



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



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ”

Σπουδαστής: Σιδέρης Κωνσταντίνος

Επιβλέπων: Καστανιώτη Αικατερίνη

Καλαμάτα 2010

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε κάθε οργανισμό το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον πλέον ουσιώδη και αποφασιστικό παράγοντα, ο οποίος υλοποιεί τους επιχειρησιακούς στόχους του οργανισμού και καθορίζει την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών που παρέχει.

Ειδικά τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι "έντασης εργασίας", καθώς στηρίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στο συντελεστή της παραγωγής άνθρωπο, το ανθρώπινο δυναμικό κατέχει τον κυρίαρχο ρόλο.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων στις μονάδες υγείας είναι ένα βασικό θέμα, που να απασχολεί τις διοικήσεις. Για τη διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία πολυδιάστατη ως έννοια, και αντιπροσωπεύει τη συνολική στάση του ανθρώπου απέναντι στην εργασία του. Άλλως είναι η ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση, που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμά του ή την εργασιακή του πείρα.

Οι παράγοντες, που ρυθμίζουν και διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζονται τόσο με το εργασιακό περιβάλλον, όσο και με τις συγκεκριμένες διαστάσεις της εργασίας και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, δηλαδή την προσωπικότητα, τις αντιλήψεις και τις αξίες τους.

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χαϊδαρίου και να προσδιορίσει τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Παράλληλοι στόχοι της ήταν να καταγράψει και άλλες πτυχές της επαγγελματικής δραστηριότητας του ερευνώμενου πληθυσμού, όπως τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά, τις προσδοκίες του από το επάγγελμα, κ.ά.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	4
1.1. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	6
1.3. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ	7
1.4. ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	10
1.5. ΠΑΡΥΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ.....	11
1.5.1. Μεταρρυθμίσεις.....	12
1.5.2. Προβλεπόμενες αλλαγές.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ.....	18
2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ QWL (QUALITY OF WORKING LIFE).....	18
2.2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ QWL.....	18
2.3. ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ QWL.....	19
2.4. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΕΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ QWL.....	19
2.5. ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΙ ΜΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ QWL.....	20
2.6. QWL ΣΑΝ ΚΙΝΗΤΡΟ ΓΙΑ ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΙΚΑΝΟΥ & ΑΦΟΣΙΩΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	21
2.7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	25
3.1. ΤΟ ΠΡΟΪΟΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
3.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	26
3.3. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	28
3.4. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....	32
3.5. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	34
3.6. ΔΕΞΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	38
3.7. Η ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	41
4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	41
4.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	43
4.3. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	46
4.4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	47
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ.....	47
5.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.....	51
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	51
5.4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.....	53
5.5. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	54
5.6. ΚΑΤΑΞΙΩΣΗ.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διοίκηση, επιδιώκει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Στην επιδίωξη αυτή το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον πλέον ουσιώδη και αποφασιστικό παράγοντα, με τον οποίο υλοποιούνται οι επιχειρησιακοί στόχοι του οργανισμού και καθορίζεται η ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών που παρέχει.

Από την άλλη η εργασία αποτελεί ουσιαστικό και θεμελιακό τμήμα της ανθρώπινης ζωής, η οποία προσδίδει στον άνθρωπο κοινωνική υπόσταση και τον δένει με το κοινωνικό του περιβάλλον. Η καλά αμειβόμενη εργασία κατέχει σημαντικό ρόλο για την αυτοεκτίμηση του ατόμου και την κοινωνική του θέση, αλλά και για την ικανοποίηση που αντλεί από αυτήν.

Αρχικά η εργασία συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου για επιβίωση μέσα από την απόκτηση οικονομικών πόρων. Γι' αυτό και η εργασία είχε θετικό κίνητρο το χρήμα. Σύμφωνα όμως με μια πιο σύγχρονη θεώρηση, η εργασία είναι κοινωνικό αγαθό, μια κοινωνική αξία που συνδέεται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου, σαν κοινωνική μονάδα¹

Για να υπάρξει αρμονική σχέση εργασίας – ατόμου, είναι πολύ σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Συνεπώς η δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο τα άτομα και οι ομάδες θα μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά, δηλαδή να υλοποιούν τους στόχους του οργανισμού, αλλά ταυτόχρονα να αντλούν και ικανοποίηση από το έργο που εκτελούν, είναι αναγκαία προϋπόθεση.

¹ Κόντης, Θ, 1984, Ψυχολογία επιχειρήσεων, Υπουργείο Εθνικής παιδείας και επαγγελματων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η πολιτική υγείας που ακολουθεί μια χώρα εξαρτάται πάντα από τα μέτρα και τους κανόνες της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με απώτερο σκοπό την διασφάλιση και την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Στην Ελλάδα η πολιτική υγείας αναπτύχθηκε σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και δέχτηκε σημαντικές επιρροές 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 η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες αποτέλεσε ένα από τα σημαντικότερα μέτρα εκείνης της εποχής με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας το 1948 αρχικά στην Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 όπου επιχειρήθηκε μια μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Δημιουργήθηκε τότε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο αναγνώριζε ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό και θα πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης.

Βασικοί στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν και είναι η αποκέντρωση του, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της βαθμίδων φροντίδας υγείας, και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας².

² Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» Γ΄ΚΠΣ 2000-2006

1.1. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ιατρική επιστήμη εξαρχής προσανατολίσθηκε στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών παρά στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης των ασθενειών και δημόσιας υγείας. Η αμεσότητα της ανάγκης για θεραπεία, η απειλή του θανάτου, ο βαθμός και η ένταση των συμπτωμάτων και ο έντονος πόνος επέβαλαν τη μονοπώληση του ενδιαφέροντος της ιατρικής πράξης αποκλειστικά προς το πάσχον όργανο.³ Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό σε βάρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας συνολικά.

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές:

- α) τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος,
- β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του Ι.Κ.Α. , και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης και
- γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.

Ο τομέας της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι αντικείμενο δράσης ιδιαίτερα σοβαρό, διαφορετικού όμως βαθμού δυσκολίας για κάθε χώρα. Η διαφορά έγκειται στον τρόπο που έχει οργανωθεί η παροχή υγείας σε σχέση με το γεωγραφικό χώρο, το κλίμα, το βαθμό ανάπτυξης της περιοχής, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, τις πολιτικές συνήθειες, τα ήθη και τα έθιμα του τόπου.

Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία ταξινομούνται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες και σε ειδικά τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα(ψυχιατρικό νοσοκομείο,

³ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας, Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία. Παπαζήσης, Αθήνα 2001, σελ. 112.

μαιευτήριο, κτλ.). Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Στα πρώτα η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως μικρότερη από ένα μήνα ενώ στα δεύτερα είναι μεγαλύτερης διάρκειας.

Επιπροσθέτως, ανάλογα με το εύρος της γεωγραφικής περιφέρειας την οποία καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και παρέχουν εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο, σε νομαρχιακά, που λειτουργούν σε κάθε νομό και σε τοπικά νοσοκομεία τα οποία καλύπτουν μια περιοχή ευθύνης μέχρι 50.000 κατοίκους. Ο νόμος 2889/2001 κατήργησε τη διάκριση αυτή, ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά.⁴

1.2.Ιστορική αναδρομή Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα

Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους.

Η πρώτη περίοδος (*Περίοδος Φιλανθρωπίας*) έχει την αφετηρία της στη σύσταση του Ελληνικού κράτους και φθάνει μέχρι και το 1909. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των δήμων ή των κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των άπορων.

Η δεύτερη περίοδος (*Περίοδος Κρατικής Παρέμβασης*), 1909-1952, χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω και των συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α.). Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργούνται για την κάλυψη των αναγκών, είναι και το πρώτο ευρύ δίκτυο. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται και για την ουσιαστική νομοθετική παρέμβαση του κράτους σε

⁴ Οικονόμου Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004.

θέματα νοσοκομειακής περίθαλψης, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έτσι με τον νόμο 28882/22 "περί Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας" θεμελιώνεται ο θεσμός της Πρόνοιας στην Ελλάδα, με το νόμο 6298/34 "περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων" κατοχυρώνεται ο θεσμός της ασφάλισης και τέλος με τον 965/1937 "περί Οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων" θεμελιώνεται νομοθετικά η παρουσία του κράτους στην νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στην τρίτη περίοδο (*Περίοδος Αποκέντρωσης Νοσοκομειακής περίθαλψης*), 1953-1982, με το Ν.Δ. 2592/1953 "περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως, επιχειρείται αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών υγείας κατανέμονται κατά υγειονομικές περιφέρειες με βάση τον πληθυσμό, την νοσηρότητα κ.τ.λ.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη την χρονική αυτή περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίδεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ., νοσοκομεία που αποτελούν Ν.Π.Ι.Δ. και ιδιωτικές κλινικές.

Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί (*Περίοδος του Ε.Σ.Υ.*), αρχίζει το 1983 και φθάνει μέχρι σήμερα, και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992.

Έντονος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται και αυτά στις διατάξεις του νόμου 2592/53.⁵

1.3.Η υγεία στην Ελλάδα σήμερα

Τα μέτρα για την υγεία που λήφθηκαν τα τελευταία 15 χρόνια άρχισαν να παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα με την πάροδο του χρόνου λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης από το κράτος και των σημαντικών αναγκών των πολιτών οι οποίες αυξάνονταν συνεχώς.

⁵ Δρούμπαλης Φ. Σύγχρονες Μονάδες Υγείας, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, σελ. 1-6,7,8.

Εκτός της χρηματοδότησης ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα που έχει προκύψει είναι αυτό της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, οι περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και η χωροταξική τους κατανομή. Επίσης έχουν δημιουργηθεί και σημαντικά προβλήματα σε θέματα εσωτερικής οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερ-συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι ο τομέας της υγείας έχει σημαντικά προβλήματα παρόλα αυτά η Ελλάδα συνεχίζει να δαπανά περίπου το 9% του ΑΕΠ της για ένα προϊόν αμφιβόλου ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.

Συνεπώς η παραπάνω κατάσταση απαιτεί να αλλάξει άμεσα προκειμένου να βελτιωθεί η εικόνα της υγείας στην Ελλάδα. Η έγκριση του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία –Πρόνοια» Γ΄ ΚΠΣ 2000-2006 επιδιώκει την αναδιαμόρφωση του συστήματος υγείας προκειμένου να ανταποκρίνεται στις σημερινές και μελλοντικές ανάγκες των πολιτών. Η βελτίωση της εικόνας της υγείας είναι αναγκαία προκειμένου να μπορέσουν πάλι οι πολίτες να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στο υγειονομικό σύστημα. Η χρήση του μάρκετινγκ στην υγεία τα τελευταία χρόνια θεωρείται πλέον σημαντική για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Οι προτάσεις που υπάρχουν στον τομέα της υγείας υποστηρίζουν την ισότιμη διάθεση των υπηρεσιών υγείας συνοδευόμενες όμως από καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα.

Η στρατηγική η οποία προωθείται για το 2000-2006 αναφέρει τα κάτωθι:

1. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με βασικό στόχο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας μέσω της χρήσης πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης και την ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

2. Δημιουργία ασφαλούς δικτύου διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.

3. Σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης των Πόρων Υγείας με ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και καλύτερη αξιοποίηση των υλικών.

4. Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών πρόνοιας και ψυχικής υγείας.

5. Δημιουργία σύγχρονων εργαλείων σχεδιασμού και προγραμματισμού του τομέα της υγείας

6. Χάραξη μιας εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι επιδιώκεται

1. Ο λειτουργικός εκσυγχρονισμός των νοσοκομειακών μονάδων δηλαδή του λειτουργικού και κτιριολογικού χαρακτήρα της νοσοκομειακής υποδομής προκειμένου να ανταποκρίνεται στις επιστημονικές και τεχνολογικές απαιτήσεις και στην ανάγκη εξασφάλισης υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

2. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στην υγεία μέσω της αξιοποίησης νέων συστημάτων και υπηρεσιών βιοϊατρικής τεχνολογίας.

3. Ενίσχυση και ολοκλήρωση των υπηρεσιών επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας

4. Ανάπτυξη ενός δικτύου ασύρματης και τηλεματικής επικοινωνίας

5. Ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και σύγχρονων πολιτικών προαγωγής και διασφάλισης της, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες ευπαθών ομάδων πληθυσμού.

Στον τομέα της πρόνοιας επιδιώκεται η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων, η καταπολέμηση των διακρίσεων και η άρση των εμποδίων για την ένταξη στην αγορά εργασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Οι ανθρώπινοι πόροι παίζουν σημαντικό ρόλο για την προώθηση των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας.

Απαιτείται συνεχόμενη εκπαίδευση και η κατάρτιση του προσωπικού καθώς επίσης και η συμμετοχή τους στη βελτίωση της ποιότητας, παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών⁶.

1.4.Τα Νοσοκομεία

Το Νοσοκομείο από τη στιγμή της γέννησής του έχει κληθεί να εξυπηρετεί ένα πλήθος διαφορετικών λειτουργιών. Το νοσοκομείο αποτελεί μια μορφή οργάνωσης η οποία «κατασκευάζεται» από την εκάστοτε κοινωνία για να εξυπηρετήσει ένα συγκεκριμένο ρόλο. Άλλοτε λειτουργεί ως άσυλο, άλλοτε ως χώρος μαθητείας και άλλοτε ως τέμενος της θεραπευτικής δραστηριότητας των γιατρών. Όποια λειτουργία όμως και να επιτελεί, το σημαντικό είναι ότι προκύπτει από τις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινωνίας.

Ο γενικός σκοπός του οργανισμού του νοσοκομείου είναι:

α) η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα στα πλαίσια και την έκταση της γεωγραφικής του περιφέρειας, ισότιμα για κάθε πολίτη και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

β) η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης όλων των επαγγελματιών υγείας.

Οι επιμέρους αντικειμενικοί σκοποί του οργανισμού του νοσοκομείου είναι:

Στόχος 1^{ος} : Να οργανωθεί μια συντονισμένη συνεχιζόμενη φροντίδα. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί στην κάλυψη των ειδικών αναγκών υγείας των κατοίκων – μελών της κοινότητας.

Στόχος 2^{ος} : Να αυξηθεί η ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

⁶ Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ., 1995, «Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας», Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη

Στόχος 3^{ος} : Να αναγνωριστούν καινούργιες ανάγκες και να βελτιωθεί η συνειδητοποίηση, χρησιμοποίηση και αξία της "εκμετάλλευσης" των υπηρεσιών υγείας.

Έτσι λοιπόν, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αφορούν στην επόμενη βαθμίδα μετά την πρωτοβάθμια, είναι τα νομαρχιακά νοσοκομεία. Λειτουργούν σε κάθε νομό. Καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού του νομού χωρίς όμως να περιορίζονται μόνο σε αυτόν. Οποιοσδήποτε πολίτης από οποιοδήποτε διαμέρισμα της χώρας δύναται να ζητήσει και να του παρασχεθούν οι υπηρεσίες του χωρίς καμία διάκριση.

Δεν απαιτείται διαβιβαστικό σημείωμα από άλλο φορέα ή γιατρό. Προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και μετά από γνωμάτευση εισάγεται στο νοσοκομείο, εάν κριθεί ότι ο ασθενής έχει ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης για τη διάγνωση και θεραπευτική του αγωγή. Τα νοσοκομεία αυτά παρέχουν και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας διαμέσου των εξωτερικών τους ιατρείων.

1.5.Ίδρυση του ΕΣΥ

Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση επήλθε στην Ελλάδα με την ίδρυση του ΕΣΥ. Το 1983 εγκαθιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με το οποίο θεσμοθετήθηκε η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο Νόμος 1397/83 χαρακτηρίζει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους, και πως οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης.

Συγκροτήθηκαν Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) υπεύθυνα για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας. Καθιερώθηκε το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση των μισθών τους, καθώς και η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας 400 Κέντρων Υγείας, εκ των οποίων τα 180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία. Επιπλέον αναπτύσσονται νέες μονάδες υγείας και αγοράζεται σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. Τα βασικά αποτελέσματα

της μεταρρύθμισης του 1983 ήταν τα εξής: Το 1983 τέθηκαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη και τη λειτουργία πρωτοβάθμιων (Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές) και δευτεροβάθμιων (νέα νοσοκομεία) υγειονομικών δομών, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίστηκε το μείζον πρόβλημα των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων. Έτσι, ενώ η Επαρχία συχνά διαθέτει πλήρεις και σύγχρονες υποδομές, αντιμετωπίζει τεράστια ποιοτική και ποσοτική έλλειψη ιατρικού και άλλου προσωπικού. Από την άλλη πλευρά, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη συγκεντρώνουν, πληθώρα γιατρών⁷.

1.5.1. Μεταρρυθμίσεις

Η αυστηρή και απαγορευτική πολλές φορές αντιμετώπιση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην περίοδο από το 1983 και μετά, αποτέλεσε όχι το αίτιο για την αριθμητική μείωση των ιδιωτικών κλινικών μόνο, αλλά και της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους⁸.

Με τον **Νόμο 2071/92** αρχίζει η αποδέσμευση του ιδιωτικού τομέα υπό τον έλεγχο του κράτους. Δόθηκε το δικαίωμα στις ιδιωτικές κλινικές να εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας, να παρέχουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα ή μεταφορά ασθενών, να συστήνουν και να λειτουργούν μονάδες τεχνητής γονιμοποίησης σε ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές κ.α⁹.

Με τον **Νόμο 2519/97** δίνεται η δυνατότητα σύμπραξης ασφαλιστικών φορέων με ιδιωτικές κλινικές ή με νοσοκομειακούς οργανισμούς του εξωτερικού. Επίσης, με τον ίδιο νόμο δημιουργείται το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με αρμοδιότητες συντονισμού του ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας που ποτέ όμως δεν εξάσκησε σε πλήρη έκταση¹⁰.

⁷ Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889.

⁸ <http://chesme.nurs.uoa.gr/>. «Το Ελληνικό Νοσοκομείο μέσα από την εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας».

⁹ Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2071.

¹⁰ <http://chesme.nurs.uoa.gr/>. «Το Ελληνικό Νοσοκομείο μέσα από την εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας».

Νόμος 2885/2001: Εστιάστηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Απώτερος σκοπός ήταν : «η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης». Οι επιμέρους στόχοι περιλάμβαναν μεταξύ άλλων: την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος (Υπουργείο Υγείας 2000). Συγκροτηθήκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) ως Ν.Π.Δ.Δ στα οποία υπάγονται οι μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας, θεσμοθετώντας πλέον επίσημα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει δικαίωμα ίδρυσης ανώνυμων θυγατρικών εταιρειών για τη συνολική διαχείριση των προμηθειών, την ανάπτυξη και συντήρηση των κτιριακών υποδομών και τη διαχείριση των ξενοδοχειακών λειτουργιών.

Συγκεκριμένα το Πε.Σ.Υ:

- ✓ Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική υγείας στην Περιφέρεια.
- ✓ Εκπονεί το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης Υγείας στην Περιφέρεια.
- ✓ Εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας (Νοσοκομείων και Κ.Υ.) και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης.
- ✓ Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων υγείας με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.
- ✓ Μεριμνά για την εισαγωγή του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία.
- ✓ Μεριμνά για την εκπόνηση και επικαιροποίηση του Υγειονομικού Χάρτη της Περιφέρειας.

- ✓ Προτείνει τη συγχώνευση, τη μεταφορά ή την κατάργηση μονάδων ή κλινικών και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων.
- ✓ Συνιστά αυτοτελώς ή από κοινού με Πε.Σ.Υ. άλλης Περιφέρειας, Ανώνυμες Εταιρείες με σκοπό τη διαχείριση των προμηθειών ή Ανώνυμες Τεχνικές Εταιρείες για την ανάπτυξη και συντήρηση κτιριακών υποδομών, καθώς και για άλλες υποστηρικτικές λειτουργίες των Νοσοκομείων και Κ.Υ. (π.χ. διαχείριση τροφοδοσίας, καθαριότητας, ασφάλειας κλπ)
- ✓ Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού ανάμεσα στις μονάδες της Περιφέρειας, με βάση τις πραγματικές ανάγκες.
- ✓ Παρακολουθεί την εξέλιξη του προσωπικού και των αναγκών στις μονάδες υγείας με δυνατότητα άμεσης κάλυψης κενών θέσεων, στα πλαίσια του προϋπολογισμού.
- ✓ Εγκρίνει και παρακολουθεί την υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης προσωπικού.
- ✓ Μεριμνά για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.
- ✓ Μεριμνά για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των ΚΥ.
- ✓ Συγκροτεί και εποπτεύει επιτροπές αξιολόγησης, εξέλιξης και προσλήψεων.
- ✓ Συγκροτεί το Πειθαρχικό του Συμβούλιο, το οποίο λειτουργεί σε επίπεδο Πε.Σ.Υ. και όχι σε επίπεδο Νοσοκομείου.
- ✓ Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών και αναπτύσσει συστήματα ελέγχων και αξιολόγησης των προμηθειών με στόχο την καταπολέμηση της σπατάλης και της αδιαφάνειας.

Τα Νοσοκομεία παύουν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. Στο σκεπτικό του νομοθέτη ήταν η αύξηση της διαπραγματευτικής ικανότητας του δημοσίου κατά τη διεξαγωγή προκηρύξεων

έργων και προμηθειών, με τη σύσταση ολιγοψωνιακών σχηματισμών ως απάντηση στη δημιουργία ολιγοπωλιακών συμφωνιών εκ μέρους των προμηθευτών. Ο διορισμός διοικητών – managers στα νοσοκομεία μετά από ανοιχτή προκήρυξη και επιλογή από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, με την υποχρέωση υπογραφής εκ μέρους του διοικητή συμβολαίου αποδοτικότητας με το Πε.Σ.Υ. Καθιερώνεται επίσης η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των δημοσίων νοσοκομείων χρηματοδοτούμενα από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών¹¹.

Νόμος 3329/2005: Τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ. ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών (αλλαγή στη νομική μορφή των νοσοκομείων, στο σύστημα προμηθειών κτλ.) Ο νόμος 3329/2005 δημιούργησε τις αναγκαίες προϋποθέσεις για τον μετασχηματισμό της περιφερειακής διοίκησης του ΕΣΥ και την αποτελεσματική αποκέντρωση στην παροχή των υπηρεσιών Υγείας. Με το Νόμο αυτό, συστήθηκε το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας στην έδρα κάθε μίας από τις 17 υγειονομικές περιφέρειες και κατοχυρώθηκε ο αυτοτελής νομικός χαρακτήρας των νοσοκομειακών μονάδων. Τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία ενός διοικητικού μηχανισμού που θα διαχειρίζεται με αναπτυξιακή λογική το κοινωνικό κεφάλαιο της χώρας. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.ΥΠ. με τη διάταξη της παρ. 4του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ. Εξάλλου, με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 ορίζεται, ότι στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνίσταται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. έχει δικό της προϋπολογισμό.

¹¹ Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889.

πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα, και Α.Φ.Μ. Οι Δ.Υ.ΠΕ. συντονίζονται σε εθνικό επίπεδο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ. ΣΥ.Υ.ΠΕ.)

Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι: α) Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ). Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

(1) Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας,

(2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,

(3) Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους.

Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα Όργανα διοίκησης της Δ.Υ.ΠΕ. είναι:

α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και

β) το Διοικητικό Συμβούλιο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ¹².

1.5.2. Προβλεπόμενες αλλαγές

Σύμφωνα με τον υπουργό Υγείας κο Αβραμόπουλο το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν αντέχει τη λειτουργία των 17 Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών

¹² Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 3329.

της χώρας και ανακοίνωσε ότι σε πρώτη φάση οι περιφέρειες αυτές θα μειωθούν σε επτά με τελικό στόχο την κατάργησή τους. Όπως αναφέρει ο κος. Αβραμόπουλος, πολλές από τις Διοικητικές Υγειονομικές περιφέρειες είχαν γίνει κέντρα διαπλοκής και διακίνησης προμηθειών στο χώρο της υγείας. Η κατάργηση των ΔΥΠΕ θα γίνει με νομοθετική ρύθμιση, ενώ το προσωπικό τους θα μεταταχθεί κατόπιν αιτήσεώς του σε νοσοκομεία και μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας με διασφάλιση των συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών του δικαιωμάτων. Η συγχώνευση των ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες θεωρείται ότι θα συμβάλλει στη μείωση της γραφειοκρατίας και της πολυπλοκότητας του συστήματος καθώς και στην ενίσχυση των νοσοκομειακών μονάδων και των μονάδων πρόνοιας με πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, εισάγεται για πρώτη φορά ο θεσμός των ορκωτών ελεγκτών στις ΔΥΠΕ, ενώ θα είναι στο εξής υποχρεωτικοί οι ετήσιοι αναλυτικοί προϋπολογισμοί στα νοσοκομεία¹³.

¹³ 15/12/2006, <http://www.in.gr/news/article.asp?InqEntityID=763232&InqDtrlID=244>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

2.1. Η έννοια του QWL (Quality of Working Life)

Όλο και περισσότερο στις μέρες μας γίνεται λόγος για ποιότητα στην εργασιακή ζωή (Quality of Working Life) που είναι μια έννοια η οποία αποτελεί προϋπόθεση για ποιότητα και στην προσωπική ζωή και η οποία δεν βασίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία ούτε και απαιτεί μία συγκεκριμένη τεχνική για εφαρμογή. «Απεναντίας το QWL σχετίζεται με το εργασιακό κλίμα συνολικά. Μια ανάλυση το περιέγραψε σαν 1) την ανησυχία αναφορικά με τον αντίκτυπο που έχει η εργασία στους ανθρώπους καθώς επίσης και στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού.2) την ιδέα συμμετοχής των εργαζομένων στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων.

Πρωταρχικός σκοπός του QWL είναι η αλλαγή κλίματος ώστε με τη συμβολή του ανθρώπου, της τεχνολογίας και του οργανισμού να υπάρξει μια καλύτερη εργασιακή ζωή»¹⁴.

2.2.Λογοι που οδηγούν στο QWL

Η στροφή στο QWL δεν είναι κάτι σύγχρονο. Είναι μια τάση που έχει ξεκινήσει από τη δεκαετία του '60 και του '70 και η αναγκαιότητά του είναι διαρκής. Σύμφωνα με τον Graeme Salaman το QWL έχει διαχρονική ισχύ και κατά καιρούς υιοθετεί διαφορετικό όνομα, εφόσον στη δεκαετία του '90 εμφανίζεται σαν ανάγκη για υψηλή απόδοση.

Με οποιαδήποτε ονομασία κι αν αναφέρεται η στροφή στο QWL σχετίζεται με δύο ζητήματα :

- την αναγνώριση της ευρύτερης εκπαιδευτικής υποδομής, των διαρκώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών αξιών και των προσδοκιών για ποιότητα στην εργασιακή ζωή.

¹⁴ Luthans, F., "Organizational Behaviour", (1995), 7th edition, International edition, McGraw Hill

- Την αντιμετώπιση του υψηλού ανταγωνισμού και του υψηλού ποσοστού απουσίας των εργαζομένων, την δυσαρέσκειά τους και γενικά την ανάγκη για υψηλότερη απόδοση του οργανισμού.

2.3. Τρέχουσες προσπάθειες για QWL

Θεωρητικά το QWL είναι απλή υπόθεση. Περιλαμβάνει την προσφορά στους εργαζομένους την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις αναφορικά με τη δουλειά τους, να σχεδιάσουν το χώρο εργασίας και γενικά να λάβουν πρωτοβουλία σχετικά με τη σχεδίαση των προϊόντων ή την προσφορά της υπηρεσίας με αποτελεσματικότερο τρόπο. Κάτι τέτοιο απαιτεί μάνατζερ που να εστιάζουν παράλληλα στην ικανοποίηση των εργαζομένων και στην πραγματοποίηση των στόχων του οργανισμού.

Πρακτικά ωστόσο χρειάζεται διάθεση από μέρους των μάνατζερ να μοιραστούν τη δύναμη ή αλλιώς την «εξουσία» που κατά κάποιον τρόπο κατέχουν, εντατική εκπαίδευση τόσο για τους μάνατζερ όσο και για τους υπόλοιπους υπαλλήλους και φυσικά υπομονή. Οι εργαζόμενοι με λίγα λόγια πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις πάνω σε έννοιες όπως είναι το κόστος, η ποιότητα, το κέρδος, η ζημία και οι μάνατζερ να ταυτιστούν με το νέο τους ρόλο, να γίνουν δηλαδή καθοδηγητές, βοηθοί και να συγκεντρώνουν χρήσιμες πληροφορίες.

2.4. Προϋποθέσεις για επιτυχείς προσπάθειες QWL

- Οι μάνατζερ οφείλουν να είναι καθοδηγητές και «διδασκάλους» και σε καμία περίπτωση δικτάτορες.
- Διαφάνεια και εμπιστοσύνη.
- Οι πληροφορίες που έχει στα χέρια της η διοίκηση πρέπει να είναι κτήμα όλων και οι προτάσεις των υφισταμένων να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.
 - Η φιλοσοφία του QWL πρέπει να στοχεύει τόσο στη λύση προβλημάτων όσο και στη συνεργασία μεταξύ διοίκησης και υπαλλήλων.

- Κάθε ενέργεια για QWL δεν πρέπει να είναι εντολές μονόπλευρα από την ανώτατη διοίκηση.

2.5. Βασικά και μη χαρακτηριστικά του QWL

Οι Lewis David και Brazil Kevin (2001) αναφέρονται σε κάποια χαρακτηριστικά, ουσιαστικά και μη που ασκούν επίδραση στην ποιότητα στην εργασιακή ζωή. Τονίζουν τη διαφορά μεταξύ του παραδοσιακού μάνατζμεντ σύμφωνα με το οποίο η ικανοποίηση με την ποιότητα στην εργασιακή ζωή βασιζόταν μόνο σε μη ουσιαστικά χαρακτηριστικά όπως είναι ο μισθός και άλλα απτά στοιχεία όπως είναι η ασφάλεια και η υγιεινή στο χώρο εργασίας και της σύγχρονης αντίληψης των ανθρωπίνων σχέσεων. Η νέα αυτή αντίληψη τονίζει πως όλα τα παραπάνω είναι απαραίτητα, ωστόσο υπάρχουν και κάποιοι ουσιαστικοί παράγοντες όπως είναι το επίπεδο των δραστηριοτήτων, ο βαθμός της αυτονομίας και οι προκλήσεις που δίνονται στους εργαζομένους¹⁵.

Ο συνδυασμός και των δύο ωφελεί τον οργανισμό εφόσον συμβάλλει στην παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την μείωση της αποχής των εργαζομένων. Υπάρχει όμως και μια τρίτη άποψη, αυτή του «προσανατολισμού στην εργασία» που υποστηρίζει ότι η εστίαση σε ουσιαστικούς ή μη παράγοντες είναι καθαρά υπόθεση του κάθε εργαζόμενου. Υπάρχουν άτομα που ενδιαφέρονται περισσότερο για αυτά που ονομάσαμε «ουσιαστικούς παράγοντες» και άλλα που δίνουν έμφαση στους «μη ουσιαστικούς».

Οι ίδιοι έκαναν μια έρευνα σε επτά Νοσοκομεία του Καναδά. Σκοπός της έρευνας ήταν ο εντοπισμός στοιχείων στον εργασιακό χώρο ικανών να βοηθήσουν στην ανάπτυξη στρατηγικών που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών που επικρατούν σε κάθε οργανισμό. Από τους 5486 υπαλλήλους απάντησαν οι 1819, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής έφτασε στο 33%. Το συμπέρασμα είναι ότι παρόλο που το QWL είναι περίπλοκο ζήτημα όπου η ικανοποίηση στη δουλειά (job satisfaction) είναι προϊόν μιας γενικής εκτίμησης

¹⁵ Lewis, D., Brazil, K., (2001), "Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life", Leadership in Health Services, pp. 9-15

αναφορικά με την εργασία, ωστόσο μπορεί να απλοποιηθεί μέσα από τη διάκριση των «βασικών» και «μη βασικών» παραγόντων. Και καταλήγουν στο ότι ο μισθός, τα κέρδη, το στυλ καθοδήγησης από μέρους των προϊσταμένων, η επικοινωνία και η πρωτοβουλία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας στην εργασιακή ζωή.

2.6. QWL σαν κίνητρο για προσέλκυση ικανού & αφοσιωμένου προσωπικού

Ένα από τα πιο κρίσιμα στρατηγικά ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει στις μέρες μας ένας διευθυντής προσωπικού είναι η πρόσληψη και η διατήρηση εργατικού δυναμικού. Το πρόβλημα γίνεται μεγαλύτερο όταν πρόκειται για οργανισμούς που χρειάζονται εξειδικευμένο και με ειδικά προσόντα προσωπικό που σε αρκετές περιπτώσεις είναι δύσκολο να βρεθεί. Παραδοσιακά λοιπόν η αύξηση στους μισθούς αποτελούσε την πιο συχνή μέθοδο για την επίτευξη πρόσληψης και διατήρησης αξιόλογου προσωπικού. Σήμερα όμως κάτι τέτοιο δεν αποτελεί απαραίτητα αποτελεσματική στρατηγική. Κι αυτό γιατί πρώτον υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί ανεπιθύμητος για την εταιρεία «πόλεμος μισθών» με ανταγωνιστικές εταιρείες και τελικά να αυξηθεί κατά πολύ το κόστος εργασίας με αποτέλεσμα να μην καταφέρει να έχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Επιπλέον έρχονται στο προσκήνιο κάποια χαρακτηριστικά (job characteristics) διαφορετικά από αυτό του μισθού όπως είναι η εκτίμηση, η διασκέδαση η φροντίδα των παιδιών, τα οποία θεωρούνται περισσότερο σημαντικά από τους εργαζόμενους. Δίνεται δηλαδή μεγαλύτερη έμφαση στην έννοια της ποιότητας.

Ο Jos Benders και ο Frank van de Looij (1994) διακρίνουν τα job characteristics σε τέσσερις κατηγορίες¹⁶ :

- περιεχόμενο της εργασίας
- εργασιακές σχέσεις

¹⁶ Benders, J., Looij, F., (1994), "Not Just Money: Quality of Working Life as Employment Strategy", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 7, No 6, pp. 9-15

- συνθήκες εργασίας
- εργασιακό περιβάλλον

Σύμφωνα με τους Cromie S. και Hayes J (1991), όταν ένας εργαζόμενος δεν είναι ικανοποιημένος με ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, ενδεχομένως να μην οδηγηθεί άμεσα σε παραίτηση, η προτεραιότητα όμως που δίνει σε κάθε ένα από αυτά ανάλογα με την προσωπικότητα και τις απαιτήσεις του είναι δυνατό να μειώσει τη συνολική ικανοποίηση που λαμβάνει στο χώρο εργασίας του.

Μια έρευνα η οποία έλαβε χώρα σε κάποιο Νοσοκομείο στην Ολλανδία στο οποίο εργαζονται τόσο μόνιμοι υπάλληλοι όσο και εκπαιδευόμενοι απέδειξε ότι ο μισθός από μόνος του δεν αποτελεί σημαντικό κίνητρο για την πρόσληψη και τη διατήρηση των εργαζομένων. Ο βαθμός ικανοποίησης αναφορικά με το περιεχόμενο της εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό αφού οι περισσότεροι κάνουν λόγο για μη ευχάριστη ατμόσφαιρα, μη ικανοποιητικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και τέλος για απουσία δυνατότητας για ημιαπασχόληση. Γίνεται έτσι κατανοητό ότι παρόλο που ένας υψηλός μισθός καθιστά τον εργαζόμενο πιο ισχυρό οικονομικά, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν αποτελεί πάντα αποτελεσματική πολιτική και πρέπει να υποστηρίζεται και με άλλα μέτρα.

Με λίγα λόγια χρειάζεται να ακολουθείται μια στρατηγική η οποία δημιουργεί στους εργαζόμενους ευκαιρίες για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Η στρατηγική αυτή συνίσταται σε μέτρα που περιλαμβάνουν τον εμπλουτισμό της εργασίας (job enrichment) και εκπαιδευτικά προγράμματα (educational programmes) με σκοπό την αναβάθμιση των επαγγελματικών δεξιοτήτων όπως επίσης και τη γνώση. Στενά συνδεδεμένα με τα παραπάνω είναι και η δυνατότητα παραγωγής η οποία επηρεάζει κατά πολύ την απόφαση του εργαζόμενου να παραμείνει ή να παραιτηθεί από τη δουλειά του.

2.7. Επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση θεωρείται ως μια στάση του ατόμου προς την εργασία του¹⁷. Οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν ως προς το ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη εννοιολογική κατασκευή, χωρίς όμως να αρνούνται και την ύπαρξη μιας σφαιρικής ικανοποίησης γενικά από την εργασία¹⁸. Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια και οι οποίοι αποδίδονται και με τον όρο "πηγές ικανοποίησης"¹⁹, σχετίζονται είτε με το περιεχόμενο της εργασίας είτε με το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η εργασία. Τέτοιοι παράγοντες είναι, για παράδειγμα, οι αποδοχές, η αυτονομία και οι σχέσεις με τους συναδέλφους²⁰.

Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται επίσης σε "ενδογενείς" και σε "εξωγενείς" σε σχέση με την εργασία. Ορισμένοι ερευνητές, όπως ο Herzberg (1968), αποδίδουν τους ενδογενείς παράγοντες και με τον όρο "κίνητρα"²¹. Ο Herzberg εντόπισε πέντε παράγοντες που αποτελούν πηγές κινήτρων ή επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί είναι η επίτευξη, η αναγνώριση του έργου, αυτή η ίδια η εργασία, η υπευθυνότητα και η δυνατότητα ανέλιξης. Οι εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι, όταν απουσιάζουν, αποτελούν πιθανές πηγές δυσαρέσκειας, είναι οι αποδοχές, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η πολιτική του οργανισμού και ο τρόπος διοίκησης, η εποπτεία και οι συνθήκες εργασίας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Blase και Blase η αυτονομία και η ελευθερία ενισχύουν σημαντικά τον αυτοσεβασμό και επίσης ενεργούν θετικά προς την αύξηση της εμπιστοσύνης, της δημιουργικότητας, της αποτελεσματικότητας και

¹⁷ Baron, R. A. (1986). *Behavior in organizations*. Newton, MA: Allyn and Bacon.

¹⁸ Perie, M., Baker, D. P., & Whitener, S. (1997). Job satisfaction among America's teachers: Effects of workplace conditions, background characteristics, and teacher compensation (NCES 97-471).

¹⁹ Evans, L. (1999). *Managing to motivate: A guide for school leaders*. London: Cassell.

²⁰ Rice, R. W., Gentile, D. A., & McFarlin, D. B. (1991). Facet importance and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 76, 31-39.

²¹ Herzberg, F. (1968). *Work and the nature of man*. London: Staples.

της επαγγελματικής ικανοποίησης²². Σύμφωνα και με τον Bolin, «η ενδυνάμωση επιτυγχάνεται με το να δοθεί το δικαίωμα στους εκπαιδευτικούς να συμμετάσχουν στη διαμόρφωση των σχολικών στόχων και πολιτικών, εξασκώντας με τον τρόπο αυτό την επαγγελματική τους κρίση για το πώς και το τι θα διδάξουν»²³. Έχει αποδειχθεί άλλωστε ότι η ενδυνάμωση των εκπαιδευτικών είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν αυξάνει τον επαγγελματισμό, γεγονός που επηρεάζει τα επιτεύγματα και τις επιδόσεις των μαθητών, ενώ συγχρόνως αυξάνει την αίσθηση του σεβασμού και της αναγνώρισης της δουλειάς τους και της αυτοεκτίμησής τους. Σύμφωνα με τον Spector, η επαγγελματική ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια, το πώς δηλαδή αισθάνονται οι άνθρωποι σε σχέση με την εργασία τους, οδηγεί τους εκπαιδευτικούς σε συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό συνδέεται έμμεσα και άμεσα με το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στο τι πραγματικά μπορούν να πάρουν ή παίρνουν από αυτή²⁴. Σε τελευταία ανάλυση, θα μπορούσε να ανατεθεί η ευθύνη στους δασκάλους στο να παρέχουν αυτοί οι ίδιοι τα στοιχεία που θεωρούν ότι ανταποκρίνονται στα υπάρχοντα πρότυπα. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα πλαίσιο συνεργασίας με τους συναδέλφους τους και μέσα από μία διαδικασία αυτοαξιολόγησης.

Προαπαιτείται όμως μία ουσιαστική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και καλύτερες συνθήκες εργασίας, που θα ευνοήσουν μία ποιοτική μετάδοση της γνώσης και θα ενδυναμώσουν το ρόλο του εκπαιδευτικού στην κοινωνία, ως φορέα νέων γνώσεων, στάσεων και εμπειριών. Προϋπόθεση για την αναβάθμιση αυτή αποτελεί και η υιοθέτηση νέων αξιών αλλά και η ενίσχυση της επαγγελματικής τους ταυτότητας²⁵.

²² Blase, J., & Blase, J., Facilitative school leadership and teacher empowerment: Teachers' perspectives. *Social Psychology of Education*, 1, 1996

²³ Bolin, F.S., Empowering leadership. *Teacher College Record*, 1989

²⁴ Spector P.E., Using self-report questionnaires in OB research: A comment on the use of a controversial method, *Journal of Organizational Behaviour*. 1994

²⁵ Thompson, "The Utilization and Professional Development of Teachers: Issues and Strategies", Paris, International Institute for Educational Planning, 1995

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

3.1. Το προϊόν Υγεία

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι απαραίτητες διαδικασίες για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στα διαφορετικά επίπεδα θα πρέπει να είναι γνωστές οι ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά του πολυσύνθετου αυτού αγαθού της υγείας ως τελικού προϊόντος έτσι όπως είναι δυνατό να προσφερθεί από τους παραγωγούς του σε συνθήκες υψηλής ποιότητας και βεβαίως αποδοτικότητας των συντελεστών παραγωγής.

Ανάλογα με τον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να γίνει διάκριση του όρου αγαθό-υπηρεσία υγείας σε δύο σχετικές κατηγορίες:

1. Στο τελικό: Με τον όρο τελικό αγαθό υγείας εννοούμε το σύνολο των υπηρεσιών που δύναται να προσφέρει ένα σύστημα υγείας, σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και στους πολίτες- ιδιώτες.
2. Στο ενδιάμεσο αγαθό υγείας. Το ενδιάμεσο αγαθό υγείας απευθύνεται στο ίδιο το σύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας και αφορά στην παροχή υπηρεσιών που είναι χρήσιμες για την παραγωγή του τελικού, συνολικού αγαθού- υπηρεσίας υγείας.

Το τελικό προϊόν, αγαθό- υπηρεσία υγείας περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες όπως:

1. Ιατρική φροντίδα
2. Νοσηλευτική φροντίδα
3. Φαρμακευτική φροντίδα
4. Αποκατάσταση ασθενών
5. Επανένταξη στην κοινωνία
6. Υπηρεσίες ηλεκτρονικής πληροφόρησης

Η παροχή υπηρεσιών που παρουσιάζονται παρακάτω προσδιορίζουν την έννοια του παραγωγού ενδιάμεσου προϊόντος:

α) Συντήρηση Υποδομής: κτιριακών εγκαταστάσεων, ιατρό-τεχνολογικών και μηχανολογικών εξοπλισμών κ.λ.π.

β) Οικονομικές και Διοικητικές Υπηρεσίες

γ) Υπηρεσίες ασφαλείας - πυρόσβεσης

δ) Άλλες υπηρεσίες: Εστιατόρια, κυλικεία, τηλέφωνο, φιλοξενία, ψυχαγωγία κλπ.

ε) Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από φορείς εκτός υγειονομικού ιδρύματος

στ) Υπηρεσίες που προσφέρονται εφόσον ζητηθούν στους ασθενείς και τους συνοδούς τους²⁶.

3.2. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με τον Lovelock²⁷ (1996) η ποιότητα των υπηρεσιών είναι πολύ σημαντική για όσους ασχολούνται με θέματα υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών συνδέει έννοιες όπως η ποιότητα, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η ικανοποίηση του καταναλωτή.

Οι καταναλωτές (ασθενείς) δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο που τους παραδίνεται η υπηρεσία²⁸. Ο Kotler²⁹ (2003) αναφέρει ότι σε περίπτωση που το προσωπικό δεν μπορέσει να προσφέρει σωστά τις υπηρεσίες τότε ο καταναλωτής θα εξετάσει το ενδεχόμενο να μην επισκεφθεί ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα. Για παράδειγμα αν γιατρός αδιαφορεί στις ερωτήσεις του ασθενών ή οι υπάλληλοι δεν είναι εξυπηρετικοί τότε μειώνεται η ικανοποίηση του πελάτη και συνεπώς και το ενδεχόμενο να ξανάπαι στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Στις περιπτώσεις που

²⁶ Χλωμούδης, Κ., 2003, «Ανάγκη για Ρυθμιστικές Αρχές στη Παραγωγή Υπηρεσιών», στο www.aeka.gr

²⁷ Lovelock, C. (1996), "Services Marketing", Prentice – Hall, N.J

²⁸ Berry, L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. (1990) "Achieving Service Quality: Balancing Perceptions and expectations" New York: The free press

²⁹ Kotler, P. (2003) "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

η ποιότητα της υπηρεσίας που δέχονται οι ασθενείς είναι μεγαλύτερη ή ίση με αυτή που προσδοκούν τότε είναι πολύ πιθανό θα ξανάπανε στο ίδιο κέντρο αν χρειαστούν νοσηλεία.

Σύμφωνα με τον Berry (1991) υπάρχουν πέντε παράγοντες της ποιότητας της υπηρεσίας. Αυτοί είναι οι εξής³⁰:

1. Εμπιστοσύνη. Η ικανότητα να γίνει σωστά η παρεχόμενη υπηρεσία.
2. Ανταπόκριση. Η διάθεση του προσωπικού να ανταποκριθεί και να δώσει την κατάλληλη υπηρεσία.
3. Σιγουριά. Οι γνώσεις του προσωπικού ώστε να μπορούν να νιώθουν σιγουριά οι ασθενείς.
4. Κατανόηση. Να υπάρχει ατομικό ενδιαφέρον για κάθε ασθενή.

Συνεπώς διαπιστώνουμε ότι η αποκέντρωση της υγείας δεν θα πρέπει απλά να βασίζεται σε θέματα ιεραρχίας και σωστής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας αλλά θα πρέπει να έχει σαν βασική επιδίωξη την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Η υγειονομική οργάνωση θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς, να τους επιλύει κάθε απορία, και να τους προσφέρει υπηρεσίες ανάλογες με τις ανάγκες τους. Η πολιτεία θα πρέπει να επιδιώξει όχι μόνο να αποκεντρώσει το σύστημα υγείας, αλλά να αποδώσει τις κατάλληλες αρμοδιότητες και ευθύνες στα σωστά άτομα προκειμένου να υπάρξει σωστή διοίκηση η οποία με την σειρά της συνεπάγεται και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών.

Μια μονάδα Υγείας θα πρέπει να προσδιορίζεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

1. Να έχει ένα πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να είναι σε θέση να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

³⁰ Berry, L. & Parasuraman (1991) "Marketing Services: Competing through quality" New York: Free Press

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, με την έννοια ότι θα πρέπει να προσφέρει εξειδικευμένο προσωπικό και υποδομή, και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
3. Να υπάρχει αλληλοσεβασμός των ρόλων.

Να προωθείται η συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο σε προγραμματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο καθηκόντων και λειτουργιών. Παράλληλα η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να συνδέεται με την εφαρμογή της αρχής ότι τα νοσοκομεία πρέπει να περιορισθούν αποκλειστικά στο νοσοκομειακό τους ρόλο³¹.

3.3.Ελληνικό σύστημα και ποιότητα υγείας

Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα συστήματα υγείας στον κόσμο υπέστησαν μια σειρά αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, στο κέντρο των οποίων ήταν ο έλεγχος της οικονομικής απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθιερώνουν την ευθύνη στην ποιότητα στην φροντίδα και συζητούν μέσα διασφάλισης, ελέγχου και εκτίμησής της.³²

Το Εθνικό Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ορίζει την κλινική διακυβέρνηση κάτω από την οποία στεγάζει συγκεκριμένους μηχανισμούς τους οποίους πρόκειται να διασφαλίσει για την συνεχή βελτίωση της κλινικής φροντίδας. Ένα βασικό συστατικό της κλινικής διακυβέρνησης θεωρείται η κλινική αποτελεσματικότητα η οποία θεμελιώνεται στις πρακτικές μαρτυριών ή ενδείξεων και αυτή συζητείται από κοινού με τους όρους αποδοτικότητα και ισότητα.

³¹ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο

³² Χρήστος Λιονής, Συντονιστής (2004), Κλινική Αποτελεσματικότητα και Ποιότητα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Παρά την εισαγωγή όλων αυτών των πλαισίων, μηχανισμών ελέγχου, τεχνικών και μεθόδων, που απευθύνονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και στα υψηλόβαθμα διευθυντικά στελέχη τους (μακροεπίπεδο) καθώς και σε διευθυντές τμημάτων, κλινικών και γενικά προμηθευτές (μικροεπίπεδο), με σκοπό να βοηθήσουν τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και τη λήψη κλινικών αποφάσεων, φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερη δυσκολία στην κατάλληλη ενσωμάτωση και αξιοποίησή τους, τόσο από τοπικά συστήματα υγείας, όσο και στην καθημερινή πρακτική στη χώρα μας³³.

Ενδογενείς παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τους ίδιους τους μηχανισμούς και τα πλαίσια που εισάγονται στην πολιτική υγείας, αλλά και εξωγενείς ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνονται η έλλειψη πόρων για την ενσωμάτωσή τους στο τοπικό σύστημα, η αντίσταση του υγειονομικού προσωπικού στη χρήση και αξιοποίησή τους, και ιδιαίτερα η έλλειψη υποστηρικτικών μηχανισμών, φαίνεται να είναι υπεύθυνοι γι' αυτό.

Στη χώρα μας, πριν από δύο χρόνια περίπου, συνέβη μια μεγάλη θεσμική αλλαγή με την καθιέρωση των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, και τον ορισμό τους ως οργάνων συντονισμού της ποιότητας στο περιφερειακό επίπεδο. Παρά την απουσία μιας συστηματικής αξιολόγησης της λειτουργίας τους, είναι κοινή η εντύπωση ότι απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες χρησιμοποίησης της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και πρακτικής στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι το κράτος έρχεται σ' ένα χρονικά κρίσιμο σημείο, και καλείται να εξετάσει δυνατότητες και προοπτικές που έχει η χώρα μας, μέσα από το σημερινό θεσμικό της πλαίσιο, να εντάξει κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους εκεί που η κλινική αποτελεσματικότητα τέμνει την ποιότητα ζωής.

Η ανάπτυξη μηχανισμών ενημέρωσης των υγειονομικών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, κρίνεται σήμερα επιτακτική ανάγκη και θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Συντονιστικό Όργανο

³³ Κυριόπουλος Γ. Δόλγερας Α. Τεκμηριωμένη Ιατρική: Η αναζήτηση της χρυσής τομής ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσοκομειακά Χρονικά 2001, 63: 63-74.

των Περιφερειακού Συστήματος Υγείας. Οι πρωτοβουλίες και οι δραστηριότητες του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής των Πανεπιστημίων Ιωαννίνων και Κρήτης, θα μπορούσαν να ενισχυθούν και να αξιοποιηθούν κατάλληλα οι εμπειρίες τους.

Η ενημέρωση των υγειονομικών του ελληνικού συστήματος υγείας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των νέων φαρμάκων σε τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, καθώς και την εκτίμηση της ποιότητας σε συνδυασμό με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις δοκιμές αυτές, θα μπορούσε να είναι έργο ενός Κέντρου Διανομής της Τεκμηριωμένης Πρακτικής στη χώρα μας.

Σύμφωνα με μελέτες, ποιοτικές και ποσοτικές προσεγγίσεις της ασφάλειας στις κλινικές δοκιμές ποικίλλουν στις διάφορες περιοχές της έρευνας και μοιάζουν ακατάλληλες³⁴ ενώ οι μετρήσεις της ποιότητας δε φαίνεται να συνδέονται αξιόπιστα με το μέγεθος του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διάφορες μελέτες.

35

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας, και στο βαθμό που αυτή εκπληρώνει τα πρότυπα τόσο των επαγγελματιών όσο και του κοινού για την παρεχόμενη φροντίδα της ποιότητας μπορεί να εξετασθεί μέσα από δραστηριότητες μέτρησης των υποδομών, της διαδικασίας στην φροντίδα και των εκβάσεων στην φροντίδα. Η αποτελεσματικότητα μπορεί να ορισθεί ως ο βαθμός ή η έκταση στον οποίο επιτεύχθηκαν οι στόχοι ή τα οφέλη που τέθηκαν για τον πληθυσμό, κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες που αυτοί υλοποιήθηκαν.

Ανάμεσα στις μεθόδους αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας περιλαμβάνονται ο ιατρικός έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας. Οι διαγνώσεις των ιατρών, οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν, οι αποφάσεις που λήφθηκαν, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν, υφίστανται έλεγχο και συγκρίνονται με πρότυπα που θα πρέπει να έχουν προκαθορισθεί και διανεμηθεί στους εμπλεκόμενους στην φροντίδα υγείας υγειονομικούς.

³⁴ Ioannidis JP, Lau J. Completeness of safety reporting in randomised trials: an evaluation of 7 medical areas. JAMA 2001; 285: 437-443.

³⁵ Black N, Barrier J, Fitzpatrick and Reeve B. Health Services Research Methods. A Guide to Best Practice. London, Biuj Publishing, 1998.

Οι διαδικασίες ιατρικού ελέγχου ως μέσο βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν τύχει μικρής εφαρμογής. Ίσως η ταύτιση τους με τον διοικητικό έλεγχο να εμποδίζει και την αποδοχή τους, φαίνεται όμως ότι αποτελούν εξέχοντα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, αν και έχει ασκηθεί σοβαρή κριτική κυρίως όσον αφορά την ολοκλήρωση των κύκλων που είχαν προδιαγράψει, παρόλο που την κυρίαρχη θέση στην βελτίωση της καθημερινής πρακτικής εξακολουθούν να έχουν οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας³⁶.

Απαιτείται προσπάθεια και χρόνος ώστε όλες αυτές οι μέθοδοι αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας να προσαρμοσθούν στην ελληνική πραγματικότητα και στο σημερινό σύστημα υγείας. Εμπειρία έχει στηθεί από τα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων και Κρήτης, το Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η συνεργασία τους θα μπορούσε να συμβάλει στην καθιέρωση προτύπων για τη βέλτιστη διαχείριση επιλεγμένων χρόνιων νοσημάτων, τη συμφωνία δεικτών για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας τόσο στις διαδικασίες όσο και στις εκβάσεις, καθώς και την ανάπτυξη μηχανισμών σε περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης.

Γενικά οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας (παθητική, ενεργητική παρατήρηση, κλινικός ιατρικός έλεγχος, και άλλα), δεν φαίνεται στη χώρα μας να έχουν αξιοποιηθεί στην εκτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και αξίζει να συζητηθεί η εφαρμογή τους ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας έχουν χρησιμοποιηθεί τόσο κλινικά πρωτόκολλα για τη διαχείριση όσο και συστάσεις ομοφωνιών επιλεγμένων χρόνιων νοσημάτων με τη χρήση συχνά υπολογιστικών συστημάτων, αν και ο ρόλος και η αποτελεσματικότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών ως μέσο βελτίωσης της κλινικής πρακτικής και της αλλαγής της επιστημονικής συμπεριφοράς είναι συχνά θέμα αρκετών επικρίσεων.

³⁶ Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 367-374.

Η αξιολόγηση της ποιότητας των κατευθυντηρίων αυτών οδηγιών φαίνεται να βοηθά στην επιλογή των πλέον κατάλληλων, η δε εμπειρία του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων είναι σημαντική με τη μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά ενός εργαλείου για την αποτίμηση των κατευθυντήριων οδηγιών στην έρευνα και την αξιολόγηση. Έχει διαπιστωθεί ότι αν και η χρήση των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών στη διαμόρφωση των κατευθυντήριων οδηγιών αυξάνει διαρκώς, εν τούτοις έχουν δημοσιευθεί σε μεγάλα περιοδικά κατευθυντήριες οδηγίες από λίγες κλινικές δοκιμές.

Μια άλλη προσέγγιση, εκτός από την κριτική αποτίμησης της ποιότητας των δημοσιευμένων ομοφωνιών για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, είναι η καθιέρωση βημάτων προσαρμογής όλων των θετικά αξιολογημένων οδηγιών στο ελληνικό περιβάλλον. Μια ομοφωνία που αφορά τα βήματα ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στη χώρα μας έχει δημοσιευθεί πρόσφατα³⁷.

Η ποιότητα και η κλινική αποτελεσματικότητα φαίνεται να μην απασχολούν την εκπαίδευση και την έρευνα ως ιδιαίτερο θέμα στη χώρα μας, το κράτος θα πρέπει να συζητήσει, αλλά και συγχρόνως να προσπαθήσει να διατυπώσει προτάσεις που κατάλληλα θα μπορούσαν να ενσωματωθούν σε προγράμματα σπουδών ή στις προτεραιότητες έρευνας των Επιχειρήσεων και των Ερευνητικών Ινστιτούτων.

Ένα τελευταίο που θα πρέπει ακόμα να απασχολήσει το κράτος, είναι η μεταφορά των ερευνητικών ποιοτικών αποτελεσμάτων στην καθημερινή πρακτική, ένα θέμα που απασχολεί τη διεθνώς τα συστήματα υγείας και θα πρέπει και το ελληνικό σύστημα να εστιάσει σ' αυτό³⁸.

³⁷ Λιονής Χ, Αντωνάκης Ν, Αντωνοπούλου Μ, και συν. Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: ένα κείμενο ομοφωνίας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2003, 15: 91-93.

³⁸ Contopoulos - Ioannidis DG, Ntzani E, Ioannidis JP. Translation of highly promising basic science research into clinical applications. Am J Med 2003; 114: 477-484.

3.4.Ιδιωτική Ασφάλιση και ποιότητα

Στην χώρα μας μπορούμε να εντοπίσουμε κάποια χαρακτηριστικά του υγειονομικού περιβάλλοντος τα οποία δίνουν μια ειδική διάσταση στη ζήτηση της διασφάλισης της ποιότητας υγείας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι :

- Η ταύτιση της ποιότητας φροντίδας στην αντίληψη των καταναλωτών με την ιδιαίτερα προσεγμένη πελατειακή εξυπηρέτηση που προσφέρεται από ορισμένα ιδιωτικά θεραπευτήρια.
- Η προσαρμογή της συμπεριφοράς των παραγωγών υγείας σε διαδικασίες κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών στη βάση οικονομικών κινήτρων.
- Η καχυποψία των ασφαλισμένων, προς οποιαδήποτε διαδικασία ελέγχου και η δεδηλωμένη τάση προς υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών.
- Η ολιγοπωλιακή διάρθρωση της αγοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών
- Η έλλειψη εκπαίδευσης των καταναλωτών και κατεύθυνσής τους προς την αναζήτηση τεκμηριωμένων επιστημονικά ιατρικών λύσεων στα προβλήματα υγείας τους.
- Έλλειψη θεσμικών οργάνων και παρεμβάσεων σε ζητήματα ποιότητας φροντίδων υγείας.

Το ερώτημα που τίθεται από τη συγκεκριμένη πραγματικότητα στη χώρα μας, είναι αν η ασφάλιση υγείας, είναι σε θέση να επιβάλει διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου στη παροχή περίθαλψη, με ποια μέσα και προϋποθέσεις μπορεί να το κάνει και αν τελικά τα αποτελέσματα τα οποία θα προκύψουν θα είναι αυτά που προσδοκά.

Θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε τις συγκεκριμένες διαστάσεις του ζητήματος της ποιότητας στην ασφάλιση υγείας μέσα από τις λειτουργίες και τις

υπηρεσίες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών που προσφέρουν παροχές υγείας στη χώρα μας . Αυτή η προσέγγιση , έχει και θεωρητικό περιεχόμενο, αλλά ενσωματώνει και την εμπειρία που αποκόμισε η Ελληνική ασφαλιστική αγορά από τη παρέμβασή της στο χώρο της υγείας κυρίως κατά τη τελευταία δεκαετία.

Τα στοιχεία που συνιστούν για τον αγοραστή ενός προγράμματος ασφάλισης υγείας την ποιότητα του ασφαλιστικού προϊόντος είναι:

- 1) Η διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης
- 2) Το κόστος των ασφαλίσεων
- 3) Το εύρος των καλύψεων
- 4) Η ευκολία χρήσης των παροχών
- 5) Το εύρος της ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας
- 6) Η δυνατότητα καταστρατήγησης των εξαιρέσεων και των περιορισμών.

Σε ότι αφορά τους καταναλωτές τα κριτήρια και η αντίληψη που έχουν για την ασφάλιση υγείας τους οδηγούν συχνά στο να κάνουν κατάχρηση των ασφαλιστικών παροχών. Τα ίδια όμως αποτελέσματα επιφέρει η συμπεριφορά αυτών που προωθούν τις πωλήσεις των ασφαλιστικών προϊόντων οι οποίοι ανταποκρινόμενοι στη ζήτηση της αγοράς πλειοδοτούν τη προώθηση γενναιόδωρων ασφαλιστικών παροχών παραβλέποντας το κίνδυνο μη βιωσιμότητας των ασφαλιστικών προϊόντων εξαιτίας των ζημιών που θα επέλθουν λόγω της χρήσης ή κατάχρησης των παροχών αυτών από τους ασφαλισμένους.

Τέλος, είναι προφανές πως οι προμηθευτές ιατρικών υπηρεσιών διαβλέπουν μέσα από ένα σύστημα ασφάλισης την άρση των οικονομικών και εισοδηματικών περιορισμών για μια αυξανόμενη κατανάλωση των υπηρεσιών που προσφέρουν , την εξ' αυτής αύξηση των εισοδημάτων τους και επομένως, είναι οι τελευταίοι που θα ενδιαφερθούν για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών προϊόντων.

3.5.Συνέπειες ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, πολλά ανώτατα στελέχη προσδιορίζουν αντικειμενικούς σκοπούς που θα επιθυμούσαν να εκπληρωθούν, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Επικεντρώνουν τη προσοχή τους σε γενικά ζητήματα ή σε συγκεκριμένους στόχους, όπως είναι: η ικανοποίηση του πελάτη, η ικανοποίηση των προδιαγραφών, το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς, η υψηλότερη παραγωγικότητα, μηδενικά ελαττώματα, κτλ. Ενσωματώνοντας μια ηθική της ποιότητας σε όλους τους τομείς της υγείας, όλοι οι παραπάνω στόχοι, μπορούν να γίνουν απλά συνέπειες.

Μπορούν να πραγματοποιηθούν φυσικά και χωρίς κόπο, με το συνεχή αγώνα για ένα μοναδικό αντικειμενικό σκοπό: την επίτευξη της ολικής ποιότητας. Πράγματι, στη κουλτούρα της ποιότητας της υγείας, ο πελάτης είναι το σημαντικότερο μέρος της γραμμής παραγωγής και αν επιτευχθεί η ποιότητα στη διαδικασία, είναι εγγυημένη η ικανοποίηση του πελάτη.

Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες καλής ποιότητας, εξασφαλίζουν τη μελλοντική επιστροφή του πελάτη, λιγότερα παράπονα και μικρότερο κόστος εγγυήσεων, υψηλότερα κέρδη, καλή φήμη και επομένως, αυξημένο μερίδιο αγοράς.

Η μείωση του κόστους εγγυήσεων, δεν είναι η μόνη μείωση δαπανών που επιτυγχάνεται. Η συνεχής βελτίωση της διαδικασίας παραγωγής, θα αποδείξει ότι τα μηδέν ελαττώματα θα μπορούσαν να είναι μια λογική προοπτική. Όσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση, τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός των προϊόντων χαμηλής ποιότητας. Επομένως ενέργεια και ώρες εργασίας, μπορούν να εξοικονομηθούν, επειδή τα υλικά αντικαθίστανται σπανιότερα, οι μηχανές σταματούν για να ρυθμιστούν λιγότερο συχνά και μικρότερη προσπάθεια χρειάζεται να διατεθεί για την επιθεώρηση του τελικού αποτελέσματος.

Αυτό δε μπορεί παρά να οδηγήσει στην αμεσότερη παράδοση των προϊόντων, σε μεγαλύτερα επίπεδα παραγωγικότητας και ταυτόχρονα σε μικρότερο κόστος για επισκευή και επιπλέον εργασία.

Η μείωση του κόστους, μπορεί να επιτρέψει τον καθορισμό ανταγωνιστικότερων χαμηλών τιμών στο τελικό προϊόν ή την υπηρεσία πράγμα που αποδεικνύει ότι επένδυση για επίτευξη της ποιότητας στη διαδικασία, δε σημαίνει απαραίτητα υψηλότερες τιμές για το αποτέλεσμα της διαδικασίας.

Είναι επομένως σαφές ότι οποιαδήποτε επένδυση που αφορά στη ποιότητα τελικά θα αποδώσει. Το αποτέλεσμα αυτής της επένδυσης, θα είναι η επιτυχία της επιχείρησης. Αυτή η επιτυχία δε θα κρίνεται μόνο από την ικανοποίηση του πελάτη, τα κέρδη και το μερίδιο αγοράς , αλλά και από το υψηλότερο ηθικό των εργαζομένων, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των λειτουργιών , τη καινοτομία (που είναι απαραίτητη για τη μελλοντική επιβίωση) , την ομαδική δουλειά και την επιτυχημένη επικοινωνία , το σεβασμό για τη διοίκηση καθώς και το εργατικό δυναμικό, με αποτέλεσμα λιγότερα παράπονα, πιο ευχάριστο περιβάλλον εργασίας και βελτιωμένες σχέσεις εργασίας.

Γενικά η επένδυση στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της υγείας θα εγγυηθεί επιβίωση και ευημερία της επιχείρησης, προστασία της αρχικής επένδυσης, μελλοντικά μερίσματα και περισσότερες θέσεις εργασίας.

Επομένως, η ποιότητα θα πρέπει να είναι ο αντικειμενικός σκοπός στον τομέα της υγείας. Όλα τα άλλα ακολουθούν ως συνέπειες. Μία από τις βέβαιες συνέπειες, είναι η μείωση στο κόστος της χαμηλής ποιότητας, ένα δημοφιλές κριτήριο επιτυχίας, για πολλές επιχειρήσεις.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας γενικά συνδέεται με την ανακάλυψη και τη διόρθωση της χαμηλής ποιότητας, καθώς και με τη πρόληψη. Επειδή το κόστος της χαμηλής ποιότητας εμπεριέχεται σε κάθε προγραμματισμένο έργο βελτίωσης της ποιότητας, πολλοί άνθρωποι ακόμη θεωρούν τις προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας ως οικονομική επιβάρυνση την οποία αναπόφευκτα θα πρέπει να επωμιστεί ο καταναλωτής.

Αυτή μπορεί να είναι η περίπτωση όπου οι μοναδικές ενέργειες που σχετίζονται με το πρόγραμμα της ποιότητας είναι οι αυξανόμενες προσπάθειες για μαζική επιθεώρηση, η επανεπιθεώρηση , η αξιολόγηση της λειτουργίας, οι συχνοί

εσωτερικοί έλεγχοι ποιότητας, ο έλεγχος της ποιότητας των παραλαμβανόμενων προϊόντων και η επένδυση σε νέα τεχνολογία.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω ενέργειες είναι αρνητικές όσον αφορά στην επίτευξη της ποιότητας. Το πιθανότερο είναι ότι δε θα προσφέρουν τίποτα στη διαδικασία βελτίωσης. Ενισχύουν την άποψη ότι τα ελαττώματα είναι αναπόφευκτα και επομένως, ο μόνος τρόπος για να αποφευχθεί η χαμηλή ποιότητα, που φτάνει στον καταναλωτή είναι το να καταβληθεί μεγαλύτερη προσπάθεια για τον εντοπισμό και τη διόρθωση του ελαττωματικού. Η συμπεριφορά αυτή ενθαρρύνει την παθητικότητα και τον εφησυχασμό και στη πραγματικότητα συνεισφέρει στην αύξηση της χαμηλής ποιότητας και του συνολικού κόστους.

Η μαζική επιθεώρηση δεν είναι ποτέ ολοκληρωτικά αξιόπιστη, τα προϊόντα που επιδιορθώνονται έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι προβληματικά κτλ. Επιπλέον, το αυξανόμενο κόστος της χαμηλής ποιότητας συχνά μπορεί να αντανακλά την επιχειρησιακή γραφειοκρατία και να μην αποτελεί το πραγματικό κόστος της βελτίωσης και της καινοτομίας. Δεν είναι να απορεί κανείς που ο καταναλωτής τελικά πληρώνει τα περισσότερα, όμως όχι απαραίτητα για καλύτερη ποιότητα.

Ωστόσο τα πράγματα δεν είναι υποχρεωτικό να εξελιχθούν έτσι. Αν καταβληθεί αρκετή προσπάθεια για τη σωστή μόρφωση και τη χρήση των εργαλείων ποιότητας και τη πρόληψη της φτωχής ποιότητας, τα δυο αρνητικά στοιχεία του κόστους της χαμηλής ποιότητας, δηλαδή το κόστος της αποτυχίας και της εκτίμησης, θα ελαττωθούν ως αποτέλεσμα. Το θετικό στοιχείο, που είναι το κόστος της πρόληψης, είναι αναγκαίο και επομένως, αν μη τι άλλο, θα πρέπει αν περιμένουμε ότι θα αυξηθεί. Το συνολικό κόστος της χαμηλής ποιότητας όμως θα μειωθεί πράγμα που θα είναι μια απλή συνέπεια της πρωτοβουλίας, για την ολική ποιότητα.

Κατά τα αρχικά στάδια της πρωτοβουλίας για τη ποιότητα, ο έλεγχος του κόστους της χαμηλής ποιότητας θα μπορούσε να χρησιμεύσει στη

συνειδητοποίηση των προβλημάτων της ποιότητας. Θα μπορούσε να φανεί χρήσιμος κατά την εκτίμηση του μεγέθους των δραστηριοτήτων οι οποίες δεν προσθέτουν αξία, και επομένως να δώσει ένα κίνητρο στις προσπάθειες για βελτίωση.

Σε πολλές περιπτώσεις, το σημαντικότερο κόστος μπορεί να μην είναι μετρήσιμο ή αναγνωρίσιμο. Και το σημαντικότερο, ο έλεγχος του κόστους της χαμηλής ποιότητας ερμηνεύει, μόνο το που πέφτει το κόστος και όχι το πού δημιουργείται.

Η έκβαση αυτού του ελέγχου μπορεί αν είναι ακόμα και το αποτέλεσμα πολλών λογαριασμών ή ανειλικρίνειας ή περιττής μείωσης του κόστους. Υπάρχει ο κίνδυνος τελικά να γίνει, στη καλύτερη περίπτωση μια δραστηριότητα που δεν προσθέτει καμιά αξία στη συνολική διαδικασία και στη χειρότερη, κόστος αποτυχίας αυτό καθαυτό.

Ας μην ξεχνάμε ότι η μείωση του κόστους της χαμηλής ποιότητας είναι μια συνέπεια και δε θα πρέπει να αποτελεί αντικειμενικό στόχο για τον οποίο θα αγωνιζόμαστε διαρκώς.

3.6.Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, στον τομέα της υγείας υπάρχει μια πληθώρα ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς έχουν να διαλέξουν μέσα από μία σειρά εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών. Ως επί το πλείστον θα επιλέξουν αυτό που θα τους δώσει την μεγαλύτερη αξία με το χαμηλότερο κόστος .

Ο Kotler³⁹ (2003) δίνει την αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας ως την διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης αξιολόγησης του ασθενή και του κόστους της προσφοράς από τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που του δίνονται. Η ολική αξία του ασθενή (total customer value) είναι η δεχόμενη οικονομική αξία σε συνάρτηση

³⁹ Kotler, P., 2003, "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένουν οι ασθενείς από την προσφορά του νοσοκομείου. Τέλος, το ολικό κόστος του ασθενή είναι το κόστος που περιμένει από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς.

Ο ασθενής έχει να διαλέξει ανάμεσα από μία ποικιλία προσφορών. Θα τις αξιολογήσει με βάση κάποια κριτήρια που διαφέρουν ανά άτομο και θα αποφασίσει ποια προσφορά καλύπτει τις ανάγκες του. Η κάθε προσφορά του δίνει μία αξία που ανάλογα με τις προτιμήσεις του την αξιολογεί και επιλέγει αυτή που θα του δώσει μεγαλύτερη ολική αξία⁴⁰.

Ως αποτέλεσμα αυτού, ένα νοσοκομείο ή οποιαδήποτε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνει μία εικόνα που να είναι όσο πιο κοντά στην πραγματικότητα αλλιώς μπορεί να σύντομα να απογοητευτεί το άτομο και να επιδιώξει να ψάξει για κάτι άλλο. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα υγείας όπου αναγκάζουν πολλούς να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Η στροφή αυτή πάντα θα εξαρτάται και από την οικονομική κατάσταση των ατόμων καθότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα δεν έχουν αρκετό εισόδημα προκειμένου να μπορέσουν να πληρώσουν περισσότερο προκειμένου να λάβουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

3.7.Η επενδυτική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας

Η ραγδαία μεταβολή τα τελευταία χρόνια στις τεχνολογικές συνθήκες και η σημαντική επέκταση της τεχνολογίας στον τομέα της Ιατρικής σαν αποτέλεσμα της αύξησης του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών ώθησε τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας σε συνεχή άνοδο προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Επίσης η γρήγορη τεχνολογικά απαξίωση των μηχανημάτων και η έμφαση του συστήματος στην υψηλή τεχνολογία, δημιούργησε την ανάγκη για συνεχή ανανέωση του εξοπλισμού. Δεδομένων όμως των σοβαρών προβλημάτων

⁴⁰ Fournier, S & Glenmick, D.,1999., "Rediscovering satisfaction", Journal of Marketing, σελ. 5-23.

ρευστότητας της οικονομίας, η διαδικασία αυτή σταδιακά παραχωρήθηκε και στο ιδιωτικό τομέα.

Η επενδυτική δραστηριότητα έχει στραφεί πλέον στον τομέα του μηχανολογικού εξοπλισμού και λιγότερο στην ανέγερση κτιριακών εγκαταστάσεων, δηλώνοντας έτσι την κατεύθυνση του ιδιωτικού τομέα.

Οι επενδύσεις του ιδιωτικού τομέα έχουν στραφεί κυρίως σε τεχνολογικό εξοπλισμό με αυξανόμενο ρυθμό την τελευταία δετία. Έτσι ενώ οι επενδύσεις για κτιριακές εγκαταστάσεις αποτελούσαν το 50% των συνολικών επενδύσεων μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80, η τάση έχει αναστραφεί και οι επενδύσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό καταλαμβάνουν την πρώτη θέση.

Οι επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στον ιδιωτικό τομέα της υγείας ήταν πολύ μεγαλύτερες και περισσότερες σε σχέση με τον δημόσιο τομέα της υγείας γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη και την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας ενώ ο δημόσιος τομέας έμεινε πίσω αφού το κράτος δεν έδινε ιδιαίτερη προσοχή και δεν χρηματοδοτούσε επαρκώς τον δημόσιο τομέα της υγείας. Συνεπώς οι επενδύσεις ανύψωσαν τον ιδιωτικό τομέα της υγείας σε σχέση με τον δημόσιο τομέα⁴¹.

⁴¹Χλωμούδης, Κ., 2003,«Ανάγκη για Ρυθμιστικές Αρχές στη Παραγωγή Υπηρεσιών»,στο www.aeka.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία και τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών αλλά και της εξυπηρέτησης των ασθενών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης μας είναι:

1. Ποια είναι τα κριτήρια που ικανοποιούν τον εργαζόμενο από την εργασία του;
2. Πώς ένα νοσοκομείο αναγνωρίζει αυτά τα κριτήρια;
3. Με ποιες υπηρεσίες μπορεί το νοσοκομείο να αντιμετωπίσει ποιοτικά τους ασθενείς του;

Η Μεθοδολογία της έρευνας αναλύεται μέσα από τρεις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σε μία μελέτη: το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη. Υπάρχουν ποικίλα μέσα μεθοδολογίας έρευνας. Εδώ θα επικεντρωθούμε στα τρία πιο βασικά, το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη.

Ο θετικισμός και η φαινομενολογία είναι φιλοσοφικές έννοιες των κοινωνικών επιστημών. Κάθε φιλοσοφική έννοια έχει τις δικές της αρχές και αξίες και στηρίζεται σε διαφορετικές ερευνητικές απόψεις. Φυσικά κάθε ερευνητής ακολουθεί κάποιες από τις φιλοσοφικές αυτές έννοιες. Συχνότερα οι ερευνητές στηρίζονται στην αντίστροφη φιλοσοφία κατά τη διάρκεια της μελέτης τους δηλαδή αντιστρέφουν τα γεγονότα προκειμένου να δούνε τι θα γινόταν στην πραγματικότητα αν τα γεγονότα θα συνέβαιναν διαφορετικά.

Ο θετικισμός σαν φιλοσοφία παρουσιάζει πως πραγματικά είναι τα γεγονότα και πώς θα έπρεπε να τα μελετήσουμε στηριζόμενοι σε λογικά επιχειρήματα προκειμένου να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα .

Κάποια από τα βασικά συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο είναι:

- 1) Ότι ο ερευνητής πρέπει να λειτουργεί ανεξάρτητα και ανεπηρέαστα

προκειμένου να καταλήξει σε σωστά συμπεράσματα.

2) Ο ερευνητής πρέπει να στηρίζεται μόνο σε στοιχεία τα οποία απορρέουν από την ερευνά του και όχι από τα προσωπικά του πιστεύω και τις αξίες που τον χαρακτηρίζουν.

3) Ο ερευνητής πρέπει να δίνει σημασία μόνο στα γεγονότα. Συγχρόνως πρέπει να γνωρίζει τις γνώμες άλλων ερευνητών να έχει γνώση της βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας του θέματος που αναλύει άλλα και της νομοθεσίας που το διέπει αν υπάρχει. Ο ερευνητής εφόσον έχει γνώση όλων των παραπάνω πρέπει να έχει την αφαιρετική ικανότητα να κρατάει από όλα τα στοιχεία που γνωρίζει μόνο αυτά που πραγματικά των ενδιαφέρουν.

4) Ο ερευνητής πρέπει να υποστηρίξει το θέμα του χρησιμοποιώντας λειτουργικά μέσα όπως ερωτηματολόγια έχοντας ένα μεγάλο δείγμα προκειμένου να προχωρήσει σε στατιστική ανάλυση.

Αντίθετα με τον θετικισμό η φαινομενολογική έρευνα παρουσιάζει τον κόσμο να στηρίζεται μόνο σε κοινωνικά θεμέλια και όχι σε αντικειμενικά . Για αυτό το λόγο ο ερευνητής δεν χρειάζεται να στηριχτεί σε ανάλυση συμπεριφορών και γεγονότων αλλά σε φαινομενικά κριτήρια όπως η εμπειρία . Ο ερευνητής μπορεί να μελετάει τους γύρω του ακόμα και τον ίδιο του τον εαυτό, όποτε όμως τον “συμφέρει” μπορεί να αφαιρέσει τον εαυτό του από αυτή τη μελέτη.

Από την άλλη στην φαινομενολογική μέθοδο ο ερευνητής πέρα από την επιφάνεια των γεγονότων πρέπει να ερευνήσει και τους δευτερεύοντες παράγοντες στους οποίους στηρίζονται αυτά τα γεγονότα. Πρέπει να ελέγχει το κάθε στοιχείο σαν μια ολοκληρωμένη εικόνα , και να παράγει τις δικές του ιδέες και αντιλήψεις . Σε γενικές γραμμές η φαινομενολογική έρευνα βασίζεται σε γνώμες και αντιλήψεις άλλων πάνω στις οποίες πρέπει να στηρίζεται ο ερευνητής για να διαμορφώσει τις δικές του ιδέες και απόψεις για το θέμα.

Η τρίτη ερευνητική μέθοδος είναι η δραστική έρευνα. Αυτή η μέθοδος δανείζεται πολλά από τις προηγούμενες. Η βασική παράμετρος αυτής της μεθόδου είναι η βάση για την αλλαγή . Η αλλαγή είναι ο βασικός στόχος μιας έρευνας. Το κλασσικό μοντέλο της δραστικής μελέτης στηρίζεται σε πέντε βασικές

παραμέτρους: σκοπός και επιλογή, μελέτη, αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή, προσωπική άποψη στην έρευνα, γνώσεις.

Σκοπός και επιλογή: Σημαίνει ότι η δραστική έρευνα δεν δέχεται την επιστήμη απόλυτα ανεξάρτητη από τις αξίες και τονίζει τη σημασία της πιθανότητας σε σχέση με την πρόβλεψη. Οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ξεκάθαρες αξίες προκειμένου να έχουν ποιο ξεκάθαρες βλέψεις αλλά και να μπορούν να τις επιτύχουν.

Μελέτη: Η δραστική έρευνα είναι ένας συνδυασμός επίλυσης ρεαλιστικών και πρακτικών προβλημάτων . Οπότε η έρευνα βοηθάει στην επίλυση προβληματικών καταστάσεων, χρησιμοποιώντας υπαρκτές θεωρίες και όχι κατασκευασμένες. Η μελέτη επικεντρώνεται στο πρόβλημα αλλά και στην επίλυση του.

Αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή: Αυτή η παράμετρος βοηθάει στην περίπτωση που η αλλαγή είναι ο απόλυτος στόχος του ερευνητή . Ο ερευνητής κάνει συστηματική συλλογή στοιχείων μέχρι να επιτύχει το στόχο του.

Προσωπική άποψη στην έρευνα: Η προσωπική άποψη στην έρευνα παίζει ρόλο προκειμένου να βάλει ο ερευνητής την δική του σφραγίδα στην έρευνα.

Γνώσεις: Ο ερευνητής προτού αρχίσει την ερευνά του πρέπει να αυξήσει τις γνώσεις του προκειμένου να επιτύχει τον στόχο του δηλαδή να επιλύσει τα προβλήματα του οργανισμού που αναλύει.

Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέγεται η δραστική έρευνα συμπεριλαμβάνοντας και άλλους ανθρώπους σε αυτήν, το προσωπικό δηλαδή των νοσοκομείων στα οποία απευθύνεται. Η συγκεκριμένη επιλογή βασίστηκε στο γεγονός ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη και ο ανθρώπινος παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση, την οποία μελετάμε χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

4.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή στοιχείων επιτυγχάνεται με δύο τρόπους. Με τη χρήση πρωτογενών πηγών και με τη χρήση δευτερογενών πηγών. Αντίστοιχα εξάγονται πρωτογενή και δευτερογενή στοιχεία της έρευνας. Τα πρωτογενή στοιχεία αναφέρονται ειδικά στο πρόβλημα ή στο αντικείμενο που εξετάζεται. Συγκεντρώνονται δηλαδή με βάση συγκεκριμένους σκοπούς ώστε να απαντήσουν σε συγκεκριμένα ερωτήματα συγκεκριμένης μελέτης. Η συλλογή τους απαιτεί περισσότερο χρόνο από ότι τα δευτερογενή και η διαδικασία είναι πιο πολύπλοκη αλλά σίγουρα τα αποτελέσματα της είναι πιο ακριβή. Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της έρευνας είναι η λήψη της απόφασης, όσον αφορά το σχέδιο και την μεθοδολογία, που θα χρησιμοποιηθούν για την διεξαγωγή της και την συλλογή των πληροφοριών. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνει η συλλογή αυτών των μέτρων και τεχνικών τα οποία θα βοηθήσουν καλύτερα στην απόκτηση πληροφοριών και απαντήσεων στις ερωτήσεις της έρευνας. Πολλές πληροφορίες της έρευνας απαιτούν διαφορετικές τεχνικές για την συλλογή των κατάλληλων δεδομένων. Η έρευνα πρέπει να είναι ποιοτική ή ποσοτική για να γίνει περισσότερο επιθυμητή και συγκεκριμένη. Οι τύποι της έρευνας γίνονται συνήθως με ποσοτική έρευνα όπως τα ερωτηματολόγια και με ποιοτική έρευνα όπως οι προσωπικές συνεντεύξεις βάθους (in-depth interviews) και η παρατήρηση⁴²

Τα δευτερογενή στοιχεία, αντίθετα που συλλέγονται δεν χρησιμοποιούνται για την λύση ενός ειδικού προβλήματος. Τα δευτερογενή στοιχεία συλλέγονται από:

1. Πηγές, όπως ομιλίες και ημερίδες
2. Ιδιωτικές έρευνες
3. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
4. Έρευνες από το διαδίκτυο
5. Περιοδικά και άλλες εκδόσεις που βγαίνουν κυρίως από κρατικούς φορείς.

Τα δευτερογενή δεδομένα της παρούσης έρευνας συλλέχθηκαν μέσα από

⁴² Dibb, S. (1994). *Pride and Ferrell. Marketing, concepts and strategies*. Houghton Mifflin, σελ. 164

συγκεκριμένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αλλά και με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα πρωτογενή δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε εργαζομένους σε ελληνικό νοσοκομείο.

4.3. Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα ορίζεται από τους Mc Daniel, C & Gates,R στο βιβλίο τους «Marketing Research Essentials», ως το αριθμητικό δεδομένο, βάσει του οποίου ο ερευνητής επιλέγει με τυχαίο ή όχι τρόπο το μέγεθος των ερωτώμενων το οποίο πρόκειται να έχει η έρευνα την οποία θα διεξάγει. Ουσιαστικά το δείγμα βοηθά τον ερευνητή να βάλει σε συγκεκριμένες ασφαλιστικές δικλίδες την έρευνα του, να έχει μια σαφή εικόνα της γνώμης της ομάδας που επέλεξε να ερευνήσει και σε γενικές γραμμές να μπορεί να αποδείξει αριθμητικά ότι όντως οι ερωτώμενοι είναι ικανοποιητικού αριθμού οπότε και οι απαντήσεις όντως επιβεβαίωσαν και τα ερευνητικά μας ερωτήματα και τις υποθέσεις μας⁴³. Στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελούνταν από 60 εργαζομένους σε ελληνικό νοσοκομείο

4.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Πολύ σημαντικό στάδιο είναι η ανάλυση των στοιχείων. Θα πρέπει να αξιολογηθούν όλα τα στοιχεία και να αποκωδικοποιηθούν ώστε να βγουν και τα ανάλογα συμπεράσματα. Πρέπει πάντα να έχουμε στο μυαλό μας την βασική υπόθεση της έρευνας και τους στόχους της. Η πρώτη ενέργεια, θα είναι να συγκεντρωθούν όλα τα στοιχεία ανά απάντηση. Μετά να μπουν σε πίνακες και να εξεταστεί η πιθανότητα κάποιες ερωτήσεις να συνδυαστούν. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε συνδυαστικές απαντήσεις χρησιμοποιώντας δεδομένα από δύο διαφορετικές ερωτήσεις. Για παράδειγμα από μία ερώτηση να πάρουμε τις απαντήσεις ανά φύλο και από μία άλλη ανά ηλικία ή οτιδήποτε άλλο. Αφού γίνουν αυτά, θα προχωρήσουμε με την στατιστική κατανόηση των στοιχείων. Η ανάλυση των παρόντων δεδομένων έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα του SPSS.

⁴³ Mc Daniel, C & Gates,R (1995) "Marketing Research Essentials", West Publishing Company

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 20 ατόμων εκ των οποίων 10 εργάζονταν ως νοσηλευτές και 10 ως διοικητικοί

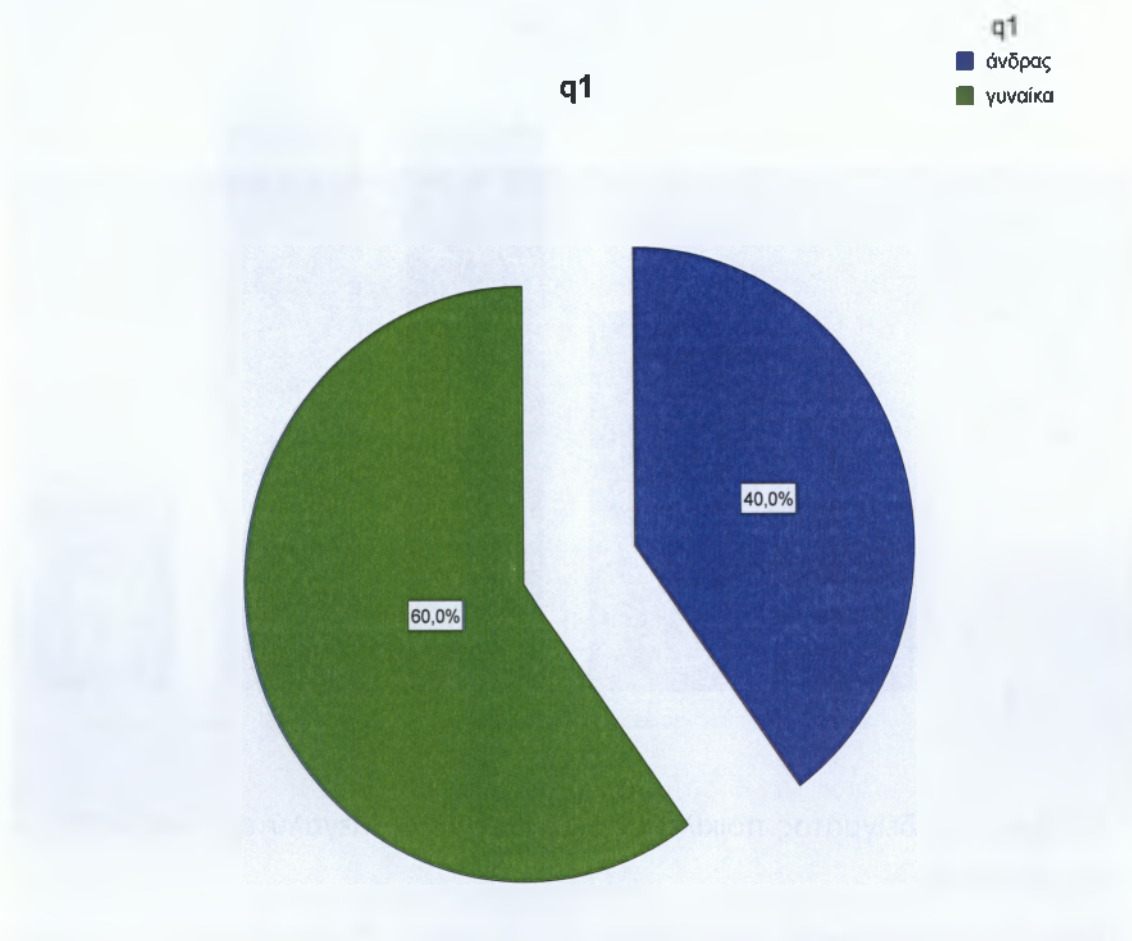
q0



q0

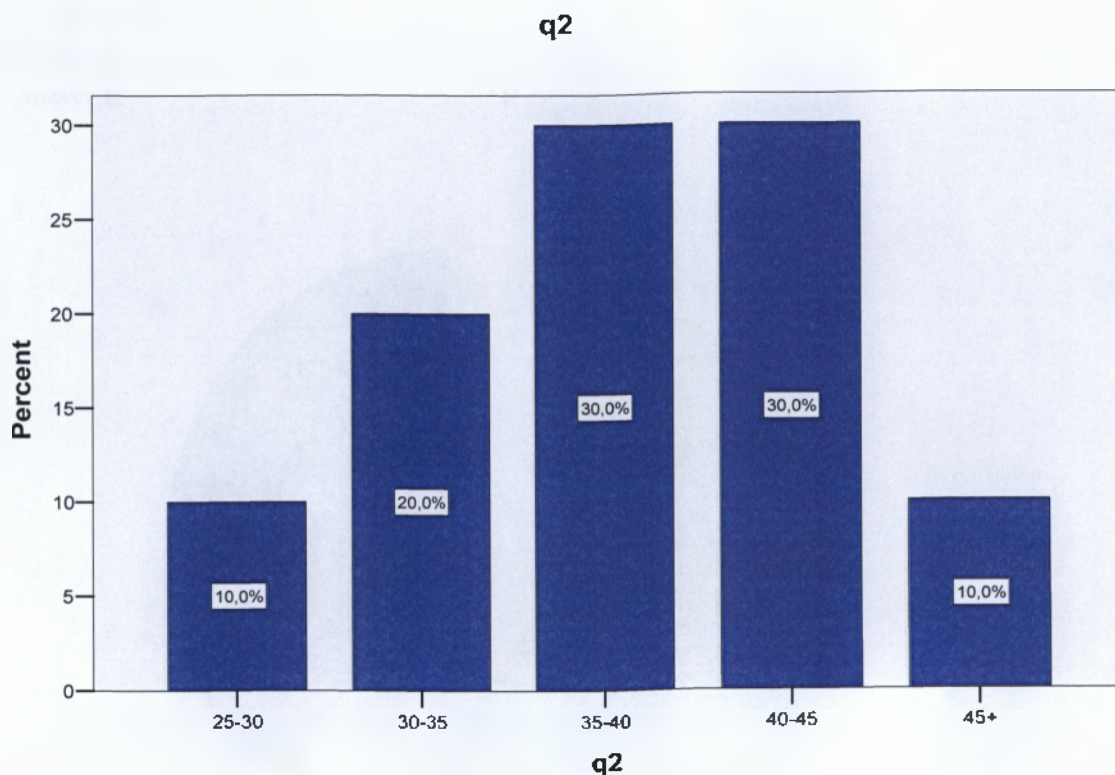
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διοικητικός	10	50,0	50,0	50,0
	νοσηλευτής	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

1. Φύλο



Το 40% του δείγματος που εργάζονται στο νοσοκομείο του Χαιδαρίου είναι άνδρες και το 60% γυναίκες

2. Ηλικία



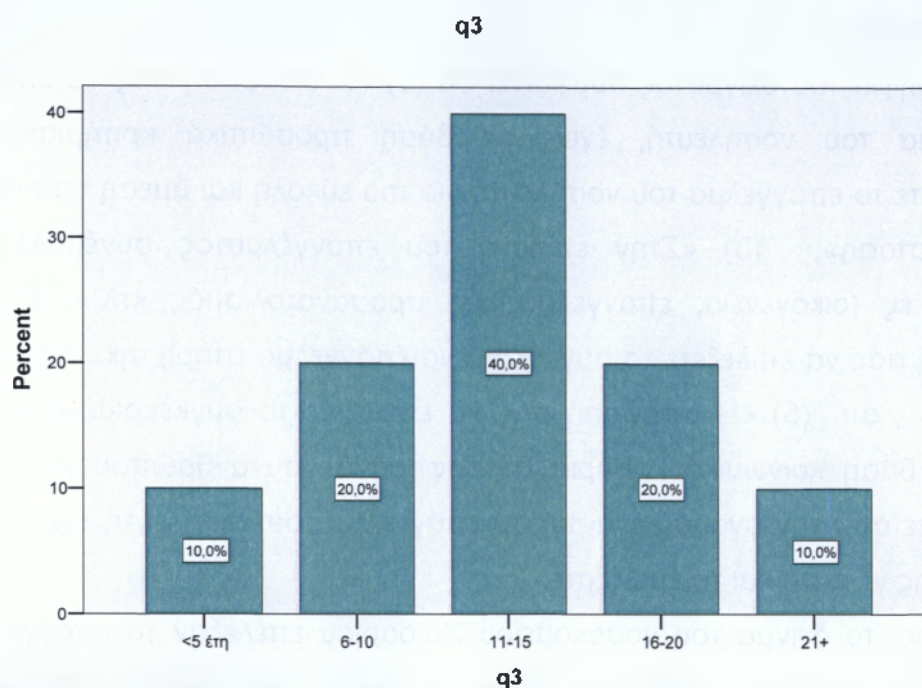
Η ηλικία του δείγματος ποικίλει από 25 έως 45%. Μεγαλύτερο ποσοστό είναι 35-40 και 40-45

Επίσης συσχετίζοντας την ηλικία με το φύλο προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 20% του δείγματος είναι γυναίκες 30-35 και 35-40 και άνδρες 40-45 ετών

q2 * q1 Crosstabulation

q2		q1		Total
		άνδρας	γυναίκα	
25-30	Count	2	0	2
	% of Total	10	0	10
30-35	Count	0	4	4
	% of Total	0	20	20
35-40	Count	2	4	6
	% of Total	10	20	30
40-45	Count	4	2	6
	% of Total	20	10	30
45+	Count	0	2	2
	% of Total	0	10	10
Total	Count	8	12	20
	% of Total	40	60	100

3. Χρόνια άσκησης του επαγγέλματος



Το 40% του δείγματος έχει 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας, με ένα 20% να έχει 6-10 και 16-20 χρόνια

Συσχετίζοντας το φύλο με τα έτη προϋπηρεσίας προέκυψε ότι το 30% των γυναικών έχουν προϋπηρεσία 11-15 έτη, το 20% 6-10 και το 10% πάνω από 21 έτη. Το 10% των ανδρών έχει λιγότερο από 5 έτη, και το 10% έχει 11-15

q3 * q1 Crosstabulation

		q1		Total	
		άνδρας	γυναίκα		
q3	<5 έτη	Count	2	0	2
	% of Total	10	0	10	
6-10	Count	0	4	4	
	% of Total	0	20	20	
11-15	Count	2	6	8	
	% of Total	10	30	40	
16-20	Count	4	0	4	
	% of Total	20	0	20	
21+	Count	0	2	2	
	% of Total	0	10	10	
Total	Count	8	12	20	
	% of Total	40	60	100	

5.2. Επιλογή επαγγέλματος

Από τις ερωτήσεις για την επιλογή επαγγέλματος εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα :

Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί ότι (1) «Η απόφασή σας να επιλέξετε το επάγγελμα του νοσηλευτή, έγινε με βάση προσωπικά κριτήρια», ότι (2) «Επιλέξατε το επάγγελμα του νοσηλευτή για πιο εύκολη και άμεση επαγγελματική αποκατάσταση», (3) «Στην επιλογή του επαγγέλματος συνέβαλλαν άλλοι παράγοντες (οικογένεια, επαγγελματικός προσανατολισμός κτλ)», ότι (4) «Η απόφασή σας να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα στηρίχτηκε σε οικονομικά κριτήρια» , ότι (5) «Η απόφασή σας να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα έγινε με βάση κοινωνικά κριτήρια (προσφορά σε συνανθρώπους)» και ότι (6) «Θεωρείτε ότι στην αγορά εργασίας το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει περιθώρια ανάπτυξης γι' αυτό και το επιλέξατε»

Επομένως, το δείγμα του νοσοκομείου Χαϊδαρίου επέλεξαν το επάγγελμά τους βάση προσωπικών κριτηρίων, όπως η άμεση και εύκολη επαγγελματική αποκατάσταση, η οικονομική αποκατάσταση, η κοινωνική προσφορά, και τα περιθώρια ανάπτυξης του επαγγέλματος

Ερωτήσεις	1	2	3	4	5	6
Συμφωνώ πολύ	9	7	4	5	4	4
Συμφωνώ	8	9	9	10	11	9
Ούτε ναι ούτε όχι	3	4	4	4	5	5
Διαφωνώ	0	0	3	1	0	2
Διαφωνώ πολύ	0	0	0	0	0	0

Επαγγελματική αποκατάσταση

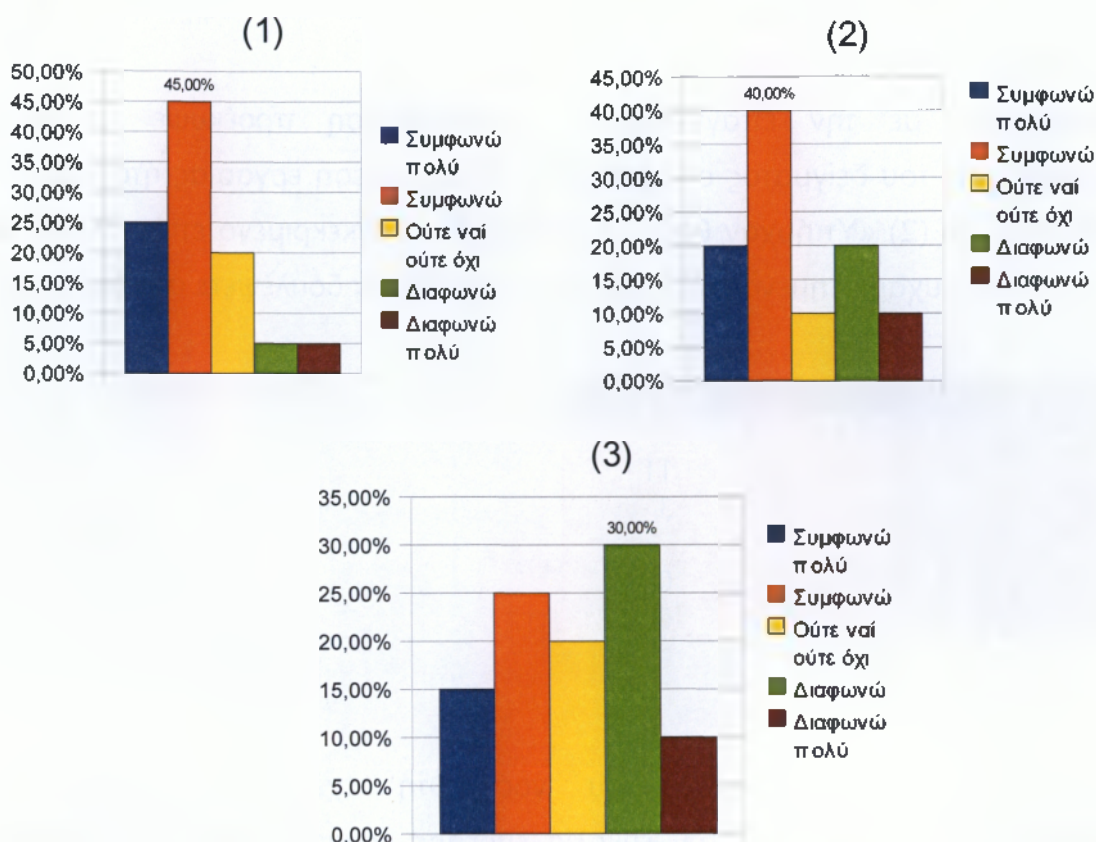
Στις ερωτήσεις για την επαγγελματική αποκατάσταση εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα :

Αναφορικά με την επαγγελματική αποκατάσταση προέκυψε ότι πάλυ η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί ότι (1) «η εύρεση εργασίας ήταν εύκολη και άμεση», ότι (2) «Υπήρχαν θέσεις εργασίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα» και ότι (3) «Είστε ευχαριστημένος από την απόφασή σας να δουλέψετε στο δημόσιο»

Ερωτήσεις	1	2	3
Συμφωνώ πολύ	4	5	6
Συμφωνώ	8	9	11
Ούτε ναί ούτε όχι	3	4	3
Διαφωνώ	4	1	0
Διαφωνώ πολύ	1	1	0

Επομένως, το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει άμεση επαγγελματική αποκατάσταση ως προς την ευκολία εύρεσης εργασία λόγω της υφιστάμενης προσφοράς θέσεων εργασία στο δημόσιο

5.4. Οικονομικές Απολαβές Του Επαγγέλματος

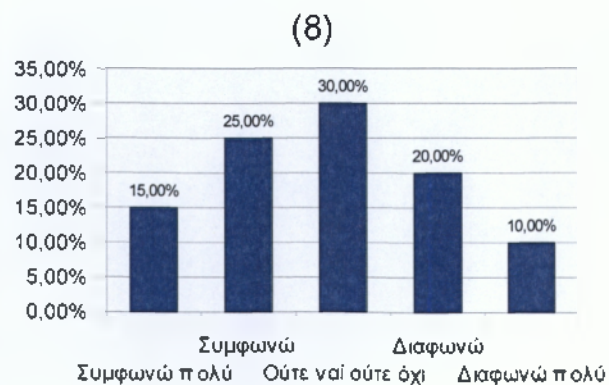
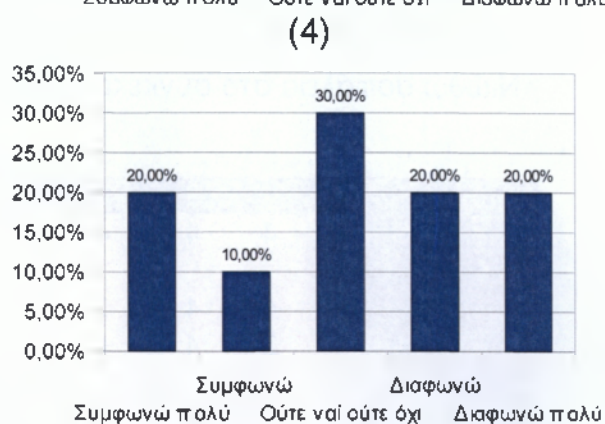
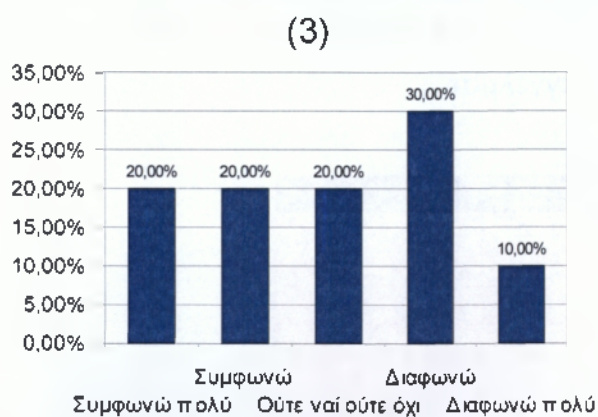


Από την ανάλυση των οικονομικών απολαβών του δείγματος προέκυψε ότι συνολικά το 70% του δείγματος έχουν θετική άποψη (1) «από τις οικονομικές απολαβές που έχετε στο συγκεκριμένο επάγγελμα» το 60 % ότι (2) «Ο μισθός σας ανταποκρίνεται στις γνώσεις σας» και το 40% ότι (3) «Στον ιδιωτικό κλάδο είναι καλύτερα από ότι στο δημόσιο»

Ερωτήσεις	1	2	3
Συμφωνώ πολύ	5	4	3
Συμφωνώ	9	8	5
Ούτε ναι ούτε όχι	4	2	4
Διαφωνώ	1	4	6
Διαφωνώ πολύ	1	2	2

Επομένως, οι νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι από οι οικονομικές απολαβές τους εάν και πιστεύουν ότι στον ιδιωτικό τομέα οι απολαβές θα ήταν υψηλότερες

5.5. Συνθήκες εργασίας



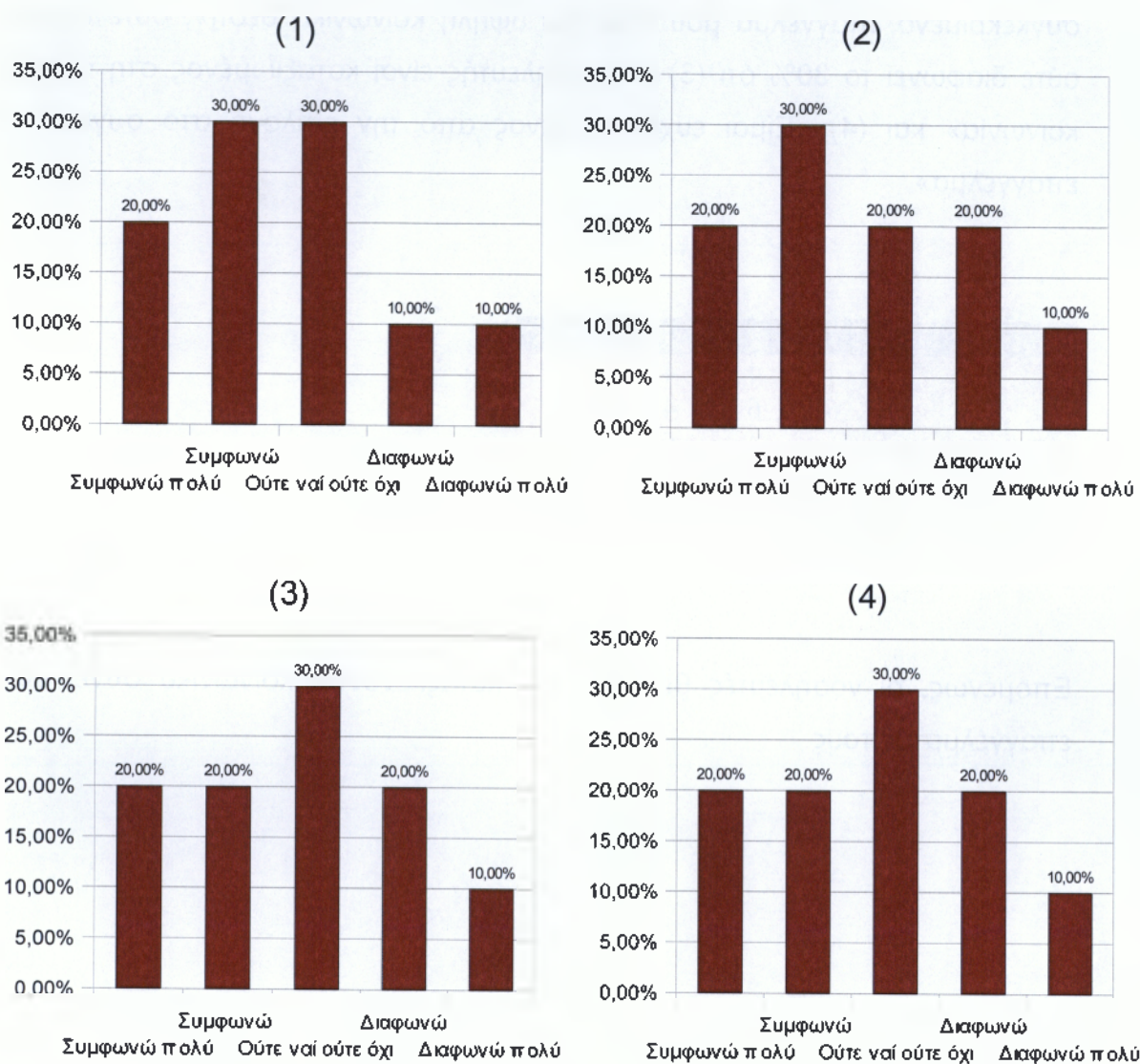
Αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας προέκυψαν τα εξής:

Το 30% διαφωνεί ότι (1) «Οι συνθήκες εργασίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα είναι πολύ καλές», το 40% διαφωνεί ότι (2) «Είμαι ευχαριστημένος από το ωράριο εργασίας που έχω», το 30% διαφωνεί ότι (3) «Μπορώ να συνδυάσω την επαγγελματική με την προσωπική μου ζωή», το 30% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι (4) «Το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι εξίσου καλό και για τους άνδρες και για τις γυναίκες», το 30% διαφωνεί ότι (5) «Το περιβάλλον εργασίας μου είναι πολύ καλό» το 50% συμφωνεί ότι (6) «Οι σχέσεις με του συναδέλφους μου είναι πολύ καλές», το 30% διαφωνεί ότι (7) «Το νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου» και το 30% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι (8) «Νιώθω ασφάλεια στο συγκεκριμένο επάγγελμα»

Ερωτήσεις	1	2	3	4	5	6	7	8
Συμφωνώ πολύ	4	4	4	4	4	4	2	3
Συμφωνώ	4	4	4	2	2	10	4	5
Ούτε ναι ούτε όχι	4	2	4	6	4	2	4	6
Διαφωνώ	6	8	6	4	6	2	6	4
Διαφωνώ πολύ	2	2	2	4	4	2	4	2

Επομένως, οι νοσηλευτές, δεν είναι ικανοποιημένοι με το επάγγελμά τους, λόγω του ωραρίου, των συνθηκών εργασίας, και του περιβάλλοντος εντός του οποίου εργάζονται

5.6. Καταξίωση



Ως προς τις ερωτήσεις για την καταξίωση προέκυψε ότι το 30% συμφωνεί ότι (1) «Μπορώ να καταξιωθώ μέσα από το συγκεκριμένο επάγγελμα», ότι (2) «Το συγκεκριμένο επάγγελμα μου δίνει μια υψηλή κοινωνική θέση», ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί το 30% ότι (3) «Ο νοσηλευτής είναι καταξιωμένος στη σύγχρονη κοινωνία» και (4) «Είμαι ευχαριστημένος από την επιλογή στο συγκεκριμένο επάγγελμα»

Ερωτήσεις	1	2	3	4
Συμφωνώ πολύ	4	4	4	4
Συμφωνώ	6	6	4	4
Ούτε ναι ούτε όχι	6	4	6	6
Διαφωνώ	2	4	4	4
Διαφωνώ πολύ	2	2	2	2

Επομένως, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι καταξιώνονται κοινωνικά συνεπεία του επαγγέλματός τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο νοσηλευτής δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτούργημα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού προϋποθέτει την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει παράλληλα τον εαυτό του, αλλά και να αμείβεται ανάλογα. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο. Ίσως, επομένως η ικανοποίηση που νιώθει μπορεί να αυξησει και τα κίνητρα που νιώθει για τη δουλειά .

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μας έδειξαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού κυμάνθηκε γενικά σε μέτρια επίπεδα.

Συγκεκριμένα τα επίπεδα οικονομικής ικανοποίησής του είναι υψηλά, αλλά είναι χαμηλή η ικανοποίησή του λόγω του ωραρίου, των συνθηκών εργασίας, και του περιβάλλοντος εντός του οποίου εργάζονται, αλλά είναι υψηλά λόγω της καταξίωσης που νιώθουν κοινωνικά συνεπεία του επαγγέλματός τους.

Θεωρώ ότι ο τομέας της υγείας κατέχει πρωταρχική θέση στην ποιότητα ζωής του κάθε πολίτη. Ο καθένας δικαιούται και πρέπει να έχει παροχές υπηρεσιών υγείας άριστες. Αυτό προϋποθέτει και την ικανοποίηση των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία. Για να αποδώσουν το μέγιστο δυνατόν θα πρέπει να είναι καλές οι συνθήκες εργασίας τους, να αμοιβονται αναλόγως και να καταξιώνονται μέσα από την εργασία τους. Με αυτόν τον τρόπο θα έχουμε βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και μεγαλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. 15/12/2006, <http://www.in.gr/news/article.asp?InqEntityID=763232&InqDtrID=244>
2. Baron, R. A. (1986). Behavior in organizations. Newton, MA: Allyn and Bacon.
3. Benders, J., Looij, F., (1994), "Not Just Money:Quality of Working Life as Employment Strategy", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 7, No 6, pp. 9-15
4. Berry,L. & Parasuraman (1991) "Marketing Services: Competing through quality" New York:Free Press
5. Berry,L.,Parasuraman,A.,Zeithaml, V.(1990) "Achieving Service Quality: Balancing Perceptions and expectations" New York: The free press
6. Black N, Barrier J, Fitzpatrick and Reeve B. Health Services Research Methods. A Guide to Best Practice. London, Biuj Publishing, 1998.
7. Blase, J., & Blase, J., Facilitative school leadership and teacher empowerment: Teachers' perspectives. Social Psychology of Education, 1, 1996
8. Bolin, F.S., Empowering— leadership. Teacher College Record, 1989
9. Contopoulos - Ioannidis DG, Ntzani E, Ioannidis JP. Translation of highly promising basic science research into clinical applications. Am J Med 2003; 114: 477-484.
10. Dibb, S. (1994). *Pride and Ferrell. Marketing, concepts and strategies*. Houghton Mifflin, σελ. 164
11. Evans, L. (1999). Managing to motivate: A guide for school leaders. London: Cassell.
12. Fournier, S & Glenmick, D.,1999., "Rediscovering satisfaction", Journal of Marketing, σελ. 5-23.
13. Herzberg, F. (1968). Work and the nature of man. London: Staples.

14. <http://chesme.nurs.uoa.gr/>. «Το Ελληνικό Νοσοκομείο μέσα από την εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ».
15. Ioannidis JP, Lau J. Completeness of safety reporting in randomised trials: an evaluation of 7 medical areas. JAMA 2001; 285: 437-443.
16. Kotler,P.(2003) "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall
17. Lewis, D., Brazil, K., (2001), "Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life", Leadership in Health Services, pp. 9-15
18. Lovelock, C. (1996), "Services Marketing", Prentice – Hall, N.J
19. Luthans, F., "Organizational Behaviour", (1995), 7th edition, International edition, McGraw Hill
20. Mc Daniel, C & Gates,R (1995) "Marketing Research Essentials", West Publishing Company
21. Perie, M., Baker, D. P., & Whitener, S. (1997). Job satisfaction among America's teachers: Effects of workplace conditions, background characteristics, and teacher compensation (NCES 97-471).
22. Rice, R. W., Gentile, D. A., & McFarlin, D. B. (1991). Facet importance and job satisfaction. Journal of Applied Psychology, 76, 31-39.
23. Spector P.E.,Using self-report questionnaires in OB research: A comment on the use of a controversial method, Journal of Organizational Behaviour. 1994
24. Thompson, "The Utilization and Professional Development of Teachers: Issues and Strategies", Paris, International Institute for Educational Planning, 1995
25. Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. International Journal for Quality in Health Care 2001; 13: 367-374.
26. Δρούμπαλης Φ. Σύγχρονες Μονάδες Υγείας, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, σελ. 1-6,7,8.
27. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» Γ'ΚΠΣ 2000-2006
28. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2071.
29. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889.
30. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 3329.

31. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας, Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία. Παπαζήσης, Αθήνα 2001, σελ. 112.
32. Κόντης, Θ, 1984, Ψυχολογία επιχειρήσεων, Υπουργείο Εθνικής παιδείας και επαγγελματων
33. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο
34. Κυριόπουλος Γ. Δόλγερας Α. Τεκμηριωμένη Ιατρική: Η αναζήτηση της χρυσής τομής ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσοκομειακά Χρονικά 2001, 63: 63-74.
35. Λιονής Χ, Αντωνάκης Ν, Αντωνοπούλου Μ, και συν. Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: ένα κείμενο ομοφωνίας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2003, 15: 91-93.
36. Οικονόμου Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004.
37. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ., 1995, «Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας», Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη
38. Χλωμούδης, Κ., 2003, «Ανάγκη για Ρυθμιστικές Αρχές στη Παραγωγή Υπηρεσιών», στο www.aeka.gr
39. Χρήστος Λιονής, Συντονιστής (2004), Κλινική Αποτελεσματικότητα και Ποιότητα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

4. Φύλο

Ανδρας		Γυναίκα	
--------	--	---------	--

5. Ηλικία

25-30		30-35		35-40		40-45		45+	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-----	--

6. Χρόνια άσκησης του επαγγέλματος

Έως 5 έτη		6-10		11-15		16-20		21+	
-----------	--	------	--	-------	--	-------	--	-----	--

ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

1. Η απόφασή σας να επιλέξετε το επάγγελμα του νοσηλευτή, έγινε με βάση προσωπικά κριτήρια

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

2. Επιλέξατε το επάγγελμα του νοσηλευτή για πιο εύκολη και άμεση επαγγελματική αποκατάσταση

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

3. Στην επιλογή του επαγγέλματος συνέβαλλαν άλλοι παράγοντες (οικογένεια, επαγγελματικός προσανατολισμός κτλ)

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

4. Η απόφασή σας να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα στηρίχτηκε σε οικονομικά κριτήρια

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

5. Η απόφασή σας να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα έγινε με βάση κοινωνικά κριτήρια (προσφορά σε συνανθρώπους)

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

6. Θεωρείτε ότι στην αγορά εργασίας το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει περιθώρια ανάπτυξης γι' αυτό και το επιλέξατε

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

ΔΕΥΤΕΡΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ :ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Η εύρεση εργασίας ήταν εύκολη και άμεση

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

2. Υπήρχαν θέσεις εργασίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

3. Είστε ευχαριστημένος από την απόφασή σας να δουλέψετε στο δημόσιο

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

**ΤΡΙΤΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΤΟΥ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

1. Είστε ευχαριστημένος από τις οικονομικές απολαβές που έχετε στο συγκεκριμένο επάγγελμα

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

2. Ο μισθός σας ανταποκρίνεται στις γνώσεις σας

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

3. Στον ιδιωτικό κλάδο είναι καλύτερα από ότι στο δημόσιο

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

ΤΕΤΑΡΤΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Οι συνθήκες εργασίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα είναι πολύ καλές

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

2. Είμαι ευχαριστημένος από το ωράριο εργασίας που έχω

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

3. Μπορώ να συνδυάσω την επαγγελματική με την προσωπική μου ζωή

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

4. Το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι εξίσου καλό και για τους άνδρες και για τις γυναίκες

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

5. Το περιβάλλον εργασίας μου είναι πολύ καλό

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

6. Οι σχέσεις με του συναδέλφους μου είναι πολύ καλές

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

7. Το νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις ανάγκες μου

Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Πολύ
-----------------	---------	------------------------------------	---------	-----------------

8. Νιώθω ασφάλεια στο συγκεκριμένο επάγγελμα

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

ΠΕΜΠΤΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΚΑΤΑΞΙΩΣΗ

1. Μπορώ να καταξιωθώ μέσα από το συγκεκριμένο επάγγελμα

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

2. Το συγκεκριμένο επάγγελμα μου δίνει μια υψηλή κοινωνική θέση

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

3. Ο νοσηλευτής είναι καταξιωμένος στη σύγχρονη κοινωνία

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ	
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------	--

4. Είμαι ευχαριστημένος από την επιλογή στο συγκεκριμένο επάγγελμα

Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ		Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Πολύ
-----------------	--	---------	--	------------------------------------	--	---------	--	-----------------