ανα ηλικιακή κατηγορία



Ακόμη, στην ερώτηση για το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, ελήφθησαν τα εξής αποτελέσματα (Βλέπε **Πίνακα 1**):

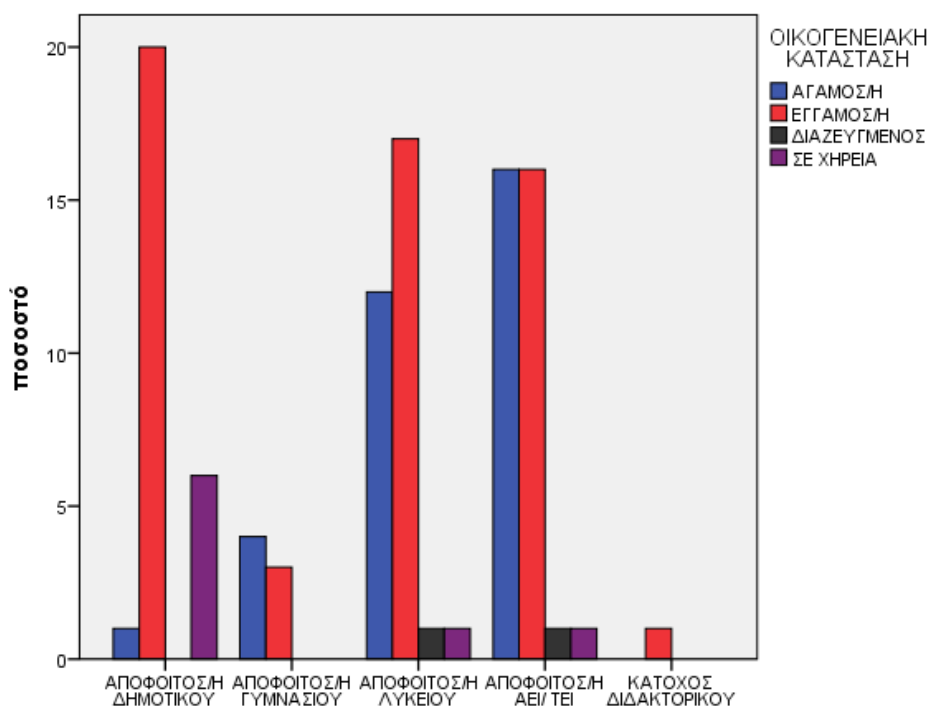
Πίνακας 1

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				Σύνολο ποσοστών ανά επίπεδο μόρφωσης
		Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	σε Χηρεία	
ΜΟΡΦΩΣΗ	απόφοιτος Δημοτικού	1%	20%	0%	6%	27%
	απόφοιτος Γυμνασίου	4%	3%	0%	0%	7%
	απόφοιτος Λυκείου	12%	17%	1%	1%	31%
	απόφοιτος ΑΕΙ - ΤΕΙ	16%	16%	1%	1%	34%
	κάτοχος Διδακτορικού	0	1	0	0	1%
Σύνολο ποσοστών ανά οικογενειακή κατάσταση		33	57	2	8	100

Όσο αναφορά τους απόφοιτους Δημοτικού, οι οποίοι αποτελούν το 27% των ερωτηθέντων, το 1% είναι άγαμοι, το 20% είναι έγγαμοι, κανείς δεν είναι διαζευγμένος, ενώ το 6% είναι σε χηρεία. Οι απόφοιτοι γυμνασίου οι οποίοι αποτελούν το 7% του δείγματος, παρουσιάζουν τα εξής ποσοστά ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση: το 4% είναι άγαμοι, το 3% είναι έγγαμοι, κανείς δεν είναι διαζευγμένος και κανείς δεν είναι σε χηρεία. Από τους απόφοιτους λυκείου, δηλαδή το 31% των ερωτηθέντων, το 12% είναι άγαμοι, το 17% είναι έγγαμοι, ενώ μόλις το 1% είναι διαζευγμένοι, όπως και σε χηρεία.

Για τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ, που αποτελούν το 34% του δείγματος, το 16% είναι άγαμοι, το 16% είναι έγγαμοι, το 1% είναι διαζευγμένοι, ενώ το 1% βρίσκεται σε χηρεία. Τέλος, για τους κατόχους διδακτορικού διπλώματος, το 1% των παρατηρήσεων, η μόνη κατηγορία που δεν παρουσιάζει μηδενικό ποσοστό είναι η δεύτερη. Με λίγα λόγια το 1% είναι έγγαμοι. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται και γραφικά στο **Γράφημα 4**.

Γράφημα 4 : μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



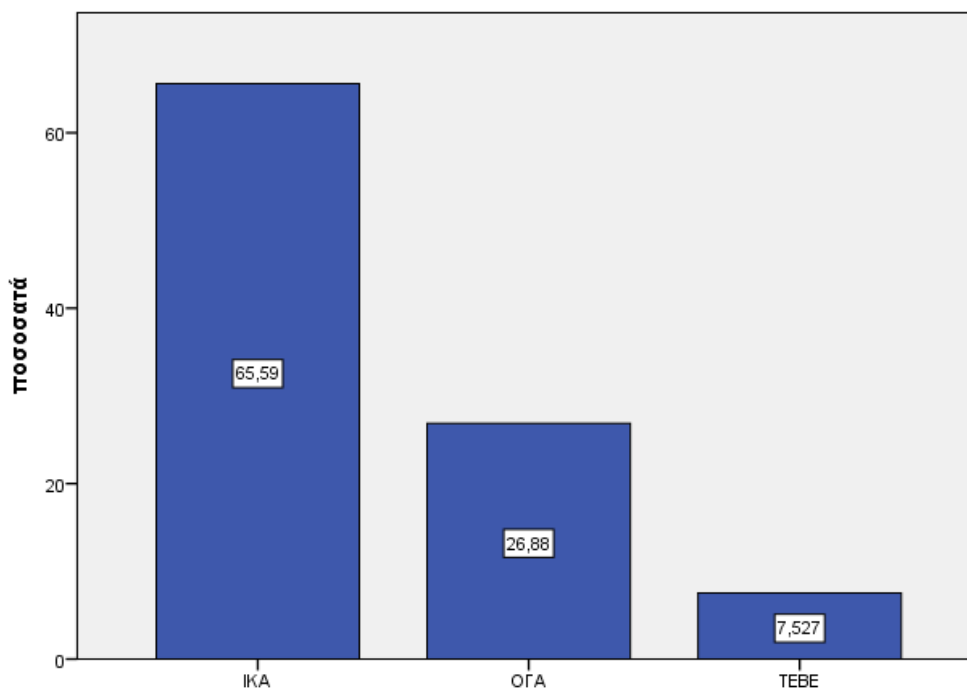
Περνώντας στην ερώτηση «σε ποιο ταμείο είναι ή δεν είναι ασφαλισμένος ο κάθε ερωτηθείς», παρατηρήθηκαν οι εξής απαντήσεις (**Πίνακας 2**):

Πίνακας 2 : Ποσοστό ασφαλισμένων

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	95	95%
ΟΧΙ	5	5%

Διαπιστώνουμε ότι το 95% από τους ερωτηθέντες είναι ασφαλισμένοι, ενώ μόλις το 5% δεν έχουν κάποια ασφάλεια. Από τους ασφαλισμένους, το 65,59% ανήκουν στο ΙΚΑ, το 26,88% στον ΟΓΑ και το 7,527% στο ΤΕΒΕ. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται και στο **Γράφημα 5**.

Γράφημα 5: είδος ταμείου ασφάλισης



Παρακάτω παρατηρούμε την κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμά τους. Από τον **Πίνακα 3** προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: το 5% των ερωτηθέντων είναι αγρότες, το 6% είναι φοιτητές, το 34% συνταξιούχοι, το 25% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 5% δημόσιοι υπάλληλοι, το 6% ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ το 19% δηλώνουν άνεργοι.

Πίνακας 3 : Επάγγελμα

Επάγγελμα	Συχνότητα	ποσοστό
ΑΓΡΟΤΗΣ	5	5%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	6	6%
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	34	34%
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	25	25%
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	5	5%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	6	6%
ΑΝΕΡΓΟΣ	19	19%
σύνολο	100	100%

Επιπλέον παρατηρούμε, ότι το 90% των ερωτηθέντων έχει νοσηλευθεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενώ μόλις το 10% δε νοσηλεύτηκε ποτέ στο νοσοκομείο αυτό (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

κατηγορίες	συχνότητα	ποσοστό
ΝΑΙ	90	90%
ΟΧΙ	10	10%
σύνολο	100	100%

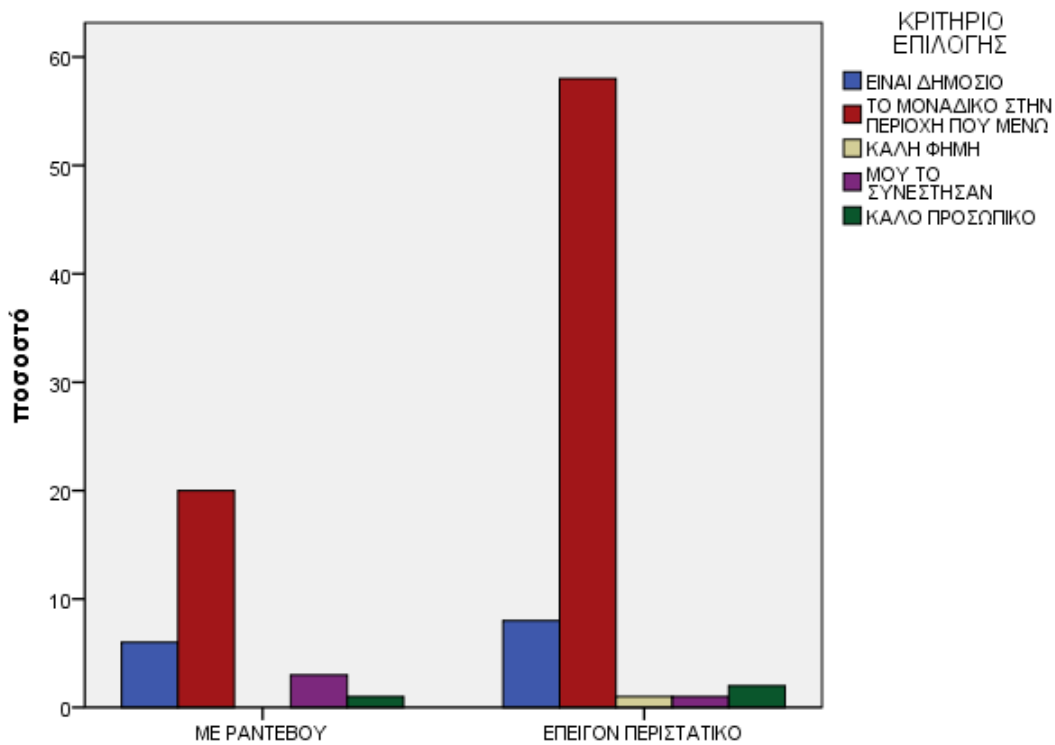
Από αυτούς που έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 28,9% δεν έχει προσέλθει στο νοσοκομείο τον τελευταίο χρόνο, το 63,3% προσήλθε στο νοσοκομείο από 1 έως 5 φορές και το 7,8% από 6 φορές και πάνω. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον **πίνακα 5**.

Πίνακας 5 : Πόσες φορές προσήλθαν οι ερωτηθέντες στο νοσοκομείο του Κιλκίς τον τελευταίο χρόνο

κατηγορίες	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΜΙΑ	26	28,9%
1 ΕΩΣ 5	57	63,3%
ΑΠΟ 6 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	7	7,8%
σύνολο	90	100%

Ολοκληρώνοντας την περιγραφική ανάλυση για τα δημογραφικά στοιχεία, θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που έχουν σχέση με τον τρόπο εισαγωγής, τα κριτήρια επιλογής και το ιατρείο στο οποίο προσήλθαν. Στο **Γράφημα 6** φαίνεται το κριτήριο επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου από τους ασθενείς, σε σχέση με τον τρόπο εισαγωγής τους.

Γράφημα 6 : τρόπος εισαγωγής σε σχέση με το κριτήριο επιλογής



Παρατηρούμε από τον **Πίνακα 6**, ότι το 30% εισήχθησαν με ραντεβού. Από αυτούς το 6% το επέλεξε διότι είναι δημόσιο νοσοκομείο, το 20% επειδή είναι το μοναδικό στην περιοχή που διαμένει, το 3% γιατί του το συνέστησαν και το 1% γιατί έχει καλό προσωπικό. Κανείς δεν το επέλεξε γιατί έχει καλή φήμη ή επειδή παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

Από την άλλη πλευρά, το 70% των ερωτηθέντων εισήχθη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό. Από αυτούς, το 8% το επέλεξε επειδή είναι δημόσιο, το 58% επειδή είναι το μοναδικό στην περιοχή που διαμένει, το 1% επειδή το νοσοκομείο έχει καλή φήμη, το 1% επειδή του το συνέστησαν, το 2% επειδή έχει καλό προσωπικό, ενώ κανείς δεν το επέλεξε επειδή παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

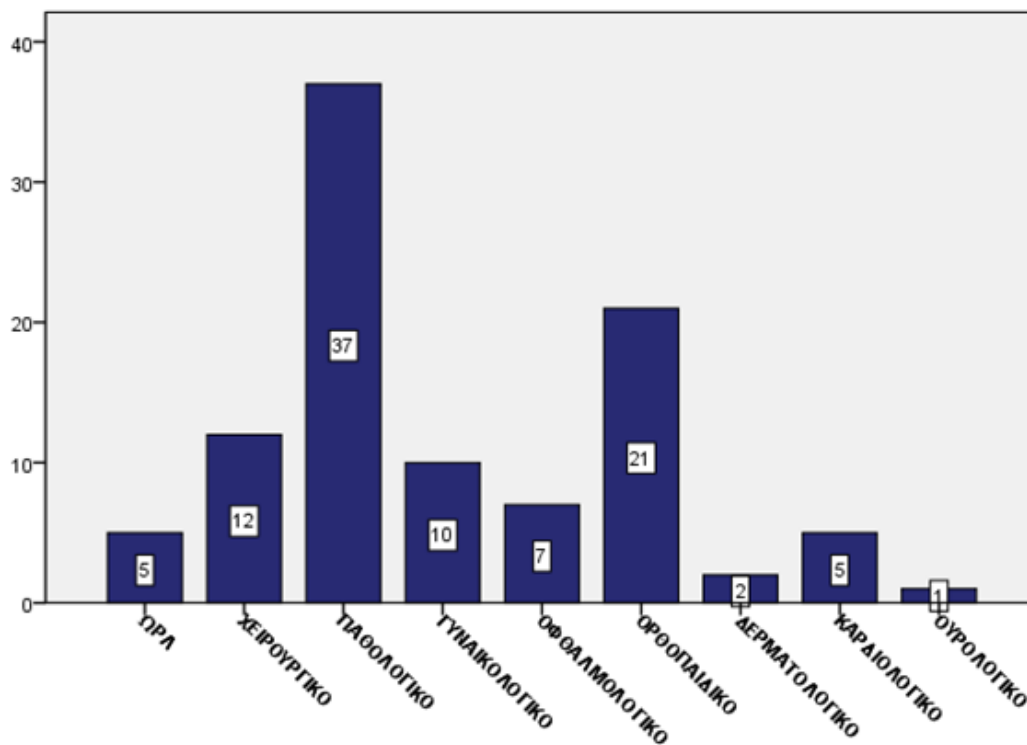
Πίνακας 6 : Τρόπος εισαγωγής σε σχέση με το κριτήριο επιλογής

Τρόπος εισαγωγής				
Επιλογή		PANTEBOY	ΕΠΕΙΓΟΝ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΗΜΟΣΙΟ	6%	8%	14%
	ΜΟΝΑΔΙΚΟ	20%	58%	78%
	ΚΑΛΗ ΦΗΜΗ	0%	1%	1%
	ΜΟΥ ΤΟ ΣΥΝΕΣΤΗΣΑΝ	3%	1%	4%
	ΚΑΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1%	2%	3%
	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	0%	0%	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	30%	70%	100%

Γενικά μπορούμε να δούμε ότι το νοσοκομείο του Κιλκίς επιλέχθηκε από τους ερωτηθέντες ως εξής: το 14% το επέλεξε επειδή είναι δημόσιο, το 78% επειδή είναι το μοναδικό στην περιοχή που διαμένει, το 1% επειδή έχει καλή φήμη, το 4% επειδή του το συνέστησαν, το 3% επειδή έχει καλό προσωπικό, ενώ κανείς δεν το επέλεξε λόγω των υπηρεσιών υψηλής ποιότητας που προσφέρει.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση βλέπουμε από το **Γράφημα 7**, ότι το 37% προσήλθε για εξέταση, θεραπεία ή φροντίδα στο παθολογικό, το 21% στο ορθοπεδικό, το 12% στο χειρουργικό, το 10% στο γυναικολογικό, το 7% στο οφθαλμολογικό, το 5% στο ΩΡΛ, το 5% στο καρδιολογικό, το 2% στο δερματολογικό και το 1% στο ουρολογικό ιατρείο των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών.

Γραφημα 7 : όνομα ιατρού



**ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΚΙΛΚΙΣ**

Στην συνέχεια της παρουσίασης των ευρημάτων της έρευνας, θα ασχοληθούμε με το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από:

- α) τις ιατρικές υπηρεσίες,
- β) τις νοσηλευτικές υπηρεσίες,
- γ) το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου,
- δ) την ταχύτητα των εργαστηριακών εξετάσεων,
- ε) καθώς και από την εξυπηρέτηση και συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.

Στην παρακάτω παρουσίαση θα θεωρήσουμε την εξής κωδικοποίηση των απαντήσεων:
1=καθόλου ικανοποιημένος, 2=ελάχιστα ικανοποιημένος, 3=μέτρια ικανοποιημένος,
4=πολύ ικανοποιημένος και 5=πάρα πολύ ικανοποιημένος.

Ο **Πίνακας 7** παρουσιάζει συνολικά τους μέσους όρους ικανοποίησης των ασθενών για τις ερωτήσεις 13-16, που αφορούν στην ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Πίνακας 7: Ιατρικές υπηρεσίες

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΧΡΟΝΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ - ΓΝΩΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ
	Μέσος όρος	Μέσος όρος	Μέσος όρος	Μέσος όρος
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,50	3,50	4,50
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	5,00	4,60	4,20	4,60
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4,19	4,14	3,86	3,95
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3,00	3,00	3,00	3,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4,57	4,43	4,00	4,00
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	3,95	3,84	3,65	3,76
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	3,70	3,80	4,00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,58	4,42	4,33	4,25
ΩΡΛ	3,40	3,60	4,00	4,40
Μέσος όρος ανά ερώτηση	4,14	4,03	3,85	3,98

Βλέπουμε ότι ο μέσος όρος της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την συμπεριφορά και την στάση του γιατρού είναι 4,14 , δηλαδή από πολύ ικανοποιητική έως πάρα πολύ ικανοποιητική. Από την ενημέρωση του γιατρού σε ό,τι αφορά την ασθένεια και την θεραπεία, ο μέσος όρος είναι 4,03 , δηλαδή οι ασθενείς έμειναν πολύ ικανοποιημένοι. Ο μέσος όρος ικανοποίησης των ασθενών από τον χρόνο εξέτασής τους είναι 3,85 , ενώ από τις γνώσεις και εμπειρία του γιατρού είναι 3,98.

Συνεχίζοντας, θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα από τις ερωτήσεις 17-18 στον **Πίνακα 8**, που αφορούν στο μέσο όρο ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Πίνακας 8: Νοσηλευτικές υπηρεσίες

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΠΑΡΟΧΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
	Μέσος όρος	Μέσος όρος
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	4,50	3,50
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	4,40	4,40
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4,48	3,57
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	3,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3,71	3,71
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	3,84	3,11
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	3,50	2,60
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,42	3,92
ΩΡΛ	4,60	2,60
Μέσος όρος ανά ερώτηση	4,08	3,34

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος ικανοποίησης από την συμπεριφορά και στάση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι 4,08 , ενώ από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι 3,34.

Από την άλλη πλευρά, στις ερωτήσεις 19-21 παίρνουμε αποτελέσματα για την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το εσωτερικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον **Πίνακα 9**.

Πίνακας 9: Εσωτερικό νοσοκομειακό περιβάλλον

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΠΙΝΑΚΙΔΕΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ
	Μέσος όρος	Μέσος όρος	Μέσος όρος
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	3,50	3,50	2,50
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	3,80	3,80	3,20
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4,38	4,38	3,76
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,00	3,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3,86	3,86	3,43
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	4,54	4,54	3,05
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,00	2,50
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,58	4,58	3,67
ΩΡΛ	4,80	4,80	3,40
Μέσος όρος ανά ερώτηση	4,36	4,36	3,26

Οι μέσοι όροι ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου, τη θερμοκρασία των χώρων και την ύπαρξη βοηθητικών πινακίδων σήμανσης είναι αντίστοιχα 4,36 , 4,36 και 3,26.

Φτάνοντας στις ερωτήσεις 22-23 που αφορούν στην ταχύτητα των εργαστηριακών εξετάσεων, λαμβάνουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα, όπως φαίνονται στον **Πίνακα 10**. Παρατηρούμε, ότι ο μέσος όρος ικανοποίησης από την ταχύτητα των αποτελεσμάτων, αλλά και από την συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διενέργεια των εξετάσεων είναι 4,08. Δηλαδή οι ασθενείς έμειναν από πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις εργαστηριακές υπηρεσίες.

Πίνακας 10: Ταχύτητα εργαστηριακών εξετάσεων

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
	Μέσος όρος	Μέσος όρος
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	4,50	4,50
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	4,40	4,40
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4,48	4,48
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3,71	3,71
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	3,84	3,84
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	3,50	3,50
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,42	4,42
ΩΡΛ	4,60	4,60
Μέσος όρος ανά ερώτηση	4,08	4,08

Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων (ερωτήσεις 24-25) αφορούν το επίπεδο ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό και τα ευρήματα φαίνονται στον **Πίνακα 11**. Βλέπουμε ότι ο μέσος όρος ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων είναι 3,87 , ενώ από την ταχύτητα εξυπηρέτησης είναι 3,88.

Πίνακας 11: Διοικητικό προσωπικό

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ από ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ
	Μέσος όρος	Μέσος όρος
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,00
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	4,20	4,20
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4,14	4,33
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4,00	4,00

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3,57	3,43
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	3,68	3,65
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	3,50	3,40
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,17	4,17
ΩΡΛ	4,20	4,20
Μέσος όρος ανά ερώτηση	3,87	3,88

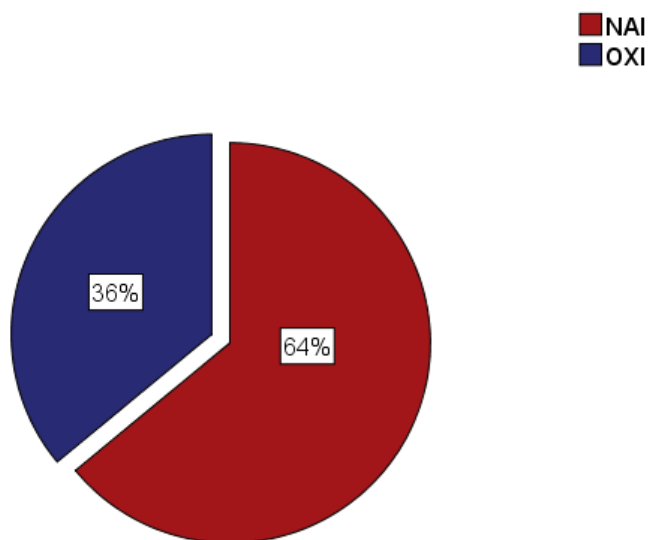
Συμπερασματικά, υπολογίζουμε τα ποσοστά που ακολουθούν, για κάθε μία ομάδα ερωτήσεων που αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι είναι από πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι, βάσει των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στο νοσηλευτικό ίδρυμα του Κιλκίς. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον **Πίνακα 12**.

Πίνακας 12: Ποσοστά ικανοποίησης πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένων ασθενών

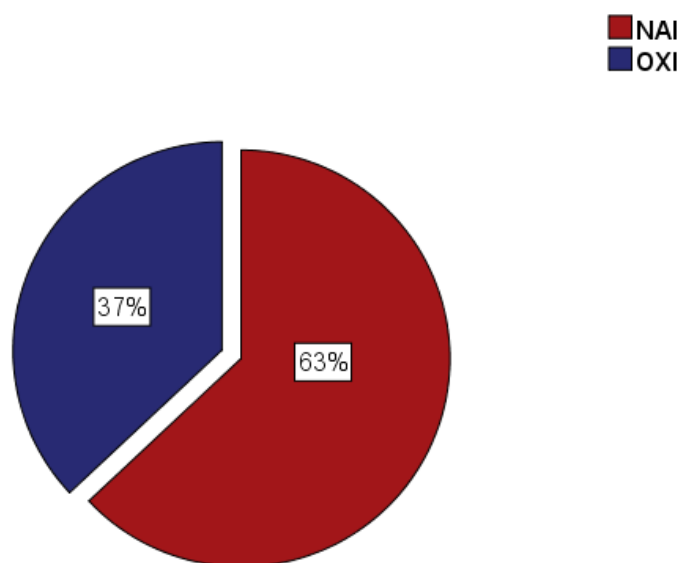
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ερωτήσεις 13-16)	72,75%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ερωτήσεις 17-18)	65%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ερωτήσεις 19-21)	59,33%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (ερωτήσεις 22-23)	74%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ερωτήσεις 24-25)	73%

Τελειώνοντας την παρουσίαση αυτού του μέρους της έρευνας, θα παραθέσουμε αποτελέσματα ερωτήσεων που σχετίζονται με τη γενική αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου του Κιλκίς.

Γράφημα 8: θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο



Γράφημα 9 : θα συστήνατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας



Βλέπουμε στο **Γράφημα 8** ότι το 36% των ερωτηθέντων δεν θα επιθυμούσε να επισκεφθεί ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο, σε αντίθεση με το 64%, που δηλώνει ότι θα το επισκεφθεί και πάλι.

Στο **Γράφημα 9** παρατηρούμε ότι το 37% των ερωτηθέντων δεν θα σύστηνε το νοσοκομείο για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει, ενώ το 63% θα το συνιστούσε σε συγγενείς και γνωστούς.

Στον **Πίνακα 13** φαίνονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούν στην επιθυμία για μελλοντική επίσκεψη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς και στην σύσταση σε γνωστούς και συγγενείς, ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει, σε σχέση με το φύλο του νοσηλευόμενου.

**Πίνακας 13: Γενική αξιολόγηση του Νοσοκομείου Κιλκίς
σε σχέση με το φύλο του ερωτώμενου.**

		ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ		ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
		ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	31%	14%	28%	17%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	33%	22%	35%	20%

Παρατηρούμε ότι όσον αφορά στους άνδρες, το 31% επιθυμούν να το επισκεφθούν ξανά στο μέλλον, ενώ το 14% όχι. Το 28% θα σύστηνε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε τρίτους, ενώ το 17% δεν θα το σύστηνε. Για τον γυναικείο πληθυσμό των ερωτηθέντων ισχύουν τα εξής: το 33% θα επισκεφθεί ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενώ το 22% όχι. Όμως το 35% των γυναικών θα σύστηνε το νοσοκομείο σε τρίτους, σε σχέση με το 20% που δεν θα το σύστηνε.

Τέλος, κάνουμε μια διάκριση μεταξύ των ερωτηθέντων που δεν έχουν νοσηλευθεί κατά το παρελθόν στο γενικό νοσοκομείο του Κιλκίς και αυτών που έχουν νοσηλευθεί κάποια στιγμή στο παρελθόν, στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα.

Από τον **Πίνακα 14** βλέπουμε ότι από αυτούς που έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν (90%), το 57% επιθυμεί να το επισκεφθεί στο μέλλον, ενώ το 33% δεν επιθυμεί μελλοντική επίσκεψη. Το 55% θα το συστήσει σε συγγενείς και φίλους, ενώ το 35% δεν το συνιστά. Από τα άτομα που δεν έχουν νοσηλευθεί ποτέ κατά το παρελθόν (10%), αλλά έχουν προσέλθει ως ασθενείς για εξέταση, θεραπεία και φροντίδα στο τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών, το 7% επιθυμεί να το επισκεφτεί στο μέλλον, ενώ το 3% δεν επιθυμεί μελλοντική επίσκεψη. Το 8% θα το συστήσει σε συγγενείς και φίλους, ενώ αντιθέτως, το 2% δεν θα το συστήσει.

Πίνακας 14

		ΕΧΕΤΕ ΞΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΚΙΛΚΙΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		ποσοστό	Ποσοστό
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	ΝΑΙ	57%	7%
	ΟΧΙ	33%	3%
ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	ΝΑΙ	55%	8%
	ΟΧΙ	35%	2%

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΠΙΘΑΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Θέλοντας να εντοπίσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, προχωρήσαμε στην εύρεση γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των παρακάτω παραγόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 15**. Τα συμπεράσματα βγήκαν με την βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης Spearman(r_s).

Πίνακας 15

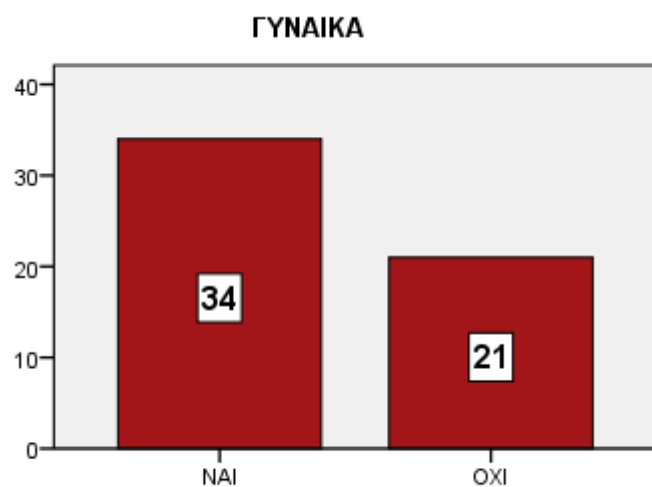
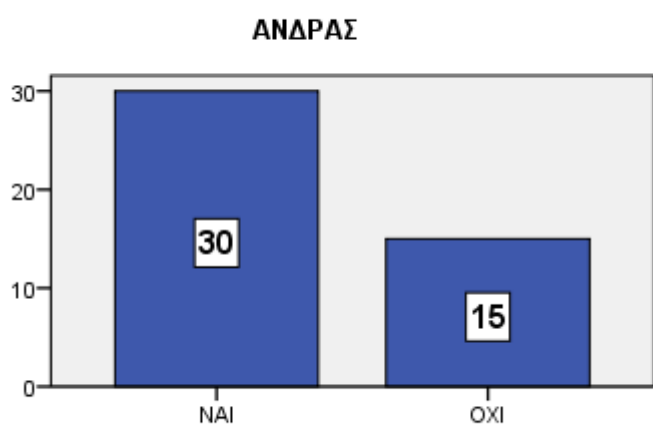
Συντελεστές συσχέτισης του Spearman

	ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ	ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΓΝΩΣΤΟΥΣ Ή ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΗΛΙΚΙΑ	-0,177	0,013	0,226
ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΕΙ ΥΠΑΡΞΕΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ	-0,42	-0,018	-0,142

Βλέπουμε ότι η ηλικία των ερωτηθέντων επηρεάζει -σε ασθενή βαθμό βέβαια- ($0,2 < r_s = 0,226 < 0,39$) την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του επισκεπτόμενου τμήματος των εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών. Όσο πιο μεγάλη η ηλικία τους, τόσο η ικανοποίησή τους τείνει να αυξάνεται. Ακόμη παρατηρούμε ότι η επιθυμία επίσκεψης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μελλοντικά, επηρεάζεται μέτρια ($0,4 < r_s = 0,42 < 0,59$) σε αρνητικό βαθμό, από το πλήθος των προηγούμενων επισκέψεων των ερωτηθέντων τον τελευταίο χρόνο. Όσο περισσότερες επισκέψεις αναφέρουν, τόσο λιγότερο θα σύστηναν το νοσοκομείο σε συγγενείς και γνωστούς.

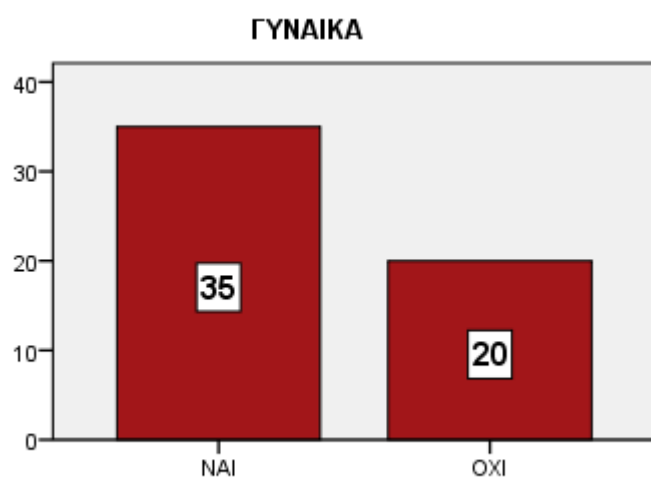
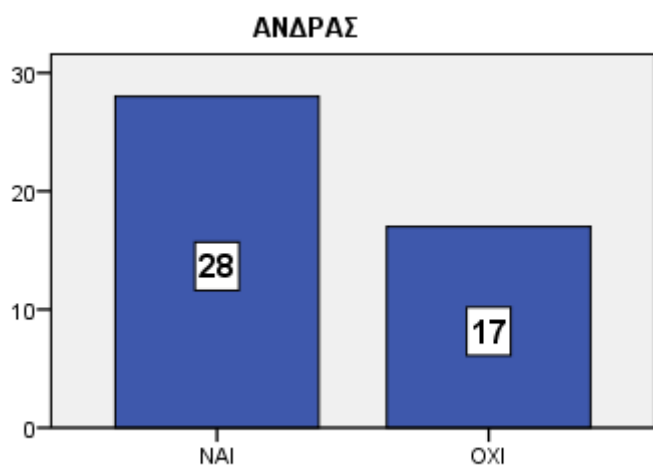
Στο **Γράφημα 10** βλέπουμε ότι 30 άνδρες και 34 γυναίκες θα επιθυμούσαν να επισκεφθούν και πάλι το νοσοκομείο, ενώ 15 άνδρες και 21 γυναίκες δεν θα το επιθυμούσαν.

**Γράφημα 10 : Θα επιθυμούσατε μελλοντικά να επισκεφθείτε το
Γενικό Νοσοκομείο του Κιλκίς σε περίπτωση ασθένειας;**



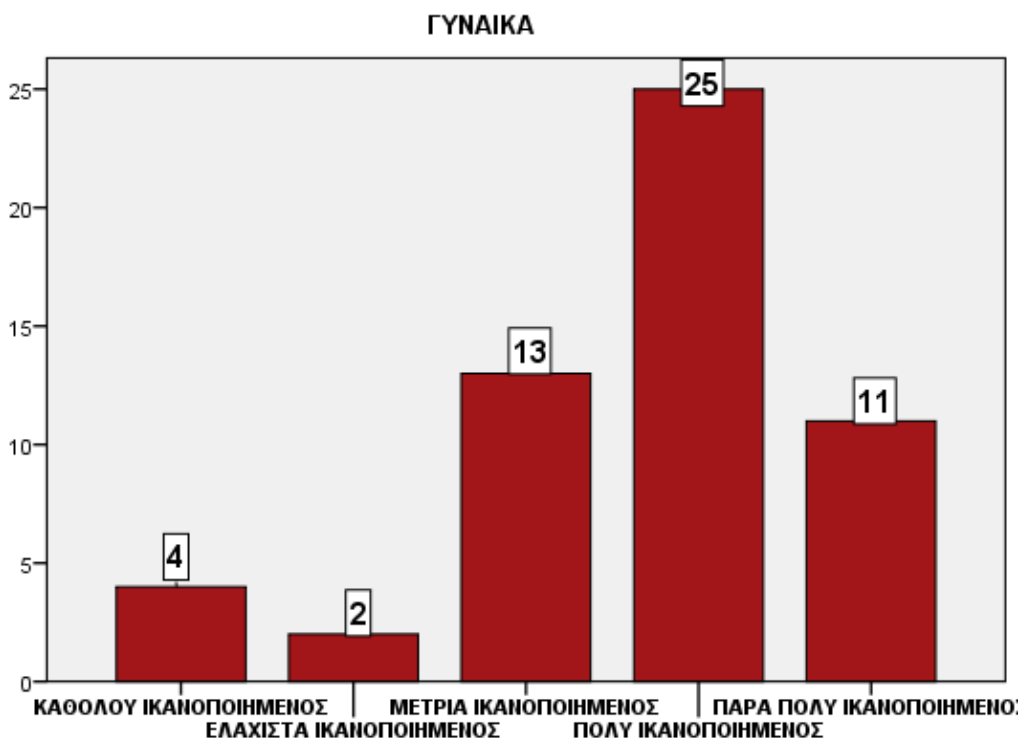
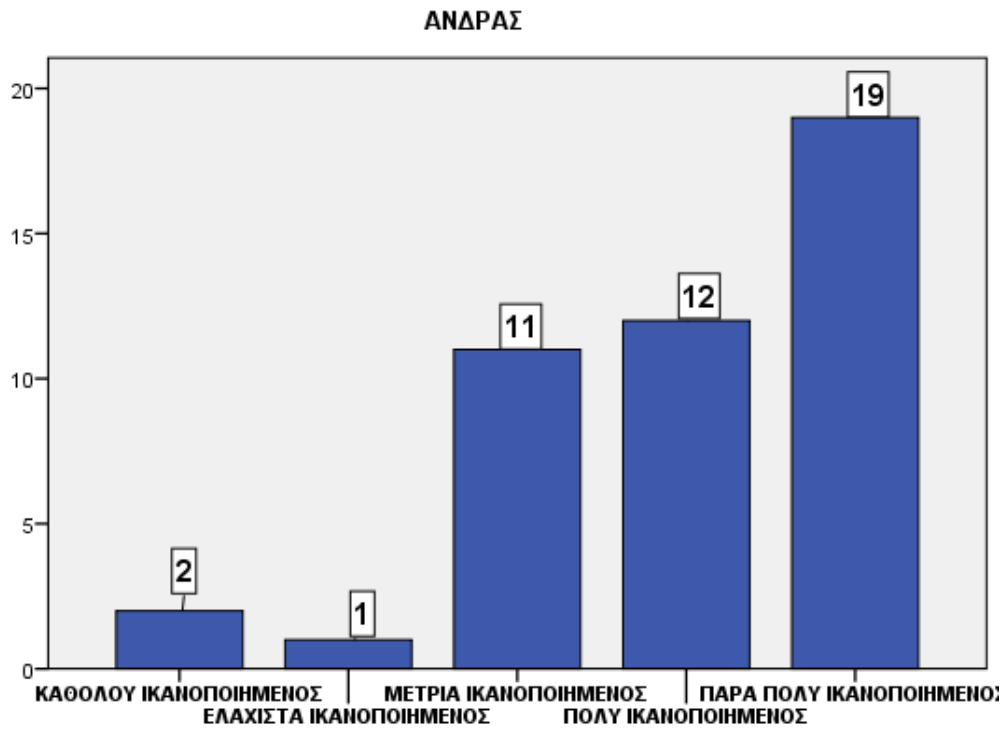
Στο **Γράφημα 11** βλέπουμε ότι 28 άνδρες και 35 γυναίκες από τους ερωτηθέντες θα σύστηναν το νοσοκομείο σε συγγενείς και γνωστούς, σε αντίθεση με 17 άνδρες και 20 γυναίκες που δεν θα το σύστηναν.

**Γράφημα 11 : Θα συστήνατε το νοσοκομείο σε γνωστούς και συγγενείς
για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει;**



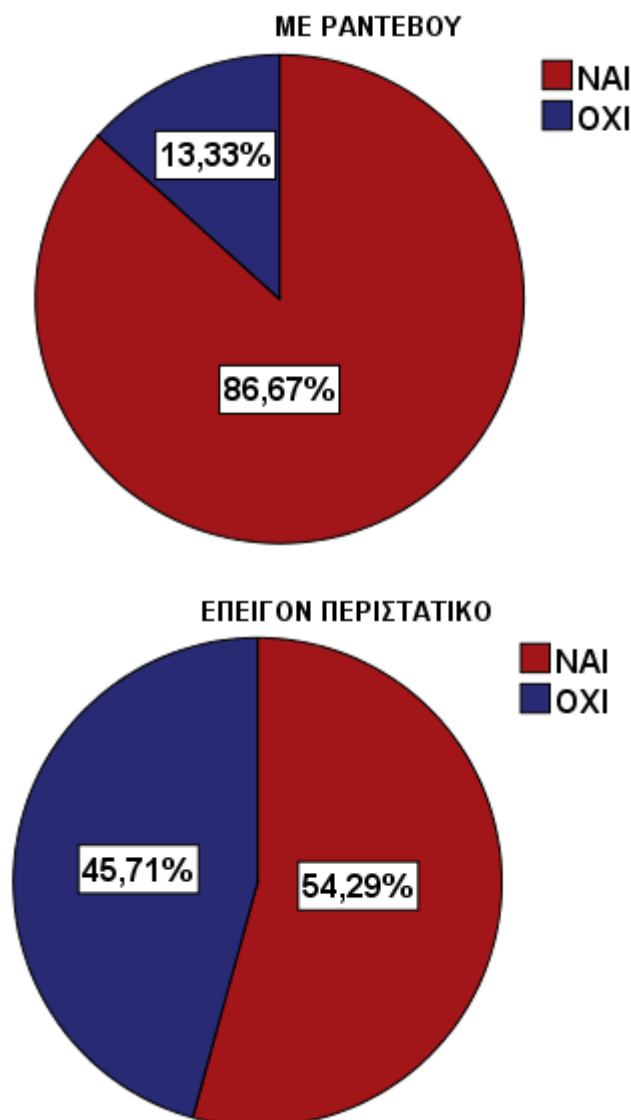
Στο **Γράφημα 12**, βλέπουμε τα άτομα που αντιστοιχούν στους βαθμούς ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών, ανά φύλλο.

Γράφημα 12 : Βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών.



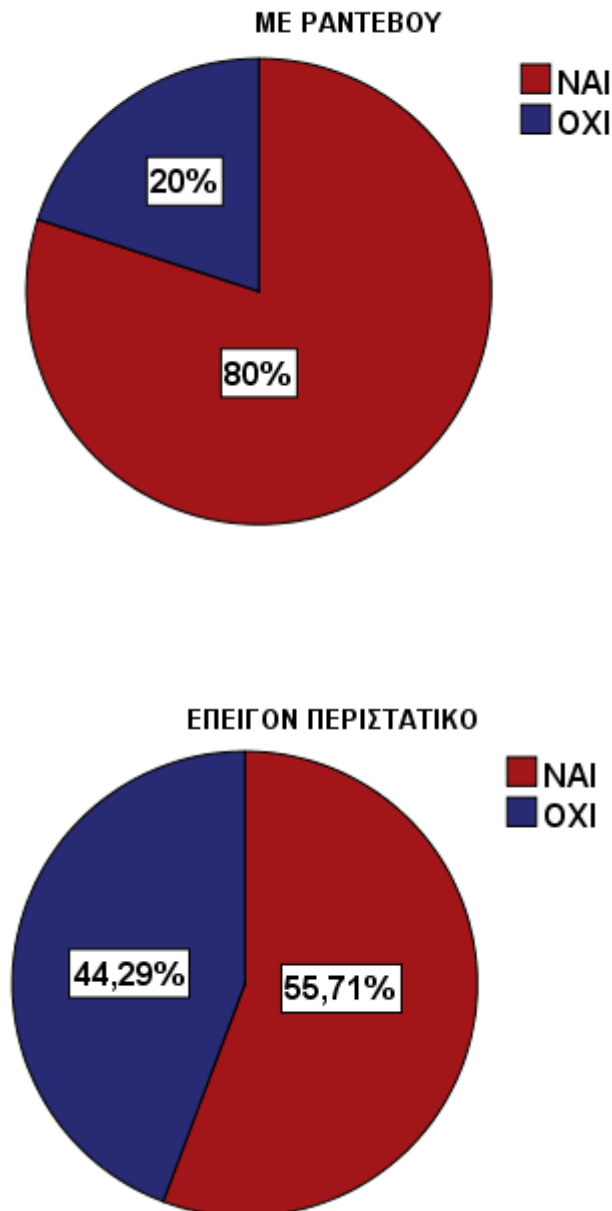
Στο **Γράφημα 13** παρατηρούμε το πώς διαμορφώνονται τα ποσοστά ανά τρόπο εισαγωγής των ερωτηθέντων, σε ό,τι αφορά την επιθυμία τους για μελλοντική επίσκεψη. Από αυτούς που εισήχθησαν με ραντεβού, το 86,67% θα επιθυμούσε να επισκεφθεί το νοσοκομείο μελλοντικά, ενώ το 13,33% δεν θα το επιθυμούσε. Από αυτούς που εισήχθησαν ως επείγον περιστατικό, το 54,29% θα επιθυμούσε να επισκεφθεί το νοσοκομείο μελλοντικά, ενώ το 45,71% δεν θα το επιθυμούσε.

Γράφημα 13 : Θα επιθυμούσατε να επισκεφτείτε το γενικό νοσοκομείο Κιλκίς μελλοντικά;



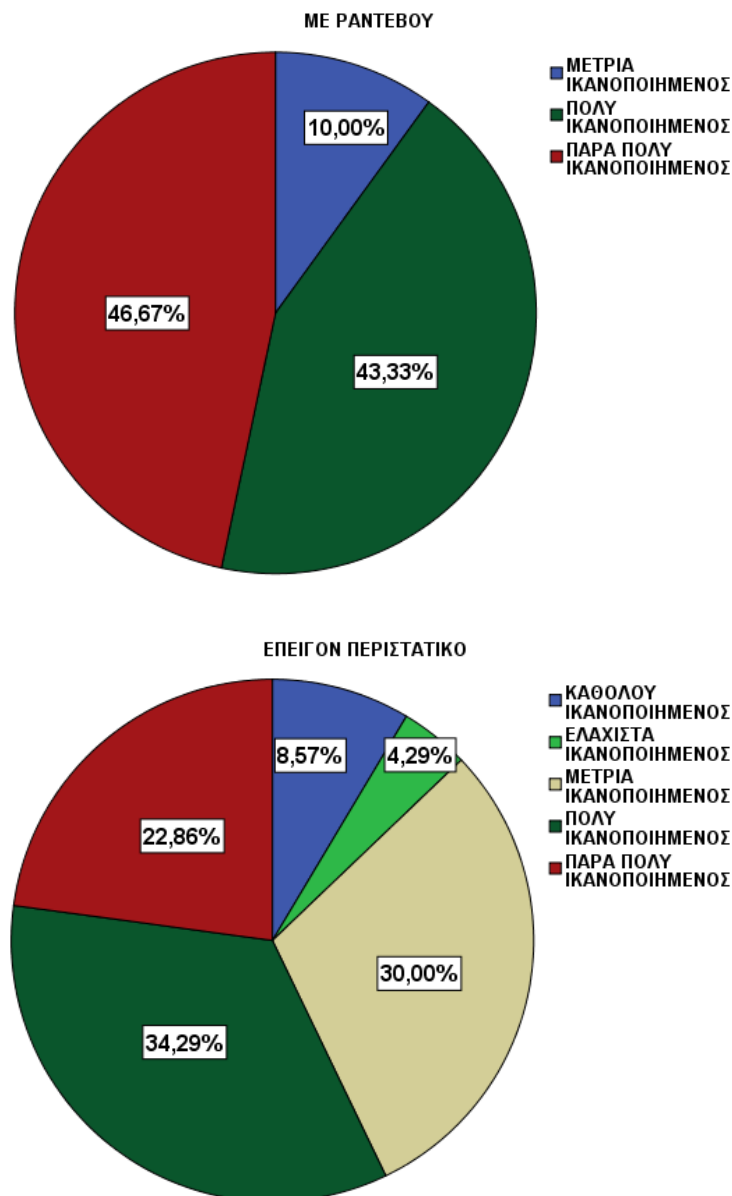
Στο **Γράφημα 14** παρατηρούμε το πώς διαμορφώνονται τα ποσοστά ανά τρόπο εισαγωγής των ασθενών, σε ό,τι αφορά την σύσταση του νοσοκομείου σε συγγενείς και γνωστούς. Από αυτούς που εισήχθησαν με ραντεβού, το 80% θα το σύστηνε, ενώ το 20% όχι. Από αυτούς που εισήχθησαν ως επείγον περιστατικό, το 55,71% θα το σύστηνε σε συγγενείς και φίλους, ενώ το 44,29% όχι.

Γράφημα 14 : Θα συστήνατε το νοσοκομείο σε γνωστούς και συγγενείς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει;



Στο **Γράφημα 15** παριστάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, που παρέχει το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών, ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Από αυτούς που εισήχθησαν με ραντεβού, το 10% έμεινε μέτρια ικανοποιημένο, το 43,33% πολύ ικανοποιημένο και το 46,67% πάρα πολύ ικανοποιημένο. Ενώ από αυτούς που εισήχθησαν ως επείγον περιστατικό, το 8,57% δεν έμεινε ικανοποιημένο, το 4,29% έμεινε ελάχιστα ικανοποιημένο, το 30% μέτρια ικανοποιημένο, το 34,29% πολύ ικανοποιημένο και το 22,86% πάρα πολύ ικανοποιημένο.

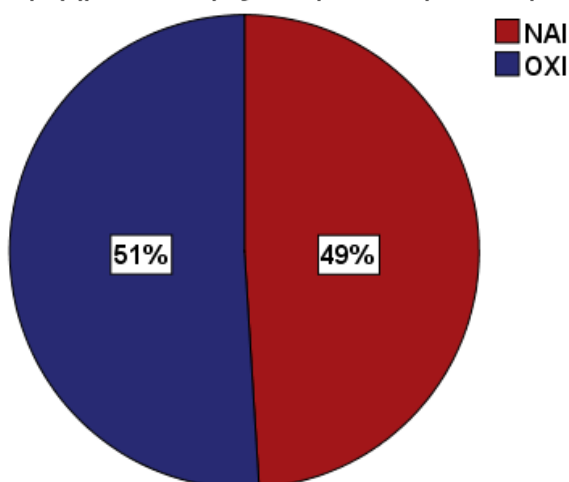
Γράφημα 15 : Βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας που παρέχει το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών.



ΠΟΣΟ ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

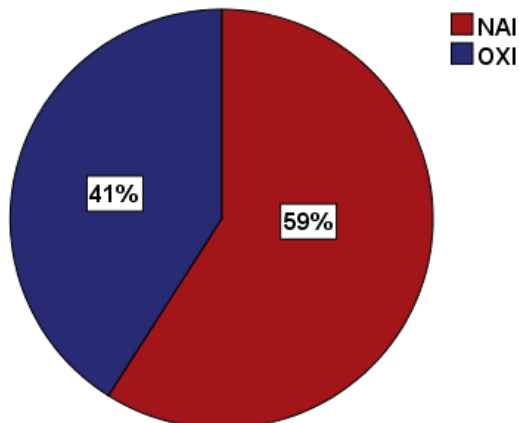
Συνεχίζοντας την ανάλυση παρατίθενται τα **Γραφήματα 16, 17 και 18**, στα οποία φαίνεται το ποσοστό των ερωτηθέντων που παρατήρησαν ή δεν παρατήρησαν ελλείψεις. Στο **Γράφημα 16** βλέπουμε ότι το 51% των ερωτηθέντων δεν παρατήρησε ελλείψεις σε ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το 49% εντόπισε ελλείψεις.

Γράφημα 16: Ελλείψεις σε ιατρικό / νοσηλευτικό προσωπικό

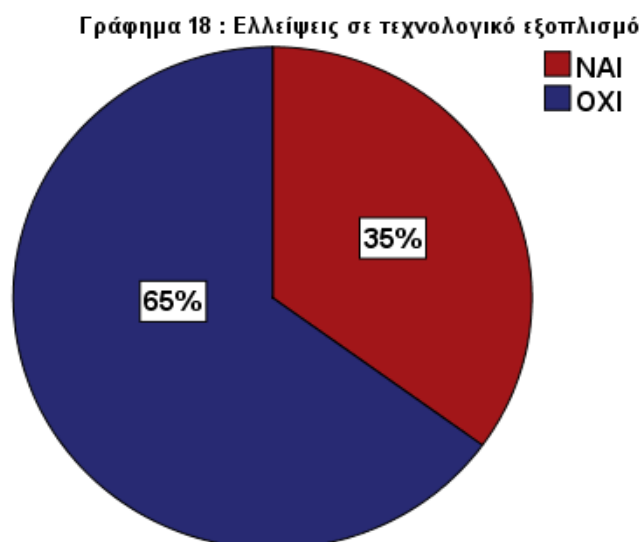


Στο **Γράφημα 17** παρατηρούμε ότι το 41% των ερωτηθέντων δεν παρατήρησε ελλείψεις σε αναλώσιμα είδη, ενώ το 59% εντόπισε ελλείψεις.

Γράφημα 17: Ελλείψεις σε αναλώσιμα είδη



Στο **Γράφημα 18** παρατηρούμε ότι το 65% των ερωτηθέντων δεν εντόπισε ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό, ενώ το 35% παρατήρησε ελλείψεις.



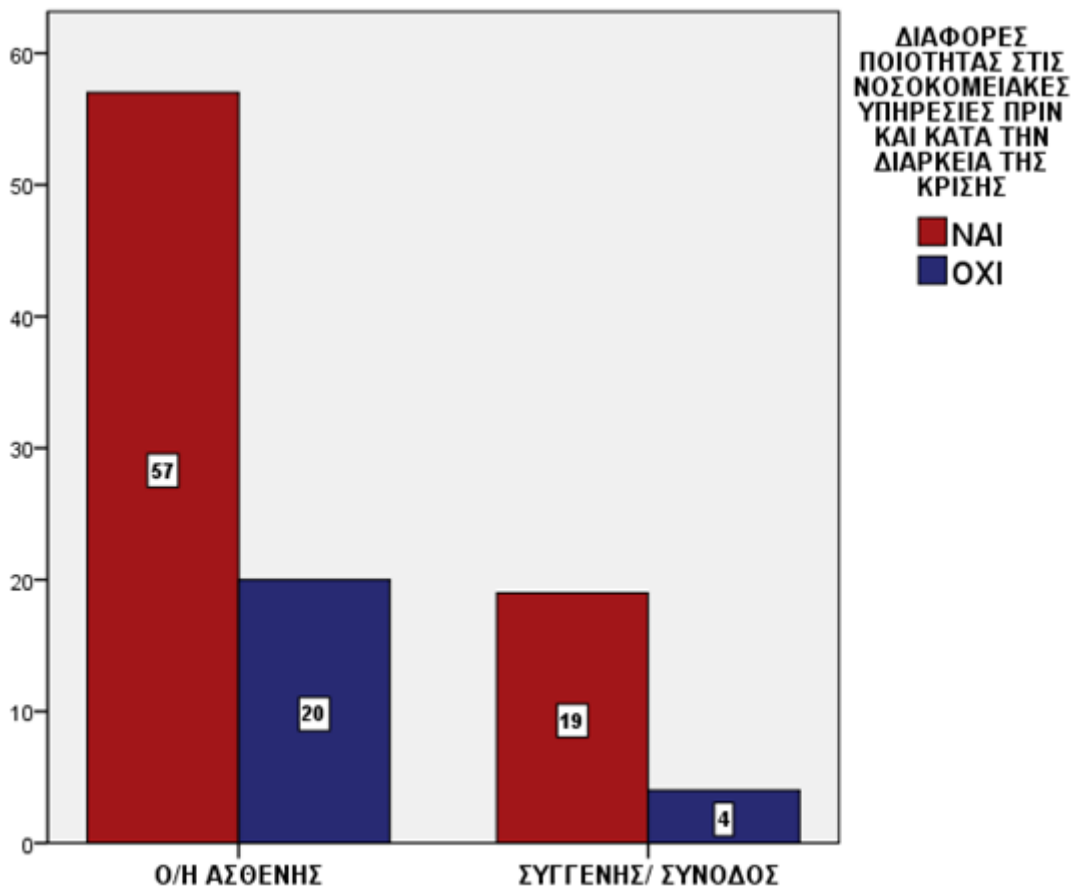
Στον **Πίνακα 16** βλέπουμε ότι από τους 77 ασθενείς, οι 57 εντόπισαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται σήμερα σε σχέση με το παρελθόν (προ κρίσης), ενώ 20 από αυτούς δεν παρατήρησαν διαφορές. Από την πλευρά των συνοδών/συγγενών, από τους 23 συνολικά, οι 19 παρατήρησαν διαφορές στην ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, συγκρίνοντάς τες πριν και κατά την διάρκεια της κρίσης, ενώ οι υπόλοιποι 4 δεν παρατήρησαν διαφορές.

Πίνακας 16

	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ	57	20	77
Ο/Η ΣΥΝΟΔΟΣ	19	4	23
Σύνολο	76	24	100

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται πιο καθαρά στο **Γράφημα 19**.

Γράφημα 19



Στον **Πίνακα 17** βλέπουμε ότι από τους 77 ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 9 δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι, 6 έμειναν ελάχιστα ικανοποιημένοι, οι 31 μέτρια, οι 20 πολύ και οι 11 πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο Γενικό Νοσοκομείο του Κιλκίς, την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Από τους 23 συνοδούς/συγγενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 2 δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι, 9 έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι, 6 πολύ ικανοποιημένοι και 6 πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο Γενικό Νοσοκομείο του Κιλκίς την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Πίνακας 17

	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΙΛΚΙΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ					σύνολο
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ	9	6	31	20	11	77
Ο/Η ΣΥΝΟΔΟΣ	2	0	9	6	6	23
σύνολο	11	6	40	26	17	100

Κεφάλαιο 11^ο

Συμπεράσματα – συζήτηση – προτάσεις

11.1 Συμπεράσματα - συζήτηση

Η οικονομική κρίση επιδεινώνει το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και σε τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι αυτός της υγείας. Ωστόσο, η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας. Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας, θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα, ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες (Πατελάρου και συν. 2011). Προκειμένου να διαπιστωθεί σε τοπικό επίπεδο, εάν και σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αλλαγές, αλλά και μείωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας πραγματοποιήθηκε η παρούσα στατιστική μελέτη στο γενικό νοσοκομείο του Κιλκίς, το οποίο εντάσσεται στο ΕΣΥ. Διαμέσου της επεξεργασίας των ερωτηματολογίων οδηγούμαστε στα εξής συμπεράσματα.

Αρχικά παρατηρούμε ότι το ποσοστό ανδρών και γυναικών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι 45%, έναντι 55% αντίστοιχα, αυτή η διαφορά πιθανόν να οφείλεται σε μεγαλύτερη δεκτικότητα που εμφανίζουν οι γυναίκες σε τέτοιας μορφής έρευνα, ή ακόμη στο γεγονός ότι οι περισσότεροι συνοδοί ασθενών είναι γυναίκες και ασχολήθηκαν αυτές περισσότερο με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Από το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση μπορεί να εξαχθεί το εξής συμπέρασμα: όσοι είναι απόφοιτοι Δημοτικού είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό έγγαμοι, εν αντίθεση με άλλα μορφωτικά επίπεδα. Παρ' όλα αυτά, το στοιχείο αυτό θα έχριζε επανάληψη της έρευνας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, είτε στο ίδιο νοσοκομείο ή και σε περισσότερα, κάτι όμως που θα βρισκόταν στα πλαίσια μιας μελέτης με διαφορετικό αντικείμενο.

Με γνώμονα την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των τελευταίων ετών, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το ποσοστό ασφαλισμένων, το οποίο εντοπίζεται στο 95% των ερωτηθέντων. Σε μια εποχή, όπου πολλοί από τους συμπολίτες μας είναι άνεργοι, είτε υποαπασχολούνται και χάνουν το δικαίωμά τους στην ασφάλιση, ή αδυνατούν να φανούν συνεπείς στην πληρωμή των εισφορών τους ανεξαρτήτως επαγγέλματος, το υψηλό ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης που παρατηρήθηκε αποτελεί μια πολύ καλή είδηση. Παρ' όλα αυτά, καλό θα ήταν να διατηρηθεί μια μικρή επιφύλαξη, σχετικά με το κατά πόσον ο/η ασφαλισμένος/η είναι ειλικρινής, γιατί ίσως είναι δύσκολο να παραδεχθεί κάποιος σε ένα απρόσωπο ερωτηματολόγιο ότι οφείλει στο ταμείο του, ή ότι είναι άνεργος/η και καλύπτει τις ανάγκες του από τις κρατικές παροχές. Όμως η εξειδίκευση αυτής της απάντησης ξεφεύγει από θέματα μελέτης της παρούσας εργασίας.

Από την άλλη πλευρά μεγάλη εντύπωση προκαλεί το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν νοσηλευθεί κάποια στιγμή στο παρελθόν στο γενικό νοσοκομείο Κιλκίς (ποσοστό 90% των ερωτηθέντων). Το στοιχείο αυτό χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, καθώς μια πιθανή αιτία εμφάνισης τόσο υψηλού ποσοστού νοσηλείας στο παρελθόν, θα μπορούσε να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό των χρονίως πασχόντων στην περιοχή, ιδίως εάν λάβουμε υπόψη μας ότι, επί του 90% των ατόμων που έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν, το 63,3% προσήλθαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο από 1 έως 5 φορές τον τελευταίο χρόνο. Επομένως, προτείνεται η μελέτη εύρεσης τυχόν μεγάλης συχνότητας εμφάνισης χρόνιων ή και μεταδοτικών νοσημάτων, στην περιοχή που καλύπτεται από το νοσοκομείο αυτό.

Επιπλέον βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας εμφανίζεται σοβαρό πρόβλημα επιλογής, καθώς δεν υπάρχει κάποιος άλλος τρόπος να ζητήσουν οι πολίτες βοήθεια για ανησυχητικά ή και κρίσιμα θέματα που αφορούν στην υγεία τους, μιας και το 78% δηλώνει ότι προσέρχεται στο νοσοκομείο αυτό, επειδή είναι το μοναδικό στην περιοχή και δευτερευόντως επειδή είναι δημόσιο (14%). Συμπερασματικά, οι ερωτηθέντες θα φροντίσουν να καλύψουν τις όποιες ανάγκες υγείας τους χωρίς να υποχρεωθούν σε πολλά έξοδα, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Από τα ιατρεία του νοσοκομείου το πιο επιβαρυνόμενο από πλευράς προσέλευσης ασθενών φαίνεται να είναι το παθολογικό, ενώ το λιγότερο επιβαρυνόμενο είναι το ουρολογικό. Αν συμβουλευτούμε και τον πίνακα 7 που αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, παρατηρούμε ότι καταβάλλεται προσπάθεια να μην επιδεινωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών, με εξαίρεση ίσως του ουρολογικού (ιδίως στον Πίνακα 7), παρά την έλλειψη φόρτου εργασίας που τείνει να εμφανίζεται. Αυτό όμως δεν μπορεί να αποτελέσει οριστικό εύρημα, γιατί έτσι θα απαιτούνταν έρευνα καθημερινά και σε βάθος χρόνου, ώστε να αποκλειστεί ότι είναι τυχαίο. Πάντως σε γενικές γραμμές οι ερωτηθέντες που εμφανίζονται να είναι πολύ έως και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν το 72,75%. Επιπρόσθετα, το 65% των ερωτηθέντων εμφανίζεται να είναι πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένο από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, με μέσο όρο ικανοποίησης 4,08 από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και μέσο όρο ικανοποίησης από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης 3,34. Πιθανόν ο χαμηλός μέσος όρος ψυχολογικής υποστήριξης των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς, να οφείλεται στον χαρακτήρα του τμήματος των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών, όπου ο χρόνος εξέτασης του κάθε ασθενή είναι περιορισμένος, ενώ η προσέλευση στα διάφορα ιατρεία είναι αυξημένη.

Για θέματα που αφορούν στο εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, παραδείγματος χάριν καθαριότητα και θερμοκρασία, το επίπεδο ικανοποίησης εμφανίζεται αρκετά υψηλό, εν αντιθέσει με την μέτρια ικανοποίηση που εμφανίζουν θέματα πινακίδων σήμανσης εντός του νοσοκομείου, που πιθανώς να οφείλονται στην παλαιότητα της κτιριακής υποδομής της νοσηλευτικής μονάδας.

Η αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται και από τον Πίνακα 10, στον οποίο ο μέσος όρος ικανοποίησης από την ταχύτητα έκδοσης των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, αλλά και από τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διενέργεια των εξετάσεων, εντοπίζεται στο 4,08. Επιπλέον, το 73% των ερωτηθέντων εμφανίζεται να είναι από πολύ έως και πάρα πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, καθώς και από την στάση και συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.

Είναι θετικό ότι, από τα Γραφήματα 8 και 9, οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι και επιστρέφουν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σε περίπτωση εμφάνισης νόσου, ή προτείνουν τις υπηρεσίες του σε συγγενείς και φίλους που τις έχουν ανάγκη. Βέβαια το ιδανικό θα ήταν να μένει ικανοποιημένο ένα πολύ υψηλό ποσοστό, λόγω χάριν το 80%, όμως κάτι τέτοιο δεν επιτυγχάνεται. Διαμέσω της χρήσης του συντελεστή συσχέτισης του Spearman, για τον εντοπισμό πιθανών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο αυξάνει η ικανοποίησή τους. Από την άλλη πλευρά, η επιθυμία επίσκεψης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο επηρεάζεται μέτρια και σε αρνητικό βαθμό από το πλήθος προηγούμενων επισκέψεων των ερωτηθέντων τον τελευταίο χρόνο.

Ακόμη, στα Γραφήματα 13, 14 και 15, επειδή τα ποσοστά ικανοποίησης μεταξύ όσων εξυπηρετήθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και όσων εξυπηρετήθηκαν στα επείγοντα περιστατικά διαφέρουν αρκετά, μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτό οφείλεται στη διαφορετική φύση του τμήματος των επειγόντων περιστατικών, όπου εξαιτίας του χαρακτήρα της συγκεκριμένης υπηρεσίας, οι ασθενείς, οι συνοδοί, αλλά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αισθάνονται μεγαλύτερη ψυχική ένταση και κόπωση, ιδίως δε εάν υπάρχει έλλειψη προσωπικού και άλλων μέσων.

Εντυπωσιακό επίσης είναι το αποτέλεσμα των ερωτήσεων στα Γραφήματα 16-18, οι οποίες σχετίζονται με την οικονομική κρίση, καθώς οι απόψεις δίστανται ως προς το εάν έχει επηρεαστεί η λειτουργία του νοσοκομείου ή όχι. Οι απόψεις είναι μοιρασμένες σε πολύ μεγάλο βαθμό, σε σημείο που οφείλουμε να αναρωτηθούμε εάν αυτό σχετίζεται με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται προσωπικά ο καθένας, ή η καθεμία που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, έννοιες όπως το τι πραγματικά είναι η οικονομική κρίση, ποιες είναι οι τυχόν ελλείψεις σ' ένα νοσοκομείο, ή ποια θα έπρεπε να είναι η υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας (ούτως ώστε να έχουν υπόψη τους ένα μέτρο σύγκρισης). Ίσως, από την άλλη πλευρά, αρκετοί πολίτες δείχνουν κατανόηση και συνεργάζονται για να ξεπεραστούν τυχόν δυσκολίες, καθώς το μόνο που έχει πραγματικά σημασία είναι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν και όχι να παρεμβάλλουν εμπόδια στη συνεννόηση, εκφράζοντας παράπονα. Κάποιοι εξ αυτών, ίσως έχουν βρεθεί

μπροστά σε πραγματικά εμπόδια και υποβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών, αλλά αυτό είναι δύσκολο να αποδειχθεί, εάν δε γνωρίζουμε περισσότερες λεπτομέρειες για την κάθε αρνητική εντύπωση που έχει διαμορφωθεί. Πάντως, ο Πίνακας 16 και το Γράφημα 19 δείχνουν ότι υπάρχει διαφορά (επιδείνωση) μεταξύ των ετών της κρίσης και του (καλύτερου) παρελθόντος. Επιπλέον, στον πίνακα 17 εξακολουθεί αυτή η διαφοροποίηση των απόψεων, με ταυτόχρονη συνύπαρξη πολύ θετικών και πολύ αρνητικών απόψεων για το ίδιο διάστημα, δηλαδή αυτό της οικονομικής κρίσης. Αυτό σημαίνει ότι εξακολουθεί να καταβάλλεται προσπάθεια από πλευράς νοσοκομείου για τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά όχι πάντα με την ίδια επιτυχία.

11.2 Προτάσεις

Παρ' όλο που οι φτωχοί πληθυσμοί των κρατών είναι οι πρώτοι που πλήττονται από οποιαδήποτε κρίση, η οικονομική κρίση δεν θα πλήξει μόνο τις φτωχότερες χώρες, αλλά και αυτές που θεωρούνται ως πλούσιες. Είναι αναμενόμενο να παρατηρηθούν προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους. Έτσι, στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Απαιτείται ιδιαίτερη πρόνοια σε ευαίσθητους πληθυσμούς, όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι υπερήλικες, τα παιδιά, η οικογένεια. Η εκκλησία, οι διάφοροι σύλλογοι, φορείς, δωρητές, καλούνται να εντείνουν την παροχή βοήθειας. Σοβαρές ασθένειες, όπως η φυματίωση, η ελονοσία, το AIDS κ.λπ. πρέπει να αντιμετωπιστούν με ανάλογα προγράμματα για τον περιορισμό της εξάπλωσής τους, ιδίως στον παιδικό πληθυσμό (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, άμεσο μέτρο μπορεί να είναι η προσφορά βοήθειας σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την θέση εργασίας τους και η επανεκπαίδευση των απολυμένων με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας. Η διαχείριση του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου μπορεί να γίνει με συμβουλευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν την οικονομική διαχείριση, με ψυχολογική υποστήριξη και με οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις. Ασφαλώς πρέπει να ενισχυθεί και η

αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Γιωτάκος, 2011· Πατελάρου και συν., 2011).

Σύμφωνα με τους Benatar, Gill και Bakker (2011), η παγκόσμια υγεία θα μπορούσε να βελτιωθεί, μεταξύ άλλων με τα εξής βήματα:

- τα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να περιλαμβάνονται στην εκτίμηση των κοινωνικών, οικονομικών, και πολιτιστικών δικαιωμάτων, καθώς και η απαίτηση να μπορούν περισσότεροι άνθρωποι να προαχθούν μέσα από τις ικανότητες τους.

- Άμεση εφαρμογή κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής: χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ώστε να παρέχονται και να κατανέμονται πιο δίκαια.

- Δικαιότερη και βιώσιμη κατανομή των φορολογικών επιβαρύνσεων και ανάπτυξη ολοκληρωμένων μέτρων που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική ρύθμιση της οικονομίας.

- Ανάπτυξη πολιτικών για την αναζωογόνηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

- Εξέταση των δημογραφικών αλλαγών (π.χ., ζητήματα υγείας που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη και την Ιαπωνία).

- Πρέπει να προαχθεί ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής, ο οποίος, για παράδειγμα, θα μπορούσε να περιλαμβάνει λιγότερη υπερκατανάλωση και επομένως και παραγωγή απορριμμάτων.

- Μεταβολή νοοτροπίας ώστε να δοθεί προσοχή στο μακροπρόθεσμο όφελος.

- Να αποδοθεί μεγαλύτερη σημασία στην πληροφόρηση, την εκπαίδευση και τον πολιτισμό (Πατελάρου και συν., 2011).

Προτάσεις για την ανάπτυξη του ΕΣΥ

- Πλήρης ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

- Ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ή γενικού γιατρού.

- Διαρκής παρακολούθηση επιπέδων και δεικτών υγείας.

- Ενημέρωση και εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με θέματα υγείας.

- Κινητοποίηση για δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού.

- Ανακατανομή των πόρων και προώθηση της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία.

- Αξιολόγηση της υπάρχουσας τεχνολογίας υγείας.

- Συνεργασία φορέων υγείας (ΙΚΑ, Δημοσίου κ.ά.) για αποφυγή αλληλοκάλυψης υπηρεσιών (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Βιβλιογραφία

Δημοσιεύσεις στα Ελληνικά

1. ΑΕΛΙΑ Αειφόρος Μηχανική 2016. Διαχείριση Ποιότητας - ISO 9001 για Εταιρείες - Οργανισμούς - Επιχειρήσεις Διαθέσιμο από: <http://www.aeliamscd.gr/iso-9001.html>

(Πρόσβαση: 10/3/2016)

2. Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ. 2014. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 1(1):62-68.

3. Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας 2014. *Οικονομική κρίση και υγειονομική περίθαλψη. Έγγραφο συζήτησης*. 28-29 Απριλίου 2014, Αθήνα, Ελλάδα. [Online]. Διαθέσιμο από: http://gr2014.eu/sites/default/files/Οικονομική_κρίση.pdf

(Πρόσβαση: 15/2/2016)

4. Βενιού Α., Τεντολούρης Ν. 2013. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(5):613-618.

5. Γιωτάκος Ο. 2010. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* 21:195-204. [Online]. Διαθέσιμο από:

<http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/14840/oikonomiki-krisi-kai-psychiki-ygeia.html> (Πρόσβαση: 15/2/2016)

6. Ελληνική Στατιστική Αρχή 2014. *Η Ελληνική Οικονομία. Νοέμβριος 2014*. [Online]. Διαθέσιμο από:

http://www.statistics.gr/documents/20181/1234958/greek_economy_24_12_2014.pdf/54f2cfe9-2b8a-4cb2-a738-52a89ccb838e?version=1.0 (Πρόσβαση: 15/2/2016)

7. Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015. *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα*. [Online]. Διαθέσιμο από:

http://www.statistics.gr/documents/20181/1216578/LivingConditionsInGreece_1115.pdf/89eef886-4685-4600-aede-22338453737e (Πρόσβαση: 10/3/2016).

8. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2008. *Πράσινη Βίβλος. Για το ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό*. Βρυξέλλες, 10.12.2008, COM (2008). [online]. Διαθέσιμο από: <http://www.esne.gr/index.php/component/remository/functionstartdown/454/?Itemid=> (Πρόσβαση: 10/3/2016).
9. Esping-Andersen G. 2006. *Γιατί Χρειαζόμαστε Ένα Νέο Κοινωνικό Κράτος*. Αθήνα: Διόνικος.
10. Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. 2013. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *Εγκέφαλος* 50, 22-30.
11. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) 2013. Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2012 – Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. [Online]. Διαθέσιμο από: http://iobe.gr/docs/research/res_05_a_03022013rep_gr.pdf (Πρόσβαση: 20/2/2016).
12. Καϊτελίδου Δ. 2014. Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. *Νοσηλευτική* 53(2): 129–132.
13. Καϊτελίδου Δ., Καλογεροπούλου Μ., Γαλάνης Π., Λιαρόπουλος Λ. 2014. Οικονομική κρίση και βόμβα νοσηρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα* 37:254-265.
14. Καλογεροπούλου Μ. 2011. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28(5):667-673.
15. Καραΐσκου Α., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54 ISSN 1791 – 9649.

16. Καραϊσκού Α, Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(2): 49-54.
17. ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013. Ενημερωτικά δελτία. [Online] Διαθέσιμο από:
http://www2.keelpno.gr/blog/?page_id=20 (Πρόσβαση: 10/3/2016)
18. Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. 2010. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9(4):398-408.
19. Κυριόπουλος Γ. 2011. *Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας. [Online].
Διαθέσιμο από: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/ Η Υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης Απρίλιος 2011 τελικό [Λειτουργία συμβατότητας].pdf (Πρόσβαση: 20/2/2016)
20. Κυριόπουλος Ι., Τσιάντου Β. 2009. «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
21. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. 2010. Η Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5):834-840.
22. Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. 2012. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11(1): 202-212.
23. Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζυγά Σ. 2009. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 8(1): 25-40.
24. Μάρκοβιτς Γ., Μοναστηρίδου Σ. 2011. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* Τόμος 4 - Τεύχος 1 [51].
25. Μπούτσιου Σ., Σαράφης Π. 2013. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* Τόμος 5, Τεύχος 4, 147-161.

26. Νικολόπουλος Κ., Υφαντόπουλος Γ. 2010. Η ανισότητα στο ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 132-133, Β' - Γ' 2010, 171-196.

27. OECD Health Statistics 2012. *Σύνοψη του φυλλαδίου: Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη*. [Online]. Διαθέσιμο από: www.health_glance_2012_exs_el.pdf (Πρόσβαση: 25/2/2016).

28. Παπαγεωργίου Ε. 2013. Κρίση και Ψυχοπαθολογία, Εισήγηση στην ημερίδα του τμήματος της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας με θέμα: *Οικονομική κρίση-Πρόκληση για την Νοσηλευτική*, 31 Μαΐου 2013. [Online]. Διαθέσιμο από: <https://eclass.teiath.gr/modules/document/file.php/TIE156/.html> (Πρόσβαση: 8/3/2016)

29. Παπαδοπούλου Δ. 2015. Οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής. *Επιστημονικά Χρονικά* 20(2): 159-174.

30. Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. 2012. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4): 480-488.

31. Παρέμβαση για την ανάπτυξη, 2012. Ένα νοσοκομείο με ιστορία. [Online] Διαθέσιμο από: <http://www.sfc.gr/wp-content/uploads/2012/05/2012-05.pdf> (Πρόσβαση: 8/4/2016)

32. Πατελάρου Α., Μανιδάκη Ά., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* Τόμος 4 - Τεύχος 3. Σελ. 53-61.

33. Πιστόλας Δ., Μπαλάσκα Α., Αλάσσας Δ., Κατσιγιάννη Φ. 2015. Οικονομική κρίση: επιπτώσεις και επίδραση στο νοσηλευτικό έργο. *Νοσοκομειακά Χρονικά*. Τόμος 77, συμπληρωματικό τεύχος 1, σελίδα 32.

34. Πολυκανδριώτη Μ. 2011. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 10(4):439-440.

35. Ρίκος Ν. 2015. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 14(4):247-252.

36. Ρόμπολης Σ. 2012. Κρίση και κοινωνικό κράτος. *Τα Νέα*. [Online]. Διαθέσιμο από: <http://www.tanea.gr/opinions/all-opinions/article/4673854/?iid=2> [Πρόσβαση: 4/2/2016)

37. Σακελλαρόπουλος Θ. 2008. Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική. *Το Βήμα Ιδεών - Το Βήμα*. Τεύχος 7/11/2008. [Online]. Διαθέσιμο από:

<http://www.vimaideon.gr//Article.aspx?d=20081107&nid=10278922&sn=ΚΥΡΙΟ ΤΕΥΧΟΣ&spid=1478>

Και:

<http://www.ananeotiki.gr/el/readAuthors.asp?authorID=63&page=1&textID=3058&textSize=big> (Πρόσβαση: 4/2/2016).

38. Σαρίδη Μ. 2014. Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 7(2):3-5.

39. Το Βήμα, Οικονομία. 2011. Η κρίση απειλεί το κράτος πρόνοιας. Δημοσίευση: 28/12/2011. [Online]. Διαθέσιμο από:

http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=436702#.Tv3mEs1_wi4.blogger (Πρόσβαση: 4/2/2016).

40. Τούντας Γ. 2003. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5):532-546.

41. Υπουργείο Υγείας 2012. *Πρόταση του Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020*. [Online]. Διαθέσιμο από: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf> (Πρόσβαση: 10/3/2016).

42. Χαλκιά Β., Βαρακλιώτη Α. 2015. Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5):546-555.

43. Καλογεροπούλου Μ., Παπαθανασοπούλου Ε. 2013. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Πιλοτική μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(5):587-594.

44. Καλοφυσούδης Γ. 2013. Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. *Ιατρικός Κόσμος*. Ιανουάριος - Απρίλιος 2013. Σελ. 78-81. Διαθέσιμο από:

<http://www.iatrikokentro.gr/iatrikoskosmos/sites/default/files/articles/periodiko-13/sunenteuksi/13%20-%20KALOFUSOUDHS.pdf>

(Πρόσβαση: 20/3/2016)

Δημοσιεύσεις στα Αγγλικά

45. Aigigner K., Leoni T. 2009. *Typologies of social models in Europe*. Austrian Institute of Economic Research (WIFO). [Online]. Available at:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.8256&rep=rep1&type=pdf> (Accessed on: 20/3/2016).

46. Al-Assaf AF, Sheikh M. 2004. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004. [Online]. Available at:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119694/1/dsa231.pdf>

(Accessed on: 4/2/2016).

47. American Hospital Association 2008. The Economic Crisis: Impact on Hospitals. Results of AHA Rapid Response Survey. [Online]. Available at: <http://www.aha.org/content/00-10/08-fullsurveyresults.pdf>.

(Accessed on: 4/2/2016).

48. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AH, Custers T 2003. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*, 15:377-398.

49. Arghyrou, M.G., Tsoukalas, J.D. 2011. The Greek debt crisis: Likely causes, mechanics and outcomes. *World Econ.* 34, 173–191.

50. Bank of Greece (2016). *Statistics*. [Online]. Available at:

<http://www.bankofgreece.gr/Pages/el/Statistics/realestate/indices.aspx>.

και

http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/Νέοι_Πίνακες_Τιμών_Κατοικιών_full.pdf#page=1&zoom=auto,-274,848

(Accessed on: 4/2/2016).

51. Beck A.H. 2004. Student Jama. The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA* 291(17):2139-40.

52. Bond S., Thomas L.H. 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing* 17:52-56.

53. Benatar R.S., Gill S., Bakker I. 2011. Global Health and the Global Economic Crisis. *American Journal of Public Health.* 101(4):646-653.

54. Buchan J., O'May F., Dussault G. 2013. Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship* 45:3, 298–307.

55. Clemes M.D., Ozanne L.K., Laurensen W.L. 2001. Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions. *Health Mark Q.* 19(1):3-22.

56. Committee on quality of health care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 2001. <http://www.nap.edu/read/10027/chapter/1>

57. Council Directive 2010/32/EU. Implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU. *Official Journal of the European Union* L 134/66-72. [Online]. Available at: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:EN:PDF)

2010:134: 0066:0072:EN:PDF (Accessed on: 25/2/2016).

58. Dedeke A. 2003. Service quality: a fulfilment-oriented and interactions-centred approach. *Managing Service Quality: An International Journal* 13,(4), 276-289.

59. Donabedian A. 1980. *The definition of quality and approaches to its assessment. (Volume I: Explorations in Quality Assessment and Monitoring)*. Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan.

60. Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260: 1743-1748.

61. Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A. 2014. *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. WHO Europe – The European Observatory on Health Systems and Policies. [Online]. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf
(Accessed on: 25/2/2016).

62. Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A., Stefanis K. 2013. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12, 53–59.

63. Esping-Andersen G., 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press. [Online]. Available at:
[http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files/Readings on Social Democracy/Esping Anderson - THE Three Worlds of Welfare Capitalism.pdf](http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files/Readings%20on%20Social%20Democracy/Esping%20Anderson%20-%20The%20Three%20Worlds%20of%20Welfare%20Capitalism.pdf)
(Accessed on: 4/2/2016).

64. European Commission 2016. Economic and Financial Affairs. *Financial assistance to Greece*. Last update: 06/01/2016. [Online]. Available at:
http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/
(Accessed on: 20/3/2016).

65. European Federation of nurses Associations 2012. *Caring in Crisis: the Impact of Financial Crisis on Nurses and Nursing. A. Comparative Overview of 34 European Countries*. January 2012. [Online]. Available at:

<http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-2012.pdf> (Accessed on: 4/2/2016).

66. Eurostat 2014. Health 2. p.53-71. In: Eurostat regional yearbook 2014 [online]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5786213/KS-HA-14-001-02-EN.PDF/68e057e3-8ff3-4178-9615-d13196f6d50a?version=1.0>

67. Ferrera M. 1996. The “Southern model” of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy* 6:17–37.

68. Gantz N.R., Sherman R., Jasper M., Choo C.G., Herrin-Griffith D. & Harris K. 2012. Global nurse leader perspectives on health systems and workforce challenges. *Journal of Nursing Management* 20: 433–443.

69. Grammatikopoulos I., Koupidis S., Petelos E., Theodorakis P. 2011. Mental health policy in Greece: implications into practice in the era of economic crisis. *Eur Psych* 26:01-535.

70. Greiner W., Obermann K., Graf J.M., Schulenburg V.D. 2001. Socio-economic evaluation of kidney transplantation in Germany. *Archives of Hellenic Medicine* 18(2), 147-155.

71. Hellenic Statistical Authority 2015a. *2014 Household Budget Survey*. [Online] Available at:

http://www.statistics.gr/en/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&_documents_WAR_pub

licationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=105170&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=en (accessed on 4/2/2016).

72. Hellenic Statistical Authority 2015b. *System of Health Accounts (SHA) of year 2013 & revision of SHA data of years 2009-2012*. [Online] Available at:

http://www.statistics.gr/en/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=106289&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=en (Accessed on: 4/2/2016).

73. International Council of Nurses, International Nurses Day 2015. *Nurses: A Force for Change Care Effective, Cost Effective*. [Online] Available at:

<http://www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/> (Accessed on: 4/2/2016)

74. ISO 2012. *Quality management principles*. ISO Central Secretariat. Available at: http://www.iso.org/iso/qmp_2012.pdf#page=1&zoom=auto,-361,601

(Accessed on: 10/3/2016)

75. Jankauskienė D., Jankauskaitė I. 2011. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten european countries. *Management in health Home* 15(3): 31-39.

76. Jenicke L.O., Kumar A., Holmes M.C. 2008. A framework for applying six sigma improvement methodology in an academic environment. *The TQM Journal* 20(5), 453-462.

77. Kaitelidou D., Kouli E. 2012. Greece: The health system in a time of crisis. *Eurohealth* 18(1):12-14.
78. Kentikelenis A., Papanicolas I. 2012. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Pub Health* 22(1):4-5.
79. Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. 2011. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378: 1457-1458.
80. Kingma M. 2007. Nurses on the Move: A Global Overview. HSR: Health Services Research (42)3:1281-1298.
81. Lekidou I., Trivellas P., Ipsilandis P. 2007. Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek public hospital. *MIBES Transactions on line* 1(1): 46-59.
82. Lionis C., Tsikaris M., Bardis V., Philalithis A. 2004. Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: The first actions. *Croatian Medical Journal* 45(5): 599-603.
83. Luna P. 2011. Is the economic crisis affecting the quality of neurological services? *Lancet* 10: 602-603.
84. Madhok R. 2002. Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 15(1):77-83.
85. Makaris E., Michas G., Micha R., Gkotsis D., Panotopoulos C., Pisimisis I., Svoronos D., Tsihchlis I., Koudounis G., Asimakis G., Zompolos S. 2014. Socioeconomic Crisis and Incidence of Acute Myocardial Infarction in Messinia, Greece. *Hospital Chronicles* 9(Supplement 1): 134-135. *Int. J. Cardiol.* 2013, 168, 4886-4887.
86. Matsaganis, M., 2011. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy* 21(5): 501-512.

87. McKee M., Mackenbach J. 2013. How well are European countries performing in advancing public health? *EuroHealth* 19(3):7-10.

88. Mossialos E., Le Grand J. 1999. *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Pub Ltd.

89. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. 2002. *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Philadelphia. [Online]. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf

(Accessed on: 4/2/2016).

90. Neuhauser D. 2002. Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care* 11(1):104-5.

91. OECD, 2013. *Health at a Glance 2013. OECD Indicators*. OECD Publishing. [Online]. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (Accessed on: 4/2/2016).

92. OECD Health Statistics 2014. *Frequently Requested Data. November 2014 update*. [Online]. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

(Accessed on: 4/2/2016).

93. OECD iLIBRARY 2014. Pharmaceutical expenditure per capita, Health: Key Tables from OECD, No. 8. [Online]. Available at:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-expenditure-per-capita_pharmexpcap-table-en

(Accessed on: 4/2/2016).

94. Oikonomou N., Mariolis A. 2010. How is Greece conforming to Alma Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *Brit J Gen Pract* 456-457.

95. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. 1988. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64(1), 12-40.
96. Robinson R. 1993. Economic evaluation and health care: Cost-utility analysis. *British Medical Journal* 307, 859-862.
97. Sargent-Cox K., Butterworth P. & Anstey K.J. 2011. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Social Science and Medicine* 73:1105–12.
98. Skroumpelos A., Pavi E., Mylona K. and Kyriopoulos J. 2014. The Impact of Economic Crisis on Chronic Patients' Self-Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization. *Diseases* 2(2), 93-105.
99. Spencer E., Walshe K. 2009. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Quality and Safety in Health Care* 18(Suppl I), i22-i27.
100. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M. 2009. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J.* 78(3): 142–145.
101. Theodorakioglou Y.D., Tsiotras G.D. 2000. The need for the introduction of quality management into Greek health care. *Total Quality Management and Business Excellence* 11(8), 1153-1165.
102. Shaw C.D., Kalo I. 2002. A background for national quality policies in health systems. World Health Organization. [Online]. Available at:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf
(Accessed on: 4/2/2016)
103. WHO 2009-a. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bull. World Health Organ.* 87(1):1–80. [Online]. Available at:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/index.html> (19/1/11).

(Accessed on: 20/2/2016)

104. WHO 2009-b. The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. World Health Organization, Geneva. [Online]. Available at:

http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf.

(Accessed on: 20/2/2016)

105. WHO 2009. *The financial crisis and global health*. Geneva. [Online]. Available at:

http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf (Accessed on: 20/2/2016)

106. Wray J. 2013. The impact of the financial crisis on nurses and nursing. *J Adv Nurs* 69: 497–499.

107. Xesfingi S., Karamanis D. 2015. In- and Out-patient satisfaction assessment: the case of a greek General Hospital. *MPRA Paper No. 66672*, posted 17. September 2015 14:05 UTC [Online]. Available at:

https://mpra.ub.uni-muenchen.de/66672/1/MPRA_paper_66672.pdf (Accessed on: 4/2/2016)

108. Zavras, D., Tsiantou V., Pavi E., Mylona K., Kyriopoulos J. 2013. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur. J. Public Health*, 23, 206–210.

Δημοσιεύσεις στο Διαδίκτυο

109. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών
<http://www.moh.gov.gr>

Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο έρευνας



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ"

Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης.

Αγαπητέ κύριε/α,

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου βρίσκομαι στο στάδιο διεξαγωγής έρευνας με θέμα «ικανοποίηση ασθενών σε υπηρεσίες υγείας υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης». Ο σκοπός της έρευνας είναι η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών που προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας, η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, καθώς και η ανίχνευση του βαθμού στον οποίο η οικονομική κρίση επηρεάζει την συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα κοινοποιηθούν στην Διοίκηση του Νοσοκομείου, η οποία με την σειρά της θα λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για να αυξήσει και να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει, στοχεύοντας στην αύξηση της ικανοποίησης σας. Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και προσωπικό. Σας παρακαλώ να αφιερώσετε μερικά λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή, παραθέτοντας την γνώμη σας στις παρακάτω ερωτήσεις, ώστε το νοσοκομείο να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα ή ελλείψεις που θα επισημάνετε. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις σημειώνοντας με «X» την επιλογή της αρεσκείας σας και συμπληρώνοντας ολογράφως όπου είναι απαραίτητο. Προσοχή σε κάθε ερώτηση να επιλέξετε μόνο μία απάντηση.

Αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης: 10 Λεπτά. Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο που διαθέσατε και σας εύχομαι καλή ανάρρωση.

Ατομικά στοιχεία ασθενή

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
Ανδρας Γυναίκα
2. Ποιά είναι η ηλικία σας σε έτη;
18-30 31-46 47-62 63-79 80+
3. Ποία η υπηκοότητα σας;
Ελληνική Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε) _____
4. Ποιο το μορφωτικό σας επίπεδο;
Απόφοιτος (η) Δημοτικού Απόφοιτος (η) Γυμνασίου
Απόφοιτος (η) Λυκείου Απόφοιτος (η) ΑΕΙ-ΤΕΙ
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Κάτοχος Διδακτορικού
5. Ποιά η οικογενειακή σας κατάσταση;
Αγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Σε χηρεία
6. Είστε ασφαλισμένος ;
Ναι (Ποιό το ταμείο σας) _____
Όχι
7. Ποιο το επάγγελμα σας;

8. Έχετε νοσηλευθεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;
Ναι Όχι
9. Εάν έχετε νοσηλευθεί ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο πόσες φορές προσήλθατε τον τελευταίο χρόνο;
_____ φορές
10. Με ποιόν τρόπο εισαχθήκατε στο νοσοκομείο;
Ως προγραμματισμένο ραντεβού Ως επείγον περιστατικό
11. Επιλέξατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή:
Είναι Δημόσιο είναι το μοναδικό στην περιοχή που διαμένω
έχει καλή φήμη μου το συνέστησαν
παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες έχει καλό προσωπικό
12. Σε ποιό ιατρείο προσήλθατε;

Ικανοποίηση βάση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών

13. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την συμπεριφορά και την στάση του ιατρού που σας εξέτασε.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

14. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον ιατρό σχετικά με την ενημέρωση που σας παρείχε για την ασθένεια σας και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσετε;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

15. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον χρόνο που διέθεσε ο ιατρός για να σας εξετάσει;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

16. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την εμπειρία, την ικανότητα και τις γνώσεις του ιατρού;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

Ικανοποίηση βάση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών

17. Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από την συμπεριφορά και την στάση του νοσηλευτικού προσωπικού;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

18. Ποια η ικανοποίησή σας από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού προς το πρόσωπο σας σχετικά με την ασθένειά σας ;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

Ικανοποίηση βάση του εσωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου

19. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

20. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την θερμοκρασία εντός των χώρων του νοσοκομείου;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

21. Ποια η ικανοποίησή σας από την ύπαρξη βοηθητικών πινακίδων που διευκολύνουν την μετακίνησή σας στους χώρους του νοσοκομείου;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

Ικανοποίηση από την ταχύτητα εργαστηριακών εξετάσεων

22. Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης σας από τον χρόνο που απαιτήθηκε για την έκδοση των εργαστηριακών εξετάσεων σας;

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Ελάχιστα ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> |
| Πάρα πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | | |

23. Είστε ικανοποιημένος από την συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διενέργεια των εργαστηριακών σας εξετάσεων;

Καθόλου ικανοποιημένος Ελάχιστα ικανοποιημένος
Μέτρια ικανοποιημένος Πολύ ικανοποιημένος
Πάρα πολύ ικανοποιημένος

Ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό

24. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος από την συμπεριφορά του διοικητικού υπαλλήλου που σας εξυπηρέτησε;

Καθόλου ικανοποιημένος Ελάχιστα ικανοποιημένος
Μέτρια ικανοποιημένος Πολύ ικανοποιημένος
Πάρα πολύ ικανοποιημένος

25. Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης σας ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης σας από το διοικητικό προσωπικό;

Καθόλου ικανοποιημένος Ελάχιστα ικανοποιημένος
Μέτρια ικανοποιημένος Πολύ ικανοποιημένος
Πάρα πολύ ικανοποιημένος

Γενική αξιολόγηση του νοσηλευτικού ιδρύματος

26. Θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά το νοσοκομείο αυτό;

Ναι Όχι

27. Θα συστήνατε το νοσοκομείο αυτό σε γνωστούς ή συγγενείς σας για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει;

Ναι Όχι

28. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων περιστατικών που επισκεφθήκατε;

Καθόλου ικανοποιημένος Ελάχιστα ικανοποιημένος
Μέτρια ικανοποιημένος Πολύ ικανοποιημένος
Πάρα πολύ ικανοποιημένος

Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

29. Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο παρατηρήσατε ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;

Ναι Όχι

30. Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο παρατηρήσατε ελλείψεις σε αναλώσιμα, όπως γάζες, γάντια, σύριγγες κτλ;

Ναι Όχι

31. Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο παρατηρήσατε ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό;

Ναι Όχι

32. Θεωρείτε πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών που προσφέρονται σήμερα σε σχέση με το παρελθόν (προ κρίσης);

Ναι Όχι

33. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο την περίοδο της οικονομικής κρίσης;

Καθόλου ικανοποιημένος	<input type="checkbox"/>	Ελάχιστα ικανοποιημένος	<input type="checkbox"/>
Μέτρια ικανοποιημένος	<input type="checkbox"/>	Πολύ ικανοποιημένος	<input type="checkbox"/>
Πάρα πολύ ικανοποιημένος	<input type="checkbox"/>		

34. Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο;

Ο/η ασθενής

Συγγενής ή συνοδός

Παράρτημα Β: Έγκριση έρευνας από Γ.Ν Κιλκίς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

4^η Δ. Υ. Πε. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ
ΦΟΡΕΑΣ ΚΙΛΚΙΣ
ΤΜΗΜΑ: Διαχ. Ανθρ. Δυναμικού
Πληροφορ: Κ. Καραβαλάκη
Τηλέφωνο: 23413 51630
Email: prosopiko@ghkilkis.gr

Κιλκίς 12-4-2016
Αριθ. Πρωτ.Β/3/2854

Προς
Λέφα Βασιλική

ΘΕΜΑ : Εκπόνηση διπλωματικής εργασίας

ΣΧΕΤΙΚΑ: Απόσπασμα πρακτικού της 6/15-3-2016 συνεδρίασης του ΔΣ του νοσοκομείου – θέμα 3^ο

Σας ενημερώνουμε ότι σύμφωνα με το παραπάνω σχετικό το οποίο και σας διαβιβάζουμε, το αίτημά σας για έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια της διπλωματικής σας εργασίας στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου με τίτλο «Ικανοποίηση ασθενών σε υπηρεσίες υγείας σε συνθήκες οικονομικής κρίσης» και αφορά την έρευνα συλλογής δεδομένων στο νοσοκομείο μας, έχει εγκριθεί από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του ιδρύματος και έχει σταλεί στην Διοίκηση της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης για την τελική έγκρισή της.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΚΙΛΚΙΣ

ΑΙΜΙΛΙΟΣ ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:
Γραμματεία