



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων**

Διπλωματική Εργασία

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

της

Χωραφά Γεσθημανής του Αναστασίου

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

Σεπτέμβριος 2021

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή μου, κύριο Χρήστο Βασιλειάδη, για την στήριξη και την πολύτιμη βοήθεια για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Ακόμη, ευχαριστώ θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Αφιέρωσεις

Στην οικογένειά μου..

Περίληψη

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τον τομέα της δημόσιας υγείας, την λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας και τις πρακτικές οι οποίες ακολουθούνται για την αποτελεσματική διοίκηση του δημόσιου τομέα υγείας. Στα πλαίσια αυτά, παρουσιάζονται οι έννοιες της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας, ενώ δίνεται ιδιαίτερη βάση στην ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζεται η εισαγωγή η οποία χρησιμοποιείται για να εισάγει τον αναγνώστη στο βασικό θέμα και το αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας μελέτης. Στη συνέχεια, το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και την λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Ειδικότερα, παρουσιάζονται ορισμένες ιδιαιτερότητες της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Παράλληλα, έχοντας σαν σημείο αναφοράς το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας και τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της. Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας χρησιμοποιείται για να παρουσιάσει την έννοια της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αυτά, παρουσιάζονται οι παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και οι τρόποι σύμφωνα με τους οποίους η ποιότητα εφαρμόζεται στη φροντίδα υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της μελέτης στο οποίο διεξάγεται μια έρευνα αναφορικά με το επίπεδο της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η εργασία ολοκληρώνεται, με το μέρος της συζήτησης και των συμπερασμάτων.

Λέξεις – κλειδιά: Ποιότητα, αποτελεσματικότητα, Ε.Σ.Υ., ικανοποίηση, δημόσιο νοσοκομείο.

Abstract

The aim of this research is to examine the public health sector, the functioning of the national health system and the practices followed for the effective management of the public health sector. In this context, the concepts of quality and efficiency are presented, while a special basis is given to the satisfaction of health service users.

In the first chapter of the work, the introduction is presented which is used to introduce the reader to the main topic and the object of investigation of the present study. Then, the second chapter refers to the quality of health services and the operation of the national health system. There are some peculiarities of the concept of quality in health services, as well as the factors that affect it. At the same time, having as a point of reference the national health system, the concept of quality and the benefits that result from its implementation are presented. Then, the third chapter of the work is used to present the concept of satisfaction of users of health services. In this context, the factors that shape the satisfaction of health service users and the ways in which quality is applied in health care are presented.

In the fourth chapter of the work, the research part of the study is presented in which research is conducted regarding the level of satisfaction of health service users. The work is completed, with the part of the discussion and the conclusions.

Keywords: Quality, efficiency, satisfaction, public hospital.

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	ii
Αφιέρωσεις.....	iii
Περίληψη.....	iv
Abstract	v
Πίνακας Περιεχομένων	vi
Πίνακας Εικόνων	viii
Πίνακας Διαγραμμάτων	viii
Περιεχόμενα Πινάκων.....	ix
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή	xi
Κεφάλαιο 2 ^ο Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και το Ε.Σ.Υ.....	1
2.1. Γενική θεώρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας.....	1
2.2. Ιδιαιτερότητες της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	4
2.3. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην υγεία	6
2.4. Μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	8
2.5. Κριτήρια για την επιλογή των δεικτών μέτρησης ποιότητας.....	10
2.6. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας	12
2.6.1. Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.	12
2.6.2. Οργάνωση και αποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ.	14
2.7. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδα	17
2.8. Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	19
Κεφάλαιο 3 ^ο Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	22
3.1. Πελάτης, καταναλωτής και χρήστης υπηρεσιών υγείας.....	22
3.2. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή.....	24
3.3. Ποιότητα στην φροντίδα υγείας.....	26
3.4. Ικανοποίηση απαιτήσεων και προσδοκιών των ασθενών από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.....	28
3.5. Παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	29
3.6. Ικανοποίηση ασθενών και προσωπικό υγείας.....	31

Κεφάλαιο 4ο: Μεθοδολογία της έρευνας.....	32
4.1. Στόχος της έρευνας.....	32
4.2. Δείγμα της έρευνας.....	32
4.3. Ερευνητική μεθοδολογία	33
4.4. Στατιστική ανάλυση	34
4.5. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	34
4.6. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.	35
Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα της έρευνας.....	37
5.1. Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος	37
5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	37
5.1.2. Βασικές ερωτήσεις	43
5.2. Αξιολόγηση της ικανοποίησης με της χρήση κλιμάκων μέτρησης.....	62
5.3. Συζήτηση	66
Συμπεράσματα.....	70
Αναφορές – Πηγές	72
Ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία.....	72
Ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία.....	77

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Διαστάσεις της ποιότητας στο σύστημα υγείας	2
Εικόνα 2: Διαδικασίες φροντίδας στο νοσοκομείο	4

Πίνακας Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Κριτήριο απόρριψης	33
Διάγραμμα 2: Φύλο.....	37
Διάγραμμα 3: Οικογενειακή κατάσταση.....	38
Διάγραμμα 4: Εκπαίδευση	39
Διάγραμμα 5: Επάγγελμα-Απασχόληση	40
Διάγραμμα 6: Φορέας Ασφάλισης.....	41
Διάγραμμα 7: Μηνιαίο εισόδημα.....	42
Διάγραμμα 8: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι μια ιδιωτική δομή;.....	43
Διάγραμμα 9: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι το Κέντρο Υγείας της περιοχής	44
Διάγραμμα 10: Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο;.....	45
Διάγραμμα 11: Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα;.....	46
Διάγραμμα 12: Το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο ήταν:.....	47
Διάγραμμα 13: Το προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:.....	48
Διάγραμμα 14: Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο ήταν εύκολη:.....	49
Διάγραμμα 15: Η σήμανση στους χώρους του Νοσοκομείου για τα Ιατρεία ήταν επαρκής;.....	50
Διάγραμμα 16: Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν.	51
Διάγραμμα 17: Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός;	52
Διάγραμμα 18: Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας;	53
Διάγραμμα 19: Υπήρχε ιδιωτικότητα κατά την εξέταση;	54
Διάγραμμα 20: Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει την περιγραφή σας σχετικά με τα προβλήματα υγείας	55
Διάγραμμα 21: Ο γιατρός σας έδωσε αρκετές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;.....	56
Διάγραμμα 22: Οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς;	57
Διάγραμμα 23: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μου φέρθηκαν με σεβασμό.	58
Διάγραμμα 24: Οι διαδικασίες μετά την εξέταση (Εκκρεμότητες στη γραμματεία) ήταν χρονοβόρες;	59
Διάγραμμα 25: Το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό;	60
Διάγραμμα 26: Η γενική σας εκτίμηση για το νοσοκομείο που επισκεφθήκατε ήταν θετική;....	61
Διάγραμμα 27: Γενικότερα, πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;.....	62

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Δείκτης αξιοπιστίας	36
Πίνακας 2: Φύλο	37
Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση	38
Πίνακας 4: Εκπαίδευση.....	39
Πίνακας 5: Επάγγελμα-Απασχόληση	40
Πίνακας 6: Φορέας Ασφάλισης	41
Πίνακας 7: Μηνιαίο εισόδημα.....	42
Πίνακας 8: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι μια ιδιωτική δομή;43	
Πίνακας 9: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι το Κέντρο Υγείας της περιοχής.....	44
Πίνακας 10: Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο;	45
Πίνακας 11: Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα; ...	46
Πίνακας 12: Το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο ήταν:	47
Πίνακας 13: Το προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:.....	48
Πίνακας 14: Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο ήταν εύκολη:.....	49
Πίνακας 15: Η σήμανση στους χώρους του Νοσοκομείου για τα Ιατρεία ήταν επαρκής;	50
Πίνακας 16: Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν.	51
Πίνακας 17: Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός;	52
Πίνακας 18: Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας;.....	53
Πίνακας 19: Υπήρχε ιδιωτικότητα κατά την εξέταση;	54
Πίνακας 20: Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει την περιγραφή σας σχετικά με τα προβλήματα υγείας	55
Πίνακας 21: Ο γιατρός σας έδωσε αρκετές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;.....	56
Πίνακας 22: Οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς;	57
Πίνακας 23: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μου φέρθηκαν με σεβασμό.....	58

Πίνακας 24: Οι διαδικασίες μετά την εξέταση (Εκκρεμότητες στη γραμματεία) ήταν χρονοβόρες;	59
Πίνακας 25: Το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό;	60
Πίνακας 26: Η γενική σας εκτίμηση για το νοσοκομείο που επισκεφθήκατε ήταν θετική;	61
Πίνακας 27: Γενικότερα, πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;	62
Πίνακας 28: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού	63
Πίνακας 29: Ικανοποίηση από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού	63
Πίνακας 30: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με την προσβασιμότητα	64
Πίνακας 31: Αξιολόγηση της προσβασιμότητας.....	64
Πίνακας 32: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με το ιατρείο και το προσωπικό.....	65
Πίνακας 33: Ικανοποίηση από το ιατρείο και το προσωπικό.....	66

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

Η φύση του αγαθού *υγεία* είναι ιδιόμορφη, ειδικά συγκριτικά με τα υπόλοιπα αγαθά. Γενικώς, είναι αποδεκτό ότι το αγαθό αυτό, δεν έχει πολλά κοινά στοιχεία με τα υπόλοιπα αγαθά, αλλά αντίθετα αποτελεί ένα δημόσιο και κοινωνικό αγαθό, η απόκτηση του οποίου δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση και από την κοινωνική θέση ενός ατόμου. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορούν να έχουν τις επιστημονικές πληροφορίες που απαιτούνται αναφορικά με το είδος, την ποσότητα αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα υγείας. Έτσι, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας διερωτώνται για τις υπηρεσίες που μπορούν να προστατέψουν τον πολύτιμο αγαθό της υγείας και αν αυτές είναι κατάλληλες και έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους.

Σήμερα, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής και οικονομικής πραγματικότητας, είναι οι οργανισμοί οι οποίοι είτε δραστηριοποιούνται στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, ακολουθούν μία κατεύθυνση ικανοποίησης των επιδιώξεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η έννοια της ικανοποίησης έχει συμβάλλει ουσιαστικά και δυναμικά στην καθημερινότητα και η πιστοποίηση αποτελεί το κλειδί της ανταγωνιστικότητας.

Στην Ελλάδα, υπάρχει ένα μεγάλο ενδιαφέρον των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για θέματα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Την ίδια στιγμή η όλο και αυξανόμενη ενδυνάμωση του ρόλου των ασθενών στο σύστημα υγείας, η αύξηση των προσδοκιών τους και η δημιουργία μεγαλύτερης καταναλωτικής κουλτούρας, προσδιορίζουν το χρήστη των υπηρεσιών υγείας ως το καλύτερο εκτιμητή των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής, πρόκειται να παρουσιαστεί η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των υπηρεσιών που παρέχονται προς τους χρήστες των οργανισμών φροντίδας υγείας, εστιάζονται στην ανάλυση της ικανοποίησης τους, το βασικό εργαλείο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των ίδιων των οργανισμών.

Κεφάλαιο 2^ο Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και το Ε.Σ.Υ.

2.1. Γενική θεώρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας

Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας απευθύνονται γενικότερα στην κοινωνία, τα μέλη της οποίας επιζητούν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τη μικρότερη δυνατή δαπάνη. Παρ' όλα αυτά, ο χώρος της υγείας εμφανίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες οι οποίες καθιστούν την αντίληψη της ποιότητας διαφορετική.

Η ποιότητα, αλλά και η γενικότερη ανάγκη που εμφανίστηκε για την διασφάλιση της στο χώρο της υγείας ξεκίνησε από τον 5^ο αιώνα π.Χ. Κατά τους επόμενους αιώνες και δεκαετίες, η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας εξελίχθηκε και επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός της με πρωτοπόρο τον Donabedian (1980) ο οποίος υποστήριξε την άποψη ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας ισοδυναμεί με την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα οφέλη αλλά και τις ζημιές που συνυπάρχουν στην διαδικασία της περίθαλψης. Ο Nelson (1996), με τη σειρά του υποστήριξε ότι η ποιότητα προσδιορίζεται ως εκείνος ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίον οι υπηρεσίες υγείας όχι μόνο για άτομα αλλά και για ολόκληρους πληθυσμούς, μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της πιθανότητας των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις, όπως αναφέρεται στην θεωρία. Η πρώτη όψη, είναι η όψη του αγοραστή, του πελάτη ή του χρήστη, και η δεύτερη όψη είναι η όψη του παραγωγού του προϊόντος ή αντιστοίχως του παρόχου της υπηρεσίας (Δερβιτσιώτης, 2005). Βάσει της οπτικής του χρήστη, η ποιότητα συνδέεται άμεσα με τις ανάγκες, την ικανοποίησή του από αλλά και τις προσδοκίες του από την υπηρεσία που του παρέχεται, ενώ απ' την οπτική του παραγωγού η ποιότητα έχει να κάνει με τις διαδικασίες του σχεδιασμού και της ικανότητας της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές οι οποίες έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού (Κωσταγιόλας 2013).

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, αντανακλά όλους εκείνους τους σκοπούς και τις αξίες ενός συστήματος υγείας, της κοινωνία στο σύνολο της και της κυβέρνησης, στα πλαίσια των οποίων το σύστημα αυτό λειτουργεί. Η ποιότητα, έχει σαν σημείο αναφοράς της το όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο σε όλες τις περιπτώσεις

θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο σε σχέση με την ενδεχόμενη βλάβη. Παλαιότερα, όπως είχε προσδιοριστεί από τους McCarthy και Hicks (1991), στο χώρο της υγείας οι διαστάσεις της ποιότητας περιγράφονται στο σχήμα που ακολουθεί.



Εικόνα 1: Διαστάσεις της ποιότητας στο σύστημα υγείας

Πηγή: Ίδια επεξεργασία από McCarthy και Hicks, 1991

Σύμφωνα με τις προηγούμενες διαστάσεις, μέσα από σχετική θεωρία έχει υποστηριχθεί ότι φροντίδα υγείας επιμερίζεται στην φροντίδα την οποία παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας, στην φροντίδα η οποία εφαρμόζεται στους ασθενείς και στην φροντίδα την οποία παρέχει κοινότητα. Η πρώτη κατηγοριοποίηση, διακρίνεται με τη σειρά της σε τεχνική και διαπροσωπική, ενώ η δεύτερη κρίνει ως απαραίτητη την συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Στη συνέχεια, η φροντίδα υγείας η οποία παρέχεται στην κοινότητα, σχετίζεται με την δυνατότητα της πρόσβασης, της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας καθώς και της συμπεριφοράς του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι διαστάσεις αυτές μεταβάλλονται συνεχώς και σήμερα βασίζονται σε πολλά και σύνθετα κριτήρια (Guinane and Davis, 2011).

Στα πλαίσια που περιγράφονται η υγεία χαρακτηρίζεται ως ένα κοινωνικό αγαθό, χωρίς να στερείται τις ιδιότητες του καταναλωτικού αγαθού εφόσον θα πρέπει να καλύψει τις ανάγκες της κοινωνίας. Παράλληλα, μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα επενδυτικό αγαθό εφόσον πραγματοποιούνται επενδύσεις για τις υποδομές, τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Τα θέματα που έχουν να κάνουν με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αναλύονται στα πλαίσια ενός κοινωνικού συνόλου που ξεπερνά τα όρια του κράτους εφόσον οι πολίτες της Ε.Ε. έχουν σήμερα την δυνατότητα να επιλέξουν την διασυννοριακή νοσηλεία (Farley and Rand Corporation, 2003).

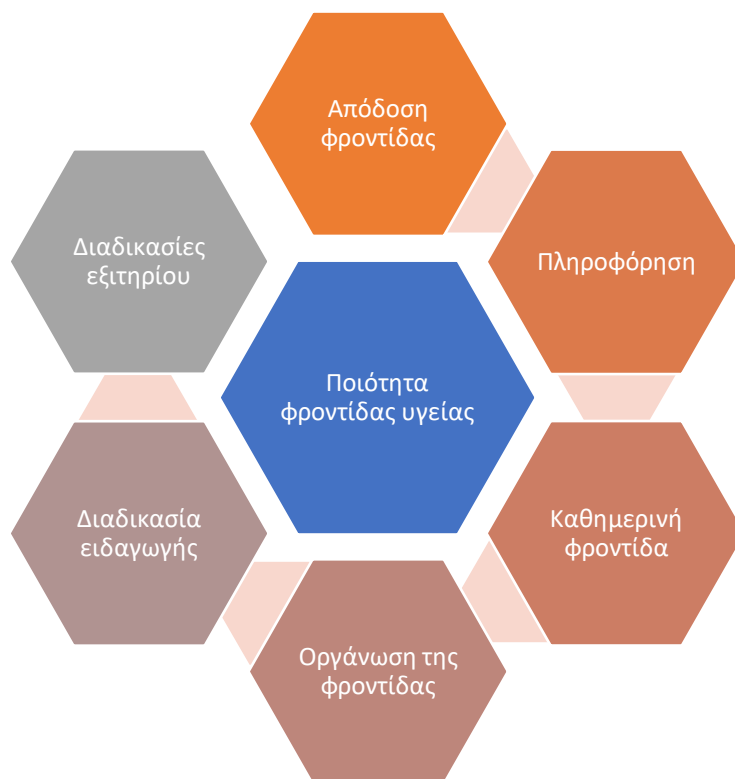
Σ' ένα νοσοκομείο, η ποιότητα των υπηρεσιών είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες. Οι ασθενείς βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση λόγω της ασθένειάς τους και είναι ευαίσθητοι στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούνται από ένα συνδυασμό υπηρεσιών και αγαθών, στα οποία περιλαμβάνουν ως επί το πλείστον άυλα στοιχεία που ο ασθενής δεν μπορεί να δει ενώ βιώνει την υπηρεσία. Η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από τις ατομικές προτιμήσεις, την προσωπικότητα και την εμπειρία του, αλλά και από τις προσωπικές του εμπειρίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Οι υπηρεσίες υγείας εξαρτώνται άμεσα από το χρόνο και την τοποθεσία καθώς και από παράγοντες όπως οι μεταφορές, οι εγκαταστάσεις κ.λπ. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας διαφέρει επίσης ανάλογα με την ψυχολογική και φυσική κατάσταση ενός εργαζομένου σε μια δεδομένη στιγμή (Fotiadis and Vassiliadis, 2013).

Ο προσδιορισμός της ποιότητας, περικλείει πολλούς παράγοντες όπως είναι οι εισροές της ποιότητας, οι διαδικασίες, οι εκροές και τα αποτελέσματα. Το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον των μονάδων υγείας απαιτεί την εφαρμογή διαδικασιών ανάλυσης και σύνθεσης έτσι ώστε οι υπηρεσίες που παρέχονται να επικεντρώνονται στον πελάτη. Η ποιότητα θα πρέπει να υποδηλώνεται από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες θεωρούνται κατάλληλες και παρέχονται με σωστό τρόπο επιτυγχάνοντας το στόχο τους. Βάσει των προτύπων της ποιότητας που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας θα πρέπει να προσφέρονται που να είναι οι βέλτιστες με τη χρήση περιορισμένων πόρων (Farley and Rand Corporation, 2003). Για το λόγο αυτό, η αποδοτικότητα αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας έχει να κάνει με το ποσοστό της επίτευξης των στόχων σε σχέση με το τι θα ήταν δυνατόν να επιτευχθεί.

2.2. Ιδιαιτερότητες της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι μονάδες υγείας, αλλά και ο χώρος της υγείας γενικότερα αποτελείται από διάφορα συστήματα, δυναμικά και μη γραμμικά τα οποία υπόκεινται στο ρίσκο της αιφνίδιας κατάρρευσης. Έτσι, διάφορες μικρές μεταβολές που συμβαίνουν στο σύστημα, μπορεί να παράγουν μελλοντικές μεταβολές οι οποίες αυξάνονται αναλογικά με την πάροδο του χρόνου. Κατά συνέπεια, το περιβάλλον των μονάδων υγείας μπορεί να γίνει ανασφαλές, ειδικά για τον ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται σε αυτό. Ο κίνδυνος, μπορεί να προσδιοριστεί σαν την πιθανότητα να εμφανιστεί ένα ειδικό και μη επιθυμητό αποτέλεσμα το οποίο επιδρά πάνω έντονα πάνω σε ένα αντικείμενο. Ο κίνδυνος μετράται αναλόγως της πιθανότητας εμφάνισης και το βαθμού επίδρασης (Allen-Duck, Robinson and Stewart, 2017).

Η ποιότητα, στο χώρο της υγείας απαρτίζεται από τις διαδικασίες που περιγράφονται στο ακόλουθο σχήμα.



Εικόνα 2: Διαδικασίες φροντίδας στο νοσοκομείο

Πηγή: Ίδια επεξεργασία από Mcdermott, Kitchener and Exworthy, 2017

Οι ασθενείς σήμερα επιζητούν περισσότερη πληροφόρηση, συμμετοχή και δυνατότητες επιλογής. Οι ασθενείς μετατρέπονται από τον παθητικό και εξαρτώμενο, στον ενεργητικό και αυτόνομο συμμετέχοντα οποίος θα λειτουργήσει σαν συμπαραγωγός την διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο της ποιότητας θα πρέπει να αναπτύσσεται σταθερά αναλόγως το μέγεθος τις υπηρεσίες υγείας αλλά και του πληθυσμού αναφοράς. Στην σχετική θεωρία έχει αναφερθεί ότι οι μονάδες υγείας έχουν διαφορετική ποιότητα αναλόγως του μεγέθους τους, της νομικής μορφής και της ιδιότητας του (Mcdermott, Kitchener and Exworthy, 2017).

Οι μονάδες υγείας μεγαλύτερου μεγέθους, συνήθως εμφανίζουν καλύτερους δείκτες ποιότητας σε σχέση με τις μονάδες μικρότερου μεγέθους (Ulmer et al., 2010). Η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι πολυδάπανη, ωστόσο η έλλειψή της και η αποκατάστασή της μπορεί να επιφέρει συγκεντρωτικά μεγαλύτερο κόστος. Τα προγράμματα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εξετάζονται αναφορικά με το χρονικό διάστημα εφαρμογής τους, την ευρύτητα τους αλλά και την έκταση της χρήσης των πόρων. Η καλύτερη ποιότητα φροντίδας σε πολλές περιπτώσεις, ενδεχομένως και να έχει μικρότερο κόστος, εφόσον σε ένα πλαίσιο ποιότητας οι επαγγελματικές ομάδες είναι αποδοτικότερες, οι επιπλοκές που εμφανίζονται είναι λιγότερες και παράγονται μακροπρόθεσμα καλύτερα αποτελέσματα.

Σε σχετική έρευνα, αναφέρεται ότι η καθυστέρηση εισαγωγής των προγραμμάτων ποιότητας στις μονάδες υγείας, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχε καθυστέρηση εισαγωγής στο χώρο της υγείας του ανταγωνισμού και των οικονομικών πιέσεων. Εκτός των άλλων, λόγω του ότι υπήρχαν ενδοιασμοί απ' την πλευρά της διοίκησης για τα αποτελέσματα της εφαρμογής των αρχών και προτύπων της ποιότητας, δεν πραγματοποιούνταν πολλές επενδύσεις προς αυτή την κατεύθυνση (Ovretveit, 2003).

Στον τομέα της υγείας που αναλύεται, μία ακόμη ιδιαιτερότητα της ποιότητας είναι ότι η απόδοση των υπηρεσιών είναι διαφορετική και μεταβάλλεται, λόγω της μεταβλητότητας εκτέλεσης των πράξεων. Αυτό μπορεί να προκύπτει από το γεγονός ότι μέσα στην ίδια μέρα παρέχεται ίδια υπηρεσία από διαφορετικά πρόσωπα με τρόπο διαφορετικό. Εκτός των άλλων, στο χώρο της υγείας εντοπίζεται ταυτόχρονα η ποιότητα του προϊόντος και η ποιότητα της υπηρεσίας, όταν αυτή αφορά παραδείγματος χάριν στον εξοπλισμό, αλλά και τις εγκαταστάσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται (Endeshaw, 2020).

2.3. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην υγεία

Στον τομέα της υγείας, η ποιότητα μπορεί να προσδιοριστεί έχοντας ως σημείο αναφοράς ορισμένα κριτήρια τα οποία έχουν να κάνουν με παράγοντες όπως είναι η άμεση παροχή της υπηρεσίας υγείας, η αξιοπιστία, η ευκολία της πρόσβασης, η καταλληλότητα της υπηρεσίας αλλά και η υποστήριξη η οποία παρέχεται εφόσον διατεθεί υπηρεσία. Οι έρευνες αναφορικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, επικεντρώνονται κατά βάση στις μονάδες υγείας (Mosadeghrad, 2014). Εκτός των κριτηρίων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα που εφαρμόζεται στις υπηρεσίες υγείας, η βασικότεροι εκ των οποίων αναφέρονται στην συνέχεια.

Ένας βασικός παράγοντας οποίος προσδιορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η συμπεριφορά που έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ως προς τους ασθενείς και την οικογένεια τους. Το προσωπικό των μονάδων υγείας, θα πρέπει να έχει ευγενική συμπεριφορά και να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια των ασθενών. Την ίδια στιγμή, το προσωπικό των μονάδων υγείας θα πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις, ικανότητες και την επαγγελματική δεοντολογία έτσι ώστε να προσφέρει στους ασθενείς υπηρεσίες φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας. Σε περίπτωση που το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει όλες τις απαραίτητες γνώσεις υψηλού επιπέδου τότε μπορεί εύκολα να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας (Dehghan Nayeri et al., 2006).

Ένας ακόμη παράγοντας που προσδιορίζει την ποιότητα είναι η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης στο προσωπικό των μονάδων υγείας, είτε αυτό είναι νοσηλευτικό, είτε διοικητικό είτε τεχνικό. Η παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από το προσωπικό θα πρέπει να γίνεται με ταχύτητα και ανά πάσα χρονική στιγμή. Όσον αφορά στις μονάδες υγείας, για να πληρούν τα κριτήρια της ποιότητας θα πρέπει να διαθέτουν νέο και επαρκή τεχνολογικό εξοπλισμό και υλικοτεχνική υποδομή. Ο σχεδιασμός των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και των κλινικών υγείας θα πρέπει να γίνεται σωστά έτσι ώστε να διευκολύνει τη μετακίνηση των ασθενών (DiMatteo, 1993).

Σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας είναι η αξιοπιστία των υπηρεσιών της διοίκησης και η

καλή λειτουργία τους. Οι υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να παρέχονται βάσει των αρχών της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

2.4. Μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα, θεωρείται ως μια απτή διαδικασία και υπάρχει δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης της. Στα πλαίσια αυτά, η ποιότητα αντιμετωπίζεται σαν ένα σύστημα, και οι υπηρεσίες της υγείας διακρίνονται βάσει διαφορετικών διαστάσεων, οι οποίες έχουν σαν σημείο αναφοράς τους ανθρώπινους πόρους, τις υποδομές, τις διαστάσεις της διαδικασίας, τον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός υγείας, την οργάνωση του οργανισμού, καθώς και τα τελικά αποτελέσματα των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Σε κάθε μία από τις προηγούμενες ταξινομήσεις, εντοπίζονται ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία υπάρχει δυνατότητα να αξιολογηθούν, όπως είναι παραδείγματος χάριν η εκπαίδευση αλλά και η συνολική εμπειρία του ιατρικού προσωπικού, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, η ικανοποίησή τους, καθώς και τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών που εφαρμόζονται στην εκάστοτε μονάδα υγείας κ.α.. Θεωρείται σημαντικός ο εντοπισμός των κρίσιμων σημείων ενδιαφέροντος στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενώ στη συνέχεια υπάρχει η δυνατότητα προσδιορισμού προτύπων καλής πρακτικής, δεικτών αξιολόγησης αλλά και δράσεων συμμόρφωσης με τα εκάστοτε πρότυπα που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Οι δείκτες ποιότητας βάσει των οποίων γίνεται η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι διάφορα εργαλεία τα οποία παρέχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα αναφορικά με την λειτουργία ενός τμήματος. Οι δείκτες της ποιότητας αξιοποιούνται στην σύγκριση τόσο ανάμεσα στα τμήματα όσο και σε σχέση με διαφορά που προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται για την ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων των ενεργειών σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και μπορούν να παρέχουν την απαραίτητη βοήθεια για την διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των ωφελειών αλλά και των παθογενειών ενός τμήματος (Τούντας και Οικονόμου, 2007). Οι δείκτες ποιότητας κατηγοριοποιούνται στις ακόλουθες τάξεις.

Αρχικά, η πρώτη τάξη συμπεριλαμβάνει τους δείκτες δομής που σχετίζονται με την στελέχωση και τις εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας. Η τάξη αυτή, με τη σειρά της

συμπεριλαμβάνει διάφορους παράγοντες οι οποίοι συνήθως είναι οι ακόλουθοι (Κωσταγιόλας και συν., 2008):

- Καταλληλότητα των εγκαταστάσεων.
- Επάρκεια και υψηλές προδιαγραφές ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Το πλήθος των συμβάντων τα οποία οδήγησαν τα μηχανήματα της μονάδας υγείας εκτός λειτουργίας.
- Η παροχή βασικής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο προσωπικό της μονάδας υγείας.
- Ο καθορισμός συστημάτων αμοιβών, διαχείρισης και οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού της μονάδας.
- Η αναλογία του προσωπικού και των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία, σε ετήσια βάση.

Τα προηγούμενα στοιχεία που αναφέρονται, αν και είναι αντιπροσωπευτικά αναγκαίων συνθηκών αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ταυτοχρόνως δεν μπορεί να ειπωθεί ότι αποτελούν συνθήκες, έτσι ώστε να διασφαλιστούν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Στη συνέχεια, η δεύτερη κατηγορία δεικτών είναι οι δείκτες διαδικασιών. Οι δείκτες αυτοί συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα στοιχεία (Τούντας και Οικονόμου, 2007):

- Την κατάσταση αναμονής
- Τη συνολική διάρκεια βάσει της οποίας έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας, σε ετήσια βάση.
- Την ακρίβεια της θεραπείας των ασθενών και την πληρότητα του φακέλου τους βάσει του ιατρικού του ιστορικού.
- Την αναλογία των κλινικών περιπτώσεων οι οποίες αντιμετωπίστηκαν.
- Τον αριθμό των θεραπειών, στις οποίες επιτελείται έλεγχος και στη συνέχεια επιβεβαίωση της ακρίβειας.
- Το πλήθος των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία, ανά ώρα.
- Η συνολική διάρκεια της αναμονής των ασθενών, στους χώρους της μονάδας.
- Η εφαρμογή ενός επίσημου προγράμματος για την διασφάλιση της ποιότητας.

Αν και οι δείκτες στις διαδικασίες που αναφέρονται, μπορεί να είναι ενδεικτικοί του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από μία μονάδα υγείας, κάποιιοι δεν αξιολογούνται εύκολα. Παράλληλα, η προβληματική καταγραφή των στοιχείων και των σχετικών πληροφοριών, ενδεχομένως και να μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Ένας ακόμη δείκτης ποιότητας που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της εφαρμοζόμενης ποιότητας στις μονάδες υγείας, είναι ο δείκτης αποτελέσματος. Ο δείκτης αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνει για τις μετρήσεις του τα ακόλουθα στοιχεία (Τούντας και Οικονόμου, 2007):

- Το διάστημα υποτροπής της νόσου καθώς και το διάστημα ελεύθερο νόσου.
- Το δείκτη ποιότητας ζωής του ασθενή
- Το δείκτη μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή.
- Τα ποσοστά της επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου.

Σε πολλές περιπτώσεις ο δείκτης αποτελέσματος υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστεί από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.5. Κριτήρια για την επιλογή των δεικτών μέτρησης ποιότητας

Τα σημαντικότερα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στην διαδικασία επιλογής των δεικτών για την μέτρηση της ποιότητας, ενός οργανισμού υγείας αναφέρονται στην συνέχεια.

Αρχικά, ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια είναι το κριτήριο της χρησιμότητας. Το κριτήριο αυτό, είναι απαραίτητο να εκφράζει μια σημαντική παράμετρο και να συμβάλλει ουσιαστικά στην παραγωγή συμπερασμάτων. Παράλληλα ο δείκτης που επιλέγεται βάσει του κριτηρίου θα πρέπει να συνδέεται με την δυνατότητα εφαρμογής παρεμβάσεων έτσι ώστε τα αποτελέσματα που προέκυψαν να βελτιωθούν.

Στη συνέχεια, υπάρχει το κριτήριο της εγκυρότητας. Το κριτήριο της εγκυρότητας εκφράζει στην ουσία το βαθμό σύμφωνα με τον οποίον ο δείκτης μέτρα αυτό που ισχυρίζεται ότι μέτρα. Αντίθετα, εμφανίζεται η προκατάληψη, η μεροληψία ή αλλιώς το συστηματικό σφάλμα. Η εγκυρότητα που χαρακτηρίζει ένα δείκτη ανιχνεύεται πιο δύσκολα σε σχέση με την αξιοπιστία του, εφόσον συνεχώς απαιτούνται διαδοχικές

συσχετίσεις των μετρήσεων (Institute of Medicine (US) Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery et al., 2011).

Ύστερα, το κριτήριο της αξιοπιστίας εκφράζει το βαθμό της συνέπειας ανάμεσα στα αποτελέσματα, σε περίπτωση που οι μετρήσεις επαναληφθούν υπό παρόμοιες συνθήκες αλλά σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια. Η αξιοπιστία, που χαρακτηρίζει ένα όργανο μέτρησης, από τη μία πλευρά εκφράζει την ακρίβεια αλλά και την συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά, ενώ από την άλλη εκφράζει το συνολικό εύρος της μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες. Ο βαθμός της αξιοπιστίας μιας μέτρησης, στη συνέχεια μπορεί να ελεγχθεί με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και διακυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις από 0,7 έως 0,9 (Quentin et al., 2019).

Παρακάτω, στα πλαίσια της ανάλυσης των κριτηρίων επιλογής των δεικτών για την μέτρηση της ποιότητας, γίνεται αναφορά στο κριτήριο της ανταποκρισιμότητας. Η έννοια αυτή, αποδίδει το βαθμό της ευαισθησίας ενός δείκτη όσον αφορά στην ανίχνευση των μεταβολών. Η ανταποκρισιμότητα, από την οποία χαρακτηρίζεται ένας δείκτης έχει ιδιαίτερη σημασία, ειδικά όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης των ιατρικών παρεμβάσεων.

Ακόμα, το κριτήριο της ευαισθησίας διερευνά την ακρίβεια του εκάστοτε δείκτη που επιλέγεται και κατά πόσο, από την επαναλαμβανόμενη χρήση του διαπιστώνονται μεταβολές ή διαφοροποιήσεις. Τέλος, η δυνατότητα της σύγκρισης, εξασφαλίζεται μέσω της ύπαρξης πρότυπων δεικτών των οποίων η έκταση εφαρμογής τους είναι ευρεία ενώ παράλληλα χρησιμοποιούνται και στοιχεία ποιότητας υπηρεσιών άλλων χωρών (Quentin et al., 2019).

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των κριτηρίων, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των διαδικασιών που εφαρμόζονται στην ιατρική πρακτική αλλά και των κλινικών αποτελεσμάτων με τη χρήση των δεικτών μέτρησης της ποιότητας, δεν είναι μία στατική διαδικασία. Τα πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούνται στα πλαίσια αυτά, και οι δείκτες υπόκεινται σε συνεχή επαναξιολόγηση και τροποποίηση βάσει της επιστημονικής γνώσης που παρέχεται μέσα από την έρευνα.

2.6. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

2.6.1. Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.

Τα συστήματα υγείας σήμερα, χαρακτηρίζονται από μεγάλη πολυπλοκότητα όσον αφορά στην λειτουργία των μελών τους τα οποία μέλη αλληλοεπιδρούν με τρόπο μη γραμμικό. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας σήμερα είναι η ποικιλομορφία, η ανάδραση και η αυτό - οργάνωση. Μέσα από τα χαρακτηριστικά αυτά δίνεται η δυνατότητα στα σύγχρονα συστήματα υγείας να αναδεικνύουν νέα πρότυπα λειτουργίας (Κυριόπουλος, 2018).

Ο σημαντικότερος στόχος ενός συστήματος υγείας, είναι να καλύψει τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού στο συνολικό φάσμα της φροντίδας, της κοινωνικής μέριμνας και της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Ωστόσο, με την μεταβολή των κοινωνικών δομών, επέρχονται πολλές μεταβολές στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αλλά και στις προσδοκίες του για την παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης. Έτσι, για να καλυφθεί το σύγχρονο νοσολογικό πρότυπο, όπως αυτό διαμορφώνεται μέσα από τους παράγοντες της γήρανσης του πληθυσμού και της επικράτησης των χρόνιων νοσημάτων, είναι απαραίτητη η εφαρμογή διαφορετικών στρατηγικών στον τομέα της υγείας και η εκ νέου ιεράρχηση προτεραιοτήτων (Υφαντόπουλος, Χαντζάρας και Κωνσταντόπουλος, 2019).

Όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), τα συστήματα υγείας στο σύνολό τους θα πρέπει να ακολουθούν τέτοια οργάνωση, έτσι ώστε να επιτελούνται τέσσερις βασικές λειτουργίες. Οι λειτουργίες αυτές συμπεριλαμβάνουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, την εξεύρεση και την διάθεση των απαραίτητων πόρων, την εξασφάλιση της συγκέντρωσης των χρηματοδοτήσεων για την λειτουργία του συστήματος υγείας καθώς και την θέσπιση των κανόνων του παιχνιδιού, για την καθοδήγηση των εμπλεκόμενων μέλλον στο σύστημα της υγείας (OECD, 2021).

Ουσιαστικά, η τελευταία λειτουργία είναι κι αυτή που προσδιορίζει τις προηγούμενες, εφόσον μέσα από αυτή επιτυγχάνεται η ευθυγράμμιση και ο συντονισμός της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας με τους στόχους οι οποίοι τίθενται μέσα από την ακολουθούμενη πολιτική υγείας. Παράλληλα, οι τρεις σημαντικότεροι στόχοι του συστήματος υγείας, αναλύονται στην συνέχεια.

Αρχικά, ο πρώτος και σημαντικότερος στόχος έχει να κάνει με την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου της υγείας του γενικότερου πληθυσμού. Η βελτίωση αυτή, συνδέεται τόσο με την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού όσο και με την ισότιμη διάχυση της βελτιωμένης υγείας στο σύνολο της κοινωνίας. Το επίπεδο της επίτευξης του στόχου που περιγράφεται, εκφράζει το επίπεδο της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας. Στη συνέχεια, ο δεύτερος στόχος συνδέεται με το βαθμό της ανταποκρισιμότητας του συστήματος, δηλαδή το βαθμό σύμφωνα με τον οποίον ένα σύστημα μπορεί να αποκριθεί στις προσδοκίες που αναπτύσσονται από την κοινωνία, κατά την επαφή των μελών της με το σύστημα αυτό. Οι προσδοκίες συμπεριλαμβάνουν το σεβασμό, αλλά και την αξιοπρέπεια σύμφωνα με την οποία τα μέλη της κοινωνίας, αντιμετωπίζονται από τους φορείς των υπηρεσιών υγείας (Κωσταγιόλας 2013).

Ολοκληρώνοντας με τους στόχους, ο τρίτος στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η κοινωνική δικαιοσύνη την οποία να απολαμβάνει το σύνολο της κοινωνίας όταν καλείται να χρηματοδοτήσει το σύστημα υγείας, αλλά και η προστασία που παρέχεται στο κοινωνικό σύνολο σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποια ιδιαίτερα δαπανηρή και σοβαρή ασθένεια. Στην περίπτωση που περιγράφεται η ασθένεια ενδεχομένως και να έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει στην οικονομική καταστροφή.

Από τους στόχους που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ο πρώτος είναι εκείνος που έχει μελετηθεί ευρέως. Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ανάλυση του συγκεκριμένου στόχου είναι πολλές σε αριθμό και διαχρονικές σε συνολικό επίπεδο αλλά και μεταξύ χωρών. Για τους άλλους δύο στόχους, μέχρι και σήμερα οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει δεν είναι ευρείες και έτσι τα στοιχεία τα οποία συνδέονται με τους στόχους αυτούς είναι περιορισμένα (Armstrong, 2011).

Οι διαδικασίες που εφαρμόζονται στα πλαίσια του σχεδιασμού, της οργάνωσης αλλά και της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, έχουν σημαντικές επιδράσεις όχι μόνο στους δείκτες υγείας που χρησιμοποιούνται αλλά και στην συνολική ποιότητα της καθημερινής ζωής των ατόμων και της κοινωνίας. Παρ' όλα αυτά, στα πλαίσια της μέτρησης της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας, παρουσιάζεται μία εγγενής δυσκολία ενώ την ίδια στιγμή εμφανίζονται δυσχέρειες όσον αφορά στην διάκριση της συνεισφοράς του συστήματος υγείας από άλλους παράγοντες. Η δυσχέρεια αυτή δυσκολεύει περαιτέρω την μέτρηση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού (Issel, 2008).

Η πρόοδος η οποία έχει σημειωθεί στις ιατρικές επιστήμες σήμερα, συνεχώς αυξάνεται. Πιο συγκεκριμένα, εισάγονται συνεχώς νέες διαγνωστικές αλλά και θεραπευτικές μέθοδοι, ενώ η ολιστική θεώρηση των ατόμων σε σχέση με το περιβάλλον τους, παρέχει μία διαφορετική προοπτική στον τομέα της υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), όπως αυτό διαμορφώνεται βάσει των παραγόντων που ισχύουν σήμερα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένο για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που διαμορφώνονται από τους προηγούμενους παράγοντες (Κυριόπουλος, 2018).

Οι κοινωνικές, αλλά και δημογραφικές αλλαγές των τελευταίων ετών έχουν οδηγήσει σε μεγάλη αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στην αύξηση του κόστους περίθαλψης εντός ενός περιβάλλοντος στο οποίο παρέχονται περιορισμένοι πόροι. Το γεγονός αυτό, πλήττει τους βασικούς και θεμελιώδεις στόχους του συστήματος υγείας που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα, το Ε.Σ.Υ. αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρύθμιση της μεταπολίτευσης. Οι λόγοι οι οποίοι οδήγησαν στην εφαρμογή του συστήματος αυτού ήταν η συνολική απαίτηση της κοινωνίας αναφορικά με την δημιουργία ενός συστήματος υγείας το οποίο έχει δημόσιο χαρακτήρα. Σήμερα, στην Ελλάδα το Ε.Σ.Υ. σε πολλές περιπτώσεις έχει αξιολογηθεί ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις όλο και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού λόγω των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη των πόρων, την υποστελέχωση και την λανθασμένη κατανομή τους. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί πολλές ανισότητες και μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες (Κυριόπουλος, 2018).

2.6.2. Οργάνωση και αποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ.

Όπως έχει προσδιοριστεί από τον Π.Ο.Υ., οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται στοχεύουν στην επίτευξη της κοινωνικής, της φυσικής αλλά και της πνευματικής ευελιξίας των ατόμων. Ο σχεδιασμός των πολιτικών υγείας εξαρτάται από την δράση των πολιτικών δομών της κάθε χώρας, αλλά και από την κατάσταση της οικονομίας (Mossialos et al., 2015). Επιπλέον, διάφορες άλλες συνιστώσες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το σχεδιασμό των πολιτικών υγείας, είναι η κατάσταση της υγείας του γενικού πληθυσμού αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, η επικρατούσα πολιτική υγείας, έχει διαμορφωθεί διαχρονικά και έχει επηρεαστεί από την συνολική εξέλιξη της κοινωνίας, της οικονομίας

αλλά και της επιστήμης. Ωστόσο σήμερα στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Σε διαχρονικό επίπεδο, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε έχοντας σαν σημείο αναφοράς την μέθοδο της κοινωνικής ασφάλισης για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του. Έτσι η χρηματοδότηση του τομέα της δημόσιας υγείας γίνεται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Το σύστημα των υπηρεσιών είναι ένα μεικτό σύστημα. Συγκεκριμένα, εφαρμόζονται συνδυαστικά τα συστήματα Beveridge και Bismark (Αντωνοπούλου, 2002). Κατά συνέπεια, υπάρχει ένας συνδυασμός κρατικής και κοινωνικής χρηματοδότησης και οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καταβάλλοντας μια συμμετοχή.

Το σύστημα περίθαλψης και φροντίδας υγείας το οποίο εφαρμόζεται στην Ελλάδα φαίνεται να έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με εκείνο που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ εφόσον σε πολλές περιπτώσεις οι πολίτες καταφεύγουν στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα υγείας, έτσι ώστε να καταφέρουν να αποκτήσουν πρόσβαση στην ιδιωτική περίθαλψη. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας, στην Ελλάδα οι υπηρεσίες δεν είναι πολύ εκτεταμένες, εφόσον οι μονάδες υγείας επικεντρώνονται κατά βάση στην συνταγογράφηση και τα άτομα τα οποία ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντιστοίχως, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας εμφανίζει διάφορα προβλήματα που έχουν να κάνουν κυρίως με την λειτουργία των δημοσίων μονάδων υγείας οποίες δεν κατέχουν τις απαραίτητες υποδομές και εξοπλισμό. Την ίδια στιγμή φαίνεται να υπάρχουν πολλές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Τα συστήματα υγείας της Ελλάδας, ακολουθούν το πρότυπο των ιδιωτικοποιημένων συστημάτων υγείας εφόσον χαρακτηρίζονται τόσο από την συνύπαρξη του Ε.Σ.Υ., όσο και από την συνεχή επέκταση του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Κατά τα τελευταία έτη, η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα της υγείας είναι όλο και μεγαλύτερη. Ο συνολικός αριθμός του ιατρικού προσωπικού αλλά και των ιδιωτικών διαγνωστικών Κέντρων έχει αυξηθεί σημαντικά. Το γεγονός αυτό προκύπτει από την χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Δημοσίου τομέα και την δημιουργία δυσαρέσκειας στο ευρύ κοινό (Χρυσάκης και Υφαντόπουλος, 2007; Economou and Kyriopoulos, 2000).

Εκτός των άλλων, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν ουσιαστικά και έχουν να κάνουν με την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου αλλά και την γρήγορη ανάπτυξη του τομέα των ιδιωτικών ασφαλίσεων. Η ελεύθερη προσπέλαση των πολιτών στις

υπηρεσίες υγείας του δημοσίου τομέα κατά τη στιγμή της ανταλλαγής, δεν ισχύει στην πραγματικότητα ενώ η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες αυτής είναι ανάλογη των ίδιων πληρωμών. Την ίδια στιγμή, σε κάποιες περιπτώσεις συναντώνται ορισμένοι περιορισμοί αναφορικά με την προσπέλαση αλλά και την πρόσβαση των πολιτών. Οι περιορισμοί αυτοί έχουν να κάνουν με την παραπομπή στο γενικό οικογενειακό γιατρό όπως ισχύει και για τους ασφαλισμένους στο Ι.Κ.Α., νυν ΕΟΠΠΥ. Ωστόσο τα εμπόδια και οι προκλήσεις που παρουσιάζονται πρακτικά δεν ισχύουν ενώ εκτός των άλλων η ύπαρξη ενός ιδιωτικού τομέα που συνεχώς επεκτείνεται και η ιδιωτικοποίηση του ΕΣΥ ακυρώνει τις τυπικές προϋποθέσεις των προσανατολισμένων επιλογών (Economou and Kyriopoulos, 2000).

Αναφορικά με το διαχωρισμό της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα από τις υπηρεσίες της πρώτης εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, στα ιατρεία σε οικογενειακό και ατομικό επίπεδο. Ο στόχος των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η προαγωγή, η πρόληψη αλλά και η ενδυνάμωση του τομέα της υγείας γενικότερα, παράλληλα με την διαμόρφωση στρατηγικών για την διεξαγωγή διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων αλλά και την ορθή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής.

Σε σύγκριση με τους ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι εντάσσονται στο δημόσιο δίκτυο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ένταξή τους πραγματοποιείται μετά την υποβολή δήλωσης συμμετοχής. Οι ιδιωτικοί φορείς που εντάσσονται στο δημόσιο τομέα υγείας υποχρεούνται να εφαρμόζουν τα διαγνωστικά πρωτόκολλα πρόληψης και θεραπείας τα οποία εφαρμόζονται από τους υπόλοιπους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εκτός των παραπάνω, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνεται η ιατρική και η επιδημιολογική έρευνα καθώς και η παροχή άλλων υπηρεσιών σχολικής υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού (Πολύζος, 2014).

Στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, αναφέρεται ότι το Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται από νοσοκομείο - κεντρική στρατηγική. Στην Ελλάδα αυτό οδηγεί στην απουσία κλιμάκωσης στα οργανωτικά επίπεδα του. Έτσι παρατηρούνται διάφορα φαινόμενα μη αξιοποίησης της φροντίδας υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έχοντας αυτό σαν συνέπεια τη δημιουργία συγκεντρωτισμού στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

2.7. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδα

Γενικότερα, όπως γίνεται αντιληπτό και από τα δεδομένα που αναλύθηκαν προηγουμένως, στα πλαίσια της ενότητας αυτής, η ποιότητα μιας υπηρεσίας καθορίζεται βάσει της δυνατότητας άμεσης παροχής της, της αξιοπιστίας της, της καταλληλότητας της αλλά και της ευκολίας της πρόσβασης των χρηστών σε αυτήν. Στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, η έννοια της ποιότητας θεωρείται πολύπλοκη λόγω των διαφορετικών παραγόντων που μπορεί να την επηρεάσουν. Εκτός από τα προηγούμενα κριτήρια, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες οι οποίοι αναφέρθηκαν προηγουμένως και έχουν να κάνουν με την επάρκεια του προσωπικού, τους οικονομικούς πόρους που διατίθενται στο σύστημα υγείας, τον εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις αλλά και την επάρκεια του προσωπικού. Επίσης, οι διαδικασίες λειτουργίας μίας μονάδας υγείας, όπως είναι οι ενέργειες περίθαλψης και τα αποτελέσματα της παρεχόμενης υπηρεσίας όπως είναι ικανοποίηση των ασθενών, διαμορφώνουν τα τελικά επίπεδα της ποιότητας φροντίδας υγείας (Σουλιώτης, 2019; Κυριόπουλος, 2018).

Όπως μπορεί να προκύψει από το σύνολο των δεδομένων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα σημειώνει σημαντικές ελλείψεις στους προηγούμενους παράγοντες. Το προσωπικό, σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ, ιδίως το νοσηλευτικό, παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις ενώ παράλληλα, οι πόροι που διατίθεται στον τομέα της υγείας είναι περιορισμένοι. Η οργάνωση του νοσοκομείου, δεν ακολουθεί μία συγκεκριμένη δομή, και πολλές φορές εμφανίζονται σημαντικές προκλήσεις και αδυναμία εξυπηρέτησης, που οδηγούν στην δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το εσύ αξιολογείται ότι δεν έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες αλλά και τις προκλήσεις που προκύπτουν λόγω της μεγάλης έλλειψης των πόρων, της υποστελέχωσης και της λανθασμένης κατανομής των υφιστάμενων πόρων. Μ' αυτό τον τρόπο, δεν μπορεί να αποφευχθεί η όξυνση των ανισοτήτων και οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας της κοινωνίας (Κυριόπουλος, 2018).

Σήμερα, η συνολική κάλυψη για την νοσοκομειακή περίθαλψη του πληθυσμού, στην Ελλάδα φτάνει περίπου το 66% σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΑΣΑ που φτάνει το 88%. Αντίστοιχα, αναφορικά με την φαρμακευτική φροντίδα το ποσοστό στην Ελλάδα για την συνολική κάλυψη του πληθυσμού φτάνει το 54% συγκριτικά με το ποσοστό του μέσου όρου των χωρών του ΟΑΣΑ που ισούται με 57%. Παράλληλα, το 39% των δαπανών υγείας της Ελλάδας καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές δαπάνες οι οποίες πραγματοποιούνται εντός των μονάδων υγείας της

Ελλάδας ξεπερνούν το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών του ΟΑΣΑ, με το ποσοστό του 46% αυτών των δαπανών να καλύπτεται από τις ιδιωτικές δαπάνες συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό στην Γερμανία το οποίο φτάνει το 16% (WHO, 2020; OECD, 2019).

Την ίδια στιγμή, οι διαθέσιμοι πόροι στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα είναι μειωμένοι σε σχέση με αυτούς του μέσου όρου των χωρών του ΟΑΣΑ εφόσον στην Ελλάδα διατίθεται 6,1 γιατροί και 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα. Στην Ευρώπη, οι αριθμοί αυτή είναι υψηλότεροι εφόσον διατίθεται 3,5 γιατροί και 8,8 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό οι αριθμοί αυτοί είναι κατά πολύ διαφορετικοί. Όπως προκύπτει από τα προηγούμενα στοιχεία, το πλήθος των μονάδων υγείας στην Ελλάδα λειτουργούν με πολύ μικρότερο αριθμό νοσηλευτών, σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΑΣΑ (WHO, 2020).

Μέσα από σχετική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα και την Ιταλία παλαιότερα, είχε προκύψει ότι υπάρχει πρέπει υπερπληθώρα ιατρών ενώ αντίστοιχα σημειώνονται μεγάλες ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό οδηγώντας σε μια σημαντική ανισοκατανομή των πόρων. Ορισμένες χώρες, όπως είναι παραδείγματος χάριν το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς παρέχουν εξειδίκευση στο νοσηλευτικό προσωπικό και έτσι καταφέρνουν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό το χρόνο αναμονής των ασθενών και να παρέχουν τις υπηρεσίες μέσω των νοσηλευτών, σε επίπεδο με αυτό που φτάνει των ιατρών (WHO, 2020; OECD, 2019). Οι ασθενείς αυτό τον τρόπο ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενώ αντιστοίχως το κόστος μειώθηκε. Παρ' όλα αυτά, για να μπορέσει το νοσηλευτικό προσωπικό να αναπτύξει αυτές τις ικανότητες και δεξιότητες έγιναν οι ανάλογες νομοθετικές ρυθμίσεις και το προσωπικό είχε πρόσβαση στην εκπαίδευση που χρειαζόνταν.

Ενώ υπάρχει μεγάλη ανισορροπία όσον αφορά στην λειτουργία του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα, ο λόγος των νοσηλευτών προς το ιατρικό προσωπικό είναι ακόμη χαμηλότερος σε σχέση με τις εποχές προ κρίσης. Συμπερασματικά, το σύγχρονο σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μεγάλη απουσία οργανωμένης πρωτοβάθμιας υγείας αλλά και ελλείψεις στις σύγχρονες μονάδες περίθαλψης.

Ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό της ποιότητας, είναι ενσωμάτωση τεχνολογικών καινοτομιών και νέων υπηρεσιών για την αύξηση της αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγείας. Η τεχνολογική πρόοδος έχει συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό σύναξη του ορίου ηλικίας ενώ την ίδια στιγμή συμβάλλει στη μείωση

των δαπανών. Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, οι νέες τεχνολογίες δεν έχουν ενσωματωθεί στο βαθμό που είναι αναγκαίο (Σουλιώτης, 2019).

Ένας δείκτης της ενσωμάτωσης τεχνολογίας είναι το πλήθος των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων οι οποίοι αντιστοιχούν σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Στην Ιαπωνία, εντοπίζεται το μεγαλύτερο πλήθος αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, ανά άτομο ενώ στην Ελλάδα το συνολικό τους πλήθος είναι με εξίσου μεγάλο. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία παρ' όλα αυτά είναι εγκατεστημένοι στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ενώ ελάχιστοι βρίσκονται στις δημόσιες δομές υγείας.

Στην Ελλάδα, η αγορά ενός μαγνητικού τομογράφου δεν υπόκειται σε περιοριστικές ρυθμίσεις ενώ αντίθετα, για τους αξονικούς τομογράφους είναι απαραίτητη η άδεια η οποία χορηγείται εφόσον πρώτα πραγματοποιηθεί η εξέταση διαφωνώ πληθυσμιακών κριτηρίων. Εκτός των άλλων δεν εφαρμόζεται πρωτόκολλο ποιότητας αναφορικά με τη χρήση των τομογράφων.

2.8. Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος του συνόλου των εμπλεκόμενων φορέων. Την πρωταρχική θέση έχει ο ασθενής, ο οποίος είναι χρήστης και καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας ενώ παράλληλα αποτελεί αποδεκτή της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη του κλάδο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας συγκριτικά με την ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν. Ακόμη, και η ενασχόληση των ασφαλιστικών ταμείων είναι ουσιαστική αλλά και του κράτους καθώς αποτελούν τους κύριους χρηματοδότες του τομέα της υγείας (Τζωρτζόπουλος, 2017; OECD, 2017).

Επιπλέον, η ίδια η κοινωνία ενδιαφέρεται συνολικά για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται λαμβάνοντας υπόψιν ότι η υγεία, είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητα.

Η έννοια της ποιότητας προσεγγίζεται με διαφορετικό τρόπο από τους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς, από την διοίκηση, τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και τους επιστήμονες εφόσον ο καθένας απ' αυτούς προσδιορίζει την έννοια της ποιότητας

με διαφορετικό τρόπο, και από άλλες οπτικές. Ο καθένας πάροχος υπηρεσιών υγείας ο οποίος έχει σαν στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, θα πρέπει να εξερευνήσει την ποιότητα από όλες τις πλευρές της. Το εγχείρημα αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο εφόσον τα προσδοκώμενα των εμπλεκόμενων ενδεχομένως και να συγκρούονται. Ωστόσο, παρά τις αντιλήψεις και τα διαφορετικά συμφέροντα των εμπλεκόμενων, η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας αποτελεί για το σύνολο της κοινωνίας κυρία προτεραιότητα εφόσον προσφέρει σημαντικά οφέλη όχι μόνο στον υγειονομικό αλλά και στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα (Τζωρτζόπουλος, 2017).

Στη συνέχεια, πρόκειται να αναλυθούν ξεχωριστά τα οφέλη της ποιότητας για τον ασθενή, για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τους εργαζομένους, για τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά για το κράτος και την κοινωνία.

Αρχικά προκύπτουν ορισμένα οφέλη από την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για τους ασθενείς. Τα οφέλη αυτά εντοπίζονται σε τρεις βασικούς τομείς. Αρχικά υπάρχουν τα οφέλη υγειονομικού χαρακτήρα που έχουν να κάνουν με το θέμα της έγκαιρης διάγνωσης της ασθένειας αλλά και τον καθορισμό της μεθοδολογίας που θα αντιμετωπίσει το πρόβλημα του ασθενή αποτελεσματικά (Aleksandar et al., 2012). Η διαδικασία έχει αυτή στοχεύει στην αποφυγή επιπλοκών οι οποίες οφείλονται σε μη έγκαιρη και καθυστερημένη διάγνωση. Στη δεύτερη κατηγορία, υπάρχουν τα ψυχολογικά οφέλη που σχετίζεται σημαντικά με το περιβάλλον της μονάδας υγείας αλλά και το συνολικό χρόνο της νοσηλείας (OECD, 2017).

Η παραμονή στη μονάδα η οποία είναι σύντομη ως ένα αποτέλεσμα της γρήγορης αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του ασθενή, επιδρά με θετικό τρόπο στα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τέλος υπάρχει το οικονομικό όφελος το οποίο προκύπτει από την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος, σαν μια συνέπεια των ποιοτικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται την σημαντική μείωση των δαπανών που διατίθεται στην φροντίδα υγείας.

Στη συνέχεια, όσον αφορά στους εργαζόμενους στον κλάδο της υγείας όπως είναι το ιατρικό, το νοσηλευτικό, το παραϊατρικό και το διοικητικό προσωπικό, έχουν σημαντικά οφέλη από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση της αποτελεσματικότητας στην εργασία του προσωπικού κατοχυρώνοντας τους νομικά ενώ παράλληλα παρέχουν ασφάλεια στο έργο τους. Η εργασία τους, τους προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση

εφόσον απολαμβάνουν της αποδοχής των ασθενών. Μειώνεται το εργασιακό άγχος και η κοινωνία φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ανοχή στα λάθη που θα γίνονται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους (Mosadeghrad, 2013; Aleksandar et al., 2012).

Στη συνέχεια, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αυτές φαίνεται ότι συμβάλλουν ουσιαστικά στην βελτίωση της ποιότητας όσον αφορά στην πραγματοποίηση διαγνώσεων και στην μείωση των εξετάσεων νοσηλείας των ασθενών. Η άμεση αντιμετώπιση στα προβλήματα υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση των πόρων στον τομέα της υγείας οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη αναγκών. Πρόκειται για την αποσυμφόρηση της μονάδας υγείας αλλά και τα οφέλη που απορρέουν από την μικρότερη επιβάρυνση των υπηρεσιών της είναι σημαντικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η ποιότητα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον ένα έμμεσο όφελος της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών είναι η αύξηση της αναγνωρισιμότητας του αντίστοιχου φορέα.

Συνεχίζοντας με την ανάλυση των αποδεκτών των ωφελειών των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, υπάρχουν τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία προσβλέπουν σε μια γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Η ύπαρξη ποιοτικών υπηρεσιών, οδηγεί σε μικρότερο κόστος νοσηλείας και κατά συνέπεια μικρότερο οικονομικό κόστος για το ταμείο. Εφαρμόζοντας τις αρχές της ποιότητας, υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και έτσι μειώνονται οι αποζημιώσεις (Mosadeghrad, 2013).

Τέλος, όσον αφορά στο κράτος και στα κοινωνικά οφέλη που προκύπτουν από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, τόσο ο κρατικός φορέας όσο και η κοινωνία καταβάλουν προσπάθειες για την αύξηση της παραγωγικότητας και την συντόμευση της παραμονής των ασθενών στις μονάδες υγείας. Η έννοια της ποιότητας όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας οδηγεί στην μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών αυξάνοντας παράλληλα την ικανοποίησή τους. Σε επίπεδο κοινωνίας, η ποιότητα οδηγεί σε αύξηση του αισθήματος της συμμετοχής των πολιτών αλλά και στην βελτίωση συνολικά της χώρας (Johansson et al., 2002).

Κεφάλαιο 3^ο Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

3.1. Πελάτης, καταναλωτής και χρήστης υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, εμφανίστηκε μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μετατόπισης προς τον καταναλωτισμό, ο οποίος είναι προφανής σε όλες τις πλευρές των υπηρεσιών, είτε αυτές είναι υπηρεσίες του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα. Ο όρος καταναλωτής, προσδίδει μια διαφορετική αξία στη σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας συγκριτικά με τον όρο ασθενής, που έχει μια λιγότερο δυναμική χροιά (Shelton, 2000).

Σε παρόμοια επίπεδα με εκείνα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες, πραγματοποιείται η αναφορά σε πελάτες ή χρήστες υπηρεσιών έτσι ώστε να τονιστεί ο ενεργητικός ρόλος τους. Παρ' όλα αυτά, έχει υποστηριχθεί ότι ο όρος καταναλωτής για τις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτός λαμβάνοντας υπόψιν ότι είναι αδύνατον για τον κάθε ασθενή να συγκρίνει τις ικανότητες και τις δυνατότητες του ιατρικού προσωπικού αλλά και όλου του συστήματος των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, η έννοια καταναλωτής, αναφέρεται στο καταναλώσιμο των προϊόντων ή των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται, συμπεριλαμβάνοντας την έννοια του αναλώσιμου.

Ο κάθε πελάτης κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας επειδή πρέπει, και όχι επειδή τις επιλέγει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, ως επί το πλείστον να μην ενημερώνεται ολοκληρωτικά για το τι θα πρέπει να αναμένει η ακόμη και το τι δικαιούται από την χρήση μιας υπηρεσίας υγείας. Η δυνατότητα του ασθενή να επιλέξει, θεωρείται περιορισμένη συγκριτικά με όλα τα άλλα είδη υπηρεσιών. Στις υπηρεσίες υγείας η διαδικασία που ακολουθείται για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς έχει πολυπαραγοντική φύση. Γι' αυτό το λόγο, οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας δεν εκτιμούν την ποιότητα μόνο έχοντας ως σημείο αναφοράς το τελικό προϊόν, αλλά αντίθετα λαμβάνουν υπόψη την συνολική διαδικασία μέσα από την οποία υλοποιήθηκε το τελικό αποτέλεσμα. Η διαδικασία αυτή, επικεντρώνεται σε στοιχεία όπως είναι η φιλικότητα των επαγγελματιών υγείας, οι υποδομές του χώρου παροχής φροντίδας υγείας ή ακόμη και ο χρόνος που μεσολαβεί για την εξυπηρέτησή τους (Siriwardena, 2010).

Η μεταφορά των αρχών της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι μια πολύπλοκη διαδικασία. Συγκρίνοντας την βιομηχανία με τις υπηρεσίες υγείας, εντοπίζονται πολλές

διαφορές λαμβάνοντας υπόψιν ότι οργανισμοί είναι μεγάλοι και σύνθετοι. Οι ασθενείς δεν λαμβάνουν απλά το ρόλο τους των πελατών, σε μια συνηθισμένη αγορά αλλά αντίθετα σε *οιονεί* αγορά (Wensing et al., 2002). Έτσι, μόνο με αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνει η μεταφορά της από μία υπηρεσία μονοπωλιακού τύπου σε μία ανεξάρτητη ανταγωνιστική αγορά ο στόχος της οποίας, στα πλαίσια της λειτουργίας των δημοσίων συστημάτων υγείας δεν είναι η μεγιστοποίηση της κερδοφορίας αλλά της ωφέλειας των καταναλωτών.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποτελούν ένα ζωντανό κομμάτι της συνολικής διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας και η αξιολόγηση της ικανοποίησης τους διαφέρει σημαντικά, λαμβάνοντας υπόψιν ότι στις υπηρεσίες αυτές το ζήτημα της ζωής και του θανάτου κυριαρχεί. Αντιστοίχως, ο όρος πελάτης έχει να κάνει με οποιοδήποτε άτομο εντός ή εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο λαμβάνει το προϊόν ή την υπηρεσία που παρέχει οργανισμός (Siriwardena, 2010).

Στις υπηρεσίες υγείας, όπως συμβαίνει και σε άλλους οργανισμούς, εντοπίζονται πολλές κατηγορίες πελατών. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνεται η κατηγορία των επαγγελματιών υγείας, της κυβέρνησης, των ασφαλιστικών φορέων, της κοινωνίας και της οικογένειας των ασθενών. Καθεμιά τις προηγούμενες κατηγορίες μπορεί να προσδιορίσει την έννοια της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας χρησιμοποιώντας διαφορετικά κριτήρια. Παραδείγματος χάριν για τους ασθενείς ένα καλό επίπεδο ποιότητας φροντίδας υγείας εκτιμάται από τους τρόπους και το συνολικό χρόνο που διαθέτει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την θεραπεία τους. Από την άλλη πλευρά, ο γιατρός μπορεί να εκτιμά του επιπέδου της ποιότητας αναλόγως της διαθεσιμότητας της τεχνολογίας και των μηχανημάτων (Stepurko, Pavlova and Groot, 2016).

Στα συστήματα υγείας σήμερα, κυριαρχεί η έννοια της ευθύνης των ασθενών σε σχέση με την υγεία τους, στο ότι δηλαδή θα πρέπει να υιοθετούν πιο υγιή τρόπο ζωής. Εκτός των άλλων θα πρέπει να κατανοούν τον περιορισμό της επιστήμης αλλά και των πόρων που διατίθενται στο τομέα της υγείας καθώς και να αναγνωρίζουν το ρόλο του στην βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας. Με αυτό τον τρόπο, ενισχύεται ο ενεργητικός ρόλος του ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

3.2. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή

Στην προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, βασικό ρόλο διαδραματίζει η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, η οποία βάσει των σύγχρονων δεδομένων, αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους του συστήματος υγείας. Μέσα από έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται υποκειμενική και μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες (Mosadeghrad, 2013; Globenko and Sianova, 2012). Τα εργαλεία μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών, χρησιμοποιούνται για την διαμόρφωση των πολιτικών υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι πιο σημαντικοί λόγοι για τους οποίους οι φορείς των υπηρεσιών υγείας οφείλουν να λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπ' όψιν την μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αναλύονται στην συνέχεια.

Αρχικά, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προβλέπει αν ο ασθενής θα ακολουθήσει τη θεραπεία η οποία του προτάθηκε και αν επιθυμεί να αλλάξει τον φορέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση, μπορεί να έχει άμεση συμπτώσεις στην επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό, καθώς και στην εμπλοκή του στην διαδικασία λήψης αποφάσεων που έχουν να κάνουν με την φροντίδα του (Globenko and Sianova, 2012).

Η ανατροφοδότηση η οποία παρέχεται από την πλευρά των ασθενών μπορεί να αποτελέσει ένα βασικό εργαλείο που θα βοηθήσει στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης και προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Παρ' όλο που η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, σήμερα είναι αρκετά διαδεδομένη οι αναφορές στα εργαλεία αξιολόγησης δεν είναι συχνές. Τα σημαντικότερα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αναλύονται στην συνέχεια.

Αρχικά, τα ερωτηματολόγια *Client Satisfaction Questionnaire*, *CSQ-18* και *CSQ-8* χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση του βαθμού της γενικότερης ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Copeland et al., 2004). Το ερωτηματολόγιο *CSQ-18*, αξιολογεί βάσει ορισμένων ψυχομετρικών ικανοτήτων και το 30% των ερωτήσεων που περιλαμβάνει έχουν σαν στόχο τους την μέτρηση της γενικότερης ικανοποίησης. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ο δείκτης alpha, δηλαδή η αξιοπιστία του είναι ιδιαίτερα

υψηλός και ισούται με 0,91. Στο ερωτηματολόγιο *CSQ-8*, οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται είναι παρόμοιες.

Ύστερα, το ερωτηματολόγιο *Consultation Satisfaction Questionnaire, Consult SQ*, χρησιμοποιείται για την καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών από την επίσκεψη και είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο του οποίου ο συντελεστής κυμαίνεται ανάμεσα στο 0,73 και 0,94 (Hawthorne et al., 2009).

Ύστερα, η κλίμακα *LOPSS*, αντιμετωπίζει τους ασθενείς με πατερναλιστικό τρόπο, ενώ πολλές από τις ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνει ενδεχομένως από κάποιους να θεωρούνται περιττές. Ο δείκτης *Patient Satisfaction Index, PSI*, παρουσιάζει μια υποδειγματική εννοιολογική βάση, και μια αξιόπιστη μέθοδο κατασκευής. Ο δείκτης αυτής σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, αν και εμφανίζει μια τάση να μετρά την εμπειρία και όχι τόσο την ικανοποίηση των χρηστών (Sillero Sillero and Zabalegui, 2018; Meakin and Weinmann, 2002).

Το ερωτηματολόγιο *Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ*, δομείται βάση αναλύσεων των ψυχομετρικών ιδιοτήτων και συμπεριλαμβάνει ορισμένες υπό κλίμακες οι οποίες έχουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και επικεντρώνονται στην μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τη ζωή (Thayararan and Mahdi, 2013). Ανάμεσα στα ερωτηματολόγια για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ξεχωριστή θέση κατέχει το *SERVQUAL* το οποίο χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς. Το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει δεχτεί σημαντική κριτική παρόλα αυτά είναι ένα χρηστικό εργαλείο για την μέτρηση όχι μόνο της ικανοποίησης των χρηστών αλλά και της ποιότητας μιας υπηρεσίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν αποτελεί μόνο μια μεθοδολογία αλλά την ίδια στιγμή να σημαντικό εργαλείο για την ανάλυση και την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στον τομέα της υγείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον τομέα της υγείας για να συγκριθούν οι αντιλήψεις των ασθενών με τις προσδοκίες τους αλλά και να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ τους (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985; Κωσταγιόλας και συν., 2006).

Ένα ακόμη ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στον τομέα της υγείας είναι το ερωτηματολόγιο *Picker Patient Experience Questionnaire, PPE-15*. Το ερωτηματολόγιο αυτό, παρέχει μία ξεκάθαρη εικόνα των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους

παρέχονται. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εφαρμόζονται ευρέως σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και στους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο αυτό εμφανίζει μεγάλη εσωτερική αξιοπιστία (Leonardsen et al. 2017).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο *QUOTE* των Sixma et al. (2000) για την μέτρηση των αντιλήψεων των ατόμων της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τις παροχές αλλά και την ποιότητα στην φροντίδα υγείας. Το ερωτηματολόγιο, αποτελείται από τα λίγα εργαλεία με ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Στη συνέχεια, είναι ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ψυχικά νοσήματα είναι το *Verona Service Satisfaction Scale, VSSS*. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναλογικά εμπεριέχει πολλές ερωτήσεις, ακόμη και στις μικρότερες εκδόσεις του ενώ συμπεριλαμβάνει και ερωτήσεις οι οποίες δε συνδέονται μόνο με την τρέχουσα εμπειρία της παρεχόμενης υγείας. Οι απαντήσεις που δίνουν οι συμμετέχοντες είναι με λέξεις ικανοποίησης (Dimova et al., 2017).

Το ερωτηματολόγιο *EUROPEP*, έχει να κάνει με την αξιολόγηση των ασθενών που αναζητούν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται συνολικά από 24 ερωτήσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται για την εξέταση των απόψεων των ασθενών σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το περιβάλλον, το επίπεδο της πληροφόρησης καθώς και την ενημέρωση μετά την θεραπεία (Dimova et al., 2017).

Η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εργαλείου για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, προϋποθέτει την ύπαρξη των ανάλογων και ενδεδειγμένων ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Την ίδια στιγμή, είναι απαραίτητο το εκάστοτε ερωτηματολόγιο να εστιάζει στο θέμα, να έχει σύντομες ερωτήσεις και οι εκφράσεις των ερωτήσεων αυτών να είναι αρκετά σαφείς έτσι ώστε να γίνονται εύκολα αντιληπτές από το κοινό.

3.3. Ποιότητα στην φροντίδα υγείας

Η ποιότητα, όπως γίνεται αντιληπτό από τα δεδομένα που αναλύθηκαν και προηγουμένως, είναι μία έννοια η οποία χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του ορίου μεταξύ των προσδοκιών και της πραγματικότητας. Στον τομέα της υγείας, η ποιότητα της φροντίδας υγείας προσδιορίζεται σαν ένα πλαίσιο ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και των πραγματικών αποτελεσμάτων από την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Εφόσον οι προσδοκίες των ασθενών χαρακτηρίζονται από υποκειμενικότητα, η άποψη της

ποιότητας δεν μπορεί παρά να θεωρείται υποκειμενική (Stepurko, Pavlova and Groot, 2016).

Η εκτίμηση της φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνει διάφορες παραμέτρους όπως είναι ο προσδιορισμός των αντικειμένων της φροντίδας, η καταγραφή, η αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης των αποτελεσμάτων καθώς και η εκτίμηση της συνολικής έκτασης και των συνεπειών των παρεμβάσεων. Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση των ειδικών θεραπειών, την εκτίμηση του πλαισίου φροντίδας σε ορισμένες ομάδες ασθενών, την αξιολόγηση της λειτουργίας των οργανισμών καθώς και την εκτίμηση του συστήματος υγείας στο σύνολό τους (Siriwardena, 2010).

Μέσα από σχετική έρευνα, έχουν αναφερθεί ορισμένα κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογούνται τα αποτελέσματα των θεραπειών και της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Karaca and Durna, 2019). Τα κριτήρια αυτά συμπεριλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα, δηλαδή αν η θεραπεία μπορεί να αλλάξει τη φυσική εξέλιξη της νόσου προς το καλύτερο. Στη συνέχεια, υπάρχει η αποδοτικότητα η οποία προσδιορίζει το αν οι εισροές μπορούν να δικαιολογήσουν το τελικό αποτέλεσμα και τέλος, ισοτιμία δηλαδή αν υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών στην θεραπεία, ανεξαρτήτως της οικονομικής ή κοινωνικής τους τάξης (Καλογεροπούλου, 2011).

Κάποιες άλλες διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας στον τομέα της υγείας είναι η διαθεσιμότητα σε σχέση με το χρόνο και την απόσταση, η προσπελασιμότητα, η αποδοχή καθώς και η παροχή της φροντίδας υγείας με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να προκαλεί την ικανοποίηση των λογικών προσδοκιών των ασθενών αλλά και όλων των εμπλεκόμενων γενικότερα στον τομέα της υγείας.

Εκτός των άλλων, μια σημαντική διάσταση είναι η καταλληλότητα και η ανταποκρισιμότητα στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων. Ο όρος της προσβασιμότητας δεν αναφέρεται απλά στο βαθμό της συμπλήρωσης ανάμεσα στον ασθενή και το σύστημα υγείας. Αντιθέτως, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις οι οποίες είναι η διαθεσιμότητα, η προσπελασιμότητα, η διευθέτηση, η οικονομική δυνατότητα και η αποδοχή. Οι διαστάσεις που περιγράφονται συνδέονται στενά μεταξύ τους και εξαρτώνται η μία από την άλλη (Καλογεροπούλου, 2011).

3.4. Ικανοποίηση απαιτήσεων και προσδοκιών των ασθενών από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

Για την προσέγγιση του όρου της ικανοποίησης έχουν αναπτυχθεί ορισμένες βασικές θεωρίες. Έτσι, αρχικά υπάρχει η θεωρία της ασυμφωνίας μέσω της οποίας προσδιορίζεται το κενό μεταξύ του τι τελικά επιθυμεί το άτομο και τι λαμβάνει ως ποσοστό της επιθυμίας αυτής. Στη συνέχεια υπάρχει θεωρία της πλήρωσης μέσω της οποίας η ικανοποίηση προσδιορίζεται ως η διαφορά ανάμεσα στην επιθυμητή αμοιβή και αυτοί που τελικά λαμβάνεται. Τέλος, υπάρχει και η θεωρία της ισοτιμίας. Στα πλαίσια της θεωρίας αυτής η ικανοποίησης προσδιορίζεται σαν την προσλαμβανόμενη ισοτιμία ή αντίστοιχα την προσλαμβανόμενη ισορροπία ανάμεσα σε εισροές και εκροές (Jenkinson, 2002). Η συγκεκριμένη θεωρία, έχει έναν πιο υποκειμενικό χαρακτήρα και μέσω αυτής εισάγεται ο ρόλος της κοινωνικής σύγκρισης.

Τα θέματα που έχουν να κάνουν με την ικανοποίηση του ασθενή θα πρέπει να απασχολούν και την διοίκηση των μονάδων υγείας έτσι ώστε να γίνεται αντιληπτή η σωστή επένδυση των δαπανών που εγκρίνονται. Οι ασθενείς αρχικά, δεν ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση τους αλλά για την επίλυση του προβλήματος υγείας που έχουν. Έτσι κατ' επέκταση αξιολογούν το εκάστοτε επαγγελματία υγείας βάσει της θεραπείας που σχεδιάζεται στη βάση της επίτευξης των στόχων της επίλυσης του προβλήματος υγείας τους.

Μέσα από τη θεωρία έχει την στηριχθεί ότι τα κλινικά αποτελέσματα υψηλής ποιότητας επιδρούν με άμεσο τρόπο στη συμμόρφωση του ασθενή, η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την ικανοποίηση. Γενικότερα έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι συμμόρφωσης οι οποίοι συνδέονται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενή. Οι τύποι αυτή είναι η τήρηση του ραντεβού, η προώθηση της τήρησης της θεραπείας που προτείνεται και τέλος η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Κατά συνέπεια, με αυτό τον τρόπο γίνεται αποδεικτική η σημαντικότητα της άποψης του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρωτίστως ενδιαφέρονται για το κλινικό αποτέλεσμα (Williams, 1994).

Η αντιμετώπιση των αντιλήψεων των ασθενών, θα πρέπει να γίνεται αντιληπτή, όχι σαν μια πραγματική διάσταση της ποιότητας αλλά ως την ίδια την ποιότητα. Η ικανοποίηση του ασθενή, θεωρείται ως ένα από τα επιθυμητά τελικά προϊόντα της

φροντίδας υγείας. Μέσα από τη θεωρία του τον Donabedian τονίζεται η ικανοποίηση του ασθενή η οποία θεωρείται ως ένα στοιχείο του ιδίου επιπέδου υγείας. Αυτό συμβαίνει, εφόσον η ικανοποίηση του ασθενή παρέχει πληροφορίες σχετικά με το κατά πόσο η επιτυχία αυτού που παρέχει τις υπηρεσίες καταφέρει να ανταποκριθεί στις αξίες αλλά και τις προσδοκίες του ασθενή.

Κατά τη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το βασικό αντικείμενο που απασχολεί τους ασθενείς, εκτός από την τελική έκβαση της θεραπείας τους, είναι να θεραπεύονται με σεβασμό, να γίνεται σεβαστό το ιατρικό απόρρητο, και να ενημερώνονται σωστά για την κατάσταση της υγείας τους. Όπως αναφέρουν οι Nicholis et al., (2011), οι διαστάσεις της φροντίδας στις οποίες δίνουν ιδιαίτερη βάση οι ασθενείς είναι ο σεβασμός των αξιών τους, οι προτιμήσεις τους καθώς και η δυνατότητα έκφρασης των αναγκών τους. Επίσης, σημαντική είναι η ψυχολογική στήριξη, η ελεύθερη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλές από τις προσδοκίες και ανάγκες των ασθενών, εντοπίζονται μέσα από την έκφραση των παραπόνων τους. Τα παράπονα των ασθενών ταξινομούνται σε αυτά που σχετίζονται με την επικοινωνία με το προσωπικό, με το θεραπευτικό πλάνο αλλά και με τις κατηγορίες από άλλους συναδέλφους. Εκτός των άλλων μπορεί να προβλήματα με τη θεραπεία, με την διάγνωση, το χρόνο που χρειάστηκε την εισαγωγή τους αλλά και με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Αλλά παράπονα σχετίζονται με τις υποδομές, και με το περιβάλλον καθώς και με το κόστος και τις χρεώσεις των υπηρεσιών.

3.5. Παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Το βασικότερο στοιχείο το οποίο λαμβάνεται υπόψιν από τους ασθενείς και μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίησή τους, είναι η προσφορά εξειδικευμένων και ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Την ίδια στιγμή, οι ασθενείς δίνουν ιδιαίτερο βάρος στον τρόπο ικανοποίησης βασικών τους δικαιωμάτων όπως είναι η διαδικασία ενημέρωσης τους από το προσωπικό υγείας αλλά και η συγκατάθεση τους για τις ιατρικές παρεμβάσεις οι οποίες τους αφορούν άμεσα. Επίσης, οι ασθενείς σήμερα

κρίνουν πως είναι απαραίτητο να λαμβάνουν σεβασμό από τους παρόχους φροντίδας υγείας, και είναι ιδιαίτερα αυστηροί ως προς το ύφος και την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού, την κατανόηση του προβλήματος τους αλλά και τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται έτσι ώστε να είναι επιτυχημένη θεραπεία (Καλογεροπούλου, 2011).

Οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των Ασθενών, σχετίζονται με τρία βασικά χαρακτηριστικά. Αρχικά, με τις προσδοκίες τις οποίες έχουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες που προσφέρονται, με τα οικονομικά χαρακτηριστικά του χρηστών και τέλος με τα κοινωνικά γνωρίσματα των χρηστών των υπηρεσιών αυτών (Κωσταγιόλας 2013). Στην ουσία, η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με τις προσδοκίες τους και με το αν αυτές πραγματοποιούνται. Δηλαδή, περιγράφεται η διαφορά μεταξύ αυτού που περίμεναν και είχα ελπίδες ότι θα συμβεί και αυτό που πραγματικά συνέβη.

Οι διαφορές ανάμεσα σε αυτό που προσδοκά ο ασθενής και αυτό που πραγματικά συμβαίνει οφείλονται σε ορισμένες αιτίες. Αρχικά μία αιτία είναι οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των προσδοκιών και των προδιαγραφών του κέντρου υγείας. Σημαντικό ρόλο, διαδραματίζουν και στα στοιχεία ανάμεσα στις υπηρεσίες που υπόσχεται ο πάροχος και στις πραγματικές υπηρεσίες που εν τέλει παρέχει στον ασθενή. Κατά συνέπεια, τα βασικότερα κριτήρια που λαμβάνουν υπόψιν οι ασθενείς και συνδέονται με την ικανοποίησή τους από την ποιότητα της παρεχόμενης υγείας είναι:

- Η αξιοπιστία του παρόχου των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών.
- Ο βαθμός ανταπόκρισης του συστήματος τις ανάγκες των χρηστών και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Ο βαθμός του επαγγελματισμού που φαίνεται να έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και η προθυμία του να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των ασθενών.

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται άμεσα με τις προσδοκίες τους οι οποίες επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η πληροφόρηση και η ενημέρωση για την θεραπεία τους από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, η προηγούμενη εμπειρία τους καθώς και η τελική εξέλιξη και έκβαση της θεραπείας τους.

3.6. Ικανοποίηση ασθενών και προσωπικό υγείας

Το προσωπικό υγείας εργάζεται εντός της μονάδας και έχει τη μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή. Το προσωπικό υγείας θεωρείται ότι είναι υπεύθυνο για το σύνολο των δραστηριοτήτων και την φροντίδα του ασθενή κατά τη διάρκεια της ημέρας ενώ παράλληλα είναι υπεύθυνο για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς αλλά και στον κοινωνικό τους περιβάλλον.

Το προσωπικό υγείας, και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, λειτουργεί σαν εκπρόσωπος του ασθενή στο υπόλοιπο προσωπικό υγείας, και είναι οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής για την μονάδα υγείας. Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές υπολείπονται δύναμης μέσα στο σύστημα υγείας συγκριτικά με τους ιατρούς. Κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά της φροντίδας που παρέχουν νοσηλευτές και έχουν να κάνουν με την ικανοποίηση των ασθενών είναι η εξασφάλιση της ιδιωτικότητας τους, η παροχή ενημερώσεων και πληροφοριών για τη θεραπεία τους, η επεξήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, η ανταπόκριση στα καλέσματα, η συχνή έλεγχοι της κατάστασης κ.α. Για να μπορέσει το προσωπικό υγείας να βελτιώσει την φροντίδα η οποία παρέχεται στους ασθενείς, θα πρέπει να αναγνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους, όπως αυτοί αναφέρθηκαν προηγουμένως (Shaw et al., 2000).

Μέσα από σχετικές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι οι ώρες οι οποίες αφιερώνει το προσωπικό υγείας στους ασθενείς, αλλά και τα χαρακτηριστικά εκπαίδευσης του συνδέονται με την ικανοποίησή τους (Minnick, 2000). Παράλληλα, από άλλη μελέτη έχει βρεθεί ότι όσο περισσότερο χρόνο νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ασθενείς τόσο ικανοποίηση του συνδέεται με την ικανότητα του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού σχετικά με το κατά πόσο σεβαστές γίνονται οι επιθυμίες (Tokunaga and Imanaka, 2002). Οι ασθενής, αξιολογούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε σημεία όπως αν του συστήνεται κατά την εισαγωγή του και αν του εξηγεί το ρόλο που θα διαδραματίσει στην θεραπεία του.

Κεφάλαιο 4ο: Μεθοδολογία της έρευνας

4.1. Στόχος της έρευνας

Ο βασικός στόχος του ερευνητικού μέρους αυτού της εργασίας είναι να αποτυπώσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του δημόσιου νοσοκομείου. Χρησιμοποιώντας το εργαλείο του ερωτηματολογίου πρόκειται να γίνει μια προσπάθεια να ανιχνευθούν όλοι οι παράγοντες ικανοποίησης των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, ως στόχος της έρευνας τίθεται η ανάδειξη των κυριότερων παραγόντων ικανοποίησης, που μπορεί να σχετίζονται με τις υποδομές, την συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τις διαδικασίες καταχώρησης ενός ραντεβού, τις ανθρώπινες σχέσεις καθώς και τις οδηγίες που μπορεί να παρέχονται για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας του ασθενούς. Ο βαθύτερος στόχος, και επίκεντρο της έρευνας είναι η διερεύνηση των περιθωρίων βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα πλαίσια του δημόσιου νοσοκομείου.

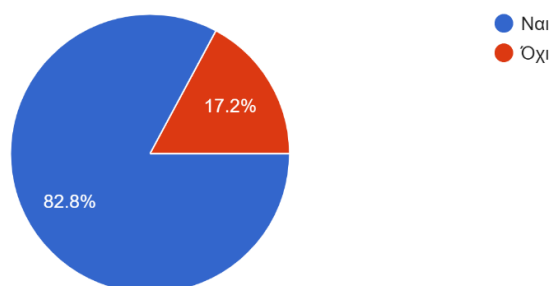
4.2. Δείγμα της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, ως βασικό κριτήριο ένταξης ενός ατόμου στο δείγμα τέθηκε το κριτήριο επίσκεψης σε δημόσιο νοσοκομείο σαν ενήλικας έτσι ώστε να λάβει φροντίδας υγείας. Έτσι, ο εκάστοτε συμμετέχων θα έπρεπε να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Να έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του,
- Να έχει δοθεί συναίνεση του ίδιου, εφόσον έχει ενημερωθεί για το στόχο της έρευνας,
- Να έχει επισκεφθεί μία δημόσια δομή φροντίδας υγείας, έτσι ώστε να λάβει φροντίδα υγείας για κάποιο πρόβλημα που αντιμετώπισε.

Εν τέλει, συγκεντρώθηκαν συνολικά 99 ερωτηματολόγια, από τα οποία εξαιρέθηκαν τα 17, και έγιναν αποδεκτά τα 82 θέτοντας σαν κριτήριο την προσέλευση σε κάποια δημόσια δομή υγείας για την παροχή φροντίδας υγείας. Το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας ήταν από τις 10.08.2021 μέχρι τις 30.08.2021.

Έχετε επισκεφθεί κάποιο νοσοκομείο σαν ενήλικας για να λάβετε φροντίδα υγείας ή για κάποιον τραυματισμό;
99 responses



Διάγραμμα 1: Κριτήριο απόρριψης

Όπως φαίνεται στο προηγούμενο διάγραμμα, 82 άτομα δηλαδή το ποσοστό του 82,8%, συμμετείχε στην έρευνα, εφόσον πληρούσε τα κριτήρια τα οποία τέθηκαν εξαρχής, ενώ τα υπόλοιπα 17 άτομα δηλαδή συνολικά το 17,2 % της του δείγματος, απορρίφθηκε βάσει των κριτηρίων που έχουν τεθεί εξαρχής. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία και ανεξάρτητα από κριτήρια όπως είναι η οικονομική κατάσταση του δείγματος, η οικογενειακή τους κατάσταση και ο λόγος που επισκέφθηκαν την δημόσια δομή υγείας.

4.3. Ερευνητική μεθοδολογία

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας, θεωρήθηκε αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ενός ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε έναντι της ποιοτικής έρευνας, διότι θα παρείχε ακριβή στοιχεία αναφορικά με τις προτιμήσεις του δείγματος και δεν θα επηρεάζονταν σε καμία περίπτωση από τις απόψεις του ερευνητή, όπως γίνεται στην ποιοτική έρευνα (Welman, Kruger and Mitchell, 2015). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, ήταν δομημένο με κλειστές απαντήσεις οι οποίες έπρεπε να δοθούν, ως επί το πλείστον με τη μορφή της πενταβάθμιας κλίμακα Likert. Η κλίμακα Likert, χρησιμεύει για την διερεύνηση της ικανοποίησης του δείγματος. Παράλληλα, η κλίμακα Likert θεωρήθηκε καταλληλότερη επειδή παρέχει τα κατάλληλα εφόδια στον ερευνητή. Η τελική διαμόρφωση των ερωτήσεων και η επιλογή τους έγινε μετά από παρατήρηση της λειτουργίας των

δημοσίων δομών υγείας. Ως βάση αναφοράς έγινε χρήση ερωτηματολογίων παλαιότερων ερευνών.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας, συμπεριλαμβάνει συνολικά τέσσερα τμήματα. Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου, συμπεριλαμβάνει την ερώτηση σχετικά με την επίσκεψη των χρηστών σε μια δημόσια δομή υγείας και η απάντηση μπορεί να είναι είτε θετική είτε αρνητική. Η πρώτη αυτή η ερώτηση χρησιμοποιείται σαν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια, το επόμενο μέρος διερευνά την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών. Το συγκεκριμένο μέρος, συμπεριλαμβάνει συνολικά εννέα ερωτήσεις. Ύστερα, γίνεται μια ανασκόπηση των απόψεων των χρηστών για την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνει συνολικά 11 ερωτήσεις και βασίζεται στην κλίμακα Likert. Ολοκληρώνοντας την έρευνα, το δείγμα θα πρέπει να συμπληρώσει ορισμένα στοιχεία αναφορικά με τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά.

4.4. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, έγινε με τη χρήση του εργαλείου SPSS 2.7. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχτηκαν σε πίνακες και διαγράμματα στους οποίους αναφέρεται το όνομα των μεταβλητών αλλά και η αντίστοιχη ερώτηση αναφοράς. Επίσης, γίνεται αναφορά στις εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Έτσι, οι μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη χρήση του μέσου όρου των μετρήσεων τους, της τυπικής απόκλισης ενώ αντίστοιχα οι μετρήσιμες μεταβλητές, παρουσιάζονται με τη χρήση της συχνότητας εμφάνισης των απαντήσεων καθώς και με την σχετική συχνότητα εμφάνισης των τιμών της κάθε μεταβλητής.

4.5. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.

Στα πλαίσια της έρευνας αυτής, ακολουθήθηκε ο κώδικας της Νυρεμβέργης αλλά και η διακήρυξη του Ελσίνκι που αφορά στην προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχουν τα άτομα, δηλαδή να μην υποστούν κάποια φυσική ή συγκινησιακή βλάβη. Παράλληλα τηρείται το κριτήριο της πλήρους διαφάνειας, της εχεμύθειας και της αυτοδιάθεσης. Πριν συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, εξηγήθηκε αναλυτικά στους συμμετέχοντες ο σκοπός της έρευνας. Επίσης, το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι συμμετέχοντες τυχαίοι.

4.6. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Βασικός στόχος των μεθόδων και των τεχνικών συγκέντρωση στοιχείων, είναι η επίτευξη αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων για την διασφάλιση του ότι οποιαδήποτε διαφορά όσον αφορά τις απαντήσεις και κατ' επέκταση στην βαθμολογία, σε άτομα τα οποία έλαβαν μέρος στην έρευνα οφείλεται σε πραγματικές διαφορές και όχι σε τυχαίες διακυμάνσεις. Άλλες συνθήκες που ενδεχομένως να επηρεάσουν το βαθμό της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της εκάστοτε έρευνας, είναι το ανεπαρκές δείγμα, οι διαφορές οι οποίες προκύπτουν από την έλλειψη σαφήνειας του εργαλείου μέτρησης, διαφορές που προκύπτουν από τον τρόπο της κατασκευής του ερωτηματολογίου αλλά και από σφάλματα κατά την διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης (Welman, Kruger and Mitchell, 2015).

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας πραγματοποιείται έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής, για να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίον τα στοιχεία τα οποία απαρτίζουν την κάθε μία κλίμακα μπορούν να μετρήσουν το ίδιο αντικείμενο δηλαδή, ότι είναι ομοιογενή. Κατά συνέπεια, η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση υλικών δηλαδή συντελεστών εσωτερική συνέπειας. Μεταξύ αυτών των συντελεστών, ο συντελεστής που χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον είναι ο Cronbach's alpha. Ο συντελεστής Cronbach's alpha μπορεί να εκτιμήσει πόσο καλά κάποιες μεταβλητές μπορούν να μετρήσουν μία συγκεκριμένη άποψη ή στάση. Αν οι τιμές του συντελεστή χρόνου Cronbach's alpha είναι μεγαλύτερες του 0,7 υποδηλώνουν την ύπαρξη εσωτερικής συνοχής ενώ αντίθετα, αν προκύψουν τιμές μικρότερες του 0,7 τότε κάποιες από τις μεταβλητές θα πρέπει να απαλειφθούν (Welman, Kruger and Mitchell, 2015; Goddard and Melville, 2017). Σε περιπτώσεις που υπάρχει μικρότερη τιμή η κλίμακα θα πρέπει να αφαιρεθεί εντελώς από την περαιτέρω μελέτη εφόσον δεν μπορεί να παράξει αξιόπιστα αποτελέσματα. Στη συνέχεια παρατίθενται τα αποτελέσματα του ελέγχου για την παρούσα έρευνα, μέσα από τα οποία προκύπτει η εσωτερική συνοχή του δείγματος.

Πίνακας 1: Δείκτης αξιοπιστίας

Reliability Statistics	
Cronbach's	
Alpha	N of Items
,715	21

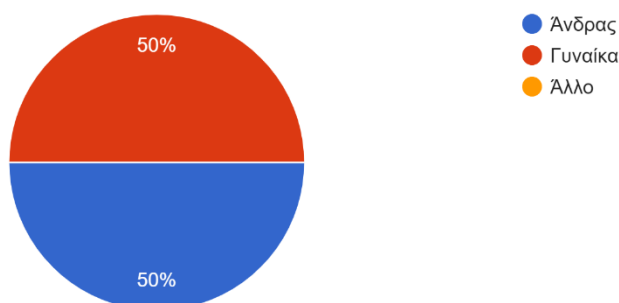
Κεφάλαιο 5^ο: Αποτελέσματα της έρευνας

5.1. Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος

Στο πρώτο τμήμα της έρευνας, αναλύονται στοιχεία αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, συγκεντρώθηκαν, μέσω του ερωτηματολογίου στοιχεία που είχαν να κάνουν με το φύλο του δείγματος, την οικογενειακή του κατάσταση, το μορφωτικό το επίπεδο, το επάγγελμα του, τον φορέα ασφάλισης του και το μηνιαίο του εισόδημα.

5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Αρχικά, το δείγμα το οποίο συμμετείχε στην έρευνα, ερωτήθηκε σχετικά με το φύλο του.



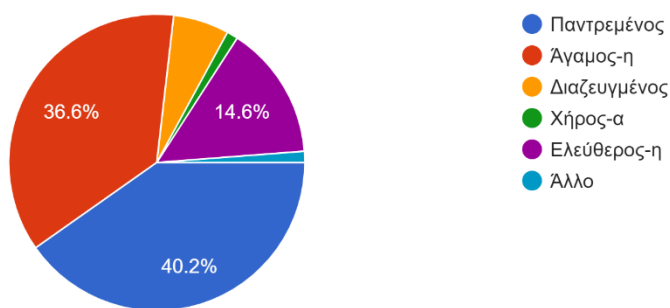
Διάγραμμα 2: Φύλο

Πίνακας 2: Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	41	50.0	50.0	50.0
	Γυναίκα	41	50.0	50.0	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από το προηγούμενο διάγραμμα, το 50% της έρευνας αποτελείται από γυναίκες, και το υπόλοιπο 50% της έρευνας αποτελείται από άντρες. Δηλαδή, το δείγμα της έρευνας είναι ίσο μοιρασμένο. Επίσης, όπως φαίνεται από το διάγραμμα που ακολουθεί, οι συμμετέχοντες στην έρευνα οι άντρες είναι 41 σε αριθμό, όπως και γυναίκες.

Συνεχίζοντας με την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση.



Διάγραμμα 3: Οικογενειακή κατάσταση

Όσον αφορά στο μεγαλύτερο μερίδιο του δείγματος, όπως προκύπτει από το προηγούμενο διάγραμμα το 40,2% δήλωσαν πως είναι παντρεμένοι. Στη συνέχεια το 36,6% του δείγματος δήλωσε πως είναι άγαμοι. Το 14,6% του δείγματος, δήλωσε πως ανήκει στην κατηγορία των ελεύθερων ενώ το 1,2% δήλωσε πως είναι χήροι. Τέλος, το 6,1%, ανήκει στην κατηγορία των διαζευγμένων.

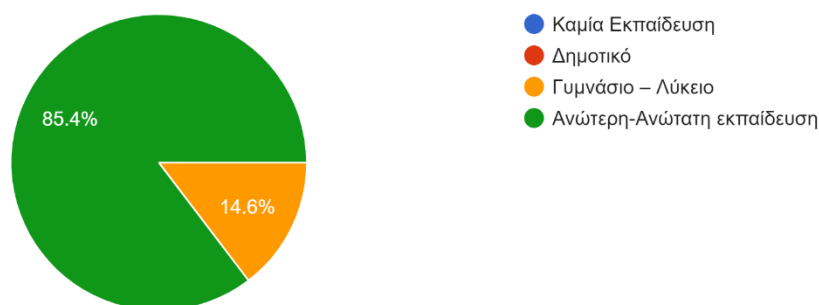
Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί, 33 άτομα από το δείγμα της έρευνας είναι παντρεμένοι, ενώ άγαμοι δηλώνουν 30. Στη συνέχεια, διαζευγμένοι είναι πέντε άτομα, ελεύθεροι 12 άτομα και χήροι ένα άτομο.

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Παντρεμένος	33	40.2	40.2	40.2
	Άγαμος-η	30	36.6	36.6	76.8
	Διαζευγμένος	5	6.1	6.1	82.9
	Χήρος-α	1	1.2	1.2	84.1
	Ελεύθερος-η	12	14.6	14.6	98.8
	7.00	1	1.2	1.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Ύστερα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο.



Διάγραμμα 4: Εκπαίδευση

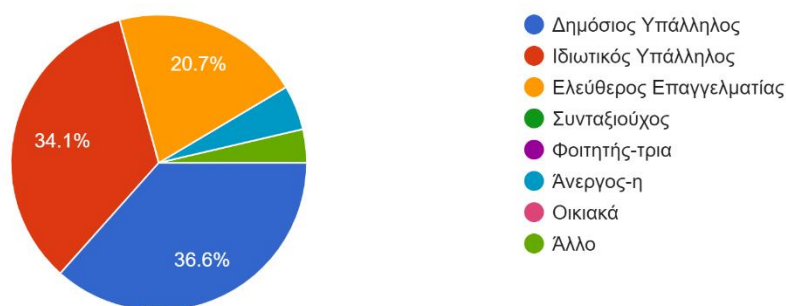
Πίνακας 4: Εκπαίδευση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυμνάσιο – Λύκειο	12	14.6	14.6	14.6
	Ανώτερη-Ανώτατη εκπαίδευση	70	85.4	85.4	100.0
Total		82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από το προηγούμενο διάγραμμα και τον πίνακα που ακολουθεί το ποσοστό του 84,5% δηλαδή 70 συνολικά άτομα, δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευση. Αντιστοίχως, το 14,6% της έρευνας, δηλαδή 12 συνολικά άτομα

δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου. Δεν υπήρχαν άτομα στο δείγμα της έρευνας οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν έχουν εκπαίδευση ή ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού.

Η επόμενη ερώτηση της έρευνας, αφορά στην συγκέντρωση δεδομένων αναφορικά με την απασχόληση των συμμετεχόντων.



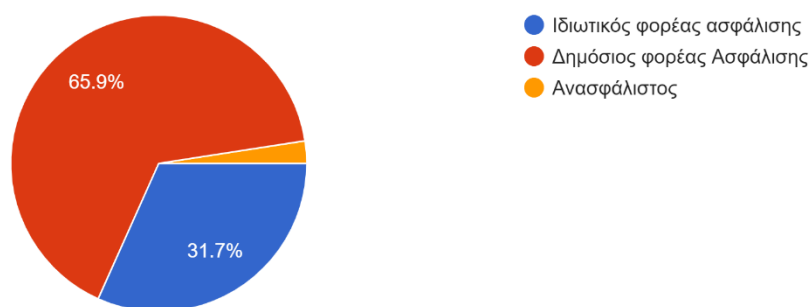
Διάγραμμα 5: Επάγγελμα-Απασχόληση

Πίνακας 5: Επάγγελμα-Απασχόληση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος Υπάλληλος	30	36.6	36.6	36.6
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	28	34.1	34.1	70.7
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	17	20.7	20.7	91.5
	Άνεργος-η	4	4.9	4.9	96.3
	Οικιακά	3	3.7	3.7	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως φαίνεται από το προηγούμενο διάγραμμα, αλλά κι από τον πίνακα που παρατίθεται, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή 36,6% (30 άτομα) είναι υπάλληλοι του δημοσίου τομέα. Αμέσως μετά, έρχονται οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 34,1% (28 άτομα). Ύστερα, τα άτομα τα οποία δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες καταλαμβάνουν το 20,7% του συνολικού ποσοστού του δείγματος (17 άτομα). Μετά, έρχονται οι άνεργοι με 4,9% (4 άτομα) και τέλος, το ποσοστό του δείγματος που δήλωσε ως απασχόληση τα οικιακά είναι 3,7% (τρία άτομα).

Στην επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου, τα άτομα ερωτήθηκαν αναφορικά με τον φορέα ασφάλισης τους.



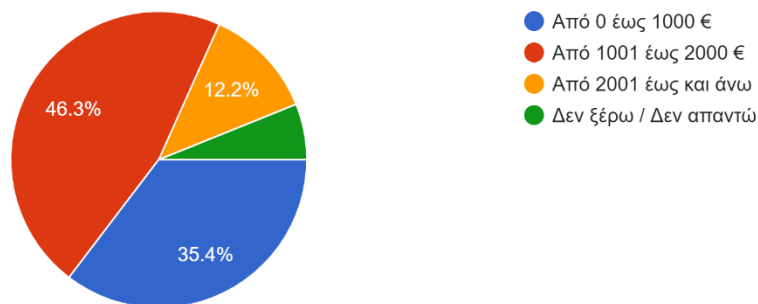
Διάγραμμα 6: Φορέας Ασφάλισης

Πίνακας 6: Φορέας Ασφάλισης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιδιωτικός φορέας ασφάλισης	26	31.7	31.7	31.7
	Δημόσιος φορέας Ασφάλισης	54	65.9	65.9	97.6
	Ανασφάλιστος	2	2.4	2.4	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από το διάγραμμα που παρατίθεται παραπάνω αλλά και τον ακόλουθο πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος στην ερώτηση αυτή δήλωσε ότι έχει δημόσιο φορέα ασφάλισης, (65,9% – 54 άτομα). Στη συνέχεια, βρίσκονται τα άτομα τα οποία δήλωσαν ότι έχουν κάποιον ιδιωτικό φορέα ασφάλισης (31,7% – 26 άτομα). Τέλος, υπάρχουν τα άτομα τα οποία δήλωσαν ανασφάλιστοι (2,4% – 2 άτομα).

Συνεχίζοντας με την στην ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα τους.



Διάγραμμα 7: Μηνιαίο εισόδημα

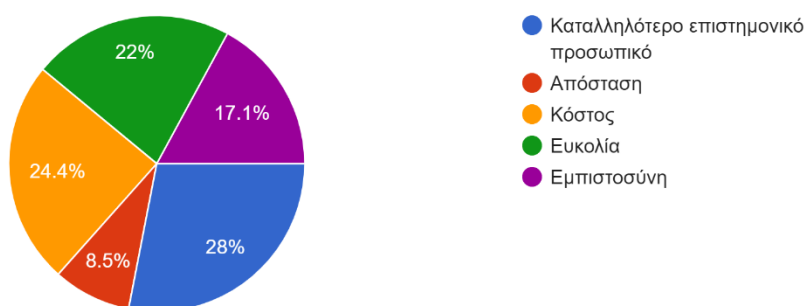
Πίνακας 7: Μηνιαίο εισόδημα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Από 0 έως 1000 €	29	35.4	35.4	35.4
Από 1001 έως 2000 €	38	46.3	46.3	81.7
Από 2001 έως και άνω	10	12.2	12.2	93.9
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	5	6.1	6.1	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που περιγράφονται στο παραπάνω διάγραμμα και τον πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτωμένων, δήλωση ότι ανήκει στην εισοδηματική κλάση των 1001 έως 2000 € (46,3% – 38 άτομα). Αμέσως μετά, το 35,4% της έρευνας (29 άτομα) δήλωσαν ότι ανήκουν στην εισοδηματική κλάση των μηδέν έως 1000 €. Ύστερα, στην αίτηση εισοδηματική κλάση των 2001 και άνω ανήκει το 12,2% του δείγματος δηλαδή 10 άτομα. Το 6,1% του δείγματος, δηλαδή πέντε άτομα δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν αναφορικά με την εισοδηματική κλάση στην οποία ανήκουν.

5.1.2. Βασικές ερωτήσεις

Το επόμενο τμήμα της έρευνας, αφορά στην συγκέντρωση των ανάλογων δεδομένων για την αξιολόγηση των απόψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αρχικά, το δείγμα ερωτάται σχετικά με τον λόγο για τον οποίο διάλεξε να επισκεφθεί το νοσοκομείο, έναντι μιας ιδιωτικής δομής.



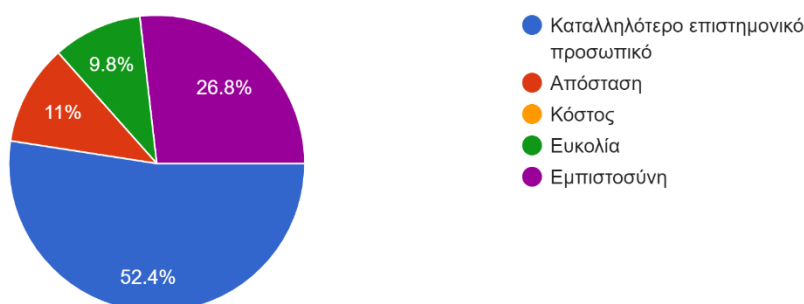
Διάγραμμα 8: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι μια ιδιωτική δομή;

Πίνακας 8: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι μια ιδιωτική δομή;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καταλληλότερο επιστημονικό προσωπικό	23	28.0	28.0	28.0
	Απόσταση	7	8.5	8.5	36.6
	Κόστος	20	24.4	24.4	61.0
	Ευκολία	18	22.0	22.0	82.9
	Εμπιστοσύνη	14	17.1	17.1	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή το 28% υποστήριξε ότι το προσωπικό της δημόσιας δομής υγείας είναι καταλληλότερο σε σχέση με μια ιδιωτική. Στη συνέχεια, 24,4% υποστήριξε ότι το κόστος ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που επισκέφτηκε μία δημόσια δομή υγείας. Το 22% των συμμετεχόντων στην έρευνα, υποστήριξε ότι η ευκολία τους οδήγησε στο να επισκεφθούν μια δημόσια δομή υγείας, ενώ το 17,1% απάντησε ότι η εμπιστοσύνη ήταν ο βασικός παράγοντας που τους οδήγησε στο να επισκεφθούν το δημόσιο νοσοκομείο. Τέλος, το 8,5% θεώρησε ότι η απόσταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επισκέφτηκε το δημόσιο νοσοκομείο έναντι μιας ιδιωτικής δομής.

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις για την ανασκόπηση των απόψεων των συμμετεχόντων σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τους λόγους που τους οδήγησαν να επισκεφθούν το δημόσιο νοσοκομείο και όχι το κέντρο υγείας της περιοχής τους.



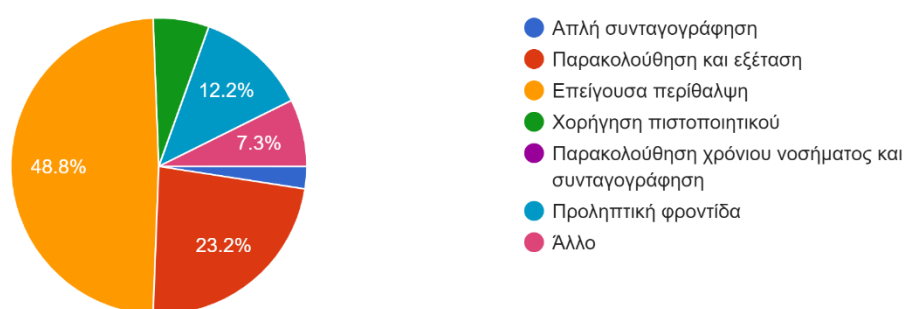
Διάγραμμα 9: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι το Κέντρο Υγείας της περιοχής

Πίνακας 9: Γιατί επιλέξατε να επισκεφτείτε το νοσοκομείο και όχι το Κέντρο Υγείας της περιοχής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καταλληλότερο επιστημονικό προσωπικό	43	52.4	52.4	52.4
	Απόσταση	9	11.0	11.0	63.4
	Ευκολία	8	9.8	9.8	73.2
	Εμπιστοσύνη	22	26.8	26.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας δηλαδή το 52,4% υποστήριξε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου είναι καταλληλότερο σε σχέση με του κέντρου υγείας. Ύστερα, το 26,8% υποστήριξε ότι εμπιστεύεται περισσότερο το προσωπικό του δημόσιου νοσοκομείου ενώ το 11% θεωρείται ως ένα σημαντικό παράγοντα την απόσταση. Τέλος το νέο το 9,8%, υποστήριξε την άποψη ότι η ευκολία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που τους οδήγησε να επισκεφθούν ένα δημόσιο νοσοκομείο.

Ύστερα, το δείγμα της έρευνας κλήθηκε να απαντήσει σχετικά με τους λόγους που τους οδήγησαν στον επισκεφθούν το νοσοκομείο.



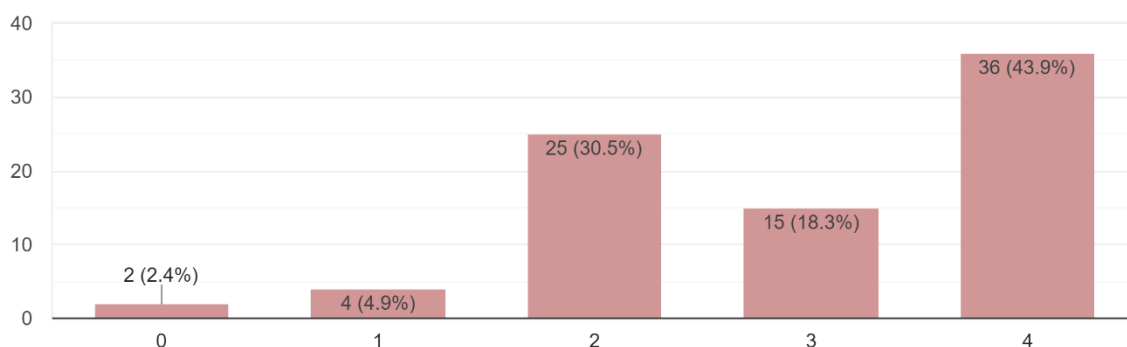
Διάγραμμα 10: Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο;

Πίνακας 10: Ποιοι ήταν οι λόγοι που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απλή συνταγογράφηση	2	2.4	2.4	2.4
	Παρακολούθηση και εξέταση	19	23.2	23.2	25.6
	Επείγουσα περίθαλψη	40	48.8	48.8	74.4
	Χορήγηση πιστοποιητικού	5	6.1	6.1	80.5
	Προληπτική φροντίδα	10	12.2	12.2	92.7
	Άλλο	6	7.3	7.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας δηλαδή το 48,8% απάντησε ότι η επείγουσα περίθαλψη ήταν ο βασικός λόγος που το οδήγησε στο να επισκεφθεί το νοσοκομείο. Στη συνέχεια, το 23,2%, επισκέφτηκε το νοσοκομείο για παρακολούθηση και εξέταση, ενώ το 12,2% επισκέφτηκε το νοσοκομείο για την παροχή προληπτικής φροντίδας υγείας. Το 7,3% της έρευνας, δήλωσε πως υπήρχε κάποιος άλλος λόγος που επισκέφτηκε την το νοσοκομείο.

Το επόμενο ερώτημα του ερωτηματολογίου, απευθύνεται στους ερωτώμενους, και τους ζητά να προσδιορίσουν το αν το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε με εύκολο και γρήγορο τρόπο.



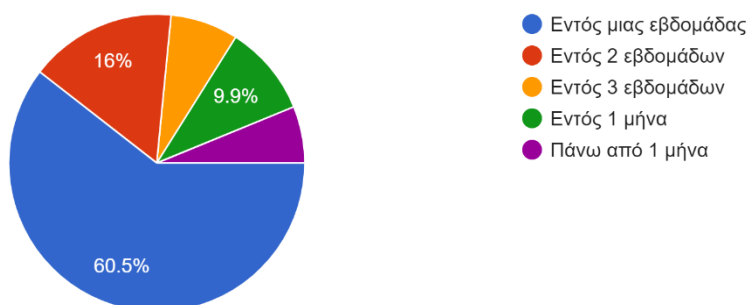
Διάγραμμα 11: Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα;

Πίνακας 11: Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
.00	2	2.4	2.4	2.4
Διαφωνώ απόλυτα	4	4.9	4.9	7.3
Διαφωνώ	25	30.5	30.5	37.8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	15	18.3	18.3	56.1
Συμφωνώ	36	43.9	43.9	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας, συμφωνεί απόλυτα με την προηγούμενη δήλωση, δηλαδή συνολικά 36 άτομα (43,9%) θεωρούν ότι το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα. Παράλληλα, υπήρχε ένα ποσοστό (30,5% – 25 άτομα) τα οποία έδειχναν να διαφωνούν με την προηγούμενη δήλωση.

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το δείγμα της έρευνας ερωτήθηκε για το αν το ραντεβού για εξέταση που έκλεισε έως την ημέρα που επισκέφτηκε το νοσοκομείο ήταν εντός μία εβδομάδα, δύο ή τριών εβδομάδων ή αντίστοιχα εντός ενός μήνα ή για πάνω από ένα μήνα.



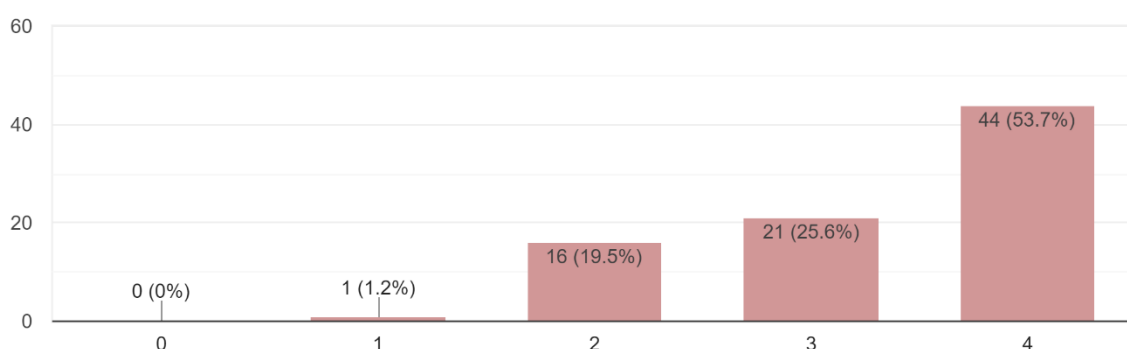
Διάγραμμα 12: Το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο ήταν:

Πίνακας 12: Το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο ήταν:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εντός μιας εβδομάδας	49	59.8	60.5	60.5
	Εντός 2 εβδομάδων	13	15.9	16.0	76.5
	Εντός 3 εβδομάδων	6	7.3	7.4	84.0
	Εντός 1 μήνα	8	9.8	9.9	93.8
	Πάνω από 1 μήνα	5	6.1	6.2	100.0
Total		81	98.8	100.0	
Missing	System	1	1.2		
Total		82	100.0		

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60,5% – 49 άτομα) δηλώσαν ότι το ραντεβού που έκλεισαν ήταν εντός μία βδομάδας. Στη συνέχεια, το 16% του δείγματος, δήλωσε το ραντεβού που έκλεισαν ήταν εντός δύο εβδομάδων και το 9,9%, δήλωσε ότι το ραντεβού που έκλεισα ήταν εντός ενός μήνα.

Η επόμενη ερώτηση, αφορά στην διερεύνηση των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα για το αν το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει.



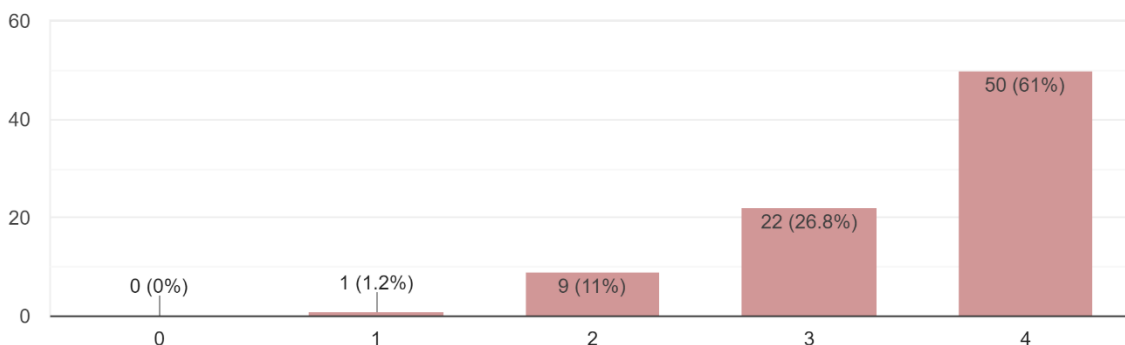
Διάγραμμα 13: Το προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

Πίνακας 13: Το προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1.2	1.2	1.2
	Διαφωνώ	16	19.5	19.5	20.7
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	21	25.6	25.6	46.3
	Συμφωνώ	44	53.7	53.7	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της έρευνας δηλαδή 44 άτομα – 53,7% δήλωσαν ότι συμφωνούν με το προηγούμενο, δηλαδή ότι το προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει.

Στη συνέχεια της έρευνας, τα άτομα ερωτήθηκαν για το αν η πρόσβαση στο νοσοκομείο ήταν εύκολη.



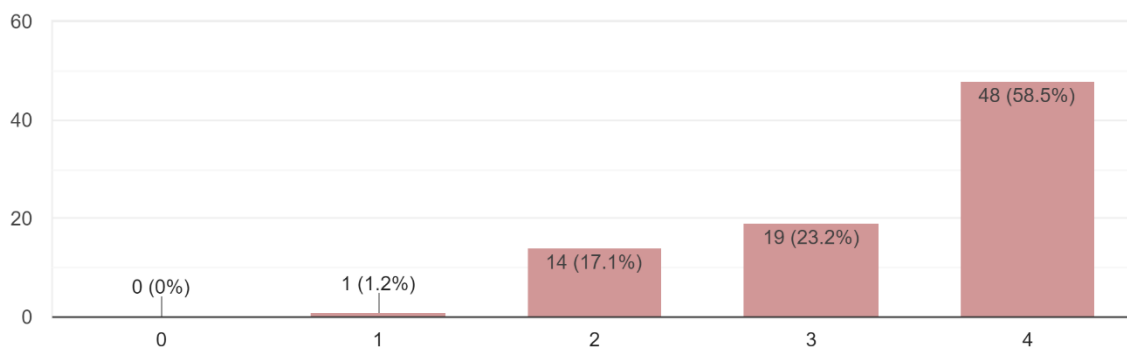
Διάγραμμα 14: Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο ήταν εύκολη:

Πίνακας 14: Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο ήταν εύκολη:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1.2	1.2	1.2
	Διαφωνώ	9	11.0	11.0	12.2
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	22	26.8	26.8	39.0
	Συμφωνώ	50	61.0	61.0	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας δηλαδή το 61% – 50 άτομα δήλωσαν ότι συμφωνούν με την προηγούμενη δήλωση, δηλαδή ότι θεωρούν την πρόσβαση στο δημόσιο νοσοκομείο ήταν εύκολη.

Η επόμενη ερώτηση που απευθύνεται στο δείγμα της έρευνας, συλλέγει δεδομένα αναφορικά με την ύπαρξη σήμανσης στο χώρο των νοσοκομείων για τα ιατρεία.



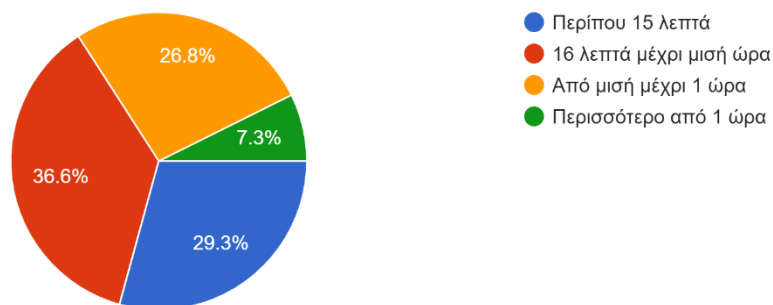
Διάγραμμα 15: Η σήμανση στους χώρους του Νοσοκομείου για τα Ιατρεία ήταν επαρκής;

Πίνακας 15: Η σήμανση στους χώρους του Νοσοκομείου για τα Ιατρεία ήταν επαρκής;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1.2	1.2	1.2
	Διαφωνώ	14	17.1	17.1	18.3
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	19	23.2	23.2	41.5
	Συμφωνώ	48	58.5	58.5	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή το 58,5% θεωρεί ότι η σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου για τα ιατρεία ήταν επαρκής.

Στη συνέχεια, το δείγμα της έρευνας ερωτάται σχετικά με το χρόνο που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να πραγματοποιηθεί η εξέταση.



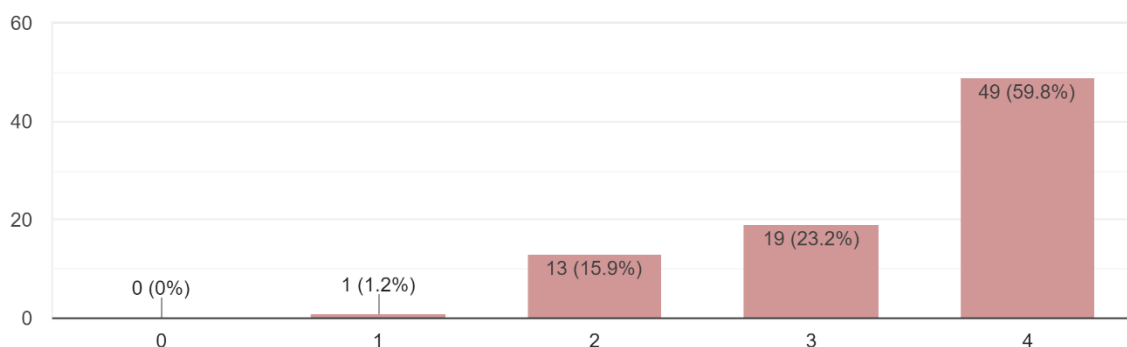
Διάγραμμα 16: Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν.

Πίνακας 16: Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Περίπου 15 λεπτά	24	29.3	29.3	29.3
16 λεπτά μέχρι μισή ώρα	30	36.6	36.6	65.9
Από μισή μέχρι 1 ώρα	22	26.8	26.8	92.7
Περισσότερο από 1 ώρα	6	7.3	7.3	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος στο συγκεκριμένο ερώτημα 36,6% – 30 άτομα, υποστηρίζει ότι η ώρα αναμονής μέχρι να πραγματοποιηθεί το ραντεβού του ήταν 16 λεπτά μέχρι μισή ώρα. Στη συνέχεια, Το 29,3% του δείγματος, δηλαδή 24 άτομα υποστήριξαν ότι περίμεναν μέχρι 15 λεπτά, ενώ το 26,8% του δείγματος, είχε αναμονή από μισή έως 1 ώρα. Τέλος το 7,3% του δείγματος ανέμενε μέχρι να εξεταστεί πάνω από 1 ώρα.

Στη συνέχεια, το δείγμα του ερωτηματολογίου ερωτήθηκε για το αν ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός.



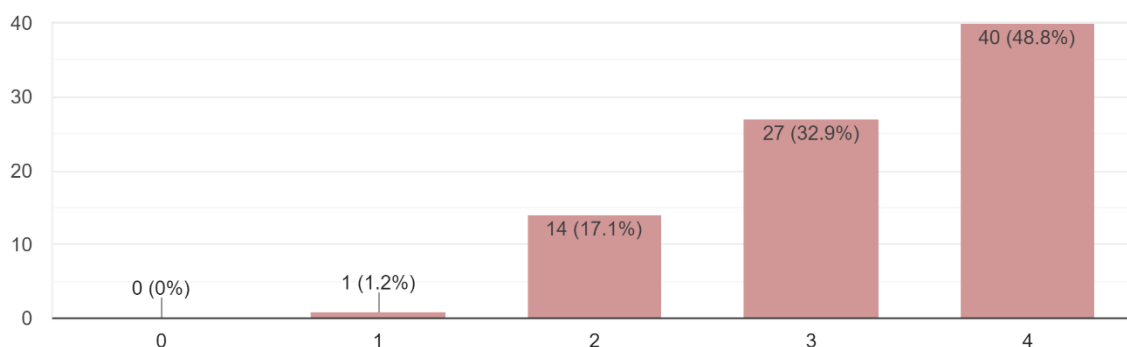
Διάγραμμα 17: Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός;

Πίνακας 17: Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1.2	1.2	1.2
	Διαφωνώ	13	15.9	15.9	17.1
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	19	23.2	23.2	40.2
	Συμφωνώ	49	59.8	59.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό (59,8% – 49 άτομα) δήλωσε ότι πιστεύει ότι ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός.

Ύστερα, το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σχετικά με το αν ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση του.



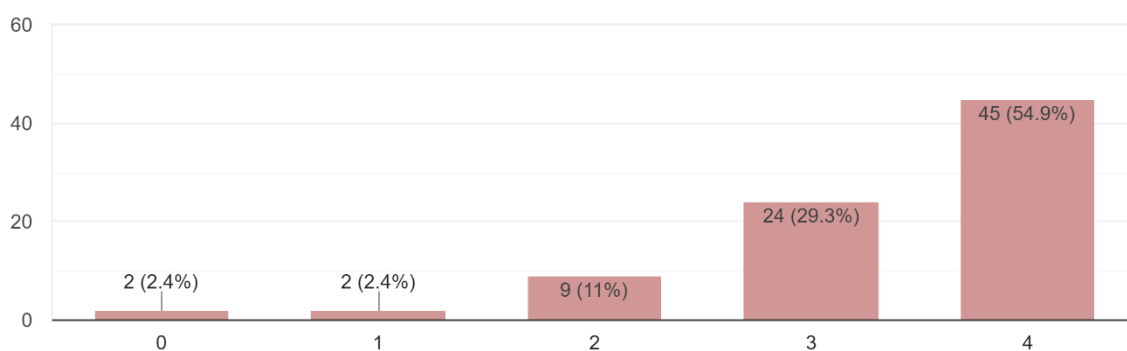
Διάγραμμα 18: Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας;

Πίνακας 18: Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1.2	1.2	1.2
	Διαφωνώ	14	17.1	17.1	18.3
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27	32.9	32.9	51.2
	Συμφωνώ	40	48.8	48.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή το 48,8% – 40 άτομα υποστήριξε ότι ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χώρο για την εξέταση τους, ενώ υπήρξε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 32,1% – 27 άτομα που δήλωσαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την προηγούμενη δήλωση.

Ύστερα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν για το αν υπήρχε ιδιωτικότητα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.



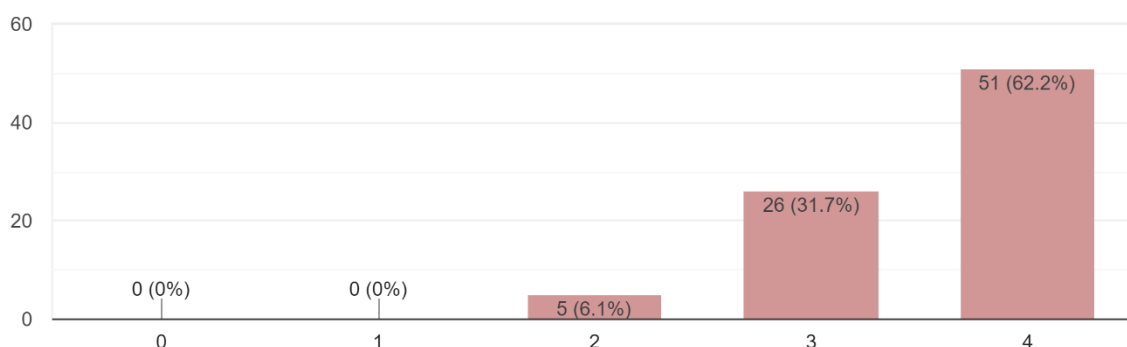
Διάγραμμα 19: Υπήρχε ιδιωτικότητα κατά την εξέταση;

Πίνακας 19: Υπήρχε ιδιωτικότητα κατά την εξέταση;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	2	2.4	2.4	2.4
	Διαφωνώ απόλυτα	2	2.4	2.4	4.9
	Διαφωνώ	9	11.0	11.0	15.9
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	24	29.3	29.3	45.1
	Συμφωνώ	45	54.9	54.9	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό (54,9% – 45 άτομα) δήλωσαν ότι υπήρξε ιδιωτικότητα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Στη συνέχεια της έρευνας, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με την προθυμία του γιατρού να ακούσει την περιγραφή τους αναφορικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.



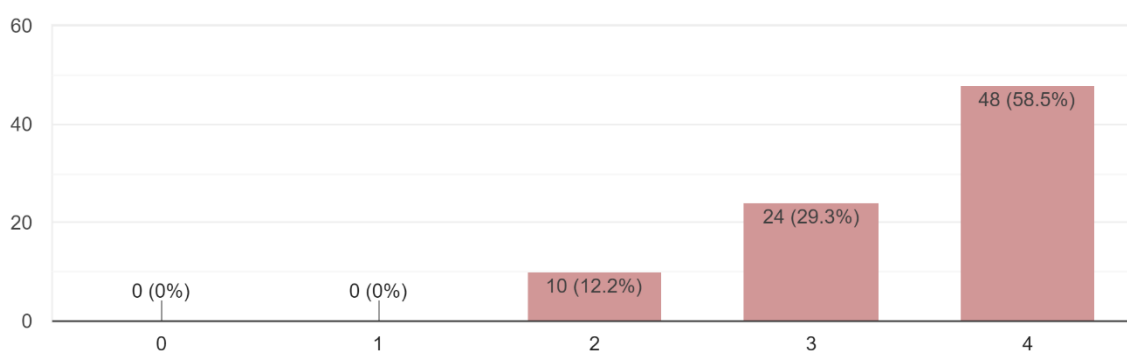
Διάγραμμα 20: Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει την περιγραφή σας σχετικά με τα προβλήματα υγείας

Πίνακας 20: Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει την περιγραφή σας σχετικά με τα προβλήματα υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	5	6.1	6.1	6.1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	26	31.7	31.7	37.8
Συμφωνώ	51	62.2	62.2	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας στην περίπτωση αυτή δηλαδή το 62,2% – 51 άτομα δήλωσαν ότι ο γιατρός είχε προθυμία να ακούσει την περιγραφή τους αναφορικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε.

Στη συνέχεια, τα άτομα που συμμετείχαν ερωτήθηκαν σχετικά με το αν ο γιατρός τους παρέχει αρκετές πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση υγείας τους.



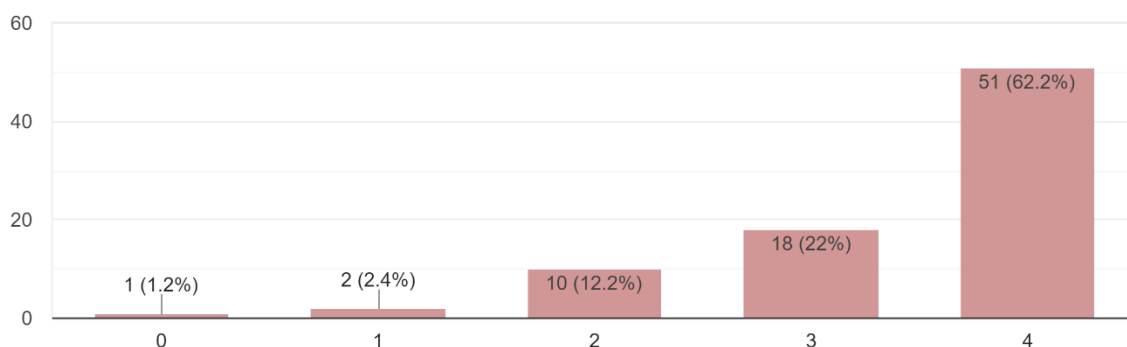
Διάγραμμα 21: Ο γιατρός σας έδωσε αρκετές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;

Πίνακας 21: Ο γιατρός σας έδωσε αρκετές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	10	12.2	12.2	12.2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	24	29.3	29.3	41.5
Συμφωνώ	48	58.5	58.5	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν δηλαδή το 58,5% – 48 άτομα, δήλωσαν ότι ο γιατρός τους παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους.

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το δείγμα ερωτήθηκε για το αν οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με την λήψη φαρμάκων και την θεραπεία του ασθενούς ήταν επαρκείς.



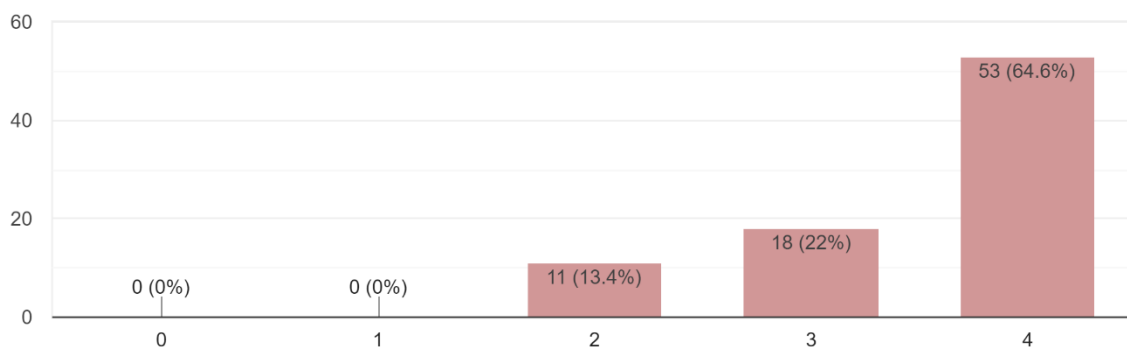
Διάγραμμα 22: Οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς;

Πίνακας 22: Οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
.00	1	1.2	1.2	1.2
Διαφωνώ απόλυτα	2	2.4	2.4	3.7
Διαφωνώ	10	12.2	12.2	15.9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	18	22.0	22.0	37.8
Συμφωνώ	51	62.2	62.2	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας, το 62,2% – 51 άτομα υποστήριξαν ότι οι οδηγίες του γιατρού αναφορικά με την λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς.

Στη συνέχεια της έρευνας, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με το αν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του φέρθηκε με σεβασμό.



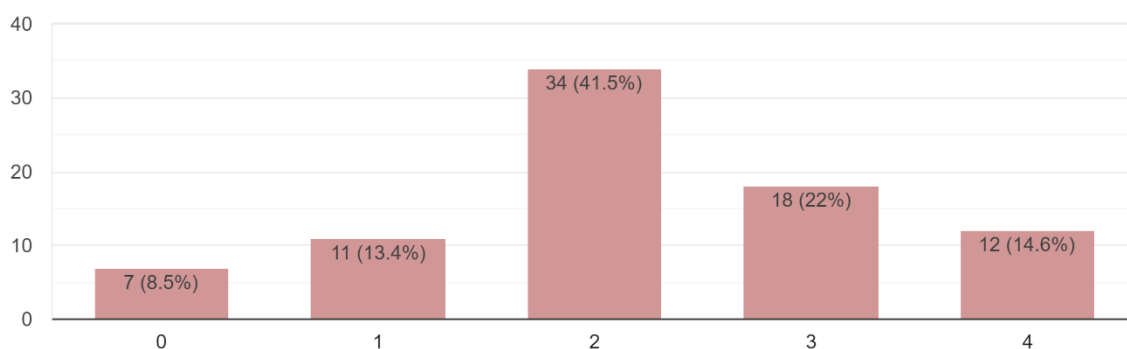
Διάγραμμα 23: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μου φέρθηκαν με σεβασμό.

Πίνακας 23: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μου φέρθηκαν με σεβασμό.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	11	13.4	13.4	13.4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	18	22.0	22.0	35.4
Συμφωνώ	53	64.6	64.6	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Στην περίπτωση αυτή, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 64,6% – 53 άτομα δήλωσαν ότι το ιατρικό κέντρο και νοσηλευτικό προσωπικό τους φέρθηκε με σεβασμό.

Στη συνέχεια της έρευνας, το δείγμα ερωτήθηκε αναφορικά με τις διαδικασίες μετά την εξέταση και αν αυτές ήταν χρονοβόρες.



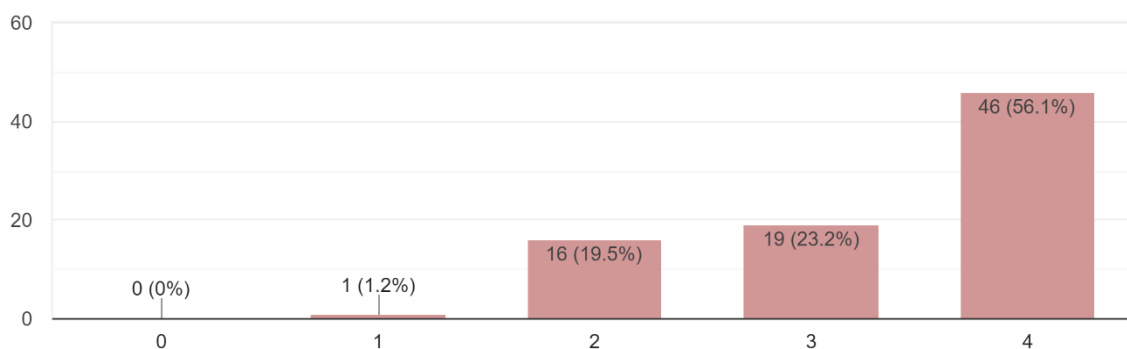
Διάγραμμα 24: Οι διαδικασίες μετά την εξέταση (Εκκρεμότητες στη γραμματεία) ήταν χρονοβόρες;

Πίνακας 24: Οι διαδικασίες μετά την εξέταση (Εκκρεμότητες στη γραμματεία) ήταν χρονοβόρες;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	7	8.5	8.5	8.5
	Διαφωνώ	11	13.4	13.4	22.0
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	34	41.5	41.5	63.4
	Συμφωνώ	18	22.0	22.0	85.4
	Συμφωνώ απόλυτα	12	14.6	14.6	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως παρατηρείται από την ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό 41,5% – 34 άτομα δήλωσε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, ενώ υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που δείχνει να συμφωνεί με την προηγούμενη δήλωση.

Ύστερα, συνεχίζοντας την έρευνα το δείγμα ερωτήθηκε αναφορικά με το κατά πόσο θεωρεί ότι το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό.



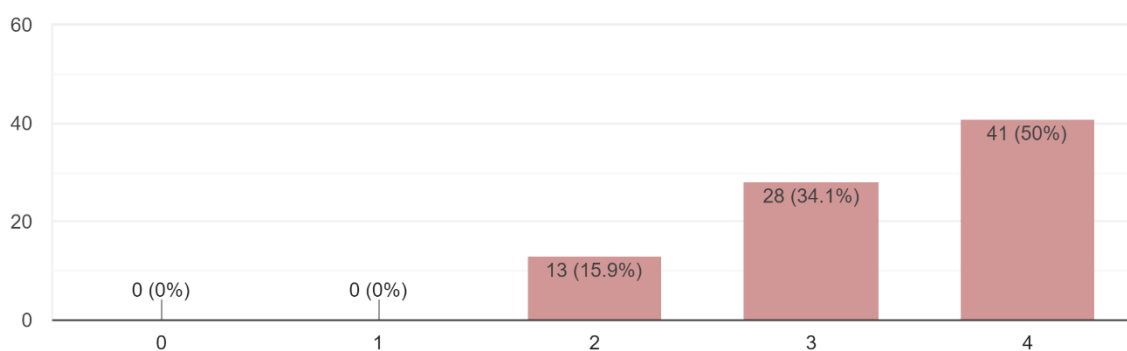
Διάγραμμα 25: Το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό;

Πίνακας 25: Το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ	1	1.2	1.2	1.2
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	16	19.5	19.5	20.7
	Συμφωνώ	19	23.2	23.2	43.9
	Συμφωνώ απόλυτα	46	56.1	56.1	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή το 56,1% – 46 άτομα υποστήριξαν ότι το ποσοστό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό.

Στη συνέχεια της έρευνας, το δείγμα ερωτήθηκε για αναφορικά με την γενικότερη εκτίμηση τους για το νοσοκομείο που επισκέφθηκαν και αν αυτή ήταν θετική.



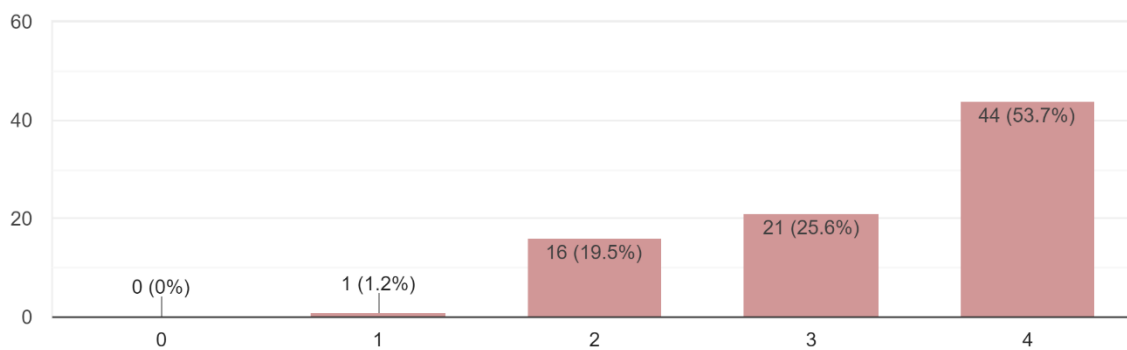
Διάγραμμα 26: Η γενική σας εκτίμηση για το νοσοκομείο που επισκεφθήκατε ήταν θετική;

Πίνακας 26: Η γενική σας εκτίμηση για το νοσοκομείο που επισκεφθήκατε ήταν θετική;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13	15.9	15.9	15.9
	Συμφωνώ	28	34.1	34.1	50.0
	Συμφωνώ απόλυτα	41	50.0	50.0	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Το ποσοστό του 50% του δείγματος της έρευνας δηλαδή 41 άτομα, υποστήριξαν ότι η εντύπωση που αποκόμισαν και η γενικότερη εκτίμηση τους από το δημόσιο νοσοκομείο που επισκέφτηκαν ήταν θετική.

Ολοκληρώνοντας την έρευνα, το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του.



Διάγραμμα 27: Γενικότερα, πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

Πίνακας 27: Γενικότερα, πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κακή	1	1.2	1.2	1.2
	Μέτρια	16	19.5	19.5	20.7
	Καλή	21	25.6	25.6	46.3
	Πολύ Καλή	44	53.7	53.7	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 53,7% – 44 άτομα υποστήριξε ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλή. Επίσης, μέτρια υποστήριξε πως είναι η κατάσταση της υγείας του το 25,6% του δείγματος – 21 άτομα και 16 άτομα, δηλαδή του 19,5% του δείγματος υποστήριξαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι κακή.

5.2. Αξιολόγηση της ικανοποίησης με της χρήση κλιμάκων μέτρησης

Στα πλαίσια της έρευνας αυτής, για να αξιολογηθεί ο βαθμός της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, και συγκεκριμένα των χρηστών της φροντίδας υγείας που παρέχεται από ένα δημόσιο νοσοκομείο, γίνεται μέτρηση με τη χρήση των κλιμάκων μέτρησης ικανοποίησης, ανά τμήμα. Έτσι, δομούνται οι κλίμακες, όπως παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν.

Πίνακας 28: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού

Κλίμακα	Ερωτήσεις
Αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού.	Το κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία έγινε εύκολα και γρήγορα;
	Το ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Νοσοκομείο ήταν:
	Το προσωπικό της γραμματείας ήταν εξυπηρετικό;
	Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν.

Αρχικά, η πρώτη κλίμακα μέτρησης την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από ένα δημόσιο νοσοκομείο, είναι η κλίμακα αξιολόγησης της διαδικασίας κλεισίματος ενός ραντεβού. Στην κλίμακα αυτή, συμπεριλήφθηκαν μεταβλητές όπως είναι η ευκολία και ταχύτητα κλεισίματος του ραντεβού, ο χρόνος που θα έπρεπε να παρέλθει για να επισκεφτούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, ο βαθμός της εξυπηρετικότητας του προσωπικού της γραμματείας. Τα αποτελέσματα μετρήσεις της συγκεκριμένης κλίμακας παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 29: Ικανοποίηση από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού

Statistics		
SATISF1NEW		
N	Valid	82
	Missing	0
Mean		2,9390
Std. Deviation		,48042

Τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των χρηστών, όπως μετρήθηκαν από την κλίμακα η οποία δημιουργήθηκε για την διερεύνηση της ικανοποίησης τους από την διαδικασία κλεισίματος ενός ραντεβού στο δημόσιο νοσοκομείο, είναι αποθαρρυντικά με

μέσο όρο 2,93 και τυπική απόκλιση 0,480. Έτσι, η ικανοποίηση των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας από την διαδικασία κλεισίματος ενός ραντεβού στο δημόσιο νοσοκομείο είναι από μικρή έως μέτρια.

Στη συνέχεια, η επόμενη κλίμακα που δομείται στοχεύει στο να αξιολογήσει την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την προσβασιμότητα τους, στο δημόσιο νοσοκομείο που επισκέφτηκαν.

Πίνακας 30: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με την προσβασιμότητα

Κλίμακα	Ερωτήσεις
Αξιολόγηση της ικανοποίησης σχετικά με την προσβασιμότητα.	Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο ήταν εύκολη;
	Η σήμανση στους χώρους του Νοσοκομείου για τα Ιατρεία ήταν επαρκής;

Στην κλίμακα αυτή συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις αναφορικά με την ευκολία πρόσβασης και με την σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου και τον ιατρείου, και κατά πόσο αυτή θεωρείται από τους χρήστες επαρκής. Τα αποτελέσματα της κλίμακας παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 31: Αξιολόγηση της προσβασιμότητας

Statistics		
SATISF		
N	Valid	82
	Missing	0
Mean		3,4329
Std. Deviation		,65622

Όπως προκύπτει από το προηγούμενο πίνακα, ο μέσος όρος της κλίμακας ισούται με 3,432, με τυπική απόκλιση 0,656. Αυτό σημαίνει, ότι τα αποτελέσματα της μέτρησης

είναι θετικά καθώς η ικανοποίηση των χρηστών αξιολογείται από μέτρια έως καλή. Η επόμενη κλίμακα, που δημιουργήθηκε για την εξυπηρέτηση των σκοπών της παρούσας εργασίας, μετρά την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ενός δημόσιου νοσοκομείου αναφορικά με την διαδικασία της ιατρικής εξέτασης και το χώρο του ιατρείου.

Πίνακας 32: Παράγοντες που συμμετέχουν στην κλίμακα αξιολόγησης της ικανοποίησης σε σχέση με το ιατρείο και το προσωπικό

Κλίμακα	Ερωτήσεις
Αξιολόγηση της ικανοποίησης σχετικά με την ιατρική εξέταση και το ιατρείο.	Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός;
	Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέτασή σας;
	Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει την περιγραφή σας σχετικά με τα προβλήματα υγείας
	Υπήρχε ιδιωτικότητα κατά την εξέταση;
	Ο γιατρός σας έδωσε αρκετές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;
	Οι οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και την θεραπεία ήταν επαρκείς;
	Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μου φέρθηκαν με σεβασμό.

Στην κλίμακα αυτή συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την αξιολόγηση του χώρου του ιατρείου, την προθυμία του ιατρού, τις πληροφορίες που παρείχε ο γιατρός στον ασθενή για την κατάσταση υγείας και την θεραπεία του, και την συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Στον πίνακα που ακολουθεί, εξετάζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Όπως προκύπτει, από την αξιολόγηση της κλίμακας που δομήθηκε για την ανάλυση της

ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας του Δημοσίου νοσοκομείου, ο μέσος όρος ισούται με 3,425 και η τυπική απόκλιση 0,558. Αυτό σημαίνει, ότι οι χρήστες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από το χώρο του ιατρείου.

Πίνακας 33: Ικανοποίηση από το ιατρείο και το προσωπικό

Statistics		
SATISF3		
N	Valid	82
	Missing	0
Mean		3,4251
Std. Deviation		,55848

5.3. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα ενός δημόσιου νοσοκομείου, μέσω της ανασκόπησης των απόψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, μελετώντας την ικανοποίησή τους. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας ενός δημόσιου νοσοκομείου θεωρείται μια σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία, εφόσον όπως προκύπτει από την διαθέσιμη βιβλιογραφία, δεν υπάρχει μία κοινή αντίληψη στο αντικείμενο μέτρησης αλλά και στον τρόπο μέτρησης. Από την άλλη πλευρά, είναι δύσκολη η διαχείριση των δεδομένων και η μέτρηση τους.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, όλοι οι οργανισμοί φαίνεται να κατανοούν όλο και περισσότερο την σημαντικότητα της μελέτης και της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών η οποία σήμερα θεωρείται ως το πλέον αξιόπιστο σύστημα ανάδρασης για τους οργανισμούς που μπορεί να παρέχει με ουσιαστικό τρόπο την άποψη των χρηστών. Έτσι, η αξιολόγηση της ικανοποίησης τους παρέχει ένα συνολικό βαθμό απόδοσης για τον οργανισμό, ενώ παράλληλα προσδιορίζει την πιθανή υπεροχή του.

Η αξιολόγηση των δεδομένων αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αν και είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα τα οποία

απασχολούν τους οργανισμούς σήμερα, μπορεί να ειπωθεί ότι δεν έχει προσεγγίσει επαρκώς. Παρόλα αυτά, στις μέρες μας πολλοί οργανισμοί θέτουν ως το βασικό δείκτη μέτρησης της απόδοσης τους, την ικανοποίηση των ασθενών, έχοντας ως στόχο την υλοποίηση της φιλοσοφίας του προσανατολισμού στον πελάτη.

Εκτός των άλλων, οι επισκέπτες σε έναν οργανισμό υγείας ανεξαρτήτως του τύπου της υπηρεσίας υγείας, επιθυμούν ευκολία πρόσβασης, επικοινωνία, εμπιστοσύνη, αξιοπιστία, ασφάλεια και κατανόηση. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ειδικότερα, είναι πολύ προσεκτικοί όσον αφορά στον υγειονομικό φορέα του οποίου τις υπηρεσίες πρόκειται να χρησιμοποιήσουν, εφόσον εκτός του ότι το αγαθό της υγείας είναι ιδιαίτερα πολύτιμο γι' αυτούς, οι υπηρεσίες αυτές θεωρούνται πολύ εξειδικευμένες αλλά και δαπανηρές. Η βελτίωση των κτιριακών υποδομών, αλλά και του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στα ιατρεία, έχουν αυξήσει την αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και την εμπιστοσύνη των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, από τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών, έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην θεραπευτική διαδικασία, αλλά και στην οικονομική τους διαχείριση. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς, είναι περισσότερο συνεργάσιμοι και δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση όσον αφορά την θεραπευτική αγωγή που συστήνεται, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά, οδηγούν στην μικρότερη οικονομική επιβάρυνση όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για το σύστημα υγείας συνολικά. Την ίδια στιγμή, οι ασθενείς λαμβάνουν το ρόλο του πελάτη, κι έτσι ελαττώνεται την πίεση τους στο προσωπικό του αντίστοιχου φορέα παροχής φροντίδας υγείας, και διαδίδουν στον πληθυσμό των χρηστών διάφορες πληροφορίες σχετικά με το κύρος του φορέα.

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 99 ερωτηματολόγια, από τα οποία εν τέλει ενσωματώθηκαν στην έρευνα 82 εφόσον 17 άτομα δεν είχαν επισκεφθεί κάποιο δημόσιο νοσοκομείο.

Όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, το δείγμα ήταν μοιρασμένο ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες, και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν παντρεμένοι και άγαμοι. Ύστερα, όσον αφορά στο μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ανώτερης η ανώτατης εκπαίδευσης, και απασχολούνταν στο Δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα, ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιον δημόσιο φορέα ασφάλισης, και το εισόδημα τους ήταν από

1000 € έως 2000 €. Σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους, είναι πολύ καλή. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η γενικότερη εκτίμηση για το νοσοκομείο που επισκέφτηκαν οι χρήστες, ήταν πολύ καλή.

Στην έρευνα, αξιολογήθηκαν παράγοντες όπως ήταν η διαδικασία κλεισίματος ενός ραντεβού, η προσβασιμότητα των ασθενών, οι υποδομές του νοσοκομείου και του ιατρείου, η διαδικασία εξέτασης, και η συμπεριφορά του προσωπικού.

Η πρώτη κλίμακα που δημιουργήθηκε, αναφέρονταν στην διαδικασία κλεισίματος ενός ραντεβού και εξηγούσε την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου νοσοκομείου. Όπως προέκυψε από τα δεδομένα της έρευνας, η ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά το κλείσιμο του ραντεβού ήταν σχετικά μέτρια. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, έρχονται σε αντίθεση με προηγούμενη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Βέροιας (Αλετράς, 2008). Η κλίμακα που δημιουργήθηκε στην έρευνα, αφορούσε την επαφή με το εσωτερικό περιβάλλον και περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως είναι η εύκολη κλεισίματος ραντεβού, και η συμπεριφορά των υπαλλήλων. Στην προηγούμενη αυτή η έρευνα, η ικανοποίηση ισούται με 4,12, η οποία θεωρείται υψηλότερη της παρούσας μέσης τιμής της έρευνας που διεξήχθη.

Η επόμενη κλίμακα της έρευνας, εστιάζει στην ανάλυση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την προσβασιμότητα τους στο δημόσιο νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα ερωτήθηκαν σχετικά με την ευκολία της πρόσβασης αλλά και σε σχέση με την σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου. Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίησή τους αξιολογήθηκε ως υψηλή, αναφορικά με την προσβασιμότητα. Η έρευνα παράλληλα, αξιολόγησε τα δεδομένα των χρηστών υπηρεσιών υγείας του δημόσιου νοσοκομείου αναφορικά με το ιατρείο και την ιατρική εξέταση.

Ο μέσος όρος της κλίμακας που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την προθυμία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την ιδιωτικότητα, την πληροφόρηση των ασθενών και την καταλληλότητα του χώρου ιατρείου, ήταν αρκετά υψηλός, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι χρήστες ήταν από αρκετά ως πολύ ικανοποιημένοι. Σε προηγούμενη μελέτη, των Πιερράκου και συν. (2008), που εστιάζει στην σύγκριση δύο ερευνών αξιολόγησης της ικανοποίησης, όπου ιδιαίτερα κατά την δεύτερη οι ερωτώμενοι

αξιολόγησαν κατά πλειοψηφία, τις προσφερόμενες υπηρεσίες ως πολύ καλές. Παράλληλα, τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης (Παπανικολάου, 2007), σε 10 έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, τα δημόσια νοσοκομεία αναφέρουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπεράσματα

Στόχος της παρούσας μελέτης, ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματική διοίκηση στα πλαίσια της δημόσιας υγείας και την λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Στα πλαίσια αυτά, η άποψη των χρηστών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας ενός δημοσίου φορέα υγείας είναι αναγκαία για την τελική αξιολόγηση του. Ειδικότερα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, αποτελεί ίσως το μοναδικό τρόπο για την άντληση των αναγκαίων πληροφοριών αναφορικά με τις ανάγκες και τις στάσεις τους απέναντι σε ένα φορέα υγείας.

Τα δεδομένα που συλλέγονται μέσα από την μέτρηση της ικανοποίησης τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς όφελος των φορέων υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις έρευνες ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, λαμβάνονται υπόψη από τα μέλη της διοίκησης έτσι ώστε να εφαρμόζονται νέες παρεμβάσεις. Οι έρευνες που γίνονται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο που μπορεί να συμβάλει στον επαναπροσδιορισμό της κατεύθυνσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και των πιθανών αποκλίσεων, έτσι ώστε να πραγματοποιούνται διαρθρωτικές παρεμβάσεις. Οι επιστημονικές πληροφορίες και δεδομένα που συγκεντρώνονται μέσω των ερευνών ικανοποίησης, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται σημαντικά υπόψη όσον αφορά στην χάραξη της πολιτικής υγείας και την εξυγίανση των υπηρεσιών. Ειδικότερα, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερο βάρος στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, στις οποίες ο βαθμός προαγωγής του επιπέδου υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να αξιολογείται.

Οι πολίτες, όλο και περισσότερο απαιτούν μια πιο ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ενώ συχνά προκύπτει ανάγκη για την πραγματοποίηση ερευνών σχεδόν σε όλες τις μονάδες υγείας. Η έρευνα της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί στην ουσία έναν προάγγελο του ελέγχου ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αλλά και της στρατηγικής βελτίωσής τους. Εν τέλει, θεωρείται πολύ σημαντικός ο έλεγχος του βαθμού επίτευξης των επιδιωκόμενων στόχων, και ειδικότερα όταν αφορά σε ένα τόσο ευαίσθητο τομέα όπως είναι η προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Παρόλο που στη συγκεκριμένη μελέτη, όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες ενός δημόσιου νοσοκομείου σχετικά με την προσβασιμότητα και την συμπεριφορά του

ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εμφανίστηκαν υψηλοί μέσοι όροι ικανοποίησης, διαπιστώνεται από το θεωρητικό πλαίσιο όσον αφορά στις διαδικασίες διαχείρισης ότι χρειάζονται να γίνουν προσπάθειες βελτίωσης επικοινωνίας. Ειδικότερα στο θέμα του κλεισίματος του ραντεβού, διαπιστώθηκε χαμηλός μέσος όρος ικανοποίησης των ασθενών και έτσι θα πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση των δεδομένων και οι πληροφορίες που θα προκύψουν να ληφθούν υπόψη έτσι ώστε να συμβάλλουν στην βελτίωση των συνιστωσών που χρήζουν βελτίωσης.

Από την αξιολόγηση των προηγούμενων δεδομένων, προκύπτει ότι για να επιτευχθεί η αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητη η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων όσον αφορά στην βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών που παρέχονται. Η διαδικασία αυτή, μεταξύ άλλων απαιτεί την εφαρμογή μεθοδευμένων τακτικών και την λήψη πολιτικών αποφάσεων, την υποστήριξη των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ενίσχυση του προσωπικού με την παροχή κινήτρων. Παράλληλα, σημαντική είναι και η αποτελεσματική επικοινωνία με τους πολίτες.

Ολοκληρώνοντας την μελέτη, είναι σημαντικό να παρουσιαστούν ορισμένοι περιορισμοί που συναντήθηκαν κατά τη διαδικασία της συλλογής των δεδομένων και κάποιες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Ένας πολύ σημαντικός περιορισμός, που έπρεπε να αντιμετωπιστεί ήταν η συλλογή των δεδομένων. Παρόλο που το ερωτηματολόγιο εστάλη σε ηλεκτρονική μορφή, η συλλογή των δεδομένων καθυστέρησε, και το δείγμα της έρευνας παρέμεινε περιορισμένο. Κατά συνέπεια, στα πλαίσια μιας μελλοντικής έρευνας, το δείγμα που θα συμμετέχει θα πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερος αριθμός έτσι ώστε επιπλέον συνιστώσες της ικανοποίησης να διερευνηθούν σε μεγαλύτερη κλίμακα.

Αναφορές – Πηγές

Ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία

Aleksandar Višnjić, Vladica Veličković and Slađana Jović (2012). *Measures for Improving the Quality of Health Care*. [online] ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/262724426_Measures_for_Improving_the_Quality_of_Health_Care [Accessed 12 Sep. 2021].

Allen-Duck, A. Robinson, J.C. and Stewart, M.W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 52(4). pp.377–386.

Armstrong, E.G. (2011). *The health care dilemma: a comparison of health care systems in three European countries and the US*. Singapore: World Scientific.

Berhanu Endeshaw (2021). Factors that Affect the Quality of Healthcare Services in Ethiopia. *Science Journal of Business and Management*, [online] 9(3). p.186. Available at: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=175&doi=10.11648/j.sjbm.20210903.15> [Accessed 12 Sep. 2021].

Dehghan, M. Sheikhrabari, A. Sadeghi, M. Jalalian, M. and Dehghan, D. (2013). Quality improvement in clinical documentation: does clinical governance work? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [online] p.441. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24324339/> [Accessed 12 Sep. 2021].

DiMatteo, M.R. (1993). The Physician-Patient Relationship: Effects on the Quality of Health Care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, [online] 37(1). pp.149–161. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8194205/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Dimova, R. Stoyanova, R. and Keskinova, D. (2017). The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croatian Medical Journal*, [online] 58(1). pp.63–74. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346897/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Dimova, T. Terzieva, A. Djerov, L. Dimitrova, V. Nikolov, A. Grozdanov, P. and Markova, N. (2017). Mother-to-newborn transmission of mycobacterial L-forms and Vδ2

T-cell response in placentobiome of BCG-vaccinated pregnant women. *Scientific Reports*, [online] 7(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727158/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Donabedian, A. (1988). Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means, *Inquiry*, 4 (25). 173-92

Economou C;Kaitelidou D;Karanikolos M;Maresso A (2017). Greece: Health System Review. *Health systems in transition*, [online] 19(5). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972131/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Farley, D.O. and Battles, J.B. (2009). Evaluation of the AHRQ Patient Safety Initiative: Framework and Approach. *Health Services Research*, [online] 44(2p2). pp.628–645. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677032/> [Accessed 4 Nov. 2019].

Fotiadis A. K. and Vassiliadis C. A., (2013). The Effects of a Transfer to New Premises on Patients' Perceptions of Service Quality in a General Hospital in Greece," *Total Quality Management & Business Excellence* 24, (9–10): 1022–34

Goddard, W. and Melville, S. (2017). *Research methodology*. Kenwyn, South Africa: Juta και Co. Repr.

Guinane, C.S. and Davis, N. (2011). *Improving quality in outpatient services*. Boca Raton, Fl Crc Press.

Hawthorne, G. Gruen, R.L. and Kaye, A.H. (2009). *Traumatic Brain Injury and Long-Term Quality of Life: Findings from an Australian Study*. [online] ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/24230684_Traumatic_Brain_Injury_and_Long-Term_Quality_of_Life_Findings_from_an_Australian_Study [Accessed 12 Sep. 2021].

Institute of Medicine (US) Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery (2011). *Envisioning the National Health Care Quality Report*. [online] Washington, D.C.: National Academies Press. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223318/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Issel, L.M. (2008). Health disparities and health care management practice and research. *Health Care Management Review*, 33 (3). 191.

Jenkinson, C. Wright, L. Coulter, A. and University Of Oxford. Health Services Research Unit (1993). *Quality of life measurement in health care : a review of measures, and population norms for the UK SF-36*. Oxford: Health Services Research Unit, University Of Oxford.

Johansson P. Oleni M. (2004). Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study, *Scand J Caring Sci*, 6(4) 337-344.

Leonardsen, A.-C.L. Hardeland, C. Helgesen, A.K. and Grøndahl, V.A. (2020). Patient experiences with technology enabled care across healthcare settings- a systematic review. *BMC Health Services Research*, [online] 20(1). Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05633-4> [Accessed 12 Sep. 2021].

McCarthy, J. και Hicks, B (1991) Quality in Health Care: Application of the ISO 9000 Standard', *Inleriuuional Journal of Health Care Quality Assurance*, (4) 4: 21-6

Mcdermott, A.M. Kitchener, M. and Exworthy, M. (2018). *Managing Improvement in Healthcare*. Cham Springer International Publishing.

Meakin, R. and Weinman, J. (2002). *The "Medical Interview Satisfaction Scale" (MISS-21) adapted for British general practice*. [online] ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/11390139_The_'Medical_Interview_Satisfaction_Scale'_MISS-21_adapted_for_British_general_practice [Accessed 12 Sep. 2021].

Minnick, A. (2021). *Profile | People | School of Nursing | Vanderbilt University*. [online] Vanderbilt.edu. Available at: <https://nursing.vanderbilt.edu/people/bio/ann-minnick> [Accessed 12 Sep. 2021].

Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, [online] 26(3). pp.203–219. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23729125/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Moreland, J. (2013). Improving Job Fit Can Improve Employee Engagement and Productivity. *Employment Relations Today*, 40(1). pp.57–62.

Mossialos E. Allin S. and Davaki K. (2005). Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*. 14 (1). 151- 168.

Nelson, C. και Neiderberrger, J. (1990). Patient satisfaction Surveys: An opportunity for Total Quality Improvement, *Hospital και Health Services Administration*, (35)3 409-27

Nicholis, N. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, [online] 320(7226). pp.50–52. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10617534/> [Accessed 12 Sep. 2021].

OECD. (2019). OECD iLibrary | Health at a Glance 2019: OECD Indicators. [online] Available at: https://www.OECD-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en [Accessed 11 Apr. 2021].

Ovretveit, J. (1997). A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services', *International Journal of Service Management*, (8)3: 220-35

Parasuraman, A. Berry, L. και Zeithalm, V. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, (69)1:140-7

Quentin, W. Veli-Matti Partanen, Brownwood, I. and Klazinga, N.S. (2019). *Measuring healthcare quality*. [online] ResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/publication/339386881_Measuring_healthcare_quality [Accessed 12 Sep. 2021].

Shelton, D.M. Walji, M. and Meric-Bernstam, F. (2005). Instruments to assess the quality of health information on the World Wide Web: what can our patients actually use? *International Journal of Medical Informatics*, [online] 74(1). pp.13–19. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15626632/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Sillero-Sillero, A. and Zabalegui, A. (2020). Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [online] 28. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164898/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Siriwardena, A. (2021). Using quality improvement methods for evaluating health care. *Quality in primary care*, [online] 17(3). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19622265/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Stepurko, T. Pavlova, M. and Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, [online] 16(1). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27485751/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Thayaparan, A.J. and Mahdi, E. (2013). The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Medical Education Online*, [online] 18(1). p.21747. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23883565/> [Accessed 12 Sep. 2021].

TOKUNAGA, J. and IMANAKA, Y. (2002). Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, [online] 14(6). pp.493–502. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12515335/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Ulmer, C. McFadden, B. and Nerenz, D.R. eds. (2009). *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for Health Care Quality Improvement*. [online] *PubMed*. Washington (DC): National Academies Press (US). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25032349/> [Accessed 12 Sep. 2021].

Welman, J.C. Kruger, F. and Mitchell, B. (2015). *Research methodology*. Cape Town ; Oxford: Oxford University Press.

Wensing, M. Grol, R. van Montfort, P. and Smits, A. (1996). Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Quality and Safety in Health Care*, [online] 5(2). pp.73–80. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10158595/> [Accessed 12 Sep. 2021].

WHO (2020). *Global spending on health: Weathering the storm*. [online] *Who.int*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788> [Accessed 12 Sep. 2021].

Williams B., Coyle, J. και Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction an explanation of high reported levels. *Social Science Medicine*, (47)9:1351-9

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?' *Social Science Medicine* (38)4:509-16

Ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία

Αλετράς Β. Παπαδόπουλος Ε. Σταματίου Ι. Νιάκας, Δ. (2008). *Έλεγχοι αξιοπιστίας και εγκυρότητας ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείου, στο: Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα*, Νιάκας Δ, Εκδόσεις Mediforce

Αντωνοπούλου, Λ. (2002) *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.

Δερβιτσιώτης, Κ. (1993). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πειραιά

Καλογεροπούλου, Μ. and Μουρδουκούτας, Π. (2009). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Κυριόπουλος, Γ. Μανιαδάκης, Ν. και Στουρνάρας, Γ. (2011). *Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου*. Ανάκτηση 11 10, 2020, από IOBE: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf

Πανακωστίδη, Α. and Τσουκαλάς, Ν. (2012). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. [online] ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE. Available at: <https://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf> [Accessed 2021].

Παπανικολάου, Β. Η. (2007). *Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές-Μέθοδοι Εφαρμογές*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Γούλα Α, Λατσού Δ, Πατέρας Ι, ουρλιώτου Κ, Γιαννουλάτος Π, (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3):316-324

Πολύζος Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Κριτική

Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τζωρτζόπουλος, Π. (1991). *Οργάνωση και Διεξαγωγή δειγματοληπτικών ερευνών*. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τούντας Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνική Ιατρικής*, 20(5):532-546.

Υφαντόπουλος, Γ. Χαντζάρας, Α. και Κωνσταντόπουλος, Α. (2019). *Πολιτικές Φαρμάκου και Φτωχοποίηση των Νοικοκυριών κατά την Οικονομική Κρίση*. Αθήνα: Τυπωθήτω (Υπό έκδοση).

Χρυσάκης Μ. και Υφαντόπουλος Γ. (2007). Κοινωνιομετρία και υπηρεσίες υγείας. Ανάλυση των υγειονομικών και διοικητικών δικτύων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (1). 93-112.