



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**Τμήμα Εμπορίας και Διαφήμισης**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΕ ΤΙΤΛΟ:**

**Βελτίωση παροχής υπηρεσιών στα Δημόσια Νοσοκομεία.  
Περίπτωση «Άγιος Παύλος»**



**Επόπτης καθηγητής: Κοκκίνης Γεώργιος**

**Σπουδάστρια : Τσόκου Ντενίσα**



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**Τμήμα Εμπορίας και Διαφήμισης**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΕ ΤΙΤΛΟ:**

**Βελτίωση παροχής υπηρεσιών στα Δημόσια Νοσοκομεία.  
Περίπτωση «Άγιος Παύλος»**

**(Improvement of liability services in public hospitals. Case  
“Agius Paulos” hospital.**

**Επόπτης καθηγητής: Κοκκίνης Γεώργιος  
Σπουδάστρια : Τσόκου Ντενίσα**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>5</b>
1.1 ΥΓΕΙΑ .....	5
1.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
1.3 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	10
1.4 ΤΟ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	11
1.5 ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	14
1.6 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
1.7 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.8 ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
1.9 Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
1.10 SWOT ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
1.11 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
1.11.1 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
1.12 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
1.13 ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
1.14 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	33
1.15 ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	33
1.16 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ».....	36
1.16.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΟΜΗ.....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....</b>	<b>40</b>
2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑ .....	40
2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	46
2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	46
2.3 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ .....</b>	<b>49</b>
3.1 ΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	49
3.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ.....	50
3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	56
3.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	56
3.4.1 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	57
3.4.2 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ SERVQUAL.....	66
3.4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	67
3.4.4 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	69
3.4.5 ΤΑ ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	70
3.5 ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ SERVQUAL.....	74
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>77</b>
4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	77
4.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	78
4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	82
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>84</b>
5.1 Η ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ .....	84
5.2 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΝΘ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ».....	85
5.2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	86
5.2.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	87
5.2.3 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88
5.3 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΟΥ SERVQUAL.....	90
5.3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ SERVQUAL.....	90
5.3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ SERVQUAL.....	91
5.3.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ SERVQUAL.....	92
5.3.4 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ.....	99
5.3.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΑΣΜΑΤΩΝ.....	104
5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ LIKERT.....	107
5.4.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	107
5.4.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	117
5.5 ΣΧΟΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	124
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ .....</b>	<b>126</b>
6.1 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ- ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ.....	126
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ.....	127
6.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	129

6.4 ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ.....	131
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	133
<b>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ</b>	
ΕΙΚΟΝΑ 1 ΜΙΓΜΑ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	55
ΕΙΚΟΝΑ 2 ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	58
ΕΙΚΟΝΑ 3 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ OLIVER.....	59
ΕΙΚΟΝΑ 4 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ FORNELL.....	61
ΕΙΚΟΝΑ 5 ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΚΑΝΟ.....	64
ΕΙΚΟΝΑ 6 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ CRONIN ΚΑΙ TAYLOR.....	68
ΕΙΚΟΝΑ 7 ΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ.....	69
ΕΙΚΟΝΑ 8 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΧΑΣΜΑΤΩΝ.....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΒΑΣΕΙ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ SERVQUAL.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΣΗΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΖΕΥΓΑΡΩΤΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ Τ.....	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΟΥ SERVQUAL.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΒΑΡΥΤΗΤΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUALΑΠΟ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ.....	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ.....	101
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ.....	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.....	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑΣ.....	104
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΑΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ 32 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ SERVQUAL.....	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝ.....	107
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	108
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΔΟΥΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΙΚΟ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΠΑΝΤΑ ΣΩΣΤΕΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	111
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ΕΠΑΡΚΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟ.....	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	114
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ * ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	115
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	116
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚ. ΚΡΙΣΗ.....	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	118
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 ΚΑΚΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΩΝ.....	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 ΑΚΡΙΒΗ Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΤΙΡΙΑ ΛΟΓΩ ΚΡΙΣΗΣ.....	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΡΩΝ.....	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚ. ΚΡΙΣΗ * ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΡΩΝ.....	123
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>133</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>154</b>

### **Ευχαριστίες**

*Ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Κοκκίνη Γεώργιο,  
για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του στην  
ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.  
Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω και όλους  
εκείνους που με βοήθησαν με τρόπο  
αθόρυβο και ουσιαστικό.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιχειρείται η παρουσίαση της κατάστασης που επικρατεί στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στα δημόσια νοσοκομεία. Με θέμα “Βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Περίπτωση ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»” γίνεται η προσπάθεια μέτρησης της ποιότητας και συνεπώς του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία γενικά και πιο συγκεκριμένα στο ΓΝΘ «Άγιος Παύλος» μέσω του μοντέλου μέτρησης της ποιότητας SERVQUAL.

Αρχικά, γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση όλων των εννοιών και στοιχείων που απαρτίζουν τον τομέα της υγείας. Αναλύονται οι ορισμοί «υγεία», το σύστημα υγείας και οι υπηρεσίες υγείας και όλα εκείνα τα στοιχεία που αφορούν, συγκροτούν, περιορίζουν, στηρίζουν αυτούς θεσμούς. Επίσης, επισημαίνονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Τέλος, γίνεται μια αναφορά στα δημόσια νοσοκομεία και στην λειτουργία και δομή αυτών.

Έπειτα, γίνεται μια αναφορά στον τομέα των υπηρεσιών και τα χαρακτηριστικά αυτών όπως και στα στοιχεία που επιδρούν στην διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Παράλληλα, αναλύονται διάφορα μοντέλα μέτρησης της ποιότητας και πιο συγκεκριμένα το μοντέλο μέτρησης υπηρεσιών SERVQUAL

Στην συνέχεια, γίνεται μια προσπάθεια εννοιολογικής προσέγγισης του όρου ποιότητα των υπηρεσιών και παράλληλα αναλύεται και ο όρος ικανοποίηση που αφορά την ικανοποίηση των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτούς. Ακολουθεί στην συνέχεια η σύνδεση της ποιότητας με τον τομέα της υγείας.

Τέλος, γίνεται η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων. Τα συμπεράσματα μας δείχνουν πως γενικότερα τα δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται μια άμεση βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και επαναπροσδιορισμό της στρατηγικής ενεργητικής συμμετοχής στην βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία προς όφελος αυτής της κοινωνίας.







## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- Ο Τομέας της Υγείας

### 1.1 «Υγεία»

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας. Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες.

### 1.2 Προσέγγιση της Έννοιας «Υγεία»

Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κλπ). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι

ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους.

### ■ Κοινωνική προσέγγιση

Η υγεία και η αρρώστια εκφράζονται στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και την κοινωνική του λειτουργία. Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμό του ορίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το γεγονός ότι έννοιες όπως το «φυσιολογικό» επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και

της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία. Μάλιστα, επειδή παλαιότερα η εργασία ήταν κυρίως χειρωνακτική, τα όρια της παθολογίας ταυτίστηκαν με τα όρια της σωματικής -και ειδικά της μυϊκής- αδυναμίας. Οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές μόνο κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, όταν η εργασία στο δυτικό κόσμο έγινε λιγότερο χειρωνακτική και περισσότερο νοητική.

### ■ Οικονομική προσέγγιση

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μια και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας.

### ■ Πολιτισμική προσέγγιση

Κάθε πολιτισμός επιλέγει ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του τις αξίες, τους κανόνες και το είδος των γνώσεων που χρειάζεται για να κατανοήσει, να ερμηνεύσει, να θεραπεύσει την αρρώστια, να διαφυλάξει και να προάγει την υγεία. Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα. Χαρακτηριστικές είναι οι επιδράσεις αυτές σε πολιτισμούς όπως ήταν ο κλασικός Ελληνικός, ο Κινεζικός και αργότερα ο Δυτικός. Ο Πλάτων αναφέρει ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε την ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Η μαλθακότητα και η υπερβολική και εξεζητημένη διατροφή -χαρακτηριστικά του πολιτισμού της εποχής του- αποτελούσαν κατά

τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας. Ο Πλούταρχος και αρκετοί άλλοι ηθικολόγοι υιοθέτησαν τις απόψεις αυτές του Πλάτωνα. Αλλά και αργότερα, στη Ρώμη, τον 1ο αιώνα μ.Χ., ο εγκυκλοπαιδιστής Κέλσος υποστήριξε ότι στην εποχή του Ομήρου η υγεία των ανθρώπων ήταν γενικά καλή, εξαιτίας των υγιεινών συνηθειών, που δεν είχαν ακόμη διαφθαρεί ούτε από τη νωθρότητα, ούτε από την πολυτέλεια του πολιτισμού. Η διεύρυνση της «υγείας» με την προσθήκη της ψυχολογικής και της κοινωνικής διάστασης ήταν μια σημαντική πρόοδος. Όμως, δεν είχε άμεση πρακτική αξία. Εννοιολογικά, η διεύρυνση αυτή περιέπλεξε παρά διευκόλυνε. Στην πραγματικότητα, η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας αντιστοιχεί περισσότερο στην ευτυχία παρά στην υγεία. Ωστόσο, η ευτυχία είναι αυστηρά υποκειμενική εμπειρία. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές φιλοσοφικές συζητήσεις σχετικά με την έννοια της υγείας. Ο Boorse, ένθερμος υπερασπιστής της άποψης των νατουραλιστών, προσπαθεί να καθορίσει την υγεία και την ασθένεια χρησιμοποιώντας αντικειμενικούς, επιστημονικούς όρους που έχουν ρίζες στη βιολογία. Θεωρεί ότι είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η εξελικτική βιολογία για μια επιστημονική περιγραφή της βιολογικής λειτουργίας. Υποστηρίζει ότι η ασθένεια είναι «η ανικανότητα να εκτελέσεις τις φυσιολογικές λειτουργίες με μια σχετική αποδοτικότητα» και η υγεία είναι απλά η απουσία ασθένειας. Λαμβάνοντας υπόψη τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι προσέρχονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι Hamonet και Magalhaes ορίζουν την υγεία ως ισορροπία που περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του περιβάλλοντός του, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη. Κατά συνέπεια, όπως προτείνεται από το René Dubos, η υγεία είναι «μια σχετική κατάσταση χωρίς προβλήματα, απαλλαγμένα από τα βάσανα». Από την άλλη πλευρά, η κανονιστική δομή της έννοιας της υγείας εισαγάγει μια φαινομενολογική θεώρηση. Ο Mordacci υποστηρίζει ότι η έννοια της υγείας έχει μια λογική προτεραιότητα έναντι της ασθένειας και ότι η ασθένεια είναι περισσότερο μια εμπειρία. Τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της έννοιας της υγείας ορίζονται έτσι με τη βοήθεια της βιοστατιστικής και αποκτούν μια κανονιστική διάσταση.

Κατά τον Nordenfelt : «το άτομο είναι απόλυτα υγιές εάν έχει τη δυνατότητα να λάμβανε υπόψη τις εκάστοτε περιστάσεις και να επιτυγχάνει όλους τους

στόχους ζωτικής σημασίας». Αυτός ο ορισμός τονίζει ότι η υγεία είναι μια εμπειρία της επιτυχημένης ή αποτυχημένης προσπάθειας ενός ατόμου να ενεργήσει με έναν επιθυμητό τρόπο. Εκτιμώντας ότι πολλές αντίθετες απόψεις παρέχουν μόνο μια αρνητική περιγραφή της υγείας με τον καθορισμό της ως απουσία ασθένειας, η θεωρία του Nordenfelt είναι ολιστική καθώς εμπεριέχει και το βίωμα του ατόμου. Μια άλλη προσέγγιση από G. Canguilhem βασίζεται στην αναλογική δομή της γλώσσας. Ο Canguilhem υποστηρίζει ότι η υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια αναλογία «της πληρότητας» που είναι η κοινή ιδανική αναφορά όλων των εννοιολογικών προσεγγίσεων. Η αναλογική δόμηση της γλώσσας επιτρέπει την αναγνώριση των διαφορετικών επιπέδων της έννοιας, και επομένως και των διαφορετικών κανονιστικών δομών (βιολογική, διανοητική, κοινωνική, ηθική). Άρα, παρατηρούμε ότι υπάρχει μια σύγκλιση στη θεώρηση ότι η υγεία είναι η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις της ζωής ή η δυνατότητα να επιτελεστούν οι βασικές λειτουργίες. Η ολιστική αντίληψη δε διαφοροποιείται μόνο ως προς τα φιλοσοφικά και οντολογικά της πιστεύω για τη φύση του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά έχει και άμεσες πρακτικές επιπτώσεις ως προς το χαρακτήρα και τους προσανατολισμούς της ιατρικής επιστήμης. Από τη στιγμή που η αρρώστια αποτελεί διαταραχή της ανθρώπινης ολότητας, η αντιμετώπισή της δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στη σωματική ή στη ψυχική διάσταση. Πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές που να αντιμετωπίζουν και τις τρεις διαστάσεις (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και κυρίως τον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν.

Συνοψίζοντας, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού φαίνεται ότι εξαρτάται κατά 20% από βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασής τους μπορεί να υποβοηθήσει την κατανόηση και την ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

### 1.3 Τα Δικαιώματα των Ασθενών

Τα δικαιώματα των ασθενών (κατά την σύγχρονη αντίληψη: των πολιτών που χρησιμοποιούν Υπηρεσίες Υγείας) είναι θέμα που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κοινωνιών του λεγόμενου πρώτου κόσμου. Απασχολούσε

**Ο ν. 2071/92 είναι ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί κατοχυρώνει:**

- το δικαίωμα προσέγγισης του ασθενή στις υπηρεσίες του νοσοκομείου
- το δικαίωμα παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη
- την δυνατότητα ανάκλησης της συγκατάθεσης, ανά πάσα στιγμή
- ότι το συμφέρον του ασθενή είναι καθοριστικό
- το δικαίωμα αποδοχής ή απόρριψης κάθε συνεργασίας του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση
- το δικαίωμα της προστασίας της ιδιωτικής του ζωής και την εγγύηση του απορρήτου
- το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων
- το δικαίωμα της παράστασης ή της κατάθεσης διαμαρτυρίας ή ένστασης καθώς και το δικαίωμα να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

όλες τις κοινωνίες στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας, όχι όμως ευθέως, ως αυτοτελές σύνολο δικαιωμάτων του ατόμου, αλλά εμμέσως, στα πλαίσια καθορισμού των υποχρεώσεων των ιατρών.

## 1.4 Το Υφιστάμενο Νομικό Πλαίσιο

Ως πρώτος χάρτης δικαιωμάτων του ασθενή στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας μπορεί να θεωρηθεί ο όρκος του Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.). Ο όρκος προορίζεται αποκλειστικά για τους νέους ιατρούς, περιέχει ωστόσο σημεία στα οποία προσδιορίζονται, έμμεσα, δικαιώματα του ασθενή και γενικότερα του ατόμου. Από την εποχή του Ιπποκράτη ως τα μέσα του 20ου αιώνα μ.Χ. δεν πραγματοποιήθηκε κάποια πρόοδος ως προς το συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, τα δικαιώματα του ασθενούς ατόμου συμμερίστηκαν τις περιπέτειες των υπόλοιπων ανθρώπινων δικαιωμάτων, κατά τις χιλιετίες της βαρβαρότητας που ακολούθησαν το τέλος του αρχαίου ελληνικού κόσμου.

Φυσικά πάντοτε υπήρχαν εξαιρέσεις του κανόνα, αυτές όμως είχαν ως αφετηριακή πηγή την φιλανθρωπία και τον ουμανισμό και σε καμιά περίπτωση δεν επρόκειτο για διακριτά, και πολύ περισσότερο θεσμοθετημένα, δικαιώματα. Η κατάσταση αυτή εξακολούθησε μέχρι το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Τότε πλέον, ορισμένες κυβερνήσεις, υπό την πίεση κινημάτων πολιτών, άρχισαν να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι πολιτικές και κοινωνικές διεργασίες είχαν ως πρώτο αποτέλεσμα, στα 1973, την ψήφιση από την Αμερικανική Νοσοκομειακή ένωση, των ΗΠΑ, του «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς». Από τις Ευρωπαϊκές χώρες πρωτοπόρησε η Γαλλία, το 1974, με τον «Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών». Την ίδια χρονιά (1974) η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψήφισε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών».

Η Ελλάδα είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που διατύπωσε σε νόμο (ν. 2071/92, άρθρο 47) τα «Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς», με επόμενη χώρα την Ιρλανδία.

Στη συνέχεια, με τον νόμο 2519/97 καθιερώθηκαν τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας. Ειδικότερα, με το άρθρο 1, συνεστήθησαν:

**α) Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών**, σε επίπεδο Τμήματος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αρμοδιότητα να ασκεί εποπτεία και έλεγχο σε ότι αφορά την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στα θέματα υγείας, να παρεμβαίνει σε κάθε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων και να κινεί τη διαδικασία ελέγχου των υπευθύνων. Για την ευέλικτη, ταχεία και αποτελεσματική λειτουργία της υπάγεται απευθείας στον ΓΓ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

**β) Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών.** Η επιτροπή αυτή λειτουργεί αυτοτελώς και παράλληλα προς την προηγούμενη υπηρεσία, παρακολουθεί και ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών. Εξετάζει καταγγελίες πολιτών, που υποβάλλονται απευθείας σε αυτήν ή που παραπέμπονται από τον ΓΓ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στον οποίον υποβάλλει και τα σχετικά πορίσματα. Η επιτροπή συγκροτείται από εκπροσώπους των επαγγελματιών της υγείας, των εργαζομένων στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, των αγροτών κτλ, καθώς και από άτομα με ειδικό και κοινωνικό κύρος ή ιδιαίτερη γνώση στα θέματα σχέσεων πολιτών και υπηρεσιών υγείας.

**γ) Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη**, σε κάθε νοσοκομείο. Αρμοδιότητα και υποχρέωση της Επιτροπής αυτής είναι να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και τον σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Ορίζεται επίσης ότι στην Επιτροπή αυτή συμμετέχει και εκπρόσωπος του σωματείου φίλων του νοσοκομείου, όπου έχει συσταθεί τέτοιο. Παράλληλα προβλέπεται η λειτουργία στα νοσοκομεία **Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη**.



Σημαντικός σταθμός στη νομοθεσία ήταν η κύρωση από το ελληνικό κοινοβούλιο (ν.2619/98) της «Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Το κείμενο της Σύμβασης υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο **Οβιέδο της Ισπανίας και θεσπίζει:**

- το προβάδισμα του ανθρωπίνου όντος, των συμφερόντων και της ευημερίας του
- την ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη
- τα επαγγελματικά πρότυπα (πρωτόκολλα) για κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας
- τα δικαιώματα της συναίνεσης, της ενημέρωσης, της ανάκλησης
- την προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία συναιδέσεων
- την προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή
- την άμεση επιτέλεση κάθε ιατρικώς αναγκαίας πράξης, σε επείγουσες καταστάσεις
- τον σεβασμό των επιθυμιών που έχουν εκφρασθεί εκ των προτέρων, όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράζει τις επιθυμίες του
- την προστασία της ιδιωτικής ζωής και το δικαίωμα στην ενημέρωση
- την απαγόρευση των διακρίσεων εις βάρος προσώπου επί τη βάση του γενετικού κληρονομικού υλικού του
- την απαγόρευση των γενετικών εξετάσεων που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης νόσου (προσδιορίζονται οι εξαιρέσεις)
- τον προσδιορισμό των επιτρεπόμενων επεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα
- την απαγόρευση επιλογής του φύλλου, με εξαίρεση την αποφυγή σοβαρής κληρονομικής νόσου που σχετίζεται με το φύλο
- την ελευθερία της επιστημονικής έρευνας στο πεδίο της Βιολογίας και της Ιατρικής
- την προστασία των προσώπων στα οποία διενεργείται η έρευνα
- την προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συγκατατεθούν στη διενέργεια έρευνας
- τις προϋποθέσεις έρευνας σε έμβρυα in vitro
- τις προϋποθέσεις διάθεσης αφαιρεθέντος τμήματος του ανθρωπίνου σώματος
- την παροχή νομικής προστασίας για την αποτροπή παραβιάσεων, δικαιωμάτων ή αρχών, ως υποχρέωση των Συμβαλλομένων κρατών
- την αποζημίωση για απρόκλητη βλάβη
- τον προσδιορισμό του περιορισμού στην άσκηση δικαιωμάτων (για λόγους δημόσιας ασφάλειας, πρόληψης του εγκλήματος, προστασίας της δημόσιας υγείας ή προστασίας των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων)
- τη δυνατότητα των Συμβαλλομένων κρατών να θεσμοθετήσουν ευρύτερα μέτρα προστασίας
- την ανάληψη της υποχρέωσης από τα Συμβαλλόμενα κράτη ώστε να μεριμνήσουν για την διεξαγωγή κατάλληλης δημόσιας συζήτησης ως προς τα θεμελιώδη ερωτήματα που εγείρονται από την εξέλιξη της βιολογίας και της ιατρικής.

Στα πλαίσια της προστασίας των δικαιωμάτων του πολίτη, έχουν θεσμοθετηθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας:

- Ο Συνήγορος του Πολίτη
- Η Αρχή για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων
- Η Εθνική Επιτροπή των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
- Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής

και έχουν δοθεί σχετικές αρμοδιότητες στο Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης. Παράλληλα, έχουν κυρωθεί από το Ελληνικό Κοινοβούλιο σημαντικά διεθνή Κείμενα, όπως το σύμφωνο του ΟΗΕ για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και το πρωτόκολλο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα δικαιώματα του Ανθρώπου. Τέλος, με τον ν. 2716/99 συνεστήθη η «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων **Ατόμων** με Ψυχικές Διαταραχές» και το **Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με ψυχικές διαταραχές**.

Πρέπει να τονισθεί ότι η θέσπιση **«Χάρτας των Δικαιωμάτων του Ασθενούς**, μέσω της οποίας κατοχυρώνεται η αξιοπρεπής και έγκαιρη αντιμετώπιση του ασθενούς και το δικαίωμά του στην τεκμηριωμένη πληροφόρηση» αποτελεί δέσμευση της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

## 1.5 Σχετικές Ρυθμίσεις στο Σύνταγμα της Ελλάδας

Είναι απαραίτητη η αναφορά στις ισχύουσες συνταγματικές διατάξεις. Η απλή ανάγνωση των διατάξεων για τα δικαιώματα του πολίτη πείθει για την απόλυτη ισχύ τους και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, είτε αυτές είναι δημόσιες, είτε ιδιωτικές. Το άρθρο 2, παρ.1 θεσπίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση

της Πολιτείας». Το άρθρο 4, παρ 1 ορίζει πως «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου». Στο άρθρο 9Α καθορίζεται ότι «καθένας έχει δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα, των προσωπικών του δεδομένων, όπως νόμος ορίζει». Το άρθρο 20, παρ 2 αναφέρει ότι «το δικαίωμα της προηγούμενης ακρόασης του ενδιαφερομένου ισχύει και για κάθε διοικητική ενέργεια ή μέτρο που λαμβάνεται σε βάρος των δικαιωμάτων ή συμφερόντων του», ενώ το άρθρο 21, παρ 3 ορίζει ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Τέλος, το άρθρο 25 περιλαμβάνει ιδιαίτερα σημαντικές αναφορές. Συγκεκριμένα, η παρ. 1 αναφέρει πως «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών, στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα, είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας». Η παρ. 3 καθορίζει πως «η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος δεν επιτρέπεται» ενώ η παρ. 4 ότι «το κράτος δικαιούται να αξιώνει από όλους τους πολίτες την εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης»

## **Η διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ασθενή από τον Μπ. Κούσνερ**

**Άρθρο 1.** Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα ίσης προστασίας της υγείας, χωρίς διακρίσεις ηλικίας, προσωπικής κατάστασης ή οικονομικών δυνατοτήτων.

**Άρθρο 2.** Η ισότητα αυτή αποτελεί θεμελιώδη αρχή την οποία εγγυώνται η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η οργάνωση του συστήματος υγείας.

**Άρθρο 3.** Η πολιτεία αναλαμβάνει τις δαπάνες της πρόληψης και της περίθαλψης, εφόσον ο πλούτος της το επιτρέπει. Είναι υπεύθυνη για την ίση πρόσβαση στην προστασία. Η κοινή συνεισφορά θεσπίζεται ακριβοδίκαια, ανάλογα με τα οικονομικά μέσα του καθενός.

**Άρθρο 4.** Οι επαγγελματίες της υγείας δικαιούνται μια σωστή αμοιβή σε σχέση με τις ικανότητες και τις δραστηριότητές τους.

**Άρθρο 5.** Σε κανέναν δεν μπορεί να επιβληθεί να δεχθεί ιατρικές φροντίδες στις οποίες δεν έχει συγκατατεθεί, εκτός και αν στερείται συνείδησης ή νόησης.

**Άρθρο 6.** Καθένας έχει δικαίωμα σε προηγούμενη σωστή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις ιατρικές φροντίδες που του προτείνονται ή του παρέχονται λόγω ανάγκης. Οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να κοινολογηθούν σε κανέναν χωρίς την άδεια του ενδιαφερομένου.

**Άρθρο 7.** Η πρόληψη αποτελεί βασικό καθήκον του συστήματος υγείας, όπου οφείλουν να συμβάλλουν οι παράγοντες του τομέα στο σύνολό τους. Κάθε άτομο μπορεί να επωφελείται από την εν λόγω πρόληψη, που οργανώνεται από την πολιτεία.

**Άρθρο 8.** Η πολιτεία πρέπει να αξιολογεί κάθε δράση πρόληψης και περίθαλψης. Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας υποχρεούνται να προβαίνουν σε αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι και ρυθμίσεις. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων αυτών θα δημοσιοποιούνται.

**Άρθρο 9.** Κάθε επαγγελματίας της υγείας οφείλει να παρακολουθεί μια συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, και αυτό προς όφελος των ασθενών.

**Άρθρο 10.** Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους με προθυμία και ικανότητα, προκειμένου να παρέχουν στον ασθενή τις πλέον κατάλληλες φροντίδες στις καλύτερες συνθήκες ασφάλειας.

**Άρθρο 11.** Κάθε άτομο, θύμα ιατρικού ατυχήματος, έχει δικαίωμα να ζητήσει επανόρθωση της βλάβης που υπέστη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι και ρυθμίσεις.

**Άρθρο 12.** Οι σύλλογοι ασθενών πρέπει να συμμετέχουν στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

**Άρθρο 13.** Ένα Παρατηρητήριο για την ισότητα στην περίθαλψη θα καταθέτει κάθε χρόνο στο Κοινοβούλιο μια έκθεση για τις συνθήκες πρόσβασης στην περίθαλψη. Όλα τα άτομα που συναντούν εμπόδια στην άσκηση του δικαιώματός τους στην προστασία της υγείας, θα μπορούν να προσφύγουν στο εν λόγω Παρατηρητήριο και σε μεσολαβητές του ιατρικού τομέα.

## 1.6 Συστήματα Υγείας

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνολο υπηρεσιών μέσω των οποίων παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές. Ο τρόπος λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής τους. Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας που μας απασχολεί, συμπεριλαμβάνει την πρόληψη ασθένειας, την αντιμετώπιση ασθένειας, τη διαχείριση ασθένειας και την διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων.

Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να χωριστεί σε τρία υποσυστήματα. Το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο αφορά τις υπηρεσίες παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών και το τρίτο με τους μηχανισμούς κάλυψης δαπανών υγείας. Στην Ελλάδα μπορεί να διακρίνει κανείς τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας. Τα υποσυστήματα αυτά δεν έχουν δυνατή μεταξύ τους σύνδεση και δεν ισχύουν και για τα τρία, ίδιοι κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι: το Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπηρεσίες δημοσίου εκτός του ΕΣΥ και υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2008 το ΕΣΥ περιλαμβάνει: 130 γενικά, ειδικά και ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 35.000 κλίνες (65% του συνόλου), 172 Κέντρα Υγείας, 1.400 Περιφερειακά Ιατρεία, Ε.Κ.Α.Β. (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα) και η χρηματοδότηση προέρχεται κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15% από την Κοινωνική Ασφάλιση.

Οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας του δημοσίου περιέχουν: 28 γενικά Νοσοκομεία (Στρατιωτικά, Ασφαλιστικών Οργανισμών, Ιδιωτικού Δικαίου), 5.000 κλίνες (9 % του συνόλου), 200 Πολυιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων Ασφαλιστικών Φορέων) και 300 Ιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων Ασφαλιστικών Φορέων, δημοτικά). Τέλος οι υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα περιέχουν: 250, μικρά κατά κανόνα Νοσοκομεία και Κλινικές, 14.000 κλίνες (26 % του συνόλου), 350 Διαγνωστικά Κέντρα, 20.000 Ιατρεία και Εργαστήρια, 9.000 Οδοντιατρεία και 8.000 Φαρμακεία.

Πέραν όμως της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα, το ελληνικό σύστημα υγείας διασφαλίζει το μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

## 1.7 Ορισμός της Έννοιας «Σύστημα Υγείας»

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

Ο ορισμός του Royal Australian College of General Practitioners για τη Γενική Ιατρική κάνει σαφές το ότι η Γενική Ιατρική αποτελεί «συνιστώσα του συστήματος φροντίδας υγείας». Σύστημα φροντίδας υγείας (health care system) είναι η οργανωμένη φροντίδας υγείας. Σύμφωνα δε με τον επικρατέστερο ορισμό, «φροντίδα υγείας (health care) είναι η πρόληψη, θεραπεία και αντιμετώπιση (διαχείριση, management) της νόσου και η διατήρηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μέσω υπηρεσιών που παρέχονται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας». Υπάρχουν τρία κύρια συστήματα φροντίδας υγείας:

1. Συστήματα φροντίδας υγείας αμιγώς ιδιωτικής πρωτοβουλίας -σχετικώς σπάνια.
2. Δημόσια συστήματα φροντίδας υγείας.
3. Συστήματα φροντίδας υγείας κυρίως ιδιωτικής πρωτοβουλίας με υπολειμματικό δημόσιο τομέα –όπως, π.χ., η Medicare στις ΗΠΑ. Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτελεί κατά λέξη μετάφραση του αγγλικού National Health System (NHS), της ονομασίας για το δημόσιο σύστημα φροντίδας υγείας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Βρετανία, το 1948. Το βρετανικό NHS συγκροτήθηκε αρχικά από τρία μέρη: τους γενικούς γιατρούς, τους οδοντιάτρους και τα νοσοκομεία. Αργότερα, τη θέση των οδοντιάτρων κατέλαβε η καλούμενη «υγεία της κοινότητας» (community

health). Ο κλάδος αυτός της ιατρικής περίθαλψης αφορά ομάδες ατόμων και όχι μεμονωμένα άτομα και υπηρετείται από γιατρούς δημόσιας υγείας, διαχειριστές υπηρεσιών υγείας (managers), επιδημιολόγους κ.λπ. Στη χώρα μας, ο όρος ΕΣΥ έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στο Νόμο 1397/Φ.43Α/7.10.83. Στα 13 χρόνια που μεσολάβησαν μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως άλλοι 7 νόμοι για το ΕΣΥ. Χαρακτηριστικοί είναι οι τίτλοι αυτών των νόμων:

- *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του ΕΣΥ (Ν.1579/Φ.217Α/23.12.85)*
- *Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2071/Φ.123Α/15.7.92)*
- *Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2194/Φ.34Α/16.3.94)*
- *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις (Ν.2519/Φ.165Α/21.8.97)*
- *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ (Ν.2889/Φ.37Α/2.3.01)*
- *Τροποποιήσεις και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Ν.3204/Φ.296Α/23.12.04)*
- *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις (Ν.3329/Φ.81Α/4.4.05)*

Παρ' όλες αυτές τις προσπάθειες για την «εφαρμογή», την «ανάπτυξη», την «αποκατάσταση», τον «εκσυγχρονισμό» και τη «συμπλήρωση» της νομοθεσίας για το ΕΣΥ, οι γενικοί γιατροί, που αποτελούν (κατά την προσφιλή έκφραση των Βρετανών γενικών γιατρών) την ατμομηχανή της αμαξοστοιχίας του βρετανικού ΕΣΥ –δηλαδή, του συστήματος υγείας που επιχείρησε να μιμηθεί το δικό μας ΕΣΥ- εξακολουθούν να μένουν παραγκωνισμένοι έξω από το σύστημα. Ο λόγος είναι απλούστατα ότι δεν υπάρχει παράδοση δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και έτσι από τους κυβερνώντες, το κοινό, αλλά και τον ευρύτερο ιατρικό κόσμο οι έννοιες «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» και «γενικός γιατρός» συλλαμβάνονται ως προϊόντα της διάνοιας μάλλον, παρά ως μέρος συγκεκριμένης πραγματικότητας. Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την ομόφωνη παραδοχή της



«ανυπαρξίας οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, στη χώρα μας», κατά τη δημόσια συζήτηση που προηγήθηκε της κατάθεσης του σχεδίου νόμου για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ το 2001, ο νόμος 2889, που τελικά ψηφίστηκε στη Βουλή, επικεντρώθηκε στην οργάνωση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφήνοντας για αργότερα την «ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Η τελευταία προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έγινε στις 18 Φεβρουαρίου 2004, όταν ο τότε υπουργός Υγείας, ακαδημαϊκός κ. Κ. Στεφανής κατέθεσε «νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Κατά περίεργη συγκυρία, όπως και στην περίπτωση της υπουργικής απόφασης Δοξιάδη για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής το 1981, η κατάθεση του νομοσχεδίου έγινε λίγο πριν από την αλλαγή της κυβερνώσας παράταξης. (Μουντοκαλάκης, Θ., 2009)

## 1.8 Μοντέλα και συστήματα υγείας

Τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασιζόταν στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα.

Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχε ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας δύσκολα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τα γνωστά μοντέλα συστημάτων υγείας. Στο σκέλος της χρηματοδότησης η κοινωνική ασφάλιση υγείας, δηλαδή τα πολλαπλά επαγγελματικά ταμεία υγείας συνυπάρχουν με ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, χρηματοδοτούμενο μέσω φορολογίας κατά το πρότυπα του μοντέλου Beveridge, αλλά και τη διστακτική, σταθερή παρόλα αυτά από τις αρχές στις δεκαετίες του '90, παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας χρηματοδοτούμενης μέσω ετήσιων ατομικών ή οικογενειακών ασφαλίσεων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας- Ε.Σ.Υ το οποίο θεσμοθετήθηκε μόλις το 1983, με σοβαρή χρονική υστέρηση σε σχέση με τα αντίστοιχα εθνικά συστήματα υγείας που απαντώνται στις ΒορειοΕυρωπαϊκές χώρες, συνυπάρχει με εξωνοσοκομειακές κυρίως αλλά και με νοσοκομειακές υποδομές των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και με έναν ιδιαίτερα ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα υγείας, με μεγάλη παράδοση στη χώρα αφού μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του '70 αποτελούσε κύριο πρότυπο παροχής υπηρεσιών στην εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η πολυεπίπεδη αυτή εικόνα του ελληνικού συστήματος υγείας, του αποδίδει την μορφή ενός μάλλον μικτού συστήματος υγείας, αταξινόμητο βάσει των διεθνών ταξινομικών κριτηρίων. Πράγματι υφίσταται μια ομοφωνία μεταξύ των

ερευνητών ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα δημοσίου ιδιωτικού τομέα τόσο στο σκέλος της χρηματοδότησης όσο και στο σκέλος της προσφοράς.

Τα βασικά σύγχρονα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αποτελούν:

- Η απουσία ενιαίας, καθολικής, δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Οι σημαντικές ελλείψεις ( σχεδιασμό, ανθρώπινο δυναμικό, υποδομές) στην κατεύθυνση της Δημόσιας Υγείας
- Η υψηλού βαθμού ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα η οποία αντανάκλαται:
  - Στην υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας, η οποία, παρά τα σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα προσδιορισμού της, υπολογίζεται ως μια από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών μελών της Ε.Ε.- 15 και των χωρών του ΟΟΣΑ.
  - Στα υψηλά ποσοστά διείσδυσης του επιχειρηματικού κεφαλαίου κυρίως στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας
  - Στην προοδευτική και σταδιακή μερική ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομειακών υποδομών της χώρας με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την εκχώρηση των υποστηρικτικών υπηρεσιών των δημοσίων νοσοκομείων σε ιδιώτες, τη λειτουργία ιδιωτικών απογευματινών ιατρείων εντός των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων, την κατάργηση της μονιμότητας των νεοεισερχόμενων στο σύστημα της υγείας υγειονομικών υπαλλήλων, την ελλιπή χρηματοδότηση και στελέχωση καθώς και καταφανείς ελλείψεις του δημοσίου τομέα σε βιοϊατρική τεχνολογία, την αναμενόμενη επέκταση της ιδιωτικοποίησης των κτιριακών υποδομών, του συνόλου των υποστηρικτικών υπηρεσιών και της διαχείρισης της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα δημόσια νοσοκομεία μέσω των νεοεμφανιζόμενων Συμπράξεων Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα-ΣΔΙΤ.
- Οι επαρκώς τεκμηριωμένες, από τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα, πληθυσμιακές ανισότητες στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

- Οι υπαρκτές αλλά μερικώς τεκμηριωμένες, λόγω της φτωχής ερευνητικής δραστηριότητας στο συγκεκριμένο τομέα, πληθυσμιακές ανισότητες στη χρήση και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης του γενικού πληθυσμού από το σύστημα υγείας, όπως αυτά καταγράφονται σε διαδοχικές έρευνες Ευρωβαρόμερου, εύρημα το οποίο κατατάσσει τους Έλληνες στους πλέον δυσαρεστημένους, μεταξύ των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στη χώρα του.
- Η παρουσία έντονης παραοικονομικής δραστηριότητας τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας ( φαινόμενα απάτης εις βάρος των ασφαλιστικών ταμείων υγείας, επιπλέον πληρωμές των ασφαλισμένων, μη φορολογικά καταγεγραμμένες σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), κατά τα πρότυπα της παραοικονομικής δραστηριότητας που χαρακτηρίζει συνολικά την ελληνική οικονομία και την κατατάσσει σε χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά υπόγειας οικονομίας μεταξύ των χωρών, κρατών μελών της Ε.Ε.
- Και τέλος, η απουσία μηχανισμών ελέγχου της εισόδου, διάχυσης και αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα και το κυριότερο η ανεπάρκεια των μηχανισμών ποιοτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα, κυρίως των προσφερόμενων από τον ιδιωτικό τομέα. (Κονδύλη, Η.,2009)

## 1.9 Η προσφορά των Συστημάτων Υγείας

Τα μεγάλα κέρδη στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής σημειώθηκαν το 19<sup>ο</sup> και πρώτο μισό του 20<sup>ο</sup> αιώνα, όταν τα συστήματα υγείας ήταν ανύπαρκτα ή σε πολύ πρώιμο στάδιο ανάπτυξης. Ιδιαίτερα, σε ότι αφορά τις επιδημίες και τις λοιμώδεις ασθένειες αλλά και ψυχικές ασθένειες, βασικά μέτρα δημόσιας υγείας, όπως είναι η ενημέρωση του πληθυσμού, η στήριξη, η απομόνωση των κρουσμάτων, η απολύμανση, η λήψη προληπτικών μέτρων, η ατομική υγιεινή και οι εμβολιασμοί βοήθησαν αποφασιστικά στον έλεγχο αυτών των

απειλών. Στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η δραστική και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των λοιμωδών ασθενειών στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτέλεσε κινητήρια δύναμη για την αντιμετώπιση οξέων ή χρόνιων ασθενειών και έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κλινικής ιατρικής, η οποία έχει ως στόχο τον άνθρωπο και ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της βλάβης της υγείας.

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. .

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές-γιατρούς μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους:

1. Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
2. Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
3. Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
4. Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

## 1.10 S.W.O.T Ανάλυση Συστήματος Δημόσιας Υγείας

### ΘΕΤΙΚΑ

#### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Επαρκές νομικό πλαίσιο.
- Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Ε.Σ.Δ.Υ. και Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.
- Επιτυχής εμπειρία επιδημικής επιτήρησης Ολυμπ. Αγώνων.
- Εμπειρία και αποτελεσματικότητα ορισμένων Οργανισμών Δημόσιας Υγείας.
- Εμπειρία ορισμένων Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Ασφαλιστική κάλυψη εμβολίων και εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Ύπαρξη δομών και υπηρεσιών σε παρεμφερείς τομείς της Δημόσιας Υγείας

#### ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

- Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013 (Δ' Κ.Π.Σ.).
- Ευρωπαϊκή στρατηγική 2007 - 2013.
- Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δ.Υ. με βάση το Ν. 3370/2005.
- Σύνδεση των υπηρεσιών Δ.Υ. με τις υπηρεσίες υγείας.
- Περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας.
- Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από Ευρωπαϊκή Ένωση και Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

### ΑΡΝΗΤΙΚΑ

#### ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ

- Απουσία εθνικής πολιτικής και εθνικών στόχων.
- Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία.
- Ανυπαρξία Περιφερειακών
- Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Ανεπάρκεια προσωπικού.
- Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης.
- Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη.

- Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας.
- Έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων.
- Απουσία υποστηρικτικών εκθέσεων και αναφορών.
- Απουσία πολιτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας.
- Απουσία επιστημονικής υποστήριξης των υπηρεσιών.
- Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού

## **ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

- Περιορισμένη ενεργοποίηση για δράση.
- Δημοσιονομικοί περιορισμοί.
- Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης.
- Περιορισμένη ανταπόκριση για διατομεακή συνεργασία.
- Απώλεια κοινοτικών πόρων.
- Νέες απειλές για τη Δημόσια Υγεία.

(Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, σελ. 182))

### **1.11 Υπηρεσίες Υγείας**

Ως υπηρεσία Υγείας χαρακτηρίζονται οι υπηρεσίες που περιλαμβάνουν το σύνολο των υπηρεσιών , με τις οποίες παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και τους χώρους όπου διεξάγονται αυτές οι υπηρεσίες. Στον όρο αυτό εμπεριέχεται τόσο η έννοια φροντίδα της υγείας όσο και η έννοια της περίθαλψης.

Η φροντίδα της υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας, ενώ αντίθετα η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδήλωσες υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

### 1.11.1 Βασικά Χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού.

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα εξής :

A) Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό κατά την διάρκεια όλου του 24ωρου.

B) Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η επόμενη παράμετρος, η οποία χαρακτηρίζει τη χρησιμότητα του, είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στον καθένα από τους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και επίσης στη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.

Γ) Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται όμως μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος, μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση του (προληπτική ιατρική και αποκατάσταση). Επομένως πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Δ) Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών σε αυτές και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν εκείνοι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η «αποδοχή» αναφέρεται κυρίως:

- στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και
- στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων, στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας παράγονται και προσφέρονται στους ασθενείς.



## 1.12 Δημόσιες και Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

Όταν το 1983 αποφασίστηκε με νόμο η ενίσχυση της δημόσιας υγείας με τη δημιουργία του φιλόδοξου για την εποχή Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), ταυτόχρονα θεσπίστηκαν και μέτρα που ουσιαστικά απέκλειαν τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι μικρές κυρίως κλινικές που υπήρχαν τότε, αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα «επιβίωσης» -πολλές ανέστειλαν τη λειτουργία τους. Όσο περνούσαν τα χρόνια, το ΕΣΥ δεν ανταποκρινόταν στις αρχικές προσδοκίες κράτους και πολιτών, οπότε σταδιακά ενδυναμωνόταν ο χώρος της ιδιωτικής υγείας.

Ο νέος κύκλος για την ιδιωτική υγεία ξεκίνησε το 1992 και έκτοτε καταγράφηκε η δυναμική διεύδυση των ιδιωτικών κεφαλαίων στο αγαθό της υγείας με τις ιδιωτικές επενδύσεις να εμφανίζουν αύξηση μεγαλύτερη του 1.400%.

Αξιοποιώντας τη νέα τεχνολογία, κατασκευάζοντας νέα κτίρια με μεγάλες ξενοδοχειακές ανέσεις, αποσπώντας με οικονομικά δέλεαρ «εκλεκτό» επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό από τον δημόσιο τομέα, η ακριβή ιδιωτική υγεία κατακτά σταδιακά τα ηνία και σήμερα κατέχει πλέον του 50% μερίδιο αγοράς. Ταυτόχρονα, η αδυναμία του δημοσίου τομέα να έχει άμεση πρόσβαση στην τεχνολογία, τον καθιστά μη ανταγωνιστικό. «Με την εφαρμογή του νόμου 1397/1983, που προέβλεπε περιορισμό του ιδιωτικού τομέα, πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές έκλεισαν με αποτέλεσμα την περίοδο 1983-1992 ο αριθμός τους να μειωθεί από 391 σε 224. Έτσι, οι δαπάνες για κατασκευές στον ιδιωτικό τομέα έμειναν σχεδόν αμετάβλητες μέχρι το 1992. Μετά δέκα χρόνια, το 1992, επετράπη ξανά η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, γεγονός που επέφερε αύξηση της ιδιωτικής κατασκευαστικής δαπάνης έως και 471%»

Κατά τη δεκαετία 1999 μέχρι το 2009 οι ιδιωτικές υπηρεσίες κέρδιζαν συνεχώς έδαφος, αξιοποιώντας τη γρήγορη προσαρμογή των μονάδων του κλάδου στις τεχνολογικές εξελίξεις. Η συνολική εγχώρια αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εμφάνισε αύξηση κατά την περίοδο 1997- 2007, το δε μέγεθος της το 2007 ανήλθε σε 1.792 εκατ. ευρώ έναντι 508 εκατ. το 1997, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 12,7%. Η πλειονότητα των ιδιωτικών θεραπευτηρίων που λειτουργούν στην Ελλάδα ανήκει στην κατηγορία των 41 – 100 κλινών ενώ

αρκετά μεγάλος είναι μεγάλος είναι και ο αριθμός αυτών που έχουν δυναμικότητα 100-300 κλινών.

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης, οι επιχειρηματίες της υγείας υιοθετούν το ευρωπαϊκό μοντέλο και δημιουργούν πολυδύναμα κέντρα παροχής υπηρεσιών που προσφέρουν πλήρες «πακέτο» υπηρεσιών. Εκτός όμως από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι ιδιώτες παίρνουν προβάδισμα και στην πρωτοβάθμια όπου βρίσκονται σε εξέλιξη ζυμώσεις προκειμένου να δημιουργηθούν μεγάλα σχήματα με εκτεταμένο δίκτυο σε όλη την Ελλάδα. Επενδύσεις που γίνονται για να καλύψουν το κενό της δημόσιας υγείας στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που προκύπτει από τον απαρχαιωμένο τεχνικό εξοπλισμό και τις μεγάλες καθυστερήσεις στα «ραντεβού» για ιατρικές εξετάσεις.

Παρ' όλα αυτά για πρώτη φορά την τελευταία δεκαετία εμφανίζεται μείωση στο συνολικό μέγεθος των ιδιωτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, που ανήλθε στο 13,5% σύμφωνα με τα στοιχεία του 2010. Το 2009 σε όλη τη χώρα καταγράφηκαν 15.124 κλίνες ιδιωτικών θεραπευτηρίων (επί συνόλου 54.704 κλινών), ενώ τα ιδιωτικά θεραπευτήρια ανήλθαν σε 166 επί συνόλου 312 θεραπευτηρίων.

Μείωση της πληρότητας τους κατά 10-15 % καταγράφουν οι ιδιωτικές κλινικές από την αρχή του έτους, με κύρια αίτια την μείωση του εισοδήματος των πολιτών σε συνδυασμό με την μη ξεκάθαρη σύμβαση για τον τρόπο και τον χρόνο εφαρμογής των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (ΚΕΝ) στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, αλλά και τη στροφή των πολιτών στη δημόσια υγεία προκειμένου να περιορίσουν τις δαπάνες του οικογενειακού τους προϋπολογισμού.

Αναφέρεται ακόμα ότι αυτήν την περίοδο η ρευστότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων τροφοδοτείται κυρίως από την νοσηλεία αλλοδαπών – κυρίως από την Λιβύη- οι οποίοι αθροίζονται σήμερα σε περίπου 30.000 και αφήνοντας πίσω 60 εκατομμύρια ευρώ από νοσήλια, δαπάνες φιλοξενίας, διατροφής κλπ. Μάλιστα, επισημαίνεται ότι χωρίς τους ξένους ασθενείς η συνολική μείωση της πληρότητας θα έφτανε ακόμα και το 30%. (Καρλατήρα, Παναγιώτα. Λίβυοι ασθενείς «αιμοδοτούν» τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ημερομηνία Ανάκτησης: 20/02/2012. <http://www.protothema.gr>)

Έτσι, οι συνέπειες του δυσμενούς οικονομικού κλίματος αποτυπώθηκαν πλήρως στον κύκλο εργασιών των ιδιωτικών κλινικών. Τις μεγαλύτερες επιπτώσεις δέχτηκαν οι μικρότερες ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες εμφανίζουν μειωμένη ανταγωνιστικότητα έναντι των μεγάλων, τόσο λόγω του πετपालιωμένου ιατρικού εξοπλισμού όσο και των πιο «αδύναμων» συμβάσεων που έχουν με τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρίες. Εκτιμήσεις στελεχών του κλάδου κάνουν λόγο για μείωση στον τζίρο εννιαμήνου του κατά 40 % για τις μικρότερες ιδιωτικές κλινικές και κατά 25 % για τις μεγαλύτερες.

Σε ό, τι αφορά τις επιμέρους κατηγορίες ιδιωτικών κλινικών, σύμφωνα με την έρευνα της ICAP τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των γενικών κλινικών (ποσοστό 15,6%) και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό μείωσης 13,1%. Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η μείωση των εσόδων τους διαμορφώθηκε στο 6,3% το 2010. Η κατηγορία των γενικών κλινικών αποσπά το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 65% για το 2010. Οι μαιευτικές κλινικές συγκεντρώνουν το 14% των συνολικών εσόδων, ενώ το υπόλοιπο 21% μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Το σύνολο του ενεργητικού των ιδιωτικών κλινικών παρουσίασε μείωση 1,1% το 2010, των μαιευτικών κλινικών μείωση κατά 2,7%, ενώ των διαγνωστικών κέντρων κατέγραψε αύξηση κατά 3,2%. Αντίστοιχα, τα συνολικά έσοδα των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζονται μειωμένα κατά 13,3%, των μαιευτικών κλινικών μειωμένα κατά 18,3% και των διαγνωστικών κέντρων μειωμένα κατά 5,2%. Το τελικό καθαρό αποτέλεσμα των γενικών κλινικών ήταν ζημιογόνο το 2010 σε αντίθεση με το 2009 όπου ήταν κερδοφόρο, ενώ δραστική είναι η μείωση των κερδών (προ φόρου) για τις μαιευτικές - γυναικολογικές κλινικές. Αναφορικά με τα διαγνωστικά κέντρα, τα κέρδη (προ φόρου) εμφανίζονται μειωμένα κατά 24,3% το 2010. (Λιακοπούλου, Θεοδώρα. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κερδίζουν έδαφος. Ημερομηνία Ανάκτησης : 22/02/2009. [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr) )

### 1.13 Μορφές Οργανισμών Υπηρεσιών Υγείας

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι διαφόρων ειδών ανάλογα με την νομική τους μορφή ή το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν. Συγκεκριμένα, σχετικά με την νομική τους μορφή χωρίζονται σε α) ιδιωτικές μονάδες ( π.χ. ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια), β) δημόσιες μονάδες ((π.χ. κέντρα υγείας), γ) ΝΠΙΔ (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) (π.χ. ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα) και δ) ΝΠΔΔ (Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου) (π.χ. τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας).

Ανάλογα με την το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν διακρίνονται σε α) μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, που παρέχουν μόνο <sup>1</sup>πρωτοβάθμια περίθαλψη (π.χ. κέντρα υγείας, πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών ) και β) σε μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης, που παρέχουν <sup>2</sup>δευτεροβάθμια περίθαλψη ή και <sup>3</sup>τριτοβάθμια ( π.χ. νοσοκομεία και ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης). (Δικαίος, Κ., 2009, σελ 67-77)

---

<sup>1</sup> Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και οι οποίες παρέχονται είτε στα ιατρεία του νοσοκομείου, είτε αφορούν την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών καθώς επίσης και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής στα πλαίσια εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων. (Δικαίος, Κ., Κοτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο)

<sup>2</sup> Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για την διάγνωση της ασθένειας και την θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας, καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων. (Δικαίος, Κ., Κοτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο)

<sup>3</sup> Η τριτοβάθμια περίθαλψη, προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για την διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον, όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλαδή υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα. (Δικαίος, Κ., Κοτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο)

## 1.14 Δημόσια Νοσοκομεία

Το **νοσοκομείο** είναι ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό, και συχνά, αλλά όχι πάντα, παρέχει τη δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών.

Σήμερα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται συνήθως από το κράτος, τις οργανώσεις υγείας (με κερδοσκοπικό ή μη σκοπό), τους οργανισμούς παροχής ασφαλειών υγείας ή τις φιλανθρωπικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων φιλανθρωπικών δωρεών. Παλαιότερα ήταν σύνηθες η ίδρυση και χρηματοδότηση νοσοκομείων να γίνεται από θρησκευτικά τάγματα ή δόγματα, μεμονωμένους φιλάνθρωπους ή και ηγέτες. Παράλληλα, τα σύγχρονα νοσοκομεία επανδρώνονται κατά ένα μεγάλο μέρος από επαγγελματικούς γιατρούς, χειρουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ παλαιότερα, για τη λειτουργία τους εξαρτιόταν από τα ιδρυτικά θρησκευτικά τάγματα ή από εθελοντές.

Τα νοσοκομεία μπορεί να αποτελούνται από ένα μόνο κτίριο ή να αποτελούν μέρος κάποιου συγκροτήματος. Κάποια νοσοκομεία συνεργάζονται με πανεπιστήμια για την διεξαγωγή ιατρικών ερευνών και την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού.

## 1.15 Τύποι Νοσοκομείων

Οι ασθενείς προσέρχονται σε ένα νοσοκομείο είτε μόνο για διάγνωση, είτε για διάγνωση και θεραπεία και στη συνέχεια αποχωρούν (εξωτερικοί), είτε εισάγονται και παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα, από μία μέρα έως αρκετές εβδομάδες ή και μήνες (εσωτερικοί). Τα νοσοκομεία συνήθως διακρίνονται από άλλες μορφές ιατρικών εγκαταστάσεων από την δυνατότητα τους να εισάγουν και να περιθάλπουν εσωτερικούς ασθενείς.

## ■ Γενικά

Τα γενικά νοσοκομεία αποτελούν τον πλέον διαδεδομένο τύπο νοσοκομείων, καθώς είναι σχεδιασμένα να αντιμετωπίζουν διαφορετικών ειδών ασθένειες και τραύματα, ενώ διαθέτουν τουλάχιστον μία μονάδα επειγόντων περιστατικών για την αντιμετώπιση άμεσων απειλών της υγείας, αλλά και την δυνατότητα αποστολής μέσω άμεσης βοήθειας. Το γενικό νοσοκομείο αποτελεί συνήθως το κύριο νοσηλευτικό ίδρυμα μίας περιοχής, έχοντας μεγάλο αριθμό κλινών για εντατική ή μακροχρόνια θεραπεία και εξειδικευμένες εγκαταστάσεις χειρουργείων, ιατρείων, ακτινολογικών και μικροβιολογικών εργαστηρίων κλπ. Οι μεγάλες πόλεις συνήθως έχουν περισσότερα νοσοκομεία, διαφορετικών μεγεθών και εγκαταστάσεων.

## ■ Εξειδικευμένα

Τα εξειδικευμένα νοσοκομεία περιλαμβάνουν τα κέντρα αποκατάστασης τραυματών, τα νοσοκομεία παιδών, τις κλινικές αποτοξίνωσης, τα νοσοκομεία αντιμετώπισης συγκεκριμένων ασθενειών και προβλημάτων όπως τα ψυχιατρεία για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων, τα κέντρα λοιμωδών ασθενειών, τα αντικαρκινικά νοσοκομεία και, παλαιότερα, τα σανατόρια.

## ■ Πανεπιστημιακά

Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι εκείνα που συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με τη διδασκαλία των φοιτητών της ιατρικής.

## ■ Κλινικές

Κλινικές ονομάζονται οι ιατρικές εγκαταστάσεις που είναι μικρότερες σε μέγεθος από τα νοσοκομεία. Η διαχείριση των κλινικών μπορεί να γίνεται είτε από κάποιο κυβερνητικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας είτε από ιδιώτες, όπου αυτό επιτρέπεται και συνήθως παρέχουν μόνο εξωτερικές υπηρεσίες.

## Τμήματα

Τα νοσοκομεία διαθέτουν συνήθως τα ακόλουθα τμήματα ή μονάδες:

- Μονάδα εγκαυμάτων
- Αντικαρκινική μονάδα
- Μονάδα στεφανιαίων νόσων
- Καρδιολογικό τμήμα
- Ωτορινολαρυγγολογικό τμήμα
- Παιδιατρικό τμήμα
- Παθολογικό τμήμα
- Οφθαλμολογικό τμήμα
- Νευρολογικό τμήμα
- Χειρουργικό τμήμα
- Ορθοπαιδικό τμήμα
- Τμήμα επειγόντων περιστατικών
- Μονάδα εντατικής θεραπείας:
- Μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών
- Κέντρο τραυμάτων
- Μονάδα τοκετού
- Εργαστήρια
- Μονάδα νοσηλείας
- Τμήμα εξωτερικών ιατρείων
- Φαρμακείο
- Τμήμα ψυχικής υγείας
- Ψυχιατρική πτέρυγα
- Κέντρο αποκατάστασης
- Κέντρο φυσικοθεραπείας
- Μονάδα μετα-αναισθητικής θεραπείας
- Ραδιολογικό – ακτινολογικό τμήμα
- Κέντρο αναπνευστικής υποβοήθησης
- Μονάδα αυξημένης θεραπείας

Παράλληλα διαθέτει και μη ιατρικά τμήματα:

- Τμήμα γραμματείας
- Τμήμα διοίκησης
- Τμήμα ιατρικών αρχείων
- Τμήμα πληροφοριών

Η εργασία αυτή ασχολείται με τα Δημόσια Νοσοκομεία και συγκεκριμένα με το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος». Παρακάτω θα αναπτυχθούν κάποια γενικά στοιχεία για το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

### **1.16 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**

Με το ΦΕΚ 39 β/20-1-87 το Α' Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης (πρώην Γενικό Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης) και το Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» Θεσσαλονίκης, συγχωνεύτηκαν και μετατράπηκαν σε ενιαίο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, στο πλαίσιο των διατάξεων του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Το Νοσοκομείο ορίζεται πλέον ως Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία: ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΠΡΩΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ». Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Θεσσαλονίκης.

Σήμερα το Νοσοκομείο στο συγκρότημα του Φοίνικα στην Καλαμαριά, διαθέτει 201 κρεβάτια και ανήκει στη 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης.

Με την εφαρμογή του άρθρου 32 του Ν. 3918/2011 από την 1η Ιουνίου 2011, έχει ενταχθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Άγιος Παύλος", το Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ «ΠΑΝΑΓΙΑ»



### 1.16.1 Λειτουργική Δομή

#### ■ Ιατρική Υπηρεσία

Με Συντονιστή Διευθυντή Μ.Ε.Θ του νοσοκομείου τον Κ. Χατζηνικολάου Κυριαζή, οι αρμοδιότητες της ιατρικής υπηρεσίας είναι οι εξής:

- Η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης
- Η παροχή υπηρεσιών Υγείας
- Ο προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

Η ιατρική Υπηρεσία απαρτίζεται από τρεις τομείς τον Χειρουργικό Τομέα, τον Εργαστηριακό Τομέα και τον Παθολογικό Τομέα.

#### ■ Νοσηλευτική Υπηρεσία

Με διευθύντρια την κα. Αρβανίτη Βασιλική, οι αρμοδιότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι οι εξής :

- Παροχή νοσηλείας στους ασθενείς, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής επιστήμης και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση Ιατρών.
- Προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών, με στόχο την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

#### ■ Διοικητική Υπηρεσία

Με διευθύντρια την κα. Γκέλου Ευαγγελία η Διοικητική Υπηρεσία απαρτίζεται από τις Υποδιευθύνσεις :

1. Διοικητικού
2. Τεχνικού και Τμήματα :
  - α) Προσωπικού
  - β) Γραμματείας
  - γ) Οικονομικού
  - δ) Κίνησης Ασθενών .
  - ε) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
  - ζ) Διατροφής
  - η) Πληροφορικής - Οργάνωσης
  - θ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
  - ι) Τμήμα Επιστασίας
  - κ) Τμήμα Ιματισμού

#### ■ Τεχνική Υπηρεσία

Με Υποδιευθύντρια την **κα. Χατζηβασιλειάδου Ευτυχία** η Τεχνική Υπηρεσία απαρτίζεται από τα τμήματα :

- α) Τεχνικού και
- β) Βιοϊατρικής

Αρμοδιότητες της Τεχνικής Υπηρεσίας:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό, την εισήγηση και την εκτέλεση των απαραίτητων έργων για τη διαρκή βελτίωση των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου. Φροντίζει για την κανονική λειτουργία, τη συντήρηση και την ορθολογική χρήση του τεχνολογικού και επιστημονικού εξοπλισμού.

#### ■ Επιστημονικό Συμβούλιο

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι διετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου. Αποτελείται από 9 τακτικά και 3 αναπληρωματικά μέλη της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής υπηρεσίας τα οποία εκλέγονται.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου. Στις αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου περιλαμβάνονται :

A) Η κατάρτιση και εισήγηση του ετησίου και μηνιαίου προγράμματος εφημεριών των Ιατρών των Τομέων και Τμημάτων του Νοσοκομείου και η έγκαιρη υποβολή του στον Διοικητή. Οποιαδήποτε αλλαγή στο πρόγραμμα των εφημεριών γίνεται μόνο με γραπτή και αιτιολογημένη εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου και έγκριση από τον Διοικητή.

B) Η συγκρότηση και η παρακολούθηση της δραστηριότητας επιστημονικών επιτροπών του Νοσοκομείου και όποιων άλλων επιτροπών ή ομάδων εργασίας, όταν η σύσταση τους αποφασιστεί από τον Διοικητή.

Γ) Η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, με συμμετοχή ειδικών επιστημόνων εκτός Νοσοκομείου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Δ) Η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασικής και ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου.

E) Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

ΣΤ) Η εισήγηση, προς Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε οτιδήποτε κριθεί, από τον Διοικητή, ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών.

### ■ Τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης

Το Τμήμα Πληροφορικής έχει την ευθύνη της καλής λειτουργίας των Πληροφοριακών Συστημάτων, του εσωτερικού δικτύου και του διαδικτύου του Νοσοκομείου, του Παραρτήματος Παναγία καθώς και των 2 Κέντρων Υγείας, Νέας Μηχανιώνας και Καλλικράτειας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- Ποιότητα

### 2.1 Εννοιολογική Προσέγγιση του Όρου Ποιότητα

Ο όρος ποιότητα έχει «εισβάλει» τα τελευταία χρόνια στην ζωή μας και μας έχει προκαλέσει απορίες, ανησυχία, συζητήσεις και διαφωνίες. Είναι μια ιδιαίτερη λέξη που κοιτάζουν με δέος όλες οι επιχειρήσεις, οργανισμοί. Το λεξιλόγιο ISO 8402 (1986) δίνει τον εξής ορισμό : «Ποιότητα είναι το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που συμβάλουν στην ικανότητά του να ικανοποιεί εκφρασμένες ή υπονοούμενες ανάγκες».

Οι «ειδικοί» της ποιότητας είναι οι άνθρωποι των οποίων η προσέγγιση και οι απόψεις για την εφαρμογή ποιότητας στη βιομηχανία και τις υπηρεσίες έχουν επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο που σκεφτόμαστε σήμερα.

#### ■ Dr Edward Deming

Ο Δρ. Deming, ο παλαιότερος και γνωστότερος «ειδικός» της Ποιότητας, ειδικευμένος στη στατιστική, έχει συνδέσει το όνομά του με την ανάπτυξη της ποιότητας στην ιαπωνική βιομηχανία.

Ο Deming δίδαξε στους Ιάπωνες την αξία της μέτρησης. Το 1984 οργανώθηκε Φορέας Ποιοτικού Ελέγχου από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων και Μηχανικών (JUSE) στον οποίο ο Deming είχε ενεργό συμμετοχή.

Ο Deming -γνωστός για τα δεκατέσσερα σημεία της φιλοσοφία του- ορίζει ότι «η ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συνεχή βελτίωση ενός παραγωγικού συστήματος που βρίσκεται σε κατάσταση σταθερής λειτουργίας».

#### Τα 14 σημεία του Deming:

Ο Deming θεωρεί σαν βάση για την αλλαγή 14 αρχές. Οι αρχές αυτές είναι εφαρμόσιμες σε κάθε επιχείρηση, ανεξάρτητα από μέγεθος ή αντικείμενο.

Και είναι οι ακόλουθες:

- Συνέχεια και συνέπεια στην προσπάθεια βελτίωσης προϊόντων και υπηρεσιών.
- Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας από τη διοίκηση.
- Ανεξαρτητοποίηση από την απλή επιθεώρηση, του έτοιμου προϊόντος. Η ποιότητα πρέπει να είναι ενσωματωμένη στην παραγωγή.
- Όχι συνεχείς αυξήσεις τιμών, αλλά ελαχιστοποίηση του κόστους.
- Συνεχής βελτίωση της παραγωγής και της εξυπηρέτησης.
- Καθιέρωση πρακτικής εκπαίδευσης στην εργασία.
- Αποτελεσματική ηγεσία.
- Αποβολή του φόβου ότι «κάτι δεν θα πετύχει».
- Κατάργηση διατμηματικών στεγανών.
- Κατάργηση συνθημάτων (slogans).
- Κατάργηση των προτύπων και των αριθμητικών στόχων.
- Κατάργηση συστημάτων που αφαιρούν από τους εργαζόμενους την υπερηφάνεια για την εργασία τους και τη μετατρέπουν σε υποχρέωση.
- Καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και προσωπικής βελτίωσης.
- Συμμετοχή όλων ανεξαιρέτως των στελεχών και υπαλλήλων στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

#### ■ Dr Joseph Juran

Ο Δρ. Joseph Juran, Αμερικανός, γεννημένος στα Βαλκάνια, μηχανικός, καθηγητής πανεπιστημίου και ειδικός εργατολόγος, έχει συγγράψει 18 βιβλία για την ποιότητα. Έχει εργασθεί στην Ιαπωνία με την JUSE και πιστεύει ότι ο έλεγχος ποιότητας πρέπει να αποτελεί ένα ακόμα καθήκον της διοίκησης. Ο Juran υποστηρίζει ότι «η ποιότητα σχεδιάζεται και δεν είναι ποτέ τυχαία». Ο Juran βλέπει το σχεδιασμό της ποιότητας σαν μέρος της ΤΡΙΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, που είναι:

- Σχεδιασμός ποιότητας.
- Έλεγχος ποιότητας.
- Βελτίωση ποιότητας.

Πρωτεύουσα σημασία έχει, κατά τα δρa Juran, να προσδιορισθούν οι πελάτες και οι ανάγκες του.

Ο «**Σχεδιασμός Ποιότητας**» του Juran αποτελείται από τα εξής βήματα:

- Προσδιορισμός των πελατών (ποιοι είναι).
- Προσδιορισμός των αναγκών των πελατών.
- Μετάφραση των αναγκών αυτών στη «γλώσσα της επιχείρησης».
- Ανάπτυξη ενός προϊόντος που ανταποκρίνεται και στις ανάγκες της εταιρείας εκτός από αυτές των πελατών.
- Ανάπτυξη διαδικασίας παραγωγής του προϊόντος και βελτίωση της διαδικασίας αυτής.
- Δοκιμή της διαδικασίας σε πραγματικές συνθήκες.
- Εφαρμογή της διαδικασίας.
- Ο Juran δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ευρύτερη σημασία της έννοιας πελάτης – προμηθευτής.
- Πιστεύει, επίσης, ότι:
- Δεν υπάρχει σύντομος δρόμος για την ποιότητα.
- Τα περισσότερα προβλήματα οφείλονται στη διοίκηση και όχι στην κακή εκτέλεση των εντολών της από την παραγωγή.

### **Έλεγχος ποιότητας**

Μόνο μια διεργασία υπό έλεγχο είναι προβλέψιμη και επομένως επιδεκτική προσπαθειών για περαιτέρω βελτίωση.

### **Βελτίωση ποιότητας**

Είναι απαραίτητη μια σημαντική βελτίωση της ποιότητας, για να μειωθεί ικανοποιητικά η χρόνια σπατάλη και να επιτευχθεί μια νέα βελτιωμένη ζώνη ποιοτικού ελέγχου.

#### **■ Dr Philip Crosby**

Crosby είναι ο πατέρας του μηνύματος «Κάνε το σωστά με την πρώτη φορά» και της αρχής των «μηδέν λαθών» “zero defects”.

Σύμφωνα με τον Crosby, η διοίκηση προπορεύεται στην προσπάθεια επίτευξης ποιότητας και οι εργαζόμενοι απλά ακολουθούν το ρυθμό της.

Ο Crosby προβάλλει 4 αξιώματα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας:

Η ποιότητα είναι συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Δεν είναι κατ' ανάγκην ποιοτικό, κάτι που είναι «καλό» ή «κομψό».

Η ποιότητα επιτυγχάνεται με πρόληψη όχι με διαπίστωση της αστοχίας.

Επιθυμητός στόχος είναι τα «Μηδέν λάθη» όχι «περίπου μηδέν».

Η «κινητήρια δύναμη» της ολικής ποιότητας είναι το κόστος ποιότητας

Στοιχεία του κόστους ποιότητας:

- Κόστος Ελέγχου
- Κόστος Πρόληψης
- Κόστος Εκτίμησης
- Κόστος Αποτυχίας
- Κόστος Εσωτερικών Αστοχιών
- Κόστος Εξωτερικών Αστοχιών

Τα 4 αξιώματα ακολουθούνται από 13 βήματα για τη διαδικασία βελτίωσης ποιότητας, που είναι τα ακόλουθα:

- Πρόγραμμα Βελτίωσης Ποιότητας CROSBY
- Δέσμευση των ανωτάτων στελεχών της εταιρείας.
- Δημιουργία ομάδων βελτίωσης ποιότητας.
- Εκπαίδευση του management και υπαλλήλων της εταιρείας.
- Προσδιορισμός και εκτίμηση του κόστους ποιότητας.
- Καθιέρωση διορθωτικών ενεργειών.
- Δημιουργία δεικτών απόδοσης (στατιστικά στοιχεία, αναφορές στο top management).
- Ευαισθητοποίηση του προσωπικού.
- Καθορισμός προκλητικών και εφικτών στόχων.
- Προβολή και καθιέρωση ημέρας Μηδέν Λαθών.

- Δημιουργία επιτροπής παρακολούθησης προγράμματος Μηδέν Λαθών, εγκαθίδρυση συστήματος επίλυσης προβλημάτων.
- Καθιέρωση τακτικών συμβουλίων
- Αναγνώριση, παραδοχή της προόδου.
- Κάντε τα όλα από την αρχή

### ■ Dr Ishikawa

Ο Δρ Ishikawa καθηγητής του Πανεπιστημίου του Τόκιο, παρ' ότι δεν διεκδικεί την παλαιότητα των κύκλων ποιότητας από τον Δρ Deming διεκδικεί την υιοθέτηση και προώθησή τους.

Ο Ishikawa επικεντρώνει την προσπάθειά του στο να κάνει τις *τεχνικές συλλογής και παρουσίασης δεδομένων* γνωστές σε ευρύτερο κύκλο εργαζομένων.

Η μέθοδός του στηρίζεται πολύ στη *χρήση Διαγράμματος Pareto* και στο *διάγραμμα αιτίου – αποτελέσματος ή διάγραμμα Ishikawa ή ψαροκόκαλο*.

Το πρώτο διάγραμμα Ishikawa αναπτύχθηκε το 1943 στο Πανεπιστήμιο του Τόκιο. Τα διαγράμματα Ishikawa χρησιμεύουν σαν συστηματικά εργαλεία, για εντοπισμό, ταξινόμηση και τεκμηρίωση των αιτίων που προκαλούν ένα πρόβλημα, αλλά και προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των αιτίων αυτών.

Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιεί ο Ishikawa είναι τα φύλλα ελέγχου, διαγράμματα διασποράς και διαγράμματα ελέγχου.

Ο Ishikawa συνέδεσε το όνομά του με την προσπάθεια για επέκταση του ελέγχου ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού από το ανώτατο μέχρι το κατώτατο. Πιστεύει ότι η ποιότητα σε όλα τα επίπεδα δεν απαιτεί μόνο ποιότητα προϊόντος, αλλά ποιότητα στην εξυπηρέτηση, στη διοίκηση, στην ίδια την εταιρεία και στο άτομο.

Τα αποτελέσματα που θεωρούνται επιθυμητά είναι:

- Βελτίωση αλλά και σταθεροποίηση της ποιότητας του προϊόντος.
- Βελτίωση αξιοπιστίας προϊόντος.
- Μείωση κόστους.



- Αύξηση παραγωγικότητας.
- Μείωση σκάρτων και επανεπεξεργασίας ετοιμών.
- Βελτίωση χρησιμοποιούμενων τεχνικών.
- Μείωση κόστους επιθεώρησης.
- Βελτίωση της συνεργασίας με τους προμηθευτές.
- Αύξηση πωλήσεων και μεγέθους αγοράς.
- Καλύτερες διατμηματικές σχέσεις.
- Μέτρηση λαθών και άχρηστου πληροφοριακού υλικού.
- Βελτιωμένη επικοινωνία.
- Πιο αποτελεσματικές και σύντομες συσκέψεις.
- Επισκευές και συντήρηση εξοπλισμού και κτιρίων που γίνονται με περισσότερη λογική.
- Βελτίωση ανθρωπίνων σχέσεων.,

#### ■ Ο J. Oakland

Ο J. Oakland, καθηγητής του Πανεπιστημίου του Bradford θεωρεί ότι οι απόψεις των διαφόρων «Γκουρού» μπορούν να συνοψισθούν σε μια πολιτική ποιότητας 10 σημείων:

- Σταθερή και διαρκής δέσμευση προς τη συνεχή βελτίωση.
- Κουλτούρα της εταιρείας, που εκφράζεται με το «κάνε το σωστά με την πρώτη φορά».
- Εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην κατανόηση της αλυσίδας πελάτη – προμηθευτή.
- Εισαγωγή της έννοιας του «ολικού κόστους». Κατά τον Oakland, μια θεσμική αλλαγή δεν κρίνεται μόνον ως προς τις οικονομικές της επιπτώσεις αλλά και ως προς τις συνολικές της επιπτώσεις.
- Συνεχής βελτίωση συστημάτων και διαδικασιών.
- Σύγχρονες μέθοδοι εποπτείας και εκπαίδευσης. Ο φόβος δεν έχει θέση σε μια εταιρεία ποιότητας.
- Κατάργηση διατμηματικών στεγανών (βελτίωση διαδικασιών επικοινωνίας, ομαδικής εργασίας)

Κατάργηση:

- Στόχων χωρίς συνέπεια.
- Προδιαγραφών που βασίζονται μόνο σε αριθμούς.
- Εμποδίων για τον εργαζόμενο να έχει και να χαίρεται την «ιδιοκτησία» μιας επιτυχίας.
- Ασάφειας εντολών.
- Συνεχής ανάπτυξη ειδικευμένων στελεχών μέσω εκπαίδευσης.
- Συστηματική επιδίωξη της Ολικής Ποιότητας.

## 2.2 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου ικανοποίηση

Αν σταθούμε στην ετυμολογία της λέξης «ικανοποίησης», προκύπτει ότι αποτελείται από δύο λέξεις : τη λέξη «ποιώ» και την λέξη «ικανό». Σε περισσότερο απλά και σύγχρονα ελληνικά , αναλύοντας την λέξη «ικανοποίηση» προκύπτει ένας πρώτος ορισμός: *κάνω αυτό που είναι ικανό*. Δηλαδή, *ικανοποίηση είναι η κάλυψη μια ανάγκης ή επιθυμίας*.

### 2.2.1 Ορισμός της ικανοποίησης

Θα μπορούσαν να δοθούν τρεις εναλλακτικοί ορισμοί της έννοιας της ικανοποίησης, την οποία περιγράφουν ως :

- Το αποτέλεσμα της διαδικασίας αξιολόγησης μια αγοραστικές επιλογής, το οποίο επιβεβαιώνει ότι η επιλογή ήταν τόσο σωστή όσο αρχικά είχε εκτιμηθεί ότι θα είναι.
- Το αποτέλεσμα στο οποίο φτάνει ο καταναλωτής, αφού εξετάσει τη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών του πριν από την αγορά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και της απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας αφού αγοράστηκε και αξιολογήθηκε.
- Ο οποίος φτάνει π καταναλωτής, αφού συν- αξιολογήσει τα συναισθήματα ανεκπλήρωτων μετά την αγορά με α συναισθήματα που είχε πριν από την αγοραστική απόφαση.

Και οι τρεις ενδεικτικοί ορισμοί που παρατέθηκαν έχουν δυο κοινά χαρακτηριστικά:

- Επιδιώκουν την ικανοποίηση περιγράφοντας μια διαδικασία αξιολόγησης
- Και οι τρεις εναλλακτικοί ορισμοί περιγράφουν την διαδικασία αυτή σαν την σύγκριση μεταξύ προσδοκιών και αποτελεσμάτων.

Κατά αυτήν την έννοια, η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Αντίθετα, φαίνεται ότι είναι το αποτέλεσμα μιας ψυχολογικής διαδικασίας συγκρίσεων, η οποία ολοκληρώνεται μετά την ολοκλήρωση της κατανάλωσης, η οποία μπορεί να αφορά περιπτώσεις που σχετίζονται με μια «στιγμιαία» αγοραστική απόφαση και κατανάλωση αλλά και με περιπτώσεις κατά τις οποίες η αγοραστική απόφαση και η κατανάλωση εκτείνονται σε μια μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Κατά συνέπεια, όπως υποστηρίζει και ο Olivier, το νόημα της ικανοποίησης αφορά μια σύνθετη έννοια η οποία αποτελείται από περιπτωσιακές- ενδιάμεσες αξιολογήσεις προσδοκιών και αποτελέσματος αλλά και από μια συνολική αξιολόγηση των επιμέρους μεμονωμένων περιπτώσεων. (Γούναρης, Σ., (2003), σελ.91-96)

### 2.3 Πλεονεκτήματα ενός Συστήματος Μέτρησης της Ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών και η ικανοποίηση των καταναλωτών αποτελεί βασικό στοιχείο της έρευνας των επιχειρήσεων-οργανισμών και μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό στην διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα ενός συστήματος μέτρησης ικανοποίησης είναι τα εξής:

- Η εταιρία- οργανισμός έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των καταναλωτών.
- Παρέχεται ένας συνολικός βαθμός απόδοσης για την εταιρία-οργανισμό και προσδιορίζεται η πιθανή υπεροχής της εταιρίας-οργανισμό σε σχέση με τους ανταγωνιστές.

- Εντοπίζονται τα αδύναμα σημεία της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα καταφέρουν την βελτίωση αυτή.
- Δίνεται ένα κίνητρο στο προσωπικό της εταιρίας- οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητα του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ- Υπηρεσίες

### 3.1 Η Ποιότητα στον Τομέα των Υπηρεσιών

Ο όρος «υπηρεσία» αναφέρεται σε ένα ευρύ σύνολο οικονομικών δραστηριοτήτων που δεν συνδέονται άμεσα με την παραγωγή υλικών αγαθών και ο ορισμός που έχει δημοσιευτεί από την Οργάνωση Διεθνών Προτύπων (ISO, 1992), περιγράφει τον όρο αυτό «ως οι δραστηριότητες του προμηθευτή κατά την συνδιαλλαγή του με ένα πελάτη, και τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων όλων των προμηθευτών προκειμένου να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες των καταναλωτών.»

Όσο κανείς μένει στην ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων τα πράγματα είναι πολύ ξεκάθαρα.

Όσον αφορά όμως των τομέα παροχής υπηρεσιών η κατάσταση όλο και δυσχεραίνει. Για πολλές εταιρίες και οργανισμούς ο όρος ποιότητα των υπηρεσιών έχει προκαλέσει αναστάτωση, πολλές απορίες, σύγχυση, αναστάτωση, συζητήσεις και πολλές διαφωνίες. Είναι μια μαγική λέξη που κοιτάζουν με δέος όλες οι επιχειρήσεις και οργανισμοί. Και όλα αυτά γιατί είναι το κλειδί στο θέμα του ανταγωνισμού, καθώς η ποιότητα έχει μεγάλη επίπτωση στους καταναλωτές, ήδη υπάρχοντες αλλά και μελλοντικούς, καθώς όλο και περισσότεροι συνειδητοποιούν την σημασία της ποιότητας και όχι μόνο της ποσότητας. (Coxe, W., 1990)

Κάποτε υπήρχαν από την μία τα προϊόντα και από την άλλη οι υπηρεσίες τώρα υπάρχουν οι υπηρεσίες και τα προϊόντα που συνοδεύονται από υπηρεσίες

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι ζούμε σε έναν κόσμο υπηρεσιών. Ο τριτογενής τομέας της οικονομίας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό του

ΑΕΠ όλων των ανεπτυγμένων χωρών μεταξύ των οποίων είναι και η Ελλάδα ενώ αποτελεί και τον μεγαλύτερο εργοδότη.

Υπάρχουν δύο κύριοι παράγοντες για την μεγάλη ανάπτυξη των υπηρεσιών: η διεθνής τάση προς απορρύθμιση (deregulation) των αγορών και η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών. Και οι δυο αυτοί παράγοντες έχουν ως αποτέλεσμα να μεγαλώσει ο ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων και την εμφάνιση νέων ευκαιριών αλλά και απειλών. Η εντατικοποίηση του ανταγωνισμού μεταφράζεται σε προσπάθεια από την κάθε επιχείρηση να δημιουργήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της ώστε να επιτύχει. Το ανταγωνιστικό αυτό πλεονέκτημα ονομάζεται “υπηρεσίες”.

Επομένως, όταν μιλάμε για υπηρεσίες δεν εννοούνται μόνο οι επιχειρήσεις που παρέχουν αμιγώς υπηρεσίες αλλά και στις επιχειρήσεις που πουλάνε προϊόντα καθώς πλέον οι τελευταίες δεν μπορούν να αρκεστούν στην πώληση απλά και μόνο ενός ποιοτικού αγαθού και να περιμένουν ότι έτσι θα επιβιώσουν. Σήμερα οι πραγματικές διαφορές μεταξύ των μαρκών είναι γενικά ελάχιστες. «Όλα ίδια είναι» λένε οι καταναλωτές αναφερόμενοι στα προϊόντα και αλίμονο στον marketer που δεν δίνει σημασία σε αυτό. Αυτή η ισότητα των μαρκών (brand parity) είναι που κάνει τους marketers να σκέφτονται νυχθημερόν ποιες συνοδευτικές προς το προϊόν υπηρεσίες να προσθέσουν ώστε να διαφοροποιηθούν από τον ανταγωνισμό.

Πολλές φορές μάλιστα η προστιθέμενη αξία των συνοδευτικών υπηρεσιών αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής αξίας (value) του προϊόντος. Επιπλέον, με τη λέξη υπηρεσίες εννοείται και η εξυπηρέτηση των πελατών. Με άλλα λόγια, οι marketers είτε προωθούν υπηρεσίες είτε προϊόντα είναι, κατ’ ουσίαν, services marketers πλέον.

### **3.2 Τα Χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών**

Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών είναι τα εξής: (1) η άυλη φύση (intangibility), (2) το αδιαιρετότητα (inseparability), (3) η ετερογένεια.

(heterogeneity). Κάθε ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά / ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών αποφέρει και τις ανάλογες συνέπειες στο μάρκετινγκ.

### ■ Η άυλη φύση (intangibility)

Δεν μπορεί κανείς να δει, να πιάσει, να εξετάσει μια υπηρεσία. Οι υπηρεσίες είναι άυλες. Δεν είναι πράγματα, είναι διαδικασίες. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες, αποτελούν στην ουσία συγκεκριμένες επιδόσεις σε μια προσπάθεια, στερούνται δε την υλική υπόσταση που έχει ένα αγαθό.

Το χαρακτηριστικό αυτό είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών. Καθώς εξαιτίας αυτού προκύπτουν για τις υπηρεσίες μια σειρά από προβλήματα καθώς και κάποια από τα υπόλοιπα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών.

Ένα από τα προβλήματα που προκύπτουν από την άυλη φύση των υπηρεσιών είναι η δυσκολία επικοινωνίας με την αγορά στόχο, ειδικά όσον αφορά τα οφέλη που μπορούν να περιμένουν οι αγοραστές τις συγκεκριμένης υπηρεσίας συγκριτικά με εκείνη που προσφέρουν οι ανταγωνιστές. Δεν είναι εύκολο να μεταφερθούν οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις ήδη παρεχόμενες υπηρεσίες ή νέες υπηρεσίες που επιθυμούν να αναπτύξουν.

Το άλλο πρόβλημα που προκύπτει είναι η αδυναμία αποθήκευσης της υπηρεσίας. (Γούναρης, (2003), σελ.43-45)

### ■ Το αδιαιρετότητα (inseparability)

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι αυτό της αδιαιρετότητας. Με τον όρο αυτό εννοούμε την αδυναμία διαχωρισμού

Της παράγωγης μια υπηρεσίας από τον τόπο κατανάλωσης

Της παραγωγής της υπηρεσίας από την συμμετοχή του καταναλωτή στην παραγωγή και

Των εμπειριών των υπολοίπων καταναλωτών που παρευρίσκονται στη διαδικασία παραγωγής από το τελικό αποτέλεσμα παραγωγής.

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που η αδιαιρετότητα δημιουργεί είναι ότι το ποιοτικό αποτέλεσμα τη παρεχόμενης υπηρεσίας εξαρτάται από την επιχείρηση και τους εργαζομένους της που προσφέρουν την υπηρεσία, από τον πελάτη ο οποίος συναλλάσσεται με την επιχείρηση αλλά και από τους υπόλοιπους πελάτες οι οποίοι παρευρίσκονται στον ίδιο χώρο τη στιγμή της συναλλαγής.

Το δεύτερο σοβαρό πρόβλημα που προκύπτει είναι η εξυπηρέτηση μια γεωγραφικά διάσπαρτης αγοράς. ( Γούναρης , (2003), σελ.51-53)

### ■ Ετερογένεια (heterogeneity)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι η ετερογένεια. Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό σημαίνει ότι μια επιχείρηση αδυνατεί να συστηματοποιήσει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ετερογένεια σχετίζεται με την αδυναμία συστηματοποίησης του αποτελέσματος της διαδικασίας παροχής της υπηρεσίας. ( Γούναρης , (2003), σελ.55)

Αξίζει να γίνει αναφορά και στα κύρια στοιχεία του μάρκετινγκ τα γνωστά 4P, που προκύπτουν από τις αγγλικές λέξεις Product (προϊόν), Price (τιμή), Place (Τόπος) και Promotion (Προώθηση). Τα 4P σχηματίζουν το μίγμα μάρκετινγκ.

### ■ Προϊόν (Κατασκευή νέους προϊόντος Branding, Χαρακτηριστικά και οφέλη για τους καταναλωτές, After - sales service))

Σε μια τόσο γρήγορα αναπτυσσόμενη αγορά όπως η σημερινή, η κατασκευή του προϊόντος και η πιθανή αναγνώριση του, από τους καταναλωτές αποτελεί καίριο ρόλο στην επικράτηση του έναντι των ανταγωνιστών. Το χρώμα, η κατασκευή, το πακετάρισμα, το λογότυπο, η ευκολία χρήσης από τον καταναλωτή αποτελούν τα στοιχεία που λαμβάνει υπόψιν του ένας πιθανός αγοραστής. Επίσης, ο καταναλωτής απαιτεί ειλικρίνεια και κατανόηση από την εταιρεία, όσον αφορά την εγγύηση αλλά και τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε αυτόν, μετά από την απόκτηση του προϊόντος.

### ■ Τιμή (Κόστος Κέρδος, Ανταγωνισμός, Κίνητρα για τους καταναλωτών)

Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία ενός προϊόντος, όταν αυτό κάνει την εμφάνιση του σε μια νέα αγορά, είναι η τιμή του. Μια επιχείρηση θα πρέπει να



αναλογιστεί διάφορους παράγοντες όταν έρθει η ώρα της κοστολόγησης. Για παράδειγμα, μπορεί να θέσει μια τιμή χαμηλότερη από τον μέσο όρο της αγοράς και των ανταγωνιστών, στην προσπάθεια της να κερδίσει μεγαλύτερο ποσοστό της αγοράς.

Από την άλλη, έχει την δυνατότητα να κοστολογήσει το προϊόν αρκετά ψηλά ώστε να αυξήσει πιο γρήγορα το κέρδος της αλλά και να καλύψει μέρος των εξόδων από την κατασκευή και την προώθηση του προϊόντος. Επίσης, το κόστος ενός προϊόντος αποτελεί ένδειξη της ποιότητας ότι ή και ακόμα το καθιστά πιο επιθυμητό σύμφωνα με ορισμένες ομάδες καταναλωτών.

- **Τόπος** (Πρόσβαση στην αγορά – στόχο, Σωστή διαχείριση καναλιών επικοινωνίας και προώθησης άψογη σχέση με μεσάζοντες, Logistics)

Το μέρος όπου μια εταιρεία μπορεί να χρησιμοποιήσει ώστε να διανέμει το προϊόν της, αποτελεί ένα πολύ δυναμικό και γρήγορα αναπτυσσόμενο κομμάτι του μάρκετινγκ. Περιλαμβάνει την επιλογή των καναλιών, την σχέση με τους μεσάζοντες και όλες εκείνες τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα, μέχρι το προϊόν να φτάσει στα ράφια των καταστημάτων. Για παράδειγμα, εάν μια εταιρεία θέλει να προσεγγίσει νέους σε ηλικία πελάτες, κατάλληλα μέρη διανομής είναι τα εμπορικά κέντρα, κινηματογράφοι, κέντρα διασκέδασης, γενικά μέρη όπου συχνάζουν άτομα νεαρής ηλικίας. Ακόμη, η διατήρηση καλών σχέσεων με μεσάζοντες και καταστηματάρχες, καθώς και κάποιες ειδικές προσφορές και εκπτώσεις, θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν καλή θέση στα ράφια των καταστημάτων.

- **Προώθηση** (Διαφορετικά μείγματα επικοινωνίας, Διαφήμιση, Sales promotions, Δημόσιες σχέσεις, Direct marketing)

Κάθε προϊόν που εμφανίζεται σε μια νέα αγορά, περνά από διάφορα στάδια. Αυτό προϋποθέτει υποστήριξη μέσω διαφορετικών τακτικών επικοινωνίας από την εταιρεία, ώστε να καταφέρει να εδραιωθεί στην αγορά. Για παράδειγμα, στην αρχή το προϊόν δεν είναι πολύ δημοφιλές και χρειάζεται έντονη διαφήμιση ώστε να πληροφορηθεί η αγορά για την ύπαρξη του. Μετά από ένα διάστημα, όπου θα εμφανιστούν οι πρώτες πωλήσεις, διάφορες εκπτώσεις και κίνητρα θα βοηθήσουν τους καταναλωτές να προχωρήσουν σε

επαναλαμβανόμενες αγορές. (αυτό φυσικά προϋποθέτει δυνατή και σωστά εκπαιδευμένη ομάδα πωλήσεων).

Η παραδοσιακή προσέγγιση των 4ps στο Μάρκετινγκ χρησιμοποιήθηκε από πολλούς επαγγελματίες για αρκετά χρόνια. Η επιτυχία και η λειτουργικότητα του παραδοσιακού μείγματος αποδείχτηκε ότι μπορεί να υποστηρίξει την προώθηση ενός προϊόντος, όχι όμως και μιας υπηρεσίας.

Στον τομέα των υπηρεσιών, τα 4ps δεν είναι αρκετά να περιγράψουν τις δραστηριότητες του μάρκετινγκ, μιας και οι υπηρεσίες από την φύση τους διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, από τα "χειροπιαστά" προϊόντα. Για αυτό το λόγο, το 1981 οι Booms and Bitner, πρότειναν την επέκταση του παραδοσιακού μείγματος σε 7ps, προσθέτοντας επιπλέον 3ps, άνθρωποι (people), διαδικασίες (processes) και παρουσίαση (physical evidence).

### ■ Άνθρωποι

Οι υπηρεσίες πολύ συχνά, αν όχι πάντα, εξαρτώνται από τον ανθρώπινο παράγοντα. Οι άνθρωποι και όσοι συμμετέχουν στην παραγωγή και στην εκτέλεση μιας υπηρεσίας, έχουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των αναγκών του καταναλωτή. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των αναγκών ενός καταναλωτή από τις υπηρεσίες ενός κομμωτή ή ενός οδοντιάτρου, εξαρτώνται από την ποιότητα αλλά και την φύση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του καταναλωτή και του ατόμου που παρέχει την υπηρεσία. Εάν ο καταναλωτής, νοιώθει άνετα και ασφαλής κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης, τότε θα δημιουργηθεί αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ του καταναλωτή και του παροχέα της υπηρεσίας. Τα στοιχεία της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας δημιουργούν εμπόδια για κάθε ανταγωνιστή, που είναι δύσκολο να ξεπεραστούν.

### ■ Διαδικασίες

Ένα προϊόν, μόλις κατασκευαστεί και διοχετευθεί στην αγορά, δίνει την δυνατότητα στον manager, να ελέγξει την πορεία του, να διορθώσει τυχόν λάθη, ακόμα και να κάνει πρόβλεψη για το μελλοντική πορεία του προϊόντος. Αντίθετα, οι υπηρεσίες κατασκευάζονται και "καταναλώνονται" την ίδια στιγμή, κάθε φορά που ένας καταναλωτής αλληλεπιδρά με τον παροχέα της υπηρεσίας. Οι λέξεις κλειδιά και τα στοιχεία που θα πρέπει να προσέξει ένας

μαρκετίστας, είναι η συνέπεια και οι ικανότητες των ανθρώπων που συμμετέχουν, παράγοντες που εγγυώνται την ποιότητα της υπηρεσίας. Μιας και ο ανθρώπινος παράγοντας είναι δύσκολο να ελεγχτεί, υπάρχουν μηχανισμοί οι οποίοι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας.

### ■ Παρουσίαση

Οι υπηρεσίες δεν είναι χειροπιαστές από την φύση τους και είναι δύσκολο κάποιος να τις περιγράψει. Παρόλα αυτά ο μαρκετίστας θα πρέπει να προσδώσει κάτι χειροπιαστό σε κάτι που από την φύση του δεν είναι. Για παράδειγμα, μια αλυσίδα ξενοδοχείων θα συμπεριλάβει στο διαφημιστικό της υλικό φωτογραφίες από την τοποθεσία των κτιρίων της ενώ ένα εστιατόριο θα τοιχοκολλήσει κριτικές που δέχτηκε από γνωστό περιοδικό. Με την δημιουργία εικόνων, ο manager προσπαθεί να προσδώσει κύρος και μια επιπρόσθετη αξία στην υπηρεσία που παρέχει, με σκοπό να γίνουν "ορατά" τα πλεονεκτήματά της.



Εικόνα 1 : Μίγμα μάρκετινγκ στις υπηρεσίες

### 3.3 Παράγοντες που Επιδρούν στην Διαδικασία Παροχής των Υπηρεσιών

Ένα σημαντικό στοιχείο των υπηρεσιών είναι ότι οι καταναλωτές παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία παραγωγής και παράδοσης ( Γούναρης, 2003 ). Σε πολλές υπηρεσίες, οι πελάτες πρέπει να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες πριν ολοκληρωθεί η συναλλαγή των υπηρεσιών. Η συμμετοχή αυτή των καταναλωτών αποτελεί το πρώτο κομμάτι που συμπληρώνεται από τον υπάλληλο της επιχείρησης σε ένα προϊόν υπηρεσιών. Επομένως, ο καταναλωτής συμβάλει από την μία στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και από την άλλη στην δική του ικανοποίηση. Αν η συμμετοχή του πελάτη αντιμετωπίσει προβλήματα και/ ή καταστεί ακατάλληλη τότε μπορεί να προκαλέσει προβλήματα και αποτυχίες στις υπηρεσίες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση στα δημόσια νοσοκομεία, όπου τα αντίστοιχα παραδείγματα μπορούν να περιλάβουν: ασθενείς χωρίς καμία ασφάλιση, ασθενείς που δεν έκανα τις απαραίτητες εξετάσεις για την υγεία τους, συνέχιση τρόπου ζωής που επιβαρύνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση της υγείας κ.ο.κ.. Από αυτό προκύπτει ότι η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας δεν εξαρτάται μόνο από την απόδοση του προσωπικού της επιχείρησης/ οργανισμού αλλά και από την απόδοση και συμμετοχή του καταναλωτή.

### 3.4 Μοντέλα Μέτρησης Ποιότητας

Με απλούστερα λόγια ο όρος αυτός μπορεί να προσδιοριστεί από την αντίληψη του καταναλωτή για την τελειότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Δηλαδή η ποιότητα που έχει μια υπηρεσία προσδιορίζεται από την άποψη του καταναλωτή αφού κάνει χρήση της υπηρεσίας αυτής.

### 3.4.1 Αναφορά στα Διάφορα Μοντέλα Μέτρησης Υπηρεσιών

#### A) Το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο

Το Μάρτιο του 2000, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας έθεσε τις βάσεις για την μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στις χώρες μέλη. Πρότεινε μια νέα μέθοδο συνεργασίας μεταξύ των κρατών και διαφόρων οργανισμών και ιδρυμάτων, τα οποία συμμετέχουν στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής, και την ονόμασε «ανοιχτή μέθοδο συντονισμού». Η μέθοδος αυτή προάγει τα εταιρικές σχέσεις μεταξύ όλων των φορέων που εμπλέκονται στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και γενικότερα στο σύστημα κοινωνικής προστασίας.

Τον Ιούνιο του 2001, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goettenborg εξέδωσε μια ανακοίνωση της Οικονομικής, της Κοινωνικής και της Επιτροπής των περιφερειών με θέμα « το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους. Στην ανακοίνωση αυτή επισημαίνονται οι προκλήσεις:

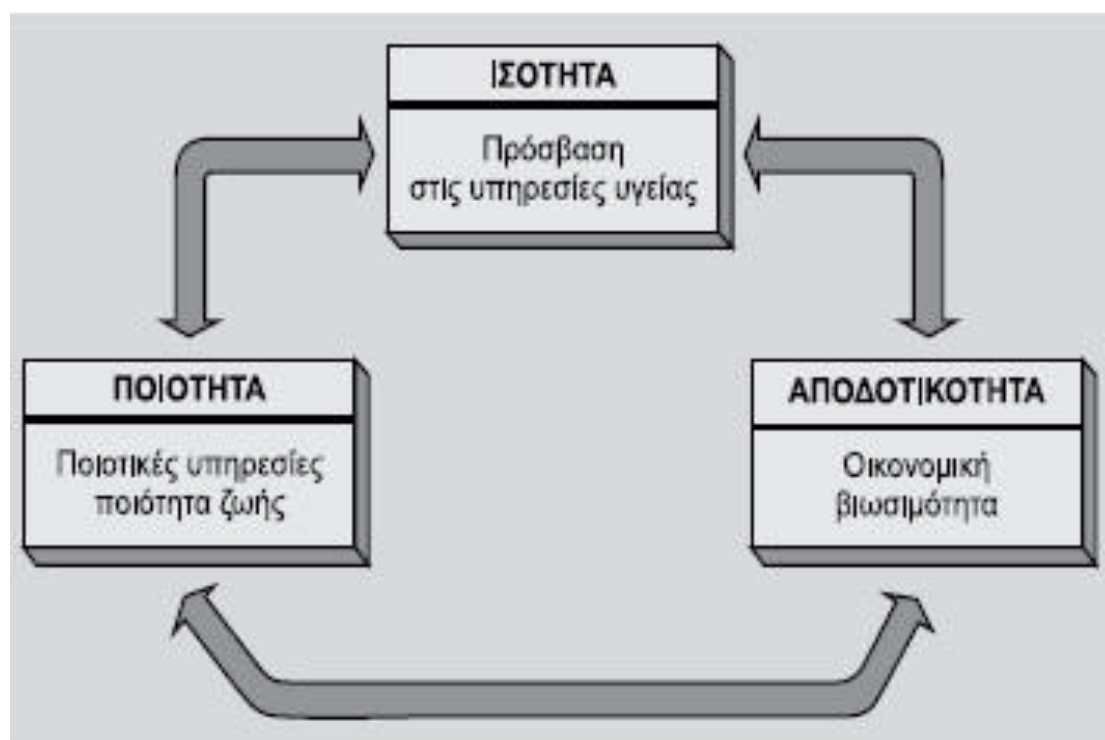
- Της γήρανσης
- Της μακροχρόνιας περίθαλψης
- Της ιατρικής τεχνολογίας
- Τους αυξανόμενου κόστους περίθαλψης

Η έκθεση προτείνει την υιοθέτηση της νέας «ανοιχτής μεθόδου συντονισμού» στον τομέα της υγείας και την επικέντρωση της υγειονομικής πολιτικής της Ευρώπης σε τρεις θεμελιώδεις άξονες- στόχους που αφορούν στην :

- Διασφάλιση της προσπέλασης όλων των πολιτών στο σύστημα περίθαλψης ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια

- Ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά τριών υπηρεσιών υγείας
- Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας

Οι στόχοι αυτοί ικανοποιούν το γενικότερο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο και σηματοδοτούν την νέα πολιτική στον τομέα της υγείας η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και αλληλεξάρτηση της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας



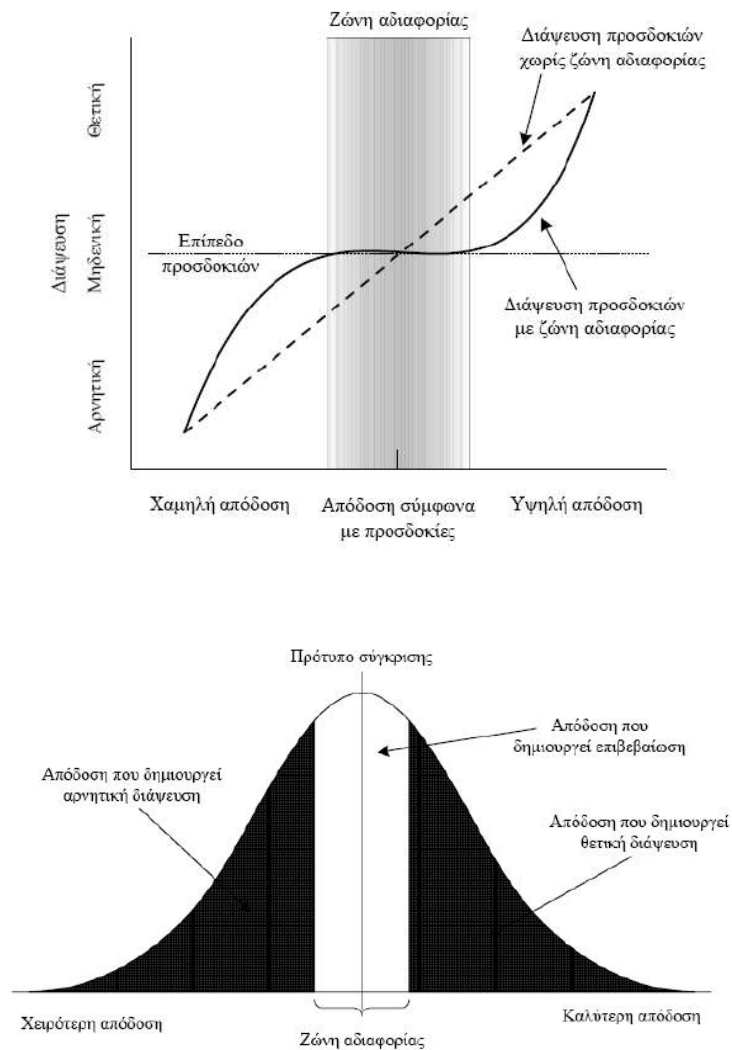
Εικόνα 2: Το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο

(Υφαντόπουλος, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (Συμπλ. 1) 6-18)

## B) Μοντέλο Oliver

Το μοντέλο αυτό είναι γνωστό και ως μοντέλο διάψευσης προσδοκίας. Η ικανοποίηση σύμφωνα με τον Oliver ορίζεται ως « μια ευχάριστη μεταγοραστική εμπειρία, δεδομένης προαγοραστικής προσδοκίας του πελάτη». Στο συγκεκριμένο μοντέλο, το επίπεδο ικανοποίησης προκύπτει συγκρίνοντας την αντιλαμβανόμενη απόδοση του προϊόντος με τις προσδοκίες του πελάτη.

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι η ζώνη αδιαφορίας που καθορίζει το διάστημα απόδοσης του προϊόντος που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του πελάτη. Στην περίπτωση που η απόδοση του προϊόντος είναι θετική, οπότε υπερβαίνει τις προσδοκίες, είτε είναι αρνητική οπότε η απόδοση είναι χειρότερη από τις προσδοκίες.



**Εικόνα 3 : Το μοντέλο του Oliver**

( Oliver, 1997)

### Γ) Μοντέλο Fornell

Ο Fornell, το 1989, παρουσίασε ένα μοντέλο ικανοποίησης το οποίο έγινε και το πρώτο εθνικό βαρόμετρο ικανοποίησης για την Σουηδία, ενώ αποτελεί το βασικό εργαλείο μέτρησης και ανάλυσης για τον Αμερικανικό δείκτη ικανοποίησης (American Customer Satisfaction Index – ACSI).

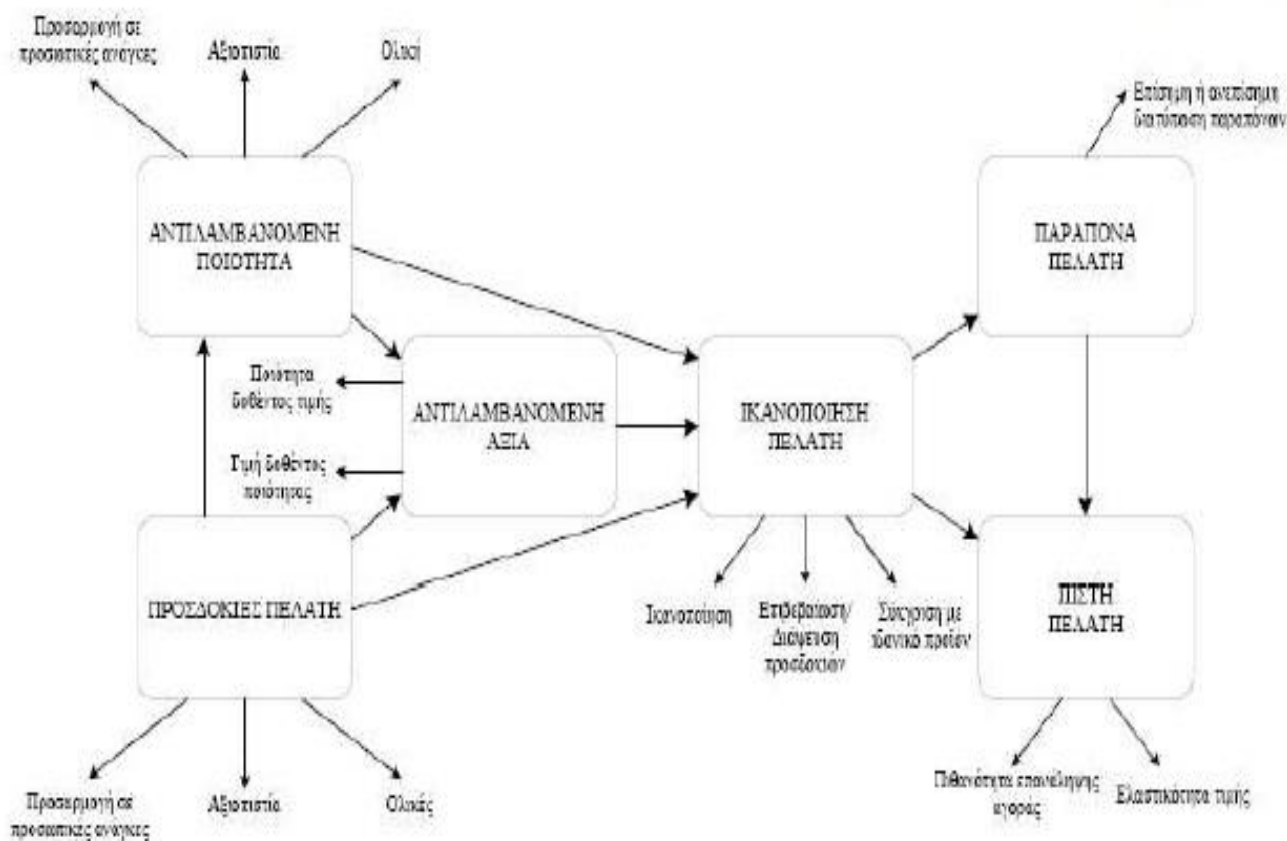
Ο κεντρικός ρόλος στο μοντέλο ACSI ανήκει στη μεταβλητή Ικανοποίηση Πελάτη, η οποία ορίζεται ως η συνολική αξιολόγηση τη μετα αγοραστικής αποδοτικότητας της επιχείρησης ή της χρήσης μια υπηρεσίας συμπεριλαμβάνεται σε ένα σύστημα σχέσεων αιτίου – αποτελέσματος που διατρέπει τους παράγοντες που την διαμορφώνουν, καθώς και τις μεταβλητές που εκφράζουν τις επιπτώσεις της ικανοποίησης, όπως η καταναλωτική αφοσίωση και τα παράπονα των πελατών.

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση του πελάτη είναι :

- Αντιλαμβανόμενη ποιότητα
- Αντιλαμβανόμενη αξία
- Προσδοκίες πελατών
- Παράπονα πελατών
- Καταναλωτική αφοσίωση/πίστη

Σύμφωνα με το μοντέλο, υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη, της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, της αντιλαμβανόμενης αξίας και της ικανοποίησης. Η ικανοποίηση με τη σειρά της επηρεάζει θετικά το επίπεδο καταναλωτικής αφοσίωσης και αρνητικά τη συχνότητα εμφάνισης παραπόνων από την μεριά των πελατών. (Fornell, 1992, σελ. 45-47)





Εικόνα 4: Το μοντέλο του Fornell

( Fornell, 1989)

#### Δ) Μοντέλο Kano

Το μοντέλο Kano είναι μια θεωρία που αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '80 από τον καθηγητή Noriaki Kano, η οποία αφορά την ανάπτυξη του προϊόντος και τη ικανοποίηση των πελατών. Οι απαιτήσεις των καταναλωτών κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες :

**Αναμενόμενες/ αυτονόητες απαιτήσεις :** Αυτές οι απαιτήσεις των πελατών, περιγράφονται από βασικά χαρακτηριστικά ποιότητας του προϊόντος / υπηρεσίας. Αν το προϊόν δεν πληρεί αυτές τις απαιτήσεις, ο πελάτης είναι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος. Από την άλλη μεριά, επειδή ο πελάτης θεωρεί ότι αυτές οι απαιτήσεις του είναι αυτονόητα δεδομένες, η εκπλήρωσή τους δεν συνεπάγεται την αυξημένη ικανοποίηση του από το προϊόν / υπηρεσία. Δηλαδή, η εκπλήρωση από ένα προϊόν των αυτονόητων απαιτήσεων του

πελάτη οδηγεί μόνο σε κατάσταση μη δυσαρέσκειας. Οι αυτονόητες απαιτήσεις θεωρούνται ως προαπαιτούμενες από τον πελάτη, ο οποίος τις παίρνει ως δεδομένες κι έτσι δεν τις επιζητεί ιδιαίτερα. Ωστόσο, οι απαιτήσεις αυτές, σε κάθε περίπτωση, αποτελούν ένα αποφασιστικό ανταγωνιστικό παράγοντα και στη περίπτωση που δεν πληρούνται, ο πελάτης δεν ενδιαφέρεται καθόλου για το δεδομένο προϊόν.

Μονοδιάστατες απαιτήσεις (αναλογικές): σύμφωνα με τις απαιτήσεις αυτές η ικανοποίηση του πελάτη είναι ανάλογη της εκπλήρωσης της απαίτησης του. Δηλαδή όσο υψηλότερο το επίπεδο εκπλήρωσης τόσο μεγαλύτερη / υψηλότερη είναι η ικανοποίηση του πελάτη και αντίστροφα. Συνήθως, οι απαιτήσεις μιας διάστασης ζητούνται από τον πελάτη ρητά και συγκεκριμένα.

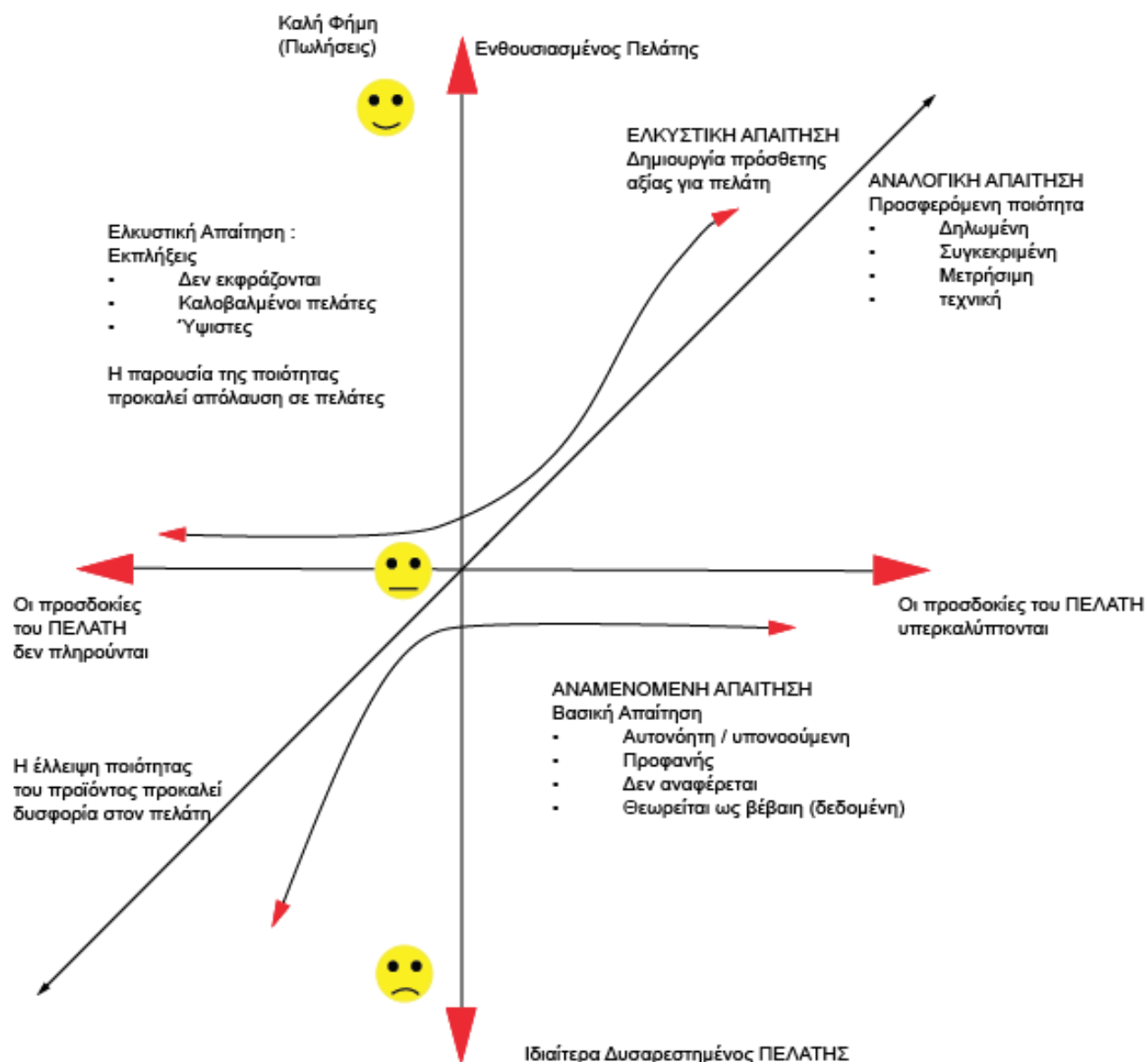
Ελκυστικές απαιτήσεις: Οι απαιτήσεις αυτές των πελατών, περιγράφονται από εκείνα τα χαρακτηριστικά ποιότητας του προϊόντος / υπηρεσίας, τα οποία έχουν την μέγιστη επιρροή στην ικανοποίηση του πελάτη από το συγκεκριμένο προϊόν. Οι ελκυστικές (συναρπαστικές) απαιτήσεις ούτε εκφράζονται ρητά και συγκεκριμένα ούτε αναμένονται από τον πελάτη. Η εκπλήρωση τους έχει ως συνέπεια όχι απλά την αναλογική ικανοποίηση του πελάτη αλλά κάτι πολύ περισσότερο, την ενθουσιώδη ικανοποίηση του. Ωστόσο αν ένα προϊόν / υπηρεσία δεν πληρεί ελκυστικές απαιτήσεις, αυτό δεν συνεπάγεται αίσθηση δυσαρέσκειας.

Η ταξινόμηση των απαιτήσεων του πελάτη, βάσει της μεθόδου Kano, έχει πολύ σαφή πλεονεκτήματα :

- **Οι απαιτήσεις του προϊόντος είναι καλύτερα κατανοητές.** Τα χαρακτηριστικά ποιότητας του προϊόντος, τα οποία έχουν την μέγιστη επιρροή στην ικανοποίηση του πελάτη, μπορούν να προσδιοριστούν. Η ταξινόμηση των απαιτήσεων του προϊόντος σε αναμενόμενες, αναλογικές και ελκυστικές μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εστίαση των προτεραιοτήτων στην ανάπτυξη του προϊόντος.
- Η μέθοδος Kano παρέχει αξιολογη βοήθεια κατά το στάδιο ανάπτυξης του προϊόντος, όταν προκύπτουν καταστάσεις trade off (εκμετάλλευσης). Δηλαδή όταν δεν είναι δυνατό να ικανοποιηθούν ταυτόχρονα δυο απαιτήσεις προϊόντος, λόγω τεχνικών ή

χρηματοοικονομικών αιτιών, τότε μπορεί να προσδιοριστεί εκείνο το χαρακτηριστικό ποιότητας του προϊόντος που ασκεί την μέγιστη επιρροή στην ικανοποίηση του πελάτη.

- Οι αυτονόητες αναλογικές και ελκυστικές απαιτήσεις διαφέρουν, κατά κανόνα, στην προσδοκώμενη χρησιμότητα των διαφόρων τμημάτων πελατών. Από την άποψη αυτή, μπορούμε να επεξεργαστούμε λύσεις για ειδικά προβλήματα καλοβαλμένων πελατών, οι οποίες εγγυώνται ένα βέλτιστο επίπεδο ικανοποίησης στα διάφορα τμήματα πελατών.
- **Η ανακάλυψη και εκπλήρωση ελκυστικών απαιτήσεων, δημιουργεί ένα πλατύ εύρος δυνατοτήτων για διαφοροποίηση.** Ένα προϊόν το οποίο ικανοποιεί μόνο τις αναμενόμενες και αναλογικές απαιτήσεις διακρίνεται ως μέσο προϊόν και κατά συνέπεια είναι ανταλλάξιμο.
- Το μοντέλο Kano χρησιμοποιείται για να αποδείξει και να καθιερώσει τη σημαντικότητα των χαρακτηριστικών στοιχείων ποιότητας του προϊόντος, που συμβάλλουν στην ικανοποίηση του πελάτη. Με αυτό τον τρόπο δημιουργεί την βέλτιστη προαπαιτήση για δραστηριότητες ανάπτυξης του προϊόντος που είναι προσανατολισμένες στη διαδικασία ( Process oriented). ( Hinterhuber, 1997)



Εικόνα 5: Μοντέλο Κάνο

### Ε) Το μοντέλο SERVPERF

Το μοντέλο SERVPERF, έργο του Cronin & Taylor, είναι ένα νέο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο προσπαθεί να δώσει μια εναλλακτική στο μοντέλο SERVQUAL. Μελέτησαν την αντίληψη και την διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών και τις σχέσεις μεταξύ της ποιότητας, της ικανοποίησης του καταναλωτή και της πρόθεσης για αγορά. Επικεντρώθηκαν στην προσπάθεια να ξεπεράσουν το μοντέλο «

αντιλήψεις-- προσδοκίες» που αναπτύσσει το μοντέλο SERVQUAL. Το μοντέλο SERVPERF στοχεύει στην παροχή μιας εναλλακτικής μεθόδου στη μέτρηση της ποιότητας και στην σημαντικότητα μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών, της ικανοποίησης και της πρόθεσης για αγορά. Στην προσπάθεια τους για την μελέτη αυτών των εννοιών και τις μεταξύ τους σχέσεις κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

- Μια μέτρηση της ποιότητας, που βασίζεται στην απόδοση, μπορεί να είναι ένας βελτιωμένος τρόπος μέτρησης της δομής της ποιότητας των υπηρεσιών
- Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι προγενέστερη της ικανοποίησης των καταναλωτών
- Η ικανοποίηση των καταναλωτών επιδρά αποτελεσματικά στην πρόθεση για αγορά και
- Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει μικρότερη επίδραση στην πρόθεση για αγορά από την ικανοποίηση των καταναλωτών.

Συνεπώς, παρουσίασαν την βασιζόμενη στην απόδοση μέτρηση, το μοντέλο SERPERF. Η κλίμακα SERPERF δημιουργήθηκε κυρίως ως απάντηση στις κριτικές απέναντι στη κλίμακα SERVQUAL. Στηρίχτηκε στην προϋπόθεση ότι η καλύτερη λειτουργικότητα της ποιότητας των υπηρεσιών κατορθώνεται μέσω μέτρησης της σταθερής απόδοσης της υπηρεσίας. Τα μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι προσδοκίες, οι απόδοση των αντιλήψεων και η μέτρα υπολογισμού της σημαντικότητας. Το μοντέλο SERVPERF είναι και πιο απλό στην χρήση του. (Gilmore, A., 2003, σελ. 43)

### 3.4.2 Το Μοντέλο SERVQUAL

Το μοντέλο SERVQUAL αναπτύχθηκε από τον A. Parasuraman και τους συνεργάτες του στην Β. Αμερική. Το μοντέλο SERVQUAL βασίζεται στην μελέτη των προσδοκιών. Στο μοντέλο αυτό ο συγγραφέας διακρίνει πέντε κύρια σημεία στην ποιότητα των υπηρεσιών. :

- Αξιοπιστία
- Ασφάλεια
- Φυσικά στοιχεία
- Ανταπόκριση
- Συμπάθεια

Έπειτα, μετά από τα 5 κύρια αυτά σημεία που βαθμολογούνται χρησιμοποιώντας στο σύνολο 44 προτάσεις και για τις προσδοκίες και για τις αντιλήψεις. Οι προτάσεις αυτές βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert από το 1= «συμφωνώ πάρα πολύ» έως 5= «διαφωνώ πάρα πολύ». Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ο υπολογισμός το «χάσματος» μεταξύ των προσδοκιών και των αναγκών που έχει ο καταναλωτής για την ποιότητα των υπηρεσιών και της ποιότητας των υπηρεσιών που ήδη προσφέρει μια επιχείρηση.

Το μοντέλο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει μια επιχείρηση. Στην μέθοδο αυτή συμπεριλαμβάνεται η κατανόηση των αναγκών των πελατών που συνιστούν την «αγορά στόχο». Το αποτέλεσμα που θα προκύψει από αυτήν την ,μέτρηση των αντιλήψεων για την ποιότητα των υπηρεσιών μιας συγκεκριμένης επιχείρησης, συγκρίνονται με τις υπηρεσίες που θα μπορούσε προσφέρει μια ιδεατή επιχείρηση.

Τα στοιχεία που συλλέγονται προέρχονται από ένα δείγμα καταναλωτών. Οι καταναλωτές ανταποκρίνονται σε μια σειρά ερωτήσεων- προτάσεων που βασίζονται στα πέντε κύρια σημεία των υπηρεσιών.

### 3.4.3 Περιγραφή της Διαδικασίας

Για την συλλογή των στοιχείων που απαιτούνται χρησιμοποιείται ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει:

Την μέτρηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων του καταναλωτή με βάση το ιδεατό επίπεδο της ποιότητας και την εμπειρία του από την παροχή υπηρεσιών που αφορά τον οργανισμό παροχής αντίστοιχα.

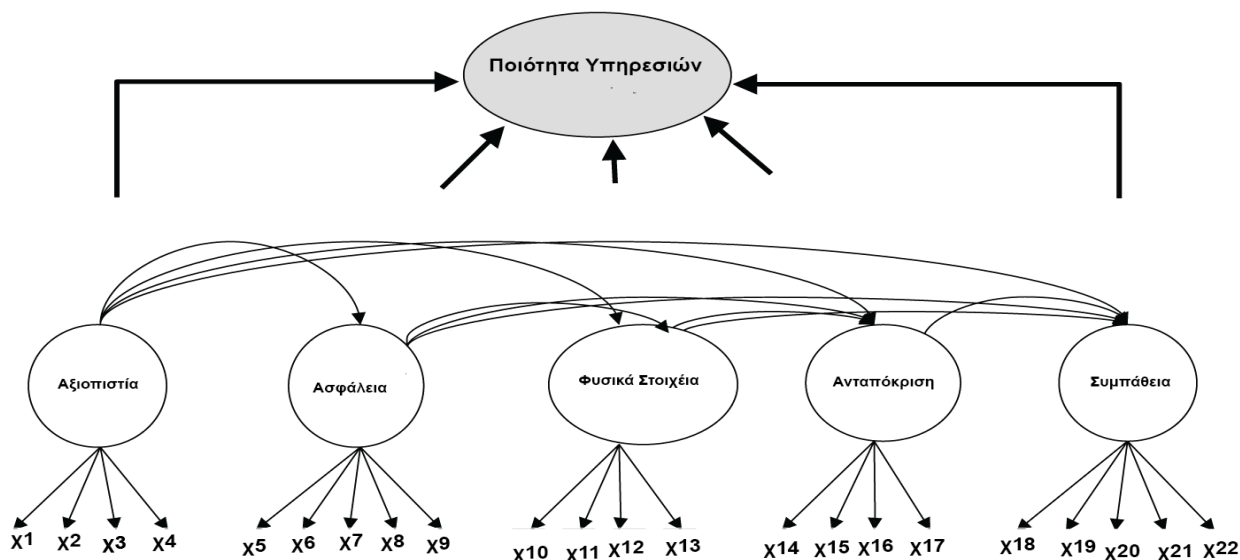
Από τον υπολογισμό της σημαντικότητας των κύριων σημείων της ποιότητας.

Λαμβάνεται υπόψη ότι:

Η εκτίμηση της σημαντικότητας των κύριων σημείων της ποιότητας πραγματοποιείται ζητώντας από τους καταναλωτές να κατανεύμουν 100 βαθμούς σημαντικότητας στα πέντε κύρια σημεία της ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL.

**Πίνακας 1: Τα κύρια σημεία της ποιότητας βάσει υποδείγματος SERVQUAL**

<b>Κύρια Σημεία</b>	<b>Περιγραφή</b>
Αξιοπιστία	Η ικανότητα να εκτελείται η υποσχόμενη υπηρεσία
Ασφάλεια	Οι γνώσεις και η συμπεριφορά του προσωπικού ώστε να εμπνέουν εμπιστοσύνη και αίσθημα ασφάλειας στους καταναλωτές
Φυσικά Στοιχεία	Η εμφάνιση των φυσικών ευχερειών, εγκαταστάσεων και προσωπικού
Ανταπόκριση	Η προθυμία του προσωπικού να βοηθήσει τους καταναλωτές και η δυνατότητα του οργανισμού να παρέχει άμεση εξυπηρέτηση
Συμπάθεια	Η προσωπική φροντίδα και προσοχή που παρέχει ο οργανισμός στους καταναλωτές της



Εικόνα 6: Η ποιότητα των υπηρεσιών κατά τους Cronin και Taylor (1992)

( Cronin και Taylor, 1992 )

Στην συνέχεια ακολουθεί πίνακας που περιλαμβάνει για κάθε σημείο της ποιότητας οι παραδείγματα των ερωτήσεων- προτάσεων που διατυπώνονται στο ερωτηματολόγιο;

Πίνακας 2: Ενδεικτικές ερωτήσεις για κάθε σημείο της ποιότητας

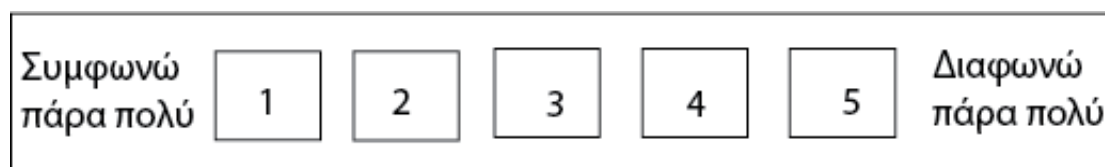
Κύρια σημεία	Ερωτήσεις
Αξιοπιστία	Η υπηρεσία παρέχεται σωστά; Το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχονται είναι το ίδιο για όλα τα μέλη του προσωπικού;
Ασφάλεια	Είναι ασφαλής η χρήση του εξοπλισμού; Είναι οι πληροφορίες που παρέχονται στον καταναλωτή ασφαλής;
Φυσικά στοιχεία	Είναι οι εγκαταστάσεις κατάλληλες; Η εμφάνιση του προσωπικού είναι προσεγμένη; Η τεχνολογία που χρησιμοποιείται είναι μοντέρνα;



Ανταπόκριση	Σε επείγουσες καταστάσεις, η επιχείρηση ανταποκρίνεται γρήγορα; Το προσωπικό είναι πρόθυμο να ανταποκριθεί στις απορίες των καταναλωτών;
Συμπάθεια	Το προσωπικό δείχνει προσωπικό ενδιαφέρον στους καταναλωτές; Το προσωπικό προσπαθεί να δείξει κατανόηση στις ανάγκες των καταναλωτών;

### 3.4.4 Κλίμακες Ποιότητας Υπηρεσιών

Τόσο οι προσδοκίες όσο και οι αντιλήψεις μετρώνται με την χρήση μια πενταβαθμίας κλίμακας Likert της μορφής όπως παρουσιάζεται στο σχήμα που ακολουθεί.



Εικόνα 7 : Δείγμα απόδοσης της οργάνωσης

Για κάθε μια από τις ερωτήσεις προκύπτει ένα αποτέλεσμα για την ποιότητα που υπολογίζεται σύμφωνα με την εξίσωση (1):

Αντιλήψεις – Προσδοκίες = Ποιότητα

Από τον τύπο αυτό προκύπτουν συμπερασματικά:

- Αν οι προσδοκίες είναι πιο πολλές από τις αντιλήψεις, η ποιότητα είναι κακή
- Αν οι αντιλήψεις υπερβαίνουν τις προσδοκίες, η ποιότητα είναι καλή
- Αν οι καταναλωτές έχουν χαμηλές προσδοκίες οι οποίες ικανοποιούνται η ποιότητα υπάρχει

Οι δείκτες μέτρησης του υποδείγματος SERVQUAL λαμβάνεται από το αποτέλεσμα της εξίσωσης (1):

$$Q = \frac{1}{22} \sum_{i=1}^{22} (P_i - E_i).$$

### 3.4.5 Τα Κενά στην Ποιότητα των Υπηρεσιών

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο του SERVQUAL η ποιότητα των υπηρεσιών υπολογίζεται από το κενό μεταξύ αυτού που προσδοκείται και αυτού που προσφέρεται τελικά. Πιο συγκεκριμένα:

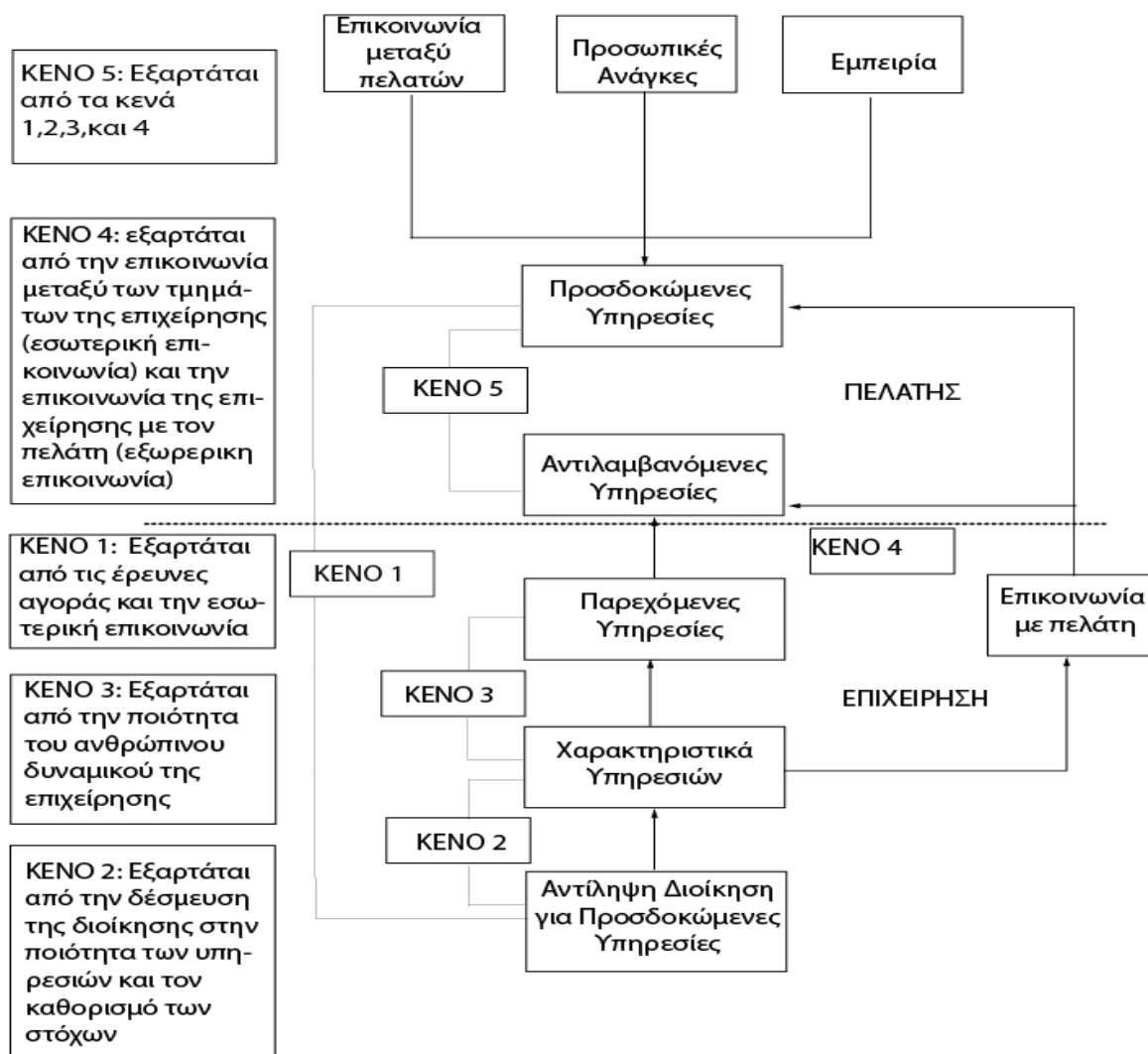
- Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι σχετική
- Οι ποιότητα των υπηρεσιών εκλαμβάνεται διαφορετικά από καταναλωτή σε καταναλωτή
- Οι ποιότητα καθορίζεται από τους καταναλωτές και όχι από τις επιχειρήσεις
- Η ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί με την κάλυψη των προσδοκιών ή με την αλλαγή των προσδοκιών,

Στο μοντέλο αυτό υπάρχουν 5 κενά, η ανάλυση των ποίων προσπαθεί να συμπεράνει τα αίτια που προκαλούν τις διαβαθμίσεις στη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών είτε σε κάθε σημείο της ποιότητας είτε σε όλα τα σημεία μαζί.

Τα κενά αυτά είναι τα εξής:

- Κενό 1: είναι το κενό που προκύπτει από τις ανάγκες και τις προσδοκίες του πελάτη σε σχέση με τις αντιλήψεις της επιχείρησης για τις ανάγκες και τις προσδοκίες αυτές
- Κενό 2: είναι η αδυναμία μετατροπής των προσδοκιών του καταναλωτή σε προδιαγραφές για την ποιότητα της υπηρεσίας
- Κενό 3: παροχή υπηρεσιών έξω από τα πρότυπα της επιχείρησης
- Κενό 4: είναι το κενό που προκύπτει από την παροχή υπηρεσιών κατώτερης ποιότητας από εκείνη που υποσχέθηκε η επιχείρηση και

- Κενό 5: είναι τα κενά μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη από τον παροχέα των υπηρεσιών και των αντιλήψεων του για την παράδοση από την πλευρά του παροχέα.



Εικόνα 8: Το μοντέλο χασμάτων

( Γούναρης, Σ., 2003, σελ. 98)

### ■ Κενό πρώτο

Η πρώτη και μια από τις πιο σοβαρές αιτίες για τις οποίες μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών αποτυγχάνει να δώσει στην αγορά ποιοτικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις προσδοκίες των καταναλωτών είναι γιατί δεν γνωρίζει ποιες είναι οι προσδοκίες και οι ανάγκες των καταναλωτών. Όταν αυτό συμβαίνει, τότε εκείνοι που έχουν την ευθύνη και την αρμοδιότητα στην επιχείρηση να σχεδιάζουν στρατηγικές, τακτικές και κανόνες εξυπηρέτησης το κάνουν χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες και τις προσδοκίες των καταναλωτών

της επιχείρησης, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι κατώτερες των προσδοκιών των καταναλωτών- πελατών της.

Συνήθως αυτό συμβαίνει όταν τα στελέχη και οι αρμόδιοι για την χάραξη των πολιτικών εξυπηρέτησης έχουν χάσει την επαφή τους με τους πελάτες της επιχείρησης και δεν έχουν καταφέρει να ακολουθήσουν τις μεταβολές των αναγκών και των προσδοκιών τους. Σε αυτό συμβάλλει η διερεύνηση των αναγκών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων των πελατών της επιχείρησης. Άλλες φορές ενδέχεται η γνώση αυτή να υ[άρχει σε μερικά στελέχη της επιχείρησης, και συνήθως σε στελέχη τμημάτων και διευθύνσεων που έρχονται τακτικότερα και συχνότερα σε επαφή με τους καταναλωτές, αλλά είτε με να μη διαχέεται στα υπόλοιπα τμήματα ή στελέχη της επιχείρησης, είτε ακόμα και αν υπάρχουν οι αναγκαίες δομές και διαδικασίες για την διάχυση των πληροφοριών αυτών, η γνώση αυτή δεν γίνεται αποδεκτή, διότι αντικρούει σε υφιστάμενες «απόψεις» και στερεότυπα που έχουν στελέχη τα οποία βρίσκονται στα ανώτερα επίπεδα της επιχείρησης.

### ■ Κενό δεύτερο

Το δεύτερο κενό σχετίζεται με την αδυναμία μιας επιχείρησης έστω και αν έχει καταφέρει να εντοπίσει ποιες είναι οι προσδοκίες των καταναλωτών, να μεταφράσει τις προσδοκίες αυτές σε συγκεκριμένες προδιαγραφές για τη παροχή ανάλογων υπηρεσιών.

Μια πρώτη αιτία εξαιτίας της οποίας οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών αδυνατούν να μετατρέψουν τις ανάγκες των καταναλωτών σε συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας είναι διότι το σύνολο των στελεχών που επηρεάζουν τις προδιαγραφές εξυπηρέτησης δεν έχουν πιστέψει πραγματικά στην σημασία της ποιότητας και δεν έχουν αναπτύξει την αναγκαία προσήλωση στην προσπάθεια να προσφέρουν πραγματικά ποιοτικές υπηρεσίες. Πολλές φορές μάλιστα φαίνεται να κυριαρχεί η άποψη ότι αφού οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από ετερογένεια, είναι πρακτικά αδύνατον να πετύχει κανείς συστηματικά ένα συγκεκριμένο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει.

Επίσης, για πολλές επιχειρήσεις η ποιότητα και η προσπάθεια παροχής πραγματικών ποιοτικών υπηρεσιών μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα συγκριτικά με άλλους στόχους της επιχείρησης.

Δευτερεύουσες αιτίες για την αδυναμία των επιχειρήσεων να δημιουργήσουν και να προσφέρουν υπηρεσίες που αν αντανakλούν από πλευράς ποιότητας τις προσδοκίες των καταναλωτών είναι η δυσκολία που οι επιχειρήσεις αυτές αισθάνονται ότι αντιμετωπίζουν στη σχέση με το προσωπικό τους και η αλλαγή νοοτροπίας ή η δυσκολία παραχάραξης των διαδικασιών εξυπηρέτησης. Ωστόσο, στην πραγματικότητα τέτοιοι λόγοι δεν είναι τίποτα παραπάνω από την έλλειψη διάθεσης από μέρους των ανωτέρων και ανώτατων στελεχών της επιχείρησης να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες και να μπουn στη διαδικασία της έμπρακτης υλοποίησης.

### ■ Κενό τρίτο

Το τρίτο κενό αφορά στο ενδεχόμενο η προσφερόμενη υπηρεσίας και η εξυπηρέτηση των καταναλωτών να είναι τελικά εκτός των προτύπων που η επιχείρηση- παροχέας έχει προκαθορίσει.

Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω της αδυναμίας των εργαζομένων, με ρόλο επαφής με τους καταναλωτές της επιχείρησης παροχής υπηρεσιών, να ανταπεξέλθουν στις προδιαγραφές που έχει θέσει η επιχείρησης. Η αδυναμία αυτή μπορεί να προκύψει από πολλές πιθανές αιτίες: οι εργαζόμενοι δεν έχουν μια ξεκάθαρη εικόνα του τι και πως, πρέπει να γίνει, όσον αφορά στην εξυπηρέτηση των πελατών σύμφωνα με τα πρότυπα και τις προδιαγραφές που έχει θέσει η Διοίκηση. Επίσης, μπορεί οι εργαζόμενοι να αισθάνονται ότι βρίσκονται ή και πραγματικά να βρίσκονται σε σύγκρουση με όσα η Διοίκηση υποστηρίζει ότι αποτελούν προτεραιότητες για την επιχείρηση και με τις απαιτήσεις- προσδοκίες των καταναλωτών. Αρκετές φορές επίσης συμβαίνει οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των καταναλωτών να επιβαρύνουν σοβαρά τους εργαζόμενους της επιχείρησης.

Ένας δεύτερος λόγος που μπορεί να οδηγήσει στο κενό αυτό είναι η αδυναμία της επιχείρησης να «εκσυγχρονίσει» την εκδήλωση της ζήτησης με την ικανότητα της να προσφέρει υπηρεσίες.

### ■ Κενό τέταρτο

Η περίπτωση του τέταρτου κενού αφορά στο τι υπόσχεται μέσω της επικοινωνίας μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών ότι θα προσφέρει στους πελάτες της και σε αυτό που τελικά είναι σε θέση να τους προσφέρει. Ωστόσο,

η ένταση του ανταγωνισμού, σε συνδυασμό με την αϋλότητα των υπηρεσιών, οδηγούν πολλές φορές μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών να μεταδίδει μηνύματα και να δίνει υποσχέσεις που τελικά δεν είναι σε θέση να τηρήσει. Μέσα όμως από την επικοινωνία που είχε αναπτύξει, πρακτικά, έχει αυξήσει υπέρμετρα τις προσδοκίες των πελατών της οι οποίες, στη συνέχεια, όταν δεν ικανοποιηθούν στην πράξη, συμβάλλουν στη δημιουργία μιας εικόνας χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών (« κάτω του προσδοκώμενου »). Πρακτικά το τέταρτο κενό αφορά την έλλειψη συντονισμού μεταξύ της προσπάθειας της επιχείρησης να προσφέρει υπηρεσίες της και της προσπάθειας να κάνει γνωστό ντι υπηρεσίες προσφέρει.

#### ■ **Κενό πέμπτο**

Ένα- ένα ξεχωριστά ή και σε συνδυασμό τα επιμέρους προβλήματα καταλήγουν στη δημιουργία του πέμπτου κενού, δηλαδή την διάψευση των προσδοκιών των καταναλωτών και σε διάσταση μεταξύ των προσδοκιών των καταναλωτών και σε διάσταση μεταξύ του τι προσδοκούν οι καταναλωτές και τι τελικά αντιλαμβάνονται ότι τους προσφέρει η επιχείρηση. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του κενού αυτού προϋποθέτει ότι η επιχείρηση έχει κατανοήσει όλους τους πιθανούς παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν τα τέσσερα προηγούμενα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις ποιοτικές προσδοκίες των πελατών. (Γούναρης, Σ., 2003, σελ. 99- 112)

### **3.5 Κριτική στο Μοντέλο SERVQUAL**

Παρόλο που το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πολλές περιπτώσεις επιχειρήσεων αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπόκειται σε συνεχή κριτική. Έχει γίνει αντικείμενο κριτικής τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα:

#### ■ **Διαφορές από κλάδο σε κλάδο**

Η ομάδα του καθηγητή Asubonteg, εξετάζοντας τα αποτελέσματα από εμπειρικές μελέτες που έγιναν σε 18 διαφορετικούς κλάδους υπηρεσιών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι βασικές διαστάσεις του SERVQUAL

εξαρτώνται από τον κλάδο στον οποίο δραστηριοποιείται η επιχείρηση και, για τον λόγο αυτό, δεν μπορεί κανείς να γενικεύσει τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου μοντέλου. Με άλλα λόγια, οι διαστάσεις της ποιότητας δεν είναι ίδιες για όλες τις επιχειρήσεις.

#### ■ Διαφορές από χώρα σε χώρα

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαστάσεις του μοντέλου επηρεάζονται σοβαρά από την εθνική κουλτούρα των καταναλωτών.

#### ■ Δυσκολία στη χρήση

Τέλος, το τρίτο κομμάτι της κριτικής του μοντέλου SERVQUAL είναι ότι αποτελεί ένα αρκετά δύσχρηστο τρόπο για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, είναι πραγματικά μεγάλος ο αριθμός των ερευνητών που αμφισβητεί την αποτελεσματικότητα των μετρήσεων που γίνονται βάσει του υποδείγματος της διάψευσης των προσδοκιών, για δύο κυρίως λόγους.

Ο πρώτος αφορά στην έκταση των ερευνητικών εργαλείων που απαιτούνται και, κατά συνέπεια, στη λειτουργικότητά τους. Πρακτικά, η επιχείρηση που ενδιαφέρεται να μετρήσει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει χρησιμοποιώντας την προσέγγιση του SERVQUAL θα πρέπει, για κάθε επιμέρους διάσταση, να κάνει δύο μετρήσεις. Μια που να αφορά τις προσδοκίες του καταναλωτή και μια δεύτερη που να καταγράφει το επίπεδο της ποιότητας που ο καταναλωτής εκτιμά ότι τελικά του παρασχέθηκε. Τα μεγάλα ερωτήματα όμως κουράζουν τους ερωτώμενους καταναλωτές αυξάνοντας την πιθανότητα οι απαντήσεις που θα καταγράφονται προς το τέλος της μέτρησης να είναι περισσότερο μηχανικές και λιγότερο ουσιαστικές.

Ο δεύτερος αφορά αυτή καθαυτή τη θεωρητική βάση της προσέγγισης της διάψευσης των προσδοκιών. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, αν η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών δεν καταφέρει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πελατών της, οι πελάτες αξιολογούν της υπηρεσία ως «χαμηλής ποιότητα». Αντίθετα, αν καταφέρει να υπερβεί τις προσδοκίες τους, τότε οι πελάτες θα χαρακτηρίσουν «ιδιαίτερα ποιοτικές» τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν.

Ωστόσο δεν μπορεί να χαρακτηριστούν «ποιοτικές» οι υπηρεσίες που προσφέρονται από μια επιχείρηση απλά και μόνο αν δεν είναι και τόσο «κακές» όσο θα περίμενε ο καταναλωτής, τη στιγμή που η επιχείρηση εξακολουθεί να μην είναι σε θέση να προσφέρει εκείνες τις υπηρεσίες που ο καταναλωτής θα επιθυμούσε. (Γούναρης, Σ., 2003, σελ. 117-119)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ- Ποιότητα στην Υγεία

### 4.1 Ιστορική Αναδρομή

Από το 1960 η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας άρχισε να εμφανίζεται ως βιβλιογραφικός όρος. Ο ισχυρός ανταγωνισμός μεταξύ των πολυεθνικών εταιριών, η ισχυροποίηση του ιατροκεντρικού μοντέλου, η εμμονή με αυστηρό επαγγελματισμό από μέρους των ιατρικών συλλόγων των αναπτυσσόμενων χωρών, σε συνδυασμό με τις σκληρές δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας, κατέφεραν ισχυρό πλήγμα κατά της ποιότητας.

Σήμερα οι ιατρικές υπηρεσίες κοστολογούνται ως απλά καταναλωτικά αγαθά και εισάγεται σε αυτές οι ποσοτικοποίηση της ποιότητας.

Η εποχή μας αναμφίβολα χαρακτηρίζεται ως εποχή αλλαγών. Με την αποδοχή ενός ανταγωνιστικού κλίματος στον χώρο της υγείας, που εκπορεύεται από τον χώρο της φαρμακευτικής βιομηχανίας, προβάλλονται ως κριτήριο αποτελεσματικότητας τη βελτιστοποίηση, έχοντας ως απώτερο σκοπό, όμως, τη μεγιστοποίηση του κέρδους.

Με τον όρο μεγιστοποίηση προσεγγίζουμε ποιοτικά καλύτερη υγεία με ποσοτικούς όρους. Δηλαδή διαθέτουμε όσους πόρους χρειαστούμε για να το πετύχουμε. Ενώ η βελτιστοποίηση με σταθερή την εκροή πόρων οφείλουμε να επιτύχουμε την ποιοτικά καλύτερη, την πιο εφικτή υγεία του πληθυσμού.

Στην ανατολή της παγκοσμιοποιημένης νέας τεχνολογικής προσέγγισης τη σύγχρονης ζωής τα συστήματα υγείας καλούνται να διασφαλίσουν την υγεία των πολιτών του κόσμου σε ένα κλίμα οικονομικής ύφεσης . σήμερα γινόμαστε μάρτυρες, μέσα από την καθημερινή ειδησεογραφία, μια κατάρρευση του κύρους και της αξιοπιστίας του ιατρικού σώματος και συγχρόνως μικρών και μεγάλων ιατρικών επιτευγμάτων σε μία προσπάθεια ανάκτησης του χαμένου ιατρικού κύρους. Πίσω από κάθε ιατρικό θαύμα κρύβεται η μαγεία της σύγχρονης τεχνολογίας. Τα οράματα της σύγχρονης ιατρικής έχουν αλλάξει. Εναρμονίζονται με τα συστήματα υγείας κατά την έννοια της «βελτιστοποίησης» από ανάγκη, τη στιγμή που το συμμετοχικό σύστημα ασφάλισης δεν μπορεί να στηρίξει το παλαιό όραμα της μακροζωίας.

Γεννάται το ερώτημα, αν είναι εφικτή η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Η απάντηση είναι πως στη σύγχρονη εποχή κερδίζει συνεχώς έδαφος ο τεχνοκρατικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον U.S office of technology το 1998, σύμφωνα με τον οποίο « η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο η διαδικασία παροχής ιατρικών φροντίδων αυξάνει τις δυνατότητας επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας του ασθενή, μειώνοντας τις πιθανότητες αρνητικών επιπτώσεων συμφωνία με τα ισχύοντα στην ιατρική επιστήμη».

Οι σύγχρονες τεχνικές διαχείρισης ποιότητας είναι:

- **Η πελατειακή διαχείριση ποιότητας** επιδιώκει να πετύχει την βελτιστοποίηση σύμφωνα με τις επιθυμίες του καταναλωτή των υπηρεσιών. Σήμερα η γνώση δεν είναι τόσο περιορισμένη και πολλές φορές είναι λανθασμένη γνώση, κινούμενη στα όρια της παραπληροφόρησης, που αυξάνει την ανασφάλεια των σθενών, οι οποίοι υπό καθεστώς αμφισβήτησης προσλαμβάνουν την ιατρική γνώμη δεδομένου ότι τους λείπει το υπόβαθρο της ανάλογης ιατρικής παιδείας, που θα έκανε εύκολα αφομοιώσιμη την ιατρική γνώση. Σε αυτό συμβάλει το περιβάλλον άτακτης και μη πιστοποιημένης πληροφόρησης του διαδικτύου και ο ύποπτος ρόλος των MME, μαζί με τον ιδιοτελή προσανατολισμό μερίδας του ιατρικού σώματος. Οι ευαισθητοποίηση κοινωνικών ομάδων μέσα σε κινήματα πολιτών και οργανώσεις, η άνοδος του πολιτιστικού και πολιτικού επιπέδου βελτίωσαν την ποιότητα μειώνοντας συγχρόνως και το κοινωνικό κόστος.
- **Διαχείριση ολικής ποιότητας** είναι η ποιοτική διαχείριση της συνολική παραγωγής που ξεκινά από την ιαπωνική βιομηχανία υπό τν τίτλο T.Q.M (TOTAL QUALITY MANAGEMENT). Εφαρμόζεται με την ίδια ορολογία και στις υπηρεσίες υγείας. Εδώ κυριαρχεί η έννοια της βελτιστοποίησης. Στον δημόσιο τομέα η βελτιστοποίηση ιδανικά κλίνει προς τη διατήρηση του κοινού συμφέροντος. Στην προκειμένη περίπτωση ως «πελάτης» χαρακτηρίζεται το κοινωνικό σύνολο

Κατά την προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας μιας υπηρεσίας θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τις ιδιαιτερότητες κατά τόπο και χρόνο, που παρατηρούνται και εξαρτώνται όχι μόνο από την ιατρική σκέψη, αλλά και από την καθημερινή διοικητική πρακτική, καθώς και από τα ατομικά χαρακτηριστικά, που επηρεάζουν την ποιότητα, αλλά και το ότι η ποσότητα επηρεάζει την ποιότητα.

## 4.2 Ποιότητα και Υγεία

Οι προσεγγίσεις που ζητούν από τους καταναλωτές να αξιολογήσουν την απόδοση των υπηρεσιών έναντι των προσδοκιών τους είναι δύσκολο να εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας. Η ταυτότητα των καταναλωτών μπορεί να είναι αβέβαιη, περιλαμβάνοντας νέους, ηλικιωμένους, ασθενείς, φορείς χρηματοδότησης και προσωπικό. Οι συμμετοχοί απαιτούν αν έχουν και αυτοί λόγο στην καθορισμό της ποιότητας και στην αξιολόγηση της υγείας.

Η υπηρεσία της υγείας απαιτεί τη συμμετοχή των καταναλωτών-πολιτών αλλά χρειάζεται και πρότυπα που καθορίζονται από επιστημονικές ομάδες του επαγγελματικού χώρου της υγείας.

Οι προσδοκίες δεν μπορούν να καταγραφούν με σαφήνεια. Πρώτα από όλα, πρέπει να υπάρχει σαφήνεια για αυτό που μετράται στο όνομα της ποιότητας των υπηρεσιών (τίθεται το ερώτημα αν πρόκειται για προσδοκίες, για προσωπικά βιώματα ή και τα δύο;). Επιπλέον υπάρχει μεταβλητότητα στον τομέα της υγείας όσον αφορά το αντικείμενο, τον πρακτικό προσανατολισμό, την εισαγωγή και την υποκίνηση του υγειονομικού προσωπικού. Η μεταβαλλόμενη φύση του τομέα της υγείας έρχεται σε σύγκρουση με την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Το ερώτημα λοιπόν που γεννάται από αυτό είναι το πώς σχετίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών με την ποιότητα στον τομέα της υγείας.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και οι βασικές μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της

βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στην υγεία.

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Σύμφωνα, πάλι, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

Η προσπάθεια αυτή επικεντρώθηκε αρχικά στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η αξιοπιστία και η επαναληπτικότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων. Τα ιατρικά μηχανήματα, και ιδιαίτερα οι διαγνωστικές συσκευές, πρέπει να ελέγχονται και να ρυθμίζονται σωστά και

τακτικά, ώστε οι ενδείξεις να μην αποκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές.

Εν συνεχεία, εκτός από τη μεταβλητότητα, το ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων παρενεργειών, ιδιαίτερα στα αμερικάνικα νοσοκομεία, στα οποία η συχνότητά τους κυμαινόταν από 2,9% έως 3,7% στο σύνολο των νοσηλευομένων. Οι μισές τουλάχιστον από τις παρενέργειες αυτές οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος, ενώ ένα περίπου 10% κατέληγε σε θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ από 44.000 έως 98.000 κάθε χρόνο. Εκτός, όμως, από τη λαθεμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (misuse), προβλήματα δημιουργούνται και από την υπερχρησιμοποίηση (overuse), καθώς και από την υποχρησιμοποίηση (underuse).

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στη Βόρεια Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως ιατρικών ελέγχων (Medical Audit, MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που τις διενεργούσαν κατά κανόνα επιλεγμένοι γιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός του νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λαθεμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού.

Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός έλεγχος, ως όρος αλλά και ως περιεχόμενο, έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη προσπάθεια κλινικού ελέγχου (Clinical Audit), η οποία χρησιμοποιείται σε νοσοκομεία που δεν έχουν ακόμα υιοθετήσει πιο ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρου σύγκρισης. Ανάλογα με τη μέθοδο, οι κλινικοί αυτοί έλεγχοι ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: στον αναδρομικό έλεγχο με εσωτερικούς ελεγκτές, που είναι και ο πιο απλός, στον αναδρομικό έλεγχο με εξωτερικούς ελεγκτές, στον έλεγχο κατά τη διάρκεια νοσηλείας με βάση τα κλινικά πρωτόκολλα, και στον έλεγχο με βάση κριτήρια καλής πρακτικής που αποτελούν το μέτρο σύγκρισης.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.ά.) και την

παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κ.λπ. Επίσης, οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

### 4.3 Αξιολόγηση της Υγείας

Η επικέντρωση της αξιολογήσεις στην μονάδα υγείας ως ολότητας με επιμέρους τμήματα φαίνεται σήμερα να είναι η μοναδική λύση για την αφύπνιση του θεσμού της αξιολόγησης στον τομέα της υγείας. Εφόσον υπάρχει ενημέρωση και επιμόρφωση του προσωπικού, των ασθενών και γενικότερα των πολιτών σε καινούργιες έννοιες για την ελληνική πραγματικότητα της υγείας, όπως ολική ποιότητα, αυτοαξιολόγηση, τότε και μόνο θα γίνει κατανοητό πως η αξιολόγηση του τομέα της υγείας θα έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση του.

Υπάρχουν και αρνητικές και θετικές κριτικές σχετικά με την διαδικασία αξιολόγησης του τομέα της υγείας. Τα κυριότερα επιχειρήματα υπέρ της αξιολόγησης είναι ότι η αξιολόγηση λειτουργεί σαν τροφοδοτικό σε συνδυασμό με το έργο του υγειονομικού προσωπικού, τα προγράμματα επιμόρφωσης, το ότι η αξιολόγηση είναι χρήσιμη για όλη τη βελτίωση του συστήματος υγείας και το ότι είναι χρήσιμη στο προσωπικό για τι του παρέχει αυτοεκτίμηση, κίνητρα αποδοτικότητας και κύρος.

Παράλληλα, συμβάλλει στην δημιουργία αίσθησης συνυπευθυνότητας του προσωπικού στον τομέα της υγείας, είναι καθοριστικός παράγοντας για την αξιοκρατία και απαραίτητη για την ανάδειξη ατόμων. Επίσης μετράει με αποτελεσματικό τρόπο τα διάφορα προγράμματα, τις διάφορες τεχνικές και λειτουργίες που χρησιμοποιούνται στην υγεία.

Από την άλλη πλευρά, τα κυριότερα επιχειρήματα κατά της αξιολόγησης είναι ότι μπορεί να συμβάλει στην αναίρεση και προσβολή της ατομικής ευθύνης ενός ατόμου που ανήκει στο προσωπικό δυναμικό, ακυρώνει την επιστημονική του κατάρτιση και περιορίζει την δράση του, το ότι είναι γραφειοκρατικός μηχανισμός και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και πολιτικό μέτρο με αποτέλεσμα να ενθαρρύνει το συμβιβασμό στις όποιες μεταβολές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ- Έρευνα για την Ποιότητα στην Δημόσια Υγεία

### 5.1 Η Προτεινόμενη Ερευνητική Πρόταση

Μια νοσοκομειακή μονάδα είναι ένας παράγοντας – κλειδί τόσο για την αποτελεσματικότερη άσκηση της εθνικής υγειονομικής πολιτικής όσο και για την διαμόρφωση εσωτερικής υγειονομικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών ενός νοσοκομείου.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την διοίκηση των δημοσίων φορέων υγείας είναι πολλοί και ποικίλλουν όχι μόνο ως προς τους στόχους τους, αλλά και ως προς τον βαθμό επιρροής τους. Μέσα σε ένα σύστημα υγείας, λοιπόν, δημιουργείται η απορία αν όντως υπάρχει περιθώριο άσκησης ουσιαστικής διοίκησης των φορέων δημόσιας υγείας στην χώρα μας, με απώτερο σκοπό την εφαρμογή καινοτομιών για την βελτίωση της ποιότητας.

Σε αυτήν την εργασία θεωρούμε ότι η βελτίωση της ποιότητας του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μια διαδικασία που πρέπει να ξεκινήσει αργά και σταθερά από τα πιο χαμηλότερα τμήματα της ιεραρχίας .

Προτείνεται η διαδικασία της έρευνας να εφαρμοστεί σε περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων , γιατί θα είναι πιο απλή η διαδικασία διαχείρισης των δεδομένων και τα αποτελέσματα θα είναι εξίσου χρήσιμα.

Το πρώτο βήμα της διαδικασίας θα είναι να αξιολογηθούν οι γιατροί , το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις από τους πολίτες, κατοίκους Θεσσαλονίκης με τη διανομή ερωτηματολογίων που βασίζονται στο πρότυπο του μοντέλου SERVQUAL. Επιλέγουμε αυτό το κοινό για τους εξής λόγους:

- Οι πολίτες είναι αυτοί στους οποίους απευθύνεται το προϊόν της υγείας, αποτελούν συνεπώς τους άμεσα εμπλεκόμενους στην όλη διαδικασία
- Οι πολίτες μπορούν να θεωρηθούν αντικειμενικοί κριτές του συστήματος υγείας εφόσον δεν μπορεί να είναι υποκειμενικοί και ωφελούμενοι από ξένα συμφέροντα.



Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα χρησιμοποιηθούν για να τιμωρήσουμε, αντιθέτως τα αποτελέσματα της έρευνας αποσκοπούν στην βελτίωση του έργου της δημόσια υγείας.

Το δεύτερο βήμα της εργασίας αποτελείται από δύο σκέλη. Στο πρώτο κομμάτι θα γίνει μια σύγκριση μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών ως προς τα κύρια σημεία της ποιότητας ( αξιοπιστία-φυσικά στοιχεία-ανταπόκριση- ασφάλεια- συμπάθεια ). Το δεύτερο κομμάτι αφορά την υγεία και την οικονομική κρίση.

## **5.2 Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**

Το Γ.Ν.Θ «Άγιος Παύλος» είναι ένα μικρό νοσοκομείο με έδρα του την περιοχή Φοίνικας στη Θεσσαλονίκη. Το Α' Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης και το Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» Θεσσαλονίκης, συγχωνεύτηκαν και μετατράπηκαν σε ενιαίο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, στο πλαίσιο των διατάξεων του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Το Νοσοκομείο ορίζεται πλέον ως Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία: Νομαρχιακό Πρώτο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος».

Σήμερα το Νοσοκομείο στο συγκρότημα του Φοίνικα στην Καλαμαριά, διαθέτει 201 κρεβάτια και ανήκει στη 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας, σκοπό έχει να αναδείξει τυχόν προβλήματα που υπάρχουν μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών ή συνοδών στα πλαίσια της εξυπηρέτησης τους στο νοσοκομείο είτε ως ασθενείς στην απλή επίσκεψη ή στην νοσηλεία είτε σαν απλοί επισκέπτες ή συνοδοί. Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, μετρήθηκαν οι προσδοκίες των πολιτών από αυτό που αντιλαμβάνονται ως ιδανική νοσοκομειακή μονάδα (στο εξής αναφερόμενη ως ΝΜ) και παράλληλα

οι αντιλήψεις τους που αφορούν την εμπειρία τους από αυτά που βίωσαν στη συγκεκριμένη ΝΜ. Η ύπαρξη οποιουδήποτε χάσματος υπηρεσιών μεταξύ των προσδοκιών των πολιτών και της εμπειρίας τους σημαίνει ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από την πλευρά της ΝΜ είναι διαφορετικές από τις αναμενόμενες ή απαιτούμενες υπηρεσίες από την πλευρά των πολιτών, συνεπώς οι τελευταίοι δεν είναι ικανοποιημένοι άρα αξιολογούν αρνητικά το έργο της ΝΜ.

Η εύρεση ακριβώς των διαστάσεων στις οποίες υπάρχει το μεγαλύτερο κενό, δηλαδή η μεγαλύτερη απόκλιση των αντιλήψεων από τις προσδοκίες, καταδεικνύει τα σημεία στα οποία πρέπει να επικεντρωθεί σε πρώτη φάση η Διοίκηση της ΝΜ, προκειμένου να εντοπίσει αδυναμίες και ελλείψεις ούτως ώστε να μεταβεί στην λήψη των κατάλληλων μέτρων.

### **5.2.1 Μεθοδολογία Έρευνας**

Οι κάτοικοι της Θεσσαλονίκης, από ηλικίες 18 έως 60 χρονών, ανεξαρτήτου κοινωνικού, μορφωτικού και επαγγελματικού επιπέδου κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο δηλώνοντας τις προσδοκίες τους από την συγκεκριμένη ΝΜ και τις αντιλήψεις τους από την εμπειρία από αυτά που βίωσαν κατά την διαμονή ή αναμονή τους στο χώρο της ΝΜ. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν κατά αυτό τον τρόπο αναλύθηκαν στατιστικά με την χρήση ανάλυσης χάσματος. Πραγματοποιώντας τα στατιστικά εξαρτημένου και ανεξάρτητου δείγματος, σκοπός ήταν να εντοπιστούν οι διαστάσεις στις οποίες η εμπειρία ξεπερνά τις προσδοκίες (άριστη πρακτική), τις διαστάσεις όπου η εμπειρία είναι ίση με τις προσδοκίες, και τις διαστάσεις όπου η εμπειρία υπολείπεται των προσδοκιών.

Επιπλέον, δημιουργήθηκαν και δύο πίνακες Likert που αφορούν στη σύγκριση μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών και στην επιρροή της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας.

### 5.2.2 Σχεδιασμός Έρευνας και Ερωτηματολογίου

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του μοντέλου SERVQUAL. Οι πολίτες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συνίσταται από τρία μέρη , δύο από τα οποία συμπληρώνονται ταυτόχρονα. Στο πρώτο μέρος αξιολογούνται οι προσδοκίες των πολιτών , στο δεύτερο αξιολογούνται οι εμπειρίες των πολιτών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Τα κριτήρια καταγράφηκαν ως 64 καταφατικές δηλώσεις (32 για τα δύο πρώτα ερωτηματολόγια. Δηλώσεις όπως : «η εξυπηρέτηση τα δημόσια νοσοκομεία γίνεται με σύγχρονο και μοντέρνο εξοπλισμό», « η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία είναι αντάξια των απαιτήσεων σας», « τα δημόσια νοσοκομεία τηρούν πλήρως τις προϋποθέσεις υγιεινής» που προορίζονται για να τοποθετηθούν σε μια σειρά οι προσδοκίες των πολιτών συμπεριλαμβάνονται στο πρώτο ερωτηματολόγιο. Οι ίδιες δηλώσεις χρησιμοποιήθηκαν στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, αλλά η διατύπωση γίνεται έτσι ώστε να απεικονίζει την εμπειρία των πολιτών. Συνεπώς τα προαναφερθέντα παραδείγματα προσαρμόστηκαν ως εξής : «η εξυπηρέτηση στο ΓΝΘ “Άγιος Παύλος” γίνεται με σύγχρονο και μοντέρνο εξοπλισμό», « η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στο ΓΝΘ “Άγιος Παύλος” είναι αντάξια των απαιτήσεων σας», το ΓΝΘ “Άγιος Παύλος” τηρεί πλήρως τις προϋποθέσεις υγιεινής»

Στην συνέχεια ζητήθηκε από του ερωτώμενους να διαβάσουν κάθε πρόταση και να σημειώσουν αντίστοιχα την προσδοκία ή την εμπειρία τους σε σχέση με την κάθε ιδιότητα σε μία κλίμακα πέντε σημείων, από το 1 (συμφωνώ πάρα πολύ) έως το 5 (διαφωνώ πάρα πολύ). Έπειτα τους ζητήθηκε να κατανεύμουν 100 πόντους στα πέντε χαρακτηριστικά σύμφωνα με το πόσο σημαντικό ήταν το καθένα από αυτά για τους ίδιους. Το σύνολο των πόντων πρέπει να έχει άθροισμα 100.

Στο δεύτερο κομμάτι δόθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την σύγκριση μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών και η επιρροή της οικονομικής κρίσης στον τομέα της δημόσια υγείας. Οι ερωτήσεις έγιναν σε κλίμακα Likert και ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να βαθμολογήσουν τις προτάσεις σε μια κλίμακα από το «Συμφωνώ πάρα πολύ» έως το «Διαφωνώ πάρα πολύ» .

### 5.2.3 Διαχείριση Έρευνας

Συνολικά διανεμήθηκαν 200 ερωτηματολόγια. Τα 50 από τα οποία διανεμήθηκαν σε φωτοτυπίες και τα υπόλοιπα 150 μέσω διαδικτύου. Ο σύνδεσμος της σελίδα είναι :

**<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dDFnYU1fc1JIV25WSFIPWWpoaDNiZFE6MQ&theme=0AX42CRMsmRFbUy1mYWM4NjFhMS1kMGY2LTRjODMtOGNjNi02YjVjYmI0NGNiMDQ&ifq>**

Στην συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια να εξεταστεί κατά πόσο απέχουν οι προσδοκίες των πολιτών από αυτό που αντιλαμβάνονται ως ιδανική νοσοκομειακή μονάδα και οι αντιλήψεις τους που αφορούσαν την εμπειρία τους από αυτά που βίωσαν στο ΓΝΘ «Άγιος Παύλος». Για το σκοπό αυτό με τη χρήση του στατιστικού τεστ (t) για εξαρτημένα δείγματα διερευνήθηκε η ισχύς τη υπόθεσης. Η διερεύνηση της ισχύος της παραπάνω υπόθεσης στηρίχθηκε στην αναζήτηση τυχόν σημαντικών στατιστικά διαφορών μεταξύ όλων των πολιτών όσον αφορά το επίπεδο εμπειριών τους.

Έπειτα ακολουθεί ζευγαρωτή προσέγγιση σε κάθε ένα από τα 36 ζευγάρια προσδοκιών- αντιλήψεων και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα. Η μηδενική υπόθεση των ίσων μέσων μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων υποστηρίχθηκε σε 25 ζευγάρια και απορρίφθηκε σε 7. Τα ζευγάρια στα οποία δεν ισχύει η μηδενική υπόθεση, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα είναι τα εξής: *“τα δημόσια νοσοκομεία είναι σε εύκολα προσβάσιμο σημείο”, “ Η ποιότητα του φαγητού που σερβίρεται στα δημόσια νοσοκομεία είναι καλή”, “ Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί τηρούν της σειρά προτεραιότητας και εξυπηρετούν τα προκαθορισμένα ραντεβού χωρίς καθυστερήσεις”, “ Στα έκτακτα περιστατικά ή στα εφημερεύοντα νοσοκομεία οι πρώτες διαγνώσεις των γιατρών είναι πάντα σωστές”, “ Οι διοικητικοί υπάλληλοι στα δημόσια νοσοκομεία είναι αξιόπιστα άτομα και γρήγορα στην δουλειά τους”, “ Η εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία από το διοικητικό προσωπικό είναι γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική” και “ Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία είναι αντάξια των απαιτήσεων σας”.* Στην περίπτωση του δείγματος μας ισχύει κατά πλειοψηφία

ότι υπάρχει 95 % διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς (95% Confidence Interval of the Difference)

**Πίνακας 3. Ζευγαρωτοί Στατιστικοί Έλεγχοι t ( Paired Samples Test)**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ΠΡΟΣΔ1 - ΑΝΤΛ 1	,04000	1,22716	,08677	-,13111	,21111	,461	199	,645
Pair 2 ΠΡΟΣΔ 2- ΑΝΤΛ 2	-,48000	1,28759	,09105	-,65954	-,30046	-5,272	199	,000
Pair 3 ΠΡΟΣΔ 3- ΑΝΤΛ 3	,08000	1,08141	,07647	-,07079	,23079	1,046	199	,297
Pair 4 ΠΡΟΣΔ 4- ΑΝΤΛ 4	-,10500	1,16652	,08249	-,26766	,05766	-1,273	199	,205
Pair 5 ΠΡΟΣΔ 5- ΑΝΤΛ 5	,09000	1,09448	,07739	-,06261	,24261	1,163	199	,246
Pair 6 ΠΡΟΣΔ 6- ΑΝΤΛ 6	,07500	,99212	,07015	-,06334	,21334	1,069	199	,286
Pair 7 ΠΡΟΣΔ 7- ΑΝΤΛ 7	-,02500	,93205	,06591	-,15496	,10496	-,379	199	,705
Pair 8 ΠΡΟΣΔ 8- ΑΝΤΛ 8	,03000	1,01699	,07191	-,11181	,17181	,417	199	,677
Pair 9 ΠΡΟΣΔ 9- ΑΝΤΛ 9	,28500	1,07216	,07581	,13550	,43450	3,759	199	,000
Pair 10 ΠΡΟΣΔ 10- ΑΝΤΛ 10	,42500	1,13172	,08002	,26720	,58280	5,311	199	,000
Pair 11 ΠΡΟΣΔ 11- ΑΝΤΛ 11	,32500	,99717	,07051	,18596	,46404	4,609	199	,000
Pair 12 ΠΡΟΣΔ 12- ΑΝΤΛ 12	,53500	1,10675	,07826	,38068	,68932	6,836	199	,000
Pair 13 ΠΡΟΣΔ 13- ΑΝΤΛ 13	,22000	1,08974	,07706	,06805	,37195	2,855	199	,005
Pair 14 ΠΡΟΣΔ 14- ΑΝΤΛ 14	,13500	1,04028	,07356	-,01006	,28006	1,835	199	,068
Pair 15 ΠΡΟΣΔ 15- ΑΝΤΛ 15	,38500	1,06887	,07558	,23596	,53404	5,094	199	,000
Pair 16 ΠΡΟΣΔ 16- ΑΝΤΛ 16	,00500	,96937	,06854	-,13017	,14017	,073	199	,942
Pair 17 ΠΡΟΣΔ 17- ΑΝΤΛ 17	,34500	,98531	,06967	,20761	,48239	4,952	199	,000
Pair 18 ΠΡΟΣΔ 18- ΑΝΤΛ 18	,34000	1,01467	,07175	,19852	,48148	4,739	199	,000
Pair 19 ΠΡΟΣΔ 19- ΑΝΤΛ 19	,20500	1,03844	,07343	,06020	,34980	2,792	199	,006
Pair 20 ΠΡΟΣΔ 20- ΑΝΤΛ 20	-,02000	,99728	,07052	-,15906	,11906	-,284	199	,777
Pair 21 ΠΡΟΣΔ 21- ΑΝΤΛ 21	,04000	1,05068	,07429	-,10650	,18650	,538	199	,591
Pair 22 ΠΡΟΣΔ 22- ΑΝΤΛ 22	,22000	1,04742	,07406	,07395	,36605	2,970	199	,003
Pair 23 ΠΡΟΣΔ 23- ΑΝΤΛ 23	,13000	,96319	,06811	-,00431	,26431	1,909	199	,058
Pair 24 ΠΡΟΣΔ 24- ΑΝΤΛ 24	,03500	1,21290	,08577	-,13413	,20413	,408	199	,684
Pair 25 ΠΡΟΣΔ 25- ΑΝΤΛ 25	,18500	,91924	,06500	,05682	,31318	2,846	199	,005

Pair 26 ΠΡΟΣΔ 26- ΑΝΤΙΑ 26	,02000	,94022	,06648	-,11110	,15110	,301	199	,764
Pair 27 ΠΡΟΣΔ 27- ΑΝΤΙΑ 27	,20500	,98887	,06992	,06711	,34289	2,932	199	,004
Pair 28 ΠΡΟΣΔ 28- ΑΝΤΙΑ 28	,23500	1,04654	,07400	,08907	,38093	3,176	199	,002
Pair 29 ΠΡΟΣΔ 29- ΑΝΤΙΑ 29	,18500	1,11670	,07896	,02929	,34071	2,343	199	,020
Pair 30 ΠΡΟΣΔ 30- ΑΝΤΙΑ 30	,04500	,93668	,06623	-,08561	,17561	,679	199	,498
Pair 31 ΠΡΟΣΔ 31- ΑΝΤΙΑ 31	,12500	1,05591	,07466	-,02223	,27223	1,674	199	,096
Pair 32 ΠΡΟΣΔ 32- ΑΝΤΙΑ 32	-,09500	1,03505	,07319	-,23933	,04933	-1,298	199	,196

### 5.3 Αξιοπιστία των Διαστάσεων των Προτάσεων της Εμπειρίας του SERVQUAL

#### 5.3.1 Αξιολόγηση της αξιοπιστία του συνόλου των προτάσεων του SERVQUAL

Στην συνέχεια ακλούθησε ανάλυση της συνολικής αξιοπιστίας των 36 ερωτήσεων – προτάσεων του μοντέλου SERVQUAL και όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4, οι 36 αυτές προτάσεις παρουσιάζουν συνολικά μαζί σε επίπεδο μια διάστασης μια αρκετά υψηλή αξιοπιστία του βαθμού  $\alpha = 0,97$ .

Πίνακας 4 Ανάλυση Συνολικής Αξιοπιστίας των Προτάσεων της εμπειρίας του SERVQUAL

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,967	64

### 5.3.2 Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πέντε διαστάσεων της θεωρίας του SERVQUAL

Για κάθε μια από τις πέντε ( 5) διαστάσεις έγινε ανάλυση της αξιοπιστίας των μετρήσεων των προτάσεων των εμπειριών. Όλες οι διαστάσεις παρουσίασαν υψηλή αξιοπιστία μέτρησης (  $\alpha > 0,70$ ) βάσει του στατιστικού δείκτη Cronbach's alpha ( $\alpha$ ).

#### Φυσικά Στοιχεία Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,878	9

#### Αξιοπιστία Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,876	6

#### Ανταπόκριση Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,890	9

#### Αίσθημα Βεβαιότητας και Ασφάλειας Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,837	5

#### Συμπάθεια Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,751	3

### 5.3.3 Σημαντικότητα των διαστάσεων του SERVQUAL

Με σκοπό να δούμε την προτεραιότητα που δίνουν στην κάθε διάσταση οι πολίτες βαθμολογήθηκαν οι πέντε διαστάσεις του SERVQUAL με βάση μια κλίμακας αθροιστικού αποτελέσματος 100 βαθμών (100%).

Τελικά, με την χρήση της ποσοστιαία μέτρησης επί τοις 100 οι διαστάσεις της ποιότητας ιεραρχικά με βάση την βαρύτητα τους ταξινομούνται ως εξής: «ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ( 29,57)», «ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΡΕΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (20,87)», «ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (17,25)», «ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ (16,62)», «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ (16,52)»

#### ■ Τεχνική Α': Ποσοστιαία αθροιστικής βαθμολόγησης βάσει κλίμακας του 100 %

Πίνακας 5. Βαρύτητες διαστάσεων του μοντέλου SERVQUAL από υποκειμενικές βαθμολογήσεις πολιτών

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	200	5,00	100,00	29,5700	23,72423
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΡΕΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	200	,00	90,00	20,8675	12,13072
ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	200	,00	50,00	17,2475	8,07222
ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	200	,00	50,00	16,6225	8,00871
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ	200	,00	100,00	16,5225	9,60963
Valid N (listwise)	200				



## Επανακωδικοποίηση επί τοις 100 της μέσης βαρύτητας των διαστάσεων

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	29,57	1
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΡΕΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	20,87	2
ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	17,25	3
ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	16,62	4
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ	16,52	5
ΣΥΝΟΛΟ	100,83	

## ■ Τεχνική Β' : Έκφραση των πιο υψηλών και πιο χαμηλών διαστάσεων

### ■ Εμφάνιση προσωπικού και εγκαταστάσεις

Με τον τρόπο αυτό βλέπουμε ότι όσον αφορά την εμφάνιση του προσωπικού το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων με ποσοστό 32,5% βαθμολογεί με 20 πόντους την εμφάνιση του προσωπικού και τις εγκαταστάσεις. Επιπλέον υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης 4,5 % που βαθμολογεί με 100 πόντους την εμφάνιση, πράγμα που σημαίνει ότι έχει βαθμολογήσει με 0 πόντους τις υπόλοιπες διαστάσεις, μηδενίζοντας έτσι την σημαντικότητά τους.

Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν βαθμολογήσει την εμφάνιση του προσωπικού και τις εγκαταστάσεις από 50 πόντους και πάνω είναι 18 % (36 άτομα). Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται περίπου στην τιμή 20.

Πίνακας 6. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
5,00	8	4,0	4,0	4,0
10,00	36	18,0	18,0	22,0
13,00	1	,5	,5	22,5
15,00	11	5,5	5,5	28,0
20,00	65	32,5	32,5	60,5
25,00	10	5,0	5,0	65,5
30,00	17	8,5	8,5	74,0
40,00	16	8,0	8,0	82,0
Valid 50,00	8	4,0	4,0	86,0
60,00	11	5,5	5,5	91,5
70,00	1	,5	,5	92,0
80,00	3	1,5	1,5	93,5
84,00	1	,5	,5	94,0
90,00	1	,5	,5	94,5
96,00	2	1,0	1,0	95,5
100,00	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

#### ■ Ικανότητα προσωπικού στην διεκπεραίωση των εργασιών

Σχετικά με την ικανότητα του προσωπικού να φέρει εις πέρας τις εργασίες του οι περισσότεροι ερωτηθέντες (90 άτομα) βαθμολόγησαν με 20 πόντους.

Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό των ερωτηθέντων που έδωσε από 50 πόντους και πάνω κυμαίνεται στο 6% (12 άτομα). Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται περίπου στην τιμή 25

**Πίνακας 7. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	9	4,5	4,5	4,5
1,00	2	1,0	1,0	5,5
2,50	1	,5	,5	6,0
4,00	1	,5	,5	6,5
5,00	4	2,0	2,0	8,5
7,50	2	1,0	1,0	9,5
10,00	22	11,0	11,0	20,5
12,50	2	1,0	1,0	21,5
15,00	14	7,0	7,0	28,5
20,00	90	45,0	45,0	73,5
25,00	12	6,0	6,0	79,5
30,00	23	11,5	11,5	91,0
35,00	3	1,5	1,5	92,5
40,00	3	1,5	1,5	94,0
50,00	9	4,5	4,5	98,5
60,00	2	1,0	1,0	99,5
90,00	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

#### ■ Προθυμία Προσωπικού

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν την προθυμία του προσωπικού με 20 πόντους, ενώ μόλις εννέα (9) βαθμολόγησαν την προθυμία των

υπαλλήλων με 0 πόντους. Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται στις τιμές 10 – 20. Σε γενικές γραμμές το ποσοστό των ερωτηθέντων που βαθμολόγησε με 50 βαθμούς και πάνω την προθυμία κυμαίνεται μόλις στο 0,5 % ( 1 άτομο). Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται περίπου στην τιμή 19.

**Πίνακας 8. ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	9	4,5	4,5	4,5
1,00	2	1,0	1,0	5,5
2,50	1	,5	,5	6,0
3,00	1	,5	,5	6,5
4,00	1	,5	,5	7,0
5,00	3	1,5	1,5	8,5
7,50	2	1,0	1,0	9,5
10,00	41	20,5	20,5	30,0
12,50	2	1,0	1,0	31,0
15,00	17	8,5	8,5	39,5
20,00	90	45,0	45,0	84,5
23,00	1	,5	,5	85,0
25,00	9	4,5	4,5	89,5
30,00	17	8,5	8,5	98,0
35,00	2	1,0	1,0	99,0
40,00	1	,5	,5	99,5
50,00	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

■ **Γνώση, ευγένεια προσωπικού και ικανότητα παροχής εμπιστοσύνης**

Και σε αυτήν την διάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (38,5%) έδωσε 20 πόντους στην διάσταση αυτή, ενώ μόλις ένα άτομο (0,5%) βαθμολόγησε αυτή την διάσταση με 50 βαθμούς. Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται περίπου στην τιμή 19.

**Πίνακας 9. ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	9	4,5	4,5	4,5
1,00	3	1,5	1,5	6,0
2,50	1	,5	,5	6,5
4,00	1	,5	,5	7,0
5,00	8	4,0	4,0	11,0
7,50	2	1,0	1,0	12,0
10,00	35	17,5	17,5	29,5
12,50	2	1,0	1,0	30,5
15,00	34	17,0	17,0	47,5
20,00	77	38,5	38,5	86,0
25,00	5	2,5	2,5	88,5
30,00	22	11,0	11,0	99,5
50,00	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**■ Φροντίδα που παρέχει το προσωπικό σε κάθε ασθενή χωριστά**

Τέλος, κοινή πορεία ακολουθούν και εδώ οι ερωτηθέντες με ποσοστό 45,5 % να βαθμολογεί με 20 πόντους την διάσταση αυτή, ενώ μόνο δύο άτομα βαθμολόγησαν την πρόταση από 50 βαθμούς και πάνω ( 1 %). Οι απαντήσεις των περισσότερων κυμαίνονται περίπου στην τιμή 15.

**Πίνακας 10. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	10	5,0	5,0	5,0
1,00	3	1,5	1,5	6,5
2,50	1	,5	,5	7,0
4,00	1	,5	,5	7,5
5,00	6	3,0	3,0	10,5
7,50	2	1,0	1,0	11,5
10,00	39	19,5	19,5	31,0
12,50	2	1,0	1,0	32,0
15,00	28	14,0	14,0	46,0
20,00	91	45,5	45,5	91,5
25,00	2	1,0	1,0	92,5
30,00	12	6,0	6,0	98,5
35,00	1	,5	,5	99,0
50,00	1	,5	,5	99,5
100,00	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Από τα παραπάνω, αν λάβουμε υπόψη τις βαθμολογίες που έδωσαν οι ερωτηθέντες πιο σημαντική διάσταση θεωρείται η «*ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ*», δεύτερη ακολουθεί η «*ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ*», στη τρίτη θέση κατατάσσεται η διάσταση «*ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ*» και «*ΓΝΩΣΗ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ*», τελευταία έρχεται η διάσταση «*ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ*».

### 5.3.4 Διαστάσεις Ποιότητας και Δηλώσεις Εμπειρίας

Η βαθμολόγηση των 36 προτάσεων προσδοκιών και αντιλήψεων του μοντέλου SERVQUAL έγινε σε μία 5βάθμια κλίμακα Likert με πόλους βαθμολόγησης 1= «Συμφωνώ πάρα πολύ» έως και 5= «Διαφωνώ πάρα πολύ».

Στην πρώτη διάσταση των «ΦΥΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ» κυμάνθηκαν μεταξύ «Συμφωνώ»= 2 έως «Ούτε Διαφωνώ/Ούτε Συμφωνώ»=3 τα εξής στοιχεία : **Φ.Σ ANTIΛ 4** «Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» υπάρχουν ειδικές κατασκευές για άτομα με ειδικές ανάγκες.», (M= 2,985), **Φ.Σ. ANTIΛ 5** «Η εμφάνιση του ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι προσεγμένη και κατάλληλη» (M= 2,785) και **Φ.Σ ANTIΛ 6** «Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει προσεγμένη εμφάνιση και τηρεί τον κώδικα υγιεινής» (M= 2,905), ενώ τα υπόλοιπα στοιχεία της διάστασης κυμάνθηκαν μεταξύ «Ούτε Διαφωνώ/Ούτε Συμφωνώ»=3 και «Διαφωνώ»= 4, δηλαδή η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 1** «Η εξυπηρέτηση στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» γίνεται με σύγχρονο και μοντέρνο εξοπλισμό.» (M= 3,045), η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 2** «Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι σε εύκολα προσβάσιμο σημείο.» (M= 3,160), η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 3** «Οι εγκαταστάσεις στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» σας εξυπηρετούν κατά την διαμονή ή αναμονή σας.» (M= 3,050), η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 7** «Το διοικητικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει προσεγμένη και κατάλληλη εμφάνιση.» (M= 3,00), η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 8** «Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» παρέχει τον αναγκαίο χώρο για την διαμονή των συνοδών.» (M= 3,245) και η πρόταση **Φ.Σ ANTIΛ 9** «Η ποιότητα του φαγητού που σερβίρεται στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι καλή.» (M= 3,055).

Η βαθμολογία στα έξι τελευταία χαρακτηριστικά στοιχεία της ποιότητας δείχνει την ανάγκη για βελτίωση ως προς την διαχείριση τους.

Πίνακας 11. Μέσος όρος Φυσικών Στοιχείων

## Item Statistics

	Φ.Σ – ANTIA 1	Φ.Σ – ANTIA 2	Φ.Σ – ANTIA 3	Φ.Σ – ANTIA 4	Φ.Σ – ANTIA 5	Φ.Σ – ANTIA 6	Φ.Σ – ANTIA 7	Φ.Σ – ANTIA 8	Φ.Σ – ANTIA 9
Mean	3,0450	3,1600	3,0500	2,9850	2,7850	2,9050	3,0000	3,2450	3,0550
N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Std. Deviation	,90391	,98450	,81906	,88810	,87900	,88878	,90781	,80512	,84590

## Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	N of Items
Item Means	3,025	2,785	3,245	4,000	1,165	0,77	9

Στην διάσταση της «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ» την χαμηλότερη βαθμολογία παρουσίασε η πρόταση **ΑΞΙΟΠ ANTIA 5** «Οι νοσηλευτές στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι άτομα που σας κάνουν να τους εμπιστευτείτε για την δική σας φροντίδα των ή συγγενών σας.» (M= 2,9700). Οι υπόλοιπες τιμές των μέσων τιμών κυμάνθηκαν από την τιμή 3 και πάνω «Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ»= 3 και «Διαφωνώ»= 4. Θα μπορούσαν και εδώ να βελτιωθούν τα χαρακτηριστικά των προτάσεων **ΑΞΙΟΠ ANTIA 1** «Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» οι γιατροί τηρούν τη σειρά προτεραιότητας και εξυπηρετούν τα προκαθορισμένα ραντεβού χωρίς καθυστερήσεις.» (M= 3,050), **ΑΞΙΟΠ ANTIA 2** «Στα έκτακτα περιστατικά ή στις εφημερίες οι πρώτες διαγνώσεις των γιατρών είναι πάντα σωστές.» (M= 3,015), **ΑΞΙΟΠ ANTIA 3** «Σε τυχόν λάθη το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» αναγνωρίζει τα λάθη του.» (M= 3,1700), **ΑΞΙΟΠ ANTIA 4** «Το ιατρικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» απαρτίζεται από άτομα που εμπνέουν αξιοπιστία και σιγουριά για την φροντίδα των ασθενών.» (M= 3,00) και **ΑΞΙΟΠ ANTIA 6** «Οι διοικητικοί υπάλληλοι στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι αξιόπιστα άτομα και γρήγορα στη δουλειά τους.» (M= 3,020)



Πίνακας 12. Μέσος όρος Αξιοπιστίας

Item Statistics

	ΑΞΙΟΠ.- ΑΝΤΙΑ 1	ΑΞΙΟΠ. – ΑΝΤΙΑ 2	ΑΞΙΟΠ. – ΑΝΤΙΑ 3	ΑΞΙΟΠ. ΑΝΤΙΑ 4	ΑΞΙΟΠ.- ΑΝΤΙΑ 5	ΑΞΙΟΠ.- ΑΝΤΙΑ 6
Mean	3,0500	3,0150	3,1700	3,0000	2,9700	3,0200
N	200	200	200	200	200	200
Std. Deviation	,86675	,84757	,89729	,78298	,91832	,89082

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	N of Items
Item Means	3,0375	2,9700	3,1700	4,000	1,067	0,7465	6

Στην διάσταση της «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ» τις μεγαλύτερες βαθμολογίες μεταξύ «Ούτε Συμφωνώ / Ούτε Διαφωνώ»= 3 και «Διαφωνώ»= 4 συγκέντρωσαν οι προτάσεις: **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 2** «Η εξυπηρέτηση στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» από το διοικητικό προσωπικό είναι γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική.» (M= 3,015), η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 3** «Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι αντάξια των απαιτήσεων σας.» (M= 3,205), η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 4** «Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες των ασθενών χωρίς καθυστερήσεις.» (M= 3,085), η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 5** «Η εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» γίνεται ταχύτατα και χωρίς προβλήματα.» (M= 3,045), η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 6** «Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι επαρκής.» (M=3,090) και η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 9** «Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» φροντίζει για την διατροφή των συνοδών, συμπεριλαμβάνοντας τους στα γεύματα.» (M=3,290). Οι υπόλοιπες τιμές των μέσων τιμών κυμάνθηκαν από την τιμή «Συμφωνώ»= 2 και «Ούτε Συμφωνώ / Ούτε Διαφωνώ»= 3, δηλαδή η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 1** «Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» η ανταπόκριση των γιατρών στα επείγοντα περιστατικά είναι άμεση.» (M= 2,960), η πρόταση **ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 7** «Οι συνοδοί έχουν καλή αντιμετώπιση από το προσωπικό του Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος».» (M= 2,990) και η πρόταση

**ΑΝΤΑΠ ΑΝΤΙΑ 8** «Η διατροφή που ακολουθούν οι ασθενείς στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι κατάλληλη.» ( $\mu = 2,825$ ).

**Πίνακας 13. Μέσος όρος Ανταπόκρισης**

**Item Statistics**

	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 1	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 2	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 3	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 4	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 5	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 6	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 7	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 8	ΑΝΤΑΠ-ΑΝΤΙΑ 9
Mean	2,9600	3,0150	3,2050	3,0850	3,0450	3,0900	2,9900	2,8250	3,2900
N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Std. Deviation	,87878	,84162	,86992	,87269	,94203	,96257	,96152	,85911	1,03986

**Summary Item Statistics**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	N of Items
Item Means	3,056	2,8250	3,2900	4,000	1,077	0,8397	9

Στην διάσταση «ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ» τη χαμηλότερη βαθμολογία παρουσίασε η πρόταση **ΑΝΤ ΑΣΦΑΛ 1** «Το ιατρικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι εφοδιασμένο με τα κατάλληλα προσόντα και έτοιμο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς.» ( $M = 2,990$ ). Οι υπόλοιπες βαθμολογίες των μέσων τιμών κυμάνθηκαν πάνω από την τιμή 3 μεταξύ «Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ» = 3 και «Διαφωνώ» = 4. Θα μπορούσαν να βελτιωθούν τα χαρακτηριστικά των προτάσεων **ΑΝΤ ΑΣΦΑΛ 2** «Το διοικητικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει την γνώση και μπορεί να λύσει την όποια απορία σχετικά με διαδικαστικά θέματα νοσοκομεία.» ( $M = 3,1550$ ) μέχρι **ΑΝΤ ΑΣΦΑΛ 5** «Κατά την παραμονή σας στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» η περιουσία σας και η σωματική σας ακεραιότητα είναι απόλυτα ασφαλής.» ( $M = 3,090$ ).

Πίνακας 14. Μέσος όρος Αίσθημα Βεβαιότητας και Ασφάλειας

## Item Statistics

	ANT-ΑΣΦΑΛ 1	ANT-ΑΣΦΑΛ 2	ANT-ΑΣΦΑΛ 3	ANT-ΑΣΦΑΛ 4	ANT- ΑΣΦΑΛ 5
Mean	2,9900	3,1550	3,0250	3,1450	3,0900
N	200	200	200	200	200
Std. Deviation	,87391	,83334	,89351	,91001	,98832

## Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	N of Items
Item Means	3,081	2,990	3,1550	4,000	1,055	0,8122	5

Στην διάσταση ποιότητας «ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ» την υψηλότερη βαθμολογία παρουσίασε η πρόταση **ANT ΣΥΜΠ 1** «Οι γιατροί στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» δείχνουν προσωπικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς.» ( $M= 3,035$ ). Οι υπόλοιπες βαθμολογίες των μέσων τιμών κυμάνθηκαν πάνω από την τιμή 2 μεταξύ «Συμφωνώ» και 3 «Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ». Θα μπορούσαν και εδώ να βελτιωθούν τα χαρακτηριστικά των προτάσεων **ANT ΣΥΜΠ 2** «Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι πολύ ευγενική προς τους ασθενείς και είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν και να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς.» ( $M= 2,975$ ) και η πρόταση **ANT ΣΥΜΠ 3** «Η αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι καλή.» ( $M= 2,860$ ).

Πίνακας 15. Μέσος όρος Συμπάθειας

## Item Statistics

	ANT –ΣΥΜΠ 1	ANT- ΣΥΜΠ 2	ANT- ΣΥΜΠ 3
Mean	3,0350	2,9750	2,8600
N	200	200	200
Std. Deviation	,82290	,88787	,91355

## Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	N of Items
Item Means	2,957	2,860	3,0350	4,000	1,061	0,767	3

### 5.3.5 Ανάλυση Χασμάτων

Παρακάτω στα πλαίσια της έρευνας για να εντοπιστούν τα χάσματα στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε η σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των πολιτών με βάση τις απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια που κλήθηκαν να απαντήσουν. Η μαθηματική σχέση του υπολογισμού των χασμάτων ακολούθησε τον παρακάτω μαθηματικό τύπο:

$$\text{ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ} - \text{ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ} = \text{ΧΑΣΜΑ}$$

Στην περίπτωση που καταγραφούν αρνητικές τιμές θα σημαίνει ότι η πραγματική εμπειρία που βίωσαν στο νοσοκομείο οι πολίτες είναι υψηλότερο επίπεδο από το επίπεδο των προσδοκιών τους, δηλαδή η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών στην νοσοκομειακή μονάδα ξεπέρασε τις προσδοκίες τους. Αντιθέτως, θετικές τιμές θα σημαίνουν ότι η πραγματική εμπειρία υπολείπεται των αναμονών των πολιτών, δηλαδή η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών ήταν κατώτερη των προσδοκιών τους. Τα αποτελέσματα από την διερεύνηση των χασμάτων παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα:

**Πίνακας 16. Ορισμός χασμάτων μεταξύ προσδοκίων και αντιλήψεων των πολιτών στις 32 προτάσεις αξιολόγησης του SERVQUAL**

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pair 1 ΠΡΟΣΔ1 - ΑΝΤΛ 1	200	1	5	,04000	1,22716
Pair 2 ΠΡΟΣΔ 2- ΑΝΤΙΑ 2	200	1	5	-,48000	1,28759
Pair 3 ΠΡΟΣΔ 3- ΑΝΤΙΑ 3	200	1	5	,08000	1,08141
Pair 4 ΠΡΟΣΔ 4- ΑΝΤΙΑ 4	200	1	5	-,10500	1,16652
Pair 5 ΠΡΟΣΔ 5- ΑΝΤΙΑ 5	200	1	5	,09000	1,09448
Pair 6 ΠΡΟΣΔ 6- ΑΝΤΙΑ 6	200	1	5	,07500	,99212
Pair 7 ΠΡΟΣΔ 7- ΑΝΤΙΑ 7	200	1	5	-,02500	,93205
Pair 8 ΠΡΟΣΔ 8- ΑΝΤΙΑ 8	200	1	5	,03000	1,01699
Pair 9 ΠΡΟΣΔ 9- ΑΝΤΙΑ 9	200	1	5	,28500	1,07216
Pair 10 ΠΡΟΣΔ 10- ΑΝΤΙΑ 10	200	1	5	,42500	1,13172
Pair 11 ΠΡΟΣΔ 11- ΑΝΤΙΑ 11	200	1	5	,32500	,99717
Pair 12 ΠΡΟΣΔ 12- ΑΝΤΙΑ 12	200	1	5	,53500	1,10675
Pair 13 ΠΡΟΣΔ 13- ΑΝΤΙΑ 13	200	1	5	,22000	1,08974
Pair 14 ΠΡΟΣΔ 14- ΑΝΤΙΑ 14	200	1	5	,13500	1,04028
Pair 15 ΠΡΟΣΔ 15- ΑΝΤΙΑ 15	200	1	5	,38500	1,06887
Pair 16 ΠΡΟΣΔ 16- ΑΝΤΙΑ 16	200	1	5	,00500	,96937
Pair 17 ΠΡΟΣΔ 17- ΑΝΤΙΑ 17	200	1	5	,34500	,98531
Pair 18 ΠΡΟΣΔ 18- ΑΝΤΙΑ 18	200	1	5	,34000	1,01467
Pair 19 ΠΡΟΣΔ 19- ΑΝΤΙΑ 19	200	1	5	,20500	1,03844
Pair 20 ΠΡΟΣΔ 20- ΑΝΤΙΑ 20	200	1	5	-,02000	,99728
Pair 21 ΠΡΟΣΔ 21- ΑΝΤΙΑ 21	200	1	5	,04000	1,05068
Pair 22 ΠΡΟΣΔ 22- ΑΝΤΙΑ 22	200	1	5	,22000	1,04742
Pair 23 ΠΡΟΣΔ 23- ΑΝΤΙΑ 23	200	1	5	,13000	,96319
Pair 24 ΠΡΟΣΔ 24- ΑΝΤΙΑ 24	200	1	5	,03500	1,21290
Pair 25 ΠΡΟΣΔ 25- ΑΝΤΙΑ 25	200	1	5	,18500	,91924
Pair 26 ΠΡΟΣΔ 26- ΑΝΤΙΑ 26	200	1	5	,02000	,94022
Pair 27 ΠΡΟΣΔ 27- ΑΝΤΙΑ 27	200	1	5	,20500	,98887
Pair 28 ΠΡΟΣΔ 28- ΑΝΤΙΑ 28	200	1	5	,23500	1,04654
Pair 29 ΠΡΟΣΔ 29- ΑΝΤΙΑ 29	200	1	5	,18500	1,11670
Pair 30 ΠΡΟΣΔ 30- ΑΝΤΙΑ 30	200	1	5	,04500	,93668
Pair 31 ΠΡΟΣΔ 31- ΑΝΤΙΑ 31	200	1	5	,12500	1,05591
Pair 32 ΠΡΟΣΔ 32- ΑΝΤΙΑ 32	200	1	5	-,09500	1,03505

Όπως γίνεται αντιληπτό από τον παραπάνω πίνακα οι μεγαλύτερες θετικές τιμές αποκλίσεις – χάσματα παρατηρήθηκαν στα ζεύγη προτάσεων: **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 12** «Σε τυχόν λάθη στα νοσοκομεία αναγνωρίζουν τα λάθη τους» , **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 10** «Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί τηρούν τη σειρά προτεραιότητας και εξυπηρετούν τα προκαθορισμένα ραντεβού χωρίς καθυστερήσεις.», **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 15** «Οι διοικητικοί υπάλληλοι στα δημόσια νοσοκομεία είναι αξιόπιστα άτομα και γρήγορα στην δουλειά τους.», **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 17** «Η εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία από το διοικητικό προσωπικό είναι γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική.», **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 18** «Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία είναι αντάξια των απαιτήσεων σας.» και **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 11** «Στα έκτακτα περιστατικά ή στα εφημερεύοντα νοσοκομεία οι πρώτες διαγνώσεις των γιατρών είναι πάντα σωστές.»

Οι προτάσεις **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 10, 11, 12** και **15** ανήκουν όλες στην διάσταση ποιότητας «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ» ενώ στην διάσταση ποιότητας «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ» ανήκουν οι προτάσεις **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 17** και **18**.

Επιπλέον, από τον πίνακα 11 προκύπτουν χάσματα με μεγάλες αποκλίσεις ( θετικές τιμές) μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των πολιτών και στις 5 προτάσεις που αφορούν χαρακτηριστικά της διάστασης ποιότητας «ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ». Πιο συγκεκριμένα, οι αποκλίσεις που παρατηρήθηκαν από την μεγαλύτερη προς την μικρότερη αφορούσαν τις προτάσεις **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 28** «Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» τηρεί πλήρως τις προϋποθέσεις υγιεινής» (0,2350), **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 27** «Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι άριστα καταρτισμένο και έχει πολλές γνώσεις.» (0,2050), **ΠΡΟΣΔ ΑΝΤΙΑ 25** και **29** «Το ιατρικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι εφοδιασμένο με τα κατάλληλα προσόντα και έτοιμο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς.» (0,1850) και «Κατά την παραμονή σας στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» η περιουσία σας και η σωματική σας ακεραιότητα είναι απόλυτα ασφαλής.» (0,1850), αντίστοιχα.

Σε όλα αυτά τα στοιχεία πρέπει να οργανωθούν στρατηγικές βελτιώσεις ποιότητας, με σκοπό την μείωση των χασμάτων (προσέγγιση μηδενικής τιμής και επιδίωξη απόκτησης αρνητικών τιμών χασμάτων).

## 5.4 Ανάλυση Πινάκων Likert

### 5.4.1 Σύγκριση μεταξύ Ιδιωτικών Κλινικών και Δημόσιων Νοσοκομείων

#### ■ Ανάλυση προτάσεων

Σε αυτό το σκέλος γίνεται προσπάθεια ανάλυση της άποψης των πολιτών σχετικά με τις ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια νοσοκομεία.

- Οι ιδιωτικές κλινικές είναι πιο σύγχρονες και εξυπηρετούν καλύτερα τους ασθενείς

Πίνακας 17. ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	77	38,5	38,5	38,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	95	47,5	47,5	86,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	27	13,5	13,5	99,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σύμφωνα, με τον πίνακα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (86%) συμφωνούν με την πρόταση ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι πιο σύγχρονες και εξυπηρετούν καλύτερα τους ασθενείς από ότι τα δημόσια νοσοκομεία σε αντίθεση με έναν μόνο ερωτηθέντα (0,5%) που διαφωνεί με την παραπάνω πρόταση. Το 13,5% δεν παίρνει θέση στην πρόταση αυτή κρατώντας μια ουδέτερη στάση.

■ Καλύτερο φαγητό στις ιδιωτικές κλινικές απ' ότι στα δημόσια νοσοκομεία

Πίνακας 18. ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	47	23,5	23,5	23,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	90	45,0	45,0	68,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	52	26,0	26,0	94,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	10	5,0	5,0	99,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σχετικά με την ποιότητα του φαγητού και εδώ οι 137 από τους 200 ερωτηθέντες δήλωσαν ότι συμφωνούν με την πρόταση ότι είναι καλύτερη από την ποιότητα του φαγητού που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία. Και εδώ μόνο ένας (1) δήλωσε ότι διαφωνεί.



### ■ Καλύτερη συμπεριφορά προς τους συνοδούς στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 19. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΔΟΥΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	46	23,0	23,0	23,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	78	39,0	39,0	62,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	67	33,5	33,5	95,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Και σε αυτήν την περίπτωση οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (124 ερωτηθέντες) απάντησαν θετικά στο αν στις ιδιωτικές κλινικές συμπεριφέρονται καλύτερα στους συνοδούς.

### ■ Καλύτερο φαγητό στα δημόσια νοσοκομεία

Πίνακας 20. ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	9,5	9,5	9,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	19,5	19,5	29,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	84	42,0	42,0	71,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	45	22,5	22,5	93,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	6,5	6,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σε αυτή την πρόταση έχουμε ίσα ποσοστά ερωτηθέντων για το αν το φαγητό στα δημόσια νοσοκομεία είναι καλύτερο από αυτό στις ιδιωτικές κλινικές (29%).

### ■ Καλύτερο παρουσιαστικό γιατρών στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 21 . ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΙΚΟ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	30	15,0	15,0	15,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	83	41,5	41,5	56,5
Valid ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	64	32,0	32,0	88,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	16	8,0	8,0	96,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	7	3,5	3,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Το 56,5 % των ερωτηθέντων δήλωσαν στην πρόταση που αφορά το παρουσιαστικό των γιατρών ότι οι γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία έχουν χειρότερο παρουσιαστικό από τους γιατρούς στις ιδιωτικές κλινικές, ενώ μόλις το 11,5% δηλώνει το αντίθετο.

■ Πάντα σωστές γνωματεύσεις στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 22. ΠΑΝΤΑ ΣΩΣΤΕΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	12	6,0	6,0	6,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	63	31,5	31,5	37,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	81	40,5	40,5	78,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	36	18,0	18,0	96,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Στην πρόταση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι εκείνοι που διατηρούν ουδέτερη στάση απέναντι σε αυτή την πρόταση (40,5%), έπειτα ακολουθούν αυτοί που συμφωνούν με την πρόταση ότι στις ιδιωτικές κλινικές οι γνωματεύσεις είναι πάντα σωστές με ποσοστό 37,5%.

### ■ Καλύτερη συμπεριφορά των γιατρών στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 23. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	23	11,5	11,5	11,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	67	33,5	33,5	45,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	37,5	37,5	82,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	31	15,5	15,5	98,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σχετικά με την πρόταση που αφορά την συμπεριφορά των γιατρών στις ιδιωτικές το 45 % δήλωσε ότι συμφωνεί , ενώ το 17,5 % δήλωσε ότι διαφωνεί.

### ■ Επαρκής αριθμός γιατρών στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 24. ΕΠΑΡΚΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	13,0	13,0	13,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	73	36,5	36,5	49,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	90	45,0	45,0	94,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	11	5,5	5,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σε αυτή την πρόταση αυτοί που συμφωνούν με αυτούς που ούτε συμφωνούν /ούτε διαφωνούν έχουν μικρή διαφορά (49,5% και 45% αντίστοιχα).

### ■ Καλύτερα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία

Πίνακας 25. ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	5,5	5,5	5,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	37	18,5	18,5	24,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	90	45,0	45,0	69,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	45	22,5	22,5	91,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	8,5	8,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Στο αν στα δημόσια νοσοκομεία το νοσηλευτικό προσωπικό είναι καλύτερα εκπαιδευμένο από το νοσηλευτικό προσωπικό στις ιδιωτικές κλινικές το 31% δήλωσε ότι διαφωνεί, ενώ το 45% δεν εξέφρασε γνώμη.

## ■ Καλύτερη συμπεριφορά και εμφάνιση των υπαλλήλων στις ιδιωτικές κλινικές

Πίνακας 26. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	30	15,0	15,0	15,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	73	36,5	36,5	51,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	80	40,0	40,0	91,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	13	6,5	6,5	98,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Τέλος, στην πρόταση που αφορά την εμφάνιση του προσωπικού στις ιδιωτικές κλινικές τα 103 άτομα δήλωσαν ότι η εμφάνιση του προσωπικού στις ιδιωτικές κλινικές είναι καλύτερη από την εμφάνιση του προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία.

**Β' Σύνθετη ανάλυση**

Παρακάτω παρατίθενται δύο πίνακες που κάνουν μια πιο σύνθετη ανάλυση των προτάσεων.

**Πίνακας 27. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ \* ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Crosstabulation**

Count

	ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ				Total
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	
ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	6	1	0	23
ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	23	41	3	0	67
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	22	35	17	1	75
ΔΙΑΦΩΝΩ	16	11	4	0	31
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	0	2	2	0	4
Total	77	95	27	1	200

Από τα 95 άτομα που συμφωνούν ότι οι ιδιωτικές κλινικές είναι πιο σύγχρονες και εξυπηρετούν καλύτερα τους ασθενείς οι 41 συμφωνούν και με την πρόταση ότι στις ιδιωτικές κλινικές οι γιατροί συμπεριφέρονται καλύτερα. Αυτό μπορεί να δείχνει ότι η καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών οφείλεται και στην καλύτερη συμπεριφορά των γιατρών στις ιδιωτικές κλινικές.

**Πίνακας 28. ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ \* ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

## Crosstabulation

## Count

		ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ					Total
		ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ \ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	11	31	17	9	77
	ΣΥΜΦΩΝΩ	2	23	38	24	8	95
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ \ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	3	20	4	0	27
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0	1	0	0	1
Total		11	37	90	45	17	200

Από τα 90 άτομα που δεν έχουν ούτε θετική ούτε αρνητική άποψη σχετικά με το καλύτερα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία, τα 38 άτομα συμφωνούν με την πρόταση που αναφέρει ότι οι ιδιωτικές κλινικές είναι πιο σύγχρονες και εξυπηρετούν καλύτερα τους ασθενείς. Από αυτό βγαίνει το συμπέρασμα ότι η άποψη που επικρατεί για την καλύτερη εξυπηρέτηση στις ιδιωτικές κλινικές δεν είναι αποτέλεσμα του επιπέδου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία.

Επίσης, από τα 172 άτομα που συμφωνούν ότι στις ιδιωτικές κλινικές ο εξοπλισμός είναι πιο σύγχρονος και η εξυπηρέτηση είναι καλύτερη από ότι στα δημόσια νοσοκομεία τα 32 άτομα διαφωνούν με τη δήλωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων είναι καλύτερα εκπαιδευμένο από αυτό των ιδιωτικών κλινικών. Αυτό σημαίνει, ότι η θετική άποψη των ερωτηθέντων για τις ιδιωτικές κλινικές, για τον εξοπλισμό αυτών



και για την καλή εξυπηρέτηση των ασθενών προκύπτει και από το καλύτερα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

#### 5.4.2 οικονομική Κρίση και Υγεία

Παρακάτω θα εξετάσουμε πόσο κατά την γνώμη των ερωτηθέντων η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από την οικονομική κρίση.

##### Α'. Ανάλυση προτάσεων

- **Επιρροή στην ποιότητα των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία από την οικονομική κρίση**

**Πίνακας 29. ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚ. ΚΡΙΣΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	77	38,5	38,5	38,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	84	42,0	42,0	80,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	25	12,5	12,5	93,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	4,5	4,5	97,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	2,5	2,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Στην πρόταση που αφορά την οικονομική κρίση και την επιρροή που ασκεί αυτή στην ποιότητα των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία το 80,5% συμφωνεί, ενώ μόλις το 7% διαφωνεί ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει την ποιότητα στα δημόσια νοσοκομεία.

■ **Επιρροή στην συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων η οικονομική κρίση**

**Πίνακας 30. ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	41	20,5	20,5	20,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	92	46,0	46,0	66,5
Valid ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	53	26,5	26,5	93,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	12	6,0	6,0	99,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Εδώ το 66.5% συμφωνεί ότι η συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων επηρεάζεται από την οικονομική κρίση, ενώ μόλις 7 % διαφωνεί.

■ **Κακή διαμονή στα δημόσια νοσοκομεία λόγω έλλειψης προσωπικού και παροχών**

**Πίνακας 31. ΚΑΚΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΩΝ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	36	18,0	18,0	18,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	92	46,0	46,0	64,0
Valid ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	60	30,0	30,0	94,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	12	6,0	6,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 64% (128 άτομα) συμφωνεί στο ότι η διαμονή στα δημόσια νοσοκομεία είναι κακή λόγω έλλειψης προσωπικού και παροχών. Το 30% δεν συμφωνεί αλλά ούτε διαφωνεί.

### ■ Ακριβή η παροχή υγείας

Πίνακας 23. ΑΚΡΙΒΗ Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	59	29,5	29,5	29,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	88	44,0	44,0	73,5
Valid ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	38	19,0	19,0	92,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	11	5,5	5,5	98,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Το 73,5 πιστεύει ότι η παροχή υγείας είναι πολύ ακριβή και μάλιστα το 29,5% πιστεύει ότι είναι πάρα πολύ ακριβή. Μόνο το 78,5% διαφωνεί, δηλαδή 15 άτομα και μάλιστα τα 4 από τα 15 αυτά άτομα διαφωνεί απόλυτα με την πρόταση αυτή.<sup>3</sup>

### ■ Ακατάλληλα χωρίς συντήρηση κτίρια λόγω οικονομική κρίσης

Πίνακας 23. ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΤΙΡΙΑ ΛΟΓΩ ΚΡΙΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	44	22,0	22,0	22,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	87	43,5	43,5	65,5
Valid ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	55	27,5	27,5	93,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	2,5	2,5	95,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Το 65,5% συμφωνεί στο ότι τα κτίρια που στεγάζονται τα νοσοκομεία είναι ακατάλληλα καθώς λόγω οικονομικής κρίσης δεν συντηρούνται κατάλληλα.

Το 27,5% απλά κρατάει ουδέτερη στάση.

### ■ Δυσκολία στην εξυπηρέτηση των ασθενών λόγω έλλειψης πόρων

Πίνακας 34. ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΡΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	43	21,5	21,5	21,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	98	49,0	49,0	70,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	55	27,5	27,5	98,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,5	,5	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Τέλος, 70,5% πιστεύει και συμφωνεί ότι η εξυπηρέτηση των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται όλο και πιο δύσκολη λόγω έλλειψης πόρων. Μόνο το 2% διαφωνεί με αυτήν την πρόταση.

**Β'. Σύνθετη Ανάλυση****Πίνακας 35. ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚ. ΚΡΙΣΗ \* ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

**Crosstabulation**

**Count**

		ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ					Total
		ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ \ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚ. ΚΡΙΣΗ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	29	34	12	1	1	77
	ΣΥΜΦΩΝΩ	11	51	21	1	0	84
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ \ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	5	17	2	0	25
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0	2	3	4	0	9
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	0	0	0	4	1	5
Total		41	92	53	12	2	200

Τα 51 άτομα από τα 92 που συμφωνούν στο ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει την συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων συμφωνούν ότι και πάλι λόγω οικονομική κρίσης επηρεάζεται και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία. Συνεπώς προκύπτει το συμπέρασμα ότι λόγω οικονομικής κρίσης το προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία επηρεάζεται αρνητικά, ώστε να μειώνεται η απόδοση του και αυτό έχει ως φυσικό επακόλουθο να μειώνει και το επίπεδο της ποιότητας που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία.

Επίσης, από τα 161 άτομα που συμφωνούν ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία μόνο 3

δηλώνουν ότι η οικονομική κρίση δεν επηρεάζει την συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων και δεν συμβάλλει αρνητικά στην απόδοση τους. Συνεπώς υποστηρίζουν ότι οι κακή ποιότητα στα νοσοκομεία δεν είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς των δημοσίων υπαλλήλων και ότι είναι άλλοι οι παράγοντες που αποτελούν αιτία της κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία.

**Πίνακας 36. ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ \* ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΡΩΝ**

### Crosstabulation

#### Count

		ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΡΩΝ					Total
		ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩ ΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝ Ω\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩ ΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	35	20	1	2	77
	ΣΥΜΦΩΝΩ	21	52	22	0	0	95
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ\ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	10	13	0	1	27
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0	1	0	0	0	1
Total		43	98	55	1	3	200

Το μεγαλύτερο ποσοστό (73,75%) των ερωτηθέντων που πιστεύουν ότι οι ιδιωτικές κλινικές είναι πιο σύγχρονες και εξυπηρετούν καλύτερα τους ασθενείς επίσης συμφωνούν με την πρόταση ότι στα δημόσια νοσοκομεία η εξυπηρέτηση των ασθενών είναι πολύ δύσκολη λόγω έλλειψη πόρων.

Συνεπώς, τα δημόσια νοσοκομεία λόγω έλλειψης πόρων βρίσκονται σε πιο δύσκολη θέση σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές καθώς οι τελευταίες θεωρούνται ότι είναι πιο αξιόπιστες και εξυπηρετούν καλύτερα τις απαιτήσεις των ασθενών λόγω καλύτερων εγκαταστάσεων και καλύτερων παροχών.

## 5.5 Σχόλια- Συζήτηση

Από τις απαντήσεις που συγκεντρωθούν πρόεκυψε ότι οι σημαντικότερες διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μια νοσοκομειακής μονάδας για τους πολίτες είναι αυτές των «ΦΥΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ» και της «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ» ενώ λιγότερο σημαντικές είναι αυτές της «ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ» και της «ΣΥΜΠΑΘΕΙΑΣ». Αυτό αποτελεί μια ένδειξη για το προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας ότι για να διατηρήσει ή και να αυξήσει το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών θα πρέπει να δώσει βαρύτητα στη βελτίωση της ποιότητας των επιμέρους χαρακτηριστικών στις σημαντικές διαστάσεις ποιότητας και στα χαρακτηριστικά στοιχεία των υπόλοιπων διαστάσεων ποιότητας.

Παράλληλα, τα μεγαλύτερα χάσματα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των πολιτών σημειώθηκαν στην διάσταση ποιότητας «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ» γεγονός που δείχνει ότι μια νοσοκομειακή μονάδα είναι αναγκαίο να βελτιώσει τα χαρακτηριστικά της ποιότητας που περιλαμβάνει αυτή η διάσταση.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που η διάσταση της «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ» είναι μία από τις πιο σημαντικές διαστάσεις ποιότητας για τους πολίτες θα πρέπει να μειωθούν τα χάσματα καθώς μια ενδεχόμενη απογοήτευση των πολιτών από την προσλαμβανόμενη ποιότητα που αντιλαμβάνονται μπορεί στο μέλλον να επηρεάσει και τις υπόλοιπες διαστάσεις.

Στο δεύτερο μέρος, της έρευνας που αφορούσε την μέτρηση των απόψεων των πολιτών σχετικά με την σύγκριση ιδιωτικών κλινικών και δημόσιων νοσοκομείων, από την μία και από την άλλη το επίπεδο επιρροής της οικονομικής κρίσης στα δημόσια υγεία.

Στο πρώτο σκέλος, συμπεραίνεται μια γενική απογοήτευση των πολιτών για τα δημόσια νοσοκομεία με αποτέλεσμα να θεωρεί τις υπηρεσίες που παρέχονται στις ιδιωτικές κλινικές πιο καλές. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται συσχέτιση μεταξύ της καλύτερης συμπεριφοράς των γιατρών στις ιδιωτικές κλινικές και στην καλύτερη εξυπηρέτηση στις ιδιωτικές κλινικές. Επίσης,



υποστηρίζεται από τους ερωτηθέντες ότι όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τους νοσηλευτικού προσωπικού τόσο καλύτερη είναι η εξυπηρέτηση των ασθενών.

Στο δεύτερο σκέλος, γίνεται αναφορά στην οικονομική κρίση και την επιρροή που έχει αυτή στον τομέα της δημόσια υγείας και φαίνεται ότι οι περισσότεροι θεωρούν την οικονομική κρίση ως την αιτία για την κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την δυσκολία παροχής των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία και για το υψηλό κόστος της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, για πολλούς από τους ερωτηθέντες ένας λόγος για την κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία είναι η κακή συμπεριφορά και η χαμηλή απόδοση των δημοσίων υπαλλήλων που οφείλονται και αυτές στην οικονομική κρίση και που έχουν ως αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνονται σωστά στις υποχρεώσεις τους και έτσι λοιπόν να συμβάλουν στην κακή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία.

Επιπλέον, λόγω της έλλειψη πόρων τα δημόσια νοσοκομεία θεωρούνται λιγότερο κατάλληλα σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές και ότι οι περισσότεροι προτιμούν τις υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών διότι και οι εγκαταστάσεις είναι καλύτερες και η εξυπηρέτηση των ασθενών είναι καλύτερη και συνεπώς ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις των πολιτών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ- Συμπεράσματα- Περιορισμοί- Υποδείξεις

### 6.1 Ανακεφαλαίωση – Διαπιστώσεις

Στην παρούσα εργασία αναλύθηκαν οι όροι που περιγράφουν τον τομέα της υγείας καθώς και ο όρος της ποιότητας στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών και περιγράφηκαν τα πρότυπα και μοντέλα μέτρησης της ποιότητας με ιδιαίτερη έμφαση στην χρήση του οργάνου SERVQUAL. Το τελευταίο μοντέλο παρουσιάστηκε αναλυτικά και σχολιάστηκε για την αξιοπιστία του και τη δυνατότητα εφαρμογής του στην περίπτωση των υπηρεσιών.

Στην συνέχεια η εργασία επικεντρώθηκε σε ένα συγκεκριμένο τομέα υπηρεσιών, αυτός της δημόσιας υγείας, ο οποίος αναλύθηκε υπό το πρίσμα της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, αναλύθηκε η σημασία της αξιολόγησης στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, προσαρμόστηκε στο μοντέλο SERVQUAL στην ελληνική πραγματικότητα της υγείας, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο στα πρότυπα ενός Δημόσιου Νοσοκομείου, το οποίο διανεμήθηκε στους πολίτες και πραγματοποιήθηκε η σχετική έρευνα.

Από την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προέκυψαν χρήσιμες πληροφορίες για την υπό εξέταση νοσοκομειακή μονάδα. Εντοπίστηκαν οι τομείς τους οποίους θεώρησαν πιο σημαντικούς οι πολίτες, αναδείχθηκαν πτυχές οι οποίες χρήζουν βελτίωσης και με λίγα λόγια αναδείχθηκαν τα «δυνατά» και «αδύναμα» χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής μονάδας. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι η εφαρμογή του εργαλείου SERVQUAL απέδωσε αποτελέσματα στη συγκεκριμένη έρευνα. Ασφαλώς και δεν κάλυψε όλους τους τομείς που πρέπει να αναδιαμορφωθούν στα πλαίσια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών στην νοσοκομειακή μονάδα και ούτε μπορεί κανείς να ισχυριστεί την ισχύ της. Σίγουρα όμως τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να θεωρηθούν ενδείξεις για τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν.

Έπειτα, με την χρήση δύο πινάκων Likert γίνεται μια προσπάθεια για την μέτρηση της άποψης των πολιτών που αφορά τα δημόσια νοσοκομεία σχετικά με τις ιδιωτικές κλινικές και την οικονομική κρίση.

## 6.2 Συμπεράσματα- Υποδείξεις για Περαιτέρω Έρευνα

Η αξιολόγηση θεωρείται σημαντικό και αποτελεσματικό εργαλείο για αυτούς που διαχειρίζονται τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και τους σχεδιαστές πολιτικής, με το οποίο μπορεί να αναλυθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγείας. Γενικότερα, όλα τα βήματα της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών θα πρέπει να αξιολογούνται με βάση συγκεκριμένες μεθόδους και δείκτες που θα αναπτυχθούν για το βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο έλεγχο τη υγείας. Έπειτα, με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, οι υπεύθυνοι για την υγεία θα πρέπει να οδηγούνται στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων που θα αφορούν τον πολιτικό σχεδιασμό του τομέα της υγείας, βελτιωτικές διορθώσεις, αναθεωρήσεις και διαφοροποιήσεις σε διοικητικό ή σε υγειονομικό επίπεδο. Ο σκοπός μια αξιολόγησης δεν θα πρέπει να είναι η εξέταση μεμονωμένων πτυχών της λειτουργίας μιας νοσοκομειακής μονάδας αλλά η εξέταση όλων των πτυχών, με αυξανόμενη εστίαση στην ποιότητα της υγείας.

Η παρούσα έρευνα ήταν περιπτωσιακή για ένα μόνο νοσοκομείο και συνεπώς τα ευρήματα της δεν μπορούν αναγκαστικά να γενικευτούν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Ωστόσο, αν λάβουμε υπόψη μας το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας εν μέρει είναι συγκεντρωτικό και κατά συνέπεια δε υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων ως προς την ποιότητα των δωματίων, των κρεβατιών, της εξυπηρέτησης από τους διοικητικούς υπαλλήλους, την νοσηλεία κ.τ.λ..

Επιπλέον σε μια μελλοντική έρευνα και με τη χρήση ίσως μεγαλύτερου δείγματος για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα θα ήταν δυνατό να συγκρίνουμε απαντήσεις – απόψεις των πολιτών για πολλά από τα σημεία που αναπτύχθηκαν προηγουμένως όπως π.χ. ποια θεωρούν οι πολίτες ως περισσότερο σημαντικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Άλλωστε, σύμφωνα με την θεωρία των συστημάτων κάθε νοσοκομείο ,είναι μέρος ενός συστήματος, στη προκειμένη περίπτωση του συστήματος υγείας και επηρεάζεται άμεσα από αυτό αλλά και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον . Κατά την επικοινωνία του με το εξωτερικό περιβάλλον το νοσοκομείο δέχεται επιρροές (ασθενείς, συνοδοί, εκπαιδευτικά προγράμματα κ.α.), τις επεξεργάζεται και τις μετασχηματίζει σε προϊόν ή υπηρεσία. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ανατροφοδότηση , μια κυκλική διαδικασία ροής πληροφοριών από το σύστημα προς το περιβάλλον και αντίστροφα. Συνεπώς, ιδιαίτερη σημασία θα έχει η συμμετοχή και των υπόλοιπων συμμετεχόντων (διοικητή, γιατρών, νοσηλευτών, τοπικών φορέων, τοπικών κυβερνητικών αρχών) στη διαδικασία αξιολόγησης της νοσοκομειακής μονάδας, με την διανομή και σε αυτούς, κατάλληλα διαμορφωμένων ερωτηματολογίων προκειμένου να ληφθεί υπόψη η γνώμη τους αλλά και να διερευνηθεί η διάθεση τους για συμμετοχή στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας.

Ιδιαίτερη σημασία θα είχε επίσης να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έλεγχοι που να συσχετίζουν τα δημογραφικά στοιχεία με τις απαντήσεις των πολιτών. Για παράδειγμα, κρίσιμα συμπεράσματα θα μπορούσαν να προκύψουν για την ποιότητα του έργου των διοικητικών υπαλλήλων στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα με την εξέταση των θεμάτων όπως: ποια διάσταση έχει μεγαλύτερη σημασία για ένα πολίτη που ανήκει στη κατώτατη μορφωτική κλίμακα, ποιο χαρακτηριστικό βαθμολόγησε με υψηλότερο βαθμό ένα πολίτης που είναι μικρής ηλικίας και δεν χρειάστηκε να επισκεφθεί νοσοκομείο και που παρουσιάστηκε το μεγαλύτερο χάσμα στις απαντήσεις ενός πολίτη που είναι οικονομικός μετανάστης.

Σε κάθε περίπτωση καθίσταται εμφανές πως η συλλογή πληροφοριών μέσω μια τέτοιας έρευνας- έστω και στα στενά πλαίσια μιας περιπτώσιολογικής ανάλυσης- μπορεί να συντελέσει στον εντοπισμό των χαρακτηριστικών ποιότητας που εμφανίζεται η ικανοποίηση των πολιτών αλλά και εκείνων που υπολείπονται των προσδοκιών και θα πρέπει να βελτιωθούν. Με αυτό τον τρόπο θα γίνει πιο εύκολο να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες στρατηγικές και δράσεις που θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της νοσοκομειακής μονάδας και θα συντελούν σημαντικά στην παροχή ακόμα πιο ποιοτικού υγειονομικού έργου.

### 6.3 Περιορισμοί της Έρευνας

Ο τρόπος που το κάθε υγειονομικό σύστημα είναι οργανωμένο και διοικείται, παίζει ουσιαστικό ρόλο στον τρόπο διοίκησης. Αν ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης αφήνει αρκετά περιθώρια πρωτοβουλιών και αυτονομίας στους οργανισμούς και τις υπηρεσίες που το αποτελούν, αυτό θα έχει άμεση συνέπεια στον τρόπο και στην αποτελεσματικότητα της διοίκησης τους. Στην περίπτωση αυτή οι διοικητές των νοσοκομειακών μονάδων είναι πραγματικοί μάνατζερ με ουσιαστικές δυνατότητες διοίκησης και λήψης αποφάσεων. Αν πάλι δεν υπάρχουν τέτοια περιθώρια, η διοίκηση των οργανισμών μπορεί να πάρει έναν απλό διαχειριστικό χαρακτήρα. Σε ένα τέτοιο συγκεντρωτικό σύστημα μια κεντρική υπηρεσία ( το υπουργείο) αποφασίζει για την λειτουργία του με αποτέλεσμα οι ενδιάμεσες εξουσίες να εκτελούν απλώς, χωρίς να παίρνουν ευθύνες. Η όποια προσπάθεια της διοίκησης των οργανισμών υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συστήματος υγείας και τα περιθώρια που αυτό αφήνει για πραγματική διοίκηση των επιμέρους μονάδων που το αποτελούν.

Οι όροι συγκέντρωση και αποκέντρωση αναφέρονται στην αρχή της κατανομής της εξουσίας και ευθύνης στα διάφορα μέρη της οργάνωσης και δεν περιγράφουν θέσεις εργασίας (Σαΐτης, σ. 27). Έτσι: «Σύμφωνα με το συγκεντρωτικό σύστημα, η λειτουργία όλων των κρατικών υπηρεσιών εξασφαλίζεται από την κεντρική εξουσία. Ειδικότερα, τα κεντρικά διοικητικά όργανα χειρίζονται όλα τα θέματα της διοίκησης είτε αυτά αφορούν το κέντρο είτε την περιφέρεια.

Δηλαδή, η κεντρική διοίκηση διαθέτει την αποφασιστική αρμοδιότητα για κάθε είδος διοικητικών υποθέσεων». (Σαΐτης, σ. 27). Τα χαρακτηριστικά ενός συγκεντρωτικού συστήματος διοίκησης είναι:

- Η δημιουργία ισχυρής δύναμης επιβολής του κράτους.
- Η ενότητα της διοίκησης και η ομοιομορφία στην εκτέλεση κάθε έργου.
- Η ιεραρχία της εξουσίας και ο σαφής καταμερισμός εργασίας.
- Η αξιολόγηση που εξασφαλίζει ομοιογένεια στα στελέχη.

Μειονεκτήματα του συγκεντρωτικού συστήματος είναι ότι η διοίκηση γίνεται άκαμπτη και πολύπλοκη, οι πολίτες ταλαιπωρούνται μετακινούμενοι προς το κέντρο για να λύσουν τα προβλήματα τους και ότι τα κεντρικά όργανα αποφασίζουν για τοπικά θέματα που δεν γνωρίζουν, στερώντας έτσι από την περιφέρεια το δικαίωμα διαχείρισης τοπικών προβλημάτων.

«Σύμφωνα με το αποκεντρωτικό σύστημα, ένα μέρος της αποφασιστικής εξουσίας της κεντρικής διοίκησης μεταβιβάζεται στα περιφερειακά κρατικά όργανα, π.χ. στο νομάρχη ή στον περιφερειάρχη» (Σαΐτης, σ. 28). Τα χαρακτηριστικά ενός αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης είναι:

- Η απαλλαγή της κεντρικής διοίκησης από υποχρεώσεις τοπικού ενδιαφέροντος και η προώθηση της περιφέρειας.
- Η επίλυση των προβλημάτων των πολιτών σε λιγότερο χρόνο και σε μικρότερο κόστος.
- Η τόνωση του αισθήματος ευθύνης των περιφερειακών οργάνων σε αύξηση του ενδιαφέροντος τους για την πραγματοποιούμενη εργασία.

Μειονεκτήματα αποτελούν:

- Η κατάχρηση εξουσία από τις τοπικές αρχές
- Η αδυναμία λύσης προβλημάτων λόγω έλλειψης γνώσεων
- Ο κίνδυνος για ανομοιομορφία διοικητικών ενεργειών που συνεπάγεται άνιση μεταχείριση των πολιτών.

Ένα σύστημα υγείας που ακολουθεί πολιτική αποκέντρωσης εξουσίας ενθαρρύνει τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομειακών μονάδων να λάβουν σημαντικές αποφάσεις. Αντίθετα, όταν η εξουσία περιορίζεται στην κορυφή της πυραμίδας, η λήψη σημαντικών αποφάσεων πραγματοποιείται από την ηγεσία του αρμόδιου υπουργείου.

## 6.4 Υποδείξεις για Διοικητική Εφαρμογή

Η νοσοκομειακή μονάδα καλείται σταδιακά να μετασχηματιστεί σε ένα σημαντικό φορέα διαμόρφωσης και άσκησης υγειονομικής πολιτικής. Στο πλαίσιο αυτό η αποκέντρωση δεν μπορεί να περιοριστεί σε διοικητική αναδιάρθρωση αλλά θα χρειαστεί να συμπεριλάβει ουσιαστικές αρμοδιότητες και ευθύνες που να εξασφαλίζουν την ποιοτική αναβάθμιση της νοσοκομειακής μονάδας. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται περιθώριο σχετικής αυτονομίας με εναλλακτικές εμπειρίες, μεθόδους και περιεχόμενα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών και κατ' επέκταση και των υπολοίπων συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, σημαντική θα ήταν για παράδειγμα η υποστήριξη και υποκίνηση από την πλευρά της νοσοκομειακής μονάδας της συνεχούς επιμόρφωσης των γιατρών όχι μόνο πάνω στο γνωστικό τους αντικείμενο, αλλά και σε μεθόδους αντιμετώπισης των ασθενών ή την διαχείριση κρίσεων. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται και η συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την νοσοκομειακή μονάδα. Επιπλέον απαιτείται μια γενικότερη προσαρμογή του οργανισμού υγείας σε νέες μεθόδους θεραπείας, σε νέες τεχνολογίες, νέα γνωστικά αντικείμενα. Όλα αυτά αποτελούν σοβαρότατους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από την νοσοκομειακή μονάδα και διαμορφώνουν τι αντιλήψεις των συμμετεχόντων στην διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αυτή η ανασυγκρότηση αποτελεί μια πρόκληση για την νοσοκομειακή μονάδα που καλείται να δώσει νέο νόημα στον όρο αυτό, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και ευθύνες για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προκλήσεων και αναγκών της μικροκοινωνίας στην οποία βρίσκεται. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η νοσοκομειακή μονάδα προβάλλεται ως το κύτταρο του συστήματος υγείας που προσφέρεται τόσο για την κριτική υποδοχή της υγειονομικής πολιτικής που διαμορφώνεται κεντρικά, όσο και για την διαμόρφωση εσωτερικής υγειονομικής πολιτικής της μονάδας για το νοσοκομείο και την κοινωνία.

Για να πραγματοποιηθούν αυτά χρειάζεται πολύ δουλειά και για να αλλάξουν οι δομές της νοσοκομειακής μονάδας, αλλά και να αλλάξει αυτό που έχει

διαμορφωθεί έως σήμερα. Ίσως χρειαστεί ο στόχος των αλλαγών και των μεταρρυθμίσεων να είναι η νοσοκομειακή μονάδα στο σύνολο της και όχι οι πολίτες.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι πρέπει, για μια αποτελεσματική οργάνωση της υγείας, που να στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, να καθοριστεί η στρατηγική ενεργητικής συμμετοχής στην βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία προς όφελος αυτής της κοινωνίας. Η απόφαση για την μορφή της συμμετοχής είναι καθαρά πολιτική και εξαρτάται από τον βαθμό δημοκρατικής ελευθερίας και την ταυτότητα της κεντρικής εξουσίας.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

Παρακάτω παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στους ερωτηθέντες.

# **ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

## **ΣΧΟΛΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

### **ΤΜΗΜΑ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ**

#### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**« Βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Περίπτωση**

**Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος.»**

Με αυτό το ερωτηματολόγιο σκοπός μας είναι να μετρήσουμε κατά πόσο κοινό είναι ευχαριστημένο με τις προσφερόμενες παροχές στα νοσοκομεία και κατά τη γνώμη τους ποιοι τομείς χρήζουν βελτίωσης, αλλαγής ή και αντικατάστασης.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου βασίστηκε πάνω στο μοντέλο SERVQUAL και στα 5 χάρματα. Το μοντέλο SERVQUAL στηρίζεται στη θεωρία της διάψευσης των προσδοκιών, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής, βάσει των προσωπικών τους αναγκών, της προηγούμενης εμπειρίας τους με δημόσια νοσοκομεία, αλλά και της επικοινωνίας με άλλους ασθενείς, δημιουργεί συγκεκριμένες προσδοκίες αναφορικά με τις υπηρεσίες που τα δημόσια νοσοκομεία είναι σε θέση να προσφέρουν.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από δύο πίνακες. Ο πρώτος πίνακας αφορά τη σύγκριση ανάμεσα στις ιδιωτικές κλινικές και στα δημόσια νοσοκομεία. Ο δεύτερος πίνακας αφορά στην οικονομική κρίση και τις μεταβολές των βασικών μεταβλητών του μοντέλου ποιότητας πριν και μετά τη κρίση.

## ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Σε αυτό το μέρος της έρευνας θα ασχοληθούμε με την γνώμη σας για τα Δημόσια Νοσοκομεία. Παρακαλούμε να δείχνουν το βαθμό στον οποίο πιστεύετε ότι τα Δημόσια Νοσοκομεία θα πρέπει να κατέχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Αυτό που μας ενδιαφέρει εδώ είναι ένας αριθμός που να δείχνει όσο καλύτερα τις προσδοκίες σας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Δημόσιων Νοσοκομείων.

Θα πρέπει να κατατάξετε κάθε πρόταση ως εξής :

- 1=Συμφωνώ πάρα πολύ
- 2= Συμφωνώ
- 3=Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ
- 4= Διαφωνώ
- 5= Διαφωνώ πάρα πολύ

## ΦΥΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Η εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται με σύγχρονο και μοντέρνο εξοπλισμό. \_\_\_\_\_
2. Τα δημόσια νοσοκομεία είναι σε σημείο εύκολα προσβάσιμο . \_\_\_\_\_
3. Οι εγκαταστάσεις στα δημόσια νοσοκομεία σας εξυπηρετούν κατά την διαμονή ή αναμονή σας \_\_\_\_\_
4. Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ειδικές κατασκευές για άτομα με ειδικές ανάγκες. \_\_\_\_\_
5. Η εμφάνιση του ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι προσεγμένη και κατάλληλη. \_\_\_\_\_
6. Το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία έχει προσεγμένη εμφάνιση και τηρεί τον κώδικα υγιεινής \_\_\_\_\_
7. Το διοικητικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία έχει προσεγμένη και κατάλληλη εμφάνιση \_\_\_\_\_
8. Τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν τον αναγκαίο χώρο για την διαμονή των συνοδών \_\_\_\_\_
9. Η ποιότητα του φαγητού που σερβίρεται στα δημόσια νοσοκομεία είναι καλή \_\_\_\_\_

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ \_\_\_\_\_

## ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Οι ακόλουθες δηλώσεις σχετίζονται με τις συναισθήματα για ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο, στην προκειμένη περίπτωση, μελετάμε το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος». Παρακαλούμε να δείχνουν τον βαθμό στον οποίο πιστεύετε ότι αυτό το νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», έχει τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στις παρακάτω προτάσεις. Υπάρχει μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 7 που δείχνει τις αντιλήψεις σχετικά με το νοσοκομείο «Άγιος Παύλος».

Θα πρέπει να κατατάξετε κάθε πρόταση ως εξής :

- 1=Συμφωνώ πάρα πολύ
- 2= Συμφωνώ
- 3=Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ
- 4= Διαφωνώ
- 5= Διαφωνώ πάρα πολύ

## ΦΥΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Η εξυπηρέτηση στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» γίνεται με σύγχρονο και μοντέρνο εξοπλισμό. \_\_\_\_\_
2. Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι σε εύκολα προσβάσιμο σημείο. \_\_\_\_\_
3. Οι εγκαταστάσεις στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» σας εξυπηρετούν κατά την διαμονή ή αναμονή σας \_\_\_\_\_
4. Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» υπάρχουν ειδικές κατασκευές για άτομα με ειδικές ανάγκες. \_\_\_\_\_
5. Η εμφάνιση του ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι προσεγμένη και κατάλληλη \_\_\_\_\_
6. Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει προσεγμένη εμφάνιση και τηρεί τον κώδικα υγιεινής \_\_\_\_\_
7. Το διοικητικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει προσεγμένη και κατάλληλη εμφάνιση \_\_\_\_\_
8. Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» παρέχει τον αναγκαίο χώρο για την διαμονή των συνοδών \_\_\_\_\_
9. Η ποιότητα του φαγητού που σερβίρεται στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι καλή \_\_\_\_\_

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ \_\_\_\_\_

### ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

10. Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί τηρούν τη σειρά προτεραιότητας και εξυπηρετούν τα προκαθορισμένα ραντεβού χωρίς καθυστερήσεις \_\_\_\_\_

11. Στα έκτακτα περιστατικά ή στα εφημερεύοντα νοσοκομεία οι πρώτες διαγνώσεις των γιατρών είναι πάντα σωστές \_\_\_\_\_

12. Σε τυχόν λάθη τα δημόσια νοσοκομεία αναγνωρίζουν τα λάθη τους \_\_\_\_\_

13. Το ιατρικό προσωπικό των δημοσίων νοσοκομείων απαρτίζεται από άτομα που εμπνέουν αξιοπιστία και σιγουριά για την φροντίδα των ασθενών \_\_\_\_\_

14. Οι νοσηλευτές είναι άτομα που σας κάνουν να τους εμπιστευτείτε για την δική σας φροντίδα των ή συγγενών σας \_\_\_\_\_

15. Οι διοικητικοί υπάλληλοι στα δημόσια νοσοκομεία είναι αξιόπιστα άτομα και γρήγορα στην δουλεία τους \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

### ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

16. Στα Δημόσια νοσοκομεία η ανταπόκριση των γιατρών στα επείγοντα περιστατικά είναι άμεση \_\_\_\_\_

17. Η εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία από το διοικητικό προσωπικό είναι γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική \_\_\_\_\_

18. Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία είναι αντάξια των απαιτήσεων σας \_\_\_\_\_

19. Το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες των ασθενών χωρίς καθυστερήσεις \_\_\_\_\_

20. Η εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται χωρίς προβλήματα και ταχύτητα \_\_\_\_\_

21. Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι επαρκής \_\_\_\_\_

22. Οι συνοδοί έχουν καλή αντιμετώπιση από το προσωπικό του νοσοκομείου \_\_\_\_\_

23. Η διατροφή που ακολουθούν οι ασθενείς είναι σωστή και κατάλληλη \_\_\_\_\_

24. Τα δημόσια νοσοκομεία φροντίζουν για την διατροφή των συνόδων, συμπεριλαμβάνοντας στους στα γεύματα \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

### ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

10. Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» οι γιατροί τηρούν τη σειρά προτεραιότητας και εξυπηρετούν τα προκαθορισμένα ραντεβού χωρίς καθυστερήσεις \_\_\_\_\_

11. Στα έκτακτα περιστατικά ή στις εφημερίες οι πρώτες διαγνώσεις των γιατρών είναι πάντα σωστές \_\_\_\_\_

12. Σε τυχόν λάθη το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» αναγνωρίζει τα λάθη του \_\_\_\_\_

13. Το ιατρικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» απαρτίζεται από άτομα που εμπνέουν αξιοπιστία και σιγουριά για την φροντίδα των ασθενών \_\_\_\_\_

14. Οι νοσηλευτές στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι άτομα που σας κάνουν να τους εμπιστευτείτε για την δική σας φροντίδα των ή συγγενών σας \_\_\_\_\_

15. Οι διοικητικοί υπάλληλοι στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι αξιόπιστα άτομα και γρήγορα στη δουλεία τους \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

### ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

16. Στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» η ανταπόκριση των γιατρών στα επείγοντα περιστατικά είναι άμεση \_\_\_\_\_

17. Η εξυπηρέτηση στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» από το διοικητικό προσωπικό είναι γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική \_\_\_\_\_

18. Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι αντάξια των απαιτήσεων σας \_\_\_\_\_

19. Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες των ασθενών χωρίς καθυστερήσεις \_\_\_\_\_

20. Η εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» γίνεται ταχύτητα και χωρίς προβλήματα \_\_\_\_\_

21. Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι επαρκής \_\_\_\_\_

22. Οι συνοδοί έχουν καλή αντιμετώπιση από το προσωπικό του Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» \_\_\_\_\_

23. Η διατροφή που ακολουθούν οι ασθενείς στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι κατάλληλη \_\_\_\_\_

24. Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» φροντίζει για την διατροφή των συνόδων, συμπεριλαμβάνοντας τους στα γεύματα \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

25. Το ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων είναι εφοδιασμένο με τα κατάλληλα προσόντα και έτοιμο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς \_\_\_\_\_

26. Το διοικητικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία έχει την γνώση και μπορεί να λύσει την όποια απορία σχετικά με διαδικαστικά θέματα νοσοκομείου \_\_\_\_\_

27. Το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία είναι άριστα καταρτισμένο και έχει πολλές γνώσεις \_\_\_\_\_

28. Τα δημόσια νοσοκομεία τηρούν πλήρως τις προϋποθέσεις υγιεινής \_\_\_\_\_

29. Κατά την παραμονή σας σε δημόσιο νοσοκομείο η περιουσία σας και η σωματική σας ακεραιότητα είναι απόλυτα ασφαλής \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ**

30. Οι γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία δείχνουν προσωπικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς \_\_\_\_\_

31. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι πολύ ευγενική προς τους ασθενείς και είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν και να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς \_\_\_\_\_

32. Η αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι καλή. \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

25. Το ιατρικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι εφοδιασμένο με τα κατάλληλα προσόντα και έτοιμο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς \_\_\_\_\_

26. Το διοικητικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» έχει την γνώση και μπορεί να λύσει την όποια απορία σχετικά με διαδικαστικά θέματα νοσοκομεία \_\_\_\_\_

27. Το νοσηλευτικό προσωπικό στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι άριστα καταρτισμένο και έχει πολλές γνώσεις \_\_\_\_\_

28. Το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» τηρεί πλήρως τις προϋποθέσεις υγιεινής \_\_\_\_\_

29. Κατά την παραμονή σας στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» η περιουσία σας και η σωματική σας ακεραιότητα είναι απόλυτα ασφαλής \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ**

30. Οι γιατροί στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» δείχνουν προσωπικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς \_\_\_\_\_

31. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» είναι πολύ ευγενική προς τους ασθενείς και είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν και να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς \_\_\_\_\_

32. Η αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι καλή. \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ** \_\_\_\_\_

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1 :

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	_____
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ	_____
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ	_____
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	_____
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑΣ	_____
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	_____
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	_____

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑΣ SERVQUAL

Παρακάτω παρατίθενται 5 χαρακτηριστικά που αφορούν τα Δημόσια Νοσοκομεία και τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο σημαντικό είναι το κάθε ασθενή. Παρακαλώ κατανέμετε 100 πόντους ανάμεσα στις 5 προτάσεις ανάλογα με το πόσο σημαντικό είναι για εσάς. Βεβαιωθείτε ότι το σύνολο είναι 100 πόντοι.

Π1: Η εμφάνιση και η φυσική κατάσταση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού όσο και των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου	_____ πόντοι
Π2: Η ικανότητα του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου να εκτελέσει τις λειτουργίες του με αξιοπιστία και ακρίβεια	_____ πόντοι
Π3: Η προθυμία του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου να βοηθήσει τους ασθενείς και να τους προσφέρει άμεση εξυπηρέτηση	_____ πόντοι
Π4: Η γνώση και η ευγένεια του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και η ικανότητα τους να παρέχουν εμπιστοσύνη και σιγουριά	_____ πόντοι
Π5: Η προσοχή και η ιδιαίτερη φροντίδα που παρέχει το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό σε κάθε ασθενή ξεχωριστά	_____ πόντοι

**ΣΥΝΟΛΟ 100 ΠΟΝΤΟΙ**

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ

SERVQUAL ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΣΚΟΡ ΑΠΟ ΠΙΝΑΚΑ 1	ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ X SERVQUAL- ΠΙΝΑΚΑΣ 2	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑΣ			
<b>ΣΥΝΟΛΟ :</b>			



## Βιβλιογραφική Αναφορά

- Γούναρης, Σ., *Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα, 2003
- Δικαίος, Κ., Κοτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*
- Κονδύλη, Η., (2009), *Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα- χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*
- Μουντοκαλάκης, Θ., (2009), *Γενική Ιατρική και Εθνικό Σύστημα Υγείας: σύγκριση εννοιών και στόχων. Έναρξη 4ου Κύκλου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Γενική Ιατρική & στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αθήνα: Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*
- Coxe, W. *Marketing Architectural and Engineering Services*, 2nd Edition: Malabar, Krieger Publishing Company, 1990
- Gilmore, A., 2003, *Services Marketing and Management*, p. 43, Sage Publication Ltd., London
- Cronin, J. J and Taylor, S. A (1992), "Measurement of service quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*

## Ηλεκτρονικές Πηγές

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

[www.agpavlos.gr](http://www.agpavlos.gr)

[www.qualitynet.gr](http://www.qualitynet.gr)

[news.karpasha.com](http://news.karpasha.com)

[www.bizwriter.gr](http://www.bizwriter.gr)

[www.pr4net.gr](http://www.pr4net.gr)

[www.allhandmgt.com](http://www.allhandmgt.com)

[www.isth.gr](http://www.isth.gr)

[www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)

[www.oraelladas.fr](http://www.oraelladas.fr)

[www.healthview.gr](http://www.healthview.gr)

[www.mog.goc.cy](http://www.mog.goc.cy)