
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΛΕΤΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΠΡΟΣ ΟΦΕΛΟΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ**

Δημήτριος Λέντζος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΛΕΤΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΠΡΟΣ ΟΦΕΛΟΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ**

Δημήτριος Λέντζος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1926

Επιβλέπων: Κωνσταντίνα Κοτταρίδη / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**PUBLIC HOSPITAL MANAGEMENT MODEL STUDY
AND PROPOSED CHANGES FOR THE BENEFIT OF THE
SERVED**

Dimitrios Lentzos

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, Year 2023

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Όνοματεπώνυμο

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΛΕΝΤΖΟΣ

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



.....

Στην οικογένεια μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη ηθική συμπαράσταση κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας καθώς και την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Κωνσταντίνα Κοτταρίδη για άψογη συνεργασία της.

ΜΕΛΕΤΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΡΟΣ ΟΦΕΛΟΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

Σημαντικοί Όροι: Δημόσια Υγεία, Διοίκηση Δημοσίου Νοσοκομείου, Ικανοποίηση Ασθενών, Ικανοποίηση Νοσηλευθέντων Ασθενών, Ενσυναίσθηση Ιατρών, Προτάσεις Βελτίωσης του Μοντέλου Διοίκησης των Δημοσίων Νοσοκομείων

Περίληψη

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του μοντέλου διοίκησης των Δημοσίων Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο ενώ η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v.24. Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών κατά την επίσκεψη τους ή την νοσηλεία τους σε κάποιο Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο, ο εντοπισμός των κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ή τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών, η ανάδειξη των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τον βαθμό ενσυναίσθησης των ιατρών, η εξέταση της επίδρασης των επιπέδων ενσυναίσθησης των ιατρών στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η εξέταση πιθανών περιοχών βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

PUBLIC HOSPITAL MANAGEMENT MODEL STUDY AND PROPOSED CHANGES FOR THE BENEFIT OF THE SERVED

Keywords: Public Health, Public Hospital Management, Patient Satisfaction, Hospitalized Patient Satisfaction, Physician Empathy, Suggestions for Improving the Public Hospital Management Model

Abstract

The object of this paper is the study of the management model of Public Hospitals in Greece. The structured questionnaire was used as a research tool, while the processing and analysis of the data was carried out with the SPSS v.24 software. The purpose of the research is to assess the degree of patient satisfaction during their visit or hospitalization in a Greek public hospital, the identification of socio-economic, demographic characteristics of patients that influence their satisfaction with the health services provided or their perceptions regarding the empathy of doctors, the highlighting of the perceptions of patients regarding the degree of empathy of doctors, the examination of the effect of the levels of empathy of doctors on the levels of patient satisfaction with the provided health services and the examination of possible areas of improvement of the services offered for the benefit of those served.

Περιεχόμενα

Περίληψη	XIII
Abstract	XV
Κατάλογος Πινάκων	XXI
Κατάλογος Διαγραμμάτων	XXIII

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή	1
--------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Ιστορική αναδρομή	3
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

3.1 Η θεωρία του Τεϋλορισμού	5
3.2 Η θεωρία της διαχείρισης	7
3.3 Η Βεμπεριανή Γραφειοκρατία	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Το management στους οργανισμούς παροχής υγείας	9
--	---

4.2 Οι νομικές μορφές των οργανισμών παροχής υγείας και η διοίκηση αυτών στην Ελλάδα

10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

5.1 Ο κάθετος ιεραρχικός τρόπος διοίκησης 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΕΛΤΙΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

6.1 Ο διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού ενός νοσοκομείου 17

6.2 Η διοίκηση Ολικής Ποιότητας 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7.1 Βελτιώσεις Μέσω Στρατηγικών Στις Υπηρεσίες Υγείας Γενικά 21

7.2 Εθνικό σχέδιο δράσης 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι της μελέτης 33

8.2 Μέθοδος 33

8.3 Εργαλείο μέτρησης - Ερωτηματολόγιο 34

8.4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά 40

8.5 Ανάλυση Αξιοπιστίας 50

8.6 Παραγοντική Ανάλυση (CFA)	52
8.6.1 Κλίμακα Ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (PSQ18)	52
8.6.2 Κλίμακα Αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (JSPPPE)	56
8.6.3 Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών (Αλετρά)	57
8.7 Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες Παραγόντων	61
8.8 Έλεγχος Κανονικότητας	67
8.9 Συγκρίσεις Μέσων Όρων	68
8.9.1 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση το Φύλο	68
8.9.2 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση την Περιοχή Διαμονής	69
8.9.3 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση τις Χρόνιες Παθήσεις	70
8.10 Συνάφειες	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 Συμπεράσματα και προκλήσεις	75
--	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
---------------------	-----------

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 8.1 Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας PSQ-18	35
Πίνακας 8.2 Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας Jefferson	37
Πίνακας 8.3 Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας Αλετρά	39
Πίνακας 8.4 Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς το Φύλο	40
Πίνακας 8.5 Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με την Ηλικία	41
Πίνακας 8.6 Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς τον Τόπο Κατοικίας	42
Πίνακας 8.7 Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση	43
Πίνακας 8.8 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο	44
Πίνακας 8.9 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς το Επάγγελμα	45
Πίνακας 8.10 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς το Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα	46
Πίνακας 8.11 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς την Ύπαρξη Χρόνιων Παθήσεων	47
Πίνακας 8.12 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς την Ειδικότητα της Κλινικής Εξυπηρέτησης	48
Πίνακας 8.13 Απόλυτες & σχετικές συχνότητες ως προς την Ασφάλεια Υγείας	49
Πίνακας 8.14 Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου	51
Πίνακας 8.15 KMO & Bartlett's Test για την κλίμακα PSQ18	52
Πίνακας 8.16 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα PSQ18	53
Πίνακας 8.17 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα PSQ18 – Βάρη παραγόντων	53
Πίνακας 8.18 KMO & Bartlett's Test για την κλίμακα JSPPPE	56
Πίνακας 8.19 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα JSPPPE	56

Πίνακας 8.20 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα JSPPPE	
– Βάρη παραγόντων	57
Πίνακας 8.21 KMO & Bartlett's Test για την κλίμακα Αλετρά	58
Πίνακας 8.22 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα Αλετρά	58
Πίνακας 8.23 Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα Αλετρά	
– Βάρη παραγόντων	58
Πίνακας 8.24 Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με στις παράγοντες	
ικανοποίησης των ασθενών από στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και	
την ενσυναίσθηση των γιατρών	61
Πίνακας 8.25 Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με τους παράγοντες	
ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους	65
Πίνακας 8.26 Διερεύνηση κανονικότητας δείγματος – έλεγχος Kolmogorov	
Smirnov	67
Πίνακας 8.27 Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως προς το Φύλο	68
Πίνακας 8.28 Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως τις περιοχές διαμονής	69
Πίνακας 8.29 Μέσες τιμές και τιμή κριτηρίου Mann-Whitney U ως την Περιοχή	
Διαμονής	70
Πίνακας 8.30 Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως προς τις Χρόνιες	
Παθήσεις	70
Πίνακας 8.31 Συσχετίσεις Spearmanho ανάμεσα στους παράγοντες Ικανοποίησης	
των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και της ενσυναίσθησης	
των γιατρών	71
Πίνακας 8.32 Συσχετίσεις Spearmanho ανάμεσα στους υπό μελέτη παράγοντες	
που αφορούν την Ικανοποίηση των Νοσηλευθέντων Ασθενών και	
την ενσυναίσθηση των γιατρών	73

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 8.1 Σχετικές συχνότητες ως προς το Φύλο	41
Διάγραμμα 8.2 Σχετικές συχνότητες ως προς τον Τόπο Κατοικίας	42
Διάγραμμα 8.3 Σχετικές συχνότητες ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση	43
Διάγραμμα 8.4 Σχετικές συχνότητες ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο	44
Διάγραμμα 8.5 Σχετικές συχνότητες ως προς το Επάγγελμα	46
Διάγραμμα 8.6 Σχετικές συχνότητες ως προς το Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα	47
Διάγραμμα 8.7 Σχετικές συχνότητες ως προς την Ύπαρξη Χρόνιων Παθήσεων	48
Διάγραμμα 8.8 Σχετικές συχνότητες ως προς την Ειδικότητα της Κλινικής Εξυπηρέτησης	49
Διάγραμμα 8.9 Σχετικές συχνότητες ως προς την Ασφάλεια Υγείας	50
Διάγραμμα 8.10 Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ενσυναίσθηση των γιατρών (Α)	63
Διάγραμμα 8.11 Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ενσυναίσθηση των γιατρών (Β)	64
Διάγραμμα 8.12 Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Αυτό που πρέπει να επισημανθεί αρχικά είναι ότι, τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας διαφέρουν σε σχέση με τα υπόλοιπα κοινωνικοοικονομικά συστήματα λόγω των σοβαρών ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν στην οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία τους, είτε είναι δημόσια είτε ιδιωτικά. Βασικός σκοπός του κάθε συστήματος υγείας αποτελεί η διασφάλιση αλλά και η βελτίωση των επιπέδων υγείας των ανθρώπων, στοχεύοντας στην ευημερία, την πρόοδο και την ευτυχία του κοινωνικού συνόλου. Αποτελεί κοινό τόπο ότι, η αποτελεσματικότητα και η ανάπτυξη αυτών των ιδρυμάτων κι οργανισμών στηρίζεται στην ίδια την αποτελεσματικότητα της διοίκησης, αν και η αναγκαιότητα του management με τη σύγχρονη έννοιά του, έχει σχετικά προσφάτως αναγνωριστεί. Αναλυτικότερα, όσον αφορά στον ιδιωτικό τομέα, η διοίκηση των ιδιωτικών νοσοκομείων αποβλέπει στο μεγαλύτερο κέρδος, ούτως ώστε να γίνονται προσπάθειες περί οικονομικότερης διαχείρισης των πόρων και περιορισμού της κατασπατάλησής τους, ακριβώς για το λόγο ότι μέσα από τη σταδιακή μείωση των εξόδων επέρχεται η σταδιακή μεγιστοποίηση των εσόδων, άρα και του κέρδους. Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά στα δημόσια νοσοκομεία, κύριο στόχο αποτελεί η παροχή περίθαλψης και φροντίδας στους πολίτες με προβλήματα υγείας, ανεξαρτήτως του κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου, με αποτέλεσμα να παρατηρείται σε αυτήν την περίπτωση η κατασπατάληση των διαθέσιμων πόρων και κονδυλίων. (Westbrook, etal, 2011).

Εδώ δεν γίνεται λόγος για την έννοια του κέρδους, αλλά η παροχή φροντίδας, γι' αυτό και στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρούνται και τεραστίων διαστάσεων ελλείμματα. Με βάση τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές ότι, ανεξαρτήτως των διοικητικών οικονομικών αρχών που χαρακτηρίζουν το υγειονομικό σύστημα, η έμφαση πρέπει να δίνεται στην υγεία και όχι στα κέρδη. Ακριβώς για αυτούς τους λόγους το δημόσιο σύστημα υγείας προτιμάται στις μέρες μας και παρουσιάζει τόσο μεγάλη ζήτηση σε όλη την Ελλάδα. Επίσης ο συνδυασμός του χαμηλού κόστους για τον πολίτη με την επικρατούσα οικονομική συνθήκη είναι αυτός που οδηγεί τους Έλληνες

πολίτες στην αναζήτηση παροχών υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Για να καταφέρουν να επιβιώσουν αυτοί οι οργανισμοί και τα ιδρύματα στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης και του ακραίου καπιταλισμού, κρίνονται απαραίτητες κάποιες συγκεκριμένες αλλαγές στις κοινωνικές δομές σε παγκόσμιο και σε εθνικό επίπεδο. (Ζησιμοπούλου, 2021)

Έτσι λοιπόν, διαμέσου ποικίλων οργανωτικών αλλαγών που αναζητούν κι εφαρμόζουν σήμερα οι οργανισμοί παροχής υγείας, σκιαγραφούνται νέοι και πιο εξελιγμένοι τρόποι διαχείρισης πόρων και δυνατοτήτων, με σκοπό την αύξηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας στα πλαίσια της εργασίας. Ο εκσυγχρονισμός του διοικητικού τους συστήματος, πρέπει να αποτελεί ένα απαλλαγμένο μοντέλο από παρελθοντικές προκαταλήψεις κι αδυναμίες, το οποίο να μην έρχεται σε πλήρη σύνδεση με τη φιλοσοφία της τρέχουσας κυβερνητικής πολιτικής. Στη συγκεκριμένη εργασία, μέσα από μια ιστορική αναδρομή στα πλαίσια του ελληνικού συστήματος υγείας και τη μελέτη των βασικών αρχών και θεωριών της διοικητικής επιστήμης και με βάση την ανάλυση των κύριων αρχών διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, θα παρουσιαστεί η ανασκόπηση της τρέχουσας κατάστασης στο διοικητικό σύστημα των σύγχρονων δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων και η παράθεση ενός πιθανού επί τα βελτιωτρόπου, όσον αφορά στη διοίκηση τους. (Lajoinie, etal 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος στο πέρασμα τους προκάλεσαν στην Ελλάδα τεραστίων διαστάσεων υλικές καταστροφές. Οι παροχές υγειονομικής περίθαλψης γίνονταν από διάφορους φορείς, φιλανθρωπικές οργανώσεις και υπηρεσίες με τρόπο αναποτελεσματικό. Η ελληνική κοινωνία άρχισε να μετασχηματίζεται συμβαδίζοντας όμως, με μία άναρχη ανάπτυξη της γραφειοκρατίας στα πλαίσια του κράτους και να χαρακτηρίζεται από αδυναμία, όσον αφορά στην άσκηση αποτελεσματικών πολιτικών, που θα προωθούσαν αλλαγές στον τομέα της οργάνωσης μέχρι το 1953. Τότε ήταν που για πρώτη φορά επιχειρείται από το κράτος, η εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και συγχρόνως αποκεντρωμένου συστήματος στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα: ένα αποκεντρωμένο σύστημα, ο κοινωνικός έλεγχος σε συνδυασμό με τη δημιουργία και τη λειτουργία υγειονομικών περιφερειακών επιτροπών, η υπαγωγή των μονάδων στο υπουργείο κοινωνικής πρόνοιας, η γεωγραφική ισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών και η οργάνωση και ο συντονισμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Ζησιμοπούλου, 2021)

Στα χρόνια που ακολούθησαν δόθηκε έμφαση στην οργάνωση της κοινωφελούς νοσοκομειακής φροντίδας και περίθαλψης καθώς και στη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων, αν και απουσίαζαν τα οργανωμένα πλαίσια διοίκησης και διαχείρισης. Συνήθως, η διοίκηση ασκούσαν από το διοικητικό συμβούλιο και τον διοικητικό διευθυντή της μονάδας. Από το 1967 μέχρι το 1974 η Ελλάδα περνάει στα χέρια της δικτατορίας και δεν υπάρχει πρακτικά κάποια ιδιαίτερη εξέλιξη στην ανάπτυξη των υπηρεσιών, με μοναδική εξαίρεση το Ν.Δ. 67/1968, βάσει του οποίου καθιερώθηκε το λεγόμενο “αγροτικό”, δηλαδή η ετήσια υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου των ιατρών. Το 1974, μετά την πτώση της δικτατορίας, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί και το υγειονομικό σύστημα μπαίνει σταδιακά σε μία ανάπτυξη μέσω μεταρρυθμίσεων, όταν πια υπάρχει η αρχή της σκέψης για ένα ενιαίο σύστημα, λόγω της επιρροής των πολιτικών της εποχής από τον ευρωπαϊκό νότο, ο οποίος είχε πάρει ανάλογη κατεύθυνση. Το 1980, επί υπουργίας Δοξιάδη και με

κυβέρνηση τη Ν. Δημοκρατία, κατατέθηκε στη Βουλή ένα νομοσχέδιο με τίτλο “μέτρα προστασίας της υγείας” και είχε ως βασικούς στόχους την αποκέντρωση του συστήματος, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, τον εξορθολογισμό των νοσοκομείων και την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού. (Μωροπούλου, 2020).

Πρόκειται ουσιαστικά για την πρώτη προσπάθεια οργάνωσης. Συνεχίζοντας, η ανάγκη της πλειοψηφίας των πολιτών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας για την πραγμάτωση ενός εθνικού συστήματος υγείας, οδήγησαν το 1982 στην ψήφιση του νόμου 1278/82, με τη θέσπιση του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕΣΥ) και του εθνικού οργανισμού φαρμάκων (ΕΟΦ). Το 1983 υπήρξε η πιο μεγάλη νομοθετική - μεταρρυθμιστική κίνηση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, όσον αφορά στην ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος υγείας, με βασικούς άξονες: την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό, την ισοκατανομή των διαθέσιμων πόρων, την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα ενιαία πλαίσια λειτουργίας και τη συγκρότηση υγειονομικών περιφερειών. Ο συγκεκριμένος νόμος αποτελεί τη μεγαλύτερη προσπάθεια που έγινε στην Ελλάδα όσον αφορά στη διαμόρφωση κι ανάπτυξη μιας ενιαίας πολιτικής στον τομέα της υγείας, αν και του καταλογίζονται πολλές ελλείψεις. Μετά την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, και συγκεκριμένα εννέα χρόνια μετά, ψηφίζεται ο νόμος 2071/1992, που είχε ως στόχο τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος και προέβλεπε τα εξής: η πολιτεία εγγυάται τη σωστή λειτουργία δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών, χωρίς να εξασφαλίζει όμως την καθολική κάλυψη της παροχής των υπηρεσιών -(Καλακώνα, κ.α 2018).

Ο πολίτης πρέπει να είναι λήπτης υπηρεσιών που διέπονται από την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας – Αλλαγές στη διοίκηση και την οικονομική πολιτική καθώς επίσης και δικαίωμα μερικής απασχόλησης σε ιατρούς με παράλληλο δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου κλπ. Στη συνέχεια, υπήρξαν πολλές μεταρρυθμίσεις ακόμα, όμως στην πράξη οι πατριαρχικές νοοτροπίες που κυριαρχούσαν στάθηκαν εμπόδιο στη ριζική αναμόρφωση του συστήματος και συνέβαλλαν καθοριστικά, με το πέρασμα των χρόνων, στο να οδηγηθεί σταδιακά στη σημερινή του πλήρη απαξίωση. Τις χρονιές 2001 και 2005, έγιναν προσπάθειες εισαγωγής του επαγγελματικού management στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, με βασική τη δομή του θεσμού των managers, οι οποίοι επιλέγονται από την επιτροπή αξιολόγησης κι επιλογής ανώτερων στελεχών υπηρεσιών υγείας. (Goula, etal 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

3.1 Η θεωρία του Τεϋλορισμού

Πριν τη βιομηχανική επανάσταση επικρατούσε η άποψη ότι, οι ηγέτες δε γίνονται αλλά είναι γεννημένοι ηγέτες. Συνεχίζοντας, στα τέλη του δεκάτου ενάτου αιώνα η βιομηχανική ανάπτυξη έκρινε την ανάγκη περί καλύτερης κατανόησης της θεωρίας του management και την ανάπτυξη των επιμέρους τεχνικών. Ο λόγος της δημιουργίας και η προϋπόθεση ύπαρξης των διαφόρων κοινωνικών οργανώσεων, επιχειρήσεων, νοσοκομειακών μονάδων, σχολικών ιδρυμάτων, κομματικών παρατάξεων κλπ είναι η αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, με σκοπό την επίτευξη διαφόρων στόχων οι οποίοι αφορούν τις ανθρώπινες ανάγκες. (Lawrence , 2019).

Αυτή η αξιοποίηση δε δύναται να επιτευχθεί άνευ αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης ή αλλιώς management. Το management απαρτίζεται από τις λειτουργίες του προγραμματισμού, της Οργάνωσης, της Διοίκησης, καθώς επίσης και του Ελέγχου. Η εφαρμογή και η άσκηση αυτών των διαδικασιών καθίσταται απαραίτητη για την επίτευξη στόχων μέσω της αξιοποίησης των διαθέσιμων υλικών ή άυλων πόρων. Όσον αφορά το κομμάτι του προγραμματισμού, αυτή η λειτουργία εσωκλείει τον προσδιορισμό της κατάστασης και θέσης της κοινωνικής οργάνωσης, σχετικά με τη μελλοντική πορεία που θα ακολουθηθεί καθώς και των μέσων που χρειάζονται ή θα χρειαστούν για να επιτευχθεί η επιθυμητή κατάσταση. (Prottas&Batten, 2018).

Με λίγα λόγια, ο προγραμματισμός απαρτίζεται από τον προσδιορισμό των στόχων, των στρατηγικών, των τακτικών, των μέσων και των επιμέρους ενεργειών, με σκοπό την επίτευξη μεγαλύτερων στόχων μέσα σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Συνεχίζοντας, όσον αφορά στο κομμάτι της οργάνωσης, αποτελεί τη λειτουργία κατά την οποία κατατεμαχίζεται το έργο που έχει προσδιοριστεί στη διαδικασία του προγραμματισμού και διαιρείται σε επιμέρους εργασίες, οι οποίες ανατίθενται σε συγκεκριμένα άτομα/στελέχη και διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ τους. Το ίδιο συμβαίνει και με τους πόρους της οργάνωσης, με σκοπό να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλαίσιο, όπου ενέργειες και πόροι θα κατευθύνονται συντονισμένα προς την επίτευξη των στόχων. Η Διεύθυνση αποτελεί τη λειτουργία, η οποία λειτουργεί σαν εργαλείο

επηρεασμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ώστε τα άτομα να έχουν τη διάθεση να συμβάλλουν όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται προς την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης. Τέλος, το κομμάτι του Ελέγχου αποτελεί τον καθορισμό των αρχικών προτύπων που θα λειτουργήσουν ως βάση για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, τη σύγκριση τους με στόχους, τον εντοπισμό και τη μέτρηση των εκάστοτε αποκλίσεων ανάμεσα σε στόχους και αποτελέσματα, τη διάγνωση των αιτιών που προκαλούν τις αποκλίσεις και τις διορθωτικές ενέργειες που χρειάζονται με σκοπό την εξάλειψη των αιτιών αυτών. (Westbrook, etal, 2011).

Ενώ το management ως πρακτική και λειτουργία συναντάται στους ανθρώπους σε ποικίλες μορφές ήδη από την αρχαιότητα, οι πρώτες προσπάθειες συστηματικών καταγραφών κι οργάνωσης της σχετικής γνώσης ξεκίνησε στις αρχές του εικοστού αιώνα με τις εργασίες του Frederick Taylor (1856-1915) και του Henry Fayol (1841-1925). Έχοντας υπόβαθρο στη βιομηχανική μηχανική, ο Taylor ανέπτυξε ένα σύστημα διαχείρισης που είχε ως θέμα του τη σχέση μεταξύ των εργαζομένων και των εργασιών παραγωγής. Είχε την πεποίθηση ότι, η διαδικασία παραγωγής θα γινόταν πιο αποτελεσματική στην περίπτωση που ο χρόνος που αφιερώνει ο κάθε εργαζόμενος στην παραγωγή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας γινόταν να μειωθεί. Μετά από πολλά πειράματα και παρατηρήσεις σε διάφορα περιβάλλοντα ως διευθυντής κατασκευής, υπέθεσε πως ο καλύτερος τρόπος επίτευξης αυτού ήταν η εξειδίκευση και ο καταμερισμός των εργασιών. (Christen, etal, 2021) .

Το 1911, ο Taylor διατύπωσε τις ιδέες του με τέσσερις αρχές, γνωστές ως Τεϋλορισμός, έχοντας ως βασικό του στόχο τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας: Δε χρειάστηκε πολύς χρόνος για τη θεωρία του στο να χρησιμοποιηθεί σα μοντέλο στις εκάστοτε βιομηχανίες της εποχής. Αν και πολλές εταιρείες ήταν πιστές στην αρχική θεωρία του Taylor, υπήρξαν ορισμένοι διευθυντές που επέλεξαν να εφαρμόσουν επιλεκτικά τις αρχές της επιστημονικής διαχείρισης, όπως θεώρησαν, οι οποίες επέφεραν όμως μη επιθυμητά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, ορισμένοι διευθυντές είδαν αύξηση της απόδοσης, αλλά, αντί να ανταμείβουν τους εργαζομένους ανάλογα, όπως υποστήριζε ο Taylor, αύξησαν τον φόρτο εργασίας των εργαζομένων χωρίς όμως να αυξήσουν την αμοιβή τους. Αυτή η προσέγγιση μεταφράστηκε σε συρρίκνωση του εργατικού δυναμικού, καθώς οι εργοδότες βρήκαν λιγότερους υπαλλήλους. Αυτό αποτέλεσε μια από τις επικρίσεις για τη θεωρία του Taylor που οι εργαζόμενοι θεώρησαν ότι, οι απλουστευμένες δουλειές τους ήταν επαναλαμβανόμενες

και μη δεσμευτικές και ότι αισθάνονταν πολύ λιγότερο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, την οποία θεωρούσαν ότι έχουν γίνει απάνθρωπη. (Μπαλάνος, 2019).

Τα συνδικάτα καταδίκασαν την επιστημονική διαχειριστική προσέγγιση, η οποία λέγεται ότι προκαλεί ένα αίσθημα δυσαρέσκειας και δυσπιστίας ανάμεσα στις δομές ιεραρχίας στο χώρο εργασίας, καθώς οι διευθυντές διαφαίνεται να μην ενδιαφέρονται πραγματικά για την ευημερία των εργαζομένων τους. Για να αντιμετωπίσουν αυτό το επιχείρημα, οι υποστηρικτές του Τεϋλορισμού υποστηρίζουν ότι, η διαφωνία των αρχών οφείλεται στην κακή εφαρμογή και υιοθέτησή τους από τους εκάστοτε οργανισμούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι εκδοχές του Taylor χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα σε πολλούς οργανισμούς. Ωστόσο, παραμένουν υπό κριτική εξέταση, και η μέθοδος του Taylor έχει υποβληθεί σε αρκετές αναθεωρήσεις και μεταρρυθμίσεις, με ορισμένους αρχηγούς της βιομηχανίας να θεωρούν τις τέσσερις αρχές ως ημιτελές σημείο εκκίνησης. (Elrod, etal 2017).

Ένας από τους στενούς συνεργάτες του Taylor ήταν ο HenryGantt(1861-1919), ο οποίος έγινε γνωστός για τις δύο βασικές συνεισφορές του στη θεωρία της κλασσικής διαχείρισης: το γράφημα Gantt και το σύστημα εργασιών και bonus. Το γράφημα αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο παρέχει μια γραφική αναπαράσταση για το τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια τέλεσης ενός έργου, με επίκεντρό του τη διαδοχική εκτέλεση των εργασιών που το συνθέτουν. Το γράφημα αυτό προσδιορίζει τις βασικές εργασίες, τον εκτιμώμενο χρόνο για την ολοκλήρωση του έργου και καθορίζει την ημερομηνία έναρξης για κάθε στοιχείο μιας εργασίας. Το σύστημα εργασιών και bonus, αποτελεί μια τροποποίηση της ιδέας του Taylor περί πληρωμής δίκαιης αμοιβής. Η θεωρία που ανέπτυξε είχε ως βασικό της στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων μέσω πριμοδότησης στόχων,δηλαδή οι εργαζόμενοι πρέπει πάντα να λαμβάνουν κανονικά το μισθό που τους αναλογεί αλλά αν επιτυγχάνονται οι επιμέρους στόχοι ή ξεπερνιούνται να αυξάνεται ο μισθός αυτός με επιπλέον μόνους. (Elrod, etal 2017).

3.2 Η θεωρία της διαχείρισης

Ο HenryFayol θεωρείται ο δημιουργός της θεωρίας της διαχείρισης. Ο Fayol υποστήριζε πως η δραστηριότητα του management απαρτίζεται από πέντε λειτουργίες,τον προγραμματισμό,την οργάνωση,τη διεύθυνση, το συντονισμό και τον έλεγχο που αναπτύχθηκαν στην αρχή του κεφαλαίου. Επίσης, ανέπτυξε δεκατέσσερις αρχές του management που βοηθούν ένα στέλεχος να επιλύει προβλήματα της δουλειάς,οι οποίες κατά τη γνώμη του θα έπρεπε να διδάσκονται στα σχολεία κι όχι

μόνο στα πλαίσια της εργασίας. Τούτο συνέβη και η θεωρία του για τις δεξιότητες αυτές, αποτελεί σήμερα τη βάση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στο management. Αυτές είναι: **1)**η ανάλυση της εργασίας,**2)**η εξουσιοδότηση,**3)**η πειθαρχία,**4)**η ενότητα διοίκησης,**5)**η ενότητα κατεύθυνσης,**6)**η ατομική υπακοή,**7)**η ανταμοιβή βάσει κανόνων,**8)** ο συγκεντρωτισμός,**9)**η ιεραρχική διοικητική κλίμακα,**10)**η τάξη,**11)**η ισότητα στη διαχείριση των εργαζομένων,**12)**η σταθερότητα του προσωπικού,**13)**η πρωτοβουλία και τέλος **14)**το αίσθημα ενότητας. (Westbrook, etal, 2011).

3.3 Η Βεμπεριανή Γραφειοκρατία

Επιπροσθέτως, ο Max Weber (1864-1920), Γερμανός κοινωνιολόγος, ανέπτυξε τη Θεωρία της, γνωστή ως Βεμπεριανή Γραφειοκρατία, μια θεωρία για τη λειτουργία ενός οργανισμού με αποτελεσματικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Weber, η συγκεκριμένη θεωρία υπογράμμισε την αναγκαιότητα των οργανισμών να λειτουργούν με ορθολογικό τρόπο αντί να ακολουθούν αυθαίρετες ιδιοτροπίες και συναισθήματα των εκάστοτε ιδιοκτητών/διαχειριστών, περιγράφοντας έξι αρχές : **1)**ορθή κατανομή εργασίας, δηλαδή η κατανομή της εξειδίκευσης στην εργασία πρέπει να είναι καθορισμένη με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε εξουσία κι ευθύνες, **2)**η ιεραρχία της διοίκησης πρέπει να είναι κατασκευασμένη με τέτοιο τρόπο ώστε οι πληροφορίες που σχετίζονται με αποφάσεις να ρέουν αποτελεσματικά από πάνω προς τα κάτω,**3)**διαχωρισμός ανάμεσα σε προσωπική κι επίσημη ιδιοκτησία, δηλαδή τα περιουσιακά στοιχεία των κατόχων και του οργανισμού να είναι ξεχωριστά,**4)**κανόνες και κανονισμοί για τη λειτουργία του οργανισμού που ν' ακολουθούνται απ' όλα τα μέλη του ανεξαιρέτως,**5)**κατάρτιση σε απαιτήσεις εργασίας και βελτίωση σε δεξιότητες,**6)**η επιλογή και η προώθηση των εργαζομένων του οργανισμού πρέπει να βασίζονται στην εξίσωση που έχει ως παράγοντες τις δεξιότητες, την ηλικία και την εμπειρία και όχι από προσωπικές σχέσεις κι οφέλη. (Tsai, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Το management στους οργανισμούς παροχής υγείας

Εισαγωγικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους ευεξίας σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, πέραν της σωματικής υγείας, στο συγκεκριμένο ορισμό περιλαμβάνονται επίσης δεκαεννέα στον αριθμό ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι όταν συντρέχουν τότε θεωρείται πως ένα άτομο χαρακτηρίζεται από υψηλού επιπέδου υγεία. Σύμφωνα με τον Parsons, η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται άμεσα από το περιβάλλον που ζει και αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να ανταποκριθεί με επιτυχία σε όλους τους κοινωνικούς του ρόλους. Επίσης, σύμφωνα με τον Kelman, η υγεία είναι υποκειμενική και έχει να κάνει με το κατά πόσο ένα άτομο θεωρεί τον εαυτό του ως υγιή. (Uecker, etal ,2008).

Αναφορικά με τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, για να μπορούν να διοικούνται με αποτελεσματικό τρόπο, θα πρέπει να τηρούνται κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αναλυτικά, η εισαγωγή των νέων μεθόδων κι εργαλείων του management σε κάποιον οργανισμό προϋπόθετε την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης, όσον αφορά στη διοίκηση του. Καθίσταται αναγκαίος ο σχεδιασμός και η χρήση υποστηρικτικού μηχανισμού, η συγκρότηση ή η αναδιαμόρφωση των δομών του, οι επενδύσεις όσον αφορά στη χρήση νέων τεχνολογιών και την υψηλή κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού, η προσφορά κινήτρων αλλά και ο συνεχής έλεγχος, ώστε να διορθώνονται αιτίες πιθανών αποκλίσεων. Βασικός σκοπός του management στις υπηρεσίες υγείας είναι η διάθεση των άυλων ή υλικών πόρων προς όφελος της γενικής υγείας κι ευημερίας του πληθυσμού, καθώς επίσης και η διαχείριση τους, με έναν κατάλληλο τρόπο ούτως ώστε να διασφαλίζεται το βέλτιστο επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Όσοι εμπλέκονται πρέπει να διακατέχονται από υπευθυνότητα, να υπάρχουν μηχανισμοί έντασης της αποδοτικότητας των εκάστοτε πόρων και παρακολούθησης των στόχων. Καθώς η τεχνολογία έχει παρουσιάσει αλματώδη εξέλιξη, το management της υγείας θα πρέπει να ανανεώνεται και να εμπλουτίζεται διαρκώς, αφού αντιστοίχως ανανεώνεται και η ζήτηση που σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας. (Smith, 2020).

4.2 Οι νομικές μορφές των οργανισμών παροχής υγείας και η διοίκηση αυτών στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα όπου οι συνθήκες λειτουργίας του τομέα της υγείας άλλαξαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής και της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης και αποσταθεροποίησαν τους οργανισμούς υγείας, ο μοναδικός τρόπος για την ομαλή λειτουργία της είναι η αποτελεσματική διοίκηση. Όπως λειτουργεί η διοίκηση στις επιχειρήσεις, δηλαδή διαμέσου της διαδικασίας συντονισμού των πόρων και των ενεργειών, έτσι και στην υγεία πρέπει να ακολουθείται ένα παρόμοιο μοντέλο με σκοπό την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων. Οι λειτουργίες του προγραμματισμού, της διεύθυνσης και του ελέγχου, όπως αναλύθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια, απαρτίζουν τη διοίκηση ενός οργανισμού. Απώτερο σκοπό της διοίκησης αποτελεί η αύξηση στην αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα, στις ανθρώπινες σχέσεις, στη χρήση διοικητικών μοντέλων κι εργαλείων και στην κατανόηση των επιμέρους λειτουργιών του οργανισμού. Η εξειδίκευση των διοικητικών στελεχών, οι δεξιότητες στο επίπεδο της οργάνωσης και του συντονισμού, η τεχνική κατάρτιση των επαγγελματιών, ακόμα και αυτών που ασκούν ένα μικρό βαθμό διοίκησης αποτελούν αναγκαίες ζωτικής σημασίας, αφού σε ένα τέτοιο χώρο τα πάντα στο τέλος επηρεάζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. (Bourgon, 2011).

Συνεχίζοντας, οι μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας μπορεί να έχουν διαφορετική μορφή, να ανήκουν είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα να ανήκουν είτε στον τομέα ανοικτής περίθαλψης, όπως τα κέντρα υγείας, είτε της κλειστής περίθαλψης, όπως οι ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία, να έχουν αυξημένη την παρέμβαση του κράτους, να στηρίζονται στη συνεργασία πολλών διαφορετικών ατόμων με διαφορετικά υπόβαθρα και όλοι αυτοί οι λόγοι να αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα διάσπασης της εξουσίας, αφού αν ανατεθεί αυτός ο όγκος σε μεμονωμένα άτομα θα υπάρχουν πολυποίκιλα διοικητικά προβλήματα. Αναλυτικότερα, η διαχείριση ενός οργανισμού υγείας αποτελεί ένα πολύ δύσκολο έργο, αφού επηρεάζεται από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες, όπως την ετοιμότητα σε όλα τα επίπεδα που στοχεύει να βρίσκεται ο οργανισμός, από τις πιέσεις που ασκεί η κοινωνία για παροχή περίθαλψης υψηλής ποιότητας, από τη μεγάλη δαπάνη των υπηρεσιών, από τα επίπεδα ευαισθησίας που επιδεικνύουν οι εργαζόμενοι στα προβλήματα υγείας διαφορετικών ανθρώπων που έρχονται αντιμέτωποι κλπ. Η κάθε μονάδα θα πρέπει να είναι έτοιμη σε εικοσιτετράωρη βάση με τη συμμετοχή όλου του ανθρώπινου δυναμικού κι εδώ είναι το σημείο που καθίστανται σημαντικότερες οι ηγετικές ικανότητες των διοικητικών

στελεχών, καθώς σε τέτοιους οργανισμούς κυριαρχεί ο ανθρώπινος παράγοντας. Η αρμονική κι επιτυχής συνεργασία ανάμεσα στα τμήματα του οργανισμού αποτελεί το παν για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. (Marten, etal ,2020).

Η διοικητική υπηρεσία διακρίνεται σε διοικητικές και σε οικονομικές δραστηριότητες, στην ανάπτυξη μοντέλων και μεθόδων management, στον προγραμματισμό και στη διοικητική ικανότητα. Εκτός αυτών, συντονίζει τη διαχείριση της ακίνητης περιουσίας του οργανισμού, την κατάρτιση κι εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ.. Σε γενικές γραμμές, το management υγείας είναι το κλασσικό management, διαμορφωμένο στα πλαίσια της υγείας, το οποίο εστιάζει στην αξιοποίηση όλων εκείνων των εργαλείων που εφόσον υλοποιηθούν μπορούν να παρέχουν αξιοπιστία και υψηλή ποιότητα στις παροχές των υπηρεσιών υγείας, βελτιώνοντας έτσι τον ίδιο τον οργανισμό γενικότερα. (Smith, 2020).

Όσον αφορά το ρόλο του manager, πρέπει να ασκεί τα καθήκοντα του πάντα σε συνεργασία με το διοικητικό συμβούλιο του οργανισμού και να πρέπει να διαθέτει προσόντα υψηλής ποιότητας και δεξιότητες στο management. Πριν από περίπου είκοσι χρόνια, για πρώτη φορά εισήλθε ο συγκεκριμένος θεσμός στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για να είναι αποτελεσματικός στην εργασία του θα πρέπει να εντοπίζει τα σημεία στα οποία προκαλείται αίσθημα δυσφορίας από τους πελάτες, να ελέγχει τις λίστες αναμονής περί προγραμματισμένων επεμβάσεων και το ωράριο των εργαζομένων, να παρακινεί το ανθρώπινο δυναμικό, να προωθεί την αξιοκρατία και το ήθος κλπ.(Marten, etal ,2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

5.1 Ο κάθετος ιεραρχικός τρόπος διοίκησης

Τα ελληνικά νοσοκομεία είναι μέρος ενός πολυσύνθετου συστήματος υγείας κι ως εκ τούτου είναι υποχρεωμένα στην παροχή μιας διαφοροποιημένης γκάμας, όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας. Αναλυτικά, η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση κι απαιτήσεις από την κοινωνία σε συνδυασμό με την αύξηση του κόστους, δηλαδή την ανάγκη περιορισμού και ορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων της υγείας, και τη μειωμένη διαθεσιμότητα στους πόρους, αποτελεί μια πραγματικότητα, η οποία υπογραμμίζει την αναγκαιότητα χρήσης ενός τέτοιου συστήματος διοίκησης, βάσει του οποίου θα μπορεί η εκάστοτε νοσοκομειακή μονάδα να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις προκλήσεις και τις μεταβολές αλλά και να μπορεί να πετύχει τους επιθυμητούς της στόχους. Οι κύριοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν ποικιλοτρόπως το πλαίσιο της οργάνωσης και της διοίκησης των σημερινών ελληνικών νοσοκομείων είναι η αύξηση της συχνότητας των κρατικών παρεμβάσεων και ο ασθενής, ο οποίος πολλές φορές δε δύναται να λάβει ο ίδιος τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. (Marten, etal ,2020).

Καθίσταται σαφές ότι, για να μπορούν βάση των παραπάνω να διοικηθούν τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, χρειάζεται ο κάθετος ιεραρχικός τρόπος διοίκησης, κατά τον οποίο οι καταστάσεις μελετώνται από τα ανώτερα κλιμάκια, τα οποία αποφασίζουν κι ενημερώνουν ιεραρχικά τους υφιστάμενους φορείς κι επαγγελματίες, στα πλαίσια μιας διοικητικής πυραμίδας. Συνεχίζοντας, το νοσοκομείο εσωκλείει διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης επαγγελματίες, όπως των ποικίλων ειδικοτήτων νοσοκομειακούς ιατρούς και των ατόμων που απαρτίζουν το παραϊατρικό προσωπικό. Η εκπαιδευτική ανάπτυξη του προσωπικού δεν υφίσταται, αφού κατά τις προσλήψεις οι ασκούντες διοίκηση έχουν ως κύριο μέλημα τους το οικονομικό κομμάτι και αδιαφορούν για την εξέλιξη της λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος και την ποιότητα που θα έπρεπε να έχουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η διοίκηση των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα επηρεασμένη από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης. Αυτό έχει ως συνέπεια την

εμφάνιση κάποιων δυσλειτουργικών φαινομένων, όπως τη συχνή υποστελέχωση των εκάστοτε υπηρεσιών,τη γραφειοκρατική νοοτροπία, η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα “σκληρή” με το τόσο ευαίσθητο αγαθό της υγείας,την ανεπαρκή οργάνωση,την έλλειψη αντίστοιχης κουλτούρας,τις κακές συμπεριφορές του νοσοκομειακού προσωπικού στους ασθενείς,τις αγκυλώσεις,τον περιορισμένο βαθμό αξιοποίησης όσον αφορά στους ανθρώπινους πόρους,την υποχρηματοδότηση και τέλος τη γενική έλλειψη εμπιστοσύνης. Καθίσταται σαφές πως η διοίκηση αποτελεί το “μεγάλο ασθενή” και είναι ένα γεγονός που αναγκάζει τους πάντες να ασχοληθούν μαζί της. Η διοικητική και η οικονομική αυτοτέλεια δεν υπάρχει στα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στο κράτος,τα οποία όπως είναι γνωστό, ακόμα και για υποθέσεις μικρής σημασίας είναι υποχρεωμένα πάντα να ζητούν γνώμες από το υπουργείο Υγείας και τις περιφερειακές υπηρεσίες του. Αυτό το απαρχαιωμένο σύστημα διοίκησης ευθύνεται για την κακοδαιμονία που υφίσταται,αποτελώντας μια κατάσταση η οποία δε συναντάται σε άλλους οργανισμούς κι επιχειρήσεις,καθώς στα τελευταία δεν υπάρχει άμεση παρέμβαση του κράτους,αλλά υπάρχει ενός τύπου ανεξαρτησία που οδηγεί σε ένα αυτόνομο διοικητικό σύστημα. (Prattas&Batten, 2018).

Ο κομματισμός πατάει πάνω σε αυτό το πεπαλαιωμένο σύστημα των νοσοκομείων και δημιουργεί προστριβές κι αναταραχές,καθώς η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα είναι δέσμια της εκάστοτε πολιτικής εξουσίας. Το “φακελάκι”,το “μέσον” για ένα κρεβάτι,τα ράντζα είναι ευρέως γνωστά σαν κακές πτυχές της νοσοκομειακής διοίκησης και παρά πολλών αξιόλογων προσπαθειών που έχουν διενεργηθεί στο παρελθόν, όπως το νομοσχέδιο Δοξιάδη και ο Νόμος 2889/2001, συνεχίζουν δυστυχώς να υφίστανται. Επίσης ο ρόλος της μονιμότητας καθώς και οι επιδράσεις των συνδικαλιστικών οργανώσεων στους τομείς της υγείας,αποτελούν κι ενδεχομένως να αποτελούν για πολλά χρόνια ακόμα πεδίο ερευνών κι εκτενών συζητήσεων. (Ζησιμοπούλου, 2021).

Τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα και τα προϊόντα υψηλής τεχνολογίας έχουν εισχωρήσει στους τομείς παροχής υγείας, με ανεξέλεγκτο τρόπο. Αυτά τα προϊόντα είναι πολύ πιο ακριβά από τα υπάρχοντα, όμως δεν έχει υπάρξει κάποια απόδειξη πως είναι πιο αποτελεσματικά. Ακριβώς για αυτό το λόγο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, ακόμα δεν έχει υπάρξει προσεχτική αξιολόγηση στις νέες παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας. Τα περισσότερα από αυτά τα θέματα χρειάζονται τόλμη κι αποφασιστικότητα από όλες τις πλευρές, όσον αφορά στην επίλυση τους. Ο προγραμματισμός,η οργάνωση,η συνεχής εκπαίδευση καθώς και η χρήση των νέων τεχνολογιών αποτελούν

σίγουρα κάποιες προτάσεις, όσον αφορά στην άρση αυτών των προβλημάτων στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (Ζησιμοπούλου, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΒΕΛΤΙΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

6.1 Ο διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού ενός νοσοκομείου

Οι προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι η διαχείριση των νέων και πολύπλοκων τεχνολογιών, αλλά η διαχείριση που σχετίζεται με τις ικανότητες και τις δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού τους πρωτίστως. Η γλώσσα του management πρέπει να απομακρυνθεί από στρατηγικές και στόχους στα πλαίσια της οργάνωσης και να εστιάσει στις έννοιες της αξιοπρέπειας, της πίστης, της ποιότητας, της καινοτομίας, της δημιουργικότητας, της συναδελφικότητας και της μέτρησης της αποδοτικότητας. Η έμφαση πρέπει να δίνεται στην ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με τις αλλαγές και τις αναδιαμορφώσεις που γίνονται στα νοσοκομεία, να ενθαρρύνονται, να επιβραβεύονται, να συνεργάζονται αρμονικά και να υπάρχει ισοκατανομή στις αρμοδιότητες τους. Ο κλάδος της υγείας έχει πολύπλοκη οργάνωση κι όσον αφορά στην πυραμίδα εξουσίας που εφαρμόζεται, οι μονάδες υγείας δεν ακολουθούν μία γραμμή, αλλά υπάρχουν διαφορετικές σχετικά με το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό. Αξίζει να σημειωθεί ότι, εμφανίζεται μια σχετική αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στο προσωπικό και στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων αλλά και των εκάστοτε καταστάσεων στη μονάδα. Αναλυτικά, το ιατρικό προσωπικό συνεργάζεται με το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως επίσης και το βοηθητικό προσωπικό. Καθίσταται σαφές πως η εφαρμογή των βασικών αρχών περί ποιότητας θα βελτιώσει πολύ την επικοινωνία στα νοσοκομεία, γεγονός που συνεπάγεται τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού. (Lambert-Kerzner, etal 2018).

6.2 Η διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια ανθρωποκεντρική θεωρία σχετικά με την οργάνωση και τη διοίκηση, όπου η συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων ανεξάρτητα από τις ιεραρχικές βαθμίδες που υπάρχουν, αποτελεί το κλειδί περί αποτελεσματικής εισαγωγής, ανάπτυξης και βελτίωσης των προγραμμάτων ποιότητας. Επιπροσθέτως, οι παροχές προγραμμάτων κατάρτισης, εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η

διαρκής αξιολόγηση,η εφαρμογή συμμετοχικών προγραμμάτων στα πλαίσια της παραγωγής,ο εκσυγχρονισμός και ο όσο το δυνατόν πιο ακριβής σχεδιασμός του νοσοκομειακού χώρου και των σχέσεων,καθώς επίσης η χάραξη στρατηγικών σχετικά με την καθοδήγηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν τα βασικά σημεία που θα πρέπει να μελετήσει προσεχτικά και να εφαρμόσει η διοίκηση. Η εκπαίδευση των προσωπικών στα αρχικά στάδια της εφαρμογής ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει να αποβλέπει στην εξοικείωση των εργαζομένων με τις έννοιες και της αρχές που διέπουν την Ποιότητα. Μια μονάδα θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από συνεργασία και αλληλεγγύη σε όλα τα επίπεδα της και στις διαφορετικές λειτουργίες, προκειμένου να προστατεύονται επί εικοσιτετραώρου βάσης οι εργαζόμενοι και οι ασθενείς. Με αυτόν τον τρόπο υπάρχει ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος,βελτίωση των εργασιακών αποδόσεων,ελαχιστοποίηση στο κόστος,βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται και βελτιστοποίηση στην αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Το ευτραφές και συγχρόνως απάνθρωπο γραφειοκρατικό σύστημα που υπάρχει στην Ελλάδα, οδηγεί σε προβλήματα και επικίνδυνες καθυστερήσεις και η αντικατάσταση του από το μοντέλο διοίκησης ποιότητας κρίνεται τουλάχιστον επιτακτική. (Laposa, etal 2013).

Με αυτόν τον τρόπο το δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να μεταμορφωθεί σε ένα χώρο διαρκούς μάθησης και θα μπορεί να προσαρμόζεται ευκολότερα στις πολιτισμικές και τις επιστημονικές αλλαγές. Οι μηνιαίες συσκέψεις όλου του προσωπικού με στόχο την προαγωγή των στόχων των μονάδων,οι απαραίτητες συστάσεις από την πλευρά της διοίκησης και διάφορα προγράμματα επιβραβεύσεων μπορούν να αναδιαμορφώσουν το δαιδαλώδες σύστημα που κυριαρχεί στα σημερινά δημόσια νοσοκομεία και οι ασθενείς μπορούν να γίνουν λήπτες πολύ πιο όμορφων υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί, ότι θα πρέπει να υπάρξουν σχετικά συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εργάζονται αλλά και για τις προσδοκίες τους. (Lawrence , 2019).

Τα τελευταία χρόνια,η αλλαγή του διοικητικού προσωπικού στα νοσοκομεία συνεπάγεται αλλαγή προϊσταμένων,χωρίς να υπάρχει κάποια αιτιολόγηση και δημιουργούνται υποψίες και διεγείρονται εντάσεις και τριβές ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Κρίνεται αναγκαία λοιπόν, η αξιοκρατική τοποθέτηση των διοικητών με την απαραίτητη γνώση του ευαίσθητου χώρου της υγείας και με επιστημονικές αντιλήψεις συστημικής προσέγγισης. Επίσης, ο εξορθολογισμός των προμηθειών υγειονομικού υλικού με τη βελτίωση της διαφάνειας αυτής της διαδικασίας και την επίτευξη οικονομίας, σίγουρα θα αποτελέσουν βασικές προϋποθέσεις, ούτως ώστε να

καταστεί εφικτός στο σήμερα ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης των σύγχρονων δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στα δημόσια νοσοκομεία κρίνεται αναγκαία σε πλαίσια αξιοκρατικής στελέχωσης με σκοπό τον έλεγχο του κόστους,την αξιοποίηση των πόρων,και την περαίωση όλων των προαναφερθέντων διαδικασιών, ώστε οι πολίτες να γίνονται λήπτες ποιότητας,σε ένα τόσο ευαίσθητο αγαθό που είναι η Υγεία. (Lajoinie, etal 2016).

Συνεχίζοντας,η ποιότητα μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον ασθενή,το γιατρό,τη διοίκηση του νοσοκομείου,το κράτος και τον ερευνητή επιστήμονα. Αυτό συμβαίνει λόγω των διαφορετικών τους απαιτήσεων που συχνά αλληλοσυγκρούονται. Ο ασθενής μπορεί να μη γνωρίζει ακριβώς τι υπηρεσίες έχει ανάγκη για την αντιμετώπιση του προβλήματος του και τελικά οι απόψεις των ιατρών είναι αυτές που θα προσδιορίσουν το τι έχει ανάγκη ο ασθενής. Σε γενικά όμως πλαίσια, τα οφέλη τα οποία απορρέουν από την εφαρμογή της ολικής ποιότητας συμβάλλουν στηνοικονομική και κοινωνική ευημερία του ασθενή,των επαγγελματιών υγείας,των νοσοκομείων και του κράτους. Για τον ασθενή μπορεί να είναι η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του,η αποτελεσματική αντιμετώπιση του,η αποτροπή τυχόν επιπλοκών λόγω καθυστέρησης αγωγής λοιμώξεων καθώς επίσης και ψυχολογικά οφέλη που έχουν σχέση με το νοσοκομειακό περιβάλλον και τη διάρκεια της παραμονής του σε αυτό. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς βοηθάει θεαματικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του. (Lajoinie, etal 2016).

Τα οφέλη τα οποία απορρέουν από την ίδια ποιοτική εφαρμογή των υπηρεσιών υγείας βοηθούν το προσωπικό των νοσοκομείων στην αποτελεσματικότητα του έργου τους,στην ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους,στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που χτίζεται στο εσωτερικό του νοσοκομείου και στην απαλλαγή από εκνευρισμούς κι άγχη. Για τα ίδια τα νοσοκομεία η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην αποτελεσματική θεραπεία που με τη σειρά της οδηγεί νομοτελειακά στην εξοικονόμηση πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οδηγεί σε μικρότερο χρόνο νοσηλείας και την αποφυγή επιπλέον εξετάσεων που δε χρειάζονται ή δεν ενδείκνυνται, καθώς τα προβλήματα εντοπίζονται άμεσα. Άρα οι πόροι εξοικονομούνται και διατίθενται για τη φροντίδα άλλων ασθενών,τη λειτουργία του νοσοκομείου,τη βελτίωση συνθηκών του προσωπικού,τη μείωση της επιβάρυνσης των υπηρεσιών και των νοσοκομειακών τμημάτων και όλα αυτά μαζί συνιστούν αναγνώριση,σεβασμό και φήμη για το νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7.1 Βελτιώσεις Μέσω Στρατηγικών Στις Υπηρεσίες Υγείας Γενικά

Οι παρεμβάσεις σε ρυθμιστικό και νομοθετικό επίπεδο μπορούν να επηρεάσουν ποιοτικά τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας διττώς. Αφενός, μπορούν να ωθήσουν ή να υποχρεώσουν τους διευθυντές αυτών των οργανισμών στο να δράσουν για τη βελτίωση της ποιότητας, αφού η έλλειψη της κατάλληλης αντίδρασης στις εκάστοτε εξωτερικές πιέσεις μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Αφετέρου, μπορούν να υποχρεώσουν τους οργανισμούς υγείας να πραγματοποιήσουν επενδύσεις σε συστήματα ποιότητας, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ισότιμους όρους ανταγωνισμού στον κλάδο γενικά. Από την άλλη πλευρά, η αγορά είναι αυτή που μπορεί σε μεγάλο βαθμό να καθορίσει τις αξίες, την κουλτούρα και τις προτεραιότητες τους. (Hebert&Benbasat, 2014).

Οι λήπτες/καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών κάνουν έρευνα για την ποιότητα της φροντίδας την οποία παρέχει ο καθένας οργανισμός, ούτως ώστε να κάνουν την κατάλληλη επιλογή. Συνεχίζοντας, τ' ασφαλιστικά ταμεία και το δημόσιο ασκούν μεγάλη επιρροή λόγω της μεγάλης δύναμης που έχουν σε αγοραστικό επίπεδο. Για να μπορέσουν να συνάψουν συμβάσεις περί παροχής υπηρεσιών με οργανισμούς παροχής υγείας θέτουν τις προδιαγραφές ποιότητας ως προϋπόθεση, καθορίζοντας σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών σε όλο τον κλάδο, αν και η αγορά υγείας και φροντίδας δεν καθορίζεται αποκλειστικά από οικονομικούς πόρους. (Holthof, 2020).

Τα κίνητρα ενεργοποιούνται και από άλλες κατευθύνσεις, όπως τα πρότυπα και οι κανόνες που διέπουν τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και οι αξίες που απορρέουν από την κοινωνία. Οι δυνάμεις και οι πιέσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος επηρεάζουν ποικιλοτρόπως όλα τα επιμέρους πεδία που σχετίζονται με την ποιότητα. Οι παρεμβάσεις παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο όσον αφορά στην εξασφάλιση ενός κατάλληλου επιπέδου ασφάλειας για το σύνολο των χρηστών του συστήματος υγείας, αποτελώντας μια προτεραιότητα που δύναται να ενισχύεται μέσω οικονομικών, επαγγελματικών και άλλων κινήτρων. Από την άλλη μεριά, η

προσαρμοστικότητα της φροντίδας όσον αφορά στις ατομικές προτιμήσεις κι ανάγκες επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από οικονομικά κι άλλα κίνητρα, περιορίζοντας τη ρύθμιση και τη νομοθεσία σε υποστηρικτικό ρόλο. Επίσης, οι δυο αυτές δυνάμεις του εξωτερικού περιβάλλοντος καθορίζουν τη συνέπεια της ιατρικής πρακτικής με την ισχύουσα ιατρική γνώση. (Kadri, etal ,2014).

Όσον αφορά στο ρόλο των κυβερνήσεων, έχει αποδειχτεί πως οι εσωτερικοί μηχανισμοί οργάνωσης και προσωπικής ανάπτυξης, αν και είναι απαραίτητη προϋπόθεση όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας και σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργανισμού, επανειλημμένως έχουν αποτύχει στο να καταφέρουν να διασφαλίσουν από μόνοι τους την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Καθίσταται σαφές λοιπόν, πως αναγκαίες είναι οι συντονισμένες δράσεις και στρατηγικές των κυβερνήσεων σε εθνικό επίπεδο. Αναλυτικά, οι εθνικές πολιτικές μπορούν να επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας και της περίθαλψης διαμέσου τεσσάρων τομέων του υγειονομικού συστήματος, όπως το σχεδιασμό, τις εισροές και τους μηχανισμούς της παρακολούθησης και της βελτίωσης. (Elrod, etal 2017).

Λίγες είναι οι κυβερνήσεις που σχεδίασαν και υλοποίησαν ολοκληρωμένες στρατηγικές, όσον αφορά στη βελτίωση της φροντίδας, αν και οι περισσότερες συνηθίζουν να υποστηρίζουν τις έννοιες της πρόσβασης, της ισότητας και της αποτελεσματικότητας σε αυτή. Οι εκάστοτε δέσμες προτάσεων και δράσεων συνήθως αποτελούν απλά μια απάντηση σε επιμέρους προβλήματα, που έχουν εντοπιστεί κι αποτυπωθεί και στην πραγματικότητα δεν αποτελούν ολοκληρωμένα μακροπρόθεσμα σχέδια. Επίσης, σπανίως υπάρχει αναλυτική κι αντικειμενική καταγραφή των αποτελεσμάτων που επέφεραν οι στρατηγικές τις οποίες εφάρμοσε το κράτος, κι έτσι γίνεται ακόμα πιο δύσκολη η αξιοποίηση της εμπειρίας από άλλα κράτη, τα οποία σχεδιάζουν παρόμοιου τύπου στρατηγικές. (Goula, etal 2014).

Συνεχίζοντας, όσον αφορά στους φορείς και τα μοντέλα που εφαρμόζονται για την εξωτερική αξιολόγηση, οι μηχανισμοί που υπάρχουν διακρίνονται σε εθελοντικούς/προαιρετικούς και σε υποχρεωτικούς. Αναφορικά με την εθελοντική αξιολόγηση, ανεξάρτητοι επαγγελματικοί οργανισμοί είναι αυτοί που συνήθως προχωράνε σε τέτοια διαδικασία, ενώ η υποχρεωτική αξιολόγηση πραγματοποιείται από την κυβέρνηση ή τους φορείς που ενεργούν συνεργατικά μαζί της. Τα εθελοντικού τύπου προγράμματα δίνουν έμφαση κυρίως στην κατάρτιση και την ανάπτυξη, προσπαθώντας να προωθήσουν την επαγγελματική υπευθυνότητα και τη συνεργασία, ενώ τα υποχρεωτικού τύπου προγράμματα δείχνουν να έχουν μια πιο επικριτική

διάθεση και να νοιάζονται πρωτίστως για τα μετρήσιμα στοιχεία. Τα προγράμματα που χρησιμοποιούνται για εξωτερική αξιολόγηση έχουν ως βάση τους καθορισμένα κι αποδεκτά πρότυπα, μέσω δομημένων διαδικασιών και συγκεκριμένων μηχανισμών, όσον αφορά στην υλοποίηση βελτιώσεων. Συγκεκριμένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση επικρατούν στο πέρασμα των χρόνων τέσσερα διαφορετικού τύπου μοντέλα, όπως το ISO και το EFQM, τα οποία είναι προσαρμοσμένα στην περίθαλψη, και άλλα δυο, η διαπίστευση και η ομότιμη αξιολόγηση, που έχουν αναπτυχθεί σε αυτό το πλαίσιο. (Bourgon, 2011).

Ξεκινώντας, η διαπίστευση αποτελεί μια εθελοντικού τύπου διαδικασία, διαμέσου της οποίας υπάρχει αξιολόγηση των επιδόσεων ενός οργανισμού, βάσει κάποιων καθορισμένων εθνικών προτύπων επίδοσης. Τα συγκεκριμένα πρότυπα καθορίζονται από τους εκάστοτε κυβερνητικούς φορείς σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες του κλάδου της υγείας. Οι οργανισμοί επιζητούν τη διαπίστευση λόγω του ότι, ενισχύει την εμπιστοσύνη του κοινού, αποτελεί μια αντικειμενική αξιολόγηση των επιδόσεων του οργανισμού και τέλος υποστηρίζει τις προσπάθειες του οργανισμού στη βελτίωση της ποιότητας. Η διαπίστευση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία και οι επισκέψεις στα νοσοκομεία και τους οργανισμούς, μπορούν να γίνονται τακτικά ή αιφνιδίως άνευ προειδοποίησης. (Chua, etal 2009).

Ο διεθνής οργανισμός τυποποίησης ISO αποτελεί το μεγαλύτερο οργανισμό ανάπτυξης κι εφαρμογής προτύπων. Συγκεκριμένα, αναπτύσσει πρότυπα με τα οποία ένας οργανισμός μπορεί να πιστοποιηθεί από διαπιστευμένους οργανισμούς. Η σειρά προτύπων ISO:9000 αποτελεί μία διεθνή συμφωνία, όσον αφορά στις ορθές πρακτικές περί διαχείρισης της ποιότητας κι αποτελείται από πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας. Το μοντέλο EFQM αποτελεί ένα πλαίσιο αυτοαξιολόγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποβοηθήσει και να παρακινήσει τους οργανισμούς της Ευρώπης στο να συμμετέχουν σε δράσεις βελτίωσης της παρεχόμενης ποιότητας, όσον αφορά στην ικανοποίηση των εργαζομένων και την επιχειρηματική αριστεία. Τέλος, πολλές χώρες έχουν θεσπίσει μορφές κρατικού ελέγχου αναφορικά στην παρακολούθηση της συμμόρφωσης των οργανισμών, σε θέματα ασφάλειας της φροντίδας και την προστασία του περιβάλλοντος. Οι αξιολογήσεις έχουν ως βάση τους δημοσιευμένους κανονισμούς, οι οποίοι είναι βέβαια σαφώς λιγότερο απαιτητικοί και σαφείς σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα πρότυπα. (Christen, etal, 2021) .

7.2 Εθνικό σχέδιο δράσης

Ειδικότερα, όσον αφορά στην Ελλάδα, το σύστημα δημόσιας υγείας τα τελευταία χρόνια δοκιμάστηκε πάρα πολύ, καθώς σημειώθηκαν πολλές περικοπές στον προϋπολογισμό οι οποίες μείωσαν τη δαπάνη των υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας, όταν ακριβώς οι δείκτες της φτώχειας είχαν θεαματική αύξηση. Παράλληλα, ο μεγάλος αριθμός προσφύγων και μεταναστών που εισήλθαν, οι οποίοι είχαν μεγάλες ανάγκες περί υγειονομικής φροντίδας, έχοντας κιάλας ποικίλες πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, αποτέλεσε αληθινά τεράστια πρόκληση για το σύστημα. Παρά ταύτα, η χώρα μας παρέμεινε μια ασφαλής χώρα στο υγειονομικό επίπεδο. Αν και η δυσκολία που παρουσιάστηκε ήταν μεγάλη, υπήρξε η αρχή της σκέψης πως οι εκάστοτε πολιτικές περί δημόσιας υγείας οι οποίες συνήθως αποσκοπούν σε αποσπασματικές δράσεις προστασίας του πληθυσμού δεν καθίστανται αρκετές. (Markovits, & Monastiridou, 2011).

Η εμφάνιση αλλά και η κάλυψη των νέων αναγκών που παρουσιάζονται στα πλαίσια της υγείας, απαιτούν καινοτόμες πολιτικές δημόσιας υγείας, οι οποίες όμως να χαρακτηρίζονται από οργάνωση, συντονισμό κι επιστημονική τεκμηρίωση και θα έχουν βασικό στόχο την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία της υγείας του συνόλου του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τέλος τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Αν και οι προκλήσεις είναι πολλαπλασιασμένες και μεγεθυμένες, η γενική γραμματεία της δημόσιας υγείας, όσον αφορά στα πλαίσια της γενικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, συνεργαζόμενη με τον ΠΟΥ, έχει αναλάβει ένα έργο ζωτικής θα μπορούσε να πει κανείς σημασίας, το οποίο έχει να κάνει με την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των δομών και των πολιτικών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Δίνοντας έμφαση στις ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, αποτελώντας πάντα βασική προτεραιότητα η διασφάλιση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας, με σκοπό να είναι καθολικό, ισότιμο, βιώσιμο και ποιοτικό, καθώς η προαγωγή της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κάτι που αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως διακρίσεων. Πρόκειται για ένα μεγάλο θέμα συνολικού σχεδιασμού των δημόσιων πολιτικών βάσει των αρχών της καθολικής κάλυψης, της ολιστικής και διεπιστημονικής προσέγγισης των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων, της μετατόπισης του κέντρου βάρους των συστημάτων παροχής υγείας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την πρόληψη, τον επαναπροσδιορισμό της έννοιας της αρρώστιας. Ο βασικός στόχος της καθολικής υγειονομικής κάλυψης ταιριάζει με το όραμα για την “Υγεία 2020” που

πρότεινε ο ΠΟΥ, καθώς και τους στόχους της “Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030” του ΟΗΕ. Συνεχίζοντας, η υγεία, με βάση αυτά, αποτελεί μια σημαντικότερη πολιτική επιλογή όσον αφορά στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία. Το υπουργείο υγείας δεσμεύεται σ’ αυτόν το στόχο και αποτυπώνεται στο πρόγραμμα διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, διάρκειας πέντε ετών, με τίτλο: “Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα πέραν της λιτότητας: εκατό σημεία δράσης στην κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης”, το οποίο εσωκλείει δεσμεύσεις οι οποίες έχουν βασικό σκοπό τους την παροχή καθολικής κάλυψης, την ποιοτική φροντίδα υγείας και ποιοτική δημόσια υγεία, τη διαφάνεια, την άνευ αποκλεισμών διακυβέρνηση και τη δίκαιη χρηματοδότηση όσον αφορά στην περίθαλψη και τη φροντίδα. (Βυλλιώτη, 2014).

Αναλυτικότερα, στα πλαίσια της ανασυγκρότησης και του εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας ανέπτυξε το εθνικό σχέδιο δράσης όσον αφορά στη δημόσια υγεία. Το σχέδιο υιοθετεί τις κύριες προτεραιότητες του ΠΟΥ για την επίτευξη των σημαντικών στρατηγικών στόχων αναφορικά στη σταδιακή μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, στη βελτίωση της υγείας για το σύνολο του πληθυσμού και στη συμμετοχική διακυβέρνηση για τον τομέα της υγείας. (Μπασιούκα, 2014).

Επιπροσθέτως, αναγνωρίζει την αναγκαιότητα για ενίσχυση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε σημαντικούς τομείς – οι οποίοι εμπεριέχονται και στο σχέδιο Δράσης του ευρωπαϊκού γραφείου του ΠΟΥ, όπως η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η σύνδεσή της με τη Δημόσια Υγεία, η διαχείριση του μεταναστευτικού ζητήματος καθώς και η διασφάλιση της υγείας των μεταναστών, η διαχείριση των μεγάλων παραγόντων κινδύνου που διαμορφώνουν το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα (φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, ανεργία και συνθήκες εργασίας, φυσικό περιβάλλον, φροντίδα), η έγκαιρη ανταπόκριση σε κρίσιμες απειλές δημόσιας υγείας, η χρηματοδότηση που απαιτείται για αυτά τα ζητήματα, ο έλεγχος περί αποδοτικότητας των πόρων και βιωσιμότητας του συστήματος, καθώς επίσης και θέματα τα οποία αφορούν την ενδυνάμωση και την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας. Όλα τα παραπάνω χρειάζονται, όσον αφορά στην επίτευξη τους αλλαγές στη νοοτροπία, αντίληψη η οποία θα εμπεριέχει την λογική της δημόσιας υγείας σε όλα τα επίπεδα που ασκείται πολιτική, καθώς επίσης και ένα πλαίσιο το οποίο θα εμπεριέχει στρατηγικές, συντονισμό στις κοινές δράσεις, εκσυγχρονισμό της τεχνογνωσίας και πρακτικών. Πάραυτα, απαιτούνται νέα και πιο εξελιγμένα εργαλεία και μέθοδοι στη διαχείριση και τον έλεγχο. Το εθνικό σχέδιο θέτει

τους στόχους της ελληνικής πολιτείας, όσον αφορά στην προστασία και την προαγωγή της υγείας των πολιτών,σχεδιασμένο ύστερα από ανάλυση του διαθέσιμου υλικού επιδημιολογικών δεδομένων, σε συνδυασμό πάντα με το πλαίσιο οραματισμού της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του υπουργείου υγείας. Αναπτύχθηκε με την συμβολή διεπιστημονικών ομάδων ποικίλων φορέων. Αξίζει να αναφερθεί η καίρια συμβολή της διημερίδας η οποία συνδιοργανώθηκε από τη γενική γραμματεία του υπουργείου υγείας και το Ευρωπαϊκό γραφείο του ΠΟΥ. Το εθνικό σχέδιο ξετυλίγει τη στρατηγική που απαιτείται για τη δημόσια υγεία, ενσωματώνοντας όλες τις επιμέρους δραστηριότητες εθνικών επιτροπών. Αναφέρεται στην αντιμετώπιση των νοσολογικών καταστάσεων και παραγόντων κινδύνου για την υγεία και αποβλέπει στη συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Θέτει συγκεκριμένους στόχους,περιγράφει δράσεις και παρεμβάσεις που χρειάζονται για την επίτευξή τους και αποτυπώνει ρητά ποιοι φορείς, ποιοι τομείς και ποια επίπεδα της διοίκησης έχουν την ευθύνη ελέγχου/εποπτείας. (Μωροπούλου, 2020).

Αναλυτικότερα, το σχέδιο εθνικής δράσης αναπτύσσεται σε επτά βασικούς άξονες δράσεις που επιλέχθηκαν με κριτήρια την επιβάρυνση, τις οικονομικές δυνατότητες,τους πόρους του υγειονομικού συστήματος, καθώς και το πως επηρεάζουν το εθνικό τοπίο οι εκάστοτε διεθνείς οικονομικές και πολιτικές συγκυρίες. Τα θέματα που έχουν επιλεχθεί αντικατοπτρίζουν τις προτεραιότητες που πρέπει να αναδειχθούν, για τις οποίες απαιτείται η εφαρμογή ειδικών και αποτελεσματικών πολιτικών ρυθμίσεων. Ξεκινώντας,στον πρώτο άξονα αναδεικνύεται η γεφύρωση των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τις δράσεις του τομέα της δημόσιας υγείας,διαμέσου του σχηματίσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας, το οποίο συνδέεται στενά με τη μεταρρύθμιση που πραγματοποιείται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της χώρας και αφορά στο γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωτερικού τύπου νοσοκομειακής φροντίδας και περίθαλψης. (Markovits, &Monastiridou, 2011).

Οργανώνεται με βάση νέες αποκεντρωμένες δομές, τις τοπικές μονάδες υγείας κι αποτελεί το πιο κυρίαρχο στοιχείο ενός εκσυγχρονισμένου δημόσιου συστήματος υγείας. Εξασφαλίζεται έτσι, η πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το συγκεκριμένο σύστημα έχει ως απώτερους σκοπούς την πρόληψη,την εξασφάλιση,την αποκατάσταση και τέλος την ενδυνάμωση υγείας του συνόλου των πολιτών, διαμέσου της παροχής πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων/φαρμάκων και την εφαρμογή κοινών κανονισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας

για τη δημόσια υγεία. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας, συνδυασμένες με ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας και υψηλών επιπέδων νοσοκομειακή περίθαλψη "συνωμοτούν" στη δόμηση ενός συστήματος δημόσιας υγείας, που επιζητά το κάθε μέλος της ελληνικής κοινωνίας. Η συνολική κάλυψη με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η διασφάλιση της κατανομής των οικονομικών πόρων βάσει του κοινωνικού συμφέροντος, αποτελούν το βασικότερο μέλημα/στόχο που πρέπει να υλοποιηθεί. Η ανάπτυξη κι επέκταση των δυο πρώτων πυλώνων του συστήματος, αποτελούν όχι μόνο ζωτικής σημασίας αυτόνομους παράγοντες βελτίωσης της ποιότητας της ίδιας της ζωής, αλλά και σημαντική προϋπόθεση όσον αφορά στην επιβίωση και την αναβάθμιση του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου συστήματος. (Καλακώνα, κ.α 2018).

Έτσι λοιπόν, η δημόσια υγεία και η πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας συνενώνονται και λειτουργούν ως ένα σύστημα, το οποίο έχει ως κοινό στόχο την προστασία και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού, ενισχυμένα με τις συμβολές της τεχνολογίας στην ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας. Το πληροφοριακό σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενσωματώνει τις δυνατότητες του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας των Πολιτών, της εγγραφής των πολιτών στον οικογενειακό γιατρό, των παραπομπών, των μητρώων επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, των σχετικών δράσεων περί ενημέρωσης πολιτών, των δράσεων εμβολιαστικής κάλυψης και των δράσεων ελέγχου. Συνεχίζοντας, διαμέσου της αναβάθμισης της πλατφόρμας "ΗΔΙΚΑ" ο κάθε πολίτης μπορεί ηλεκτρονικά να ενημερώνεται για τις εξετάσεις που πρέπει να κάνει, τις συνταγές των γιατρών καθώς επίσης να κλείσει ηλεκτρονικά ραντεβού. (Μπαλάνος, 2019).

Στο δεύτερο άξονα του εθνικού σχεδίου δράσης βρίσκεται η πρόληψη κι ο έλεγχος των μη μεταδιδόμενων χρόνιων νοσημάτων, στα οποία αποδίδεται η πλειοψηφία των θανάτων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί και της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, νοσήματα όπως ο καρκίνος, οι πνευμονοπάθειες, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κι ο διαβήτης ευθύνονται για το εκρηκτικό ποσοστό του 85%, όσον αφορά στους πρόωρους θανάτους. Βασικοί παράγοντες κινδύνου αυτών των νοσημάτων που επηρεάζουν την επίπτωσή τους αποτελούν η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το κάπνισμα. Για την αντιμετώπισή τους οι πολιτικές δημόσιας υγείας θα πρέπει να ενσωματώνουν προγράμματα πρόληψης, τα οποία θα πρέπει να είναι εναρμονισμένα με τις ανάγκες του πληθυσμού με απόλυτο σεβασμό. (Μπασιούκα, 2014).

Η Ελλάδα απαντά στις προκλήσεις, διαμέσου δράσεων πρωτογενούς κάλυψης, δίνοντας προτεραιότητα σε νέους και παιδιά. Συγκεκριμένα, υπήρξε θεσμοθέτηση του νέου βιβλιαρίου υγείας του παιδιού και τέθηκε το νομικό πλαίσιο, όσον αφορά στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Συνεχίζοντας, τα υπουργεία υγείας και παιδείας συνεργαζόμενα με διεπιστημονικές ομάδες και φορείς, μελετούν κι εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Το πρόγραμμα “Ηπιόνη” εμπεριέχει σημαντικές δράσεις για την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων κι επίσης δόθηκε έμφαση στην υγεία του ενεργού πληθυσμού μέσω στρατηγικών που σχετίζονται με την εργασιακή υγεία. Επιπλέον, σχεδιάζεται το εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου σε συνεργασία με την Κοινωνία των Πολιτών κι άλλους φορείς, καθώς και το μητρώο επιτήρησης νοσημάτων που αφορά στην παρακολούθηση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων. Για να έχουν βέβαια αυτές οι προσεγγίσεις επιτυχείς εκβάσεις, καθίσταται αναγκαία η διάθεση καινοτόμων εργαλείων και μεθόδων διαχείρισης και μηχανισμών εποπτείας. Αξίζει να αναφερθεί η ανάπτυξη νέας στρατηγικής για τις εξαρτήσεις και ειδικότερα η επανεκκίνηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με κύριους άξονές της την προστασία ατόμων υψηλού κινδύνου και την προάσπιση του κοινωνικού κράτους και των δημόσιων υπηρεσιών παροχής υγείας. (Καλακώνα, κ.α 2018).

Στον τρίτο άξονα του σχεδίου βρίσκονται οι κοινωνικές ανισότητες που παρατηρούνται και το θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με την αρχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο “Nooneleftbehind” δε γίνεται να διασφαλιστεί η προστασία στη δημόσια υγεία, εφόσον η πολιτεία εθελουφλεί κι αφήνει εκτός φροντίδας κοινωνικά ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού. Καθίσταται σαφές ότι, το υπουργείο υγείας στοχεύει στην επίλυση του ζητήματος, και συγκεκριμένα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την ισότιμη αντιμετώπιση στην κάλυψη του πληθυσμού καθώς και την ισοκατανομή των οικονομικών πόρων βάσει κοινωνικού συμφέροντος. Σύμφωνα με το άρθρο 33 του Νόμου 4368, εξασφαλίζεται η προστασία της υγείας των ανασφάλιστων πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες, αντιμετωπίζοντας έτσι τις ανελαστικές ανάγκες υγείας των ανθρώπων μακριά από αποκλεισμούς και διακρίσεις. Επίσης, όσον αφορά στους πρόσφυγες και τους μετανάστες, παρέχεται υγειονομική φροντίδα μέσω παροχών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε συνεργασία με το υπουργείο υγείας κι επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, σχεδιάζονται και υλοποιούνται δράσεις σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές των εκάστοτε ασθενειών, όπως είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι κακές συνθήκες

εργασίας, τα εργατικά ατυχήματα, η φτωχοποίηση κλπ. (Markovits, & Monastiridou, 2011).

Στον τέταρτο άξονα του σχεδίου αναπτύσσονται οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και των λοιμώξεων οι οποίες συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Αναλυτικά, η Ελλάδα βρίσκεται στις χώρες με τα πιο υψηλά επίπεδα μικροβιακής αντοχής και βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά στην κατανάλωση αντιμικροβιακών παραγόντων. Πρώτη θέση στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης έχει η πρόληψη, μέσω του ελέγχου της χρήσης αντιβιοτικών φαρμάκων και μέσω πάλι της πρόληψης των λοιμώξεων, οι οποίες οφείλονται στην εξάπλωση μικροβίων ανθεκτικών στα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η ευαισθητοποίηση όλων όσων εμπλέκονται και του γενικού πληθυσμού μπορεί να αποφέρει καρπούς. (Αμάραντου, 2020).

Στον πέμπτο άξονα αποτυπώνεται η διαχείριση των εμβολίων και των εμβολιασμών, όσον αφορά στο κομμάτι της πρόληψης και της ανοσοποίησης. Ξεκινώντας, τα εθνικά προγράμματα των εμβολιασμών εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου υγείας και πραγματοποιούνται βάσει συστάσεων της εθνικής επιτροπής εμβολιασμών, η οποία παρέχει επιστημονικές γνωμοδοτήσεις. Τα εμβόλια παρέχονται δωρεάν και σε ενήλικες και σε παιδιά, γενικά σε όσους κατοικούν στην Ελλάδα, μαζί με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Συγκεκριμένα, υπάρχουν ειδικά κέντρα που φιλοξενούν τους μετανάστες/πρόσφυγες, και οι εμβολιασμοί που πραγματοποιούνται αφορούν δέκα διαφορετικά νοσήματα. Η γενική γραμματεία της δημόσιας υγείας σε συνεργασία με τη UNICEF, τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας και διάφορες ΜΚΟ, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πραγματοποιούν εμβολιασμούς με σκοπό την πλήρη κάλυψη αυτών των ομάδων, ιδιαίτερα των παιδιών των προσφύγων, αναπτύσσοντας ισχυρά ανοσοποιητικά συστήματα. Αν και στην Ελλάδα η εμβολιαστική κάλυψη κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο της διστακτικότητας, γεγονός που αποτελεί ένα πρόβλημα που για να λυθεί απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, άρα και μια στρατηγική επικοινωνίας σε εθνικό επίπεδο. Βασικός στόχος είναι η εξάπλωση της γνώσης και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, προέχοντας η οικογενειακή και συνεπώς δημόσια υγεία. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται ευτυχώς ή δυστυχώς εφαρμογή αυστηρών μέτρων και τη υποχρεωτικότητας των εμβολιασμών, ειδικά σε περιόδους κρίσης όπως στις μέρες μας, με την παγκόσμια υγειονομική κρίση του κορονοϊού. Η εποπτεία είναι το κλειδί σε αυτό το ζήτημα, όπως και ο προγραμματισμός

στην εκτίμηση αναγκών που προκύπτουν καθώς και στην έγκαιρη προμήθεια ποιοτικών εμβολίων σε προσιτή τιμή. (Ζησιμοπούλου, 2021).

Ο άξονας νούμερο έξι αφορά τις καταστάσεις ανάγκης στον τομέα της υγείας, τους διεθνείς κανονισμούς, τις διασυνοριακές απειλές και τις μεταδοτικές ασθένειες. Για να επιτευχθεί η διεθνής ασφάλεια στη δημόσια υγεία πρέπει τα συστήματα επιτήρησης να είναι προετοιμασμένα σε κάθε χώρα σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα, πρέπει όλες οι χώρες να έχουν τη δυνατότητα ανίχνευσης, αξιολόγησης κι άμεσης ανταπόκρισης σε καταστάσεις δημόσιας απειλής της υγείας κι έκτακτων αναγκών. Διαμέσου αποτελεσματικών μέτρων δημόσιας υγείας σε αεροδρόμια, λιμάνια και διαβάσεις εδάφους μειώνεται δραστικά ο κίνδυνος εξάπλωσης επικίνδυνων μεταδοτικών ασθενειών σε διεθνές και παγκόσμιο επίπεδο. (Ζησιμοπούλου, 2021).

Με το νόμο 3991/11 η Ελλάδα εφαρμόζει από το 2005 τους διεθνείς κανονισμούς υγείας και σύμφωνα με το άρθρο 10 του προεδρικού διατάγματος 95/2000, το υπουργείο υγείας καθίσταται επικεφαλής για την εφαρμογή αυτών των διατάξεων. Στη χώρα μας υπάρχουν δύο οργανισμοί: το εθνικό κέντρο επιχειρήσεων υγείας και ο εθνικός οργανισμός δημόσιας υγείας, οι οποίοι έχουν θεσπιστεί με σκοπό την αντιμετώπιση κρίσεων δημόσιας υγείας, που συμπεριλαμβάνουν τις μεταδοτικές ασθένειες, τις φυσικές καταστροφές και των εκάστοτε συμβάντων τα οποία είναι σχετικά με το κλίμα και την παράνομη μετανάστευση. Να σημειωθεί πως έχουν δημιουργηθεί επίσης ειδικά εργαστήρια δημόσιας υγείας, σχετικά με τις ασθένειες προτεραιότητας. Αν και η Ελλάδα σε δύσκολες καταστάσεις οικονομικής κρίσης και πολιτικών λιτότητας κατάφερε να αντιμετωπίσει το προσφυγικό ζήτημα, παρέχοντας στους ανθρώπους που επλήγησαν σεβαστικές διαδικασίες ταυτοποίησης, αξιοπρέπειας, φροντίδας, υγειονομικής κάλυψης και ασφάλειας, χωρίς να μετατραπεί η όλη διαδικασία σε γενικευμένο πρόβλημα δημόσιας υγείας. (Αμάραντου, 2020).

Οι διεπιστημονικές ομάδες της χώρας συνεργάστηκαν με διάφορους διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ άψογα, ενισχύοντας έτσι την επιδημιολογική εποπτεία των λοιμώξεων και της διασποράς των κρουσμάτων που πάντα σε τέτοιες καταστάσεις αναμένεται να παρουσιαστούν. Μέσω προληπτικών δράσεων και σε ένα πλαίσιο ξеноφοβίας και ρατσιστικών εκδηλώσεων επιτεύχθηκε ο εμβολιασμός των παιδιών κι ενισχύθηκε αισθητά η υγειονομική ασφάλεια στην κοινωνία. Πρέπει στο μέλλον να υπάρξει μια ενιαία στρατηγική πρόληψης κι αντιμετώπισης νοσημάτων τα οποία μεταδίδονται με διαβιβαστές ειδικά στην ευρωπαϊκή περιφέρεια. Αναλυτικότερα,

καθίσταται αναγκαία η υιοθέτηση νέων κατάλληλων εργαλείων για την καταπολέμηση των διαβιβαστών στα πλαίσια του αστικού ιστού, η αύξηση της ετοιμότητας των επιχειρησιακών μονάδων, η διαχείριση δεδομένων, η επιλογή μέτρων ελέγχου των κουνουπιών και τέλος μια σωστή αξιολόγηση των εκάστοτε παρεμβάσεων. (Βυλλιώτη, 2014).

Τέλος, στον έβδομο άξονα του εθνικού σχεδίου δράσης ξετυλίγεται η αποτελεσματικότητα όσον αφορά στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας στη χώρα μας, και συγκεκριμένα οι τομείς της μεταρρύθμισης, της αναδιοργάνωσης και της διακυβέρνησης των υπηρεσιών. Αρχικά, το υπουργείο υγείας σε συνεργασία με τη γενική γραμματεία της δημόσιας υγείας υλοποιούν μεταρρυθμίσεις, οι οποίες έχουν την υποστήριξη της ευρωπαϊκής επιτροπής και του ΠΟΥ, προσπαθώντας να προάγουν τη διαφάνεια, την καθολική κάλυψη, την άνευ αποκλεισμών σύγχρονη διακυβέρνηση και τη βιωσιμότητα, ως έννοιες σχετικά με τη δημόσια υγεία, διαμέσου της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρη τη χώρα. Το υπουργείο υγείας, όσον αφορά στην ενίσχυση των πολιτικών που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, δίνει έμφαση στην αναδιαμόρφωση και μεταρρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου εφαρμογής της δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας την προστασία των ανασφάλιστων πολιτών, την καθολική πρόσβαση στις δομές και τις υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης. Επίσης, δεσμεύεται για την αναδιοργάνωση και διακυβέρνηση των εκάστοτε υπηρεσιών, μέσω ενός πενταετούς προγράμματος διαρθρωτικών μεταρρυθμιστικών ενεργειών με τίτλο «ο τομέας της υγείας στη Ελλάδα πέραν της λιτότητας, σχέδιο εκατό δράσεων». Η δημόσια υγεία μαστίζεται τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά στο πρόβλημα περί αναμόρφωσης του νομοθετικού πλαισίου και διακυβέρνησης της. Βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η αποκέντρωση του συστήματος, η απόδοση των κατάλληλων αρμοδιοτήτων ανά φορέα και ο σωστός συντονισμός τους. Συνεχίζοντας, το υπουργείο υγείας και η γενική γραμματεία δημόσιας υγείας μέσω μιας πολιτικής με όνομα “Ένιαία Υγεία” αναγνωρίζουν τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στην υγεία των ανθρώπων και την υγεία των ζώων και του περιβάλλοντος. Να σημειωθεί πως έξι στα δέκα λοιμώδη νοσήματα είναι ανθρωποζωνόσοι και η ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος συνδέεται στενά με επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Η διασπορά ανθεκτικών μικροοργανισμών διαμέσου της τροφικής αλυσίδας στους ανθρώπους καθιστά τη μικροβιακή αντοχή πρόβλημα μείζονος σημασίας των μονάδων εντατικής θεραπείας των νοσοκομείων αλλά και των κτηνιάτρων και των γιατρών σε όλη τη χώρα κι όχι μόνο. Καθίσταται σαφές πως, πρέπει να ενδυναμωθεί σταδιακά η θέση και ο ρόλος των

επαγγελματιών μέσω κατάλληλων εργαλείων, όσον αφορά στην τέλεση των καθηκόντων τους, για να μπορούν να βρίσκονται συνδεδεμένοι με άλλους φορείς και οργανισμούς που μπορούν να τους βοηθήσουν στο έργο τους. Όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν αύξηση των διαθέσιμων πόρων, αλλά μακροπρόθεσμα το σύστημα θα λειτουργεί αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι της μελέτης

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διατυπώθηκε ένα σύνολο ερευνητικών στόχων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, τόσο σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κατά την επίσκεψη τους σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο, όσο και κατά τη νοσηλεία τους σε αυτό. Επιπλέον, θα μελετηθούν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των ιατρών έτσι όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τους ασθενείς, όπως και η επίδρασή τους στην ικανοποίηση των ασθενών. Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- ❖ Η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών κατά την επίσκεψή τους σε κάποιο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο
- ❖ Να διερευνηθεί πώς τα κοινωνικοοικονομικά και ιατροδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών σχετίζονται με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- ❖ Η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και ποιοι παράγοντες την καθορίζουν
- ❖ Να αναδείξει τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τον βαθμό ενσυναίσθησης των ιατρών
- ❖ Να διερευνηθεί πώς τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών σχετίζονται με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών
- ❖ Να ελεγχθεί αν υπάρχει επίδραση των επιπέδων ενσυναίσθησης των ιατρών στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

8.2 Μέθοδος

Η ερευνητική μέθοδος επιλέχθηκε με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και για την εξυπηρέτηση των στόχων της έρευνας. Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται ποσοτική - καθώς στόχος της είναι η εύρεση σχέσεων μεταξύ των διαφόρων

μεταβλητών - ενώ η διεξαγωγή της πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το δομημένο ερωτηματολόγιο. Οι θεματικοί άξονες του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκαν βάσει των ερευνητικών ερωτημάτων, ενώ δημιουργήθηκε στο πρόγραμμα GoogleForms και μοιράστηκε διαδικτυακά.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Κατά την περιγραφική, μέσω πινάκων και διαγραμμάτων αποκαλύπτονται οι πρώτες τάσεις του δείγματος. Κατά την επαγωγική ανάλυση, μέσω της εφαρμογής κριτηρίων παρατηρούνται οι τάσεις των ασθενών και πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v.24.

8.3 Εργαλείο μέτρησης - Ερωτηματολόγιο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων, τα οποία ήταν χωρισμένα σε τέσσερις θεματικές ενότητες, ώστε να μπορέσουν να μελετηθούν, να αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν τόσο τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, όσο και οι αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών. Τέλος, σε όλα τα ερωτηματολόγια είχε συμπεριληφθεί και μία επιστολή ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τον σκοπό της μελέτης και την ανωνυμία της έρευνας.

Στο πρώτο μέρος, περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις ιατροδημογραφικού χαρακτήρα. Ειδικότερα, σε αυτό το μέρος αρχικά συλλέγονται στοιχεία που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την εργασία, το μηνιαίο ατομικό εισόδημα και την εθνικότητα των ερωτώμενων. Επιπροσθέτως, το δείγμα καλείται να αναφέρει τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης (δημόσια ή ιδιωτική), το τμήμα της κλινικής που επισκέφθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο όπως και αν αντιμετωπίζει χρόνιες παθήσεις.

Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει την σύντομη κλίμακα για την ικανοποίηση των ασθενών των Marshall&Hays (The PatientSatisfactionQuestionnaireShort-Form, PSQ-18) (Rand, 1994). Αποτελείται συνολικά από 18 κλειστά στοιχεία-ερωτήματα αυτοαναφοράς, στα οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert από το (1) έως το (5) ανάλογα με τον βαθμό

συμφωνίας με την κάθε πρόταση (1 = «Συμφωνώ Απολύτως», 5 = «Διαφωνώ Απολύτως»). Εννέα ερωτήματα (ερωτήματα 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15 και 18) είναι θετικά διατυπωμένα και άρα χρειάστηκε να αντιστραφεί η βαθμολογία τους ώστε υψηλότερες βαθμολογίες στην πενταβάθμια κλίμακα Likert να υποδηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης του ασθενή και αντιστρόφως. Τα 18, συνολικά, ερωτήματα της κλίμακας αξιολογούν τις εξής επτά, βασικές διαστάσεις:

- α) Γενική ικανοποίηση,
- β) Τεχνική ποιότητα,
- γ) Διαπροσωπικός τρόπος (*Συμπεριφορά ιατρών*),
- δ) Επικοινωνία,
- ε) Οικονομική άποψη,
- στ) Χρόνος που ο ιατρός περνά με τους ασθενείς και
- ζ) Ευκολία πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα.

Η βαθμολογία της κάθε διάστασης προκύπτει από τον μέσο όρο της βαθμολογίας στις επί μέρους βαθμολογίες των ερωτήσεων που απαρτίζουν την κάθε διάσταση. Στον Πίνακα 8.1 παρουσιάζεται η δομή των επτά διαστάσεων της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, σε αντιστοιχία με τις ερωτήσεις της εν λόγω κλίμακας:

Πίνακας 8.1

Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας PSQ-18

Γενική ικανοποίηση

Ερώτηση 3. Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια.

Ερώτηση 17. Δεν είμαι ικανοποιημένος με μερικά πράγματα της φροντίδας που λαμβάνω.

Τεχνική ποιότητα

Ερώτηση 2. Πιστεύω ότι το νοσοκομείο έχει ότι χρειάζεται για να παρέχει ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα.

Ερώτηση 4. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωση είναι σωστή.
Ερώτηση 6. Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να εξετάσει τα πάντα όταν με φροντίζει και με εξετάζει.
Ερώτηση 14. Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν.

Διαπροσωπικός τρόπος

Ερώτηση 10. Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ απρόσωπα.
Ερώτηση 11. Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται με φιλικό και ευγενικό τρόπο.

Επικοινωνία

Ερώτηση 1. Οι γιατροί είναι καλοί στο να μου εξηγούν τους λόγους για τους οποίους κάνω ιατρικές εξετάσεις.
Ερώτηση 13. Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτό που τους λέω.

Οικονομική άποψη

Ερώτηση 5. Πιστεύω ότι μπορώ να λάβω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς επιπλέον οικονομικό κόστος.
Ερώτηση 7. Πρέπει να πληρώσω παραπάνω για τη φροντίδα μου από όσο μπορώ να αντέξω.

Χρόνος του γιατρού με τους ασθενείς

Ερώτηση 12. Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα μερικές φορές βιάζονται πάρα πολύ όταν με εξετάζουν.
Ερώτηση 15. Οι γιατροί συνήθως ξοδεύουν αρκετό χρόνο μαζί μου.

Πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα

Ερώτηση 8. Έχω εύκολη πρόσβαση στις ειδικότητες των γιατρών που χρειάζομαι.
Ερώτηση 9. Κατά τη λήψη της ιατρικής φροντίδας, οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν πολλή ώρα για επείγοντα περιστατικά.
Ερώτηση 16. Μου είναι δύσκολο να βρω ραντεβού στο νοσοκομείο αμέσως.
Ερώτηση 18. Μπορώ να έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα όταν το χρειάζομαι.

Το τρίτο μέρος, περιλαμβάνει την κλίμακα Jefferson (JeffersonScaleofPatientPerceptionsofPhysicianEmpathy - JSPPPE) που αφορά στις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (Kaneetal., 2007). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική απόδοση της κλίμακας η οποία έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Katsarietal. (2020). Αποτελείται συνολικά από 5 κλειστά ερωτήματα σχετικά με τον ιατρό που εξέτασε τους ασθενείς κατά την επίσκεψή τους στο Νοσοκομείο και στα οποία οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert από το (1) έως το (5) ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας με την κάθε πρόταση (1 = «Διαφωνώ Απολύτως», 5 = «Συμφωνώ Απολύτως»). Βάσει αυτής της κλίμακας εκτιμάται η ενσυναίσθηση των ιατρών έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, με υψηλή βαθμολογία στις ερωτήσεις να συνεπάγεται σε μία πιο ενσυναισθητική αντίληψη του γιατρού από τον ασθενή (Πίνακας 8.2).

Πίνακας 8.2

Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας Jefferson

Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών

1. Μπορεί να δει τα πράγματα από την δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ).
2. Ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή.
3. Δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου.
4. Κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου.
5. Είναι ιατρός με κατανόηση.

Το τέταρτο μέρος απαντάται αποκλειστικά από τους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί σε κάποιο δημόσιο Νοσοκομείο καθώς περιλαμβάνει την κλίμακα Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών των Αλετρά και συν (2009) κι έχει ως σκοπό την ποσοτικοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους στο Νοσοκομείο. Περιλαμβάνει 33 ερωτήσεις με τους ασθενείς να καλούνται να διατυπώσουν τον βαθμό συμφωνίας η διαφωνίας τους σε εύρος της πενταβάθμιας κλίμακας Likert (της μορφής (1): Διαφωνώ Απολύτως, (5) : Συμφωνώ Απολύτως), με υψηλότερη βαθμολογία στα ερωτήματα να υποδηλώνει υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες που έλαβαν κατά τη

νοσηλεία τους. Επτά ερωτήματα (ερωτήματα 1, 4, 13, 18, 25, 27 & 32) είναι αρνητικά διατυπωμένα και άρα χρειάστηκε να αντιστραφεί η βαθμολογία τους ώστε υψηλότερες βαθμολογίες στην πενταβάθμια κλίμακα Likert να υποδηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης του ασθενή και αντιστρόφως. Τα 33 αυτά ερωτήματα αξιολογούν τις εξής τέσσερις βασικές διαστάσεις:

A) Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα

B) Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλείας

Γ) Νοσοκομειακό περιβάλλον

Δ) Λοιποί παράγοντες ποιότητας

Και σε αυτή την περίπτωση η βαθμολογία της κάθε διάστασης προκύπτει από τον μέσο όρο της βαθμολογίας στις επί μέρους βαθμολογίες των ερωτήσεων που την απαρτίζουν. Στον πίνακα 8.3 παρουσιάζεται η δομή των τεσσάρων διαστάσεων της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών, σε αντιστοιχία με τις ερωτήσεις της εν λόγω κλίμακας:

Πίνακας 8.3

Ερωτήματα και διαστάσεις της κλίμακας Αλετρά

Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα

Ερώτηση 3. Υπήρξε ενδιαφέρον - περιποίηση των νοσηλευτών/ριών

Ερώτηση 4. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αγενές

Ερώτηση 5. Υπήρξε επαρκής πληροφόρηση νοσηλευτών/ριών για ιατρικές διαδικασίες

Ερώτηση 6. Υπήρξε προθυμία νοσηλευτών/ριών να απαντούν σε ερωτήσεις μου

Ερώτηση 7. Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλεύτριες

Ερώτηση 8. Έγκαιρη έλευση νοσηλευτριών σε κλήσεις ασθενών

Ερώτηση 9. Σεβασμός νοσηλευτών/τριών σε προσωπικότητα ασθενών

Ερώτηση 10. Διακριτικότητα νοσηλευτριών

Ερώτηση 11. Συχνότητα έλευσης γιατρών για έλεγχο υγείας ασθενών

Ερώτηση 12. Ενημέρωση από γιατρούς για κατάσταση υγείας ασθενών

Ερώτηση 13. Το ιατρικό προσωπικό ήταν αγενές.

Ερώτηση 14. Διακριτικότητα γιατρών

Ερώτηση 15. Διαθεσιμότητα γιατρών για ερωτήσεις από ασθενείς

Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλείας

Ερώτηση 1. Αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να βρεθεί κρεβάτι

Ερώτηση 2. Ευχάριστη διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο

Ερώτηση 29. Έγκαιρη περαίωση διαδικασιών

Ερώτηση 30. Οργάνωση παραμονής ασθενών και αποφυγή λαθών

Ερώτηση 31. Έγκαιρη έξοδος από νοσοκομείο την ημέρα αναχώρησης

Ερώτηση 32. Έξοδος ασθενών από το νοσοκομείο νωρίτερα απ' ό,τι έπρεπε

Ερώτηση 33. Είμαι συνολικά ικανοποιημένος από την παραμονή στο νοσοκομείο.

Νοσοκομειακό περιβάλλον

Ερώτηση 20. Καθαριότητα θαλάμου ασθενών

Ερώτηση 21. Ησυχία θαλάμου ασθενών

Ερώτηση 22. Ικανοποιητική συχνότητα αλλαγής σεντονιών των κρεβατιών των ασθενών

Ερώτηση 23. Ικανοποιητική θερμοκρασία θαλάμου ασθενών

Ερώτηση 24. Υπήρχε καθαριότητα χώρων υγιεινής

Ερώτηση 25. Ύπαρξη περισσότερων ασθενών στο θάλαμο απ' ό,τι πρέπει

Ερώτηση 26. Υπήρχε ασφάλεια προσωπικών αντικειμένων ασθενών στο θάλαμο

Ερώτηση 27. Ύπαρξη συγγενών-φίλων ασθενών στο θάλαμο για πολλή ώρα

Ερώτηση 28. Ικανοποιητική καθαριότητα λοιπών χώρων νοσοκομείου

Λοιποί παράγοντες ποιότητας

Ερώτηση 16. Ευγένεια προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής

Ερώτηση 17. Ευγένεια καθαριστριών

Ερώτηση 18. Αγένεια λοιπού προσωπικού

Ερώτηση 19. Ικανοποιητική ποιότητα φαγητού

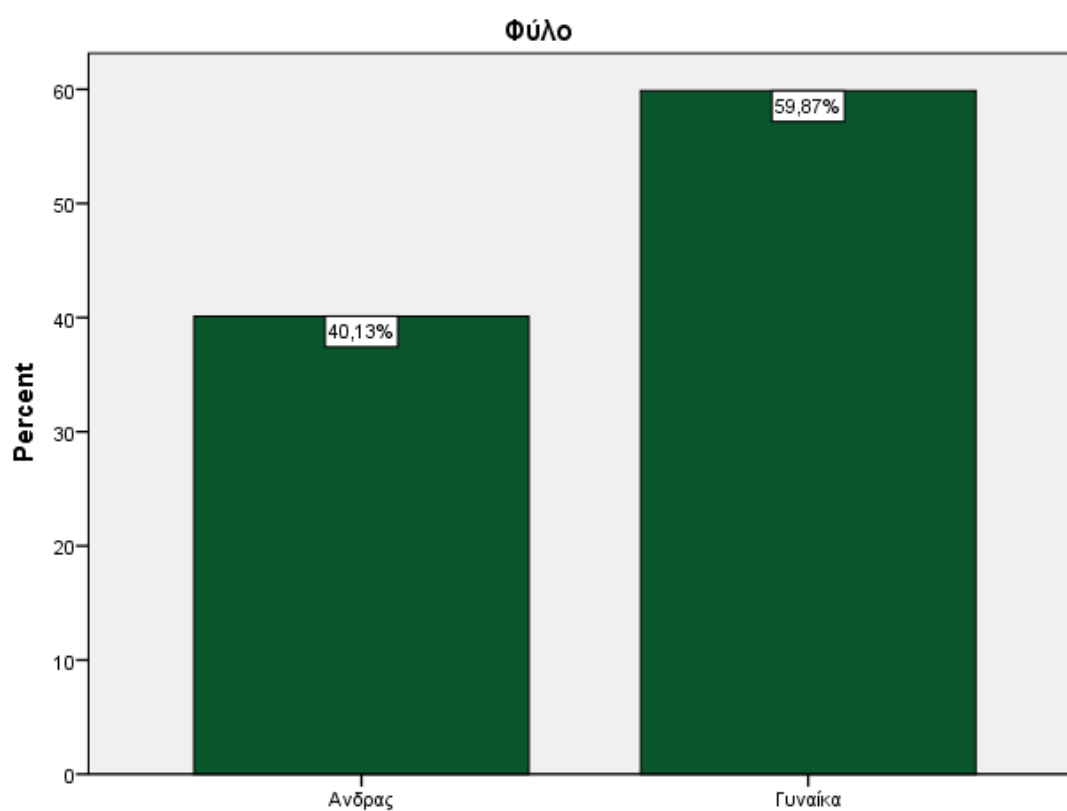
8.4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε συνολικά από 157 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 94 ήταν γυναίκες (Πίνακας 8.4).

Πίνακας 8.4

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς το Φύλο

Φύλο	<i>f</i>	%
Γυναίκα	94	59,9
Άνδρας	63	40,1
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.1

Σχετικές συχνότητες ως προς το Φύλο

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 19 έως 73 έτη, με μέση τιμή τα 40,84 χρόνια (Πίνακας 8.5).

Πίνακας 8.5

Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με την Ηλικία

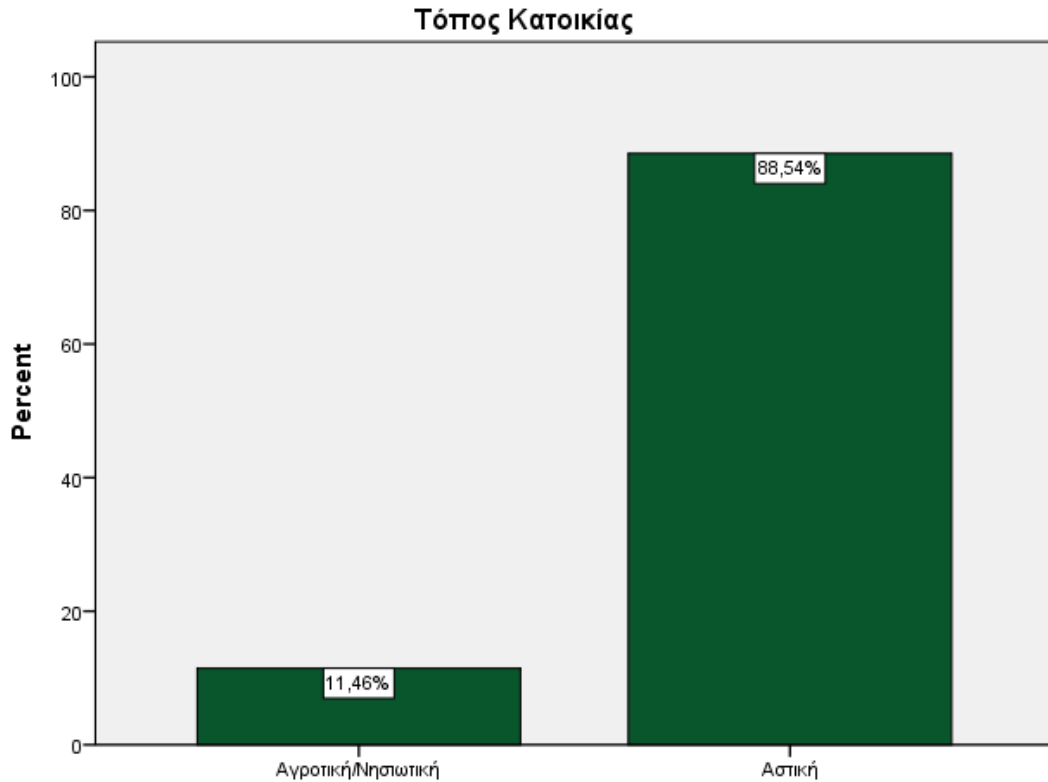
	<i>Εύρος</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>
Ηλικία	54	19	73	40,84	15,71

Παράλληλα, η πλειονότητα του δείγματος (88,5%) ζούσε σε αστικές περιοχές (Πίνακας 8.6).

Πίνακας 8.6

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς τον Τόπο Κατοικίας

Τόπος Κατοικίας	<i>f</i>	%
Ημιαστική	18	11,5
Αστική	139	88,5
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.2

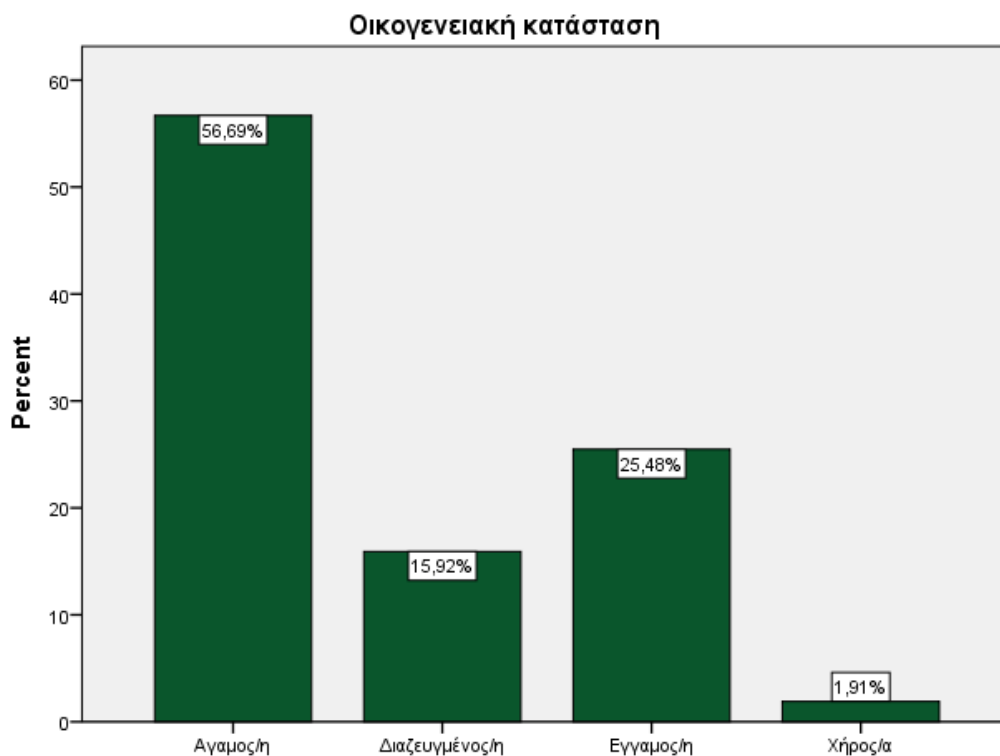
Σχετικές συχνότητες ως προς τον Τόπο Κατοικίας

Σε ό,τι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες του δείγματος (56,7%) ήταν άγαμοι, το 25,5% ήταν παντρεμένοι (40 άτομα) ενώ 25 άτομα ήταν διαζευγμένα (Πίνακας 8.7).

Πίνακας 8.7

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	<i>f</i>	%
Άγαμος/η	89	56,7
Διαζευγμένος/η	25	15,9
Έγγαμος/η	40	25,5
Χήρος/α	3	1,9
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.3

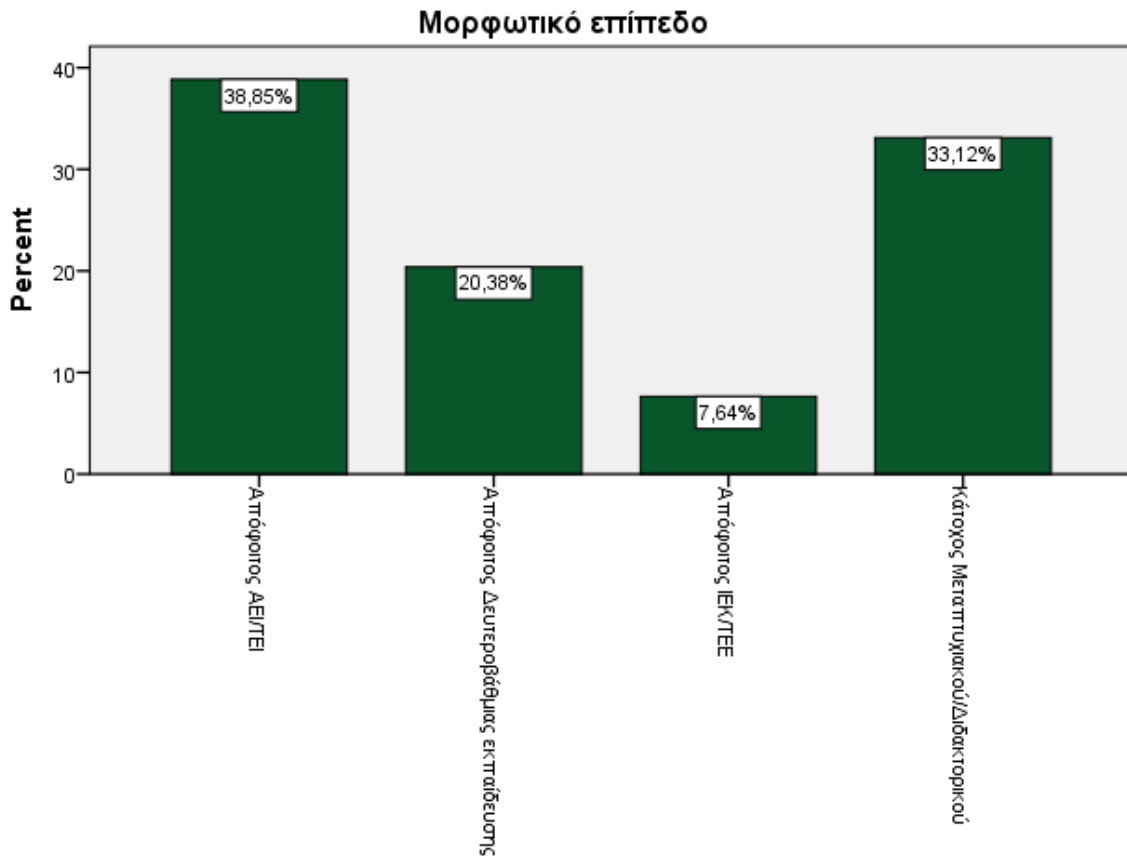
Σχετικές συχνότητες ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8.8, 61 άτομα ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 33,1% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου σπουδών (52 άτομα), 32 άτομα είχαν ολοκληρώσει την φοίτησή τους στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ το υπόλοιπο 7,6% ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ/ΤΕΕ.

Πίνακας 8.8

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	<i>f</i>	%
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	61	38,9
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	32	20,4
Απόφοιτος ΙΕΚ/ΤΕΕ	12	7,6
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	52	33,1
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.4

Σχετικές συχνότητες ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο

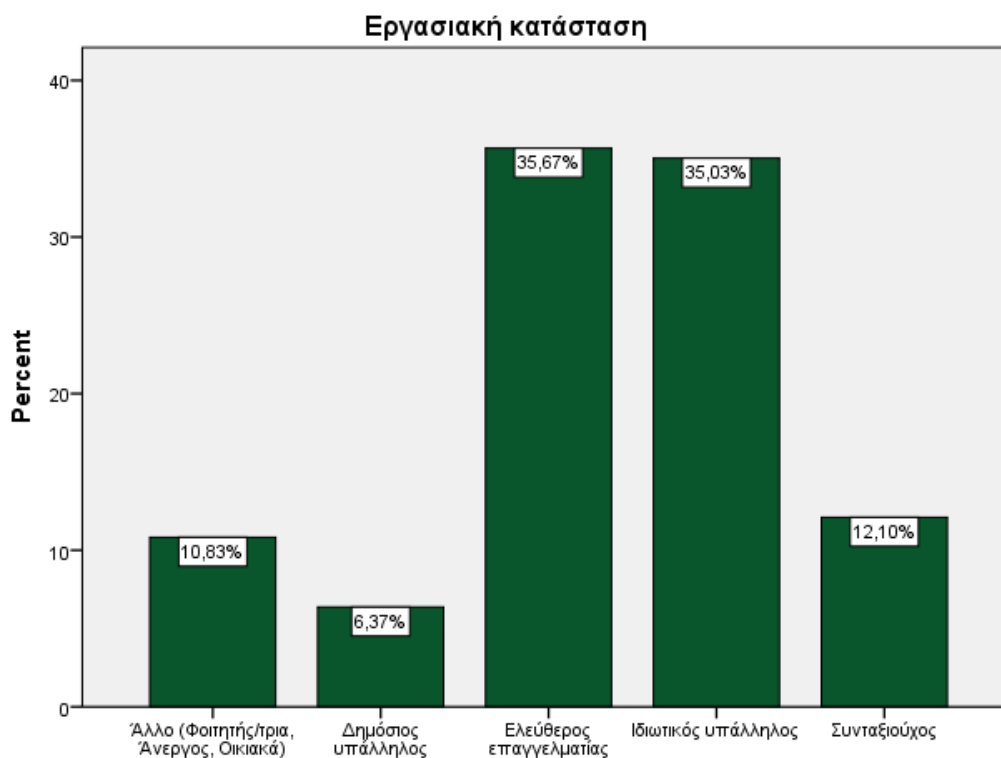
Σε σχέση με τα επαγγέλματα των ασθενών, 56 άτομα εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες, 55 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 12,1% ήταν συνταξιούχοι, 10 άτομα ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ τα υπόλοιπα άτομα του δείγματος ήταν είτε φοιτητές, είτε άνεργοι ή ασχολούνταν με τα οικιακά (Πίνακας 8.9).

Πίνακας 8.9

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς το Επάγγελμα

Επάγγελμα	<i>f</i>	%
Άλλο (Φοιτητής/τρια, Άνεργος, Οικιακά)	17	10,8
Δημόσιος υπάλληλος	10	6,4
Ελεύθερος επαγγελματίας	56	35,7
Ιδιωτικός υπάλληλος	55	35,0
Συνταξιούχος	19	12,1

Σύνολο	157	100,0
--------	-----	-------



Διάγραμμα 8.5

Σχετικές συχνότητες ως προς το Επάγγελμα

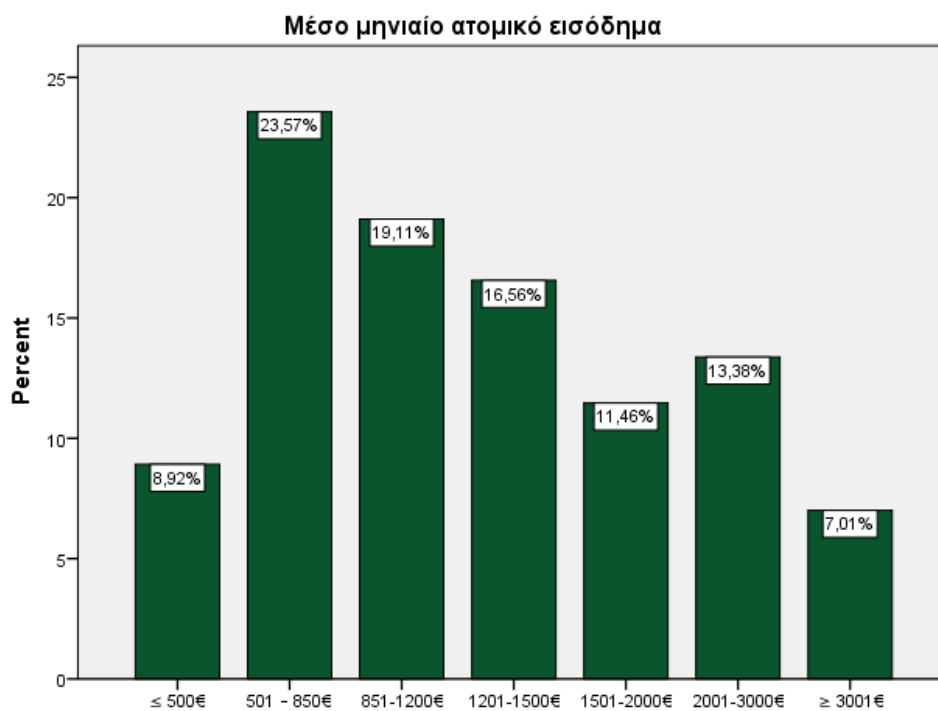
Η πλειονότητα των ερωτηθέντων είχε μηνιαίο ατομικό εισόδημα μικρότερο των 1.200€ (81 άτομα), 26 άτομα στο εύρος ανάμεσα στις 1.200€ και 1.500€, το 11,5% ανάμεσα στις 1.500€ και 2.000€, ενώ το υπόλοιπο 20,4% είχε εισόδημα μεγαλύτερο των 2.000€ (Πίνακας 8.10).

Πίνακας 8.10

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς το Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα

Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα	<i>f</i>	%
≤ 500€	14	8,9
501 – 850€	37	23,6

851-1200€	30	19,1
1201-1500€	26	16,6
1501-2000€	18	11,5
2001-3000€	21	13,4
≥ 3001€	11	7,0
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.6

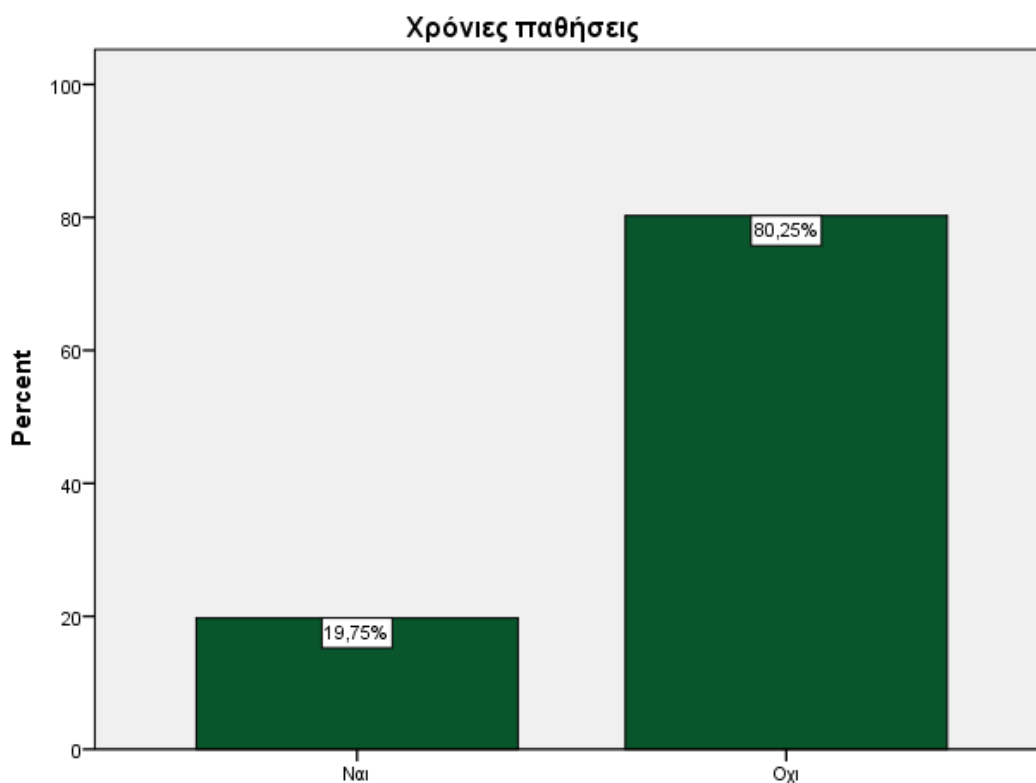
Σχετικές συχνότητες ως προς το Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα

Τριάντα ένα άτομα ήταν αντιμέτωπα με κάποια χρόνια πάθηση (Πίνακας 8.11).

Πίνακας 8.11

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς την Ύπαρξη Χρόνιων Παθήσεων

Χρόνιες Παθήσεις	<i>f</i>	%
Ναι	31	19,7
Όχι	126	80,3
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.7

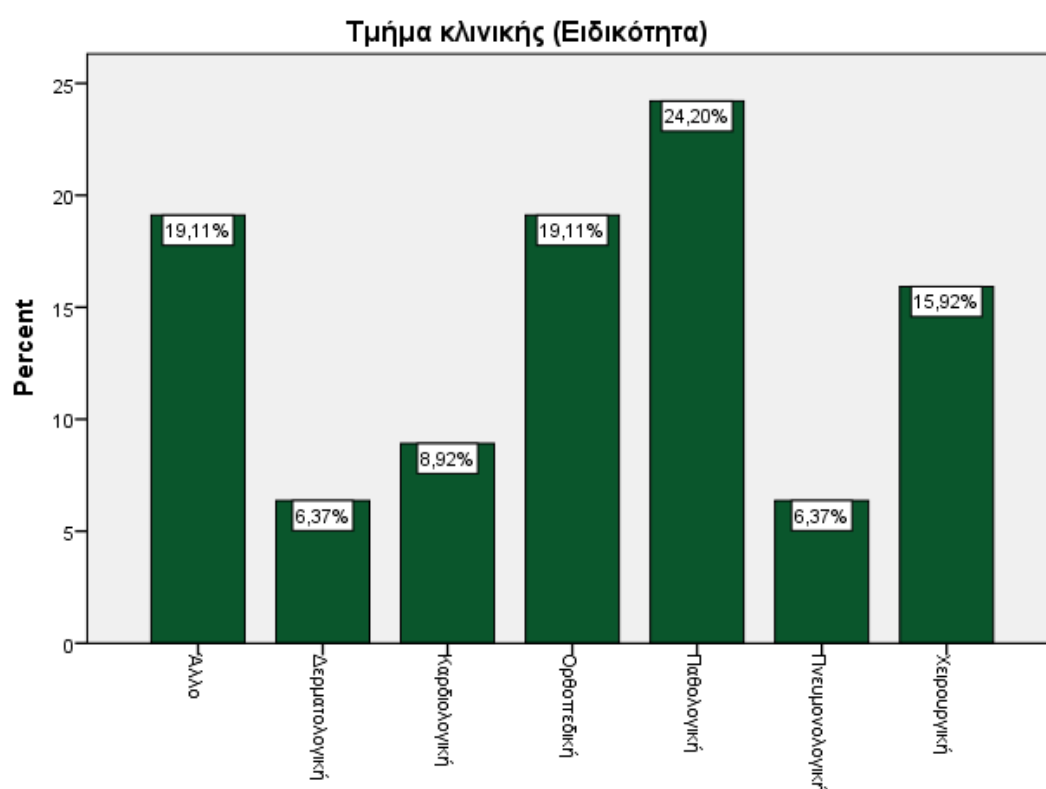
Σχετικές συχνότητες ως προς την Ύπαρξη Χρόνιων Παθήσεων

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων κατά την επίσκεψή τους εξυπηρετήθηκαν από ιατρικό προσωπικό της Παθολογικής, της Ορθοπαιδικής και της Χειρουργικής ειδικότητας (Πίνακας 8.12).

Πίνακας 8.12

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς την Ειδικότητα της Κλινικής Εξυπηρέτησης

Τμήμα Κλινικής	<i>f</i>	%
Δερματολογική	10	6,4
Καρδιολογική	14	8,9
Ορθοπαιδική	30	19,1
Παθολογική	38	24,2
Πνευμονολογική	10	6,4
Χειρουργική	25	15,9
Άλλο	30	19,1
Σύνολο	157	100,0



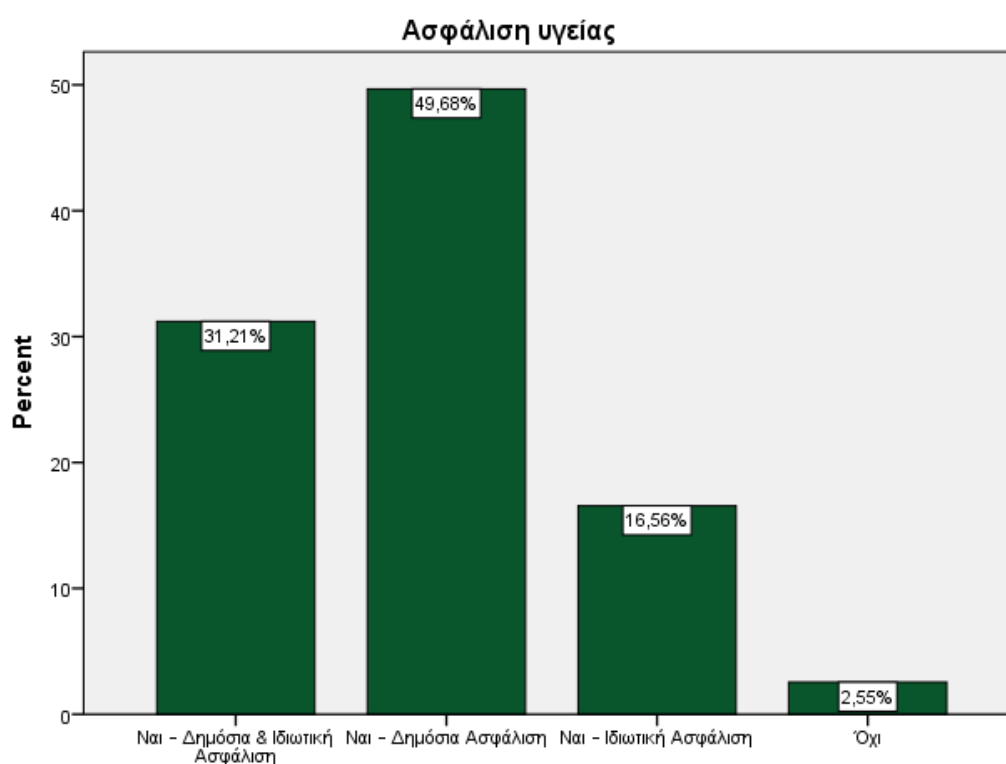
Διάγραμμα 8.8

Σχετικές συχνότητες ως προς την Ειδικότητα της Κλινικής Εξυπηρέτησης

Πίνακας 8.13

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς την Ασφάλεια Υγείας

Ασφάλεια Υγείας	<i>f</i>	%
Ναι – Δημόσια & Ιδιωτική Ασφάλιση	49	31,2
Ναι – Δημόσια Ασφάλιση	78	49,7
Ναι – Ιδιωτική Ασφάλιση	26	16,6
Όχι	4	2,5
Σύνολο	157	100,0



Διάγραμμα 8.9

Σχετικές συχνότητες ως προς την Ασφάλεια Υγείας

Τέλος, αναφορικά με την ασφάλεια υγείας του δείγματος, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8.13, 78 άτομα είχαν δημόσια ασφάλιση, το 16,6%% είχε ιδιωτική ασφάλιση (26 άτομα), 49 άτομα είχαν και δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση, ενώ μόλις το 2,5% δεν ήταν ασφαλισμένοι (Πίνακας 8.13).

8.5 Ανάλυση Αξιοπιστίας

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση αξιοπιστίας που πραγματοποιήθηκε στις κλίμακες του εργαλείου, χρησιμοποιώντας τον δείκτη *Cronbachalpha*, με σκοπό να εκτιμηθεί η εσωτερική συνάφεια των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Πίνακας 8.14

Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου

<i>Κλίμακα</i>	<i>Πλήθος ερωτήσεων (N)</i>	<i>Cronbacha</i>
Ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (PSQ18)	18	0,89
Γενική ικανοποίηση	2	0,46
Τεχνική ποιότητα	4	0,70
Διαπροσωπικός τρόπος (Συμπεριφορά ιατρών)	2	0,72
Επικοινωνία	2	0,70
Οικονομική άποψη	2	0,70
Χρόνος που ο ιατρός περνά με τους ασθενείς	2	0,71
Ευκολία πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα	4	0,72
Αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (JSPPPE)	5	0,86
Ικανοποίηση Νοσηλευθέντων Ασθενών	33	0,93
Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα	13	0,91
Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλείας	7	0,73
Νοσοκομειακό περιβάλλον	9	0,84

Λοιποί παράγοντες ποιότητας	4	0,78
-----------------------------	---	------

Σε όλες τις περιπτώσεις των κλιμάκων του ερωτηματολογίου ο συντελεστής αξιοπιστίας *Cronbachalpha* βρέθηκε στο εύρος τιμών από 0,70 έως 0,93. Επομένως και οι τρεις κλίμακες - όπως και οι υποκλίμακές τους - χαρακτηρίζονται από υψηλή αξιοπιστία.

8.6 Παραγοντική Ανάλυση (CFA)

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται κι ερμηνεύονται τα αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων που εφαρμόστηκαν για κάθε μία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στο εργαλείο της έρευνας, με σκοπό την εξέταση των παραγοντικών δομών τους. Έγινε υπολογισμός του συντελεστή KMO για την καταλληλότητα του μοντέλου. Σε όλες τις περιπτώσεις έγινε εκτίμηση των παραγόντων με την μέθοδο των κυρίων συνιστωσών (PCA) και πραγματοποιήθηκε ορθογώνια περιστροφή των αξόνων Varimax, έτσι ώστε να γίνει καλύτερη ερμηνεία των παραγόντων.

8.6.1 Κλίμακα Ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (PSQ18)

Ο δείκτης KMO για την Κλίμακα Ικανοποίησης των ασθενών από της παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (PSQ18) υπολογίστηκε ίσος με $KMO = 0,88$ (Πίνακας 8.15).

Πίνακας 8.15

KMO&Bartlett's Test για την κλίμακα PSQ18

<i>KMO Measure of Sampling Adequacy.</i>	,88
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i> <i>Approx. Chi-Square</i>	1311,04
<i>df</i>	153
<i>Sig.</i>	,000

Η μέτρηση Bartlett's Test of Sphericity βρέθηκε ίση με $Bartlett(153) = 1311,04$, $p < 0,01$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα δεδομένα. Επομένως το δείγμα είναι επαρκές για να εφαρμοστεί παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 8.15

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα PSQ18

Παράγοντας	Ιδιοτιμή	% Μεταβλητότητας
1	3,06	16,98
2	2,73	15,19
3	2,15	11,93
4	1,82	10,09
5	1,51	8,41
6	1,50	8,34
7	1,07	5,95

Από την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας PSQ18 βρέθηκε ότι υπάρχουν 7 παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 76,88% της συνολικής διακύμανσης (Πίνακας 8.16).

Πίνακας 8.16

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα PSQ18 – Βάρη παραγόντων

	Παράγοντας						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Οι γιατροί είναι καλοί στο να μου εξηγούν της λόγους για της οποίους κάνω ιατρικές εξετάσεις.		,82					
2. Πιστεύω ότι το νοσοκομείο έχει ότι χρειάζεται για να παρέχει ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα						-,40	
3. Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια.					,48		

4. Της φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωση είναι σωστή.						,90	
5. Πιστεύω ότι μπορώ να λάβω την ιατρική φροντίδα μου χρειάζομαι χωρίς επιπλέον οικονομικό κόστος.							,42
6. Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, το προσωπικό είναι προσεκτικό στο να εξετάσει τα πάντα όταν με φροντίζει και με εξετάζει.						-,41	
7. Πρέπει να πληρώσω παραπάνω για τη φροντίδα μου από όσο μπορώ να αντέξω.							,88
8. Έχω εύκολη πρόσβαση της ειδικότητες των γιατρών που χρειάζομαι.				,44			
9. Κατά τη λήψη της ιατρικής φροντίδας, οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν πολλή ώρα για επείγοντα περιστατικά.				,80			
10.Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται πολύ απρόσωπα.			,74				
11.Οι γιατροί μου συμπεριφέρονται με φιλικό και ευγενικό τρόπο.			,67				
12. Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα της φορές βιάζονται πάρα πολύ όταν με εξετάζουν.	,82						
13.Οι γιατροί της φορές αγνοούν αυτό που της λέω.		,49					
14. Έχω της αμφιβολίες για της ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν.						,61	
15.Οι γιατροί συνήθως ξοδεύουν αρκετό χρόνο μαζί μου.	,52						
16. Μου είναι δύσκολο να βρω				,79			

ραντεβού στο νοσοκομείο αμέσως.							
17. Δεν είμαι ικανοποιημένος με μερικά πράγματα της φροντίδας που λαμβάνω.						,43	
18. Μπορώ να έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα όταν το χρειάζομαι.						,41	

Ο πρώτος παράγοντας με ιδιοτιμή 3,06 εξηγεί το 16,98% της διακύμανσης και της φαίνεται στον Πίνακα 8.17(από τα βάρη που αντιστοιχούν της επί μέρους μεταβλητές) αφορούσε τον παράγοντα του *Χρόνου που αφιερώνει ο γιατρός της ασθενείς*. Ο δεύτερος παράγοντας με ιδιοτιμή 2,73 εξηγεί το 15,19% της συνολικής μεταβλητότητας και αναφερόταν στην διάσταση της *Επικοινωνίας*. Ο τρίτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 2,15, εξηγεί το 11,93% της μεταβλητότητας και ερμηνεύεται ως ο *Διαπροσωπικός Τρόπος του προσωπικού*. Ο τέταρτος παράγοντας με ιδιοτιμή 1,82 εξηγεί το 10,09% της διακύμανσης και αφορούσε στην *Πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα*. Ο πέμπτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 1,51 εξηγεί το 8,41% της συνολικής μεταβλητότητας και αναφερόταν στην *Γενική Ικανοποίηση*. Ο έκτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 1,5 εξηγεί το 8,34% της συνολικής μεταβλητότητας και αφορούσε στην διάσταση της *Τεχνικής Ποιότητας*. Ο έβδομος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 1,07 εξηγεί το 5,95% της μεταβλητότητας και αφορούσε στην *Οικονομική Διάσταση*.

8.6.2 Κλίμακα Αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (JSPPPE)

Ο δείκτης KMO για την Κλίμακα Αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (JSPPPE) υπολογίστηκε ίσος με $KMO = 0,85$ (Πίνακας 8.18).

Πίνακας 8.17

KMO & Bartlett's Test για την κλίμακα JSPPPE

<i>KMO Measure of Sampling Adequacy.</i>	,85
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i> <i>Approx. Chi-Square</i>	360,86
<i>df</i>	10
<i>Sig.</i>	,000

Η μέτρηση Bartlett's Test of Sphericity βρέθηκε ίση με $Bartlett(10) = 360,86$, $p < 0,01$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα δεδομένα. Επομένως το δείγμα είναι επαρκές για να εφαρμοστεί παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 8.18

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα JSPPPE

<i>Παράγοντας</i>	<i>Ιδιοτιμή</i>	<i>% Μεταβλητότητας</i>
1	3,25	65,05

Πίνακας 8.19

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα JSPPPE – Βάρη παραγόντων

	<i>Παράγοντας</i>
	<i>1</i>
1. Μπορεί να δει τα πράγματα από την δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ).	,707
2. Ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή	,749

μου ζωή.	
3. Δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου.	,837
4. Κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου.	,866
5. Είναι ιατρός με κατανόηση.	,861

Από την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας JSPPPE βρέθηκε ότι υπάρχει 1 παράγοντας (Πίνακας 8.19), που ερμηνεύει το 65,05% της συνολικής διακύμανσης και ερμηνεύεται ως *ηΕνσυναίσθηση των Ιατρών*, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς (Πίνακας 8.20).

8.6.3 Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών (Αλετρά)

Ο δείκτης ΚΜΟ για την Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών υπολογίστηκε ίσος με ΚΜΟ = 0,83(Πίνακας 8.21). Η μέτρηση Bartlett's Test of Sphericity βρέθηκε ίση με $Bartlett(528) = 1731,91$, $p < 0,01$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα δεδομένα. Επομένως το δείγμα είναι επαρκές για να εφαρμοστεί παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 8.20

ΚΜΟ&Bartlett's Test για την κλίμακα Αλετρά

<i>KMO Measure of Sampling Adequacy.</i>	,83
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i> <i>Approx. Chi-Square</i>	1731,91
<i>df</i>	528
<i>Sig.</i>	,000

Από την παραγοντική ανάλυση στις εν λόγω κλίμακας βρέθηκε ότι υπάρχουν 4 παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 55,08% στις συνολικής διακύμανσης(Πίνακας 8.22).

Πίνακας 8.21

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα Αλετρά

<i>Παράγοντας</i>	<i>Ιδιοτιμή</i>	<i>% Μεταβλητότητας</i>
1	6,53	19,79
2	6,51	19,74
3	3,02	9,14
4	2,11	6,40

Πίνακας 8.22

Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης για την κλίμακα Αλετρά – Βάρη παραγόντων

	<i>Παράγοντες</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.Χρειάστηκε αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να βρεθεί κρεβάτι.				,53
2.Υπήρξε ευχάριστη η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο.				,42
3.Υπήρξε ενδιαφέρον – περιποίηση των νοσηλευτών/ριών.		,62		
4.Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αγενές.		,63		
5.Υπήρξε επαρκής πληροφόρηση νοσηλευτών/ριών για ιατρικές διαδικασίες.		,71		
6.Υπήρξε προθυμία νοσηλευτών/ριών να απαντούν σε ερωτήσεις μου.		,81		
7.Υπήρξε συζήτηση ανησυχιών και φόβων μου με νοσηλεύτές/ριες.		,59		
8.Έγκαιρη έλευση νοσηλευτών/ριών σε κλήσεις μου.		,70		
9.Σεβασμός νοσηλευτών/ριών στην προσωπικότητα μου.		,69		

10.Υπήρξε διακριτικότητα νοσηλευτών/ριών.		,49		
11.Συχνή έλευση ιατρών για έλεγχο στις υγείας μου.		,73		
12.Ορθή ενημέρωση από ιατρούς για την κατάσταση υγείας μου.		,64		
13.Το ιατρικό προσωπικό ήταν αγενές.		,55		
14.Το ιατρικό προσωπικό ήταν διακριτικό.		,54		
15.Υπήρχε διαθεσιμότητα ιατρών για ερωτήσεις μου.		,49		
16.Το προσωπικό εστίασης – διατροφής ήταν ευγενικό.			,41	
17.Το προσωπικό καθαριότητας ήταν ευγενικό.			,57	
18.Το λοιπό προσωπικό ήταν αγενές.			,55	
19.Ικανοποιητική ποιότητα φαγητού.			,45	
20.Ο θάλαμος νοσηλείας ήταν καθαρός.	,64			
21.Ο θάλαμος νοσηλείας ήταν ήσυχος.	,57			
22.Ικανοποιητική συχνότητα αλλαγής σεντονιών των κρεβατιών των ασθενών.	,79			
23.Ικανοποιητική θερμοκρασία θαλάμου ασθενών.	,81			
24.Υπήρχε καθαριότητα χώρων υγιεινής.	,79			
25.Υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς στο θάλαμο απ' ότι πρέπει.	,41			
26.Υπήρχε ασφάλεια προσωπικών αντικειμένων ασθενών στο θάλαμο.	,56			
27.Παρατηρήθηκε ύπαρξη συγγενών-φίλων των ασθενών στο θάλαμο για πολύ ώρα.	,45			
28.Ικανοποιητική καθαριότητα λοιπών χώρων νοσοκομείου.	,64			
29.Υπήρξε έγκαιρη περαίωση διαδικασιών.				,47

30.Υπήρξε οργάνωση παραμονής ασθενών και αποφυγή λαθών.				,43
31.Εξήλθα έγκαιρα από νοσοκομείο την ημέρα αναχώρησης.				,40
32.Έλαβα εξιτήριο από το νοσοκομείο νωρίτερα απ' ότι έπρεπε.				,46
33.Είμαι συνολικά ικανοποιημένος από την παραμονή στο νοσοκομείο.				,42

Ο πρώτος παράγοντας με ιδιοτιμή 6,53 εξηγεί το 19,79% στις διακύμανσης και στις φαίνεται στον Πίνακα 8.23 από τα βάρη που αντιστοιχούν στις επί μέρους μεταβλητές, αφορούσε στην διάσταση στις ικανοποίησης που σχετίζεται με το *Νοσοκομειακό Περιβάλλον*. Ο δεύτερος παράγοντας με ιδιοτιμή 6,51 εξηγεί το 19,74% στις συνολικής μεταβλητότητας και αφορούσε στην διάσταση στις *Ιατρικής και Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Ο τρίτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 3,02, εξηγεί το 9,14% στις μεταβλητότητας και αναφερόταν σε *Λοιπούς Παράγοντες Ποιότητας* (ευγένεια λοιπού προσωπικού – ποιότητα φαγητού). Ο τέταρτος παράγοντας με ιδιοτιμή 2,11 εξηγεί το 6,40% στις διακύμανσης και αφορούσε στην διάσταση στις *Οργάνωσης & Προγραμματισμού στις Νοσηλείας*.

8.7 Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες Παραγόντων

Σε αυτή την υποενότητα μελετήθηκαν περαιτέρω οι παράγοντες που προέκυψαν από στις κλίμακες του ερωτηματολογίου, δηλαδή η Γενική ικανοποίηση, η Τεχνική ποιότητα, ο Διαπροσωπικός τρόπος, η Επικοινωνία, η Οικονομική άποψη, ο Χρόνος του γιατρού με στις ασθενείς, η Πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα, καθώς και η Ενσυναίσθηση Ιατρών. Στον Πίνακα 8.24 στις και στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται για στις συγκεκριμένους παράγοντες κάποια περιγραφικά στατιστικά μέτρα για το συνολικό δείγμα στις έρευνας. Παράλληλα, στη συνέχεια (Πίνακας 8.25) παρουσιάζονται τα αντίστοιχα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για στις μεταβλητές που αφορούν στις νοσηλευθέντες ασθενείς (Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλείας, Νοσοκομειακό περιβάλλον, Λοιποί παράγοντες ποιότητας).

Πίνακας 8.23

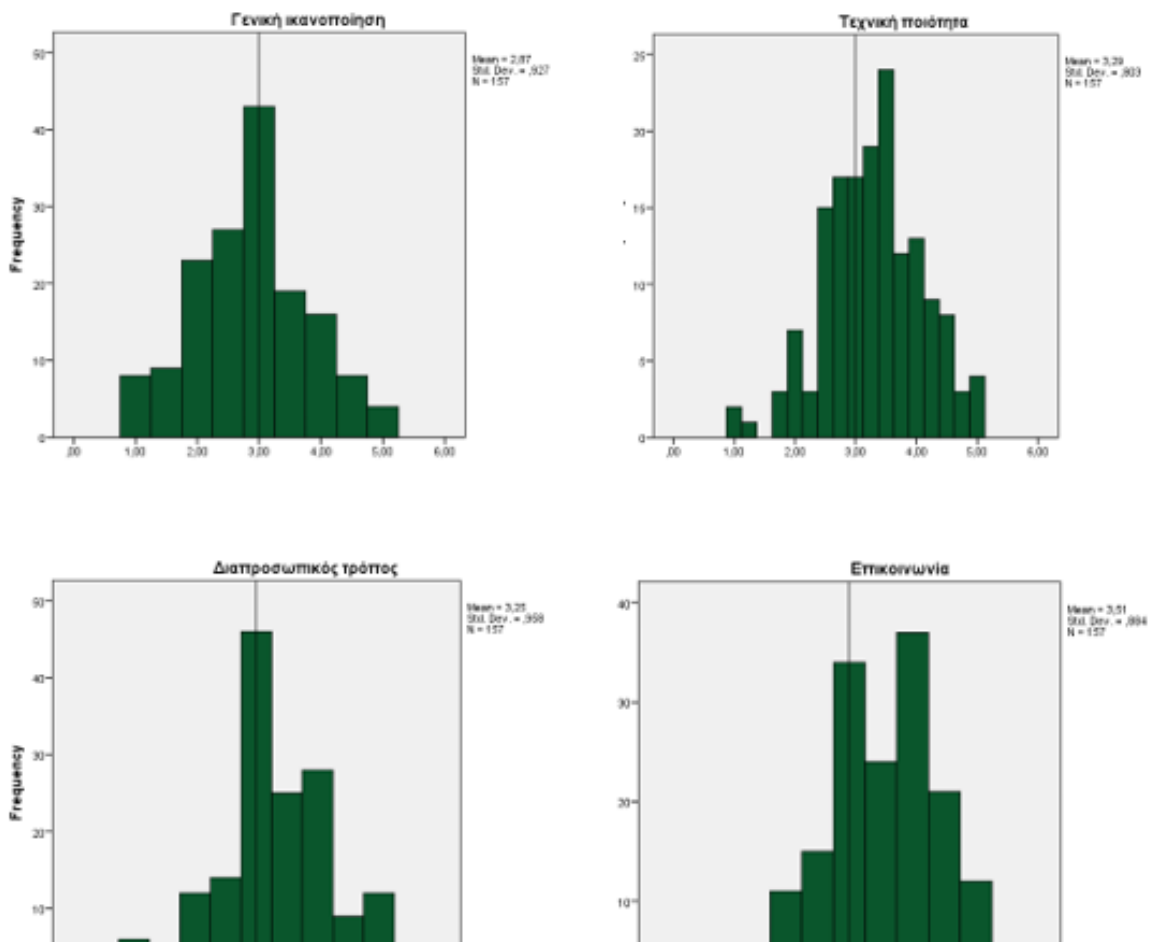
Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με στις παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ενσυναίσθηση των γιατρών

	<i>Εύρος</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>Λοξότητα (Skewness)</i>
Γενική Ικανοποίηση	4,00	1,00	5,00	2,87	0,93	,077
Τεχνική Ποιότητα	4,00	1,00	5,00	3,29	0,80	-,167
Διαπροσωπικός Τρόπος	4,00	1,00	5,00	3,25	0,96	-,234
Επικοινωνία	4,00	1,00	5,00	3,51	0,88	-,321
Οικονομική Άποψη	4,00	1,00	5,00	2,81	1,05	,230
Χρόνος του γιατρού με στις ασθενείς	4,00	1,00	5,00	2,89	0,89	,104
Πρόσβαση σε Ιατρική Φροντίδα	4,00	1,00	5,00	2,69	0,80	,170
Ενσυναίσθηση Ιατρών	4,00	1,00	5,00	3,04	0,85	-,048

Παρατηρείται ότι οι μετρήσεις των επιπέδων ικανοποίησης από την Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό είναι αρκετά υψηλές (M.O. = 3,51, T.A. = 0,88), ενώ η κατανομή χαρακτηρίζεται από μία μικρή αρνητική ασυμμετρία – εμφανίζεται μεγαλύτερος βαθμός συγκέντρωσης στις μεγαλύτερες τάξεις των μετρήσεων. Επομένως το δείγμα τείνει να είναι περισσότερο ικανοποιημένο από την εν λόγω διάσταση. Μάλιστα, το 82% του δείγματος έχει μέτρηση μεγαλύτερη στις κεντρικής τιμής (3). Στη συνέχεια οι ασθενείς δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένοι τόσο αναφορικά με την

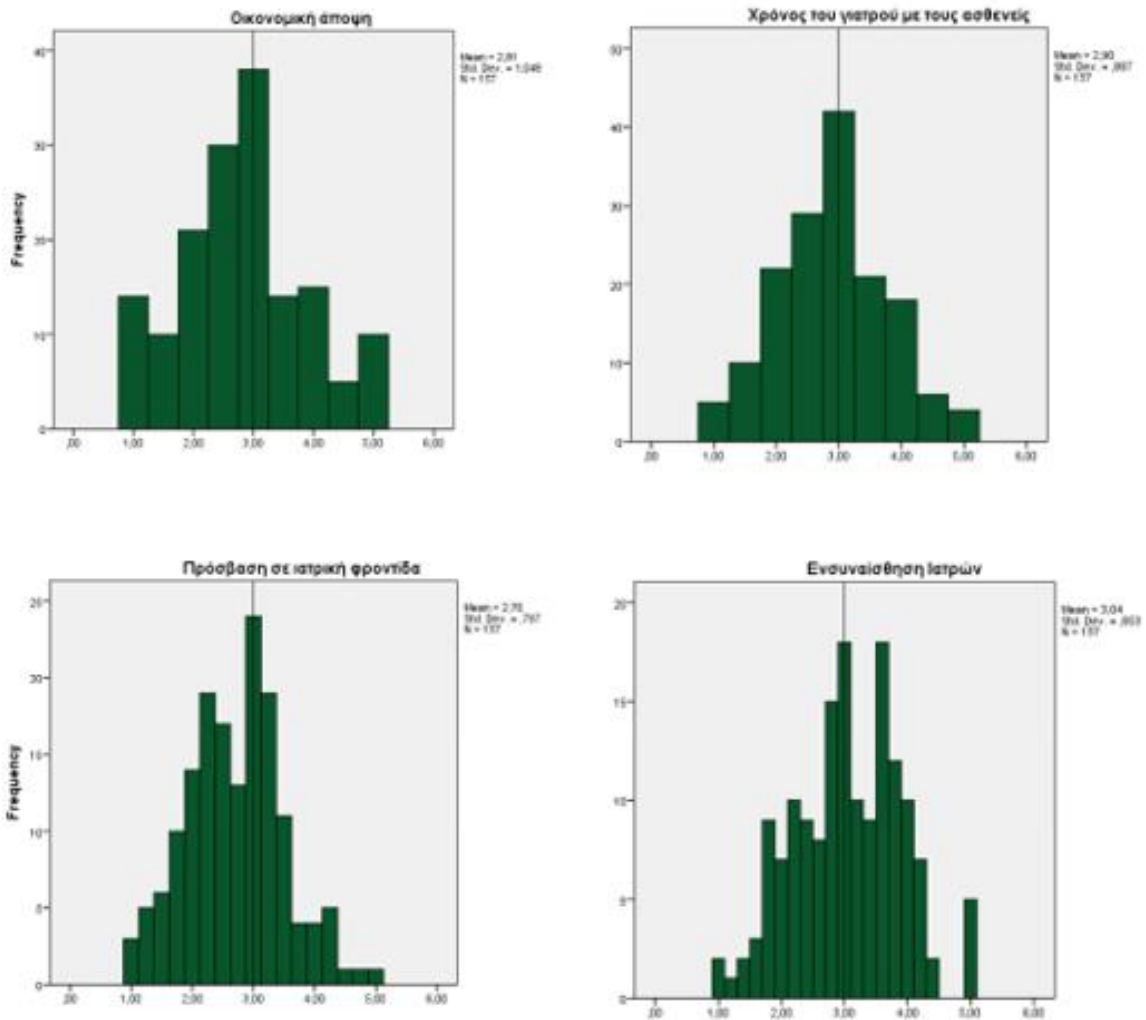
Τεχνική Ποιότητα από στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ($M.O. = 3,29$, $T.A. = 0,80$) όσο και με τον Διαπροσωπικό Τρόπο και συμπεριφορά του προσωπικού ($M.O. = 3,25$, $T.A. = 0,96$), με το δείγμα να σκοράρει με μετρήσεις μεγαλύτερες στις κεντρικής τιμές σε ποσοστά 76% και 69%, αντίστοιχα. Ακολουθεί η διάσταση στις Ενσυναίσθησης των γιατρών ($M.O. = 3,04$, $T.A. = 0,85$), με το 42% του δείγματος να έχει μετρήσεις μικρότερες του 3.

Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς με τον Χρόνο που αφιερώνουν οι γιατροί στις ασθενείς ($M.O. = 2,89$, $T.A. = 0,89$), τον παράγοντα Γενικής Ικανοποίησης ($M.O. = 2,87$, $T.A. = 0,92$) και την διάσταση στις Οικονομικής Άποψης ($M.O. = 2,81$, $T.A. = 1,05$), όπου σχεδόν το 70% του δείγματος σκοράρει τιμές μικρότερες ή ίσες στις κεντρικής τιμές κάθε παράγοντα. Τέλος, λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν οι ασθενείς αναφορικά με την Πρόσβαση στην Ιατρική Φροντίδα, όπου μόλις το 29% του δείγματος έχει σκορ μεγαλύτερο του 3.



Διάγραμμα 8.10

Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ενσυναίσθηση των γιατρών (Α)



Διάγραμμα 8.11

Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ενσυναίσθηση των γιατρών (B)

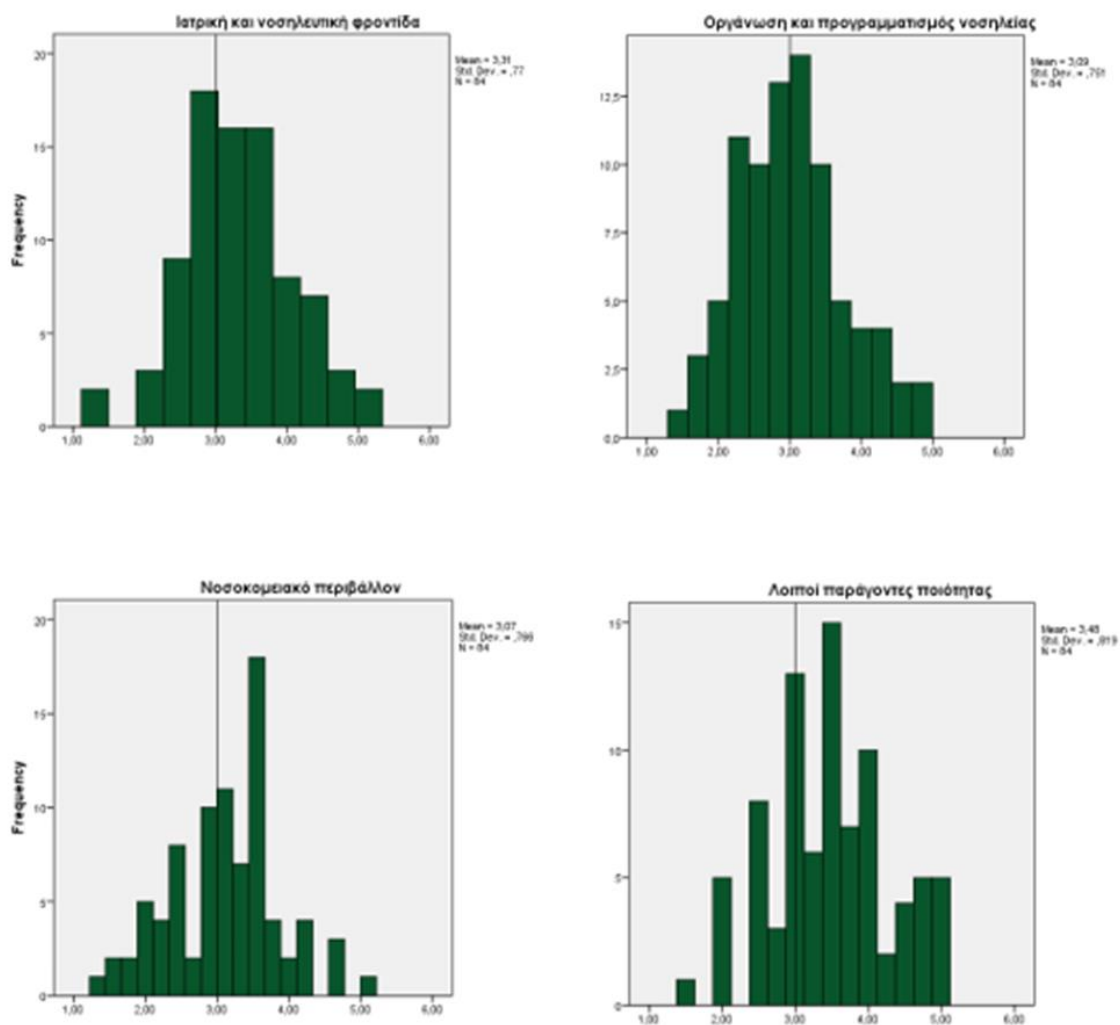
Σε ό,τι αφορά στις παράγοντες ικανοποίησης κατά τη νοσηλεία των ασθενών παρατηρήθηκε πως το δείγμα ήταν περισσότερο ικανοποιημένο τόσο από στις Λοιπούς

Παράγοντες Ποιότητας ($M.O. = 3,48$, $T.A. = 0,82$)όσο και από την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα κατά τη νοσηλεία στις ($M.O. = 3,31$, $T.A. = 0,77$), με το 75% του δείγματος να έχει μετρήσει μεγαλύτερες των κεντρικών τιμών για στις εν λόγω παράγοντες (Πίνακας 8.25).

Πίνακας 8.24

Πληροφορίες του δείγματος σχετικές με τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους

	<i>Εύρος</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>Λοξότητα (Skewness)</i>
Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα	3,69	1,31	5,00	3,31	0,77	,046
Οργάνωση και Προγραμματισμός Νοσηλείας	3,57	1,43	5,00	3,09	0,75	,409
Νοσοκομειακό Περιβάλλον	3,67	1,33	5,00	3,07	0,77	-,035
Λοιποί Παράγοντες Ποιότητας	3,50	1,50	5,00	3,48	0,82	,010



Διάγραμμα 8.12

Ιστογράμματα παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους

Κοντά στο 3 – και άρα ένδειξη πως οι ασθενείς ήταν σχετικά ικανοποιημένοι – ήταν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών που αφορούσαν στην Οργάνωση και τον Προγραμματισμό Νοσηλείας ($M.O. = 3,09$, $T.A. = 0,75$) αλλά και στο Νοσοκομιακό Περιβάλλον ($M.O. = 3,07$, $T.A. = 0,77$), με κατανομές που χαρακτηρίζονται από συμμετρία.

8.8 Έλεγχος Κανονικότητας

Στον Πίνακα 8.26 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας των παραγόντων του δείγματος, μέσω του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnoff.

Πίνακας 8.25

Διερεύνηση κανονικότητας δείγματος – έλεγχος KolmogorovSmirnoff

	<i>KS statistic</i>
Γενική Ικανοποίηση	0,00**
Τεχνική Ποιότητα	0,01*
Διαπροσωπικός Τρόπος	0,00**
Επικοινωνία	0,00**
Οικονομική Άποψη	0,00**
Χρόνος του γιατρού με στις ασθενείς	0,00**
Πρόσβαση σε Ιατρική Φροντίδα	0,002**
Ενσυναίσθηση Ιατρών	0,005**
Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα	0,2
Οργάνωση και Προγραμματισμός Νοσηλείας	0,2
Νοσοκομειακό περιβάλλον	0,2
Λοιποί Παράγοντες Ποιότητας	0,1

Σημείωση: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Παρατηρήθηκε πως για στις τέσσερις παράγοντες που σχετίζονται με την Ικανοποίηση από τη Νοσηλεία των ασθενών (Ιατρική & Νοσηλευτική Φροντίδα, Οργάνωση & Προγραμματισμός Νοσηλείας, Νοσοκομειακό Περιβάλλον, Λοιποί Παράγοντες Ποιότητας) δεν απορρίπτεται η υπόθεση κανονικότητας κι επομένως σε αυτές στις περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν παραμετρικά κριτήρια. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, απορρίπτεται η υπόθεση κανονικότητας των παραγόντων, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.

8.9 Συγκρίσεις Μέσων Όρων

8.9.1 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση το Φύλο

Σε αυτή την υποενότητα, παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα στα δύο φύλα. Χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό στατιστικό κριτήριο *Student's t*, δεδομένου ότι και οι δύο κλάσεις είχαν περισσότερα από 25 άτομα, άρα μπορεί να παραλειφθεί η μη κανονική κατανομή για τις περιπτώσεις των μη κανονικών παραγόντων. Ακολουθούν τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που προέκυψαν, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 8.26

Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως προς το Φύλο

	Φύλο		t (df=155)
	Ανδρες	Γυναίκες	
	M.O.	M.O.	
Τεχνική Ποιότητα	3,40	3,10	1,69*
Πρόσβαση σε Ιατρική Φροντίδα	2,93	2,53	3,10 **

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 8.27, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στη διάσταση της Τεχνικής Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ($M.O. = 3,1$, $T.A. = 0,8$) από τους άντρες ($M.O. = 3,4$, $T.A. = 0,7$), $t(155) = 1,69$, $p = 0,03 < 0,05$, ενώ είχαν και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αναφορικά με την Πρόσβαση στην Ιατρική Φροντίδα ($M.O. = 2,53$, $T.A. = 0,8$) σε σχέση με τους άντρες ($M.O. = 2,93$, $T.A. = 0,7$), $t(155) = 3,1$, $p = 0,002 < 0,01$.

8.9.2 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση την Περιοχή Διαμονής

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα τις δύο κατηγορίες περιοχών διαμονής (αστικές/ημιαστικές). Σε αυτή την περίπτωση για τις συγκρίσεις των μη κανονικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό στατιστικό κριτήριο *Mann-WhitneyU*, ενώ για τις κανονικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο *Student's t*. Ακολουθούν τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που προέκυψαν, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 8.27

Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως τις περιοχές διαμονής

	Τόπος Κατοικίας		t (df=82)
	Αστική	Ημιαστική	
	M.O.	M.O.	
Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα	3,25	3,70	-1,90 *
Οργάνωση και Προγραμματισμός Νοσηλείας	2,98	2,76	-3,56 **
Νοσοκομειακό Περιβάλλον	2,99	3,52	-2,26 *
Λοιποί Παράγοντες Ποιότητας	3,39	3,98	-2,35 *

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Από τον Πίνακα 8.28 διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων Ικανοποίησης αναφορικά με την Ιατρική και τη Νοσηλευτική Φροντίδα ανάμεσα τις δύο τύπους κατοικίας, με όσους μένουν σε ημιαστικές περιοχές να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στην εν λόγω διάσταση ($M.O. = 3,7$, $T.A. = 0,8$) συγκριτικά με όσους μένουν σε αστικές περιοχές ($M.O. = 3,25$, $T.A. = 0,7$), $t(82) = -1,9$, $p = 0,04 < 0,05$. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα για τις διαστάσεις ικανοποίησης που αφορούν στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον ($t(82) = -2,26$, $p = 0,02 < 0,05$) και τις Λοιπούς Παράγοντες Ποιότητας ($t(82) = -2,35$, $p = 0,02 < 0,05$), με τις ημιαστικές περιοχές να δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση τις εν λόγω διαστάσεις συγκριτικά με τις αστικές. Τέλος, όσοι κατοικούσαν σε αστικές περιοχές ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε επίπεδο Οργάνωσης και Προγραμματισμού Νοσηλείας ($t(82) = -3,56$, $p = 0,001 < 0,01$), συγκριτικά με όσους έμεναν σε ημιαστικές περιοχές.

Πίνακας 8.28**Μέσες τιμές και τιμή κριτηρίου Mann-Whitney U ως τις την Περιοχή Διαμονής**

	Τόπος Κατοικίας		U
	Αστική	Ημιαστική	
	M.O.	M.O.	
Γενική Ικανοποίηση	2,80	3,39	6,36 *

Σημείωση: * $p < 0,05$

Από τις συγκρίσεις με το κριτήριο Mann-Whitney U (Πίνακας 8.29) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που κατοικούν σε ημιαστικές περιοχές έχουν υψηλότερα επίπεδα Γενικής Ικανοποίησης (M.O.= 3,39, T.A. = 1,1), συγκριτικά με τα άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές (M.O.= 2,80, T.A. = 0,9), $U = 6,36$, $p = 0,02 < 0,05$.

8.9.3 Συγκρίσεις Μέσων Όρων με βάση τις Χρόνιες Παθήσεις

Σε αυτή την υποενότητα, παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα σε όσους ήταν αντιμέτωποι με χρόνιες παθήσεις και όσους δεν ήταν. Χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό στατιστικό κριτήριο *Student's t* για τους παράγοντες που ακολουθούσαν κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό στατιστικό κριτήριο *Kruskall-Wallis H* για τις περιπτώσεις που δεν μπορούσε να παραλειφθεί η μη κανονική κατανομή των παραγόντων. Ακολουθούν τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που προέκυψαν, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 8.29**Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων ως προς τις Χρόνιες Παθήσεις**

	Χρόνιες Παθήσεις		t (df=155)
	Ναι	Όχι	
	M.O.	M.O.	
Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα	2,85	3,42	2,76 **
Λοιποί Παράγοντες Ποιότητας	2,95	3,60	2,99 **

Σημείωση: ** $p < 0,01$

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8.30 όσοι αντιμετώπιζαν χρόνιες παθήσεις είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα ($M.O.= 2,85$, $T.A. = 0,5$) συγκριτικά με όσους δεν αντιμετώπιζαν χρόνιες παθήσεις ($M.O.= 3,42$, $T.A. = 0,8$) , $t(82)= 2,76$, $p = 0,007 < 0,01$, ενώ είχαν και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στη διάσταση των Λοιπών Παραγόντων Ποιότητας ($M.O.= 2,95$, $T.A. = 0,7$) σε σχέση με όσους δεν αντιμετώπιζαν χρόνιες παθήσεις ($M.O.= 3,60$, $T.A. = 0,8$), $t(82)= 2,99$, $p = 0,004 < 0,01$.

8.10Συνάφειες

Σε αυτή την ενότητα εξετάζονται οι συνάφειες των υπό μελέτη μεταβλητών, ώστε να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ τους. Κυριότερος στόχος είναι να ελεγχθεί αν υπάρχει επίδραση των επιπέδων ενσυναίσθησης των ιατρών τόσο στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας όσο και στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Έγινε χρήση του μη παραμετρικού δείκτη *Spearman-rho*, ο οποίος θα υποδείξει τον βαθμό στον οποίο σχετίζονται οι εν λόγω μεταβλητές.

Πίνακας 8.30

Συσχετίσεις Spearmanrho ανάμεσα στους παράγοντες Ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και της ενσυναίσθησης των γιατρών

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Γενικήικανοποίηση	1							
2. Τεχνική ποιότητα	0,64**	1						
3. Διαπροσωπικός τρόπος	0,61**	0,65**	1					
4. Επικοινωνία	0,57**	0,73**	0,70**	1				
5. Οικονομική άποψη	0,48**	0,48**	0,43**	0,37**	1			

6. Χρόνος που ο ιατρός περνά με τους ασθενείς	0,55**	0,46**	0,63**	0,50**	0,27**	1		
7. Ευκολία πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα	0,54**	0,49**	0,47**	0,40**	0,41**	0,49**	1	
8. Ενσυναίσθηση των ιατρών	0,47**	0,43**	0,59**	0,45**	0,40**	0,44**	0,29**	1

Σημείωση: ** $p < 0,01$

Διαπιστώθηκε ότι η Ενσυναίσθηση των ιατρών έχει μεσαίας τάξεως, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%) και με τις επτά διαστάσεις ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με συσχετίσεις που κυμαίνονται από 0,29 έως 0,59 (Πίνακας 8.31). Αυτό σημαίνει πως οι ασθενείς με πιο υψηλή ενσυναισθητική αντίληψη του γιατρού, τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Ειδικότερα, ισχυρότερες ήταν οι συσχετίσεις που εντοπίστηκαν ανάμεσα στην Ενσυναίσθηση των ιατρών και τον Διαπροσωπικό Τρόπο ($\rho(157) = 0,59, p < 0,01$), την Γενική Ικανοποίηση ($\rho(157) = 0,47, p < 0,01$) και την Επικοινωνία ($\rho(157) = 0,45, p < 0,01$). Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί πως όλες οι συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%), μεσαίας έως ισχυρής τάξεως (από 0,27 έως 0,73) και θετικές.

Πίνακας 8.31

Συσχετίσεις Spearmanrho ανάμεσα στους υπό μελέτη παράγοντες που αφορούν την Ικανοποίηση των Νοσηλευθέντων Ασθενών και την ενσυναίσθηση των γιατρών

	1	2	3	4	5
1. Ενσυναίσθηση των ιατρών	1				
2. Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα	0,50**	1			
3. Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλείας	0,35**	0,57**	1		
4. Νοσοκομειακό περιβάλλον	0,29**	0,52**	0,71**	1	
5. Λοιποί παράγοντες ποιότητας	0,26**	0,60**	0,54**	0,62**	1

Σημείωση: ** $p < 0,01$

Στον Πίνακα 8.32 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα επίπεδα ενσυναίσθησης των ιατρών και στα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Διαπιστώθηκε ότι η Ενσυναίσθηση των ιατρών έχει μεσαίας τάξεως, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%) και με τις τέσσερις διαστάσεις ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών, με συσχετίσεις που κυμαίνονται από 0,26 έως 0,50, το οποίο σημαίνει πως οι ασθενείς με πιο υψηλή ενσυναισθητική αντίληψη του ιατρικού προσωπικού έχουν την τάση να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες κατά τη νοσηλεία τους. Ισχυρότερες ήταν οι συσχετίσεις που εντοπίστηκαν ανάμεσα στην Ενσυναίσθηση των γιατρών και την Ιατρική & Νοσηλευτική Φροντίδα ($\rho(82)= 0,50$, $p < 0,01$) όπως και με την Οργάνωση & Προγραμματισμό Νοσηλείας ($\rho(82)= 0,35$, $p < 0,01$). Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί πως όλες οι συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%), μεσαίας έως ισχυρής τάξεως (από 0,52 έως 0,71) και θετικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 Συμπεράσματα και προκλήσεις

Παρά τη σημαντική πρόοδο που σημειώθηκε την τελευταία δεκαετία στον τομέα της υγείας, με την ανέγερση και λειτουργία αρκετών σύγχρονων νοσοκομείων και την αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρούνται ακόμῃ αδυναμίες στη λειτουργία των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Οι αδυναμίες αυτές αναφέρονται σε εισροές (κτιριακή υποδομή, τεχνολογικός εξοπλισμός, ανθρώπινοι – οικονομικοί πόροι) και σε θέματα οργάνωσης και αποδοτικότητας των πόρων. Ο σχεδιασμός – προγραμματισμός είναι απαραίτητος σε κάθε σύστημα υγείας, τόσο σε επίπεδο στρατηγικού, όσο και σε επίπεδο λειτουργικού προγραμματισμού. Ένα οργανωμένο και σωστά σχεδιασμένο μοντέλο υγείας, με προτεραιότητα στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, στην αποκατάσταση της υγείας και στην επίλυση ποικίλων προβλημάτων που είναι δυνατόν να εμφανισθούν στο χώρο των νοσοκομείων, ελαχιστοποιεί τις επιπτώσεις από την αβεβαιότητα που καλλιεργεί το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, επιτυγχάνει τη σωστή ανάπτυξη του οργανισμού με νέες καινοτομίες και πολιτικές προσαρμογής και εξασφαλίζει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ολόκληρου του πληθυσμού. Το πέρασμα της διοίκησης των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στη διοίκηση ολικής ποιότητας που έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια του ασθενούς και την καλύτερη ποιότητα παροχών αναμένεται να μετατρέψει το σύγχρονο δημόσιο νοσοκομείο σε έναν διαρκή οργανισμό μάθησης που θα έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται εύκολα στις οικονομικές, πολιτισμικές και επιστημονικές μεταβολές.

Τέλος, η αναβάθμιση του λογιστικού του συστήματος υγείας, με την αντικατάσταση του υφιστάμενου συστήματος το οποίο βασίζεται στη ροή χρημάτων με ένα σύστημα το οποίο θα βασίζεται στη δραστηριότητα, η αξιοκρατική τοποθέτηση διοικητών, με γνώση του ευαίσθητου χώρου της υγείας και με επιστημονικές αντιλήψεις συστημικής προσέγγισης και ο εξορθολογισμός της προμήθειας υγειονομικού υλικού με τη βελτίωση της διαφάνειας της διαδικασίας και την επίτευξη οικονομίας εκτιμάται ότι, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για να καταστεί εφικτός σήμερα ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης των σύγχρονων δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αλετράς, Β. Ο., Μπασιούρη, Φ. Ν., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ. Μ., & Νιάκας, Δ. Α. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1), 79-89.
- Αμάραντου, Β. (2020). Οργάνωση και ανασχεδιασμός επιχειρησιακών διαδικασιών στον κλάδο της υγείας (Doctoral dissertation, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ). Σχολή Πολυτεχνική. Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης).
- Βυλλιώτη, Ι. (2014). Ηλεκτρονική διαχείριση της ασθένειας στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας (Master's thesis).
- Ζησιμοπούλου, Μ. (2021). Διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της Διεύθυνσης Τοπικής Οικονομικής Ανάπτυξης του Δήμου Αγρινίου.
- Καλακώνα, Μ., Αλατζελί, Μ., & Αθανασοπούλου, Α. (2018). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία τριτοβάθμιου νοσοκομείου.
- Μπαλάνος, Β. (2019). Συναισθηματική νοημοσύνη, οργανωσιακή κουλτούρα και ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο γενικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Άγιος Παύλος".
- Μπασιούκα, Χ. (2014). Τηλεϊατρική στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Άρτης σύμφωνα με το πιλοτικό πρόγραμμα του ΟΤΕ: Βελτίωση-Απαιτήσεις σε επιστημονικό επίπεδο.
- Μωροπούλου, Α. (2020). Η συμβολή του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού και στην αποφυγή της

ιδρυματοποιήσιμων ατόμων της τρίτης ηλικίας. Συγκριτική ανάλυση της λειτουργίας του προγράμματος στα νησιά του Αργοσαρωνικού και στον Πειραιά.

Ξενογλώσση

Bourgon, J. (2011). A new synthesis of public administration: Serving in the 21st century (Vol. 81). McGill-Queen's Press-MQUP.

Christen, P., D'Aeth, J. C., Løchen, A., McCabe, R., Rizmie, D., Schmit, N., ... & Hauck, K. (2021). The J-IDEA pandemic planner: a framework for implementing hospital provision interventions during the COVID-19 pandemic. *Medicalcare*, 59(5), 371.

Chua, S. S., Tea, M. H., & Rahman, M. H. A. (2009). An observational study of drug administration errors in a Malaysian hospital (study of drug administration errors). *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 34(2), 215-223.

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2017). The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. *BMC health services research*, 17(1), 25-33.

Goula, A., Kefis, B., Dimakou, S., Pierrakos, G., & Sarris, M. (2014). Organizational change in public hospitals: From the bureaucratic to the participatory model of management. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 31(5).

Hebert, M., & Benbasat, I. (2014). Adopting information technology in hospitals: the relationship between attitudes/expectations and behavior. *Journal of Healthcare Management*, 39(3), 369.

Holthof, N. (2020). Preparing for the aftermath of COVID-19: important considerations for health care providers and hospital administrators. *Anesthesia and analgesia*.

- Kadri, F., Harrou, F., Chaabane, S., &Tahon, C. (2014). Time series modelling and forecasting of emergency department overcrowding. *Journal of medicalsystems*, 38(9), 1-20.
- Kane, G.C., Gotto, J.L., Mangione, S., West, S., &Hojat, M. (2007) Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croatian medical journal*, 48(1): 81- 86.
- Katsari, V., Tyritidou, A., &Domeyer, P.R. (2020) Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *BioMed Research International*, 2020: 9379756, 10p.
- Lajoinie, A., Henin, E., Nguyen, K. A., Malik, S., Mimouni, Y., Saponi, J. M., ... &Kassai, B. (2016). Oral drug dosage forms administered to hospitalized children: Analysis of 117,665 oral administrations in a French paediatric hospital over a 1-year period. *International journal of pharmaceutics*, 500(1-2), 336-344.
- Lambert-Kerzner, A., Ford, K. L., Hammermeister, K. E., Henderson, W. G., Bronsert, M. R., &Meguid, R. A. (2018). Assessment of attitudes towards future implementation of the “Surgical Risk Preoperative Assessment System”(SURPAS) tool: a pilot survey among patients, surgeons, and hospital administrators. *Patientsafety in surgery*, 12(1), 1-15.
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2013). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of emergencynursing*, 29(1), 23-28.
- Lawrence, R. A. (2019). Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6), 912-920.
- Markovits, I., &Monastiridou, S. (2011). Change Management in Health: The Case of the Introduction of an Integrated Information System in a Public Hospital. *Nosileftiki*, 50(4).

- Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18). Santa Monica: RAND.
- Marten, M. G., & Sullivan, N. (2020). Hospital side hustles: Funding conundrums and perverse incentives in Tanzania's publicly-funded health sector. *Social Science & Medicine*, 244, 112662.
- Prottas, J., & Batten, H. L. (2018). Health professionals and hospital administrators in organ procurement: attitudes, reservations, and their resolutions. *American Journal of Public Health*, 78(6), 642-645.
- Smith, J. G. (2020, April). Impact of rural hospital environments on patients and nurses. In *Nursingforum* (Vol. 55, No. 2, pp. 294-296).
- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC healthservicesresearch*, 11(1), 1-9.
- Uecke, O., Reszka, R., Linke, J., Steul, M., & Posselt, T. (2008). Clinical trials: considerations for researchers and hospital administrators. *Health care management review*, 33(2), 103-112.
- Westbrook, J. I., Rob, M. I., Woods, A., & Parry, D. (2011). Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ quality&safety*, 20(12), 1027-1034.