

## **ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

“Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ.”

“QUALITY AND SATISFACTION ANALYSIS OF THE LEVEL OF SERVICES PROVIDED BY HEALTHCARE USERS IN A HOSPITAL ENVIRONMENT; THE CASE OF BLUEPRINTING AND MYSTERY SHOPPING OF THE SURGICAL DEPARTMENT PATIENT ARRIVAL SERVICES.”

**ΕΙΡΗΝΗ ΓΟΥΣΙΟΥ του ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**  
**A.M: ΜΗΜ 18034**

**Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**31 Ιανουάριου 2019**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά για όλους τους ανθρώπους χωρίς να επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό τους μόρφωμα, το μορφωτικό τους επίπεδο, το φύλο, την εθνικότητά και την ηλικία. Όσο περνάνε τα χρόνια οι απαιτήσεις των ασθενών ολοένα και αυξάνονται, γι' αυτό τον λόγο οι επιστήμονες προσπαθούν να εστιάσουν στις ανάγκες των ασθενών και να αυξήσουν την ικανοποίησή τους. Για τους ασθενείς – πελάτες η ικανοποίηση πηγάζει από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς – πελάτες από το σύστημα υγείας που επικρατεί στην Ελλάδα κατά την εισαγωγή τους σε χειρουργικά τμήματα. Μέσω της μυστικής παρακολούθησης γίνεται καταγραφή των συμπεριφορών των ασθενών - πελατών προς τους δυσμενείς παράγοντες των συγκεκριμένων τμημάτων (υπηρεσίες υποδοχής, υποδομής, νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες). Η έρευνα έδειξε ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αυξημένο αριθμό δυσαρεστημένων ασθενών – πελατών σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές. Καθοριστικός λόγος είναι ότι τα ελληνικά νοσοκομεία έχουν πολύ μεγάλη ζήτηση και λόγω των μεγάλων όγκων υποχρεώσεων, προς τους ασθενείς -πελάτες, αδυνατούν να τους προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες που επιθυμούν. Τα δημόσια νοσοκομεία δίνουν έμφαση στην γρήγορη ανάρρωση των ασθενών και όχι τόσο στο αν οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι. Ενώ στις ιδιωτικές κλινικές έχουν λιγότερη ζήτηση με αποτέλεσμα να πρέπει να συνδυάζουν και γρήγορη ανάρρωση αλλά και ικανοποιημένους πελάτες γιατί με αυτόν τον τρόπο θα κερδίσουν καινούριους.

**Λέξεις κλειδιά:** ποιότητα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, μάρκετινγκ στην υγεία και Ελληνικό σύστημα υγείας.

## SUMMARY

The most valuable good in human life is health. People shall benefit healthcare services, irrespective of their socio-economic status, the educational background, their gender or age. As years go by, it occurs that patients' demands are growing so healthcare scientists work focuses on how to satisfy patients' needs and how to increase their contentment. The public or private system of healthcare services is responsible for the welfare of patients/clients. The purpose of this study is to record and identify the degree of patients'/clients' satisfaction upon their arrival to a surgery department at any Greek healthcare system-hospital. Blueprint method, an applied process chart which shows the service delivery process from the patients'/clients' perspective, recorded their behavioral patterns at any detrimental factor (infrastructure, reception, nursing or medical services) they faced during their visit there. Research results indicate that the degree of patients'/clients' satisfaction at public hospitals is lower compared to the degree of patients'/clients' satisfaction in private clinics. The key factor for this inequality in healthcare services is the high demands that public hospitals face on a daily basis, so they fail to offer patients/clients the maximum of their services. Public hospitals emphasize rather on rapid recovery treatment and not on patients'/clients' service fulfilment. On the other hand, private clinics' demands are less compared to public hospitals, so they emphasize on both quick recovery and satisfaction of their patients/clients in order to gain new ones.

**Key words:** healthcare quality, patient satisfaction, healthcare marketing, Greek healthcare system.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	2-24
1.1 Ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών.....	2
1.2 Το marketing στον χώρο της υγείας.....	5
1.3 Relationship marketing στις μονάδες υγείας.....	6
1.4 Τα δικαιώματα που έχουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας.....	8
1.5 Υποχρεώσεις των ασθενών έναντι των υπηρεσιών υγείας.....	11
1.6 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα.....	12
1.7 Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα.....	13
1.7.1 Τα τρία βασικά επίπεδα της υγειονομική περίθαλψη.....	14
1.8 Η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της χώρας μας.....	15
1.9 Διαφορές αναμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα....	16
1.10 Δημόσια νοσοκομεία.....	19
1.11 Ιδιωτικές κλινικές.....	20
1.12 Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία.....	21
1.12.1 Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	23
1.12.2 Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	23
1.12.3 Τα μειονεκτήματα του συστήματος.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	25-26
2.1 Σκοπός έρευνας.....	25
2.2 Ειδικοί στόχοι.....	25
2.3 Εργαλεία έρευνας.....	25
2.4 Επιλογή του χώρου συμπλήρωσης.....	25
2.5 Δείγμα.....	26

2.6 Μέθοδος Συγκέντρωσης Πρωτογενών στοιχείων.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	27-39
3.1 Κλινική Α.....	27
3.2 Κλινική Β.....	31
3.3 Διαφορές και ομοιότητες των δυο κλινικών.....	36
3.4 Ιδιωτική κλινική.....	36
3.5 Σύγκριση δημοσίων νοσοκομείων και ιδιωτικής κλινικής.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	40-42
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	40
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43-45
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ	
ΕΙΚΟΝΑ 3.1.....	29
ΕΙΚΟΝΑ 3.2.....	31
ΕΙΚΟΝΑ 3.3.....	34
ΕΙΚΟΝΑ 3.4.....	35
ΕΙΚΟΝΑ 3.5.....	38

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το θέμα της παρούσας διπλωματικής είναι η ανάλυση του επιπέδου παρερχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των χρηστών στο περιβάλλον της υγείας.

Στην διπλωματική αυτή πραγματοποιήθηκε έρευνα μέσω της μυστικής παρακολούθησης με σκοπό να εντοπίσει κατά πόσο οι ασθενείς – πελάτες είναι ικανοποιημένοι και ειδικότερα στους χώρους χειρουργικών τμημάτων κατά την εισαγωγή τους.

Η αφορμή που μας οδήγησε στην επιλογή αυτής της διπλωματικής έρευνας ήταν να ανακαλύψουμε ποια πραγματικά είναι η αντίδραση των ασθενών – πελατών κατά την είσοδο τους στα τμήματα δίχως να είναι ενήμεροι για την παρουσία μας στο χώρο και εμείς με τη σειρά μας να προσέχουμε τις αντιδράσεις τους.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και γίνεται προσπάθεια σύγκρισης βάσει των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν. Αναλύονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που έχουν οι ασθενείς – πελάτες απέναντι στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Γίνεται αναφορά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) από τις πρώτες μέρες της ύπαρξής του μέχρι και σήμερα. Τέλος αναλύεται η σχέση του μάρκετινγκ με τις υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο απεικονίζεται ο σκοπός που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας και τι εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας μέσω της μυστικής παρακολούθησης και χαρτογράφησης των υπηρεσιών υγείας κατά την διαδικασία άφιξης ασθενών σε χειρουργικά τμήματα δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο της έρευνας απεικονίζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα διπλωματική έρευνα, καθώς και οι προτάσεις για καλύτερες παρερχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στην συνέχεια ακολουθεί η βιβλιογραφία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ορισμός της υγείας είναι ένα από το πιο δύσκολα ζητήματα μελέτης, διότι στην βιβλιογραφική αναζήτηση υπάρχουν πολλές εκδοχές της και αρκετές από αυτές διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους (Τούντας, 2001). Σύμφωνα όμως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ): «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (World Health Organisation, 1984)

### 1.1 Ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών

Η έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε την δεκαετία του 1950 στον τομέα της βιομηχανίας. Ο Αμερικανός στατιστικός Edwards Deming μίλησε για την ανάγκη συνεχούς βελτίωσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και την διοίκηση μέσω στόχων (management by objectives), ενώ ο γνωστός κύκλος του Deming ( Plan - Do - Check- Act) εμφανίζει μία διαδικασία διαρκούς βελτίωσης της παραγωγικής διαδικασίας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας (Deming, 1986).

Τα τελευταία χρόνια, οι επιστήμονες από διάφορα επιστημονικά πεδία προσπαθούν να προσεγγίσουν την έκβαση της υγείας με κοινό παρανομαστή τον όρο ποιότητα ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1991 κάνει αναφορά για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων: «... όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν τις ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά» (WHO-EURO, 1991). 3 χρόνια αργότερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1993) διαμορφώνει την έννοια της ποιότητας και αναφέρεται στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος και στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή αναφορικά με τις διαδικασίες, τα αποτελέσματα και την ανθρώπινη επαφή. Ενώ το 1995 τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στην υποκειμενική διάστασή της και στις θετικές σκέψεις, εισάγει την πολιτισμική διάστασή της που τροποποιεί τις ατομικές αντιδράσεις στην αρρώστια, τονίζοντας «την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτιστικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQOL GROUP, 1995).

Η ποιότητα ζωής κατά τον Ventegodt το 2003 είναι η αίσθηση πληρότητας και ασφάλειας μέσω της ικανοποίησης και απόλαυσης η οποία δημιουργείται από την συμμετοχή του ανθρώπου στις καθημερινές δραστηριότητες του. Επιπλέον, πρόσφατες δημοσιεύσεις σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επισημαίνουν παραμέτρους όπως η αποτελεσματικότητα και το κόστος. Ο Τούντας (2008), αναφέρει ότι η ποιότητα σχετίζεται με την συμμόρφωση , με απαιτήσεις και προδιαγραφές, ενώ παράλληλα αυτή ταυτίζεται με την ικανοποίηση ασθενών, με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους.

Σύνηθες καθημερινό βίωμα του κάθε ανθρώπου είναι η υγεία του και οι προβληματισμοί γύρω από αυτήν. Με την έννοια βίωμα εννοούμε ότι οι άνθρωποι σε όλες τις φάσεις της ζωής τους, ασχέτως από τα κοινωνικοοικονομικά μορφώματα που τυχαίνει να ζουν , το μορφωτικό επίπεδο, το φύλο και την εθνικότητα τους, βρίσκονται αντιμέτωποι σε τέτοιες καταστάσεις (Σαρρής, 2001). Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται όλο ένα και πιο πολύ οι απαιτήσεις των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν . Παρότι, το κόστος νοσηλείας και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αυξάνονται κάθε μέρα και πιο πολύ, οι επιστήμονες υγείας προσπαθούν να εστιάζουν ακόμα πιο πολύ στις ανάγκες των ασθενών και να αυξήσουν τον βαθμό ικανοποίησης που τους προσφέρουν. Η έννοια της ικανοποίησης από την μεριά των επιστημών της Διοίκησης, της Οικονομίας και του Μάρκετινγκ μπορούν να αντλήσουν πολλές πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση καταναλωτών από την παροχή υπηρεσιών. Το γεγονός ότι έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί σχετικά με την ικανοποίηση φανερώνει αφ' ενός μεν την σημαντικότητα του θέματος, αφ' ετέρου δε το καθιστά πολύπλοκο στην κατανόηση και την ερμηνεία του.

Οι Parasuraman, Zeithaml, και Berry (1991) θεωρούν ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από το επίπεδο στο οποίο καλύπτονται οι προσδοκίες του καταναλωτή. Και σ' αυτή την περίπτωση το επίπεδο ικανοποίησης των προσδοκιών θα ορίσει και το επίπεδο ικανοποίησης του πελάτη. Αν ξεπερνάει τις προσδοκίες του, τότε αυτός νιώθει ικανοποιημένος. Ο βαθμός που καλύπτονται οι προσδοκίες του καταναλωτή θα καθορίσει και τον βαθμό ικανοποίησής του (Armstrong, 2009).

Από τα παραπάνω προκύπτει η άμεση σχέση των προσδοκιών του ατόμου και της ικανοποίησης που βιώνει. Το άτομο έχει διαμορφωμένο ένα πλαίσιο προσδοκιών και επιθυμεί την κάλυψή τους. Όταν αντιλαμβάνεται ότι το προϊόν ή οι υπηρεσίες που του παρέχονται καλύπτουν τις προσδοκίες του, τότε αισθάνεται ικανοποίηση. Αν ο βαθμός



κάλυψης των προσδοκιών είναι μικρότερος, τότε και το επίπεδο ικανοποίησης είναι μικρότερο. Υπάρχει δηλαδή μια δυναμική και αμφίδρομη σχέση που διαμορφώνεται ανάλογα με την αντίληψη του ατόμου για τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αποτελέσει αντικείμενο πλήθους ερευνών στο χώρο της υγείας σε Ευρώπη και Αμερική, στις οποίες δείχνουν μεγάλο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. (Καλογεροπούλου, 2011). Στην Ελλάδα η ικανοποίηση των ασθενών δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλή στα δημοσιά νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι τα περισσότερα νοσοκομεία στεγάζονται σε παλιά κτίρια και όχι πολύ καλά συντηρημένα, με μετριότατες υποδομές, δεν υπάρχει σωστή καθαριότητα και υγιεινή και σε πολλές περιπτώσεις η μη ικανοποίηση των ασθενών οφείλεται και στην συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. (Σωτηροπούλου, 2014).

Στην μελέτη του Aiken LH το 2012 μαζί με τους συνεργάτες του πραγματοποίησαν μια μεγάλη ερευνά για την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, στην οποία συμμετείχαν 12 χώρες της Ευρώπης, συγκαταλεγόμενη και η Ελλάδα, όπου έδειξε ότι οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των νοσηλευτών και ότι τους μιλούσαν με σεβασμό όπως αρμόζει άλλωστε σε έναν ασθενή.

Η ικανοποίηση των ασθενών συχνά αναφέρεται ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δηλαδή για να μπορέσει να εκτιμηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς. Παράλληλα όμως η ποιότητα εξασφαλίζεται και από την επαρκή ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται. Τέλος, οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας παρέχουν την φροντίδα στους ασθενείς με βάση το τι οι ίδιοι κρίνουν ότι είναι καλό για τους ασθενείς.

Ενεργούν δηλαδή με γνώμονα το τι θεωρούν οι ίδιοι ότι πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα ενεργούν βάση των συναισθημάτων τους. Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται μια αλλαγή στη συγκεκριμένη συμπεριφορά, με τους επαγγελματίες υγείας να επικεντρώνονται στο τι θέλουν και επιθυμούν οι ασθενείς από την φροντίδα τους. Μ' αυτό τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να αποφασίσουν οι ίδιοι τι πραγματικά επιθυμούν από την φροντίδα τους και όχι το τι θέλουν οι άλλοι (Γιανακοπούλου, 2013).

## 1.2 Το marketing στον χώρο της υγείας

Η υγεία είναι ένα αγαθό το οποίο απευθύνεται σε άτομα με ή πιθανά προβλήματα υγείας και τα οποία χρειάζονται προσεκτικούς χειρισμούς. Το μάρκετινγκ στην υγεία έχει ν' αντιμετωπίσει συνθήκες στην αγορά και στο εσωτερικό των νοσοκομείων, που για άλλες αγορές είναι πρωτόγνωρες.

Στις υπηρεσίες αυτές, γενικά, το μείγμα Μάρκετινγκ περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία τα λεγόμενα τέσσερα ps. Τα οποία είναι κατάλληλα για διαφορετικές περιπτώσεις στο μάρκετινγκ υπηρεσιών, πιο συγκεκριμένα το μείγμα Μάρκετινγκ περιλαμβάνει έξι στοιχεία:

- 1) Την υπηρεσία – προϊόν
- 2) Την τιμή
- 3) Τη διανομή
- 4) Την προβολή
- 5) Το προσωπικό
- 6) Τη διαδικασία

Στο Μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχουν μόνο οι τέσσερις μεταβλητές του μίγματος του καταναλωτικού Μάρκετινγκ, οι λεγόμενες 4ps(four p's) του Mc - Carthy, δηλαδή «το προϊόν» (product), «η διανομή» (place), «η τιμή» (price), και «η προώθηση» (promotion), λόγω όμως των ιδιαιτεροτήτων των υπηρεσιών υγείας υπάρχουν ακόμη 3 μεταβλητές, οι οποίες είναι:

- 1) οι άνθρωποι
- 2) οι διαδικασίες
- 3) το περιβάλλον

Η ορολογία και οι πολιτικές του Μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει (Τομάρας, 2006):

- ◆ Υπηρεσία (προϊόν) (product): η οποία περιλαμβάνει την περίθαλψη και την θεραπεία, μια ευαίσθητη και σημαντική υπηρεσία με αυστηρές προδιαγραφές και απαιτήσεις για κάθε οργανισμό.
- ◆ Η τιμή (price): η οποία είναι το νοσήλιο στην περίπτωση του νοσοκομείου.

- ◆ Η διανομή (place) των υπηρεσιών υγείας: η οποία επικεντρώνεται στα σημεία πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διαμονή περιλαμβάνει: τα νοσοκομεία, τα ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα ασθενοφόρα.
- ◆ Την προώθηση (promotion): Η οποία λαμβάνει την υπεύθυνη και τεκμηριωμένη μορφή της στο Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας.
- ◆ Τους ανθρώπους (people): Την υποδομή (physical evidence)
- ◆ Τις διαδικασίες (processes).

Η ανάπτυξη των κανονισμών και των διαδικασιών στο ότι έχουν να κάνουν με τις οργανωτικές βελτιώσεις, εκτός από τους υπάρχοντες νόμους, είναι απαραίτητη για τη ρύθμιση των διαφορετικών θεμάτων και ιδιαιτεροτήτων κατά την λειτουργία των νοσοκομείων (Πιερράκος, 2008).

Η κύρια φιλοσοφία του Μάρκετινγκ στη διοίκηση των νοσοκομείων είναι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία μπορεί να μην εξασφαλίζεται απόλυτα ένα αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο να αποδίδει πλήρως το επίπεδο της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και ούτε να αποδίδει πλήρως το βαθμό της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επειδή η μέθοδος της έρευνας με ερωτηματολόγιο και στο καταναλωτικό Μάρκετινγκ και στις άλλες επιστήμες όπου χρησιμοποιείται, διέπεται από κάποιους περιορισμούς και εφαρμόζεται με κάποιες προϋποθέσεις. (Γούλα, 2008)

Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν την μέθοδο αυτήν της έρευνας και εξίσου το ίδιο μπορούν να χρησιμοποιήσουν για την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τον καλύτερο και πιο σωστό προσανατολισμό του συστήματος υγείας προς όφελος του πολίτη - χρήστη των υπηρεσιών αυτών.

### 1.3 Relationship marketing στις μονάδες υγείας

Το relationship marketing αν και έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, με την στενότερη έννοια, αναφέρεται στην χρήση της βάσης δεδομένων μίας οργάνωσης για να επιλεγούν οι προτεινόμενοι πελάτες για ένα προωθητικό πρόγραμμα, όπως για παράδειγμα η άμεση αποστολή κουπονιών προσφοράς σε μία περιορισμένη ομάδα πελατών. Με αλλά

λόγια, το relationship marketing ορίζεται σαν «όλες οι δραστηριότητες του μάρκετινγκ που κατευθύνονται στην εγκαθίδρυση, την ανάπτυξη και την διατήρηση επιτυχημένων σχέσεων» (Morgan & Hunt, 1994).

Έτσι, η βασική αρχή του relationship marketing είναι η ανάπτυξη μακροπρόθεσμων σχέσεων με μία στενευμένη ομάδα ασθενών και άλλων εταίρων. Στο πλαίσιο μιας κλινικής, το relationship marketing αναφέρεται στην προσέλκυση, διατήρηση και βελτίωση των σχέσεων με τους ασθενείς ώστε να δημιουργηθεί αμοιβαίο όφελος για την κλινική και τον ασθενή.

Ο ασθενής είναι αυτός που αντλεί το μεγαλύτερο όφελος από τις υπηρεσίες μιας κλινικής ή ενός νοσοκομείου. Έτσι, ο εντοπισμός ομάδων ασθενών που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων θεραπευτικών σχέσεων με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό έχει σημασία τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο.

Η θεωρία του relationship marketing αναπτύχθηκε στις αρχές τις δεκαετίας του 1980 για να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες των εταιρειών που προσανατολίζονταν στις υπηρεσίες. Αρχικά απευθυνόταν σε εταιρείες όπως τράπεζες και ασφαλιστικές, η θεωρία όμως προσαρμόστηκε στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες υπηρεσίες εστιάζονται στην σχέση με τον ασθενή, αντί για την παροχή ενός υλικού αγαθού (APhA, 2007).

Οι ασθενείς χρειάζεται επομένως να κατανοήσουν και να βιώσουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες, προκειμένου να αντλήσουν οφέλη και να εκτιμήσουν τις αξίες τους. Το relationship marketing προσφέρει πρακτικές στρατηγικές για να βοηθήσει τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό να μεταδώσουν την αξία των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας και να ενθαρρύνουν την ενεργή συμμετοχή των ασθενών. Ακόμη, το relationship marketing δίνει έμφαση στην αξία των μακροπρόθεσμων δεσμών, κάνοντας την προσέγγιση κατάλληλη για την προώθηση των υπηρεσιών σε ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις, που απαιτούν μακροπρόθεσμη παρακολούθηση για να εκπληρωθούν οι θεραπευτικοί τους στόχοι. Οι υπηρεσίες του relationship marketing περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες διαχείρισης ιατρικής θεραπείας, που στοχεύουν στην ολοκληρωμένη παρουσίαση της ιατροφαρμακευτικής θεραπείας

του ασθενούς, ώστε να εντοπιστούν και να επιλυθούν προβλήματα σχετικά με αυτήν. Το relationship marketing προσφέρει, έτσι, μία εστιασμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στην διαχείριση ασθενών από τους παραπάνω πληθυσμούς (AphA, 2007).

#### 1.4 Τα δικαιώματα που έχουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας

Όπως όλοι οι άνθρωποι, έτσι και οι ασθενείς έχουν δικαιώματα που εξελίσσονται και γίνονται πιο επιθετικοί προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων. Τα δικαιώματα των ασθενών αφορούν την σωστή διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επιπρόσθετα, έχουν το δικαίωμα να διαμορφώνουν και να εκφράζουν την άποψή τους απέναντι στην κοινωνία, τους γιατρούς και γενικά σε ότι τους παρέχεται σε κάθε νοσοκομείο. Επίσης, μπορούν και να φέρουν αντίρρηση σε όλα τα παραπάνω, αλλά και σε περίπτωση λάθους, να προβούν στην δικαιοσύνη.

Συγκεκριμένα, τα δικαιώματα των ασθενών σύμφωνα με τον Νόμο 2071/ άρθρο 47 είναι:

- ◆ Το δικαίωμα του ασθενή για ολοκληρωμένη ενημέρωση όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του: οι γιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να ενημερώνουν τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και έπειτα ο ίδιος να έχει τη δυνατότητα βάσει του συντάγματος να αποφασίσει για το τι πρέπει να κάνει, όμως πάντα είναι υποχρεωμένος να έχει την συγκατάθεση του γιατρού. Ο γιατρός με λίγα λόγια λειτουργεί σαν δάσκαλος απέναντι στον ασθενή, τον ενημερώνει και μετά αυτός με την σειρά του αποφασίζει τι πρέπει να κάνει ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του.
- ◆ Το δικαίωμα του ασθενή για ιδιωτικότητα : Το ιατρικό απόρρητο καθορίζει τις πληροφορίες που έχουν να κάνουν με την κατάσταση της υγείας του ασθενή οι οποίες πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμη και μετά τον θάνατο του. Αυτό γίνεται για να μην μπορεί κάθε πληροφορία να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας του νοσηλευόμενου και να του δημιουργήσει ψυχολογικά τραύματα.

Πιο συγκεκριμένα το ιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει:

- ◆ Την είσοδο και την έξοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο.
- ◆ Ότι έχει εμπιστευτεί ο ασθενής στο γιατρό ή στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- ◆ Όποια πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να μην ακουστεί ακόμη.

- ◆ Η θετική ή αρνητική διαπίστωση του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του ασθενή.
  - ◆ Οτιδήποτε πληροφορία μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση στην κατάσταση του ασθενή.
  - ◆ Για οτιδήποτε ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορήθηκε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την εξέταση του ασθενή.
- 
- ◆ Δικαίωμα των ασθενών για συναίνεση: ο γιατρός είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να έχει την συγκατάθεση του ασθενή. Ο γιατρός θα πρέπει να έχει ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, τι θα πρέπει να γίνει όπως και τα αποτελέσματα που θα έχει είτε γίνει είτε δεν γίνει. Έπειτα, ο ασθενής θα κληθεί να συναινέσει είτε όχι. Η συναίνεση του είναι απαραίτητη πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση. Όταν ο ασθενής δεν δώσει συναίνεση, πρέπει ο γιατρός να τον ενημερώσει για τα αποτελέσματα της απόφασης του προσεκτικά. Ο ασθενής μπορεί σε περίπτωση που αλλάξει γνώμη να ανακαλέσει την συναίνεση του και αν αυτός δεν είναι σε θέση να επιλέξει τι να κάνει τότε εκπροσωπείται από κάποιο άτομο της οικογενείας του.
  - ◆ Δικαίωμα για ολοκληρωμένη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας: ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δέχεται σωστή φροντίδα και σωστή ποιότητα υπηρεσιών για την υγεία του. Κάθε ασθενής πρέπει να λαμβάνει συνεχώς τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική θέση του (Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε στοιχεία τα οποία συνθέτουν ανταποκρισιμότητα και ικανοποίηση στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας και είναι τα παρακάτω:

- ◆ Η αξιοπρέπεια: Η αξιοπρέπεια του ατόμου συνδέεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως είναι η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων που πάσχουν από AIDS, η σωστή συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους ασθενείς - πελάτες κατά τη διάρκεια της παροχής θεραπείας, η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και η διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας (privacy).

- ◆ Η αυτονομία: Η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η είναι πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια του από την οποία πάσχει και τις διαφορετικές μεθόδους θεραπείας της, η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του, η συγκατάθεση του για τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπείας καθώς επίσης και η δυνατότητα άρνησης της θεραπείας με την προϋπόθεση της πνευματικής διαύγειας.
- ◆ Η έγκαιρη προσοχή: Η έγκαιρη προσοχή γίνεται με την παροχή έγκαιρης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα, με σκοπό οι λίστες αναμονής να μην καλύπτουν μεγάλες χρονικές περιόδους, τον μικρό χρόνο αναμονής, στις ιατρικές επισκέψεις και στη διεξαγωγή των εξετάσεων.
- ◆ Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών: Είναι, η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, καθώς και η προστασία του απορρήτου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και αυτών που σχετίζονται με την ασθένεια του, εκτός των περιπτώσεων όπου οι πληροφορίες είναι αναγκαίο να δοθούν σε κάποιο προμηθευτή υπηρεσιών υγείας ή έχει δώσει ο ίδιος την συγκατάθεσή του.
- ◆ Η επικοινωνία: Γίνεται με την δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας, το οποίο σχετίζεται με προϋποθέσεις όπως το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον πολίτη, να δίνονται κατανοητές και επαρκείς εξηγήσεις προς τον ασθενή - πελάτη και να υπάρχει ο κατάλληλος χρόνος για ερωτήσεις από μέρους του.
- ◆ Η επιλογή προμηθευτών παροχής των Υπηρεσιών Υγείας: Το δικαίωμα αυτής της επιλογής των προμηθευτών, λαμβάνει διπλή υπόσταση δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και αφετέρου στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας (δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική).
- ◆ Η κοινωνική υποστήριξη: Περιλαμβάνει το δικαίωμα στον ασθενή να δέχεται επισκέψεις από τους συγγενείς και τους φίλους του, την άδεια παροχής τροφής ή άλλων ειδών προσωπικής χρήσης όταν αυτά δεν παρέχονται από το νοσοκομείο και τέλος την ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και των παραδόσεων του έθνους του εφόσον αυτά δεν παρεμποδίζουν την λειτουργία του νοσοκομείου ή να προσβάλλουν την ευαισθησία των άλλων ασθενών - πελατών.

- ◆ Το περιβάλλον: Περιλαμβάνει την επάρκεια του χώρου, την σωστή επίπλωση, τον κλιματισμό, το καθαρό νερό, τα αποχωρητήρια, τον ιματισμό και τα τρόφιμα, το καθαρό περιβάλλον και τις σωστές και σύγχρονες εγκαταστάσεις και τέλος, την τακτικότητα στις διαδικασίες καθορισμού και συντήρησης των κτιριολογικών εγκαταστάσεων. Όλα τα παραπάνω αποτελούν τις βασικές συνιστώσες του προσδιορισμού του περιβάλλοντος. (Τομάρας, 2009)

### 1.5 Υποχρεώσεις των ασθενών έναντι των υπηρεσιών υγείας

Εκτός από τα δικαιώματα που έχει ο κάθε ασθενής - πελάτης έχει και υποχρεώσεις απέναντι στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα ο κάθε ασθενής - πελάτης έχει τις παρακάτω υποχρεώσεις:

- ◆ Να συμμετάσχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- ◆ Να υπακούει τις επιθυμίες των γιατρών και να συνεργάζεται μαζί τους.
- ◆ Να δίνει πλήρη αναφορά σχετικά με το ιστορικό της υγείας του κα να μην δίνει ψευδή στοιχεία.
- ◆ Να εκφράζει τα παράπονα του απέναντι στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.
- ◆ Να κατανοεί ότι το προσωπικό είναι άνθρωποι και μπορεί να προσφέρουν θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του κάθε ασθενή.
- ◆ Να είναι συνεπής και να σέβεται το νοσοκομειακό περιβάλλον αλλά και τους άλλους ασθενείς.
- ◆ Να είναι συνεπής σε οικονομικά θέματα με το νοσοκομείο.
- ◆ Να υπακούει τους όρους που έχει θέσει το νοσοκομείο, είτε είναι ιδιωτικό είτε δημόσιο.
- ◆ Να αναφέρει στην διοίκηση του νοσοκομείου τυχόν αποτελέσματα μη επαγγελματικής συμπεριφοράς από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό (Ν.2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47).

Αν τηρηθούν όλα τα παραπάνω από τον κάθε ασθενή - πελάτη, τότε τα νοσοκομεία τις χώρας μας θα προσφέρουν πιο σωστές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα αναβαθμίσουν την



ποιότητα που προσφέρουν τα νοσοκομεία μας και δεν θα υπολείπονται σε τίποτα σε σχέση με Ευρωπαϊκά ή νοσοκομεία του εξωτερικού γενικά.

## 1.6 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Η ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα διακρίνεται σε τέσσερις περιόδους:

Η πρώτη περίοδος της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει την αφετηρία της στη σύσταση του ελληνικού κράτους η οποία φτάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή η περίθαλψη αποτελούσε φροντίδα των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικροί σε δυναμικότητα και είχαν περιορισμένα μέσα για την αποτελεσματική ανακούφιση των ασθενών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών με αποτέλεσμα να γίνεται καταφύγιο μόνο των απόρων. Η Ελλάδα, χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους και με έντονα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, με ελλιπή τεχνολογική υποστήριξη, δεν ήταν σε θέση να δημιουργήσει τις απαραίτητες υποδομές και να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική της περίθαλψη. Τα πρώτα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή ήταν σε ανθούσες οικονομικά πόλεις, όπως το νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875) και ο «Ευαγγελισμός» (1884), επίσης στην Αθήνα. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας μας άρχισε το 1903, με τη λειτουργία της «Πολυκλινικής» στην Αθήνα. (Σιγάλας, 1999)

Η δεύτερη περίοδος (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ενεργή παρέμβαση του κράτους στο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών, γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούσαν. Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών αποτέλεσαν το πρώτο ευρύ δίκτυο στον ελληνικό χώρο. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες είχαν βελτιωθεί κατά πολύ και είχε διευρυνθεί η χρήση του νοσοκομείου, όμως το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, με σχέση το αντίστοιχο (επίπεδο) των ευρωπαϊκών χωρών εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Εξαιρέση όμως, αποτελούσαν τα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός

Σταυρός» και «Πολιτικόν», τα οποία παρείχαν νοσηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα αυτής της εποχής. (Σιγάλας, 1999)

Στην τρίτη περίοδο (1953-1982) η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, αποχωρούν οι αρμοδιότητες της κεντρικής εξουσίας στις περιφέρειες αυτές και για πρώτη φορά γίνεται η διοικητική παραχώρηση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην σωστή και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην χρονική περίοδο αυτή εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίνεται περισσότερη έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και από ιδιωτικές κλινικές. (Σιγάλας, 1999)

Τέλος, η τέταρτη χρονική περίοδος αρχίζει από το 1983 και φτάνει μέχρι και το σήμερα, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Την περίοδο αυτήν οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά, σημειώθηκε μεγάλη βελτίωση στην υποδομή και στη στελέχωση των νοσοκομείων με προσωπικό και υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης. Η κρατική παρέμβαση στην οργάνωση, στην διοίκηση και στην λειτουργία των νοσοκομείων είναι πολύ μεγάλη. (Σιγάλας, 1999)

### 1.7 Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα

Με την έννοια υγειονομική περίθαλψη εννοούμε την αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας. Η οποία χωρίζεται σε δυο κατηγορίες: την ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν την διάγνωση και την θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου, και την κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο.

### 1.7.1 Τα τρία βασικά επίπεδα της υγειονομική περίθαλψη

α. Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης (πρωτοβάθμιο), είναι τα κέντρα υποδοχής ασθενών, δηλαδή ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του τομέα υγείας. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών του πρώτου επιπέδου καθορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται και κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα.

Περιλαμβάνει:

- ◆ Τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές δραστηριότητες στα ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων).
- ◆ Τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές δραστηριότητες για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).
- ◆ Τις δραστηριότητες που αφορούν την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.

β. Στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης (δευτεροβάθμιο) έχουμε την περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου (παθολόγος, χειρουργός). Το νοσοκομείο καλύπτει τα βασικά προβλήματα υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη απευθύνεται σε πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000-500.000 άτομα. Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και της θεραπεία του. Η οποία περιλαμβάνει την νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών μικρών επεμβάσεων.

γ. Το τρίτο επίπεδο περίθαλψης (τριτοβάθμιο) αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη καλύπτει 500.000-1,5 εκατομμύρια άτομα και παρέχεται από ιατρούς του περιφερειακού νοσοκομείου. Εκτός από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον απαιτεί:

- ◆ Υψηλές εξειδικευμένες γνώσεις
- ◆ Υψηλές εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης
- ◆ Υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό
- ◆ Τη συνεργασία και την υποστήριξη διαφορών ειδικοτήτων ταυτόχρονα (Σιγάλας, 1999)

## 1.8 Η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της χώρας μας

Στο σύγχρονο περιβάλλον, αναζητείται η γνώμη των καταναλωτών αφού κύριος στόχος είναι να βελτιωθούν τα παραγόμενα προϊόντα και οι υπηρεσίες. Οι ασθενείς που λαμβάνουν τις υπηρεσίες αυτές αποτελούν τον πιο σημαντικό καταναλωτή υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα έχουν και το δικαίωμα έκφρασης ή της αμφισβήτησης. Πιο αναλυτικά οι ασθενείς μπορούν να εκφράζουν τα παράπονά ώστε να τους παρέχεται μια δεύτερη ευκαιρία εξυπηρέτησης.

Οι ηθικοί λόγοι επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, η καλή διάθεση του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο. Για τον λόγο αυτόν, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ σημαντική. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική και για τους διοικητές και για όλο το προσωπικό το οποίο συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες, λόγου του ανταγωνισμού και των αυξημένων απαιτήσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών μετριέται σε σχέση με το κόστος και με τη πρόσβαση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η διοίκηση μπορεί, να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Σε περίπτωση που η ικανοποίηση των ασθενών αξιοποιηθεί σωστά, αυτό μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι ένα απλό μέτρο της ποιότητας, αλλά είναι ο σκοπός της υγείας. Όταν εκφράζονται οι απόψεις των ασθενών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν όπως και για τη ποιότητα της φροντίδας, αυτό αυτόματα δημιουργεί μεγαλύτερη εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας και τον έλεγχο της κατάστασης μέσω της συμμετοχής στις θεραπευτικές διαδικασίες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες μορφές υγείας και ασθένειας. Μέσα από την μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών – ασθενών αξιολογούνται τα διάφορα μοντέλα συμπεριφοράς των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να φέρει περισσότερους πελάτες και ασθενείς (στοιχείο marketing των επιχειρήσεων) (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αλλάξουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας και να συμβάλλουν στη διόρθωση πολλών προβλημάτων. Όταν ερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών, δίνονται πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας ώστε να προχωρήσει η περαιτέρω βελτίωση. Αν το προσωπικό κάνει χρήση των πληροφοριών των ασθενών, μπορεί να γίνουν παρεμβάσεις, οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θεαματική ανταπόκριση στη θεραπεία καθώς θα εναρμονιστούν με τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Καλογεροπούλου, 2011).

Αν και έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα μετά το 1960, οι Έλληνες είναι δυσαρεστημένοι συγκριτικά με τους ασθενείς των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, σε ότι αφορά της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αρνητική εικόνα που έχουν για το σύστημα υγείας και το ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στα νοσοκομεία, φαίνεται με την μετακίνηση των ασθενών από τα επαρχιακά στα κεντρικά νοσοκομεία και τις πιο πολλές φορές, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών - πελατών, στρέφονται προς τα νοσοκομεία του εξωτερικού, ή ακόμη στην ιδιωτική παροχή φροντίδας υγείας. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι εμπιστεύονται περισσότερο τις ελληνικές ιδιωτικές κλινικές και αναμένουν από αυτές τη φροντίδα και εξυπηρέτηση που έχουν ανάγκη, παρά από τα ελληνικά, δημόσια νοσοκομεία (Αντεριώτη, 2014).

## 1.9 Διαφορές ανάμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία στην

### Ελλάδα

Πέρα από τις θεωρίες για το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία ή τις ιδιωτικές κλινικές, εύστοχο και τεκμηριωμένο είναι να γίνουν μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών με βάσει έγκυρων επιστημονικών ερευνών και των ευρημάτων αυτών όπως οι ακόλουθες.

Σύμφωνα με την έρευνα του Νιάκα και Γναρδέλλη (2000) στο Γενικό περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας, έδειξε ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών όσον αφορά από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν υψηλό. Η ικανοποίηση των ασθενών έδωσε έμφαση περισσότερο στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και την ενημέρωση που είχαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους όπως και αν δόθηκαν οδηγίες κατά την έξοδό τους από τα νοσοκομεία. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν κατά μέσο όρο 45 ετών, απόφοιτοι στοιχειώδους εκπαίδευσης, μόνιμοι

κάτοικοι του λεκανοπεδίου της Αττικής και με κύριο ασφαλιστικό ταμείο τους το ΙΚΑ. Η πλειοψηφία, δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν, από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες όπως και από την επιστημονική δεξιάτητα των ιατρών και νοσηλευτών. Μάλιστα, υπερέχει η ικανοποίηση των ασθενών από τους ιατρούς με σχέση το νοσηλευτικό προσωπικό. Διαφοροποιήσεις δεν σημειώθηκαν ως προς το φύλο, αλλά ως προς το μορφωτικό επίπεδο, καθώς οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα και είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν περισσότερο ευχαριστημένοι. Επίσης, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση που νιώθουν από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Τέλος, οι κάτοικοι της επαρχίας δήλωσαν ότι η ικανοποίησή τους ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τους κατοίκους της Αττικής.

Σύμφωνα με την έρευνα του Καμπάνταη και Νιάκα (2004) η οποία διεξάχθηκε στο Κοινοτικό κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, τα αποτελέσματα φαίνεται να συγκλίνουν συγκριτικά με την έρευνα του 2000 του Νιάκα στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας.

Στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το φύλο δεν επηρέασε την άποψή του σχετικά με την ικανοποίηση που ένιωσαν οι νοσηλευόμενοι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ωστόσο, η ηλικία επηρέασε τη δήλωσή τους, καθώς όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων, τόσο μεγαλύτερη και η ικανοποίησή τους από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρείχαν. Ένα ιδιόμορφο εύρημα ήταν ότι, οι νοσηλευόμενοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι διαζευγμένοι, οι κάτοικοι επαρχίας και οι ανύπαντροι δήλωσαν ικανοποιημένοι σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες των νοσηλευόμενων. Όλοι οι νοσηλευόμενοι δήλωσαν απογοητευμένοι από τις διοικητικές υπηρεσίες. Συμπερασματικά, από την έρευνα που έγινε, φαίνεται ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ήταν αρκετά υψηλό και αυτό το διακρίνει κάποιος μέσω της επικοινωνίας και της κατανόησης με το θεραπευτικό προσωπικό. Ενώ δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την υποδομή και τις διοικητικές υπηρεσίες (πρόσβαση, λίστα αναμονής, διαχείριση υπηρεσιών).

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια, λειτουργούν και οι ιδιωτικές κλινικές, δίνοντας τη δυνατότητα στους πολίτες να επιλέξουν ιατρική περίθαλψη, αλλά και για την ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές (Γείτονα, 2001). Το κοινό σημείο των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων είναι ο στόχος τους να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην θεραπεία της ασθένειας και στην προστασία της υγείας.

Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των ασθενών λειτουργώντας βάσει κοινωνικής πολιτικής ισότητας. . Στα ιδιωτικά, από την άλλη, υψίστης σημασίας είναι το κέρδος. Συνάπτουν ευνοϊκούς όρους συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, προσπαθώντας όσο γίνεται να ελαχιστοποιήσουν το κόστος της νοσηλείας (Τούντας, 2006).

Στα δημόσια νοσοκομεία συλλέγονται και επεξεργάζονται στοιχεία που έχουν σχέση με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας, με τις αδυναμίες της παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών, την ποιότητα των υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης και άλλα.

Στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, σχεδιάζεται η ανάλογη χωροταξική υποδομή (Τούντας, 2006). Χτίζονται δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων. Αξιολογούνται επίσης οι χρόνοι επικοινωνίας, οι αποστάσεις από το νοσοκομείο, το κόστος μεταφοράς με λίγα λόγια η προσβασιμότητα (Γώγος, 2011).

Η επάρκεια των ανθρώπων και των υλικών στα ελληνικά νοσηλευτήρια θέτονται με βάση τους στόχους που θέτει το καθένα. Τα δημόσια νοσοκομεία θέτουν τις βάσεις μέσω των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού και δεν υπάρχει η δυνατότητα για μελλοντική αύξηση για παράδειγμα ανθρώπινου προσωπικού τους καλοκαιρινούς μήνες στις τουριστικές περιοχές, όπου προφανώς απαιτείται περισσότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό λόγω του αυξημένου τουρισμού που υπάρχει στα μέρη αυτά (Γώγος, 2011).

Αντίθετα, στις ιδιωτικές μονάδες αναζητούν την αύξηση των εσόδων από την αύξηση των “πελατών” και η προσέλευσή τους στηρίζεται στην ικανοποίηση ακόμη και από την θέα του κτηρίου. Οι προσλήψεις εργαζομένων, όπως και των συμβασιούχων, απαιτούν διαδικασίες ιδιαίτερα χρονοβόρες στο δημόσιο τομέα. Η “ανάλυση εργασίας” ως διαδικασία χαρακτηριστικών του εργαζόμενου μέσω της χρήσης βιογραφικού ή της συνέντευξη είναι μέθοδοι οι οποίες εφαρμόζονται μόνον στον ιδιωτικό τομέα για την πρόσληψη του προσωπικού (Γώγος, 2011).

Για την εφαρμογή του προγραμματισμού, στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει μεγάλη χρονική καθυστέρηση μεταξύ της απόφασης για υλοποίηση και της πραγματοποίησής της. Πρέπει πρώτα να περάσει από το υπουργείο υγείας, μετά να πάει στην εκάστοτε ΔΥΠε και στην συνέχεια στο εκάστοτε νοσοκομείο (Γώγος, 2011).

Σ’ ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο, οι αποφάσεις λαμβάνονται από το Διοικητικό Συμβούλιο, μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα και οι εργασίες να ξεκινούν άμεσα. Βέβαια οι δομές που θα δημιουργηθούν σ’ ένα δημόσιο νοσοκομείο θα υπάρχουν σε βάθος χρόνου, ενώ

σε ένα ιδιωτικό, λόγω ότι η διοίκηση σχετίζεται με την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών, αλλά και με το επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, υπάρχει περίπτωση να ξεκινήσει ένας νέος κύκλος σχεδιασμών μετά την εκλογή καινούριας διοίκησης.

Το λογιστικό σύστημα στα δημόσια νοσοκομεία βασίζεται σε μια απλή καταγραφή εσόδων και εξόδων και όχι στο διπλογραφικό σύστημα παρά την καθιέρωσή του Π.Δ 146 ΦΕΚ 122<sup>Α</sup> 21/5/2003. Αντίθετος, στον ιδιωτικό τομέα, γίνεται με βάση την χρονική περίοδο των εξόδων και εσόδων. Αυτές οι διαφορές, συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από το δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο και ταυτόχρονα δικαιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών από τα ιδιωτικά νοσοκομεία ως προς την εξυπηρέτηση και τις υπηρεσίες, αλλά δυσαρέσκεια ως προς την οικονομική ικανοποίηση των πελατών-ασθενών (Θανασιάς, 2016).

Έρευνα που έγινε στην Ευρώπη και στην Αμερική το 2002, μέσα στην οποία ανήκε και η Ελλάδα, για την ικανοποίηση των ασθενών. Βρέθηκε ότι τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνονται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα αρκετά προβλήματα που υπάρχουν όπως η ξενοδοχειακή υποδομή, η έλλειψη προσωπικού, η καθαριότητα των χώρων και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ( Σωτηροπούλου, 2014).

### 1.10 Δημόσια νοσοκομεία

Η κατάσταση στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια, θα λέγαμε ότι η πρόσφορα δεν καλύπτει την ζήτηση (Βελονάκη,2006).

Στην πραγματικότητα σήμερα στην Ελλάδα τα δημόσια νοσοκομεία συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο σύνολο των κλινών (70%). Όμως ο αριθμός αυτός δεν είναι ικανός να καλύψει την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση. Την δεκαετία του '80 (1980) το πρόβλημα στα δημόσια νοσοκομεία μεγάλωσε διότι υπήρξε μείωση στην ζήτηση των ιδιωτικών κλινικών. Η αφορμή να αυξηθούν τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και πάλι δεν μπόρεσαν να καλύψουν την ζήτηση. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκων έπεσε από 5,26% το 1986 σε 5,08% το 1990 και το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90% (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Στα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία, κυρίως στα περιφερειακά, υπήρχε έλλειψη ικανού ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν σε σοβαρά και δύσκολα περιστατικά. Η πληρότητα σε αυτά το



νοσοκομεία πέφτει σε ποσοστό 40%-60%. Όμως στα κεντρικά νοσοκομεία, δημιουργούνται μεγάλες ουρές αναμονής (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Συνεπώς, τα δημόσια νοσοκομεία δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που υπάρχουν στον Ελληνικό χώρο. Μολονότι, υπάρχουν πολλά δημόσια νοσοκομεία τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και σε μικρότερες, δεν παρέχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό τόσο σε τεχνολογία όσο και σε ανθρώπους, ώστε να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών.

### 1.11 Ιδιωτικές κλινικές

Το πρόβλημα στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια δημιουργήθηκε την δεκαετία του 80 (1980) λόγω της πολιτικής που είχε σκοπό την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Ειδικότερα, με βάση του νομού 1397/83, είχε σταματήσει η επιχορήγηση αδειών για την ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση των ήδη υπαρχόντων. Όμως μετά από δέκα χρόνια, βάση του Προεδρικού Διατάγματος 247/91, επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, η λειτουργία και η μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών καθώς και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Αργότερα προστέθηκε το προεδρικό διάταγμα 517/91 το οποίο θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισής των ιδιωτικών κλινικών (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Κατά μια έννοια, θα λέγαμε ότι οι ιδιωτικές κλινικές είναι μικρές νοσηλευτικές μονάδες που οι περισσότερες διαθέτουν μικρό αριθμό κλινών. Ο μέσος Όρος κλινών σε κάθε ιδιωτικό νοσηλευτήριο είναι 77 (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών κλινικών εξαρτάται από την δημόσια ασφάλεια, η οποία χαμηλώνει το κόστος που πρέπει να καταβάλουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το κάθε νοσοκομείο. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία σπάνια συνεργάζονται με ιδιωτικούς οργανισμούς ασφάλισης για το λόγο ότι δεν προσφέρουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Οι ιδιωτικές κλινικές χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

- ◆ Στην πρώτη κατηγορία στην οποία ανήκουν οι περισσότερες κλινικές. Οι κλινικές όπου η βιωσιμότητα τους είναι οριακή λόγω ότι αδυνατούν να καλύψουν την συνεχόμενη αύξηση της ζήτησης για καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα δημόσια ταμεία με αποτέλεσμα οι τιμές να είναι χαμηλότερες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, σε συνδυασμό με την έλλειψη που υπάρχει στα κονδύλια, αδυνατούν να πραγματοποιήσουν αναβάθμιση στο ξενοδοχειακό, ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Ο συνδυασμός όλων αυτών δυσκολεύει κατά πολύ την κατάσταση και την τήρηση των κανόνων ώστε να μπορούν να συνεχίσουν να επιβιώνουν.
- ◆ Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι κλινικές, που έχουν μεγάλη δύναμη και σε κυρία βάση βρίσκονται στις μεγάλες πόλεις την Ελλάδος. Οι κλινικές αυτές είναι εξοπλισμένες με την τελευταίας τεχνολογίας ως προς τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, τον ιατρικό εξοπλισμό αλλά και με την κατάλληλη παροχή έμπειρου και ικανού ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτές οι κλινικές συνήθως δεν συνεργάζονται με τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα να μην έχουν μεγάλη ζήτηση και σαν επακολουθώ να αυξάνεται το κόστος της διαμονής και την περίθαλψης του ασθενή. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

### 1.12 Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία

Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας τα τελευταία χρόνια, στην παροχή υπηρεσιών υγείας βρίσκεται σε συνεχή ανάπτυξη. Η ίδρυση μιας ιδιωτικής κλινικής προσφέρει καθαρό κέρδος σε σχέση με την κατάσταση της οικονομίας που επικρατεί στην χώρα και αποτελεί ένα θετικό στοιχείο στον επιχειρηματικό κλάδο.

Η δημιουργία των ιδιωτικών κλινικών στη χώρα μας ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '70. Η πρώτη κλινική που ιδρύθηκε ήταν η μαιευτική κλινική Μητέρα και το διαγνωστικό θεραπευτικό κέντρο υγείας, αργότερα ιδρυθήκαν τα εργαστήρια της Βιομετρικής, το ιατρικό κέντρο Αθήνας, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Παράλληλα, υπήρξαν μικρές ομάδες ιατρών, οι οποίες παρείχαν υπηρεσίες υγείας για όλες τις ειδικότητες. Αυτές οι ομάδες δημιούργησαν τα πολύ-ιατρεία, με σκοπό να προσελκύσουν

πελάτες, να ανταλλάξουν υπηρεσίες ανάλογα με την ειδικότητα κάθε ιατρού, αλλά κυρίως σκοπός τους ήταν να εξοικονομήσουν το κόστος των γενικών εξόδων όπως η στέγαση, η γραμματειακή υποστήριξη και άλλα. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Την δεκαετία του 90 ξεκίνησε ένα έντονο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη στις ιδιωτικές κλινικές. Δημιουργήθηκαν μεγάλες κλινικές, οι οποίες επεκταθήκαν σε όλο το εσωτερικό της χώρας αλλά του εξωτερικού. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, η δημόσια δαπάνη όσο αφορά την υγεία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ, ενώ η ιδιωτική 4,5% του ΑΕΠ. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας κυμαίνεται στο 47% τις συνολικές δαπάνες υγείας (η Ελλάδα κατατάσσεται στην υψηλότερη θέση από τις χώρες της Ε.Ε). Αυτή η απόκλιση δείχνει την δυναμική του ιδιωτικού κλάδου καθώς και τα λειτουργικά προβλήματα που υπάρχουν στο Ε.Σ.Υ. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

Οι μεγάλες επιχειρήσεις υγείας βασίζονται σε τρεις βασικούς άξονες:

- ◆ Την γεωγραφική κάλυψη: το κέντρο κάθε κλινικής βρίσκεται σε μεγάλες πόλεις όμως προσφέρει μεγάλη γεωγραφική κάλυψη γύρω από αυτές.
- ◆ Διεύρυνση χαρτοφυλακίου υπηρεσιών: όλες οι κλινικές προσφέρουν μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων με στόχο να παρέχουν πλήρες σύστημα υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας.
- ◆ Τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη: η παροχή και η απόκτηση νέου εξοπλισμού. Η δημιουργία νέων συμμάχων από εξωτερικό καθώς και πρωτοποριακές μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Στις ιδιωτικές κλινικές δίνεται περισσότερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και στο νοσοκομειακό περιβάλλον, στοιχεία που προσθέτουν και συμπληρώνουν τα πλεονεκτήματα των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες συνεργάστηκαν με ιδιωτικές κλινικές ιδρύοντας έτσι τα δικά τους ιατρικά διαγνωστικά κέντρα. Για παράδειγμα μια ασφαλιστική εταιρεία είναι η Interamerican, η οποία επένδυσε πολλά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής κλινικής, εγκαινίασε την Ευρωκλινική παιδών και έπειτα υπέγραψε συνεργασία με τα Ιατρικά κέντρα Med first (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

Με αφορμή τους Ολυμπιακούς αγώνες το 2004 η δημόσια υγεία στην Ελλάδα αναβαθμίστηκε, βελτίωσε πολλά δημόσια νοσοκομεία σε όλη την χώρα και δημιούργησε πολλά δημόσια έργα (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Το 2005 με το νόμο 3329, δημιουργήθηκε το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» που προέβλεπε την εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών και δημοσίων κεφαλαίων» για την δημιουργία επενδύσεων στο χώρο του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας. Ο συγκεκριμένος νόμος δημιούργησε πίεση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, αλλά είχε σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη του νοσοκομειακού περιβάλλοντος όπως και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

### 1.12.1 Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

- ◆ Το μεικτό σύστημα
- ◆ Μέσω της γενικής φορολογία και της κοινωνικής ασφάλισης γίνεται η χρηματοδότηση γίνεται
- ◆ Ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ◆ Οι υπηρεσίες υπάγονται σε διοικητικές σε περιφέρειες (ΔΥΠε)
- ◆ Από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας παρέχεται η πρωτοβάθμια φροντίδα
- ◆ Τα νοσοκομεία παρέχονται από την δευτεροβάθμια φροντίδα
- ◆ Μέσω της φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών γίνεται η αποζημίωση των νοσοκομείων

### 1.12.2 Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

- ◆ Υπηρεσιών Υγείας σε όλους με ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση
- ◆ Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- ◆ Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- ◆ Οι πολίτες έχουν ελάχιστη συμμετοχή στο κόστος

### 1.12.3 Τα μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- ◆ Υψηλές δαπάνες υγείας
- ◆ Η πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει χαμηλή ανάπτυξη
- ◆ Περιορισμένη έως και μηδενική ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- ◆ Λόγο των πολλών ασφαλιστικών φορέων υπάρχει έλλειψη συντονισμού με προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων
- ◆ Άτυπες πληρωμές
- ◆ Προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- ◆ Πληθώρα ιατρών και μεγάλη έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας
- ◆ Μεγάλες λίστες αναμονής των ασθενών .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 2.1 Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η μέτρηση της ευχαρίστησης και τελικά της ικανοποίησης των ασθενών- πελατών που εισέρχονται στα χειρουργικά τμήματα. Όπως και η καταγραφή μέσω της απλής παρακολούθησης των συμπεριφορών αυτών όσον αφορά την στάση τους απέναντί στους δυσμενείς παράγοντες των συγκεκριμένων νοσοκομείων – κλινικών (υπηρεσίες υποδοχής, υποδομής, νοσηλευτικές, ιατρικές.)

#### 2.2 Ειδικοί στόχοι

- ◆ Να διερευνηθεί και να καταγραφεί εάν και κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι οι χρήστες από την τήρηση της τάξης στο χώρο αναμονής. Δηλαδή, από το πόσο καθαρός είναι ο χώρος, αν υπάρχουν καθίσματα για τους χρήστες που περιμένουν, αν υπάρχει η σωστή θερμοκρασία στο χώρο (ανάλογα με την εποχή).
- ◆ Κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι ή όχι από την καθαριότητα του χώρου των χειρουργικών τμημάτων.
- ◆ Κατά πόσο υπήρχε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα για να βοηθήσει τους ασθενείς- πελάτες.
- ◆ Καθώς επίσης και το βαθμό ευχαρίστησης από το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών που τους παρέχει το συγκεκριμένο τμήμα του κάθε νοσοκομείου – κλινική και ιδιαίτερα κατά τις ημέρες και ώρες εφημερίας του.

#### 2.3 Εργαλεία έρευνας

Μυστική παρακολούθηση με την μέθοδο blueprint .

#### 2.4 Επιλογή του χώρου συμπλήρωσης

Η επιλογή των χώρων για την παρακολούθηση ήταν χειρουργικά τμήματα σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της κεντρικής Μακεδονίας και σε μια ιδιωτική κλινική της ίδιας περιοχής.

## 2.5 Δείγμα

Άνδρες, γυναίκες ασθενείς- πελάτες των τμημάτων αυτών.

## 2.6 Μέθοδος Συγκέντρωσης Πρωτογενών στοιχείων

Έρευνα μέσω της μυστικής παρακολούθησης που έγινε από μένα την ίδια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προήλθαν μέσω της μυστικής παρακολουθήσεις. Η οποία διεξάχθηκε σε δυο δημόσια νοσοκομεία και σε μια ιδιωτική κλινική της Μακεδονίας και πιο συγκεκριμένα στα χειρουργικά τμήματα τους. Για την συλλογή των ευρημάτων της έρευνα χρειάστηκε να παρθεί άδεια από τους προϊστάμενους των κάθε τμημάτων η οποία έγινε με την βοήθεια συνάδελφων οι οποίοι εργάζονται στα συγκεκριμένα τμήματα. Λόγο των προσωπικών δεδομένων τα ονόματα των νοσοκομείων και της κλινικής δεν θα αναφερθούν, οπότε για τα νοσοκομεία θα τα θεωρήσουμε σαν κλινική Α και Β και για την ιδιωτική, κλινική Γ.

Η έρευνα στις κλινικές Α και Β έγιναν σε δυο φάσεις: η πρώτη φάση ήταν η μέρα εφημερίας του κάθε τμήματος και η δεύτερη φάση τις επόμενες 2 μέρες στην σειρά. Στη κλινική Γ έγινε σε μια φάση λόγω του ότι οι ιδιωτικές κλινικές εφημερεύουν κάθε 24ωρο.

Πιο αναλυτικά έχουμε:

### 3.1 Κλινική Α

Κατά την εισαγωγή τους οι ασθενείς στην κλινική αυτήν περνάνε πρώτα από την γραμματεία του τμήματος, αυτό γίνεται μόνο για τους ασθενείς που έχουν προγραμματισμένη εισαγωγή ή για τους ασθενείς που έρχονται έκτακτα από τα εξωτερικά ιατρεία. Στην τελευταία περίπτωση είναι παλιοί ασθενείς οι οποίοι ήρθαν για επαναληπτικές εξετάσεις και έκριναν οι γιατροί ότι πρέπει να ξανά εισαχθούν στο τμήμα για περεταίρω εξετάσεις.

Μόλις ολοκληρώσουν την διαδικασία εισαγωγής δηλαδή να δώσουν τα στοιχεία στην γραμματεία, τότε περιμένουν έξω από την κλινική στο οποίο υπάρχει ένα σαλονάκι που μπορούν να περιμένουν μέχρι να τους φωνάξουν έναν – έναν μέσα στο τμήμα για να τελειώσουν την διαδικασία και να μεταφερθούν στο δωμάτιο τους. Στην αίθουσα αυτή οι ασθενείς μπορεί κ να περιμένουν μέχρι και μια ώρα μπορεί κ παραπάνω ανάλογα τα ποσά άτομα έχουν έρθει. Όταν έρθει η σειρά τους περνάνε στην εσωτερική γραμματεία που εκεί τους περιμένει η υπεύθυνη - νοσηλεύτρια του τμήματος. Η νοσηλεύτρια τους ζητάει να της πουν αναλυτικά το ιστορικό τους, την φαρμακευτική αγωγή που περνούν και αν περνούν, αν έχουν κάνει κάποιο σοβαρό πρόβλημα ή χειρουργείο και πότε και το



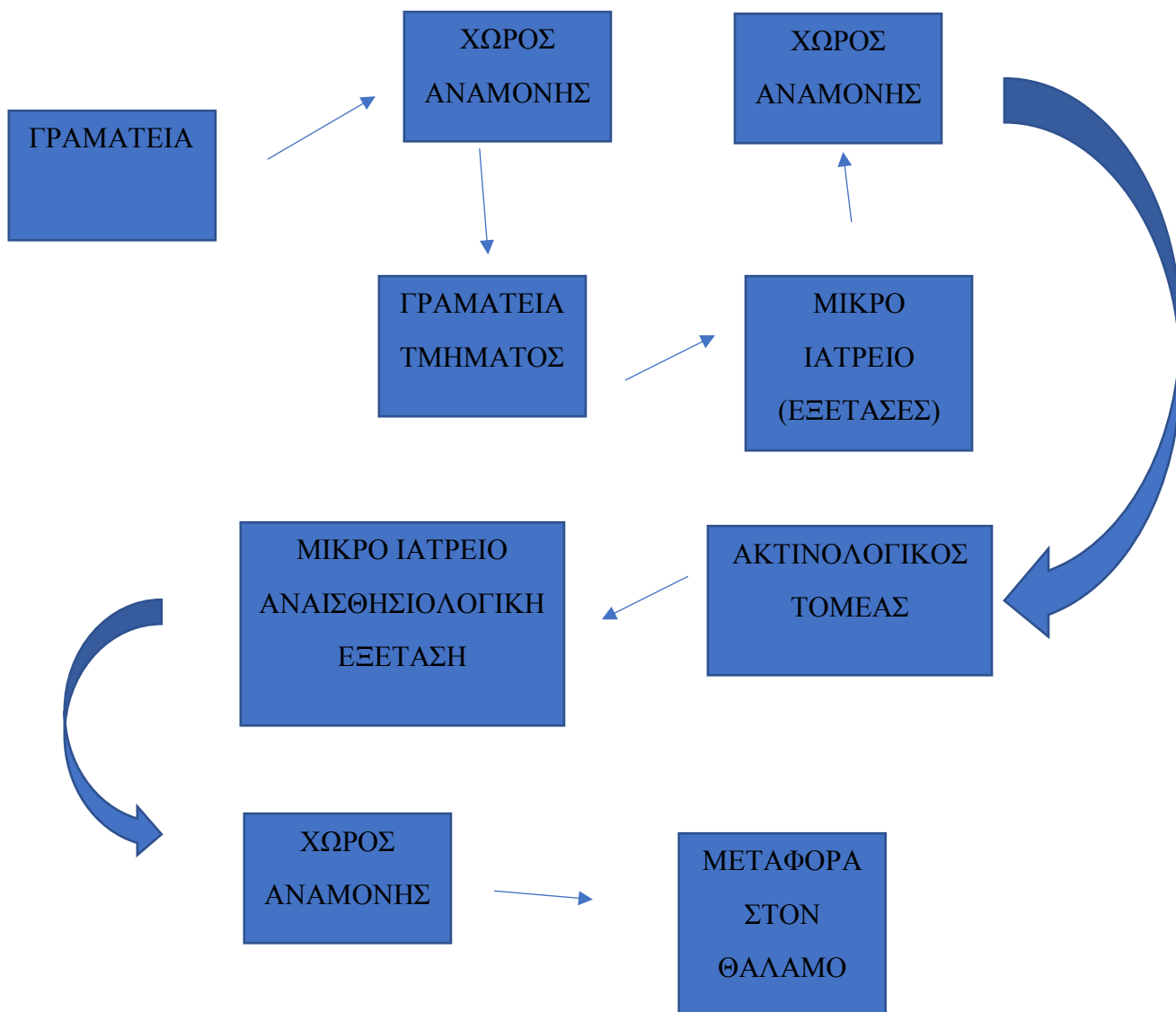
πιο σημαντικό είναι αν έχουν κάποια αλλεργία είτε σε κάποια φαρμακευτική ουσία είτε σε κάποιο φαγώσιμο .

Στην συνέχεια περνάνε στο μικρό δωμάτιο, σαν ιατρείο, στο οποίο τους κάνουν αιματολογικές εξετάσεις τις οποίες τις στέλνουν κατευθείαν στο αιματολογικό τμήμα ώστε να δούνε έγκαιρα μήπως υπάρχει κάποιο θέμα και ταυτόχρονα καρδιολογικό έλεγχο, τον οποίο ελέγχει ο καρδιολόγος που συνεργάζεται με το τμήμα.

Μόλις τελειώσουν την διαδικασία αυτήν τους στέλνουν για ακτινολογικό έλεγχο αν γνωρίζουν που είναι πηγαίνουν μονοί τους αν όχι περιμένουν στο μικρό σαλονάκι μέχρι να μπορέσει να έρθει ο τραυματιοφορέας να τους συνοδέψει στο συγκεκριμένο τμήμα του νοσοκομείου, μέχρι να έρθει όμως να τους παραλάβει υπάρχει μια σχετική αναμονή και πολλοί ασθενείς διαμαρτύρονται αλλά συνήθως δεν είναι πάνω από μισή ώρα.

Μόλις γυρίσουν από τον ακτινολογικό έλεγχο, περιμένουν να τους δει ο αναισθησιολόγος για να είναι έτοιμοι για το χειρουργείο. Αν δεν κάνουν εισαγωγή για χειρουργείο τότε περιμένουν στο σαλονάκι ή τους στέλνουν για να φανέ κάτι ή να πιούνε κάποιον καφέ μέχρι να έρθει η ώρα να τους τοποθετήσουν στον θάλαμο τους. Όσοι όμως περιμένουν να έρθει ο αναισθησιολόγος δεν γίνεται να απομακρυνθούν από το τμήμα.

Όταν ολοκληρώσουν όλη την διαδικασία της εισαγωγής τους τοποθετούν στα δωμάτια τους. Αν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δωμάτια εκείνη την ώρα μπορούν να κατέβουν κάτω στο κυλικείο. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει μεγάλη ταλαιπωρία για τους ασθενείς γιατί μπορεί να διαρκέσει πολλές ώρες και οι ασθενείς νευριάζουν και ξεσπάνε στο προσωπικό ακόμα και στους γιατρούς. Σε κάποιες περιπτώσεις και κυρίως μετά από εφημερία που είναι πλήρες το τμήμα τους στέλνουν σαν φιλοξενία σε άλλα τμήματα μέχρι να αδειάσει κάποιο δωμάτιο και να έρθουν πίσω στο τμήμα. Αυτό γίνεται γιατί η συγκεκριμένη κλινική και γενικά το νοσοκομείο δεν χρησιμοποιεί ράντζα ή επιπλέον κρεβάτια στα δωμάτια, μόνο στην περίπτωση της εφημερίας που δεν μπορεί να τους στείλει σε άλλες κλινικές. Όταν γίνεται αυτό οι ασθενείς παραπονιούνται γιατί νιώθουν ότι εκεί δεν θα τους συμπεριφερθούν σαν ασθενείς τους, αλλά η προϊστάμενη του τμήματος τους ηρεμεί και τους καθησυχάζει.



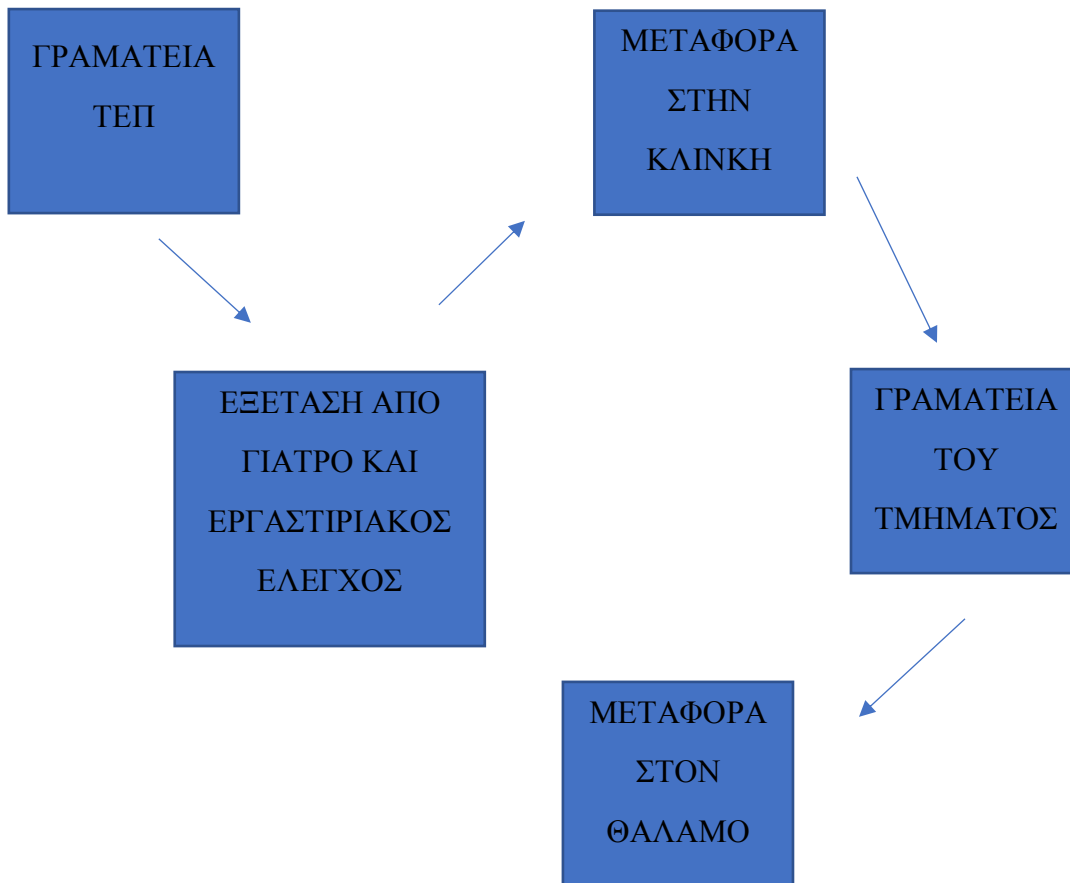
**ΕΙΚΟΝΑ3.1:** Χαρτογράφηση διαδικασία εισαγωγής ασθενών στο χειρουργικό τμήμα της κλινικής Α.

Σε μέρες εφημερίας του νοσοκομείου και κυρίως του τμήματος κάποια πράγματα κατά την εισαγωγή- άφιξη των ασθενών αλλάζουν. Πιο αναλυτικά, ο ασθενής που θα έρθει στα επείγοντα πηγαίνει στην γραμματεία του τμήματος των επειγόντων περιστατικών και από εκεί καταχωρούνται τα στοιχεία του μέσα στο σύστημα. Από εκεί περνάει στους γιατρούς και από εκεί του ετοιμάζουν τα χαρτιά με το ιστορικό του και την αγωγή που θέλουν να ξεκινήσει άμεσα ο ασθενής. Ο τραυματιοφορέας παραλαμβάνει τον ασθενή από τα επείγοντα και τον μεταφέρει στην κλινική πάνω.

Συνήθως η μεταφορά γίνεται με καρτσάκι ή αν μπορεί ο ασθενής με τα ποδιά, αν όμως δεν είναι καλά και όχι σε τόσο καλή κατάσταση τον πηγαίνουν με φορείο. Μόλις φτάσουν στην κλινική αν είναι με φορείο ή σε καρτσάκι τότε κατευθείαν τον τοποθετούν σε δωμάτιο αν όμως είναι περιπατητικός τον αφήνουν στην γραμματεία κ αν έχει άλλον στο σαλονάκι μέχρι να τον παραλάβουν το προσωπικό. Σε ώρες αιχμής στο τμήμα για να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής τον τοποθετούν κατευθείαν και τον ίδιο στο δωμάτιο και μετά με την σειρά έναν – έναν τους φωνάζουν μπροστά στην εσωτερική γραμματεία του τμήματος για τα στοιχεία τους, αν δεν είναι σε θέση να σηκωθούν έρχεται κάποιος συνοδός του ενώ στην περίπτωση που είναι μονός του πηγαίνει η νοσηλεύτρια στο δωμάτιο του και τον ρωτάει έστω τα βασικά (αλλεργίες, φάρμακα, ασθένειες).

Στην γραμματεία του τμήματος τους υποδέχεται η υπεύθυνη της βάρδιας, τους καταγραφεί στο βιβλίο εισαγωγών, στην συνέχεια βλέπει τα στοιχεία που της έχουν φέρει από τους γιατρούς, τους ξανά ρωτάει για το ιστορικό τους και τι φάρμακα παίρνουν για αλλεργίες και ότι άλλο είναι απαραίτητο να γνωρίζουν για όσο καιρό θα χρειαστεί να νοσηλευτεί στο τμήμα. Στην συνέχεια του κάνουν την νοσηλεία που τους έχει δώσει την εντολή ο γιατρός, τον τοποθετούν φλεβοκαθετήρα αν δεν υπάρχει από τα επείγοντα, και του βάζουν ορό αν χρειάζεται. Ο ασθενής δεν χρειάζεται να κάνει εξετάσεις πάνω στο τμήμα όπως μια απλή μέρα γιατί αυτά γίνονται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών.

Πολλοί ασθενείς ήταν δυσαρεστημένοι από την καθαριότητα του τμήματος και ειδικά τις μέρες τις εφημερίας γιατί δεν περνούσαν οι καθαρίστριες πέρα από τις πρωινές ώρες να καθαρίσουν τα δωμάτια, μόνο μια φορά το απόγευμα στο χώρο των νοσηλευτών για να αδειάσουν τα σκουπίδια τους. Έτυχε να λερωθεί ένα μπάνιο και φωνάξαν καθαρίστρια και εκείνη δεν εμφανίστηκε ποτέ, έτσι αναγκαστήκαν οι ίδιοι οι ασθενείς να το τακτοποιήσουν κάπως μέχρι να έρθουν το πρωί να το καθαρίσουν όπως έπρεπε. Επίσης πολύ παραπονιόταν ότι δεν είχε χαρτί υγείας σε κάποιο δωμάτιο και σε κάποιο ακόμα σαπούνι για να πλύνουν τα χεριά τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό τους έδωσε κάτι σαν χαρτί (χαρτοβάμβακο: είναι σαν χαρτί αλλά πιο χοντρό και πιο τραχύ) και αν ακόμα έκαναν παράπονα τους έλεγαν ότι δεν έχουν και αυτοί αυτό χρησιμοποιούν και να ήθελαν να έπαιρναν δικό τους μέχρι το προσωπικό της καθαριότητας να τους έφερνε μόλις είχαν. Σε μέρες εφημερίας οι ασθενείς παραπονιόταν ότι δεν τους φρόντιζαν και δεν τους έδιναν τα φάρμακα τους, κάποιοι άλλοι έδειχναν κατανόηση και έκαναν υπομονή γιατί έβλεπαν ότι γινόταν πανικός μέσα στο τμήμα και ότι το προσωπικό έτρεχε συνέχεια για να τα προλάβει όλα.



ΕΙΚΟΝΑ 3.2 : Χαρτογράφηση διαδικασία εισαγωγής ασθενών στο χειρουργικό τμήμα της κλινικής Α σε μέρα εφημερίας.

### 3.2 Κλινική Β

Στην δεύτερη κλινική οι εισαγωγές των ασθενών γινόταν με λίγο διαφορετικό τρόπο από την προηγούμενη κλινική. Ο ασθενής που ερχόταν για την εισαγωγή στο χειρουργικό τμήμα δεν περνούσε από κάποια γραμματεία αλλά όλες οι διαδικασίες για την εισαγωγή των ασθενών γίνονται μέσα στην κλινική.

Έξω από το τμήμα υπήρχε ένα μικρός χώρος με λίγα καθίσματα, όπου εκεί οι ασθενείς περιμένουν μέχρι να έρθει η ώρα να τους φωνάξουν να μπουν να ξεκινήσουν την εισαγωγή τους. Η αναμονή στον χώρο αυτόν παίρνει αρκετή ώρα λόγω της μεγάλης και

χρονοβόρας διαδικασίας που την αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχει περίπτωση οι ασθενείς να περιμένουν ακόμα και 2 ώρες ώστε να έρθει η στιγμή που θα ακούσουν το όνομα τους.

Όταν εισέρχονται στην κλινική, περνάνε κατευθείαν στην γραμματεία του τμήματος που εκεί τους εξυπηρετεί η νοσηλεύτρια που είναι αρμόδια για την εισαγωγή των νέων ασθενών. Η νοσηλεύτρια ζητάει τα προσωπικά στοιχεία τους τα οποία τα περνάει στο σύστημα και στο βιβλίο εισαγωγών της κλινικής. Στη συνέχεια, συμπληρώνει τις καρτέλες στις οποίες αναγραφεί το ιστορικό του ασθενή, την φαρμακευτική αγωγή που παίρνει, αν έχει κάποια αλλεργία και αν έχει κάνει κάποιο πρόσφατο χειρουργείο.

Μόλις τακτοποιηθούν τα γραφειοκρατικά της εισαγωγής, τον μεταφέρει στο δωμάτιο του ώστε να μπορέσει να τακτοποιηθεί και να συνεχίσουν με τις εξετάσεις ρουτίνας. Μετά από λίγη ώρα, η νοσηλεύτρια πηγαίνει με τον καρδιογράφο στο δωμάτιο του ασθενή, ώστε να κάνουν τον καρδιολογικό έλεγχο για να το στείλει στον εξειδικευμένο ιατρό ώστε να το ελέγξει. Έπειτα, περνάει στον αιματολογικό έλεγχο, ο οποίος απαιτεί συγκεκριμένες εξετάσεις τις οποίες έχει ζητήσει ο ιατρός του τμήματος από την προηγούμενη μέρα. Συνήθως οι εξετάσεις αυτές είναι ίδιες για κάθε ασθενή, εκτός και αν κρίνει ο γιατρός ότι χρειάζεται και άλλες πιο εξειδικευμένες ανάλογα φυσικά με το περιστατικό.

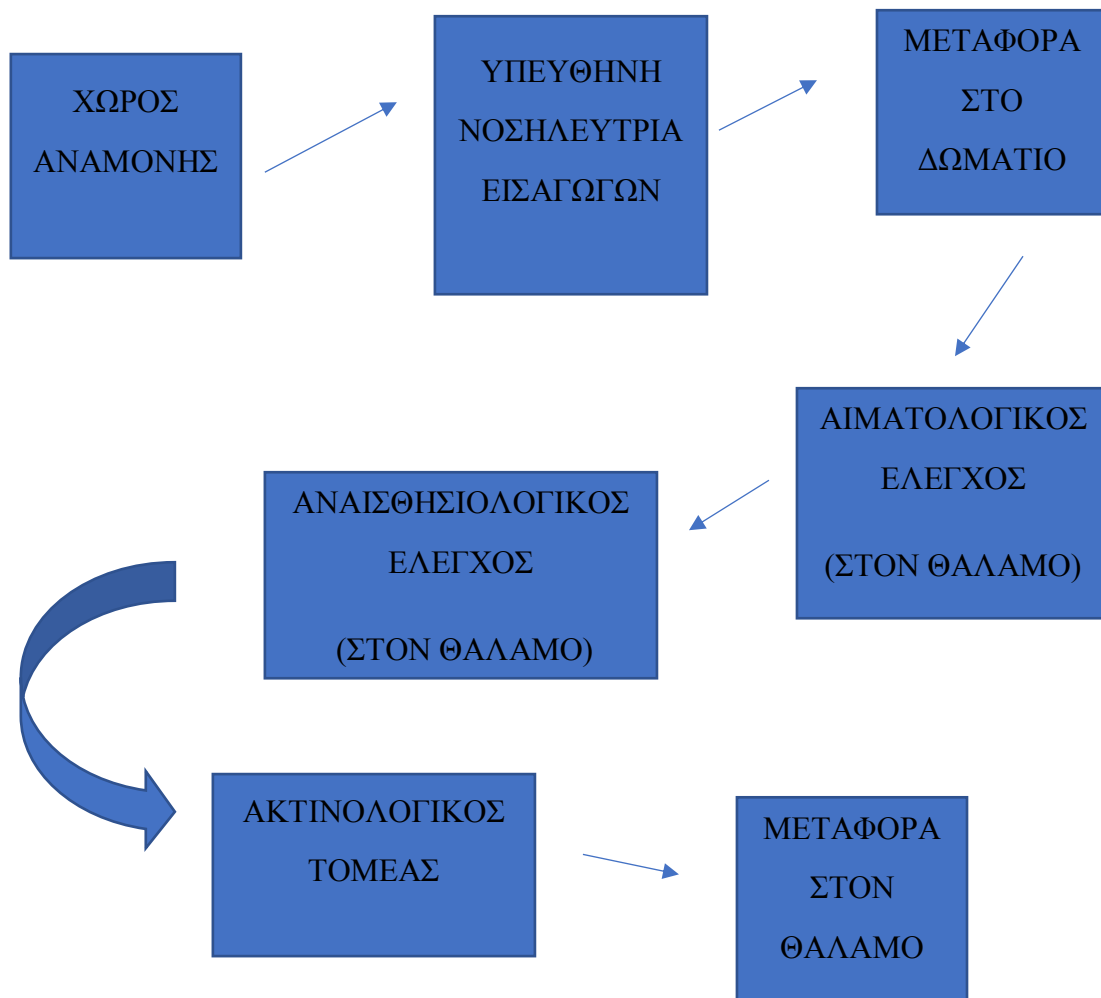
Ο έλεγχος ρουτίνας τελειώνει μόλις έρθει ο αναισθησιολόγος, εκεί ο γιατρός τον ελέγχει και τον ρωτάει το ιστορικό του και κάποια αλλά βασικά θέματα όπως αν κουράζεται ευκολά αν μπορεί για παράδειγμα να ανεβεί 2 ορόφους με τα ποδιά. Με αυτόν τον τρόπο καταλαβαίνει αν θα χρειαστεί κάποιο φάρμακο πριν από το χειρουργείο. Μόλις ολοκληρωθεί ο αναισθησιολογικός έλεγχος, έρχεται ο τραυματιοφορέας τους παραλαμβάνει και τους μεταφέρει στον ακτινολογικό τμήμα για την τελευταία εξέταση. Μετά από εκεί οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να πάνε να πιούν καφέ ή να φανέ. Η διαδικασία αν και φαίνεται σύντομη κρατάει μέχρι και 4 με 5 ώρες στο κάθε ασθενή. Φυσικά κάποια πράγματα γίνονται σε όλους τους νέους ασθενείς, όπως η αναισθησιολογική εξέταση και η ακτινογραφία θώρακος.

Η καθαριότητα της κλινικής γινόταν τις πρωινές ώρες και μια φορά το μεσημέρι. Πολλές φορές ακόμα και όταν καθάριζαν τον χώρο φαινόταν σαν να μην έχει καθαριστεί. Μπορεί να οφείλεται στα υλικά που χρησιμοποιούσαν δηλαδή να μην ήταν τα καταλληλά όπως παλιές ή όχι καθαρές σφουγγαρίστρες/σκούπες, ακόμα και ότι οι κτιριακές εγκαταστάσεις είναι παλιές και σε κάποια σημεία τελείως απεριποίητα. Οι ασθενείς

προσπαθούσαν να μην δώσουν σημασία στη κατάσταση αυτή και πολλές φορές οι ίδιοι οι συνοδοί τους καθάριζαν λίγο την γύρω περιοχή των δικών τους ανθρώπων. Τουαλέτες στο τμήμα δεν είχε μέσα στα δωμάτια. Βρισκόταν διπλά σχεδόν στην στάση των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα οι νοσηλευόμενοι διαμαρτυρόνταν ότι μετά το χειρουργείο θα αδυνατούν να πάνε διότι είναι μακριά και δεν θα είναι καθαρές λόγω του ότι όλοι οι ασθενείς πηγαίνουν στις ιδίες. Όμως η καθαριότητα στο αποχωρητήριο ήταν άψογη, καθαριζόταν σχεδόν κάθε μια ώρα, είχε πάντα χαρτί υγείας και πάντα σαπούνη για τα χερί.

Οι χώροι των δωματίων ήταν αρκετά ευρύχωροι, όμως σε μέρες μετά από εφημερίες οι χώροι ήταν γεμάτοι με παραπάνω κρεβάτια τύπου ράντζα. Δηλαδή τα δίκλινα γινόταν τρίκλινα και τα εξάκλινα πολλές φορές οκτάκλινα. Οι ασθενείς παραπονιόταν συνεχώς διότι δεν είχαν χώρο ούτε να σηκωθούν από το ίδιο το κρεβάτι τους. Πόσο μάλλον να έχουν τον χώρο για τα προσωπικά τους πράγματα. Η διοίκηση του νοσοκομείου για να μπορέσει να ελαφρύνει το κλίμα κάποιους τους μετέφερε σε άλλες κλινικές αλλά πολλές φορές ήταν αδύνατον γιατί ήταν γεμάτες και δεν μπορούσαν να εξυπηρετήσουν η μια την άλλη. Οι ασθενείς δεν παραπονιόταν μόνο γι' αυτό το θέμα αλλά, ακόμα και για τα σεντόνια που ήταν σε κακή κατάσταση, άλλα ήταν σκισμένα άλλα ήταν μικρά ακόμα και 2 μικρά σεντόνια ραμμένα μεταξύ τους. Πολλοί ζητούσαν από τους δικούς τους να τους φέρουν από το σπίτι τους. Ακόμα υπήρχαν ασθενείς που κατά την εισαγωγή τους ήταν προετοιμασμένοι και είχαν μαζί τους.

Στην συγκεκριμένη κλινική οι ασθενείς ήταν δυσαρεστημένοι από την κατάσταση που επικρατούσε ακόμα και σε μέρες χωρίς εφημερία. Δεν τους πείραζε που δεν υπήρχε πολύ προσωπικό όσο για την καθαριότητα και τα αγαθά πρώτης ανάγκης όπως ήταν τα σεντόνια ακόμα και ότι είχε πάρα πολύ κόσμος και δεν μπορούσαν να ηρεμήσουν. Το προσωπικό προσπαθούσε να καθησυχάσει τους νοσηλευόμενους, άλλα σε κάποιες περιπτώσεις αυτό δεν αρκούσε.



**ΕΙΚΟΝΑ 3.3:** Χαρτογράφηση διαδικασία εισαγωγής ασθενών στο χειρουργικό τμήμα της κλινικής Β.

Σε μέρες εφημερίας η κατάσταση στον τρόπο εισαγωγής των ασθενών δεν άλλαζε ιδιαίτερος. Πιο αναλυτικά, ο ασθενής μεταφερόταν στην κλινική από το τμήμα των επειγόντων περιστατικών με την βοήθεια πάντα του τραυματιοφορέα. Μαζί του είχε και έναν φάκελο με όλα τα στοιχεία του και οδηγίες από τους γιατρούς των επειγόντων. Συνήθως ερχόταν με περασμένο τον φλεβοκαθετήρα ή τον ουροκαθετήρα αν χρειαζόταν από τα επείγοντα, όμως κάποιες φορές ήταν αδύνατον λόγω του φόρτου εργασίας του συγκεκριμένου τμήματος.

Μόλις η νοσηλεύτρια περάσει όλα τα στοιχεία του ασθενή στις κάρτες νοσηλείας και στα βιβλίο εισαγωγών του τμήματος, τον μεταφέρουν στο δωμάτιο του ώστε να τακτοποιηθεί. Το ιστορικό του ο ασθενής δεν το δίνει ξανά, η νοσηλεύτρια τα έχει έτοιμα από τα επείγοντα οπότε απλά τα περνάει στην καρτέλες τις δίκες τους, όπως και τις οδηγίες για το αν χρειάζεται ορό η κάποιο φάρμακο ακόμα και κάποια συγκεκριμένη εξέταση που δεν πρόλαβε να γίνει κάτω στα επείγοντα.

Εξαιτίας του βαρύ προγράμματος του προσωπικού, πολλές φορές καθυστερούν να γίνουν οι νοσηλείες των ασθενών. Υπήρξε ασθενής στον οποίο δεν είχε τοποθετηθεί ορός για πάνω από δυο ώρες. Όσον αφορά την καθαριότητα του τμήματος σε μέρες εφημερίας είναι περίπου η ίδια απλά τα αποχωρητήρια δεν καθαρίζονται τόσο τακτικά και η μεσημεριανή καθαριότητα όλου του τμήματος περιορίζεται αρκετά, πιο πολύ καθάριζαν τον ενιαίο χώρο και τον χώρο των νοσηλευτών.



**ΕΙΚΟΝΑ 3.4:** Χαρτογράφηση διαδικασία εισαγωγής ασθενών στο χειρουργικό τμήμα της κλινικής Β σε μέρα εφημερίας.



### 3.3 Διαφορές και ομοιότητες των δυο κλινικών

Γενικά και στις κλινικές Α και Β βρέθηκε ότι οι ασθενείς διαμαρτυρόταν για τις πάρα πολλές ώρες αναμονής για να ολοκληρωθεί η διαδικασία της εισαγωγής τους. Κύριος λόγος ήταν η μεγάλη γραφειοκρατία και η έλλειψη ηλεκτρονικού συστήματος.

Οι διάφορες που έχουν οι δημόσιες κλινικές μεταξύ τους δεν είναι πάρα πολλές. Στην κλινική Α τα στοιχεία τα περνάει η εξωτερική γραμματεία ενώ στην κλινική Β η νοσηλεύτρια του τμήματος. Στην Α κλινική τα δωμάτια αν γεμίσουν στέλνουν φιλοξενίες σε άλλες κλινικές και αν δεν είναι εφικτό τοποθετούν άλλα κρεβάτια ιδιά με τα υπόλοιπα, ενώ στην Β κλινική αν δεν μπορούν να φιλοξενηθούν οι ασθενείς δεν υπάρχουν κρεβάτια αλλά ράντζα. Στην πρώτη κλινική η διοίκηση του νοσοκομείου προσπαθεί με κάθε τρόπο να μην ταλαιπωρεί τους ασθενείς και γι `αυτό τον λόγο οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι δεν είναι σε θέση να περπατήσουν η να σηκωθούν από το κρεβάτι δεν τους μεταφέρουν με κάποιο φορείο άλλα με το ίδιο το κρεβάτι, ενώ στην άλλη κλινική με κάποιο φορείο.

Στην καθαριότητα και οι δυο κλινικές κυμαίνονται περίπου στο ίδιο επίπεδο. Αν και στην δεύτερη κλινική καθαρίζεται πιο τακτικά άλλα η κλινική φαίνεται σαν να μην καθαρίστηκε. Όμως τα αποχωρητήρια στη κλινική Β ήταν πάντα καθαρά παρότι κοινά για όλους τους νοσηλευόμενους, ενώ στην πρώτη κλινική καθαριζόταν μόνο μια φορά την ημέρα άλλα το κάθε δωμάτιο διέθετε το δικό του.

Ένα ακόμα κοινό στοιχείο που έχουν οι δυο κλινικές είναι ότι φαινόταν ότι ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των γιατρών όπως και του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και παρατηρήθηκε ότι στην κλινική Α οι νοσηλευόμενοι ήταν πιο ικανοποιημένοι με το νοσηλευτικό προσωπικό, αυτό κυρίως οφείλεται στο ότι η κλινική αυτή είχε περισσότερο προσωπικό οπότε ήταν στην διάθεση τους πιο άμεσα σε σχέση την κλινική Β.

### 3.4 Ιδιωτική κλινική

Στον ιδιωτικό τομέα τα πράγματα διαφοροποιούνται εξαιτίας του ότι έχουν σαν στόχο ο ασθενής- πελάτης να είναι πάντα ικανοποιημένος, διότι αν δεν είναι θα φέρει κακές κριτικές σε άλλους μελλοντικούς πελάτες.

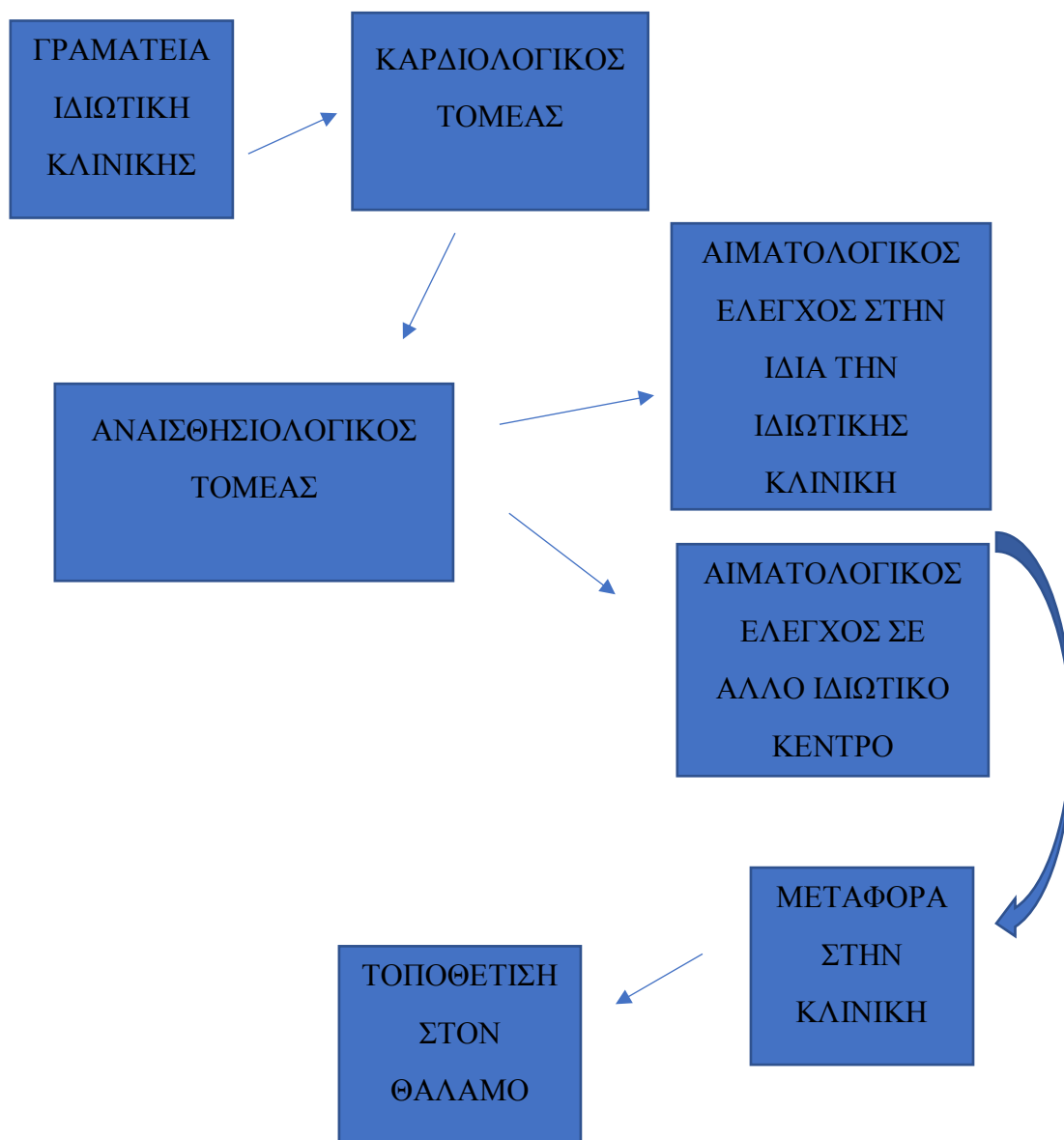
Ο ασθενής κανονίζει με τον ιατρό τι ώρα θα έρθει για να κάνει την εισαγωγή, δεν έχει δηλαδή καθορισμένη ώρα που γίνονται οι εισαγωγές όπως συμβαίνει στα δημοσιά νοσοκομεία. Μόλις έρθει ο ασθενής – πελάτης πηγαίνει κατευθείαν στην γραμματεία της ιδιωτικής κλινικής η οποία βρίσκεται στο ισόγειο. Εκεί τακτοποιεί ότι εκκρεμότητες έχει με την κλινική όπως είναι η πληρωμή για το χειρουργείο. Στην συνέχεια η γραμματεία περνάει τα προσωπικά στοιχεία του μέσα στο ηλεκτρονικό σύστημα. Ταυτόχρονα, ειδοποιούν την κλινική και τον γιατρό ότι είναι έτοιμος.

Πριν πάει στο χειρουργικό τμήμα, περνάει από την καρδιολογικό τομέα. Εκεί γίνεται το καρδιογράφημα και παράλληλα τον εξετάζει ο ειδικός καρδιολόγος. Μόλις τελειώσει με τον καρδιολόγο σε εκείνο το ίδιο το δωμάτιο έρχεται σε πρώτη επαφή με τον αναισθησιολόγο. Ο οποίος του παίρνει το ιστορικό, για τα χειρουργεία που έχει κάνει, την φαρμακευτική αγωγή του, τις αλλεργίες και γενικά ότι είναι χρήσιμο να γνωρίζει όλο το εξειδικευμένο προσωπικό.

Όσον αφορά τις αιματολογικές εξετάσεις και τον ακτινολογικό έλεγχο ο ασθενής – πελάτης έχει δυο επιλογές. Η πρώτη είναι να τις κάνει μέσα στην ίδια την κλινική και η δεύτερη είναι να πάει σε οποίο ιδιωτικό ή μη εργαστήριο και να κάνει τις εξετάσεις που του έχει ζητήσει ο γιατρός του.

Εφόσον έχουν τελειώσει όλες οι διαδικασίες ο ασθενής – πελάτης εισέρχεται στο χειρουργικό τμήμα. Εκεί κατευθείαν τον πηγαίνουν στον θάλαμο του. Μόλις έρθει ο γιατρός του του εξηγεί την διαδικασία που θα ακολουθήσει. Συνήθως οι περισσότεροι που έρχονται στο τμήμα αυτό είναι για να κάνουν κάποιο χειρουργείο, το οποίο γίνεται αυθημερόν. Οπότε το νοσηλευτικό προσωπικό τους ετοιμάζει για το χειρουργείο. Αν όμως δεν ήρθαν για χειρουργείο, στην περίπτωση αυτή απλά ακολουθούν τις οδηγίες που τους έδωσε ο γιατρός για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η καθαριότητα του χώρου είναι άψογη, καθόλη την μέρα υπάρχει συνεργείο καθαρισμού που περνάει σε τακτικά χρονικά διαστήματα και από τους κοινούς χώρους άλλα και από τα δωμάτια των ασθενών – πελατών. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ καλή, δεν μιλάνε άσχημα και πάντα είναι ευδιάθετοι και χαμογελαστοί. Οποτε τους χρειαστούν βρίσκονται πάντα στη διάθεσή τους. Σε αυτό πιθανόν οφείλεται το γεγονός ότι δεν έχουν τόσο κόσμο όσο υπάρχει στις άλλες δυο κλινικές.



ΕΙΚΟΝΑ 3.5: Χαρτογράφηση διαδικασία εισαγωγής ασθενών στο χειρουργικό τμήμα της ιδιωτικής κλινικής.

### 3.5 Σύγκριση δημοσίων και ιδιωτικής κλινικής

Στην ιδιωτική κλινική Γ ο αριθμός προσωπικού κυρίως νοσηλευτικού δεν είναι πολύ μεγάλος , θα έλεγε κανείς ότι είναι και μειωμένος σε σχέση με τις άλλες δυο κλινικές. Αλλά δεν υπάρχει τόσο γραφειοκρατία σε σχέση με το δημόσιο τομέα. Ο καθένας έχει αναλάβει το δικό του κομμάτι και όλα κυλάνε ομαλά χωρίς αναμονές χωρίς παράπονα. Από την άλλη πλευρά όμως στον δημόσιο τομέα υπάρχουν πάρα πολύ μεγάλη

προσέλευση ασθενών – πελατών σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, οπότε γι' αυτό τον λόγο μπορούμε να δείξουμε λίγη κατανόηση όσο αφορά την καθυστέρηση για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την αναμονή για τον αναισθησιολόγο.

Από την πλευρά της καθαριότητας η κλινική Γ υπερτερούσε σε σχέση με τις κλινικές Α και Β. Φυσικά στο δημόσιο τομέα δεν μπορεί η διοίκηση να απαιτήσει να έχει παραπάνω προσωπικό καθώς όλα καθορίζονται από το κράτος οπότε δεν μπορεί να έχει το ίδιο προσωπικό στον τομέα καθαριότητας και το πρωί και όλη την υπόλοιπη μέρα. Το κράτος γενικά προσπαθεί να μειώσει όσο παραπάνω μπορεί τα λειτουργικά του έξοδα έτσι και τα δημοσιά νοσοκομεία πρέπει να υπακούνε στην υπάρχουσα κατάσταση. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει στον ιδιωτικό τομέα, εκεί τους ενδιαφέρει να βγάλουν κέρδος ακόμα και αν χρειαστεί να δώσουν παραπάνω χρήματα σε κάποιες βασικές υπηρεσίες, αρκεί ο πελάτης -ασθενής να φύγει ικανοποιημένος από την κλινική.

Τέλος, για την κτηριακή υποδομή μεταξύ των τριών κλινικών την μακράν καλύτερη είχε η κλινική Α. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι είναι σχετικά καινούρια τα κτίρια της και πολύ καλά συντηρημένα. Η κλινική Γ να μεν ήταν πολύ καλά συντηρημένο το κτήριο της άλλα οι χώροι των δωματίων για παράδειγμα ήταν πολύ μικροί. Τέλος, η κλινική Β λόγω της παλαιότητας του κτηρίου όσες προσπάθειες καλυτέρευσης και να γίνουν πάλι θα υπάρχουν μέρη τα οποία θα μοιάζουν παλιά και απεριποίητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο οι επιστήμονες προσπαθούν να προσεγγίσουν την έννοια της ποιότητας για την ζωή των ανθρώπων, να αυξήσουν την ικανοποίηση των ασθενών και να εστιάσουν ακόμα πιο πολύ στις ανάγκες τους. Η υγεία των ανθρώπων είναι ότι πιο πολυτιμότερο έχουν και δεν σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, το χρώμα και το κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο μόρφωσης που έχουν.

Το τελευταίο διάστημα είναι εμφανές ένα έντονο ενδιαφέρον από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την συγκράτηση του κόστους. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων. Όπως, λίγες είναι και οι έρευνες που αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα δημόσια νοσοκομεία καθώς και από τις υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνονται οι ιδιωτικές κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα αλλά και τα ιατρεία ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών και οδοντιάτρων.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκε στην Ελλάδα το 1983 με τον νομό 1397 το οποίο βασίζεται στο ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό, με ισότητα πρόσβασης για όλους τους πολίτες.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα παρέχουν πιο κατάλληλο συνδυασμό παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά αυτό δεν καθίσταται ικανό να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις πλήρους ζήτησης καθώς απαιτεί περισσότερο κόστος.

Μέσω της έρευνας που έγινε στα πλαίσια της διπλωματικής, που αφορούσε κατά πόσο οι ασθενείς – πελάτες είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα κατά την εισαγωγή τους στα χειρουργικά τμήματα, έδειξε ότι πιο γρήγορη εξυπηρέτηση γινόταν στο ιδιωτικό τομέα παρά στο δημόσιο. Κύριος λόγος ήταν η αυξημένη γραφειοκρατία που επικρατεί στα δημόσια νοσοκομεία και η έλλειψη ηλεκτρονικού συστήματος. Φυσικά στην κλινική Α ήταν εν μέρει καλύτερα από ότι στην

κλινική Β γιατί είχε δικιά του γραμματεία οπότε τα στοιχεία και η τακτοποίηση με το ασφαλιστικό ταμείο γινόταν από αυτούς, οπότε το νοσηλευτικό προσωπικό δεν χρειαζόταν να ασχοληθεί και με αυτά τα διαδικαστικά.

Λόγω ότι το κράτος προσπαθεί με κάθε τρόπο να προσφέρει τις ίδιες υπηρεσίες υγείας αλλά με όσο το δυνατόν λιγότερο κόστος, επιλέγει να μειώνει διάφορες υπηρεσίες που συμβάλουν στην ικανοποίηση του ασθενή. Μια από αυτές είναι η καθαριότητα. Οπότε βλέπουμε ότι στην κλινική Α η καθαριότητα γινόταν μόνο τις πρωινές ώρες και μετά είχαν 2 με 3 για όλο το νοσοκομείο που ήταν μόνο για έκτακτες περιπτώσεις. Παράλληλα, στην κλινική Β η καθαριότητα γινόταν περισσότερες φορές μέσα στην μέρα (δυο) αλλά περνούσαν τακτικά και καθάριζαν μόνο τα αποχωρητήρια. Ενώ αντίθετα, στον ιδιωτικό τομέα που κύριο μέλημα τους είναι ο ασθενής να εξέλθει ικανοποιημένος οπότε μέσω αυτού να έρθουν και μελλοντικοί πελάτες, η καθαριότητα γινόταν σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αρκετές ελλείψεις είτε αυτό σημαίνει ότι δεν παρέχουν όλες τις πρώτες ανάγκες στον κάθε ασθενή είτε σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Μέσω της έρευνας το διακρίνει κάποιος στην κλινική Β από την έλλειψη σε κλινοσκεπάσματα όπως και στις δυο κλινικές Α και Β στην έλλειψη για την υγιεινή των ασθενών όπως σαπούνι και χαρτί υγείας.

Τέλος, όλα τα νοσοκομεία είτε δημόσια είτε ιδιωτικές κλινικές έχουν χρέος και ταυτόχρονα προτεραιότητα να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών. Φυσικά λόγω του πλήθους των ασθενών που έχουν όλα τα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει αλλά θα πρέπει να προσπαθούν όλοι όσοι εργάζονται στα ιδρύματα αυτά να παρέχουν την φροντίδα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και με τα πιο κατάλληλα μέσα που έχουν.

Στην συνέχεια παρατίθενται κάποιες προτάσεις έτσι ώστε να καλυτερεύσουν τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία – κλινικές.

Για να μπορέσουν τα τμήματα αυτά να δουλέψουν καλύτερα και προς όφελος της ικανοποίησης των ασθενών τους θα πρέπει να φτιάξουν τους χώρους τους έτσι ώστε οι διαδικασίες να κυλάνε πιο ομαλά και με λιγότερες καθυστερήσεις. Καλό θα ήταν να ανανεώσουν το ηλεκτρονικό τους σύστημα έτσι ώστε να εξοικονομήσουν χρόνο από την πολλή γραφειοκρατία που υπάρχει. Στην εποχή που ζούμε η τεχνολογία εξελίσσεται με

γοργούς ρυθμούς είναι αδιανόητο να υπάρχουν ιδρύματα είτε δημόσια είτε ιδιωτικά που να μην έχουν το κατάλληλο ηλεκτρονικό σύστημα γι' αυτά.

Τα κτίρια που στεγάζουν υπηρεσίες όπως είναι η υγεία πρέπει να διατηρούνται σαν καινούρια ακόμα και αν είναι πάρα πολύ παλιά, αυτό θα βοηθήσει στην εικόνα που έχουν οι ασθενείς – πελάτες για τις υπηρεσίες. Κανένας ασθενής – πελάτης δεν θέλει να του παρέχουν ιατρική φροντίδα σε ένα κτίριο που φαίνεται έτοιμο να καταρρεύσει. Μπορεί το κράτος να μην έχει την οικονομική δυνατότητα να διαθέσει περισσότερα κονδύλια στις ιατρικές υπηρεσίες αλλά μπορεί με καλύτερο διακανονισμό του ΑΕΠ να τα κατανέμει με σωστότερο τρόπο έτσι ώστε να διατηρούνται τα κτήρια αλλά και να παρέχονται όλες οι σωστές υπηρεσίες. Επίσης το κάθε ίδρυμα μπορεί να προσφέρει βοήθεια με δικά του κονδύλια που θα μπορούσε να τα αποκτήσει μέσω της καινοτομίας σε νέες μεθόδους έτσι ώστε να προσελκύσει νέους ασθενείς – πελάτες από το εξωτερικό.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντεριώτη Π, Αντωνίου Γ, (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Περιεργχειρητική νοσηλευτική. Τόμος 1, Τεύχος 1.
- Βελονάκη Β, Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Ανασκόπηση. Νοσηλευτική 2006. 45(4):491-499.
- Γείτονα Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική, 79(3): 259-267.
- Γιανακοπούλου Γ, Ζυγά Σ. (2013). Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών. Περιεργχειρητική Νοσηλευτική τόμος 1<sup>ος</sup> τεύχος 1<sup>ο</sup>.
- Γούλα Α. (2008). Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Γώγος Χ (2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10<sup>ος</sup> τεύχος 1<sup>ο</sup>.
- Θανασάς Κ, Χαραλάμπους Μ (2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Επιστημονικά χρονικά. Τόμος 21<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup>.
- Καλογεροπούλου Μ. (2011) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011; 28(5):667-673.
- Καμπάντα Μ. & Νιάκα Δ. (2004). Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής.
- Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4):398-408.
- Μανιού Μ. & Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009).



- Νόμος 2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47. «Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς». Διαθέσιμο ηλεκτρονικά στο <http://www.hiv aids.gr/homepage.php?id=koiononia/dikaiomata>.
- Νιάκας Δ. & Γναρδέλλης Χ. (2000). Έρευνα σε Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας. Ανοικτό Ελληνικό Πανεπιστήμιο, Ιατρική.
- Πιερράκος Γ. (2008) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σαρρής Μ. (2001) . Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις : Παπαζήση.
- Σιγάλας Ι. (1999). ‘‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘‘Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις’’, Εκδόσεις: Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Τόμος 4<sup>ος</sup> , Πάτρα.
- Σωτηροπούλου Α, Καλογιάννη Α, Βασταρδής Λ, Παπαγιαννάκη Β, Καδδά Ο, Μαρβάκη Χ (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 13<sup>ος</sup> , Τεύχος 2<sup>ο</sup>.
- Τομάρας Π. (2006). Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ και την έρευνα αγοράς. Έκδοση του ιδίου. Τρίτη έκδοση. Αθήνα.
- Τομάρας Π. (2009). Εισαγωγή στο μάρκετινγκ και την έρευνα αγοράς, Ιδιωτική έκδοση, Αθήνα.
- Τούντας Γ.(2001): Κοινωνία και Υγεία. 2η Έκδοση. Εκδόσεις ‘‘ΟΔΥΣΣΕΑΣ’’. Αθήνα.
- Τούντας Γ. (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Τούντας Γ. (2008) Υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία. Αθήνα.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Armstrong, G., Kotler, P. (2009) Εισαγωγή στο μάρκετινγκ. 9η έκδοση. Αθήνα: Επίκεντρο.
- World Health Organisation, Annex Constitution of the WHO (1984): The First Ten Years of WHO. WHO, Geneva.
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.
- WHO-EURO (1991). Targets for Health for all: the health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- WHO. (1993) Continuous Quality Development: A Proposal National Policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).
- The WhoQol Group, The World Health Organisation Quality of life Assesment (WHOQOL), (1995): Position Paper from the Health Organisation. Social Science Medicine.
- Ventegodt S., Hilden J. & Merrick J. (2003) Measurement of quality of life. A methodological framework. The Scientific World Journal.
- Parasuraman, Berry and Zeithaml (1991) “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, Journal of Retailing.
- Parvatiyar A, Sheth JN. (2000): The domain and conceptual foundations of relationship marketing. In: Sheth JN, Parvatiyar A, eds. Handbook of Relationship Marketing. Thousand Oaks, CA: Sage Publications:3–38
- Deming W.E. (1986) Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Morgan R. M. & Hunt Shelby D. (1994): The commitment–trust theory of relationship marketing. Journal of Marketing.
- American Pharmacists Associat (APhA) (2007): Using Relationship Marketing to Expand Pharmacy Services. The dynamics of pharmaceutical care: enriching patients’ health. U.S.A.