

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Μελέτη Ικανοποίησης οροθετικών ασθενών νοσούντων από λοιμώξεις σε κρατικό νοσοκομείο**

Σπανούδη Αλεξάνδρα

Επιβλέπων Καθηγητής  
Γεώργιος Τσιότρας

Οκτώβριος, 2016

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Εισαγωγή</i>	8
<i>Σκοπός της μελέτης</i>	8
<i>Κεφάλαιο Πρώτο</i>	9
<i>Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε οροθετικούς</i>	9
1.1 Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	9
1.2 Η ικανοποίηση των οροθετικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας	16
1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	16
1.3 Η επικρατούσα κατάσταση στα Νοσοκομεία της Ελλάδας	17
1.4 Σύνδεση της παρούσας κατάστασης με την ικανοποίηση των οροθετικών	20
<i>Κεφάλαιο Δεύτερο</i>	34
<i>Κόστος και Χρόνος Νοσηλείας</i>	34
2.1 Χρονοδιάγραμμα ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης	34
2.2 Μέτρηση κόστους	35
2.2.1 Υπολογισμός κόστους νοσηλείας	36
2.2.1.1 Κόστος κλίνης	36
2.2.2 Κόστος πριν της εισαγωγής στο Νοσοκομείο	37
2.2.2.1 Κόστος ιατρικών εκτιμήσεων	37
2.2.2.2 Κόστος μεταφοράς και κόστος με συνοδεία γιατρού	37
2.2.2.3 Κόστος εξετάσεων	38
2.3 Κόστος νοσηλείας	40
<i>Κεφάλαιο Τρίτο</i>	45
<i>Μεθοδολογία</i>	45
3.1 Σκοπός έρευνας	45
3.2 Επιμέρους στόχοι έρευνας	45
3.3 Δείγμα	45
3.4 Ερευνητικό εργαλείο	46
3.5 Διαδικασία υλοποίησης έρευνας	46
3.6 Στατιστική ανάλυση	47
3.7 Περιορισμοί της έρευνας	47
3.8 Κώδικας Δεοντολογίας	47
<i>Κεφάλαιο Τέταρτο</i>	48
<i>Ανάλυση και παρουσίαση αποτελεσμάτων</i>	48
4.1 Παρουσίαση του δείγματος	48
4.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου	52
<i>Συμπεράσματα</i>	62

<i>Συζήτηση</i>	<i>63</i>
<i>Βιβλιογραφία</i>	<i>65</i>
<i>Παράρτημα - Ερωτηματολόγιο</i>	<i>69</i>

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μελέτη του μέσου κόστους νοσηλείας και του κόστους νοσηλείας των οροθετικών ασθενών νοσοούντων από λοιμώξεις σε Κρατικό Νοσοκομείο. Το θέμα αναπτύχθηκε μέσα από τέσσερα κεφάλαια, αρχικά πριν την ανάπτυξη των κεφαλαίων τέθηκε ένα εισαγωγικό πλαίσιο και ο βασικός σκοπός της μελέτης. Ως σκοπός ορίστηκε η καταγραφή του χρονικού διαστήματος κατά μέσο όρο του χρόνου νοσηλείας σε οροθετικούς νοσοούντες σε δημόσια νοσοκομεία και τα επίπεδα ικανοποίησης αυτών. Τα τέσσερα κεφάλαια πλαισίωσαν το γενικό μέρος της μελέτης. Συγκεκριμένα το πρώτο κεφάλαιο εστίασε στον ορισμό της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε οροθετικούς ασθενείς, το οποίο αναπτύχθηκε μέσα από τέσσερις κεντρικές ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα ορίστηκε η ποιότητα υπηρεσιών υγείας, στη δεύτερη αναλύθηκε η ικανοποίηση των οροθετικών ασθενών, στην τρίτη παρουσιάστηκε η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία στην Ελλάδα, ενώ στην τέταρτη και τελευταία ενότητα του πρώτου κεφαλαίου έγινε η σύνδεση της παρούσας κατάστασης με την ικανοποίηση των οροθετικών ασθενών.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκε το δεύτερο κεφάλαιο, το οποίο ως βασικό θέμα ανάλυσης είχε αρχικά τη παρουσίαση του χρονοδιαγράμματος της ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης και στη συνέχεια εστίασε στη μέτρηση του κόστους νοσηλείας κάνοντας αναφορά στα ακόλουθα: α) Υπολογισμός κόστους νοσηλείας, β) Κόστος κλίνης, γ) Κόστος πριν την εισαγωγή στο Νοσοκομείο, δ) Κόστος ιατρικών εκτιμήσεων, ε) Κόστος μεταφοράς και κόστος συνοδείας γιατρού, ε) Κόστος εξετάσεων. Το κεφάλαιο ολοκληρώθηκε με την αναφορά στο κόστος νοσηλείας.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στο μεθοδολογικό πλαίσιο της μελέτης. Συγκεκριμένα εστίασε στον ορισμό του σκοπού της έρευνας, στην ανάπτυξη των επιμέρους στόχων, στον ορισμό του δείγματος, στην επιλογή του ερευνητικού εργαλείου, στον καθορισμό της διαδικασίας υλοποίησης της έρευνας και τέλος ορίστηκε η στατιστική διαδικασία.

Η εργασία ολοκληρώθηκε με το τέταρτο κεφάλαιο, το οποίο εστίασε στην παρουσίαση του δείγματος και στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου όπου και κατέληξε με τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης.

Μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι οροθετικοί ασθενείς είναι ικανοποιημένοι α) από την υποδοχή – περιβάλλον του νοσοκομείου, β) από την πληροφόρηση από το προσωπικό, γ) από τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν μαζί τους, δ) από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, ε) από την αξιοπιστία των εργαστηριακών εξετάσεων, ζ) από την ιατρική φροντίδα και την υποστήριξη των γιατρών, η) από τις διοικητικές υπηρεσίες και θ) από τη θερμοκρασία του χώρου.

Το ποσοστό των δυσαρεστημένων από την ευρύτερη παροχή υπηρεσιών ήταν το 15% του συνολικού δείγματος, το οποίο αποτελεί ένα σχετικά μικρό ποσοστό. Στον αντίποδα υπήρχε ένα ποσοστό της τάξεως του 20% που ήταν δυσαρεστημένο από τις οδηγίες και τις συμβουλές που του δόθηκαν από το ιατρικό προσωπικό. Τα δυο ποσοστά είναι μικρά αλλά θέλουν προσοχή, πρέπει να βελτιωθούν ώστε να γίνει ακόμα μεγαλύτερο το ποσοστό ικανοποίησης των οροθετικών ασθενών.

Η εργασία καταλήγει στο ότι οι οροθετικοί ασθενείς είναι απόλυτα ικανοποιημένοι αλλά υπάρχουν κάποια σημεία που υστερεί το νοσοκομείο που αναφέρονται κυρίως στον τομέα της καθοδήγησης και της πληροφόρησης, σημεία που μπορούν να βελτιωθούν, μέσα από την καλύτερη καθοδήγηση και εκπαίδευση του προσωπικού στο συγκεκριμένο τομέα.

Λέξεις κλειδιά: μέσος χρόνος νοσηλείας, κόστος Νοσηλείας, οροθετικός ασθενής, λοιμώξεις, κρατικό νοσοκομείο.

## **Abstract**

This paper focuses on the study of the average cost of hospitalization and the hospitalization costs of the HIV-positive patients that suffer from infections at the State Hospital. The topic was developed through four chapters. First, before the development of the chapters, an introductory framework was prepared and the main purpose of the study was presented. The purpose of the study was to identify the average hospitalization time of HIV-positive patients in public hospitals and their satisfaction levels. The four chapters constituted the general part of the study.

Specifically, the first chapter focused on the definition of the provision of quality health services to HIV-positive patients, which was developed through four main sections. The first section defined the quality of health services, the second analyzed the satisfaction of the HIV-positive patients and the third presented the situation in the Greek hospitals, while the fourth and last section of the first chapter connected the current situation with the satisfaction levels of the HIV-positive patients.

Then the second chapter was developed, in which the key issue of the analysis was initially to present the schedule of in-hospital monitoring, and then focused on the measurement of the cost of hospitalization with reference to the following: a) calculation of the hospitalization costs, b) bed cost, c) cost before the admission to the hospital, d) costs of medical assessments, e) transportation costs and doctor escort costs, e) costs of the medical tests. The chapter concluded with a reference to the hospitalization costs.

The third chapter dealt with the methodological framework of the study. Specifically, it focused on the definition of the purpose of the research, the development of the specific objectives, the definition of the sample, the selection of the research tool, the determination of the research implementation process and finally the definition of the statistical procedure. The research was completed in the fourth chapter, which focused on the presentation of the sample and the questionnaire results.

The work was completed with the final conclusions of the study. Through the results of this research, it was found that the HIV-positive patients are satisfied from: a) the hospital reception - environment, b) the information from the staff, c) the number of persons residing

with them, d) the speed of service, e) the reliability of the laboratory tests, g) the medical care and support of doctors, h) the administration services and i) the room temperature.

The percentage of the dissatisfied from the wider service was 15% of the total sample, which is a relatively small percentage. In addition, there was a percentage of 20% of HIV-positive patients who reported that they are dissatisfied by the instructions and advices given to them by the medical staff. The two percentages are small but require attention and must be improved in order for the satisfaction level of the HIV-positive patients to increase.

The paper concludes that the HIV-positive patients are completely satisfied though there are some points that the hospital lacks, which mainly refer to the guidance and information, points that can be improved through the better guidance and training of the hospital staff in this field.

Keywords: average hospitalization time, hospitalization costs, HIV-positive patient, infections, state hospital.

## **Εισαγωγή**

Η παρούσα μελέτη πρόκειται να ολοκληρωθεί μέσα από τέσσερα κεφάλαια. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο θα γίνει αναφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε οροθετικούς ασθενείς, όπου βαρύτητα θα δοθεί στην ικανοποίηση των οροθετικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της Ελλάδος. Το δεύτερο κεφάλαιο στη συνέχεια, αναφέρεται στο κόστος και στο χρόνο νοσηλείας των ασθενών αναφέροντας τη μέτρηση του κόστους κάθε είδους ιατρικών παροχών. Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στη μεθοδολογία της έρευνας, όπου θα αναφερθούν οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ολοκληρωθεί η έρευνα. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο θα αναλύσει και θα παρουσιάσει τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την έρευνα. Τέλος, η εργασία θα κλείσει με τα συμπεράσματα που θα προκύψουν σε σχέση με τη θεωρία και την έρευνα.

## **Σκοπός της μελέτης**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει την ικανοποίηση των οροθετικών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.



# Κεφάλαιο Πρώτο

## Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε οροθετικούς

### 1.1 Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Οι διάφορες πρωτοβουλίες μεταρρύθμισης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και στις αρχές του 21ου αιώνα δεν υλοποιήθηκαν ποτέ ή υλοποιήθηκαν εν μέρει και έλειπε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη μείωση των εμποδίων και τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη για το γενικό πληθυσμό. Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας που παρέχονται συνεχίζουν να είναι αποσπασματικές και δεν είναι πλήρεις. Επιπλέον, δεν υπάρχει σύστημα παραπομπής αφήνοντας τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να συντονίζουν τη συνέχεια της φροντίδας τους.

Οι διακυμάνσεις στο καλάθι της υγείας που παρέχονται από τα πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία προκαλούν ανισότητες στην πρόσβαση. Άλλα σημαντικά εμπόδια για την πρόσβαση περιλαμβάνουν και τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και η άτυπη οικονομία, οι λίστες αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες, οι περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων για την υγεία και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την απουσία ενός ορθολογικού καθορισμού προτεραιοτήτων, το σχεδιασμό και την αποδοτική χρήση των πόρων.

Το 1976 μέσα από το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ορίστηκε η Υγεία μέσα από τον ακόλουθο εννοιολογικό προσδιορισμό: «Η υγεία είναι η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Ο παρόν ορισμός αργότερα επιβεβαιώθηκε μέσα από την παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε το 1978 από τον ΠΟΥ στην περιοχή Alma-Ata (Λιαρόπουλος, 2007).

Συνεχίζοντας και με βάση τους Vrachatis & Papadopoulos (2012) η πολιτική υγείας ορίζεται ως: «Το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κράτος προκειμένου να προωθήσει και να αναπτύξει ευρύτερα την υγεία στο εσωτερικό του, με γνώμονα πάντα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους, το θεσμικό πλαίσιο τις ευρύτερες επιδράσεις του μακρό-περιβάλλοντος»

Συγκεκριμένα η κρίση έχει καταστήσει ακόμα και πιο έντονη την επιθυμία για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε χαμηλό κόστος, ο συνδυασμός αυτός ειδικά στην υγεία είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί, με αποτέλεσμα να παρατηρείται σήμερα σε χώρες όπως η Ελλάδα χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Karaiskou et all, 2012).

Σημείον στοιχείο για την ανάπτυξη μιας επιτυχημένης πολιτικής υγείας, είναι η υπερκομματική αποδοχή και μεθοδολογία ανάπτυξης, η οποία θα πρέπει να παίζει βασικό ρόλο στο σχεδιασμό και στην αναδιοργάνωση όλων των συστημάτων υγείας (Charalambous et all, 2011).

Οι μεταρρυθμίσεις σε κρίσιμους τομείς για την κοινωνία όπως είναι η υγεία, έχουν ανάγκη τη συνολική πολιτική αποδοχή, αλλά και την πολιτική συνέχεια. Η διαδικασία αυτή επιφέρει το μικρότερο κοινωνικό και πολιτικό κόστος, ενώ βοηθά στην επίτευξη των στόχων των μεταρρυθμίσεων (Charalambous et all, 2011).

Η πολιτική υγείας θα πρέπει να είναι ευδιάκριτη από όλους, να είναι κοινωνικά αποδεκτή και να μπορεί να είναι οικονομικά ανεξάρτητη και οικονομικά βιώσιμη. Προκειμένου να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει να ισχύουν κατά την ανάπτυξη μιας νέας πολιτικής στην υγεία τα ακόλουθα στάδια: α) Διερεύνηση των επιλογών πολιτικής, β) Εκτίμηση αποτελεσματικότητας συγκεκριμένης πολιτικής, γ) Έγκριση και αποδοχή της πολιτικής, δ) Εφαρμογή της πολιτικής, ε) Αξιολόγηση της πολιτικής. (Πετράκης 2011).

Η Ελλάδα το διάστημα 2000-2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία, συγκεκριμένα ξεδευόταν το 6,1% του ετήσιου προϋπολογισμού, για ενίσχυση των νοσοκομείων αλλά και ευρύτερα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Από τη στιγμή που ξέσπασε η κρίση και ειδικά από το 2010, όπου έγινε πολύ πιο έντονη και διακριτή για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, οι δαπάνες για την υγεία προκειμένου να μειωθούν τα κόστη και τα δημόσια ελλείμματα, μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό. (Πατελάρου, 2011).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί μέσα από τις απόψεις των θεωρητικών της υγείας (Bloom & Canning 2003), (Marmot et all, 2012), (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011), ότι η υποβάθμιση του συγκεκριμένου συστήματος, πράγμα που έχει γίνει ήδη στην Ελλάδα, μειώνει τη παραγωγική δεινότητα των εργαζομένων και επιδρά στην παραγωγική ανάπτυξη της χώρας θέτοντας σε κίνδυνο την ευρύτερη βιωσιμότητα της. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας η επένδυση στην υγεία όταν γίνεται σωστά, μπορεί να επιφέρει ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη σε ένα κράτος.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει μεγάλη βαρύτητα στο συγκεκριμένο κλάδο και τον θέτει ως σημαίνοντα παράγοντα στη στρατηγική της για το μέλλον, ειδικά στην ανακοίνωση της 29<sup>ης</sup> Ιουνίου του 2011 «Προϋπολογισμός για την Ευρώπη», η οποία ανέφερε ότι: «Η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Όλα τα παραπάνω δηλώνουν εμπράκτως, ότι λόγω της κρίσης η υγεία έχει υποβαθμιστεί και αυτό έχει αντίκτυπο στην υγεία των πολιτών, μια και λόγω της οικονομικής ύφεσης, παρουσιάζονται πολλά κρούσματα ψυχικών, σωματικών διαταραχών κλπ. Η αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τη μείωση των δαπανών σε Ευρώπη και Ελλάδα, δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό το αδιέξοδο και τους εσωτερικούς κλυδωνισμούς που βιώνουν σήμερα όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η κατάσταση αυτή οδήγησε και την Ελλάδα, τον Ιανουάριο του 2014, στη δημιουργία του ΠΕΔΥ, το οποίο αποτελεί ένα ανανεωμένο φορέα υγείας, όπου η κυβέρνηση ευελπιστεί να αποτελέσει τη λύση στη σημερινή αρνητική κατάσταση που βιώνει το υγειονομικό περιβάλλον της χώρας.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν 3370/2005, συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η ανάπτυξη της υγείας
- Η εκτίμηση των επιπτώσεων στην υγεία
- Η έννοια της διαχείρισης του κινδύνου
- Η έννοια της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών
- Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας
- Η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων

Οι βασικότερες ενέργειες των φορέων της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- Η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού.
- Η προστασία και προαγωγή της υγείας
- Η πρόληψη των νοσημάτων
- Ο έλεγχος καθώς και η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων υψηλού κινδύνου
- Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- Η αντιμετώπιση των έκτακτων κινδύνων
- Η ταξινόμηση των προτεραιοτήτων στη Δημόσια Υγεία

Τα παραπάνω στοιχεία του νόμου 3370 προδιαγράφονται ως όραμα για το σύστημα Δημόσιας Υγείας στη χώρα. Η υλοποίηση του οράματος αυτού σχετίζεται με την έρευνα των σύγχρονων προβλημάτων και αναγκών υγείας του πληθυσμού, για την ουσιαστική οργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας, χωρίζεται σε μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε διαφορετικές φάσεις της ζωής αλλά και φάσεις της πάθησης - ασθένειας του. Οι τρεις αυτές μορφές είναι απαραίτητες για κάθε σύστημα υγείας

Η πολιτική της υγείας αποκτά θεσμικό χαρακτήρα για πρώτη φορά στην Ελλάδα μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στην Ευρώπη, και μέχρι τη μεταπολίτευση λάμβανε ένα έντονο χαρακτήρα ανισοτήτων σε σχέση με την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η οποία συνοδευόταν από την αύξηση του εγχώριου αλλά κατακερματισμένου κεφαλαίου. Κατά τη συγκεκριμένη περίοδο αναπτύχθηκαν τα πρότυπα των μεγάλων γιατρών, του κλινικάρχη, του συνεταιρισμού των γιατρών, που ανθούν στα αστικά κέντρα και οδηγούν σε έναν κοινωνικό αποκλεισμό μιας μεγάλης μερίδας πολιτών.

Την περίοδο της μεταπολίτευσης κάνουν την εμφάνιση τους αρκετές προτάσεις μεταρρύθμισης για την υγεία στα πλαίσια ανάπτυξης της. Τη δεκαετία του 1980 αναπτύσσεται για πρώτη φορά ένα εθνικό σύστημα υγείας (Οικονόμου, 20004).

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχει το δημόσιο σύστημα υγείας και ο ιδιωτικός τομέας. Το δημόσιο σύστημα υγείας απαρτίζεται από το ΕΣΥ και τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας, λειτουργεί ως ένα υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της Ελλάδος

Η οικονομική κρίση η οποία επηρέασε μετά το 2008 την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών, επέδρασε ανασταλτικά και στις πληρωμές στο τομέα της υγείας, οι οποίες στη πρότερη περίοδο αντιστοιχούσαν στο 40% της συνολικής δαπάνης υγείας. Κατά συνέπεια η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από 9,75 του ΑΕΠ το 2009 στο επίπεδο 6,0 του ΑΕΠ, δηλαδή η συνολική εθνική δαπάνη από 22,5 δις ευρώ κινείται πια σε επίπεδα κάτω των 15,0 δις ευρώ (Κυριόπουλος κ.α, 2012). Η παρούσα οικονομική κατάσταση διασπά την κοινωνική συμμετοχή, επιδεινώνει το εργασιακό κλίμα, αυξάνει τον κίνδυνο της πρόωρης θνησιμότητας και υψηλής νοσηρότητας ειδικά σε άτομα με αδυναμία πρόσβασης στην υγεία, αλλά και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις.

Η παραπάνω κατάσταση συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας κατά 20% έως και 25%. (Τούντας, 2008)

Σήμερα το ελληνικό σύστημα, το οποίο όπως προαναφέρθηκε πλήττεται σε μέγιστο βαθμό από την οικονομική κρίση, αποτελεί ένα μικρό σύστημα το οποίο εκπορεύεται και διοικείται από το δημόσιο, το μοντέλο συνυπάρχει με άλλα μοντέλα. Το δημόσιο έχει τον κυρίαρχο ρόλο, αποτελούμενο από υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία, τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν περάσει σήμερα σε δεύτερο ρόλο, παρουσιάζοντας σήμερα τεράστια οικονομικά προβλήματα και ευρύτερα αδυναμία λειτουργίας. Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά σήμερα το 1/3 των δαπανών υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα νοσεί στηριζόμενο στον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος λόγω της κρίσης παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και αδυνατεί σήμερα να στηρίξει την υγεία (Τσιάντου & Κυριόπουλος, 2010).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει διεθνής τάση υιοθέτησης και λειτουργίας μικτών συστημάτων υγείας, φαίνεται πως στην Ελλάδα το σύστημα υγείας αθροίζει τα μειονεκτήματα από τα τρία μοντέλα (δημόσιο, κοινωνικής ασφάλισης, ιδιωτικό), παρά τα πλεονεκτήματα.

Το ΕΣΥ ολοκληρώθηκε στην ουσία μόνο στο νοσοκομειακό επίπεδο και η κοινωνική ασφάλιση ουσιαστικά μόνο στο πρωτοβάθμιο επίπεδο (Τούντας, 2003). Η εξέλιξη αυτής της μικτής πορείας, χωρίς την κάθετη ολοκλήρωση και επομένως, χωρίς τη δυνατότητα αξιοποίησης των πλεονεκτημάτων αυτών των μοντέλων, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα.

Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας αλλά και των περιφερειακών ιατρείων του, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ, αναπτύσσει τις δράσεις του και παρέχει υπηρεσίες προς τους πολίτες. Η χρηματοδότηση των φορέων του γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ιδιωτικό τομέα, που αναφέρεται σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των ιδιωτών γιατρών βασίζεται στην κατά πράξη και κατά περίπτωση αποζημίωση σε ορισμένες από το κράτος τιμές, ενώ καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι λοιποί αμείβονται με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι το επόμενο στάδιο φροντίδας υγείας που καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών που έχουν ανάγκη πλέον νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία εξειδικευμένης αγωγής ή ακόμα και εγχείρησης. Στο σημείο αυτό θα τονιστεί ότι το ΕΣΥ έχει νοσοκομείο-κεντρικό χαρακτήρα, λόγω της έλλειψης κανόνων ρύθμισης προσβασιμότητας αλλά και της ελευθερίας του ασθενούς να αποφανθεί σε οποιαδήποτε φορέα υπηρεσίας όσο και της πολυπλοκότητας των φορέων που προσφέρουν την ίδια στιγμή πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα. Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τις κάτωθι δομές: α) τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, β) τα στρατιωτικά νοσοκομεία, γ) τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, δ) τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ε) τις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες λειτουργούν υπό το καθεστώς κερδοσκοπικών μονάδων.

Η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας δίδεται μέσα από ένα ευρύτερο πλαίσιο νοσοκομειακής περίθαλψης, με τη διαφορά να αναφέρεται στο γεγονός, ότι απαιτεί ειδικές γνώσεις και εξοπλισμό, ενώ προσφέρεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές, που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνική υποδομή και το ειδικευμένο προσωπικό για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας.

Οι σύγχρονες ανάγκες υγείας, έτσι όπως αυτές εξελίσσονται στο σημερινό κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο παγκοσμίως, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όπως αυτή αποσαφηνίστηκε με τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978) που υιοθέτησε το όραμα του Mahler για «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» (Χριστοφορίδου, 2005).

Η ΠΦΥ αναφέρεται σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες που υπερβαίνουν τον στενό ορισμό της υγείας και αφορούν το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Παράλληλα αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το χώρο της υγείας κι έτσι δύναται να λειτουργεί και ως φίλτρο για την πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Ιωαννίδη και συν., 1999). Βασικές αρχές της ΠΦΥ αποτελούν η κοινωνική δικαιοσύνη, η ισότητα, η προσπελασιμότητα και η διαθεσιμότητα, ενώ παράλληλα στηρίζεται στην ενεργή συμμετοχή του πληθυσμού, στην αποκέντρωση των δομών της και στη διατομεακή οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011).

Οι πρώτες νομοθετικές προσπάθειες που εμπεριέχουν γνωρίσματα ΠΦΥ είναι: η καθιέρωση των θεσμών του νομίατρο (1833) και του επαρχιακού ιατρού (1852), η ίδρυση λαϊκών ιατρείων και φαρμακείων (1925), η ίδρυση δημόσιων πολυϊατρείων κοινωνικής υγιεινής (1937), ο Ν.2592/1953 που θεσμοθέτησε τους κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς και τέλος το Ν.Δ. 67/1968 για την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου .

Με τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας που είχε βασικό άξονα μεταξύ άλλων την ανάπτυξη της ΠΦΥ και προέβλεπε την ίδρυση 400 Κέντρων Υγείας, σε αστικές και αγροτικές περιοχές, με μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, στελεχωμένα από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς γενικής ιατρικής. Επίσης, προβλεπόταν η ένταξη και ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών στο ΕΣΥ, η σύσταση εννέα υγειονομικών περιφερειών, η ίδρυση κέντρων ψυχικής υγείας και οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Στην πραγματικότητα όμως η σύσταση των υγειονομικών περιφερειών δεν υλοποιήθηκε και τα Κ.Υ. αστικού τύπου δεν ιδρύθηκαν, με συνέπεια και τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Αιτία ήταν ότι ο νόμος ήταν κατά βάση νοσοκομείο-κεντρικός και ιατροκεντρικός, δεν έδινε κίνητρα για την προσέλκυση οικογενειακών ιατρών, δεν έδωσε ουσιαστικές αρμοδιότητες στην περιφέρεια ενώ υπήρχε και επικάλυψη αρμοδιοτήτων. Τέλος, με την απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών γιγάντωσε τον ιδιωτικό τομέα στη ΠΦΥ μέσω της ανεξέλεγκτης δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων

Το 1992 ο Ν.2071 επιχειρεί τη «φιλελευθεροποίηση» του συστήματος υγείας. Στην έννοια της ΠΦΥ περιλαμβάνεται πλέον η πρόληψη, η επιδημιολογική έρευνα, η σχολική υγεία και η περίθαλψη ελασσόνων βλαβών υγείας, ενώ η παροχή ΠΦΥ μπορεί να γίνεται από πολυκλαδικές ομάδες ειδικοτήτων τόσο σε ΝΠΔΔ όσο και σε ΝΠΙΔ. Τα Κ.Υ. ανεξαρτητοποιούνται διοικητικά και οικονομικά από τα νοσοκομεία. Εισάγεται επίσης ο θεσμός των κινητών μονάδων αλλά και αυτός της κατ' οίκον νοσηλείας ενώ δημιουργείται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Πολύ σύντομα όμως με την αλλαγή της Κυβέρνησης το 1993 ψηφίζεται νέος νόμος, ο 2194/94, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του ΕΣΥ στο πλαίσιο του Ν. 1397/83. Είναι προφανές ότι η ασυνέχεια στην πολιτική και η έλλειψη ενός υπερκομματικού σχεδίου για την υγεία καθυστερούν την ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ.

Τρία χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο νόμος 2519/1997 με σημαντικότερο άρθρο του το 31 για τη δημιουργία «Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» με σκοπό το συντονισμό των Κ.Υ., των Π.Ι. και των πολυιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Επιπρόσθετα, πρότεινε νέες δομές για την προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της πρόληψης μέσω της μελέτης των δεικτών και των υγειονομικών παραγόντων, των παρεμβάσεων για την αποτροπή μολύνσεων, την καταγραφή των λοιμωδών νόσων, τις υπηρεσίες σχολικής υγείας κ.α. Ο νόμος αυτός ψηφίστηκε σιωπηρά χωρίς ουσιαστικές αντιδράσεις αφήνοντας την αίσθηση ότι δεν υπήρχε πραγματική πολιτική βούληση υλοποίησής του (Υφαντόπουλος, 2005).

Μετά το 2000, ο Ν.3235/2004 επαναδιατυπώνει το σκοπό της ΠΦΥ, μετονομάζει τα ιατρεία των ΟΚΑ σε Κ.Υ., αναθέτει το συντονισμό στα νεοσυσταθέντα ΠΕΣΥ (2889/2001), κάνει λόγο για προγραμματισμό επισκέψεων, σύστημα πιστοποίησης και σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης και επαναδιατυπώνει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Τέλος, με το Ν.3918/11 συστήνεται ο ΕΟΠΥΥ στον οποίο ανήκουν έως και σήμερα όλοι οι κλάδοι υγείας των ΟΚΑ με σκοπό το συντονισμό όλων των παροχών ΠΦΥ, εκτός των ΤΕΙ των νοσοκομείων (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011). Τελικά, η ενοποίηση δεν συμπεριέλαβε όλους τους ΟΚΑ ενώ η λειτουργία του έως σήμερα έχει προκαλέσει πολλές αντιδράσεις.

## **1.2 Η ικανοποίηση των οροθετικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας**

### **1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, στον κλάδο της υγείας υφίσταται μια πληθώρα ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς έχουν να διαλέξουν μέσα από μία σειρά εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών. Βασικά θα επιλέξουν αυτό που θα τους αποδώσει την πιο σημαντική αξία με το μικρότερο κόστος. Ο Kotler (2003) αποδίδει την προσδοκώμενη αξία της υπηρεσίας ως τη διαφορά αναμενόμενης αξιολόγησης του ασθενή και του κόστους της προσφοράς από τις ποικίλες λύσεις που του δίνονται. Η ολική αξία του ασθενή (total customer value) είναι η δεχόμενη οικονομική αξία σε συνάρτηση με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένουν οι ασθενείς από την προσφορά του νοσοκομείου.

Τέλος, το ολικό κόστος του ασθενή είναι το κόστος που περιμένει από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς (Kotler, 2003).



### **1.3 Η επικρατούσα κατάσταση στα Νοσοκομεία της Ελλάδας**

Γίνεται αντιληπτό ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα βρίσκεται μακριά από τους στόχους που έχουν τεθεί και υλοποιούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ενώ η σχετική νομοθεσία βρίσκεται στη σωστή κατεύθυνση, η υλοποίηση των διατάξεων χωλαίνει σε σημαντικό βαθμό προσκρούοντας σε μικροκομματικά και συντεχνιακά συμφέροντα. Η ασυνέχεια και η ασυνέπεια στην πολιτική, η επικάλυψη αρμοδιοτήτων, ο κατακερματισμός του συστήματος αποτελούν βασικές αιτίες της υπανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα που διακρίνεται από ανισότητα, κακή στελέχωση, ανισοκατανομή δομών και έλλειψη θεσμών όπως του οικογενειακού ιατρού, της νοσηλείας κατ' οίκον και του αστικού τύπου Κ.Υ. αλλά και από χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008).

Επιπλέον, η κείμενη νομοθεσία δεν έχει προβλέψει επαρκώς τη διάσταση εκείνη της ΠΦΥ που αφορά την πρόληψη, την προαγωγή και αγωγή υγείας ενώ ακροθιγώς αναφέρεται η ψυχική και η δημόσια υγεία. Δεν προβλέπεται για παράδειγμα η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, υπηρεσίες συμβουλευτικής, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών φροντίδας και η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία.

Το θέμα της υγείας γενικότερα στην Ελλάδα είναι ένα πολύ ιδιαίτερο θέμα. Από το 1983 που έχει δημιουργηθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας και παρά τις προσπάθειες μεταρρύθμισης που έγιναν σε αυτό, υπάρχουν σοβαρές διαφωνίες και διαμαρτυρίες για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που προσφέρει. Οι διαφωνίες αυτές δεν υπάρχουν μόνο εκ μέρους των χρηστών του αλλά και εκ μέρους των επαγγελματιών που ασχολούνται σε αυτό και έχουν οξυνθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια λόγω των περικοπών που έχει δημιουργήσει η οικονομική κρίση.

Το φαινόμενο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα, δεν είναι άσχετο με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί αφού όλα αποτελούν μέρη του ίδιου φαινομένου. Στην Ελλάδα παρατηρείται για παράδειγμα το ανεξήγητο φαινόμενο να υπάρχει πληθώρα γιατρών την ίδια στιγμή που τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σοβαρές ελλείψεις σε οργανικές θέσεις. Η διατύπωση αυτού του προβλήματος εξ' ορισμού απεικονίζει την έλλειψη σωστής διαμόρφωσης πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την Ελλάδα περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Η επίδραση αυτή διαφάνηκε, μεταξύ άλλων, και στον τομέα υγείας. Στην Ελλάδα η φροντίδα υγείας παρέχεται μέσω ενός εθνικού συστήματος (ΕΣΥ), κάτι που σημαίνει ότι το κόστος της προέρχεται αντίστοιχα από τη φορολογία και τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης.

Σε θεωρητικό επίπεδο το ΕΣΥ θεωρείται ως μοντέλο που προέκυψε από τον συνδυασμό δύο άλλων μοντέλων. Στην παροχή υπηρεσιών έχει οργανωθεί με το μοντέλο του Beveridge, δηλαδή την νοσοκομειακή περίθαλψη την παρέχουν στους ασθενείς τα νοσοκομεία που είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ και την περίθαλψη που είναι έξω-νοσοκομειακή την παρέχουν τα περιφερειακά κέντρα υγείας τα οποία φθάνουν για να καλύψουν τις ανάγκες του 1/3 του ελληνικού πληθυσμού. Η πλευρά της ζήτησης οργανώθηκε σύμφωνα με το μοντέλο Bismarck, σύμφωνα με το οποίο τις ανάγκες του ΕΣΥ τις καλύπτουν τα 39 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που υπάρχουν στην Ελλάδα. Στην πραγματικότητα όμως τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το 30 με 50% των ασθενών της Ελλάδος απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας τόσο σε επίπεδο νοσοκομείων όσο και σε επίπεδο γιατρών. Και στη ζήτηση όμως, σύμφωνα με ευρήματα μελετών το ΕΣΥ, χρηματοδοτείται περίπου στο 50% του συνόλου του από ιδιώτες.

Προκειμένου να μην υπάρξει κατακερματισμός του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, έγινε ενοποίηση μέρους των ταμείων της. Αυτό έγινε με στόχο να ανακατανομηθούν οι πόροι ανάμεσα στα ταμεία και να εξασφαλιστεί ότι όλοι οι ασφαλισμένοι θα λαμβάνουν βασικές παροχές. Από την ενοποίηση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης προέκυψε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Ο ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνει τρία σημαντικά ταμεία: των μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), των γεωργών (ΟΓΑ) και των ελεύθερων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)(Ν.3918/2011: 1207-1208). Οι παροχές βέβαια του ΕΟΠΥΥ απευθύνονται μόνο στους ασφαλισμένους των τριών ταμείων που προαναφέρθηκαν και δεν έχει ληφθεί καμία μέριμνα πρωτοβάθμιας υγείας για τους ανασφάλιστους που πολλαπλασιάζονται συνεχώς λόγω της οικονομικής κρίσης. Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι μεταβολές υπήρξαν μόνο στην πρωτοβάθμια υγεία.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα έχει ως πηγή εσόδων τα νοσήλια των ταμείων υγείας αλλά κυρίως τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο προϋπολογισμός που αφορά τα νοσοκομεία δέχτηκε περικοπές της τάξης του 40% με αποτέλεσμα στα νοσοκομεία να παρουσιάζονται μία σειρά λειτουργικών προβλημάτων όπως η έλλειψη φαρμάκων αλλά και η έλλειψη έργων υποδομών. Έτσι, μία σειρά ασθενών καταφεύγει μεν στα νοσοκομεία αλλά δε μπορεί να λάβει ολοκληρωμένες παροχές υγείας και έρχεται αντιμέτωπο και με σοβαρότερα προβλήματα όπως η έλλειψη κλινών για νοσηλεία (Kentikelenis, 2011).

Ένα θέμα που έχει εγείρει πολλές συζητήσεις, ειδικά τώρα, είναι η πολιτική υγείας και οι μεταβολές που έχουν υπάρξει στο θέμα των ιατρών. Ο αριθμός αλλά και η σύνθεση των ιατρών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ελληνικό σύστημα υγείας, είναι μία συνιστώσα βασική για τον προσδιορισμό των δαπανών στον τομέα υγείας αλλά και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο τρόπος λειτουργίας και δραστηριότητας των ιατρών οδήγησε σε μία σειρά μεταβολών στο πλαίσιο της περικοπής των δαπανών. Στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδος οι ιατροί αμείβονται με αποζημίωση κατά πάγια αντιμισθία είτε βρίσκονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είτε στη νοσοκομειακή. Παρ' όλες τις μεταβολές που έγιναν στον τομέα της υγείας, η κατάσταση δεν έδειξε ίχνη βελτίωσης. Η ενοποίηση των ταμείων όχι μόνο δεν μείωσε τις δαπάνες αλλά ο ΕΟΠΥΥ παρουσιάζει ένα σταθερό έλλειμμα 100 εκατομμυρίων ευρώ κάθε μήνα και τα χρέη του να υπερβαίνουν τα 500 εκατομμύρια για τα έτη 2012 και 2013. Όπως είναι εύλογο, αυτό επηρεάζει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους. Αντίστοιχα είναι τα προβλήματα και στην νοσοκομειακή περίθαλψη αφού τα χρέη του ΕΟΠΥΥ έχει οδηγήσει αρκετές φαρμακευτικές εταιρίες να μην παραδίδουν φάρμακα και αναλώσιμα στα νοσοκομεία.

Το έλλειμμα αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό από την επίσημη κυβέρνηση στα φαινόμενα διαφθοράς ενός τμήματος των ιατρών. Ο ΕΟΠΥΥ υποστηρίζεται ότι δημιούργησε μεγάλο έλλειμμα λόγω των δαπανών του λόγω της απομύζησης του από ιατρούς, φαρμακοποιούς και φαρμακευτικές εταιρίες. Το συμπέρασμα αυτό εξάχθηκε από τις μεγάλες πωλήσεις που πραγματοποιούν συγκεκριμένες εμπορικές ονομασίες οι οποίες κυριαρχούν στη συνταγογράφηση έναντι άλλων αλλά και το γεγονός ότι εντοπίστηκαν περιπτώσεις που γίνονται συνταγογραφήσεις ακόμα και σε νεκρούς αποδεικνύοντας περίτρανα την ύπαρξη ενός κυκλώματος που δρούσε με σκοπό την προώθηση συγκεκριμένων φαρμάκων (Kentikelenis, 2011).

#### 1.4 Σύνδεση της παρούσας κατάστασης με την ικανοποίηση των οροθετικών

Το σύνολο του αριθμού των περιστατικών AIDS που καταγράφηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Δεκεμβρίου του 2012, ανέρχεται σε 3386, εκ των οποίων 2849 (84,1%) ήταν άνδρες και 537 (15,9%) γυναίκες. Η σημαντική ελάττωση περιστατικών στην επίπτωση του AIDS που παρατηρήθηκε από το 1997 μέχρι το 2001, εκφράζεται στην εισαγωγή και ευρεία χορήγηση συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων (Highly Active Antiretroviral Therapy). Ο αριθμός των νέων περιστατικών AIDS τα τελευταία έτη, συμπεριλαμβανομένου του 2012, διατηρείται χαμηλός. Είναι άξιο αναφοράς ότι έπειτα από το 1997, τα περιστατικά AIDS δεν αντανakλούν επακριβώς την επίπτωση της HIV λοίμωξης.

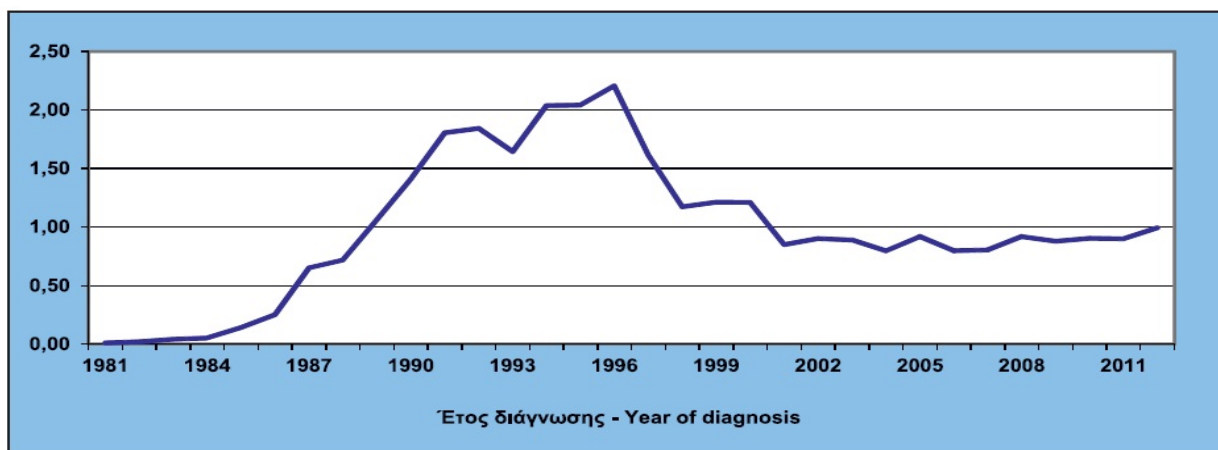
Πίνακας 1.1: Περιπτώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

Έτος Διάγνωσης Year of diagnosis	Άνδρες – Males		Γυναίκες – Females		Σύνολο – Total	Σιανότητα * Rate*
	N	(%)	N	(%)		
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,01
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,02
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,04
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,05
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	0,14
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	0,25
1987	59	(90,8)	6	(9,2)	65	0,65
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	0,72
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	1,06
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	1,41
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	1,80
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	1,84
1993	190	(87,2)	22	(12,8)	172	1,64
1994	183	(85,1)	32	(14,9)	215	2,04
1995	188	(86,6)	29	(13,4)	217	2,04
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	2,20
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	1,61
1998	110	(86,6)	17	(13,4)	127	1,17
1999	105	(79,5)	27	(20,5)	132	1,21
2000	113	(85,6)	19	(14,4)	132	1,21
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	0,85
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	0,90
2003	79	(80,6)	19	(19,4)	98	0,89
2004	73	(83,0)	15	(17,0)	88	0,80
2005	78	(76,5)	24	(23,5)	102	0,92
2006	64	(71,9)	25	(28,1)	89	0,80
2007	69	(76,7)	21	(23,3)	90	0,80
2008	91	(88,3)	12	(11,7)	103	0,92
2009	79	(79,8)	20	(20,2)	99	0,88
2010	83	(81,4)	19	(18,6)	102	0,90
2011	81	(83,5)	16	(16,5)	97	0,90
2012	86	(80,4)	21	(19,6)	107	0,99
<b>Σύνολο – Total</b>	<b>2849</b>	<b>(84,1)</b>	<b>537</b>	<b>(15,9)</b>	<b>3386</b>	

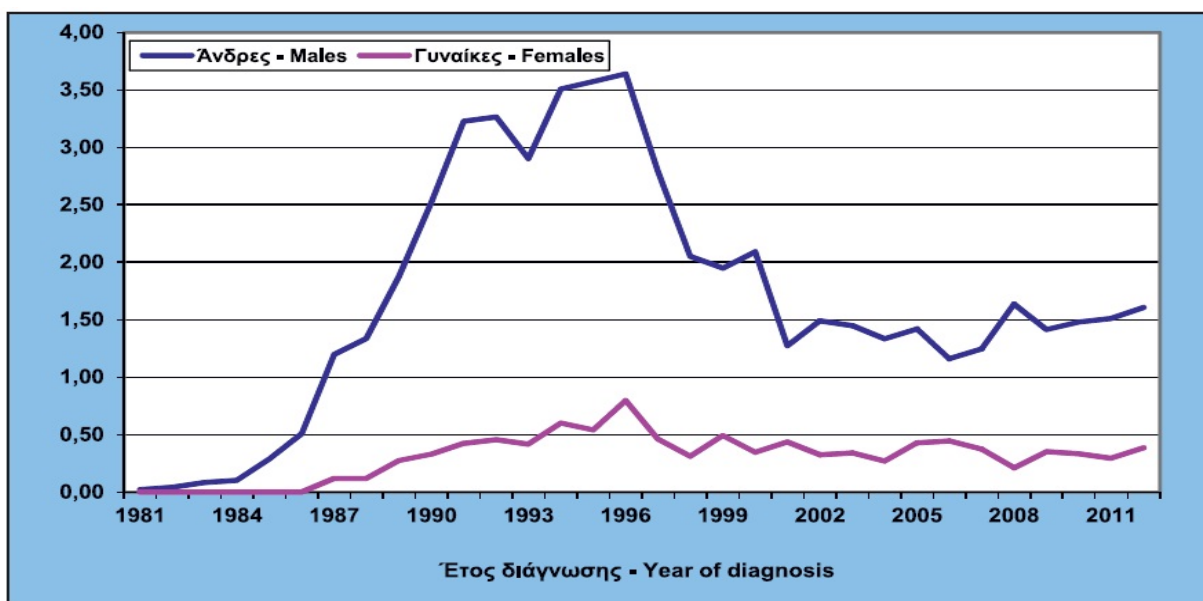
\* ανά 100.000 πληθυσμού

\*per 100,000 population

Σχήμα 1.1: Περιπτώσεις AIDS ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα



Σχήμα 12: Περιπτώσεις AIDS ανά 100.000 πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα



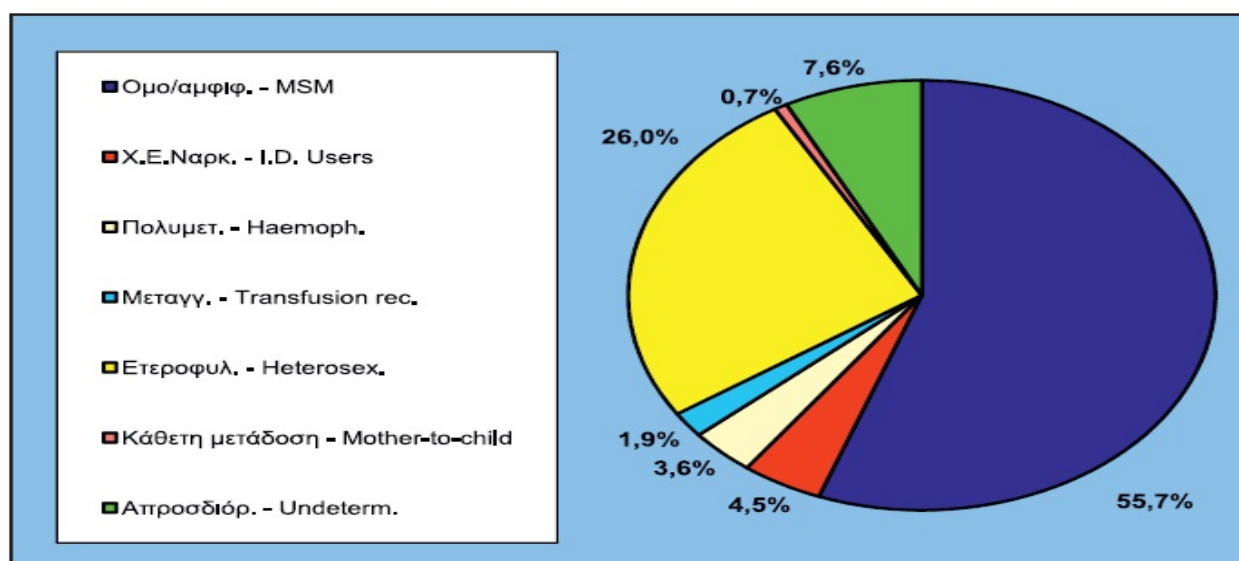
## Κατηγορίες μετάδοσης περιστατικών AIDS

Ως κυριότερος τρόπος μετάδοσης του HIV σε άτομα που έχουν εμφανίσει AIDS αναφέρεται η επαφή ανδρών (55,7%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική (για άνδρες και γυναίκες) σεξουαλική επαφή (26,0%) (Επιδημιολογικά Δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα, 2012)

Πίνακας 1.2: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

Κατηγορία Μετάδοσης	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1886	(66.2)	-	-	1886	(55.7)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	121	(4.3)	30	(5.6)	151	(4.5)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	116	(4.1)	5	(0.9)	121	(3.6)	Haemophiliacs/Individuals with coagulation disorder
Μεταγγισθέντες/είσες	35	(1.2)	31	(5.8)	66	(1.9)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι/ες	450	(15.8)	430	(80.1)	880	(26.0)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	12	(0.4)	12	(2.2)	24	(0.7)	Mother to child
Ακαθόριστοι/ες	229	(8.0)	29	(5.4)	258	(7.6)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>2849</b>	<b>(100.0)</b>	<b>537</b>	<b>(100.0)</b>	<b>3386</b>	<b>(100.0)</b>	<b>Total</b>

Σχήμα 1.3: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012



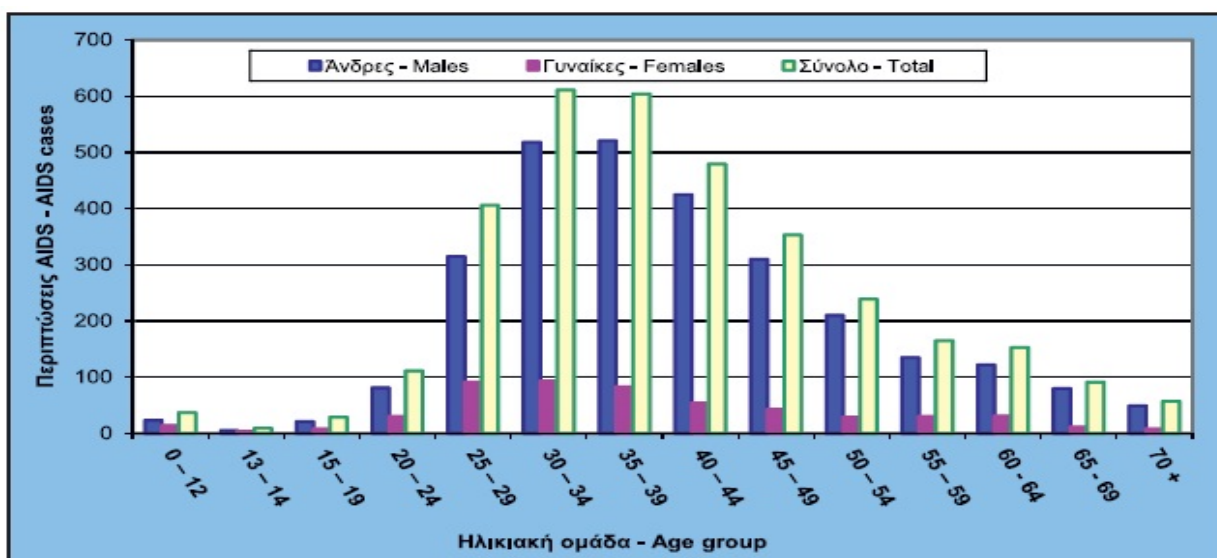
## Ηλικιακές ομάδες

Η πλειοψηφία των περιστατικών AIDS ήταν ηλικίας μεταξύ 30 και 49 ετών κατά τη διάγνωση του συνδρόμου

Πίνακας 1.4: Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

Ηλικιακή Ομάδα Age group	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	23	(0,8)	14	(2,6)	37	(1,1)
13 - 14 ετών - years old	5	(0,2)	4	(0,7)	9	(0,3)
15 - 19 ετών - years old	21	(0,7)	8	(1,5)	29	(0,9)
20 - 24 ετών - years old	81	(2,8)	30	(5,6)	111	(3,3)
25 - 29 ετών - years old	315	(11,1)	91	(16,9)	406	(12,0)
30 - 34 ετών - years old	518	(18,2)	93	(17,3)	611	(18,0)
35 - 39 ετών - years old	521	(18,3)	83	(15,5)	604	(17,8)
40 - 44 ετών - years old	425	(14,9)	54	(10,1)	479	(14,1)
45 - 49 ετών - years old	310	(10,9)	43	(8,0)	353	(10,4)
50 - 54 ετών - years old	210	(7,4)	29	(5,4)	239	(7,1)
55 - 59 ετών - years old	135	(4,7)	30	(5,6)	165	(4,9)
60 - 64 ετών - years old	122	(4,3)	31	(5,8)	153	(4,5)
65 - 69 ετών - years old	80	(2,8)	11	(2,0)	91	(2,7)
70 + ετών - years old	49	(1,7)	8	(1,5)	57	(1,7)
Άγνωστη - Unknown	34	(1,2)	8	(1,5)	42	(1,2)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>2849</b>	<b>(100,0)</b>	<b>537</b>	<b>(100,0)</b>	<b>3386</b>	<b>(100,0)</b>

Σχήμα 1.4: Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012





## Ενδεικτικές νόσοι

Οι τρεις συχνότερα εμφανιζόμενες ενδεικτικές νόσοι κατά τη διάγνωση των ασθενών με AIDS στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012, είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, το σύνδρομο απίσχνασης και η καντιντίαση οισοφάγου

## Περιπτώσεις AIDS στον παιδικό πληθυσμό

Ο συνολικός αριθμός των περιστατικών AIDS σε παιδιά διατηρείται χαμηλός στην Ελλάδα. Σε σύνολο 37 παιδιών με AIDS, το 64,9% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους

Πίνακας 1.5: Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

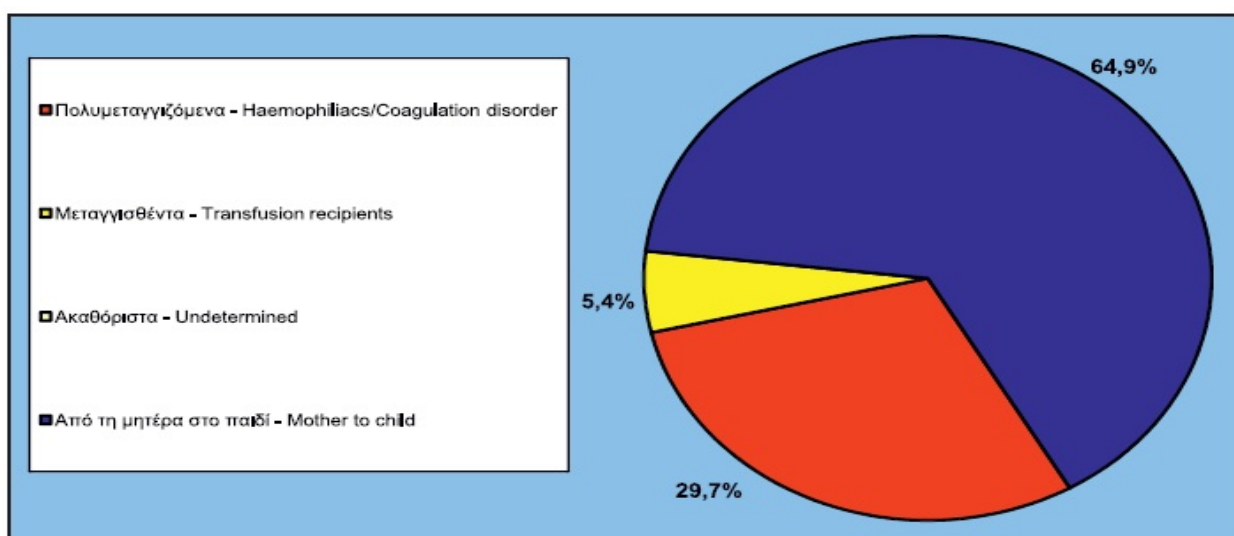
Ηλικιακή Ομάδα Age group	Αγόρια - Males		Κορίτσια - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - months	6	(26,1)	4	(28,6)	10	(27,0)
1 - 4 ετών - years old	8	(34,8)	7	(50,0)	15	(40,6)
5 - 9 ετών - years old	1	(4,3)	3	(21,4)	4	(10,8)
10 - 12 ετών - years old	8	(34,8)	0	(0,0)	8	(21,6)
Σύνολο - Total	23	(100,0)	14	(100,0)	37	(100,0)

Πίνακας 1.6: Περιπτώσεις παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

Κατηγορία μετάδοσης Transmission group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Πολυμεταγγιζόμενα Haemophiliacs/Coagulation disorder	11	(47,8)	0	(0,0)	11	(29,7)
Μεταγγισθέντα Transfusion recipients	0	(0,0)	2	(14,3)	2	(5,4)
Ακαθόριστα Undetermined	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Από τη μητέρα στο παιδί Mother - to - child	12	(52,2)	12	(85,7)	24	(64,9)
Σύνολο Total	23	(100,0)	14	(100,0)	37	(100,0)



Σχήμα 1.5: Περιπτώσεις παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2012



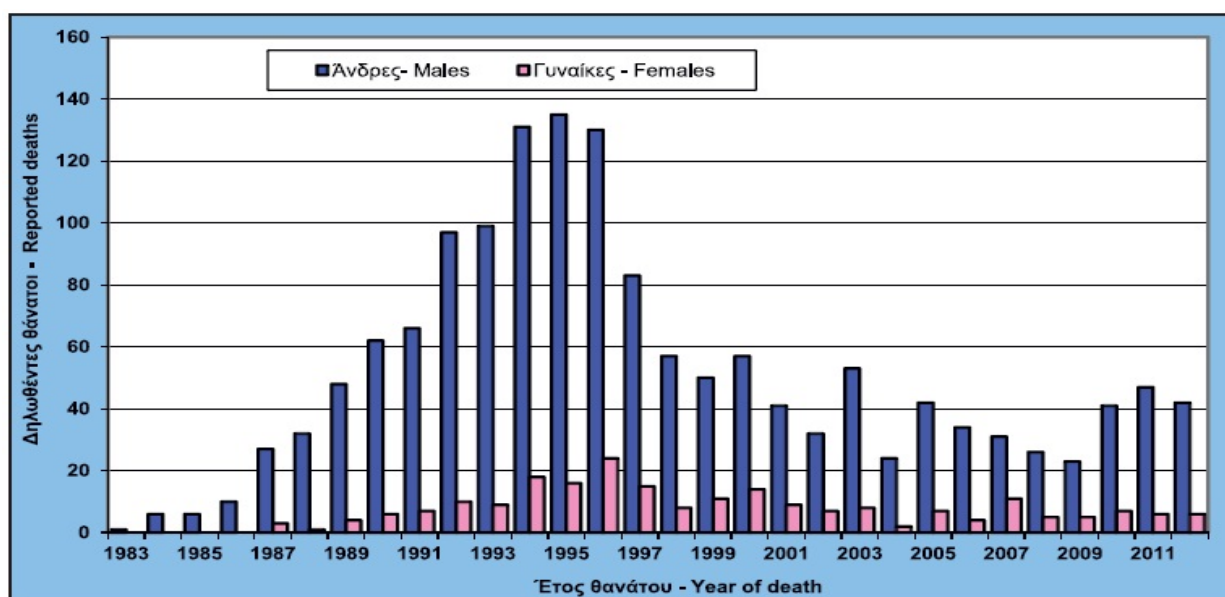
### Θάνατοι σε άτομα με AIDS

Το σύνολο θανόντων με AIDS από το 1983 έως τις 31/12/2012 ανήλθε στα 1775 άτομα. Η πλειοψηφία των ασθενών με AIDS που έχουν αποβιώσει είναι άνδρες, γεγονός που αντανακλά τη μεγάλη εκατοστιαία αναλογία των ανδρών επί του συνόλου των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με AIDS. Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων, η οποία ξεκίνησε το 1997, οφείλεται στη εισαγωγή των HAART θεραπειών, οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου.

Πίνακας 1.7: Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012

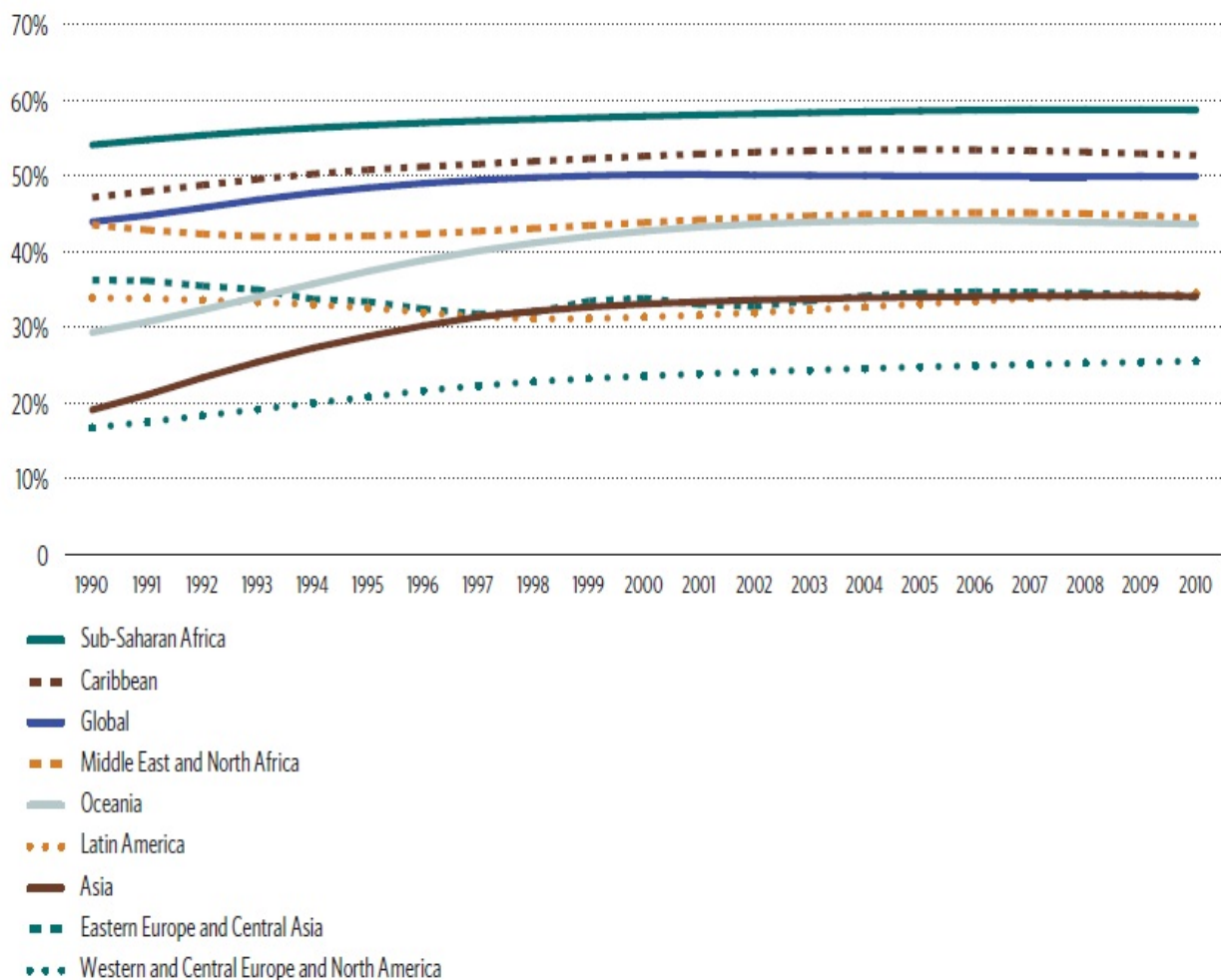
Έτος θανάτου Year of death	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο Total
	N	(%)	N	(%)	
1983	1	(100.0)	0	(0.0)	1
1984	6	(100.0)	0	(0.0)	6
1985	6	(100.0)	0	(0.0)	6
1986	10	(100.0)	0	(0.0)	10
1987	27	(90.0)	3	(10.0)	30
1988	32	(97.0)	1	(3.0)	33
1989	48	(92.3)	4	(7.7)	52
1990	62	(91.2)	6	(8.8)	68
1991	66	(90.4)	7	(9.6)	73
1992	97	(90.7)	10	(9.3)	107
1993	99	(91.7)	9	(8.3)	108
1994	131	(87.9)	18	(12.1)	149
1995	135	(89.4)	16	(10.6)	151
1996	130	(84.4)	24	(15.6)	154
1997	83	(84.7)	15	(15.3)	98
1998	57	(87.7)	8	(12.3)	65
1999	50	(82.0)	11	(18.0)	61
2000	57	(80.3)	14	(19.7)	71
2001	41	(82.0)	9	(18.0)	50
2002	32	(82.1)	7	(17.9)	39
2003	53	(86.9)	8	(13.1)	61
2004	24	(92.3)	2	(7.7)	26
2005	42	(85.7)	7	(14.3)	49
2006	34	(89.5)	4	(10.5)	38
2007	31	(73.8)	11	(26.2)	42
2008	26	(83.9)	5	(16.1)	31
2009	23	(82.1)	5	(17.9)	28
2010	41	(85.4)	7	(14.6)	48
2011	47	(88.7)	6	(11.3)	53
2012	42	(87.5)	6	(12.5)	48
Άγνωστο / Unknown	14	(73.7)	5	(26.3)	19
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>1547</b>	<b>(87.2)</b>	<b>228</b>	<b>(12.8)</b>	<b>1775</b>

Σχήμα 1.6: Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα



Το HIV/AIDS είναι πλέον μια παγκόσμια πανδημία (Cohen,2008). Το 2011 περίπου 34 έως 36 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν φορείς του ιού παγκοσμίως. Η Νότια και Νοτιοανατολική Ασία είναι οι περιοχές στη δεύτερη χειρότερη κατάσταση. Το 2011 στην εν λόγω περιοχή έμειναν γύρω στα 4 εκατομμύρια οροθετικοί ή 12% των περιστατικών παγκοσμίως και σημειώθηκαν περίπου 250.000 θάνατοι (UNAIDS,2012)

Σχήμα 1.7: Ποσοστό των ενηλίκων (15+ ετών) που ζουν με τον ιό HIV



Πίνακας 1.8: HIV και AIDS στατιστικά, 2001, 2005 και 2011

		Adults and children living with HIV	Adults and children newly infected with HIV
SUB-SAHARAN AFRICA	2011	23.5 million [22 100 000–24 800 000]	1.8 million [1 600 000–2 000 000]
	2001	20.9 million [19 300 000–22 500 000]	2.4 million [2 200 000–2 500 000]
MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA	2011	300 000 [250 000–360 000]	37 000 [29 000–46 000]
	2001	210 000 [170 000–270 000]	27 000 [22 000–34 000]
SOUTH AND SOUTH-EAST ASIA	2011	4.0 million [3 100 000–4 600 000]	280 000 [170 000–370 000]
	2001	3.7 million [3 200 000–5 100 000]	370 000 [250 000–450 000]
EAST ASIA	2011	830 000 [590 000–1 200 000]	89 000 [44 000–170 000]
	2001	390 000 [280 000–530 000]	75 000 [55 000–100 000]
OCEANIA	2011	53 000 [47 000–60 000]	2 900 [2 200–3 800]
	2001	38 000 [32 000–46 000]	3 700 [3 100–4 300]
LATIN AMERICA	2011	1.4 million [1 100 000–1 700 000]	83 000 [51 000–140 000]
	2001	1.2 million [970 000–1 500 000]	93 000 [67 000–120 000]
CARIBBEAN	2011	230 000 [200 000–250 000]	13 000 [9600–16 000]
	2001	240 000 [200 000–270 000]	22 000 [20 000–25 000]
EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA	2011	1.4 million [1 100 000–1800 000]	140 000 [91 000–210 000]
	2001	970 000 [760 000–1 200 000]	130 000 [99 000–170 000]
WESTERN AND CENTRAL EUROPE	2011	900 000 [830 000–1 00 000]	30 000 [21 000–40 000]
	2001	640 000 [590 000–710 000]	29 000 [26 000–34 000]
NORTH AMERICA	2011	1.4 million [1 100 000–2 000 000]	51 000 [19 000–120 000]
	2001	1.1 million [850 000–1 300 000]	50 000 [35 000–71 000]
GLOBAL	2011	34.0 million [31 400 000–35 900 000]	2.5 million [2 200 000–2 800 000]
	2001	29.4 million [27 200 000–32 100 000]	3.2 million [2 900 000–3 400 000]



Περισσότερο από το 50% των περιστατικών αυτών των περιοχών καταγράφονται στην Ινδία (UNAIDS,2011).

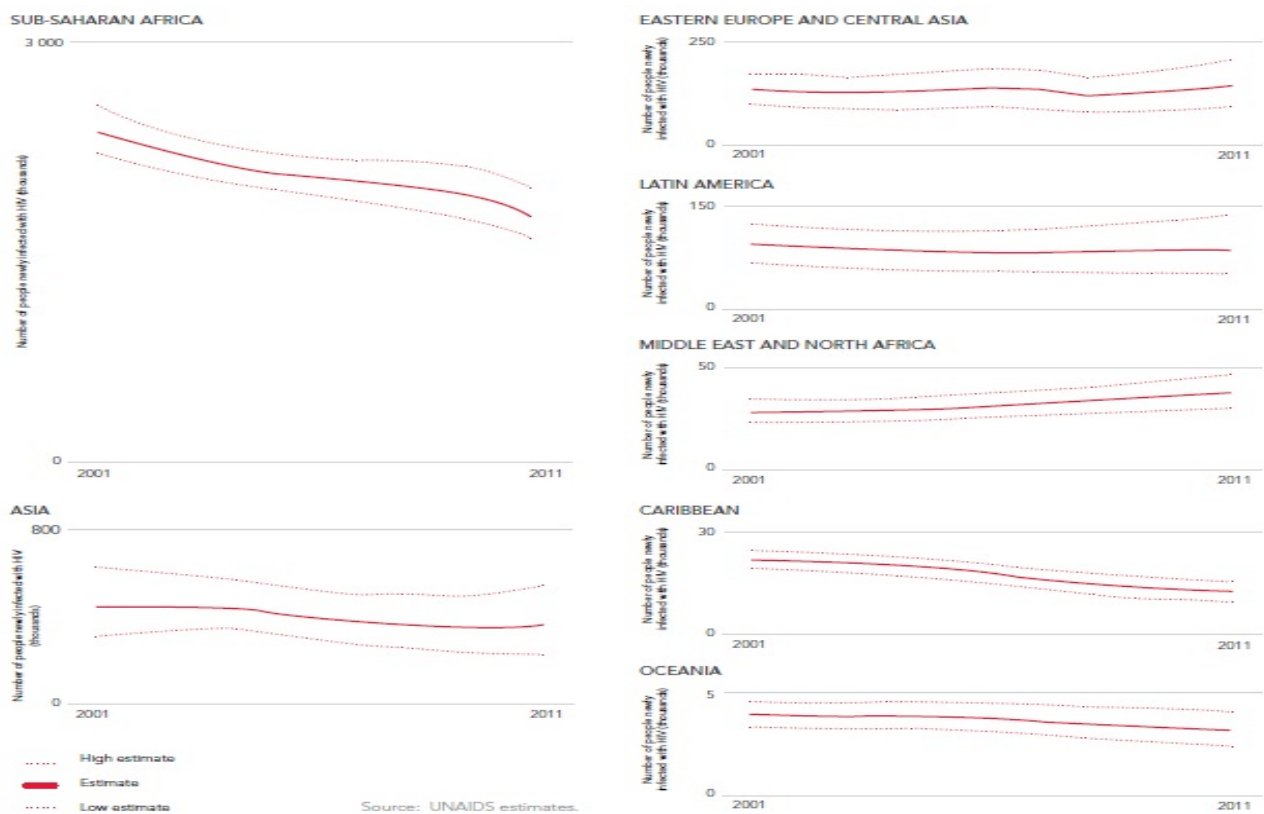
Τα χαμηλότερα ποσοστά μολύνσεων εμφανίζονται στη Δυτική Ευρώπη (0,2%) και την Ανατολική Ασία (0,1%). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2009, υπήρχαν 86.500 περιπτώσεις και καταγράφηκαν 516 θάνατοι (Health Protection Report, 2010).

Πίνακας 1.9: HIV και AIDS στατιστικά στοιχεία ανά γεωγραφική περιοχή, το 2001 και το 2010 (UNAIDS,2011).

	Adults and children living with HIV	Adults and children newly infected with HIV	Prevalence of HIV Infection among adults (%)	Adults and children dying from AIDS-related causes	Prevalence of HIV Infection among people 15–24 years old (%)	
					Men	Women
<b>Sub-Saharan Africa</b>						
2010	22 900 000 [21 600 000–24 100 000]	1 900 000 [1 700 000–2 100 000]	5.0 [4.7–5.2]	1 200 000 [1 100 000–1 400 000]	1.4 [1.1–1.8]	3.3 [2.7–4.2]
2001	20 500 000 [19 100 000–22 200 000]	2 200 000 [2 100 000–2 400 000]	5.9 [5.6–6.4]	1 400 000 [1 300 000–1 600 000]	2.0 [1.6–2.7]	5.2 [4.3–6.8]
<b>Middle East and North Africa</b>						
2010	470 000 [350 000–570 000]	59 000 [40 000–73 000]	0.2 [0.2–0.3]	35 000 [25 000–42 000]	0.1 [0.1–0.2]	0.2 [0.1–0.2]
2001	320 000 [190 000–450 000]	43 000 [31 000–57 000]	0.2 [0.1–0.3]	22 000 [9700–38 000]	0.1 [0.1–0.2]	0.1 [0.1–0.2]
<b>South and South-East Asia</b>						
2010	4 000 000 [3 600 000–4 500 000]	270 000 [230 000–340 000]	0.3 [0.3–0.3]	250 000 [210 000–280 000]	0.1 [0.1–0.2]	0.1 [0.1–0.1]
2001	3 800 000 [3 400 000–4 200 000]	380 000 [340 000–420 000]	0.3 [0.3–0.4]	230 000 [200 000–280 000]	0.2 [0.2–0.2]	0.2 [0.2–0.2]
<b>East Asia</b>						
2010	790 000 [580 000–1 100 000]	88 000 [48 000–160 000]	0.1 [0.1–0.1]	56 000 [40 000–76 000]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]
2001	380 000 [280 000–530 000]	74 000 [54 000–100 000]	<0.1 [<0.1–0.1]	24 000 [16 000–45 000]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]
<b>Oceania</b>						
2010	54 000 [48 000–62 000]	3300 [2400–4200]	0.3 [0.2–0.3]	1600 [1200–2000]	0.1 [0.1–0.1]	0.2 [0.1–0.2]
2001	41 000 [34 000–50 000]	4000 [3300–4600]	0.2 [0.2–0.3]	1800 [1300–2900]	0.1 [0.1–0.2]	0.2 [0.2–0.3]
<b>Latin America</b>						
2010	1 500 000 [1 200 000–1 700 000]	100 000 [73 000–140 000]	0.4 [0.3–0.5]	67 000 [45 000–92 000]	0.2 [0.1–0.4]	0.2 [0.1–0.2]
2001	1 300 000 [1 000 000–1 700 000]	99 000 [75 000–130 000]	0.4 [0.3–0.5]	83 000 [50 000–130 000]	0.2 [0.1–0.6]	0.1 [0.1–0.2]
<b>Caribbean</b>						
2010	200 000 [170 000–220 000]	12 000 [9400–17 000]	0.9 [0.8–1.0]	9000 [6900–12 000]	0.2 [0.2–0.5]	0.5 [0.3–0.7]
2001	210 000 [170 000–240 000]	19 000 [16 000–22 000]	1.0 [0.9–1.2]	18 000 [14 000–22 000]	0.4 [0.2–0.8]	0.8 [0.6–1.1]
<b>Eastern Europe and Central Asia</b>						
2010	1 500 000 [1 300 000–1 700 000]	160 000 [110 000–200 000]	0.9 [0.8–1.1]	90 000 [74 000–110 000]	0.6 [0.5–0.8]	0.5 [0.4–0.7]
2001	410 000 [340 000–490 000]	210 000 [170 000–240 000]	0.3 [0.2–0.3]	7800 [6000–11 000]	0.3 [0.2–0.3]	0.2 [0.1–0.2]
<b>Western and Central Europe</b>						
2010	840 000 [770 000–930 000]	30 000 [22 000–39 000]	0.2 [0.2–0.2]	9 900 [8 900–11 000]	0.1 [0.1–0.1]	0.1 [<0.1–0.1]
2001	630 000 [580 000–690 000]	30 000 [26 000–34 000]	0.2 [0.2–0.2]	10 000 [9 500–11 000]	0.1 [0.1–0.1]	0.1 [0.1–0.1]
<b>North America</b>						
2010	1 300 000 [1 000 000–1 900 000]	58 000 [24 000–130 000]	0.6 [0.5–0.9]	20 000 [16 000–27 000]	0.3 [0.2–0.6]	0.2 [0.1–0.4]
2001	980 000 [780 000–1 200 000]	49 000 [34 000–70 000]	0.5 [0.4–0.7]	19 000 [15 000–24 000]	0.3 [0.2–0.4]	0.2 [0.1–0.3]
<b>Total</b>						
2010	34 000 000 [31 600 000–35 200 000]	2 700 000 [2 400 000–2 900 000]	0.8 [0.8–0.8]	1 800 000 [1 600 000–1 900 000]	0.3 [0.3–0.3]	0.6 [0.5–0.6]
2001	28 600 000 [26 700 000–30 900 000]	3 100 000 [3 000 000–3 300 000]	0.8 [0.7–0.8]	1 900 000 [1 700 000–2 200 000]	0.4 [0.4–0.4]	0.8 [0.7–0.8]

Η Ανατολική Ευρώπη, η Κεντρική Ασία και η Μέση Ανατολή είναι οι μόνες περιοχές, όπου υπήρξε αύξηση μολύνσεων ανά έτος (UNAIDS,2012).

Σχήμα 1.8: Αριθμός ατόμων που μολύνθηκαν με τον ιό HIV, 2001-2011, ανά περιοχή  
πηγή: UNAIDS,2012



Σε σχέση με την κατάσταση στη Βόρεια Αμερική, το 2008 στις ΗΠΑ γύρω στα 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με τον HIV, και σημειώθηκαν 17.500 θάνατοι από AIDS. Το CDC υπολόγισε ότι το 2008 20% των φορέων αγνοούσαν ότι είχαν προσβληθεί από τον ιό (CDC, 2011). Στον Καναδά το 2008 καταγράφονταν 65.000 φορείς και 53 θάνατοι (Public Health Agency of Canada, 2009).

Αν και η έννοια της ποιότητας στην υγεία είναι ένα ζήτημα που προκαλεί έντονες διαμάχες και συζητήσεις, ωστόσο όλοι συμφωνούν ότι αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει και την ευαρέσκεια του αρρώστου (Κέπεντζης, 2004).

Ήδη από το 1980 ο Donabedian χαρακτήρισε ως ποιότητα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή αν ληφθούν υπόψη τα κέρδη και οι ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Ωστόσο όπως ο ίδιος αναφέρει ποικίλες προσεγγίσεις είναι και αναμενόμενες, έχουν άμεση σχέση από την θέση μας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και από το μέγεθος των ευθυνών μας.

Ως ευχαρίστηση του χρήστη υπηρεσιών υγείας θεωρούνται οι συνολικές εκτιμήσεις στα ερεθίσματα που αυτός λαμβάνει από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας και καθ' όλη τη διάρκεια σχετίζεται άμεσα με το βαθμό που οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Ο βαθμός ικανοποίησης συσχετίζεται και με τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και από την επίπτωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η ύπαρξη ποιότητας στα κριτήρια αυτά οδηγεί στην ευαρέσκεια των χρηστών καταναλωτών.

Επίσης είναι κοινά αποδεκτό ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο. Αφορά το σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων υγείας, και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους. Επομένως η ευαρέσκεια πρέπει να σχετίζεται εκτός από τα προαναφερθέντα κριτήρια (δομικά, διαδικασιών και αποτελεσμάτων), και σε ορισμένους άλλους παράγοντες, όπως η ευκολία προσπέλασης των υπηρεσιών υγείας και ο τρόπος και η ισοτιμία της διανομής τους. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας απαρτίζουν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας.

Αν και η μέτρηση της ικανοποίησης του χρήστη αποτελεί για τους οργανισμούς ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, ωστόσο σπάνια προσεγγίζεται επαρκώς. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι η ανάπτυξη κοινών μεθοδολογικών εργαλείων και μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι μια αρκετά δύσκολη υπόθεση. Πραγματοποιήθηκε προσπάθεια των ερευνητών να εντοπίσουν τις παραμέτρους που καθορίζουν την ευαρέσκεια και τις μεθόδους που μπορεί αυτή να μετρηθεί.

Μία έρευνα πρέπει να καλύπτει την τέχνη – κατάρτιση ως προς την περίθαλψη, την τεχνική ποιότητα – υποδομή της περίθαλψης, την προσπελασιμότητα, το κόστος, το φυσικό περιβάλλον, τη διαθεσιμότητα, τη διάρκεια και τέλος τη δραστηριότητα - αποτέλεσμα της περίθαλψης.

Η σχέση ιατρού και αρρώστου είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης σε όλα τα επίπεδα νοσηλείας. Πρόσφατη μελέτη που προσδιόρισε παράγοντες ικανοποίησης σε διάφορα επίπεδα νοσηλείας (ιατρεία γενικών ιατρών, κατ' οίκον νοσηλεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, εσωτερική νοσηλεία) συμπέρανε ότι η διαπροσωπική επικοινωνία και η ενημέρωση του ασθενούς έχουν την μεγαλύτερη βαρύτητα από όλους τους παράγοντες που συνεκτιμήθηκαν.

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των οροθετικών ασθενών, ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας των νοσοκομείων, πρώτα απ' όλα οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης με τους « πελάτες » και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Η συνολική αξιολόγηση των προγραμμάτων και των υπηρεσιών υγείας είναι δυνατόν να γίνει, εκτός από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών, και με την εκτίμηση της στάσης των καταναλωτών/ασθενών απέναντι στους γιατρούς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η λεπτομερής εκτίμηση των αναγκών θα συμβάλλει στην καλύτερη πληροφόρηση και εκπαίδευση των πολιτών και ταυτόχρονα θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με αυτή τη διαδικασία θα παράγονται υπηρεσίες υγείας που θα φροντίζουν για τους ασθενείς χωρίς χρονοτριβές, με αξιοπρεπή μεταχείριση, με το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό επιτυχίας και επίτευξης των επιθυμητών διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων, σε χώρους άνετους και όμορφους χρησιμοποιώντας την επιστήμη και αξιοποιώντας τη σύγχρονη τεχνολογία. Τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται και νέοι τομείς, όπως οι συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των ασθενών, οι συνθήκες διαβίωσης, διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και κάθε άλλος παράγοντας που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Επίσης οι χρήστες υπηρεσιών υγείας ζητούν να έχουν επαρκή πληροφόρηση, δικαίωμα επιλογής γιατρού και το κόστος να μην είναι απαγορευτικό για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.



Οφέλη λοιπόν από τη μέτρηση της ικανοποίησης προκύπτουν για τον ασθενή αφού η ευαρέσκεια φέρει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, αλλά και για τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς καλύτερα κλινικά αποτελέσματα συνεπάγονται μελλοντική εξοικονόμηση πόρων. Αλλά και για τους γιατρούς και τα νοσοκομεία υφίσταται βελτίωση μέσα από το περιορισμό των μηνύσεων και αγωγών.

Μελέτες δείχνουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς αισθάνονται ότι έχουν συμμετάσχει στη λήψη της απόφασης και είναι πιθανότερο να την ακολουθήσουν, σε σύγκριση με αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Άλλωστε η αποτύπωση της γνώμης του ασθενή λειτουργεί στην ουσία ως διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικής και μπορεί έμμεσα να προάγει την έννοια της δημοκρατικής συμμετοχής στα δημόσια συστήματα υγείας, σε ορισμένα από τα οποία είναι πιθανό να αποτελεί το μοναδικό τρόπο να ακουστεί η φωνή του πληθυσμού.

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### Κόστος και Χρόνος Νοσηλείας

#### 2.1 Χρονοδιάγραμμα ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης

Σύμφωνα με τους Αλετρά Β., Ματσαγγάνη Ν. και Νιάκα Δ. το 2002 τα ελληνικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ αποτελούν δημόσιους οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η μορφή που έχει επιλεγεί σε σχέση με τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, μπορεί να το βοηθά να έχει τους πόρους να λειτουργήσει, μη δίνοντας όμως κίνητρο στο μάνατζμεντ των Νοσοκομείων να επιδιώξει να τα μεταπλάσσει να τα καταστήσει ανταγωνιστικά.

Σήμερα, κυρίαρχη θέση στα Νοσοκομεία κατέχουν οι οικονομικές συναλλαγές, οι οποίες αφορούν στη βιωσιμότητα τους, η οποία συνδέεται άμεσα με τις πιθανές πηγές άντλησης των εσόδων του. Αυτό μας παραπέμπει στις υφιστάμενες διαδικασίες χρηματοδότησης – αποζημίωσης του νοσοκομείου, οι οποίες λόγω της φύσης των παραγομένων υπηρεσιών δεν καθορίζονται από την ελεύθερη αγορά (ζήτηση/προσφορά), αλλά εμπλέκουν και απαιτούν την κρατική επέμβαση ή τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του κράτους.

Η μορφή τους αυτή δημιουργεί ανησυχία σε σχέση με την αποδοτικότητα. Σύμφωνα με τον Johnson G. το 2006 στην ελεύθερη αγορά αναφέρεται ότι μια επιχείρηση που λειτουργεί στα πλαίσια ενός τέλειου ανταγωνισμού δέχεται πιέσεις πράγμα που την αναγκάζει να προσπαθεί προκειμένου να γίνεται συνεχώς πιο ανταγωνιστική αφού έχει ως στόχο της το κέρδος το οποίο θα τη βοηθά να είναι λειτουργική (Gravelle & Rees 1992).

Η ανταγωνιστικότητα γενικά βοηθά έναν οργανισμό να είναι αποδοτικός, του δίνει κίνητρο να παράγει ποιοτικά προϊόντα και ποιοτικές υπηρεσίες, ώστε να μπορεί να ξεπερνά τους άλλους φορείς στην ίδια αγορά. Αυτό δεν ισχύει για τα ελληνικά νοσοκομεία που κάτω από το προστατευτικό κάλυμμα του κράτους δεν προσπαθούν, δεν επενδύουν και δεν επιδιώκουν να ξεπεράσουν τις ισχυρές πιέσεις που δέχονται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το μάνατζμεντ να μην είναι αποδοτικό.

Η περιγραφή της σύνθεσης των πηγών και της ακολουθούμενης μεθόδου χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη σώρευση οργανικών ελλειμμάτων, δείχνει ανάγλυφα την αδυναμία χρησιμοποίησης, ενός κατ' εξοχήν αποτελεσματικού εργαλείου στην καθιέρωση και ενδυνάμωση του νοσοκομειακού μάνατζμεντ. Σήμερα τα ελληνικά Νοσοκομεία πρέπει να γίνουν πιο ανταγωνιστικά. Συγκεκριμένα είναι ανάγκη να δοθούν κίνητρα ανάπτυξης και να επέλθουν αλλαγές στη δομή, τη σύνθεση και τη λειτουργία τους.

Σε μια εποχή που στη διεθνή σκηνή οι δημόσιοι πόροι χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να υποκινήσουν τους παραγωγούς των υπηρεσιών, να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους, η χώρα μας εξακολουθεί να ακολουθεί το υπόδειγμα της δεκαετίας του '70.

Η έλλειψη μάνατζμεντ στο δημόσιο νοσοκομείο αποδίδεται στον τρόπο διοίκησής τους ή στα πρόσωπα που επιλέγονται κάθε φορά και δεν σχετίζεται με την απουσία θεσμών και μέτρων που από τα πράγματα εισάγουν τη διαχειριστική λογική στο χώρο του νοσοκομείου.

## **2.2 Μέτρηση κόστους**

Σήμερα στην υγεία υπάρχει χαμηλή αποδοτικότητα, η οποία επηρεάζει αρνητικά το προϋπολογισμό των Νοσοκομείων (Παπαδόπουλος 2007). Ο όρος χαμηλή αποδοτικότητα ορίζεται: *«στη συνεχή αύξηση του κόστους η οποία επηρεάζει την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ πλήττει και τον προϋπολογισμό των Νοσοκομείων».*

Οι λόγοι οι οποίοι οδήγησαν σε ελλείμματα στον προϋπολογισμό και σε οικονομική ύφεση στην υγεία είναι οι ακόλουθοι (Σπύρου 2007):

1. Η αυξημένη συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην κάλυψη των αναγκών των εργαζομένων, με στόχο να μειωθεί η επιβάρυνση των εργοδοτών, αύξησε τα ελλείμματα και οδήγησε στην οικονομική αποσύνθεση του Νοσοκομειακού συστήματος στην Ελλάδα.

2. Υπήρξαν οικονομικά ελλείμματα στην ευρύτερη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας, πράγμα που είναι απόρροια της συνεχούς ανέγερσης νοσοκομειακών μονάδων, οι οποίες δε προήλθαν από σωστό προγραμματισμό, με αποτέλεσμα να δημιουργήσουν ελλείμματα στο προϋπολογισμό υγείας.

Οι παραπάνω δράσεις αύξησαν σε μεγάλο βαθμό τα ελλείμματα στον προϋπολογισμό των ασφαλιστικών φορέων και των νοσοκομείων.

## 2.2.1 Υπολογισμός κόστους νοσηλείας

### 2.2.1.1 Κόστος κλίνης

Ως αποτελεσματικό Νοσοκομείο, σε σχέση με την εξυπηρέτηση των ασθενών, ορίζεται αυτό που έχοντας το χαμηλότερο δυνατό κόστος, παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες. Το βασικό για ένα νοσοκομείο είναι να παρέχει τη καλύτερη κάλυψη σε σχέση με τη δυναμική του σε κλίνες. Τα νοσοκομεία με χαμηλό κόστος ημέρας έχει χαμηλό κόστος για τους ασθενείς του. Το χαμηλό κόστος είναι απόρροια της δυναμικής σε κλίνες αλλά και των ημερών που μένει ένας ασθενής στο νοσοκομείο.

#### Το Κόστος Προσωπικού:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΜΗΝΙΑΙΩΣ ΜΙΣΘΟΣ	ΜΙΣΘΟΣ ΑΝΑ ΩΡΑ
Επιμελητής Α	2696	13,4
Επιμελητής Β	1979	9,9
Νοσηλεύτρια	1480	7,4
Νοσηλεύτρια	1355	6,8
Νοσηλεύτρια	1355	6,8
Νοσηλεύτρια	1355	6,8

(Ο πίνακας αυτός ισχύει μόνο σε δημόσια νοσοκομεία διότι στις ιδιωτικές κλινικές δεν υπάρχουν επιμελητές και νοσηλεύτριες όπως προαναφέραμε στην εισαγωγή της εργασίας)

### **2.2.2 Κόστος πριν της εισαγωγής στο Νοσοκομείο**

Η λογική της αποτίμησης και συσχέτισης εισροών και εκροών στα δημόσια νοσοκομεία δεν έχει δυστυχώς απασχολήσει, ούτε φαίνεται να απασχολεί τη δημόσια υγειονομική πολιτική. Παρά τις προθέσεις για ένα σύγχρονο δημόσιο υγειονομικό σύστημα, οι πόροι που εξακολουθούν να διατίθενται στα νοσοκομεία ακολουθούν σταθερά την αναποτελεσματικότητα. Όχι μόνο δεν σχετίζονται με το είδος και τον όγκο του παραγόμενου έργου, αφού ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού δεν τον προσδιορίζει, αλλά ακολουθούν και μεθοδολογία που επηρεάζει τα πιο αποδοτικά νοσοκομεία.

Η άνωθεν αδυναμία του δημόσιου ελληνικού συστήματος προβληματίζει αρνητικά. Ίσως οφείλεται στην έλλειψη πολιτικών προτεραιοτήτων ή και στην αδυναμία κατανόησης των σύγχρονων πολιτικών για επίτευξη αποτελεσματικότητας και ποιότητας στο νοσοκομειακό χώρο. Τέλος, η προσπάθεια μεταβολής τους προκαλεί πολιτικές εντάσεις, διαμάχες και συγκρούσεις. Η έλλειψη συμμετοχής οδηγεί στην ασυδοσία, η οποία οδηγεί στην αναποτελεσματικότητα.

#### **2.2.2.1 Κόστος ιατρικών εκτιμήσεων**

Στο κόστος αυτό υπολογίζεται το κόστος ιδιωτών ιατρών που εξέτασαν ένα ποσοστό ασθενών κατ' οίκον μετά την εισβολή. Ένα ποσοστό ασθενών πριν την προσέλευσή τους στο ΠΠΓΝΠ, ή στο Κ.Υ, στην περιοχή τους εξετάστηκαν κατ' οίκον από ιδιώτη ιατρό. Το κόστος υπολογίστηκε να είναι στα 60 € κατά μέσο όρο (OECD, 2006)

#### **2.2.2.2 Κόστος μεταφοράς και κόστος με συνοδεία γιατρού**

Οι μεταφορές ενός ασθενή στο ιατρικό κέντρο γίνεται με (ασθενοφόρο, οικογενειακό αυτοκίνητο, ταξί). Σε μερικές περιπτώσεις παρεμβάλλονται αρκετοί ενδιάμεσοι σταθμοί, αλλά και μεγάλες αποστάσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις η χρέωση αυξάνεται όταν είναι απαραίτητη η συνοδεία ιατρού.

### 2.2.2.3 Κόστος εξετάσεων

Σήμερα στην Ελλάδα συναντάμε ελλείμματα στην απόδοση των ελληνικών Νοσοκομείων. Συγκεκριμένα τα περισσότερα από αυτά αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους, ενώ συνάμα έχουν μεγάλες ελλείψεις σε κτηριακές εγκαταστάσεις, σε πάγια, σε προσωπικό κ.λπ.

Σήμερα η επιλογή των ασθενών να προτιμούν και να εμπιστεύονται τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αποδεικνύει ότι τα ιδιωτικά Νοσοκομεία είναι πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά σε σχέση με τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους, σε επίπεδο εισροών και εκροών, σε επίπεδο κόστους και δυναμικότητας. Σήμερα ο δημόσιος τομέας πλήγεται από πολλές εισροές οι οποίες δεν έχουν αντίστοιχες εκροές, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να αναπτυχθεί αλλά και να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες με βάση και τη μελέτη περίπτωσης. Τέλος το προσωπικό δεν επαρκεί, πράγμα που ειδικά στη συγκεκριμένη πάθηση, είναι καταστροφικό μια και οι ανάγκες των ασθενών μένουν μη καλυμμένες (Smith et al. 2000).

Το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων αποτελούνται βασικά από εξετάσεις αίματος, ούρων και άλλων διάφορων διαγνωστικών εξετάσεων. Πρέπει να σημειωθεί ότι και στις ιδιωτικές κλινικές και στα δημόσια νοσοκομεία οι τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων είναι οι ίδιες.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει το πραγματικό κόστος της κάθε εξέτασης που γίνεται σε ένα νοσοκομείο για παράδειγμα όταν αφορά τη διερεύνηση εξέτασης λειτουργίας των νεφρών σύμφωνα με πρόσφατες μετρήσεις:

<u>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</u>	<u>ΤΙΜΗ</u>
Καλλιέργεια ούρων	1,34
Καλλιέργεια αίματος	0,67
Αέρια αίματος	3,78
Αλκαλική Φωσφατάση	0,25
Γενική αίματος	1,00
Ουρία	0,30

Κρεατινίνη	0,24
Ηλεκτρολύτες	1,20
Τρανσαμινάνσες	0,68
Ουρικό οξύ	0,67
Σάκχαρο	0,24
Χοληστερίνη	0,23
Χολερυθρίνη	0,27
Γενική Ούρων	1,76
Ασβέστιο αίματος	1,35
Φώσφορος αίματος	1,35
Αιμοπετάλια PTL	0,24
γgt	0,43
Τριγλυκερίδια	0,26
Αιματοκρίτης	0,21
Νάτριο Ορού	1,34
Κάλιο Ορού	0,34
Σίδηρος Ορού	0,68
Υπέρηχο νεφρών / επινεφριδίων	3,89
Υπέρηχο νεφρών-ουρητήρων-κύστεως-γεν.οργ	3,54
Υπέρηχο νεφρών –ουρητήρων-κύστεως	3,75
Βιοψία	6,97
Καλλιέργεια ούρων	1,24

D.T.P.A	14
Πυελογραφία	8,65
Λεύκωμα ούρων 24ώρου	0,99
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>61,87</b>

Άρα σύμφωνα με τα ανωτέρω, το συνολικό κόστος της αρχικής διάγνωσης της ασθένειας ανέρχεται σε **61,87€** ανά ασθενή, ποσό το οποίο κοστίζει στο νοσοκομείο και αναλόγως ο καθένας το πληρώνει σε αναλογία σύμφωνα με το ταμείο που έχει.

### 2.3 Κόστος νοσηλείας

Η μέτρηση κόστους-χρησιμότητας αποτελεί μια μέθοδο η οποία έχει εφαρμογή κυρίως στο κλάδο της υγείας. Βρίσκει τη χρήση της σε ποικίλους υγειονομικούς κλάδους. Κάτι τέτοιο αφορά ένα κλάδο που αφορά το προσωπικό έως και τα ποσά τα οποία δαπανώνται για διάφορες θεραπείες κ.ά. Κυρίως χρησιμοποιείται σε θεραπείες με μεγάλο κόστος όμως κρίνονται σημαντικά προκειμένου να αντιμετωπιστεί για κάποια ασθένεια ή την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθένειες που απειλούν την ανθρώπινη ζωή. Η ανάλυση που αφορά το κόστος - χρησιμότητα βασίζεται στο σύνολο των δαπανών που καταναλώνονται σε αυτόν. Υπολογίζει κάθε ποσό και δαπάνη που πραγματοποιείται προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος οικονομικών δυσχερειών που ενδεχομένως να οδηγήσουν ακόμα και σε διακοπή της λειτουργίας του εν λόγω κλάδου και απαρτίζει μία σημαντική ανάλυση που εξασφαλίζει την υγεία και βιωσιμότητα των μονάδων υγείας.

Προκειμένου να λαμβάνεται η ιδανική απόφαση για την απόκτηση τεχνολογιών, είναι σκόπιμο να έχει πρωτίστως πραγματοποιηθεί επισταμένη έρευνα για το κόστος κάθε σχετικής παρέμβασης καθώς και όσων εμπλέκονται με αυτές αλλά και για την αποτελεσματικότητα τους (McCall and Williams,2013).

Τη δεκαετία του '60 αλλά και αργότερα στις αρχές της δεκαετίας του 1970 αναπτύχθηκαν διάφορες οικονομετρικές μέθοδοι, οι οποίες εστίαζαν στη μέτρηση της υγείας (Nord,1999). Τα Quality Adjusted Life Year (QALYS) δημιουργήθηκαν το 1970.



Η ουσία χρήσης του μοντέλου αναφέρεται στη χρήση των αποτελεσμάτων από το προσδόκιμο επιβίωσης για την αξιολόγηση διαφορετικών δράσεων και τη κατάληξη σε ασφαλείς αποφάσεις. Με βάση τα QUALS δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (McCall and Williams,2013).

Σύμφωνα με τον Holland (2013) τα QUALS αποτελούν το πιο χρήσιμο και ακριβές εργαλείο μέτρησης σε επίπεδο αξιολόγησης κόστους αποφάσεων στην υγεία. Συγκεκριμένα εστιάζουν στα οφέλη που μπορεί να αποκομιστούν από τη φροντίδα υγείας αλλά και από άλλου είδους αποφάσεις. Η μονάδα έχει ως βασικό στόχο να μετρήσει τα πλεονεκτήματα της οποιασδήποτε πολιτικής και οικονομικής δράσης στον υγειονομικό κλάδο (Edwards, Charles and Lloyd-Williams,2013).

Στην περίπτωση που μια οποιαδήποτε δραστηριότητα της φροντίδας υγείας όπως η επιλογή χρηματοδότησης τεχνολογιών υγείας μετρηθεί με τη μέθοδο QALYS, τότε κατά την τελική απόφαση επιλογής, θα προτιμηθεί αυτή που αποδίδει στους ασθενείς ένα επιπρόσθετο έτος επιβίωσης, το οποίο υπολογίζεται ως και 1 QALY. Σύμφωνα με μελέτες (Glick et al,2014 Drummond et al,2015) το μοντέλο QALY, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διοικητικές αποφάσεις, όμως δεν είναι απολύτως κατάλληλο για τέτοιου είδους διαδικασίες, διότι είναι πάντα συνδεδεμένο με τη ποιότητα ζωής του ασθενούς, αν δηλαδή δεν έχει τέτοιου είδους στοιχεία κατά τη διαδικασία υπολογισμού, δεν αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο και δεν έχει την ικανότητα να οδηγήσει σε αξιόπιστες αποφάσεις.

Συγχρόνως υπάρχουν επιπρόσθετες κριτικές που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο μοντέλο με βάση τον τρόπο που λειτουργεί μπορεί μεν να αποτελεί στοιχείο απόφασης, δεν ενδείκνυται όμως σε αποφάσεις που έχουν διοικητικό χαρακτήρα, γιατί για παράδειγμα όπως αναφέρουν οι Kazi and Mark (2013) δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ανθρώπινη ζωή με βάση οικονομικά, τεχνολογικά ή διοικητικά δεδομένα. Η χρηματοδότηση των νέων τεχνολογιών αποτελεί μια οικονομική απόφαση η οποία μπορεί να βοηθά στην αντιμετώπιση ασθενειών, δεν παύει όμως να ενέχει οικονομικό χαρακτήρα. Μια κριτική που απορρίπτει τον ισχυρισμό που θέτει η παρούσα ενότητα, είναι ότι δεν είναι δυνατόν με αριθμητικά δεδομένα να μετρηθούν τα όρια στην υγεία (Drummond et al,2015).

Σε γενικές γραμμές η διαφωνία προς την εξεταζόμενη θέση είναι ότι το μοντέλο QALY, για να μπορέσει να δώσει αντικειμενικά κριτήρια λήψης απόφασης, σε σχέση με τη χρηματοδότηση τεχνολογιών υγείας, θα πρέπει να λειτουργήσει με βάση το είδος της πάθησης, την ποιότητα ζωής, τις ανάγκες των ασθενών, δηλαδή με δεδομένα που δεν έχουν άμεση σχέση με μια διοικητική απόφαση, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αδιέξοδες καταστάσεις αν δεν γίνει με το σωστό τρόπο και να οδηγήσει σε λανθασμένες αποφάσεις.

Σύμφωνα με το WHO (2011) στην αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας, η χρησιμοποιούμενη μέθοδος, θα πρέπει να είναι κατάλληλη για να οδηγήσει στη λήψη απόφασης. Με βάση ό,τι αναλύθηκε μέχρι τώρα τα QALYS δεν είναι απορριπτέα γιατί βοηθούν στη σύνδεση κόστους - χρησιμότητας για παράδειγμα σε σχέση με τη χρηματοδότηση των τεχνολογιών υγείας, αυτό που πρέπει να προσεχτεί για να δοθούν αντικειμενικά στοιχεία για λήψη αξιόπιστη απόφαση είναι να έχουν συλλεχθεί όλα τα σχετικά με το μοντέλο στοιχεία για να δώσει σωστά αποτελέσματα. Πάντως και πάλι σύμφωνα με το WHO (2011) ο έλεγχος του προϋπολογισμού και τα πραγματικά περιθώρια επέμβασης στο συγκεκριμένο τομέα είναι η πιο σίγουρη μέθοδος από την εξεταζόμενη.

Η μέτρηση της υγείας δεν αποτελεί μία εύκολη διαδικασία και έχει να αντιμετωπίσει αρκετά και σημαντικά προβλήματα παρόλο που είναι αναγκαία. Η ανάλυση κόστους - οφέλους είναι απαραίτητη και σημαντική σε περιστατικά αξιολόγησης των θεραπειών ή των παρεμβάσεων που είναι δαπανηρές και ταυτόχρονα τα αποτελέσματά τους είναι μικρότερα. Η εφαρμογή της ανάλυσης κόστους - οφέλους εξυπηρετεί στο να λαμβάνονται αποφάσεις για τη θεραπεία που θα θεωρηθεί η κατάλληλη προϋπολογίζοντας κάθε επιπλέον επιβάρυνση για κάθε μονάδα που αυτή θα έχει. Πέρα από τις θεραπευτικές ή προληπτικές παρεμβάσεις, η ανάλυση κόστους - οφέλους είναι σημαντική και για κλάδους που σχετίζονται με την υγεία όπως η διεκπεραίωση τυχαιοποιημένων πειραμάτων. Αναφορικά με την ανάλυση κόστους - οφέλους, η εκάστοτε θεραπευτική ή ιατρική γενικότερα παρέμβαση είναι σκόπιμο να εφαρμοστεί από τη στιγμή που το όφελος από πλευράς κοινωνίας είναι πιο μεγάλο από το κόστος που χρειάζεται για τη παρέμβαση. Τα κόστη εκφράζονται σε χρηματικές μονάδες προκειμένου να είναι περισσότερο συγκρίσιμα σε σχέση με τα προγράμματα. Δηλαδή στην ανάλυση κόστους - οφέλους, γίνεται σύγκριση για τα χρήματα που ξοδεύονται για μια ιατρική παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα παρέμβασης, με το σύνολο των χρημάτων τα οποία κερδίζονται από την υλοποίηση της εν λόγω παρέμβασης.

Όσον αφορά την ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας, δεν είναι σίγουρο αν οι δαπάνες που γίνονται αξίζουν σε σχέση με το προσφερόμενο αποτέλεσμα. Η ανάλυση κόστους - οφέλους, έχει τη χρήση της όταν πρόκειται να συγκριθούν κλινικές πρακτικές διαφορετικών ειδικοτήτων καθώς και προγράμματα που σχετίζονται με την κατανομή πόρων γενικότερα στο κλάδο της οικονομίας. Τα οφέλη που υπάρχουν από την εργασιακή παραγωγικότητα είναι κατά κύριο λόγο η εξοικονόμηση εξόδων και η αύξηση παραγωγικότητας (Getzen,2004). Βέβαια η ανάλυση κόστους - οφέλους δεν συνδέει την ποιότητα ζωής με την εξοικονόμηση πόρων. Θέτει θέματα ισάξιας κατανομής των πόρων ενώ εφαρμόζεται σε ευρεία κλίμακα στις οικονομικές αξιολογήσεις με καλύτερα κατανοητά αποτελέσματα τα οποία γίνονται κατανοητά μέσα από χρηματικές μονάδες.

Γενικότερα οι μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιούνται ώστε να αποδοθούν σε χρηματικούς πόρους τα παρεμβατικά προγράμματα υγείας, είναι αρχικά η μέθοδος που αφορά το ανθρώπινο κεφάλαιο όπου τα εξαγόμενα αποτελέσματα προκύπτουν μέσα από το χρόνο πλήρους ίασης του ασθενούς τον οποίο κερδίζει και μπορεί να τον διαθέσει όπως επιθυμεί, κάτι το οποίο ισοδυναμεί με τα χρήματα που το άτομο θα κερδίσει μελλοντικά αναφορικά με το ισχύον ημερομίσθιο. Ο χρόνος πλήρους ίασης ισούται με το χρόνο εργασίας.

Η εν λόγω μέθοδος δεν ανταποκρίνεται απόλυτα στην οικονομική ευημερία γιατί εστιάζει στην εργασιακή παραγωγικότητα. Οπότε αναφέρονται κι άλλες μέθοδοι, όπως είναι η αντιστάθμιση μεταξύ υγείας και χρημάτων όπου μελετάται το πώς τα άτομα αναφορικά με τον κίνδυνο που προκύπτει για τη ζωή τους. Άλλη μέθοδος είναι η ενδεχόμενη αποτίμηση που έχει να κάνει με πιθανά σενάρια εμφάνισης πιθανού οφέλους από ένα πρόγραμμα.

Τίθενται ορισμένα ερωτήματα προκειμένου να οριστεί το ανώτατο ποσό που είναι οι ασθενείς διατεθειμένοι να πληρώσουν προκειμένου να απολαύσουν τα οφέλη ενός παρεμβατικού προγράμματος υγείας. Με αυτόν τον τρόπο υπολογίζεται η προθυμία πληρωμής με τη μέθοδο (WTP). Με την εν λόγω μέθοδο μπορεί οι ασθενείς να ερωτηθούν αν είναι διατεθειμένοι να θυσιάσουν κάποιο άλλο προσωπικό τους αγαθό ώστε να απολαύσουν το συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας. Το (WTP), αποτελεί μονάδα μέτρησης της μέγιστης επιθυμίας πληρωμής όπως για παράδειγμα της περίθαλψης (Drummond et al, 2002). Κάτι τέτοιο ενδεχομένως να συσχετίζεται και με την οικονομική άνεση.

Η προθυμία είναι δυνατόν να υπολογιστεί και με τη προθυμία πληρωμής σε σχέση με το σενάριο να θεραπευτούν τα άτομα με το να λάβουν μέρος σε θεραπευτική παρέμβαση με αβέβαιο αποτέλεσμα. Η πιθανή αποτίμηση με την εν λόγω μέθοδο, δίνει ρεαλιστική αξία στα προγράμματα υγείας. Τα προγράμματα τα οποία εμφανίζουν τις πιο υψηλές τιμές προθυμίας είναι εκείνα που πρέπει τελικά να υλοποιηθούν. Είναι σημαντικό η χρήση οικονομικών μοντέλων, τα οποία μπορούν να εξυπηρετήσουν καλύτερα το σύστημα υγείας της Ελλάδας στη παρούσα περίπτωση, να καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα που αφορούν μια μέθοδο αξιολόγησης είτε φαρμάκων, είτε νοσηλείας, είτε γενικότερα σύνδεσης θεραπευτικών διαδικασιών, συναρτήσει κόστους και ποιότητας. Όπως διαπιστώθηκε δεν είναι δεδομένο ότι η μία ή η άλλη μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική. Το σίγουρο είναι ότι είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται κάποια από αυτές για να είναι πιο ασφαλείς οι διαδικασίες που ακολουθούνται και να εξάγονται πιο αντικειμενικά συμπεράσματα. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να επιλέγεται το σωστό οικονομικό εργαλείο, να συνδυάζεται αν είναι δυνατόν και με άλλα εργαλεία και τέλος να λαμβάνονται υπόψη κι άλλοι παράγοντες όπως η κοινωνία, οι απόψεις των ασθενών, των γιατρών και όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Συμπερασματικά, μπορεί να αναφερθεί ότι η ανάλυση κόστους - οφέλους είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί σε μελέτες οι οποίες διαθέτουν μεγάλο δείγμα προς έρευνα γιατί μια ανάλογη ανάλυση σε ένα συγκεκριμένο περιστατικό θα είχε μεγάλο κόστος και θα ήταν πιο χρονοβόρο. Το όφελος που έχει μετρούμενο σε χρηματικές μονάδες, αποτελεί οδηγό σωστής κατανομής πόρων μεταξύ των υγειονομικών προγραμμάτων .

# Κεφάλαιο Τρίτο

## Μεθοδολογία

### 3.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει τις υπηρεσίες που δίνονται σε οροθετικούς ασθενείς σε κρατικό νοσοκομείο. Δηλαδή να αξιολογήσει τις υφιστάμενες υπηρεσίες όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι οροθετικοί ασθενείς.

### 3.2 Επιμέρους στόχοι έρευνας

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν να αξιολογηθούν οι υφιστάμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε οροθετικούς ασθενείς ως προς την υποδοχή-περιβάλλον, από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, τις διοικητικές υπηρεσίες και τη γενική εξυπηρέτηση.

### 3.3 Δείγμα

Δείγμα ευκολίας 100 οροθετικών συλλέχθηκε από κρατικά νοσοκομεία της χώρας. Η συγκεκριμένη τεχνική δειγματοληψίας επιλέχθηκε λόγω του χαμηλού κόστους αλλά και του μικρού χρόνου συλλογής των ερωτηματολογίων. Το δείγμα μοιράστηκε στους νομούς Αργινίου, Αθήνας, Λέσβου, Καβάλας, Αιτωλοακαρνανίας, Θεσσαλονίκης, Θεσσαλίας, Σητείας, Ηλείας, Χίου, Κρήτης, Μυτιλήνης, Λάρισας, Πρέβεζας, Βοιωτίας, Αργινίου και Αχαΐας. Οι ερωτώμενοι προέρχονται από οργανισμούς υγείας όπως το ΙΚΑ, ΕΟΠΥΥ-ΟΠΑΔ, ΤΑΗΤΕΚΟ, ΟΑΕΕ, ΠΕΔΥ-ΙΚΑ, κάποια δημόσια και κάποια ιδιωτικά.

### **3.4 Ερευνητικό εργαλείο**

Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας ήταν δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο είχε δύο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και το δεύτερο μέρος αφορούσε την αξιολόγηση των υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων ως προς τους άξονες της υποδοχής - περιβάλλον, από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, τις διοικητικές υπηρεσίες και τη γενική εξυπηρέτηση. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια η οποία βασίστηκε σε παρόμοια στυλ ερωτηματολογίων τα οποία χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια σε παρόμοιες έρευνες και δημιουργήθηκε με τρόπο που να απαντάει στα ερωτήματα που επιθυμούσε να απαντήσει και να διερευνήσει περαιτέρω.

### **3.5 Διαδικασία υλοποίησης έρευνας**

Η διαδικασία υλοποίησης της έρευνας περιελάμβανε την αποστολή των ερωτηματολογίων στα κρατικά νοσοκομεία και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους οροθετικούς ασθενείς παρουσία του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια επειδή ήταν αδύνατη η προσωπική πρόσβαση σε όλους τους προορισμούς, έγινε μέσω αποστολής e-mail αφού πρωτίστως είχε συζητήσει με τους αρμόδιους υπεύθυνους του εκάστοτε τμήματος ότι θα προβεί στην ηλεκτρονική αποστολή των ερωτηματολογίων. Η ερευνήτρια έστειλε τα ερωτηματολόγια στους επιλεγμένους οργανισμούς υγείας, με σκοπό να λάβει όσο μεγαλύτερη συμμετοχή γινόταν. Τα ερωτηματολόγια στη συνέχεια επιστράφηκαν πάλι μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Όπως προαναφέρθηκε, 100 άτομα ήταν τελικά οι συμμετέχοντες οι οποίοι με τη βοήθεια των αρμοδίων ενημερώθηκαν για τους στόχους της έρευνας, τους εγγυήθηκε η ανωνυμία τους ενώ τους δηλώθηκε ότι μπορεί να αποχωρήσουν από την έρευνα ανά πάσα στιγμή που επιθυμούσαν.

### **3.6 Στατιστική ανάλυση**

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την αποτύπωση των απαντήσεων του δείγματος (μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, ποσοστά και συχνότητες). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 17.0.

### **3.7 Περιορισμοί της έρευνας**

Ο κυριότερος περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν η μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και το μικρό πλήθος του.

### **3.8 Κώδικας Δεοντολογίας**

Μια πολύ σημαντική παράμετρος σε μια έρευνα είναι η εμπιστοσύνη του κοινού στο ότι η έρευνα πραγματοποιείται με τιμότητα, με αμεροληψία και με αντικειμενικότητα. Τα ερωτήματα που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκε ότι δεν θα ενοχλούν και δεν θα θίγουν τους ερωτώμενους ενώ εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτώμενων. Επιπλέον τους διατυπώθηκε κατά την διάρκεια της έρευνας ότι μπορούν ανά πάσα στιγμή να αποχωρήσουν από την έρευνα.

# Κεφάλαιο Τέταρτο

## Ανάλυση και παρουσίαση αποτελεσμάτων

### 4.1 Παρουσίαση του δείγματος

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των οροθετικών ασθενών χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική.

#### Πίνακας 1

##### Ηλικία

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	M.T	T.A
Ηλικία	100	16	95	45,80	21,932

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 η μέση ηλικία των οροθετικών του δείγματος ήταν τα 45,8 έτη με τυπική απόκλιση 21,93. Ο μικρότερος σε ηλικία ήταν 16 και ο μεγαλύτερος 95.

#### Πίνακας 2

##### Οικογενειακή κατάσταση

	N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο				
Παντρεμένος	42	42,0	42,9	42,9
Ανύπαντρος	38	38,0	38,8	81,6
Διαζευγμένος	9	9,0	9,2	90,8
Χήρος	9	9,0	9,2	100,0
Total	98	98,0	100,0	
Αναπάντητα	2	2,0		
Total	100	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 το 42,9% του δείγματος ήταν παντρεμένοι, το 38,8% ανύπαντροι, το 9,2% διαζευγμένοι και το υπόλοιπο 9,2% χήροι.



### Πίνακας 3

#### Ασφάλεια

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ναι	81	81,0	81,0	81,0
	Όχι	19	19,0	19,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 το 81% του δείγματος ήταν ασφαλισμένοι και το 19% όχι. Επιπλέον το 34% του δείγματος δήλωσε ότι είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και το 30% στον ΕΟΠΠΥ.

### Πίνακας 4

#### Ιθαγένεια/Υπηκοότητα

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ελληνική	91	91,0	91,0	91,0
	Άλλη	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 το 91% του δείγματος είχε την Ελληνική ιθαγένεια - υπηκοότητα και το 9% άλλη (5 Αλβανική, 2 Αιγυπτιακή και 2 Ρουμανική).

### Πίνακας 5

#### Εκπαιδευτικό επίπεδο

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Γυμνάσιο	13	13,0	13,1	13,1
	Λύκειο	7	7,0	7,1	20,2
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	47	47,0	47,5	67,7
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα σπουδών	26	26,0	26,3	93,9
	Διδακτορικό Δίπλωμα Σπουδών (Phd)	3	3,0	3,0	97,0
	Άλλο	3	3,0	3,0	100,0
	Total		99	99,0	100,0

Αναπάντητα	1	1,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 το 47,5% του δείγματος έχει μόρφωση Πανεπιστημίου/ΤΕΙ, το 26,3% κατέχει μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 13,1% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 7,1% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 3% κατέχει διδακτορικό τίτλο και το υπόλοιπο 3% έχει άλλου είδους εκπαίδευση.

### Πίνακας 6

#### Νομός Διαμονής

	N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο ΑΓΡΙΝΙΟ	1	1,0	1,0	1,0
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑ	2	2,0	2,0	3,0
ΑΤΤΙΚΗΣ	66	66,0	66,0	69,0
ΑΧΑΪΑΣ	1	1,0	1,0	70,0
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	1	1,0	1,0	71,0
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ	7	7,0	7,0	78,0
ΗΛΕΪΑΣ	2	2,0	2,0	80,0
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	6	6,0	6,0	86,0
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	2	2,0	2,0	88,0
ΚΑΒΑΛΑΣ	6	6,0	6,0	94,0
ΚΡΗΤΗΣ	2	2,0	2,0	96,0
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	2	2,0	2,0	98,0
ΣΗΤΕΙΑ	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 το 66% του δείγματος διαμένει στο νομό Αττικής, το 7% στο νομό Δωδεκανήσων, το 6% στο νομό Θεσσαλίας, το 6% στο νομό Καβάλας και το υπόλοιπο 15% σε άλλους 9 διαφορετικούς νομούς.

### Πίνακας 7

#### Επαγγελματική κατάσταση

	N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο				
Ιδιωτικός Υπάλληλος	24	24,0	24,0	24,0
Δημόσιος Υπάλληλος	18	18,0	18,0	42,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	17	17,0	17,0	59,0
Αγρότης	4	4,0	4,0	63,0
Άνεργος	13	13,0	13,0	76,0
Άλλο	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 24% του δείγματος είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 18% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 17% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 13% είναι άνεργοι, το 4% είναι αγρότες και το 24% έχει άλλη επαγγελματική κατάσταση (15% συνταξιούχοι, 7% μαθητές, 2% δεν προσδιόρισε).

### Πίνακας 8

#### Νοσηλεία στο παρελθόν

	N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο				
Ναι	39	39,0	39,0	39,0
Όχι	61	61,0	61,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 το 39% του δείγματος έχει νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν. Από τους 39 οι 32 δήλωσαν τα εξής: το 68,8% 1 ή 2 φορές, το 18,7% 3 ή 4 φορές και το 12,6% 6 ή 7 φορές. Οι λόγοι νοσηλείας πολλοί: ψωρίαση, αλλεργικό επεισόδιο, ασθένεια, ατύχημα, έρπης, καισαρική, παθολογικά, πνευμονία, λοίμωξη, καρδιολογικό, αρθροπλαστική, χολή, ουρολογικά.

## Πίνακας 9

### Μηνιαίο εισόδημα

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	<500€	21	21,0	23,3	23,3
	501-700€	19	19,0	21,1	44,4
	701-1.000€	30	30,0	33,3	77,8
	1001-1500€	16	16,0	17,8	95,6
	1501-2000€	4	4,0	4,4	100,0
	Total		90	90,0	100,0
Αναπάντητα		10	10,0		
Total		100	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 το 33,3% του δείγματος έχει εισόδημα από 701—1000 ευρώ, το 23,3% κάτω από 500 ευρώ, το 21,1% από 501-700 ευρώ, το 17,8% από 1001-1500 ευρώ και το 4,4% από 1501-2000 ευρώ.

## 4.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των οροθετικών του δείγματος σχετικά με τον βαθμό ικανοποίηση τους.

## Πίνακας 10

### Ευκολία πρόσβασης στην κλινική

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ναι	59	59,0	71,1	71,1
	Όχι	24	24,0	28,9	100,0
	Total	83	83,0	100,0	
Αναπάντητα		17	17,0		
Total		100	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 το 71,1% του δείγματος ανέφερε ότι ήταν εύκολη η πρόσβαση στην κλινική ενώ το 28,9% είχε αντίθετη άποψη.

### Πίνακας 11

Η εισαγωγή σας στη κλινική ήταν επείγουσα ή προγραμματισμένη

		N	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ναι	43	43,0	71,7	71,7
	Όχι	17	17,0	28,3	100,0
	Total	60	60,0	100,0	
Αναπάντητα		40	40,0		
Total		100	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 το 71,7% του δείγματος εισήχθη στο νοσοκομείο μη προγραμματισμένα και το υπόλοιπο 28,3% προγραμματισμένα.

### Πίνακας 12

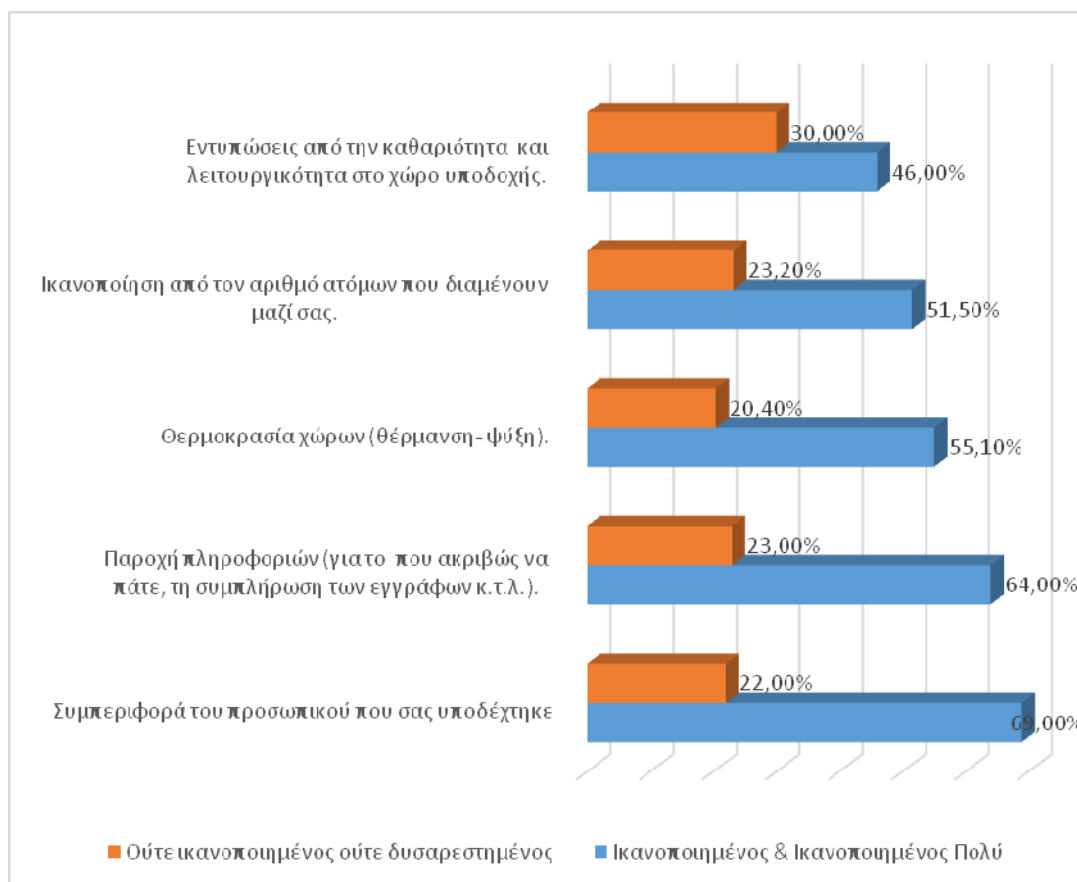
Υποδοχή Περιβάλλον

	Πολυ δυσαρεστημένη		Δυσάρεστημένη		Ούτε δυσαρεστημένη ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.	2	2,0%	7	7,0%	22	22,0%	45	45,0%	24	24,0%
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τη συμπλήρωση των εγγράφων κ.τ.λ.).	5	5,0%	8	8,0%	23	23,0%	45	45,0%	19	19,0%
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής.	6	6,0%	18	18,0%	30	30,0%	32	32,0%	14	14,0%
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση- ψύξη).	7	7,1%	17	17,3%	20	20,4%	39	39,8%	15	15,3%

	Πολυ δυσαρεστημένη		Δυσανεστημένη		Ούτε δυσαρεστημένη ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.	2	2,0%	7	7,0%	22	22,0%	45	45,0%	24	24,0%
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τη συμπλήρωση των εγγράφων κ.τ.λ.).	5	5,0%	8	8,0%	23	23,0%	45	45,0%	19	19,0%
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής.	6	6,0%	18	18,0%	30	30,0%	32	32,0%	14	14,0%
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση- ψύξη).	7	7,1%	17	17,3%	20	20,4%	39	39,8%	15	15,3%
Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας.	14	14,1%	11	11,1%	23	23,2%	28	28,3%	23	23,2%

Σε αυτού του τύπου της ερωτήσεις likert βγαίνει ένα συνολικό σκορ. Πόσο είναι αυτό το σκορ; Πχ από 0-4; από 1-5; Θα πρέπει να δοθούν λίγες περισσότερες διευκρινίσεις

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 το 69% του δείγματος των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε, το 64% από την παροχή πληροφοριών, το 55,1% από την θερμοκρασία των χώρων, το 51,5% από τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν μαζί τους και το 46% από τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής.



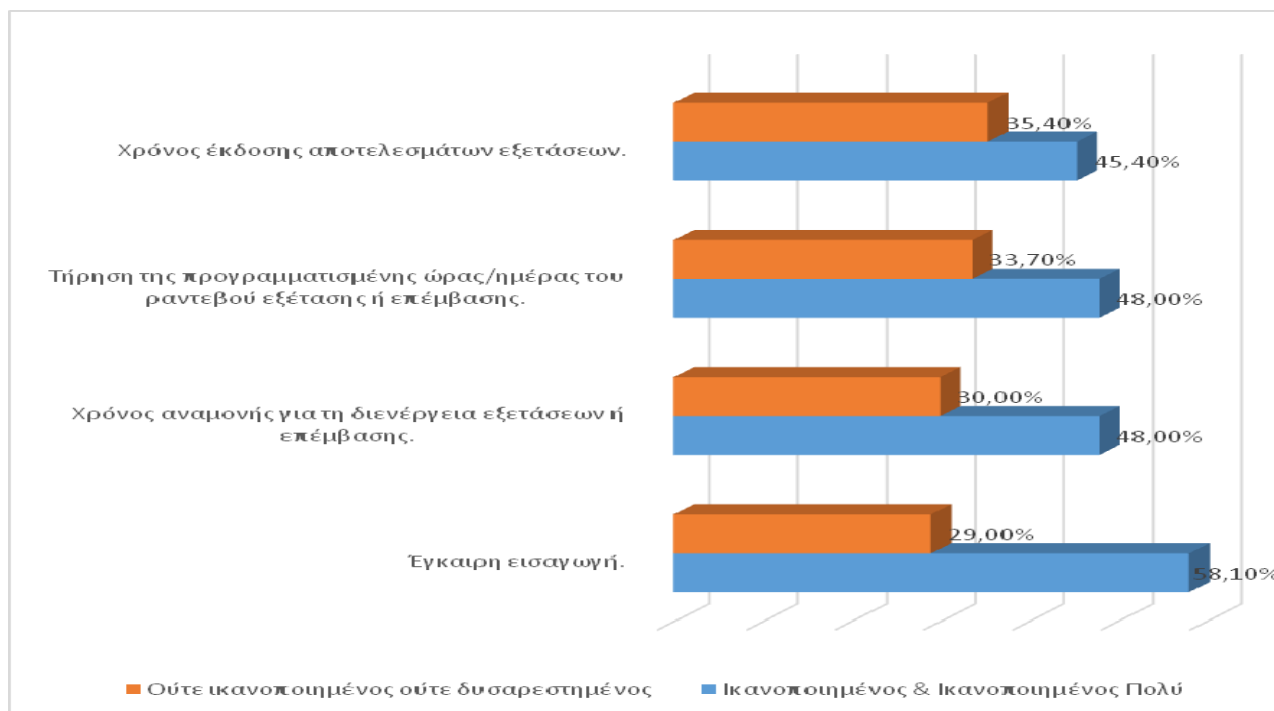
**Πίνακας 13**  
**Ταχύτητα Εξυπηρέτησης**

	Πολυ δυσαρεστη μὲνη		Δυσανεστη μὲνη		Ούτε δυσαρεστη μὲνη Ούτε ικανοποιημ ἔνη		Ικανοποιημ ἔνη		Πολύ ικανοποιημ ἔνη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έγκαιρη εισαγωγή.	1	1,1%	11	11,8%	27	29,0%	30	32,3%	24	25,8%
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης.	5	5,0%	17	17,0%	30	30,0%	36	36,0%	12	12,0%
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.	4	4,0%	15	15,2%	35	35,4%	32	32,3%	13	13,1%

	Πολύ δυσανεστη μένη		Δυσανεστη μένη		Ούτε δυσανεστη μένη Ούτε ικανοποιημ ένη		Ικανοποιημ ένη		Πολύ ικανοποιημ ένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έγκαιρη εισαγωγή.	1	1,1%	11	11,8%	27	29,0%	30	32,3%	24	25,8%
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης.	5	5,0%	17	17,0%	30	30,0%	36	36,0%	12	12,0%
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.	4	4,0%	15	15,2%	35	35,4%	32	32,3%	13	13,1%
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης.	11	11,2%	7	7,1%	33	33,7%	33	33,7%	14	14,3%

Ισχύει το ίδιο σχόλιο για αυτήν και τις παρακάτω ερωτήσεις που χρησιμοποιείται κλίμακα. Υπάρχει ένα συνολικό σκορ από την απάντηση;

Σύμφωνα με τον πίνακα 13 το 58,1% των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την έγκαιρη εισαγωγή, το 48% από το χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης και τη τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης και το 45,4% από το χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων.





Πίνακας 14

Κλινικές & Εργαστηριακές εξετάσεις

	Πολυ δυσανεστημένη		Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη				Πολύ ικανοποιημένη			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.	0	,0%	3	3,3%	25	27,2%	50	54,3%	14	15,2%

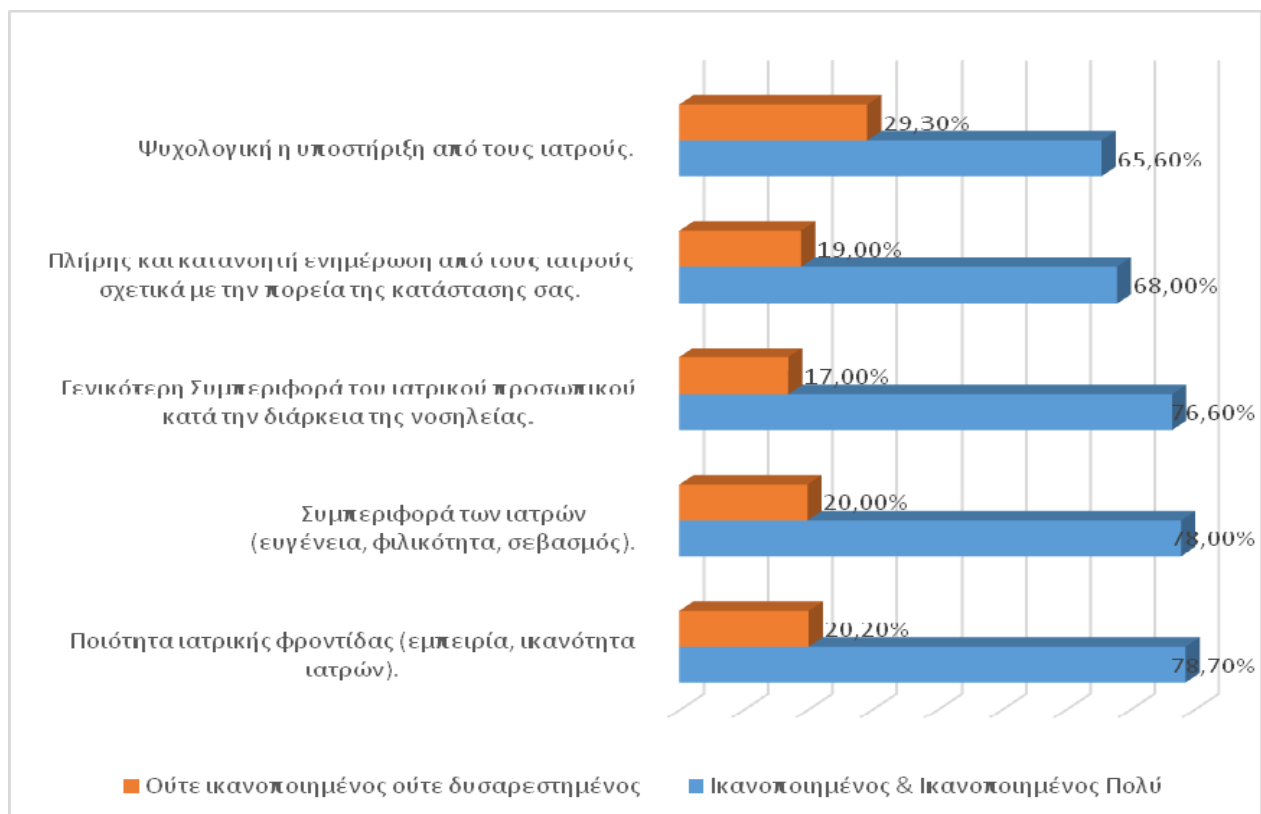
Σύμφωνα με τον πίνακα 14 το 69,5% των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων σχετικά με τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Πίνακας 15

Αξιολόγηση ιατρικής φροντίδας

	Πολυ δυσανεστημένη		Δυσανεστημένη		Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών).	0	,0%	1	1,0%	20	20,2%	54	54,5%	24	24,2%
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).	0	,0%	2	2,0%	20	20,0%	46	46,0%	32	32,0%
Ψυχολογική η υποστήριξη από τους ιατρούς.	0	,0%	5	5,1%	29	29,3%	51	51,5%	14	14,1%
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας.	4	4,0%	9	9,0%	19	19,0%	54	54,0%	14	14,0%
Γενικότερη Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.	0	,0%	6	6,4%	16	17,0%	47	50,0%	25	26,6%

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 το 78,7% των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας, το 78% από τη συμπεριφορά των ιατρών, το 76,6% από τη γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας, το 68% από την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης τους και το 65,6% από τη ψυχολογική υποστήριξη από τους ιατρούς.

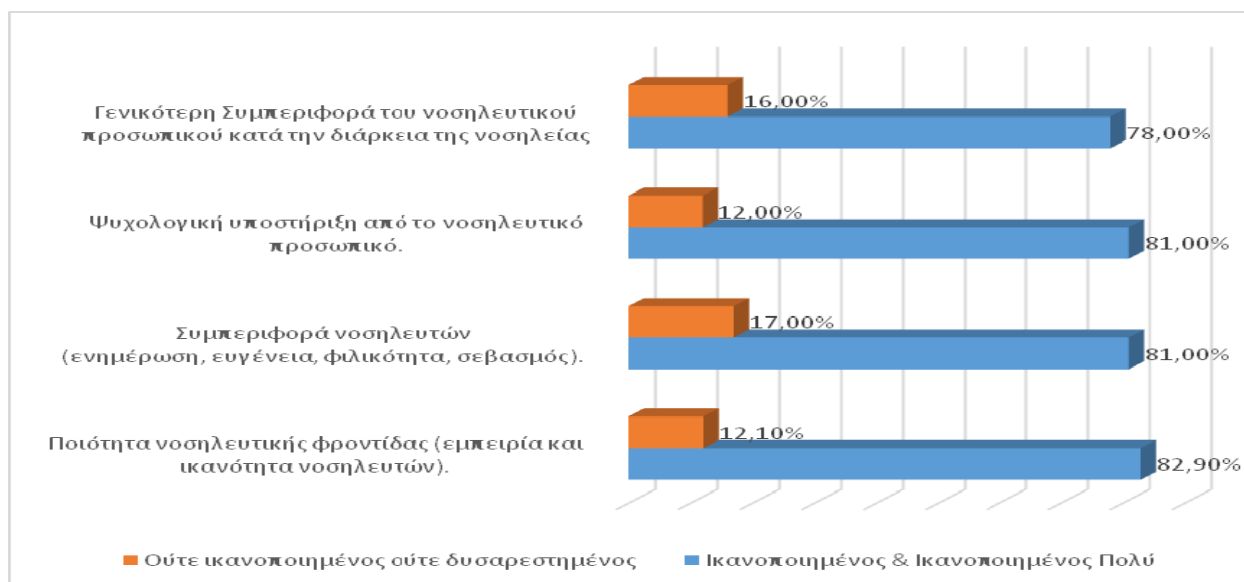


Πίνακας 16

Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

	Πολυ δυσανεστημένη		Δυσανεστημένη ή Ούτε		δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών).	0	,0%	5	5,1%	12	12,1%	45	45,5%	37	37,4%
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).	0	,0%	2	2,0%	17	17,0%	42	42,0%	39	39,0%
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.	1	1,0%	6	6,0%	12	12,0%	52	52,0%	29	29,0%
Γενικότερη Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	0	,0%	6	6,0%	16	16,0%	44	44,0%	34	34,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 το 82,9% των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, το 81% από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών και τη ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και το 78% από τη γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.



Πίνακας 17

## Διοικητικές υπηρεσίες

	Πολυ δυσανεστημένη		Δυσανεστημένη		Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίας από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης).	2	2,1%	18	18,8%	38	39,6%	25	26,0%	13

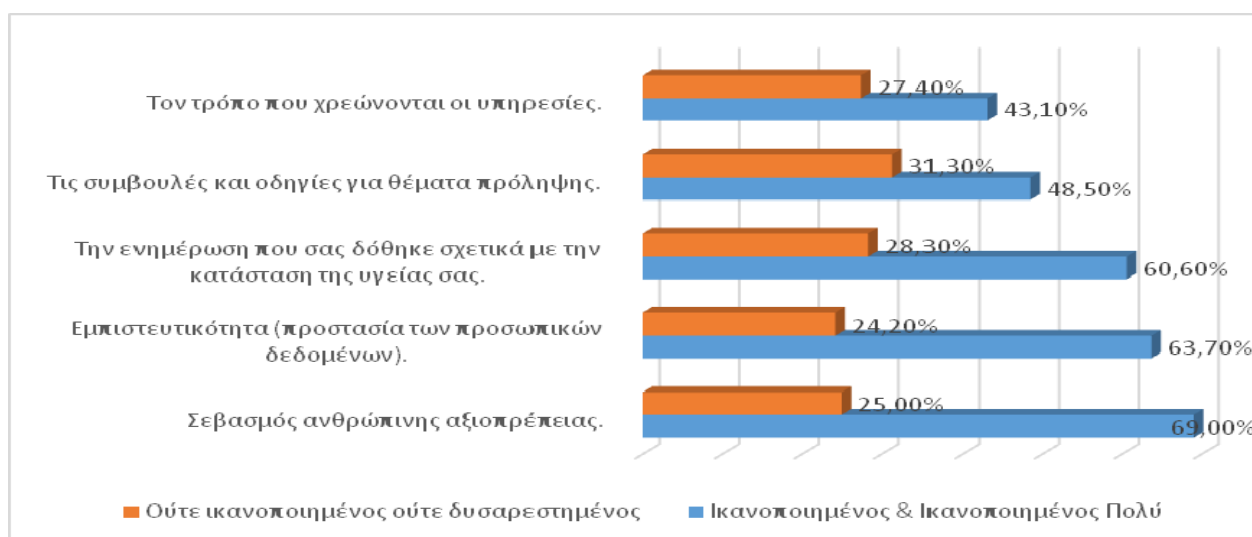
Σύμφωνα με τον πίνακα 17 το 39,5% ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την ταχύτητα διεκπεραίωσης από το διοικητικό προσωπικό (39,6% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσανεστημένο).

Πίνακας 18

## Γενική εξυπηρέτηση

	Πολυ δυσανεστημένη		Δυσανεστημένη Ούτε δυσανεστημένη		Ούτε ικανοποιημένη		Ικανοποιημένη		Πολύ ικανοποιημένη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων).	4	4,0%	8	8,1%	24	24,2%	47	47,5%	16
Τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.	4	4,2%	24	25,3%	26	27,4%	27	28,4%	14	14,7%
Τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης.	0	,0%	20	20,2%	31	31,3%	32	32,3%	16	16,2%
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας.	0	,0%	11	11,1%	28	28,3%	49	49,5%	11	11,1%
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας.	0	,0%	6	6,0%	25	25,0%	49	49,0%	20	20,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 το 69% των οροθετικών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, το 63,7% από την εμπιστευτικότητα, το 60,6% από την ενημέρωση που τους δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, το 48,5% για τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης και το 43,1% για τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.



## Συμπεράσματα

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε ότι οι οροθετικοί ασθενείς ήταν στη πλειοψηφία τους ικανοποιημένοι από την υποδοχή-περιβάλλον του νοσοκομείου. Γενικά η πλειοψηφία ήταν ικανοποιημένη από τη συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε, την παροχή πληροφοριών, τη θερμοκρασία των χώρων, τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν μαζί τους και τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό περίπου της τάξης του 15% ήταν δυσαρεστημένο από την υποδοχή.

Ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης βρέθηκε η πλειοψηφία να είναι ικανοποιημένη καθώς η πλειοψηφία ανέφερε ότι ήταν ικανοποιημένη από την έγκαιρη εισαγωγή, από το χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης και την τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης και από το χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων. Και εδώ όμως ένα ποσοστό της τάξης του 15% ήταν δυσαρεστημένο.

Όσον αφορά τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις η συντριπτική πλειοψηφία ήταν ικανοποιημένη από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων σχετικά με τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Στον τομέα της ιατρικής φροντίδας η αξιολόγηση ήταν θετική καθώς η πλειοψηφία ήταν ικανοποιημένη από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας, τη συμπεριφορά των ιατρών, τη γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης τους και τη ψυχολογική υποστήριξη από τους ιατρούς. Υπήρξε ένα ποσοστό δυσαρεστημένων ασθενών στον τομέα της ενημέρωσης το οποίο ήταν αμελητέο.

Ακόμα για την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας βρέθηκε θετική αξιολόγηση από την πλειοψηφία των οροθετικών καθώς ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, τη συμπεριφορά των νοσηλευτών, τη ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και τη γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.

Ως προς τις διοικητικές υπηρεσίες η πλειοψηφία ήταν ικανοποιημένη καθώς το 39,5% δήλωσε ικανοποιημένο από την ταχύτητα διεκπεραίωσης από το διοικητικό προσωπικό και το 39,6% εξέφρασε ουδέτερη στάση. Παρόλα αυτά ένα ποσοστό της τάξης του 20,9% ήταν δυσαρεστημένο.

Τέλος ως προς τη γενική εξυπηρέτηση η πλειοψηφία των οροθετικών ήταν ικανοποιημένη από το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, από την εμπιστευτικότητα, από την ενημέρωση που τους δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, για τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης και για τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες. Όμως ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 20% ήταν δυσαρεστημένο από τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης και για τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.

## Συζήτηση

Από την αρχή της νέας χιλιετίας έγινε κατανοητό ότι μόνο μέσω παγκόσμιων και συντονισμένων δράσεων θα γίνει εφικτή η αποτελεσματική αντιμετώπιση της HIV/AIDS επιδημίας. Η Ελλάδα συνυπέγραψε τη Διακήρυξη της Χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών (Σεπτέμβριος 2000), την Πολιτική Διακήρυξη των Δεσμεύσεων για την HIV/AIDS Λοίμωξη στην Ειδική Σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. και συμμετέχει σε όλες τις συντονιστικές δομές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, η χώρα μας χρηματοδοτεί διεθνείς πρωτοβουλίες όπως το Global Fund για την καταπολέμηση του AIDS, της Φυματίωσης και της Ελονοσίας

Όλα τα παραπάνω επιδημιολογικά δεδομένα μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα - προτάσεις προκειμένου να ληφθεί η προβλεπόμενη πρόληψη, καθώς επίσης να αυξηθεί και η ικανοποίηση των ήδη νοσούντων οροθετικών ατόμων μέσα από τη κατάλληλη νοσηλεία και αντιμετώπιση:

- Χρειάζονται προγράμματα πρόληψης που δρουν στοχευμένα ανάλογα με την ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται (π.χ μετανάστες, πόρνες, ομοφυλόφιλοι, κ.λ.π.)

- Χρειάζεται βελτίωση της επιδημιολογικής επιτήρησης με ενθάρρυνση της εξέτασης για HIV και της δήλωσης των φορέων. Αυτό είναι προς όφελος της κοινωνίας αλλά και των φορέων του ιού, γιατί θα αντιμετωπίσουν έγκαιρα και αποτελεσματικότερα την αρρώστια τους.
- Χρειάζονται περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες συμπεριφοράς και τάσεων, ειδικά για τις ευάλωτες ομάδες όπως οι μετανάστες, οι νέοι κ.α., ώστε να οργανωθούν καλύτερα οι παρεμβάσεις πρόληψης και να μεγιστοποιείται το αποτέλεσμα τους.
- Χρειάζεται κατάλληλη εκπαίδευση των εφήβων και των παιδιών σχολικής ηλικίας για το AIDS, παράλληλα με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.
- Η Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS είναι ιδιαίτερη ευκαιρία κάθε χρόνο, για να στρέψουμε την προσοχή μας σε αυτό το καυτό πρόβλημα που επηρεάζει τη ζωή όλων μας και να ενώσουμε τις προσπάθειές μας , ώστε να ανταποκριθούμε στην πρόκληση.
- Και τέλος πρέπει να αναφέρεται το ΟΧΙ στην αμέλεια, την αδιαφορία και τον εφησυχασμό.

Στον αγώνα κατά της επιδημίας του HIV/AIDS είναι αναγκαίο να κινητοποιηθούν όλοι: η Πολιτική Ηγεσία της Χώρας, οι Κυβερνητικοί Φορείς, η Κοινωνία των Πολιτών και ιδιαίτερα οι μη-κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS, η Εκκλησία, οι Ιατρικοί, Νοσηλευτικοί, Οδοντιατρικοί, Φαρμακευτικοί και Δικηγορικοί Σύλλογοι, οι Επιστημονικές Εταιρίες με αντικείμενο το HIV/AIDS και τέλος ο Επιχειρηματικός Κόσμος στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης. Το βασικότερο όσον αφορά τα ήδη οροθετικά άτομα τα οποία νοσηλεύονται, είναι να λαμβάνουν τις απαραίτητες ιατρικές φροντίδες ώστε να είναι ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία, να αισθάνονται αποδεκτοί και να γίνεται πραγματικό έργο ώστε να μην περιθωριοποιούνται, αλλά όσο είναι δυνατόν εφικτό να μπορούν να ζουν όσο περισσότερο γίνεται με αξιοπρέπεια και με τη κατάλληλη νοσηλεία να έχουν ποιότητα ζωής στο μεγαλύτερο δυνατό όριο.



# Βιβλιογραφία

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Charalambous, A., Socratous, S., & Charitou, A. (2011) «Globalization, “Health and Health Policy», *Nosileftiki*, 50(1).
- Cohen, MS (2008 Apr). "The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic". *The Journal of Clinical Investigation* 118 (4): 1244-54. doi:10.1172/JCI34706. PMID 18382737. PMC 2276790.
- Drummond MF (2002) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. London: Oxford, University Press
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Edwards, R. T., Charles, J. M., and Lloyd-Williams, H. (2013). Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC public health*, 13(1), p.1.
- Getzen, (2004) *Health economics. Fundamentals and flow of Funds*, Willey
- Glick, H. A., Doshi, J. A., Sonnad, S. S., & Polsky, D. (2014). *Economic evaluation in clinical trials*. OUP Oxford.
- Gravelle H και Rees R.,(1992), *Microeconomics*, Longman, London, New York
- Health Protection Report, HIV in the United Kingdom: (2010) Report, Volume 4 Number 47 Published on: 26 November 2010, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική σελίδα [http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1287145367237](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1287145367237).

- Holland, W. (2013). *Improving Health Services: Background, Method and Applications*. London: Edward Elgar Publishing.
- Jones, A. M., Rice, N., d'Uva, T. B., and Balia, S. (2013). *Applied health economics*. Routledge.
- Karaiskou, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2012). Economic crisis: impact on the health of citizens and consequences on health systems. *Interscientific Health Care*, 4(2).
- Kazi, D. S., and Mark, D. B. (2013). The economics of heart failure. *Heart failure clinics*, 9(1), 93-106.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, Correspondence, DO 10.1016/50140, 1-2
- Kotler, P., 2003, “Marketing Management” 11<sup>th</sup> edition, Prentice – Hall
- McCall, M. J., and Williams, D. J. (2013). Developing Cell Therapies: Enabling cost prediction by value systems modelling to manage developmental risk. *Journal of Commercial Biotechnology*, 19(2).
- Nord, E. (1999), *Cost Value Analysis in Health Care .Making Sense out of QALYs*, Cambridge University Press, D.MacLean, Education.
- OECD Health Data 2006.
- Smith CD, Snowdon DA, Wang H, Markesbery WR. White matter volumes and periventricular white matter hyperintensities in aging and dementia. *Neurology* 2000; 54(4) : 838-842
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), AIDS epidemic update, 2007 Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική σελίδα [http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007\\_epiupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_en.pdf).
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), The 2010 UNAIDS Report on the global AIDS epidemic διαθέσιμο στην ηλεκτρονική σελίδα [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_FS\\_Global\\_em\\_en.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_Global_em_en.pdf).
- WHO(2011) *Αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα*, Ινστιτούτο βιοϊατρικής τεχνολογίας μη κερδοσκοπικός οργανισμός

## Ελληνική βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2008), Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*, 47(3): 320–333
- Βραχάτης, Δ., Παπαδόπουλος, Α., (2011), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 51(1): 10–17
- Επιδημιολογικά Δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα, (2012) "Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα", τεύχος 27, Δεκέμβριος 2012 , Ανάκτηση από: [http://www.hivaid.gr/pdf/HIV\\_31-12-2012\\_Final.pdf?id=HIV\\_31-12-2012\\_Final.pdf](http://www.hivaid.gr/pdf/HIV_31-12-2012_Final.pdf?id=HIV_31-12-2012_Final.pdf) [20.7.2016]
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2011), Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, Ανάκτηση από [http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop\\_prog2014\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf) [25.1.2016]
- Λιαρόπουλος Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, ΒΗΤΑ
- Παπαδόπουλος Σ.,(2007), Στρατηγικός Σχεδιασμός στην Υγείας, Ανάκτηση από <http://mediforce.gr> [10.7.2016]
- Πατελάρου Α.,(2011), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61
- Τούντας, Ι., (2008), Προδημοσίευση από το βιβλίο του Γιάννη Τούντα «Υπηρεσίες Υγείας», εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τσιάντου, Β. Κυριόπουλος Γ.(2010) Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol.27, No.5,pp.834-840
- Υφαντόπουλος, Γ. (2005), Τα οικονομικά της υγείας θεωρία και πολιτική, Τυπωθητω, Αθήνα.
-

- Χριστοφορίδου, Α., (2005), Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες για την προαγωγή της υγείας *in* ΕΣΔΥ (ed), *Σημειώσεις προγράμματος κατάρτισης: Πολιτικές για την ανάπτυξη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα, pp. 4-8.
- Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ., Νιάκας Δ., (2004) *Διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών*
- Σπύρου Π.,(2007), Χρηματοδότηση της υγείας, Κριτική, σελ. 12-14

## Παράρτημα - Ερωτηματολόγιο

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες της κλινικής. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα .

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

1. Ηλικία: \_\_\_\_\_ ετών.

2. Οικογενειακή κατάσταση :

- Παντρεμένη-ος
- Ανύπαντρη -ος
- Διαζευγμένη -ος
- Χήρα -ος

3. Είστε ασφαλισμένη-ος :  ΝΑΙ,

ΟΧΙ

4. Ασφαλιστικός Φορέας \_\_\_\_\_

5. Ιθαγένεια/Υπηκοότητα (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριό σας)

- Ελληνική
- Άλλη από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε \_\_\_\_\_)

6. Επίπεδο εκπαίδευσης :  Δημοτικό

- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό Δίπλωμα σπουδών
- Διδακτορικό Δίπλωμα Σπουδών (Phd)
- Άλλο

7. Νομός που διαμένετε: \_\_\_\_\_

8. Ποια είναι η παρούσα εργασιακή σας κατάσταση:

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Αγρότης
- Άνεργος
- Φοιτητής
- Άλλο.....

9. Έχετε νοσηλευτεί ξανά:  ΝΑΙ , (πόσες φορές \_\_\_\_\_)

ΟΧΙ

10. Αν άλλο ποιος ο λόγος \_\_\_\_\_

11. Αναφέρετε το μηνιαίο εισόδημά σας:

- <500€
- 501-700€
- 701-1.000€
- 1001-1500€
- 1501-2000€
- 2.001€ και άνω

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:**

Εύκολη πρόσβαση στην κλινική:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Η εισαγωγή σας στη κλινική ήταν επείγουσα ή προγραμματισμένη  ΝΑΙ  ΟΧΙ

<b>ΥΠΟΔΟΧΗ- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟ Ν</b>	<b>Πολύ δυσανεστημέ νη</b>	<b>Δυσανεστημέ νη</b>	<b>Ούτε δυσανεστημέ νη Ούτε ικανοποιημέν η</b>	<b>Ικανοποιημέ νη</b>	<b>Ικανοποιημέ νη Πολύ</b>
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.					
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τη συμπλήρωση των εγγράφων κ.τ.λ.).					
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητ α στο χώρο υποδοχής.					
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση- ψύξη).					

Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας.					
---	--	--	--	--	--

<b>ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ</b>	<b>Πολύ δυσαρεστημένη</b>	<b>Δυσανεστημένη</b>	<b>Ούτε δυσαρεστημένη Ούτε ικανοποιημένη</b>	<b>Ικανοποιημένη</b>	<b>Ικανοποιημένη Πολύ</b>
Έγκαιρη εισαγωγή.					
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης.					
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.					
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης.					
<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>					
Αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.					
<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>					

Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών).					
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ψυχολογική η υποστήριξη από τους ιατρούς.					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας.					
Γενικότερη Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.					
<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>					
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών).					
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.					



Γενικότερη Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας					
--	--	--	--	--	--

<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	<b>Πολύ δυσαρεστημένη</b>	<b>Δυσάρεστημένη</b>	<b>Ούτε δυσαρεστημένη Ούτε ικανοποιημένη</b>	<b>Ικανοποιημένη</b>	<b>Ικανοποιημένη Πολύ</b>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίας από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης).					
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ</b>					
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων).					
Τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.					
Τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης.					
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας.					
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας.					