



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών
από μια Ιδιωτική Κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης

Πετράκη Σοφία
Πολιτικός Επιστήμων

- Επιβλέποντες:
1. **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
 2. **Κ. Σουλιώτης**, Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Συντονιστής - Διδάσκων Οικονομικών της Υγείας στο ΜΠΣ του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ηράκλειο, Μάρτιος 2008



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



Η ΠΑΙΔΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΡΥΦΗ
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

*Στις αδιάλλειπτα παρούσες στη ζωή μου,
Ειρήνη, Άννα, Χριστίνα-Λοίζα*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω ένα πολύ μεγάλο και θερμό ευχαριστώ στους επιβλέποντες καθηγητές.

Πρωταρχικά, στον αναπληρωτή καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη, έναν Άνθρωπο που εμπνέει τον απόλυτο σεβασμό και αποτελεί μια αστείρευτη πηγή μάθησης που την αποτάζεσαι ως αρχή στη ζωή σου. Έπειτα, στον κ. Κυριάκο Σουλιώτη, καθηγητή των Οικονομικών της υγείας στο ΜΠΣ, για την αμέριστη εμπιστοσύνη, υποστήριξη και μετάδοση της εμπειρίας και των συμβουλών του.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου από το ΜΠΣ για τις γνώσεις που μοιράστηκαν μαζί μας. Την διοικητική διευθύντρια της Ιδιωτικής Κλινικής, η οποία ενέκρινε την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

Ένα ξεχωριστό ευχαριστώ στον Κώστα Καραμανώλη, στατιστικό, η βοήθεια του οποίου υπήρξε καταλυτική.

Ένα ευχαριστώ στις κοπέλες της γραμματείας της Ιδιωτικής Κλινικής για την ομαλή συνεργασία και συμβολή τους στην ερευνητική προσπάθεια.

Τα ιδιαίτερα ευχαριστώ...

Είναι όλοι εκείνοι οι άνθρωποι που στάθηκαν διακριτικά δίπλα μου όλο αυτό το διάστημα και υπήρξαν υποστηρικτές της προσπάθειας μου.

Στον κ. Κώστα Καλμπάκη, για όλο τον χρόνο που μου αφιερώνει να με ακούει και να με συμβουλεύει.

Στην Ένα, την Γεωργία, τον Κώστα και τον Κώστα, συμφοιτητές μου, που μου χάρισαν στιγμές προβληματισμού αλλά και ανεμελιάς.

Στην Αντωνέλα, που τα χιλιάδες μίλια τα μηδένισε και την αισθάνθηκα δίπλα μου.

Τέλος, ένα ευχαριστώ στον Μάνο και την Μαρία γιατί απλά είναι εκεί.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από μια Ιδιωτική Κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης

Της: Πετράκη Σοφίας

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Φιλαλήθη Αναστάσιου, Αναπληρωτή Καθηγητή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. Σουλιώτη Κυριάκου, Λέκτορας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Συντονιστής -Διδάσκων Οικονομικών της Υγείας στο ΜΠΣ του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία: Μάρτιος 2008

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κριτήρια που επιχειρεί να εξασφαλίσει κάθε υγειονομικός οργανισμός και σύστημα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της έρευνας υπηρεσιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο γύρω από το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των φροντίδων (quality assurance). Ένας συνηθισμένος πλέον τρόπος διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνίσταται στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών (patients' satisfaction) και στην εκτίμηση της στάσης τους απέναντι στους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες υγείας (consumer attitudes).

Σκοπός: Υπό το πρίσμα των παραπάνω εξελίξεων και με δεδομένη την αναγκαιότητα για την άρση της παθητικής θέσης και της εξάρτησης του ασθενή από τους παραγωγούς-προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, θα επιχειρηθεί στο πλαίσιο της έρευνας αυτής η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες του συγκεκριμένου ιδιωτικού γενικού νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης, καθώς και η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. **Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν 200 άτομα από τα οποία 100 νοσηλεύτηκαν στην Ιδιωτική Κλινική και τα υπόλοιπα 100 έκαναν χρήση των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου. Υπήρχαν δύο εκδοχές του ίδιου ερωτηματολογίου ανάλογα με τον χρόνο που είχε ο ερωτώμενος στην διάθεση του.

Αποτελέσματα: Οι προσδοκίες των χρηστών φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αυξημένες ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο που τους χαρακτηρίζει, σε ποσοστό 95%. Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους η ικανοποίησή τους χαρακτηρίζεται ως πολύ καλή σε ποσοστό 57,3% τη στιγμή που το περίμεναν το 43,1%. Από την άλλη, οι προσδοκίες των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων φαίνεται να είναι υψηλότερες όταν το 56,9% περίμενε να λάβει πολύ καλή ικανοποίηση και το εισέπραξε πράγματι το 42,7%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών στο σύνολο τους επέλεγον ένα νοσοκομείο με γνώμονα την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού (67%), άποψη που συμβαδίζει και για την συγκεκριμένη επιλογή που αφορά την ιδιωτική κλινική, σε ποσοστό όμως 38%, και έρχεται σε σημαντικό ποσοστό να προστεθεί ο παράγοντας ταχύτητας των προσφερόμενων υπηρεσιών της κλινικής σε ποσοστό της τάξεως του 26%. Για την αναμενόμενη ικανοποίηση δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης στο δείγμα ($p=0,49$). Η παρατηρούμενη συνολική ικανοποίηση είναι υψηλή σε παρόμοια επίπεδα ανεξάρτητα από την προηγούμενη εμπειρία ($p=0,68$). Τέλος, το 91% του δείγματος θα συνέστηνε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον τρίτο. **Συμπεράσματα:** Η απόκτηση πληροφοριών που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών είναι απαραίτητη παράμετρος στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πρέπει να γίνουν προσπάθειες για να ξεπεραστούν τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα και μέσα από την αναλυτική προσέγγιση του όρου ικανοποίηση να αναζητηθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα συμβαδίζουν ή και θα ξεπερνούν στο σύνολο τους τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Προσδοκίες, Ικανοποίηση Ασθενών, Ιδιωτικός τομέας υγείας

Abstract

Title: The Quality of health services, expectations and measurement of patients' satisfaction of a Private Hospital in Heraklion – Crete.

By: Petraki Sofia

Supervisors: 1. Philalithis Anastasios, Associate Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete

2. Souliotis Kuriakos, Lecturer in the University of Peloponnese, Teaching Associate of Health Economics in MPH Programme, Department of Social Medicine, University of Crete.

Date: March 2008

The quality in health services, especially in hospitalized care, is one of the fundamental criteria that every healthcare organisation and health care system seek. Over the last years, the interest in research has been focused in the sphere of quality assurance. Nowadays, a common way of investigating the quality of offered services is recommended by the measurement of patients' satisfaction as well as in evaluating their attitude towards professionals and health services offered. **Aim:** Under the scope of the above developments and the guaranteed necessity of provoking the patient's passive behaviour and dependence on the suppliers of health services, this research will try to measure the patients' satisfaction on the offered health services of a private general hospital in Heraklion-Crete, as well as inquiry of the socio-economic factors related. The sample is made out of 200 people; 100 were hospitalized in the clinic and the rest 100 were emergency patients. There were two versions of the questionnaire depending on the time the patients' had available. **Results:** The expectations of the patients seemed to be quite high, reaching 95%, regardless their socio-economic status. As far as the hospitalized patients were concerned, their satisfaction was characterised as very well in the 57,3% of the cases, when 43,1% expected so. On the other hand, the expectations of the emergency patients seemed to be higher. 56,9% expected high satisfaction when only 42,7% actually received it. The greatest percentage of users in total, choose hospitals according to the expertise of the medical staff (67%), an opinion which is in line with the choice of the private hospital but to a lesser percentage (38%). A second important factor to this is the delivery speed of the offered services of the hospital with a percentage rate of 26%. Regarding the expected satisfaction there doesn't seem to be a major statistical difference as far as the educational level of the sample is concerned ($p=0,49$). The overall observed satisfaction is high in similar levels regardless of previous experiences ($p=0,68$). Concluding, 91% of the sample would recommend the particular hospital to a third party. **Conclusions:** Gathering information in regard to patients' services satisfaction is a vital parameter for the constant quality improvement process of health services provided. Efforts have to be made to overcome any methodological problems and through analytical approach of the term satisfaction, those factors that will match with or overcome in total the expectations of patients in health services provided should be researched.

Key words: Quality of health services, Expectations, Patient Satisfaction, Private Clinics

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	II
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	1
Abstract	2
Περιεχόμενα	3
Σχεδιάγραμμα - Γραφήματα	5
Διαγράμματα - Πίτες.....	5
Πίνακες	5
Κατάλογος συντομογραφιών	7
1. Εισαγωγή.....	8
1.1. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	8
1.2. Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	11
1.3. Η σημασία της έννοιας προσδοκίας	18
1.4. Ικανοποίηση (satisfaction) έναντι «ποιότητα υπηρεσιών» (Seruqual).....	20
2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	21
2.1. Ο σκοπός των ερευνών ικανοποίησης	21
2.2. Συνιστώσες της ποιότητας.....	24
2.2.1. Διοίκηση ολικής ποιότητας (total quality management)/ Συνεχής βελτίωση Ποιότητας (continuous quality improvement)	25
2.3. Χαρακτηριστικά των χρηστών που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες	28
3. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	28
3.1. Η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	32
3.2. Η Ιδιωτική Κλινική	40
4. Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός της εργασίας	43
4.1. Ερευνητικά ερωτήματα.....	43
4.2. Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας.....	43
5. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι	44
5.1. Αποτελέσματα	47
5.2. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής.....	47
5.3. Έγκριση από αρμόδιες αρχές.....	47

5.4. Ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο	48
5.5. Πιλοτική εφαρμογή.....	48
5.6. Δομή του ερωτηματολογίου.....	49
6. Ανάλυση δεδομένων	51
6.1. Στατιστικές μέθοδοι.....	51
6.2. Στατιστικά αποτελέσματα.....	52
6.3. Αποτελέσματα χρηστών που δεν συμμετείχαν στην ερευνητική προσπάθεια ...	86
7. Συζήτηση	88
8. Περιορισμοί της έρευνας.....	89
8.1. Κύρια ευρήματα	91
9. Συμπεράσματα –προτάσεις για μελλοντική έρευνα	91
10. Βιβλιογραφικές παραπομπές	94
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	94
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία.....	100
11. Παράρτημα	104
Ερευνητικό Πρωτόκολλο.....	104
Αίτηση έγκρισης άδειας για την έρευνα	109
Έντυπο Ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.....	110
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ.....	113
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	120

Σχεδιάγραμμα - Γραφήματα

Σχεδιάγραμμα Σχηματοποιημένη αποτύπωση προσδιοριστικών παραγόντων διαμόρφωσης προσδοκιών των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	19
Γράφημα 1. Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, δημόσιες και ιδιωτικές στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	30
Γράφημα 2. Ετήσιος ρυθμός αύξησης αγοράς υπηρεσιών υγείας, 1997-2004.....	34
Γράφημα 3. Ποσοστιαίο μερίδιο υπηρεσιών υγείας.....	34

Διαγράμματα - Πίτες

Διάγραμμα μίσχου φύλου ηλικίας.....	53
Ποσοστιαίο μερίδιο (πίτα) τόπου κατοικίας.....	56
Διάγραμμα πλαισίου και απολήξεων μέσης διάρκειας νοσηλείας.....	58
Ποσοστιαίο μερίδιο (πίτα) σύστασης του νοσοκομείου.....	68
Ποσοστιαίο μερίδιο (πίτα) μη συμμετεχόντων στην έρευνα.....	87

Πίνακες

Πίνακας 1. Είδος υπηρεσίας*Φύλο Crosstabulation.....	52
Πίνακας 2. Μέση ηλικία δείγματος.....	53
Πίνακας 3. Μορφωτικό επίπεδο δείγματος.....	54
Πίνακας 4. Συσχέτιση φύλου-εργασίας-επαγγέλματος.....	54
Πίνακας 5. Σχετική συχνότητα οικογενειακού εισοδήματος και ασφάλισης.....	55
Πίνακας 6. Συσχέτιση επιπλέον ασφάλισης με εισόδημα.....	55
Πίνακας 7. Τόπος κατοικίας δείγματος.....	56
Πίνακας 8. Σχετική συχνότητα τρόπου προσέλευσης στο νοσοκομείο, είδος εισαγωγής και τομέας νοσηλείας.....	57
Πίνακας 9. Μέση διάρκεια νοσηλείας.....	57
Πίνακας 10. Σχετική συχνότητα επιλογής νοσοκομείου, συχνότητα επίσκεψης, προηγούμενη εμπειρία.....	59
Πίνακας 11. Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης με είδος εισαγωγής νοσηλευθέντων..	61
Πίνακας 12. Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης με είδος παρεχόμενης υπηρεσίας.....	61

Πίνακας 13.	<i>Μέσος όρος ηλικίας εξωτερικών ιατρείων και νοσηλείας.....</i>	<i>62</i>
Πίνακας 14.	<i>Συσχέτιση ηλικιακής ομάδας με είδος παρεχόμενης υπηρεσίας.....</i>	<i>63</i>
Πίνακας 15.	<i>Συσχέτιση αναμενόμενης με παρατηρούμενη συνολική ικανοποίηση..</i>	<i>64</i>
Πίνακας 16.	<i>Συσχέτιση είδους υπηρεσίας με φύλο, εργασία, επάγγελμα.....</i>	<i>64</i>
Πίνακας 17.	<i>Συσχέτιση εκπαίδευσης-εισοδήματος.....</i>	<i>65</i>
Πίνακας 18.	<i>Συσχέτιση αναμενόμενης ικανοποίησης με προηγούμενη εμπειρία.....</i>	<i>66</i>
Πίνακας 19.	<i>Συσχέτιση παρατηρούμενης ικανοποίησης με προηγούμενη εμπειρία...67</i>	
Πίνακας 20.	<i>Συσχέτιση αξιολόγησης ενός νοσοκομείου γενικά με την Ιδιωτική Κλινική.....</i>	<i>69</i>
Πίνακας 21.	<i>Αξιολόγηση χαρακτηριστικών ενός νοσοκομείου και της Ιδιωτικής Κλινικής.....</i>	<i>70</i>
Πίνακας 22.	<i>Συσχέτιση αναμενόμενης ικανοποίησης και εκπαίδευσης.....</i>	<i>71</i>
Πίνακας 23.	<i>Συσχέτιση παρατηρούμενης ικανοποίησης και εκπαίδευσης.....</i>	<i>72</i>
Πίνακας 24.	<i>Συχνότητα επίσκεψης της Ιδ.Κλινικής-συνολικής ικανοποίησης με είδος υπηρεσίας.....</i>	<i>73</i>
Πίνακας 25.	<i>Συνολική ικανοποίηση εξωτερικών ιατρείων και νοσηλευόμενων.....</i>	<i>75</i>
Πίνακας 26.	<i>Προσδοκίες νοσηλευόμενων σε επιμέρους υπηρεσίες της Ιδιωτικής Κλινικής.....</i>	<i>76</i>
Πίνακας 27.	<i>Παρατηρούμενη ικανοποίηση νοσηλευόμενων σε επιμέρους υπηρεσίες της Ιδ.Κλινικής.....</i>	<i>83</i>
Πίνακας 28.	<i>Μη συμμετέχοντες στην έρευνα.....</i>	<i>86</i>
Πίνακας 29.	<i>Δημογραφικά στοιχεία μη συμμετεχόντων.....</i>	<i>87</i>
Πίνακας 30.	<i>Μέσος όρος ηλικίας μη συμμετεχόντων.....</i>	<i>88</i>

Κατάλογος συντομογραφιών

CQI	Continuous Quality Improvement
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Organization for Standardization
JCHAO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
SERVQUAL	Service Quality
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization
E.K.K.E.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
E.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
O.O.Σ.A.	Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη

1. Εισαγωγή

1.1. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Κατά τα τελευταία 10 χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό, η ποιότητα υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται από το «βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς» (Lohr -Harris - Wehling, 1991). Επακόλουθα, η διασφάλιση ποιότητας αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών που αποσκοπούν στην εγγύηση και διατήρηση υψηλού επιπέδου ποιότητας. Το ενδιαφέρον αυτό για την ποιοτική διασφάλιση των υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να οφείλεται σε οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά αίτια, καθώς και σε επαγγελματικούς παράγοντες (World Health Organization, 1985).

Τα οικονομικά αίτια σχετίζονται με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και την αδυναμία κάλυψης της από τους σχετικά περιορισμένους πόρους. Κατά συνέπεια, αποδίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ορθολογική διαχείριση και υιοθέτηση οικονομικά αποδοτικών επιλογών, ενώ και η συγκράτηση πόρων πολλές φορές συνδυάζεται με την ανάγκη ποιοτικής διασφάλισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από κοινωνικής και πολιτικής σκοπιάς, στενά συνυφασμένη με την προαναφερθείσα οικονομική διάσταση είναι η γενικότερη τάση για προστασία των δικαιωμάτων των καταναλωτών. Στο πλαίσιο αυτό, οι διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελούν πολιτική προτεραιότητα και βρίσκονται σε αρμονία με τις ανάγκες και απαιτήσεις των χρηστών για γνώση, έλεγχο και επιλογή (Ellis -Whittington, 1993). Τέλος, από την πλευρά των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, η υιοθέτηση διαδικασιών και μεθόδων διασφάλισης ποιότητας μπορεί να αποτελέσει το υπόβαθρο επιστημονικής βελτίωσης και επαγγελματικής εξέλιξης.

Διάφορες στρατηγικές μπορεί να ακολουθηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν: η διαχείριση ολικής ποιότητας (total quality management), οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα (quality initiatives), η οριοθέτηση σημείων αναφοράς (benchmarking), οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation), καθώς και, σε ευρύτερο επίπεδο, η υιοθέτηση τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας (evidence-based care). Μια από τις περισσότερο γνωστές και ευρύτερα εφαρμόσιμες στρατηγικές είναι ο κλινικός και ιατρικός έλεγχος (clinical-medical audit).

Η πιστοποίηση του τύπου ISO, αποτελεί μια σχετικά καινούρια πρακτική διασφάλισης της ποιότητας και διαπίστευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και η οποία μπορεί να πάρει τρεις μορφές:

1. Αυτοπιστοποίηση ή πρωτογενής πιστοποίηση. Εδώ ο ίδιος Οργανισμός, μέσω τακτικών ελέγχων, προσαρμόζει τη λειτουργία του με βάση κάποια πρότυπα απόδοσης, εφαρμόζοντας έναν αυτόματο και δυναμικά ομοιοστατικό μηχανισμό διασφάλισης της ποιότητας.

2. Πιστοποίηση με άξονα τον ασθενή ή δευτερογενής πιστοποίηση. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής καλείται να αξιολογήσει το σύστημα ποιότητας του Οργανισμού (σε όρους ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας), αποδίδοντας μια εικόνα για το κατά πόσο ο Οργανισμός εκπληρώνει τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών.

3. Πιστοποίηση από Ανεξάρτητη Αρχή η οποία καλείται και τριτογενής. Πρόκειται για την επίσημη πιστοποίηση από κρατικό ή μη κερδοσκοπικό φορέα. Αποτελεί την πλέον χρονοβόρα και πολυέξοδη διαδικασία με προφανέστατα όμως οφέλη για τους ασθενείς αλλά και για τον ίδιο τον Οργανισμό (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Σύμφωνα με τον ευρύτερα αποδεκτό ορισμό η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα να επισυμβούν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και είναι σύμφωνες με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Donaldson & Donaldson, 2003; IOM, 2001).

Στη σύγχρονη εποχή η ποιότητα αποτελεί πρωτεύον κριτήριο για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή Συστημάτων Ποιότητας στον τομέα της υγείας, από την πρόληψη και τη διάγνωση έως τη θεραπεία και την αποκατάσταση, μπορεί να αποτελέσει:

α) εργαλείο για την εφαρμογή ορθολογικών διαδικασιών, με την αποδοχή και την υποστήριξη τόσο της διοίκησης όσο και των εργαζομένων, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών.

β) μέσο για την εφαρμογή αποτελεσματικότερης διαχείρισης, ώστε παράλληλα με την ικανοποίηση των χρηστών να διασφαλίζεται η άριστη δυνατή αξιοποίηση των πόρων, με αποτέλεσμα τον έλεγχο του κόστους και την αύξηση της αποτελεσματικότητας.

γ) εχέγγυο καλής λειτουργίας προς το κοινωνικό σύνολο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την πολιτεία (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με πολλαπλές συνέπειες για τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη αντίληψη για τη διοίκηση της ποιότητας στην υγεία διευρύνεται πέρα από τις εσωτερικές διοικητικές λειτουργίες που αφορούν στην παραγωγή της υπηρεσίας. Η σχέση χρήστη -παραγωγού είναι θεμελιώδους σημασίας για την ποιότητα των υπηρεσιών και, τελικά, για τη βιωσιμότητα του δεύτερου. Ο πυρήνας της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας αφορά το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών μιας δομής γενικής Ιδιωτικής Κλινικής η οποία είναι εγκατεστημένη στο Ηράκλειο Κρήτης. Επίσης, η μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση των κοινωνικό-δημογραφικών εκείνων παραγόντων που μπορεί να συσχετίζονται με την ικανοποίηση.

1.2. Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η ποιότητα στη φροντίδα υγείας έχει αναδειχθεί σε υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής σε διεθνή κλίμακα¹, ενώ πρόσφατα το ζήτημα αναδεικνύεται ως προτεραιότητα και στη χώρα μας. Το εγχείρημα περιλαμβάνει μια σειρά δραστηριοτήτων, μεταξύ των οποίων εξέχουσα θέση έχουν η αξιολόγηση των διαδικασιών παροχής ιατρικών φροντιδών της Ιδιωτικής Κλινικής και η επίτευξη της μέγιστης δυνατής ικανοποίησης των χρηστών αυτής. Υπό την έννοια αυτή, ο έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας υποκαθιστά σε κάποιο μέτρο την αναγκαιότητα εκτίμησης της αποτελεσματικότητας, η οποία σε κάθε περίπτωση είναι δύσκολο να αποτιμηθεί, ενώ ταυτόχρονα ωθεί προς την κατεύθυνση ανάδειξης της πλευράς των χρηστών και των προτιμήσεων τους.

Οι προσπάθειες όλων των οργανισμών παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Έχοντας ως στόχο τον έλεγχο της ποιότητας των προϊόντων, υιοθέτησαν τις θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας των Deming (1986) και Juran (1988), οι οποίες συνέβαλαν στη μεταπολεμική βιομηχανική επιτυχία της Ιαπωνίας. Μια βασική συστατική αρχή των θεωριών αυτών είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματα τους με κρίσεις των καταναλωτών, στοχεύοντας στο να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται, έτσι, από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητας τους.

Η ποιότητα έχει οριστεί από πολλούς μελετητές με ποικίλους τρόπους (Ellis-Whittington, 1993; Koch, 1991; Ovretveit, 1992; Reerink, 1990). Θα υιοθετήσουμε τον ορισμό του Oakland (1991): «ποιότητα είναι ο βαθμός της ετοιμότητας για έναν σκοπό ή μια λειτουργία». Πιο απλά, η ποιότητα είναι το μέτρο της ικανοποίησης των

¹ Οι έννοιες του ελέγχου και της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες και τα αγαθά, εισήχθησαν πρωτίστως στην ιαπωνική βιομηχανία στη δεκαετία του '50 με βάση τις ιδέες του αμερικανού στατιστικού Edward Deming, ενώ ο Avedis Donabedian καθιέρωσε την έννοια της ποιότητας στη δεκαετία του '70, στις υγειονομικές υπηρεσίες, βλ. Donabedian (1980), και Carey-Lloyd (1995).

αναγκών του χρήστη. Στον τομέα της φροντίδας της υγείας, η ποιότητα έχει -ή τουλάχιστον θα έπρεπε να έχει- ως επίκεντρο τον ασθενή και αποτελεί ένδειξη της έκτασης στην οποία οι υπηρεσίες υγείας ικανοποιούν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του τελευταίου (Παπανικολάου, 2003), καθώς και σύμφωνα με την επικρατέστερη ανάλυση, η οποία εισήχθη από τον Donabedian A., το 1966, οι τομείς που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής τρεις:

1) οι δομές περιθαλψής (structure), όπως είναι οι εισροές, το ανθρώπινο δυναμικό, τα υλικά αποθέματα, τα οικονομικά μέσα που είναι απαραίτητα για την παροχή της φροντίδας κ.α. Ένας τρόπος για να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι να εξεταστεί η φύση και η ποσότητα των διαθέσιμων εγκαταστάσεων και του προσωπικού. Ένας τέτοιος δείκτης για παράδειγμα είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Βέβαια ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν για το ποιο είναι το ιδανικό επίπεδο σε εγκαταστάσεις και προσωπικό για κάθε συγκεκριμένο τύπο φροντίδας υγείας. Παρόλο που οι ποσοτικοί αυτοί δείκτες είναι σημαντικοί στο να αποτυπώσουν την εικόνα των υπηρεσιών υγείας, εντούτοις εάν χρησιμοποιηθούν από μόνοι τους δεν δίδουν αρκετή πληροφορία για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2) οι διαδικασίες (process) όπως η παροχή υπηρεσιών, ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα και ενέχει την τεχνική και την ανθρώπινη διάσταση, όλες οι δραστηριότητες που γίνονται για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, η προσβασιμότητα, η αξιολόγηση της εισαγωγής, η οργάνωση της εξόδου, κ.α. Μια δεύτερη πλευρά της ποιότητας αφορά στο τι γίνεται για και προς τον ασθενή ή την ομάδα των ασθενών και πόσο καλά αυτό γίνεται. Η αξιολόγηση της διαδικασίας των παρεχόμενων υπηρεσιών ποικίλει ανάλογα με το είδος των περιστατικών που πρόκειται να αντιμετωπιστούν.

3) το αποτέλεσμα (outcome) που αναφέρεται σε αλλαγή της τωρινής και μελλοντικής υγείας του ασθενή. Η έκβαση του περιστατικού είναι καθοριστικής σημασίας για την ποιότητα. Μια ταξινόμηση των αποτελεσμάτων η οποία είναι συνήθης και εύχρηστη είναι τα πέντε αγγλικά D

(five D's): Death (Θάνατος), Disease (Ασθένεια), Disability (Αναπηρία), Discomfort (Δυσφορία), Dissatisfaction (Δυσαρέσκεια). Η εφαρμογή της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων για τον καθορισμό της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών βρίσκεται ακόμα σε πολύ πρώιμο στάδιο στα πλαίσια της καθημερινής πρακτικής διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά οι προοπτικές δείχνουν να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο μέλλον στον τομέα της έκβασης ως κρίσιμο παράγοντα στον καθορισμό της ποιότητας.

Τέλος, η δυναμική σχέση μεταξύ των τριών αυτών πλευρών της ποιότητας, οι οποίες σαφώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, μπορεί να μας δώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η ευθύνη για την ποιότητα μέσα στον Οργανισμό τοποθετείται σε πέντε κύριες ομάδες:

- τα κλινικά επίπεδα standards
- το φυσικό περιβάλλον
- την ικανοποίηση των χρηστών
- την ανάπτυξη προσωπικού, και
- τις σχέσεις με τους χρήστες.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό, τις υπηρεσίες που δε γίνονται εύκολα αντιληπτές στα μέλη της διοίκησης. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες το management δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας.

Το αίτημα για προσφορά των υπηρεσιών υγείας, που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και στις ανάγκες των χρηστών τους, οδηγεί σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους με τη μέτρηση της ικανοποίησης τους (Turnbull -Hembree, 1999). Η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν αποδεικνύεται ότι αποτελεί ουσιαστικό δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, περισσότερο ακριβή και από τα αντίστοιχα κριτήρια (criteria) και πρότυπα

(standards) που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών (Οικονομοπούλου -Λιαρόπουλος -Δόσιος, 2000).

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να την δούμε σαν ένα μέτρο στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και στις προσδοκίες του. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Κυριόπουλος και συν., 1990), καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση (Κυριόπουλος - Μπεαζόγλου, 2000) και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας, αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας.

Έρευνες από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988), έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε δέκα κατηγορίες -κλειδιά που καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθοι:

1. Αξιοπιστία (reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
2. Ανταπόκριση (responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
3. Ικανότητα (competence): Απαραίτητα προσόντα -δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
4. Πρόσβαση (access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
5. Ευγένεια (courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
6. Επικοινωνία (communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για να ακουστούν οι ανησυχίες του χρήστη.
7. Επαγγελματική πίστη (credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.

8. Ασφάλεια (security): Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.

9. Κατανόηση (understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

10. Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles): Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων και άλλων χρηστών -προμηθευτών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας «κόστος υπηρεσίας» καταλαμβάνει συνήθως πολύ χαμηλότερη θέση στην ανωτέρω ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Όλα τα ανωτέρω ισχύουν και για τις υπηρεσίες υγείας, δεν αρκούν όμως μόνο αυτά. Χρειάζεται επίσης:

- έγκαιρη, σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας,
- άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση,
- θέληση εξυπηρέτησης πέραν πάσης προσδοκίας,
- υπεύθυνη ενημέρωση ως προς την εξέλιξη της κατάστασης,
- παρακολούθηση και μέτρηση αποτελεσματικότητας,
- αριστοποίηση σχέσης κόστους -οφέλους.

Κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη όλων αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την αίσθηση κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τελικά, η ικανοποίηση των ασθενών εννοιολογικά ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις τους και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής καθώς και από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του και από τον τομέα της υγείας (Παπανικολάου, 2003).

Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία υγείας σε σχέση με:

- α) το τι θα ήθελαν να λάβουν από μια υπηρεσία και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν σε ιδανικές συνθήκες,
- β) το τι περιμένουν σε ρεαλιστική βάση ότι θα τους προσφερθεί, και
- γ) το τι πιστεύουν ότι έχουν ανάγκη, ανεξάρτητα από το τι επιθυμούν.

Συνήθως οι άνθρωποι δεν έχουν επίγνωση για τις υποθέσεις που κάνουν ή τις προσδοκίες που έχουν μέχρι τη στιγμή που τις βιώνουν. Επιπρόσθετα, η αντιλαμβανόμενη εμπειρία μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι διαφορετική σε διαφορετικές στιγμές (ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια). Αυτό το γεγονός, διαφοροποιεί, με τη σειρά του, τη γενική ή διαρκή αντίληψη της ποιότητας για την παρεχόμενη υπηρεσία. Κατά συνέπεια, η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια του ασθενούς μέσα στα πλαίσια αυτού του υποδείγματος είναι μια δυναμική λειτουργία που αφορά τη σχέση μεταξύ ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ορίζει ως ποιότητα το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους (International Organization for Standardization, 1990). Μέσα από αυτό τον ορισμό διαφαίνεται ο ρόλος του χρήστη των υπηρεσιών ως κεντρικός για τον καθορισμό της ποιότητας, ρόλος ο οποίος πρόσφατα αναγνωρίσθηκε. Μέχρι πρότινος, ακριβώς επειδή ο τομέας της υγείας είναι εντάσεως εργασίας, κυριαρχούσε η τάση να καθορίζει το υγειονομικό προσωπικό τον όρο ποιότητα, ερήμην των ασθενών (Ghobadian et al., 1994; Ραφτόπουλος & Θεοδοσοπούλου, 2001).

Οι αξιολογήσεις των χρηστών των υπηρεσιών χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο ως δείκτες της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Calnan, 1988). Η υψηλής ποιότητας φροντίδα απαιτεί τη σύγκλιση των αντιλήψεων τόσο αυτών που παρέχουν τη φροντίδα όσο και αυτών που τη λαμβάνουν.

Οι Steven et al. (2006) σε έρευνα που έκαναν για να διαπιστώσουν τυχόν διαφορές στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταξύ

των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, διαπίστωσαν ότι οι διαφορές αυτές ήταν πολύ μικρές. Αντίθετα σημαντική απόσταση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της ποιότητας της φροντίδας που οι ασθενείς παρατηρούσαν ότι ελάμβαναν και της ποιότητας της φροντίδας που θα επιθυμούσαν να λάβουν. Στην περαιτέρω διερεύνηση αυτής ακριβώς της διαφοράς, καταλήγει ο ερευνητής, θα πρέπει να επικεντρωθούν οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση των χρηστών και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν βασικές εκροές της φροντίδας υγείας (Donabedian, 1988). Σύγχρονες προσεγγίσεις τοποθετούν το χρήστη ως βασικό ρυθμιστή της στρατηγικής για τη διοίκηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Hasin - Seeluangawat -Shareef, 2001). Σταδιακά διαμορφώνεται μια κοινή αντίληψη -στην επιστημονική κοινότητα και μεταξύ των επαγγελματιών (scientific and professional consensus)- ότι ο χρήστης των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελεί το κυρίαρχο σημείο στήριξης. Στη βιβλιογραφία που αναφέρεται στην ποιότητα και στο marketing, οι συγγραφείς συμφωνούν ότι η ικανοποίηση και η κάλυψη των προσδοκιών του χρήστη αποτελούν θεμελιώδη ζητήματα για τη βιωσιμότητα οποιουδήποτε οργανισμού (Gale, 1994; Zeithaml, 1998). Διαπιστώνεται μάλιστα στενή σχέση της διοίκησης της ποιότητας με την πολιτική marketing του ιδιωτικού νοσοκομείου. Το marketing αφορά σε όλες τις λειτουργίες της διοίκησης ενός ιδιωτικού νοσοκομείου και γι' αυτόν τον λόγο εντάσσεται στον οργανισμό ως μια πολύπλευρη προσέγγιση «εμπορικής επιδεξιότητας» (Κωσταγιόλας και συν., 2005).

Η στρατηγική marketing φαίνεται, κατά βάση, ότι σχετίζεται περισσότερο με τον ιδιωτικό τομέα παρά με τους δημόσιους οργανισμούς. Μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν στη μέτρηση της ποιότητας έχουν από καιρό καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Lin -Kelly, 1995) και αποτελούν επίκαιρα ερευνητικά αντικείμενα σε διεθνές επίπεδο (Ovretveit, 2000). Στον Ελληνικό χώρο, έχουν γίνει αξιολογες προσπάθειες για την ανάπτυξη μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών (Grigoroudis -Siskos, 2002; Athanasopoulos -Gounaris -Stathakopoulos, 2001) καθώς και για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας

(Angelopoulou -Kangis -Babis, 1998; Merkouris et al., 1999; Mousmoutzoglou et al., 2000; Niakas, 2003). Παρά την προαναφερθείσα σημαντική προσπάθεια, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς προσεγγίσεις βασισμένες στη διάψευση των προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η «ποιότητα των υπηρεσιών» (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών των χρηστών. Η προσέγγιση αυτή αποτελεί και μια μορφή ιδιότυπης στρατηγικής management, που στη βιβλιογραφία (Robledo, 2001), ονομάζεται «διοίκηση προσδοκιών» (expectations management).

1.3. Η σημασία της έννοιας προσδοκίας

Η «προσδοκία» αποτελεί σύνθετη και δυναμική έννοια (Harvey, 1998), που ορίζεται στο πλαίσιο δύο κυρίαρχων τάσεων. Σύμφωνα με την πρώτη, οι προσδοκίες αφορούν στις προβλέψεις του χρήστη για την υπηρεσία, ενώ σύμφωνα με τη δεύτερη, οι προσδοκίες αφορούν στις εκτιμήσεις του χρήστη για το επίπεδο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει ο παραγωγός (Parasuraman -Zeithaml -Berry, 1998). Δηλαδή η έννοια «προσδοκία» χρησιμοποιείται, σε γενικές γραμμές, με δύο τρόπους, διακριτά ή συνδυαζόμενα (Parasuraman -Berry -Zeithaml, 1991): (α) «τι περιμένουν οι χρήστες να συναντήσουν...» (Oliver, 1996) και (β) «τι θα ήθελαν οι χρήστες να συναντήσουν...». Σύμφωνα με το δεύτερο ορισμό, οι χρήστες, όταν πρόκειται για «ευαίσθητες» υπηρεσίες, όπως αυτές της υγείας, έχουν την τάση να αξιολογούν με το μέγιστο δυνατό βαθμό της κλίμακας το επίπεδο των προσδοκιών τους (Tomes -Chee Peng Ng, 1995). Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια, για τον ορισμό της «προσδοκίας» ακολουθείται η προσέγγιση (Camilleri -O' Callaghan, 1998; Robinson, 1999; Robledo, 2001; Lim Pch-Tang Nelson, 2000) σύμφωνα με την πρώτη άποψη παραπάνω.

Οι προσδοκίες του χρήστη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών και παραγόντων (Camilleri -O' Callaghan, 1998; Robinson, 1999; Robledo, 2001;

Lim Pch-Tang Nelson, 2000; Lewis -Mitchell, 1990; Liljander -Strandvik, 1994; Rose -Uli -Abdul -Ng, 2004) που συνοψίζονται ως ακολούθως:

-Προηγούμενες εμπειρίες του χρήστη από την υπηρεσία,
 -Υποδείξεις τρίτων (ιατρών, συγγενών, φίλων, και άλλων εμπλεκόμενων μερών),

-Παράγοντες που αφορούν στην επικοινωνία (άμεση και έμμεση) του χρήστη με την υπηρεσία,

-Προσωπικές ανάγκες στα πλαίσια του συστήματος αξιών των χρηστών, δημογραφικά -κοινωνικά -οικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών,

-Συνολική στάση των χρηστών προς την κεντρική εξουσία ή το κέντρο λήψης των αποφάσεων. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται το υγειονομικό σύστημα, κυρίως μέσω του θεσμικού ρόλου των αρμόδιων δημόσιων υπηρεσιών και της τοπικής αυτοδιοίκησης. '

Σχεδιάγραμμα: Σχηματοποιημένη αποτύπωση προσδιοριστικών παραγόντων διαμόρφωσης των προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Προσωπικές εμπειρίες χρήστη υπηρεσιών υγείας	Προγενέστερη εμπειρία χρήστη υπηρεσιών υγείας	Υποδείξεις τρίτων -γιατρών και άλλων εμπλεκόμενων στο ΕΣΥ	Άμεση και έμμεση επικοινωνία χρήστη - παραγωγού
--	---	---	---



Διαμόρφωση προσδοκιών χρήστη υπηρεσιών υγείας



Κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, σύστημα αξιών του χρήστη	Συνολική στάση χρήστη προς το ΕΣΥ και τα κέντρα λήψης αποφάσεων
--	---

1.4. Ικανοποίηση (*satisfaction*) έναντι «ποιότητα υπηρεσιών» (*Servqual*)

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία για τη μέτρηση της ικανοποίησης (*satisfaction*) των χρηστών καθώς και τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών (*service quality*, *SERVQUAL*), δεν φαίνεται να υπάρχει συμφωνία μεταξύ τους (Brady -Cronin -Brand, 2002) και παρουσιάζονται θεωρητικές προσεγγίσεις με ενδιαφέρουσες αλλά αντικρουόμενες θέσεις (Douglas -Connor, 2003). Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικές διαφορές σύμφωνα με τη διάκριση που πρότειναν, μεταξύ άλλων, οι Robinson και Robledo (Robledo, 2001).

Η προσέγγιση που βασίζεται στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών θεωρεί ότι η μέτρηση των προσδοκιών αποτελεί πληροφορία που δεν σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα. Η ικανοποίηση αποτελεί γνωστική κατάσταση -έπεται της υλοποίησης της υπηρεσίας- και διαμορφώνεται από την ποιότητα των υπηρεσιών. Εμπεριέχει δε το σύνολο των επιμέρους πληροφοριών, όπως την εκπλήρωση των αναγκών (εκφρασμένων και συνεπαγόμενων), την αντιλαμβανόμενη απόδοση, την αντιλαμβανόμενη αξία των υπηρεσιών, καθώς και την αξιολόγηση του οφέλους από τις υπηρεσίες. Συνολικά, σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η ποιότητα έχει ως αποτέλεσμα το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη ύστερα από ολική αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας (Andaleeb, 1998). Άλλες προσεγγίσεις σε αυτήν την κατεύθυνση είναι εκείνη της «απόδοσης της υπηρεσίας» (*SERVPERF*), που θεωρεί ότι η ποιότητα είναι ισοδύναμη με την αντιλαμβανόμενη από τον χρήστη απόδοση της υπηρεσίας (*service quality=perceived performance*), και η προσέγγιση του Teas (Teas, 1993), που σταθμίζει με βαρύτητες σημαντικότητας το μοντέλο *SERVPERF* (*service quality=perceived importance x perceived performance*).

Διαφορετική της παραπάνω είναι η προσέγγιση που βασίζεται στις προσδοκίες (*expectation*) και στη διάψευση των προσδοκιών (*disconfirmation approaches*) των χρηστών των υπηρεσιών. Διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο σε αυτή την κατεύθυνση είναι το μοντέλο «ποιότητα υπηρεσίας»

(SERVQUAL), που αναπτύχθηκε από τους Parasuraman et al (Parasuraman – Zeithaml –Berry, 1998; Parasuraman –Berry –Zeithaml, 1991; Parasuraman – Zeithaml –Berry, 1985). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η ποιότητα των υπηρεσιών (service quality, SQ) ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων (perceptions, P) και προσδοκιών (expectations, E), $SQ=P-E$. Παρά το γεγονός ότι έχουν διατυπωθεί διαφορετικές απόψεις, εντός της συγκεκριμένης προσέγγισης (Liljander –Strandvik, 1997), θεωρείται ότι ο χρήστης αντιλαμβάνεται την «υψηλή ποιότητα» όταν η αντιλαμβανόμενη απόδοση ξεπερνάει τις προσδοκίες του. Άλλη γνωστή μεθοδολογία, σχετική με την προσέγγιση της διάψευσης των προσδοκιών, είναι το μοντέλο του Oliver (Oliver, 1996). Με τη μια ή την άλλη μορφή, η έννοια της «προσδοκίας» σταδιακά ενσωματώνεται στις επιστημονικές προσεγγίσεις για τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Perkins, 1993; Donaldson, 1995).

2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι παράγοντες οι οποίοι σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία σχετίζονται με την ικανοποίηση που εκφράζουν οι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας.

2.1. Ο σκοπός των ερευνών ικανοποίησης

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της έρευνας υπηρεσιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο γύρω από το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των φροντίδων (quality assurance). Ένας συνηθισμένος πλέον τρόπος διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως προαναφέραμε παραπάνω, συνίσταται στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών (patient's satisfaction) και στην εκτίμηση της στάσης τους απέναντι στους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες υγείας (consumer attitudes).

Οι σχετικές έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν πολλαπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα της αποτύπωσης της γνώμης των χρηστών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, μπορούν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της

διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Κυριόπουλος -Γεωργούση -Γεννηματά, 1994). Στη χώρα μας, οι έρευνες της βασικής αυτής παραμέτρου των υπηρεσιών υγείας δεν έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου και παρά τη γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας, οι όποιες προσπάθειες δε λαμβάνονται υπόψη στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Σημειώνεται πως ένα χαρακτηριστικό των ερευνών γύρω από την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας, είναι η διαφορετική μεθοδολογία η οποία ακολουθείται, γεγονός που σημαίνει, αφενός, ότι τα αποτελέσματα ποικίλουν και, αφετέρου, ότι η συγκέντρωση των συμπερασμάτων που προκύπτουν από διαφορετικές προσεγγίσεις, μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας. Πάντως, με δεδομένο ότι κατά κύριο λόγο η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών, το προφίλ των φορέων υγείας και τις εμπειρίες από την παραμονή τους σε αυτούς, γίνεται αντιληπτό πως η δυνατότητα ανάπτυξης κοινών μεθοδολογικών εργαλείων για τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι εξαιρετικά αμφίβολη (Κυριόπουλος και συν., 1994).

Παρόλα αυτά, οι βασικές παράμετροι που πρέπει να εξετάζονται κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και που συνήθως εφαρμόζονται στις περισσότερες έρευνες είναι (Ware -Davies -Avery -Stewart, 1978):

- η κατάρτιση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας,
- η υποδομή της περίθαλψης (συνθήκες διαμονής και ξενοδοχειακό περιβάλλον),
- η προσπέλαση -πρόσβαση στις υπηρεσίες,
- το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας,
- το φυσικό περιβάλλον,
- η διαθεσιμότητα,
- η διάρκεια,
- τα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, σημειώνεται πως σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα των ερευνών αυτού του είδους ασκούν και μια σειρά από παράγοντες

ανεξάρτητους με την παρεχόμενη φροντίδα, όπως οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών, ο χρόνος σύνταξης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, οι παρεμβάσεις και οι απόψεις των συγγενών των ασθενών, κλπ. (Σουλιώτης - Παπανικολάου -Κυριόπουλος, 2003). Ανεξάρτητα πάντως από τις μεθοδολογικές δυσκολίες, είναι δεδομένη η χρησιμότητα τέτοιων ερευνών, ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου κυριαρχούν οι απόψεις που τονίζουν την αναγκαιότητα για συμμετοχή ή ακόμη και κυριαρχία του ασθενή (patient sovereignty) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω εξελίξεων και με δεδομένη την αναγκαιότητα για την άρση της παθητικής θέσης και της εξάρτησης του ασθενή από τους παραγωγούς -προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, θα επιχειρήσουμε στα πλαίσια της έρευνας αυτής να αποτυπώσουμε την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες, θεωρώντας πως το στοιχείο αυτό αποτελεί βασική πληροφόρηση -παράμετρο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Δεν υπάρχει κάποιο ερευνητικό εργαλείο που να μετράει την ποσότητα της φροντίδας την οποία δικαιούται κάποιος (Lagergren & Johansson, 1998). Αυτός είναι ένας λόγος που στον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερος σημασίας να μετράει κανείς την υποκειμενική γνώμη για την επίδραση που έχουν οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Παρόλο που η σπουδαιότητα της αξιολόγησης της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών είναι ευρέως αποδεκτή, ο σκοπός για τον οποίο γίνονται αυτές οι έρευνες μπορεί να διαφέρει και η ικανοποίηση να κριθεί:

-Ικανοποίηση ως αποτέλεσμα,

-Ικανοποίηση ως ένδειξη για την ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών.

Η ικανοποίηση και ιδιαίτερα οι μεταβολές της στη διάρκεια του χρόνου είναι ένα μετρήσιμο αποτέλεσμα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και η μέτρηση της ικανοποίησης είναι μια υποκειμενική αξιολόγηση και μπορεί μόνο μερικώς να αντανακλά τη θετική ή αρνητική επίδραση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και το γεγονός ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται και από πλείστους άλλους παράγοντες, μερικούς από αυτούς άσχετους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, δεν πάει να

αποτελεί έναν ελκυστικό δείκτη. Αντιπροσωπεύει τον πιο άμεσο τρόπο αξιολόγησης της επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε σύγκριση με άλλους δείκτες όπως η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τον οποίο καθορίζονται οι πρακτικές βελτίωσης προσφοράς των υπηρεσιών.

2.2. Συνιστώσες της ποιότητας

Επτά συνιστώσες της ποιότητας ταυτοποιήθηκαν στη βιβλιογραφία, οι οποίες ήταν: η συνέχεια, η αξιοπιστία, η ελαστικότητα, η επικοινωνία, η συμπεριφορά του προσωπικού, οι γνώσεις και οι δεξιότητες και η εμπιστοσύνη (Qureshi et al., 2001). Η αξιοπιστία, η συμπεριφορά του προσωπικού και η ελαστικότητα είναι οι πιο σημαντικές συνιστώσες για τους χρήστες καθώς είναι οι πρώτες στις οποίες αναφέρονται όταν ερωτηθούν για το τι σημαίνει για τους ίδιους ποιοτικές υπηρεσίες. Η εμπιστοσύνη είναι επίσης σημαντική για τους χρήστες και συνδέεται άμεσα με την αξιοπιστία (Netten et al., 2004).

Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και την Αμερική κατά τη δεκαετία του '60 συμπεριλάμβαναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Στη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit). Τη δεκαετία του '80 η Διασφάλιση της Ποιότητας (Quality Assurance) ήταν η επιλογή που όλοι προτιμούσαν και η οποία προωθήθηκε έντονα. Τη δεκαετία του '90 οι τάσεις των επιχειρήσεων και των βιομηχανικών οργανισμών στρέφονται γύρω από την Διαχείριση Ολικής Ποιότητας. Σήμερα, οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και ορίζουν την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών.

Η ουσιαστική φύση κάθε εξέλιξης είναι να διατηρεί τα πλεονεκτήματα κάθε προσέγγισης και να βελτιώνει τα μειονεκτήματα. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας βασίζεται στα πλεονεκτήματα των σύγχρονων μεθόδων και καλύπτει τα υπάρχοντα κενά ανάμεσα στη θεωρία και την πράξη.

Συγκεκριμένα, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας:

- α) βοηθά έναν οργανισμό να ξεκαθαρίσει και να εστιάσει την προσοχή του στην εκπλήρωση του σκοπού του,
- β) τονίζει το ρόλο-κλειδί των πελατών στον προσδιορισμό της ποιότητας,
- γ) κεντρίζει τον τρόπο σκέψης ώστε το τυχόν χάσμα που χωρίζει τμήματα και επαγγελματικές ομάδες στους περισσότερους οργανισμούς υγείας να καθίσταται όσο το δυνατόν μικρότερο,
- δ) υπενθυμίζει ποιες διαδικασίες πρέπει να διεξάγονται προκειμένου να παραχθούν τα επιτευχθέντα αποτελέσματα,
- ε) παρέχει μεθόδους καλύτερης επίτευξης της φυσικής επιθυμίας να ενταχθεί η καλή φροντίδα στην καθημερινή εργασία των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, και
- στ) υπενθυμίζει ότι τα περισσότερα προβλήματα προκαλούνται από διαδικαστικές αδυναμίες σε αντίθεση με την υπάρχουσα τάση να αποδίδονται ευθύνες σε τρίτους.

2.2.1. Διοίκηση ολικής ποιότητας (*total quality management*)/ Συνεχής βελτίωση Ποιότητας (*continuous quality improvement*)

Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια φιλοσοφία, ένα σύνολο αρχών που αποτελούν τη βάση της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας του οργανισμού. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας συνθέτει τις θεμελιώδεις αρχές του management, τις προσπάθειες βελτίωσης καθώς και τα τεχνικά όργανα που έχουν ως στόχο την αύξηση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών. *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management-TQM) είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμφυτου και άψυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος.* Η ολική ποιότητα είναι μια πολύ ευρύτερη έννοια η οποία δεν περικλείει μόνο την πλευρά των αποτελεσμάτων, αλλά και την ποιότητα των ανθρώπων και των διαδικασιών.

Στην απλούστερη μορφή της ασπάζεται την ιδέα της δημιουργίας μιας οργανωτικής κουλτούρας με έμφαση στην ενδυνάμωση των υπαλλήλων, έτσι ώστε να μετακινηθεί η αναγνώριση, ανάλυση και αντιμετώπιση του προβλήματος όσο το δυνατό πιο κάτω στην οργανωτική ιεραρχία. Είναι μια διαδικασία διαρκούς προγραμματισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης των δομών, των συστημάτων, των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων που εξασφαλίζουν την ποιότητα.

Συμπληρώνοντας τη φιλοσοφία αυτή, η *Συνεχόμενη Βελτίωση Ποιότητας* (*Continuous Quality Improvement-CQI*) τονίζει ότι οι οργανισμοί χρειάζονται συνεχώς ευκαιρίες να επαυξήσουν την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών τους, που με την εφαρμογή της στατιστικής ανάλυσης και των τεχνικών ελέγχου θα διευκολύνουν τις διαδικασίες αξιολόγησης και ανάπτυξης (Juran, 1998). Η νοοτροπία του «αν δεν είναι χαλασμένο, μην το φτιάχνεις», μετατράπηκε στο «ακόμα κι αν δεν είναι χαλασμένο, μπορεί και πάλι να βελτιωθεί» (Crosby, 1979). Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2000) ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση». Η JCAHO καθόρισε 10 παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας:

Καταλληλότητα (Appropriateness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.

Διαθεσιμότητα (Availability): ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται.

Συνέχεια (Continuity): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.

Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Δραστικότητα (Efficacy): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αποδοτικότητα (Efficiency): η αναλογία των αποδόσεων (αποτέλεσμα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.

Σεβασμός και φροντίδα (Respect and caring): ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

Ασφάλεια (Safety): ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και άλλους, συμπεριλαμβανομένου και τον παρέχοντα τη φροντίδα υγείας.

Επικαιρότητα (Timeliness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει ένας παγκόσμια κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά όλοι οι παραπάνω επιχειρούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. Η ποιότητα λοιπόν μπορεί να οριστεί ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα στο γεγονός ότι αυτό που θεωρείται ποιότητα μπορεί να αλλάξει προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του χρήστη. Τα ατομικά στοιχεία του ορισμού αυτού είναι το στοιχείο της δυναμικής κατάστασης και αναφέρεται και συχνά αλλάζει καθώς περνά ο καιρός και οι συνθήκες μεταβάλλονται. Το στοιχείο των προϊόντων, των υπηρεσιών, των ανθρώπων, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος είναι σημαντικό. Τονίζει ότι η ποιότητα δεν εφαρμόζεται μόνο στα προϊόντα και στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται, αλλά και στους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται (Παπανικολάου, 2007).

2.3. Χαρακτηριστικά των χρηστών που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες

Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία που στοιχειοθετούν την άποψη ότι μια σειρά από παράγοντες όπως η κακή κατάσταση της υγείας, η ικανοποίηση από τη ζωή γενικότερα, η μόρφωση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι προηγούμενες προσωπικές ή ακόμα και του συγγενικού και κοινωνικού περιβάλλοντος εμπειρίες επιδρούν στον τρόπο που οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απαντούν σε διάφορες έρευνες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες (Bauld et al., 2000).

3. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα, από τη δεκαετία του '80 και μετά, χαρακτηρίζεται από σημαντική μεγέθυνση των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων και σηματοδοτείται από δύο αντίθετες προέλευσης και προσανατολισμού μεταρρυθμίσεις. Συγκεκριμένα, κατά την περίοδο της διεύρυνσης του κοινωνικού κράτους επιχειρήθηκε η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με βάση τη φιλοσοφία της συλλογικής κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, ενώ στη συνέχεια στα πλαίσια της φιλελεύθερης διοίκησης, χαρακτηρίζεται από μια στροφή προς την εισαγωγή ενός μεικτού ανταγωνιστικού υγειονομικού τομέα, ο οποίος βασίζεται στη διαχείριση μέσω ιδιωτικοοικονομικών τεχνικών (Κυτιοπουλος -Tsalikis, 1993) τάση η οποία απεδείχθη ισχυρή σε ολόκληρη τη μετέπειτα περίοδο.

Στον πυρήνα της αποκρατικοποίησης -ιδιωτικοποίησης του υγειονομικού τομέα στη διάρκεια της δεκαετίας του '90, αναδύονται «νέες» ιδεολογίες, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο ως υπεύθυνο για την υγεία του μέσω των «ελεύθερων» επιλογών του, ενοχοποιείται για τις οποιοσδήποτε αρνητικές επιπτώσεις και ως εκ τούτου έχει την ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως, σταδιακά εμφανίζεται μια προσπάθεια μεταλλαγής του πυρήνα της κοινωνικής πολιτικής -η αρχή της καθολικότητας- προς την κατεύθυνση της επιλεκτικότητας των πληθυσμών -

στόχων και των παροχών της υγειονομικής πολιτικής. Στα πλαίσια αυτά, η εκδοχή της αποκρατικοποίησης του υγειονομικού τομέα στηρίχθηκε στη «νομιμοποίηση» της συρρίκνωσης του Κράτους Πρόνοιας, εξαιτίας της δημοσιονομικής κρίσης, της υποχρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, της διοικητικής δυσκαμψίας και της πολιτικής αμφιθυμίας, αναφορικά με τη δομή και το χαρακτήρα της αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών.

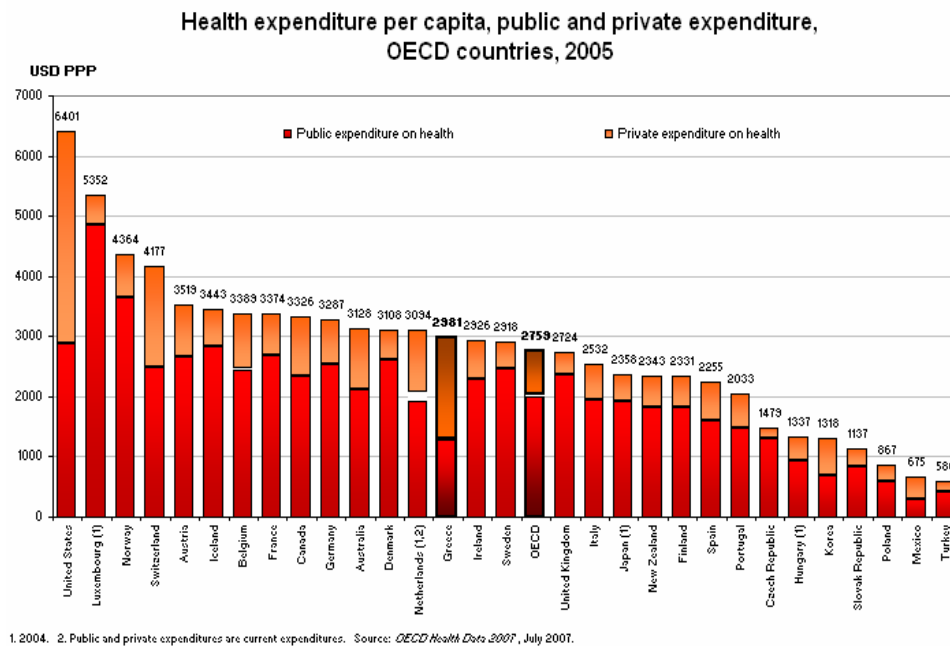
Είναι γνωστό ότι τόσο σε επίπεδο δαπανών, όσο και σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας, ο ιδιωτικός τομέας έχει διαχρονικά έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο ο οποίος οφείλεται σε ιστορικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας ενισχύεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια κυρίως μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, με την ψήφιση του σχετικού νόμου 1397/83, με κύριο χαρακτηριστικό την εισαγωγή και διάχυση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και τη διόγκωση των επενδύσεων, σε μια προσπάθεια ελέγχου μεγάλου τμήματος της αγοράς. Τα τελευταία χρόνια στα πλαίσια του έντονου ανταγωνισμού, πρωτοστατεί η τάση καθετοποίησης των υπηρεσιών από συγκεκριμένους ισχυρούς παράγοντες, σε συνδυασμό με την προσπάθεια μεταστροφής της χρηματοδοτικής βάσης προς την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει αποτελέσματα, δεδομένου ότι η ιδιωτική δαπάνη αποτελείται κυρίως από άμεσες πληρωμές και παραπληρωμές (Κυττιοπουλος et al, 2000 a).

Την ίδια στιγμή, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και παρουσιάζουν συνεχώς αυξητικές τάσεις, με αποτέλεσμα να υπολογίζεται πως αποτελούν το 53% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αύξηση της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στην ανοικτή πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπου η παρουσία του δημόσιου τομέα είναι λυμφατική (Κυττιοπουλος et al, 2000 b). Το ύψος βέβαια των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι άμεσα εξαρτώμενο και από την εκτεταμένη πλέον δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας και περισσότερο από τη διόγκωση της ζήτησης ιδιαίτερα για

πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς από το δημόσιο τομέα (Sissouras -Karokis -Mossialos, 1999).

Ανάμεσα στο 2000-2005, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανά κάτοικο αυξήθηκαν, σε πραγματικούς όρους, κατά 5,6% ανά έτος κατά μέσο όρο, αύξηση μεγαλύτερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (4,3%). Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης για την υγεία σε ό,τι αφορά όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός αυτές της Ελλάδας, του Μεξικό και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπως φαίνεται και από το γράφημα 1 παρακάτω.

Γράφημα 1, Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, δημόσιες και ιδιωτικές στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Τα προβλήματα αυτά, δεν αναιρούν τη σημαντική προσφορά του ιδιωτικού τομέα υγείας, ο οποίος συμβάλλει στην αναζωπύρωση της ευρύτερης υγειονομικής αγοράς και παράλληλα παρέχει υπηρεσίες οι οποίες σύμφωνα με εμπειρικές εκτιμήσεις προσδίδουν σημαντική ικανοποίηση στους χρήστες. Εξίσου σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι η δραστηριοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων στο χώρο της υγείας, γίνεται τις περισσότερες φορές με

όρους που προσδίδουν υψηλή αποδοτικότητα και παράλληλα οργανωτική και διαχειριστική ευελιξία.

Υπό την έννοια αυτή, το δημόσιο υγειονομικό σύστημα μπορεί να αντλήσει σημαντικά στοιχεία και εμπειρίες από τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να επιτύχει βελτίωση της σχέσης κόστους -αποτελεσματικότητας και να διατηρήσει την καθολικότητα και την πληρότητα των υγειονομικών παροχών. Η προσπάθεια αυτή αφορά στην εισαγωγή «ανταγωνιστικών» τεχνικών και στη δημιουργία «εσωτερικής αγοράς» στον υγειονομικό τομέα, με την θέσπιση κριτηρίων ορθολογικής και αποδοτικής χρήσης των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.

Είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι τα μέτρα αυτά σχετικά με την εισαγωγή ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων στον υγειονομικό τομέα συνιστούν μια ενδιαφέρουσα για την χώρα μας προοπτική, με την προϋπόθεση ότι έχουν υπερβεί το κλασικό δίλημμα κράτος ή αγορά και αποβλέπουν στην εγκατάσταση σχεδιασμένων αγορών με μια σειρά οργανωτικών και χρηματοδοτικών καινοτομιών.

Εξάλλου, το βασικό πρόβλημα του υγειονομικού τομέα είναι η υποχρηματοδότηση και η υψηλή ιδιωτική δαπάνη όπως δείχνουν τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (OECD, 2000) ενώ η ιατρική αποτελεσματικότητα και η αποδοτική χρήση των πόρων κυμαίνονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, σύμφωνα με τους αντίστοιχους δείκτες στην παγκόσμια κατάταξη (WHO 2000). Υπό το πρίσμα αυτό, η αποκλίνουσα πορεία δημόσιου και ιδιωτικού υγειονομικού τομέα - δεδομένης της υψηλής συνασφάλισης- αποτελεί μείζον πρόβλημα της εθνικής υγειονομικής πολιτικής, η άρση του οποίου είναι επείγουσα και επιτακτική.

Από την άλλη πλευρά, η αποκατάσταση των τιμών στα πραγματικά επίπεδα και η εναρμόνιση της επενδυτικής δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα κάτω από ένα αυστηρό πλαίσιο αρχών και κανόνων στα πλαίσια του εθνικού υγειονομικού σχεδιασμού, μπορεί να συμβάλλει στην προάσπιση των συμφερόντων των καταναλωτών και στη συμπληρωματικότητα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Η τελευταία, συνιστά μια ελκυστική προοπτική, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην επίλυση του χρηματοδοτικού προβλήματος

και στη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων φροντίδων, με την προϋπόθεση όμως ότι επιτυγχάνεται και προσδιορίζεται στα πλαίσια μιας σύγχρονης, παρεμβατικής εθνικής πολιτικής υγείας (Κυριόπουλος, 2000).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, η οποία συνοδεύεται από την επένδυση σημαντικών κεφαλαίων, που κατά κύριο λόγο επενδύονται στη ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες και συνεπώς στη δημιουργία προοπτικών για σημαντικά κέρδη.

Χωρίς μάλιστα κεντρικά σχεδιασμένη πολιτική ιδιωτικοποιήσεων, η αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, οφείλεται στο γεγονός ότι η ζήτηση που δεν καλύπτεται από το δημόσιο τομέα, καλύπτεται όλο και περισσότερο, από τον ιδιωτικό. Δεν παρατηρείται δηλαδή υποκατάσταση της δημόσιας από την ιδιωτική παροχή, αλλά απλώς σταδιακή είσοδος περισσότερων ιδιωτικών φορέων στο χώρο.

Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια του κλάδου της υγείας στα πλαίσια της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία αποτελεί μια πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης για τους συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγχρόνως, διαφαίνεται η τάση εισόδου ορισμένων ασφαλιστικών εταιριών στο χώρο της περίθαλψης, η οποία εκτιμάται ότι θα επιφέρει σημαντικές ανακατατάξεις στον κλάδο, με την δημιουργία κλειστών αγορών (προσφορά και ζήτηση).

3.1. Η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Τα δεδομένα στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκαν μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, οδήγησαν τους προσανατολισμούς του ιδιωτικού τομέα υγείας κατά κύριο λόγο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Προς την κατεύθυνση αυτή συνέβαλε κατ' αρχάς η

αδυναμία προσαρμογής του δημόσιου τομέα στα νέα δεδομένα τα οποία δημιουργήθηκαν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συντελέστηκε μετά τα μέσα της δεκαετίας του '80. Αντίθετα, η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία συγκεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος προσαρμόστηκε με ταχείς ρυθμούς στις τεχνολογικές εξελίξεις και με κίνητρο την διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και κατ' επέκταση τα υψηλά προσδοκώμενα ποσοστά κερδοφορίας, επεκτάθηκε σημαντικά κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής (Μπέσης, 1993).

Επιπρόσθετα, ο προσανατολισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διαγνωστικές υπηρεσίες οφείλεται και στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε από το κράτος μετά τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ ως προς την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή φροντίδα - σημειώνουμε ότι η περιοριστική πολιτική γύρω από την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν εξαντλείται στα πλαίσια του Ν. 1397/83, σύμφωνα με τον οποίο απαγορευόταν η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών (ΦΕΚ. 143, 7/10/1983, άρθρο 6), αντίθετα, ενώ με το Π.Δ. 517/91 η παραπάνω διάταξη καταργήθηκε, δεν μπορούμε να πούμε πως άνοιξε ο δρόμος για την δραστηριοποίηση επιχειρηματικών φορέων στην παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού ο ίδιο διάταγμα, έθετε αυστηρότατους περιορισμούς και προϋποθέσεις -ιδιαίτερα ως προς τις κτιριακές εγκαταστάσεις- στις ήδη υπάρχουσες ιδιωτικές κλινικές (ΦΕΚ 202, 24/12/1991), πολλές από τις οποίες σταμάτησαν να δραστηριοποιούνται μη μπορώντας να αναπροσαρμοστούν σύμφωνα με τις νέες προδιαγραφές- και αφετέρου στο υψηλό κόστος κατασκευής και εξοπλισμού που συνεπάγεται η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων.

Εξαιρέση αποτελούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια, στα οποία παρατηρείται μια τάση ολιγοπόλησης της αγοράς και μια έντονη επενδυτική δραστηριότητα, καθώς εκτός από την παροχή γυναικολογικών και μαιευτικών υπηρεσιών, επεκτείνονται και στην παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών, με την ίδρυση σύγχρονων εργαστηριακών τμημάτων. Αξιοσημείωτη επίσης είναι και η παρατηρούμενη τα τελευταία χρόνια τάση

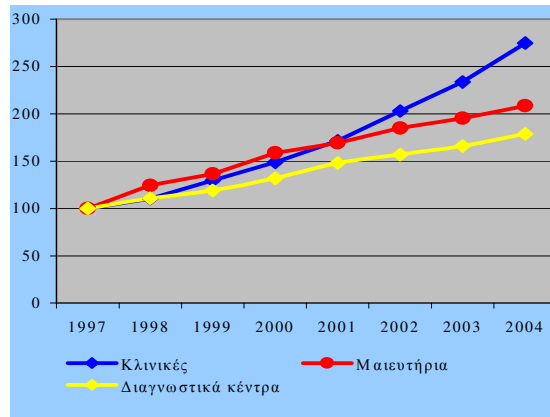
μονοπόλωσης της ιδιωτικής νοσοκομειακής αγοράς από μεγάλες μονάδες που εξαγοράζουν τις μικρότερης εμβέλειας κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να προβούν σε επενδύσεις για τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το μακροπρόθεσμο χαρακτήρα μιας τέτοιας επένδυσης και με τις ιδιαίτερα χαμηλές τιμές που προβλέπουν για το ημερήσιο νοσήλιο οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, καθιστούν μη ελκυστική την εμπλοκή ιδιωτών στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Όπως φαίνεται και από το γράφημα 2, η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-

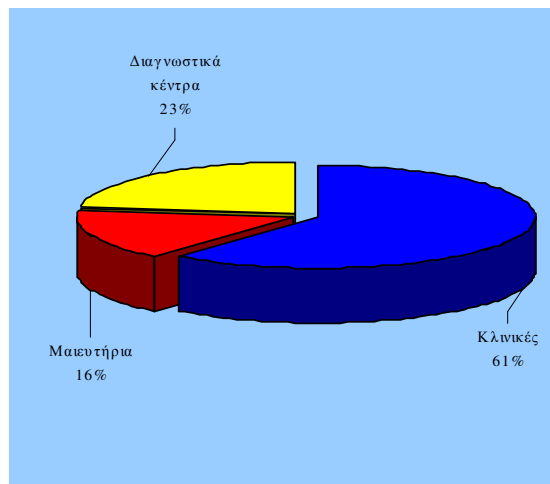
2004 με ετήσιο ρυθμό 12,9%, σύμφωνα με την κλαδική μελέτη της ICAP από τη Διεύθυνση Μελετών Οικονομικών Περιβάλλοντος του 2005.

Ειδικότερα κατά κατηγορία, την μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών



κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,5% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών με ετήσιο ρυθμό αύξησης 11,1%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,7.

Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς, το οποίο και εκτιμάται στο 61% για το 2004, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 16%. Το υπόλοιπο της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. *Γράφημα 3.*



Οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούν μια παράδοση στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην πορεία της εξέλιξης τους, μετατράπηκαν από μικρές μονάδες με 20-50 κλίνες μίας ή και περισσότερων ειδικοτήτων, σε μεγαλύτερες μονάδες δυναμικότητας άνω των 100 κλινών, οι οποίες συνήθως προέκυπταν από συνεργασίες ομάδων ιατρών -σημειώνουμε ότι ήδη από την δεκαετία του '30 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας περισσότερες από 70 ιδιωτικές κλινικές όλων των ειδικοτήτων. Σήμερα, η πλειονότητα των ιδιωτικών κλινικών έχουν δυναμικότητα 41-100 κλίνες, ενώ σχετικά υψηλός είναι και ο αριθμός των κλινικών με δυναμικότητα άνω των 100 κλινών.

Η ραγδαία αύξηση του κλάδου των ιδιωτικών κλινικών κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70 περιορίστηκε σημαντικά μετά το 1980, τόσο λόγω της ακολουθούμενης περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, όσο και εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα, όπου ο συνδυασμός του κλειστού νοσηλίου το οποίο καθιερώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70 και των χαμηλών τιμών του, οδήγησε σε συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα.

Συνοψίζοντας, η ελληνική αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, δεδομένης της συνεχούς αύξησης του αριθμού των ασφαλισμένων που καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Παράλληλα, η εν λόγω αγορά εμφανίζει τα τελευταία χρόνια σημάδια ολιγοπωλίου, με τη δημιουργία οργανωμένων διαγνωστικών κέντρων και μεγάλων νοσηλευτικών μονάδων, που τείνουν να αποκτήσουν χαρακτήρα πολυεθνικών επιχειρήσεων επεκτείνοντας τις δραστηριότητες τους στο εξωτερικό.

Εντούτοις, η μεγέθυνση του κλάδου τα τελευταία χρόνια δε συνοδεύτηκε από ένα θεσμικό πλαίσιο για τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας υγείας, τον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων ιδιωτικών κλινικών και την άσκηση ποιοτικού ελέγχου στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αποτέλεσμα του παραπάνω νομοθετικού κενού είναι η λειτουργία πολλών διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών κλινικών. Σημαντικά επίσης προβλήματα δημιουργούνται από την έλλειψη ρυθμιστικού πλαισίου για τον κλάδο της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου το ενδιαφέρον εστιάζεται στο ζήτημα του ιδιοκτησιακού καθεστώτος των διαγνωστικών κέντρων, δηλαδή εάν θα είναι ιδιοκτήτες οι επιχειρηματίες ή οι γιατροί ή και οι δύο και σε ποιο ποσοστό. Η απουσία μάλιστα νομοθετικής παρέμβασης προς την επίλυση του παραπάνω προβλήματος, έχει αποπροσανατολίσει τους εμπλεκόμενους φορείς από την ουσία του θέματος που είναι ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και έχει καταστήσει ως επίκεντρο του προβληματισμού, το ζήτημα του ιδιοκτησιακού καθεστώτος. Ανεξάρτητα πάντως από τον τρόπο διευθέτησης του τελευταίου ζητήματος, αυτό που σίγουρα είναι αναγκαίο να γίνει, είναι η θέσπιση κανόνων ελέγχου της λειτουργίας των διαγνωστικών κέντρων, κάτω από αυστηρές προδιαγραφές που θα καθοριστούν από το κράτος.

Τέλος, όσον αφορά στις μελλοντικές εξελίξεις, σημειώνουμε πως καταλυτικό ρόλο αναμένεται να διαδραματίσει η ραγδαία αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης και η προσπάθεια μεγάλων ασφαλιστικών εταιριών να δημιουργήσουν δικές τους μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή η κατεύθυνση προς την καθετοποίηση των υπηρεσιών, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την ευαισθητοποίηση των ασφαλιστικών εταιριών στο θέμα του κόστους, και την προσπάθεια μείωσης του, μέσα από τον έλεγχο των τιμών και τη βαθύτερη γνώση του αντικειμένου (παροχή υπηρεσιών υγείας).

Με δεδομένες τις παραπάνω εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας, είναι βέβαιο πως εάν ο κρατικός τομέας δεν αναλάβει το ρόλο που οφείλει να διαδραματίσει με τη ρύθμιση του θεσμικού πλαισίου, την αναβάθμιση των υποδομών και τη θέσπιση ποιοτικών ελέγχων, στο μέλλον θα δούμε λιγα ισχυρά επιχειρηματικά σχήματα να διαχειρίζονται ένα μεγάλο τμήμα του χώρου της υγείας.

Η ζήτηση και η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τόσο στη χώρα μας όσο και γενικότερα, αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές και πολιτιστικές μεταβολές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια, οι οποίες υπαγορεύουν έναν σύγχρονο τρόπο ζωής και συνθέτουν διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα. Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας -η οποία

συνέβαλε στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου μέσα από την προαγωγή της πρόληψης- σε συνδυασμό με την αστικοποίηση, τη μεταβολή στις παραγωγικές δομές και στη φύση της απασχόλησης και τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, δημιούργησε νέες ανάγκες υγείας. Ταυτόχρονα το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον επιδρά σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το επάγγελμα, οι οικογενειακές δομές κλπ., να θεωρούνται καθοριστικοί σε σχέση με την εκφρασμένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, θεωρείται πλέον δεδομένο πως τα άτομα υψηλού πολιτισμικού επιπέδου εκφράζουν ζήτηση κυρίως για προληπτικές -πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τα άτομα χαμηλότερου πολιτισμικού επιπέδου, τα οποία στρέφονται κυρίως προς τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Γείτονα -Κυριόπουλος -Κάραλης, 1997).

Εκτός από τους παραπάνω γενικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον όγκο αλλά και το επίπεδο της ζητούμενης φροντίδας υγείας, μπορούμε στην περίπτωση της χώρας μας να εντοπίσουμε και μια σειρά από ενδογενείς παράγοντες, που συντελούν στη διαμόρφωση των αναγκών υγείας, αλλά και των καταναλωτικών προτύπων γενικότερα.

Έτσι, το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας, σε συνδυασμό με τη μεταβολή του παραδοσιακού ρόλου της οικογένειας, την έντονη αστικοποίηση, τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής καθώς και την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, συνέβαλε στην αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, στο επιδημιολογικό πρότυπο του πληθυσμού, οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας, οι όροι οργάνωσης του ασφαλιστικού συστήματος, η ταχεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του αριθμού των ιατρών και τα οργανωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας, το οποίο παρουσιάζει έντονες αδυναμίες κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αιτιολογούν την μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας.

Από μια διμεταβλητή ανάλυση για τη σχέση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών με τα διάφορα χαρακτηριστικά τους, όπως η γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης, το εισόδημα, το μέγεθος, τη σύνθεση, η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, διαφαίνεται η ύπαρξη μιας εξάρτησης μεταξύ των παραγόντων αυτών, σε διαφορετική όμως ένταση (Σουλιώτης, 2000):

-το εισόδημα αποτελεί τον κύριο παράγοντα διαμόρφωσης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, ενώ ιδιαίτερα σημαντική ως προς τις δαπάνες υγείας ενός νοικοκυριού είναι η επίδραση της γεωγραφικής περιφέρειας στην οποία είναι εγκατεστημένο. Η διαφοροποίηση αυτή της κατανάλωσης υπέρ των αστικών περιοχών μπορεί να αναχθεί σε μια σειρά από παράγοντες όπως η διαφορά στους δείκτες διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και ειδικότερα στην αναλογία των ιατρών προς τον πληθυσμό, στο επίπεδο ανάπτυξης μιας περιφέρειας και ειδικότερα στο οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού, το οποίο όσο αφορά τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της προσφοράς. Ακόμη, στη διαφορά στο φάσμα νοσηρότητας στον πληθυσμό διαφορετικών περιοχών, η οποία αποτελεί ένδειξη των υγειονομικών αναγκών και σε κάποιο βαθμό επηρεάζει και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Στο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο των νοικοκυριών, το οποίο διαμορφώνεται από την επίδραση του επαγγέλματος, του μορφωτικού επιπέδου, του εισοδήματος κλπ., καθώς και στη γενικότερη ενημέρωση και αντίληψη πάνω σε θέματα υγείας.

Η επαγγελματική θέση και ειδικότερα το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας και σε μεγάλο βαθμό συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Έτσι, όσο αφορά την επαγγελματική θέση, διαπιστώνουμε μια σημαντική διαφοροποίηση υπέρ των νοικοκυριών με υπεύθυνο εργοδότη, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα. Η διαφοροποίηση αυτή βέβαια, συνδέεται με τα γενικότερα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών αυτών κατηγοριών, τα οποία συνοψίζονται στο υψηλό

εισόδημα, στην υψηλή εκπαιδευτική στάθμη, στο υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου, στην υιοθέτηση συγκεκριμένου τρόπου ζωής, κλπ.

Επίσης, όπως έχει επισημανθεί από πολλούς μελετητές (Κυριόπουλος - Κτενάς, 1994; Σισσούρας και συν., 1996; Θεοδώρου, 1993) ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών, έχει ο βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης και ο ασφαλιστικός φορέας, οι οποίοι συνδέονται με τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων (ΕΚΚΕ, 1988). Ακόμη, η κοινωνική ασφάλιση εμπλέκεται και στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας μέσα από μηχανισμούς καταβολής «πρόσθετων πληρωμών» και παραοικονομικών «αμοιβών διαμεσολάβησης», ενώ παράλληλα δημιουργεί προϋποθέσεις υπερβάλλουσας ζήτησης για υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος -Κτενάς, 1994).

Αναφορικά με την επίδραση των κοινωνικών πολιτικών στην αντιμετώπιση του προβλήματος της φτώχειας και ειδικότερα των επιπτώσεων της στην υγεία, επισημαίνεται ότι ανακλύπει μια ακόμα διάσταση κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών από τους πολίτες. Συγκεκριμένα, εδώ και πολλές δεκαετίες έχει διαπιστωθεί ότι οι ανώτερες οικονομικά ομάδες αξιοποιούν με καλύτερο τρόπο τις διαθέσιμες φροντίδες υγείας (Titmus, 1968), αφού το υψηλό εισόδημα, πέραν του ότι επιτρέπει σε κάποιο βαθμό την παράκαμψη του παράγοντα «κόστος χρόνου», επιπλέον, συνήθως συνδέεται με το μορφωτικό επίπεδο, το οποίο με τη σειρά του συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση ενός προβλήματος υγείας και στην πειθαρχία στις οδηγίες του ιατρικού σώματος -θα μπορούσε στον προβληματισμό αυτό να συμπεριληφθεί και το ενδεχόμενο εκμετάλλευσης των ατόμων με χαμηλό εισόδημα και μόρφωση από το ιατρικό σώμα, με την υποβολή σε περιττούς ελέγχους, για λόγους που κατά βάση συνδέονται με οικονομικές επιδιώξεις από την πλευρά των ιατρών, φαινόμενο το οποίο είναι γνωστό ως «προκλητή ζήτηση». (Σουλιώτης, 2001).

3.2. Η Ιδιωτική Κλινική

Η Ιδιωτική Κλινική λειτουργεί από τον Ιανουάριο του 2003 και αποτελεί ένα Διαγνωστικό -Θεραπευτικό -Χειρουργικό και Ερευνητικό κέντρο που βρίσκεται στην πόλη του Ηρακλείου Κρήτης και έχει σαν στόχο να καλύψει τις βασικές ανάγκες της Κρητικής κοινωνίας στον τομέα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

Για την δημιουργία όλων των κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων συνεργάζονται επιστήμονες των περισσότερων ειδικοτήτων, ιατρικό, νοσηλευτικό καθώς και διοικητικό προσωπικό. Είναι εξοπλισμένο με σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, με στόχο τη διασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, η Ιδιωτική Κλινική έχει εξειδικευτεί στον τομέα της Καρδιοχειρουργικής, ενώ είναι το πρώτο ιδιωτικό νοσοκομείο στην Κρήτη στο οποίο λειτουργεί Αγγειοχειρουργική και Νευροχειρουργική κλινική, τμήμα Ενδοσκοπήσεων, Εξωτερικά ιατρεία και Τμήμα Αποκατάστασης Ορθοπαιδικών Επεμβάσεων, το οποίο δίνει τη δυνατότητα διενέργειας Αρθροπλαστικών Επεμβάσεων Ισχίου και Γόνατος.

Ανθρώπινο Δυναμικό

Η Κλινική συνεργάζεται με επιστήμονες του ιατρικού χώρου μεταξύ των οποίων και καθηγητές της Ιατρικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό της Ιδιωτικής Κλινικής έχει επιλεγεί για να υποστηρίξει επαρκώς τις δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας ώστε να ανταποκρίνεται στους νοσηλευόμενους του Νοσοκομείου. Το διοικητικό προσωπικό της Κλινικής απαρτίζεται από επιστήμονες της οικονομίας, της διοίκησης και της διαχείρισης της φροντίδας υγείας καθώς και από εξειδικευμένα διοικητικά στελέχη. Τέλος, το παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό στελεχώνεται από εξειδικευμένους επιστήμονες στους τομείς της εκάστοτε απασχόλησης τους ώστε να παρέχονται υπηρεσίες διοικητικής μέριμνας στην ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία.

Εγκαταστάσεις

Η Ιδιωτική Κλινική στεγάζεται σε σύγχρονο κτίριο στο κέντρο της πόλης του Ηρακλείου. Η δυναμικότητα της Κλινικής ανέρχεται σε εξήντα έξι (66) κλίνες συμπεριλαμβανομένων τεσσάρων (4) κλινών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Έχει δοθεί έμφαση στην εξυπηρέτηση των ατόμων με κινητικές δυσκολίες καθώς και τα τρία κτίρια της Ιδιωτικής Κλινικής έχουν σχεδιαστεί κατάλληλα. Το κυρίως κτίριο του Νοσοκομείου στεγάζει τα εργαστήρια, τα παρασκευαστήρια, μέρος των διοικητικών υπηρεσιών, μέρος των τακτικών εξωτερικών ιατρειών, τα ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα, τα χειρουργεία και τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (καρδιοχειρουργική -καρδιολογική και πολυδύναμη).

Στο κεντρικό κτίριο του Νοσοκομείου τηρείται συγκεκριμένο ωράριο επισκεπτηρίου και εφαρμόζεται συγκεκριμένος κώδικας επισκεπτηρίου έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Όλοι οι θάλαμοι νοσηλείας της Ιδιωτικής Κλινικής έχουν εσωτερικό χώρο υγιεινής, είναι εξοπλισμένοι με τηλεόραση, ραδιόφωνο, κλιματιστικό και τηλεφωνική συσκευή ανά κλίνη.

Εξοπλισμός -Τεχνολογία

Η Ιδιωτική Κλινική έχει εξοπλιστεί με σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, με ιατρικά μηχανήματα τελευταίας γενιάς που υποστηρίζουν εφαρμογές βιοιατρικής τεχνολογίας. Ο εξοπλισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και της Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών Επεισοδίων παρέχουν δυνατότητες αντιμετώπισης εξαιρετικώς βαρέων περιστατικών.

Τα Νοσοκομειακά και Εργαστηριακά Τμήματα της Ιδιωτικής Κλινικής

Στην Ιδιωτική Κλινική λειτουργούν τα ακόλουθα τμήματα, εργαστήρια και εξωτερικά ιατρεία:

Τμήματα:

- Παθολογικό
- Καρδιολογικό
- Χειρουργικό
- ΩΡΛ
- Ορθοπαιδικό
- Ουρολογικό
- Οφθαλμολογικό
- Αγγειοχειρουργικό
- Θωρακοχειρουργικό
- Νευροχειρουργικό
- Μ.Ε.Θ.
- Μονάδα Επεμβατικής
- Ακτινολογίας

Εργαστήρια:

- Μικροβιολογικό
- Βιοχημικό
- Αιμοδυναμικό
- Ακτινολογικό/
Ακτινοδιαγνωστικό
- Μαγνητικός
Τομογράφος
- Αξονικός Τομογράφος
- Ψηφιακός Τομογράφος
- Test κοπώσεως
- Υπέρηχων Σώματος
- Holter καρδιάς
- Triplex καρδιάς
- Triplex αγγείων

Παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Τα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια του Νοσοκομείου είναι σε θέση να καλύψουν εύρος υπηρεσιών που δύνανται να ζητηθούν στα πλαίσια κάθε ιατρικής ειδικότητας. Ειδικότερα, στον τομέα του περιοδικού ελέγχου (check-up), λειτουργεί εξειδικευμένη γραμματεία η οποία φροντίζει για τον συντονισμό των εμπλεκόμενων στη διαδικασία ιατρικών και εργαστηρίων, με στόχο να μειώνεται ο χρόνος παραμονής των ασθενών στην κλινική.

Συνεργασίες - Τιμολογιακή πολιτική

Η Ιδιωτική Κλινική έχει συνάψει σύμβαση συνεργασίας με την πλειονότητα των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών. Έτσι, οι ασφαλισμένοι των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων μπορούν να απευθύνονται στα τμήματα, χρησιμοποιώντας το βιβλιάριο υγείας του δημόσιου ασφαλιστικού τους ταμείου.

Οι τιμολόγηση των αναλώσιμων υλικών γίνεται με βάση τον τιμοκατάλογο του Φ.Ε.Κ. έτσι ώστε το κόστος να καλύπτεται από τον κύριο φορέα ασφάλισης του ασθενούς -το δημόσιο ασφαλιστικό οργανισμό που ενδεχομένως χρησιμοποιεί ο ασθενής σε συνδυασμό με την ιδιωτική του ασφάλιση υγείας.

4. Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός της εργασίας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε τη σπουδαιότητα της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ως καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση πολιτικών ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

4.1. Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη προτίθεται να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

- Είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες των υπηρεσιών της Ιδιωτικής Κλινικής;
- Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ικανοποίηση αυτή;
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετεί η Ιδιωτική Κλινική;
- Υπάρχει σημαντική διαφορά στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που νοσηλεύτηκε στην Κλινική σε σχέση με εκείνους που χρησιμοποίησαν τα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής;

4.2. Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφεί η άποψη των χρηστών των υπηρεσιών της Ιδιωτικής Κλινικής του Ηρακλείου Κρήτης ως δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας αναλύονται ως εξής:

- 1) Περιγραφή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού -στόχου που εξυπηρετεί η Ιδιωτική Κλινική.
- 2) Ποια συγκεκριμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών.
- 3) Ποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των χρηστών σχετίζονται με το βαθμό της ικανοποίησης που εκφράζουν.
- 4) Σε ποιο βαθμό τα στοιχεία της συμπεριφοράς του προσωπικού καθορίζουν το βαθμό ικανοποίησης που εκφράζουν.
- 5) Σε ποιο βαθμό η έκβαση της ασθένειας των χρηστών συνέβαλλε στη συνολική ικανοποίηση τους.
- 6) Ποιες άλλες επιθυμίες για την κάλυψη των αναγκών τους εκφράζουν οι χρήστες των υπηρεσιών.

5. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

Η έρευνα στηρίχτηκε σε δείγμα πληθυσμού 200 ατόμων (άνδρες: 101, γυναίκες: 99) ηλικίας 19-95 ετών, στην περιοχή της Κρήτης. Τα 100 άτομα νοσηλεύτηκαν στην Ιδιωτική Κλινική και η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με τη μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης, ενώ τα υπόλοιπα 100 αφορούσαν χρήστες των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούν:

- α) την αποτύπωση της προσωπικότητας των ασθενών με ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα και το εισόδημα,
- β) τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας της Ιδιωτικής Κλινικής, με τη χρησιμοποίηση σχετικής κλίμακας.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα επιχειρήθηκε μέσα από μια περιγραφική προσέγγιση η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων (1: απαράδεκτη, 2: κακή, 3: μέτρια, 4: καλή, 5: πολύ καλή) και συσχετίστηκε με το προφίλ των ερωτώμενων. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων, οι πληροφορίες κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με βάση το ποσοστό ανά κλίμακα

απαντήσεων. Σημειώνεται ότι για την πιο αξιόπιστη αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών, λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα που αφορούν το ποσοστό του δείγματος που ανταποκρίθηκε στην έρευνα (valid percent), παραθέτοντας ξεχωριστά το ποσοστό εκείνο που δεν ανταποκρίθηκε κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

Για την επιλογή του δείγματος των ατόμων που νοσηλεύτηκαν (100) χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία του μητρώου των επισκέψεων της ιδιωτικής κλινικής, με τη διασφάλιση της ανωνυμίας των απαντήσεων. Για να εξασφαλιστεί το αμερόληπτο του δείγματος, ακολουθήθηκε η σειρά του μητρώου των επισκεπτών -αφαιρουμένων τυχόν τακτικών επαναλαμβανόμενων συνεδριών που μπορεί να είχε μέρος των χρηστών. Σε ό,τι αφορά τους υπόλοιπους χρήστες (100) των εξωτερικών ιατρείων, ακολουθήθηκε η σειρά με την οποία εισέρχονταν στην Κλινική, κατά τη διάρκεια που διεξαγόταν η έρευνα. Δέχθηκαν οικειοθελώς να συμμετάσχουν και να δώσουν συνέντευξη 200 χρήστες, για τους οποίους συμπληρώθηκαν οι απαντήσεις και οι οποίες αποτελούν το υλικό της έρευνας.

Η εκτίμηση και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών της ιδιωτικής κλινικής πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις με τη χρήση δύο δομημένων ερωτηματολογίων, ένα για τα άτομα που νοσηλεύτηκαν και ένα για τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων, στα οποία περιλαμβάνονταν γενικές ερωτήσεις για τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του χρήστη και το λόγο της επίσκεψης. Το ερωτηματολόγιο των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων περιλαμβάνει κοινές ερωτήσεις (14, βλ. Παράρτημα) από το δομημένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τα άτομα που νοσηλεύτηκαν (30, βλ. Παράρτημα), έτσι ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση τους. Κρίθηκε απαραίτητο να εφαρμοστεί αυτού του είδους η τροποποίηση εξαιτίας του ότι οι χρήστες των εξωτερικών ιατρείων διαθέτουν σαφώς λιγότερο χρόνο και θα ήταν ανέφικτο να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούσαν εσωτερικές διαδικασίες λειτουργίας του νοσοκομείου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά τους 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης. Η επιλογή της τηλεφωνικής συνέντευξης -έναντι

ταχυδρομικής αποστολής ή συμπλήρωσης στο χώρο της κλινικής- βασίστηκε στη λογική της βραχύχρονης συλλογής μεγάλου αριθμού πλήρως συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, αποτέλεσμα που παρέχει η μέθοδος (Brogger et al., 2002; McLeod, 1998). Με τη μεθοδολογία αυτή, επιπλέον, αποφεύγεται ο μικρός δείκτης ανταπόκρισης που παρατηρείται στις ταχυδρομικές έρευνες και η πιθανή στρεβλωτική επίδραση του παράγοντα «βαθμός ελευθερίας γνώμης ασθενούς», που μειώνεται στην περίπτωση της συλλογής πληροφοριών κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Βεβαίως, δεν αποφεύγονται άλλα μικρότερα προβλήματα, όπως η μη συμμετοχή ατόμων που δεν έχουν τηλέφωνο και ο μικρότερος χρόνος που διατίθεται κατά την τηλεφωνική συνέντευξη, γεγονός που επιφέρει ίσως μικρότερη κατανόηση των ερωτήσεων ή και υψηλότερη βαθμολογία στην έκφραση ικανοποίησης (Νιάκας, 1991). Για να μειώσουμε το ποσοστό του τελευταίου προβλήματος, κατά την εξαγωγή τους οι χρήστες παραλάμβαναν από το γραφείο κινήσεως το ερωτηματολόγιο, ώστε κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης να το χρησιμοποιούν ως βοηθητικό εργαλείο για καλύτερη κατανόηση των ιδίων και μείωση τυχόν παρερμηνειών.

Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι ανά κατηγορία κωδικοποιημένες σε 5βάθμια κλίμακα (Likert) (1=απαράδεκτη, 2=κακή, 3=μέτρια, 4=καλή, 5=πολύ καλή), αθροίστηκαν στις δύο διαστάσεις της υποδομή -διοικητικές διαδικασίες και τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Οι δύο δείκτες (ως μέτρα του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών) αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας και συσχετίστηκαν με τα κοινωνικό -δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου (ανεξάρτητες μεταβλητές). Πιο συγκεκριμένα, συσχετίστηκαν με το φύλο, την ηλικία σε ομάδες (έως 45 ετών, 45-64, 65 και άνω), το επίπεδο εκπαίδευσης (στοιχειώδης, μέση, τριτοβάθμια), την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος/η, διαζευγμένος/η, άγαμος/η) και τον τόπο διαμονής (πόλη -αστικό κέντρο, ύπαιθρος, άλλο νομό).

5.1. Αποτελέσματα

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος των 200 ατόμων έχουν ως εξής:

Το 49,5% ήταν γυναίκες και το 50,5% άνδρες. Στους χρήστες που νοσηλεύτηκαν, το 24% ήταν ηλικίας έως 44 ετών, το 46% μεταξύ 45-64 και 30% ήταν άνω των 65 ετών. Για τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων, τα ίδια ποσοστά διαμορφώνονται αντίστοιχα σε 44%, 47% και μόλις 9% για την τελευταία ηλικιακή ομάδα. Απόφοιτοι της στοιχειώδους εκπαίδευσης ήταν το 29,3%, της μέσης εκπαίδευσης το 46,5%, της ανώτατης εκπαίδευσης το 22,7% και μεταπτυχιακού διπλώματος το 1,5%. Επίσης, το 83% ήταν έγγαμοι, το 13% άγαμοι και το υπόλοιπο 4% διαζευγμένοι. Τέλος, το 40% ζούσαν στην πόλη του Ηρακλείου, το 23% στο Νομό Ηράκλειου, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό 37% στους άλλους Νομούς της Κρήτης.

5.2. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης για το χρονικό διάστημα 13/01/2008 έως τις 18/02/2008.

5.3. Έγκριση από αρμόδιες αρχές

Κατατέθηκε στην Ιδιωτική Κλινική, στις 11/01/2008, αίτηση για έγκριση διεξαγωγής διπλωματικής ερευνητικής εργασίας σε άτομα που εξυπηρετούνται από την Κλινική, με τίτλο «Ποιότητα υπηρεσιών υγείας προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από μια Ιδιωτική Κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης», η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η διοικητική διευθύντρια της Ιδιωτικής Κλινικής έδωσε την έγκριση για την πραγματοποίηση της έρευνας (βλ. Παράρτημα).

5.4. Ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο

Το δομημένο ερωτηματολόγιο, του οποίου τα πνευματικά δικαιώματα κατέχει ο Δρ. Κ. Σουλιώτης, εγκρίθηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια και κρίθηκε κατάλληλο να εξετάσει τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Οι ερωτήσεις αφορούν:

- Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών.
- Ικανοποίηση: συνολικά πόσο ικανοποιημένος είναι κάποιος χρήστης από την Ιδιωτική Κλινική και τις υπηρεσίες που προσφέρει.
- Προσδοκίες των χρηστών που επισκέπτονται την Ιδιωτική Κλινική.

Οι περισσότερες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν κλειστές, ενώ υπήρχαν και 3 ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, με 25 υποερωτήσεις οι δύο από αυτές και δύο υποερωτήματα στην μία. Η διάρκεια της συνέντευξης μέσω τηλεφώνου υπολογίστηκε να μην ξεπερνάει τα 15 (δεκαπέντε) λεπτά, μιας και η μεγαλύτερη διάρκεια φαίνεται να είναι κουραστική. Σε ό,τι αφορά τις προσωπικές συνεντεύξεις των εξωτερικών ιατρικών, αυτές δεν ξεπερνούσαν τα 5 (πέντε) λεπτά κατά τη διάρκεια αναμονής τους προς εξυπηρέτηση.

5.5. Πιλοτική εφαρμογή

Η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου δεν κρίθηκε απαραίτητη, καθότι έχει εφαρμοστεί σε άλλα νοσοκομεία αντίστοιχου προσανατολισμού ελληνικών δεδομένων, με αντίστοιχες διεθνείς δημοσιεύσεις.

5.6. Δομή του ερωτηματολογίου

Ασθενείς που νοσηλεύτηκαν (100):

Η μορφή του ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα) σε συμφωνία με τους αντικειμενικούς στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης όπως αυτά έχουν διατυπωθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, ακολουθεί την εξής δομή:

-Δημογραφικά χαρακτηριστικά (Ερωτήσεις 1-11).

Στις ερωτήσεις 1 έως 11 ζητούνται δημογραφικά στοιχεία του χρήστη, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη παιδιών, το επάγγελμα, το οικογενειακό εισόδημα, ο ασφαλιστικός φορέας και ο τόπος μόνιμης κατοικίας.

Στην 12^η ερώτηση προσδιορίζεται ο τρόπος προσέλευσης στο Νοσοκομείο, ενώ στην 13^η έως 16^η ερώτηση αν παρασχέθηκε νοσηλεία, αν ήταν προγραμματισμένο ή επειγόν το ραντεβού, ο τομέας νοσηλείας και η διάρκεια αυτής.

Στη συνέχεια, στην 17^η έως 21^η ερώτηση, διερευνάται ποιός επέλεξε το Νοσοκομείο αυτό για την αντιμετώπιση του εκάστοτε προβλήματος και γιατί, αν έχει επισκεφθεί και στο παρελθόν ο χρήστης τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και αν έχει τύχει να νοσηλευτεί σε παρόμοιο τομέα του ίδιου νοσοκομείου. Παράλληλα, εξετάζεται η περίπτωση να έχει επισκεφθεί παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου για να ληφθεί υπόψιν και η προγενέστερη εμπειρία του χρήστη.

-Προσδοκίες των χρηστών (Ερώτηση 22) και Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες (Ερώτηση 23):

Στην ενότητα αυτή υπάρχουν 25 υποερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν επιμέρους πλευρές της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως η καθαριότητα των θαλάμων και των κοινόχρηστων χώρων, η ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, η επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής και η ποιότητα του φαγητού. Ακόμη αξιολογούνται οι παρεχόμενες ανέσεις του νοσοκομείου (κυλίκια, τηλεόραση, κλπ.) και η ασφάλεια και η ησυχία των χώρων. Στο επόμενο σκέλος εξετάζεται το σύνολο του κλινικού έργου, με επιμέρους ερωτήσεις για την πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την

ενημέρωση και την αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τη συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο όπου αυτή κρίθηκε απαραίτητη. Στη συνέχεια τίθενται προς αξιολόγηση η επικοινωνία με τις διοικητικές υπηρεσίες της Κλινικής, η ευγένεια, διακριτικότητα και κατανόηση από το προσωπικό και η ικανότητα αντιμετώπισης του προσωπικού στην αντιμετώπιση του εκάστοτε περιστατικού.

Παράλληλα, οι μετέπειτα υποερωτήσεις αφορούν το χρόνο ανταπόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη, την εξειδίκευση του Νοσοκομείου σε καθένα από τα περιστατικά που κλήθηκε να αντιμετωπίσει, τις ώρες λειτουργίας αυτού και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του. Επιπλέον, εξετάστηκε ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τη θέση του Νοσοκομείου στον κύριο οδικό άξονα και την προσβασιμότητα του με τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Τέλος, οι χρήστες κλήθηκαν να αξιολογήσουν το ποσοστό της συμμετοχής τους στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων, το συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων, το συνολικό κόστος νοσηλείας και εξετάσεων καθώς και το συνολικό χρόνο νοσηλείας και ολοκλήρωσης των εξετάσεων τους.

-Συνολική ικανοποίηση (Ερώτηση 24):

Η ερώτηση αυτή πειλαμβάνει δύο υποερωτήσεις, στις οποίες οι χρήστες που νοσηλεύτηκαν στην Ιδιωτική Κλινική αξιολογούν τη συνολική ικανοποίηση που περίμεναν να λάβουν από το νοσοκομείο και την τελική ικανοποίηση από το σύνολο της φροντίδας και υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν τελικά.

-Η γνώμη των χρηστών για τις υπηρεσίες της Ιδιωτικής Κλινικής (Ερώτηση 25-30):

Στις ερωτήσεις αυτές οι νοσηλευόμενοι απαντούν σε κλειστού τύπου ερωτήσεις για το αν θα σύστηναν το νοσοκομείο αυτό σε κάποιο τρίτο, αν θα το επέλεγαν ξανά οι ίδιοι, ενώ οι ερωτήσεις αυτές συγκεκριμενοποιούνται και σε ό,τι αφορά το συγκεκριμένο τομέα νοσηλείας που χρησιμοποίησαν. Τέλος, ζητείται από τους χρήστες να αναφέρουν το καλύτερο στοιχείο του συγκεκριμένου νοσοκομείου για το οποίο και θα το επέλεγαν, μέσα από έξι

επιλογές που τους δίνονται, σε συνάρτηση με την επόμενη ερώτηση που αφορά το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας τους σε ένα νοσοκομείο γενικά και για το οποίο θα το επέλεγαν.

Χρήστες των εξωτερικών ιατρείων

Η μορφή του ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα) σε συμφωνία με τους αντικειμενικούς στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ακολουθεί την εξής δομή:

-Δημογραφικά χαρακτηριστικά (Ερωτήσεις 1-7)

Στις ερωτήσεις 1 έως 7 ζητούνται δημογραφικά στοιχεία του χρήστη, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το οικογενειακό εισόδημα και ο ασφαλιστικός φορέας.

-Στη συνέχεια, στην 8^η και 9^η ερώτηση, διερευνάται ποιός επέλεξε το Νοσοκομείο αυτό για την αντιμετώπιση του εκάστοτε προβλήματος και αν έχει επισκεφθεί στο παρελθόν ο χρήστης τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

-Επειτα, στην ερώτηση 10 εξετάζεται αν ο χρήστης θα επέλεγε ξανά το νοσοκομείο αυτό για την εξυπηρέτηση του, ενώ στις ερωτήσεις 11-12 να αναφέρουν το καλύτερο στοιχείο του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επέλεγαν δίνοντας τους έξι εναλλακτικές προτάσεις, και τον λόγο που επιλέγουν ένα νοσοκομείο γενικά, κοινές με αυτές του ερωτηματολογίου που αφορούσαν τους νοσηλευόμενους. Το ερωτηματολόγιο κλείνει με δύο ερωτήσεις σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση από τους χρήστες ως προς την συνολική ικανοποίηση που έλαβαν από το νοσοκομείο αλλά και την συνολική ικανοποίηση εκείνη που περίμεναν να λαβούν από αυτό.

6. Ανάλυση δεδομένων

6.1. Στατιστικές μέθοδοι

Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν με το πακέτο SPSS έκδοση 15.0. Αρχικά παρουσιάζονται περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, ενώ όπου κρίθηκε χρήσιμο έγιναν έλεγχοι χ^2 , Fisher exact test και McNemar.

Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Συνολικά συμπληρώθηκαν 200 ερωτηματολόγια. Υπήρχαν δύο εκδοχές του ίδιου ερωτηματολογίου ανάλογα με τον χρόνο που είχε ο ερωτώμενος στην διάθεση του.

Έτσι, συμπληρώθηκαν 100 με όλες τις ερωτήσεις και 100 με λιγότερες ερωτήσεις. Συνολικά στο δείγμα μας είχαμε 99 γυναίκες και 101 άνδρες, ωστόσο βλέπουμε ότι η κατανομή των ερωτηματολογίων στα δύο είδη παροχής υπηρεσιών υγείας διαφέρει. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική σύμφωνα με τον έλεγχο χ^2 με p value = $<0,001$.

6.2. Στατιστικά αποτελέσματα

Είδος_Υπηρεσίας * Φύλο Crosstabulation,

Πίνακας 1

		Φύλο		Σύνολο	
			Γυναίκες	Άνδρες	
Είδος Υπηρεσίας	Νοσηλεία	Πλήθος	35	65	100
		% στη νοσηλεία	35,0%	65,0%	100,0%
	Εξωτερικά ιατρεία	Πλήθος	64	36	100
		% στα εξωτερικά ιατρεία	64,0%	36,0%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	99	101	200
		% στο δείγμα	49,5%	50,5%	100,0%

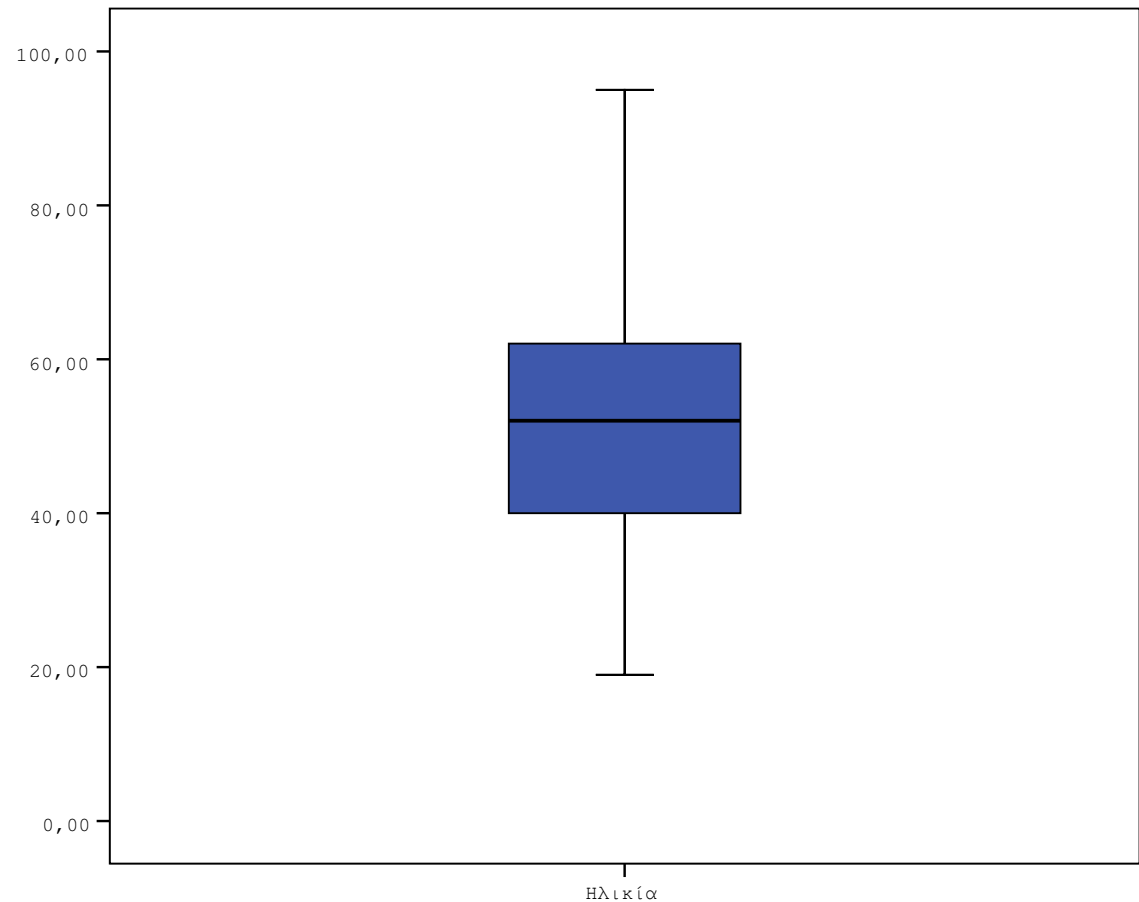
Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ανδρών νοσηλεύθηκαν, ενώ οι περισσότερες γυναίκες προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία συμπληρώνοντας οι πρώτοι το μεγαλύτερο και οι δεύτεροι το μικρότερο ερωτηματολόγιο.

Η μέση ηλικία στο δείγμα μας είναι 51,5 περίπου έτη με διάμεσο ηλικία τα 52 έτη. Το μικρότερο άτομο που είχαμε είναι 19, ενώ το μεγαλύτερο 95 έτη, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 2 παρακάτω.

Πίνακας 2

		Τιμή
Ηλικία	Μέσος όρος	51,4450
	95% ΔΕ του μ. ο.	
	Κάτω όριο	49,3565
	Άνω όριο	53,5335
	Διάμεσος	52,0000

Διάγραμμα μίσχου φύλου ηλικίας



Η πλειονότητα του δείγματος είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, έγγαμοι, ενώ όλοι ήταν Έλληνες.

Πίνακας 3

		Πλήθος	Σχ. συχνότητα
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	58	29,3%
	Μέση Εκπαίδευση	92	46,5%
	Ανώτατη Εκπαίδευση	45	22,7%
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	3	1,5%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	13	13,0%
	Έγγαμος	83	83,0%
	Διαζευγμένος	4	4,0%
Εθνικότητα	Ελληνική	100	100,0%
	Άλλη	0	,0%

Και τα δύο φύλα εργάζονται σε παρόμοια ποσοστά (p τιμή= 0,12). Πίνακας 4 -αμέσως παρακάτω, ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (p value= 0,032) στο είδος της εργασίας. Όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα 4, οι γυναίκες ελεύθεροι επαγγελματίες καταλαμβάνουν το λιγότερο ποσοστό, ενώ από την άλλη οι άνδρες ακολουθούν ελεύθερο επάγγελμα σε ποσοστό 32%.

Πίνακας 4

		Φύλο			
		Γυναίκες		Άνδρες	
		Πλήθος	Σχ. συχνότητα	Πλήθος	Σχ. συχνότητα
Εργασία	Όχι	50	50,5%	40	39,6%
	Ναι	49	49,5%	61	60,4%
Επάγγελμα	Μισθωτός	33	44,6%	26	26,3%
	Ελ. Επαγγελματίας	15	20,3%	32	32,3%
	Συνταξιούχος	26	35,1%	41	41,4%

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι σχετικές συχνότητες για τις απαντήσεις που αφορούν το οικογενειακό εισόδημα και την ασφάλιση κύρια ή επιπλέον.

Πίνακας 5

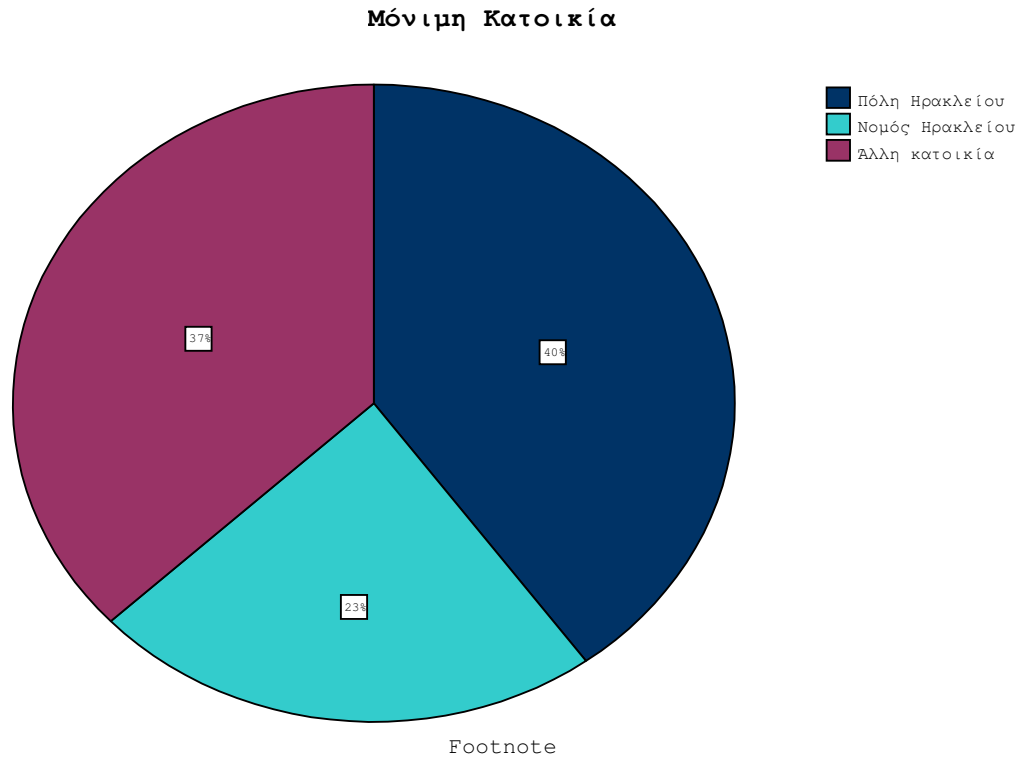
		Πλήθος	Σχ. συχνότητα
Οικογενειακό Εισόδημα	Έως 1000	89	44,5%
	1000-2000	72	36,0%
	2000+	39	19,5%
Ασφάλιση	ΙΚΑ	84	42,0%
	ΟΓΑ	19	9,5%
	Δημόσιο	22	11,0%
	Ιδιωτική	7	3,5%
	Άλλη	68	34,0%
Επιπλέον ασφάλιση	ΙΚΑ	0	,0%
	ΟΓΑ	0	,0%
	Δημόσιο	0	,0%
	Ιδιωτική	6	100,0%
	Άλλη	0	,0%

Ελέγχοντας αν το κατά δήλωση εισόδημα επηρεάζει την επιλογή επιπλέον ασφάλισης έχουμε τον παρακάτω πίνακα 6, με το εισόδημα ομαδοποιημένο σε δύο κατηγορίες. Έτσι, βλέπουμε ότι 2 άτομα από τα 89 έχουν επιπλέον ασφάλιση, και 4 από τα 111 με εισόδημα άνω των 1000 €. Σύμφωνα με τον ακριβή έλεγχο του Fisher δεν υπάρχει στατιστική διαφορά ($p=0.7$).

Πίνακας 6

		Επίπεδο Εισοδήματος		Σύνολο	
		Έως 1000€	>1000€		
Επιπλέον ασφάλιση	Όχι	Πλήθος	87	107	194
		% εντός εισ. επιπέδων	97,8%	96,4%	97,0%
	Ναι	Πλήθος	2	4	6
		% εντός εισ. επιπέδων	2,2%	3,6%	3,0%
Σύνολο		Πλήθος	89	111	200

Στην πλειοψηφία οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 40% κατοικούν στην πόλη του Ηρακλείου. Ακολουθούν κάτοικοι εκτός Νομού, και τελικά με ποσοστό 23% κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής του Νομού Ηρακλείου.



Βλέπουμε επίσης στον πίνακα 7, ότι εκτός Κρήτης βρέθηκε μόλις ένα άτομο στο δείγμα μας (σχ. συχνότητα 0,5%).

Πίνακας 7

Περιοχή	Frequency	Percent
Αγ. Νικόλαος	5	2,5
Χανιά	15	7,5
Ιεράπετρα	2	1,0
Ρέθυμνο	11	5,5
Σητεία	3	1,5
Θεσσαλονίκη	1	,5
Σύνολο	200	100,0

Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, προσήλθαν στο νοσοκομείο με ιδιωτικό μέσο ενώ στην τελευταία θέση βρίσκεται το ασθενοφόρο. Πίνακας 8, αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 8

		Πλήθος	Σχ. συχνότητα
Τρόπος Προσέλευσης στο Νοσοκομείο	Αυτοκίνητο	83	83,0%
	Μέσο Μαζικής Μεταφοράς	10	10,0%
	ΕΚΑΒ	7	7,0%
	Άλλο	0	,0%
Είδος Εισαγωγής	Επείγον	34	34,0%
	Προγραμματισμένο	66	66,0%
Τομέας Νοσηλείας	Παθολογικός	35	35,0%
	Χειρουργικός	65	65,0%

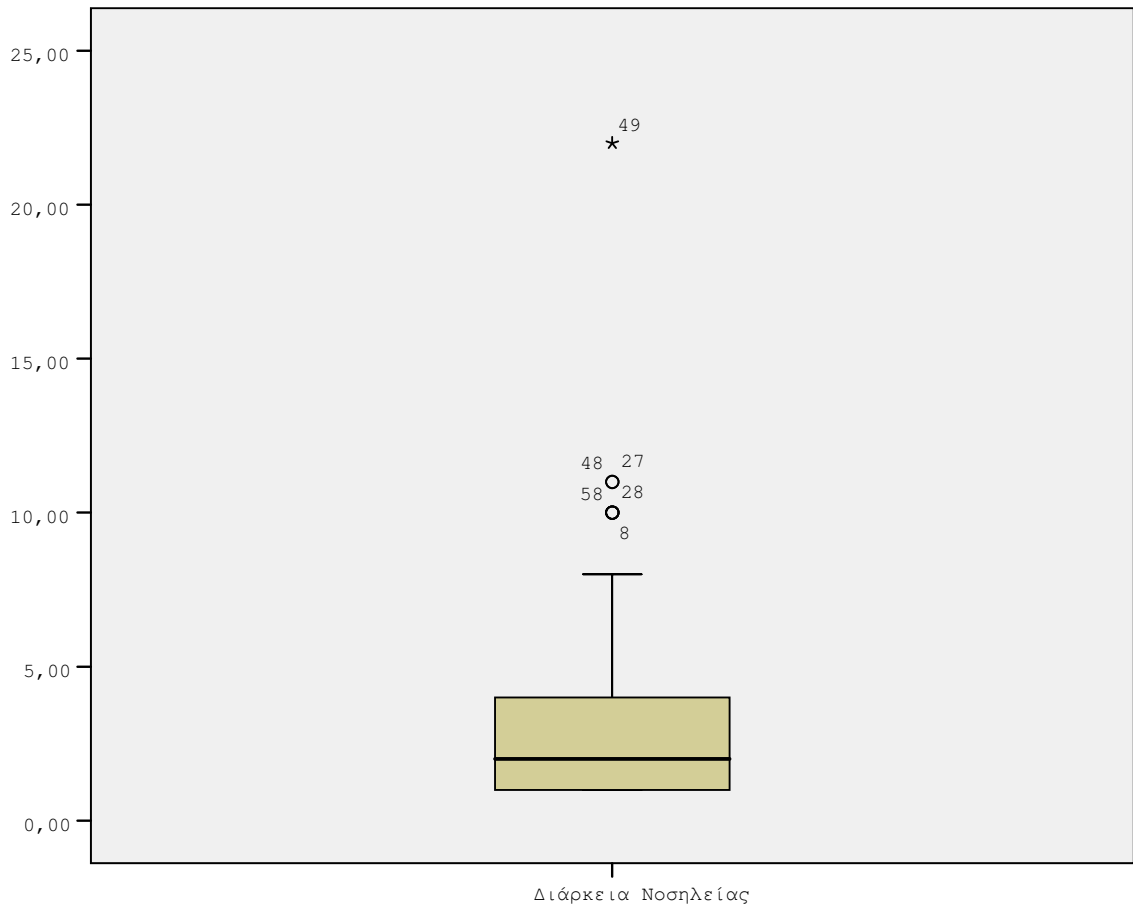
Το 66% των εισαγωγών ήταν προγραμματισμένες όπως επίσης και τα χειρουργεία κατείχαν το 65%, τομέας που φαίνεται να υπερέχει η Ιδιωτική Κλινική.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,45 ημέρες και έφτασε έως και τις 21 ημέρες, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 9.

Πίνακας 9

Διάρκεια Νοσηλείας	Μέσος όρος	3,4500
	95% ΔΕ του ΜΟ	Κάτω όριο 2,8135 Ανω όριο 4,0865
	Διάμεσος	2,0000
	Ελάχιστη	1,00
	Μέγιστη	22,00

Εικόνα της κατανομής της έχουμε στο ακόλουθο διάγραμμα πλαισίου και απολήξεων. Είναι φανερή η ασυμμετρία της.



Η επιλογή νοσοκομείου στο σύνολο του δείγματος φαίνεται να είναι ίδια επιλογή σε ποσοστό 51,5%, ωστόσο σε μεγάλο ποσοστό λόγω αποτέλεσε και η σύσταση του προσωπικού γιατρού του ασθενούς.

Σε εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό στο δείγμα των νοσηλευθέντων διακρίνεται στον πίνακα 10 πως έχει σημασία η φήμη του γιατρού που αντιμετώπισε τον ασθενή σε ποσοστό 58%, ενώ ξανά η φήμη του νοσοκομείου αυτή την φορά κατέχει μεγάλο ρόλο στην επιλογή νοσοκομείου (21%).

Το 72,5% των ερωτηθέντων στο σύνολο του δείγματος έχει επισκεφτεί το νοσοκομείο αυτό από 2 φορές και πάνω, ακολουθεί σχετικά ο πίνακας.

Πίνακας 10

		Πλήθος	Σχ. συχνότητα
Επιλογή Νοσοκομείου Νοσηλευθέντων	Ο ίδιος	36	36%
	Ο προσωπικός μου γιατρός	41	41%
	Με έφερε το ΕΚΑΒ	1	1%
	Φίλος/ Συγγενής/ Άλλος	22	22%
Επιλογή Νοσοκομείου Εξωτερικών ιατρειών	Ο ίδιος	67	67%
	Επειδή ήταν ιδιωτικό	20	20%
	Ο προσωπικός μου γιατρός	12	12%
	Φίλος/ Συγγενής/ Άλλος	1	1%
Λόγος Επιλογής Νοσοκομείου των Νοσηλευθέντων	Ήταν ιδιωτικό	5	5,0%
	Ήταν κοντά	3	3,0%
	Μοναδικό/ ειδικό για την περίπτωση	13	13,0%
	Ποιότητα υπηρεσιών και φήμη	21	21,0%
	Φήμη ιατρού που σας αντιμετώπισε	58	58,0%
Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί το Νοσοκομείο αυτό;	1	55	27,5%
	2	64	32,0%
	Περισσότερες	81	40,5%
Έχετε ξανανοσηλευθεί στο συγκεκριμένο τομέα και τμήμα του νοσοκομείου	Όχι	70	70,0%
	Ναι	30	30,0%
Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	Όχι	54	54,0%
	Ναι	46	46,0%

Σε ό,τι αφορά το ποσοστό του δείγματος της νοσηλείας, το 70% αυτού δεν είχε νοσηλευθεί ξανά στον ίδιο τομέα και τμήμα του νοσοκομείου.

Στον παρακάτω πίνακα 11 εξετάζουμε την συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης κωδικοποιημένης και του είδους εισαγωγής. Παρατηρούμε ότι σχεδόν το 60% στα επείγοντα είναι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ στα προγραμματισμένα η πλειοψηφία με 54,5% ανήκει στην μέση εκπαίδευση. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική σύμφωνα και με τον έλεγχο χ^2 με παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,005$. Σε αντίστοιχο έλεγχο για την συσχέτιση εισοδηματικής κατάστασης φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση. Η p τιμή σε εκείνον τον έλεγχο βρέθηκε να είναι 0,56.

Αντίστοιχη συσχέτιση έχουμε συγκρίνοντας τη νοσηλεία με τα εξωτερικά ιατρεία. Προχωρώντας στον έλεγχο χ^2 το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας βρέθηκε στατιστικά σημαντικό με τιμή 0,024 (πίνακας 12).

Πίνακας 11

			Επίπεδο εκπαίδευσης			Σύνολο
			Δημοτικό	Μέση Εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές	
Είδος Εισαγωγής	Επείγον	Πλήθος	19	9	4	32
		% στα επείγοντα	59,4%	28,1%	12,5%	100,0%
	Προγραμματισμένο	Πλήθος	17	36	13	66
		% στα προγραμματισμένα	25,8%	54,5%	19,7%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	36	45	17	98

Πίνακας 12

			Επίπεδο εκπαίδευσης			Σύνολο
			Δημοτικό	Μέση εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές	
Είδος Υπηρεσίας	Νοσηλεία	Πλήθος	36	45	17	98
		% στη νοσηλεία	36,7%	45,9%	17,3%	100,0%
	Εξωτερικά Ιατρεία	Πλήθος	22	47	31	100
		% στα εξωτερικά ιατρεία	22,0%	47,0%	31,0%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	58	92	48	198

Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών, τόσο στο δείγμα της νοσηλείας όσο και σε αυτό των εξωτερικών και επειγόντων περιστατικών, προήλθε από την μέση εκπαιδευτική βαθμίδα, σε ποσοστά 46% και 47% σχεδόν αντίστοιχα. Σε ό,τι αφορά την ανώτατη εκπαίδευση/μεταπτυχιακές σπουδές υπήρξε σημαντική υπεροχή του δείγματος των εξωτερικών ιατρείων με 31%, ενώ την ίδια στιγμή το ίδιο ποσοστό στους νοσηλευόμενους φτάνει το 17,3%.

Παρατηρείται στο σημείο αυτό πως στο δείγμα των νοσηλευόμενων συμπεριλήφθηκαν 98 άτομα αφού 2 άτομα του δείγματος δεν είχαν προχωρήσει σε κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα του συστήματος και κατέστη αδύνατη η ανταπόκριση τους στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Επιπλέον, διαφορετικά ηλικίας άτομα συναντάμε ανάμεσα στην νοσηλεία και στα εξωτερικά ιατρεία. Οι αντίστοιχες τιμές παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13

Είδος υπηρεσίας				Statistic
Νοσηλεία	Ηλικία	Μέσος όρος		56,28
		95% ΔΕ για τον r Μέσο όρο	Κάτω όριο	53,27
			Άνω όριο	59,29
		Διάμεσος		57,0
		Ελάχιστο		25,0
		Μέγιστο		95,0
		Εξωτερικών ιατρείων	Ηλικία	Μέσος όρος
95% ΔΕ για τον r Μέσο όρο	Κάτω όριο			44,0
	Άνω όριο			49,22
Διάμεσος				47,0
Ελάχιστο				19,0
Μέγιστο				80,0

Διαφορά ανάμεσα στη νοσηλεία και στα εξωτερικά ιατρεία βρίσκουμε και στην ηλικία. Η μέση ηλικία στην νοσηλεία είναι 56,3 έτη περίπου (95% ΔΕ

53,3- 59,3) ενώ στα εξωτερικά είναι ίση με 46,6 (95% ΔΕ 44,0- 49,2). Στατιστικά σημαντική διαφορά με τιμή $p < 0,001$.

Στον αμέσως επόμενο πίνακα 14, παρατηρούμε τα ποσοστά ανά ηλικιακές ομάδες. Είναι εμφανές ότι οι χαμηλότερες ηλικιακά ομάδες απευθύνονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ και στο δείγμα των νοσηλευόμενων και σε αυτό των εξωτερικών ιατρείων η μεγαλύτερη προσέλευση συναντάται στην ηλικιακή ομάδα των 45-64 ετών.

Πίνακας 14

		Ηλικιακή ομάδα			Σύνολο	
			Έως 44 ετών	45-64 ετών	65+ ετών	
Είδος υπηρεσίας	Νοσηλεία	Πλήθος %στη νοσηλεία	24 24%	46 46%	30 30%	100 100%
	Εξωτερικά ιατρεία	Πλήθος % στα εξωτερικά ιατρεία	44 44%	47 47%	9 9%	100 100%
Σύνολο		Πλήθος	68	93	39	200

Στον παρακάτω πίνακα 15 εξετάζουμε την σχέση της ικανοποίησης που ανέμεναν οι ερωτηθέντες με την παρατηρούμενη ικανοποίηση. Καταρχήν παρατηρούμε ότι το 95% των ατόμων ανέμενε υψηλή ικανοποίηση. 18 άτομα ενώ είχαν υψηλές προσδοκίες εκ των υστέρων δεν έμειναν ικανοποιημένα. Από την άλλη, 10 άτομα που δήλωσαν ότι περίμεναν να μην ικανοποιηθούν σε μεγάλο βαθμό, μετέπειτα δήλωσαν ότι έμειναν ικανοποιημένοι. Το τελευταίο μπορεί να ερμηνευθεί και από τις παρατηρήσεις που προσέθεταν στα σχόλια τους οι συνεντευξιαζόμενοι, έχοντας μείνει ικανοποιημένοι από την τελική θετική έκβαση της υγείας τους. Ελέγχοντας με τον έλεγχο McNemar δεν υπάρχει λόγος να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης που ανέμεναν και της παρατηρούμενης ικανοποίησης ($p \text{ value} = 0.18$)

Πίνακας 15

			Παρατηρούμενη συνολική ικανοποίηση		Σύνολο
			Χαμηλή	Υψηλή	
Αναμενόμενη συνολική ικανοποίηση	Χαμηλή	Πλήθος % εντός χαμηλής αναμενόμενης	0 ,0%	10 100,0%	10 100,0%
	Υψηλή	Πλήθος % εντός υψηλής αναμενόμενης	18 9,5%	172 90,5%	190 100,0%
Σύνολο		Πλήθος % εντός συν αναμενόμενης	18 9,0%	182 91,0%	200 100,0%

Διαφορές ανάμεσα στην νοσηλεία και στα εξωτερικά ιατρεία έχουμε επίσης στο φύλο, στο αν εργάζονται ή όχι και στο επάγγελμα που ακολουθούν.

Πίνακας 16

		Νοσηλεία		Εξωτερικά ιατρεία		
		Πλήθος	%	Πλήθος	%	χ^2 p
Φύλο	Γυναίκα	35	35,0	64	64,0	
	Άντρας	65	65,0	36	36,0	<0.001
Εργασία	Όχι	52	52,0	38	38,0	
	Ναι	48	48,0	62	62,0	0.047
Επάγγελμα	Μισθωτός	26	28,3	33	40,7	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	19	20,7	28	34,6	
	Συνταξιούχος	47	51,1	20	24,7	0.002

Οι γυναίκες στο σημείο αυτό φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τα εξωτερικά ιατρεία της Ιδιωτικής Κλινικής σε ποσοστό 64%, ενώ αντίθετα περίπου το ίδιο ποσοστό (65%) των αντρών χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Παράλληλα, παρατηρείται στον πίνακα 16, πως οι παραγωγικές ομάδες που εργάζονται σε ποσοστό 62% απευθύνονται στα εξωτερικά ιατρεία, ανταποκρινόμενοι στις δαπάνες αυτών, ενώ εκείνοι που δεν εργάζονται

περιορίζονται στο ποσοστό 38% να επιλέξουν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Διαπιστώνεται επίσης πως οι συνταξιούχοι, συνεπαγόμενης και της γήρανσης του πληθυσμού και των αναπόφευκτων αναγκών της ηλικιακής αυτής ομάδας, χρειάστηκαν τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου σε ποσοστό 51,1%, ενώ το 75,3% των εξωτερικών ιατρείων προήλθε από τις επαγγελματικές κατηγορίες των μισθωτών και ελεύθερων επαγγελματιών.

Εκπαίδευση * Εισόδημα Crosstabulation

Πίνακας 17

			Εισόδημα		Σύνολο
			Έως 1000€	>1000€	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	Πλήθος % εντός εισοδ. στάθμης	23 56,1%	13 22,8%	36 36,7%
	Μέση Εκπαίδευση	Πλήθος % εντός εισοδ. στάθμης	18 43,9%	27 47,4%	45 45,9%
	Ανώτατη Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές	Πλήθος % εντός εισοδ. στάθμης	0 ,0%	17 29,8%	17 17,3%
Σύνολο		Πλήθος % εντός εισοδ. στάθμης	41 100,0%	57 100,0%	98 100,0%

Στην εξέταση της συσχέτισης εκπαιδευτικού επιπέδου και εισοδήματος, ξανά παρατηρείται συσχέτιση. Το ποσοστό των ατόμων εισοδήματος άνω των 1000€, που έχουν τουλάχιστον μέση εκπαίδευση ανέρχεται στο 77% περίπου, ενώ το αντίστοιχο στα χαμηλότερου εισοδηματικού επιπέδου άτομα είναι 44%. Αντιστρέφεται η αναλογία για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Και εδώ απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της μη ύπαρξης συσχέτισης με παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,001$ με βάση των έλεγχο χ^2 .

Εξετάζοντας αν η προηγούμενη εμπειρία σε άλλο νοσοκομείο επηρεάζει είτε την αναμενόμενη ικανοποίηση είτε την παρατηρούμενη παίρνουμε ως αποτέλεσμα τους παρακάτω πίνακες. Στον πρώτο από αυτούς η αναμενόμενη ικανοποίηση φαίνεται να έχει σχέση με άλλη εμπειρία. Το p value σύμφωνα με τον ακριβή έλεγχο του Fisher είναι ίσο με 0,02, στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 18

			Αναμενόμενη ικανοποίηση		Σύνολο
			Χαμηλή	Υψηλή	
Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	Όχι	Πλήθος	9	45	54
		% within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	16,7%	83,3%	100,0%
	Ναι	Πλήθος	1	45	46
		% within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	2,2%	97,8%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	10	90	100
		% within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	10,0%	90,0%	100,0%

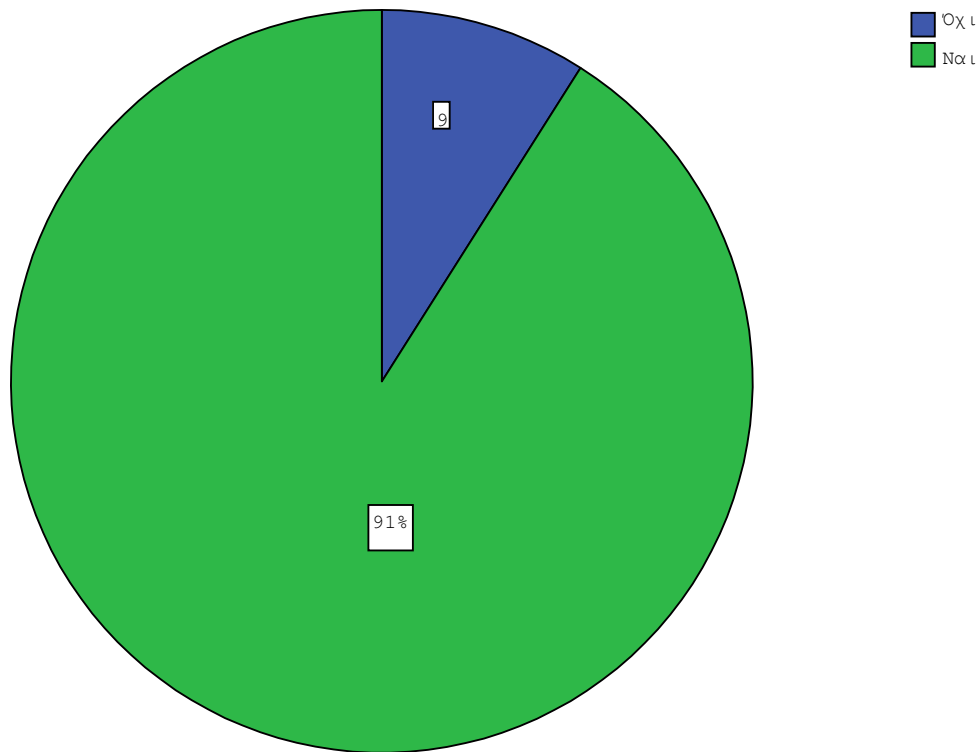
Για την παρατηρούμενη ικανοποίηση δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση, ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ πρότερης εμπειρίας και παρατηρούμενης ικανοποίησης δηλαδή, καθώς το p value εδώ είναι ίσο με 0,68. Βλέπουμε πράγματι από τον τετράπτυχο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 19) ότι η παρατηρούμενη ικανοποίηση είναι υψηλή σε παρόμοια επίπεδα ανεξάρτητα από την προηγούμενη εμπειρία.

Πίνακας 19

			Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου		Σύνολο
			Όχι	Ναι	Όχι
Παρατηρούμενη ικανοποίηση	Χαμηλή	Πλήθος % within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	4 7,4%	2 4,3%	6 6,0%
	Υψηλή	Πλήθος	50	44	94
		% within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	92,6%	95,7%	94,0%
Σύνολο		Πλήθος	54	46	100
		% within Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου	100,0%	100,0%	100,0%

Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι ασθενείς της νοσηλείας θα συνέστηναν το νοσοκομείο αυτό σε άλλους. Είναι φανερό από το διάγραμμα παρακάτω.

Θα συστήνατε αυτό το Νοσοκομείο σε άλλον;



Στην ερώτηση: «Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε», σε συνάρτηση με την ερώτηση: «Τι θεωρείτε ως το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας σας σε ένα νοσοκομείο γενικά», Crosstabulation, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 20 αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 20

		Τι θεωρείτε ως το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας σας σε ένα νοσοκομείο γενικά						
			Κύρος	Ικανότητα ιατρικού προσωπικού	Ποιότητα εγκαταστάσεων	Ευγένεια και ανθρωπιά προσωπικού	Ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	Σύνολο
Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε	Κύρος	Count	6	5	1	1	0	13
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	46,2%	38,5%	7,7%	7,7%	,0%	100,0%
	Ικανότητα ιατρικού προσωπικού	Count	1	46	2	3	0	52
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	1,9%	88,5%	3,8%	5,8%	,0%	100,0%
	Ποιότητα εγκαταστάσεων	Count	0	5	4	0	0	9
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	,0%	55,6%	44,4%	,0%	,0%	100,0%
	Ευγένεια και ανθρωπιά προσωπικού	Count	0	5	0	11	0	16
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	,0%	31,3%	,0%	68,8%	,0%	100,0%
	Ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	Count	0	6	0	1	3	10
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	,0%	60,0%	,0%	10,0%	30,0%	100,0%
Σύνολο		Count	7	67	7	16	3	100
		% within Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου	7,0%	67,0%	7,0%	16,0%	3,0%	100,0%

Διαπιστώθηκε στο σημείο αυτό πως το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών επιλέγουν ένα νοσοκομείο για την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού (67%), άποψη που συμβαδίζει και για την συγκεκριμένη επιλογή που αφορά την Ιδιωτική Κλινική, σε ποσοστό 38%. Αυτό μπορεί να συσχετιστεί και με τον λόγο που επέλεξαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο, αφού σε μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 58% η επιλογή καθορίστηκε στο δείγμα των νοσηλευθέντων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 παραπάνω, από τη φήμη του γιατρού που ήταν υπεύθυνος για την φροντίδα τους.

Παράλληλα, η ευγένεια και η ανθρωπιά του προσωπικού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της επιλογής ενός νοσοκομείου γενικά σε ποσοστό 16%, όμως δεύτερη στην επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου ακολουθεί η ταχύτητα των υπηρεσιών που προσφέρει, σε ποσοστό 26%. Σαν τρίτος λόγος της επιλογής των χρηστών της Ιδιωτικής Κλινικής έρχεται η ευγένεια και ανθρωπιά του προσωπικού με ποσοστό 14,5%.

Τα ίδια στοιχεία φαίνονται και στον Πίνακα 21, αμέσως παρακάτω, πιο απλοποιημένα.

Πίνακας 21

		Column N %
Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε	Κόρος	13,0%
	Ικανότητα ιατρικού προσωπικού	38,0%
	Ποιότητα εγκαταστάσεων	8,5%
	Ευγένεια και ανθρωπιά προσωπικού	14,5%
	Κόστος παρεχόμενων υπηρεσιών	,0%
	Ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	26,0%
Τι θεωρείτε ως το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας σας σε ένα νοσοκομείο γενικά	Κόρος	7,0%
	Ικανότητα ιατρικού προσωπικού	67,0%
	Ποιότητα εγκαταστάσεων	7,0%
	Ευγένεια και ανθρωπιά προσωπικού	16,0%
	Κόστος παρεχόμενων υπηρεσιών	,0%
	Ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	3,0%

Αμέσως μετά σαν επιλογή ενός νοσοκομείου ακολουθεί το κύρος του νοσοκομείου και η ποιότητα των εγκαταστάσεων στο ισόποσο ποσοστό της τάξεως του 7%, ενώ το ποσοστό που επιλέγει την Ιδιωτική Κλινική για τους ίδιους λόγους ανέρχεται σε 13% και 8,5% αντίστοιχα.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να διευκρινιστεί πως η πλειοψηφία των ατόμων τα οποία αναφέρθηκαν στην ποιότητα των εγκαταστάσεων ως εξέχων στοιχείο της Ιδιωτικής Κλινικής, έκαναν σαφές πως εννοούσαν την βιοιατρική τεχνολογία που χρησιμοποιείται στην Κλινική.

Το κόστος και στις δύο περιπτώσεις είναι μηδενικό, μιας και ο παράγοντας υγεία ανήκει φυσικά στην ανώτερη ιεραρχία επιλογών ανεξαρτήτως κόστους.

Για την αναμενόμενη ικανοποίηση δεν φαίνεται να έχουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης στο δείγμα μας. Το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας είναι ίσο με 0,49. Τα ποσοστά εξάλλου μεταξύ των κατηγοριών της εκπαίδευσης για χαμηλή και υψηλή αναμενόμενη είναι παρεμφερή.

Πίνακας 22

		Εκπαίδευση			Σύνολο
			Πρωτοβάθμια	Μέση και άνω	
Αναμενόμενη ικανοποίηση	Χαμηλή	Πλήθος % Εντός εκπαίδευσης	4 6,9%	6 4,3%	10 5,1%
	Υψηλή	Πλήθος % Εντός εκπαίδευσης	54 93,1%	134 95,7%	188 94,9%
Σύνολο		Πλήθος	58	140	198
		& Εντός εκπαίδευσης	100,0%	100,0%	100,0%

Στην εξέταση της σχέσης μεταξύ εκπαίδευσης και παρατηρούμενης ικανοποίησης έχουμε τον παρακάτω πίνακα. Αφορά τόσο τα άτομα της νοσηλείας, τόσο και τα άτομα των εξωτερικών ιατρείων. Παρατηρούμε ότι

μόλις το 1,7% των αποφοίτων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση, έναντι του 12,1% των αποφοίτων τουλάχιστον μέσης εκπαίδευσης. Η p τιμή εδώ είναι 0,02, στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 23

		Εκπαίδευση			Σύνολο
			Πρωτοβάθμια	Μέση και άνω	
Παρατηρούμενη ικανοποίηση	Χαμηλή	Πλήθος % Εντός εκπαίδευσης	1 1,7%	17 12,1%	18 9,1%
	Υψηλή	Πλήθος % Εντός εκπαίδευσης	57 98,3%	123 87,9%	180 90,9%
Σύνολο		Πλήθος	58	140	198
		% Εντός εκπαίδευσης	100,0%	100,0%	100,0%

Στον αμέσως παρακάτω Πίνακα 24 αναδεικνύονται ορισμένες συσχετίσεις μεταξύ των δύο δειγμάτων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Σε ό,τι αφορά λοιπόν την ερώτηση αν έχουν επισκεφθεί ξανά οι χρήστες την Ιδιωτική Κλινική, παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσηλευθέντων σε ποσοστό 55% επισκέφθηκαν πρώτη φορά το νοσοκομείο. Όσον αφορά τα εξωτερικά ιατρεία η συγκεκριμένη επιλογή δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθεί, καθότι η επαφή με τους χρήστες διεξαγόταν κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο, γεγονός που περιορίζει και την κρίση τους γι' αυτό. Σύμφωνα με αυτό οι χρήστες των εξωτερικών ιατρείων που επισκέφθηκαν για πρώτη φορά την Κλινική δεν συμπεριλήφθηκαν στο ποσοστό του δείγματος.

Στη συνέχεια παρατηρείται πως από το ποσοστό στο σύνολο του δείγματος το 67,2% έχουν επισκεφθεί την Κλινική για δεύτερη φορά, ενώ το ίδιο ποσοστό στους νοσηλευόμενους διαμορφώνεται στο 32,8%. Το μεγαλύτερο ποσοστό από το δείγμα που έχουν επιλέξει την Ιδιωτική Κλινική για περισσότερες από δύο φορές είναι αυτό των εξωτερικών ιατρείων -57

άτομα- με 70,4%, ενώ τα άτομα της νοσηλείας καταλαμβάνουν το υπόλοιπο ποσοστό της τάξεως του 29,6%.

Στο σύνολο τους η πλειοψηφία του δείγματος -181 άτομα- θα επέλεγαν την Ιδιωτική Κλινική ξανά αν χρειαζόταν, ενώ 19 άτομα δεν θα έκαναν ξανά αυτή την επιλογή.

Σαν καλύτερο στοιχείο της Ιδιωτικής Κλινικής 42 άτομα από τα 100 που έκαναν χρήση των εξωτερικών της ιατρείων θεωρούν πως αυτό είναι η ταχύτητα ανταπόκρισης της Κλινικής σε αίτημα ή ανάγκη τους, και για το οποίο την επέλεξαν. Στο σύνολο του δείγματος που αξιολόγησαν ως πρωταρχικό στοιχείο της Ιδιωτικής Κλινικής την ταχύτητα των υπηρεσιών, το ίδιο ποσοστό ανάγεται στο 80,8% ενώ το υπόλοιπο ποσοστό 19,2% ανήκει στους νοσηλεύόμενους για την ίδια κατηγορία.

Την πλειοψηφία εκείνων που αξιολογούν ως καλύτερο στοιχείο της Κλινικής την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού κατέχουν οι νοσηλεύόμενοι σε ποσοστό 68,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων διαμορφώνεται στο 31,6%. Αμέσως μετά ακολουθούν η ευγένεια-ανθρωπιά του προσωπικού και το κύρος αυτού και στα δύο είδη προσφοράς των υπηρεσιών.

Πίνακας 24

		Ερωτηματολόγιο εξωτερικών Ερωτηματολόγιο Νοσηλευόμενων			
		Νοσηλεία		Εξωτερικά ιατρεία	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί το Νοσοκομείο αυτό;	1	55	100,0%	0	,0%
	2	21	32,8%	43	67,2%
	Περισσότερες	24	29,6%	57	70,4%
Συνολική ικανοποίηση που λάβετε από το Νοσοκομείο	Απαράδεκτη	0	,0%	1	100,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%	1	100,0%
	Μέτρια	6	37,5%	10	62,5%
	Μέτρια προς καλή	39	45,3%	47	54,7%
	Πολύ καλή	55	57,3%	41	42,7%
Συνολική ικανοποίηση που αναμένετε να	Απαράδεκτη	0	,0%	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	100,0%	0	,0%
	Μέτρια	9	100,0%	0	,0%

λάβετε από το νοσοκομείο	Μέτρια προς καλή	37	55,2%	30	44,8%
	Πολύ καλή	53	43,1%	70	56,9%
Αν χρειάζοταν θα επιλέγατε αυτό το νοσοκομείο ξανά;	Όχι	9	47,4%	10	52,6%
	Ναι	91	50,3%	90	49,7%
Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε	Κύρος	13	50,0%	13	50,0%
	Ικανότητα ιατρικού προσωπικού	52	68,4%	24	31,6%
	Ποιότητα εγκαταστάσεων	9	52,9%	8	47,1%
	Ευγένεια και ανθρωπιά προσωπικού	16	55,2%	13	44,8%
	Κόστος παρεχόμενων υπηρεσιών	0	,0%	0	,0%
	Ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	10	19,2%	42	80,8%

Όσον αφορά την συνολική ικανοποίηση, αυτή φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα 25 ξεχωριστά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων είναι πολύ ικανοποιημένοι από το νοσοκομείο, ενώ στο σύνολο του δείγματος εκείνων που είναι πολύ ικανοποιημένοι από την Ιδιωτική Κλινική είναι 57,3% για τους νοσηλευόμενους και 42,7% για τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων.

Οι τελευταίοι είναι στο σύνολο τους μέτρια προς πολύ ικανοποιημένοι από το νοσοκομείο, 47 άτομα στο δείγμα των 100, ενώ 39 άτομα από τους 100 νοσηλευθέντες αντίστοιχα. Μέτρια ικανοποίηση για την Κλινική εκφράζουν 16 άτομα, εκ των οποίων 10 άτομα που έκαναν χρήση των εξωτερικών ιατρείων. Δύο είναι τα άτομα εκείνα που εκφράζουν μέτρια προς κακή και απαράδεκτη στο σύνολο τους υπηρεσίες από την Κλινική, και τα δύο από τα εξωτερικά ιατρεία.

Στη ικανοποίηση στο σημείο αυτό που περίμεναν οι χρήστες της Ιδιωτικής Κλινικής να λάβουν, πολύ καλή διαμορφώνεται ως ποσοστό 56,9% για τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων, ενώ το υπόλοιπο 43,1% ανήκει στους νοσηλευθέντες. Χαμηλότερη σχετικά προσδοκία φαίνεται να έχουν στο

σύνολο τους οι χρήστες που νοσηλεύθηκαν αφού το 55,2% εκείνων που περίμεναν μέτρια προς καλή ικανοποίηση να λάβουν από το νοσοκομείο ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Το 44,8% που υπολείπεται αντιστοιχεί στους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων.

Σαν σύνολο οι χρήστες των εξωτερικών ιατρείων είχαν σαφώς μεγαλύτερες προσδοκίες, ενώ από το δείγμα παρατηρούμε την πλειοψηφία τους (54,7%) να έλαβαν τελικά μέτριες προς καλές υπηρεσίες (πίνακας 25).

Πίνακας 25

		Ερωτηματολόγιο εξωτερικών Ερωτηματολόγιο Νοσηλευόμενων			
		Νοσηλεία		Εξωτερικά ιατρεία	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Συνολική ικανοποίηση που λάβετε από το νοσοκομείο	Απαράδεκτη	0	,0%	1	100,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%	1	100,0%
	Μέτρια	6	37,5%	10	62,5%
	Μέτρια προς καλή	39	45,3%	47	54,7%
	Πολύ καλή	55	57,3%	41	42,7%
Συνολική ικανοποίηση που αναμένετε να λάβετε από το νοσοκομείο	Απαράδεκτη	0	,0%	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	100,0%	0	,0%
	Μέτρια	9	100,0%	0	,0%
	Μέτρια προς καλή	37	55,2%	30	44,8%
	Πολύ καλή	53	43,1%	70	56,9%

Σαν συνολική ικανοποίηση όπως βλέπουμε στον πίνακα 25 παραπάνω, οι χρήστες που νοσηλεύθηκαν στην Ιδιωτική Κλινική παρουσιάζουν μικρή διαφορά ανάμεσα σε αυτό που περίμεναν να λάβουν από το νοσοκομείο και σε αυτό που τελικά εισέπραξαν από αυτό.

Αναλυτικά παρατίθενται παρακάτω στον Πίνακα 26 και 27 τα ποσοστά από τις υποερωτήσεις που βοήθησαν στην περαιτέρω ανάλυση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας της Ιδιωτικής Κλινικής, όσον αφορά συγκεκριμένες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Σκόπιμο είναι

να διευκρινιστεί πως η ανάλυση αυτή αφορά το δείγμα των χρηστών που νοσηλεύτηκαν, δηλαδή 100 άτομα του συνολικού δείγματος της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Σε ό,τι αφορά τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων δεν κρίθηκε εφικτή η συμμετοχή τους στο σημείο αυτό, καθότι ο χρόνος που διέθεταν ήταν μικρός καθώς και οι υπηρεσίες για τις οποίες αναζητούνται πληροφορίες τυχόν να μην χρειάστηκε να τους προσφερθούν.

Αρχικά, στον πίνακα 26 αναδεικνύονται οι προσδοκίες που είχαν οι χρήστες για τις επιμέρους υπηρεσίες της Κλινικής, ενώ στον πίνακα 27 η ικανοποίηση που έλαβαν τελικά από την Κλινική για τους ίδιους παράγοντες.

Πίνακας 26

		Count	Column N %
Ερ_22_1 Καθαριότητα θαλάμων, κοινόχρηστων χώρων, χώρων αναμονής	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	6	6,0%
	Μέτρια προς καλή	38	38,0%
	Πολύ καλή	56	56,0%
Ερ_22_2 Ξενοδοχειακός εξοπλισμός	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	5	5,0%
	Μέτρια προς καλή	40	40,0%
	Πολύ καλή	54	54,0%
Ερ_22_3 Χώροι Υγιεινής	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	4	4,0%
	Μέτρια προς καλή	43	43,0%
	Πολύ καλή	53	53,0%
Ερ_22_4 Φαγητό	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	7	7,0%
	Μέτρια προς καλή	56	56,0%
	Πολύ καλή	37	37,0%
Ερ_22_5 Παρεχόμενες Ανέσεις (Κυλίκεια, Τηλεόραση, κλπ)	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	34	34,0%
	Πολύ καλή	65	65,0%
Ερ_22_6 Ασφάλεια και Ησυχία	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	2	2,0%
	Μέτρια προς καλή	32	32,0%

	Πολύ καλή	66	66,0%
Ερ_22_7 Πληρότητα παρεχόμενης φροντίδας	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	0	,0%
	Μέτρια προς καλή	28	28,0%
	Πολύ καλή	71	71,0%
Ερ_22_8 Ενημέρωση και αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	4	4,0%
	Μέτρια προς καλή	17	17,0%
	Πολύ καλή	79	79,0%
Ερ_22_9 Αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	5	5,0%
	Μέτρια προς καλή	31	31,0%
	Πολύ καλή	64	64,0%
Ερ_22_10 Τυχόν συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	0	,0%
	Μέτρια προς καλή	2	28,6%
	Πολύ καλή	5	71,4%
Ερ_22_11 Επικοινωνία με τις διοικητικές υπηρεσίες	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	32	32,0%
	Πολύ καλή	67	67,0%
Ερ_22_12 Ευγένεια προσωπικού	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	34	34,0%
	Πολύ καλή	63	63,0%
Ερ_22_13 Διακριτικότητα και κατανόηση προσωπικού	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	35	35,0%
	Πολύ καλή	61	61,0%
Ερ_22_14 Ικανότητα προσωπικού στην περίπτωση σας	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	16	16,0%
	Πολύ καλή	83	83,0%
Ερ_22_15 Χρόνος απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη σας	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	39	39,0%

	Πολύ καλή	60	60,0%
Ερ_22_16 Εξειδίκευση του νοσοκομείου στην αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	11	11,0%
	Πολύ καλή	88	88,0%
Ερ_22_17 Ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών του νοσοκομείου	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	25	25,0%
	Πολύ καλή	74	74,0%
Ερ_22_18 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	2	2,0%
	Μέτρια προς καλή	22	22,0%
	Πολύ καλή	76	76,0%
Ερ_22_19 Θέση του νοσοκομείου στον κύριο οδικό άξονα	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
	Μέτρια	13	13,0%
	Μέτρια προς καλή	40	40,0%
	Πολύ καλή	44	44,0%
Ερ_22_20 Πρόσβαση με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	9	9,0%
	Μέτρια προς καλή	49	49,0%
	Πολύ καλή	41	41,0%
Ερ_22_21 Ποσοστό συμμετοχής στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	8	8,0%
	Μέτρια	13	13,0%
	Μέτρια προς καλή	69	69,0%
	Πολύ καλή	9	9,0%
Ερ_22_22 Συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
	Μέτρια	22	22,0%
	Μέτρια προς καλή	69	69,0%
	Πολύ καλή	6	6,0%
Ερ_22_23 Συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
	Μέτρια	22	22,0%
	Μέτρια προς καλή	68	68,0%
	Πολύ καλή	7	7,0%
Ερ_22_24 Συνολικός χρόνος νοσηλείας	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	0	,0%

	Μέτρια προς καλή	24	24,0%
	Πολύ καλή	75	75,0%
Ερ_22_25 Συνολικός χρόνος ολοκλήρωσης των εξετάσεων	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	17	17,0%
	Πολύ καλή	79	79,0%

Σύμφωνα με τα επιμέρους στοιχεία που διαμορφώθηκαν από τις υποερωτήσεις ακολουθεί συγκριτική αναφορά σε ό,τι αφορά τις προσδοκίες που είχαν οι χρήστες και την κατάσταση που πραγματικά έλαβαν από το Νοσοκομείο.

Έτσι, στην καθαριότητα των θαλάμων, των κοινόχρηστων χώρων και των χώρων αναμονής, οι χρήστες έχουν σχετικά υψηλές προσδοκίες σε ποσοστό 56% που μεταφράζεται σε 63% στο τελικό αποτέλεσμα που έλαβαν από το Νοσοκομείο. Πρέπει παράλληλα να σημειώσουμε πως ένα ελάχιστο ποσοστό του 2% βρήκε τελικά την κατάσταση στο Νοσοκομείο απαράδεκτη και μέτρια προς κακή, το οποίο όμως παρουσιάζεται σαν μηδενικό ποσοστό στο τι περίμεναν να βρουν από το Νοσοκομείο.

Σε ό,τι αφορά την ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού -όπως καρέκλες, κρεβάτια, σκεύη εστίασης- οι προσδοκίες είναι υψηλότερες, τη στιγμή που το 54% περιμένει να λάβει πολύ καλή κατάσταση και το 40% μέτρια προς καλή και τα ίδια ποσοστά διαμορφώνονται στην τελική τους ικανοποίηση σε 50% και 37% αντίστοιχα, δίνοντας έδαφος στην μέτρια ικανοποίηση με 13% ενώ οι προσδοκίες για μια μέτρια κατάσταση περιορίζονταν στο 5%.

Στη συνέχεια, η επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής φαίνεται να συμβαδίζει ως ένα βαθμό με τις προσδοκίες των χρηστών, τη στιγμή που είναι πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 54% και το περίμεναν το 53%, όμως παρατηρείται κάποια απόκλιση στις υπόλοιπες βαθμίδες ικανοποίησης. Έτσι, ενώ το 43% περίμενε η κατάσταση των χώρων υγιεινής να είναι μέτρια προς καλή, τελικά το ίδιο ποσοστό στην πραγματικότητα βρέθηκε στο 35%, αυξάνοντας το ποσοστό της μέτριας ικανοποίησης στο 9% από 4% που ήταν το αναμενόμενο.

Έπειτα, όσον αφορά την ποιότητα, ποσότητα και ποικιλία του φαγητού, αυτή φαίνεται να ξεπερνά τις προσδοκίες των χρηστών αφού το 56% περίμενε να λάβει μέτρια προς καλή κατάσταση και πολύ καλή το 37%, και η τελική ικανοποίηση για τις αντίστοιχες βαθμίδες ικανοποίησης διαμορφώνεται στο 39% και 50%.

Οι παρεχόμενες ανέσεις και διευκολύνσεις του Νοσοκομείου –όπως τηλεόραση, κυλικεία, τηλέφωνο κλπ- φαίνονται να ικανοποιούν τους χρήστες της Ιδιωτικής Κλινικής σε βαθμό που το 66% να είναι πολύ ικανοποιημένοι από αυτές, με το 65% να το περιμένουν κιόλας. Από την άλλη πλευρά βέβαια ένα ποσοστό της τάξεως του 34% περίμενε να λάβει από το Νοσοκομείο μέτρια προς καλή ικανοποίηση και τελικά ο βαθμός αυτός ικανοποίησης ήταν 25%, ενώ 8% εξέφρασε μέτρια ικανοποίηση τη στιγμή που το περίμενε μόνο το 1% των χρηστών.

Η ασφάλεια και ησυχία των χώρων φαίνεται σχετικά να συμβαδίζει με τις προσδοκίες των χρηστών όταν το 66% περιμένει να μείνει πολύ ικανοποιημένο, το 32% ικανοποιημένο και το 2% μέτρια ικανοποιημένο. Τα ίδια ποσοστά στην τελική τους αποτίμηση είναι 65% πολύ ικανοποιημένοι, 28% ικανοποιημένοι και 3% μέτρια ικανοποιημένοι.

Συνεχίζοντας στο κλινικό κομμάτι, η πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας των χρηστών καταλαμβάνει υψηλές προσδοκίες -71%- ενώ το Νοσοκομείο φαίνεται να ανταποκρίνεται επιτυχώς σε αυτές και οι χρήστες να μένουν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 78%.

Για την ενημέρωση και την αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό το ποσοστό του 79% περιμένει να λάβει πολύ καλή ικανοποίηση, ενώ το ίδιο ποσοστό στην πραγματική ικανοποίηση ως πολύ καλή διαμορφώνεται στο 87%.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό και πάλι υπερέρχει το Νοσοκομείο στην τελική ικανοποίηση των χρηστών όταν οι πολύ ικανοποιημένοι χρήστες ανέρχονται στο 83% και οι προσδοκίες για αυτήν ήταν 64%.

Στη συνέχεια, στην υποερώτηση που αφορά τη συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο δεν κατέστη δυνατό να απαντήσουν όλοι οι

χρήστες, αφού το 93% δεν την χρειάστηκε. Το 7% των ατόμων που απάντησαν -κυρίως μεταφορά από άλλο νοσοκομείο- έμεινε σε ποσοστό 71,4% πολύ ικανοποιημένο και το υπόλοιπο 28,6% ικανοποιημένο.

Η επικοινωνία με τις διοικητικές λειτουργίες της Ιδιωτικής Κλινικής φαίνεται να ικανοποιούν πολύ τους χρήστες (71%) ενώ το περίμενε το 67%.

Η ευγένεια του προσωπικού είναι αυτή που κερδίζει σε μεγάλο βαθμό την πολύ καλή ικανοποίηση των χρηστών της Κλινικής σε ποσοστό 88%, τη στιγμή που περίμενε να ικανοποιηθεί πολύ το 63%.

Την ίδια τάση χαρακτηρίζει και την ερώτηση που αφορά την διακριτικότητα και κατανόηση από το προσωπικό που εισέπραξαν, όταν πολύ ικανοποιημένοι παρουσιάζονται το 85% των χρηστών και το περίμεναν το 61% αυτών.

Η ικανότητα του προσωπικού στην αντιμετώπιση του εκάστοτε περιστατικού συμβαδίζει με τις προσδοκίες των χρηστών που είναι 83% και η τελική τους ικανοποίηση χαρακτηριζόμενη ως πολύ καλή είναι 85%.

Ερωτώμενοι οι χρήστες για τον χρόνο ανταπόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη τους το 85% αυτών έμειναν πολύ ικανοποιημένοι τη στιγμή που το περίμεναν 60% από αυτούς.

Η εξειδίκευση του Νοσοκομείου στην αντιμετώπιση των επιμέρους περιστατικών φαίνεται να συμβαδίζει σχετικά με την αναμενόμενη ικανοποίηση των χρηστών ως πολύ καλή (88%) και την τελική ικανοποίηση τους από αυτή (87%).

Οι ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου φαίνεται να ικανοποιούν πολύ τους χρήστες σε ποσοστό της τάξεως του 83%, τη στιγμή που το 74% το περίμενε κιόλας.

Όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Κλινικής, οι χρήστες της περίμεναν να μείνουν πολύ ικανοποιημένοι κατά 76% και τελικά το ποσοστό αυτό διαμορφώθηκε στην τελική τους ικανοποίηση ως πολύ καλή στο 88%.

Διαπιστώνεται μια μικρή δυσαρέσκεια στη συνέχεια στη θέση του Νοσοκομείου στον κύριο οδικό άξονα, κι ενώ οι χρήστες περίμεναν να λάβουν πολύ καλή ικανοποίηση το 44%, και καλή το 40%, οι ίδιες βαθμίδες

ικανοποίησης τελικά αλλάζουν και το 40% είναι πολύ ικανοποιημένο, το 27% ικανοποιημένο, ενώ το 24% μέτρια ικανοποιημένο ή και μη ικανοποιημένο το 9%, όταν τα αντίστοιχα ποσοστά στις προσδοκίες τους είναι 13% και 3%.

Παράλληλα, η πρόσβαση του Νοσοκομείου με τα μέσα μαζικής μεταφοράς χαρακτηρίζεται σχετικά ικανοποιητική από τους χρήστες, με ποσοστό 41% να περιμένει να είναι πολύ ικανοποιημένο και τελικά το ίδιο ποσοστό να είναι επίσης, ενώ το 49% περιμένει μέτρια προς καλή ικανοποίηση στην πρόσβαση και τελικά το 47% να είναι πραγματικά.

Στο παράγοντα κόστος υπηρεσιών υγείας, το ποσοστό συμμετοχής του χρήστη στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων φαίνεται να περιμένει ότι θα μείνει μέτρια προς πολύ ικανοποιημένο το ποσοστό του 69%, μέτρια ικανοποιημένο το 13% και μέτρια προς μη ικανοποιημένο το 8%. Τα ίδια ποσοστά στις αντίστοιχες βαθμίδες ικανοποίησης παρουσιάζονται στην τελική ικανοποίηση διαφοροποιημένα, με τάση προς την δυσαρέσκεια των χρηστών, ως 47%, 24% και 20%.

Το συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων δείχνει και πάλι δυσοφορία των χρηστών της Κλινικής, όταν περίμεναν να είναι μέτρια προς πολύ ικανοποιημένοι το 69% και είναι τελικά το 49%, το 22% αναμένει να λάβει μέτρια ικανοποίηση, ποσοστό που αυξάνεται στο 32% ως προς την τελική τους αξιολόγηση και δεν μένουν ικανοποιημένοι το 13%, ενώ δεν το περίμεναν (3%).

Στην ίδια κλίμακα, το συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων παρουσιάζει την ίδια τάση με τις προηγούμενες αναφορές του κόστους των υπηρεσιών, όταν περιμένει να μείνει σχετικά ικανοποιημένο το ποσοστό του 68%, μέτρια ικανοποιημένο το 22% και μη ικανοποιημένο το 3% και η τελική τους αξιολόγηση είναι 46% σχετικά ικανοποιημένοι, 35% μέτρια ικανοποιημένοι και 13% μη ικανοποιημένοι από τις συνολικές χρεώσεις της Κλινικής.

Τέλος, σε ό,τι αφορά το συνολικό χρόνο νοσηλείας οι χρήστες φαίνονται πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 80%, ξεπερνώντας τις προσδοκίες τους (75%).

Ο συνολικός χρόνος ολοκλήρωσης των εξετάσεων τους είναι εμφανές ότι υπερβαίνει και αυτός τις προσδοκίες τους, αφού περίμεναν να μείνουν πολύ ικανοποιημένοι το 79% και τελικά το ποσοστό αυτό διαμορφώθηκε στο 91% ως πολύ ικανοποιημένοι από την ταχύτητα των διαδικασιών.

Πίνακας 27

		Count	Column N %
Er_23_1 Καθαριότητα θαλάμων, κοινόχρηστων χώρων, χώρων αναμονής	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	6	6,0%
	Μέτρια προς καλή	29	29,0%
	Πολύ καλή	63	63,0%
Er_23_2 Ξενοδοχειακός εξοπλισμός	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	13	13,0%
	Μέτρια προς καλή	37	37,0%
	Πολύ καλή	50	50,0%
Er_23_3 Χώροι Υγιεινής	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
	Μέτρια	9	9,0%
	Μέτρια προς καλή	35	35,0%
	Πολύ καλή	54	54,0%
Er_23_4 Φαγητό	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	9	9,0%
	Μέτρια προς καλή	39	39,0%
	Πολύ καλή	50	50,0%
Er_23_5 Παρεχόμενες Ανέσεις (Κυλίκεια, Τηλεόραση, κλπ)	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	8	8,0%
	Μέτρια προς καλή	25	25,0%
	Πολύ καλή	66	66,0%
Er_23_6 Ασφάλεια και Ησυχία	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	3	3,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	28	28,0%
	Πολύ καλή	65	65,0%
Er_23_7 Ενημέρωση και αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	21	21,0%
	Πολύ καλή	78	78,0%
Er_23_8	Απαράδεκτη	0	,0%

Ενημέρωση και αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	10	10,0%
	Πολύ καλή	87	87,0%
Er_23_9 Αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	2	2,0%
	Μέτρια προς καλή	14	14,0%
Er_23_10 Τυχόν συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο	Πολύ καλή	83	83,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	0	,0%
Er_23_11 Επικοινωνία με τις διοικητικές υπηρεσίες	Μέτρια προς καλή	2	28,6%
	Πολύ καλή	5	71,4%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	3	3,0%
Er_23_12 Ευγένεια προσωπικού	Μέτρια	2	2,0%
	Μέτρια προς καλή	24	24,0%
	Πολύ καλή	71	71,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
Er_23_13 Διακριτικότητα και κατανόηση προσωπικού	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	2	2,0%
	Μέτρια προς καλή	13	13,0%
	Πολύ καλή	85	85,0%
Er_23_14 Ικανότητα προσωπικού στην περίπτωση σας	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	0	,0%
	Μέτρια προς καλή	14	14,0%
Er_23_15 Χρόνος απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη σας	Πολύ καλή	85	85,0%
	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	3	3,0%
Er_23_16 Εξειδίκευση του νοσοκομείου στην αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών	Μέτρια προς καλή	10	10,0%
	Πολύ καλή	85	85,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
Er_23_17	Μέτρια	0	,0%
	Μέτρια προς καλή	13	13,0%
	Πολύ καλή	87	87,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%

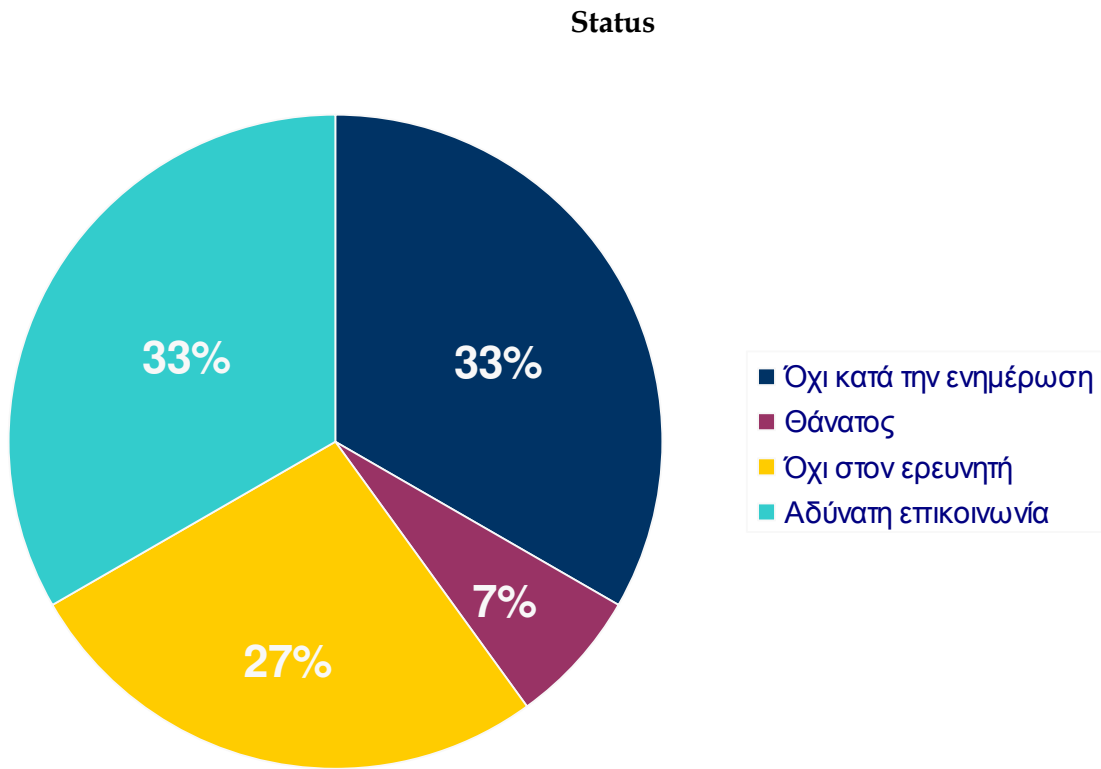
Ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών του νοσοκομείου	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	13	13,0%
	Πολύ καλή	83	83,0%
Er_23_18 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	3	3,0%
	Μέτρια προς καλή	9	9,0%
Er_23_19 Θέση του νοσοκομείου στον κύριο οδικό άξονα	Πολύ καλή	88	88,0%
	Απαράδεκτη	2	2,0%
	Μέτρια προς κακή	7	7,0%
	Μέτρια	24	24,0%
Er_23_20 Πρόσβαση με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς	Μέτρια προς καλή	27	27,0%
	Πολύ καλή	40	40,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	2	2,0%
Er_23_21 Ποσοστό συμμετοχής στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	Μέτρια	10	10,0%
	Μέτρια προς καλή	47	47,0%
	Πολύ καλή	41	41,0%
	Απαράδεκτη	1	1,0%
Er_23_22 Συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων	Μέτρια προς κακή	20	20,0%
	Μέτρια	24	24,0%
	Μέτρια προς καλή	47	47,0%
	Πολύ καλή	8	8,0%
Er_23_23 Συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	Απαράδεκτη	1	1,0%
	Μέτρια προς κακή	12	12,0%
	Μέτρια	35	35,0%
	Μέτρια προς καλή	46	46,0%
Er_23_24 Συνολικός χρόνος νοσηλείας	Πολύ καλή	6	6,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	1	1,0%
	Μέτρια	3	3,0%
Er_23_25 Συνολικός χρόνος ολοκλήρωσης των εξετάσεων	Μέτρια προς καλή	16	16,0%
	Πολύ καλή	80	80,0%
	Απαράδεκτη	0	,0%
	Μέτρια προς κακή	0	,0%
	Μέτρια	1	1,0%
	Μέτρια προς καλή	8	8,0%
	Πολύ καλή	91	91,0%

6.3. Αποτελέσματα χρηστών που δεν συμμετείχαν στην ερευνητική προσπάθεια

Συνολικά 30 χρήστες δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα κατά τη διάρκεια που αυτή διεξαγόταν. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 28 παρακάτω οι αιτίες αποχής είναι τυχόν άρνηση κατά την έξοδο τους από την Κλινική ως προς μη θέληση τους να συμμετάσχουν στην έρευνα έπειτα από ενημέρωσή τους γι' αυτήν ή εξαιτίας θανάτου. Μη συμμετέχοντες παρουσιάστηκαν επίσης είτε επειδή αρνήθηκαν εκ των υστέρων να συμμετάσχουν στην έρευνα αφού είχαν δεχθεί κατά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο όμως, είτε ενώ είχαν δεχθεί να συμμετάσχουν κατέστη αδύνατη η επικοινωνία μαζί τους λόγω έλλειψης τηλεφώνου ή αδυναμία επικοινωνίας με τους ίδιους. Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται παρακάτω.

Πίνακας 28-Status

		Frequency	Valid Percent
Valid	Όχι κατά την ενημέρωση	10	33,3%
	Θάνατος	2	6,6%
	Όχι στον ερευνητή	8	26,6%
	Αδύνατη επικοινωνία	10	33,3%
	Σύνολο	30	100,0%



Στον πίνακα 29 παρακάτω, παρουσιάζονται ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που δεν συμμετείχαν στην έρευνα. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς ήταν άνδρες (55,8%), οι περισσότεροι ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (46,2%) και το 60% σχεδόν από αυτούς κατοικούν στην Πόλη του Ηρακλείου.

Πίνακας 29

		Count	Column N %
Φύλο	Γυναίκα	13	44,2%
	Άνδρας	17	55,8%
Ασφάλιση	ΙΚΑ	14	46,2%
	ΟΓΑ	2	7,0%
	Δημόσιο	5	16,6%
Μόνιμη Κατοικία	Ιδιωτική	4	14,6%
	Άλλη	5	15,6%
	Πόλη Ηρακλείου	18	59,8%
	Νομός Ηρακλείου	5	18,1%
	Άλλη κατοικία	7	22,1%

Ο μέσος όρος της ηλικίας των μη συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν τα 59,4 έτη. Τα περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία διαμορφώνονται στον πίνακα 30 αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 30-Descriptives

			Statistic
Ηλικία	Μέσος όρος		59,4121
	95% ΔΕ για τον μέσο	Κάτω όριο	56,8055
		Άνω όριο	62,0186
	Διάμεσος		61,0000
	Ελάχιστο		10,00
	Μέγιστο		93,00

Σε έλεγχο που διεξήχθη για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ηλικιών στις διάφορες ομάδες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

7. Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης για την μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του Ιδιωτικού Γενικού Νοσοκομείου και την σύγκριση αυτού με τις προσδοκίες τους κρίθηκε χρήσιμη και επιτακτική αφού μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μέσα από την οποία μπορούν να εντοπιστούν τα αδύνατα σημεία του συστήματος λειτουργίας της κλινικής και στη συνέχεια να καθοριστεί η πολιτική που θα ακολουθήσει, πάντα με αφετηρία τον ασθενή και τις ανάγκες του.

8. Περιορισμοί της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη, έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του, από τον κατασκευαστή του Δρ. Κ. Σουλιώτη. Έχει εφαρμοστεί στην Ελλάδα σε μελέτες αντίστοιχου προσανατολισμού με διεθνείς δημοσιεύσεις. Ως ιδανικότερη λύση θεωρήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με τηλεφωνική συνέντευξη όσον αφορά τους νοσηλευόμενους χρήστες της Κλινικής και με προσωπική συνέντευξη όσον αφορά τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων. Επίσης το ερευνητικό εργαλείο ήταν σχεδιασμένο έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί και στους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων, μιας και οι 30 ερωτήσεις που περιέχει, εκ των οποίων δύο με 25 υποερωτήματα, δεν θα επέτρεπαν την ένταξη τους στην έρευνα λόγω περιορισμού του χρόνου. Λόγω ταχύτητας των διαδικασιών και έλλειψης βασικών προσωπικών στοιχείων από τα αρχεία για τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων, δεν θεωρήθηκε δυνατή η έρευνα με τον ίδιο τρόπο που εφαρμόστηκε και στους νοσηλευθέντες που υπήρχε πλήρης καταγραφή των προσωπικών τους χαρακτηριστικών. Τέλος, δεν γνωρίζουμε τη γνώμη των ατόμων που επισκέφτηκαν πρώτη φορά τα εξωτερικά ιατρεία της Ιδιωτικής Κλινικής, αφού η συνέντευξη διεξαγόταν κατά την αναμονή τους προς εξυπηρέτηση και δεν είχαν αποκομίσει κάποια εμπειρία από τις υπηρεσίες φροντίδας που προσφέρει η Κλινική, αν και το ποσοστό αυτών διαπιστώθηκε πολύ μικρό και συμπεριλαμβάνεται στο ποσοστό αδύνατης επικοινωνίας.

Το ποσοστό άρνησης συμμετοχής στην έρευνα (non response) προσπάθησε να μειωθεί από την ερευνήτρια (26,6%) όπως φάνηκε και παραπάνω, η άρνηση κατά την ενημέρωση ανήλθε στο 33,3% ενώ αδύνατη κρίθηκε η επικοινωνία με άλλο ένα 33,3% του δείγματος που είχε εγκρίνει τη συμμετοχή του στην έρευνα. Το τελευταίο δικαιολογείται είτε από την έλλειψη τηλεφώνου στα αρχεία, είτε στην αδυναμία να επιτευχθεί η επικοινωνία μαζί τους λόγω απασχόλησης τους ή μη εύρεσης τους έπειτα από επανειλημμένες προσπάθειες.

Η άρνηση συνεργασίας ορισμένων ατόμων στην ερευνητήρια οφείλεται κυρίως στην δυσπιστία των χρηστών προς την έρευνα όντας επιφυλακτικοί να απευθυνθούν σε ένα άγνωστο άτομο, παρά το γεγονός ότι η ίδια συστηνόταν κατά την επαφή τους και ανέφερε τον φορέα και τον λόγο διεξαγωγής της έρευνας.

-Το σφάλμα της μεροληπτικής απάντησης

Το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης που παρατηρείται γενικότερα ίσως να μην αποδίδει πλήρως την ακριβή εικόνα της ποιότητας των υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε απροθυμία να ασκήσουν οι χρήστες κριτική στα συγκεκριμένα άτομα που τους φροντίζουν. Ορισμένοι από τους νοσηλευθέντες χρήστες, οι οποίοι είχαν επισκεφθεί την Κλινική για περισσότερες από δύο φορές, είχαν αναπτύξει ως ένα βαθμό προσωπικές επαφές με τους νοσηλευτές ή τους γιατρούς, την οποία ο χρήστης αρνείται να υπονομεύσει. Για το λόγο αυτό, παρόλη τη διαβεβαίωση ότι το ερωτηματολόγιο παραμένει ανώνυμο και οι οποιοσδήποτε πληροφορίες θα είναι πλήρως εμπιστευτικές, δεν θέλησαν να εκφραστούν αρνητικά για τα συγκεκριμένα άτομα που τους προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας.

-Ελλιπή γνώσης

Ορισμένοι χρήστες των υπηρεσιών πιθανόν να μην έχουν επαρκή πληροφόρηση για το τί μπορούν να περιμένουν από τις υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην έχουν μέτρο σύγκρισης και άρα η ικανοποίηση που εκφράζουν να είναι σχετική.

-Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Είναι πιθανόν οι χρήστες των υπηρεσιών να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στις περιπτώσεις που υπάρχει μια καλά εδραιωμένη σχέση ασθενή -γιατρού, όπου ο τελευταίος δίνει την ευκαιρία στον πρώτο να εμπλακεί σε αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα του (Speedling & Rose, 1985).

8.1. Κόρια ευρήματα

Το ποσοστό συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει η Ιδιωτική Κλινική εμφανίζεται αρκετά υψηλό. Το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων δε φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η μοναδική διαφορά που παρατηρήθηκε είναι στις προσδοκίες των χρηστών, με μικρή υπεροχή των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων να φαίνονται με υψηλότερη τάση. Σε αυτό μπορεί να ληφθεί υπόψη και η ηλικιακή κατανομή που είναι σαφώς νεότεροι και πιθανότατα το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο που τους χαρακτηρίζει διαμορφώνει αντίστοιχα και τις προσδοκίες τους σε υψηλά επίπεδα. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές οι προσδοκίες των χρηστών φάνηκαν στο σύνολο τους αυξημένες, ανεξάρτητα από τα κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους.

9. Συμπεράσματα -προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Είναι προφανές από την ανάλυση των περιορισμών της έρευνας ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που πιθανόν να αλλοιώνουν τις απαντήσεις των χρηστών. Η αναλυτικότερη όμως προσέγγιση του όρου ικανοποίηση μέσα από τη διερεύνηση των συνισταμένων του, των παραγόντων δηλαδή εκείνων που σχετίζονται με την ικανοποίηση ή μη των χρηστών της Κλινικής, αποκαλύπτει περισσότερα στοιχεία για τις προσδοκίες τους.

Από την ανάλυση των δεδομένων δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των χρηστών με την τελική ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Ιδιωτικής Κλινικής. Από τα χαρακτηριστικά της Κλινικής ιδιαίτερα σημαντικά φαίνεται να είναι για την ικανοποίηση των χρηστών η αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό και η στελέχωση αυτού, όπως και η ενημέρωσή τους για το εκάστοτε πρόβλημα υγείας. Η συμπεριφορά των νοσηλευτών φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα συγχρόνως στη διαμόρφωση γνώμης από τις υπηρεσίες.

Καθοριστικό παράγοντα μοιάζει να αποτελεί η ευγένεια, ανθρωπιά και διακριτικότητα του προσωπικού, αφού ξεπερνάει σε ποσοστό τις προσδοκίες που είχαν οι χρήστες.

Στον παράγοντα που εξετάζει το λόγο που απευθύνθηκαν στη συγκεκριμένη Κλινική, η πλειοψηφία απαντάει για την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού, δεδομένης και της ανάλογης εξειδίκευσης του Νοσοκομείου σε καρδιολογικούς ασθενείς και της σοβαρότητας της κατάστασης, η οποία τους οδηγεί σε επιλογή με γνώμονα την κατάρτιση και φήμη του ιατρού.

Σε ό,τι αφορά τις προσδοκίες των χρηστών, αυτές παρουσιάζονται σαφώς υψηλές ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο που χαρακτηρίζει κάθε χρήστη ξεχωριστά. Το γεγονός αυτό εν μέρει δικαιολογείται από την εκτίμηση που εξέφρασαν οι ίδιοι οι χρήστες πως αφού απευθύνονται σε ένα Νοσοκομείο Ιδιωτικού Δικαίου περιμένουν να λάβουν υψηλές ποιοτικά υπηρεσίες φροντίδας και εξυπηρέτησης.

Από την άλλη πλευρά, διαπιστώνεται μικρή υπεροχή των χρηστών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο να κάνουν χρήση πιο εντατικά των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου. Αυτό μπορεί ως ένα βαθμό να αντισταθμιστεί βέβαια με την ηλικία, που σαφώς στη νοσηλεία ο μέσος όρος είναι μεγαλύτερος και τα προβλήματα υγείας πιο συχνά. Με δεδομένες αφενός τις δυσλειτουργίες του δημοσίου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο συγκεντρώνει τη ζήτηση κυρίως των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και αφετέρου την γενικά ικανοποιητική ποιοτική στάθμη του ιδιωτικού τομέα στον οποίο καταφεύγουν κυρίως οι υψηλές κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες του πληθυσμού, καταλήγουμε σε μια διαπίστωση που αιτιολογεί την έκταση του προβληματισμού γύρω από τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία. Η διαπίστωση αυτή συνίσταται στο γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν στα υψηλότερα μορφωτικά κλιμάκια, χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο αποτελεσματικά και κινούνται λιγότερο μεταξύ των διαφόρων οργανωτικών επιπέδων περίθαλψης απολαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο αυξημένη ποιότητα συνθηκών παροχής περίθαλψης, με χαμηλότερο κόστος χρόνου.

Η απόκτηση πληροφοριών που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών είναι απαραίτητη παράμετρος στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η επεξεργασία της πληροφορίας και η ενσωμάτωση της στον προγραμματισμό των υπηρεσιών δεν είναι εύκολη διαδικασία. Πρέπει να γίνουν προσπάθειες για να ξεπεραστούν τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα και μέσα από την αναλυτική προσέγγιση του όρου ικανοποίηση να αναζητηθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα συμβαδίζουν ή και θα ξεπερνούν στο σύνολο τους τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά απαιτούν σαφείς προσανατολισμούς, εμπειριστατωμένες θεωρήσεις και σχέδια δράσης, τα οποία χαρακτηρίζονται από συνεχή ανατροφοδότηση, συνέπεια και πνεύμα συνεργασίας.

Η ικανοποίηση του ίδιου του προσωπικού θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί σε μια μετέπειτα μελέτη, έτσι ώστε να υπάρχει μια συνολική εικόνα των εμπλεκόμενων ατόμων στο σύστημα υπηρεσιών που προσφέρει η Ιδιωτική Κλινική. Ενδιαφέρον πτυχή μελλοντικής έρευνας θα αποτελούσε τέλος, να εξεταστεί σε ποιό βαθμό η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει στην απόδοση του κλινικού έργου και αν συμβαδίζει με την αντίστοιχη ικανοποίηση των χρηστών που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας.

10. Βιβλιογραφικές παραπομπές

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- ❖ Al-Assaf, A.F., Schmele, A. June (1993), *Total Quality in Health Care*, CRC Press, p. 3-6, 13-16, 29-31, 40-43, 60-61, 75-76.
- ❖ Andaleeb, SS. (1998), *Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial model*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11: 181-187.
- ❖ Angelopoulou, P., Kangis, P., Babis, G. (1998), *Private and public medicine: A comparison of quality perceptions*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11: 14-20.
- ❖ Athanasopoulos, A., Gounaris, SP., Stathakopoulos, VL. (2001), *Behavioural responses to customer satisfaction: An empirical study*, European Journal of Marketing, Vol. 35: 687-707.
- ❖ Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K. (2000), *Measuring satisfaction with social care*, Health an Social Care in the Community, Vol. 8: 316-324.
- ❖ Brady, MK., Cronin, JJ., Brand, RR. (2002), *Performance-only measurement of service quality: A replication and extension*, Journal of Business Research, Vol. 55: 17-31.
- ❖ Brogger, J., Bakke, P., Eide, GE., Gulsvik, A. (2002), *Comparison of telephone and postal survey modes on respiratory symptoms and risk factors*, Am Journal Epidemiol., Vol. 15: 572-576.
- ❖ Calnan, M. (1988) *Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care*, Social Science of Medicine, 27:927-933.
- ❖ Camilleri, D., O' Callaghan, M. (1998), *Comparing public and private hospital care service quality*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11: 127-133.
- ❖ Carey, RB., Lloyd, RC. (1995), *Measuring Quality Improvement in Healthcare: A guide to Statistical Process Control Applications*, American Society for Quality.

- ❖ Crosby, P.B. (1979), *The quality management maturity grid*, in Crosby, P.B. (eds.), *Quality is Free; the art of making quality certain*, McGraw-Hill, New York, 25-63.
- ❖ Deming, W.E. (1991), *TQM: Out of crisis*, Cambridge University Press, Cambridge UK.
- ❖ Department of Health (2003), *Tackling Health Inequalities: A programme for action*, Department of Health Publications (www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction)
- ❖ Donabedian, A. (1969), *Medical care appraisal -Quality and utilization*, Guide to Medical Care Administration, Vol. 2, New York: American Public Health Association.
- ❖ Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press.
- ❖ Donabedian, A. (1988), *The quality of care-how can it be assessed?*, Journal of the American Medical Association, τόμ. 260, τχ. 12, σ. 1743-1748.
- ❖ Donabedian, A. (1988), *Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means*, Inquiry, Vol. 25: 173-192.
- ❖ Donabedian, A. (1997), *Managing Managed Care: Quality Improvement in Behavioral Health*, Institute of Medicine (IOM).
- ❖ Donaldson, L.J., Donaldson, R.J. (2003), *Essential Public Health*, Petroc Press, Plymouth.
- ❖ Donaldson, WG. (1995), *Manufactures need to show greater commitment to customer service*, Industrial Marketing Management, Vol. 24: 421-430.
- ❖ Douglas, L., Connor, R. (2003), *Attitudes to service quality-the expectation gap*, Nutrition and Food Science, Vol. 33: 165-172.
- ❖ Ellis, R., Whittington, D. (1993), *Quality Assurance in Health Care-A Handbook*, Edward Arnold, London.
- ❖ Gale, BT. (1998), *Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence*, Journal of Marketing, Vol. 52: 2-22.

- ❖ Ghobadian, A., Speller, S., Matthew, J. (1994), *Service quality concepts and models*, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 11 (9): 43-66.
- ❖ Grigoroudis, E., Siskos, Y. (2002), *Preference disaggregation for measuring and analyzing customer satisfaction: The MUSA method*, European Journal of Operational Research, Vol. 143: 148-170.
- ❖ Harvey, J. (1998), *Service quality: A tutorial* Journal of Operations Management, Vol. 16: 583-597.
- ❖ Hasin, Maa., Seeluangawat, R., Shareef, Ma. (2001), *Statistical measures of customer satisfaction for hospital health care quality assurance: A case study*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 14: 6-14.
- ❖ Institute of Medicine, IOM (2001), *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, National Academy Press, Washington.
- ❖ International Organization for Standardization, ISO (1990), *Quality Management and Quality System Elements, Part 2: Guidelines for Services*.
- ❖ ICAP (2005), *Κλαδική μελέτη της ICAP για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Δελτίο Τύπου, Αθήνα.
- ❖ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1988), *The Quality of medical care: information for consumers*, Diane Publishing.
- ❖ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (2000), *Lexicon dictionary of health care terms, organizations and acronyms for the era of reform*, Chicago.
- ❖ Juran, J. (1998), *Juran Planning for Quality*, The Free Press, New York.
- ❖ Koch, H. (1991), *Total Quality Management in Health Care*, Longman.
- ❖ Kostagiolas, PA., Platis, CH., Apostolakis, J. (2004), *A quality management strategy through the healthcare information systems development in Greece*, Proceedings of International Conference on Communication Technology, 80-84.

- ❖ Kyriopoulos, J., Economou, Ch., Gitona, M., Gregory, S. (2000), *Private insurance schemes versus integrated public coverage: Trends in the health sector in Greece*, in Javor, A., van Eimeren, W., Duru, G., (eds.), *Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health care: Sustainable structure for better health*, 29 May-2 June, Budapest 2000, σ. 235-238.
- ❖ Kyriopoulos, J., Gitona, M., Economou, Ch., Karalis, G. (2000), *Health inequalities and equity policies in Greece*, in Javor, A., van Eimeren, W., Duru, G., (eds.), *Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health care: Sustainable structure for better health*, 29 May-2 June, Budapest 2000, σ. 239-242.
- ❖ Kyriopoulos, J., Tsalikis, G. (1993), *Public and Private Imperatives of Greek Health Policies*, *Journal of Health Policy*, No 26.
- ❖ Lagergren, M., Johansson, J. (1998), *Health & Social care in the community*, Vol. 13 (4): 366-377.
- ❖ Lewis, Br., Mitchell, VW. (1990), *Defining and measuring the quality of customer service*, *Marketing Intelligence and Planning*, Vol. 8: 11-17.
- ❖ Liljander, V., Strandvik, T. (1994), *Estimating zones of tolerance in perceived service quality and perceived service value*, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 4: 6-28.
- ❖ Liljander, V., Strandvik, T. (1997), *Emotions in Service satisfaction*, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8: 148-169.
- ❖ Lim, PCH., Tang Nelson, KH. (2000), *The development of a model for total quality healthcare*, *Managing Service Quality*, Vol. 10: 103-111.
- ❖ Lin, B., Kelly, E. (1995), *Methodological issues in patient satisfaction surveys*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8: 32-37.
- ❖ Lohr, K.N., Harris, Wehling, J. (1991), *Medicare a strategy for quality assurance*, *Quality Review Bulletin*, Vol. 17: 6-9.
- ❖ McLeod, M. (1998), *Telephone or letter-which is better for obtaining customer feedback?*, *Bet Health Outc, Newsletter*, Vol. 4: 1-3.

- ❖ Merkouris, A., Yfantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999), *Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece*, Journal of Nursing Management, Vol. 7: 91-100.
- ❖ Moumoutzoglou, A., Dafogianni, C., Karra, V., Michailidou, D., Lazarou, P., Bartsocas, C. (2000), *Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care*, International Journal of Quality Health Care, Vol. 12: 331-337.
- ❖ Netten, A., Francis, J., Jones, K., Bebbington, A. (2004), *Performance and quality: user experiences of home care services*, Final Report, PSSRU Discussion Paper 2104/3.
- ❖ Oakland, J. (1991), *Total Quality Management*, 2^η έκδοση, Heinemann.
- ❖ Oliver, RL. (1996), *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*, McGraw-Hill Education.
- ❖ Organization for Economic Co-operation and Development, OECD (2006), *Statistics Portal, OECD Health Data 2006- Frequently Requested data*, www.oecd.org/health/healthdata.
- ❖ Ovretveit, J. (1992), *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell.
- ❖ Ovretveit, J. (2000), *The economics of quality*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 13: 200-207.
- ❖ Parasuraman, A., Berry, L., Zeithaml, V. (1991), *Understanding customer expectations of service*, Sloan Management Review, 39-48.
- ❖ Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1985), *A conceptual model of service quality and its implications for future research*, Journal of Marketing, Vol. 49: 41-50.
- ❖ Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1998), *Servoqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality*, Journal of Retailing, τχ. 64, σ. 12-40.
- ❖ Perkins, WST. (1993), *Measuring customer satisfaction*, Industrial Marketing Management, Vol. 22: 247-254.
- ❖ Reerink, E. (1990), *Defining Quality of Care: Mission Impossible?*, Quality Assurance in Health Care, Vol. 2: 197-202.

- ❖ Robinson, S. (1999), *Measuring service quality: Current thinking and future requirements*, Marketing intelligence and Planning, Vol. 17: 21-32.
- ❖ Robledo, MA. (2001), *Measuring and managing service quality: Integrating customer expectations*, Managing Service Quality, Vol. 11: 22-31.
- ❖ Rose, RCH., Uli, J., Abdul, M., NG., KL (2004), *Hospital service quality: A managerial challenge*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 17: 146-159.
- ❖ Sissouras, A., Karokis, A., Mossialos, E. (1999), *Health care and cost containment in Greece*, in Mossialos, E., Le Grand J., edit (1999), *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- ❖ Steven, A., Kerr, E., Keesey, J., Adams, J., Steodji, C., Malik, S., McGlynn, E. (2006), *Who is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?*, New England Journal of Medicine, Vol. 354 (11): 1147-1156.
- ❖ Teas, RK. (1993), *Expectations, performance evaluation and consumer's perceptions of quality*, Journal of Marketing, Vol. 57: 18-34.
- ❖ Thomas, J.W., Renchansky, R. (1984), *Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services*, Med. Care, τόμ. 22, τχ. 6, σ. 553-568.
- ❖ Titmus, R.M. (1968), *Commitment to Welfare*, Allen & Unwin, London.
- ❖ Tomes, AE., Chee Peng, NG. ST. (1995), *Service quality in hospital care: The development of an in-patient questionnaire*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8: 25-33.
- ❖ Turnbull, JE., Hembree, WF. (1999), *Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports*, Am Journal Quality, Vol. 11: 1829-1843.
- ❖ Ware, H.E., Davies-Avery, A., Stewart, A.L. (1978), *The measurement and meaning of patient satisfaction*, Health Med. Care Serv. Rev. 1, 1.
- ❖ WHO (1985), *Targets for health for all*, WHO Regional Office for Europe, European Health for all series No 1, Copenhagen.

- ❖ WHO (2000), *The world health report 2000: health systems: improving performance*, Geneva.
- ❖ Yfantopoulos, J. (1999), *Health inequalities-some of the issues and evidence for Greece*, in Ritsatakis, A., Levett, J., Kyriopoulos, J. (eds.), *Neighbours in the Balkans: initiating a dialogue for health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- ❖ Zeithaml, V.A. (1998), *Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence*, *Journal of Marketing*, Vol. 52: 2-22.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- ❖ Γείτονα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Καραλής, Γ. (1997), *Η άτυπη συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας από ίδιες πληρωμές και η παραοικονομική δραστηριότητα*, στο Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (επιμ.), (1997), *Ενιαίος φορέας υγείας: αναγκαιότητα και αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα, σ. 285.
- ❖ Ε.Κ.Κ.Ε., *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, τχ. Α' και Β', εκδ. Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα.
- ❖ Ζηλίδης, Χ., Φιλαλήθης, Α. (1994), *Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*, *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 3, τχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.
- ❖ Θεοδώρου, Μ. (1993), *Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού*, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.
- ❖ Καραγιωργας, Σ., Γεωργακόπουλος, Θ., Καραντινός, Δ., Λοϊζίδης, Γ., Μπούζας, Γ., Υφαντόπουλος, Γ., Χρυσάκης, Μ. (1990), *Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα*, τχ. Α' και Β', εκδ. Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ. (2000), *Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας: προς μια αναγκαία σύγκλιση των υγειονομικών αγορών*, στο Σουλιώτης, Κ. (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.

- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α. (1994), *Η ικανοποίηση των χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια*, στο Γ. Κυριόπουλος -Ε. Γεωργούση, κ.ά., *Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, σ. 11-24.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Μώκου, Ν., Σωμαράκης, Μ. (1990), *Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα Νοσοκομεία μας: Η ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια: Προκαταρκτική έρευνα*, Ιατρικό Βήμα, τχ. 13, σ. 19-27.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Δράκου, Ι., Κτενάς, Ε., Γεωργούση, Ε. (1994), *Στάσεις και αντιλήψεις των χρηστών ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα*, στο Γ. Κυριόπουλος -Ε. Γεωργούση, κ.ά., *Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, σ. 35-60.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Κτενάς, Ε. (1994), *Πρόσθετη Πληρωμή στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την επηρεάζουν*, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (επιμ.), (2003), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.
- ❖ Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, ΤΡ. (2000), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης*, στο Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση, Τ. Μπεαζόγλου (επιμ.), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Θεμέλιο, Αθήνα, σ. 15-35.
- ❖ Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2007), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Παπασωτηρίου, Αθήνα.
- ❖ Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ., Ζήμερας, Στ. (2006), *Οικονομικά της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τχ. 23(6): 603-614.
- ❖ Μπένος, Α. (2007), *Το διακόβευμα της Πολιτικής Υγείας*, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 5, τχ. 1, Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007.
- ❖ Μπέσης, Ν. (1993), *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, ΙΟΒΕ, Αθήνα.
- ❖ Ν. 1397/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας: ΦΕΚ 143, 7/10/1989, Αθήνα.

- ❖ Ν. 2071/ 1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34 Α', 16/3/1994, Αθήνα.
- ❖ Ν. 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.
- ❖ Νιάκας, Δ. (1991), *Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ερευνών καταναλωτή στις υπηρεσίες υγείας*, Mat Med Gr, τχ. 19: 200-205.
- ❖ Νιάκας, Δ. (2003), *Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ*, στο Νιάκας, Δ. (συντ.), *Θέματα διοίκησης-διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*, Mediforce, Αθήνα, σ. 85-126.
- ❖ Οικονομούπουλου, Χ., Λιαρόπουλος, Λ., Δόσιος, Θ. (2000), *Αξιολόγηση Ποιότητας Υπηρεσιών υγείας*, Επιθεώρηση Υγείας 2000, τχ. 12: 35-37.
- ❖ Παπανικολάου, Β. (1995), *Η Ικανοποίηση του Ασθενή ως Δείκτης Ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας*, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τχ. 4, σ. 56-64.
- ❖ Παπανικολάου, Β. (2003), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των χρηστών*, στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (επιμ), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Κοινωνία και Υγεία, Θεμέλιο, σ. 261-277.
- ❖ Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αρχές-Μέθοδοι & Εφαρμογές, Παπαζήσης, Αθήνα.
- ❖ Π.Ο.Υ. (2002), *Υγεία 2001: Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα*, επιμ.-μτφ. Δημολιάτης, Γ., Τυπωθήτω, Αθήνα.
- ❖ Ραφτόπουλος, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε. (2001), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Νοσηλευτική, τχ. 40 (1): 8-23.
- ❖ Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου, Χ. (2003), *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*, Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, τχ. 48 (2): 84-94.
- ❖ Σισσούρας, Α., Καρόκης, Α., Καλομενίδης, Κ., Μητρόπουλος, Ι. (1996), *Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής*

- έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 6^ο Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 27-30 Νοεμβρίου 1996, Πρακτικά, Αθήνα 1998.
- ❖ Σουλιώτης, Κ. (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
 - ❖ Σουλιώτης, Κ. (2001), *Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα*, Τόπος, τχ. 17: 49-74.
 - ❖ Σουλιώτης, Κ. (2002), *Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000: Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας*, στο Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για την πολιτική υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
 - ❖ Σουλιώτης, Κ. (2007), *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*, Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου, Παπαζήσης, Αθήνα.
 - ❖ Σουλιώτης Κ., Δόλγερας, Α., Κυριόπουλος, Γ. (2003), *Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας*, στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (επιμ), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Κοινωνία και Υγεία, Θεμέλιο, σ. 279-295.
 - ❖ Σουλιώτης, Κ., Παπανικολάου, Β., Κυριόπουλος, Γ. (2003), *Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο*, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 63, τχ 4, σ. 253-260.
 - ❖ Σουλιώτης, Κ., Χρυσάκης, Μ. (2006), *Οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας*, στο Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία τη υγείας*, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Παπαζήσης, Αθήνα.
 - ❖ Τούντας, Γ. (2003), *Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τχ. 20 (5): 532-546.

11. Παράρτημα

Ερευνητικό Πρωτόκολλο

Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Προσδοκίες και Ικανοποίηση Ασθενών από τις υπηρεσίες μιας ιδιωτικής κλινικής στο Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κριτήρια που επιχειρεί να εξασφαλίσει κάθε υγειονομικός οργανισμός και σύστημα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της έρευνας υπηρεσιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο γύρω από το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των φροντίδων (quality assurance). Ένας συνηθισμένος πλέον τρόπος διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνίσταται στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ ασθενών (patient's satisfaction) και στην εκτίμηση της στάσης τους απέναντι στους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες υγείας (consumer attitudes).

Οι έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν πολλαπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα της αποτύπωσης της γνώμης των χρηστών με τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, μπορούν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Κυριόπουλος, Γεωργούση, Γεννηματά, 1994). Στη χώρα μας, οι έρευνες της βασικής αυτής παραμέτρου των υπηρεσιών υγείας δεν έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου και παρά τη γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας, οι όποιες προσπάθειες δε λαμβάνονται υπόψη στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Σημαντικές παράμετροι που πρέπει να εξετάζονται κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και που συνήθως εφαρμόζονται στις περισσότερες έρευνες είναι (Ware, Davies, Avery, Stewart, 1978):

- η κατάρτιση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας

- η υποδομή της περίθαλψης (συνθήκες διαμονής και ξενοδοχειακό περιβάλλον)
- η προσπέλαση-πρόσβαση στις υπηρεσίες
- το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας
- το φυσικό περιβάλλον
- η διαθεσιμότητα
- η διάρκεια
- τα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, σημειώνεται πως σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα των ερευνών αυτού του είδους ασκούν και μια σειρά από παράγοντες ανεξάρτητους από την παρεχόμενη φροντίδα, όπως οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών, ο χρόνος σύνταξης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, οι παρεμβάσεις και οι απόψεις των συγγενών των ασθενών, κλπ. (Σουλιώτης -Παπανικολάου -Κυριόπουλος, 2003).

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1990), καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν. Επίσης μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000) και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας, αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη προτεραιοτήτων.

Η χρησιμότητα τέτοιων ερευνών είναι δεδομένη, ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου κυριαρχούν οι απόψεις που τονίζουν την αναγκαιότητα για συμμετοχή ή ακόμη και κυριαρχία του ασθενή (patient sovereignty) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας.

Σκοπός και στόχος της μελέτης

Υπό το πρίσμα των παραπάνω εξελίξεων και με δεδομένη την αναγκαιότητα για την άρση της παθητικής θέσης και της εξάρτησης του ασθενή από τους παραγωγούς-προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, θα επιχειρηθεί στο πλαίσιο της έρευνας αυτής η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες του συγκεκριμένου ιδιωτικού

γενικού νοσοκομείου, καθώς και η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

Υλικό-Μέθοδος

Η έρευνα θα στηριχτεί σε προσωπικές συνεντεύξεις σε δείγμα πληθυσμού τουλάχιστον 100 ατόμων ($n \geq 100$), για τους οποίους ισχύουν τα εξής:

- i. υπάρχει καταγραφή του τηλεφώνου και της διεύθυνσης τους στα σχετικά αρχεία ασθενών,
- ii. είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Το ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων είναι ανώνυμο ερωτηματολόγιο, μεταφρασμένο, σταθμισμένο και πολιτισμικά προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα. Η συλλογή των πληροφοριών θα επιχειρηθεί με τηλεφωνικό ραντεβού, αφού πρώτα έχει σταλεί το ερωτηματολόγιο στις διευθύνσεις των ενδιαφερόμενων.

Οι συλλεχθείσες πληροφορίες θα αφορούν:

- την αποτύπωση της πρωσοποτυπίας των ασθενών με ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα, τη θέση στην οικογένεια, τη μόρφωση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, το οικογενειακό εισόδημα και την κοινωνική τάξη
- τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση θα μετρηθεί σε τρεις βασικές διαστάσεις που περιλαμβάνουν
 - την υποδομή και τις διοικητικο-διαχειριστικές διαδικασίες,
 - τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες-κλινικό έργο-, και
 - το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους.

Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο SPSS 15.0. Επίσης θα γίνει εφαρμογή διαφόρων στατιστικών μεθόδων ανάλογα με την στατιστική υπόθεση και τον τύπο των ενεχομένων μεταβλητών: δηλαδή θα χρησιμοποιηθεί το κριτήριο χ^2 , το Fisher's exact test για τη συσχέτιση διακριτών μεταβλητών, το t-test, ή το αντίστοιχα μη παραμετρικά (Mann Whitney, Wilcoxon) σε περιπτώσεις συγκρίσεων των μέσων τιμών δύο ομάδων. Τέλος για περισσότερες από δύο ομάδες θα εφαρμοσθεί ανάλυση διακύμανσης ANOVA.

Αναμενόμενα Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα των ερευνών αυτού του τύπου ποικίλουν ανάλογα με το αντικείμενο μελέτης, ενώ, τις περισσότερες φορές, η ικανοποίηση των χρηστών συνδέεται με τις διαδικασίες πρόσβασης και χρησιμοποίησης, το επίπεδο εκπαίδευσης, το φύλο, το εισόδημα και βέβαια τον τρόπο και τις συνθήκες διανομής των φροντίδων υγείας (Thomas -Renchansky, 1984).

Η ικανοποίηση των χρηστών αναμένεται να είναι υψηλή στους τομείς της υποδομής και των παρεχομένων διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο στο κλινικό έργο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό ικανοποίησης είναι πιθανό να παρουσιασθούν σε δύο μεταβλητές:

- τον τόπο διαμονής -οι διαμένοντες στην ύπαιθρο πιθανώς να έχουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης λόγω χαμηλότερων προσδοκιών, και
- το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών. Τα άτομα με μέση ή ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλά εισοδήματα έχουν περισσότερο θετική και ανεκτική στάση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη όμως, τα άτομα αυτά ίσως σε κάποιες περιπτώσεις να εκφράσουν έντονη δυσαρέσκεια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, λόγω των υψηλών προσδοκιών

τους, που συνεπάγονται μεγαλύτερες απαιτήσεις (Γεωργούση και συν., 1994).

Επίσης, η ικανοποίηση από το κλινικό έργο πιθανότατα να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Οι διαπιστώσεις αυτές, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα μελετών που συνδέουν την ικανοποίηση με την ασφαλιστική κάλυψη και την πρόθεση πληρωμής, μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μέσα από την οποία μπορούν να εντοπιστούν τα αδύνατα σημεία του συστήματος λειτουργίας της κλινικής και στη συνέχεια να καθοριστεί η πολιτική που θα ακολουθηθεί, πάντα με αφετηρία τον ασθενή και τις ανάγκες του.

Θέμα : Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Ιδιωτική Κλινική

Προς: Διοικητική Διευθύντρια Ιδιωτικής Κλινικής

Ηράκλειο Κρήτης, 11/01/08

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών **Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Πολιτικός Επιστήμων, κα Σοφία Πετράκη με τίτλο: **«Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση των χρηστών»**, υπό την επίβλεψή μου. Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό: *να διερευνηθούν και να εκτιμηθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών.*

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

- Βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών.
- Η ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Ανάδειξη τυχόν προβλημάτων τα οποία είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει ο ασθενής στις υπηρεσίες υγείας.

Η συνεργασία Ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και φορέων περιθαλψής είναι καίριας σημασίας για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και για τη διαμόρφωση νέων πολιτικών υγείας μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά, παρακαλώ όπως εγκρίνετε στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια κα Σοφία Πετράκη την πρόσβαση σε στοιχεία ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας της Κλινικής σας, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις των ασθενών που νοσηλεύτηκαν καθώς και τη χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών για ερευνητικούς σκοπούς. Σας δίνουμε τη διαβεβαίωση ότι θα διασφαλισθεί η

ανωνυμία όλων των ασθενών που θα δεχθούν να συμμετάσχουν καθώς και ότι θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες που προβλέπονται από την ιατρική δεοντολογία. Οι ασθενείς θα ενημερώνονται πριν τη συνέντευξη για τη σχετική μελέτη και το σκοπό αυτής καθώς και τους στόχους της έρευνας. Είμαστε στη διάθεση σας για παντός είδους ενημέρωση ή παροχή πληροφοριών επί της συγκεκριμένης μελέτης-έρευνας.

Με εκτίμηση

Φιλαλήθης Αναστάσιος
Αναπληρωτής Καθηγητής

Έντυπο Ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα

Αγαπητέ κύριε/κυρία

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών **Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, πραγματοποιούμε μία έρευνα, που έχει ως στόχο τη διερεύνηση και την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Ιδιωτικής Κλινικής.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών θα βοηθήσει στη διαμόρφωση προτάσεων και στη λήψη αποφάσεων ώστε να βελτιωθεί η διαχειριστική διαδικασία και να αναβαθμιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών, όπου και εάν αυτό είναι αναγκαίο.

Παρακαλούμε, αφιερώστε μερικά λεπτά από το χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και το ερωτηματολόγιο ανώνυμο.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Μετά τιμής

Πετράκη Σοφία
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

Θέμα : Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων στην Ιδιωτική Κλινική

Προς: Διοικητική Διευθύντρια, Ιδιωτικής Κλινικής

Ηράκλειο Κρήτης, 11/01/08

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών **Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Πολιτικός Επιστήμων, κα Σοφία Πετράκη με τίτλο: **«Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση των χρηστών»**, υπό την επίβλεψή μου. Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό: *να διερευνηθούν και να εκτιμηθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών.*

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

- Βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών.
- Η ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Ανάδειξη τυχόν προβλημάτων τα οποία είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει ο ασθενής στις υπηρεσίες υγείας.

Η συνεργασία Ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και φορέων περιθαλψής είναι καίριας σημασίας για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και για τη διαμόρφωση νέων πολιτικών υγείας μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά, παρακαλώ όπως εγκρίνετε στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια κα Σοφία Πετράκη την φυσική παρουσία της στην Κλινική σας, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις των ασθενών που χρησιμοποίησαν τα εξωτερικά ιατρεία καθώς και την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών για ερευνητικούς σκοπούς. Σας δίνουμε τη διαβεβαίωση ότι θα διασφαλισθεί η ανωνυμία όλων των ασθενών που θα δεχθούν να συμμετάσχουν καθώς και ότι θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες

που προβλέπονται από την ιατρική δεοντολογία. Οι ασθενείς θα ενημερώνονται πριν τη συνέντευξη για τη σχετική μελέτη και το σκοπό αυτής καθώς και τους στόχους της έρευνας. Είμαστε στη διάθεση σας για παντός είδους ενημέρωση ή παροχή πληροφοριών επί της συγκεκριμένης μελέτης-έρευνας.

Με εκτίμηση

Φιλαλήθης Αναστάσιος
Αναπληρωτής Καθηγητής

Έντυπο Ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών **Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, πραγματοποιούμε μία έρευνα, που έχει ως στόχο τη διερεύνηση και την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Ιδιωτικής Κλινικής.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών θα βοηθήσει στη διαμόρφωση προτάσεων και στη λήψη αποφάσεων ώστε να βελτιωθεί η διαχειριστική διαδικασία και να αναβαθμιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών, όπου και εάν αυτό είναι αναγκαίο.

Για τον λόγο αυτό η Πετράκη Σοφία κρίνεται απαραίτητο να παρασταθεί στην κλινική Ιδιωτικής Κλινικής, χωρίς καμία δέσμευση από την κλινική για ασφαλιστική κάλυψη προκειμένου να διεκπεραιωθεί η έρευνα που διεξάγεται.

Μετά τιμής

Φιλαλήθης Αναστάσιος
Αναπληρωτής Καθηγητής

Πετράκη Σοφία
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ

Τα στοιχεία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων.

1. Ηλικία:

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

3. Εκπαίδευση

- Δημοτικό
- Μέση Εκπαίδευση
- Ανώτατη Εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακές Σπουδές

4. Οικογενειακή Κατάσταση

- Έγγαμος /η
- Διαζευγμένος /η
- Άγαμος /η

5. Αριθμός παιδιών:

6. Εθνικότητα

- Ελληνική
- Άλλη

7. Εργαζόμενος /η

- Ναι
- Όχι

8. Επάγγελμα

- Μισθωτός
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Συνταξιούχος

9. Οικογενειακό εισόδημα το μήνα

- έως 1000 €
- 1000- 2000 €
- 2000 € και πάνω

10. Ασφάλιση

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- Δημόσιο
- Ιδιωτική
- Άλλη (αναφέρατε

11. Τόπος Μόνιμης Κατοικίας

- Πόλη Ηρακλείου
- Νομός Ηρακλείου
- Άλλο (αναφέρατε.....)

12. Τρόπος Προσέλευσης στο νοσοκομείο

- Αυτοκίνητο
- Μέσο μαζικής μεταφοράς
- ΕΚΑΒ
- Άλλο

13. Είδος υπηρεσίας που σας παρασχέθηκε

- Νοσηλεία
- Εξωτερικά ιατρεία (σε αυτήν την περίπτωση συνεχίζετε στην ερώτηση 17)

14. Είδος Εισαγωγής (στην περίπτωση της νοσηλείας)

- Επείγον Περιστατικό
- Προγραμματισμένο ραντεβού

15. Τομέας νοσηλείας

- Παθολογικός
- Χειρουργικός

16. Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)

17. Ποιος επέλεξε το Νοσοκομείο αυτό για την αντιμετώπιση του προβλήματός σας;

- Εσείς ο ίδιος
- Σας το σύστησε ο προσωπικός σας γιατρός
- Σας έφερε το ΕΚΑΒ
- Σας το σύστησε φίλος/ συγγενής σας/ άλλος

18. Γιατί το διαλέξατε;

- Επειδή ήταν ιδιωτικό
- Επειδή ήταν κοντά
- Επειδή ήταν μοναδικό/ ειδικό για την περίπτωση σας
- Για την ποιότητα των υπηρεσιών του και τη φήμη του
- Για την φήμη του ιατρού που σας αντιμετώπισε

19. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί το Νοσοκομείο αυτό;

- Μία
- Δύο
- Περισσότερες

20. Έχετε ξανανοσηλευθεί στο συγκεκριμένο τομέα και τμήμα του νοσοκομείου

- Ναι
- Όχι

21. Έχετε νοσηλευθεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου

- Ναι
- Όχι

22. Αξιολογήστε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) την κατάσταση που ΠΕΡΙΜΕΝΑΤΕ ΝΑ ΒΡΕΙΤΕ πριν την επίσκεψη/ νοσηλεία/ επαφή σας με το Νοσοκομείο σχετικά με :

	απαράδεκτη			πολύ καλή	
	1	2	3	4	5
Την καθαριότητα των θαλάμων, κοινοχρήστων χώρων και χώρων αναμονής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού (καρέκλες, κρεβάτια, σκεύη εστίασης, κλπ.)	1	2	3	4	5
Την επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα, ποσότητα και ποικιλία του φαγητού	1	2	3	4	5
Τις παρεχόμενες ανέσεις και διευκολύνσεις (κυλικεία, τηλεόραση, κλπ.)	1	2	3	4	5
Την ασφάλεια και την ησυχία των χώρων	1	2	3	4	5
Την πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας	1	2	3	4	5

Την ενημέρωση για την περίπτωση σας και την αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Τη συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο	1	2	3	4	5
Την επικοινωνία με τις διοικητικές υπηρεσίες της Ιδιωτικής Κλινικής	1	2	3	4	5
Την ευγένεια του προσωπικού	1	2	3	4	5
Τη διακριτικότητα και κατανόηση που βρήκατε από το προσωπικό	1	2	3	4	5
Την ικανότητα του προσωπικού στην αντιμετώπιση της περιπτώσεώς σας	1	2	3	4	5
Το χρόνο απόκρισης σε αίτημα/ανάγκη σας	1	2	3	4	5
Την εξειδίκευση του Νοσοκομείου στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	1	2	3	4	5
Τις ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου	1	2	3	4	5
Τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών	1	2	3	4	5
Τη θέση του Νοσοκομείου σε κύριο οδικό άξονα	1	2	3	4	5
Την πρόσβασή του με τα μέσα μαζικής μεταφοράς.	1	2	3	4	5
Το ποσοστό συμμετοχής σας στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό χρόνο νοσηλείας	1	2	3	4	5
Το συνολικό χρόνο ολοκλήρωσης των εξετάσεών σας	1	2	3	4	5

23. Αξιολογήστε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) την κατάσταση που ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΛΑΒΑΤΕ από τα παρακάτω κατά ή μετά την επίσκεψη/ νοσηλεία/ επαφή σας με το Νοσοκομείο σχετικά με :

	απαράδεκτη			πολύ καλή	
Την καθαριότητα των θαλάμων, κοινοχρήστων χώρων και χώρων αναμονής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού (καρέκλες, κρεβάτια, σκεύη εστίασης, κλπ.)	1	2	3	4	5
Την επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα, ποσότητα και ποικιλία του φαγητού	1	2	3	4	5
Τις παρεχόμενες ανέσεις και διευκολύνσεις (κυλικεία, τηλεόραση, κλπ.)	1	2	3	4	5
Την ασφάλεια και την ησυχία των χώρων	1	2	3	4	5
Την πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας	1	2	3	4	5
Την ενημέρωση για την περίπτωση σας και την αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Τη συνεργασία με άλλο νοσοκομείο ή θεραπευτικό κέντρο	1	2	3	4	5
Την επικοινωνία με τις διοικητικές υπηρεσίες της Ιδιωτικής Κλινικής	1	2	3	4	5
Την ευγένεια του προσωπικού	1	2	3	4	5
Τη διακριτικότητα και κατανόηση που βρήκατε από το προσωπικό	1	2	3	4	5
Την ικανότητα του προσωπικού στην αντιμετώπιση της περίπτωσης σας	1	2	3	4	5
Το χρόνο απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	1	2	3	4	5
Την εξειδίκευση του Νοσοκομείου στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	1	2	3	4	5

Τις ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου	1	2	3	4	5
Τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών	1	2	3	4	5
Τη θέση του Νοσοκομείου σε κύριο οδικό άξονα	1	2	3	4	5
Την πρόσβασή του με τα μέσα μαζικής μεταφοράς	1	2	3	4	5
Το ποσοστό συμμετοχής σας στο κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος άμεσων και έμμεσων χρεώσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό χρόνο νοσηλείας	1	2	3	4	5
Το συνολικό χρόνο ολοκλήρωσης των εξετάσεών σας	1	2	3	4	5

24. Αξιολογείτε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) τη:

	απαράδεκτη			πολύ καλή	
	1	2	3	4	5
Συνολική ικανοποίηση που λάβατε από το Νοσοκομείο	1	2	3	4	5
Συνολική ικανοποίηση που αναμένετε να λάβετε από το νοσοκομείο	1	2	3	4	5

25. Θα συστήνατε αυτό το Νοσοκομείο σε άλλον;

- Ναι
 Όχι

26. Αν χρειαζόταν θα επιλέγατε αυτό το νοσοκομείο ξανά;

- Ναι
 Όχι

27. Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε;

- Το κύρος του νοσοκομείου
 Την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού

- Την ποιότητα των εγκαταστάσεων
- Την ευγένεια και την ανθρωπιά του προσωπικού
- Το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών
- Την ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα / ανάγκη σας

28. Τι θεωρείτε ως το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας σας σε ένα νοσοκομείο γενικά;

- Το κόστος του νοσοκομείου
- Την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού
- Την ποιότητα των εγκαταστάσεων
- Την ευγένεια και την ανθρωπιά του προσωπικού
- Το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών
- Την ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα / ανάγκη σας

29. Αν χρειαζόταν να νοσηλευθείτε ξανά σε παρόμοιο θα επιλέγατε αυτό το τμήμα αυτού του νοσοκομείου;

- Ναι
- Όχι

30. Θα συστήνατε αυτό το τμήμα αυτού του νοσοκομείου σε κάποιον συγγενή ή φίλο για να νοσηλευθεί;

- Ναι
- Όχι

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ**

Τα στοιχεία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων

1. Ηλικία:

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

3. Εκπαίδευση

- Δημοτικό
- Μέση Εκπαίδευση
- Ανώτατη Εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακές Σπουδές

4. Εργαζόμενος/η

- Ναι
- Όχι

5. Επάγγελμα

- Μισθωτός
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Συνταξιούχος

6. Οικογενειακό εισόδημα

- Έως 1000 €
- 1000 -2000 €
- 2000 € και πάνω

7. Ασφάλιση

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- Δημόσιο
- Ιδιωτική
- Άλλη (αναφέρατε

8. Γιατί επιλέξατε το Νοσοκομείο αυτό για την αντιμετώπιση του προβλήματός σας;

- Επειδή ήταν ίδια επιλογή
- Επειδή ήταν ιδιωτικό
- Σας το σύστησε ο προσωπικός σας γιατρός
- Σας το σύστησε φίλος / συγγενής σας / άλλος

9. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί το Νοσοκομείο αυτό;

- Μία
- Δύο
- Περισσότερες

10. Αν χρειαζόταν θα επιλέγατε αυτό το νοσοκομείο ξανά;

- Ναι
- Όχι

11. Ποιο θεωρείτε το καλύτερο στοιχείο αυτού του νοσοκομείου και για το οποίο θα το επιλέγατε;

- Το κύρος του νοσοκομείου
- Την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού
- Την ποιότητα των εγκαταστάσεων
- Την ευγένεια και την ανθρωπιά του προσωπικού
- Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Την ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα /ανάγκη σας

12. Τι θεωρείτε ως το σημαντικότερο στοιχείο της φροντίδας σας σε ένα νοσοκομείο γενικά;

- Το κύρος του νοσοκομείου
- Την ικανότητα του ιατρικού προσωπικού
- Την ποιότητα των εγκαταστάσεων
- Την ευγένεια και την ανθρωπιά του προσωπικού
- Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Την ταχύτητα απόκρισης σε αίτημα /ανάγκη σας

13. Αξιολογίστε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) τη συνολική ικανοποίηση που λάβατε από το Νοσοκομείο

απαράδεκτη
1 / 2 / 3 / 4 / 5
πολύ καλή

14. Αξιολογίστε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) τη συνολική ικανοποίηση που αναμένετε να λάβετε από το Νοσοκομείο

απαράδεκτη
1 / 2 / 3 / 4 / 5
πολύ καλή

