

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

«Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ, ΜΕΘΟΔΩΝ, ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΚΑΙ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ  
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΗΤΩ  
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΜΕΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ»

ΔΕΛΜΑΔΩΡΟΣ ΑΝΤΩΝΗΣ (Α.Μ. 2002276)  
ΣΤΕΦΑΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ(Α.Μ. 99263)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΤΕΛΛΑ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ

1175

## Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οι θεωρίες και μέθοδοι διασφάλισής της στην περίπτωση ενός μαιευτηρίου. Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, ενώ το σύστημα υγείας είναι το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αγαθό της υγείας διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά, αλλά αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, η απόκτηση του οποίου δεν μπορεί να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση ή την κοινωνική θέση του ατόμου. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακές και άλλες υπηρεσίες που μπορεί να δεχτεί ο ασθενής για την αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας του. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας.

Η έρευνα της παρούσης εργασίας, η οποία στηρίχθηκε στη φιλοσοφική προσέγγιση του θετικισμού και τον παραγωγικό συλλογισμό, πραγματοποιήθηκε με χρήση δομημένων ερωτηματολογίων και δείγμα τους εργαζόμενους συγκεκριμένου οργανισμού υγείας. Η στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με χρήση περιγραφικών μέτρων στατιστικής, ελέγχων ANOVA και εργαλείων κοινωνιομετρίας (κοινωνιομετρικός πίνακας και κοινωνιόγραμμα). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι (1) η ποιότητα του εξεταζόμενου οργανισμού εμφανίζεται σε ικανοποιητικά επίπεδα με περιθώρια βελτίωσης, (2) τα προβλήματα στην ποιότητα αξιολογούνται ως ιδιαίτερος σημαντικά, (3) οι εργαζόμενοι παρουσιάζονται γνώστες της σπουδαιότητας των αποτελεσμάτων και των οφελών που είναι δυνατόν να επέλθουν από μία συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (4) το ιατρικό κρίνεται ως το περισσότερο ποιοτικό, ενώ το διοικητικό απορρίπτεται από άποψη ποιότητας.

## Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Περίληψη .....	2
Πίνακας Περιεχομένων .....	3
Κατάλογος Πινάκων .....	6
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	8
Εισαγωγή.....	9
Η έννοια της επιστήμης .....	9
Η έννοια της επιστημονικής μεθόδου .....	11
Η έννοια του επιστημονικού μοντέλου.....	14
Η έννοια της υγείας.....	15
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> . Υγεία Και Πρόνοια.....	17
1.1. Εισαγωγικές έννοιες και ορισμοί.....	17
1.2 Η υγεία ως αγαθό .....	19
1.3 Ιστορική εξέλιξη στον τομέα της υγείας.....	20
1.4. Συστήματα Υγείας .....	21
1.5. Μοντέλα συστημάτων υγείας .....	23
1.6. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας .....	25
1.7. Η έννοια της πρόνοιας .....	27
1.8. Η ιστορική εξέλιξη της κοινωνικής πρόνοιας.....	28
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> . Υπηρεσίες Υγείας.....	29
2.1. Έννοια υπηρεσιών υγείας .....	29
2.2. Ιστορική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας.....	29
2.2.1. Στον ευρωπαϊκό χώρο .....	29
2.2.2. Στον ελληνικό χώρο.....	30
2.3. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας .....	35
2.4. Ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας.....	36
2.5. Επίπεδα υπηρεσιών υγείας.....	37

2.6. Ταξινόμηση υπηρεσιών υγείας .....	38
2.7. Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας .....	39
2.8. Προσφορά υπηρεσιών υγείας .....	41
2.9. Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας .....	42
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> . Ποιότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	45
3.1. Έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	45
3.2. Ιστορική αναδρομή ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	47
3.3. Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	48
3.4. Καθοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα υπηρεσιών .....	49
3.5. Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	50
3.6. Συνεχής βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	51
3.7. Ενίσχυση, παρακολούθηση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.	52
3.8. Διοίκηση ολικής ποιότητας υπηρεσιών υγείας .....	53
3.9. Ποιοτικός έλεγχος υπηρεσιών υγείας .....	54
3.9.1. Διασφάλιση ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών υγείας .....	54
3.9.2. Συστήματα διαχείρισης ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών υγείας .....	55
3.10. Οι προσδοκίες για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	57
3.11. Προβλήματα στην ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	58
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> . Θεωρία Έρευνας.....	59
4.1. Θεωρία κοινωνιολογικής έρευνας .....	59
4.1.1. Θεωρίες φιλοσοφίας: Θετικισμός vs Φαινομενολογία .....	59
4.1.2. Ερευνητικές Μέθοδοι: Ποσοτική vs Ποιοτική .....	61
4.1.3. Εννοιολογικά Μοντέλα.....	62
4.1.4. Προσεγγίσεις: Επαγωγικός και Παραγωγικός Συλλογισμός .....	64
4.1.5. Τεχνική: Κοινωνιομετρική.....	65
4.1.5.1 Κοινωνιομετρικός Πίνακας.....	66
4.1.5.2 Κοινωνιόγραμμα .....	67
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> . Μεθοδολογία και Σχεδιασμός Έρευνας .....	68
5.1. Σχεδιασμός έρευνας .....	68
5.2. Μεθοδολογία έρευνας.....	73
5.2.1. Η συλλογή δεδομένων και η δομή ερωτηματολογίου .....	73

5.2.2. Πληθυσμός και δείγμα έρευνας .....	74
5.2.3. Επεξεργασία δεδομένων έρευνας .....	78
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> . Ανάλυση Αποτελεσμάτων και Συμπερασμάτων της Έρευνας.....	80
6.1. Ανάλυση Αποτελεσμάτων της Έρευνας .....	80
6.1.1. Το Επίπεδο Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Οργανισμού: Διερεύνηση του Πρώτου Ερευνητικού Ερωτήματος.....	80
6.1.2. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών: Διερεύνηση του Δεύτερου Ερευνητικού Ερωτήματος .	84
6.1.3. Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας: Διερεύνηση του Τρίτου Ερευνητικού Ερωτήματος.....	88
6.1.4. Τα αποτελέσματα και τα οφέλη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας: Διερεύνηση του Τέταρτου Ερευνητικού Ερωτήματος .....	91
6.1.5. Οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων: Διερεύνηση του Πέμπτου Ερευνητικού Ερωτήματος .....	102
6.2. Συμπεράσματα Έρευνας .....	107
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> . Συμπεράσματα.....	115
Βιβλιογραφία .....	123
Παράρτημα: Φόρμα Ερωτηματολογίου.....	134

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Η γνώση, η ευαισθητοποίηση και η ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	81
Πίνακας 2: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για τη γνώση, την ευαισθητοποίηση και την ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	84
Πίνακας 3: Οι παράγοντες που συμβάλλου στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .....	85
Πίνακας 4: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .....	88
Πίνακας 5: Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	89
Πίνακας 6: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των προβλημάτων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	91
Πίνακας 7: Τα αποτελέσματα της βελτίωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	92
Πίνακας 8: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	94
Πίνακας 9: Τα οφέλη για τον ασθενή από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	95
Πίνακας 10: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών του ασθενή από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ..	96
Πίνακας 11: Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	97
Πίνακας 12: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών του των επαγγελματιών υγείας από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	98
Πίνακας 13: Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	100

Πίνακας 14: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	101
Πίνακας 15:Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Συνεργασίας».....	103
Πίνακας 16:Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας» .....	104
Πίνακας 17:Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Αξιολόγησης Λειτουργίας» .....	105
Πίνακας 18:Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας» .....	106

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Το Εννοιολογικό Μοντέλο της Έρευνας .....	63
Διάγραμμα 2: Η κατανομή του φύλου του δείγματος .....	75
Διάγραμμα 3: Η κατανομή της ηλικίας του δείγματος .....	76
Διάγραμμα 4: Η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.....	76
Διάγραμμα 5: Η κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος .....	77
Διάγραμμα 6: Η κατανομή της προϋπηρεσίας του δείγματος .....	77
Διάγραμμα 7: Η γνώση, η ευαισθητοποίηση και η ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	83
Διάγραμμα 8: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .....	87
Διάγραμμα 9: Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	90
Διάγραμμα 10: Τα αποτελέσματα της βελτίωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	93
Διάγραμμα 11: Τα οφέλη για τον ασθενή από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	95
Διάγραμμα 12: Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	98
Διάγραμμα 13: Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .....	101
Διάγραμμα 14: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Συνεργασίας».....	103
Διάγραμμα 15: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας» .....	104
Διάγραμμα 16: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας» .....	105
Διάγραμμα 17: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας» .....	106



## Εισαγωγή

Η συστηματική διερεύνηση των φαινομένων που συμβαίνουν γύρω μας και των επιμέρους πτυχών των φαινομένων είναι μια επιθυμία και ενασχόληση που λαμβάνει χώρα από την αρχαιότητα. Από την επιθυμία αυτή ξεκίνησε η ανάπτυξη όλων των επιστημών. Πρωτεργάτες στην ανάπτυξη των επιστημών ήταν οι αρχαίοι Έλληνες, γεγονός που αποδεικνύεται και από την ίδια την ονομασία της επιστήμης, η οποία είναι ελληνική. Μάλιστα, αρχικά θεωρούνταν πως όλες οι επιστήμες αποτελούσαν μέρος της Φιλοσοφίας (Μάντζαρης, 2012).

Οι αρχαίοι Έλληνες, όπως ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης, ήταν ίσως οι πρώτοι που ανέπτυξαν την επιστημονική σκέψη, από το 400 περίπου προ Χριστού. Ο Αριστοτέλης διαμόρφωσε μια θεωρία με την οποία επιχείρησε να εξηγήσει όλα τα φαινόμενα. Η θεωρία του αποτέλεσε τη βάση για πολλές επιστήμες, όπως η φυσική, η αστρονομία, τα μαθηματικά κτλ, ενώ χρειάστηκε να περάσουν πολλοί αιώνες για να εμφανιστούν αντίστοιχα μεγάλοι επιστήμονες, όπως ο Νεύτωνας και ο Γαλιλαίος (Lindberg, 1997).

### *Η έννοια της επιστήμης*

Η επιστήμη είναι η διαδικασία που ακολουθείται συστηματικά για την οργάνωση της γνώσης, η οποία παρέχει εξηγήσεις και προβλέψεις για διάφορα φαινόμενα, οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν. Επομένως, η επιστήμη σαν σκοπό έχει την γνώση και την κατανόηση των φαινομένων, τόσο του φυσικού κόσμου, όσο και του κοινωνικού κόσμου και της νόησης (Chalmers, 1994).

Η λέξη επιστήμη προέρχεται από το ρήμα 'επίσταμαι', το οποίο σημαίνει ότι αποκτώ εξειδικευμένη γνώση, αλλά και την ικανότητα να χρησιμοποιώ σωστά αυτή τη

γνώση. Με βάση αυτό, η επιστήμη μπορεί να θεωρηθεί ως το σύνολο των συστηματικών και επαληθεύσιμων γνώσεων, αλλά και η έρευνα συγκεκριμένων αντικειμένων, με αντικειμενικό τρόπο (Μαντζαρης, 2012).

Η επιστήμη μπορεί, ακόμη, να οριστεί ως το σύνολο των συστηματικών και επαληθεύσιμων γνώσεων, αλλά και η διερεύνηση ενός πεδίου. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται για την διερεύνηση ενός επιστημονικού πεδίου ονομάζονται επιστημονική μέθοδος<sup>1</sup>. Συνεπώς, το κύριο χαρακτηριστικό της επιστήμης είναι το γεγονός ότι βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο και διερεύνηση για το αν μια υπόθεση ισχύει ή όχι.

Η διερεύνηση κάθε πεδίου αυτή μπορεί να λάβει χώρα με τη διατύπωση και χρήση νοητικών κατασκευών που δεν είναι άλλες από τις επιστημονικές θεωρίες, τα επιστημονικά μοντέλα και τους νόμους. Γίνεται, όμως, αποδεκτό πως οι επιστημονικές θεωρίες, οι νόμοι και τα μοντέλα δεν έχουν καθολική ισχύ, αλλά συνεχώς τίθενται υπό έλεγχο, έως ότου να διαψευστούν (Chalmers, 1994). Συνεπώς, η επιστήμη εμπεριέχει θεωρίες, οι οποίες προκύπτουν από την επιστημονική μέθοδο. Η θεωρία είναι μια δομή, η οποία έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο που να εξηγεί μια σειρά από παρατηρήσεις.

Συνοψίζοντας, από τους παραπάνω ορισμούς της Επιστήμης, μπορούν να προσδιοριστούν τα βασικά της χαρακτηριστικά, που είναι τα παρακάτω (Μάντζαρης, 2012):

- Η αντικειμενικότητα
- Η συστηματικότητα
- Ο ολοκληρωμένος και εμπειρικός χαρακτήρας

Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, μεγαλύτερη αμφισβήτηση δέχεται η αντικειμενικότητα. Η αντικειμενικότητα αφορά την ικανότητα του ερευνητή να παρατηρεί τα γεγονότα όπως είναι πραγματικά. Η αρχή αυτή αμφισβητείται, καθώς

---

<sup>1</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>, στο λήμμα 'Επιστημονική μέθοδος'.

θεωρείται πως επηρεάζεται από συμφέροντα, ψυχολογικές και οικονομικές εξαρτήσεις του ερευνητή κτλ. Επομένως, για να ισχύει η αντικειμενικότητα στην επιστήμη, θα πρέπει να υπάρχει ηθική ουδετερότητα (Μάντζαρης, 2012).

### *Η έννοια της επιστημονικής μεθόδου*

Η επιστημονική μέθοδος ορίζεται ως η διαδικασία που χρησιμοποιείται κατά τη διερεύνηση ορισμένων επιστημονικών πεδίων. Αποτελεί ένα σύστημα από κανόνες, αρχές και διαδικασίες, που αποτελεί οδηγό για την επιστημονική έρευνα<sup>2</sup>. Είναι η μέθοδος που ακολουθεί κάθε επιστήμονας, κατά τη διερεύνηση ενός φαινομένου, ώστε να βελτιώσει τη γνώση του σε ένα αντικείμενο (Krauskopf & Beiser, 1997)

Οι κύριες επιστημονικές μέθοδοι μπορούν να διακριθούν με διάφορα κριτήρια. Σύμφωνα με τη διάκριση της φύσης τους σε ποιοτική ή ποσοτική, οι επιστημονικές μέθοδοι είναι οι εξής:

- Η θετικιστική μέθοδος επιδιώκει να κατανοήσει την ανθρώπινη δράση, με τη μέτρηση μεταβλητών. Δίνει έμφαση στην ακρίβεια και έχει προβλεπτική ικανότητα. Θέτει μια υπόθεση και διεξάγει πειραματική, δειγματοληπτική ή δευτερογενή έρευνα. Αποτελεί μια ποσοτική μεθοδολογία έρευνας, αφού θεωρεί ότι όλα απαιτούν επιστημονική εξέταση. Με τη θετικιστική μέθοδο ασχολήθηκαν πολλοί σημαντικοί ερευνητές, όπως ο Comte, ο Durkheim και πολλοί άλλοι.
- Η ερμηνευτική μέθοδος εστιάζει στον προφορικό λόγο και στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, συνεπώς, αποτελεί μια ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Θεωρεί πως η κοινωνία υπάρχει λόγω της αλληλεπίδρασης των ατόμων και όχι λόγω των δομών, όπως είναι το κράτος. Περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ποιοτικές μεθοδολογίες, όπως η

---

<sup>2</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>, στο λήμμα 'Επιστημονική μέθοδος'.

εθνομεθοδολογία, οι έρευνες πεδίου, οι συνεντεύξεις βάθους, οι μελέτες περιπτώσεων, η συμμετοχική παρατήρηση κτλ. Οι ερευνητές που μελέτησαν αυτή την επιστημονική μέθοδο είναι ο Webber, ο Mead, ο Garfinkel και άλλοι.

Αντίστοιχα, με βάση τον τρόπο δημιουργίας της επιστημονικής γνώσης, οι επιστημονικές μέθοδοι διακρίνονται στις παρακάτω (Richey, 1991):

- Σύμφωνα με τον επαγωγισμό ή επαγωγικό συλλογισμό, η επιστήμη ξεκινά με την παρατήρηση γεγονότων, που αποτελούν ειδικά μέρη της θεωρίας. Αντίστοιχα, οι επιστημονικές θεωρίες αποτελούν γενικούς ισχυρισμούς και συγκροτούν την επιστημονική γνώση. Επομένως, η δημιουργία μιας επιστημονικής θεωρίας γίνεται με τη γενίκευση από ειδικά γεγονότα σε θεωρίες. Για να διατυπωθεί μια θεωρία, οι παρατηρήσεις θα πρέπει να επαναληφθούν πολλές φορές και καμία από τις αποδεκτές παρατηρήσεις να μην αποκλίνει από τη θεωρία.
- Ο απαγωγισμός είναι μια μέθοδος στην οποία αποδεικνύεται μια πρόταση, μέσω της απόδειξης ότι δεν ισχύει το αντίθετο. Αυτός ο συλλογισμός είναι γνωστός και σαν εις άτοπον απαγωγή.
- Ο παραγωγισμός αποτελεί ένα λογικό συλλογισμό, που ακολουθεί λογικές ή μαθηματικές διεργασίες, από το γενικό στο ειδικό.

Οι παραπάνω διακρίσεις συνδέονται μεταξύ τους. Για παράδειγμα, ο θετικισμός, που είναι μια από τις πιο γνωστές φιλοσοφίες της επιστήμης, συνδέεται με τον επαγωγικό και τον παραγωγικό συλλογισμό. Ένα από τα βασικά ζητήματα που απασχολούν το θετικισμό είναι το «πρόβλημα της επαγωγής», το οποίο αφορά το πώς μπορεί από απλές παρατηρήσεις να καταλήξουμε σε γενικούς νόμους. Επομένως, θεωρεί πιο δύσκολη τη μετάβαση από το ειδικό στο γενικό. Αντίθετα, στον παραγωγικό συλλογισμό, με την τήρηση λογικών κανόνων, είναι μεγαλύτερη η βεβαιότητα με την οποία εξάγονται τα συμπεράσματα (Μάντζαρης, 2012).

Όμως, οι παραπάνω μεθοδολογίες δέχονται και κριτικές. Ο θετικισμός, για παράδειγμα, δέχεται κριτική γιατί δεν διακρίνει διαφορές ανάμεσα στις φυσικές και τις κοινωνικές επιστήμες (Μάντζαρης, 2012).

Η επιστημονική μέθοδος μπορεί να λάβει χώρα ακολουθώντας την παρακάτω διαδικασία<sup>3</sup>:

- Παρατηρείται ένα φαινόμενο
- Σχηματίζεται ένα μοντέλο ή μια υπόθεση, η οποία βασίζεται στην παρατήρηση του φαινομένου.
- Με βάση την υπόθεση που διατυπώθηκε, γίνονται προβλέψεις για μελλοντικές παρατηρήσεις.
- Εξετάζεται η ισχύς των προβλέψεων, είτε με νέα παρατήρηση, είτε με τη διεξαγωγή πειραμάτων.

Πιο αναλυτικά, αρχικά τίθεται ένα πρόβλημα ή παρατηρείται ένα φαινόμενο, το οποίο θα εξεταστεί. Πραγματοποιούνται παρατηρήσεις και πειράματα και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα, σε σχέση με μια υπόθεση. Συνεπώς, η υπόθεση αποτελεί την αρχή της επιστημονικής έρευνας, η οποία στη συνέχεια θα πρέπει να επαληθευτεί. Τέλος, πραγματοποιούνται νέα πειράματα, ώστε να επαληθευτεί η υπόθεση. Όταν μια υπόθεση επαληθευτεί πολλές φορές, τότε διαμορφώνεται μια θεωρία (Krauskopf & Beiser, 1997). Αν μια υπόθεση επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές, τότε μπορεί να διαμορφωθεί μια θεωρία, η οποία θα στηρίζεται σε μια σειρά υποθέσεων.

---

<sup>3</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>, στο λήμμα 'Επιστημονική μέθοδος'.

## *Η έννοια του επιστημονικού μοντέλου*

Τα επιστημονικά μοντέλα επιδιώκουν να αναπαραστήσουν ένα σύστημα ή να ερμηνεύσουν μια θεωρία. Η διαδικασία που χρησιμοποιείται για να διαμορφωθεί ένα επιστημονικό μοντέλο ονομάζεται επιστημονική μοντελοποίηση. Η επιστημονική μέθοδος στηρίζεται στην επιστημονική μοντελοποίηση, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της επιστημονικής δραστηριότητας. Κάθε επιστημονικό πεδίο έχει αναπτύξει πολλές διαφορετικές μεθόδους μοντελοποίησης ανάλογα με τις ανάγκες του<sup>4</sup>.

Συνεπώς, η μελέτη της υγείας απαιτεί διαφορετικά επιστημονικά μοντέλα από τη μελέτη άλλων επιστημονικών πεδίων. Όμως η υγεία είναι πολυδιάστατη και η μελέτη της εντάσσεται σε μια σειρά από επιστήμες, όπως η ιατρική, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η διοίκηση, η οικονομία, η επιδημιολογία. Κάθε μία από αυτές τις επιστήμες μπορεί να αναπτύξει τα δικά της επιστημονικά μοντέλα σχετικά με την υγεία. Για παράδειγμα, η ψυχολογία της υγείας έχει αναπτύξει διάφορα μοντέλα για την υγεία, όπως για παράδειγμα: το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, το μοντέλο των γνωστικών σταδίων, το μοντέλο της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας κτλ. Τα μοντέλα αυτά ανήκουν στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία, αφού αναδεικνύουν τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην υγεία και τους κοινωνικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες. Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία έρχονται σε αντίθεση με το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο θεωρεί ασθένεια μόνο ότι σχετίζεται με τις σωματικές δυσλειτουργίες, αγνοώντας την ψυχολογική διάσταση (Κουλιεράκης, 2006). Τα μοντέλα αυτά επιδιώκεται να ελεγχθούν με βάση κάποια επιστημονική μεθοδολογία.

---

<sup>4</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>, στο λήμμα 'Επιστημονικό μοντέλο'.

## *Η έννοια της υγείας*

Ο Ιπποκράτης ήταν εκείνος που εισήγαγε την επιστημονική μέθοδο στο χώρο της υγείας, αφού έως τον πέμπτο αιώνα προ Χριστού επικρατούσαν οι δεισιδαιμονίες. Με το έργο του, διατύπωσε της αντιλήψεις του για τη νόσο και την υγεία, οι οποίες αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της ιατρικής. Μάλιστα, ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στα οικονομικά και τη διοίκηση της υγείας, αφού τόνισε την ανάγκη για κατάλληλους χειρισμούς στην περίθαλψη των ασθενών (Υφαντόπουλος, 2006).

Η έννοια της υγείας συχνά ορίζεται ως η απουσία κάποιας νόσου. Παρόλα αυτά, η υγεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυπαραμετρικό φαινόμενο, γι' αυτό και έχει δημιουργηθεί ένας μεγάλος αριθμός δεικτών για τη μέτρησή του, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, οι δείκτες θνησιμότητας κτλ (Υφαντόπουλος, 2006).

Στον αντίποδα της έννοιας της υγείας, συχνά τίθεται η έννοια της ασθένειας και η έννοια της αρρώστιας (Ιωαννίδη και συν., 1999). Η αρρώστια είναι η υποκειμενική εμπειρία της νόσου, ενώ η ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί μια κοινωνική δυσλειτουργία (Τούντας, 1995). Η αρρώστια γίνεται αντιληπτή με την εμφάνιση συμπτωμάτων και την ελλιπή λειτουργία κάποιου οργάνου του σώματος.

Η έννοια της υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο σε πολλές επιστήμες, όπως για παράδειγμα, η επιδημιολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η οικονομία και άλλες. Για το λόγο αυτό έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί για την έννοια της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με το θετικό ορισμό, η υγεία συνίσταται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία όχι ως την έλλειψη κάποιας ασθένειας, αλλά την πλήρη σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία (Χλετσος, 2011).

Αντιθέτως, οι αρνητικοί ορισμοί για την υγεία, θεωρούν πως η υγεία είναι η απουσία κάποιας νόσου. Αυτός ο ορισμός έχει δεχτεί κριτικές, καθώς δεν έχουν όλες οι ασθένειες συμπτώματα, ώστε να νοσήσει με την κλασική έννοια το άτομο (Χλέτσος, 2011).

Ακόμη, σύμφωνα με τον Parsons (1979) η υγεία ορίζεται είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, όπως είναι για παράδειγμα η εργασία κτλ.

Η έννοια της υγείας, όμως, δεν θα πρέπει να συγχέεται με τις υπηρεσίες υγείας, καθώς ενώ η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό της ζωής του ανθρώπου, οι υπηρεσίες υγείας αφορούν τις ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακές κτλ υπηρεσίες που λαμβάνει το άτομο για την αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας του (Χλέτσος, 2011).

Τα οικονομικά και η διοίκηση της υγείας είναι ένας νέος επιστημονικός κλάδος, που αριθμεί περίπου 50 χρόνια ζωής. Οι πρώτες ιδέες αναπτύσσονται από τον Arrow, το 1963, ενώ αναπτύχθηκαν και άλλες σχολές σκέψης, που διατύπωσαν τις απόψεις τους για τη μέτρηση του επιπέδου της υγείας, της ιατρικής περίθαλψης, της ποιότητας ζωής, της κατανομής των πόρων που αφορούν την υγεία και άλλα θέματα (Υφαντόπουλος, 2006).

Η οικονομική της υγείας αποτελεί μια επιστήμη, η οποία ασχολείται με την επιλογή, την αξιολόγηση και την κατανομή των περιορισμένων πόρων στο σύστημα υγείας, ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα στην υγεία ενός πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2006).



# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>. Υγεία Και Πρόνοια

## 1.1. Εισαγωγικές έννοιες και ορισμοί

Η επιστήμη επιχειρεί να συμβάλει στην κατανόηση εννοιών και φαινομένων με τη βοήθεια νοητικών κατασκευών, όπως οι θεωρίες, οι νόμοι και τα μοντέλα. Η επιστήμη αρχίζει με την παρατήρηση και την καταγραφή των γεγονότων, πάνω στα οποία κτίζεται η επιστημονική θεωρία. Οι νόμοι και οι θεωρίες διατυπώνουν ισχυρισμούς και συγκροτούν την επιστημονική γνώση. Η γενίκευση των παρατηρήσεων συμβάλει στη δημιουργία θεωριών, με τη χρήση του επαγωγισμού. Αντίθετα, σύμφωνα με τον Popper, η απόφαση προκύπτει από τη θεωρία με λογικούς συλλογισμούς. Κατά τον Popper, οι θεωρίες είναι υποθέσεις που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν τον κόσμο, για το λόγο αυτό τίθενται σε δοκιμές παρατήρησης και πειράματος (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2012).

Για τη μελέτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του μαιευτηρίου Λητώ, θα χρησιμοποιηθούν μια σειρά από μοντέλα, θεωρίες και μεθόδους. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η αποσαφήνιση των σχετικών όρων.

Η θεωρία είναι μια αναλυτική δομή, σχεδιασμένη για να εξηγεί ένα σύνολο από παρατηρήσεις, η οποία επιτελεί δυο λειτουργίες:

1. αναγνωρίζει το σύνολο αυτό των διακεκριμένων παρατηρήσεων και
2. διατυπώνει ισχυρισμούς για την πραγματικότητα που προκαλεί την ομάδα αυτή των παρατηρήσεων

Οι θεωρίες τις περισσότερες φορές είναι αφηρημένες και εννοιολογικές, συνεπώς, δεν θεωρούνται ποτέ ως ορθές ή λανθασμένες. Οι θεωρίες στηρίζονται σε παρατηρήσεις και προτείνονται ως αλήθεια, αλλά αναμένεται ότι υπόκεινται σε εξέταση για διερεύνηση

της πιθανότητας λανθασμένων συμπερασμάτων, ή παρατηρήσεων (Από την ιστοσελίδα <http://el.wikipedia.org>).

Ένα επιστημονικό μοντέλο αποτελεί μια αναπαράσταση ενός συστήματος, φαινομένων, διαδικασιών ή δεδομένων, είτε την ερμηνεία μιας θεωρίας, που αποδίδει νόημα στα αξιώματα, θεωρήματα, κανόνες, και προτάσεις της θεωρίας (Από την ιστοσελίδα <http://el.wikipedia.org>).

Τα μοντέλα έχουν μεγάλη σημασία σε πολλά επιστημονικά πλαίσια. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός τύπων μοντέλων, τα οποία αναφέρονται σε διαφορετικά προβλήματα (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2012).

Τέλος, ως μέθοδος ορίζεται ένα σύνολο αρχών, κανόνων και μέσων που ακολουθούνται για ορισμένο σκοπό με κατάλληλες διαδικασίες που αυξάνουν τις πιθανότητες της κατάληξης του επιδιωκόμενου σκοπού. Βασικά είδη μεθόδων είναι τα εξής (Μπέλλας, 1977):

1. Η Παρατήρηση,
2. Η Πειραματική μέθοδος
3. Η Στατιστική μέθοδος,
4. Η Μαθηματική μέθοδος,
5. Η Συγκριτική μέθοδος,
6. Η Γενετική μέθοδος,
7. Η Κοινωνιομετρία,
8. Η Κλινική μέθοδος κ.ά.

Οι παραπάνω μέθοδοι εφαρμόζονται με τη βοήθεια διαφόρων τεχνικών όπως για παράδειγμα ερωτηματολόγια, τεστ, κ.λπ., καθώς και οργάνων μέτρησης όπως για παράδειγμα κλίμακες εκτίμησης, δείκτες διαθέσεων, συνεντεύξεις, κ.ά. Στην παρούσα μελέτη για την ανάλυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιείται η μέθοδος της κοινωνιομετρίας.

## *1.2 Η υγεία ως αγαθό*

Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (WHO, 1946). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η υγεία δεν σχετίζεται μόνο με την ιατρική, αλλά και με άλλους παράγοντες, όπως:

- Το περιβάλλον
- Οι συνθήκες εργασίας κτλ

Η υγεία θεωρείται αδιαμφισβήτητα ως το πιο πολύτιμο αγαθό. Όμως, μπορεί να θεωρηθεί η υγεία ένα αγαθό όπως όλα τα υπόλοιπα ή θα πρέπει να είναι ένα κοινωνικό αγαθό όπως ο αέρας που αναπνέουμε; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι δύσκολη λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Το αγαθό της υγείας θεωρείται ιδιαίτερο, αφού ο σκοπός των πολιτικών για την υγεία δεν είναι η αναζήτηση τρόπων εξοικονόμησης πόρων, αλλά η μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με τους πόρους που έχει κάθε κράτος στη διάθεσή του.

Επομένως, η υγεία έχει χαρακτηριστικά τόσο των κοινωνικών, όσο και των καταναλωτικών αγαθών. Η υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό που η διάθεσή του πρέπει να διέπεται από ισότητα και ίση πρόσβαση ανεξάρτητα από τα οικονομικά και κοινωνικά στοιχεία κάθε ατόμου. Παρόλα αυτά, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα αγαθό το οποίο υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς, άρα στις συνθήκες του ανταγωνισμού.

Η αγορά των υπηρεσιών της υγείας φέρει μια σειρά από χαρακτηριστικά που την καθιστούν ιδιαίτερη, όπως (Υφαντόπουλος, 2006):

- Η ανελαστική ζήτηση και ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας

- Η ασυμμετρία πληροφόρησης, αφού το ιατρικό προσωπικό τείνει να κατέχει περισσότερη πληροφόρηση από τους ασθενείς
- Ο ρόλος των προμηθευτών και η σχέση τους με το ιατρικό προσωπικό
- Η υψηλή πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και ο μεγάλος αριθμός των εμπλεκόμενων φορέων
- Τα συστήματα υγείας συχνά χαρακτηρίζονται από χαμηλή παραγωγικότητα, αφού δεν λειτουργούν σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού
- Η ελλιπής τυποποίηση και έλεγχος της παροχής υπηρεσιών και των προμηθειών

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που φέρουν οι υπηρεσίες υγείας αποτέλεσαν το θέμα της μελέτης του Αιτω (1963), με στόχο να εντοπιστεί αν είναι θεμιτή ή όχι η ύπαρξη του ανταγωνισμού στον τομέα των υπηρεσιών της υγείας.

### ***1.3 Ιστορική εξέλιξη στον τομέα της υγείας***

Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει διαφορές ανάλογα με την ιστορική περίοδο και βρίσκεται σε συνάρτηση με τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα που ισχύουν σε κάθε κοινωνία. Η οργάνωση και η παροχή των υπηρεσιών υγείας αντικατοπτρίζουν την πολιτική και κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία κάθε πληθυσμού και κάθε χρονικής περιόδου. Επομένως, η πορεία του τομέα της υγείας συνδέεται με την πορεία ανάπτυξης της ίδιας της χώρας, με τα οικονομικά, κοινωνικά κτλ δεδομένα που επικρατούν, αλλά και τις υγειονομικές ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

#### *1.4. Συστήματα Υγείας*

Το σύστημα υγείας είναι το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σιγάλας, 1999). Τα συστήματα υγείας διακρίνονται με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας (Χειλίδης, 2009).

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποιο είναι το ιδανικό σύστημα υγείας, αφού αυτό εξαρτάται από τις υγειονομικές ανάγκες κάθε πληθυσμού. Έτσι, έχουν διαμορφωθεί διάφορα οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, με κυριότερα τα εξής (Υφαντόπουλος, 2006):

- Το Φιλελεύθερο υγειονομικό σύστημα, το οποίο στηρίζεται στις αρχές της ελεύθερης αγοράς
- Το σύστημα Bismark, που αποτελεί ένα κοινωνικό- ασφαλιστικό σύστημα. Το Μικτό Σύστημα υγείας εφαρμόζεται στη Γερμανία και τη Γαλλία, και κύριο στόχο έχει την κοινωνική δικαιοσύνη.
- Το σύστημα Beveridge, που άπτεται της φιλοσοφίας του κρατικού παρεμβατισμού και αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας εφαρμόζεται κυρίως στην Αγγλία, αλλά και στη Σουηδία και την Ιταλία, και εν μέρει από την Ελλάδα. Η χρηματοδότησή του γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους είναι τα εξής (Χειλίδης, 2009):

Σύστημα Beveridge:

- Χρηματοδότηση από τη φορολογία.

- Λειτουργούν εθνικά συστήματα υγείας, τα οποία παρέχουν ελεύθερη πρόσβαση για όλους τους πολίτες.
- οι υπηρεσίες Υγείας παρέχονται κυρίως από τον δημόσιο τομέα.

Σύστημα Bismark (Σχοινιάς, 2005):

- Οι παροχές προέρχονται από εργοδότες, εργαζόμενους και ελεύθερους επαγγελματίες, μέσω των εισφορών.
- Ο τομέας υγείας χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές.
- Υπάρχει δίκαιη πρόσβαση από όλους στις παροχές.
- Οι υπηρεσίες Υγείας παρέχονται ταυτόχρονα και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα.
- Ο τομέας πρόνοιας μπορεί να χρηματοδοτείται από την φορολογία.

Το ιδιωτικό σύστημα:

- Λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς
- Οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές.

Από τις παραπάνω μορφές των συστημάτων υγείας καμία δεν εφαρμόζεται στην αμιγή μορφή της, αλλά σε ενδιάμεσες μορφές, με το βαθμό της κρατικής παρέμβασης να ποικίλλει.

Ιδιαίτερα στις χώρες της Μεσογείου, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιταλία, η Πορτογαλία κτλ, επικρατούν τα μεικτά συστήματα υγείας, τα οποία δίνουν έμφαση είτε στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είτε στα εθνικά συστήματα υγείας (Σιγάλας, 1999).

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, τα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν και οργανώθηκαν αμέσως μετά το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου πόλεμου. Στην Ελλάδα, αντίθετα, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ανοργάνωτος μέχρι πολύ πρόσφατα, λόγω

της δικτατορίας, και μόλις στις αρχές της δεκαετίας του '80 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις και άρχισαν να γίνονται τα πρώτα βήματα προς την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Η ψήφιση του νόμου 1397/1983, που αποτελεί τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ., ήταν το αποτέλεσμα μιας μακράς πορείας, αλλά και η αρχή μιας νέας προσπάθειας για την οργάνωση του δημόσιου τομέα υγείας (Θεοδώρου, 1999).

### ***1.5. Μοντέλα συστημάτων υγείας***

Η βασική κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας βασίζεται στον υποχρεωτικό ή μη χαρακτήρα της ασφάλισης και συνεπώς, στην ατομική ή κοινωνική ευθύνη. Ακόμη, υπάρχουν και τα μικτά συστήματα, που βασίζονται στην ύπαρξη πολλών ταμείων ασφάλισης, το σύστημα δεν είναι ενιαίο, και κάποιες φορές, η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Σύμφωνα με την προσέγγιση Προβόπουλου (1990), υπάρχουν τα εξής μοντέλα συστημάτων υγείας:

- τα Εθνικά Συστήματα Υγείας με συνολική κάλυψη του πληθυσμού και χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό,
- τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν μεγάλες ομάδες του πληθυσμού και χρηματοδοτούνται από τις εργοδοτικές εισφορές
- τα σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης

Το Κράτος Πρόνοιας αναλαμβάνει να προσφέρει υπηρεσίες υγείας που συμβάλουν στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και να απαλλάξει το κεφάλαιο από το οικονομικό κόστος αυτών των υπηρεσιών (Δικαίος & Χλέτσος, 1999). Το κράτος πρόνοιας ταυτίζεται με ένα σύνολο παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες. Η ύπαρξη διαφορετικών μορφών κράτους πρόνοιας οφείλεται στον τρόπο

δημιουργίας και ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας σε κάθε χώρα. Επομένως, υπάρχουν τρία μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, το υπολειμματικό, το βιομηχανικό και το αναδιανεμητικό (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Κατά τον Esping- Andersen (1990), διακρίνονται οι εξής τύποι:

- τα φιλελεύθερα καθεστώτα
- τα συντηρητικά καθεστώτα
- τα κοινωνικό-δημοκρατικά καθεστώτα.

Σε αυτές μπορεί να προστεθεί ένας ακόμη τύπος που αναφέρεται κυρίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, και είναι το σύστημα κοινωνικής προστασίας (Ferrera, 1996). Σύμφωνα με αυτό, υπάρχει ανισότητα σε επίπεδο παροχών, ενώ συχνά παρατηρείται αναποτελεσματικότητα επαρκούς κάλυψης των κοινωνικών αναγκών. Το νότιο μοντέλο, το οποίο εφαρμόζεται και στην Ελλάδα περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από το μοντέλο Bismark, όσο και από το μοντέλο Beveridge. Πιο αναλυτικά, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι οργανωμένο σύμφωνα με το μοντέλο Bismark, ενώ το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στις νότιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μεταξύ αυτών και της Ελλάδας, είναι τα εξής (Δικαίος & Χλέτσος, 1999):

- οι υψηλές μεταβιβαστικές πληρωμές
- ο ανισομερής καταμερισμός της κοινωνικής προστασίας προς ορισμένους κινδύνους
- η ύπαρξη στοιχείων του μοντέλου Beveridge στον τομέα της υγείας
- η παροχή μικρού ποσοστού κοινωνικών υπηρεσιών με την ανάμειξη κρατικών και μη κρατικών θεσμών στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών



- η ύπαρξη πελατειακών σχέσεων
- η χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα
- ο τρόπος χρηματοδότησης προκύπτει από τον άνισο καταμερισμό του φορολογικού βάρους στις διάφορες κοινωνικές ομάδες.

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα μπορεί να θεωρηθεί είτε ως συντηρητικό-Μπίσμαρκ σύστημα, είτε ως μοντέλο της Μεσογείου (Matsaganis, 2002; Katrougalos & Lazaridis, 2003).

### *1.6. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας*

Η ιδέα για ένα οργανωμένο σύστημα υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1952, στο νόμο 2593/1952. Τελικά, η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας πραγματοποιείται το 1983 (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983, με κύριο σκοπό να παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των πολιτών της χώρας. Έχει τρεις βαθμίδες φροντίδας, την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τα κέντρα υγείας. Χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος αποτελεί η απουσία οργανωμένης παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Theodorou & Tsiantou, 2009).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ΕΣΥ είναι ο έντονα συγκεντρωτικός χαρακτήρας του και η μεγάλη έκταση κρατική παρέμβαση. Ο αρμόδιος φορέας για τον τομέα της υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που ελέγχει τόσο τη χρηματοδότηση, όσο και την παροχή υπηρεσιών. Από την άποψη της οργάνωσης, το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται μικτό, αφού περιλαμβάνει τόσο

στοιχεία των συστημάτων Beveridge, όσο και στοιχεία των συστημάτων Bismarck, ενώ παρατηρείται και ανεπτυγμένος ιδιωτικός τομέας (Οικονόμου, 2004).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεωρείται ένα μικτό σύστημα με συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά χρηματοδότησης τους. Ιστορικά, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναπτύχθηκε στηριζόμενο, κυρίως, στην κοινωνική ασφάλιση (όπως συμβαίνει στο μοντέλο Bismarck). Πλέον, τείνει περισσότερο προς ένα σύστημα υγείας που τουλάχιστον από άποψη χρηματοδότησης, εξαρτάται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό όπως συμβαίνει στο (μοντέλο Beveridge) (Θεοδώρου, 1999).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ορισμένων παραγόντων, όπως ο όγκος, η ποιότητα, η τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού, 2009).

Συνεπώς, με βάση όσα προαναφέρθηκαν, οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι οι εξής:

- ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω της φορολογίας,
- η κοινωνική ασφάλιση, μέσω των εισφορών των ασφαλισμένων και των εργοδοτών και
- οι ιδιωτικές πληρωμές.

Από τον κρατικό προϋπολογισμό καλύπτονται οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι δαπάνες του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου. Αντίστοιχα, μέσω του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων καλύπτεται όποια δαπάνη πραγματοποιείται για επενδύσεις σε κτιριακό, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό. Τέλος, τα λειτουργικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας καλύπτονται από τα νοσήλια που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία (Σχοινάς, 2005).

Ως ιδιωτικές δαπάνες αναφέρονται η ιδιωτική ασφάλιση, το οικογενειακό εισόδημα με τη μορφή των άμεσων, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος. Άλλες πηγές χρηματοδότησης θεωρούνται τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες, η εφάπαξ καταβολή ενός μικρού ποσού κατά την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία κ.ά. (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού, 2009).

### ***1.7. Η έννοια της πρόνοιας***

Κάθε κράτος δεν έχει μόνο την ευθύνη να παρέχει υπηρεσίες στους πολίτες του, αλλά και να είναι κοινωνικά δίκαιο. Το κοινωνικό κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει στους πολίτες το δικαίωμα στην υγεία, την εκπαίδευση και την πρόνοια (Υφαντόπουλος, 2006).

Η κοινωνική πολιτική αφορά τα ζητήματα των συντάξεων, των επιδομάτων, της απασχόλησης και της κατάρτισης, της υγείας, της παιδείας, της προστασίας της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας κτλ (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Επομένως, το κράτος πρόνοιας μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των δραστηριοτήτων για τη συστηματική κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Οι στόχοι του κράτους πρόνοιας περιλαμβάνουν την αναδιανομή των πόρων, την κοινωνική ισορροπία, την αναπαραγωγή και νομιμοποίηση του συστήματος. Οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις του Κράτους Πρόνοιας είναι η νεοφιλελεύθερη, η κεϋνσιανή και η μαρξιστική (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Το Κράτος Πρόνοιας αποτελεί ένα σύστημα παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες. Τα βασικά μοντέλα του Κράτους Πρόνοιας είναι τα εξής:

- το υπολειμματικό, στο οποίο υπάρχει μικρή κρατική συμμετοχή,

- το βιομηχανικό, στο οποίο γίνεται κάλυψη των αναγκών στη βάση της εργασίας,
- το αναδιανεμητικό, στο οποίο προβλέπεται γενικευμένη κάλυψη των κοινωνικών αναγκών.

Στην Ελλάδα εφαρμόζεται ένα μεικτό σύστημα το οποίο συγκεντρώνει στοιχεία όλων των παραπάνω κατηγοριών.

### ***1.8. Η ιστορική εξέλιξη της κοινωνικής πρόνοιας***

Το κράτος πρόνοιας αναπτύχθηκε αρχικά στη Σκανδιναβία τη δεκαετία του 1930, αλλά εφαρμόστηκε ευρύτερα μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (Kauffman, 2000). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ακόμη ένας αποδεκτός ορισμός του. Υπό τη στενή έννοια, το κράτος πρόνοιας ορίζεται ως τα διάφορα κρατικά μέτρα για την παροχή βασικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και κοινωνικών μεταβιβάσεων. Το κράτος πρόνοιας περιλαμβάνει το ρόλο του κράτους στην εκπαίδευση, την υγεία, τη στέγαση, την κοινωνική ασφάλιση, ρόλους που τους αποκτά στις αναπτυγμένες χώρες κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου (Eikemo & Bambra, 2008).

Επιπλέον, το Κράτος Πρόνοιας αναφέρεται στην ηθική διάσταση του κράτους, αφού στηρίζεται στην υπόθεση ότι στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες είναι εφικτή η ευημερία όλων των πολιτών. Αυτή η ευημερία μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια του κράτους πρόνοιας (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>. Υπηρεσίες Υγείας**

### ***2.1. Έννοια υπηρεσιών υγείας***

Οι υπηρεσίες υγείας δεν ταυτίζονται με την υγεία, παρότι οι δύο έννοιες συχνά θεωρούνται ταυτόσημες. Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου, αφού όταν ο άνθρωπος είναι υγιής, τότε μπορεί και ανταποκρίνεται πλήρως και επαρκώς στις εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακές και άλλες υπηρεσίες που μπορεί να δεχτεί ο ασθενής για την αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας του. Η έννοια της υγείας επίσης συγχέεται και με την έννοια φροντίδας υγείας (Χλέτσος, 2011).

Με τον όρο φροντίδα υγείας ορίζεται το αγαθό που το άτομο απολαμβάνει αφού έχει καταβάλει για αυτό συγκεκριμένη αμοιβή. Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που λαμβάνει ο ασθενής από τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τις κλινικές, τα νοσοκομεία, καθώς επίσης και την κατανάλωση αγαθών, όπως τα φάρμακα. Συνεπώς, η έννοια της φροντίδας υγείας είναι ευρύτερη των υπηρεσιών υγείας, αφού στην έννοια φροντίδα υγείας υπάγεται και η κατανάλωση των αγαθών, όπως είναι τα φάρμακα (Χλέτσος, 2011).

### ***2.2. Ιστορική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας***

#### ***2.2.1. Στον ευρωπαϊκό χώρο***

Οι πρώτοι θεμελιωτές της Ευρωπαϊκής Ιδέας, όταν υπέγραψαν τη Συνθήκη της Ρώμης, το 1957, δεν έκανα αναφορά σε θέματα της υγείας, παρά μόνο στην ανάγκη βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών. Ο στόχος εκείνη τη χρονική στιγμή ήταν η δημιουργία μιας Ενιαίας Οικονομικής Οντότητας και μιας Ενιαίας Αγοράς.

Από το 1985, Ευρωπαϊκή Επιτροπή άρχισε να αναπτύσσει μεγάλα Ευρωπαϊκά Προγράμματα για την πρόληψη, την αγωγή υγείας, τη φροντίδα των ασθενών κτλ. Το 1989, θεσπίστηκε ο Κοινωνικός Χάρτης (Υφαντόπουλος, 2006).

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ (1993), είναι η πρώτη Συνθήκη στην οποία γίνεται αναφορά σε θέματα υγείας, και υιοθετεί προληπτικά μέτρα για τη μείωση των κινδύνων της δημόσιας υγείας, αν και δεν προχώρησε σε εναρμόνιση της νομοθεσίας (Υφαντόπουλος, 2006).

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ κάνει λόγο για άσκηση Ευρωπαϊκής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας και καλεί τις χώρες, ταυτόχρονα με τον εθνικό τους σχεδιασμό, να προχωρήσουν σε συνεργασία με τις άλλες χώρες- μέλη για να εντοπιστούν οι βέλτιστες πρακτικές (Υφαντόπουλος, 2006).

Το 2000, θεσπίζεται το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο που σηματοδοτεί τη νέα πολιτική στον τομέα της υγείας, με βάση την άμεση συνεργασία και την αλληλεξάρτηση της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της αποδοτικότητας (Υφαντόπουλος, 2006).

### **2.2.2. Στον ελληνικό χώρο**

Το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 με στόχο να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας. Από το 1983, και την ψήφιση του ν. 1397/1983, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές προσπάθειες μεταρρύθμισης του Εθνικού

Συστήματος Υγείας, ώστε να γίνει περισσότερο αποτελεσματικό και να μειωθεί το κόστος λειτουργίας του.

Ο νόμος 1937/1983 αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, αφού όρισε τα πλαίσια και έβαλε τις βάσεις για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι κύριοι στόχοι του ήταν η ισότητα στην πρόσβαση και η καθολικότητα στην κάλυψη, η αποκέντρωση, ο έλεγχος από την κοινωνία, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δίκαιη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η καθιέρωση του γιατρού στο ΕΣΥ ως επαγγελματία με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση (Δικαίος και συν., 1999).

Από τα αρχικά στάδια της εφαρμογής του, ο νόμος 1397/1983 επεδίωξε τη μετατόπιση προς το δημόσιο τομέα, όμως δεν προχώρησε σε κρατικοποίηση των μέσων παραγωγής (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999). Επιπλέον, το άρθρο 1 έθετε υπό την προστασία του όλους τους πολίτες, καθιστώντας το Κράτος υπεύθυνο να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους Έλληνες υπηκόους.

Σε ότι αφορά την οργάνωση και διοίκηση του ΕΣΥ, ο Υπουργός Υγείας είναι το ανώτατο κεντρικό όργανο του Κράτους. Το έργο του Υπουργείου Υγείας συνεπικουρεί, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), και, σε περιφερειακό επίπεδο, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.). Το ΠΕ.Σ.Υ. συστήνεται στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας και στόχος του είναι η εξασφάλιση του ελέγχου με δημοκρατικές διαδικασίες (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999). Έχει κυρίως γνωμοδοτικές αρμοδιότητες και ασκεί εποπτεία στην περιφέρειά του. Το άρθρο 2 του νόμου 1397/1983 διαίρεσε τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες, με γεωγραφικά κριτήρια. Όμως, παρουσιάστηκαν προβλήματα που αφορούσαν τη σύγκρουση αρμοδιοτήτων και την έλλειψη συντονισμού.

Ο ν.2071/1992 επέφερε αλλαγές στο ν.1397/83 και φιλελευθεροποίησε το ΕΣΥ τροποποιώντας διατάξεις για το ΚΕΣΥ και τα ΠΕΣΥ, ενώ επιπλέον συστάθηκαν η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας και οι Νομαρχιακές Επιτροπές Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Επίσης έδωσε τη δυνατότητα στον Υπουργό Υγείας να μεταβάλλει χωρίς

τη γνώμη του ΚΕΣΥ τον αριθμό των υγειονομικών περιφερειών, αυξάνοντάς τες ταυτόχρονα από εννιά σε δεκατρείς. Ακόμη, δημιούργησε τις Περιφερειακές Διευθύνσεις Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, ως αποκεντρωμένες δομές του υπουργείου, με στόχο την εποπτεία και το συντονισμό (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Ο νόμος 2071/1992 εισήγαγε και άλλες αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα, όπως για παράδειγμα τις έννοιες της διαχείρισης, της αποδοτικότητας, της ποιότητας και των κανόνων της ελεύθερης αγοράς. Με το νόμο αυτό, η Πολιτεία δεν εγγυάται πια την καθολικότητα των υπηρεσιών, αλλά μόνο τη αποτελεσματική λειτουργία τους. Επιπρόσθετα, θεσμοθετείται ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών. Ταυτόχρονα, απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών μονάδων υγείας και αυξήθηκαν τα νοσήλια (Δικαίος και συν., 1999).

Ο ν.2519/1997 έδωσε έμφαση στον κοινωνικό και δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ. Τα βασικά όργανα που προέβλεπε ήταν τα γνωμοδοτικά συλλογικά όργανα, όπως το Συμβούλιο Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας και το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας. Επιπλέον, έγιναν προσπάθειες να αναβαθμιστεί το ΚΕΣΥ. Ο ν.2519.97 δημιούργησε θεσμούς έρευνας, όπως είναι η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας κτλ, καθώς και όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Με το ν.2519/97 γίνονται προσπάθειες αποκέντρωσης και μεταφέρονται όργανα στην περιφέρεια. Καθορίζει τις πηγές χρηματοδότησης του ΕΣΥ. Επιπλέον, η Γενική Διεύθυνση Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μετονομάζεται σε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας κι έχει την αρμοδιότητα του σχεδιασμού, του ελέγχου, της εφαρμογής πολιτικών και της αξιολόγησης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημιουργείται η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τις Διευθύνσεις ανάπτυξης μονάδων υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Ψυχικής Υγείας, Επαγγελματιών Υγείας, Ανάπτυξης Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού, Φαρμάκων και Φαρμακείων κτλ.



Με το νόμο 2889/01 ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας, που ήταν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ και η ίδρυσή τους εισήγαγε τροποποιήσεις στην οργάνωση του συστήματος υγείας. Ο βασικό σκοπός τους είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας και ο συντονισμός των δράσεων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας.

Ο ν.2889/2001 έδωσε μεγαλύτερη ευελιξία στο ΕΣΥ και επιχείρησε την αποκέντρωση όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων με τους επαγγελματίες μάντζερ. Η τοποθέτηση επαγγελματιών μάντζερ βελτίωσε την ποιότητα του ελέγχου και εισήγαγε την έννοια των στόχων επίδοσης. Παρά τις προσπάθειες, όμως, τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης στην αποτελεσματικότητα του εθνικού συστήματος υγείας δεν ήταν τα αναμενόμενα (Aletas et al., 2007).

Κατά το ν.2995/2001, οι συμβάσεις προμηθειών των ΠεΣΥ θα πρέπει να συνάπτονται και να εκτελούνται είτε από το Υπουργείο Ανάπτυξης, είτε από τα ΠεΣΥ και τα νοσοκομεία. Ειδική αναφορά γίνεται και σε ο, τι αφορά στον προγραμματισμό των προμηθειών, καθώς κάθε έτος, οι μονάδες του ΠεΣΥ καταρτίζουν και υποβάλουν στο τμήμα προμηθειών, τον προγραμματισμό τους για το επόμενο έτος, με βάση τις πραγματικές και αιτιολογημένες ανάγκες των μονάδων. Το Τμήμα Προμηθειών το ΠεΣΥ αξιολογεί και εγκρίνει τις προτάσεις των μονάδων.

Ο νόμος 3204/2003 ορίζει ότι για τον συντονισμό των ΠεΣΥΠ ρόλο έχει το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνίσταται, ακόμη, η Διεύθυνση Οργάνωσης και Υποστήριξης των ΠεΣΥΠ.

Ο Νόμος 3329/2005, τα ΠεΣΥΠ αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), σκοπός των οποίων είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος της υγειονομικής περιφέρειας και της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υγείας. Επιπλέον, οι Δ.Υ.ΠΕ είναι επιφορτισμένες να υποβάλουν στον υπουργό προτάσεις και μέτρα για την πληρέστερη και αποδοτικότερη

παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και η παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών που θεσπίζει το υπουργείο.

Με το ν.3527/2007, η ελληνική επικράτεια διαιρέθηκε σε επτά υγειονομικές περιφέρειες, ενώ στις ΔΥΠΕ αρμόδια όργανα είναι ο διοικητής και δύο υποδιοικητές.

Με το ν.3580/2007, δημιουργήθηκε η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, με κύρια αρμοδιότητα το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό του συστήματος προμηθειών στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και πιο συγκεκριμένα, την κατάρτιση του Προγράμματος Προμηθειών και την οικονομική διαχείριση.

Ο ν.3868/2010 μετέβαλε ορισμένες διατάξεις του ν.2955/2001 για τις προμήθειες των ΠεΣΥ και οι προμήθειες γίνονται σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών. Επιπλέον, επιτρέπεται πλέον και η τμηματική εξόφληση των προμηθευτών.

Ο ν.3918/2011 ρύθμιζε ζητήματα σχετικά με το σύστημα προμηθειών και δημιούργησε τη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών και την Επιτροπή Προδιαγραφών. Η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών έχει σαν στόχο την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών για να επιτυγχάνονται οικονομίες κλίμακας. Επιπλέον, ο ν.3918/2011 θεσμοθετεί το Εθνικό Οργανισμό Υπηρεσιών Υγείας (το γνωστό Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), στον οποίο ενοποιούνται πολλά ασφαλιστικά ταμεία συμβάλλοντας στο λειτουργικό συντονισμό μεταξύ των φορέων.

Με το ν.4025/2011 και υπό το πρίσμα της οικονομικής κρίσης και την κρίσης χρέους της χώρας, πραγματοποιούνται συγχωνεύσεις μονάδων υγείας για να μειωθεί το κόστος λειτουργίας τους.

Τέλος, ο νόμος 4052/2012 όρισε τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά και τους υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για την εφαρμογή του Μνημονίου για τη μείωση του δημόσιου χρέους. Με αυτό το νόμο, η χώρα διαιρείται σε επτά υγειονομικές περιφέρειες. Η κατάρτιση των προγραμμάτων, η χρηματοδότηση, η εποπτεία και η αξιολόγηση της εφαρμογής

προγραμμάτων και πολιτικών γίνονται σε εθνικό επίπεδο, αλλά και σε συνεργασία με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### *2.3. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας*

Σύμφωνα με τον Αγοω (1963) ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει μια σειρά από χαρακτηριστικά που τον καθιστούν ιδιαίτερο:

- Η φύση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας είναι ασταθής και απρόβλεπτη. Οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχουν ικανοποίηση μόνο όταν ο χρήστης ασθενεί, συνεπώς, η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες σχετίζεται με την απειλή της ανθρώπινης ακεραιότητας.
- Η συμπεριφορά των ιατρών είναι διαφορετική από τους άλλους επιχειρηματίες καθώς το προϊόν και η διαδικασία παραγωγής του ταυτίζονται. Ο πελάτης δεν είναι σε θέση να δοκιμάσει το προϊόν πριν το επιλέξει και για αυτό θα πρέπει να δείξει εμπιστοσύνη στο γιατρό. Ο ιατρός πρέπει να ενδιαφέρεται για την ευημερία και την σωματική ακεραιότητα του πελάτη του. Συνεπώς, οι συμβουλές του ιατρού δεν χαρακτηρίζονται από ιδιοτέλεια, ενώ η θεραπεία δεν επιλέγεται με οικονομικά κριτήρια. Τέλος, ο γιατρός θεωρείται αυθεντία και άρα οι πληροφορίες που παρέχει είναι σωστές.
- Η αβεβαιότητα του παρεχόμενου προϊόντος, τόσο σε σχέση με την ποιότητα του προϊόντος, όσο σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο προϊόν.
- Οι συνθήκες της προσφοράς. Η είσοδος στο ιατρικό επάγγελμα απαιτεί άδεια ιατρικού επαγγέλματος, η οποία περιορίζει σημαντικά την προσφορά και αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών της υγείας. Ταυτόχρονα, όμως διασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο ποιότητας.

- Οι πρακτικές τιμολόγησης στις υπηρεσίες υγείας θεωρούνται ιδιαίτερες, αφού υπάρχουν διαβαθμίσεις στην τιμολόγηση ανάλογα με το εισόδημα, οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές του ανταγωνισμού.

Ο Fuchs (1988) επίσης βρίσκει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άλλα αγαθά, όπως για παράδειγμα την σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, αφού κατά την παροχή της υπηρεσίας απαιτείται συνεργασία μεταξύ τους. Σημαντικό κρίνεται και το γεγονός ότι ο ασθενής είναι πιθανό να έρθει αντιμέτωπος με το θάνατο, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την κρίση του.

#### ***2.4. Ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας***

Συνεπώς, και με βάση όσα προαναφέρθηκαν, η αγορά των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως είναι τα εξής (Βανδώρου & Σουλιώτης, 2004; Αλετράς και συν, 2002):

- Η ασύμμετρη πληροφόρηση, καθώς υπάρχει υπεροχή της ιατρικής γνώσης και αδυναμία του ασθενή να διαχειριστεί αυτόνομα τα προβλήματα της υγείας του
- Η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ των παραγωγών υγείας και των ασθενών, αφού τόσο η ζήτηση όσο και η προσφορά ελέγχονται από το γιατρό.
- Η προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, αφού συχνά η ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή αλλά αποτελεί συνέπεια της πρακτικής των γιατρών και έχει σαν αποτέλεσμα υπερβάλλουσα ζήτηση.
- Η κυριαρχία του ασθενή είναι περιορισμένη, λόγω των ελλειπών γνώσεων.

Για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ο καταναλωτής δεν μπορεί να λάβει μόνος του αποφάσεις, αφού οι γνώσεις του δεν επαρκούν. Για αυτό το λόγο, παραχωρεί την αρμοδιότητα στο γιατρό να αποφασίσει για τις υπηρεσίες υγείας που θα λάβει (Μπέσης,

1993). Όμως, ασυμμετρία πληροφόρησης υπάρχει και από την πλευρά του προμηθευτή, ο οποίος είναι σε θέση να δράσει προς ίδιον όφελος, δημιουργώντας προκλητή ζήτηση (Dranove, 1988).

Συνεπώς, οι κυριότερες οργανωτικές ιδιαιτερότητες της υγείας είναι (Δικαίος και συν., 1999):

- Η ισχυρή κρατική παρέμβαση
- Η αδυναμία του ασθενή να λάβει μόνος του αποφάσεις
- Ο κλάδος είναι εντάσεως εργασίας
- Ο τρόπος και η ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης
- Οι μέθοδοι επιμερισμού της ευθύνης

## *2.5. Επίπεδα υπηρεσιών υγείας*

Το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρεις βασικές μονάδες φροντίδας (Οικονόμου, 2004):

- τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- τις μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και
- τις μονάδες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελείται από τα κέντρα υποδοχής των ασθενών. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας.

Ο τόπος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου κτλ. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα (Ιωαννίδης και συν., 1999).

Η έννοιά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει και δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με έννοιες όπως η πρόληψη, η δημόσια υγεία, το περιβάλλον, η διατροφή και η αγωγή υγείας.

Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια και της τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι αναφέρονται σε μεγαλύτερα μεγέθη πληθυσμού και παρέχονται από τα νοσοκομεία και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αντίστοιχα.

## ***2.6. Ταξινόμηση υπηρεσιών υγείας***

Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν στο εσωτερικό ενός νοσοκομείου, ως εξής:

- ιατρικές υπηρεσίες
- νοσηλευτικές υπηρεσίες
- ξενοδοχειακές υπηρεσίες
- διοικητικές υπηρεσίες

Παρότι, μόνο οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας του ασθενή, και οι ξενοδοχειακές και οι διοικητικές υπηρεσίες συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών.

## 2.7. Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας

Η διοίκηση ενός οργανισμού είναι η συγκέντρωση και ο συντονισμός όλων των παραγωγικών πόρων για την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού (Κανελλόπουλος, 1990). Οι κυριότερες λειτουργίες της διοίκησης είναι (Δικαίος και συν, 1999):

- Ο Προγραμματισμός/ Σχεδιασμός
- Η Οργάνωση
- Η Διεύθυνση
- Ο Έλεγχος

Ο προγραμματισμός είναι το πρώτο στάδιο της διοίκησης. Για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού απαιτείται ο προγραμματισμός, ο οποίος αποτελεί το μέσο που φέρνει τον οργανισμό από τη θέση που βρίσκεται, σε εκείνη που επιθυμεί (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007).

Ο σχεδιασμός αποτελεί ίσως την πιο σημαντική λειτουργία της διοίκησης, καθώς προσδιορίζει τους στόχους του οργανισμού και τους τρόπους επίτευξής τους. Ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός αποτελούσαν δυο διακριτές έννοιες, αν και τα τελευταία χρόνια, οι δύο όροι χρησιμοποιούνται συγχωνευμένοι στον όρο προγραμματισμός- σχεδιασμός. Παρόλα αυτά ο προγραμματισμός εμπεριέχει το σχεδιασμό και το στάδιο της υλοποίησης (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Διακρίνονται δύο βασικά επίπεδα προγραμματισμού, ο στρατηγικός και ο λειτουργικός. Ο στρατηγικός προγραμματισμός είναι μακροχρόνιος και περιλαμβάνει αποφάσεις για το σύνολο του οργανισμού και τις γενικές του κατευθύνσεις. Αντίθετα, ο λειτουργικός σχεδιασμός αφορά την καθημερινή λειτουργία του οργανισμού και τις βραχυχρόνιες αποφάσεις που λαμβάνει (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Ο προγραμματισμός αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες της διοίκησης ενός οργανισμού, αφού ορίζει την κατεύθυνση προς την οποία θα κινηθεί ο οργανισμός. Με τον προγραμματισμό, οι οργανισμοί μπορούν να επιτύχουν μείωση της σπατάλης και να προσδιορίσουν τα πρότυπα για την άσκηση του ελέγχου (Ζαβλανός, 2002).

Ο προγραμματισμός – σχεδιασμός κρίνεται ακόμη πιο σημαντικός στο χώρο της υγείας, όπου οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μεταβάλλονται ταχύτατα. Ο προγραμματισμός- σχεδιασμός αφορά τη λήψη αποφάσεων για: τη δημιουργία οργανωτικών και διοικητικών σχέσεων, την ανάπτυξη στόχων και σκοπών, τη διαμόρφωση πολιτικής και τρόπων υλοποίησής της, τον καθορισμό των μεθόδων και διαδικασιών που θα ακολουθηθούν, τον προσδιορισμό των καθημερινών εργασιών κτλ (Λανάρα, 2004).

Η διαδικασία του προγραμματισμού- σχεδιασμού αποτελείται από τα εξής βήματα (Δικαίος και συν., 1999):

1. τον καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών και στόχων του οργανισμού
2. την ανάπτυξη των εναλλακτικών λύσεων που μπορούν να εφαρμοστούν
3. την διερεύνηση των συνθηκών που απαιτούνται για κάθε πιθανή λύση
4. την αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων
5. την επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης
6. τη διαμόρφωση επιμέρους σχεδίων για την επίτευξη του τελικού σκοπού του οργανισμού
7. την εφαρμογή των σχεδίων

Στην έναρξη του προγραμματισμού- σχεδιασμού περιλαμβάνεται η ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης. Στην περίπτωση των δημόσιων νοσοκομείων, συλλέγονται στοιχεία για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τις αδυναμίες παροχής συγκεκριμένων



υπηρεσιών με βάση το νοσολογικό προφίλ, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης κλπ (Τούντας, 2006).

## ***2.8. Προσφορά υπηρεσιών υγείας***

Το νοσοκομείο αποτελεί τον κύριο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζουν τις ανάγκες της κοινωνίας, σε κάθε εποχή. Στην αρχαιότητα, τα νοσοκομεία ήταν θεραπευτικά και ταυτόχρονα λατρευτικά κέντρα. Κατά τα βυζαντινά χρόνια, τα νοσοκομεία απέκτησαν φιλανθρωπικό χαρακτήρα. Τα νοσοκομεία με παρόμοια μορφή με τη σημερινή εμφανίστηκαν κατά την περίοδο της Αναγέννησης (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Στην Ελλάδα, η εξέλιξη των νοσοκομείων διακρίνεται σε πέντε βασικές περιόδους (Θεοδώρου και συν., 1996):

- Αρχικά, από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως το 1922, τα νοσοκομεία ήταν αποτέλεσμα φιλανθρωπικών δράσεων και των δραστηριοτήτων της Εκκλησίας.
- Στη δεύτερη περίοδο (1923-1952), δημιουργούνται γενικά, προσφυγικά, στρατιωτικά και άλλα ειδικά νοσοκομεία.
- Στην τρίτη περίοδο (1953-1982), η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση τον πληθυσμό, τα χαρακτηριστικά του και το διαθέσιμο εξοπλισμό.
- Κατά την τέταρτη περίοδο (1983-2000), δημιουργείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας, που κατέστησε κρατική ευθύνη την παροχή υγείας
- Η πέμπτη περίοδος, που συνεχίζεται έως και σήμερα περιλαμβάνει όλες τις μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Όσον αφορά τον τρόπο και την ποσότητα της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν ισχύει αυτούσιος ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης των υπολοίπων προϊόντων. Η υγεία, ως κοινωνικό αγαθό δεν μπορεί να εμπορευείται με στόχο το κέρδος και συνεπώς, δεν μπορεί να εφαρμόσει τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Οι υπηρεσίες της υγείας, από την άλλη πλευρά, αποτελούν ένα αγαθό που μπορεί να προσφερθεί από έναν οργανισμό και άρα μπορεί να διέπεται εν μέρει από τους κανόνες της αγοράς. Η διαφοροποίηση οφείλεται στο γεγονός ότι στον τομέα των υπηρεσιών υγείας επικρατούν συνθήκες που αλλοιώνουν τις βασικές προϋποθέσεις της ελεύθερης αγοράς, όπως οι εξής (Δικαίος και συν., 1999):

- η ασυμμετρία της πληροφόρησης
- ο μειωμένος ανταγωνισμός,
- η ανομοιογένεια του προϊόντος και του αποτελέσματος αλλά και η αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα,
- οι υπηρεσίες υγείας είναι εντάσεως εργασίας,
- ο τρόπος που εκδηλώνεται η ζήτηση,
- οι ιδιαιτερότητες της προσφοράς,
- η κρατική παρέμβαση,

Τη δεκαετία του 1980, υπήρξε μια αύξηση της προσφοράς από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, η οποία συνεχίζεται, λόγω της αύξησης του αριθμού των γιατρών. Ταυτόχρονα, αυξήθηκε σημαντικά και η ζήτηση από τη δεκαετία του 1980, λόγω των ιδιωτικών ασφαλειών υγείας και της ανάπτυξης που γνώρισαν (Fuchs, 1988).

## ***2.9. Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας***

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αγαθό της υγείας διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά, αλλά αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, η απόκτηση του οποίου δεν μπορεί να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση ή την κοινωνική θέση του ατόμου (Δικαίος και συν., 1999). Επομένως, είναι αναμενόμενο οι οργανισμοί υγείας να εμφανίζουν κάποιες ιδιαιτερότητες στον τρόπο διοίκησης.

Οι οργανισμοί υγείας, λόγω και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που προαναφέρθηκαν, έχουν πολύπλοκες δομές, ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας, συνεχή εξέλιξη, μεγαλύτερη ανάγκη για καταμερισμό των εργασιών, αλλά και μεγαλύτερη ανάγκη για λειτουργική διασύνδεση. Οι διαφορές στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας αντικατοπτρίζονται τόσο στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, όσο και στα νοσήματα που εμφανίζονται και αναπτύσσονται (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα των πόρων, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ολόκληρου του πληθυσμού μιας χώρας (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999). Γι' αυτό το λόγο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι βασικές παράμετροι οργάνωσης και διοίκησης του ελληνικού συστήματος υγείας.

Το μοντέλο διοίκησης που εφαρμόζεται στα δημόσια νοσοκομεία είναι κάθετο και ιεραρχικό, όπου το σύνολο σχεδόν των αποφάσεων λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια της διοίκησης και γνωστοποιούνται στα κατώτερα κλιμάκια του προσωπικού για να τα εφαρμόσουν (Γωγός, 2011).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ο έντονα συγκεντρωτικός χαρακτήρας του και η ισχυρή κρατική παρέμβαση. Ο αρμόδιος φορέας του Κράτους είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που ελέγχει τόσο τη χρηματοδότηση, όσο και την παροχή υπηρεσιών. Από οργανωτικής πλευράς, το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται σαν ένα μικτό σύστημα, αφού περιλαμβάνει τόσο στοιχεία του συστήματος Beveridge, όσο και στοιχεία του συστήματος Bismarck, ενώ έχει και ιδιαίτερα ανεπτυγμένο τον ιδιωτικό τομέα (Οικονόμου, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, το ελληνικό σύστημα υγείας περιέχει στοιχεία από το μοντέλο Beveridge στη χρηματοδότηση, αφού χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά και από το μοντέλο Bismarck, αφού εν μέρει χρηματοδοτείται και από την κοινωνική ασφάλιση (Siskou et al., 2008).

Για να αντιμετωπιστεί η τάση συγκέντρωσης που παρατηρείται, έγιναν προσπάθειες διοικητικής αποκέντρωσης με τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΠΕ.ΣΥ.Π), οι οποίες όμως δεν μπορούσαν να καταρτίσουν αυτόνομα προϋπολογισμούς (Grosse-Tebbe & Figueras, 2004). Οι μεταγενέστερες μεταρρυθμίσεις διαίρεσαν την ελληνική επικράτεια σε 7 υγειονομικές περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ), χωρίς να παραχωρηθούν όμως και πάλι σημαντικές αρμοδιότητες.

Οι μεταρρυθμίσεις δεν πέτυχαν το σκοπό τους που ήταν η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και η ορθολογικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Οι τελευταίες μεγάλες μεταρρυθμίσεις στην υγεία έγιναν το 2011, με το νόμο 3918/2011 «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος συγχώνευσε μια σειρά από ασφαλιστικά ταμεία σε ένα ενιαίο ασφαλιστικό οργανισμό, τον ΕΟΠΠΥ. Επιπρόσθετα, την ίδια χρονιά, ο ν. 3892/2011 θεσμοθετεί την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>. Ποιότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας

### 3.1. Έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι μια έννοια που είναι δύσκολο να προσεγγιστεί. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (OECD, 2004).

Η έννοια της ποιότητας είναι υποκειμενική και δυναμική ως προς το περιβάλλον μέσα στο οποίο εξετάζεται κάθε φορά (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Ιδιαίτερα στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, τα πράγματα περιπλέκονται ακόμη περισσότερο λόγω και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του αγαθού της υγείας. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, μέσω των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας των οργανισμών, όπως το ISO 9001.

Η ανάπτυξη των συστημάτων διοίκησης της ποιότητας βασίζονται στις αρχές που διατύπωσαν οι γκουρού της ποιότητας, με κυριότερους εκπρόσωπους τους: Deming, Taguchi, Crosby κτλ. Ο Crosby (1979), όρισε την ποιότητα ως τη συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις. Ο Crosby εισήγαγε τη θεωρία των Τεσσάρων Απολύτων, η οποία στηρίζεται στην ιδέα της ανοχής των μηδενικών λαθών. Επίσης, ήταν εκείνος που πρωτοδιατύπωσε την έννοια της συνεχούς βελτίωσης. Η ιδέα της συνεχούς βελτίωσης προβλέπει τη συνεχή αναζήτηση περιοχών στους οργανισμούς για περαιτέρω βελτίωση μέσω της διενέργειας ελέγχων.

Σύμφωνα με το Deming (1993), η ποιότητα ταυτίζεται με την ικανοποίηση των αναγκών του χρήστη/ καταναλωτή. Ο Taguchi όρισε την ποιότητα ως την ελαχιστοποίηση των απωλειών προς το κοινωνικό σύνολο, μέσω της μείωσης της

μεταβλητότητας που επιτυγχάνεται με τη βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Εκτός, όμως από την αξιολόγηση της ποιότητας σε επίπεδο οργανισμού ή τμήματος οργανισμού υγείας, η ποιότητα μπορεί να εξεταστεί και σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο, με τη βοήθεια μιας σειράς δεικτών ποιότητας που αξιολογούν τα συστήματα υγείας. Μια μελέτη για την αξιολόγηση της ποιότητας των συστημάτων υγείας διενεργήθηκε από τον ΟΟΣΑ (2011) και περιλαμβάνει μια σειρά δεικτών για την ποιότητα των συστημάτων υγείας.

Η ποιότητα μπορεί ακόμη να οριστεί ως μια έννοια που χαρακτηρίζεται από (i) τον τύπο των αποτελεσμάτων (εκροές), (ii) τον τύπο και την ποσότητα των εισροών που χρησιμοποιούνται, (iii) ορισμένα γεγονότα κατά τη διαδικασία του μετασχηματισμού (Laine et al., 2005).

Πολλές έρευνες προσπαθούν να εξετάσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα. Ο στόχος της μελέτης των Valdamanis et al. (2008) είναι ο εντοπισμός της σχέσης μεταξύ της ποιότητας και της αποδοτικότητας σε νοσοκομεία των ΗΠΑ, ώστε να διαπιστωθεί αν ορισμένα νοσοκομεία θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν την κακή ποιότητα. Από την έρευνα προέκυψε ότι, συνολικά, τα νοσοκομεία στο δείγμα θα μπορούσαν να αυξήσουν τα αποτελέσματά τους κατά μέσο όρο 26% με την εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας. Η ποιότητα της περίθαλψης θα μπορούσε να βελτιωθεί με την αύξηση του αριθμού των εισροών εργασίας στα νοσοκομεία με χαμηλή ποιότητα, ενώ τα νοσοκομεία με υψηλότερη ποιότητα έτειναν να έχουν πιο χαλαρό καθεστώς για το προσωπικό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ανακατανομή των πόρων θα μπορούσε να αυξήσει τη σχετική ποιότητα μεταξύ των νοσοκομείων.

Η έρευνα των Motter et al. (2008) ελέγχει την επίδραση της χρήσης μιας ποικιλίας ελέγχων ποιότητας στα νοσοκομεία. Η μελέτη περιελάμβανε νοσοκομεία σε 20 πολιτείες των ΗΠΑ. Από την έρευνα προέκυψε ότι τα μέτρα της ποιότητας μπορεί να προσφέρουν χρήσιμες γνώσεις στις λειτουργίες του νοσοκομείου, αλλά έχουν μικρή επίδραση στην εκτιμώμενη αναποτελεσματικότητα.

Με την έννοια της ποιότητας από την πλευρά των χρηστών ασχολήθηκε ο Donabedian (1988), ο οποίος καθόρισε τρεις διαστάσεις στην παροχή φροντίδας που επηρεάζουν την ποιότητα: την τεχνική διάσταση, τη διαπροσωπική διάσταση και τη διάσταση της ξενοδοχειακής υποδομής.

Τέλος, υπάρχουν και δείκτες που μετρούν την ποιότητα μέσω των προσδοκιών των πελατών. Ένας δείκτης μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι το SERVQUAL που μετρά τη διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών και τις αντιλήψεις τους (Pasuraman et al., 1988).

### ***3.2. Ιστορική αναδρομή ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας***

Η πρώτη μορφή εφαρμογής της διοίκησης ποιότητας, εμφανίστηκε με την εξάπλωση της βιομηχανικής επανάστασης, οπότε και δημιουργήθηκαν τα πρώτα Τμήματα Επιθεώρησης της Ποιότητας. Καθώς αυξανόταν η παραγωγή προϊόντων και ο καταμερισμός της εργασίας δεν επέτρεπε από τον τεχνίτη τη συνολική εποπτεία επί του παραγόμενου προϊόντος, δημιουργήθηκε η ανάγκη ενός νέου τμήματος ελέγχου (Τσιότρας, 2002).

Στα τέλη του 19ου αιώνα, εμφανίστηκε η έννοια του Έλεγχου Ποιότητας, που αφορούσε στον έλεγχο της ποιότητας του προϊόντος και στη σύγκρισή του με τις προδιαγραφές που είχαν αρχικά τεθεί.

Συνεπώς, η προσέγγιση της ποιότητας με επιστημονικό και συστηματικό τρόπο ξεκινά στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Εκείνη τη χρονική περίοδο δημιουργήθηκαν οι πρώτοι έλεγχοι ποιότητας στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία, ενώ αρχίζουν να δημιουργούνται και τμήματα ποιότητας στις μεγάλες εταιρίες.

Η διασφάλιση της Ποιότητας εμφανίστηκε κατά τη δεκαετία του 1950. Τότε, αρχίζουν και εφαρμόζονται συστήματα και διαδικασίες που στόχο έχουν την προσπάθεια να κατασκευασθεί ένα ποιοτικό προϊόν ή υπηρεσία με την πρώτη φορά και να μην χρειαστούν επιδιορθώσεις.

Τη δεκαετία του 1950, αρχίζει η έννοια την ποιότητας να μελετάται και επιστημονικά, με την εξέταση των μετρήσιμων χαρακτηριστικών των προϊόντων και τη λήψη διορθωτικών μέτρων.

Τη δεκαετία του 1970 εισάγεται η έννοια του Ολικού Ελέγχου ποιότητας από τον Feigenbaum, ο οποίος θεωρούσε ότι ο οργανισμός πρέπει να έχει την ευθύνη για τη διαχείριση της ποιότητας. Τότε, η ποιότητα άρχισε να θεωρείται αποτέλεσμα του ελέγχου, τόσο των προϊόντων όσο και των ακολουθούμενων διαδικασιών κατά την παραγωγή.

Τη δεκαετία του 1990 εισάγεται πλέον η έννοια της Διασφάλισης Ποιότητας. Σύμφωνα με αυτή, οι διαδικασίες παραγωγής και ελέγχου θα πρέπει να είναι σαφώς ορισμένες ώστε να διασφαλίζεται ότι το τελικού προϊόν θα φέρει τεχνικά χαρακτηριστικά που θα ικανοποιούν τις ανάγκες του καταναλωτή (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η πιο σύγχρονη μορφή της έννοιας της Ποιότητας είναι εκείνη της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η οποία αναφέρεται σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας που περιλαμβάνει την προσήλωση στον πελάτη και τη συνεχή βελτίωση. Οι πρώτες ιδέες για την διοίκηση ολικής ποιότητας αναπτύχθηκαν στις Η.Π.Α από το Deming και άλλους ερευνητές και εστίαζαν στη μείωση της μεταβλητότητας. Οι ιδέες αυτές αποτέλεσαν τη βάση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας του Deming.

### ***3.3. Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας***



Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας παίζει πρωταρχικό ρόλο στη βιωσιμότητα ενός οργανισμού υγείας. Η ικανότητα ανταπόκρισης των οργανισμών υγείας στις ανάγκες των ασθενών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν βασικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας, και μπορούν να προσφέρουν συγκριτικό πλεονέκτημα στον οργανισμό (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας αποτελεί, επομένως, το σύνολο των προγραμματισμένων ενεργειών και καθορισμένων διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι μια παρεχόμενη υπηρεσία πληροί ορισμένες προδιαγραφές (Τσότρας, 1995).

Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας αποτελούν συστήματα διοίκησης που εξασφαλίζουν ένα σταθερό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται από τον οργανισμό. Ο στόχος τους είναι η πρόληψη των λαθών, μέσω των προγραμματισμένων ενεργειών και διαδικασιών (Σιγάλας, 1999).

### ***3.4. Καθοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα υπηρεσιών***

Οι προσπάθειες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τη χρήση δεικτών ποιότητας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει αναπτυχθεί ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Καταναλωτών για τις υπηρεσίες Υγείας (Euro Health Consumer Index - EHCI). Ο εν λόγω δείκτης επιχειρεί μέσω μιας ομάδας δεικτών να αξιολογήσει τα διάφορα συστήματα υγείας και θα πληροφορεί τους χρήστες για το επίπεδο των συστημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο EHCI αξιολογεί τα συστήματα υγείας ως προς πέντε διαστάσεις (Κωσταγιόλας και συν., 2008):

- Τα δικαιώματα των ασθενών και την πληροφόρηση
- Το χρόνο αναμονής για τη λήψη της φροντίδας

- Τα αποτελέσματα (δείκτες θνησιμότητας, κτλ)
- Το επίπεδο των παροχών
- Τα φαρμακευτικά προϊόντα

Για τον ίδιο σκοπό δημιουργήθηκαν και τα βραβεία ποιότητας. Τα κριτήρια των βραβείων ποιότητας, βασίζονται στις αρχές της συνεχούς βελτίωσης και διευρύνουν την έννοια της διασφάλισης της ποιότητας, αφού συμπεριλαμβάνουν και οικονομικά αποτελέσματα (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Τα κύρια βραβεία ποιότητας είναι τα εξής:

- Το αμερικάνικο βραβείο για την ποιότητα ή Malcolm Baldrige National Quality Award
- Το Ευρωπαϊκό Βραβείο για την Ποιότητα ή European Foundation for Quality Management

### ***3.5. Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας***

Κατά το Garvin (1988), η ποιότητα μπορεί να λάβει πολλές μορφές, γι' αυτό το λόγο προσδιόρισε τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας:

- Την απόδοση
- Τα χαρακτηριστικά
- Την αξιοπιστία
- Τη συμμόρφωση
- Τη διάρκεια
- Τη λειτουργική κατάσταση

- Την αισθητική
- Την αντιληφθείσα ποιότητα

Συνεπώς, τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας σε ένα οργανισμό υγείας θα αφορούν τη βελτίωση των επιδόσεων του οργανισμού στις παραπάνω διαστάσεις.

Πιο συγκεκριμένα, τα οφέλη της διοίκησης ποιότητας είναι τα εξής (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004):

- Καλύπτονται επαρκέστερα οι ανάγκες των πολιτών
- Παρέχονται πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις
- Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα
- Βελτιώνεται η υγεία του πληθυσμού

### ***3.6. Συνεχής βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας***

Η έννοια της ποιότητας, αναδείχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στους όρους των οργανισμών. Η βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει την έννοια της συνεχούς μάθησης σε κάθε στάδιο της παραγωγής και αποτελεί προϋπόθεση για κάθε επιτυχημένη επιχείρηση ή οργανισμό (Slater & Narver, 1994).

Η έννοια της Συνεχούς Βελτίωσης εισάγεται από τον Crosby (1979). Σύμφωνα με αυτή, θα πρέπει να πραγματοποιούνται συνεχείς έλεγχοι και να αναζητούνται τρόποι βελτίωσης της ποιότητας. Αυτή, όμως, η διαδικασία θα πρέπει να ακολουθείται συστηματικά και όχι με τρόπο ευκαιριακό (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η σημασία της συνεχούς βελτίωσης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, επομένως οι οργανισμοί υγείας που εφαρμόζουν κάποιο πρότυπο

ποιότητας θα πρέπει να έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία της συνεχούς βελτίωσης στην καθημερινή τους λειτουργία.

### ***3.7. Ενίσχυση, παρακολούθηση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας***

Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες να ρυθμιστεί σε νομικό επίπεδο το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ώστε να είναι πιο εύκολη η ενίσχυση, η παρακολούθηση και η προαγωγή της ποιότητας. Ο νόμος 2519/1997 έκανε αναφορά στο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και όρισε τον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο νόμο 2889/2001, και στο ν. 3172/2003 γίνεται και πάλι αναφορά στη βελτίωση της ποιότητας των οργανισμών υγείας μέσω του εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος 3329/2005 όριζε ένα τμήμα βελτίωσης και ελέγχου της ποιότητας των νοσοκομείων, το οποίο θα επέβλεπε τη διαδικασία πιστοποίησης και διαπίστευσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Μετά από αυτές τις νομοθετικές ρυθμίσεις, πολλοί οργανισμοί υγείας προχώρησαν στην υιοθέτηση κάποιου προτύπου ποιότητας.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια, έγιναν και εξακολουθούν να λαμβάνουν χώρα σημαντικές προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας των οργανισμών υγείας, αφού η πλειοψηφία των δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών υγείας έχουν πιστοποιηθεί είτε με ISO 9001, είτε με HACCP. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι δημόσιοι οργανισμοί που έχουν πιστοποιηθεί σε ορισμένα τμήματα ή στο σύνολό τους (Κωσταγιόλας και συν., 2008): Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ, Γ.Ν.Θ.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ, Γ.Ν. ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ, Γ.Ν.Α. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ, Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΓΝΑ ΛΑΪΚΟ, ΓΝΜ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ, ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΠΓΝ ΠΑΤΡΩΝ κτλ.

Αντίστοιχα, ορισμένοι δημόσιοι οργανισμοί που έχουν πιστοποιηθεί με HACCP είναι οι κάτωθι: ΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ, ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ κτλ.

Οι κυριότερες διαδικασίες που απαιτούνται για την πιστοποίηση ενός οργανισμού κατά ISO 9001:2000 είναι ο έλεγχος των εγγράφων, ο έλεγχος των αρχείων ποιότητας, οι εσωτερικές επιθεωρήσεις, ο έλεγχος μη συμμορφώσεων, οι διορθωτικές ενέργειες και οι προληπτικές ενέργειες. Παρόλα αυτά, τα πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας δε αποτελούν τη λύση σε όλα τα προβλήματα ποιότητας των οργανισμών υγείας, καθώς εστιάζουν μόνο στη διοικητική λειτουργία των νοσοκομείων. Συνεπώς, θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες να βελτιωθεί η ποιότητα από την πλευρά του ασθενή, η οποία αποτελεί την ικανοποίηση του χρήστη. Ο ασθενής θα πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα στη μέτρηση της ποιότητας και η άποψή του είναι εκείνη που επιβεβαιώνει και βελτιώνει τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

### ***3.8. Διοίκηση ολικής ποιότητας υπηρεσιών υγείας***

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια διοικητική φιλοσοφία, που στοχεύει να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα, την ευελιξία, την ανταγωνιστικότητα και την ικανοποίηση των πελατών. Ως πελάτες, μάλιστα, νοούνται τόσο οι εσωτερικοί (οι εργαζόμενοι και άλλοι φορείς στο εσωτερικό του οργανισμού) όσο και οι εξωτερικοί (τελικοί αποδέκτες της υπηρεσίας) (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Για να εφαρμοστεί, όμως, με επιτυχία η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε ένα οργανισμό υγείας απαιτείται η δέσμευση της διοίκησης, αλλά και η αποτελεσματική αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων. Για όλα τα στελέχη του οργανισμού, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας θα πρέπει να αποτελεί όραμα και να γίνει τρόπος ζωής (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Στην έρευνά τους, οι Mohanty, Santhi και Haripriya (1996) προσδιόρισαν τους βασικούς παράγοντες για την αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο χώρο της Υγείας, αφού τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις βιομηχανίες ή τις εμπορικές επιχειρήσεις. Απαιτείται λοιπόν προσεκτική εξέταση και διαχείριση του περιβάλλοντος και των προβλημάτων που είναι πιθανό να προκύψουν, καθώς ο πελάτης - ασθενής είναι ευάλωτος και εξαρτημένος, επομένως είναι δύσκολο να λάβει αποφάσεις για την υγεία του.

### **3.9. Ποιοτικός έλεγχος υπηρεσιών υγείας**

#### **3.9.1. Διασφάλιση ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών υγείας**

Η Διασφάλιση της Ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσότρας, 1995).

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί ένα σύστημα διοίκησης το οποίο μπορεί να εγγυηθεί στον οργανισμό και τους πελάτες του, ένα σταθερό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει.

Τη βάση για τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας έθεσαν οι γκουρού της ποιότητας. Για παράδειγμα, ο Feigenbaum (1991) εισήγαγε την έννοια του Ελέγχου Ολικής Ποιότητας και περιέγραψε την ανάγκη για μια σαφή δομή του συστήματος της ποιότητας.

Η διασφάλιση της ποιότητας έχει στόχο να προλάβει πιθανά λάθη, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα του τελικού προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας. Αποτελεί το σύνολο των προγραμματισμένων ενεργειών και διαδικασιών, οι

οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές.

Όταν ένας οργανισμός υιοθετήσει τις αρχές της διοίκησης ποιότητας και έχει προχωρήσει σε κάποιες ενέργειες βελτίωσης της, τότε μπορεί να πιστοποιήσει το αποτέλεσμα των προσπαθειών του μέσω της υιοθέτησης ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος διασφάλισης της ποιότητας είναι η πιστοποίηση μέσω κάποιου προτύπου, όπως για παράδειγμα το ISO.

Η διασφάλιση της ποιότητας σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την τυποποίηση. Η τυποποίηση μπορεί να είναι: εθνική, ευρωπαϊκή, διεθνής, κλαδική κτλ. για αυτό το λόγο, έχουν δημιουργηθεί ειδικοί οργανισμοί τυποποίησης, όπως για παράδειγμα ο ΕΛΟΤ ΑΕ. ο ΕΛΟΤ είναι ένας εθνικός φορέας τυποποίησης, ενώ υπάρχουν και αντίστοιχοι διεθνείς φορείς, όπως για παράδειγμα ο ISO (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η τυποποίηση στο τομέα των υπηρεσιών της υγείας αναπτύσσεται συνεχώς και εμπλουτίζεται με ειδικότερες οδηγίες και απαιτήσεις, όπως για παράδειγμα το πρότυπο EN 13824:2004, που αφορά ειδικές ιατρονοσηλευτικές οδηγίες (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

### **3.9.2. Συστήματα διαχείρισης ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών υγείας**

Το πιο γνωστό σύστημα διασφάλισης ποιότητας είναι η σειρά προτύπων ISO 9000:2000, που δίνει έμφαση στη διαχείριση των διεργασιών. Η πιστοποίηση των οργανισμών πραγματοποιείται σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001, ενώ τα άλλα επιμέρους πρότυπα παρέχουν οδηγίες, κατευθύνσεις, διευκρινήσεις κτλ. Υπάρχουν, όμως και άλλα πρότυπα ποιότητας που κρίνονται χρήσιμα για τους οργανισμούς υγείας, όπως είναι τα εξής:

- HACCP

- ISO 22000: 2004
- ISO 14000/ ISO 14001
- OSHAS 18001
- ISO/ IEC 17025: 2005
- ISO 13485: 2003
- ISO/ IEC 27001:2005

Η σειρά προτύπων ISO 9000 αποτελεί μια σειρά προτύπων και οδηγιών, που καθορίζουν τις ελάχιστες απαιτήσεις για την εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού συστήματος ποιότητας σε μια μονάδα υγείας (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Το σύστημα ποιότητας ενός οργανισμού υγείας πιστοποιείται από διαπιστευμένο φορέα, εφόσον έχει προηγηθεί επιθεώρηση από ανεξάρτητο φορέα. Με αυτό τον τρόπο, διαπιστώνεται ότι οι αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού υγείας επιτυγχάνονται πιο αποδοτικά, όταν οι σχετικοί πόροι και οι δραστηριότητες εντάσσονται σε ένα σαφώς ορισμένο πλέγμα διεργασιών.

Η σειρά προτύπων ISO 9000:2000 δίνει έμφαση στη διαχείριση των διαδικασιών που ακολουθεί ο οργανισμός. Η πιστοποίηση πραγματοποιείται σύμφωνα με το ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000 ενώ τα άλλα πρότυπα της σειράς παρέχουν οδηγίες, κατευθύνσεις, επεξηγήσεις και ορισμούς. Η σωστή εφαρμογή των προτύπων της σειράς δίνει τη δυνατότητα στον οργανισμό υγείας να διαχειρίζεται καλύτερα τις εισροές, τις διεργασίες και τα αποτελέσματα των εργασιών της (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Το HACCP είναι ένα σύστημα ποιότητας το οποίο προσδιορίζει, αξιολογεί και διαχειρίζεται κινδύνους, οι οποίοι είναι σημαντικοί για την ασφάλεια των προϊόντων. Οι βασικές αρχές του συμβάλουν, ώστε οι οργανισμοί να εντοπίσουν τα στάδια και τις



συνθήκες που αποτελούν κρίσιμα σημεία για την ασφάλεια (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Το πρότυπο ISO 22000 αποτελεί συνδυασμό των απαιτήσεων των προτύπων ISO 9001 και HACCP για την περίπτωση που απαιτείται κοινή εφαρμογή τους (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Το διεθνές πρότυπο ISO 22000 έχει ενσωματώσει τις αρχές H.A.C.C.P, το οποίο έχει προσανατολισμό πρόληψης (Bryan, 1990). Το ISO 22000 είναι σύμφωνο με τις αρχές του HACCP, και ταυτόχρονα είναι συμβατό με τους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Mamalis et al., 2009).

### ***3.10. Οι προσδοκίες για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας***

Οι χρήστες καταφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας για να αποκαταστήσουν την κατάσταση της υγείας του ή να προλάβουν την επιδείνωσή τους, με κάποια ασθένεια. Οι προσδοκίες των ασθενών εξαρτώνται από την κατάσταση της υγείας τους, το περιβάλλον που βρίσκονται κτλ. Πολλές έρευνες εξετάζουν τις προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Μια από τις πρώτες έρευνες που εξέταζαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η έρευνα του Weinerman (1966). Ο Weinerman (1966) προχώρησε σε 2028 διαδοχικές επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου του Yale-New Heaven. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι ασθενείς θεωρούν το τμήμα επειγόντων περιστατικών εξαιρετικά χρήσιμο και ότι ικανοποιεί τις υψηλές προσδοκίες τους για ταχύτητα και αποτελεσματικότητα.

Στην έρευνά τους, οι Thomas και Hofer (1998) καταλήγουν ότι η κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου των ασθενών, και ότι η ποιότητα στα νοσοκομεία με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας,

είναι υψηλότερη. Παρόλα αυτά, η δημοσιοποίηση των ποσοστών θνησιμότητας μπορεί να παρέχει λανθασμένη πληροφόρηση στους ασθενείς και να δημιουργήσει λανθασμένες προσδοκίες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα λάβουν.

### ***3.11. Προβλήματα στην ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας***

Τα κύρια προβλήματα που σχετίζονται με τα συστήματα υγείας αναφέρονται (Υφαντόπουλος, 2006):

- Στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- Στη διαχείριση των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας
- Στην αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων
- Στην κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας

Αντίστοιχα, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας προκύπτουν διάφορα προβλήματα, όπως για παράδειγμα (Κωσταγιόλας και συν., 2008):

- Στον καθορισμό των διαστάσεων της ποιότητας που θα τεθούν υπό αξιολόγηση
- Στον εντοπισμό και την ανάπτυξη αξιόπιστων δεικτών με τους οποίους θα πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση
- Στη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>. Θεωρία Έρευνας**

### **4.1. Θεωρία κοινωνιολογικής έρευνας**

Έρευνα είναι μία λογική και συστηματική αναζήτηση για νέες και χρήσιμες πληροφορίες σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Εναλλακτικά, πρόκειται για μία διερεύνηση των δυνατών λύσεων ενός επιστημονικού ή κοινωνικού προβλήματος μέσω αντικειμενικής και συστηματικής ανάλυσης (Rajasekar et al, 2006). Οι βασικές παράμετροι μίας έρευνας είναι η φιλοσοφία, οι μέθοδοι, τα μοντέλα και οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιεί. Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι παράμετροι αυτήν για την παρούσα έρευνα.

#### **4.1.1. Θεωρίες φιλοσοφίας: Θετικισμός vs Φαινομενολογία**

Η ερευνητική προσέγγιση που επιλέγεται για την διερεύνηση μίας κοινωνικής δομής και ενός κοινωνικού προβλήματος εξαρτάται από τις ερευνητικές ερωτήσεις και από τη φιλοσοφική οπτική γωνία που θα χρησιμοποιηθεί για να δοθεί απάντηση στις συγκεκριμένες ερωτήσεις (Shepard et al, 1993). Υπάρχουν δύο βασικές φιλοσοφικές προσεγγίσεις, οι οποίες είναι διαθέσιμες και εμφανίζονται αντιφατικές μεταξύ τους, καθώς στηρίζονται σε διαφορετικές υποθέσεις για τον κόσμο και για τον τρόπο που η επιστήμη θα πρέπει να διεξάγεται (Kuhn, 1970). Πρόκειται για τη φιλοσοφία του θετικισμού και τη φιλοσοφία της φαινομενολογίας.

Ο θετικισμός ορίζεται ως η διαδικασία με την οποία τα στοιχεία που πηγάζουν από την αντικειμενική πραγματικότητα και συγκεντρώνονται άμεσα ή έμμεσα μέσω των ανθρώπινων αισθήσεων χρησιμοποιούνται ως βάση για τη γενίκευση της γνώσης (Polit και Hungler, 1991). Ο ερευνητής που ακολουθεί τη φιλοσοφική προσέγγιση του

θετικισμού στοχεύει στην ανακάλυψη μίας μοναδικής και αντικειμενικής πραγματικότητας. Αυτήν η πραγματικότητα υλοποιείται μέσω της διατύπωσης και του ελέγχου μίας ή περισσοτέρων υποθέσεων, οι οποίες είναι εφικτό να ελεγχθούν, και οι οποίες συνιστούν τις αναμενόμενες απαντήσεις που μπορούν να αποδοθούν κατά τη διερεύνηση σχέσεων αιτίου – αιτιατού. Ο ερευνητής και τα στοιχεία του προβλήματος που διερευνάται αντιμετωπίζονται ως ανεξάρτητα και διακριτά μεταξύ τους, ενώ η ίδια η δραστηριότητα της έρευνας θεωρείται ως ανικανή να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο σύνολό τους δηλαδή οι παράμετροι της έρευνας (ερευνητής, διαδικασίες και στοιχεία) θεωρούνται αντικειμενικά (Payton, 1988; Phillips, 1987). Η συγκεκριμένη φιλοσοφική προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς έως σήμερα στο πεδίο των φυσικών επιστημών και παρόλη την κριτική που δέχεται, παραμένει σήμερα κυρίαρχη (Firestone, 1987; Fetterman, 1988).

Από την άλλη μεριά, στα μέσα του 1800 στη Γερμανία έκανε την εμφάνισή της μία νέα φιλοσοφική προσέγγιση, αυτή της φαινομενολογίας, της οποίας οι υποθέσεις είναι σημαντικά διαφορετικές σε σχέση με της αντίστοιχες του θετικισμού. Ο ερευνητής που ακολουθεί τη συγκεκριμένη προσέγγιση προσπαθεί να καταλάβει τα κοινωνικά φαινόμενα και την ανθρώπινη δραστηριότητα από την οπτική γωνία του ανθρώπου που εξετάζεται (Shepard et al, 1993). Συγκεκριμένα, ο ερευνητής πιστεύει ότι τα μεμονωμένα άτομα θα πρέπει να εξετάζονται και να γίνονται αντιληπτά μέσα σε πλαίσιο συνθηκών και όχι ανεξάρτητα από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν. Με αυτόν τον τρόπο, η πραγματικότητα πιστεύεται να σχηματίζεται κοινωνικά από τα μεμονωμένα άτομα και για το λόγο αυτό προκύπτουν πολλαπλές πραγματικότητες και μη πεπερασμένος αριθμός αντικειμενικών αρχών και αξιών (Lincoln, Guba, 1985). Στην προσπάθεια διερεύνησης φαινομένων στα οποία εντοπίζονται πολλαπλές πραγματικότητες, οι ερευνητές συχνά εμπλέκονται τόσο στη διαδικασία της συγκέντρωσης δεδομένων όσο και στη διαδικασία της ερμηνείας αυτών.

Κατόπιν τούτων, η παρούσα έρευνα εντάσσεται στα πλαίσια της φιλοσοφικής προσέγγισης του θετικισμού, καθώς έχει συγκεκριμένες ερευνητικές υποθέσεις ο έλεγχος των οποίων θα αποδώσει συγκεκριμένες απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν. Ταυτόχρονα, ο διεξάγων την παρούσα έρευνα δεν ενεπλάκη στις διαδικασίες της, αλλά

παρέμεινε, το περισσότερο δυνατόν, αποστασιοποιημένος από το ερευνώμενο περιβάλλον, ανεξάρτητος και αντικειμενικός.

#### **4.1.2. Ερευνητικές Μέθοδοι: Ποσοτική vs Ποιοτική**

Οι ερευνητικές μέθοδοι είναι οι διάφορες διαδικασίες, σχέδια, αλγόριθμοι και ούτω καθεξής που χρησιμοποιούνται σε μία έρευνα και στόχο έχουν τη συγκέντρωση των δεδομένων και την εύρεση της λύσης στο πρόβλημα που εξετάζεται (Rajasekar et al, 2006). Οι ερευνητικές μέθοδοι κατηγοριοποιούνται σε δύο μεγάλες ομάδες. Την ποσοτική και την ποιοτική ερευνητική μέθοδο. Όπως θα φανεί και στη συνέχεια, η φιλοσοφική προσέγγιση που ακολουθείται από τον ερευνητή καθορίζει το είδος της ερευνητικής μεθόδου που θα ακολουθήσει.

Η ποσοτική έρευνα περιγράφεται σύμφωνα με τους όρους του θετικισμού (Duffy, 1985) και προκύπτει από τις επιστημονικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στο πεδίο των φυσικών επιστημών (Cormack, 1991). Η συγκεκριμένη ερευνητική μέθοδος συνίσταται σε μία αντικειμενική και επίσημη συστηματική διαδικασία, η οποία στηρίζεται σε αριθμητικά δεδομένα. Περιγράφει, ελέγχει και εξετάζει διατυπωμένες σχέσεις αιτίου – αιτιατού (Burns, Grove, 1987), χρησιμοποιώντας την επαγωγική συλλογιστική προσέγγιση (Duffy, 1985).

Αντιθέτως, η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση ενός φαινομένου από την οπτική γωνία του υποκειμένου και όχι του ερευνητή (Duffy, 1985). Εναλλακτικά, η ποιοτική έρευνα ορίζεται ως ο τρόπος συστηματικής αμφισβήτησης θεμάτων που σχετίζονται με τα ανθρώπινα όντα και τη φύση των συναλλαγών τους και τον τρόπο κατανόησης του περιβάλλοντός τους (Benoliel, 1985). Ο στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η περιγραφή συγκεκριμένων πλευρών διαφόρων φαινομένων, η οποία είναι προσανατολισμένη στην ερμηνεία του ίδιου του υποκειμένου (Cormack, 1991), ενώ στηρίζεται στη φιλοσοφία της φαινομενολογίας (Duffy, 1985).

Κατόπιν τούτων, γίνεται αντιληπτό ότι η ερευνητική μέθοδος που ακολουθείται στα πλαίσια της παρούσης εργασίας είναι η ποσοτική, καθώς στόχος της είναι η περιγραφή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, η εξέταση των μεθόδων βελτίωσης και των σχέσεων συνεργασίας και στάσεων μεταξύ των τμημάτων και ο έλεγχος αυτών.

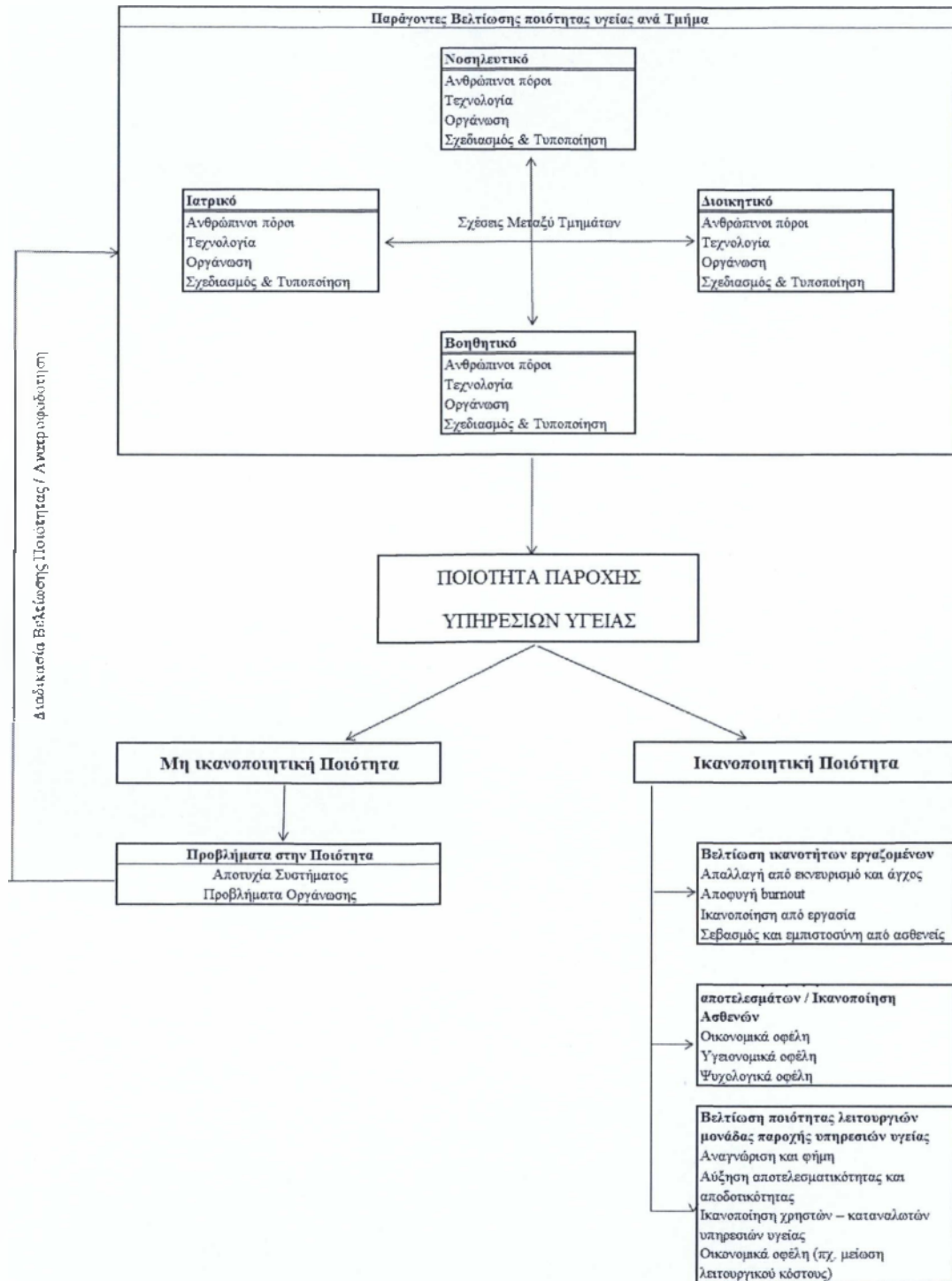
#### **4.1.3. Εννοιολογικά Μοντέλα**

Ένα εννοιολογικό μοντέλο είναι μία περιγραφή σε υψηλή επίπεδο του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των βασικών μερών ενός συστήματος. Επομένως, το εννοιολογικό μοντέλο προσφέρει μία κατάλληλη αναπαράσταση του συστήματος που αναπαριστά υπό την έννοια ότι είναι ορθό, συνεπές και πλήρες. Συγκεκριμένα, εξειδικεύει και περιγράφει (Johnson, Henerson, 2002):

- Τις βασικές, εφόσον υπάρχουν, αλληγορίες και αναλογίες που χρησιμοποιούνται στο σχέδιο,
- Τις αντιλήψεις που παραθέτει το σύστημα στους χρήστες του, περιλαμβανομένων των δεδομένων, των αντικειμένων και των συμπεριφορών που οι ίδιοι πραγματοποιούν.
- Τις σχέσεις μεταξύ αυτών των αντιλήψεων,
- Το σχεδιασμό μεταξύ αυτών των αντιλήψεων.

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τη βασική παράμετρο, δηλαδή τη βασική εξεταζόμενη μεταβλητή και για το λόγο αυτό τοποθετείται σε κυρίαρχη θέση στο εννοιολογικό μοντέλο που παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1 παρακάτω.

**Διάγραμμα 1: Το Εννοιολογικό Μοντέλο της Έρευνας**



Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1, οι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού είναι οι ανθρώπινοι πόροι, η τεχνολογία, η οργάνωση και ο σχεδιασμός και η τυποποίηση. Το σύνολο αυτών των παραγόντων εμφανίζονται σε κάθε επιμέρους τμήμα του οργανισμού, γεγονός που σημαίνει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών από καθένα από αυτά διαφοροποιείται. Ο τρόπος με τον οποίο καθορίζονται οι σχέσεις μεταξύ αυτών των τμημάτων, καθώς και οι πόροι που το καθένα διαθέτει καθορίζει τη συνολική ποιότητα του οργανισμού.

Η αξιολόγηση της συνολικής εξερχόμενης ποιότητας ενός οργανισμού παροχής υγείας μπορεί να κρίνεται είτε ως ικανοποιητική είτε ως μη ικανοποιητική. Σε περίπτωση μη ικανοποιητικής ποιότητας, τα προβλήματα που εντοπίζονται μπορούν να αναφέρονται είτε σε αποτυχία του όλου συστήματος είτε σε προβλήματα οργάνωσης. Προς την επίλυση αυτών θα πρέπει να συγκεντρώνονται στοιχεία για τις υστερήσεις που παρατηρούνται είτε σε επίπεδο πόρων είτε σε επίπεδο σχέσεων μεταξύ των τμημάτων και με τη μορφή της ανατροφοδότησης να επανακαθορίζεται η όλη λειτουργία του οργανισμού, βελτιώνοντας σημαντικά την παρεχόμενη ποιότητα. Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή σε εκείνη της ικανοποιητικής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, τα αποτελέσματα της είναι εμφανή και για τους ασθενείς και για το προσωπικό, αλλά και για τον ίδιο τον οργανισμό, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1.

#### **4.1.4. Προσεγγίσεις: Επαγωγικός και Παραγωγικός Συλλογισμός**

Οι διαθέσιμες ερευνητικές προσεγγίσεις μπορούν να διακριθούν σε δύο σημαντικές κατηγορίες. Η πρώτη αναφέρεται στην παραγωγική προσέγγιση και η δεύτερη στην επαγωγική προσέγγιση, οι οποίες έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους.

Ο επαγωγικός συλλογισμός ξεκινά με λεπτομερή παρατήρηση του κόσμου και κατευθύνεται προς αφηρημένες γενικεύσεις και ιδέες (Neuman, 2004), Με άλλα λόγια, ο επαγωγικός συλλογισμός ξεκινά με την παρατήρηση και οι θεωρίες διατυπώνονται στο



τέλος της ερευνητικής προσπάθειας, ως αποτέλεσμα αυτής της παρατήρησης (Goddard, Melville, 2004). Ταυτόχρονα, ενσωματώνει την αναζήτηση μοτίβων που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα παρατηρούμενα φαινόμενα και την ανάπτυξη θεωριών που μπορούν να εξηγήσουν (Bernard, 2011). Επομένως, σε μία έρευνα που χαρακτηρίζεται από την επαγωγική προσέγγιση, δε διατυπώνεται καμία θεωρία στην αρχή της, αλλά αυτές προκύπτουν ως αποτέλεσμα της.

Αντιθέτως, ο παραγωγικός συλλογισμός αναφέρεται στη διατύπωση υποθέσεων που στηρίζονται στην υπάρχουσα θεωρία και στη συνέχεια προχωρά στο σχεδιασμό της έρευνας προς τον έλεγχο αυτών των θεωριών (Wilson, 2010). Επομένως, ο παραγωγικός συλλογισμός σημαίνει κίνηση από το συγκεκριμένο στο γενικό, σε αντίθεση με τον επαγωγικό συλλογισμό ο οποίος κινείται από μία γενική ιδέα σε συγκεκριμένες θεωρίες. Διερευνά, επομένως, μία γνωστή θεωρία ή ένα γνωστό φαινόμενο και ελέγχει την ισχύ της θεωρίας που το διέπει στις εκάστοτε δεδομένες συνθήκες του περιβάλλοντος (Beiske, 2007).

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των σχετικών θεωριών που ασχολούνται με την ποιότητα των υπηρεσιών παροχής υγείας και της βελτίωσης αυτών. Βάσει αυτών των θεωριών τέθηκαν οι ερευνητικές υποθέσεις, τις οποίες η ανάλυση που ακολουθεί καλείται να διαψεύσει ή να επιβεβαιώσει. Κατόπιν τούτων, γίνεται αντιληπτό ότι η έρευνα κινείται στα πλαίσια του παραγωγικού συλλογισμού και όχι του επαγωγικού.

#### **4.1.5. Τεχνική: Κοινωνιομετρική**

Η βασική τεχνική έρευνας που χρησιμοποιείται στα πλαίσια της παρούσης εργασίας είναι η Κοινωνιομετρία. Ως κοινωνιομετρία ή κοινωνιομετρική τεχνική ορίζεται η μεθοδολογία με την οποία εντοπίζονται τα ενεργά διανύσματα των διαπροσωπικών σχέσεων σε μία ομάδα και η οποία καταδεικνύει τα μοτίβα με τα οποία

τα ανεξάρτητα άτομα σχετίζονται μεταξύ τους όταν δρουν ως μία ομάδα προσανατολισμένη σε ένα συγκεκριμένο σκοπό (Moreno, 1960). Εναλλακτικά, κοινωνιομετρία είναι η μαθηματική μελέτη των ψυχολογικών ιδιοτήτων του πληθυσμού, της οποίας οι πειραματικές τεχνικές και τα αποτελέσματα αποκτώνται μέσω ποσοτικών μεθόδων (Moreno, 1951).

Η κοινωνιομετρία στηρίζεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι πραγματοποιούν επιλογές στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Οποτεδήποτε οι άνθρωποι συγκεντρώνονται, επιλέγουν εάν θα καθίσουν ή θα φύγουν, σχετικά με ποιο άτομο τους φαίνεται περισσότερο φιλικό ή όχι, ποιος έχει κεντρικό ρόλο στην ομάδα, ποιος απορρίπτεται και ποιος πρέπει να απομονωθεί (Moreno, 1953). Κάτω από αυτήν τη λογική, η κοινωνιομετρία επιτρέπει τη μέτρηση, τη χαρτογράφηση και το σχεδιασμό των σχέσεων με τέτοιο τρόπο ώστε οι αόρατες δυνάμεις εντός ενός οργανισμού να γίνουν ορατές και να μπορούν αν διερευνηθούν (Vajari-Rostampour, 2012).

Τέλος, τα εργαλεία της συγκεκριμένης αυτής τεχνικής ποικίλουν. Τα περισσότερο γνωστά και αυτά που θα χρησιμοποιηθούν τα πλαίσια της παρούσας είναι ο κοινωνιομετρικός πίνακας και το κοινωνιόγραμμα, τα οποία και αναλύονται στις επόμενες ενότητες.

#### **4.1.5.1 Κοινωνιομετρικός Πίνακας**

Ο κοινωνιομετρικός πίνακας είναι ένας πίνακας συγκέντρωσης και σύνοψης των δεδομένων, ο οποίος συστηματικά οργανώνει τις επιλογές και/ή τις απορρίψεις όπως παρουσιάζονται από τον κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα. Πρόκειται για έναν πίνακα διαστάσεων  $n \times n$ , όπου  $n$  είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στην κορυφή επάνω και στα αριστερά αυτού του πίνακα εμφανίζονται τα κωδικοποιημένα ονόματα των συμμετεχόντων. Οι αποκρίσεις καθενός από τους συμμετέχοντες εμφανίζονται στον πίνακα στο αντίστοιχο κελί του επιλεγμένου ή του απορριφθέντος συμμετέχοντα με το σημείο του «+» για θετικές επιλογές και με το σημείο του «-» για τις αρνητικές επιλογές

αντιστοιχώς. Στο κάτω μέρος του πίνακα, συγκεντρώνεται ο αριθμός των επιλογών (θετικών και αρνητικών) που πραγματοποιήθηκαν για τον καθένα από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά, οι συμμετέχοντες διακρίνονται σε δημοφιλείς, οι οποίοι είναι εκείνοι με τις περισσότερες θετικές επιλογές, σε απορριπτέους, οι οποίοι είναι εκείνοι με τις περισσότερες αρνητικές επιλογές, και σε απομονωμένους, οι οποίοι είναι εκείνοι που δεν επιλέχθηκαν από κανέναν (Hollander, 1978).

#### **4.1.5.2 Κοινωνιόγραμμα**

Η δημιουργία του κοινωνιογράμματος προκύπτει από τον κοινωνιομετρικό πίνακα. Το κοινωνιόγραμμα είναι μία αποτύπωση, ένας χάρτης, ο οποίος παρουσιάζει τη θέση του καθενός από την ομάδα εντός αυτής και τις σχέσεις του με το καθένα από τα υπόλοιπα μέλη. Το καθένα από τα μέλη συμβολίζεται με διάφορα σχήματα και μεταξύ τους δημιουργούνται διανύσματα, τα οποία είναι κόκκινα για τις θετικές επιλογές, μαύρα για τις αρνητικές επιλογές και μπλε για τις ουδέτερες επιλογές, ενώ για περιπτώσεις αμοιβαίας επιλογής χρησιμοποιούνται παρόμοιας μορφής διανύσματα. Η κατασκευή του κοινωνιογράμματος θα πρέπει να είναι προσεκτική, ώστε να είναι εύκολα αναγνώσιμο. Τέλος, πλεονεκτεί έναντι του κοινωνιομετρικού πίνακα, καθώς παραθέτει το σύνολο των δεδομένων ταυτόχρονα, επιτρέπει την ανάλυση λεπτομερειών και τονίζει σημαντικά τις αμοιβαιότητες στις επιλογές. (Hollander, 1978)

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>. Μεθοδολογία και Σχεδιασμός Έρευνας**

### **5.1. Σχεδιασμός έρευνας**

Η υψηλή ποιότητα αποτελεί το ζητούμενο για το σύνολο των οργανισμών. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, τα πράγματα είναι ακόμη πιο σύνθετα, λόγω και της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οι θεωρίες και μέθοδοι διασφάλισής της. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας έχει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη βιωσιμότητα των οργανισμών, αλλά και στην ποιότητα ζωής των πολιτών. Η ικανότητα των οργανισμών υγείας να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας υγείας, και είναι σε θέση να δημιουργήσουν συγκριτικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό.

Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις σχέσεις μεταξύ των τμημάτων ενός οργανισμού υγείας, οι οποίες αποτελούν την άτυπη δομή του οργανισμού, και κατ' ουσία δείχνουν σε ποιόν μπορούν να στραφούν οι εργαζόμενοι για να βελτιωθεί το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτή η άτυπη δομή αποτυπώνεται και αναλύεται με τη χρήση της κοινωνιομετρικής μεθόδου.

Ο σκοπός της εργασίας συμπληρώνεται με την μελέτη της περίπτωσης του μαιευτηρίου Λητώ, στο οποίο λαμβάνει χώρα και η έρευνα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας απαιτείται η διατύπωση ερευνητικών στόχων. Οι στόχοι της έρευνας διατυπώνονται με τρόπο που να υπηρετούν το σκοπό της μελέτης, καθιστώντας όμως περισσότερο σαφή και συγκεκριμένο.

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι οι εξής:

1. Η εκτίμηση του υφιστάμενου επιπέδου της ποιότητας στον εξεταζόμενο οργανισμό υγείας.
2. Η διερεύνηση των κυριότερων μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών σε ένα οργανισμό υγείας.
3. Ο εντοπισμός των προβλημάτων που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Η απεικόνιση των σχέσεων συνεργασίας και των στάσεων μεταξύ των τμημάτων, οι οποίες αποτελούν την άτυπη μορφή του οργανισμού

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν, μπορούν να διατυπωθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, που θα αποτελέσουν τη βάση της έρευνας. Με βάση αυτά σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο που θα αποτελέσει το εργαλείο της έρευνας. Για να επιτευχθεί ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης θα πρέπει να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Μαιευτήριο Λητώ; Το προσωπικό και η διοίκηση του μαιευτηρίου ικανοποιούνται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;
2. Ποιοι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας στο μαιευτήριο Λητώ;
3. Ποια είναι τα προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο μαιευτήριο Λητώ;
4. Ποια είναι τα αναμενόμενα οφέλη και τα αποτελέσματα της βελτίωσης της ποιότητας;
5. Πώς διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων του μαιευτηρίου Λητώ, όσον αφορά την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών;

Κατόπιν τούτων, οι ερευνητικές υποθέσεις που διαμορφώνονται σε αντιστοιχία με τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία αναφέρονται έχουν ως εξής:

### 1<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

H1: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το ιατρικό προσωπικό.

H2: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό.

H3: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το βοηθητικό προσωπικό.

H4: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το διοικητικό προσωπικό.

H5: Δεν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού και της διοίκησης ως προς την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται.

H6: Η κάθε κατηγορία προσωπικού είναι το ίδιο ευαισθητοποιημένη σε θέματα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

H7: Ο ρόλος της διοίκησης, της επιστημονικής γνώσης και της συμμετοχής όλων των εργαζομένων στη διοίκηση ολικής ποιότητας αναγνωρίζεται στον ίδιο βαθμό από κάθε κατηγορία προσωπικού.

### 2<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

H8: Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H9: Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H10: Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H11: Οι σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H12: Η αξιολόγηση των παραγόντων που ευθύνονται για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.

### 3<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

H13: Η αποτυχία συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H14: Το ανθρώπινο λάθος αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H15: Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

H16: Η αξιολόγηση των προβλημάτων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.

### 4<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

H17: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων (απαλλαγή από άγχος, αποφυγή burnout, ικανοποίηση από εργασία, σεβασμός και εμπιστοσύνη από ασθενείς).

H18: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων και της ποιότητας λειτουργιών μονάδας

(αναγνώριση και φήμη, αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, ικανοποίηση χρηστών – καταναλωτών, οικονομικά οφέλη).

H19: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει ικανοποίηση των ασθενών (οφέλη οικονομικά, υγειονομικά, ψυχολογικά).

H20: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.

H21: Η αξιολόγηση των οφελών της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.

#### 5<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

H22: Το διοικητικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

H23: Το ιατρικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

H24: Το νοσηλευτικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

H25: Το βοηθητικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



## **5.2. Μεθοδολογία έρευνας**

### **5.2.1. Η συλλογή δεδομένων και η δομή ερωτηματολογίου**

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε και συγκεντρώθηκε στους και από τους υπαλλήλους του εξεταζόμενου οργανισμού υγείας με τη συνδρομή της υπηρεσίας Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων του. Συγκεκριμένα, μέσα Ιουνίου 2013 παραδόθηκαν στο τμήμα Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων του οργανισμού υγείας 130 κενά ερωτηματολόγια για τη συμπλήρωση των οποίων δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις στην υπεύθυνη υπάλληλο του τμήματος. Από το σύνολο των 130 ερωτηματολογίων, κατέστη δυνατή η συγκέντρωση των 100, η οποία πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαδοχικές εβδομάδες. Την πρώτη εβδομάδα κατόπιν της παράδοσης, συγκεντρώθηκαν τα πρώτα 44 ερωτηματολόγια, τη δεύτερη 26 ερωτηματολόγια και την τελευταία και τρίτη εβδομάδα τα τελευταία 30. Η συγκέντρωσή τους αποδείχθηκε ιδιαιτέρως επίπονη, καθώς η όλη διαδικασία πραγματοποιήθηκε εντός του καλοκαιριού με αποτέλεσμα αρκετοί υπάλληλοι να απουσιάζουν εξαιτίας των θερινών αδειών.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες έχουν διαχωριστεί σε τρεις βασικές ενότητες ως εξής:

1. Ενότητα 1<sup>η</sup>: Περιέχει τις ερωτήσεις που ασχολούνται με τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου. Συγκεκριμένα, πρόκειται για 6 ερωτήσεις, εκ των οποίων η μία είναι διχοτομική (φύλο) και οι υπόλοιπες πολλαπλής επιλογής (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, ειδικότητα και χρόνος προϋπηρεσίας).
2. Ενότητα 2<sup>η</sup>: Περιέχει τις ερωτήσεις που αναφέρονται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τους παράγοντες που την καθορίζουν, τα προβλήματα που δημιουργεί η μη ποιότητα, τα αποτελέσματα της

ποιότητας και τα οφέλη αυτής. Πρόκειται για 26 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert, όπου οι συμμετέχοντες δηλώνουν την απόλυτη διαφωνία τους, τη διαφωνία τους, την ουδετερότητά τους, τη συμφωνία τους ή την απόλυτη συμφωνία τους.

3. Ενότητα 3<sup>η</sup>: Περιέχει τις ερωτήσεις που αναφέρονται στις εργασιακές σχέσεις μεταξύ των τμημάτων του οργανισμού. Πρόκειται για 4 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, η καθεμία από τις οποίες εκπροσωπεί τους παράγοντες της συνεργασίας, της προτίμησης συνεργασίας, της αξιολόγησης της λειτουργίας και της υιοθέτησης της κουλτούρας. Με βάση αυτές τις ερωτήσεις θα δομηθεί η κοινωνιομετρική ανάλυση.

Συνοψίζοντας, από το ερωτηματολόγιο προκύπτουν 40 μεταβλητές το σύνολο των οποίων είναι ποιοτικές. Από αυτές οι 26 είναι κλίμακας Likert, οι 14 πολλαπλής επιλογής και μόνο μία είναι διχοτομική.

### **5.2.2. Πληθυσμός και δείγμα έρευνας**

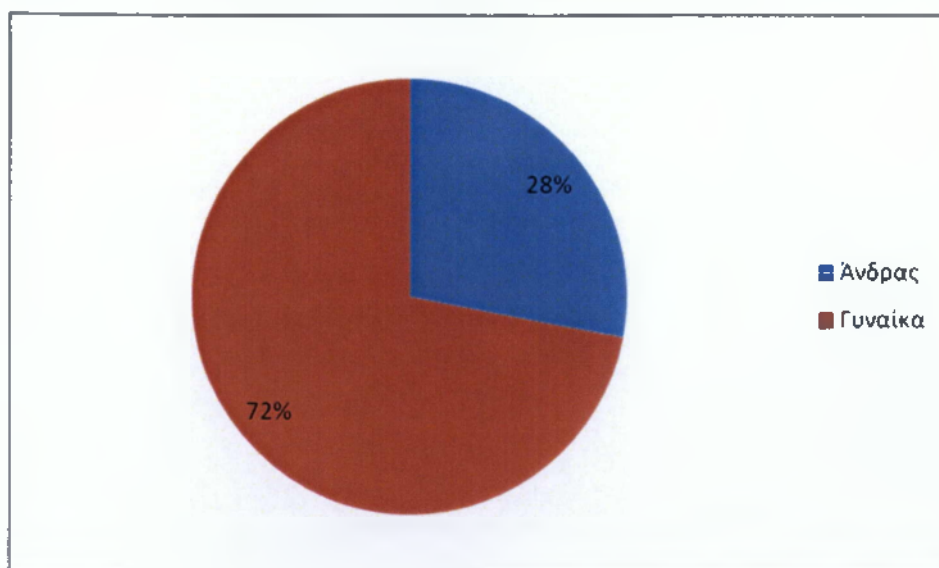
Ο πληθυσμός της έρευνας είναι το σύνολο των εργαζομένων στον εξεταζόμενο οργανισμό παροχής υγείας. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του, οι απασχολούμενοι ανέρχονται σε 251 άτομα εκ των οποίων οι 88 χαρακτηρίζονται ως Διοικητικό προσωπικό, οι 42 ως ιατρικό, οι 95 ως νοσηλευτικό και οι 26 ως βοηθητικό.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 άτομα εκ των οποίων όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, οι 57 είναι Νοσηλεύτριες ή Νοσηλείτριες, οι 5 ιατροί, οι 27 Διοικητικό Προσωπικό και οι 11 Διοικητικό Προσωπικό. Επομένως, το δείγμα της έρευνας καλύπτει το 60% του νοσηλευτικού προσωπικού, το 12% του ιατρικού, το 31% του διοικητικού και το 42% του βοηθητικού προσωπικού.

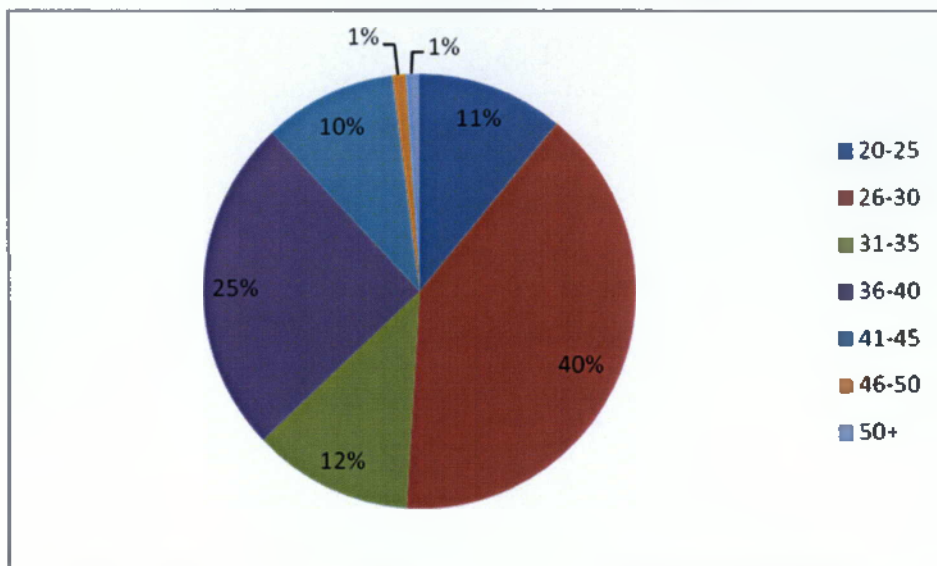
Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το δείγμα περιγράφεται ως εξής:

- Οι 28 είναι άνδρες και οι 72 γυναίκες, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.
- Οι 11 είναι ηλικίας 20-25 ετών, οι 40 είναι 26-30 ετών, οι 12 ηλικίας 31-35, οι 25 είναι 36-40 ετών, οι 10 είναι 41-45 ετών και μόλις από 1 βρίσκεται στην ομάδα 46-50 και άνω των 50 ετών, σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.
- Οι 55 είναι έγγαμοι, οι 43 άγαμοι και μόλις 2 διαζευγμένοι, όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 3.
- Οι 26 είναι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι 55 τεχνολογικής, οι 10 πανεπιστημιακής, οι 8 είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, ενώ μόλις 1 έχει διδακτορικό, σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.
- Οι 8 έχουν προϋπηρεσία μικρότερη του έτους, οι 6 έχουν 1-2 έτη, οι 19 3-5 έτη, οι 42 6-10 έτη, από 9 βρίσκονται στην ομάδα 11-15 και 16-20 έτη, ενώ 7 έχουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.

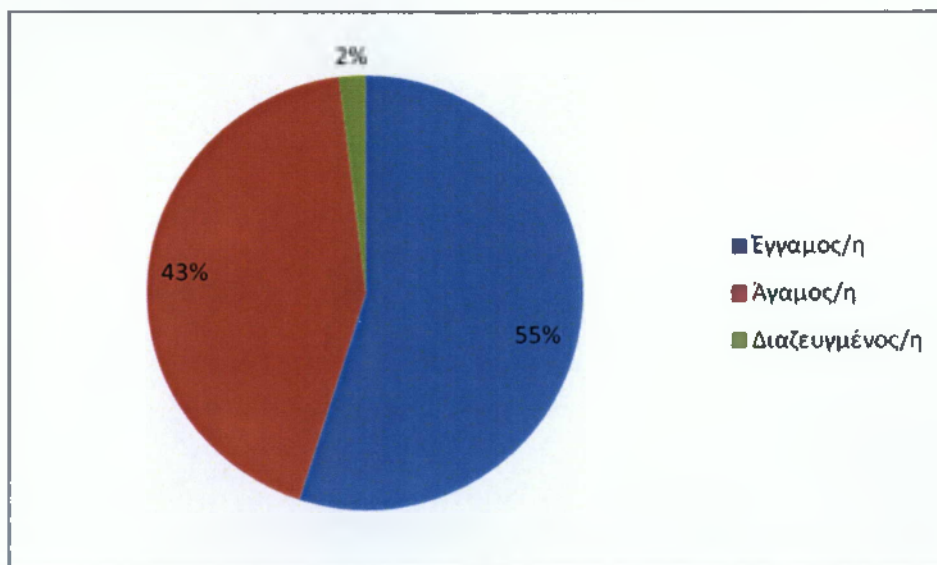
Διάγραμμα 2: Η κατανομή του φύλου του δείγματος



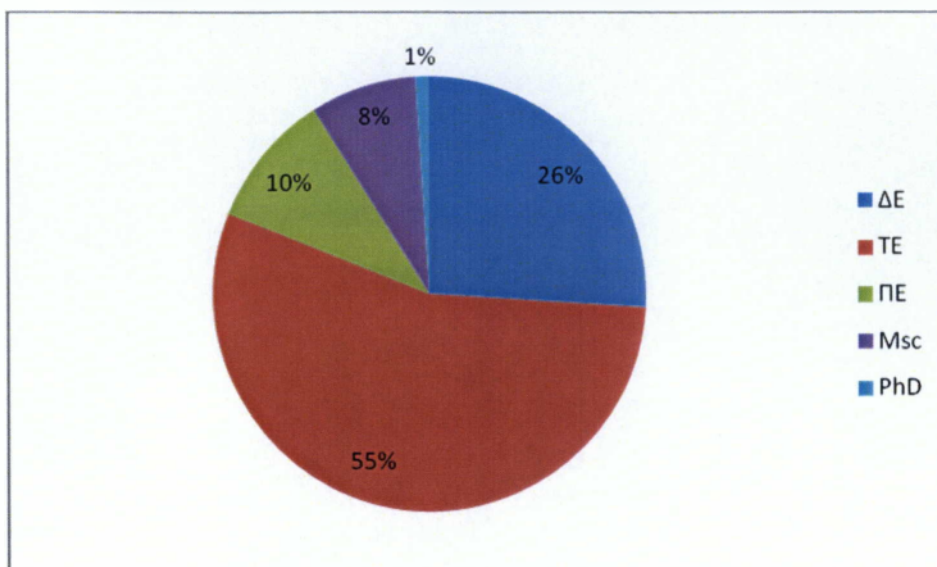
**Διάγραμμα 3: Η κατανομή της ηλικίας του δείγματος**



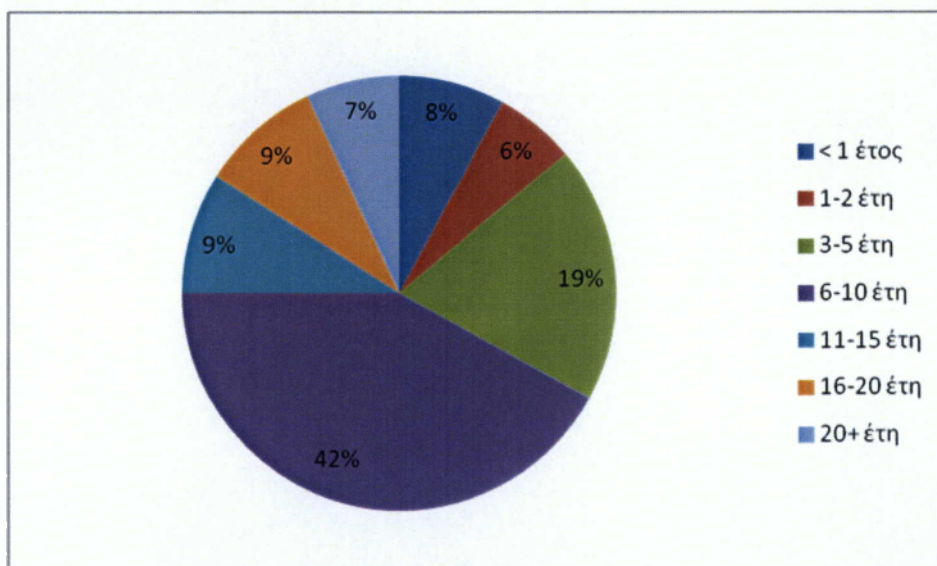
**Διάγραμμα 4: Η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος**



Διάγραμμα 5: Η κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος



Διάγραμμα 6: Η κατανομή της προϋπηρεσίας του δείγματος



### 5.2.3. Επεξεργασία δεδομένων έρευνας

Η επεξεργασία των μεταβλητών που προκύπτουν από το παραπάνω ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε με εργαλεία περιγραφικής στατιστικής, επαγωγικής στατιστικής και κοινωνιομετρίας. Συγκεκριμένα:

- Η συμφωνία ή η διαφωνία του δείγματος με τις προτάσεις που αφορούν τις ερευνητικές υποθέσεις H1 έως H21, εκείνες δηλαδή που αντιστοιχούν στα τέσσερα πρώτα ερευνητικά ερωτήματα, διερευνάται μέσω στατιστικών μέτρων περιγραφικής στατιστικής. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται ο αριθμητικός μέσος για την περιγραφή της κεντρικής τάσης και η τυπική απόκλιση για την περιγραφή της μεταβλητότητας. Υπενθυμίζεται ότι οι τιμές που μπορούν να λάβουν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις είναι: 1 για την πλήρη διαφωνία, 2 για τη διαφωνία, 3 για την ουδετερότητα, 4 για τη συμφωνία και 5 για την απόλυτη συμφωνία.
- Η κοινή ή μη αξιολόγηση των ίδιων με τις παραπάνω μεταβλητών πραγματοποιείται μέσω ελέγχων ανάλυσης διακυμάνσεων ANOVA. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος ANOVA υποθέτει ότι οι αριθμητικοί μέσοι των αποκρίσεων ανά τμήμα είναι όλοι ίσοι μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής ότι τουλάχιστον ένας από αυτούς διαφοροποιείται.
- Οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων, δηλαδή οι ερευνητικές υποθέσεις H22 έως H25, διερευνώνται με χρήση του κοινωνιομετρικού πίνακα και του κοινωνιογράμματος. Στην κατασκευή των συγκεκριμένων, αντί για τη χρήση των μεμονωμένων συμμετεχόντων, χρησιμοποιούνται τα ίδια τα τμήματα. Δηλαδή, θεωρήθηκε ότι το ένα τμήμα αξιολογεί το άλλο, προκειμένου να εξαχθεί η θέση του καθενός από αυτά μέσα στο νοσοκομείο και απέναντι στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι θετικές και οι αρνητικές αποκρίσεις των εργαζομένων του κάθε τμήματος συγκεντρώνονται στους κοινωνιομετρικούς πίνακες

για καθένα από τα τμήματα εκτός από το αυτό στο οποίο ανήκουν. Το αλγεβρικό τους άθροισμα, εφόσον είναι θετικό, θεωρείται ότι διαμορφώνει θετική άποψη για το συγκεκριμένο τμήμα και το αντίθετο εφόσον είναι αρνητικό. Στο κοινωνιόγραμμα η θετική άποψη αναπαρίσταται με θετικό βέλος και πάχος αντίστοιχο του αλγεβρικού του αθροίσματος, ενώ η αρνητική άποψη με μαύρο.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το σύνολο των παραπάνω διαδικασιών πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS.

## **Κεφάλαιο 6°. Ανάλυση Αποτελεσμάτων και Συμπερασμάτων της Έρευνας**

### **6.1. Ανάλυση Αποτελεσμάτων της Έρευνας**

#### **6.1.1. Το Επίπεδο Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Οργανισμού: Διερεύνηση του Πρώτου Ερευνητικού Ερωτήματος**

Στον Πίνακα 1 παρακάτω εμφανίζονται οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση της κάθε κατηγορίας εργαζομένων αλλά και στο σύνολό τους από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, τη γνώση τους και την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι στο σύνολό του το προσωπικό του οργανισμού:

- Συμφωνεί αρκετά απόλυτα στην πρόταση ότι η βελτίωση οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας (M.O.=4,20±0,68), γεγονός που σηματοδοτεί και την ευαισθητοποίησή του σε σχέση με τις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας. Στις υποομάδες των τμημάτων, το βοηθητικό προσωπικό προηγείται (M.O.=4,64±0,50) και ακολουθεί το ιατρικό (M.O.=4,60±0,55), το διοικητικό (M.O.=4,37±0,63) και τελευταίο το νοσηλευτικό (M.O.=4,00±0,69).
- Συμφωνεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση (M.O.=3,73±0,85). Η συμφωνία του, όμως, αυτήν έχει περιθώρια βελτίωσης, εφόσον η μέση τιμή απέχει σημαντικά από την άριστη βαθμολογία. Στις υποομάδες, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας



παρουσιάζουν οι γιατροί (M.O.=4,20±0,45) και ακολουθεί το βοηθητικό προσωπικό με μικρή διαφορά (M.O.=4,18±0,87), το διοικητικό προσωπικό (M.O.=3,78±0,64) και το νοσηλευτικό προσωπικό (M.O.=3,57±0,93).

- Ακόμα λιγότερο το σύνολο του προσωπικού εμφανίζεται να έχει γνώση της διοίκησης ολικής ποιότητας, εφόσον συμφωνεί ακόμα λιγότερο με την πρόταση ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων και της διοίκησης για την επίτευξή της (M.O.=3,68±0,84). Το χαμηλότερο επίπεδο γνώσης παρουσιάζουν οι νοσηλευτές (M.O.=3,37±0,66), το αμέσως υψηλότερο το διοικητικό προσωπικό (M.O.=3,96±0,89), ακόμα υψηλότερο αλλά με διασπορά που εμφανίζεται για πρώτη φορά τόσο υψηλή το βοηθητικό προσωπικό (M.O.=4,10±1,10) και το υψηλότερο και με διαφορά οι γιατροί (M.O.=4,25±0,50).

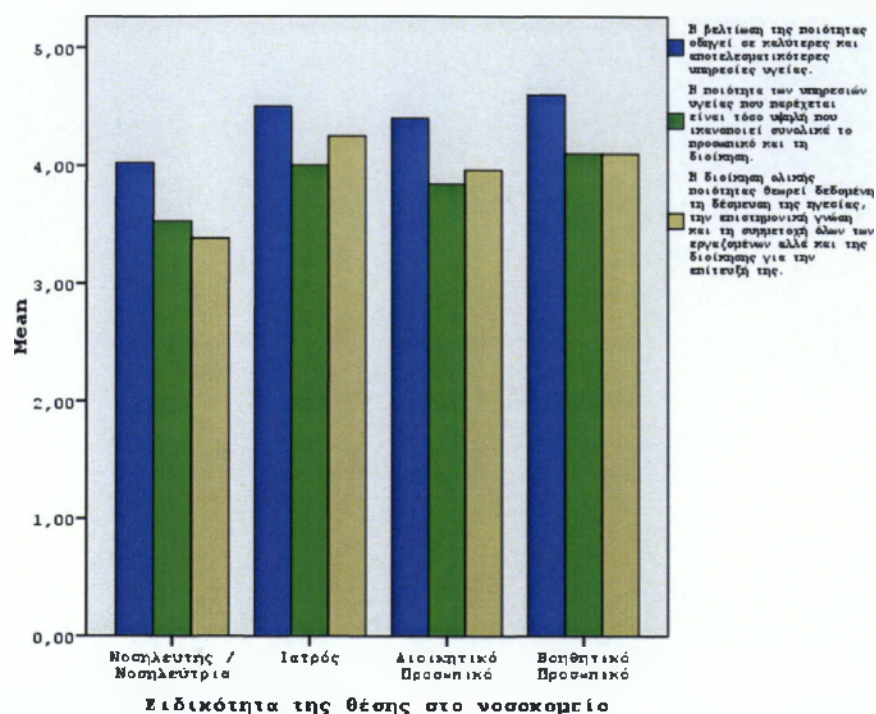
**Πίνακας 1: Η γνώση, η ευαισθητοποίηση και η ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλευτής / Νοσηλεύτρια	Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	4,00	0,69
	Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	3,57	0,93
	Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	3,37	0,66
Ιατρός	Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	4,60	0,55
	Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	4,25	0,50

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
	Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	4,20	0,45
Διοικητικό Προσωπικό	Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	4,37	0,63
	Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	3,96	0,89
	Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	3,78	0,64
Βοηθητικό Προσωπικό	Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	4,64	0,50
	Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	4,18	0,87
	Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	4,10	1,10
ΣΥΝΟΛΟ	Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	4,20	0,68
	Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	3,73	0,85
	Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	3,68	0,84

Το Διάγραμμα 6 παρακάτω εμφανίζει τα παραπάνω αποτελέσματα. Από αυτό συμπεραίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει σε όλες τις ερωτήσεις τους χαμηλότερους μέσους όρους, σε αντίθεση με τους ιατρούς που εμφανίζουν τους υψηλότερους μέσους όρους.

**Διάγραμμα 7: Η γνώση, η ευαισθητοποίηση και η ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**



Ο Πίνακας 2 που ακολουθεί ελέγχει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ των ομάδων. Όπως φαίνεται, από αυτόν, το προσωπικό των τεσσάρων εξεταζόμενων τμημάτων διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και στις τρεις εξεταζόμενες ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται σε επίπεδο σημαντικότητας 1% για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού απέναντι σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας και για τη γνώση των απαιτήσεων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ενώ σε επίπεδο σημαντικότητας 10% για την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Πίνακας 2: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για τη γνώση, την ευαισθητοποίηση και την ικανοποίηση από / για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**

		<b>Άθροισμα Τετραγώνων</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>Μέσα Τετράγωνα</b>	<b>F</b>	<b>p-value</b>
Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	5,92	3	1,97	4,68	0,43%
	Μέσα στις Ομάδες	40,04	95	0,42		
	Σύνολο	45,96	98			
Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση.	Μεταξύ Ομάδων	4,82	3	1,61	2,28	8,39%
	Μέσα στις Ομάδες	66,82	95	0,70		
	Σύνολο	71,64	98			
Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη τη δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της.	Μεταξύ Ομάδων	9,10	3	3,03	4,86	0,37%
	Μέσα στις Ομάδες	48,66	78	0,62		
	Σύνολο	57,76	81			

### **6.1.2. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών: Διερεύνηση του Δεύτερου Ερευνητικού Ερωτήματος**

Οι παράγοντες που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας και που αποτελούν αντικείμενο της παρούσης έρευνας είναι:

1. Η ενσωμάτωση των κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με εξειδίκευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση.
2. Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας.
3. Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές.
4. Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Στο σύνολο του δείγματος, ως περισσότερο κρίσιμος παράγοντας εμφανίζεται η ενσωμάτωση των ανθρώπινων πόρων (Μ.Ο.=4,12±0,73) και ακολουθούν μικρή σχετικά απόσταση, εφόσον όλοι επιτυγχάνουν μέσο όρο άνω του 4, η ενσωμάτωση τεχνολογίας (Μ.Ο.=4,09±0,62), οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές (Μ.Ο.=4,08±0,45) και οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης (Μ.Ο.=4,07±0,58).

Παρόμοια είναι και η κατάταξη των συγκεκριμένων παραγόντων εντός των γιατρών, με τη διαφορά ότι οι τρεις τελευταίοι βαθμολογούνται με τον ίδιο μέσο όρο (Μ.Ο.=4,40±0,55) και ο πρώτος με σημαντικά υψηλότερο (Μ.Ο.=4,60±0,55).

Αντιθέτως, οι νοσηλευτές συμφωνούν ως προς τη σπουδαιότητα του πρώτου παράγοντα (Μ.Ο.=4,04±0,84), αλλά κατατάσσουν δεύτερο σε σπουδαιότητα τις οργανωτικές αλλαγές (Μ.Ο.=4,00±0,43), τρίτο τις σύγχρονες μεθόδους σχεδιασμού και τυποποίησης (Μ.Ο.=3,96±0,47) και τελευταίο την τεχνολογία (Μ.Ο.=3,91±0,45).

Τέλος, και οι βοηθητικοί υπάλληλοι διαμορφώνουν μία διαφορετική κατάταξη σε σύγκριση με τις προηγούμενες ομάδες υπαλλήλων. Συγκεκριμένα, αξιολογούν ως σημαντικότερο παράγοντα τις οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές (Μ.Ο.=4,10±0,32), στη δεύτερη θέση κατατάσσουν μαζί την ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων (Μ.Ο.=4,00±0,47) και τεχνολογίας (Μ.Ο.=4,00±0,67) και στην τελευταία τις σύγχρονες μεθόδους τυποποίησης και ελέγχου (Μ.Ο.=3,90±0,74).

Όλα τα παραπάνω εμφανίζονται στον Πίνακα 3 που ακολουθεί, ενώ το Διάγραμμα 7 τα αναπαριστάνει και σχηματικά. Από το Διάγραμμα 7 γίνονται ακόμα εντονότερες οι διαφοροποιήσεις που περιγράφηκαν.

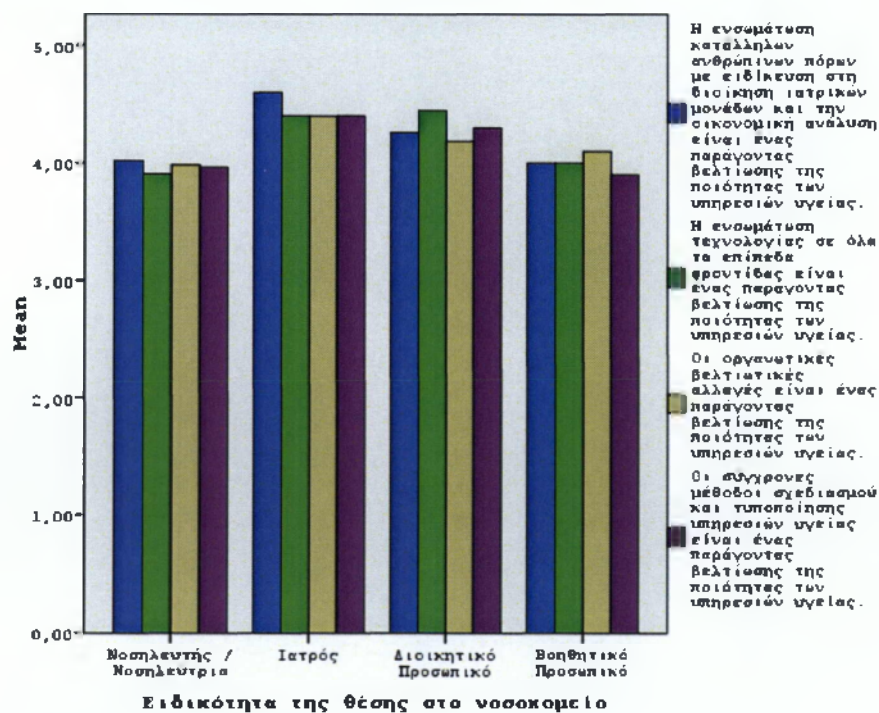
**Πίνακας 3: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,04	0,84
	Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	3,91	0,45

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
	Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,00	0,43
	Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	3,96	0,47
Ιατρός	Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδικευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,60	0,55
	Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,40	0,55
	Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,40	0,55
	Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,40	0,55
Διοικητικό Προσωπικό	Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδικευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,26	0,53
	Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,44	0,75
	Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,19	0,48
	Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,30	0,67
Βοηθητικό Προσωπικό	Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδικευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,00	0,47
	Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,00	0,67
	Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,10	0,32
	Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	3,90	0,74
ΣΥΝΟΛΟ	Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδικευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,12	0,73
	Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,09	0,62

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
	Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,08	0,45
	Οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	4,07	0,58

**Διάγραμμα 8: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**



Τέλος, ο Πίνακας 4 εξετάζει κατά πόσον είναι στατιστικά σημαντικές οι διαφοροποιήσεις που εντοπίστηκαν παραπάνω. Σύμφωνα με αυτόν, στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην αξιολόγηση της τεχνολογίας σε επίπεδο σημαντικότητας 1% και στις σύγχρονες μεθόδους σχεδιασμού και τυποποίησης σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επομένως, όσον αφορά στους υπόλοιπους παράγοντες, το σύνολο του προσωπικού τους αποδίδει την ίδια σπουδαιότητα.

**Πίνακας 4: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
νσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με κευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων και την ονομική ανάλυση είναι ένας παράγοντας τώσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	2,20	3	0,73	1,41	24,38%
	Μέσα στις Ομάδες	48,31	93	0,52		
	Σύνολο	50,52	96			
νσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα ντίδας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης της ότητας των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	5,75	3	1,92	5,80	0,11%
	Μέσα στις Ομάδες	30,40	92	0,33		
	Σύνολο	36,16	95			
οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές είναι ένας άγοντας βελτίωσης της ποιότητας των ρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	1,17	3	0,39	2,02	11,61%
	Μέσα στις Ομάδες	18,17	94	0,19		
	Σύνολο	19,35	97			
σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης ρεσιών υγείας είναι ένας παράγοντας βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	2,83	3	0,94	2,93	3,77%
	Μέσα στις Ομάδες	29,66	92	0,32		
	Σύνολο	32,49	95			

### 6.1.3. Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας: Διερεύνηση του Τρίτου Ερευνητικού Ερωτήματος

Στον Πίνακα 5 παρακάτω εμφανίζονται τα προβλήματα στην ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που εντοπίζονται σε ορισμένους παράγοντες. Τα προβλήματα αυτά είναι η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας, το ανθρώπινο λάθος και τα προβλήματα οργάνωσης του συστήματος. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι στο σύνολό του το προσωπικό του οργανισμού το σύνολο των προβλημάτων δεν αξιολογούνται ως πολύ σημαντικά, εφόσον η μέση βαθμολογία τους κυμαίνεται μεν πάνω από 3 αλλά κάτω από 4. Έτσι, ως σημαντικότερο πρόβλημα εμφανίζονται τα προβλήματα οργάνωσης (Μ.Ο.=3,81±0,74) και ακολουθεί η αποτυχία του συστήματος (Μ.Ο.=3,43±0,79) και το ανθρώπινο λάθος (Μ.Ο.=3,29±0,83). Την ίδια κατάταξη των προβλημάτων εμφανίζουν και οι νοσηλευτές (Μ.Ο.=3,71±0,71, Μ.Ο.=3,57±0,78 και



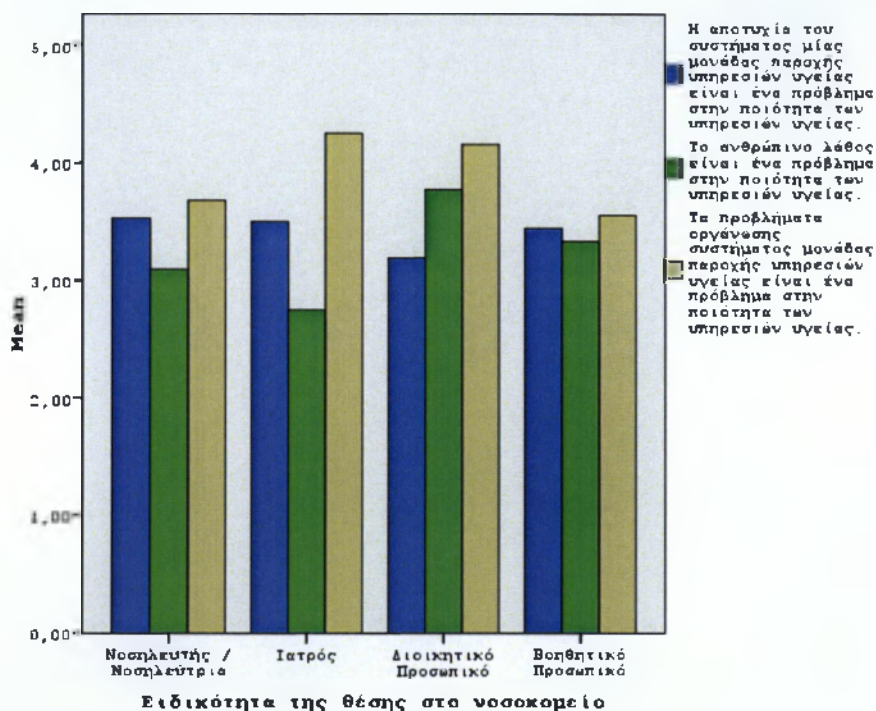
M.O.=3,09±0,90 αντιστοίχως), οι γιατροί (M.O.=4,25±0,50, M.O.=3,50±0,58 και M.O.=2,75±0,50 αντιστοίχως) και το βοηθητικό προσωπικό (M.O.=3,60±0,52, M.O.=3,50±0,53 και M.O.=3,33±0,71 αντιστοίχως). Η μοναδική διαφοροποίηση που παρατηρείται στην κατάταξη προέρχεται από το διοικητικό προσωπικό, το οποίο κατατάσσει ως σημαντικότερο πρόβλημα τα προβλήματα οργάνωσης (M.O.=4,04±0,85) και ακολουθούν το ανθρώπινο λάθος (M.O.=3,77±0,51) και η αποτυχία του συστήματος (M.O.=3,11±0,85). Η διαφοροποίηση αυτήν εμφανίζεται ακόμα πιο έντονη στο Διάγραμμα 8 που ακολουθεί.

**Πίνακας 5: Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,57	0,78
	Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,09	0,90
	Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,71	0,71
Ιατρός	Η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,50	0,58
	Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	2,75	0,50
	Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	4,25	0,50
Διοικητικό Προσωπικό	Η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,11	0,85
	Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,77	0,51
	Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	4,04	0,85
Βοηθητικό Προσωπικό	Η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,50	0,53
	Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,33	0,71
	Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,60	0,52
Σύνολο	Η αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,43	0,79
	Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,29	0,83

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
	Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	3,81	0,74

Διάγραμμα 9: Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας



Τέλος, ο Πίνακας 6 εξετάζει μέσω του ελέγχου ANOVA τυχούσες στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μέσων όρων των τμημάτων. Σύμφωνα με αυτόν, η μοναδική διαφοροποίηση που εντοπίζεται είναι στην αξιολόγηση του προβλήματος του ανθρώπινου λάθους και μάλιστα σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Οι υπόλοιποι παράγοντες επομένως αξιολογούνται μεταξύ του 3 και του 4 από το σύνολο του προσωπικού, ενώ ο συγκεκριμένος παράγοντας αξιολογείται ως σημαντικότερος από το διοικητικό προσωπικό και ως λιγότερο σημαντικός από το ιατρικό.

**Πίνακας 6: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των προβλημάτων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
αποτυχία του συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	3,93	3,00	1,31	2,18	10,54%
	Μέσα στις Ομάδες	55,88	93,00	0,60		
	Σύνολο	59,81	96,00			
Το ανθρώπινο λάθος είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	9,18	3,00	3,06	5,00	0,30%
	Μέσα στις Ομάδες	53,89	88,00	0,61		
	Σύνολο	63,08	91,00			
Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρόβλημα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	3,17	3,00	1,06	1,96	12,50%
	Μέσα στις Ομάδες	49,46	92,00	0,54		
	Σύνολο	52,63	95,00			

#### **6.1.4. Τα αποτελέσματα και τα οφέλη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας: Διερεύνηση του Τέταρτου Ερευνητικού Ερωτήματος**

Από το σύνολο των αποτελεσμάτων της διαδικασίας βελτίωσης ποιότητας που εξετάζονται, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, εκείνο στο οποίο το προσωπικό του οργανισμού υγείας συμφωνούν σχεδόν απόλυτα ότι επέρχεται είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Μ.Ο.=4,32±0,73). Το συγκεκριμένο πρόβλημα συγκεντρώνει επίσης τη μεγαλύτερη συμφωνία εντός των νοσηλευτών (Μ.Ο.=4,11±0,76) και του διοικητικού προσωπικού (Μ.Ο.=4,63±0,63), ενώ εντός των γιατρών παρουσιάζει απόλυτη συμφωνία (Μ.Ο.=5,00±0,00). Μόνο το βοηθητικό προσωπικό συμφωνεί με το συγκεκριμένο αποτέλεσμα στον ίδιο βαθμό που συμφωνεί και για τη βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων, κατατάσσοντάς τα και τα δύο στην πρώτη θέση, με τη διαφορά ότι το πρώτο παρουσιάζει μικρότερη μεταβλητότητα (Μ.Ο.=4,30±0,48 και Μ.Ο.=4,30±0,67 αντιστοίχως). Η βελτίωση, όμως, των παραγόμενων αποτελεσμάτων δε συγκεντρώνει τον ίδιο βαθμό συμφωνίας και στις υπόλοιπες ομάδες προσωπικού και έτσι κατατάσσεται τρίτο στο σύνολο (Μ.Ο.=4,16±0,72), στους γιατρούς (Μ.Ο.=4,40±0,55) και στους

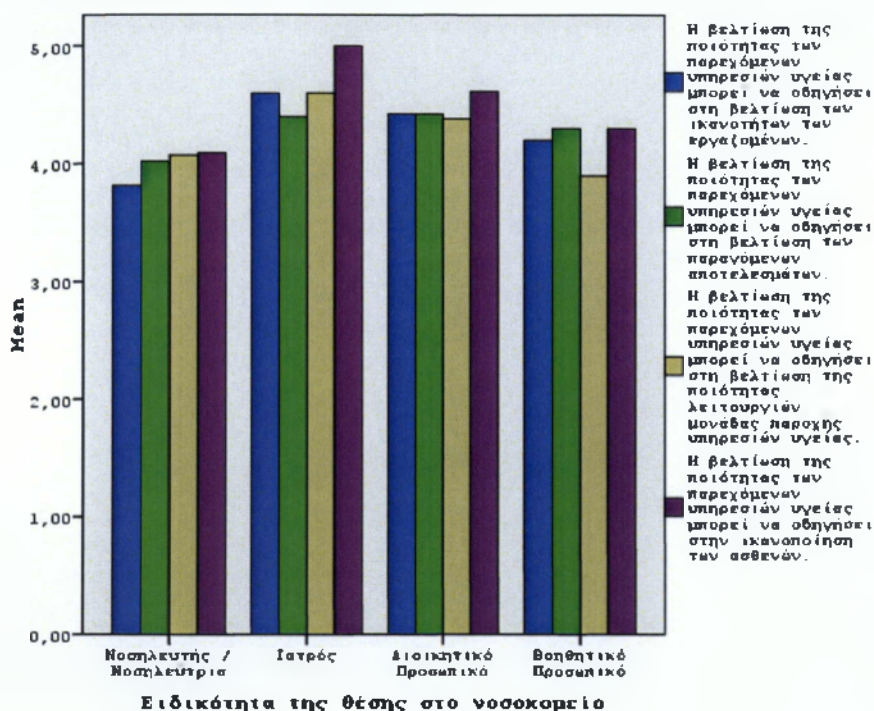
νοσηλευτές (M.O.=4,00±0,71), ενώ το διοικητικό προσωπικό το τοποθετεί δεύτερο (M.O.=4,42±0,70). Το διοικητικό προσωπικό κατατάσσει επίσης δεύτερο με χαμηλότερη μεταβλητότητα τη βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων (M.O.=4,42±0,58). Το ίδιο αποτέλεσμα συγκεντρώνει τον τέταρτο μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας στους νοσηλευτές (M.O.=3,82±0,81), το δεύτερο στους γιατρούς (M.O.=4,50±0,55) και τον τρίτο στο βοηθητικό προσωπικό, φέρνοντάς το στο σύνολο των υπαλλήλων στην τελευταία θέση (M.O.=4,06±0,76). Τέλος, η βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής συγκεντρώνει τον τρίτο μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας στο σύνολο των εργαζομένων (M.O.=4,17±0,63) με μικρή διαφορά από το σύνολο, το χαμηλότερο βαθμό στο βοηθητικό (M.O.=3,90±0,32) και το διοικητικό προσωπικό (M.O.=4,38±0,57), ενώ κατατάσσεται δεύτερο στους γιατρούς (M.O.=4,60±0,55) και τρίτο στους νοσηλευτές (M.O.=4,07±0,66).

**Πίνακας 7: Τα αποτελέσματα της βελτίωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	3,82	0,81
	Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	4,00	0,71
	Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.	4,07	0,66
	Ικανοποίηση των ασθενών.	4,11	0,76
Γιατρός	Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	4,60	0,55
	Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	4,40	0,55
	Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.	4,60	0,55
	Ικανοποίηση των ασθενών.	5,00	0,00
Διοικητικό Προσωπικό	Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	4,42	0,58
	Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	4,42	0,70
	Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.	4,38	0,57
	Ικανοποίηση των ασθενών.	4,63	0,63
Βοηθητικό Προσωπικό	Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	4,20	0,42
	Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	4,30	0,67
	Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.	3,90	0,32
	Ικανοποίηση των ασθενών.	4,30	0,48
Σύνολο	Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	4,06	0,76
	Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	4,16	0,72
	Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.	4,17	0,63
	Ικανοποίηση των ασθενών.	4,32	0,73

Στο Διάγραμμα 10 γίνονται ακόμα εμφανέστερες οι διαφοροποιήσεις που εντοπίστηκαν με τη βοήθεια του Πίνακα 7 παραπάνω, ενώ εντοπίζεται και το γεγονός ότι οι γιατροί είναι περισσότερο ένθερμη υποστηρικτές των αποτελεσμάτων της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας και οι νοσηλευτές οι λιγότερο.

**Διάγραμμα 10: Τα αποτελέσματα της βελτίωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**



Τέλος, στον Πίνακα 8 εμφανίζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA για την ισότητα των μέσων αποκρίσεων μεταξύ των τμημάτων. Παρατηρείται ότι εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο σύνολο των παραγόντων που εξετάζονται. Συγκεκριμένα, η βελτίωση των ικανοτήτων και η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να διαφοροποιούν την αξιολόγησή τους ανάλογα με το σε ποιο τμήμα ανήκει ο αξιολογητής τους σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, η βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υγείας σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, ενώ η βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

**Πίνακας 8: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

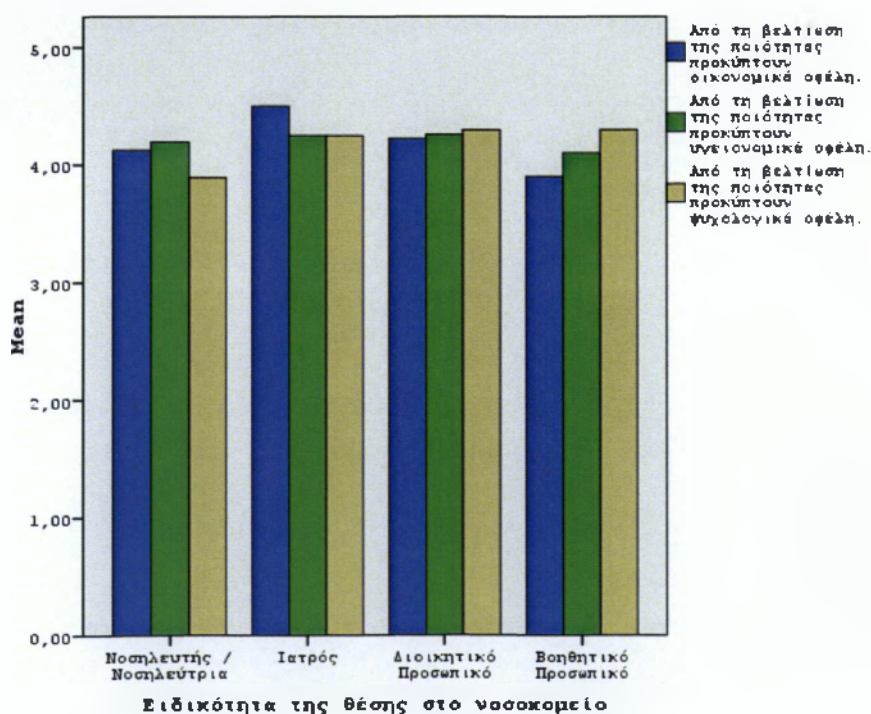
		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων.	Μεταξύ Ομάδων	8,27	3	2,76	5,41	0,18%
	Μέσα στις Ομάδες	47,36	93	0,51		
	Σύνολο	55,63	96			
Βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων.	Μεταξύ Ομάδων	3,71	3	1,24	2,52	6,25%
	Μέσα στις Ομάδες	45,65	93	0,49		
	Σύνολο	49,36	96			
Βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας οργάνωσης υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	3,37	3	1,12	3,04	3,28%
	Μέσα στις Ομάδες	33,96	92	0,37		
	Σύνολο	37,33	95			
Εκπαίδευση των ασθενών.	Μεταξύ Ομάδων	7,35	3	2,45	5,21	0,23%
	Μέσα στις Ομάδες	43,74	93	0,47		
	Σύνολο	51,09	96			

Για τον ασθενή, τα οφέλη που αναγνωρίζονται από την παρούσα έρευνα είναι οικονομικά, υγειονομικά και ψυχολογικά. Στο σύνολο, η κατάταξη της συμφωνίας των συμμετεχόντων με το είδος των οφελών που επιφέρει η βελτίωση της ποιότητας είναι υγειονομικά (Μ.Ο.=4,20±0,52), οικονομικά (Μ.Ο.=4,14±0,54) και ψυχολογικά (Μ.Ο.=4,06±0,66). Με την ίδια κατάταξη παρουσιάζονται στους νοσηλευτές (Μ.Ο.=4,19±0,48, Μ.Ο.=4,12±0,54 και Μ.Ο.=3,89±0,68 αντιστοίχως). Το διοικητικό και το βοηθητικό προσωπικό κατατάσσει πρώτα τα ψυχολογικά (Μ.Ο.=4,30±0,67 και Μ.Ο.=4,30±0,67 αντιστοίχως) στη συνέχεια τα υγειονομικά (Μ.Ο.=4,26±0,53 και Μ.Ο.=4,10±0,74 αντιστοίχως) και τελευταία τα οικονομικά (Μ.Ο.=4,22±0,51 και Μ.Ο.=3,90±0,57 αντιστοίχως). Τέλος, οι γιατροί θεωρούν σημαντικότερα τα οικονομικά (Μ.Ο.=4,50±0,58) και της ίδιας αξίας τα υγειονομικά και ψυχολογικά (Μ.Ο.=4,25±0,50). Αξίζει, επιπλέον, να αναφερθεί το γεγονός ότι στην πλειονότητά τους τα οφέλη συγκεντρώνουν μέση βαθμολογία υψηλότερη από 4, γεγονός που φανερώνει τον υψηλό βαθμό συμφωνίας των υπαλλήλων σε αυτά. Το σύνολο των παραπάνω εμφανίζονται και διαγραμματικά στο Διάγραμμα 11 που ακολουθεί.

Πίνακας 9: Τα οφέλη για τον ασθενή από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Οικονομικά οφέλη	4,12	0,54
	Υγειονομικά οφέλη	4,19	0,48
	Ψυχολογικά οφέλη	3,89	0,68
Ιατρός	Οικονομικά οφέλη	4,50	0,58
	Υγειονομικά οφέλη	4,25	0,50
	Ψυχολογικά οφέλη	4,25	0,50
Διοικητικό Προσωπικό	Οικονομικά οφέλη	4,22	0,51
	Υγειονομικά οφέλη	4,26	0,53
	Ψυχολογικά οφέλη	4,30	0,54
Βοηθητικό Προσωπικό	Οικονομικά οφέλη	3,90	0,57
	Υγειονομικά οφέλη	4,10	0,74
	Ψυχολογικά οφέλη	4,30	0,67
Σύνολο	Οικονομικά οφέλη	4,14	0,54
	Υγειονομικά οφέλη	4,20	0,52
	Ψυχολογικά οφέλη	4,06	0,66

Διάγραμμα 11: Τα οφέλη για τον ασθενή από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας



Η μοναδική σημαντική διαφοροποίηση που εμφανίζεται στην αξιολόγηση των οφελών για τον ασθενή, που εμφανίζεται στο Διάγραμμα 11, είναι εκείνη των ψυχολογικών οφελών, τα οποία οι νοσηλευτές τα κατατάσσουν σημαντικά χαμηλότερα από τις υπόλοιπες ομάδες εργαζομένων. Το γεγονός αυτό εμφανίζεται και στον Πίνακα 10, εφόσον είναι το μοναδικό όφελος που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

**Πίνακας 10: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών του ασθενή από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Οικονομικά οφέλη.	Μεταξύ Ομάδων	1,29	3	0,43	1,52	21,52%
	Μέσα στις Ομάδες	26,71	94	0,28		
	Σύνολο	28,00	97			
Υγειονομικά οφέλη.	Μεταξύ Ομάδων	0,21	3	0,07	0,25	86,04%
	Μέσα στις Ομάδες	25,71	94	0,27		
	Σύνολο	25,92	97			
Ψυχολογικά οφέλη.	Μεταξύ Ομάδων	3,79	3	1,26	3,11	3,02%
	Μέσα στις Ομάδες	37,84	93	0,41		
	Σύνολο	41,63	96			

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας που εξετάζονται είναι η απαλλαγή από τον εκνευρισμό και το άγχος, η αποφυγή burnout, η ικανοποίηση από την εργασία και ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από τους ασθενείς. Στο σύνολο του προσωπικού, η μέση τιμή του βαθμού συμφωνίας με το καθένα από αυτά τα οφέλη κατατάσσει πρώτο το σεβασμό και την εμπιστοσύνη (Μ.Ο.=4,28±0,64), δεύτερο την ικανοποίηση (Μ.Ο.=4,09±0,81), τρίτη την απαλλαγή από τον εκνευρισμό και το άγχος (Μ.Ο.=3,80±0,92) και τέταρτο την αποφυγή burnout (Μ.Ο.=3.78±0,98). Στις υποομάδες, η κατάταξη έχει ως εξής:

- Στους νοσηλευτές: ικανοποίηση από εργασία (Μ.Ο.=4,19±0,71), σεβασμός και εμπιστοσύνη (Μ.Ο.=4,17±0,66), αποφυγή burnout (Μ.Ο.=3,64±1,12) και απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος (Μ.Ο.=3,62±1,08).



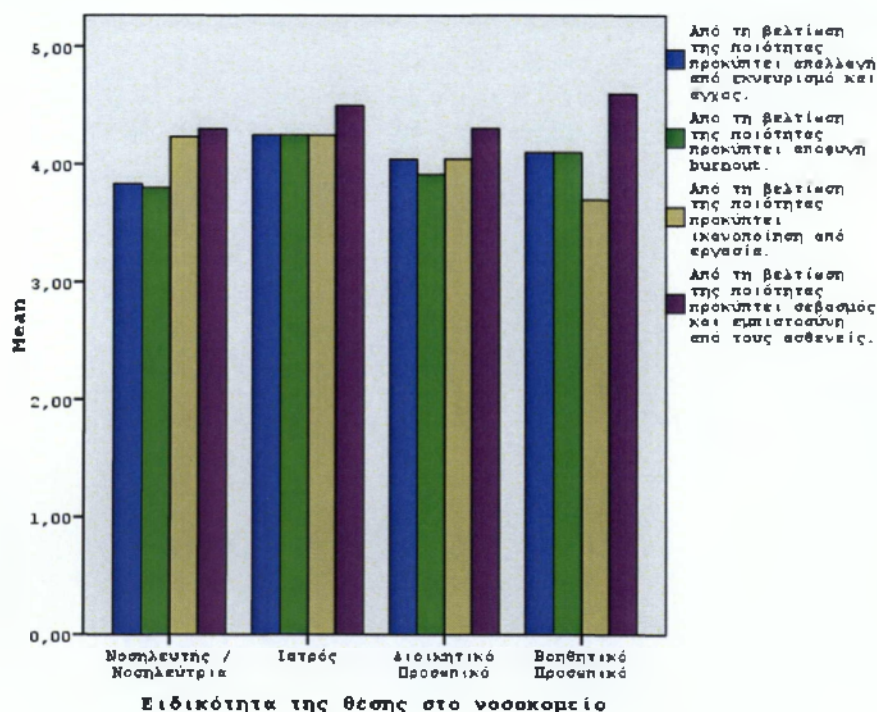
- Στους γιατρούς: σεβασμός και εμπιστοσύνη (M.O.=4,50±0,58) και ικανοποίηση από εργασία, αποφυγή burnout, απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος (M.O.=3,25±0,50).
- Στο διοικητικό προσωπικό: σεβασμός και εμπιστοσύνη (M.O.=4,32±0,63), ικανοποίηση από εργασία (M.O.=4,08±1,04), απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος (M.O.=4,00±0,68) και αποφυγή burnout (M.O.=3,84±0,80).
- Στο βοηθητικό προσωπικό: σεβασμός και εμπιστοσύνη (M.O.=4,60±0,52), απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος (M.O.=4,10±0,32), αποφυγή burnout (M.O.=4,10±0,74) και ικανοποίηση από εργασία (M.O.=3,70±0,48).

**Πίνακας 11: Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	3,62	1,08
	Αποφυγή burnout.	3,64	1,12
	Ικανοποίηση από εργασία.	4,19	0,71
	Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	4,17	0,66
Ιατρός	Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	4,25	0,50
	Αποφυγή burnout.	4,25	0,50
	Ικανοποίηση από εργασία.	4,25	0,50
	Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	4,50	0,58
Διοικητικό Προσωπικό	Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	4,00	0,68
	Αποφυγή burnout.	3,84	0,80
	Ικανοποίηση από εργασία.	4,08	1,04
	Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	4,32	0,63
Βοηθητικό Προσωπικό	Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	4,10	0,32
	Αποφυγή burnout.	4,10	0,74
	Ικανοποίηση από εργασία.	3,70	0,48
	Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	4,60	0,52
Σύνολο	Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	3,80	0,92
	Αποφυγή burnout.	3,78	0,98
	Ικανοποίηση από εργασία.	4,09	0,81
	Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	4,28	0,64

Οι διαφοροποιήσεις, όμως, που εμφανίζονται στον Πίνακα 11 δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλες όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 12 και επιβεβαιώνεται από τον Πίνακα 12 που ακολουθεί. Συγκεκριμένα, ο Πίνακας 12 δεν εμφανίζει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τμημάτων των εργαζομένων στην αξιολόγηση των οφελών για τους επαγγελματίες υγείας.

**Διάγραμμα 12: Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**



**Πίνακας 12: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών του των επαγγελματιών υγείας από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος.	Μεταξύ Ομάδων	4,61	3	1,54	1,84	14,47%
	Μέσα στις Ομάδες	76,63	92	0,83		
	Σύνολο	81,24	95			
Αποφυγή burnout.	Μεταξύ Ομάδων	2,90	3	0,97	1,02	38,96%
	Μέσα στις Ομάδες	75,19	79	0,95		
	Σύνολο	78,10	82			
Ικανοποίηση από εργασία.	Μεταξύ Ομάδων	2,02	3	0,67	1,03	38,43%
	Μέσα στις Ομάδες	46,33	71	0,65		
	Σύνολο	48,35	74			

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς.	Μεταξύ Ομάδων	1,80	3	0,60	1,50	22,05%
	Μέσα στις Ομάδες	30,67	77	0,40		
	Σύνολο	32,47	80			

Τέλος, όσον αφορά στα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας, ο Πίνακας 13 εμφανίζει τις μέσες τιμές του βαθμού συμφωνίας των υπαλλήλων στο σύνολό τους και της καθεμιά ομάδας ξεχωριστά. Σύμφωνα με αυτόν:

- Στο σύνολο, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκεντρώνει η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου (M.O.=4,46±0,55) και ακολουθούν η αναγνώριση και η φήμη (M.O.=4,27±0,60), τα οικονομικά οφέλη (M.O.=4,24±0,72) και η ικανοποίηση των χρηστών καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (M.O.=4,22±0,63).
- Στο Βοηθητικό προσωπικό, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκεντρώνει η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου (M.O.=4,60±0,52) και ακολουθούν η ικανοποίηση των χρηστών – καταναλωτών (M.O.=4,50±0,53), τα οικονομικά οφέλη (M.O.=4,50±0,75) και η αναγνώριση και φήμη (M.O.=4,10±0,57).
- Στο διοικητικό προσωπικό, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκεντρώνει η αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου (M.O.=4,72±0,46) και ακολουθούν η αναγνώριση και η φήμη (M.O.=4,42±0,50), η ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών (M.O.=4,32±0,63) και τα οικονομικά οφέλη (M.O.=4,32±0,75).
- Στους γιατρούς, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκεντρώνουν η αναγνώριση και φήμη, η ικανοποίηση χρηστών – καταναλωτών και τα οικονομικά οφέλη (M.O.=4,50±0,58) και ακολουθεί η αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου (M.O.=4,25±0,50).

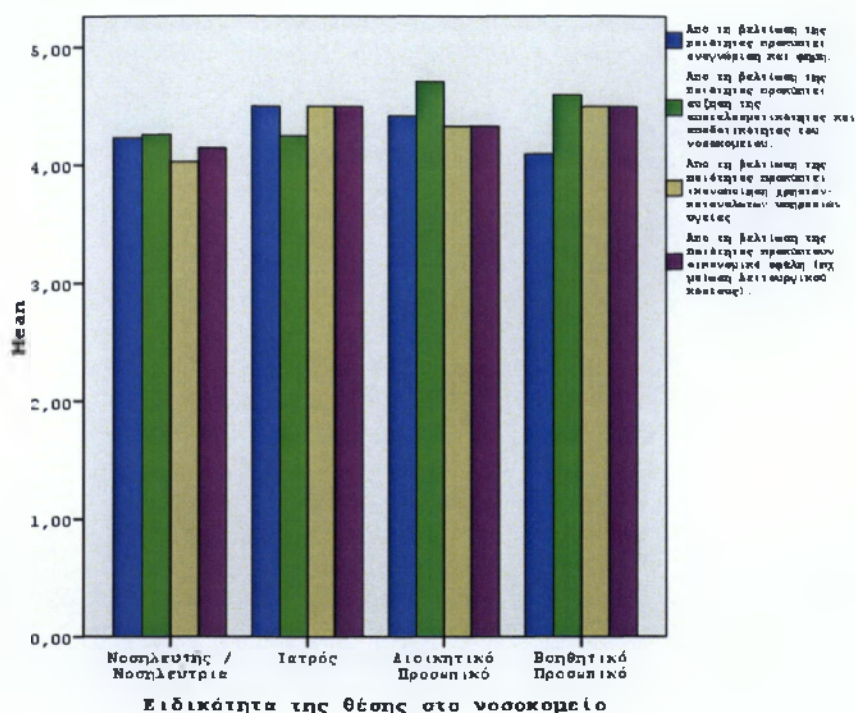
- Στο νοσηλευτικό προσωπικό, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκεντρώνει η αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου (Μ.Ο.=4,27±0,56), η αναγνώριση και φήμη (Μ.Ο.=4,21±0,66), τα οικονομικά οφέλη (Μ.Ο.=4,10±0,72) και τελευταία η ικανοποίηση χρηστών – καταναλωτών (Μ.Ο.=4,05±0,64).

Αξίζει, όμως, να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, ότι το σύνολο των οφελών για τις μονάδες παροχής υγείας συγκεντρώνουν πολύ υψηλούς βαθμούς συμφωνίας, εφόσον κανένας μέσος δεν πέφτει κάτω από το 4. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το προσωπικό του οργανισμού συμφωνεί σε απόλυτους βαθμούς με τα συγκεκριμένα οφέλη. Αυτό εμφανίζεται και διαγραμματικά στο Διάγραμμα 13 που ακολουθεί.

**Πίνακας 13: Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Ειδικότητα		Μέσος	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλευτής / Νοσηλεύτρια	Αναγνώριση και φήμη.	4,21	0,66
	Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	4,27	0,56
	Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	4,05	0,64
	Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	4,10	0,72
Ιατρός	Αναγνώριση και φήμη.	4,50	0,58
	Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	4,25	0,50
	Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	4,50	0,58
	Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	4,50	0,58
Διοικητικό Προσωπικό	Αναγνώριση και φήμη.	4,42	0,50
	Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	4,72	0,46
	Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	4,32	0,63
	Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	4,32	0,75
Βοηθητικό Προσωπικό	Αναγνώριση και φήμη.	4,10	0,57
	Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	4,60	0,52
	Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	4,50	0,53
	Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	4,50	0,71
Σύνολο	Αναγνώριση και φήμη.	4,27	0,60
	Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	4,46	0,55
	Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	4,22	0,63
	Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	4,24	0,72

**Διάγραμμα 13: Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**



Όσον αφορά στις διαφοροποιήσεις, η μοναδική στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στην αξιολόγηση της αύξησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου και μάλιστα σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Συγκεκριμένα, το βοηθητικό και το διοικητικό προσωπικό εμφανίζονται να αξιολογούν θετικότερα το συγκεκριμένο όφελος σε σχέση με τους νοσηλευτές και τους γιατρούς.

**Πίνακας 14: Έλεγχος Διαφοροποιήσεων μεταξύ των τμημάτων για την αξιολόγηση των οφελών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας από τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Αναγνώριση και φήμη.	Μεταξύ Ομάδων	1,18	3	0,39	1,10	35,44%
	Μέσα στις Ομάδες	26,09	73	0,36		
	Σύνολο	27,27	76			
Αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομείου.	Μεταξύ Ομάδων	3,39	3	1,13	4,18	0,87%
	Μέσα στις Ομάδες	19,49	72	0,27		
	Σύνολο	22,88	75			
Ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.	Μεταξύ Ομάδων	2,50	3	0,83	2,17	10,87%
	Μέσα στις Ομάδες	28,84	75	0,38		
	Σύνολο	31,34	78			

		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	p-value
Οικονομικά οφέλη (πχ μείωση λειτουργικού κόστους).	Μεταξύ Ομάδων	1,84	3	0,61	1,18	32,35%
	Μέσα στις Ομάδες	38,53	74	0,52		
	Σύνολο	40,37	77			

### 6.1.5. Οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων: Διερεύνηση του Πέμπτου Ερευνητικού Ερωτήματος

Οι ερωτήσεις που ενσωματώνονται στη συγκεκριμένη ενότητα του ερωτηματολογίου είναι οι εξής:

1. Με ποιο τμήμα προτιμάτε να συνεργάζεστε για να επιτυγχάνετε ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας;
2. Από ποιο τμήμα θα ζητούσατε τη συμβουλή τους σε περίπτωση που θα τη χρειαζόσασταν για να επιτύχετε ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας;
3. Ποιο τμήμα θεωρείτε ικανό να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στην εργασία σας;
4. Σε ποιο τμήμα νομίζετε ότι αξιοποιούνται ή έχουν υιοθετήσει μία κουλτούρα διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν;

Η καθεμία από τις παραπάνω ερωτήσεις αντιστοιχεί σε ένα κριτήριο. Συγκεκριμένα, η πρώτη ερώτηση αντιστοιχεί στο κριτήριο της «Συνεργασίας», η δεύτερη στο κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας», η τρίτη στο κριτήριο της «Αξιολόγησης Λειτουργίας» και η τέταρτη και τελευταία στο κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας».

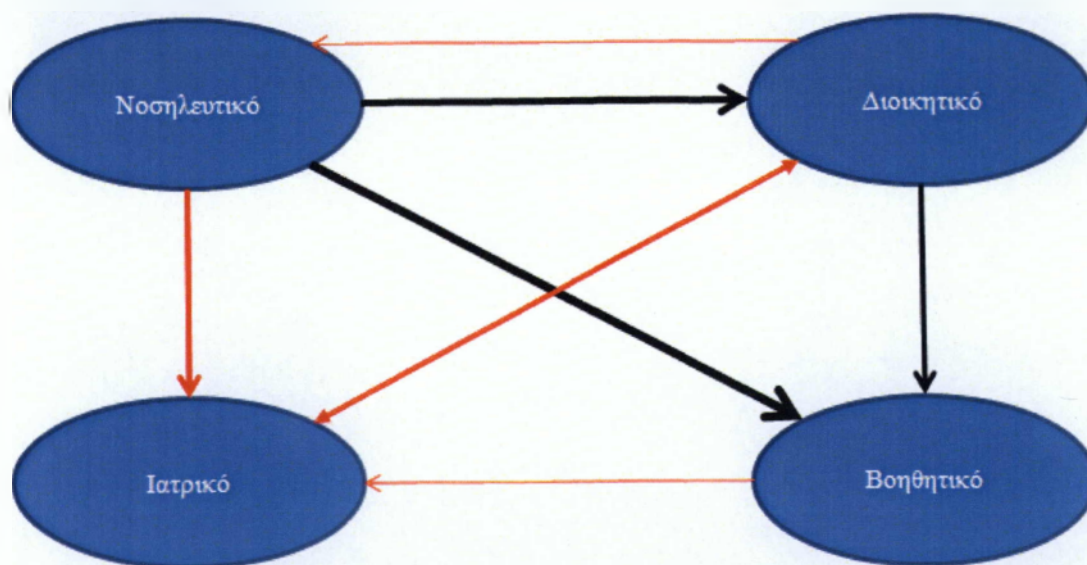
Ξεκινώντας από το κριτήριο της «Συνεργασίας» ο κοινωνιομετρικός πίνακας και το σχετικό κοινωνιόγραμμα εμφανίζονται αμέσως παρακάτω στον Πίνακα 15 και το

Διάγραμμα 14 αντιστοίχως. Από την εξέταση και των δύο, συμπεραίνεται ότι το τμήμα που επιλέγεται όσον αφορά τη συνεργασία για την επίτευξη ποιοτικότερης παροχής υγείας είναι το ιατρικό, καθώς συγκεντρώνει μόνο θετικές αξιολογήσεις. Από τη άλλη μεριά, το τμήμα που απορρίπτεται προς αυτό το σκοπό είναι το βοηθητικό, καθώς απορρίπτεται από το σύνολο των τμημάτων, με εξαίρεση το ιατρικό το οποίο δεν εκφράζει προτιμήσεις είτε αρνητικές είτε θετικές. Αξίζει, επιπλέον, να αναφερθεί ότι παρουσιάζεται και μία αμοιβαία θετική επιλογή μεταξύ του διοικητικού και του ιατρικού τμήματος, ενώ το νοσηλευτικό τμήμα αποτελεί κατά κύριο λόγο τον αποστολέα των αρνητικών επιλογών.

**Πίνακας 15: Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Συνεργασίας»**

		Νοσηλευτικό		Ιατρικό		Διοικητικό		Βοηθητικό	
		Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Από ποιο τμήμα θα ζητούσατε τη συμβουλή τους	17	0	5	0	5	-11	0	-8
Ιατρός	σε περίπτωση που θα τη χρειαζόσασταν για να	0	0	0	0	2	0	0	0
Διοικητικό Προσωπικό		2	0	7	0	5	-1	1	-5
Βοηθητικό Προσωπικό		0	0	2	0	0	0	3	0
<b>Σύνολο Θετικών / Αρνητικών</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>-11</b>	<b>1</b>	<b>-13</b>
<b>Άθροισμα Θετικών &amp; Αρνητικών</b>		<b>2</b>		<b>14</b>		<b>-4</b>		<b>-12</b>	

**Διάγραμμα 14: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Συνεργασίας»**

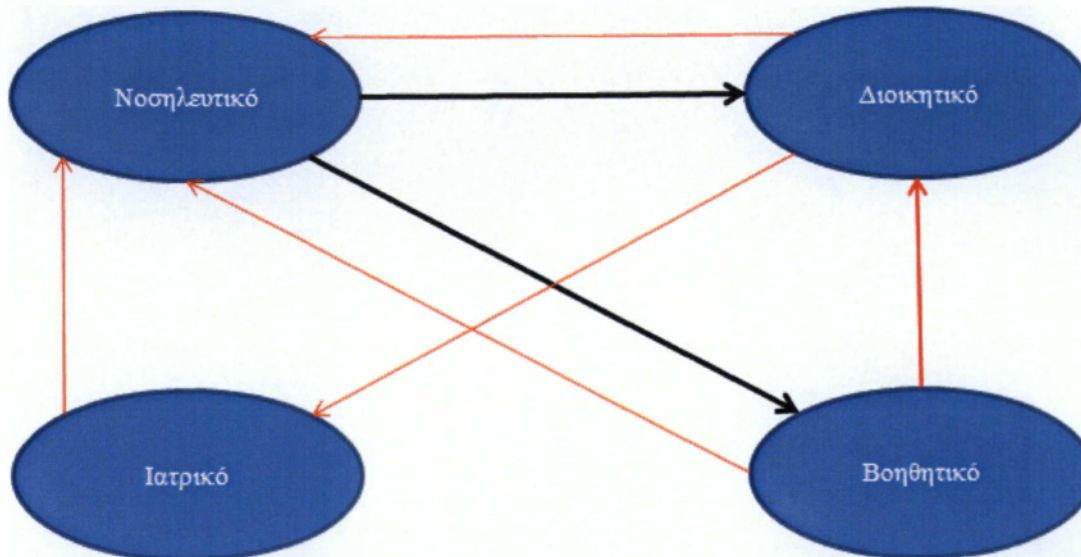


Όσον αφορά στο κριτήριο της «Προτίμησης Επιλογής», ο κοινωνιομετρικός πίνακας και το κοινωνιόγραμμα παρατίθενται στον Πίνακα 16 και το Διάγραμμα 15 που ακολουθούν. Ο αποδέκτης των περισσότερων θετικών επιλογών ως προς το συγκεκριμένο κριτήριο είναι το νοσηλευτικό τμήμα, εφόσον το σύνολο των τμημάτων εκφράζονται για αυτό θετικά. Από την άλλη μεριά, το βοηθητικό τμήμα συγκεντρώνει τις περισσότερες αρνητικές επιλογές. Αξίζει και πάλι να σημειωθεί ότι το Νοσηλευτικό τμήμα παρουσιάζεται ως ο μοναδικός αποστολέας αρνητικών σχολίων.

**Πίνακας 16: Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας»**

		Νοσηλευτικό		Ιατρικό		Διοικητικό		Βοηθητικό	
		Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Με ποιο τμήμα προτιμάτε να συνεργάζεστε για να επιτυγχάνεται ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.	17	0	8	-8	2	-7	0	-4
Ιατρός		2	0	0	0	0	0	0	0
Διοικητικό Προσωπικό		6	-5	2	0	6	0	0	0
Βοηθητικό Προσωπικό		2	0	0	0	3	0	0	0
<b>Σύνολο Θετικών / Αρνητικών</b>		<b>10</b>	<b>-5</b>	<b>10</b>	<b>-8</b>	<b>5</b>	<b>-7</b>	<b>0</b>	<b>-4</b>
<b>Άθροισμα Θετικών &amp; Αρνητικών</b>		<b>5</b>		<b>2</b>		<b>-2</b>		<b>-4</b>	

**Διάγραμμα 15: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας»**



Ο Πίνακας 17 παρακάτω αποτελεί τον κοινωνιομετρικό πίνακα για το κριτήριο της «Αξιολόγησης Λειτουργίας», ενώ το Διάγραμμα 16 που ακολουθεί αποτελεί το

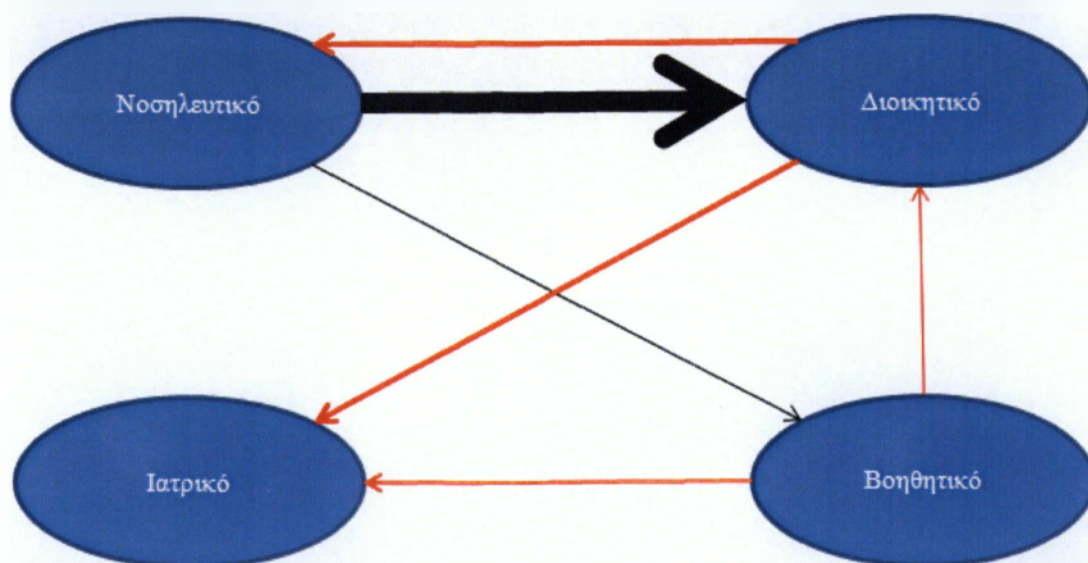


σχετικό Κοινωνιόγραμμα. Τις περισσότερες αρνητικές επιλογές συγκεντρώνει το διοικητικό τμήμα, οι οποίες στο σύνολό τους προέρχονται από το νοσηλευτικό τμήμα. Πρόκειται, επομένως, για το τμήμα που αξιολογείται αρνητικότερα για την ποιότητα της λειτουργίας του. Από την άλλη μεριά, το τμήμα που εγκρίνεται ως προς την ποιότητα της λειτουργίας του είναι το ιατρικό, ενώ ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι το διοικητικό τμήμα εκφράζει θετικές κρίσεις για την ποιότητα λειτουργίας του νοσηλευτικού τμήματος. Τέλος, και το βοηθητικό τμήμα αξιολογείται έστω και οριακά αρνητικά.

**Πίνακας 17: Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Αξιολόγησης Λειτουργίας»**

		Νοσηλευτικό		Ιατρικό		Διοικητικό		Βοηθητικό	
		Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Τοιο τμήμα θεωρείτε ικανό να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στην εργασία σας;	25	0	0	0	0	-18	1	-2
Ιατρός		0	0	2	0	0	0	0	0
Διοικητικό Προσωπικό		5	0	4	0		-2	3	-3
Βοηθητικό Προσωπικό		0	0	3	0	2	0	0	
<b>Σύνολο Θετικών / Αρνητικών</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-18</b>	<b>4</b>	<b>-5</b>
<b>Άθροισμα Θετικών &amp; Αρνητικών</b>		<b>5</b>		<b>7</b>		<b>-16</b>		<b>-1</b>	

**Διάγραμμα 16: Κοινωνιόγραμμα για το κριτήριο της «Προτίμησης Συνεργασίας»**

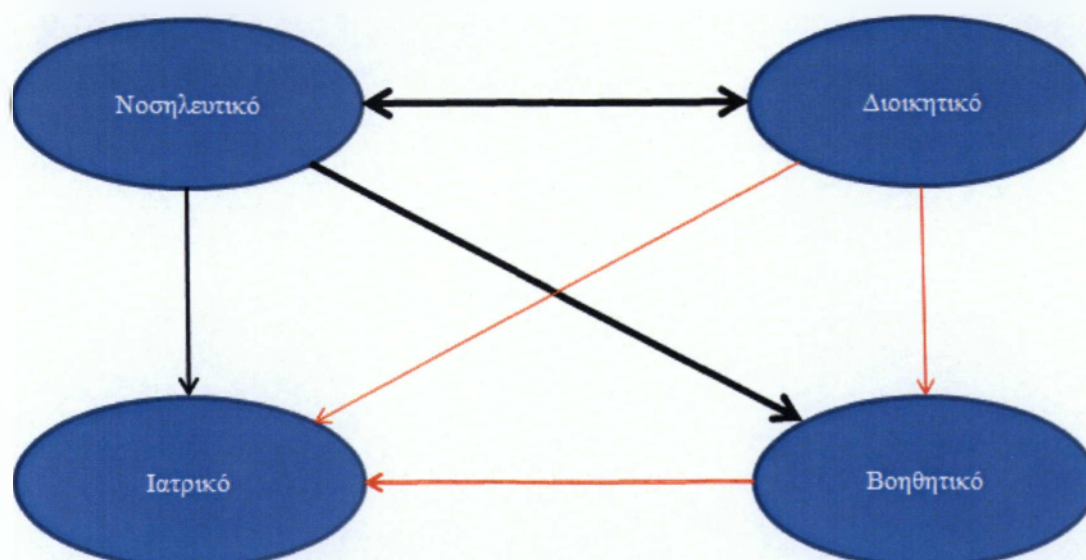


Ο κοινωνιομετρικός πίνακας για το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας» εμφανίζεται στον Πίνακα 18 και το σχετικό κοινωνιογράμμα στο Διάγραμμα 17. Σύμφωνα με αυτά, το Διοικητικό τμήμα απορρίπτεται ως προς την κουλτούρα διοίκησης ολικής ποιότητας που έχει υιοθετήσει και ακολουθεί το βοηθητικό. Ενδιαφέρον επιπλέον έχει το γεγονός ότι και το διοικητικό τμήμα εκφράζεται αρνητικά για το νοσηλευτικό, γεγονός που δημιουργεί μία αρνητική αμοιβαιότητα. Από την άλλη μεριά, το ιατρικό τμήμα εμφανίζεται για ακόμα μία φορά να συγκεντρώνει τις περισσότερες θετικές επιλογές.

**Πίνακας 18: Κοινωνιομετρικός Πίνακας για το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας»**

		Νοσηλευτικό		Ιατρικό		Διοικητικό		Βοηθητικό	
		Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά	Θετικά	Αρνητικά
Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Σε ποιο τμήμα νομίζετε ότι αξιοποιούνται ή έχουν υιοθετήσει μία κουλτούρα διοίκησης ολικής ποιότητας	19	0	2	-5	3	-9	0	-6
Ιατρός		0	0	0	0	0	0	0	0
Διοικητικό Προσωπικό		1	-5	2	0	10	0	1	0
Βοηθητικό Προσωπικό		0	0	3	0	0	0	2	0
<b>Σύνολο Θετικών / Αρνητικών</b>		<b>1</b>	<b>-5</b>	<b>7</b>	<b>-5</b>	<b>3</b>	<b>-9</b>	<b>1</b>	<b>-6</b>
<b>Αθροισμα Θετικών &amp; Αρνητικών</b>		<b>-4</b>		<b>2</b>		<b>-6</b>		<b>5</b>	

**Διάγραμμα 17: Κοινωνιογράμμα για το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας»**



## 6.2. Συμπεράσματα Έρευνας

Η ανάλυση που προηγήθηκε πραγματοποιήθηκε με γνώμονα τις ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν στο σχετικό κεφάλαιο. Στην παρούσα ενότητα συμπεραίνεται η αποδοχή ή η απόρριψη των σχετικών ερευνητικών υποθέσεων. Έτσι:

*H1: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το ιατρικό προσωπικό.*

Το ιατρικό προσωπικό παρουσιάζει το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας στη σχετική ερώτηση (Μ.Ο.=4,20±0,45) σε σύγκριση με τα υπόλοιπα τμήματα. Επιπλέον, η μέση βαθμολογία του κινείται μεταξύ του 4 (Συμφωνία) και 5 (Απόλυτη Συμφωνία). Τα δύο αυτά στοιχεία επιτρέπουν την αποδοχή της συγκεκριμένης ερευνητικής υπόθεσης.

*H2: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό.*

Η μέση βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού κινείται κάτω από το όριο της απόλυτης συμφωνίας (Μ.Ο.=3,57±0,93), γεγονός που δεν επιτρέπει την επιβεβαίωση ή την απόρριψη της συγκεκριμένης ερευνητικής πρότασης. Επιπλέον, ακόμα και αν προχωρήσουμε στην αποδοχή της, η μέση βαθμολογία είναι η χαμηλότερη μεταξύ των τμημάτων, γεγονός που σηματοδοτεί το χαμηλότερο συγκριτικά με τα υπόλοιπα τμήματα βαθμό ικανοποίησης.

*H3: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το βοηθητικό προσωπικό.*

Το βοηθητικό προσωπικό παρουσιάζει το δεύτερο μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τον οργανισμό, ο οποίος, επιπλέον, είναι μεγαλύτερος από το όριο της απλής συμφωνίας (Μ.Ο.=4,18±0,87) και κοντά στη βαθμολογία του ιατρικού προσωπικού. Επομένως, είναι εφικτή η αποδοχή της συγκεκριμένης ερευνητικής υπόθεσης.

*H4: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί το διοικητικό προσωπικό.*

Το διοικητικό προσωπικό κατατάσσεται τρίτο μεταξύ των εξεταζόμενων τμημάτων σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και με μέση τιμή χαμηλότερη του 4, γεγονός που δεν επιτρέπει την αποδοχή ή την απόρριψη της συγκεκριμένης ερευνητικής υπόθεσης.

*H5: Δεν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού και της διοίκησης ως προς την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται.*

Η παρούσα ερευνητική υπόθεση απορρίφτηκε σε επίπεδο σημαντικότητας 10%, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 2. Επιπλέον, από το Διάγραμμα 7 συμπεραίνεται ότι το Νοσηλευτικό τμήμα είναι εκείνο που εμφανίζεται με το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σύγκριση με τα υπόλοιπα τμήματα.

*H6: Η κάθε κατηγορία προσωπικού είναι το ίδιο ευαισθητοποιημένη σε θέματα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*

Η συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 2, εφόσον υπάρχουν διαφοροποιήσεις σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99% στις αποκρίσεις των ερωτώμενων σχετικά με το κατά πόσο πιστεύουν ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.

*H7: Ο ρόλος της διοίκησης, της επιστημονικής γνώσης και της συμμετοχής όλων των εργαζομένων στη διοίκηση ολικής ποιότητας αναγνωρίζεται στον ίδιο βαθμό από κάθε κατηγορία προσωπικού.*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 2, σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99% εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μέσων αποκρίσεων ανά τμήμα στη συγκεκριμένη ερώτηση. Επομένως, η ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται.

*H8: Η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στη διοίκηση ιατρικών μονάδων μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Τόσο το σύνολο των εργαζομένων όσο και των τμημάτων ξεχωριστά του εξεταζόμενου οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας βαθμολογεί τον παράγοντα της ενσωμάτωσης κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με μέση βαθμολογία άνω του 4. Επομένως, αναγνωρίζεται στο συγκεκριμένο παράγοντα ιδιαίτερη ισχύ, γεγονός που επιτρέπει την αποδοχή της σχετικής ερευνητικής υπόθεσης.

*H9: Η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Με εξαίρεση το νοσηλευτικό τμήμα, ο παράγοντας της τεχνολογίας συγκεντρώνει μέση βαθμολογία ανώτερη του 4. Επιπλέον, επιτυγχάνεται, σύμφωνα με τον Πίνακα 3, μία μέση βαθμολογία ίση με 4,09, η οποία είναι ανώτερη του ορίου του 4. Επομένως, επιτρέπεται η επιβεβαίωση της παρούσης ερευνητικής πρότασης.

*H10: Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές κατατάσσονται τρίτες σε σπουδαιότητα (Μ.Ο.=4,08±0,45) από το σύνολο των εργαζομένων και μόνο από το βοηθητικό προσωπικό πρώτες. Επομένως, είναι δυνατόν να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι στο συγκεκριμένο παράγοντα αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία από τους εργαζόμενους.

*H11: Οι σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, η μέση βαθμολογία των σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας ανέρχεται σε 4,07, βαθμολογία που είναι χαμηλότερη μεν από τους υπόλοιπους παράγοντες, αλλά με πολύ μικρή απόσταση από αυτούς. Τα αποτελέσματα, επομένως, συνηγορούν υπέρ της αποδοχής της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H16: Η αξιολόγηση των προβλημάτων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.*

Η παρούσα ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 6, σύμφωνα με τα οποία το ανθρώπινο λάθος παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99% κατά την αξιολόγησή του από τα διάφορα τμήματα του οργανισμού. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 9, το διοικητικό προσωπικό φαίνεται να το αξιολογεί ως σπουδαιότερο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα τμήματα, ενώ το ιατρικό ως λιγότερο σπουδαιότερο.

*H17: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων (απαλλαγή από άγχος, αποφυγή burnout, ικανοποίηση από εργασία, σεβασμός και εμπιστοσύνη από ασθενείς).*

Η βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, αλλά και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτήν αξιολογούνται με υψηλούς βαθμούς συμφωνίας από το σύνολο των εργαζομένων, αλλά και ανά τμήμα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 7 και τον Πίνακα 11. Επομένως, επιτρέπεται η αποδοχή της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H18: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων και της ποιότητας λειτουργιών μονάδας (αναγνώριση και φήμη, αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, ικανοποίηση χρηστών – καταναλωτών, οικονομικά οφέλη).*

Η βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων και της ποιότητας λειτουργιών καθώς και τα οφέλη για τις μονάδες υγείας που αυτές επιφέρουν συγκεντρώνουν σημαντικά υψηλούς βαθμούς συμφωνίας, σύμφωνα με τον Πίνακα 7 και τον Πίνακα 13, γεγονός που επιτρέπει την αποδοχή της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H19: Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιφέρει ικανοποίηση των ασθενών (οφέλη οικονομικά, υγειονομικά, ψυχολογικά).*

Η ικανοποίηση των ασθενών καθώς και τα οφέλη που προκύπτουν για αυτούς από τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερος υψηλούς

*H12: Η αξιολόγηση των παραγόντων που ευθύνονται για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.*

Η ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται εφόσον η ενσωμάτωση των κατάλληλων τεχνολογίας σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99% και οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, σύμφωνα με τον Πίνακα 4, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τμημάτων. Επιπλέον, από το Διάγραμμα 8 και οι δύο παράγοντες εμφανίζονται με χαμηλότερη αξιολόγηση από το νοσηλευτικό και το βοηθητικό προσωπικό.

*H13: Η αποτυχία συστήματος μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Η αποτυχία του συστήματος, σύμφωνα με τον Πίνακα 5, εμφανίζεται 2<sup>ο</sup> σε κατάταξη σπουδαιότητας πρόβλημα της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και μάλιστα με βαθμολογία που δεν ξεπερνά το 4 (M.O.=3,43±0,79). Έτσι, δεν επιτρέπεται η επιβεβαίωση της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H14: Το ανθρώπινο λάθος αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Το ανθρώπινο λάθος, σύμφωνα με τον Πίνακα 5, εμφανίζεται 3<sup>ο</sup> σε κατάταξη σπουδαιότητας πρόβλημα της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και μάλιστα με βαθμολογία που απέχει σημαντικά από το 4 (M.O.=3,29±0,83). Η μέση αυτή βαθμολογία δεν επιτρέπει την επιβεβαίωση της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H15: Τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.*

Τα προβλήματα οργάνωσης, σύμφωνα με τον Πίνακα 5, αν και κατατάσσονται 1<sup>α</sup> ως πρόβλημα της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, η βαθμολογία τους (M.O.=3,81±0,74) δεν επιτρέπει την επιβεβαίωση της παρούσας ερευνητικής πρότασης, καθώς απέχουν σημαντικά από το όριο του 4.

βαθμούς συμφωνίας (άνω του 4) τόσο στο σύνολο των εργαζομένων όσο και στα επιμέρους τμήματα, σύμφωνα με τον Πίνακα 7 και τον Πίνακα 9. Οι μέσοι αυτοί βαθμοί συμφωνίας επιτρέπουν την επιβεβαίωση της παρούσας ερευνητικής υπόθεσης.

*H20: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.*

Η συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 8, το σύνολο των αποτελεσμάτων της βελτίωσης ποιότητας αξιολογείται στατιστικά σημαντικά διαφορετικά από τις επιμέρους ομάδες των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 10, η βελτίωση της ικανότητας των εργαζομένων και η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογείται με στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό συμφωνίας από τους γιατρούς, η βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων αξιολογείται με στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ η βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας με στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας από το βοηθητικό προσωπικό.

*H21: Η αξιολόγηση των οφελών της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δε διαφοροποιείται μεταξύ των τμημάτων.*

Ως προς τα οφέλη των ασθενών, η παρούσα ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται, εφόσον, σύμφωνα με τον Πίνακα 10, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%. Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό τμήμα υποβαθμίζει τη σπουδαιότητά της.

Ως προς τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας, η παρούσα ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 12.

Ως προς τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας, η παρούσα ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται, εφόσον, σύμφωνα με τον Πίνακα 14, η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99%. Συγκεκριμένα, το



νοσηλευτικό και το ιατρικό τμήμα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 13, αποδίδει μικρότερη σπουδαιότητα στα συγκεκριμένα οφέλη.

*H22: Το διοικητικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*

Το διοικητικό τμήμα στο σύνολο των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν συγκεντρώνει αρνητικές επιλογές. Επιπλέον, στα κριτήρια της «Υιοθέτησης Κουλτούρας» και της «Αξιολόγησης Λειτουργίας» εμφανίζει τις περισσότερες απορρίψεις κατά κύριο λόγο από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επομένως, η συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται.

*H23: Το ιατρικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*

Το ιατρικό τμήμα σε τέσσερα από τα τέσσερα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν συγκεντρώνει θετικές επιλογές. Επιπλέον, σε τρία από τα τέσσερα κριτήρια, με εξαίρεση δηλαδή του κριτηρίου της «Προτίμησης Συνεργασίας», εμφανίζεται ως το δημοφιλέστερο τμήμα. Επομένως, η συγκεκριμένη ερευνητική πρόταση επιβεβαιώνεται.

*H24: Το νοσηλευτικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*

Το νοσηλευτικό τμήμα σε τρία από τα τέσσερα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν συγκεντρώνει θετικές επιλογές. Στο κριτήριο δε της «Προτίμησης Συνεργασίας» εμφανίζεται ως το δημοφιλέστερο τμήμα. Αντιθέτως, στο κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας» εμφανίζεται ως το πλέον απορριπτέο τμήμα. Επομένως, η συγκεκριμένη ερευνητική πρόταση επιβεβαιώνεται μερικώς.

*H25: Το βοηθητικό τμήμα είναι το δημοφιλές για θέματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*

Το βοηθητικό τμήμα σε τέσσερα από τα τέσσερα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν συγκεντρώνει αρνητικές επιλογές. Στο δε κριτήριο της «Συνεργασίας» αποτελεί το πλέον απορριπτέο τμήμα. Επομένως, η συγκεκριμένη ερευνητική πρόταση απορρίπτεται.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>. Συμπεράσματα

Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (WHO, 1946). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η υγεία δεν σχετίζεται μόνο με την ιατρική, αλλά και με άλλους παράγοντες, όπως είναι το περιβάλλον, οι οι συνθήκες εργασίας κτλ. Θεωρείται αδιαμφισβήτητα ως το περισσότερο πολύτιμο αγαθό και ως τέτοιο έχει χαρακτηριστικά τόσο των κοινωνικών, όσο και των καταναλωτικών αγαθών.

Το σύστημα υγείας είναι το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σιγάλας, 1999). Έως σήμερα, έχουν διαμορφωθεί διάφορα οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, με κυριότερα τα εξής (Υφαντόπουλος, 2006):

- Το Φιλελεύθερο υγειονομικό σύστημα,
- Το σύστημα Bismark,
- Το σύστημα Beveridge.

Η βασική κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας βασίζεται στον υποχρεωτικό ή μη χαρακτήρα της ασφάλισης και συνεπώς, στην ατομική ή κοινωνική ευθύνη, ενώ υπάρχουν και εκείνα που χαρακτηρίζονται ως μικτά, ένα από τα οποία είναι και το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983, με κύριο σκοπό να παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των πολιτών της χώρας. Έχει τρεις βαθμίδες φροντίδας, την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, και οι ιδιωτικές πληρωμές.

Τα κύρια προβλήματα που σχετίζονται με τα συστήματα υγείας αναφέρονται (Υφαντόπουλος, 2006):

- Στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- Στη διαχείριση των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας
- Στην αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων
- Στην κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας

Το κοινωνικό κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει στους πολίτες το δικαίωμα στην υγείας, την εκπαίδευση και την πρόνοια (Υφαντόπουλος, 2006). Επομένως, το κράτος πρόνοιας μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των δραστηριοτήτων για τη συστηματική κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις του Κράτους Πρόνοιας είναι η νεοφιλελεύθερη, η κεϋνσιανή και η μαρξιστική (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακές και άλλες υπηρεσίες που μπορεί να δεχτεί ο ασθενής για την αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας του. Τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων υπηρεσιών είναι (Arrow, 1963):

- Η φύση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας είναι ασταθής και απρόβλεπτη.
- Η συμπεριφορά των ιατρών είναι διαφορετική από τους άλλους επιχειρηματίες καθώς το προϊόν και η διαδικασία παραγωγής του ταυτίζονται.
- Η αβεβαιότητα του παρεχόμενου προϊόντος, τόσο σε σχέση με την ποιότητα του προϊόντος, όσο σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο προϊόν.
- Οι συνθήκες της προσφοράς.
- Οι πρακτικές τιμολόγησης στις υπηρεσίες υγείας θεωρούνται ιδιαίτερες, αφού υπάρχουν διαβαθμίσεις στην τιμολόγηση ανάλογα με το εισόδημα, οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές του ανταγωνισμού.

Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν στο εσωτερικό ενός νοσοκομείου, ως εξής:

- ιατρικές υπηρεσίες
- νοσηλευτικές υπηρεσίες
- ξενοδοχειακές υπηρεσίες
- διοικητικές υπηρεσίες

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αγαθό της υγείας διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά, αλλά αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, η απόκτηση του οποίου δεν μπορεί να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση ή την κοινωνική θέση του ατόμου (Δικαίος και συν., 1999). Η διοίκηση ενός οργανισμού είναι η συγκέντρωση και ο συντονισμός όλων των παραγωγικών πόρων για την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού (Κανελλόπουλος, 1990). Οι κυριότερες λειτουργίες της διοίκησης είναι (Δικαίος και συν, 1999):

- Ο Προγραμματισμός/ Σχεδιασμός
- Η Οργάνωση
- Η Διεύθυνση
- Ο Έλεγχος

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι μια έννοια που είναι δύσκολο να προσεγγιστεί και μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (OECD, 2004). Παίζει πρωταρχικό ρόλο στη βιωσιμότητα ενός οργανισμού υγείας, καθώς η ικανότητα ανταπόκρισης τους στις ανάγκες των ασθενών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν βασικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας, και μπορούν να προσφέρουν συγκριτικό πλεονέκτημα στον οργανισμό (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Οι προσπάθειες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τη χρήση δεικτών ποιότητας, οι συνηθέστεροι εκ των οποίων είναι:

- Τα δικαιώματα των ασθενών και την πληροφόρηση
- Το χρόνο αναμονής για τη λήψη της φροντίδας
- Τα αποτελέσματα (δείκτες θνησιμότητας, κτλ)
- Το επίπεδο των παροχών
- Τα φαρμακευτικά προϊόντα

Τα οφέλη της διοίκησης ποιότητας είναι τα εξής (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004):

- Καλύπτονται επαρκέστερα οι ανάγκες των πολιτών
- Παρέχονται πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις
- Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα
- Βελτιώνεται η υγεία του πληθυσμού

Η έννοια της Συνεχούς Βελτίωσης εισάγεται από τον Crosby (1979). Σύμφωνα με αυτή, θα πρέπει να πραγματοποιούνται συνεχείς έλεγχοι και να αναζητούνται τρόποι βελτίωσης της ποιότητας. Αυτή, όμως, η διαδικασία θα πρέπει να ακολουθείται συστηματικά και όχι με τρόπο ευκαιριακό (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια διοικητική φιλοσοφία, που στοχεύει να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα, την ευελιξία, την ανταγωνιστικότητα και την ικανοποίηση των πελατών. Ως πελάτες, μάλιστα, νοούνται τόσο οι εσωτερικοί (οι εργαζόμενοι και άλλοι φορείς στο εσωτερικό του οργανισμού) όσο και οι εξωτερικοί (τελικοί αποδέκτες της υπηρεσίας) (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσότρας, 1995).

Στο ερευνητικό κομμάτι της παρούσης εργασίας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οι θεωρίες και μέθοδοι διασφάλισής της. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας έχει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη βιωσιμότητα των οργανισμών, αλλά και στην ποιότητα ζωής των πολιτών. Η ικανότητα των οργανισμών υγείας να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας υγείας, και είναι σε θέση να δημιουργήσουν συγκριτικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό. Ο σκοπός της εργασίας συμπληρώνεται με την μελέτη της περίπτωσης του μαιευτηρίου Λητώ, στο οποίο λαμβάνει χώρα και η έρευνα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις σχέσεις μεταξύ των τμημάτων ενός οργανισμού υγείας, οι οποίες αποτελούν την άτυπη δομή του οργανισμού, και κατ' ουσία δείχνουν σε ποιόν μπορούν να στραφούν οι εργαζόμενοι για να βελτιωθεί το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτή η άτυπη δομή αποτυπώνεται και αναλύεται με τη χρήση της κοινωνιομετρικής μεθόδου.

Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας διατυπώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία και απαντώνται στη συνέχεια:

1. Ποιο είναι το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Μαιευτήριο Λητώ; Το προσωπικό και η διοίκηση του μαιευτηρίου ικανοποιούνται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον εξεταζόμενο οργανισμό υγείας είναι ικανοποιητικό, σύμφωνα με την αξιολόγηση των ίδιων των εργαζομένων. Η μέση βαθμολογία που επιτυγχάνεται ανέρχεται σε 3,73 με τους γιατρούς να το αξιολογούν θετικότερα και να ακολουθούν το βοηθητικό, το διοικητικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η συγκεκριμένη τιμή, όμως, έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης, γεγονός που σημαίνει ότι και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του οργανισμού έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης.

Η ικανοποίηση που λαμβάνει το προσωπικό από αυτό το επίπεδο είναι αντίστοιχη της κατάταξης που παρουσιάστηκε για το επίπεδο της ποιότητας. Επομένως, τη

μεγαλύτερη ικανοποίηση αισθάνονται οι γιατροί και τη μικρότερη ικανοποίηση οι νοσηλευτές.

2. Ποιοι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας στο μαιευτήριο Λητώ;

Το σύνολο των εξεταζόμενων παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας στον εξεταζόμενο οργανισμό παρουσιάζονται ως υψηλής σημασίας από τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι ανθρώπινοι πόροι, η τεχνολογία, οι βελτιωτικές οργανωτικές αλλαγές αλλά και οι σύγχρονες μέθοδοι σχεδιασμού αναδεικνύονται από την παρούσα έρευνα ως υψίστης σημασίας για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τους ίδιους τους εργαζόμενους του οργανισμού. Οι οποίες διαφοροποιήσεις συναντώνται δεν καθιστούν κάποιον παράγοντα λιγότερο σημαντικό από κάποιο τμήμα, αλλά διαφονίες εντοπίζονται στο ποιοι είναι απόλυτα σημαντικοί και ποιοι είναι απλά σημαντικοί.

3. Ποια είναι τα προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο μαιευτήριο Λητώ;

Αντιθέτως με τους παράγοντες, τα προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του εξεταζόμενου οργανισμού συγκεντρώνουν χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας τόσο μεταξύ των τμημάτων όσο και στο σύνολο των εργαζομένων. Σε σειρά φθίνουσας αποδιδόμενης σημασίας, τα προβλήματα αυτά κατατάσσονται ως εξής: προβλήματα στην οργάνωση μονάδας, αποτυχία του συστήματος και ανθρώπινο λάθος. Ο μέσος βαθμός συμφωνίας που συγκεντρώνουν κυμαίνεται από 3,43 έως 3,81. Οι βαθμοί αυτοί αν και δηλώνουν υψηλότερο βαθμό συμφωνίας από τη μέση δεν πλησιάζουν την απόλυτη συμφωνία. Επομένως, τα συγκεκριμένα προβλήματα αξιολογούνται ως απλά σημαντικά για την ποιοτική λειτουργία του οργανισμού.

4. Ποια είναι τα αναμενόμενα οφέλη και τα αποτελέσματα της βελτίωσης της ποιότητας;



Οι εργαζόμενοι του εξεταζόμενου νοσοκομείου κατανοούν στο σύνολό τους και ανά τμήμα ξεχωριστά το γεγονός ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιφέρει μία σειρά από θετικά αποτελέσματα και οφέλη. Όσον αφορά στα θετικά αποτελέσματα σε σειρά φθίνοντος βαθμού συμφωνίας είναι η ικανοποίηση των ασθενών, η βελτίωση της ποιότητας λειτουργιών μονάδας, η βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων και η βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων. Παρόλα αυτά, οι βαθμοί συμφωνίας και των τεσσάρων είναι ιδιαίτερα υψηλή (>4), γεγονός που καταδεικνύει την ιδιαίτερη σπουδαιότητα που τους αποδίδεται.

Όσον αφορά στα οφέλη, διακρίνονται σε οφέλη για τον ασθενή, σε οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας και σε οφέλη για τις μονάδες παροχής υγείας. Και πάλι, συναντώνται υψηλοί βαθμοί συμφωνίας, γεγονός που αντικατοπτρίζει την υψηλή βαρύτητα που τους αποδίδεται. Για τους ασθενείς, τα οφέλη που εξετάζονται κατατάσσονται σε σειρά φθίνουσας βαρύτητας ως εξής: υγειονομικά, οικονομικά και ψυχολογικά. Για τους επαγγελματίες υγείας, ως εξής: σεβασμός και εμπιστοσύνη από τους ασθενείς, ικανοποίηση από εργασία, απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος και αποφυγή burnout. Τέλος, για τις μονάδες παροχής υγείας, ως εξής: αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, αναγνώριση και φήμη, οικονομικά οφέλη και ικανοποίηση χρηστών-καταναλωτών.

5. Πώς διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων του μαιευτηρίου Λητώ, όσον αφορά την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών;

Σύμφωνα με την κοινωνιομετρική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, το ιατρικό τμήμα εμφανίζεται το ποιοτικότερο στο σύνολο των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν (Συνεργασία, Προτίμηση Συνεργασίας, Αξιολόγηση Λειτουργίας και Υιοθέτηση Κουλτούρας), ενώ το διοικητικό τμήμα το λιγότερο ποιοτικό. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα δύο αυτά τμήματα έχουν σταθερά θετικές το πρώτο και αρνητικές το δεύτερο αξιολογήσεις. Επιπλέον, και το βοηθητικό τμήμα εμφανίζεται συνεχώς με αρνητική συνισταμένη επιλογών, γεγονός που δεν το καθιστά αξιόπιστο στις σχέσεις του με τα υπόλοιπα τμήματα όσον αφορά στην ποιότητα. Το νοσηλευτικό τμήμα εμφανίζει αρνητικές επιλογές μόνο όσον αφορά το κριτήριο της «Υιοθέτησης Κουλτούρας», ενώ

αξίζει να σημειωθεί ότι αποτελεί το τμήμα – αποστολέα των αρνητικών επιλογών, καθώς είναι το τμήμα που απορρίπτει μόνιμα έστω ένα από τα υπόλοιπα τμήματα. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν εμφανίζεται κανένα τμήμα απομονωμένο από τα άλλα ως προς την ποιότητα.

Εν κατακλείδι, η ποιότητα του εξεταζόμενου οργανισμού εμφανίζεται σε ικανοποιητικά επίπεδα με περιθώρια βελτίωσης, τα προβλήματα στην ποιότητα αξιολογούνται ως ιδιαίτερος σημαντικά, ενώ οι εργαζόμενοι παρουσιάζονται γνώστες της σπουδαιότητας των αποτελεσμάτων και των οφελών που είναι δυνατόν να επέλθουν από μία συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, από το σύνολο των εξεταζόμενων τμημάτων του νοσοκομείου, το ιατρικό κρίνεται από τα υπόλοιπα τμήματα ως το περισσότερο ποιοτικό, ενώ το διοικητικό απορρίπτεται από άποψη ποιότητας.

## Βιβλιογραφία

- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., Niakas, D., (2007), “The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals”, *Health Policy*, Vol. 83, pp. 236-245.
- Arrow, K. J., (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, pp. 941-973.
- Beiske B., (2007), *Research Methods: Uses and Limitations of questionnaires, interviews and case studies*, GRIN Verlag, Manchester.
- Benoliel J.Q., (1985), “Advancing qualitative approaches”, *Western Journal of Research*, Vol. 7, No. 2, pp. 1-8.
- Bernard, H.R., (2011), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*, AltaMira Press, Maryland.
- Bryan, F. L., (1990), “Hazard Analysis Critical Control Point Systems for Retail food and restaurant operations”, *Journal of Food Protection*, Vol. 53, No. 11, pp. 978-983.
- Burns N. Grove S.K., (1987), *The practice of research, conduct, critique, and utilization*, Saunders, Philadelphia.
- Chalmers, A. F., (1994), *Τι είναι αυτό που λέμε επιστήμη*, Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Cormack D.S., (1991), *The research process*, Black Scientific, Oxford.

- Crosby, P. B. (1979), *Quality is Free*, McGraw-Hill, New York, NY
- Demming, W. E., (1993), *The New Economics*, Cambridge, MA.
- Donabedian, A., (1988), "The quality of care. How can it be assessed?", *Journal of American Medical Association*, Vol. 260, No. 12, pp. 1743-1848.
- Dranove, D., (1988), "Demand inducement and the physician- patient relationship", *Economic Enquiry*, Vol. 26, No. 2, pp. 281-298.
- Duffy M.E., (1985), "Designing research the qualitative – quantitative debate", *Journal of Advance Nursing*, Vol. 11, No. 3, pp. 225-232.
- Eikemo, T. and Bambra, C. (2008), "The welfare state : a glossary for public health", *Journal of epidemiology and community health*, Vol. 62, No. 1. pp. 3-6.
- Espring- Andersen, G., (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press.
- Feigenbaum, V.A., (1991), *Total Quality Management*, McGraw-Hill, New York.
- Ferrera, M., (1996), "The southern model of welfare in social Europe", *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, No. 1, pp. 17-37.
- Fetterman D.M., (1988), "Qualitative approaches to evaluating education", *Educational Researcher*, Vol. 17, No. 8, pp. 17-22.
- Firestone, W.A., (1987), "Meaning in method: the rhetoric of quantitative and qualitative research", *Education Researcher*, Vol. 16, No. 8, pp. 16-21.
- Fuchs, V. R., (1988), "The 'competition revolution' in health care", *Health Affairs*, Vol. 7, No. 3, pp. 5-24.

- Garvin, D. A., (1988), *Managing Quality*, Free Press.
- Gerdtham U., Jonsson, B., (2000), "*Handbook of Health Economics*", Elsevier Science.
- Goddard W., Melville S., (2004), *Social Research Method: Qualitative and Quantitative Approaches*, Juta and Company Ltd, Lansdowne.
- Grosse-Tebbe, S., Figueras, J., (2004), "*Snapshots of health systems*", European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hollander E.C., (1978), *An Introduction to Sociogram Construction*, Snow Lion Press Inc, Denver Colorado.
- Johnson J., Henderson A., (2002), *Conceptual Models: Begin by Designing What to Design*, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://metalab.uniten.edu.my/~rozita/cisb213/notes/articles/conceptual-model-what-2-design.pdf> (Προσπελάστηκε στις 31/08/2013), pp. 1-8.
- Katrougalos, G., Lazaridis, G. (2003), *Southern European Welfare States*, New York, Palgrave.
- Kaufmann F., (2000), "Towards a theory of the welfare state", *European Review*, Vol. 8, pp. 291- 312.
- Krauskopf, K., Beiser, A., (1997), *The physical universe*, McGraw-Hill.
- Kuhn T.S., (1970), *The Essential Tensions: Selected Studies in Scientific Tradition and Change*, University of Chicago Press, Chicago.
- Laine J., Lintia M., Hakkinen U., Noro A., (2005), "Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long term care for the elderly", *Health Economics*, Vol. 14, pp. 245-56.

- Lincoln Y.S., Guba E.G., (1985), *Naturalistic Inquiry*, Sage Publications Inc., Newbury Park, California.
- Lindberg, D., (1997), *Οι απαρχές της Δυτικής Επιστήμης*, Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις Ε.Μ. Π.
- Mamalis, S., Kafetzopoulos, P.D., Aggelopoulos, S., (2009), "The new food safety standard ISO 22000. Assessment, comparison and correlation with HACCP and ISO 9000:2000. The Practical Implementation in victual business", 113<sup>th</sup> EAAE Seminar '*A resilient European food industry and food chain in a challenging world*', Chania, Grece, September 3-6.
- Matsaganis, M. (2002), "Yet another piece of pension reform in Greece", *South European Society and Politics*, Vol. 7, No. 3, pp. 109-122.
- Mohanty R.P, Santhi K., Haripriya C., (1996), "A model for evaluating TQM effectiveness in health-care systems", *Work Study*, Vol. 45, No. 2, pp. 14 – 17.
- Moreno J.L., (1951), *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society. An Approach to a New Political Orientation*, Beacon House, New York.
- Moreno J.L., (1960), *The Sociometry Reader*, The Free Press, Illinois.
- Motter R, Rosko MD, Wong HS (2008), "Measuring hospital inefficiency: The effect of controlling for quality and patient burden on illness", *Health Services Research*, Vol. 43, No.6, pp. 1992 – 2013.
- Neuman W.L., (2004), *Research Methodology: An Introduction*, 2<sup>nd</sup> Edition, Blackwell Publishing, Boston.

- OECD, (2004), Health technical papers: Selecting indicators for patient safety at the Health system level in OECD countries. Directorate for employment, labour and social affairs Committee.
- Parsons, T., (1979), "Definitions of health and illness in the light of the American values and structure" in Jaco E.G. and Gartley, E. (eds), *Patients, physicians and illness*, Free Press, New York.
- Pasuraman, A., 1988. "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality", *Journal of Retailing*, Vol. 64, pp. 12-37.
- Payton O., (1988), *The Validation of Clinical Practice*, 2<sup>nd</sup> Ed., FA Davis Co., Philadelphia.
- Phillips D.C., (1987), *Philosophy, Science, and Social Inquiry*, Pergamon Press Inc, New York.
- Polit D.F., Hungler B.P., (1991), *Nursing Research: Principles and Methods*, 4<sup>th</sup> ed., JB Lippincott Co, Philadelphia.
- Rajasekar S., Philominathan P., Chinnathambi V., (2006), "Research Methodology", Διαθέσιμο στην Ιστοσελίδα: <http://arxiv.org/pdf/physics/0601009.pdf>. (Προσπελάστηκε 15/08/2013), pp. 1-23.
- Richey, T., (1991), "Analysis and synthesis. On scientific method – based on a study by Bernhard Riemanss" *Systems Research*, Vol. 8, No. 4, pp. 21-41.
- Rostampoor-Vajari M., (2012), "What is Sociometry and How We Can Apply It in Our Live", *Advances in Asian Social Sciences*, Vol. 2, No. 4, pp. 570-573.
- Sakellaropoulos, T., (2007), "Greece: The quest foe national welfare expansion through more social Europe", In Kvist J., Saari, J. (eds.), *The Europeanization of*

*social protection. The political responses of eleven member states*, Bristol, Policy Press, pp. 211-227.

Shepard F.K., Jensen G.M., Schmoll B.J., Hack M.L., Gwyer J., (1993), "Alternative Approaches to Research in Physical Therapy: Positivism and Phenomenology", *Journal of the American Physical Therapy Association*, Vol. 79, pp. 88-97.

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L., (2008), "Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins", *Science Direct Health Policy*, Vol. 88, pp. 282-293.

Slater F. S., Narver, J. C., 1994. Market orientation, customer value, and superior performance. *Business Horizons*, pp. 22-28, March- April.

Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2012), "Models in Science".

Theodorou, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadas, N., Fragoulakis, V., Pavi, E., Kyriopopulos, J., (2009), "Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: Results from a questionnaire based survey", *BMC Health Services Research*, Vol. 9, pp. 150.

Thomas, W., Hofer, T.P. (1998), "Research evidence on the validity of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality care", *Medical Care research and review*, Vol. 55, No. 4, pp. 371-404.

Valdmanis V., Rosko M., Mutter R., (2008), "Hospital quality, efficiency and input slack differentials", *Health Services Research*, Vol. 43, No. 5, pp. 1830 – 48.

Weinerman E.R., et al., (1966), "Determinants of use of hospital emergency services", Vol. 56, No. 7, pp.1037-1056.



WHO (1946), *International Health Conference*, New York.

Wikipedia, (2013), available at: <http://el.wikipedia.org>

Wilson J., (2010), *Essentials of Business Research: A Guide to Doing Your Research Project*, Sage, London.

Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2009) *Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., (2002), *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας: Θέματα χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>. στο λήμμα 'Επιστημονική μέθοδος'.

Από την ιστοσελίδα: <http://el.wikipedia.org>. στο λήμμα 'Επιστημονικό μοντέλο'.

Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., (2004), «Οι εξελίξεις του Υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας», *ΣΦΕΕ*, τ. 50.

Γώγος, Χ., (2011), «Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα», *Τριμηνιαίο ηλεκτρονικό Περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής, Α. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών*, σελ. 10-21.

Δικαίος Χ, Χλέτσος Μ. (1999), *Πολιτική Υγείας-Κοινωνική Πολιτική*, τόμος Β', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

- Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Ζαβλανός, Μ., (2002), *Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Μητροσύλη, Μ., (1999), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις: Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεωδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (1996), *Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα.
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), *Υγεία : οριοθετήσεις και προοπτικές*, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π., (1999), “Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές”, Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, pp. 15–58.
- Κανελλόπουλος, Χ., (1990), *Μάνατζμεντ: Αποτελεσματική διοίκηση σε επιχειρήσεις, οργανισμούς και υπηρεσίες*, International Publishing, Αθήνα.
- Κουλιεράκης, Γ., (2006), «Ψυχολογία της υγείας και δημόσια υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και την Ελλάδα», *Ψυχολογία*, Τόμος 13, τ. 2, σελ. 1-16.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζόπουλου, Μ., (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδόσεις Παλασωτηρίου.

- Λαναρά, Β. Α., (2004), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*, 1Α Έκδοση, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Α. Λ., (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.
- Μάντζαρης, Γ., (2012), *Επιστημονική έρευνα*, Σέρρες.
- Μπέλλας, Θ., (1977), *Η Έρευνα στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς*, Αθήνα.
- Μπέσης, Ν., (1993), «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», *Ειδικά Κλαδικά Θέματα*, No. 1, Αθήνα, IOBE.
- Ν. 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», (*ΦΕΚ 143/7.10.1983, τευχ. Α'*).
- Ν. 2071/1992, «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας», (*ΦΕΚ 123/15.7.1992, τευχ. Α'*).
- Ν. 2519/1997, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», (*ΦΕΚ 165/21.8.1997, τευχ. Α'*).
- Ν. 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», (*ΦΕΚ 37/2.3.2001, τευχ. Α'*).
- Ν. 2995/2001, «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕΣΥ», (*ΦΕΚ 256/2.11.2001, τευχ. Α'*).
- Ν. 3204/2003, «Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας», (*ΦΕΚ 296/23.12.2003, τευχ. Α'*).
- Ν. 3329/2005, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και λοιπές διατάξεις», (*ΦΕΚ 81/4.4.2005, τευχ. Α'*).

- N. 3527/2007, (ΦΕΚ 25/9.2.2007, τευχ. Α').
- N. 3580/2007, «Προμήθειες από Νοσοκομεία και Δ.Υ.ΠΕ.», (ΦΕΚ 134/18.6.2007, τευχ. Α').
- N. 3868/2010, «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», (ΦΕΚ 129/3.8.2010, τευχ. Α').
- N. 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 31/2.3.2011, τευχ. Α').
- N. 4025/2011, «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 228/2.11.2011, τευχ. Α').
- N. 4052/2012, «Εφαρμοστικός Νόμος μετά το Μνημόνιο», (ΦΕΚ 41/1.3.2012, τευχ. Α').
- Οικονόμου, Χ., (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα & τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: εκδόσεις Διόνικος.
- Προβόπουλος, Γ., (1987), «Κοινωνική ασφάλιση», *ΙΟΒΕ, Ειδικές Μελέτες*, τ. 17, Αθήνα.
- Σιγάλας Ι., 1999. *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σχοινάς, Γ., (2005) *Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών*. Φαρμακευτικό Marketing, ΜΠ, Πανεπιστήμιο Πατρών. Πηγή: <http://nemertes.lis.upatras.gr/dspace/bitstream/123456789/111/1/437.pdf>.
- Τζωρτζάκης, Κ., Τζωρτζάκη, Α. Μ., (2002), *Οργάνωση και Διοίκηση*, εκδόσεις Rosili, Αθήνα.

- Τούντας, Γ., (2006), «Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 23, No. 1, pp. 72-83.
- Τούντας, Ι., (1995), «Νόσος – αρρώστια – ασθένεια», *Νέα Υγεία*, τ. 9.
- Τσιότρας Γ., 1995. *Βελτίωση ποιότητας*, Αθήνα: εκδόσεις Μπένου.
- Τσιότρας, Γ.Δ., 2002. *Βελτίωση Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2004), «Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», (μετάφραση Πασαντωνόπουλου Γ. από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., (2006), *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: εκδόσεις Τυπωθύτω Γ. Δάρδανος.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2006), *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*, εκδόσεις τυπωθήτω Γ. Δάρδανος, Αθήνα.
- Χειλίδης, Η., (2009), Η πρόκληση των Συστημάτων Υγείας απέναντι στην παγκόσμια κοινωνικο-οικονομική κρίση. *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 20, τεύχος 119, σελ. 17-20.
- Χλέτσος, Μ., (2011), Τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας, *Πανεπιστημιακές διαλέξεις*, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Χλέτσος, Μ., (2011), Τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας, *Πανεπιστημιακές διαλέξεις*, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

## Παράρτημα: Φόρμα Ερωτηματολογίου

### Οδηγίες Ερωτηματολογίου

**Δήλωση εχεμύθειας:** Συμφωνούμε και δηλώνουμε ότι δεν θα δημοσιοποιήσουμε το όνομα κανενός εργαζομένου που συμμετείχε στην έρευνα. Επιπλέον, τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα αξιοποιηθούν για συγκεντρωτικές και μόνο αναλύσεις και δε θα γνωστοποιηθούν δεδομένα από μεμονωμένες επιχειρήσεις. Ο κωδικός των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα συμπληρώθηκε από τον ερευνητή στη δειγματοληπτική έρευνα. Ακολουθώντας, μαζί με την φόρμα του ερωτηματολογίου σας δίδεται μια λίστα με τα ονοματεπώνυμα των συναδέλφων σας η οποία θα καταστραφεί παρουσία σας κατά την συλλογή του απαντημένου ερωτηματολογίου. Επίσης, τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς ερευνητικής εργασίας και είναι αυστηρά εμπιστευτικά. Για όλες οι πληροφορίες που δίνονται θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και η πλήρης ανωνυμία είναι εξασφαλισμένη.

**Τεχνικές οδηγίες:** Η έρευνα θα διαρκέσει λιγότερο από 10 λεπτά. Μη συνεργάζεστε με άλλους και δώστε εντελώς προσωπικές απαντήσεις. Σημειώνετε με Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο που θέλετε να επιλέξετε. Όταν συναντάτε μια ερώτηση που δεν θέλετε να απαντήσετε προχωρήστε στην επόμενη.

*Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας και τη συμβολή σας στην έρευνα και είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση.*

### Λίστα Προσωπικού

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΤΜΗΜΑ
1	Νοσηλευτικό
2	Ιατρικό
3	Διοικητικό
4	Βοηθητικό

## A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 1. Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

### 2. Ηλικία

20-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46-50

50<sup>+</sup>

### 3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος / η

Άγαμος / η

Διαζευγμένος / η

Χήρος / α

### 4. Εκπαίδευση

ΥΕ

ΔΕ

ΤΕ

ΠΕ

Msc

PhD

### 5. Ειδικότητα της θέσης στο νοσοκομείο

Νοσηλεύτη/ Νοσηλεύτρια

Ιατρός

Διοικητικό Προσωπικό

Βοηθητικό Προσωπικό

Άλλο \_\_\_\_\_

### 6. Χρόνος προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας (συνολικός χρόνος εργασίας)

Λιγότερο από 1 έτος  11-15

1-2  16-20

3-5  20<sup>+</sup>

6-10

## B. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

8. Η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας. Δώστε την δική σας άποψη αναφέροντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Διαφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |

9. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται στο Μαιευτήριο Λητώ είναι τόσο υψηλή που ικανοποιεί συνολικά το προσωπικό και τη διοίκηση. Δώστε την δική σας άποψη αναφέροντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Διαφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |

10. Υπάρχουν παράγοντες που ευθύνονται για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με τον κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στην διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11. Τα προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται σε ορισμένους παράγοντες. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με τον κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Αποτυχία συστήματος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανθρώπινο λάθος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένα επακόλουθα. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με το κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Βελτίωση ικανοτήτων εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση παραγόμενων αποτελεσμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση ποιότητας λειτουργιών μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ικανοποίηση ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολλαπλά. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με το κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<b>Οφέλη για ασθενή</b>					
Οικονομικά οφέλη (πχ. έγκαιρη διάγνωση, μείωση κόστους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υγειονομικά οφέλη (πχ. έγκαιρη διάγνωση, αποτελεσματική αντιμετώπιση, αποφυγή λανθασμένης αγωγής)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψυχολογικά οφέλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Οφέλη για επαγγελματίες υγείας</b>					
Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποφυγή burnout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ικανοποίηση από εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σεβασμός και εμπιστοσύνη από ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Οφέλη για μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας</b>					
Αναγνώριση και φήμη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ικανοποίηση χρηστών – καταναλωτών υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οικονομικά οφέλη (πχ. μείωση λειτουργικού κόστους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ο ποιοτικός έλεγχος είναι ικανός να εντοπίσει αδυναμίες, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, γνωρίζετε αν πραγματοποιείται στην μονάδα στην οποία εργάζεστε;

Όχι

Ναι

15. Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη την δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και την συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της. Η σύγχρονη πραγματικότητα επιτρέπει την υιοθέτηση μιας τέτοιου είδους διοίκησης στο Μαιευτήριο. Δώστε την δική σας άποψη αναφέροντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

**Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΟΜΕΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στις ακόλουθες ερωτήσεις καλείστε να αξιολογήσετε ανάλογα με τη σημαντικότητα, ορθότητα και πληρότητα στην έκφραση. Αν κρίνετε ότι παραβιάζεται ο κώδικας δεοντολογίας σας ή κατά την άποψή σας ελλείπεται νοήματος και ορθότητας στην έκφραση και συλλογιστική της, μπορείτε να μην απαντήσετε.

16. Επιλέξτε 1 από τα τμήματα (Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό, Βοηθητικό) και δώστε τις απαντήσεις σας για καθένα από τα παρακάτω ερωτήματα.

	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Με ποιο τμήμα προτιμάτε να συνεργάζεστε για να επιτυγχάνεται ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας;		
Από ποιο τμήμα θα ζητούσατε τη συμβουλή τους σε περίπτωση που θα τη χρειαζόσασταν για να επιτύχετε ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας;		
Ποιο τμήμα θεωρείτε ικανό να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στην εργασία σας;		
Σε ποιο τμήμα νομίζετε ότι αξιοποιούνται ή έχουν υιοθετήσει μια κουλτούρα διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν;		