



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΩΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ "ΕΛΕΝΑ
ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ "ΛΗΤΩ"»**

ΜΠΕΡΤΣΟΥ Γ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΣΤΑΥΡΑΚΟΥΔΗ Σ. ΣΩΤΗΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009

Αφιερώνεται στις οικογένειες μας,
για την κατανόηση και την αμέριστη συμπαράσταση.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νοιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε το προσωπικό των μαιευτηρίων «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» και «ΛΗΤΩ», για τη συνεργασία και τη χορήγηση των απαιτούμενων στοιχείων. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κ. Ελένη Σιουρούνη για την γενική καθοδήγηση και την ουσιαστική συμβολή της στην εκπόνηση της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γέννηση ενός παιδιού στην οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό και ευτυχές γεγονός για τη συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων. Η ελαχιστοποίηση των περιπλοκών, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η γέννηση υγιών παιδιών αποτελεί στόχο της εθνικής πολιτικής υγείας, η οποία στη χώρα μας έχει αφιεθεί κυρίως στην οικογένεια και την έγκυο μητέρα.

Η φύση του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί ασθένεια, δημιουργεί την ανάγκη για παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών όχι μόνο στα στενά ιατρικά επίπεδα, αλλά υπηρεσιών που σχετίζονται πολύ περισσότερο και με το ξενοδοχειακό τμήμα του νοσοκομείου.

Σε αντίθεση με τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, στις μαιευτικές υπηρεσίες κυριαρχεί η ιδιωτική παροχή – ή τουλάχιστον η υπεροχή του ιδιωτικού τομέα είναι ευδιάκριτη. Από το σύνολο του υγειονομικού τομέα, ο κλάδος των μαιευτικών – γυναικολογικών θεραπευτηρίων εμφανίζεται ως ο πιο ιδιωτικοποιημένος κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις, χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά κερδοφορίας σε σχέση με τον ευρύτερο κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αδυναμία των δημόσιων νοσοκομείων όπως : γραφειοκρατία, συνθήκες νοσηλείας, ελλιπής υλικοτεχνική και ξενοδοχειακή υποδομή, μη επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου.

Οι αντιλήψεις αυτές, διαμορφώνουν τα δεδομένα της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών, το μέγεθος της οποίας προσδιορίζεται από την πραγματική ζήτηση, δηλαδή από το συνολικό αριθμό των επιθυμητών συλλήψεων που οδηγούν στη συνέχιση της κύησης και διαμορφώνουν τελικά το συνολικό αριθμό των τοκετών κατ' έτος. Εάν λοιπόν, η ζήτηση για τοκετούς θεωρηθεί σταθερή, η προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών οφείλει να προσανατολιστεί στην ικανοποίηση της. Στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η συρρίκνωση του μεριδίου αγοράς της δημόσιας παροχής κατά τα τελευταία χρόνια, καθώς και ο περιορισμός της σε στρώματα χαμηλού εισοδήματος, ιδίως στις μεγάλες πόλεις, έχει αφήσει την πρωτοβουλία των κινήσεων στον ιδιωτικό τομέα (Ματσαγγάνης,2001).

Από όλα τα παραπάνω γεννιέται ένα ερώτημα : «είναι μόνο θέμα κουλτούρας ότι οι Ελληνίδες επιλέγουν να γεννήσουν στα ιδιωτικά μαιευτήρια ή οι ελλείψεις γενικότερης υποδομής των δημόσιων μαιευτηρίων τις οδηγεί σε αυτή την επιλογή»; Την απάντηση θα δώσει η συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών στοιχείων. Σε ότι αφορά την πρωτογενή έρευνα έγινε μέσω ερωτηματολογίων προς το προσωπικό και τις νοσηλευόμενες ασθενείς του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» και του Ιδιωτικού Μαιευτηρίου «ΛΗΤΩ».

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	6
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	13
ΜΕΡΟΣ Α' : ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	13
1.1. Η έννοια της ποιότητας.....	13
1.2. Η σημασία της ποιότητας.....	14
1.4. Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας.....	18
1.4.1. Διάρθρωση του τομέα υγείας	18
1.4.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας.....	18
1.5. Η μέτρηση της ποιότητας.....	19
1.5.1. Ικανοποίηση ασθενών.....	21
1.5.2. Ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας	22
ΜΕΡΟΣ Β' : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
1.6. Ιστορική αναδρομή	23
1.7. Οι τρεις «εποχές» της οικονομίας της Υγείας.....	24
1.8. Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.....	26
1.9. Νοσοκομειακή Περίθαλψη.....	26
1.10. Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας	27
1.11. Ευρωπαϊκή Εμπειρία.....	28
1.12. Ο κλάδος των μαιευτηρίων	29
1.12.1. Ο δημόσιος κλάδος των μαιευτηρίων.....	30
1.12.2. Ο ιδιωτικός κλάδος των μαιευτηρίων.....	31
1.13. Ασφαλιστικά ταμεία και κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών	34
1.14. Η σημασία και ο ρόλος του μαιευτήρα-γυναικολόγου	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	39
ΜΕΡΟΣ Α' : ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ»	39
2.1. Παρουσίαση του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη».....	39
2.2. Οι πρωτοποριακές δραστηριότητες του «Μαρίκα Ηλιάδη»	39
2.2.1. Η ίδρυση νέων επιστημονικών μονάδων	39

2.2.2. Η γέννηση της Νεογνολογίας.....	40
2.2.3. Το πρώτο τμήμα πρόωρων στην Ελλάδα.....	40
2.2.4. Τράπεζα ανθρώπινου γάλακτος.....	41
2.2.5. Σχολή μαιών «Βιργινία Σκυλίτση».....	41
2.3. Ο ανταγωνισμός.....	42
2.4. Ο ρόλος της Πολιτείας.....	42
2.5. Η κρατικοποίηση του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη».....	43
2.6. Σκοπός του μαιευτηρίου.....	44
2.7. Οργανόγραμμα του Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	45
2.7.1 Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας.....	45
2.7.2. Διάρθρωση νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	45
2.7.3. Διάρθρωση διοικητικής υπηρεσίας.....	46
ΜΕΡΟΣ Β' : ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΛΗΤΩ».....	47
2.8. Παρουσίαση του μαιευτηρίου «Λητώ».....	47
2.9. Όραμα – Αποστολή Εταιρείας.....	49
2.10. Αντικειμενικοί σκοποί εταιρείας.....	50
2.11. Παρεχόμενες υπηρεσίες.....	50
2.12. Θέση της εταιρείας στον κλάδο των ιδιωτικών μαιευτηρίων.....	51
2.13. Επιχειρησιακό περιβάλλον του μαιευτηρίου «Λητώ».....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	54
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
3.1. Πρωτογενής έρευνα.....	54
3.1.1. Υλικό.....	54
3.1.2. Μέθοδος.....	54
3.2. Γενικά για την έρευνα αγοράς.....	54
3.3. Η τακτική της έρευνας.....	56
3.3.1. Γενικά στοιχεία.....	56
3.3.2. Πληθυσμός.....	56
3.3.3. Δειγματοληψία.....	56
3.3.4. Ερωτηματολόγια.....	57
3.3.4.1. Ερωτηματολόγια νοσηλευόμενων ασθενών.....	58
3.3.4.2. Ερωτηματολόγια προσωπικού.....	59
3.4. Συλλογή δεδομένων.....	59
3.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	60
3.6. Ανάλυση ερωτηματολογίων.....	61
3.6.1. Ερωτηματολόγια νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	61
3.6.2. Ερωτηματολόγια προσωπικού του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	70
3.6.3. Ερωτηματολόγια νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ».....	74
3.6.4. Ερωτηματολόγια προσωπικού του μαιευτηρίου «Λητώ».....	83

3.7. Συμπεράσματα έρευνας.....	87
3.8. Προτάσεις βελτίωσης.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91
ΣΥΝΟΨΗ	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	97

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3.1. Ηλικία νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	61
Διάγραμμα 3.2. Εκπαίδευση νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	61
Διάγραμμα 3.3. Επαγγελματική δραστηριότητα νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	62
Διάγραμμα 3.4. Λόγοι επιλογής νοσηλείας στο μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»...62	
Διάγραμμα 3.5. Αξιολόγηση υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	64
Διάγραμμα 3.6. Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των διαγνωστικών εξετάσεων από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	65
Διάγραμμα 3.7. Αξιολόγηση του δωματίου νοσηλείας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	65
Διάγραμμα 3.8. Αξιολόγηση ποιότητας / ποσότητας φαγητού από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	66
Διάγραμμα 3.9. Αξιολόγηση της τηλεφωνικής εξυπηρέτησης από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	66
Διάγραμμα 3.10. Αξιολόγηση της ενδοεπικοινωνίας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	67
Διάγραμμα 3.11. Γενική εκτίμηση των νοσηλευομένων του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.....	67
Διάγραμμα 3.12. Επιλογή του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» για μελλοντική νοσηλεία.....	68
Διάγραμμα 3.13. Καταμερισμός προσωπικού μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	69
Διάγραμμα 3.14. Για ποιους λόγους οι ιατροί επέλεξαν να εργασθούν στο μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου».....	70
Διάγραμμα 3.15. Αξιολόγηση του προσωπικού από το ίδιο το προσωπικό του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου».....	71
Διάγραμμα 3.16. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Έλενα Βενιζέλου».....	72
Διάγραμμα 3.17. Ηλικία νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ».....	73

Διάγραμμα 3.18. Εκπαίδευση νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ».....	74
Διάγραμμα 3.19. Επαγγελματική δραστηριότητα νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ».....	74
Διάγραμμα 3.20. Λόγοι επιλογής νοσηλείας στο μαιευτηρίου «Λητώ».....	75
Διάγραμμα 3.21. Αξιολόγηση υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ».....	77
Διάγραμμα 3.22. Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των διαγνωστικών εξετάσεων από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του μαιευτηρίου «Λητώ».....	78
Διάγραμμα 3.23. Αξιολόγηση του δωματίου νοσηλείας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ».....	78
Διάγραμμα 3.24. Αξιολόγηση ποιότητας / ποσότητας φαγητού από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ».....	79
Διάγραμμα 3.25. Αξιολόγηση της τηλεφωνικής εξυπηρέτησης από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ».....	79
Διάγραμμα 3.26. Αξιολόγηση της ενδοεπικοινωνίας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ».....	80
Διάγραμμα 3.27. Γενική εκτίμηση των νοσηλευομένων του μαιευτηρίου «Λητώ» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.....	81
Διάγραμμα 3.28. Επιλογή του μαιευτηρίου «Λητώ» για μελλοντική νοσηλεία.....	81
Διάγραμμα 3.29. Καταμερισμός προσωπικού μαιευτηρίου «Λητώ».....	82
Διάγραμμα 3.30. Με ποια άλλα μαιευτήρια συνεργάζονται οι ιατροί του μαιευτηρίου «Λητώ».....	83
Διάγραμμα 3.31. Για ποιους λόγους συνεργάζονται με άλλα μαιευτήρια οι ιατροί του μαιευτηρίου «Λητώ».....	84
Διάγραμμα 3.32. Για ποιους λόγους οι ιατροί επέλεξαν να συνεργασθούν με το μαιευτήριο «Λητώ».....	84
Διάγραμμα 3.33. Αξιολόγηση του προσωπικού από το ίδιο το προσωπικό του μαιευτηρίου «Λητώ».....	85
Διάγραμμα 3.34. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Λητώ».....	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα γραπτή εργασία, εκπονήθηκε στο πλαίσιο του μαθήματος πτυχιακής εργασίας, του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π., της Σχολής Σ.Δ.Ο., του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας. Σκοπός της μελέτης, είναι η σύγκρισης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, ερευνώντας τις περιπτώσεις του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» και του Μαιευτηρίου «ΛΗΤΩ».

Εικάζουμε ότι οι ελλείψεις της γενικότερης υποδομής των δημόσιων μαιευτηρίων οδηγεί τις Ελληνίδες να επιλέγουν ιδιωτικές κλινικές προκειμένου να γεννήσουν.

Ακολουθώντας το μοντέλο έρευνας marketing (Kotler Ph., 2000) και το μοντέλο εξέλιξης ενός ερευνητικού προγράμματος (Πετράκης Μ., 1999), συγκεντρώθηκαν δευτερογενή στοιχεία που επιβεβαίωσαν τα παραπάνω. Μεθοδολογικά και όσον αφορά στο ερευνητικό τμήμα αυτής, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την ποιοτικής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι ερωτώμενοι ήταν τόσο το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό) όσο και νοσηλευόμενες ασθενείς και των δύο Μαιευτηρίων.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν και οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν για την αποτελεσματική περάτωση της έρευνας. Το σημαντικότερο πρόβλημα ανέκυψε κατά την διεξαγωγή της έρευνας στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», εξαιτίας της σχεδόν πλήρους έλλειψης οργανωμένων στοιχείων / αρχείων, η οποία οφείλεται κυρίως στην γενικότερη έλλειψη μηχανογράφησης των δημόσιων νοσοκομείων. Υπήρχε απροθυμία συνεργασίας των υπαλλήλων και παρουσιάστηκαν έντονα γραφειοκρατικά φαινόμενα, δυσχεραίνοντας την πρόσβαση στα τμήματα του νοσοκομείου. Ένα ακόμα αδύνατο σημείο της έρευνας, είναι η εξειδικευμένη και πιθανόν η ελλιπής βιβλιογραφία στα θέματα των μαιευτικών υπηρεσιών.

Η παρούσα έρευνα, παρά τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά την διεξαγωγή της είναι μια έρευνα αξιόπιστη και αντικειμενική, κατά την διεκπεραίωση της λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα και οι προφυλάξεις ώστε να είναι αντικειμενική και αμερόληπτη. Επίσης, δόθηκαν διαβεβαιώσεις σε όσους συμμετείχαν στην έρευνα ότι διεξάγεται με κώδικα δεοντολογίας και ότι θα τηρηθεί

απόλυτη εχεμύθεια, τόσο ως προς τα δημογραφικά στοιχεία όσο και ως προς τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο Πρώτο Μέρος του 1^{ου} Κεφαλαίου, έγινε προσπάθεια προσέγγισης της «ποιότητας» στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας, ταυτίζεται κυρίως με την παροχή των αναγκαίων και πλέον αποτελεσματικών υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των «πελατών» και των εργαζομένων.

Στη συνέχεια, στο Δεύτερο Μέρος του 1^{ου} Κεφαλαίου πραγματοποιείται ανασκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και παρουσιάζεται η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών. Στο 2^ο Κεφαλαίο δίνονται οι περιγραφές των δύο υπό εξέταση νοσοκομείων.

Ακολουθεί το 3^ο Κεφάλαιο, όπου αναλύεται ο σχεδιασμός της έρευνας που σκοπό είχε να απαντηθεί το ερώτημα : «είναι μόνο θέμα κουλτούρας ότι οι Ελληνίδες επιλέγουν να γεννήσουν στα ιδιωτικά μαιευτήρια ή οι ελλείψεις γενικότερης υποδομής των δημόσιων μαιευτηρίων τις οδηγεί σε αυτή την επιλογή»;

Στην τελευταία ενότητα της εργασίας θα αναλύσουμε τα ευρήματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΜΕΡΟΣ Α' : ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1. Η έννοια της ποιότητας

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί αναφέρουν ως κοιτίδα την Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο Αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών. Ανάμεσα στις προτάσεις του, που συνοψίζονται σε 14 σημεία, ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο (management by objectives) (Deming We., 1986).

Έτερος θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία θεωρείται ο Joseph M. Juran, ο οποίος, την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης (Juran Jm., Gryna Fm., 1988).

Τι είναι όμως η ποιότητα; Μια απάντηση στο ερώτημα είναι αυτή που διατύπωσε ο Kant, ο οποίος διατείνεται ότι «Ποιότητα είναι η έννοια ενός πράγματος αυτού καθ' εαυτό» (Kant, 1964) έξω δηλαδή, από την αντίληψη που μπορεί να έχει κάποιος για την πραγματικότητα του αντικειμένου. Όταν αναφερόμαστε σε οικονομικά αγαθά η ερώτηση αυτή μπορεί να απαντηθεί από δύο σκοπίες, από την πλευρά του πελάτη και από την άλλη της επιχείρησης.

Όσον αφορά στον πελάτη:

- Ποιότητα είναι η ικανότητα που έχει το προϊόν να ικανοποιήσει τον πελάτη. Βέβαια, επειδή σε ένα προϊόν την ικανότητα να ικανοποιεί τον πελάτη την προσδίδουν τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, αλλά και η γενικότερη πολιτική που εφαρμόζει για το συγκεκριμένο προϊόν η εταιρεία δύναται να διατυπώσουμε και τον παρακάτω ορισμό.

Ποιότητα είναι, τα χαρακτηριστικά του προϊόντος και το σύνολό των στοιχείων του μάρκετινγκ μέσω των οποίων το αγαθό αποκτά αξία και ικανοποιεί τις απαιτήσεις του καταναλωτή.

Όσον αφορά στην εταιρεία:

- Ποιότητα σημαίνει, ότι το προϊόν που παράγεται, ταυτίζεται με τις προδιαγραφές βάσει των οποίων κατασκευάστηκε. Το προϊόν δηλαδή το οποίο δεν είναι ελαττωματικό ή μη – συμμορφούμενο.

Διαπιστώνεται κατά συνέπεια, μια απόσταση μεταξύ των δυο προσεγγίσεων της ποιότητας. Ο μεν πελάτης, ενδιαφέρεται για την βέλτιστη ικανοποίηση της ανάγκης του, ο δε παραγωγός για την τήρηση των standards που έχει θέσει. Για την άμβλυνση της εν λόγω διαφοράς, είναι δυνατόν να διατυπωθεί ο παρακάτω ορισμός:

Ποιότητα είναι τα χαρακτηριστικά στοιχεία, ενός συμμορφούμενου, ως προς τις προδιαγραφές προϊόντος, καθώς και τα στοιχεία του μάρκετινγκ της εταιρείας που προσθέτουν αξία στο αγαθό και πληρούν τις ελάχιστες απαιτήσεις του πελάτη.

1.2. Η σημασία της ποιότητας

Η σημασία της ποιότητας, είναι σπουδαία για την επιχείρηση και αυτό γιατί αποτελεί ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για το κάθε προϊόν. Στην εποχή του κορεσμού, όπου οι πιθανότητες παραγωγής πρωτότυπων προϊόντων μειώνονται, η επικέντρωση στην ποιότητα είναι μονόδρομος.

Η ποιότητα έχει ευεργετικές συνέπειες σε διαφορετικούς τομείς που επηρεάζουν την επιτυχία μιας εταιρείας. Οι τομείς αυτοί είναι:

i. κόστος – κέρδος

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1.1, μια αύξηση στην ποιότητα επιδρά στην αγορά και στην παραγωγή. Όσον αφορά στην αγορά, ένα ποιοτικό προϊόν ενισχύει την ανταγωνιστική θέση της εταιρείας και οδηγεί στην αύξηση του μεριδίου της στην αγορά. Συνέπεια είναι η αύξηση του κέρδους.

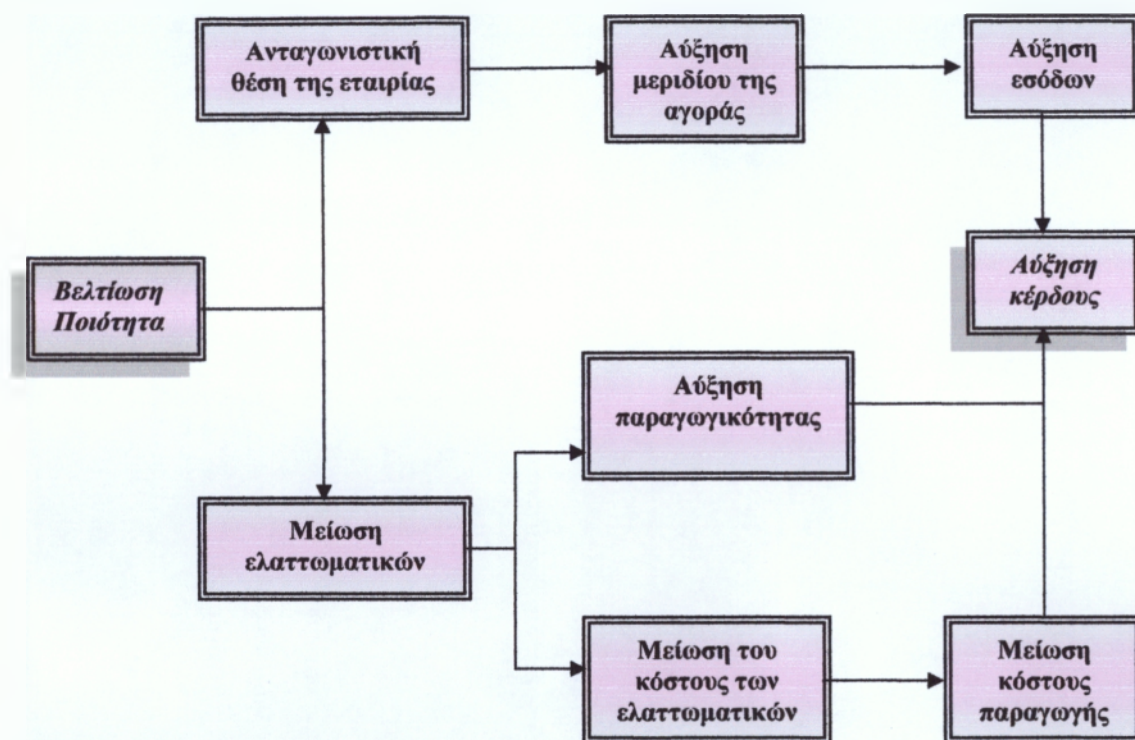
Από την άλλη πλευρά, συντελείται μείωση των ελαττωματικών προϊόντων που σημαίνει απευθείας αύξηση της παραγωγικότητας, ενώ παράλληλα μειώνεται το κόστος παραγωγής, επανακατεργασιών και βέβαια μειώνονται οι δαπάνες για εγγυήσεις και αποζημιώσεις.

Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση των κερδών.

ii. φήμη

Όπως μια εταιρεία παράγει ή και εμπορεύεται ποιοτικά προϊόντα τα οποία ικανοποιούν τους πελάτες της, τότε αποκτά και εδραιώνει καλή φήμη. Αξίζει, ενδεικτικά της σημασίας της καλής φήμης, να αναφερθεί ότι ένας δυσареστημένος

πελάτης επηρεάζει αρνητικά άλλους είκοσι, ενώ ένας ευχαριστημένος προσελκύει μόνο οχτώ νέους πελάτες (Δερβιτσιώτης Κ., 1997). Κατά συνέπεια, η εταιρεία που εφαρμόζει πολιτική ποιότητας εμπνέει εμπιστοσύνη, προσελκύει και διατηρεί νέους πελάτες και κατά αυτόν τον τρόπο ασφαρίζει τη θέση της στην αγορά.



Σχήμα 1.1. Επιπτώσεις της βελτίωσης της ποιότητας στα κέρδη

Πηγή: Δερβιτσιώτης Κ., 1997

1.3. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας

Η εφαρμογή της ποιότητας τα τελευταία χρόνια επεκτάθηκε και σε άλλες δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών υγείας. Είναι κοινή διαπίστωση, ότι τα τελευταία χρόνια στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ποιότητας.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας, είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση σε σχέση με το χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και η βασική της μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν από την εφαρμογή τους στην υγεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας, έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα, στον τρόπο επίτευξης της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος, είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα.

Στον τομέα της υγείας, όμως από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπιση τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». (Τούντας Γ., 2003)

Η εξασφάλιση της πλέον κατάλληλης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής, αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ό,τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης – χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

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 (Τούντας Γ., 2003). Πρωταρχική μέθοδος 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 (Donabedian A., 1988).

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές σε μια διαδικασία περίθαλψης (Donabedian A., 1980).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για το άτομο και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson Ατ., 1996).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα 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 ασθενούς από πλευρά διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (WHO, 1993).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, είναι φανερό ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.α. και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων (Νιάκας Δ., 1993).

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, το κοινωνικό περιβάλλον κ.λπ. Οι εργαζόμενοι, επίσης πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών (Αυλώνας Ν., 1999).

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα, οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, είχε θέσει το 1980 ως στόχο την εγκατάσταση από όλα τα κράτη – μέλη μέχρι το 1990 μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (WHO, 1993).

1.4. Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσοκομεία κ.λ.π.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι:

- Η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων.
- Η ποιότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων.
- Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Κυριόπουλος Γ., και συν., 1999).

1.4.1. Διάρθρωση του τομέα υγείας

Η διάρθρωση / κατηγοριοποίηση του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι παρουσιάζεται συνοπτικά ως ακολούθως:

- Προμηθευτές Προϊόντων και Υπηρεσιών.
- Διαγνωστικά / Εργαστηριακά Κέντρα.
- Οργανισμοί Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ιατρική – νοσηλευτική φροντίδα).
- Ασφαλιστικοί Φορείς / Οργανισμοί.

1.4.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τομέα, τα οποία θα πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη μας, στην προσπάθεια σχεδιασμού αποτελεσματικών Προγραμμάτων Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι συνοπτικά τα ακόλουθα:

- i. Στον τομέα αυτό υπάρχει εξίσου σημαντική δραστηριοποίηση τόσο του δημοσίου τομέα όσο και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- ii. Ο τομέας χαρακτηρίζεται από την ποικιλία στην φύση των υπηρεσιών που καλείται να προσφέρει.
- iii. Το περιβάλλον δραστηριοποίησης όλων των εμπλεκόμενων στον τομέα αυτό παρουσιάζει μια ιδιαίτερη πολυπλοκότητα, που με τη σειρά της επιβάλλει την ανάγκη διαφοροποίησης των στρατηγικών και πολιτικών παρέμβασης.

Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και κάποιες άλλες ιδιαιτερότητες που έχουν να κάνουν με το εάν ένας οργανισμός ανήκει στον ιδιωτικό τομέα ή στον δημόσιο τομέα :

♦ **Ιδιωτικός Τομέας**

- i. Στον ιδιωτικό τομέα, οι οργανισμοί είναι θεμιτό και αποδεκτό να είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- ii. Η έννοια του ανταγωνισμού αποτελεί κυρίαρχο συστατικό χάραξης πολιτικής.
- iii. Υπάρχουν περισσότερες (και πιο ευέλικτες) μορφές / πηγές χρηματοδοτικής υποστήριξης.
- iv. Οι δομές οργάνωσης χαρακτηρίζονται από τη δυνατότητα της ευελιξίας.

♦ **Δημόσιος Τομέας**

- i. Στο δημόσιο τομέα, οι οργανισμοί δεν είναι θεμιτό και αποδεκτό να είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- ii. Η έννοια του ανταγωνισμού, αντικαθίσταται από την προσπάθεια επίτευξης ενός ελάχιστου επιπέδου ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών.
- iii. Παρατηρείται μια αδυναμία έγκαιρης προσαρμογής στις σύγχρονες μορφές οργάνωσης και διοίκησης, η οποία με τη σειρά της εστιάζει σε :
 - Έλλειψη επαρκούς και εξειδικευμένου προσωπικού, σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας και
 - Παγιωμένες συμπεριφορές.
- iv. Έλλειψη δυνατότητας «ευέλικτης» μορφής χρηματοδοτικής υποστήριξης, μιας και υπάρχουν «εντοπισμένες» και «μοναδικές» πηγές (κρατικός προϋπολογισμός – κοινωνική ασφάλιση).

1.5. Η μέτρηση της ποιότητας

Σύμφωνα με την Palmer, μέτρηση είναι «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκριση των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια» (Palmer Hr., 1991).

Επομένως, εάν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση ποιότητας (quality measurement), που συχνά αναφέρεται και ως αποτίμηση ποιότητας (quality assessment), (Wilson L., Goldshmidt P., 1995) όπου «τελειότητα» ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες

ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, προκειμένου να εντοπίζονται τα λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις (Τούντας Γ., 2003).

Η μέτρηση της ποιότητας εμπεριέχει επομένως, την έννοια της σύγκρισης με ένα προκαθορισμένο μέγεθος, ενώ όταν παρατηρείται μια δραστηριότητα σε σχέση με κάποια κριτήρια ή πρότυπα, τότε πρόκειται για επιτήρηση (monitoring), όπως για παράδειγμα όταν τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η νοσηλεύτρια ακολούθησε τις καθορισμένες διαδικασίες ή αν συμβαίνουν μετεγχειρητικές λοιμώξεις (Ovretveit J., 1992). Η επιτήρηση δηλαδή, απαντά στο ερώτημα «ναι ή όχι;», ενώ η μέτρηση στο ερώτημα «πόσο πολύ;»

Η μέτρηση ποιότητας, περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης, της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση αιτιολογικών σχέσεων. Τα δυο βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της πραγματικότητας, είναι τα διαγράμματα ροής και τα διαγράμματα αιτιότητας (Κεδίκογλου Σ., 2002).

Επίσης, σύμφωνα με τον Donabedian, οι μετρήσεις πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- i. **Δομή** (structure): Κτίρια, εξοπλισμό, υλικά, πόρους, αριθμό εργαζομένων, οργανωτική δομή. Η δομή, αποτελεί αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας.
- ii. **Διαδικασία** (process): Όλες οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής, η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους κ.α.
- iii. **Αποτελέσματα** (outcome): Η έκβαση, η μεταβολή στο επίπεδο υγείας του ασθενούς, η ικανοποίηση του και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμόρφωσης του. Σε μερικές περιπτώσεις, λόγω δυσκολίας προσδιορισμού των αποτελεσμάτων, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη, κατά προσέγγιση, παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας (Donabedian A., 1988).

1.5.1. Ικανοποίηση ασθενών

Μια ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφορά την ικανοποίηση ασθενών (patient satisfaction), η οποία αποτελεί διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια των απόψεων, των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την παραχθείσα σε αυτούς νοσηλεία κατά την έξοδο τους, ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Στις μετρήσεις αυτές, εκτός από παραδοσιακούς τομείς αξιολόγησης, όπως είναι η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται νέοι τομείς, όπως οι συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των ασθενών, οι συνθήκες διαβίωσης, διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και κάθε άλλος παράγοντας που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Σιγάλας Ι., 1999).

Προκειμένου τα ερωτηματολόγια να είναι έγκυρα, θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους εκείνους τους παράγοντες που θεωρούνται καθοριστικοί για την ικανοποίηση των ασθενών και πρέπει να προσδιορίζουν την έκταση των τιμών μέσα στις οποίες τα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε πραγματικές αξίες. Επίσης, τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι αξιόπιστα, ώστε τα αποτελέσματα να είναι επαναλήψιμα με διαφορετικά εργαλεία, ή σε διαφορετικές καταστάσεις και να είναι απλά και κατανοητά ακόμα και από ένα παιδί 11 – 12 ετών. Το δείγμα της έρευνας, δεν περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς, θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό και να διερευνάται καλά η ομάδα όσων δεν απάντησαν. Συνήθως, ο μέσος όρος συμμετοχής στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών κυμαίνεται από 35 – 45% (Cooper Mr. 2001).

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, πρώτα απ' όλα οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης με τους «πελάτες» και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Μπορεί επίσης, να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα στην έρευνα αγοράς, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων, βελτιώνει τη δυνατότητα διαχείρισης του κινδύνου και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων (Λαζάρου Π., 2001).

Επίσης, βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει

για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους 3, ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα παραπονεθεί σε 11 γνωστούς τους (Αυλώνας Ν., 1999).

Τα προβλήματα που καταγράφονται ως παράπονα αφορούν συνήθως στο χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την ποιότητα των γευμάτων και την καθαριότητα.

Από την άλλη, ορισμένοι αμφισβητούν τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν. Ό,τι επιθυμούν δεν είναι πάντα αυτό που χρειάζονται, δεν είναι πολλές φορές εύλικρινείς, γιατί είναι εξαρτημένοι από τους γιατρούς και το νοσοκομείο και ότι η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους. Έχει επίσης υποστηριχθεί, ότι υπάρχει μεγαλύτερο όφελος ανά κόστος με τις άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις ορισμένων ασθενών, ή με ομάδες εντοπισμού προβλημάτων (focus groups), παρά με τις έρευνες ερωτηματολογίων (Ovretveit J., 1992).

1.5.2. Ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας

Εκτός από την ικανοποίηση των ασθενών, ιδιαίτερης σημασία παράμετρος για την ποιότητα είναι και η επαγγελματική ικανοποίηση (job satisfaction) των επαγγελματιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας και το νοσοκομείο ειδικότερα είναι χώροι έντασης εργασίας, που η απόδοση τους εξαρτάται άμεσα από τους ανθρώπινους πόρους. Το πολύτιμο αυτό ανθρώπινο κεφάλαιο, για να είναι παραγωγικό, πρέπει να επιλέγεται σωστά, να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο από την εργασία του.

Η ικανοποίηση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, η σημασία των οποίων διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. Οι βασικότεροι από τους παράγοντες αυτούς, είναι οι οικονομικές απολαβές, το φυσικό εργασιακό περιβάλλον, η αίσθηση ασφάλειας, η επαγγελματική εξέλιξη και οι ανθρώπινες σχέσεις, ενώ συχνά αναφέρονται η συμπεριφορά της διοίκησης, οι ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, οι ευκαιρίες κατάρτισης, η απόσταση και η μεταφορά από τον τόπο κατοικίας κ.α. Η επαγγελματική ικανοποίηση μετριέται και αυτή με ειδικά ερωτηματολόγια, που περιλαμβάνουν ερωτήσεις και σταθμισμένες κλίμακες σε αντιστοιχία με λίγες ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες παραμέτρους (Μουμτζόγλου Α., 2001).

ΜΕΡΟΣ Β' : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.6. Ιστορική αναδρομή

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του.

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο τομέας της υγείας παρουσιάζει θεαματική εξέλιξη στις βιομηχανικές κυρίως χώρες και αποτελεί δυναμικό κλάδο παραγωγής και απασχόλησης, ενώ παράλληλα κινητοποιεί οικονομικά συμπληρωματικούς βιομηχανικούς κλάδους (φαρμακοβιομηχανία, βιομηχανίες ιατρικού εξοπλισμού κ.α.) (Ανδριώτη, 1989, Δρίτση και συν., 1992, Παπαπαναγιώτου, 1989).

Τα συστήματα περίθαλψης απασχολούν σήμερα το 5 – 8% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 8 – 12% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες (Δρίτσης και συν., 1992).

Ο προσανατολισμός της ιατρικής επιστήμης προς την θεραπευτική κατεύθυνση, είχε αποτέλεσμα τη μεγάλη ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης και τη δημιουργία νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας. Οι δαπάνες για τη δημόσια και ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελούν διεθνώς το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών υγείας με το ταχύτερο αυξανόμενο ρυθμό. (Κοντούλη – Γείτονα, 1992)

Στην Ελλάδα, η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να είναι παράλληλη με την πορεία και ανάπτυξη του ίδιου του κράτους (Ζηλίδης, 1989, Πολύζος, 1998).

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, αναπτύχθηκε σταδιακά στον χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S), το 1948 στην Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα, η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας, έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου, με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής

αντιλήψεως», όμως μόλις το 1983 με τον Ν. 1397, επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής, ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή. Το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας.

Στη χώρα μας, ο όρος ΕΣΥ έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στο Νόμο 1397/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στα χρόνια που μεσολάβησαν μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και άλλοι νόμοι για το ΕΣΥ.

Χαρακτηριστικοί είναι οι τίτλοι αυτών των νόμων:

1. Ν.1579/1985: Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του ΕΣΥ
2. Ν.2071/1992: Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις
3. Ν.2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
4. Ν.2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ
5. Ν.3204/2003: Τροποποιήσεις και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
6. Ν.3329/2005: Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις.

1.7. Οι τρεις «εποχές» της οικονομίας της Υγείας

Η οικονομία της υγείας ως κλάδος της Επιστήμης της Οικονομικής, έχει ως αντικείμενο της τη μελέτη των σχέσεων που αναπτύσσονται κατά τη διαδικασία της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Στη διαδικασία αυτή, τρεις είναι οι βασικές έννοιες που χαρακτηρίζουν και προσδιορίζουν το

επίπεδο λειτουργίας και επιτυχίας του συστήματος υγείας, η παραγωγικότητα, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του (Λιαρόπουλος Λ., 1996).

- i. Παραγωγικότητα. είναι ο λόγος της ποσότητας του παραγόμενου προϊόντος προς τους χρησιμοποιούμενους παραγωγικούς πόρους.
- ii. Αποδοτικότητα. είναι ο λόγος του κόστους παραγωγής ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος.
- iii. Αποτελεσματικότητα, είναι ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι σε σχέση με κάποιο προκαθορισμένο αποτέλεσμα.

Ιστορικά ο τομέας της Υγείας γνώρισε 3 «εποχές» ανάλογα με την έμφαση που δόθηκε σε κάθε μια από αυτές τις έννοιες.

- i. Εποχή της ισοτιμίας (1960 – 1975) : Η βασική ιδέα που επικράτησε την εποχή αυτή ήταν «Να δίνεται στον άρρωστο ότι καλύτερο γίνεται, ανεξάρτητα από το κόστος». Γενικότερα, η ανάπτυξη της Οικονομίας της Υγείας σε αυτή την περίοδο είχε σε μεγάλο βαθμό «στατιστικό» χαρακτήρα. Η κυρία αναλυτική μέθοδος, ήταν η στατιστική συσχέτιση εισροών και εκροών και η μέτρηση των δαπανών. Τα διαθέσιμα δεδομένα, (αριθμός ιατρών, νοσηλευτών, νοσοκομειακών κλινών κ.α.) παρακολουθούνταν σε τακτική βάση και τα συμπεράσματα της ανάλυσης αφορούσαν τις τάσεις τους στο χρόνο. Το αποτέλεσμα της αναπτυξιακής διαδικασίας της περιόδου αυτής, ήταν η ανάπτυξη του τομέα της υγείας από άποψη δαπανών, που στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. αυξήθηκαν από 3,5% του Α.Ε.Π. το 1960 σε 6,5% το 1975 (Λιαρόπουλος Λ., 1996).
- ii. Εποχή της αποδοτικότητας (1975 – 1990) : Σε αυτή την εποχή, επικρατεί η ιδέα «Να γίνεται η καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων των συστημάτων υγείας». Για το σκοπό αυτό, αναπτύχθηκαν μικροοικονομικές μέθοδοι και τεχνικές για τις αποφάσεις και τον προγραμματισμό του χώρου της υγείας (cost benefit analysis, cost effectiveness analysis κ.α.). Η σημαντικότερη, όμως, αλλαγή που επιτελέστηκε ήταν η προσπάθεια εισαγωγής των κανόνων της αγοράς και της οικονομικής αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας. Τελικό αποτέλεσμα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ήταν πράγματι, η συγκράτηση του ρυθμού ανόδου των δαπανών υγείας γύρω, στο 7 – 8% του Α.Ε.Π. Αυτή η σχεδόν μονοδιάστατη ενασχόληση με την οικονομική αποδοτικότητα, όμως είχε αρνητικές συνέπειες στην ισοτιμία των

υποστηρικτών υγείας και στο έργο της κάλυψης των πληθυνόντων απαιτήσεων (Λ., 1996).

- iii. Εννοείται από τον αναπαραγωγικό κύκλο (1970 -) : « Η αρχή της σωχής αυτής που συνεχίζεται έως και σήμερα είναι, «να γίνονται περισσότερα ή καλύτερα για την υγεία με λιγότερους πόρους». Στις ημέρες μας, είναι πλέον σαφές πως σημασία δεν έχει η συνεχής αύξηση των παραγομένων υπηρεσιών υγείας, εστω και αν η αύξηση αυτή γίνεται με τρόπο οικονομικά αποδοτικό, αλλά το τελικό αποτέλεσμα από άποψη υγείας (Λιαροπουλος Λ., 1996).

1.8. Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα

Για τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία δεκαετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στην χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, με το Ε.Λ.Υ. από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας.

Το σύστημα προμηθειών, συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «ατυπες» ιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα, εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9,5% του Α.Ε.Π., για ένα προϊόν αμφιβολής ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής (Ι.Κ.Α.Σ. 2000-2006).

1.9. Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλουν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενούς να απευθυνθεί σε οποιοδήποτε τύπο υπηρεσίας, καθώς και η πολλαπλότητα των φορέων, που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη.

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές :

- i. Τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. και την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος.
- ii. Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ., στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως Ι.Κ.Α., και τα νοσοκομεία του υπουργείου Δικαιοσύνης.
- iii. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.

1.10. Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τη διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει, τα διαγνωστικά κέντρα και τα θεραπευτήρια (γενικές και μαιευτικές κλινικές), τα οποία συγκαταλέγονται αντίστοιχα στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Η παρούσα μελέτη, εστιάζεται στη διερεύνηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην αγοράς των μαιευτικών κλινικών (Δημόσιων και Ιδιωτικών) και συγκεκριμένα του Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» και του Μαιευτηρίου «Λητώ».

Η πεποίθηση ότι ο κλάδος της υγείας, προσλαμβάνει ισχυρά αναπτυξιακή προοπτική στην Ελλάδα είναι πλέον εδραιωμένη, καθώς το τελευταίο χρονικό διάστημα κεφάλαια εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ έχουν επενδυθεί ή πρόκειται να επενδυθούν σε μεγάλα projects, καθιστώντας εμφανή την προσπάθεια των ιδιωτικών μονάδων να εκμεταλλευθούν τις αδυναμίες που εμφανίζει ο δημόσιος τομέας (Σταματέλου Ε., 2006).

Οι συνολικές δαπάνες στη χώρα μας στον τομέα της υγείας, ανέρχονται στο 9,5 – 10 % του Α.Ε.Π.. Οι δαπάνες του δημοσίου τομέα ανέρχονται στο 5,5% και του Ιδιωτικού στο 4 – 4,5 % του Α.Ε.Π. (Μαντάς Α.,2007).

Εκτός από τους δημογραφικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, χαρακτηρίζεται ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Το μερίδιο της ιδιωτικής συμμετοχής στο σύνολο των δαπανών υγείας (βάσει

τρεχουσών τιμών) διαμορφώθηκε στο 57,2% το 2005 έναντι 55,4% το 2004 και 53,6% το 2003 (ICAP 2007).

Από τα στοιχεία της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ε.Σ.Υ.Ε., κατά την περίοδο 2004/05 βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας, προκύπτει ότι οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες υγείας σε όλες τις περιοχές της χώρας, ανήλθαν κατά μέσο όρο σε €128,17 ανά νοικοκυριό, καλύπτοντας το 7,2% του συνόλου των μηνιαίων δαπανών για κάθε μορφής αγαθό και υπηρεσία, ενώ την περίοδο 1998/99, οι μέσες μηνιαίες δαπάνες για την υγεία είχαν διαμορφωθεί σε €94,29 ανά νοικοκυριό, καλύπτοντας το 6,8% των συνολικών μηνιαίων δαπανών (Ε.Σ.Υ.Ε., 2004/05).

Τα τελευταία κυρίως χρόνια, ο κλάδος χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακατατάξεις λόγω των εξαγορών και συγχωνεύσεων μεταξύ εταιρειών των τριών ευρύτερων τομέων δραστηριότητας (γενικές κλινικές, μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα). Αποτέλεσμα της τάσης αυτής, είναι η επικράτηση πολυδύναμων επιχειρηματικών ομίλων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίοι προσφέρουν πλήρες εύρος υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας.

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας, είναι ιδιαίτερα έντονος τα τελευταία κυρίως χρόνια και εστιάζεται στην ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στο εύρος, στην αναβάθμιση της ποιότητας, στην ταχύτητα των παρεχομένων υπηρεσιών, στην επέκταση του δικτύου (παρουσία σε περισσότερες περιοχές), αλλά και στη συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς.

Στον χώρο των ιδιωτικών κλινικών, τα μεγαλύτερα μερίδια αγοράς εμφανίζονται να κατέχουν για το 2006, οι εταιρείες «Ιατρικό Αθηνών» και «Υγεία» Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών Α.Ε., ενώ μεταξύ των μαιευτικών κλινικών σημαντικά μερίδια καταλαμβάνουν το «Ιασώ» και το «Μητέρα» (ICAP, 2007).

1.11. Ευρωπαϊκή Εμπειρία

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διάφορες χώρες της Ε.Ε., οι οποίες συνδυάζονται τόσο με δημογραφικούς παράγοντες, όσο και με τη μείωση του κρατικού παρεμβατισμού αλλά και την εξέλιξη της τεχνολογίας. Σε αρκετές χώρες της Ε.Ε., η ιδιοκτησία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, μεταβιβάζεται σταδιακά από ομάδες ιατρών σε μεγάλους

χρηματοοικονομικούς ομίλους ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους, εισάγουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης πωλήσεων με γνώμονα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών (Παπαδάκης Β., 2002).

Τι γίνεται όμως με τον κλάδο των Ελληνικών μαιευτηρίων;

1.12. Ο κλάδος των μαιευτηρίων

Από το σύνολο του υγειονομικού τομέα, ο κλάδος των μαιευτικών-γυναικολογικών θεραπευτηρίων, εμφανίζεται ως ο πιο ιδιωτικοποιημένος κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις, χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά κερδοφορίας σε σχέση με τον ευρύτερο κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, το μέσο περιθώριο μικτού κέρδους των 10 μεγαλύτερων μαιευτηρίων (εκ των οποίων οι μεγαλύτερες καλύπτουν το 90% του συνολικού τζίρου του κλάδου) για την περίοδο 2001-2005 ανήλθε στο 16,1%. Αρκετά πιο υψηλά, είναι τα περιθώρια μικτού κέρδους που απολαμβάνουν οι ηγέτες του κλάδου «Ιασώ» (33,6%), «Μητέρα» (26,1%) και «Λητώ» (22,2%) (Ανώνυμος, 2007).

Σε αντίθεση με τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, στον τομέα των μαιευτικών υπηρεσιών κυρίαρχο ρόλο έχει ιδιωτική παροχή. Οι κυριότεροι λόγοι κατά πάσα πιθανότητα σχετίζονται:

- i. με τη φύση του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί «ασθένεια», άρα η υπέρτερη ποιότητα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα βαραίνει περισσότερο από το επίπεδο των στενά ιατρικών υπηρεσιών,
- ii. με τη μικρή παράδοση και την ανεπαρκή ακόμη ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, ιδίως στην περιφέρεια, φαινόμενο που εξηγεί τη συρροή επιτόκων από όλη την Ελλάδα στα μαιευτήρια της Αθήνας – και
- iii. με τη μεγάλη προσφορά ειδικών ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα και αναμένουν να αποκομίσουν εισοδήματα από την ιδιωτική άσκηση του έργου τους (Ματσαγγάνης Μ., 2001).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, το 1994 υπήρχαν 366 ειδικοί μαιευτήρες – γυναικολόγοι στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ενώ περίπου 740 ασκούσαν ιδιωτική ιατρική, συνεργαζόμενοι με ιδιωτικά μαιευτήρια (Ματσαγγάνης Μ., 2001).

Με σταθερό αριθμό τοκετών (δεδομένο μέγεθος ζήτησης) και διαρκώς αυξανόμενη προσφορά ειδικών ιατρών (ιδίως σε συνδυασμό με την απαγόρευση

χρησιμοποίησης δημόσιων μονάδων υγείας από ιδιώτες ιατρούς), ασκείται συνεχώς πίεση προς το δημόσιο τομέα και αυξάνει ο αριθμός των γεννήσεων στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Άρα η προσφορά, οι διαδικασίες πρόσβασης των γυναικών στους μαιευτήρες, σε συνδυασμό με τον τρόπο χρηματοδότησης των τοκετών εκ μέρους των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούν σημεία – κλειδιά που καθορίζουν την κατανομή της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών, μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Ματσαγγάνης Μ., 2001).

Από την άλλη πλευρά, η προσφορά κλινών και μαιευτικών αιθουσών, σε συνδυασμό με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητα τους, ασκεί τη δική της επίδραση στη χρησιμοποίηση και την τελική επιλογή των χρηστών. Για παράδειγμα, η μη ύπαρξη ιδιωτικών μαιευτικών κλινών σε ορισμένους νομούς της χώρας, οδηγεί τις έγκυες γυναίκες στη χρησιμοποίηση δημόσιων υπηρεσιών ή στη μετακίνηση τους σε άλλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) (Ματσαγγάνης Μ., 2001).

1.12.1. Ο δημόσιος κλάδος των μαιευτηρίων

Είναι κοινή παραδοχή, ότι ο δημόσιος τομέας υστερεί του ιδιωτικού στο επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών. Παρατηρείται αδυναμία του δημόσιου συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, να εξασφαλίσει την παροχή ελκυστικών μαιευτικών υπηρεσιών, χωρίς υψηλή επιβάρυνση των ασφαλισμένων.

Το πρόβλημα της υψηλής επιβάρυνσης, για τη χρήση μαιευτικών υπηρεσιών δεν είναι αποτέλεσμα υπερβάλλουσας ζήτησης στην οποία δεν μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα ο δημόσιος τομέας, σχετίζεται κυρίως με την επιλογή μαιευτήρα και τον τρόπο πρόσβασης της εγκύου γυναίκας στον συγκεκριμένο επαγγελματία.

Το ζήτημα αυτό συνδέεται με την ιστορική παράδοση, τις συμπεριφορές και συνήθειες του πληθυσμού, καθώς και με τη θεσμική αδυναμία των ιατρών του Ε.Σ.Υ. των δημόσιων μαιευτηρίων, να αναπτύξουν σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τον πληθυσμό (Ματσαγγάνης Μ., 2001).

Η χαμηλότατη απόδοση του δημόσιου τομέα παραγωγής υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με την δυνατότητα των υποδομών του, θεωρείται ένα από τα βασικότερα μειονεκτήματα των δημόσιων μαιευτηρίων και του ευρύτερου δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Εκτιμάται ότι η απόδοση αυτή δεν υπερβαίνει το 50% (Μαντάς Α., 2007).

1.12.2. Ο ιδιωτικός κλάδος των μαιευτηρίων

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, κατά την τελευταία δεκαετία έχει παρουσιάσει αλματώδη ανάπτυξη και καλύπτει ένα μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, ο υποτομέας παροχής μαιευτικών – γυναικολογικών υπηρεσιών, έχει να επιδείξει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που οφείλονται σχεδόν αποκλειστικά σε ιδιωτικές επενδύσεις. Τα μαιευτήρια στην Ελλάδα, αποτελούν στην ουσία κλινικές οι οποίες παρέχουν μαιευτικές και γενικότερα γυναικολογικές υπηρεσίες. Ωστόσο, τα περισσότερα εξ' αυτών έχουν επεκταθεί και στην ίδρυση σύγχρονων εξεταστικών κέντρων για την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών.

Η εξέλιξη του κλάδου των ιδιωτικών μαιευτικών υπηρεσιών, τα τελευταία χρόνια είχε ως συνέπεια, καλύτερη ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες στην επίτοκο, γεγονός που σε ένα τόσο ευαίσθητο θέμα όπως ο τοκετός έχει βαρύνουσα σημασία. Η υψηλή ποιότητα του ιδιωτικού μαιευτικού τομέα, τον καθιστά πολύ ανταγωνιστικό και προσελκύει τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερους πελάτες, λόγω κυρίως της φύσης του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί ασθένεια, με συνέπεια η ποιότητα των υπηρεσιών να βαραίνει περισσότερο.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη να στραφούν στο δημόσιο μαιευτικό κλάδο, διότι στο θέμα του τοκετού προτιμούν να λάβουν ποιοτικές υπηρεσίες με υψηλότερο κόστος, παρά λιγότερο ποιοτικές με χαμηλό κόστος (Παπαδάκης Β., 2002).

Σημαντική συνιστώσα είναι και η ευελιξία που έχει ο ιδιωτικός μαιευτικός τομέας, αφού απουσιάζει η γραφειοκρατία και δεν καθυστερεί η εξυπηρέτηση των πελατών (Νιάκας Δ, 2004).

Ο ιδιωτικός τομέας, υπερέχει ακόμα σε σχέση με τον δημόσιο στο θέμα της δημιουργίας καλών σχέσεων μεταξύ ασθενών και γιατρών, καθώς και σε θέματα οργάνωσης. Σήμερα, το 81% της συγκεκριμένης αγοράς στο λεκανοπέδιο Αττικής καλύπτεται από τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια (Λητώ, Μητέρα, Ιασώ) που λειτουργούν ολιγοπωλιακά (ICAP 2005).

Ο κλάδος χαρακτηρίζεται από υψηλούς ρυθμούς τεχνολογικής ανάπτυξης, έντονη επενδυτική δραστηριότητα και κινήσεις εξαγοράς και συγχωνεύσεων.

Την τελευταία δεκαετία, κυρίως μετά την συγκρότηση του Ε.Σ.Υ., παρουσιάζεται σημαντική ανάπτυξη των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με άξονα την γρήγορη προσαρμογή μονάδων του κλάδου στις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις.

Αυτό αποτυπώθηκε και στον κλάδο των ιδιωτικών μαιευτηρίων που χαρακτηρίζεται από:

- i. Υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης (κερδοφορία, επενδύσεις).
- ii. Μεγάλες επενδύσεις σε κτιριακές υποδομές και προηγμένο τεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό.
- iii. Έντονο ανταγωνισμό ως προς την προσέλκυση και διατήρηση εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού.

Οι κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι :

- i. Δαπάνες ανασφάλιστων.
- ii. Δαπάνες για υπηρεσίες μη καλυπτόμενες από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού.
- iii. Θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης.
- iv. Διαφορά μεταξύ του τιμολογίου των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού / νοσηλευτικού ιδρύματος.

Σήμερα, μεγάλο τμήμα της εξωνοσοκομειακής και σημαντικό της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, καλύπτεται από την ιδιωτική πρωτοβουλία, που έχει προβεί σε ευρεία ανάπτυξη και επέκταση του τομέα της βιοϊατρικής και ακτινολογίας, πραγματοποιώντας σημαντικές επενδύσεις σε ιατρική τεχνολογία αιχμής.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι σημαντική ώθηση στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, έπαιξε τόσο το άνοιγμα της συνεργασίας δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων με αυτόν, όσο και η ανάπτυξη του κλάδου ιδιωτικής ασφάλισης που προνομιακά συνεργάζεται με αυτόν. Η εμπλοκή θεσμικών επενδυτών στα ιδιωτικά μαιευτήρια, οδήγησε τον κλάδο σε τεράστιες ανακατατάξεις με πλήθος εξαγορών και συγχωνεύσεων.

Η διετία 2006 – 2007, χαρακτηρίστηκε δυναμική και πολλές φορές απρόσμενων επιχειρηματικών εξελίξεων για τον κλάδο των μαιευτηρίων, το 2008 συνεχίστηκαν οι προσπάθειες συγχώνευσης και εξαγορών με παράλληλη εντατικοποίηση των προσπαθειών για περαιτέρω επέκταση των εγχώριων επιχειρήσεων και σε αγορές του εξωτερικού.

Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι τυποποιημένες, ο ρυθμός ανάπτυξης του κλάδου είναι υψηλός και επιτρέπει στις περισσότερες εταιρίες να έχουν κέρδη. Στο κλάδο έχουν μπει μεγάλοι θεσμικοί επενδυτές (MARFIN) και ήδη το «Υγεία» και τα

«Μητέρα», «Λητώ» είναι ένας όμιλος. Οι εταιρίες του κλάδου ανταγωνίζονται έντονα και για την προσέλκυση των ιατρών με μεγάλη πελατεία. Με τον τρόπο αυτό εκτός από τον προφανή στόχο της αύξησης των εσόδων τους, επιφέρουν και ένα πλήγμα στα έσοδα των ανταγωνιστών.

Στον κλάδο δεν παρατηρείται «πόλεμος» τιμών. Μια αύξηση τιμών από τους μεγάλους του κλάδου θα την ακολουθήσουν και οι υπόλοιπες εταιρίες. Παράδοξο του κλάδου, είναι ότι όσο αυξάνουν οι τιμές των μαιευτηρίων, τόσο αυξάνουν και οι αμοιβές τις οποίες ζητούν οι ιατροί από τους πελάτες τους, μια και οι δεύτερες συνήθως ισούνται με την χρέωση του μαιευτηρίου.

Σε ότι αφορά τις συνθήκες ανταγωνισμού των ιδιωτικών μαιευτηρίων, διαφοροποιούνται μεταξύ τους βάσει κάποιων ανταγωνιστικών χαρακτηριστικών, τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών. Τα βασικά σημεία ανταγωνισμού μεταξύ αυτών συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός.
- Ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ταχύτητα υπηρεσιών.
- Συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς.
- Δυνατότητα πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες.
- Εταιρικό μέγεθος.
- Τιμολογιακή πολιτική - Εναλλακτικοί τρόποι πληρωμή.

Συμπερασματικά, εφ' όσον στον κλάδο δεν έχουμε «πόλεμο» τιμών, η διαφήμιση υπηρεσιών υγείας απαγορεύεται δια νόμου και δεν υπάρχει σημαντική αναπαραγωγή προϊόντων, ο κλάδος δεν δοκιμάζει «ανταγωνισμό άμιλλας» (Κιόχος-Παπανικολάου,2001).

Τα τελευταία χρόνια ο κλάδος χαρακτηρίζεται από:

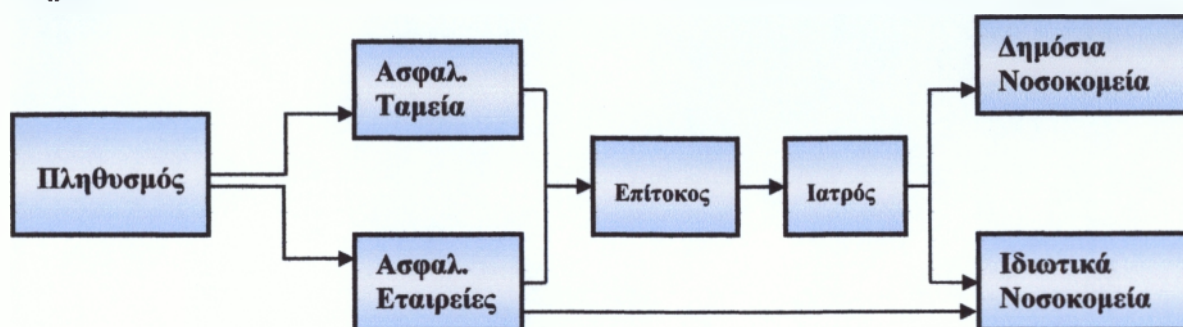
- Έντονη επενδυτική δραστηριότητα σε κτιριακές εγκαταστάσεις και μηχανολογικό εξοπλισμό.
- Υψηλή τάση για συγχωνεύσεις και εξαγορές για τη δημιουργία ισχυρών πολυδύναμων μονάδων.
- Υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και κερδοφορίας.
- Έντονο ανταγωνισμό για την προσέλκυση των ιατρών.

1.13. Ασφαλιστικά ταμεία και κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σύμφωνα με το Σχήμα 1.2, ο πληθυσμός όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας διαχωρίζεται σε ασφαλισμένους σε δημόσια ασφαλιστήρια ταμεία και σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

*Αγοραστές / Χρηματοδότες
Υπηρεσιών*

Προμηθευτές Υπηρεσιών



Σχήμα 1.2. Η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Πηγή: Europurse, 1999

Η αμοιβή των παραγωγικών συντελεστών που συμμετέχουν στον τοκετό, διαμορφώνεται διαφορετικά στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και επηρεάζει με αυτό τον τρόπο, την επιλογή των γυναικών για το είδος των υπηρεσιών που θα χρησιμοποιήσουν.

Τα δημόσια μαιευτήρια, αποζημιώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών ή τα ασφαλιστικά τους ταμεία, στη βάση των τιμών που καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Φ.Ε.Κ. 99/Β/98). Το προσωπικό δεν επιτρέπεται να ζητήσει καμία επιπλέον αμοιβή, ενώ λόγω του δημόσιου χαρακτήρα τους, τα ιδρύματα παρέχουν τις υπηρεσίες τους ακόμα και χωρίς αποζημίωση (αλλοδαπές, ανασφάλιστες, ή άπορες γυναίκες). Λογική απόρροια είναι τα άτομα των χαμηλών εισοδηματικών τάξεων, να προσφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας για τον τοκετό, όπου η οικονομική επιβάρυνση είναι μικρή, αφού ο δημόσιος τομέας δεν αποκλείει κανέναν ασθενή και δεν απαιτεί την διαπραγμάτευση της τιμής της προσφερόμενης υπηρεσίας από τον καταναλωτή (Σούλης Σ., 1999).

Αντίθετα, οι τιμές των υπηρεσιών των ιδιωτικών μαιευτηρίων, καθώς και οι αμοιβές των μαιευτήρων – γυναικολόγων που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, δεν

υπόκεινται σε κανένα έλεγχο και ρυθμίζονται σύμφωνα με τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Κατά συνέπεια, οι τιμές, τις περισσότερες φορές, καθορίζονται αυθαίρετα και το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης για μαιευτικές υπηρεσίες καθορίζεται από την επιλογή του ιατρού.

Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι σε ένα δημόσιο μαιευτήριο οι χρεώσεις κυμαίνονται μεταξύ των 600 € και 350 € για 4 ημέρες νοσηλείας, ενώ σε ένα ιδιωτικό μαιευτήριο το κόστος για τις ίδιες ημέρες νοσηλείας, κυμαίνεται από 1.600 € έως 9.000 € ανάλογα με την κατηγορία του δωματίου. Επιπλέον, στην περίπτωση καισαρικής τομής, το κόστος ανέρχεται στα 2.000 € έως 10.000 € για 5 ημέρες νοσηλείας, στις παραπάνω τιμές δεν περιλαμβάνεται η αμοιβή του ιατρού. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν τις μεγάλες διαφορές εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας και ανά τοκετό μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Βασιλείου Μ., 2008).

Τα περισσότερα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν επίδομα τοκετού (600 € – 1000 €) και στην περίπτωση της καισαρικής τομής, αποζημιώνουν ποσοστό των εξόδων που πραγματοποιήθηκε, ενώ το ίδιο κάνουν πλέον και οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες (Βασιλείου Μ., 2008).

Μέχρι πρόσφατα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώναν απευθείας τους ιδιωτικούς παραγωγούς και τα μαιευτήρια, η διαρκής όμως διόγκωση του κόστους των υπηρεσιών, οδήγησε τις περισσότερες από αυτές σε διαπραγματεύσεις, με σκοπό τη σύναψη συμβάσεων με τα ιδιωτικά μαιευτήρια για τον προκαθορισμό των τιμών. Υπάρχουν μαιευτήρια που δεν έχουν υπογράψει τέτοιου είδους συμβάσεις, με αποτέλεσμα το υψηλό κόστος να οδηγεί σε επιβολή συμμετοχής των γυναικών στην κάλυψη των εξόδων.

Οι εταιρείες μετά τη διαπίστωση ότι οι δαπάνες ανά δικαιούχο υπερβαίνουν το σύνολο των εισπραττόμενων ασφαλίσεων, προσπάθησαν να περιορίσουν την υπερβολική κατανάλωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με δύο τρόπους :

- Ο πρώτος σχετίζεται με τη συνεχή αύξηση των ασφαλίσεων, με σκοπό τη συνειδητοποίηση από τους ασφαλισμένους της υπευθυνότητας που πρέπει να υποδείξουν στα θέματα κατανάλωσης.
- Ο δεύτερος δημιούργησε τις λεγόμενες ασφαλιστικές καταναλωτικές δικλίδες, όπως κάλυψη μέρους των δαπανών. Επιπλέον, για την αποφυγή άσκοπης κατανάλωσης, εφάρμοσαν την μέθοδο της παροχής ενός

συγκεκριμένου ποσού ανά περιστατικό ανεξαρτήτου εξόδων (Σούλης Σ., 1999).

1.14. Η σημασία και ο ρόλος του μαιευτήρα-γυναικολόγου

Για την διερεύνηση της σημασίας και του ρόλου του μαιευτήρα-γυναικολόγου, χρησιμοποιήθηκαν και τα συμπεράσματα του ερευνητικού προγράμματος Euro Purse (1996-1999) (Ματσαγγάνης, 2001).

Η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών σήμερα, χαρακτηρίζεται από κυριαρχία του παραγωγού και αδυναμία του αγοραστή (Σκούρτης Γ., 2002). Οι ιατροί έχουν ένα πελατολόγιο που τους ακολουθεί πιστά και αποφασίζουν σε ποιο μαιευτήριο θα το προωθήσουν. Ο μεγάλος αριθμός μαιευτήρων συνεργαζόμενων με ιδιωτικούς φορείς, είναι φυσικό να οδηγεί σε αύξηση των τοκετών στα ιδιωτικά μαιευτήρια (Πίνακας 1.1.). Σε μεγάλο ποσοστό είναι και μέτοχοι των ιδιωτικών μαιευτηρίων. Αρκεί μια ομάδα ιατρών να αποχωρήσει από ένα μαιευτήριο για να αντιμετωπίσει αυτό σημαντικά προβλήματα.

Πίνακας 1.1. Κατανομή των Μαιευτήρων – Γυναικολόγων στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα στην περιοχή της Αθήνας (2000 – 2008)

Έτος	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι		
	Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Ε.Σ.Υ.	Σύνολο Ιατρών
2000	988	111	1079
2001	981	110	1091
2002	987	108	1095
2003	1019	109	1128
2004	1041	108	1144
2005	1041	105	1146
2006	1126	108	1234
2007	1198	108	1306
2008	1225	110	1335

Πηγή : Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

Με δεδομένο τον οργανισμό και των αριθμό των ιατρών - συνεργατών του μαιευτηρίου «Λητώ» για παράδειγμα, η αποχώρηση 10-20 ιατρών από αυτούς με το μεγαλύτερο τζίρο, θα μπορούσε να δημιουργήσει κραδασμούς στην εταιρία. Ένα παράδειγμα, το οποίο δείχνει την μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη των ιατρών, είναι τα αποτελέσματα της αποχώρησης 50 ιατρών του «Ηρα» το 1995 και η μεταπήδηση τους στο «Ιασώ», οδήγησε σε σημαντικές ζημιές το πρώτο και στην τελική του εξαγορά από το δεύτερο το 1998 (ΛΗΤΩ Α.Ε., 2008).

Οι ιατροί ως αγοραστές – συνεργάτες, που είναι μέτοχοι, μέλη του Δ.Σ. και managers, έχουν τη δύναμη να καθορίζουν όχι μόνο τις τιμές, αλλά την πολιτική και την στρατηγική του «Λητώ». Οι ιατροί, έχουν πολύ μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη, σε αντίθεση με τους πελάτες-ασθενείς, που δεν διαθέτουν μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη, μια και ακολουθούν πιστά τον ιατρό τους στο μαιευτήριο, με το οποίο αυτός συνεργάζεται.

Τουλάχιστον το 90% των ενδιαφερομένων, δείχνει να θεωρεί ότι η αποτελεσματική έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού αντιμετωπίζεται με την προσφυγή σε ένα ειδικό ιατρό (μαιευτήρα – γυναικολόγο) (Ματσαγγάνης Μ., 2001). Ο τελευταίος, αναλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση της εγκύου και την υλοποίηση της τελικής πράξης του τοκετού, η οποία, για λόγους ασφαλείας, έχει καθιερωθεί από τους ίδιους τους ειδικούς να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. Όταν η έγκυος επιλέγει θηράποντα ιατρό ο οποίος προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ιδιωτικό τομέα, η επίτοκος θα χρησιμοποιήσει το ιδιωτικό μαιευτήριο με το οποίο συνεργάζεται ο ιατρός. Αξίζει να αναφερθεί, ότι τα μεγάλα μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης, έχουν καθιερώσει αποκλειστική και μοναδική συνεργασία με τους ιδιώτες μαιευτήρες.

Επιπλέον, η συμπεριφορά των ιδιωτικών κλινικών δεν έχει τα χαρακτηριστικά του ανταγωνισμού απευθείας για ασθενείς, αλλά του ανταγωνισμού για συμβάσεις με μαιευτήρες-γυναικολόγους, οι οποίοι με τη σειρά τους κατευθύνουν τους ασθενείς. Όταν μια κλινική εξασφαλίζει έναν αριθμό κατ' αποκλειστικότητα συμβεβλημένων ιατρών (μαζί με την «πελατεία» τους), έχει εξασφαλίζει ταυτόχρονα και ένα μερίδιο αγοράς.

Συνεπώς, οι ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες, ανταγωνίζονται άμεσα όχι για τον αριθμό των εγκύων γυναικών, αλλά για τον αριθμό και τη φήμη των συμβεβλημένων μαιευτήρων, ώστε να προσελκύσουν ιατρούς και έτσι να αυξήσουν τον αριθμό των ιατρικών πράξεων που πραγματοποιούν. Σε μεγάλο ποσοστό, στο «Λητώ» 95%,

(ΛΗΤΩ Α.Ε., 2008) οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι είναι και μέτοχοι των ιδιωτικών μαιευτηρίων και με αυτή τους την ιδιότητα ωφελούνται από τα κέρδη της εταιρίας.

Πρέπει τώρα να διευκρινιστεί ποιος ο ρόλος του ιατρού και ποια η μορφή της σχέσης που έχει με το μαιευτήριο. Οι ιατροί, ασκούν το επάγγελμα τους μέσα στους χώρους του μαιευτηρίου χρησιμοποιώντας τους πόρους του. Είναι λοιπόν, «εργαζόμενοι» και κατά συνέπεια **εσωτερικοί πελάτες** του. Σε μεγάλο ποσοστό, είναι και **μέτοχοι**, άρα αποτελούν μια σημαντική ομάδα συμφερόντων, οι οποίοι με τα κεφάλαια τους χρηματοδοτούν μεγάλο μέρος των στρατηγικών και των επενδύσεων του μαιευτηρίου.

Όπως φάνηκε στην προηγούμενη ανάλυση, οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, είναι αυτοί που παρεμβάλλονται ανάμεσα στο μαιευτήριο, το οποίο είναι και αυτό όπως και ο ιατρός παραγωγός υγείας και τον τελικό χρήστη με τη μορφή ανεξάρτητου διαμεσολαβητή (Kotler Ph., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΜΕΡΟΣ Α' : ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ»

2.1. Παρουσίαση του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη»

Η ανάγκη ίδρυσης ενός οργανωμένου μαιευτηρίου για την περίθαλψη των εγκύων και επιτόκων κατέστη σαφής για την Πολιτεία αμέσως μετά την συγκρότηση του κράτους, ύστερα από την απελευθέρωση. Όμως η έλλειψη οικονομικών πόρων αποτελούσε εμπόδιο για την πραγματοποίηση των σχεδίων αυτών.

Η προσφορά της Έλενας Βενιζέλου στον ελληνικό λαό είναι ανυπολόγιστη. Τα μαιευτήρια που υπήρχαν τότε λειτουργούσαν υποτυπωδώς, με ανεπαρκή επιστημονικά μέσα και ανειδίκευτο προσωπικό. Η Έλενα Βενιζέλου, είχε διαπιστώσει τις τρομερές ελλείψεις, το 1926 έφυγε για την Λοζάννη με την απόφαση να χαρίσει στην Αθήνα ένα άρτιο επιστημονικό Μαιευτήριο, που να καλύπτει αρχικά τις ανάγκες της πρωτεύουσας αλλά και να εκπαιδεύει επιστήμονες μαίες για όλη την Ελλάδα και ιδιαίτερα για τις ανάγκες της υπαίθρου.

Στις 28 Δεκεμβρίου 1928, κατατέθηκε ο θεμέλιος λίθος και στις 16 Φεβρουαρίου 1933, εγκαινιάστηκε το μεγάλο κεντρικό κτίριο. Η δαπάνη για την ανέγερση του μαιευτηρίου, ανήλθε σε ασυνήθιστα για την εποχή επίπεδα. Το κόστος κατασκευής κατέβαλε η Ιδρύτρια και το υπόλοιπο η μητέρα της Βιργινία Σκυλίτση, για την ανέγερση της Σχολής.

Την ευγένεια τους ψυχής της Έλενας Βενιζέλου μπορεί κανείς να εκτιμήσει και από ένα άλλο χαρακτηριστικό γεγονός: στο Ίδρυμα που οραματίστηκε και υλοποίησε δεν θέλησε να δοθεί το όνομά της, αλλά το όνομα της στενής της φίλης Μαρίκας Ηλιάδη, στη μνήμη της οποίας το αφιέρωσε.

2.2. Οι πρωτοποριακές δραστηριότητες του «Μαρίκα Ηλιάδη»

2.2.1. Η ίδρυση νέων επιστημονικών μονάδων

- Το μαιευτήριο πρωτοπορεί, ιδρύοντας Εξωτερικό Ενδοκρινολογικό Ιατρείο. Το τμήμα στην συνέχεια αναδιοργανώνεται και προστίθεται Μονάδα

Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας που επιχορηγείται με κονδύλια της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.).

- Το Κέντρο Μαστού, όπου δημιουργείται ένα διαγνωστικό κέντρο για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1975 για τις νόσους του μαστού, πρωτοβουλία που είχε θεσπιστεί στις Η.Π.Α. και στις Σκανδιναβικές χώρες με πολύ ευεργετικά αποτελέσματα.
- Παιδοχειρουργική κλινική όπου νοσηλεύθηκαν:
 - i. Νεογνά, πρόωρα και τελειόμηνια, τα οποία είτε γεννήθηκαν στο μαιευτήριο είτε διακομίστηκαν από άλλα μαιευτήρια κρατικά ή περιφερειακά ή και ιδιωτικά τα οποία είχαν ανάγκη για επείγουσα χειρουργική επέμβαση.
 - ii. Βρέφη και παιδιά έως 12 ετών τα οποία εισήχθησαν από το Εξωτερικό Παιδοχειρουργικό Ιατρείο ή από το ιδιωτικό ιατρείο του Διευθυντή της κλινικής.

2.2.2. Η γέννηση της Νεογνολογίας

Στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», γεννήθηκε και αναπτύχθηκε ο κλάδος της Νεογνολογία στην χώρα μας. Από την αρχή της λειτουργίας του υπήρχε Ειδικό Παιδιατρικό Τμήμα για την παρακολούθηση των φυσιολογικών νεογνών κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, αλλά και για την αντιμετώπιση των νεογνών που εμφανίζουν προβλήματα στην γέννηση και τις πρώτες ημέρες της ζωής τους.

Το πρώτο Νεογνολογικό Τμήμα ιδρύθηκε το 1947, το δεύτερο το 1955 και το τρίτο το 1971 στο μαιευτήριο. Το τμήμα αυτό ακόμα και σήμερα συνεχίζει να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές χώρων, κεντρικών εγκαταστάσεων και λειτουργικότητας που πρέπει να έχει κάθε σύγχρονο τμήμα Νεογνολογίας και δεν υπολείπεται σε τίποτα από τα άλλα Νεογνολογικά Τμήματα που ιδρύθηκαν στην χώρα μας πολύ αργότερα, σε διάφορα κρατικά και ιδιωτικά μαιευτήρια και νοσοκομεία.

2.2.3. Το πρώτο τμήμα πρόωρων στην Ελλάδα

Το πρώτο τμήμα πρόωρων στην χώρα τους οργανώθηκε και λειτούργησε στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη». Καμία οργανωμένη και ειδική περίθαλψη δεν παρεχόταν στα πρόωρα νεογνά.

Στο τμήμα αυτό υπήρχε:

- i. Ανάπτυξη και λειτουργία Ειδικού Τμήματος Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου.
- ii. Ανάπτυξη και λειτουργία Ειδικού Τμήματος Πρόωρων.
- iii. Την οργάνωση στο Μαιευτήριο Υπηρεσία Μεταφοράς Πρόωρων νεογνών.

2.2.4. Τράπεζα ανθρώπινου γάλακτος

Η πρώτη τράπεζα ανθρώπινου γάλακτος στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1947. Η συλλογή, η διατήρηση και χορήγηση μητρικού γάλακτος σε ειδικές συνθήκες, που να εξασφαλίζουν την καθαριότητα και να μην αλλοιώνουν τα συστατικά του, αποτελεί παράδοση στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη». Η διατήρηση της γαλουχίας των μητέρων που γεννούν πρόωρα και νεογνίδια με προβλήματα ενθαρρύνεται συνεχώς και η γνώση της σπουδαιότητας του μητρικού γάλακτος για την διατροφή αυτών των παιδιών οδήγησε στην ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» Τράπεζα Ανθρώπινου Γάλακτος.

2.2.5. Σχολή μαιών «Βιργινία Σκυλίτση»

Για την ολοκλήρωση της προσφοράς του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη», απαραίτητο συμπλήρωμα ήταν και η ίδρυση και η λειτουργία σε αυτό μιας Σχολής Μαιών. Η Ιδρύτρια Έλενα Βενιζέλου και η μητέρα της Βιργινία Σκυλίτση, έγκαιρα διαπίστωσαν ότι από μόνο του το ίδρυμα δεν θα μπορούσε να εκπληρώσει πλήρως την αποστολή του, χωρίς την συμβολή μιας Σχολής Μαιών, η οποία θα είχε την δυνατότητα να καταρτίζει σε ικανό βαθμό στελέχη για το ίδιο το Μαιευτήριο, αλλά και γενικότερα θα εκπαιδεύει Μαίες επιστήμονες, ικανές να προσφέρουν σε όλη την χώρα τις υπηρεσίες τους και κυρίως στην ύπαιθρο, που καλυπτόταν μέχρι τότε από τις πρακτικές και εμπειρικές Μαίες.

Σκοπός της σχολής, ήταν να δώσει στις σπουδάστριες επιστημονική εκπαίδευση και να τις καταστήσει ικανές να προσφέρουν την αναγκαία επίβλεψη, φροντίδα και συμβουλές στις γυναίκες κατά την διάρκεια της κύησης, του τοκετού, της λοχείας, καθώς και να είναι σε θέση να εκτελούν τοκετούς με δική τους ευθύνη και να φροντίζουν το νεογνίδια και το βρέφος.

Οι Σχολές Μαιών αργότερα έπαψαν να στεγάζονται στα μαιευτήρια και στα μεγάλα νοσοκομεία κατά το οποίο οι Σχολές Υγείας και Πρόνοιας που υπάγονταν

στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εντάχθηκαν με νόμο στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.).

Η απόφαση αυτή, μετά παρέλευση ετών, φαίνεται ότι ήταν βιαστική, αφού απομακρύνθηκαν από το φυσικό τους περιβάλλον, που είναι τα μαιευτήρια και τα νοσοκομεία. Στο νέο σύστημα εκπαίδευσης των σπουδαστριών υπερτονίστηκε η θεωρητική κατάρτιση σε βάρος της πρακτικής ασκήσεως, με αποτέλεσμα την έλλειψη πείρας, αλλά και την απουσία νοσηλευτικής συνείδησης, που αποκτάται κυρίως στο μαιευτήριο, κοντά στο κρεβάτι της επιτόκου, του παιδιού και της ασθενούς.

2.3. Ο ανταγωνισμός

Τη δεκαετία του '60 το μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» υφίσταται σκληρό ανταγωνισμό στην πελατειακή του σύνθεση. Η αύξηση του αριθμού των μαιευτήρων τους ώθησε στην αναζήτηση οργανωμένης στέγης, που να τους εγγυάται άνετες και ασφαλείς συνθήκες εργασίας για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών τους. Έτσι ωρίμασε η σκέψη οργανώσεως ιδιωτικών μαιευτικών και γυναικολογικών κέντρων, με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις στην Μαιευτική.

Εμφανίζεται το πρώτο ιδιωτικό μαιευτήριο στην Αθήνα με σύγχρονη οργάνωση που ιδρύεται από αποχωρήσαντα στελέχη του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη», αλλά και άλλους μαιευτήρες. Έτσι συνεχίζονται οι εργασίες και για άλλα δύο νέα σύγχρονα μαιευτήρια που οργάνωνται πάλι από στελέχη του μαιευτηρίου.

Η ίδρυση σύγχρονων ιδιωτικών μαιευτικών μονάδων είχε επιπτώσεις στη μαιευτική και γυναικολογική πελατεία του μαιευτηρίου. Οι έγκυοι μέσης και ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξεως εγκαταλείπουν το κλασσικό μαιευτήριο «Ελενα», όπως το αποκαλούσαν και ακολουθούν τους ιδιώτες πλέον ιατρούς τους στο πολυτελέστερο ξενοδοχειακό περιβάλλον των ιδιωτικών μαιευτηρίων.

2.4. Ο ρόλος της Πολιτείας

Για την επίτευξη των στόχων του μαιευτηρίου, απαραίτητη προϋπόθεση ήταν και η συμβολή της πολιτείας, στην παρούσα περίπτωση η πολιτεία όχι μόνο ήταν απόυσα από την υλοποίηση του επιτεύγματος αυτού, αλλά, δεν μπόρεσε να εκτιμήσει την τεράστια αυτή νέα προσφορά του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» στην Ελληνίδα

και στο παιδί της. Η Πολιτεία δεν κατόρθωσε να ξεπεράσει τις προκαταλήψεις και τις ενδογενείς αδυναμίες της, να εκμεταλλευτεί την ευκαιρία και σε συνεργασία με την Διοίκηση του μαιευτηρίου να αναπτύξει προς την σωστή κατεύθυνση, την περιγεννητική φροντίδα στην χώρα μας, αρχής γενομένης από το μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη».

Εν τούτοις, η πολιτεία γνώριζε ή τουλάχιστον έπρεπε να γνωρίζει ότι όχι μόνο εξυπηρετείται, αλλά και αναπληρώνεται στις υποχρεώσεις της προς τους πολίτες από τα εξής πολύ σημαντικά που προσέφερε το Ίδρυμα:

- i. Το μαιευτήριο ήταν κοινωφελές ίδρυμα, Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με αναγνωρισμένη σωστή και χρηστή διαχείριση.
- ii. Αποτελούσε παράδειγμα νοσοκομείου, που ανταποκρίνεται σταθερά στις κοινωνικές και επιστημονικές ανάγκες κάθε εποχής.
- iii. Διέθετε ακόμα πολλούς κενούς χώρους, όπου μπορούσαν να αναπτυχθούν, κατά τα διεθνή πρότυπα , και άλλες σύγχρονες ιατρικές υπηρεσίες.

2.5. Η κρατικοποίηση του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη»

Από το 1979, όταν πρώτος μίλησε για κρατικοποίηση του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» ο Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών Σπύρος Δοξιάδης, οι εργαζόμενοι στο Ίδρυμα κρυφά και φανερά δεν έπαψαν να ευελπιστούν ή και να αγωνίζονται «για να πάρει το Υπουργείο το μαιευτήριο στα χέρια του». Όταν το όνειρο όλων των Ελλήνων είναι να γίνουν μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι, θα ήταν παράδοξο, μια και δίνεται η ευκαιρία και οι πολιτικές συνθήκες είναι πρόσφορες, οι εργαζόμενοι στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» να μην πιέζουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Η πολιτική του Υπουργείου για οικονομική ασφυξία των Κοινωφελών Ιδρυμάτων Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα συνεχίσθηκε και εντάχθηκε τη δεκαετία του '80.

Το 1986 στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» αρχίζουν να διορίζονται, από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, οι πρώτοι γιατροί «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να απομακρύνονται σταδιακά από την υπηρεσία τους οι γιατροί, στελέχη επί σειρά ετών, του Ιδρύματος, οι οποίοι δεν θέλησαν να ενταχθούν στο Ε.Σ.Υ. ή δεν κρίθηκαν άξιοι.

Το 1987 το μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μετατράπηκε σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Το 1988 υπογράφηκε σύμφωνο αγοροπωλησίας των κτιρίων του Νοσοκομείου μεταξύ του Δ.Σ. του ιδρύματος «Μαρίκα Ηλιάδη» και του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, έτσι το Νοσοκομείο-Μαιευτήριο έγινε Δημόσιο με την σημερινή του ονομασία: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ –ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»

Μετά την κρατικοποίηση και μέχρι σήμερα οι λειτουργικές δαπάνες, και τα ελλείμματα του μαιευτηρίου πολλαπλασιάστηκαν, το έργο της πτέρυγας δεν ολοκληρώθηκε, οι πολυπόθητες εργασίες εκσυγχρονισμού του Ιδρύματος δεν έγιναν.

2.6. Σκοπός του μαιευτηρίου

Σκοπός του Ιδρύματος είναι:

- i. η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στο μαιευτικό τομέα και στον τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσηλευτικής περίθαλψης σε ότι αφορά τη γυναίκα και το νεογνό. Οι υπηρεσίες αυτές καλύπτουν τον κύκλο γονιμότητας – εγκυμοσύνης – τοκετό – λοχεία – νεογνό, καθώς και κάθε πάθηση που αφορά τη γυναίκα και το νεογνό.
- ii. Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.
- iii. Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, εξειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

Το πρώτο χρόνο λειτουργίας του μαιευτηρίου έφτασε να έχει 120 κρεβάτια για νοσηλεία επιτόκων. Σήμερα η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται μέχρι 500 κλίνες και απασχολεί 921 άτομα στο σύνολο των υπηρεσιών του η διάρθρωση των οποίων διαφαίνεται στον κάτωθι πίνακα:

Πίνακας 2.1 Διάρθρωση προσωπικού μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Ιατρική υπηρεσία	24
Νοσηλευτική υπηρεσία	555
Διοικητική υπηρεσία	342
ΣΥΝΟΛΟ	921

Πηγή: ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ

2.7. Οργανόγραμμα του Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Το μαιευτήριο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- i. Ιατρική
- ii. Νοσηλευτική
- iii. Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει την δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου.

2.7.1 Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας

Το μαιευτήριο διαθέτει τέσσερις ιατρικούς τομείς:

Παθολογικό με δύναμη μέχρι διακόσια (200) κρεβάτια, Χειρουργικό με δύναμη μέχρι τριακόσια (300) κρεβάτια, Εργαστηριακό, Κοινωνικής Ιατρικής, στα διατομεακά τμήματα των Επειγόντων περιστατικών και Ημερήσιας Νοσηλείας.

2.7.2. Διάρθρωση νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τέσσερις (4) τομείς:

- i. Ο πρώτος (1^{ος}) τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τα τμήματα του Παθολογικού τομέα της Ιατρικής υπηρεσίας με τις μονάδες και τα εξωτερικά ιατρεία τους.
- ii. Ο δεύτερος τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τα τμήματα γενικής Χειρουργικής, Παιδοχειρουργικό και Οδοντιατρικό του Χειρουργικού τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας με τις μονάδες και τα εξωτερικά ιατρεία τους.

- iii. Ο τρίτος (3^{ος}) τομέας σε οκτώ (8) τμήματα που καλύπτουν το αναισθησιολογικό και τα μαιευτικά – γυναικολογικά τμήματα του Χειρουργικού τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας με τις μονάδες και τα εξωτερικά ιατρεία τους καθώς και το νεογνολογικό τμήμα του παθολογικού τομέα.
- iv. Ο τέταρτος (4^{ος}) σε τέσσερα τμήματα που καλύπτουν το χειρουργείο τα διατομεακά τμήματα και τον Εργαστηριακό τομέα της Ιατρικής υπηρεσίας.

2.7.3. Διάρθρωση διοικητικής υπηρεσίας

Η Διοικητική υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) υποδιευθύνσεις:

- i. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- ii. Υποδιεύθυνση Οικονομικού και
- iii. Υποδιεύθυνση Τεχνικού.

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού, στα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Κίνησης Ασθενών, Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, Κοινωνικής Υπηρεσίας, Παραϊατρικών Επαγγελμάτων.

Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα, Οικονομικού, Πληροφορικής – Οργάνωσης και διατροφής. Τέλος, η Υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα, Τεχνικού και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.

ΜΕΡΟΣ Β' : ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΛΗΤΩ»

2.8. Παρουσίαση του μαιευτηρίου «Λητώ»

Το 1967 μία ομάδα μαιευτήρων-γυναικολόγων αποφάσισαν να ιδρύσουν μία πρότυπη μονάδα μαιευτικής και γυναικολογίας στην Αθήνα. Τον Μάρτιο του 1967, αγοράστηκε μία έκταση στην είσοδο του Ψυχικού και ξεκίνησαν οι εργασίες ανέγερσης του κτιρίου. Το μαιευτήριο «Λητώ» ξεκίνησε επίσημα την λειτουργία του στις 15 Ιουνίου 1970.

Την 1^η Μαρτίου 1991, μετετράπη σε ανώνυμη εταιρία (Α.Ε.), διευρύνοντας τη βάση των μετόχων του με ιατρούς νέων ειδικοτήτων, έκανε αύξηση του κεφαλαίου του και ξεκίνησε ένα σημαντικό πρόγραμμα επενδύσεων.

Το 1995 αγοράζεται ένα κτίριο δίπλα ακριβώς από τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου, όπου και δημιουργείται ένα διαγνωστικό κέντρο μοριακής βιολογίας και κυτταρογενετικής με την επωνυμία «ALFA LAB Α.Ε.».

Τον Αύγουστο του 2000, το «Λητώ» ίδρυσε κατόπιν σχετικής απόφασης των μετόχων του εταιρία συμμετοχών (holding company), με την επωνυμία «Λητώ Συμμετοχών Α.Ε.» και παράλληλα σύναψε στρατηγική συνεργασία με το ιδιωτικό μαιευτήριο «Μητέρα», μεταβιβάζοντας σε αυτό το 34% των μετοχών του.

Από το 2004 το μαιευτήριο συμμετέχει με ποσοστό 2,9% στο μετοχικό κεφάλαιο της κλινικής «Ολύμπιον Α.Ε.» με έδρα την Πάτρα, η οποία εξειδικεύεται στην αποθεραπεία και αποκατάσταση ασθενών με χρόνιες και μετεγχειρητικές καταστάσεις.

Την άνοιξη του 2006, το 86% των μετοχών της «Λητώ» πέρασε στον έλεγχο του «Μητέρα». Το όραμα των αρχιτεκτόνων αυτής της συγχώνευσης, είναι η παροχή υψηλών προδιαγραφών ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών με ιατροκεντρική διαχείριση των δύο κλινικών, βασισμένη στις σύγχρονες τεχνοκρατικές αρχές διοίκησης (Ανώνυμος, 2007).

Την 31/12/2007 το μετοχικό κεφάλαιο του μαιευτηρίου ανέρχεται στα 3.697.911,98€ και διαιρείται σε 1.262.086 μετοχές. Η μετοχική σύνθεση του ομίλου «Λητώ» παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2.2. Συμμετοχές Ομίλου «Λητώ»

ΛΗΤΩ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ Α.Ε.		
ΜΕΤΟΧΟΙ	ΜΕΤΟΧΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	1.632.55	73,8%
ΙΑΣΩ Α.Ε.	245.370	11,1%
ΙΑΤΡΟΙ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΙ	333.164	15,1%
ΣΥΝΟΛΟ	2.211.089	100,0%
ΛΗΤΩ Α.Ε.		
ΜΕΤΟΧΟΙ	ΜΕΤΟΧΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΗΤΩ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ Α.Ε.	636.274	50,4%
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	415.267	32,9%
ΙΑΣΩ Α.Ε.	69.286	5,5%
ΙΑΤΡΟΙ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΙ	141.259	11,2%
ΣΥΝΟΛΟ	1.262.086	100,0%
ΑΙΦΑ LAB Α.Ε.		
ΜΕΤΟΧΟΙ	ΜΕΤΟΧΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΗΤΩ Α.Ε.	20.000	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	20.000	100%
ΟΛΥΜΠΙΟΝ Α.Ε.		
ΜΕΤΟΧΟΙ	ΜΕΤΟΧΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΗΤΩ Α.Ε.	293.680	2,9%

Πηγή: ΛΗΤΩ Α.Ε.

Το μαιευτήριο «Λητώ», λειτουργεί μέχρι και σήμερα παρέχοντας μαιευτικές, γυναικολογικές και χειρουργικές υπηρεσίες έχοντας μερίδιο αγοράς περίπου 11%, το οποίο συνοδεύεται από πολύ καλή φήμη χάρη στις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που παρέχει.

Θυγατρική της είναι η εταιρεία «ALFA LAB», (μοναδικός μέτοχος) που έχει ως αντικείμενο την λειτουργία και εκμετάλλευση του πλέον σύγχρονου Κέντρου Μοριακής Βιολογίας – Κυτταρογενετικής στην Ελλάδα.

Η Εταιρεία διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο που εκλέγεται με τριετή θητεία από τους μετόχους οι οποίοι είναι στην πλειοψηφία τους συνεργάτες ιατροί (60%) ενώ το υπόλοιπο 40% των μετοχών ανήκει στους ανταγωνιστές «Μητέρα» (34%) και «Ιασώ» (6%), καθορίζοντας έτσι όχι μόνο τις τιμές αλλά και την στρατηγική (Νικολοπούλου-Στουρνάρα, 2002).

Στόχος του «Λητώ», είναι οι πελάτες να περιθάλπονται καλύτερα και αποτελεσματικότερα από τους ανταγωνιστές. Πρέπει να βρίσκουν φροντίδα, ζεστασιά και οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Λέγοντας καλύτερη χρήση των πόρων, εννοείται κυρίως η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, μια και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι

ευθέως ανάλογη με την ποιότητα του σε μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών υγείας (Γαλάνης, 1995).

Η διοίκηση του μαιευτηρίου επικεντρώνεται επίσης στην ικανοποίηση συμφερόντων των μετόχων της εταιρείας, με στόχο την βελτίωση των οικονομικών μεγεθών που θα βοηθήσει την αξία της μετοχής να ανέβει και σαν αποτέλεσμα θα έχει την αύξηση των κερδών από τα μερίσματα της μετοχής.

Ένα από τα πλεονεκτήματα του, είναι ότι έχει συνάψει σύμβαση σχεδόν με όλες τις ιδιωτικές ασφάλειες, γεγονός που διευκολύνει οικονομικά τους ασθενείς που έχουν κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια και τους ιατρούς, γιατί οι αμοιβές καλύπτονται από τις εταιρείες.

Μειονέκτημα αποτελεί, το γεγονός ότι κάτι αντίστοιχο δεν συμβαίνει και με τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία.

Το Μαιευτήριο εποπτεύεται ως προς την ορθή υγειονομική λειτουργία του από την αρμόδια Υγειονομική Υπηρεσία της Νομαρχίας Αθηνών και είναι υποχρεωμένο να εναρμονίζεται προς όλες τις νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονισμούς υγείας που το αφορούν.

Κύριο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που χαρακτηρίζει το «Λητώ», είναι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει σε όποιον απευθύνεται σε αυτό, βρίσκοντας άμεση αντιμετώπιση του ιατρικού προβλήματος, παρέχοντας στον συνεργάτη ιατρό αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς που εκείνος με την σειρά του το μεταφέρει στον ασθενή. Από τον Δεκέμβριο του 2006 το μαιευτήριο «Λητώ» ανήκει κατά 90% στο μαιευτήριο «Μητέρα».

2.9. Όραμα – Αποστολή Εταιρείας

Το όραμα του μαιευτηρίου «Λητώ» είναι:

«Η πρωτοποριακή του θέση στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες υψηλού ποιοτικού επιπέδου μέσω των άριστα καταρτισμένων ιατρών – συνεργατών και του εξειδικευμένου παραϊατρικού προσωπικού, με την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων στην κατεύθυνση της αύξησης της αξίας της επένδυσης των μετόχων, παραμένοντας αυτόνομο στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας»

2.1.1. Κοινωνικοί σκοποί εταιρείας

Το κύριο ανταγωνιστικό πλεονεκτήμα του μαιευτηρίου, είναι το πολύ καλό όνομα στην αγορά, σε συνδυασμό με το φιλικό – οικογενειακό περιβάλλον και την καλή, ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική. Αυτά τα τρία στοιχεία σε συνδυασμό με την παρακολούθηση της τεχνολογικής και επιστημονικής εξέλιξης και τις συνακόλουθες επενδύσεις στους τομείς αυτούς, αποτελούν τους κύριους παράγοντες προσέλκυσης και διατήρησης ιατρών - συνεργατών οι οποίοι αποτελούν τους «πελάτες» του μαιευτηρίου.

2.1.1. Παρεχόμενες υπηρεσίες

Το μαιευτήριο «Λητώ» έχει άδεια γενικής κλινικής. Προσφέρει επιστημονική στέγη σε 500 και άνω ιατρούς, όλων των ειδικοτήτων, κυρίως όμως Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, οι οποίοι αποτελούν και του βασικούς «πελάτες» του μαιευτηρίου (αρκετοί εκ των οποίων είναι και μέτοχοι).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προσφέρονται στους ασθενείς από τους συνεργάτες – ιατρούς, με τη συνεργασία του προσωπικού του μαιευτηρίου, το οποίο ξεπερνά τα 285 άτομα. Η διάρθρωση του προσωπικού κατά κατηγορία έχει ως εξής:

Πίνακας 2.3. Διάρθρωση Προσωπικού μαιευτηρίου «Λητώ»

Νοσηλευτικό	156
Διοικητικό	59
Ιατρικό	14
Παραϊατρικό	16
Βοηθητικό	36
Εργατοτεχνικό	6
Σύνολο	287

Πηγή: ΛΗΤΩ Α.Ε. την 31/12/2008

Το μαιευτήριο «Λητώ», στεγάζεται σε ιδιόκτητο χώρο 7.500 τ.μ., ειδικά σχεδιασμένο και εξοπλισμένο να παρέχει κάθε διαγνωστική και θεραπευτική υποστήριξη σε 24ωρη βάση.

Οι νοσηλευτικοί χώροι, καλύπτουν επιφάνεια 4.000 τ.μ. με αναλογούμενο χώρο σε κάθε νοσηλευόμενη 31 τ.μ. Η δυναμικότητα του μαιευτηρίου περιλαμβάνει 130 κλίνες όλων των κατηγοριών (Σουίτα, Lux, Μονόκλινα, Δίκλινα και Τρίκλινα δωμάτια), δύο χειρουργεία μαιευτικών επεμβάσεων, πέντε χειρουργικές μονάδες,

μονάδα λαπαροσκοπικής και επεμβατικής χειρουργικής, μονάδα μετεγχειρητικής ανανήψεως, μονάδα εντατικής φροντίδας ενηλίκων, μονάδα εντατικής φροντίδας νεογνών και προώρων.

Για να δώσει λύση στο μεγάλο χωροταξικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε, προέβη στην αγορά γειτονικών οικοπέδων δίνοντας την ευκαιρία για προεκτάσεις και προσθήκες που θα του επιτρέψει να παραμείνει ανταγωνιστικό και ικανό να συνεχίσει την στρατηγική που χάραξε για αυτονομία στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η εξέλιξη της δραστηριότητας του «Λητώ» ανά ημέρες νοσηλείας και αριθμό ασθενών παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα, όπου παρατηρείται σταδιακή αύξηση των ημερών νοσηλείας και του αριθμού των εξωτερικών ασθενών, ενώ υπάρχει μία μικρή μείωση του αριθμού των εσωτερικών ασθενών κυρίως το έτος 2006. Το έτος 2008 παρουσιάζεται σημαντική αύξηση στον αριθμό των εσωτερικών ασθενών.

Πίνακας 2.4. Εξέλιξη Δραστηριοτήτων μαιευτηρίου «Λητώ» (2002-2008)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ημέρες νοσηλείας	19.035	19.969	20.718	21.822	21.725	19.914	24.225
Αριθμός εσωτερικών ασθενών	5.747	6.743	6.807	6.934	6.148	5.538	6.585
Αριθμός εξωτερικών ασθενών	37.800	41.041	44.685	46.977	48.851	46.434	49.421
Ποσοστό εσόδων από εσωτερικού ασθενείς	80,00%	81,40%	80,30%	78,90%	74,70%	75%	77%

Πηγή: ΛΗΤΩ Α.Ε.

2.12. Θέση της εταιρείας στον κλάδο των ιδιωτικών μαιευτηρίων

Το μαιευτήριο «Ιασώ» είναι ο leader του κλάδου των ιδιωτικών μαιευτηρίων και μαζί με το «Λητώ» και το «Μητέρα» τα 3 μαιευτήρια κατέχουν το 81% του συνολικού τζίρου των μαιευτικών – γυναικολογικών υπηρεσιών. Το μαιευτήριο «Λητώ» είναι, βάσει τζίρου, το 3ο μεγαλύτερο ιδιωτικό μαιευτήριο της Ελλάδας κατέχοντας το 11% της συνολικής Ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών μαιευτηρίων και της αντίστοιχης αγοράς της περιοχής Αθηνών. Στον πίνακα

παρουσιάζονται οι πωλήσεις, τα καθαρά κέρδη και τα έσοδα ανά κλίνη των τριών ιδιωτικών μαιευτηρίων το 2003, όπως αναλύονται στον Οδηγό της ICAP 2005.

Πίνακας 2.5. Οικονομικά Μεγέθη Ιδιωτικών μαιευτηρίων

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΠΩΛΗΣΕΙΣ (‘000 €)	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΚΑΘΑΡΑ	
		ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΑ	ΚΕΡΔΗ (‘000 €)
ΙΑΣΩ	68.421	40%	19.242
ΜΗΤΕΡΑ	52.642	30%	15.275
ΛΗΤΩ	15.173	11%	3.264
ΣΥΝΟΛΟ:	136.236	81%	
ΛΟΙΠΑ	36.764	19%	
ΣΥΝΟΛΟ:	173.000	100%	

Πηγή: ICAP 2005 & Δημοσιευμένοι ισολογισμοί

2.13. Επιχειρησιακό περιβάλλον του μαιευτηρίου «Λητώ»

Για την πλήρη παρουσίαση του «Λητώ», πρέπει να παρουσιασθεί και η ανάλυση του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντός του.

Τα τελευταία χρόνια το οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται το «Λητώ» χαρακτηρίζεται από τα χαμηλά επίπεδα πληθωρισμού που δεν επιτρέπουν μεγάλες αυξήσεις των τιμολογίων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Επίσης, το αρνητικό κλίμα στο χρηματιστήριο παγώνει σχέδια για άντληση κεφαλαίων, γεγονός που αντισταθμίζεται, ως ένα βαθμό, από τη μείωση των τραπεζικών επιτοκίων.

Οι εξελίξεις στο τεχνολογικό περιβάλλον, όπως η έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ελαχιστοποίηση της νοσηλείας του ασθενούς (One-day clinic) μέσα από τη χρήση εξειλεγμένων ιατρικών μηχανημάτων, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών τηλεϊατρικής, αλλά και η ανάπτυξη των τηλεπικοινωνιών-internet έχουν σημαντική επίδραση στην στρατηγική της εταιρίας (Παπαδάκης Β., 2002). Μπορεί να αποτελέσουν ευκαιρίες αν τις εκμεταλλευτεί το «Λητώ» ή απειλές αν δεν καταφέρει να προσαρμοστεί.

Το πολιτικό – νομικό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επηρεασμού της στρατηγικής των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Από τη

δεκαετία του '90 το κράτος ακολουθεί περιοριστική πολιτική λόγω της μεταρρύθμισης του Ε.Σ.Υ. ως προς την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή φροντίδα. Όμως και τα Π.Δ.247/91,517/91,235/00 προβλέπουν μεγάλες απαιτήσεις σε χώρους, εξοπλισμό και προσωπικό για την ίδρυση νέων κλινικών, καθιστώντας ιδιαίτερα υψηλό το κόστος κατασκευής. Σημαντικό είναι να αναφερθούν η απαγόρευση διαφήμισης των υπηρεσιών υγείας από το Υπουργείο Εμπορίου και οι αυστηροί κανόνες διαχείρισης των ιατρικών δεδομένων.

Τέλος, αναλύοντας το **δημογραφικό** και το **κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον** παρατηρούνται απειλές και ευκαιρίες οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη στη χάραξη της στρατηγικής. Η Ελλάδα πλήττεται από το φαινόμενο της υπογεννητικότητας. Μάλιστα το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων προέρχεται από οικονομικούς μετανάστες και μειονότητες. Τα άτομα αυτά έχουν χαμηλά εισοδήματα και προτιμούν τη δημόσια υγεία.

Επίσης, λόγω της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης των ασθενών υπάρχει αυξητική τάση των αποζημιώσεων που ζητούνται για ιατρικά λάθη και εκμετάλλευσής τους από τα Μ.Μ.Ε. Από την άλλη μεριά, λόγω της αύξησης του βιοτικού επιπέδου και των ιδιωτικών ασφαλίσεων προτιμώνται τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τέλος, ο σύγχρονος τρόπος ζωής σε συνδυασμό με την δημογραφική γήρανση διευρύνει την «πελατειακή βάση» των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Σκούρτης, Γ., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Πρωτογενής έρευνα

Το επόμενο στάδιο της διαδικασίας έρευνας, είναι η συλλογή πληροφοριών με **πρωτογενή έρευνα**. Στο παρόν μέρος της εργασίας, θα παρατεθεί το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα δυο υπό εξέταση νοσοκομεία, το δημόσιο μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» και το ιδιωτικό «Λητώ». Βασικά στοιχεία για τον σχεδιασμό και τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

3.1.1. Υλικό

Για τη συλλογή των στοιχείων της πρωτογενούς έρευνας της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν μόνο ερωτηματολόγια, τα οποία απευθύνονταν προς τις νοσηλεύόμενες ασθενείς και το προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και των δύο νοσοκομείων. Για τη δημιουργία των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Κλίμακας Likert (Πετράκης Μ., 2006).

3.1.2. Μέθοδος

Στη μελέτη που διεξήχθη χρησιμοποιήθηκε η επισκοπική μέθοδος έρευνας, με την οποία συλλέγονται πληροφορίες από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται στα εκατό (100) περίπου άτομα εργαζομένων και νοσηλευόμενων για το κάθε νοσοκομείο, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

3.2. Γενικά για την έρευνα αγοράς

Έρευνα αγοράς είναι η συστηματική, οργανωμένη και κριτική συγκέντρωση αντικειμενικών πληροφοριών που αναφέρονται στη συμπεριφορά, τις ανάγκες, τις τάσεις και προσδοκίες ατόμων ή οργανισμών μέσα στο πλαίσιο των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (Πετράκης Μ., 2006).

Ουσιαστικά, η έρευνα είναι μια μορφή ακούσματος, ένα σημαντικό και ολοκληρωμένο μέρος της διαδικασίας σχεδιασμού, ανάπτυξης προγράμματος και αξιολόγησης.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι έρευνας για την συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων, πληροφοριών και απόψεων. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

1. Η μέθοδος της παρατήρησης.
2. Η μέθοδος των ερωτήσεων μέσω ταχυδρομείου.
3. Η μέθοδος της συνέντευξης (Μαγνήσαλης Κ., 2002).

Η έρευνα αγοράς είναι η λειτουργία που προσανατολίζει την επιχείρηση στο:

1. Τι να παράγει.
2. Πότε να το παράγει.
3. Πόσο να το κοστολογήσει.
4. Τι να πει στις επικοινωνιακές στρατηγικές.

Το κόστος της έρευνας εξαρτάται από:

1. Το μέγεθος του δείγματος (πόσοι-ποιοί).
2. Τον τρόπο προσέγγισης (προσωπική-τηλεφωνική κλπ).
3. Τη γεωγραφική κάλυψη.
4. Το χρόνο αποπεράτωσης.
5. Το βαθμό ανάλυσης.
6. Το είδος της έρευνας (ποσοτική, ποιοτική, Ad-Hoc, βιομηχανική, καταναλωτική).

Συμπερασματικά, ο βασικός ρόλος της έρευνας, είναι να εμπλουτίζει τη βάση δεδομένων μιας επιχείρησης, στην οποία στηρίζονται οι προβλέψεις και οι αποφάσεις. Να βοηθήσει δηλαδή, να μειωθεί ο κίνδυνος λανθασμένων εκτιμήσεων. Καμιά ερευνητική μέθοδος από τις μέχρι σήμερα γνωστές, δεν μπορεί να εξαλείψει την αβεβαιότητα παντελώς. Μια επιστημονική όμως οργάνωση και εκτέλεση μπορεί να μειώσει σημαντικά τα στοιχεία εκείνα της αβεβαιότητας λόγω εκτιμήσεων ή προβλέψεων. Η έρευνα λοιπόν έχει βασικά δύο σκοπούς:

- Να μειώσει την αβεβαιότητα και
- Να ελέγξει την απόδοση.

3.3. Η τακτική της έρευνας

3.3.1. Γενικά στοιχεία.

Για τη συλλογή των στοιχείων της πρωτογενούς έρευνας, έπρεπε να προσδιοριστεί η τακτική της έρευνας (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη, άλλο μέσο). Πριν από την διανομή των ερωτηματολογίων στο προς εξέταση δείγμα, διεξήχθη αρχικά ένα πιλοτικό τεστ, σε μέρος του δείγματος (περίπου στο 10% αυτού) για να διορθωθούν ορολογίες που πιθανόν θα προκαλούσαν σύγχυση. Για τη δημιουργία των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Κλίμακας Likert (Πετράκης Μ., 2006). Τα πλεονεκτήματα αυτής της δομημένης τεχνικής συγκέντρωσης πρωτογενών στοιχείων, είναι το μικρό κόστος και η ανωνυμία, η οποία βοηθά στην αποκάλυψη των πραγματικών τάσεων (Πετράκης Μ., 2006).

3.3.2. Πληθυσμός

Πληθυσμός σε μια έρευνα ονομάζονται τα μέλη της ομάδας ενδιαφέροντος μας, της ομάδας δηλαδή που επιθυμούμε να ερευνήσουμε για την καταγραφή των απόψεων τους. Η έρευνα αυτή γίνεται από τη συλλογή πληροφοριών κατά τη διάρκεια της δειγματοληψίας.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, ο πληθυσμός για την αξιολόγηση των παρεχόμενων ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών υπηρεσιών, αποτελείται από το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό) του κάθε νοσοκομείου καθώς και από τις νοσηλευόμενες μητέρες.

3.3.3. Δειγματοληψία

Ως δειγματοληψία ορίζεται, η μέθοδος με την οποία ο ερευνητής επιλέγει να αντλήσει πληροφορίες, σχετικά με το θέμα που τον απασχολεί από το δείγμα που ο ίδιος έχει επιλέξει, βάση ορισμένων κριτηρίων. Με δεδομένη την αδυναμία μελέτης όλου του πληθυσμού, έπρεπε να γίνει η επιλογή ενός δείγματος. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία (random sampling) και αμερόληπτη.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για τους ακόλουθους λόγους:

- Διασφαλίζει μεγάλο αριθμητικά δείγμα.

- Παρέχει τόσο ποιοτικά, όσο και ποσοτικά στοιχεία για την έρευνα.
- Όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται στα εκατό (100) άτομα περίπου εργαζομένων και νοσηλευόμενων για το κάθε νοσοκομείο.

3.3.4. Ερωτηματολόγια

Για την διαμόρφωση των ερωτηματολογίων, ακολουθήθηκαν οι βασικοί κανόνες σύνταξης ερωτηματολογίων (Πετράκης Μ., 1999) στην προσπάθεια διερεύνησης και όχι κατευθυνόμενης απάντησης. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα, σχεδιάστηκαν τηρώντας τις βασικές αρχές που ισχύουν για τη δημιουργία τους.

Η πρώτη αρχή, στηρίζεται στη διατύπωση των ερωτήσεων, οι οποίες πρέπει να είναι σαφείς, σύντομες και κατανοητές έτσι ώστε ο ερωτώμενος να μπορεί να απαντήσει σε αυτές με σχετική ευκολία.

Σύμφωνα με τη δεύτερη αρχή, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο περιεχόμενο των ερωτήσεων ούτως ώστε να μην θίγουν σε προσωπικό επίπεδο τον ερωτώμενο και να μην τον αποτρέπουν στο να απαντήσει σε αυτές.

Η τρίτη αρχή, αναφέρεται στον τύπο των ερωτήσεων, όπου πρέπει να επιλεγεί εάν θα είναι ανοιχτού τύπου, κλειστού τύπου ή θα περιλαμβάνονται και οι δύο τύποι ερωτήσεων. Η επιλογή της μορφής των ερωτήσεων έχει να κάνει με το περιεχόμενο της έρευνας, καθώς και το χρόνο και την εμπειρία που διαθέτει ο ερευνητής.

Τέλος, σύμφωνα με την τέταρτη αρχή, είναι εξίσου σημαντική και η σειρά εμφάνισης των ερωτήσεων μέσα στο ερωτηματολόγιο. Να αρχίζει με πιο απλές ερωτήσεις και σταδιακά να κλιμακώνονται σε δυσκολία και πολυπλοκότητα.

Αρχικά, προσδιορίσαμε ποιες είναι οι πληροφορίες που θέλουμε να συλλέξουμε και καθορίσαμε την ομάδα των ερωτώμενων. Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (ιατρικών - νοσηλευτικών – διοικητικών), διεξήχθη από τις νοσηλευόμενες ασθενείς των δύο μαιευτηρίων και από το προσωπικό το οποίο παρέχει τις εν λόγω υπηρεσίες, για αυτό το λόγο δημιουργήθηκαν δύο (2) ερωτηματολόγια, ένα απευθυνόμενο στις νοσηλευόμενες και ένα δεύτερο, απευθυνόμενο στο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων των δύο φορέων.

Η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, ήταν εισαγωγική με το σκοπό της έρευνας και οι υπόλοιπες σελίδες είχαν τις ερωτήσεις. Υπήρχαν διάφορα είδη ερωτήσεων, ώστε να εξαχθούν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες.

Οι δημογραφικές ερωτήσεις δεν υποχρέωναν την αναγραφή επωνύμου, προκειμένου να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη των ερωτώμενων και να απαλλαγούν από το άγχος της πιθανής δημοσιοποίησης των στοιχείων τους.

Στη συγκεκριμένη μέθοδο παρέχονται τέσσερα διαφορετικά είδη ερωτήσεων:

- i. Ανοιχτές ερωτήσεις. Πρόκειται για ερωτήσεις όπου ζητείται από τον αξιολογητή να εκφράσει την άποψη του (να απαντήσει περιφραστικά) σχετικά με το υπό αξιολόγηση θέμα.
- ii. Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Πρόκειται για ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με μια τιμή από ένα σύνολο δυνατών εναλλακτικών απαντήσεων.
- iii. Κλειστές ερωτήσεις. Πρόκειται για ερωτήσεις που επιδέχονται μια εκ των δύο απαντήσεων: Καταφατική απάντηση (ΝΑΙ) ή Αρνητική απάντηση (ΟΧΙ).
- iv. Ερωτήσεις με προκαθορισμένη κλίμακα πολλαπλών σημείων «Κλίμακα Likert» (Πετράκης Μ., 2006). Πρόκειται για ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με μια τιμή από σύνολο διακριτών τιμών. Στην προκειμένη περίπτωση, το σύνολο των διακριτών τιμών είναι το [1, 2, 3, 4, 5]. Η τιμή 1 δηλώνει ότι το υπό εξέταση χαρακτηριστικό δεν ικανοποιεί τις απαιτήσεις στο ελάχιστο, ενώ η τιμή 5 δηλώνει την πλήρη ικανοποίηση των απαιτήσεων που αντιστοιχούν στο εν λόγω χαρακτηριστικό. Οι τιμές μεταξύ 1 και 5 δηλώνουν μια μερική ικανοποίηση των απαιτήσεων. Η σειρά ικανοποίησης είναι αύξουσα, από τη μικρότερη στη μέγιστη ικανοποίηση όσον αφορά την απαίτηση κάθε ερώτησης και ο αξιολογητής σημειώνει κάθε φορά τον επιθυμητό αριθμό:

1 = Πολύ Κακή, 2 = Κακή, 3 = Μέτρια, 4 = Καλή, 5 = Πολύ Καλή

3.3.4.1. Ερωτηματολόγια νοσηλευόμενων ασθενών

Αρχικά, ζητήθηκε από τις νοσηλευόμενες να απαντήσουν στις δημογραφικές ερωτήσεις, στη συνέχεια σε κάποιες γενικές ερωτήσεις και τέλος, για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα, ζητήθηκε από τις ερωτώμενες να απαντήσουν σε 17 ερωτήσεις σε 5βάθμια κλίμακα Likert, που ξεκίναγε από το Πολύ Κακή (αρνητικότερη αξιολόγηση) μέχρι το Πολύ Καλή (θετικότερη αξιολόγηση).

Κύριος στόχος αυτού του ερωτηματολογίου, ήταν να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες που παρέχονται στις νοσηλευόμενες, σε ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό μαιευτήριο, όπως επίσης να διερευνηθεί η πρόθεση τους σε ενδεχόμενη ανάγκη, να νοσηλευτούν ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Στη συνέχεια, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαριθμήσουν, κατά σειρά σπουδαιότητας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του μαιευτηρίου στο οποίο νοσηλεύτηκαν.

3.3.4.2. Ερωτηματολόγια προσωπικού

Για την αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους ίδιους τους εργαζομένους των δύο νοσοκομείων, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους η συμπλήρωση κάποιων δημογραφικών στοιχείων. Λόγω της φύσης της έρευνας, αλλά και των διαφόρων κατηγοριών εργαζομένων σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, η πρώτη ομάδα των ερωτήσεων απευθυνόταν μόνο στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις σε 5βάθμια κλίμακα Likert, που ξεκίναγε από το Πολύ Κακή (αρνητικότερη αξιολόγηση) μέχρι το Πολύ Καλή (θετικότερη αξιολόγηση) είχε σαν βασικό στόχο οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν το έμψυχο και άψυχο δυναμικό του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται. Τέλος, ακολουθούν οι δύο (2) ερωτήσεις ανοικτού τύπου όπου ζητείται από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται.

3.4. Συλλογή δεδομένων

Σε αυτή την έρευνα η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις.

Στην πρώτη, συμπληρώθηκαν είκοσι (20) ερωτηματολόγια από το καθ' ένα (ερωτηματολόγιο νοσηλευόμενων – ερωτηματολόγιο προσωπικού) ως πιλοτικά, για να εντοπισθούν τυχόν προβλήματα και αδυναμίες κατά τη συμπλήρωση τους από τους ερωτώμενους, προκειμένου να γίνουν οι ανάλογες αλλαγές. Στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα, λόγω του ότι όλες οι ερωτήσεις ήταν απλές και σωστά διατυπωμένες. Επίσης, σημαντικό ρόλο έπαιξε το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης τους οι ερευνήτριες ήταν παρούσες.

Στη δεύτερη φάση, τα ερωτηματολόγια προωθήθηκαν στην τελική τους μορφή και συμπληρώθηκαν από στις ακόλουθες αναλογίες:

- *Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»:*

Ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», ανέρχεται στα 921 άτομα. Ως δείγμα επιλέχθηκε το 15 % αυτού, δηλαδή 130 άτομα, εκ των οποίων απάντησε περίπου το 11%, δηλαδή 101 άτομα.

Οι κλίνες του νοσοκομείου υπολογίζονται στις 500, δηλαδή 500 νοσηλευόμενες. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο 20% αυτών, δηλαδή στις εκατό (100) γυναίκες και συμπληρώθηκαν 95 ερωτηματολόγια.

- *Μαιευτήριο «Λητώ»:*

Από τα τετρακόσια (400) άτομα που απασχολεί το μαιευτήριο «Λητώ», συμπεριλήφθηκε σε αυτόν τον αριθμό, το ιατρικό (εφημερεύοντες και εκτελέσαντες ιατρούς), το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, επιλέχθηκε ως δείγμα το 30%, δηλαδή 120 άτομα. Από τα 120 ερωτηματολόγια που δόθηκαν, απαντήθηκαν τα 100, δηλαδή περίπου το 25%.

Ομοίως το νοσοκομείο διαθέτει 130 κλίνες, άρα 130 νοσηλευόμενες. Το 80% αυτού, δηλαδή 104 γυναίκες αποτελούν το δείγμα της έρευνας. Από τα 104 ερωτηματολόγια, απαντήθηκε το 70% αυτών, περίπου 91.

Οι ερωτώμενοι προσεγγίστηκαν μέσα στο χώρο των μαιευτηρίων και ο τρόπος προσέγγισης των ερωτώμενων ήταν κοινός απέναντι σε όλους. Ο συνολικός χρόνος που χρειάστηκε για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έως την συλλογή των απαντήσεων ήταν περίπου 1 εβδομάδα (28/2/09 – 5/3/09).

3.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

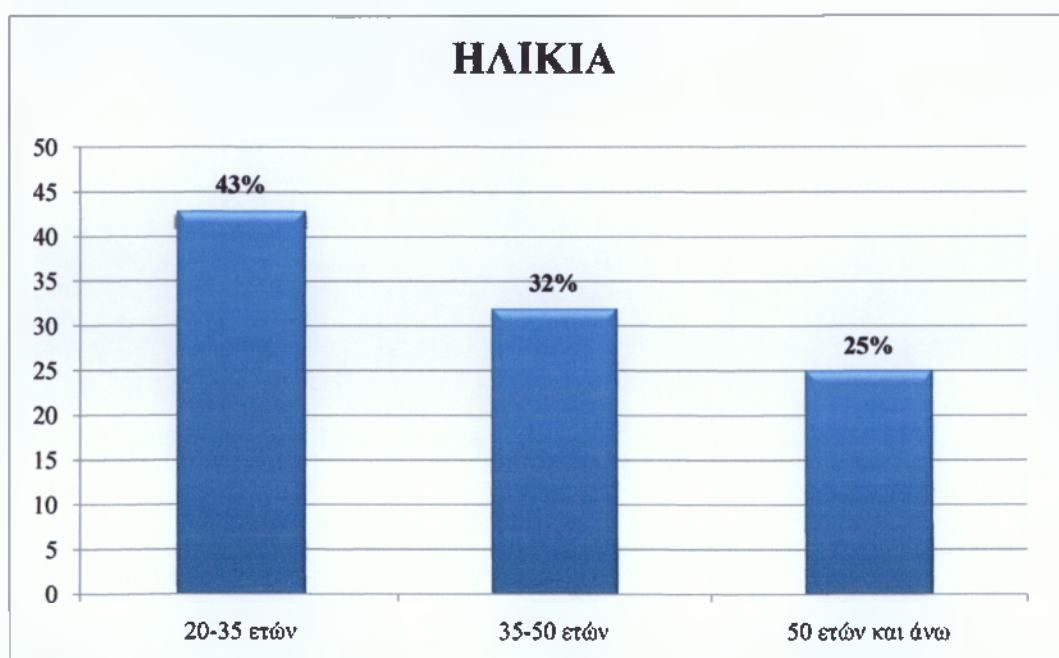
Στη συγκεκριμένη μελέτη, για την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο EXCEL, το οποίο έχει ως σκοπό την ηλεκτρονική επεξεργασία πινάκων και την παραγωγή διαγραμμάτων, όπως για παράδειγμα τα ραβδογράμματα (bar charts) και πίτες (pie charts).

3.6. Ανάλυση ερωτηματολογίων

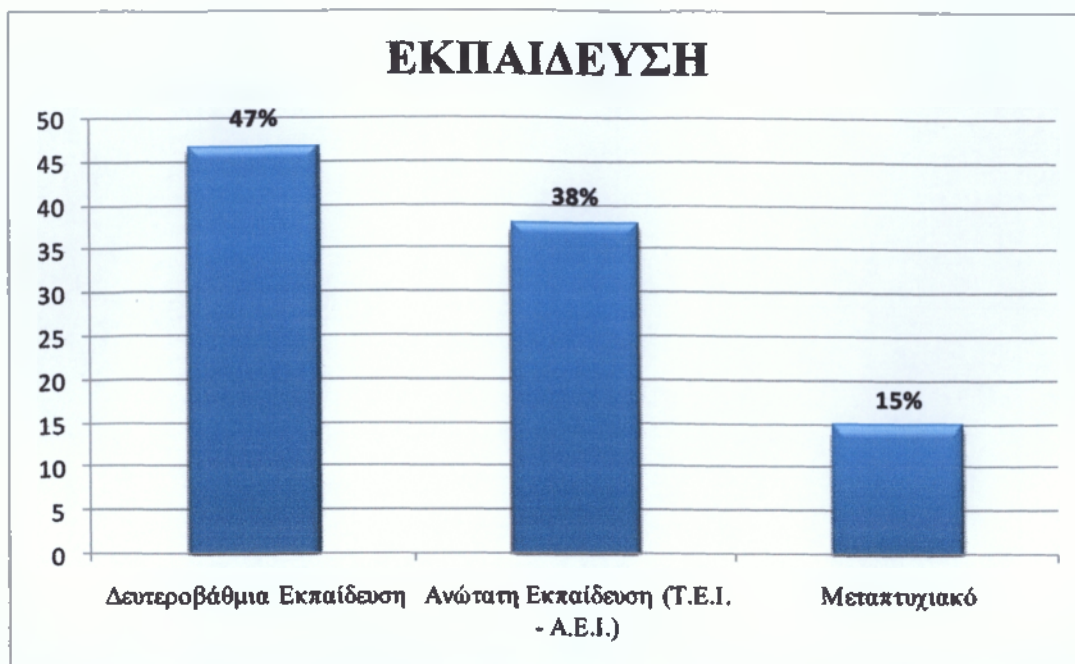
3.6.1. Ερωτηματολόγια νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»

Από τις 95 γυναίκες που νοσηλεύτηκαν στο μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» και αποτελούν το δείγμα της ερευνάς μας, σύμφωνα με τα Δημογραφικά Στοιχεία, (Διάγραμμα 3.1.) το 43% συγκεντρώνεται στην ηλικία 20 – 35 ετών, το 32% στην ηλικία 35 – 50 ετών και το 25% στην ηλικία 50 ετών και άνω.

Οι λόγοι που επέλεξαν να νοσηλευτούν στο «Ελενα Βενιζέλου», είναι οι ακόλουθοι (Διάγραμμα 3.4.): το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στο κόστος νοσηλείας (65%), ακολουθεί η σύσταση του ιατρού με μεγάλη όμως διαφορά (18%) και ακόμα μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται στην προηγούμενη νοσηλεία (8%), στις συστάσεις συγγενών / φίλων (6%) και άλλοι λόγοι μόνο το 3%.



Διάγραμμα 3.1. Ηλικία νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.2. Εκπαίδευση νοσηλευόμενων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.3. Επαγγελματική δραστηριότητα νοσηλευόμενων ασθενών μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.4. Λόγοι επιλογής νοσηλείας στο μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»

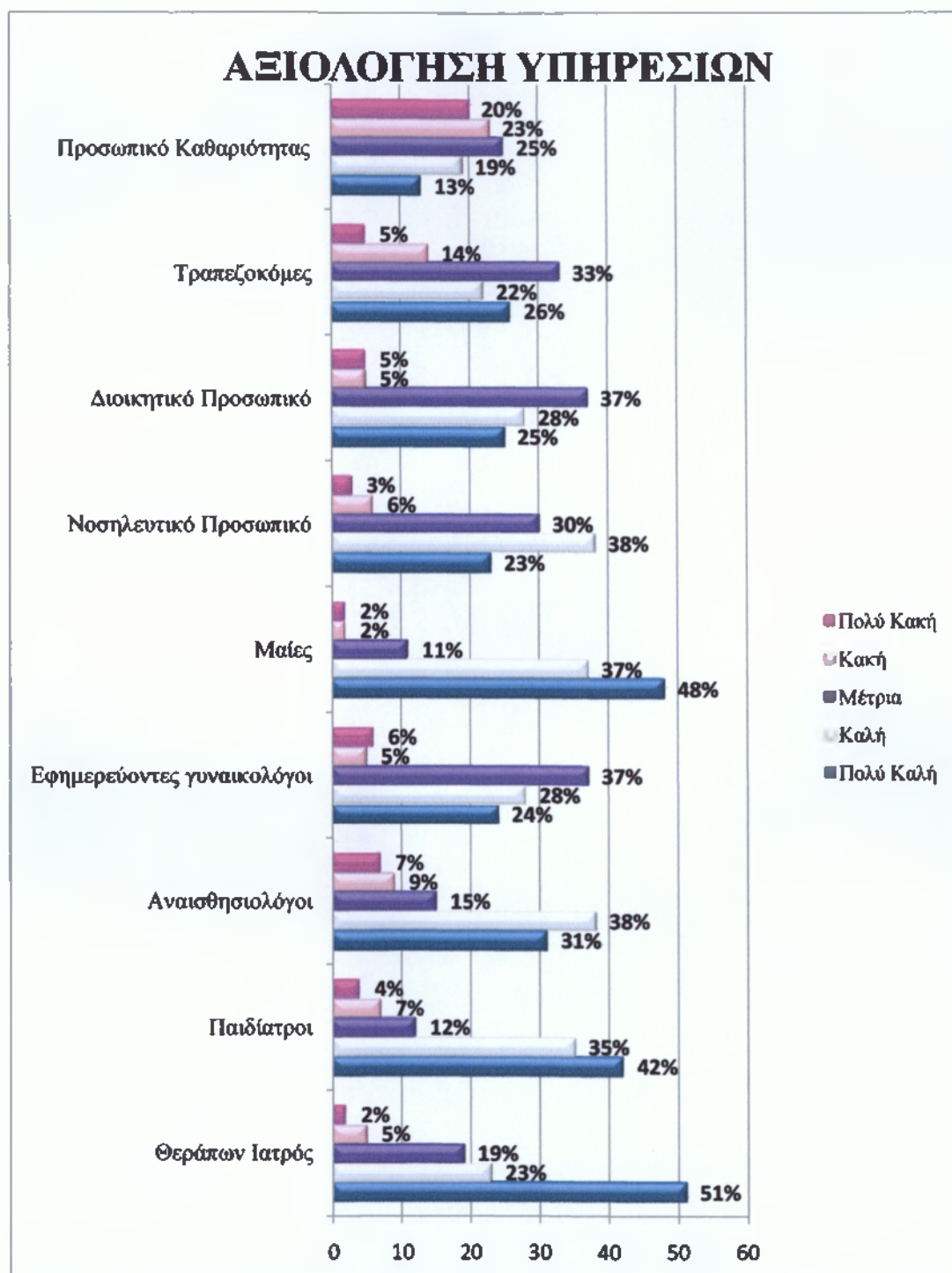
Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου, ακολουθεί η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως διαφαίνεται στο Διάγραμμα 3.5. που ακολουθεί, σε γενικά πλαίσια οι νοσηλευόμενες εμφανίζονται ικανοποιημένες από τις προσφερόμενες υπηρεσίες και η κατανομή των ποσοστών δεν έχει μεγάλες αποκλείσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που προσέφερε ο θεράπων ιατρός αξιολογήθηκε ως πολύ καλά κατά 51% και κατά 23% καλή. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από του Παιδίατρους, Αναισθησιολόγους και Εφημερεύοντες Γυναικολόγους ανέρχεται στα εξής ποσοστά με πολύ καλές κριτικές για τους Παιδίατρους στο 42% και καλές στο 35%. Όμως για τους Αναισθησιολόγους και τους Εφημερεύοντες Γυναικολόγους τα ποσοστά μειώνονται ελαφρώς στην βαθμίδα της πολύ καλής κριτικής με ποσοστά που αντιστοιχούν στους Αναισθησιολόγους 31% και για τους Εφημερεύοντες Γυναικολόγους 24%.

Στο Μαιευτικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό ο βαθμός ικανοποίησης κυμαίνεται σε ποσοστά 48% πολύ καλής και 37% καλής κριτικής για τις Μαίες. Στο Νοσηλευτικό προσωπικό το ποσοστό για την πολύ καλή αξιολόγηση ανέρχεται στο 23%, ενώ η μεγαλύτερη συγκέντρωση εμφανίζεται στις βαθμίδες της καλής και μέτριας αξιολόγησης (38% και 30% αντίστοιχα).

Για το Διοικητικό προσωπικό το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στη μέτρια βαθμίδα με 37%. Τέλος, η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών για το Βοηθητικό Προσωπικό (Τραπεζοκόμοι / ες – Προσωπικό Καθαριότητας) έχει ως εξής, 33% (που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό) μέτρια κριτική για τους Τραπεζοκόμους / ες, 26% πολύ καλή και 22% καλή κριτική. Αντίθετα πάνω από το 50% των ερωτηθέντων αξιολογεί το Προσωπικό Καθαριότητας αρνητικά (μέτρια - κακή – πολύ κακή κριτική).

Ακολουθεί, η ερώτηση σχετικά με την αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων, στις οποίες υποβλήθηκαν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης οι ερωτώμενες, με βάση το Διάγραμμα 3.6. που προέκυψε από τις απαντήσεις που λάβαμε, βλέπουμε ότι το 38% αξιολόγησε με την μέτρια κριτική και μόλις το 10% του δείγματος εμφανίζεται απόλυτα ευχαριστημένο.

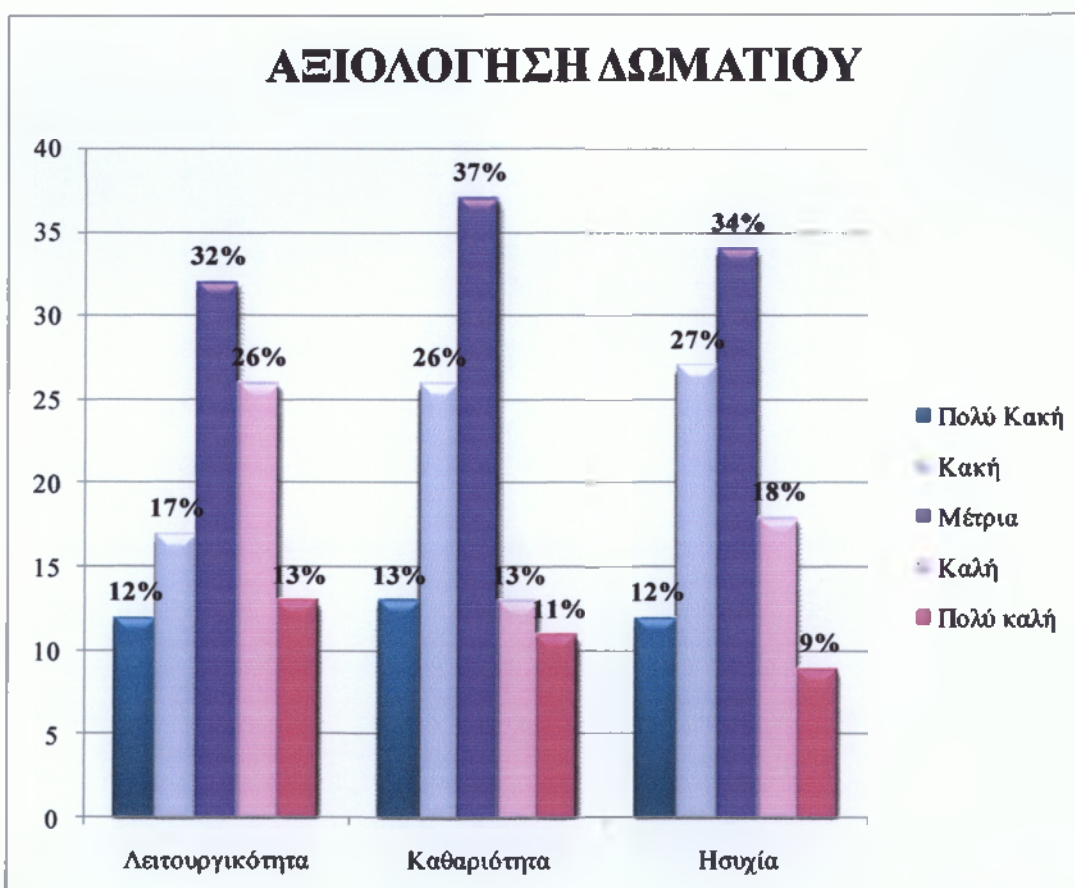
Στη συνέχεια της αξιολόγησης αναφέρεται η λειτουργικότητα, καθαριότητα και ησυχία του δωματίου νοσηλείας. Τα ποσοστά παρουσιάζουν μέτρια κριτική από τις νοσηλευόμενες ασθενείς, (Διάγραμμα 3.7.) δηλαδή ο βαθμός ικανοποίησης από την λειτουργικότητα του δωματίου αντιστοιχεί σε ποσοστά 32% μέτρια κριτική, 26% καλή, 17% κακή, 13% πολύ καλή και 12% πολύ κακή. Στην καθαριότητα του δωματίου το ποσοστό για την μέτρια κριτική ανέρχεται στο 37% ενώ οι δύο βαθμίδες της αρνητικής κριτικής (κακή – πολύ κακή) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά της τάξεως του 39% στο σύνολό τους. Τέλος, η ησυχία του δωματίου με ποσοστό 34% μέτρια κριτική, 27% κακή, 12% πολύ κακή και μόλις το 27% συγκεντρώνει τις δυο βαθμίδες της θετικής αξιολόγησης (καλή – πολύ καλή).



Διάγραμμα 3.5. Αξιολόγηση υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.6. Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των διαγνωστικών εξετάσεων από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.7. Αξιολόγηση του δωματίου νοσηλείας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

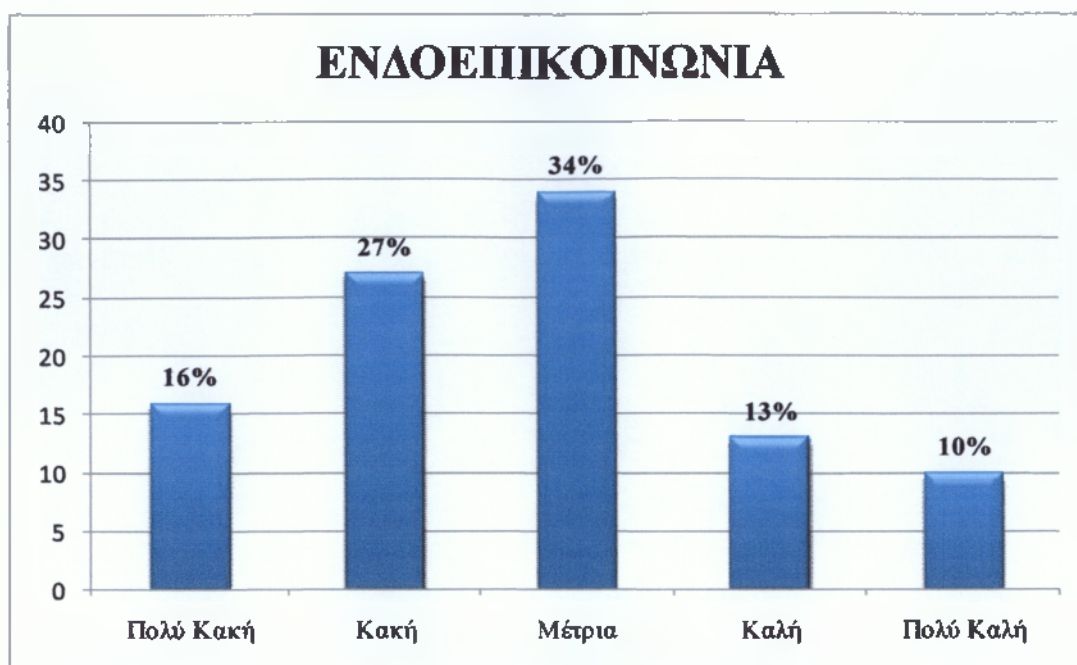
Σύμφωνα με την αξιολόγηση των νοσηλευόμενων ασθενών, σε μέτρια επίπεδα παρουσιάζονται και οι παροχές του νοσοκομείου που αφορούν την ποιότητα/ ποσότητα φαγητού (Διάγραμμα 3.8.) με ποσοστό 38%, την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (Διάγραμμα 3.9.) με 35% και τέλος η ενδοεπικοινωνία με 34%, όπως διαπιστώνουμε και από το Διάγραμμα 3.10.



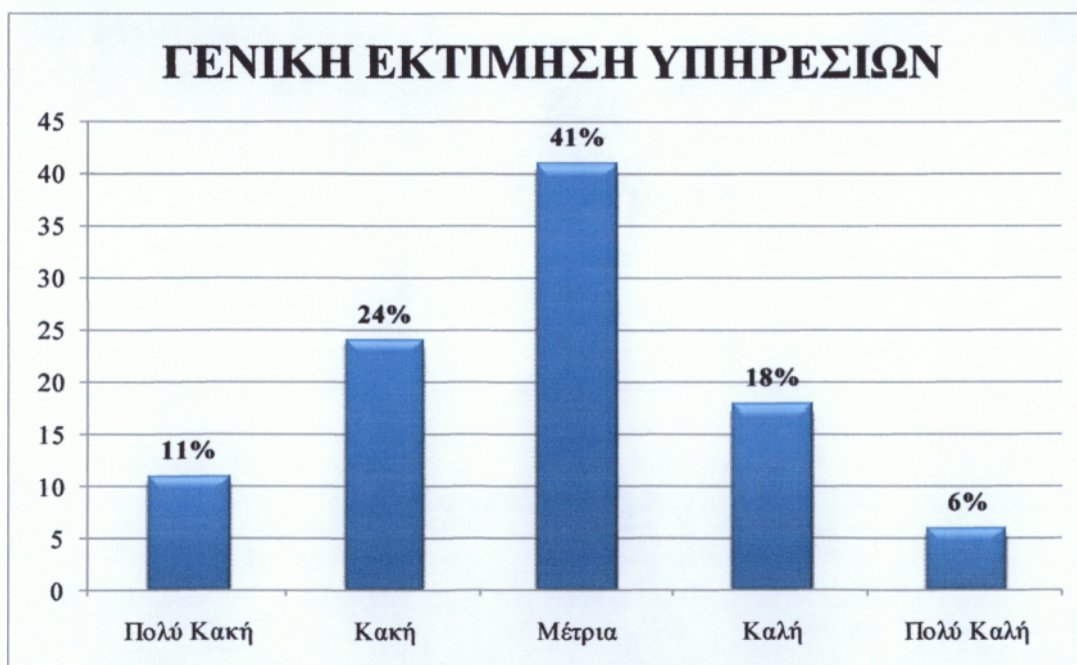
Διάγραμμα 3.8. Αξιολόγηση ποιότητας / ποσότητας φαγητού από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.9. Αξιολόγηση της τηλεφωνικής εξυπηρέτησης από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.10. Αξιολόγηση της ενδοεπικοινωνίας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»



Διάγραμμα 3.11. Γενική εκτίμηση των νοσηλευομένων του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες



Διάγραμμα 3.12. Επιλογή του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» για μελλοντική νοσηλεία

Η ερώτηση που αφορά την γενική εκτίμηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» από τις ασθενείς, σημειώνει ποσοστό 41% μέτριας κριτικής (Διάγραμμα 3.11.) και για την ενδεχόμενη νοσηλεία τους ξανά στο μαιευτήριο, όπως μπορούμε να δούμε και στο Διάγραμμα 3.12., η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, με ποσοστό 66%.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου». Οι νοσηλευόμενες ασθενείς απάντησαν σε δύο ερωτήσεις ανοικτού τύπου και καταγράφηκαν τα εξής:

Πλεονεκτήματα μαιευτηρίου:

- Χαμηλό κόστος νοσηλείας.
- Συνεργασία με Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία.

Μειονεκτήματα μαιευτηρίου:

- Χαμηλό επίπεδο ξενοδοχειακών υποδομών.
- Απρόσωπο περιβάλλον.
- Έλλειψη καθαριότητας χώρων.
- Γραφειοκρατία.

3.6.2. Ερωτηματολόγια προσωπικού του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Το δείγμα που απάντησε στο ερωτηματολόγιο του προσωπικού για το μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», ανέρχεται σε 101 άτομα. Τα οποία απαρτίζονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό με τις εξής αναλογίες, όπως διαφαίνονται στο Διάγραμμα 3.13. που ακολουθεί, με το ποσοστό για το νοσηλευτικό προσωπικό να ανέρχεται στο 59%, για το διοικητικό προσωπικό στο 20% και τέλος για το ιατρικό προσωπικό στο 21%.



Διάγραμμα 3.13. Καταμερισμός προσωπικού μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Στην ερώτηση για τους λόγους επιλογής εργασίας στο μαιευτήριο, το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού, εμφανίζεται στην απάντηση για την επιλογή πελάτου κατά 41%, ακολουθούν με 24% οι οικονομικοί όροι εργασίας και το κόστος νοσηλείας με ποσοστό 18%, ενώ το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει ποσοστό 20% βάση και του Διαγράμματος 3.14.



Διάγραμμα 3.14. Για ποιους λόγους οι ιατροί επέλεξαν να εργασθούν στο μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου ακολουθεί η αξιολόγηση του προσωπικού του μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου». Όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα 3.15. ιατρικό προσωπικό εμφανίζει πολύ θετικές κριτικές πάνω από το μέσο όρο, με ποσοστό 52%, το 11% καλή κριτική, το 14% αφορά τις μέτριες κριτικές και ακολουθεί το 23% όπου εξέφρασε από κακή έως πολύ κακή αξιολόγηση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου αγγίζει το ποσοστό 28% με καλή κριτική, το 22% πολύ καλή, το 25% μέτρια, το 15% και 10% από κακή έως πολύ κακή κριτική.

Θετική εικόνα παρουσιάζει το Διοικητικό προσωπικό με καλές και πολύ καλές κριτικές στο σύνολο των ποσοστών που αντιστοιχούν στις βαθμίδες με ποσοστό 49% και μέτρια κριτική το 30%.

Τέλος, το λοιπό προσωπικό (σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγεται το βοηθητικό, παραϊατρικό και εργατοτεχνικό προσωπικό) εμφανίζει πολύ καλή κριτική με ποσοστό 25%, καλή 23%, μέτρια 34% όπου είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό και κακή κριτική 10%, πολύ κακή 8%.



Διάγραμμα 3.15. Αξιολόγηση του προσωπικού από το ίδιο το προσωπικό του μαιεντηρίου «Ελενα Βενιζέλου»

Στο τελευταίο ερώτημα της έρευνας αναλύεται η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του μαιεντηρίου «Ελενα Βενιζέλου» από το προσωπικό του. Με βάση τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου ο Ιατρικός εξοπλισμός παρουσιάζει υψηλό ποσοστό 36% με μέτρια κριτική, ακολουθεί το 25% και 20% από κακή έως πολύ κακή κριτική και μόνο το 19% αξιολογείται από καλή έως πολύ καλή κριτική.

Διαφορετική εικόνα παρουσιάζει ο Ξενοδοχειακός εξοπλισμός καθώς και η Καθαριότητα της κλινικής. Το σύνολο των ποσοστών με κριτικές από πολύ κακή έως

κακή κριτική αγγίζει το 75% των ερωτηθέντων και μόνο το 10% εμφανίζει καλή έως πολύ καλή εικόνα σχετικά με τον Ξενοδοχειακό εξοπλισμό.

Ομοίως και η Καθαριότητα της κλινικής παρουσιάζει αρνητικές κριτικές με τα εξής ποσοστά των βαθμίδων, το 34% πολύ κακή κριτική, το 30% κακή και το 24% μέτρια κριτική ενώ 12% στο σύνολο των ποσοστών των βαθμίδων ανέρχεται σε καλές και πολύ καλές κριτικές.



Διάγραμμα 3.16. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Ελενα Βενιζέλου»

Τέλος το προσωπικό του μαιευτηρίου σύμφωνα με τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου αναφέρει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του «Ελενα Βενιζέλου».

Τα πλεονεκτήματα που καταγράφηκαν είναι:

- Ιατρικός εξοπλισμός.

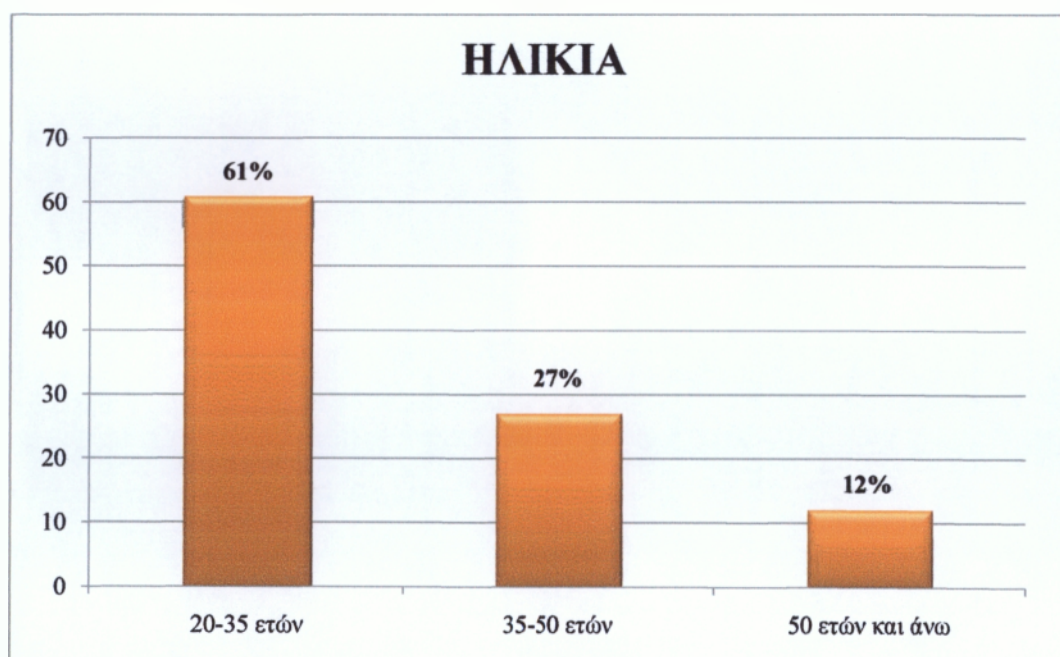
Τα μειονεκτήματα είναι:

- Έλλειψη φαρμακευτικών υλικών.

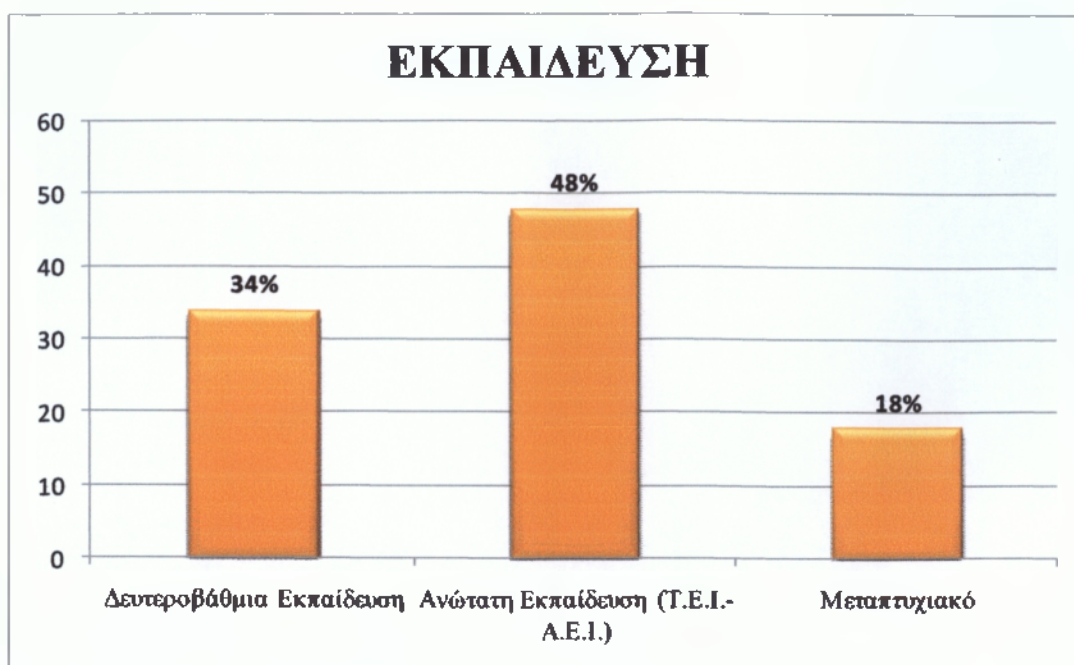
3.6.3. Ερωτηματολόγια νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ»

Το δείγμα των 91 γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο μαιευτήριο «Λητώ» και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στην συντριπτική πλειοψηφία κρίνουν καλή την γενική εικόνα που απεκόμισαν από τις παρασχεθείσες σε αυτές υπηρεσίες όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα 3.27. στο 92%.

Στο ερώτημα για ενδεχόμενη μελλοντική νοσηλεία στο μαιευτήριο «Λητώ» το 94% των γυναικών εξέφρασε θετική απάντηση και μόλις το 6% εξέφρασε αρνητική απάντηση (Διάγραμμα 3.28.). Το δείγμα περιελάμβανε γυναίκες των κρίσιμων για το μαιευτήριο ηλικιών από 20 – 35 ετών στην πλειοψηφία του (61% των νοσηλευθέντων) όπως παρουσιάζεται και στο κάτωθι Διάγραμμα 3.17.



Διάγραμμα 3.17. Ηλικία νοσηλευομένων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.18. Εκπαίδευση νοσηλευόμενων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.19. Επαγγελματική δραστηριότητα νοσηλευόμενων ασθενών μαιευτηρίου «Λητώ»

Βαρύνοντα ρόλο στην επιλογή του μαιευτηρίου ως χώρου νοσηλείας, παίζουν οι θεράποντες ιατροί, την σύσταση των οποίων ακολούθησε το 76% του δείγματος. Το κόστος νοσηλείας έπαιξε ρόλο στο 11%, η προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας στο μαιευτήριο στο 7% του δείγματος, η παρότρυνση από συγγενείς και φίλους μόλις στο

3%, το ίδιο ποσοστό εμφάνισε και η απάντηση «Άλλοι λόγοι», αναφέροντας κυρίως τις συμβάσεις με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ταμεία.



Διάγραμμα 3.20. Λόγοι επιλογής νοσηλείας στο μαιευτήριο «Λητώ»

Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων, πραγματοποιήθηκε με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Ως προς την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσέφεραν το νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό (προσωπικό καθαριότητα, τραπεζοκόμοι / ες) η έρευνα έδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης, με τις μαίες, το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό να συγκεντρώνουν την μεγαλύτερη αποδοχή.

Πιο συγκεκριμένα, οι μαίες συγκέντρωσαν 90% πολύ καλές, 4% καλές, 2% μέτριες, 3% κακές και μόλις 1% πολύ κακές κρίσεις, ενώ το διοικητικό προσωπικό 88% πολύ καλές, 7% καλές, 2% μέτριες, 1% κακές και 2% πολύ κακές κρίσεις. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα είχε 63% πολύ καλές, 15% καλές, 13% μέτριες, 5% κακές και 4% πολύ κακές κρίσεις. Η αποδοχή του λοιπού προσωπικού κυμάνθηκε σε σχετικά υψηλά επίπεδα με τους τραπεζοκόμους / ες που συγκέντρωσαν 62% πολύ καλές, 23% καλές, 8% μέτριες, 4% κακές και 3% πολύ κακές κρίσεις ενώ σε ότι αφορά το προσωπικό καθαριότητας οι απόψεις των νοσηλευομένων εμφάνισαν τα παρακάτω ποσοστά, 23% πολύ καλές, 38% καλές, 27% μέτριες, 7% κακές και 5% πολύ κακές κρίσεις.

Αντίστοιχα οι παρεχόμενες υπηρεσίες από το ιατρικό προσωπικό, συμπεριλαμβανομένου και του θεράποντα ιατρού, παρουσίασαν την εξής εικόνα: Θεράπων ιατρός 75% πολύ καλές, 15% καλές, 6% μέτριες, 2% κακές και 2% πολύ κακές κρίσεις. Υψηλά ποσοστά θετικών κρίσεων παρουσίασαν και οι εφημερεύοντες γυναικολόγοι, με το 82% πολύ καλές, 10% καλές, 5% μέτριες, 2% κακές και 1% πολύ κακές κρίσεις.

Η αξιολόγηση του δείγματος ως προς τις υπηρεσίες που του προσέφεραν οι Αναισθησιολόγοι, εμφάνισαν τα ποσοστά 65% με πολύ καλή αξιολόγηση, 17% καλές, 10% μέτριες, 5% κακές και 3% πολύ κακές. Ενώ η προσφερόμενες υπηρεσίες από στους Παιδίατρους, εμφανίζει διαφορετική εικόνα, αισθητά μειωμένη τα ποσοστά ανέρχονται στο 40% πολύ καλές, 27% καλές, 15% μέτριες, 8% κακές και τέλος 10% πολύ κακές κρίσεις. Αξίζει να σημειωθεί, ότι υψηλά ποσοστά της τάξεως του 74%, σημείωσε το ερώτημα σχετικά με την αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων κρίνοντας αυτές ως πολύ καλές.

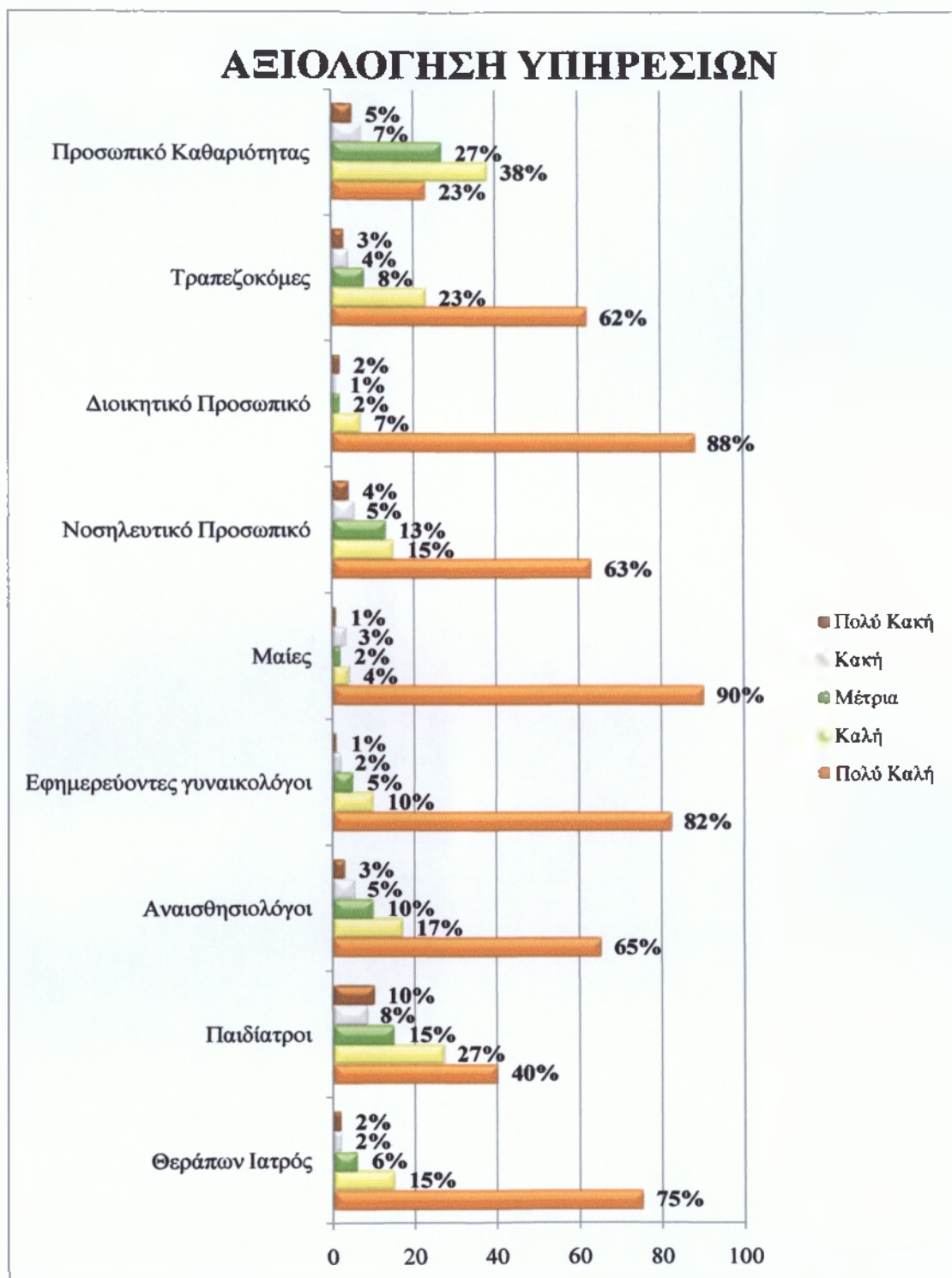
Η αξιολόγηση των υποδομών διαμονής παρουσίασε μεικτή εικόνα. Από τη μία πλευρά παρουσίασαν υψηλό δείκτη ικανοποίησης για:

Την καθαριότητα του δωματίου (82% πολύ καλή, 11% καλή, 5% μέτρια, 1% κακή και 1% πολύ κακή), η οποία παρέχεται από εξειδικευμένο ιδιωτικό συνεργείο με όλους τους όρους υγιεινής και ασφάλειας.

Την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (80% πολύ καλή, 17% καλή και από 1% μέτρια έως πολύ κακή), η οποία παρέχεται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

Η ποιότητα / ποσότητα του φαγητού, ανέρχεται σε ομοίως υψηλά ποσοστά με το 85% να παρουσιάζει πολύ καλές κρίσεις, 12% καλές, και μόλις από 1% οι υπόλοιπες βαθμίδες τη κλίμακας.

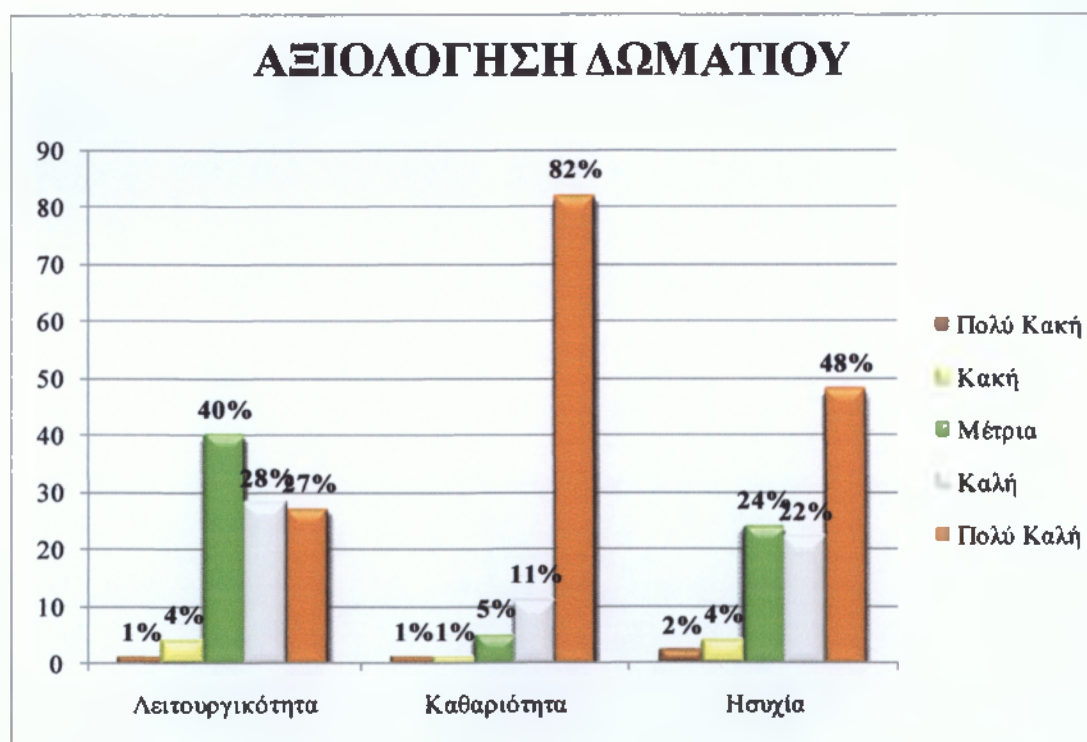
Ενώ από την άλλη, εμφάνισε μικρό δείκτη ικανοποίησης σε μερικούς τομείς όπως: Ενδοεπικοινωνία δωματίου με 48% μέτριες κρίσεις, 26% κακές και μόλις το 22% συγκέντρωσε θετικές κρίσεις. Την ησυχία του δωματίου, με εμφανή απόκλιση στις εκτιμήσεις εκείνων που νοσηλεύτηκαν σε δωμάτια που βρίσκονταν στην πρόσοψη (πιο αρνητικές), έναντι εκείνων στο πίσω μέρος του κτιρίου. Η οδός Μουσών (όπου είναι η πρόσοψη του μαιευτηρίου Λητώ), είναι ένας πολυσύχναστος δρόμος, διότι συνδέει την Κατεχάκη και την Κηφισίας με τα προάστια του Γαλατσίου και του Ψυχικού.



Διάγραμμα 3.21. Αξιολόγηση υπηρεσιών από τις νοσηλεύόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.22. Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των διαγνωστικών εξετάσεων από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.23. Αξιολόγηση του δωματίου νοσηλείας από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.24. Αξιολόγηση ποιότητας / ποσότητας φαγητού από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.25. Αξιολόγηση της τηλεφωνικής εξυπηρέτησης από τις νοσηλευόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.26. Αξιολόγηση της ενδοεπικοινωνίας από τις νοσηλεύόμενες του μαιευτηρίου «Λητώ»

Στις δυο τελευταίες ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ζητήθηκε από τις γυναίκες που νοσηλεύτηκαν στο μαιευτήριο να αναφέρουν, κατά σειρά σπουδαιότητας, ποια κατά τη γνώμη τους είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα του «Λητώ».

Τα πλεονεκτήματα που αναφέρθηκαν είναι:

- Δώρα και παροχές (97% του δείγματος) που δίνονται στις πελάτισσες ως πάγια πολιτική του μαιευτηρίου κατά τη διαμονή τους σε αυτό.
- Ύπαρξη Ληξιαρχείου (92% του δείγματος) λόγω της διευκόλυνσης που παρέχει στους γονείς για τη δήλωση του ονόματος του νεογέννητου.
- Ύπαρξη των εμπορικών καταστημάτων εντός κτηρίου 85% (ανθοπωλείο, πρακτορείο τύπου, τράπεζα, είδη ρουχισμού για μωρά).

Τα μειονεκτήματα που αναφέρθηκαν είναι:

- Έλλειψη χώρου στάθμευσης. Ο ήδη υπάρχον χώρος είναι εξαιρετικά μικρός και διαθέτει περιορισμένες θέσεις αυτοκινήτων. Τις πρωινές ώρες η πρόσβαση επιτρέπεται μόνο στους ιατρούς - συνεργάτες του μαιευτηρίου του με αποτέλεσμα οι πελάτες να ψάχνουν αρκετή ώρα χώρο στάθμευσης του οχήματος τους, έτσι το 92% του δείγματος εμφανίστηκε πολύ δυσαρεστημένο.
- Μη τήρηση ωραρίου επισκεπτηρίου (67%).

- Ανεπάρκεια πρόσθετων καθισμάτων για τους συνοδούς και επισκέπτες στα δωμάτια νοσηλείας (60%).
- Έλλειψη συνεργασία με δημόσια ασφαλιστικά ταμεία (83%).



Διάγραμμα 3.27. Γενική εκτίμηση των νοσηλευομένων του μαιευτηρίου «Λητώ» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες



Διάγραμμα 3.28. Επιλογή του μαιευτηρίου «Λητώ» για μελλοντική νοσηλεία

3.6.4. Ερωτηματολόγια προσωπικού του μαιευτηρίου «Λητώ»

Για τα ερωτηματολόγια που απευθύνονται στο προσωπικό του μαιευτηρίου «Λητώ», επιλέχθηκαν πέραν του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, να συμπεριληφθούν στο δείγμα του ιατρικού προσωπικού, ιατροί οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονται στο έμμισθο προσωπικό, πραγματοποιούν όμως εφημερίες και διαγνωστικές εξετάσεις (εκτελέσαντες). Η συμμετοχή τους στο δείγμα θεωρήθηκε απαραίτητη για την εξαγωγή συμπερασμάτων, εξαιτίας της συχνής χρήσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε όλα τα επίπεδα παροχών. Κατά συνέπεια, ο καταμερισμός του προσωπικού που απάντησε στην έρευνα, έχει ως εξής:

- με το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι 54%
- του διοικητικού προσωπικού στο 31% και τέλος
- του ιατρικού προσωπικού στο 15%.



Διάγραμμα 3.29. Καταμερισμός προσωπικού μαιευτηρίου «Λητώ»

Τα εξής ποσοστά παρουσιάζει το τμήμα των ερωτήσεων που αφορούν μόνο στο ιατρικό προσωπικό:

- Μόνο το 30% των ερωτηθέντων ασκεί την κύρια επαγγελματική του δραστηριότητα στο «Λητώ», ενώ το 70% συνεργάζεται και με άλλα ιδιωτικά μαιευτήρια.

- Με βάση τα απαντημένα ερωτηματολόγια που λάβαμε για τη συνεργασία των ιατρών με άλλα μαιευτήρια το 40% απασχολούνται στο «Ιασώ», το 35% στο «Μητέρα», το 10% στο «Μαιευτήριο Πειραιά» και το 15% στα Λοιπά μαιευτήρια. Οι λόγοι συνεργασίας τους οφείλονται στο επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών και εγκαταστάσεων κατά 27% και 25% αντίστοιχα (Διάγραμμα 3.31.).
- Στο ερώτημα για τους λόγους που επέλεξαν να συνεργάζονται με το μαιευτήριο «Λητώ» (Διάγραμμα 3.32.) το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στους οικονομικούς όρους συνεργασίας (ποσοστά διαγνωστικών εξετάσεων, αμοιβές εφημεριών κλπ.) 40%. Υψηλό ποσοστό φέρει το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (25%) ομοίως το κόστος νοσηλείας (22%).



Διάγραμμα 3.30. Με ποια άλλα μαιευτήρια συνεργάζονται οι ιατροί του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.31. Για ποιους λόγους συνεργάζονται με άλλα μαιευτήρια οι ιατροί του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.32. Για ποιους λόγους οι ιατροί επέλεξαν να συνεργασθούν με το μαιευτήριο «Λητώ»

Αναφορικά με την αξιολόγηση του προσωπικού, δηλαδή νοσηλευτικού – διοικητικού – ιατρικού και λοιπού, σημειώνονται αρκετά υψηλά ποσοστά και στις

κατηγορίας κατηγορίας. Ειδικότερα, το ιατρικό προσωπικό αξιολογείται με 70% ως πολύ καλό, 24% καλό, 19% μέτριο και το 9% έλαβε αρνητικές κριτικές. Στη συνέχεια, το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 41% κρίθηκε ως πολύ καλό, 32% καλό, 13% μέτρια, 8% κακό και 6% πολύ κακό.

Ομοίως και το διοικητικό προσωπικό, σημείωσε θετικές κριτικές. Το 39% κρίθηκε πολύ καλό, 29% καλό, 26% μέτρια και στο 6% παρουσιάστηκαν αρνητικές κριτικές. Για το λοιπό προσωπικό, τα ποσοστά ανέρχονται σε 38% πολύ καλές κριτικές, το 31% καλές, το 15% μέτριες και το υπόλοιπο 16% μοιράζεται στις κακές και πολύ κακές κριτικές.

Τέλος, για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου για τον ιατρικό εξοπλισμό, τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό καθώς και για την καθαριότητα της κλινικής σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά θετικών κριτικών κατά 81%, 92% και 80% αντίστοιχα σύμφωνα και με το Διάγραμμα 3.34.



Διάγραμμα 3.33. Αξιολόγηση του προσωπικού από το ίδιο το προσωπικό του μαιευτηρίου «Λητώ»



Διάγραμμα 3.34. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Λητώ»

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα που αναφέρθηκαν από το προσωπικό του «Λητώ» είναι:

- Η ύπαρξη φιλικού περιβάλλοντος που επισημάνθηκε από το 78% των ερωτηθέντων.
- Υψηλά επίπεδα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που αναφέρθηκε από το 82%.

3.7. Συμπεράσματα έρευνας

Το Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου», είναι ένα τριτοβάθμιο μαιευτικό και γυναικολογικό κέντρο με μεγάλο αριθμό εξειδικευμένων ιατρών και έμπειρό νοσηλευτικό προσωπικό. Η μελέτη των στοιχείων της έρευνας, μας οδηγεί στα εξής συμπεράσματα:

Στις αδυναμίες του μαιευτηρίου συγκαταλέγονται, οι χαμηλού επιπέδου ξενοδοχειακές παροχές, καθώς και το χαμηλό ύψος επενδύσεων σε ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Η αδυναμία αυτή, σχετίζεται με το γεγονός ότι τα δημόσια συστήματα υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων δεν μπορούν να εξασφαλίσουν την παροχή ελκυστικών μαιευτικών υπηρεσιών, χωρίς υψηλή επιβάρυνση των

ασφαλισμένων. Το πρόβλημα της υψηλής επιβάρυνσης για την χρήση μαιευτικών υπηρεσιών, δεν είναι αποτέλεσμα υπερβάλλουσας ζήτησης, στην οποία δεν μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα ο δημόσιος τομέας, σχετίζεται κυρίως με την επιλογή μαιευτήρα και τον τρόπο πρόσβασης της εγκύου γυναίκας στο συγκεκριμένο επάγγελμα. (Ματσαγγάνης, 2001). Η ιστορική παράδοση, που θέλει την γυναίκα να επιλέγει μαιευτήριο με βάση την σύσταση του ιατρού της δεν φαίνεται να απέχει πολύ από την πραγματικότητα, έστω και αν αυτό της κοστίζει πολύ περισσότερο. Επιπρόσθετα, η απαγόρευση χρησιμοποίησης δημόσιων μονάδων υγείας από ιδιώτες ιατρούς, ασκεί μια διαρκή πίεση προς το δημόσιο τομέα αυξάνοντας τον αριθμό γεννήσεων στα ιδιωτικά. Οι μαιευτήρες – γυναικολόγοι, που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία, είναι ενταγμένοι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και δεν επιτρέπεται να ζητήσουν οποιαδήποτε αμοιβή για την πράξη τους προσφέροντας τις υπηρεσίες τους χωρίς καμία διάκριση.

Σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί, πως μέσω της έρευνας και της παρουσίας μας στους χώρους του κρατικού νοσοκομείου, η εικόνα που παρουσιάστηκε ήταν σαφής, η πλειοψηφία των γυναικών που νοσηλεύονταν ήταν αλλοδαπές, αθίγγανες και γενικότερα γυναίκες που δεν έχουν πρόσβαση στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Το φαινόμενο που απαντάται στις δημόσιες υπηρεσίες, η γραφειοκρατία, δεν απουσιάζει από το μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

Από την επισκόπηση των στοιχείων της έρευνάς που συλλέξαμε για το μαιευτήριο «Λητώ», διαπιστώνουμε τα εξής: Το μαιευτήριο «Λητώ», παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στον κλάδο των ιδιωτικών μαιευτηρίων. Η ευελιξία του, λόγω του μικρού μεγέθους, σε συνδυασμό με την καλή φήμη και το άρτιο πλέγμα ξενοδοχειακών υπηρεσιών, αποτελούν τα δυνατά σημεία της κλινικής. Στοχεύουν στο να καταστήσουν την παραμονή των νοσηλευομένων, των συνοδών/ επισκεπτών αλλά και των ιατρών – συνεργατών (οι οποίοι κάνουν χρήση των υπηρεσιών του) κατά το δυνατό πιο ευχάριστη προσθέτοντας αξία στο καλό όνομα.

Το μαιευτήριο «Λητώ», έχει σχετικά υψηλά ποσοστά σε σχέση με το μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», στις υπηρεσίες που προσφέρει στις ασθενείς, στις παρεχόμενες υπηρεσίες του προσωπικού, καθώς και στις υποδομές που διαθέτει. Η τρέχουσα άνθηση και ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών, οφείλονται αποκλειστικά σε ιδιωτικές επενδύσεις και στις χαμηλές επενδύσεις του δημόσιου τομέα.

3.8. Προτάσεις βελτίωσης

Σύμφωνα με την ανωτέρω έρευνα και στατιστική ανάλυση των ευρημάτων, για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα μαιευτήρια «Έλενα Βενιζέλου» και «Λητώ», ανέκυψαν αρκετά σοβαρά προβλήματα και ελλείψεις, που απαιτούν παρεμβάσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους παρακάτω τομείς:

Σε ότι αφορά το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», όπως ήδη έχει αναφερθεί, τα κυριότερα προβλήματα εντοπίστηκαν στους τομείς της ξενοδοχειακής υποδομής και του ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, επομένως η ανακαίνιση των περύγων και η δημιουργία ευχάριστων χώρων νοσηλείας, θα μπορούσαν να αυξήσουν το ποσοστό πληρότητας και κατά συνέπεια τα έσοδα του νοσοκομείου.

Βέβαια, η βελτίωση μόνο της ξενοδοχειακής υποδομής δεν αρκεί. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλα σημαντικά θέματα κατά τη χάραξη μιας στρατηγικής μαιευτικών υπηρεσιών, που να σκοπεύει στην ανάκτηση μεριδίου αγοράς. Έχοντας ήδη αναλύσει τον ρόλο του μαιευτήρα – γυναικολόγου στον τομέα των μαιευτικών υπηρεσιών, μέσα από την έρευνα που διεξήγαμε, διαπιστώσαμε ότι ο ρόλος του είναι καθοριστικός και σε ένα ακόμα σημείο, στο δίλημμα για την επιλογή μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού μαιευτηρίου, από την πλευρά της επιτόκου και αυτό επειδή είναι πολύ δύσκολο να δεχθεί να μπει στην αίθουσα του τοκετού με τον εφημερεύοντα ιατρό ενός δημόσιου νοσοκομείου και όχι με τον προσωπικό της γυναικολόγο. Η άρση των εμποδίων στην προσωπική επιλογή μαιευτήρα – γυναικολόγου εκ μέρους των επιτόκων, θα μπορούσε να λειτουργήσει θετικά στην ανάκτηση μεριδίου αγοράς.

Συνιστάται επίσης, να δοθεί η δυνατότητα σε κάθε ιδιώτη μαιευτήρα – γυναικολόγο, να χρησιμοποιεί την υποδομή των δημόσιων μαιευτικών τμημάτων. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που επιλέγουν ιδιώτη επαγγελματία, θα είχαν τη δυνατότητα να γεννήσουν μαζί του σε δημόσιο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., χωρίς να επιβαρυνθούν από το υψηλό κόστος που συνεπάγεται η νοσηλεία σε ένα ιδιωτικό μαιευτήριο. Η υιοθέτηση μιας τέτοιας πρότασης, θα μπορούσε να επιδράσει θετικά και ως προς τους χρήστες, αφού θα μείωνε σημαντικά την οικονομική τους επιβάρυνση. Όσο αφορά την επίδραση στον ιδιωτικό κλάδο, από την εφαρμογή του προτεινόμενου μέτρου θα μπορούσαμε να πούμε ότι θα επέτρεπε την ανάπτυξη του

ανταγωνισμού, αφού η χρήση των δημόσιων νοσοκομείων από ιδιώτες ιατρούς, θα λειτουργούσε ως εναλλακτική λύση για τους τελευταίους.

Σε ότι αφορά το μαιευτήριο «Λητώ», σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η γενική εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα (ιατρικές, τεχνολογικές, ξενοδοχειακές) του ιδιωτικού μαιευτηρίου, είναι σε υψηλό επίπεδο βάση του δείγματος που εξετάσαμε (νοσηλευόμενες ασθενείς και προσωπικό όλων των ειδικοτήτων), με εξαίρεση κάποιους τομείς στους οποίους απαιτείται σωστός σχεδιασμός, προκειμένου να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα, που ικανοποιεί και τους ασθενείς που το επιλέγουν, αλλά και το προσωπικό και κατ' επέκταση το «Λητώ» ως επιχείρηση. Από την έρευνα στο μαιευτήριο «Λητώ», προκύπτει ανάγκη για βελτίωση στους παρακάτω τομείς:

- Επέκταση του χώρου στάθμευσης και πρόβλεψη θέσεων στάθμευσης για την εξυπηρέτηση των ασθενών.
- Εκσυγχρονισμός του συστήματος ενδοεπικοινωνίας που χρονολογείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και είναι πλέον τεχνολογικά παρωχημένο
- Ενίσχυση της ηχομόνωσης των δωματίων που βλέπουν στην οδό Μουσών ώστε να μειωθεί η όχληση από την κίνηση του δρόμου
- Προσθήκη περισσότερων καθισμάτων για τους επισκέπτες μέσα στα δωμάτια νοσηλείας
- Πρόβλεψη δημιουργίας και παροχής επιπλέον υπηρεσιών στις νοσηλευόμενες αλλά και στους συνοδούς τους (π.χ. κομμωτήριο, εστιατόριο)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

▼ ΒΙΒΛΙΑ

COOPER, MR., *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος 2, Mediforce, Αθήνα 2001

DEMING, WE., *Out of the crisis*. MA, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1986

DONABEDIAN, A., *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor 1980

DONABEDIAN, A., *The quality of care: how can it be assessed*, J Am Med Inform Ass 1988

JURAN, JM., GRYNA, FM., (eds), *Juran's Quality Control Handbook*, 4th ed. McGraw-Hill, New York 1988

KANT, IM., ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ, Εταιρεία Εγκυκλοπαιδικών Εκδόσεων, Αθήνα 1964

KOTLER, PHILIP, *Marketing Management*, Interbooks, Αθήνα 2000

NELSON, AR., *Measuring performance and improving quality*, Sterling, London 1996

OVRETVEIT, J., *Health service quality*, Blackwell, London 1992

PALMER, HR., *Considerations in defining quality of health care*, Health Administration Press, Anna Arbor 1991

WHO, *Continuous quality development: A proposal national policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993

WILSON, L., GOLDSCHIMIDT, P., *Quality management in health care*, McGraw-Hill, New York 1995

ΑΝΩΝΥΜΟΣ, *Μαιευτήριο Μαρίκα Ηλιάδη*, Ίδρυμα Μαρίκα Ηλιάδη, Αθηνά 2004

ΓΑΛΑΝΗΣ, Β., *Μάρκετινγκ υπηρεσιών*, Σταμούλης, Αθήνα 1995

ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ, Ν., *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα 1997

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ., ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε., ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ., *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*, Εξάντας, Αθήνα 1999

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ., *Οικονομία της Υγείας*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1996,

ΜΑΓΝΗΣΑΛΗΣ, Κ., *Δημόσιες σχέσεις θεωρία και τεχνικές*, Interbooks, Αθήνα 2002

ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ, Μ., *Η οικονομική των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα*, Κριτική, Αθήνα 2001

ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ, Α., *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Management, Αθήνα 2001

ΝΙΑΚΑΣ, Δ., *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα 2004

ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Β., *Στρατηγική των επιχειρήσεων : Ελληνική και διεθνής εμπειρία*, Μπένου, Αθήνα 2002

ΠΕΤΡΑΚΗΣ, Μ., *Αποτίμηση κινδύνου και επενδύσεων*, Σμπύλιας, Αθήνα 1999

ΠΕΤΡΑΚΗΣ, Μ., *Η σύνταξη της πτυχιακής διατριβής Dissertation*, Σταμούλης, Πειραιάς 2006

ΠΕΤΡΑΚΗΣ, Μ., *Έρευνα marketing θεωρία και πράξη*, Β' Έκδοση, Σταμούλης, Αθήνα 2006

ΣΟΥΛΗΣ, Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1999

➤ ΜΕΛΕΤΕΣ – ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΙΚΟΥΣ ΤΟΜΟΥΣ

ICAP, Κλαδική μελέτη: «Ιδιωτικές Υπηρεσίες 2007», Αθήνα 2007

ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ., «Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Πρακτικά Α' Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989, σσ. 334

ΑΥΛΩΝΑΣ, Ν., «Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας», Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα 1999, σσ. 53-56

ΔΡΙΤΣΗ, Μ., ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ, Α., ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ., ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ, Α., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., «Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. (Επιστημονική Επιμέλεια), "Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σσ. 23

ΚΕΔΙΚΟΓΛΟΥ, ΣΙ., «Εφαρμοσιμότητα διαδικασιών διαπίστευσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2002

ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ., «Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού», Διδακτορική διατριβή, Αθηνά 1992, σσ. 33

ΖΗΛΙΔΗ, ΧΡ., «Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του αγροτικού πληθυσμού», Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Δ/ση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα 1989, σσ. 111-183

ΠΟΛΥΖΟΣ, Ν., «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα: Ταξινόμηση ασθενών με βάση τη διάρθρωση των περιστατικών», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1998, σσ. 32

ΣΚΟΥΡΤΗΣ, Γ., «Ο στρατηγικός σχεδιασμός του μαιευτηρίου ΛΗΤΩ, BP&P», Διδακτορική Διατριβή AGSM., Αθήνα 2002, σσ. 14-29

ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ., «Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας», Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2003, σσ. 533-541

➔ ΑΡΘΡΑ

ΑΝΩΝΥΜΟΣ, «Οι πρωταγωνιστές της ιδιωτικής υγείας», Περιοδικό Επιστημονικό Marketing, Τεύχος Οκτώβριος 2007

ΛΑΖΑΡΟΥ, ΠΝ., «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών», Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας 2001, σσ. 23-24

ΜΑΝΤΑΣ, Α., «ΕΣΥ: Ανάγκη για αποτελεσματική μεταρρύθμιση», Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος 2007, σσ. 19-22

ΝΙΑΚΑΣ, Δ., «Εκσυγχρονισμός Δημόσιων Νοσοκομείων ή Παραγωγή Κερδών για τον Ιδιωτικό Τομέα», Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος 1998, σσ. 15-18

ΝΙΑΚΑΣ, Δ., «*Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*», Περιοδικό Κοινωνία Οικονομία και Υγεία 1993

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΤΟΥΡΝΑΡΑ, Λ., «*Πολυμετοχικές εταιρίες ιατρών*», Εφ. ΗΜΕΡΗΣΙΑ, της 23^{ης} Ιουνίου 2002, σσ. 38-39.

ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Μ., «*Ιατρική Οικονομία*», Περιοδικό Υγεία – Τεχνολογία, τόμος 1, τεύχος 1, Αθήνα 1989, σσ. 63

ΣΙΓΑΛΑΣ, Ι., «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*», Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας 1999, σσ. 45 – 50

ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΥ, Ε., «*Το δημόσιο σύστημα απέτυχε, η ιδιωτική πρωτοβουλία επενδύει*», Περιοδικό Forum, Τεύχος Νοεμβρίου 2006, σσ. 96-100

➔ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

ΑΝΩΝΥΜΟΣ, Μαιευτήριο «ΛΗΤΩ», www.letto.gr, Ανακτήθηκε στις 22/1/2009

ΑΝΩΝΥΜΟΣ, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», www.hospital-elena.gr, Ανακτήθηκε στις 19/1/2009

ΔΟΥΚΙΔΗΣ, Γ., ΕΣΥΕ 2004/2005, www.sepe.gr, Ανακτήθηκε στις 20/12/2008

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, «Υγεία Πρόνοια», Γ'ΚΠΣ 2000-2006 νο2, www.oke.gr, Ανακτήθηκε στις 6/1/2009

ΚΟΝΔΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Ν., Σε αναπτυξιακή τροχιά ο κλάδος υγείας, www.sofokleousin.gr, Ανακτήθηκε στις 5/8/2008

ΣΥΝΟΨΗ

Σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, προκύπτει ότι οι ελλείψεις της γενικότερης υποδομής των δημόσιων μαιευτηρίων, οδηγεί τις Ελληνίδες να επιλέγουν ιδιωτικές κλινικές προκειμένου να γεννήσουν. Επίσης, από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα δύο μαιευτήρια, προέκυψε και ο ρόλος που παίζει ο μαιευτήρας – γυναικολόγος, στην επιλογή του νοσοκομείου.

Όταν η έγκυος, επιλέγει therapontά ιατρό ο οποίος προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ιδιωτικό τομέα, η επίτοκος θα χρησιμοποιήσει το ιδιωτικό μαιευτήριο με το οποίο συνεργάζεται ο ιατρός της, γεγονός που αποδεικνύει και η έρευνα που προηγήθηκε, αφού η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, ακολούθησε την σύσταση του therapontά μαιευτήρα – γυναικολόγου.

Η άμεση και προσωπική σχέση του ιατρού με τον πελάτη, αποτελεί τον βασικό λόγο που στρέφει τον κόσμο στο ιδιωτικό μαιευτήριο. Ο γιατρός αναπτύσσει άμεση σχέση με την πελάτισσα του, πράγμα που δεν συμβαίνει με τους ιατρούς του ΕΣΥ των δημόσιων μαιευτηρίων. Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθορίζει το μερίδιο αγοράς του ιδιωτικού τομέα.

Ελάχιστες Ελληνίδες προτιμούν το δημόσιο μαιευτήριο για να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους και αυτό γιατί η γέννηση ενός παιδιού, είναι το πιο χαρμόσυνο γεγονός στη ζωή μιας οικογένειας. Επομένως, χρειάζεται μια ευχάριστη ατμόσφαιρα και όχι η μίζερη και καταθλιπτική ατμόσφαιρα ενός μισοεγκαταλελειμμένου θαλάμου.

Αντιθέτως, το επιλέγουν όταν έχουν γυναικολογικά προβλήματα, γεγονός που δείχνει ότι εμπιστεύονται τους γιατρούς και εν γένει το προσωπικό. Είναι κοινή παραδοχή, ότι ο δημόσιος τομέας υστερεί του ιδιωτικού στο επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών, αλλά όχι στην ποιότητα της περίθαλψης. Χωρίς να είμαστε σε θέση να αποδείξουμε κάτι τέτοιο, είναι γεγονός ότι οι περισσότερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές συνηθίζουν να μεταφέρουν τους ασθενείς που υφίστανται σοβαρές και σπάνιες περιπλοκές σε δημόσια νοσοκομεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A.1 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

A.2 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

A.3 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του «Λητώ» Μαιευτικού, Γυναικολογικού & Χειρουργικού Κέντρου.

A.4 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Λητώ» Μαιευτικού, Γυναικολογικού & Χειρουργικού Κέντρου.

Προς Κύριο/ Κυρία,

Διεξάγοντας μια έρευνα στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών, ζητάμε την συνεργασία σας στην συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει σαν σκοπό την σύγκριση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η άποψή σας κρίνεται ιδιαιτέρως σημαντική για την έρευνα και όλες οι απαντήσεις θεωρούνται σωστές , διότι απεικονίζουν τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A.1 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Παρακαλώ σημειώσατε με **X** στα στοιχεία που αντιστοιχούν με τα δικά σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία:	20-35 ετών	35-50 ετών	50 ετών και άνω
Εκπαίδευση:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι.)	Μεταπτυχιακό
Επαγγελματική δραστηριότητα:			

Παρακαλώ στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί σημειώσατε με **X** την απάντηση που καλύπτει περισσότερο την άποψή σας.

Για ποίο λόγο επιλέξατε να νοσηλευτείτε στο Μαιευτήριο Έλ.Βενιζέλου;	Σύσταση θεράποντος ιατρού	Συστάσεις συγγενών/φίλων	Προηγούμενη νοσηλεία	Κόστος νοσηλείας	Άλλοι λόγοι
Αν υπάρχουν άλλοι λόγοι αναφέρατε:					

1 : Πολύ Κακή	2 : Κακή	3 : Μέτρια	4 : Καλή	5 : Πολύ Καλή			
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε ο θεράπων ιατρός:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι παιδίατροι:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι αναισθησιολόγοι:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι εφημερεύοντες γυναικολόγοι:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι μαίες:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το διοικητικό προσωπικό:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι τραπεζοκόμοι/ες:			1	2	3	4	5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το προσωπικό καθαριότητας:			1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων στις διαγνωστικές εξετάσεις:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την λειτουργικότητα του δωματίου:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την καθαριότητα του δωματίου:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την ησυχία του δωματίου:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την ποιότητα / ποσότητα του φαγητού:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση:			1	2	3	4	5
Πως κρίνετε την ενδοεπικοινωνία:			1	2	3	4	5
Ποια η γενική σας εκτίμηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου			1	2	3	4	5
Αν χρειαστεί να νοσηλευτείτε πάλι, θα επιλέγατε το Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου;			ΝΑΙ		ΟΧΙ		
Αν ΟΧΙ αναφέρατε λόγους:							
							

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα πλεονεκτήματα του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου:

.....
.....
.....

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα μειονεκτήματα του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου:

.....
.....
.....

Ημερομηνία :/...../.....

Προς Κύριο/ Κυρία,

Διεξάγοντας μια έρευνα στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών, ζητάμε την συνεργασία σας στην συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει σαν σκοπό την σύγκριση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η άποψή σας κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική για την έρευνα και όλες οι απαντήσεις θεωρούνται σωστές , διότι απεικονίζουν τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.2 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου – Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου»

Παρακαλώ σημειώσατε με **X** στα στοιχεία που αντιστοιχούν με τα δικά σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία:	20-35 ετών	35-50 ετών	50 ετών και άνω
Φύλο:	Άρρεν		Θήλυ
Εκπαίδευση:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι. – Α.Ε.Ι.)	Μεταπτυχιακό
Επαγγελματική δραστηριότητα:	Ιατρός	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό
Χρόνος προϋπηρεσίας στο Νοσοκομείο:	1-10 χρόνια	10-20 χρόνια	20 χρόνια και άνω

Ερωτήσεις που αφορούν **μόνο** το Ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

Σημειώσατε με **X** την απάντηση που επιθυμείτε.

Για ποίους λόγους επιλέξατε να εργάζεστε στο Μαιευτήριο Έλ.Βενιζέλου	Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό	Οικονομικοί όροι συνεργασίας	Επιλογή πελάτου	Κόστος νοσηλείας πελάτου	Άλλοι λόγοι
Αν υπάρχουν άλλοι λόγοι αναφέρατε:					

Παρακαλώ στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί σημειώσατε με **X** την απάντηση που καλύπτει περισσότερο την άποψή σας.

Οι ερωτήσεις απευθύνονται σε όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου.

1 : Πολύ Κακή	2 : Κακή	3 : Μέτρια	4 : Καλή	5 : Πολύ Καλή
Ποία είναι η γενική σας εκτίμηση για το Μαιευτήριο Έλενας Βενιζέλου:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές / τριες – μαίες):				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το ιατρικό προσωπικό:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το διοικητικό προσωπικό:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το λοιπό προσωπικό:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε τον ιατρικό εξοπλισμό:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό:				
1	2	3	4	5
Πως θα αξιολογούσατε την καθαριότητα της κλινικής:				
1	2	3	4	5

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα πλεονεκτήματα του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου:

.....

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα μειονεκτήματα του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου:

.....

Ημερομηνία :/...../.....

Προς Κύριο/ Κυρία,

Διεξάγοντας μια έρευνα στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών, ζητάμε την συνεργασία σας στην συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει σαν σκοπό την σύγκριση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η άποψή σας κρίνεται ιδιαιτέρως σημαντική για την έρευνα και όλες οι απαντήσεις θεωρούνται σωστές , διότι απεικονίζουν τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.3 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις νοσηλευόμενες ασθενείς του «Λητώ» Μαιευτικού, Γυναικολογικού & Χειρουργικού Κέντρου.

Παρακαλώ σημειώσατε με **X** στα στοιχεία που αντιστοιχούν με τα δικά σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία:	20-35 ετών	35-50 ετών	50 ετών και άνω
Εκπαίδευση:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι. – Α.Ε.Ι.)	Μεταπτυχιακό
Επαγγελματική δραστηριότητα:			

Παρακαλώ στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί σημειώσατε με **X** την απάντηση που καλύπτει περισσότερο την άποψή σας.

Για ποίο λόγο επιλέξατε να νοσηλευτείτε στο Μαιευτήριο Λητώ;	Σύσταση θεράποντος ιατρού	Συστάσεις συγγενών/φίλων	Προηγούμενη νοσηλεία	Κόστος νοσηλείας	Άλλοι λόγοι
Αν υπάρχουν άλλοι λόγοι αναφέρατε:					

1 : Πολύ Κακή	2 : Κακή	3 : Μέτρια	4 : Καλή	5 : Πολύ Καλή
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε ο θεράπων ιατρός:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι παιδίατροι:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι αναισθησιολόγοι:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι εφημερεύοντες γυναικολόγοι:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι μαίες:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το διοικητικό προσωπικό:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι τραπεζοκόμοι/ες:				1 2 3 4 5
Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφερε το προσωπικό καθαριότητας:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων στις διαγνωστικές εξετάσεις:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την λειτουργικότητα του δωματίου:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την καθαριότητα του δωματίου:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την ησυχία του δωματίου:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την ποιότητα / ποσότητα του φαγητού:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση:				1 2 3 4 5
Πως κρίνετε την ενδοεπικοινωνία:				1 2 3 4 5
Ποια η γενική σας εκτίμηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Μαιευτηρίου Λητώ;				1 2 3 4 5
Αν χρειαστεί να νοσηλευτείτε πάλι, θα επιλέγατε το			ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μαιευτήριο Λητώ;				
Αν ΟΧΙ αναφέρατε λόγους:				
				

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα πλεονεκτήματα του Μαιευτηρίου Λητώ:

.....
.....
.....

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα μειονεκτήματα του Μαιευτηρίου Λητώ:

.....
.....
.....

Ημερομηνία :/...../.....

Προς Κύριο/ Κυρία,

Διεξάγοντας μια έρευνα στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια της περιοχής των Αθηνών, ζητάμε την συνεργασία σας στην συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει σαν σκοπό την σύγκριση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η άποψή σας κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική για την έρευνα και όλες οι απαντήσεις θεωρούνται σωστές , διότι απεικονίζουν τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.4 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό του «Λητώ» Μαιευτικού, Γυναικολογικού & Χειρουργικού Κέντρου.

Παρακαλώ σημειώσατε με Χ στα στοιχεία που αντιστοιχούν με τα δικά σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία:	20-35 ετών	35-50 ετών	50 ετών και άνω
Φύλο:	Άρρεν		Θήλυ
Εκπαίδευση:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Ανώτατη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι. – Α.Ε.Ι.)	Μεταπτυχιακό
Επαγγελματική δραστηριότητα:	Ιατρός	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό
Χρόνος προϋπηρεσίας στο Νοσοκομείο:	1-10 χρόνια	10-20 χρόνια	20 χρόνια και άνω

Ερωτήσεις που αφορούν **μόνο** το Ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

Σημειώσατε με Χ την απάντηση που επιθυμείτε.

Στο Μαιευτήριο Λητώ ασκείτε την κύρια επαγγελματική σας δραστηριότητα	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
Για ποίους λόγους επιλέξατε να συνεργάζεστε με το Μαιευτήριο Λητώ;	Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό	Οικονομικοί όροι συνεργασίας	Επιλογή πελάτου	Κόστος νοσηλείας πελάτου	Άλλοι λόγοι
Αν υπάρχουν άλλοι λόγοι αναφέρατε:					

Συνεργάζεστε με άλλα Μαιευτήρια;		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Αν ΝΑΙ με ποίο:	ΙΑΣΩ	ΜΗΤΕΡΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ	ΑΛΛΟ (αναφέρατε)	
Βαθμολογήστε κατά σειρά σπουδαιότητας τους λόγους συνεργασίας σας με τα άλλα μαιευτήρια (π.χ. 1 ο πλέον σημαντικός λόγος, 2 ο λιγότερο, κλπ.)	Επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών	Εγκαταστάσεις	Προτίμηση πελάτου	Συνεργασία με συγκεκριμένους συναδέλφους	Άλλοι λόγοι
Αν υπάρχουν άλλοι λόγοι αναφέρατε:					

Παρακαλώ στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί σημειώσατε με **X** την απάντηση που καλύπτει περισσότερο την άποψή σας.

Οι ερωτήσεις απευθύνονται σε **όλο** το προσωπικό του Νοσοκομείου.

1 : Πολύ Κακή	2 : Κακή	3 : Μέτρια	4 : Καλή	5 : Πολύ Καλή
Ποία είναι η γενική σας εκτίμηση για το Μαιευτήριο Λητώ:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές / τριες – μαίες) :				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το ιατρικό προσωπικό:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το διοικητικό προσωπικό:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την συνεργασία σας με το λοιπό προσωπικό:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε τον ιατρικό εξοπλισμό:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό:				1 2 3 4 5
Πως θα αξιολογούσατε την καθαριότητα της κλινικής:				1 2 3 4 5

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα πλεονεκτήματα του Μαιευτηρίου Λητώ:

.....
.....
.....

Αναφέρατε κατά σειρά σπουδαιότητας τα μειονεκτήματα του Μαιευτηρίου Λητώ:

.....
.....
.....

Ημερομηνία :/...../.....

Β) ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Εν Αθήναις
τῇ 18 Σεπτεμβρίου 1953

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

Αριθμός φύλλου 254

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ὑπ' ἀρ.θ. 2592.

Περὶ ὁργανώσεως τῆς ἱατρικῆς ἀντιλήψεως.

ΠΑΥΛΟΣ
ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Ἐχόντες ὑπ' ὄψει τὰς διατάξεις τοῦ ἀρθροῦ 35 τοῦ Συντάγματος καὶ τὴν ἀπὸ 26 Αὐγούστου 1953 σύμφωνον γνώμην τῆς κατὰ τὴν παράγραφον 2 τοῦ αὐτοῦ ἀρθροῦ 35 Ἐθνικῆς Ἐπιτροπῆς ἐν Βουλευτῶν, προτάσει τοῦ Ἡμετέρου Ὑπουργικοῦ Συμβουλίου, ἀπεφασίσαμεν καὶ διατάττομεν :

Ἄρθρον 1.

Πρὸς ἐξυπηρέτησιν τοῦ πληθυσμοῦ διὰ τῶν ἀναγκαιοῦντων νοσηλευτικῶν καὶ ἱατρικῶν μέσων διατείνεται ἡ Ἐπιμέλειαις εἰς Ὑγειονομικὰς περιφερείας.

Ὁ καθορισμὸς τῶν ὑγειονομικῶν περιφερειῶν ὡς καὶ τῆς ἐδρας ἐκάστης τούτων γίνεται διὰ Β. Διατάγματος, ἐνδεδιομένου τῇ προτάσει τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῆς Προνοίας.

Ἄρθρον 2.

1. Παρὰ τῇ ἐδρᾷ ἐκάστης ὑγειονομικῆς περιφερείας συνιστάται ὑπηρεσία, αποτελούσα περιφερειακὴν ὑπηρεσίαν τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Προνοίας.

Ἡ ὑπηρεσία αὕτη ἔχει τὰς κάτωθι ἀρμοδιότητας :

α) Τὸν προγραμματισμὸν ἐπὶ πάντων τῶν θεμάτων τῶν ἀναγομένων εἰς τὴν παροχὴν ἱατρικῆς ἀντιλήψεως.

β) Τὴν ὁργάνωσιν, τὴν παρακολούθησιν καὶ τὸν ἐλεγχον τῶν ἐν τῇ ὑγειονομικῇ περιφερείᾳ νοσηλευτικῶν ἰδρυμάτων καί,

γ) Τὸν συντονισμὸν τῶν ἐνεργειῶν καὶ παντὸς μέσου πρὸς ἐκπλήρωσιν τοῦ σκοποῦ τοῦ παρόντος.

Δύνανται διὰ Β. Διατάγματος, ἐνδεδιομένου τῇ προτάσει τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῆς Προνοίας, νὰ καθορισθῶσιν εἰδικώτερον αἱ ἀρμοδιότητες τῆς ὡς ἄνω ὑπηρεσίας ὡς καὶ νὰ ἀνατίθενται εἰς αὐτὴν καὶ ἄλλαι, σχετικαὶ μὲ τὴν ἱατρικὴν ἀντιλήψιν καὶ ὑγειονομικὴν ἐν γένει περίθαλψιν, ἀρμοδιότητες.

2. Τῆς ὑπηρεσίας ταύτης προϊστάται ὁ Προϊσταμένος τοῦ Ὑγειονομικοῦ Κέντρου τῆς ἐδρας ἐκάστης ὑγειονομικῆς περιφερείας, ὅργανα δὲ ταύτης εἶναι αἱ ἐκάλληλοι τοῦ Ὑγειονομικοῦ τούτου Κέντρου. Διὰ Β. Διατάγματος, ἐνδεδιομένου

τῇ προτάσει τῶν Ὑπουργῶν Κοινωνικῆς Προνοίας καὶ Οἰκονομικῶν, καθορίζονται αἱ ὁργανικαὶ θέσεις τοῦ προσωπικοῦ τοῦ Ὑγειονομικοῦ Κέντρου τῆς ἐδρας ἐκάστης Ὑγειονομικῆς Περιφερείας, ἐντὸς τοῦ συνόλου τῶν ὁργανικῶν θέσεων τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Προνοίας καὶ ἀνεπιβαρύνσεως τοῦ Προϋπολογισμοῦ τοῦ Κράτους.

Αἱ θέσεις αὗται πληροῦνται διὰ τοποθετήσεως ἢ μετατάξεως ὑπαλλήλων ἀρμοδιότητος τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Προνοίας ἢ ἐτέρων Ὑπουργείων, τερματίζον ἐν προκειμένῳ τῶν διατάξεων τοῦ Α.Ν. 1811/1951.

3. Εἰς τὰ ἐντὸς τῆς περιοχῆς ἐκάστης ὑγειονομικῆς περιφερείας ὑγειονομικὰ κέντρα ἀνατίθεται ἡ ἀρμοδιότης τῆς ἐκτελέσεως τοῦ προγράμματος τῆς ἱατρικῆς ἀντιλήψεως. Ταῦτα, ὅσον ἀφορᾷ τὴν προκειμένην ἀρμοδιότητα, ὑπάγονται εἰς τὸν προϊσταμένον τοῦ Ὑγειονομικοῦ Κέντρου τῆς ἐδρας τῆς περιφερείας.

4. Εἰς τὴν Ὑγειονομικὴν Περιφέρειαν, τῆς ὁποίας ἐδρα εἶναι αἱ Ἀθήναι, δι' ἀποφάσεως τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῆς Προνοίας δύναται ὅπως αἱ ἀρμοδιότητες τῆς ὡς ἄνω Ὑγειονομικῆς ὑπηρεσίας ἀσκῶνται ὑπὸ τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῆς Προνοίας διὰ τῶν οἰκείων Διευθύνσεων τῆς Γενικῆς Διευθύνσεως Ὑγιεινῆς τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῆς Προνοίας διὰ τὰ ἐν τῇ ἀρμοδιότητι ἐκάστης τῶν Διευθύνσεων τούτων ἀντικείμενα καὶ λοιπὰ σχετικὰ θέματα.

Ἄρθρον 3.

1. Εἰς τὴν ἐδραν ἐκάστης Ὑγειονομικῆς περιφερείας, συνιστάται δι' ἀποφάσεως τοῦ Προϊσταμένου τῆς οἰκείας Διοικήσεως, Συμβουλίου ὑπὸ τὸν τίτλον «Περιφερειακὸν Συμβούλιον ἱατρικῆς Ἀντιλήψεως» ἀπαρτιζόμενον ἐκ τῶν ἐξῆς 11 μελῶν :

α) Ἐκ τοῦ Προϊσταμένου τῆς Διοικήσεως (Γενικοῦ Διοικητοῦ ἢ Νομάρχου) τῆς ἐδρας τῆς Ὑγειονομικῆς περιφερείας, ὡς Προέδρου.

β) Τοῦ Δημάρχου τῆς ἐδρας τῆς Ὑγειονομικῆς περιφερείας.

γ) Ἐνὸς Δικαστικοῦ, ἀπὸ τοῦ βαθμοῦ τοῦ Προέδρου Πρωτοδικῶν ἢ Εἰσαγγελέως Πρωτοδικῶν καὶ ἄνω, ὁριζομένου ὑπὸ τοῦ Προέδρου τῶν Ἐφετῶν εἰς τὴν περιφέρειαν τοῦ ὁποίου ὑπάγεται ἡ ὑγειονομικὴ περιφέρεια.

δ) Τοῦ Προϊσταμένου τῆς Ὑγειονομικῆς ὑπηρεσίας τῆς ἐδρας τῆς Ὑγειονομικῆς περιφερείας.

ε) Ἐνὸς ἀνωτέρου ὑπαλλήλου ἀρμοδιότητος τοῦ Ὑπουργείου Οἰκονομικῶν, ὁριζομένου ὑπὸ τοῦ ὑπουργοῦ τῶν Οἰκονομικῶν,



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυρούμεν και εκδίδωμεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής ψηφισθέντα νόμον:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όριά και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).

2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.

4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.

5. Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο χώρο τους.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση
ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:

α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική αντισυνέλευση, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του αντίστοιχου τμήματος.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψήφιους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων και μέσης εκπαιδεύτης, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπαιδευτών, που ορίζονται από τη ΔΟΕ, την ΟΑΜΕ και την ΟΛΤΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
23 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1985

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
217

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1579

Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυρώνουμε και εκδίδουμε τον ακόλουθο νόμο που φέρθηκε
η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΓΙΑΤΡΩΝ — ΟΔΟΝΤΟΓΙΑΤΡΩΝ

Άρθρο 1.

Γενική ιατρική και άλλες νέες ειδικότητες.

1. Για δύο χρόνια από τη δημοσίευση του νόμου αυτού, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής χορηγείται και σε ανειδίκευτους γιατρούς που έχουν διετή ελεύθερη άσκηση της ιατρικής ή διετή άσκηση της ιατρικής σε έμμισθη θέση πληρωτικού ιατρού, υγειονομικού σταθμού, ασφαλιστικού φορέα ή νοσοκομείου και μετά από θμηγή ή 12μηνη εκπαιδευτική αντίστοιχα.

Το περιεχόμενο και το πρόγραμμα εκπαίδευσης των γιατρών αυτών, καθώς και ο αριθμός των ειδικευόμενων, καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης αυτής οι παραπάνω γιατροί είναι πλήρως και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν τις υποχρεώσεις των υπόλοιπων ειδικευόμενων γιατρών του ν. 1397/1983 (Φ.Ε.Κ. 143). Όσοι από τους παραπάνω γιατρούς δεν υπηρετούν στις πιο πάνω υπηρεσίες λαμβάνουν τις αποδοχές των ειδικευόμενων γιατρών για το διάστημα της εκπαίδευσής τους.

Όσοι υπηρετούν αποσπώνται ως άμισθοι υπεράριθμοι στα νοσοκομεία ειδικότητάς τους. Ο αριθμός υπεράριθμων δεν μπορεί να υπερβαίνει το ποσοστό 30% των οργανικών θέσεων ειδικευόμενων στη γενική ιατρική κάθε νοσοκομείου.

2. Για δύο χρόνια από τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μέρος του χρόνου της έμμισθης υπηρεσίας γιατρών σε μονάδες υγείας αντισταθμισμένες ως κατάλληλες για ειδικευση γιατρών στις τώως συναφείς ειδικότητες, που χαρακτηρίζονται άγονες με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αναγνωρίζεται και ως χρόνος άσκησης για ειδικευση στις ειδικότητες αυτές.

Ο χρόνος που αναγνωρίζεται ως χρόνος άσκησης για ειδικευση δεν μπορεί να υπερβαίνει το μισό του χρόνου που ήταν απαραίτητος για την απόκτηση της τώως συναφούς ειδικότητας.

Για τη συμπλήρωση της άσκησής τους οι γιατροί τοποθετούνται ως άμισθοι υπεράριθμοι ειδικευόμενοι σε νοσοκομεία

που ορίζει κάθε φορά με απόφασή του ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Μόνιμοι γιατροί του Δημοσίου, πλην των γιατρών του Ε.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται για ειδικευση με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως υπεράριθμοι άμισθοι.

Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Οι γιατροί του Δημοσίου, για να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι άμισθοι, παίρνουν προηγουμένως ισόχρονη προς την ειδικευτική εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές, μετά το τέλος της οποίας έχουν τις υποχρεώσεις του άρθρου 120 του π.δ. 641/1977 (Φ.Ε.Κ. 198) ή την υποχρέωση διετούς υπηρεσίας σε κέντρα υγείας ή νομαρχικά νοσοκομεία.

Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του αρμόδιου κατά περίπτωση υπουργού καθορίζεται ο τρόπος εκπλήρωσης των παραπάνω υποχρεώσεων, σύμφωνα με τις ανάγκες των υπηρεσιών τους.

4. Η τοποθέτηση των ειδικευόμενων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υποβολής των αιτήσεων.

5. Γιατροί, που καθίστανται ανίκανοι για άσκηση της ειδικότητάς τους, μπορούν να ασκηθούν ως άμισθοι υπεράριθμοι σε άλλη ειδικότητα. Η τοποθέτησή τους γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Για την ανικανότητα αποφασίζεται η δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή εξέτασης ζητήσεων υπαλλήλων της περιφέρειας της κατοικίας του γιατρού.

6. Καθορίζονται ως ειδικότητες της οδοντιατρικής επιτήρησης η γναθοχειρουργική και η ορθοδοντική και της ιατρικής επιστήμης η ιατρική της εργασίας. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ρυθμίζονται το γνωστικό αντικείμενο, οι προϋποθέσεις μεταεπαγγελματικής (ο προσδιορισμός των ειδικοτήτων αυτών), ο τρόπος και η διαδικασία απόκτησης της ειδικότητας, ο αριθμός των ιατρικών πράξεων, οι μεταβατικές διατάξεις που αφορούν τους ατλολόμενους με το αντικείμενο των ειδικοτήτων αυτών μέχρι σήμερα, καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια της παραγράφου αυτής.

Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να καθορίζονται και άλλες ειδικότητες της οδοντιατρικής, καθώς και το γνωστικό τους αντικείμενο.



01001652108970036



6429

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 165

21 Αυγούστου 1997

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2519

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδουμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 1

Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων

1. Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν.1397/1983, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Έργο της υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η εισηγήση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποφασίζει για τις κατά νόμο ενέργειες ή και μπορεί προηγουμένως να παραπέμπει τις καταγγελίες για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Προϋπόθεση για την προώθηση των καταγγελιών αποτελεί η ύπαρξη ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία πρακτίζεται η ταυτότητα του παραπονούμενου.

β) Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενη από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξιούχο αυτού, που

προτείνεται από τον Πρόεδρό του, και από εκπροσώπους, ανά έναν, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.), της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α.), της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν.), της Ανώτατης Διοικούσας Επιτροπής Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Αγροτικών Συλλόγων Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Α.Σ.Ε.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Εμπόρων Βιοτεχνιών Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Ε.Β.Ε.), της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Ε.Σ.Α.Ε.Α.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εργαζομένων Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Σ.Ε.Υ.Π.Ι.Κ.Α.) και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Υγειονομικών Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Υ.Γ.Υ.Ι.Κ.Α.) και ένα πρόσωπο με ιδιαίτερο κοινωνικό κύρος επιλεγόμενο από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μεταξύ τριών (3) προσώπων τα οποία προτείνονται από το Κ.Ε.Σ.Υ., το οποίο και προεδρεύει της Επιτροπής. Εάν οι φορείς δεν υποβάλουν τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται αναπληρωτικά από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της δύναται να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή αποφασίζει με πλειοψηφία των παρόντων μελών της. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Η Επιτροπή, εφόσον αποφανθεί για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμα της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 37

2 Μαρτίου 2001

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2889

*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος
Υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) - Ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.

Ειδικότερα:

Α. Το Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλασίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Το Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησίων, Βύρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου

Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Το Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

Έδρα του Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του 1ου Διαμερίσματος, που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στρατού, Αγγελάκη, Εθνικής Αμύνης, Αγίου Δημητρίου και Καυταντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρέθουσας, Βασιλικών, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνείας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλίκης.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Το Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης, εκτός της περιοχής του 1ου Διαμερίσματος που περιγράφεται στην περίπτωση α' του εδαφίου Δ'.

β) Τους Δήμους Αγίου Αθανασίου, Αγίου Παύλου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Αρσίου, Βερτίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελιού, Ευόσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνας, Χορτιάτη, Ωραιοκάστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 296

23 Δεκεμβρίου 2003

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3204

Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδωμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Πε.Σ.Υ.Π.)**

**Άρθρο 1
Συντονισμός των Πε.Σ.Υ.Π.**

1. Η παρ. 8 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Β. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Συ.Πε.Σ.Υ.Π.), που έχει σκοπό το συντονισμό των Πε.Σ.Υ.Π. και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα.

Το Συ.Πε.Σ.Υ.Π. αποτελείται από ένα Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, και τους προέδρους όλων των Πε.Σ.Υ.Π.. Στο Συμβούλιο συμμετέχει και ο πρόεδρος του ΚΕ.Σ.Υ.

Το Συ.Πε.Σ.Υ.Π. συνέρχεται τακτικά κάθε τρεις μήνες και κατά περίπτωση, για ειδικά θέματα, σε έκτακτες συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση του προέδρου του. Το Συμβούλιο λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις για τη λειτουργία των συλλογικών οργάνων της διοίκησης, του δεύτερου κεφαλαίου (άρθρα 13, 14, 15) του Ν. 2690/1999, όπως κάθε φορά ισχύουν. Τα Πε.Σ.Υ.Π. υποβάλλουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τουλάχιστον κάθε τρίμηνο, πλήρη έκθεση και στοιχεία σχετικά με την πορεία του επιχειρησιακού τους σχεδίου και την ομαλή και αποδοτική λειτουργία των μονάδων τους. Οι αποκεντρωμένες μονάδες υποχρεούνται να υποβάλλουν εγκαίρως στα Πε.Σ.Υ.Π. τα αντίστοιχα στοιχεία.»

2. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται «Αυτοτελής Διεύθυνση Οργάνωσης και Υποστήριξης των Πε.Σ.Υ.Π.» για την υποβοήθηση του έργου του Γενικού

Γραμματέα που είναι αρμόδιος για το συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο των Πε.Σ.Υ.Π.. Η Διεύθυνση υπάγεται απευθείας στον αρμόδιο Γενικό Γραμματέα.

Στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Οργάνωσης και Υποστήριξης των Πε.Σ.Υ.Π. περιλαμβάνονται:

α) Η συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιολόγηση των εκθέσεων και στοιχείων που υποβάλλονται από τα Πε.Σ.Υ.Π. και η εισήγηση για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων για την αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναφέρονται κατά την εφαρμογή του επιχειρησιακού τους σχεδίου.

β) Η εισήγηση σε θέματα ελέγχου και αξιολόγησης του έργου των Πε.Σ.Υ.Π. και των αποκεντρωμένων μονάδων τους.

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής των αποφάσεων του Συ.Πε.Σ.Υ.Π.

δ) Η γραμματειακή και τεχνική υποστήριξη του Συ.Πε.Σ.Υ.Π., σε συνεργασία με τις υπηρεσίες της Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών.

Προϊστάμενος της Διεύθυνσης ορίζεται ο υπάλληλος κατηγορίας ΠΕ με βαθμό διευθυντή, που μπορεί να προέρχεται από όλους τους κλάδους υπαλλήλων του Υπουργείου.

Συνιστάται μία θέση με βαθμό διευθυντή, που ανήκει σε όλους τους κλάδους, της κατηγορίας Π.Ε του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η οποία προστίθεται στις θέσεις του άρθρου 112 του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76 Α'), με αντίστοιχη μείωση κατά μία των θέσεων των ενιαίων βαθμών Δ' έως Α', κατηγορίας ΠΕ, του κλάδου από τον οποίο προέρχεται ο διευθυντής.

Για την ενίσχυση του έργου της ανωτέρω Διεύθυνσης μπορεί να συνιστώνται Ομάδες Διοίκησης Έργου (Ο.Δ.Ε.) κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 20 παρ. 2 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107 Α') και στο άρθρο 127 του Π.Δ. 95/ 2000.

**Άρθρο 2
Θέματα ανασυγκρότησης οργάνων
και ανακατανομής αρμοδιοτήτων.**

1. Η διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 αντικαθίσταται ως εξής:

«Ο διοικητής έχει τη νόμιμη εκπροσώπηση, δικαστική και εξώδικη, των ανωτέρω αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων, για όλα τα θέματα που



01000810404050028



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 81

4 Απριλίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3329

*Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και
λοιπές διατάξεις.*

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Άρθρο 1

Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.)

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η Περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δύο Υγειονομικές Περιφέρειες η καθεμία.

Ειδικότερα:

Α. Η Α' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Η Β' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησσίων, Βύρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου

Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα της Β' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Η Γ' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

Έδρα της Γ' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Η Δ' Υγειονομική Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του 1ου Διαμερίσματος, που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στρατού, Αγγελάκη, Εθνικής Αμύνης, Αγίου Δημητρίου και Καυταντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρεθούσης, Βασιλικών, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορώνειας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.



02000991002980002



953

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 99

10 Φεβρουαρίου 1998

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Υ4α/οικ.1320

(1)

Ορισμός νοσήλιου Νοσοκομείων

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας Υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 28 του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165 Α)
2. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/ Α/ 97)

3. Την αριθμ 1107147/1239/0067/96 (ΦΕΚ 922/ Β/ 96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών

4. Την αριθμ 80078/96 (ΦΕΚ 924/ Β/ 96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

5. Την εκτίμηση ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιπρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και των Ασφαλιστικών Ταμείων, καθόσον η οριζόμενη νέα δομή νοσήλιου θα επιτρέψει τον ορθολογικό προγραμματισμό και έλεγχο της προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών νοσηλείας και θα συμβάλει στην αποτροπή επιπλέον δαπανών, αποφασίζουμε:

Ορίζουμε το νοσήλιο των Νοσοκομείων ως εξής:

I. Ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

II. Συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

1. Ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

1. Στην έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού νοσήλιου) περιλαμβάνεται:

Κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται από το Νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον άρρωστο των ανωτέρω υπηρεσιών.

2. Δεν περιλαμβάνονται στην κατά την προηγούμενη παράγραφο έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου:

α. Οι παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων:

α1. Κυτταροστατικά

α2. Ανταγωνιστές της ΗΤ3

α3. Ανοσοσφαιρίνες κάθε τύπου, υποκατάστατα πλάσματος και παράγωγα αίματος

α4. Αντιαμορροφικοί παράγοντες

α5. Ορμόνες υποθαλάμου, υποφύσεως και ομόλογα

α6. Διεγερτικά της ερυθροποίησης

α7. Αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες

α8. Ιντερφερόνες

α9. Αντιρετροικά

α10. Ανοσοκατασταλτικά

α11. Θρομβολυτικά ένζυμα

α12. Σκιαγραφικά που χρησιμοποιούνται στην πυρηνική ιατρική και για την εκτέλεση των εξετάσεων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας και ψηφιακής αγγειογραφίας.

β. Κάθε φάρμακο του οποίου το κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας υπερβαίνει το 70% του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου του Παθολογικού Τομέα Γ' Θέσης. Η εξαίρεση για τα φάρμακα της περίπτωσης β δεν αφορά το συνολικό κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας αλλά μόνο την διαφορά που προκύπτει αν από το συνολικό κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας αφαιρεθεί το ποσό που αντιστοιχεί στο 70% του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου του Παθολογικού Τομέα Γ' Θέσης.

γ. Τα φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και εισάγονται από τα Νοσοκομεία μέσω Ε.Ο.Φ.

δ. Όλα τα είδη παρεντερικής διατροφής, τα ειδικά γάλατα και τα ειδικά διαλύματα.

ε. Όλες οι μιάς χρήσης συσκευές που υποστηρίζουν προσωρινά, περιοδικά ή μόνιμα, στελείς ή καταργημένες λειτουργίες του οργανισμού ή χρησιμοποιούνται για θεραπευτικές ή φαρμακευτικές μεθόδους.

στ. Όλα τα θεραπευτικά μέσα εμφυτεύσιμα και μη.

ζ. Όλα τα μοσχεύματα.

η. Οι θεραπευτικές προθέσεις

θ. Υλικά αγγειακής προσπέλασης και αιμοδυναμικού ελέγχου για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς

Στην έννοια των περ. ε, στ, ζ η και θ περιλαμβάνονται και τα εξαρτήματα αυτών καθώς και τα απολύτως ειδικά όργανα εργαλεία, συσκευές, ειδικά φίλτρα και υλικά που χρησιμοποιούνται για την τοποθέτηση τους ή την λειτουργία τους και είναι μίας χρήσης.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
29 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1990

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
47

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

- Συμπλήρωση της Υ845/4.10.1989 απόφασεως του Πρωθυπουργού και τροποποίηση της Υ172/19.6.1986 απόφασεως του Πρωθυπουργού. 1
- Οργανισμός του Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου που ιδρύθηκε με το π.δ/γμα 321/85. 2
- Σύσταση 149 θέσεων ειδικευομένων ειδικότητας Γεν. Χειρουργικής σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα, για άσκηση οδοντιάτρων. 3
- Τροποποίηση του άρθρου 28 του Κανονισμού Λειτουργίας των Κέντρων Παιδικής Μέριμνας. 4
- Εκχώρηση αρμοδιότητας υπογραφής ταξιδίων εξωτερικού στον Πρόεδρο και Γενικό Διευθυντή της ΕΤΑΚΕΙ Α.Ε. 5

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Υ 978

Συμπλήρωση της Υ845/4.10.1989 απόφασεως του Πρωθυπουργού και τροποποίηση της Υ172/19.6.1986 απόφασεως του Πρωθυπουργού.

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 13 παρ. 4 του ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (Α' 137).
2. Την Α 5257/26.4.1982 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας Κυβερνήσεως «Αναμόρφωση συλλογικών Οργάνων Γνωμοδοτικής και Αποφασιστικής αρμοδιότητας του Υπουργείου Προεδρίας Κυβερνήσεως» (Β' 211).
3. Το π.δ. 6/12.1.1990 «Νομικοί και φιλολογικοί συνεργάτες της Κεντρικής Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής» (Α' 4).
4. Την Υ 845/4.10.1989 απόφαση του Πρωθυπουργού «Σύνθεση της Κεντρικής Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής» (Β' 743).
5. Την Υ 172/19.6.1986 απόφαση του Πρωθυπουργού «Καθορισμός της θητείας των μελών της Κεντρικής Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής - ΚΕΝΕ» (Β' 421), αποφασίζουμε:

ΑΡΘΡΟ 1

1. Στο τέλος του πρώτου εδαφίου του άρθρου μόνου της Υ 845/4.10.1989 (Β' 743) απόφασεως του Πρωθυπουργού προστίθεται φράση, η οποία έχει ως εξής: «Ως δικαστικοί λειτουργοί νοούνται και οι επίτιμοι και ως καθηγητές νομικών μαθημάτων Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων νοούνται και οι επίτιμοι ή ομότιμοι. Τα αναπληρωματικά μέλη δύναται να είναι ολιγότερα των τακτικών και αναπληρώνουν όλα τα τακτικά ανεξαρτήτως ιδιότητας».

2. Στο τέλος του δεύτερου εδαφίου του άρθρου μόνου της Υ 845/4.10.1989 (Β' 743) απόφασεως του Πρωθυπουργού προστίθεται φράση, η οποία έχει ως εξής: «Εάν δεν υποβληθεί η ανωτέρω πρόταση ή γνώμη μέσα σε 15 ημέρες από την περιέλευση στο αρμόδιο όργανο του

εγγράφου με το οποίο ζητείται η πρόταση ή γνώμη, ο Πρωθυπουργός προβαίνει στο διορισμό μελών ή εισηγητών και χωρίς την πρόταση ή την γνώμη αυτή».

ΑΡΘΡΟ 2

Η θητεία των μελών και των φιλολογικών συνεργατών της Επιτροπής ορίζεται διετής. Η ιδιότητα του μέλους ή του συνεργάτη παύει σε περίπτωση προαγωγής.

ΑΡΘΡΟ 3

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 25 Ιανουαρίου 1990

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΞΕΝΟΦΩΝ ΖΟΛΩΤΑΣ

Αριθ. Α3β/οικ. 1372

(2)

Οργανισμός του Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου που ιδρύθηκε με το π.δ/γμα 321/85.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παρ. 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).
2. Τις διατάξεις του Π.Δ/τος 87/86 «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).
3. Την 53/21.6.88 απόφαση του Α.Σ. του Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου.
4. Την με αρ. 18 αποφ./18.1.1990 σύμφωνη γνώμη της 70ης Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Το Νοσοκομείο - Μαιευτήριο, Ν.Π.Δ.Α. που ιδρύθηκε κατά τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 6 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83) με το Π.Δ/γμα 321/85 «Ίδρυση Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου στην Αθήνα» (ΦΕΚ 115/Α/85), οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2

Επωνυμία - Έδρα - Σφραγίδα

1. Το Νοσοκομείο - Μαιευτήριο αυτό ορίζεται ως Γενικό Μαιευτικό - Γυναικολογικό Νοσοκομείο και ονομάζεται ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».
2. Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου είναι η πόλη της Αθήνας.
3. Το νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή, στην οποία αναγράφο-



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
21 ΙΟΥΝΙΟΥ 1991

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
93

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

244. Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων του Β.Δ. από 23-3/8.4.1953 «περί κανονισμού της δια κυκλικών δικτύων (γριγρί) αλιείας» (Α 81) και του Π.Δ. 189/1978 «περί κανονισμού αλιείας εις τους Κόλπους Θεσσαλονίκης και Θερμαϊκών» (Α 41). 1
245. Οργανισμός του Ταμείου Προνοίας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης. 2
246. Αναπροσαρμογή της προσωπικής εισφοράς των ασφαλισμένων και συνταξιούχων του Ταμείου Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων στον Κλάδο Υγείας αυτού. 3
247. Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών. 4
248. Ίδρυση Ενορίας του Ιερού Ναού Αγίας Παρασκευής του Δήμου Αχαρνών, της Ιεράς Μητροπόλεως Αττικής. 5
249. Ίδρυση της Ιεράς ανδρώας Κοινοβιακής Μονής «ΥΠΕΡΑΓΙΑΣ ΘΕΟΤΟΚΟΥ ΥΨΗΛΗΣ» περιοχής Μαγουλάδων Κερκύρας της Ιεράς Μητροπόλεως Κερκύρας και Παξών. 6
250. Ίδρυση Ενορίας του ενοριακού Ιερού Ναού Ανάληψης Κυρίου, Κάκαβα της Κοινότητας Καλού Νερού της επαρχίας Τριφυλίας της Ιεράς Μητροπόλεως Τριφυλίας και Ολυμπίας. 7
251. Ίδρυση Ενορίας του Ιερού ενοριακού Ναού Αγίου Ιωάννου του Βαπτιστού, Καλλιθέας Κορίνθου, της Ιεράς Μητροπόλεως Κορίνθου. 8

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 244

Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων του Β.Δ. από 23-3/8.4.1953 «περί κανονισμού της δια κυκλικών δικτύων (γριγρί) αλιείας» (Α 81) και του Π.Δ. 189/1978 «περί κανονισμού αλιείας εις τους Κόλπους Θεσσαλονίκης και Θερμαϊκών» (Α 41).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 του Ν.Δ. 420/1970 «Αλιευτικός Κώδικς» (Α 27), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 3 του Ν. 1740/1987 «Αξιοποίηση και προστασία κοραλλιογενών σχηματισμών, ιχθυοτρόφων υδάτων, υδατοκαλλιεργειών και άλλες διατάξεις» (Α 221).

2. Την Υ 1081/21.5.1990 απόφαση του Πρωθυπουργού «Ορισμός αρμοδιοτήτων του Υπουργού Αναπληρωτή Γεωργίας Παν. Χατζηημελάου» (Β 327).

3. Την 156/6.2.1991 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Αλιείας.

4. Την 255/1991 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Αναπληρωτή Υπουργού Γεωργίας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Το άρθρο 11 του από 23-3/8.4.1953 Β. Δ/τος «περί κανονισμού της δια κυκλικών δικτύων (γριγρί) αλιείας» (Α 81), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του από 17.8.1955 Β. Δ/τος «περί αντικαταστάσεως των άρθρων 11 και 14 του από 23 Μαρτίου 1953 Β. Δ/τος κανονισμού της δια κυκλικών δικτύων (γριγρί) αλιείας» (Α 243), αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 11

1. Απαγορεύεται η αλιεία δια κυκλικών δικτύων ημέρας και νύχτας:

α) Κατά του μήνες Ιανουάριο, Φεβρουάριο και Δεκέμβριο κάθε χρόνου απολύτως.

β) Κατά τους λοιπούς μήνες του έτους:

αα) Σε απόσταση μικρότερη των εκατό (100) μέτρων από οποιοδήποτε ακτίς.

ββ) Σε απόσταση πεντακοσίων (500) μέτρων ακτινοειδώς από τις σταθερές αλιευτικές εγκαταστάσεις των θυννείων, εφόσον αυτές βρισκονται σε λειτουργία.

γγ) Σε απόσταση χιλίων (1000) μέτρων από τα στόμα των ιχθυοτροφείων, εφόσον αυτά είναι ανοιχτά για εισοδεία.

δδ) Εφόσον γίνεται χρήση των κυκλικών δικτύων ως συρομένων.

2. Απαγορεύεται η αλιεία με κυκλικά δίχτυα νύχτας:

α) Σε βάθη θάλασσας μικρότερα των τριάντα (30) μέτρων, με εξαίρεση τη θαλάσσια περιοχή από τις εκβολές του ποταμού Νέστου μέχρι την Αλεξανδρούπολη στην οποία επιτρέπεται σε βάθη θάλασσας μεγαλύτερα των είκοσι (20) μέτρων.

β) Κατά την πανσέληνο, δύο ημέρες πριν και δύο μετά από αυτή.

γ) Εφόσον η ένταση της φωτεινής πηγής υπερβαίνει τα 2.000 κηρία ανά μονάδα φωτισμού (ρομπότ ή λέμβο).

δ) Εφόσον ο αριθμός των ρομπότ ή λέμβων υπερβαίνει τις πέντε (5).

ε) Εφόσον το χρησιμοποιούμενο φως (λουξ) δεν καλύπτεται από πάνω με καταυγαστήρες.

Άρθρο 2

Στο άρθρο 5 του Π.Δ. 189/1978 «περί Κανονισμού Αλιείας εις του Κόλπους Θεσσαλονίκης και Θερμαϊκών» (Α 41) προστίθεται παράγραφος 3, το κείμενο της οποίας έχει ως εξής:

«3. Στο Θερμαϊκό Κόλπο και ειδικότερα στο τμήμα το κείμενο εσωτερικά της νητικής γραμμής που ενώνει το ακρωτήριο «Πύργος» με το ακρωτήριο «Δερματάς» απαγορεύεται η αλιεία γαύρου κατά τους μήνες Ιούνιο, Ιούλιο και Αύγουστο κάθε χρόνου».



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
24 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1991

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
202

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 517

Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθ. 247/91 Π.Δ. «οροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών».

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 53 του Νόμου 1892/1990 «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 101/31.7.90 τεύχος Α).
2. Τη διάταξη του άρθρου 18 του Νόμου 1963/1991 «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 138/20.9.91 τεύχος Α).
3. Την υπ' αριθ. 684/91 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικράτειας, με πρόταση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Κάθε Ιδιωτική Κλινική όπως ορίζεται στο άρθρο 1 παρ.1 του Π.Δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93/Α/21.6.91) πρέπει να πληροί:

- α. Τις Γενικές Τεχνικές Προδιαγραφές του Παραρτήματος Α, και
- β. Τις Τεχνικές Προδιαγραφές των επιμέρους Τμημάτων του παραρτήματος Β, τις προδιαγραφές του ιατρικού εξοπλισμού του παραρτήματος Γ και το προσωπικό του παραρτήματος Δ ανάλογα με τα Τμήματα, Ειδικές μονάδες, Συγκρότημα επεμβάσεων, Διαγνωστικά Εργαστήρια και Υπηρεσίες κεντρικής υποστήριξης που αναπτύσσει.

Άρθρο 2

Κάθε Ιδιωτική Κλινική γενική ή ειδική ή μικτή πρέπει να διαθέτει υποχρεωτικά εκτός από νοσηλευτικές μονάδες και τα εξής:

1. Εργαστήριο Μικροβιολογικό - Βιοχημικό - Αιματολογικό τύπου Ε1 ή Ε2 ή Ε3 ή Ε4 ανάλογα με τον αριθμό και τα είδη των εξετάσεων (Παραρτήματα Β, Γ, Δ).
2. Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο (Παραρτήματα Β', Γ' και Δ'). Δεν είναι απαραίτητο για Ψυχιατρικές και Παιδοψυχιατρικές Κλινικές.
3. Συγκρότημα Χειρουργείων όταν αναπτύσσει Τμήματα Χειρουργικού Τομέα (Παραρτήματα Β', Γ' και Δ').
4. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) Πολυδύναμη ή Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αντίστοιχης ειδικότητας (παραρτήματα Β, Γ και Δ) που απαιτούνται από τα αναπτυσσόμενα τμήματα, σε κλινικές πάνω από 80 κλίνες, ελάχιστης δυναμικότητας 6 κλινών.

Εξαιρούνται οι ψυχιατρικές, παιδοψυχιατρικές και οι ειδικές κλινικές αλλεργιολογίας, δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, οφθαλμολογίας. Σε κλινικές κάτω των 80 κλινών, εφ' όσον αναπτύσσουν τμήματα Χειρουργικού Τομέα ή τμήματα ειδικότητας καρδιολογικής και πνευμονολογικής του Παθολογικού Τομέα, απαιτείται η δημιουργία Μ.Ε.Θ.

Πολυδύναμης ή της αντίστοιχης ειδικότητας τουλάχιστον 4 κλινών.

5. Τον απαιτούμενο περιβάλλοντα χώρο κατάλληλα διαμορφωμένο, καθώς και χώρους εισόδων και υποδοχής ασθενών και επισκεπτών (πάρτημα Α, Τεχνικές Προδιαγραφές κτιρίου και περιβάλλοντα χώρου).

6. Τουλάχιστον ένα εξωτερικό ιατρείο - εξεταστήριο, συναρτημένο με τους χώρους υποδοχής της Κλινικής, όταν δεν αναπτύσσει Εξωτερικά Ιατρεία.

7. Υπηρεσία διατροφής (Παραρτήματα Β, Γ και Δ).

8. Κεντρική Αποστείρωση όταν αναπτύσσει τμήματα Χειρουργικού Τομέα. Μικρό τμήμα κεντρικής αποστείρωσης όταν αναπτύσσει μόνο Παθολογικό Τομέα (Παραρτήματα Β, Γ και Δ).

9. Φαρμακείο σε κλινικές δύναμης άνω των 150 κλινών (Παραρτήματα Β και Γ).

10. Χώρο φύλαξης νεκρών (Παραρτήματα Β και Δ).

11. Εγκαταστάσεις εξυπηρέτησης προσωπικού, αποδυτήρια προσωπικού χώροι υγιεινής (Παραρτήματα Β και Δ).

12. Κοιτώνες διανυκτέρευσης εφημερευόντων (Παραρτήματα Β και Δ).

13. Διοικητικές Υπηρεσίες (Παραρτήματα Β και Δ).

14. Τις απαιτούμενες ΗΜ εγκαταστάσεις (Παράρτημα Β)

15. Κεντρικό χώρο συγκέντρωσης για αποκομιδή απορριμμάτων (Παράρτημα Β).

Άρθρο 3

1. Ο μέγιστος αριθμός κλινών ανα Τμήμα ειδικότητας δεν δύναται να υπερβαίνει τις 40 (σαράντα) κλίνες πλην των ψυχιατρικών και των παιδοψυχιατρικών των οποίων ο αριθμός δεν δύναται να υπερβαίνει τις 80 (ογδόντα) κλίνες.

2. Οι ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές κλινικές δεν δύναται να έχουν δύναμη κλινών άνω των τριακοσίων (300).

Άρθρο 4

Κάθε Τμήμα ειδικότητας, όπως ορίζεται στο άρθρο 5 του παρόντος, ως λειτουργικό μέρος της Κλινικής, πρέπει να εξυπηρετείται από τα υποχρεωτικά οριζόμενα στο άρθρο 2 του παρόντος, σύμφωνα με τις Τεχνικές Προδιαγραφές των επιμέρους τμημάτων, (Παράρτημα Β), καθώς και να διαθέτει:

- α) τον απαραίτητο εξοπλισμό, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του παραρτήματος Γ.
- β) το απαραίτητο προσωπικό, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του παραρτήματος Δ.

Άρθρο 5

Κάθε Ιδιωτική Κλινική δύναται να αναπτύσσει τα παρακάτω Τμήματα ειδικότητας:

Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1. Παθολογικό Τμήμα

Είναι το τμήμα που παρέχει τα μέσα για διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία παθήσεων της εσωτερικής παθολογίας και ειδικής νοσολογίας και γενικά αντιμετωπίζει παθήσεις που υπάγονται στην ειδικότητα της παθολογίας.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 199

14 Σεπτεμβρίου 2000

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 235

Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, που υπάγονται στις διατάξεις της παραγρ. 2 του άρθρου 8 του Ν. 2345/95 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 213/Α/95).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παραγρ. 2 και 4 του άρθρου 53 του Ν. 1892/90 «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ. 101/Α/90), όπως αντικαταστάθηκαν με τις παραγρ. 1 και 2 του άρθρου 8 του Ν. 2345/95 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 213/Α/95), σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 96/Α/99).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ.137/Α/85) «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα», το οποίο προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ. 154/Α/92) και αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παραγρ. 2α του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ.38/Α/97).

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος Π.Δ., ως προκύπτει και από την υπ' αριθμ. ΔΥ59/7703/2000, βεβαίωση της Διεύθυνσης Οικονομικού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

4. Την υπ' αριθμ. 263/2000, Γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικράτειας, με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Αναθεώρηση άδειας λειτουργίας των Ιδιωτικών Κλινικών

1. Οι Ιδιωτικές Κλινικές, οι οποίες λειτουργούσαν πριν από την έναρξη ισχύος των Π.Δ. 247/91 (ΦΕΚ 93/Α/91) και 517/91 (ΦΕΚ 202/Α/91), καθώς και αυτές του άρθρου 149 του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ. 123/Α/92), υποχρεούνται, για να συνεχίσουν να λειτουργούν, να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος, με σκοπό την καλή λειτουργία τους και την κάλυψη των αναγκών νοσηλείας.

2. Με την επιφύλαξη του άρθρου 2 του παρόντος, οι υπεύθυνοι των Ιδιωτικών Κλινικών, υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και να ζητήσουν από τον αρμόδιο Νομόρχη, την έκδοση νέας άδειας λειτουργίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, σε αντικατάσταση εκείνης που είχε χορηγηθεί, με τις διατάξεις των Β.Δ. 451/62 (ΦΕΚ 108/Α/62) και 521/63 (ΦΕΚ 145/Α/63).

3. Η άδεια χορηγείται εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις των Β.Δ. 451/62 και 521/63, όπως τροποποιούνται από τις διατάξεις του παρόντος.

4. Ο αρμόδιος Νομόρχης, εκδίδει την σχετική άδεια, μετά από σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής του άρθρου 4 του Π.Δ.247/91. Οι διατάξεις των άρθρων 2(παραγρ. 1 & 3), 3 και 5 του Π.Δ. 247/91, ισχύουν αναλόγως.

Άρθρο 2

Επέκταση και μετατροπή του αντικειμένου των Ιδιωτικών Κλινικών

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος, επιτρέπεται, ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων, η επέκταση, η μείωση ή αύξηση σε δύναμη ή η ανακατανομή των κλινών, καθώς και η μετατροπή του αντικειμένου των Ιδιωτικών Κλινικών, με έκδοση νέας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

2. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας χορηγείται με απόφαση του οικείου Νομόρχη, μετά από γνώμη της Επιτροπής του άρθρου 4 του Π.Δ. 247/91, κατά τα κατωτέρω αναφερόμενα.

3. Σε περίπτωση επέκτασης της Ιδιωτικής Κλινικής, εφόσον δεν προσαυξάνεται ο συνολικός αριθμός κλινών της, κατά ποσοστό μεγαλύτερο του 20%, επιτρέπεται η αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, σύμφωνα με τα ισχύοντα κατά την χορήγηση της αρχικής άδειας λειτουργίας της, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος. Στην περίπτωση κατά την οποία με την αιτούμενη επέκταση προσαυξάνεται ο συνολικός αριθμός των κλινών της πάνω από 20%, επιτρέπεται η αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της κλινικής, μόνο εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, οι οποίες ορίζονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 517/91.

4. Οι Ιδιωτικές Κλινικές, οι οποίες υπάγονται στις διατάξεις του παρόντος, σε περίπτωση επέκτασης, οποιουδήποτε μεγέθους, μετά τον χρόνο προσαρμογής, κατά τη