



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ»**

**Αποτίμηση της ικανοποίησης από τις
παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων
ασθενών στα νοσοκομεία της 7^{ης} Υγειονομικής
Περιφέρειας (ΥΠΕ) Κρήτης το 2022**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φοιτήτρια: Χριστίνα Λαμπρινέα, ΜΔΕ12

Επιβλέπων: Ιωάννης Φανουργιάκης, Επίκουρος Καθηγητής

©
2023

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ»**

**Αποτίμηση της ικανοποίησης από τις
παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων
ασθενών στα νοσοκομεία της 7^{ης} Υγειονομικής
Περιφέρειας (ΥΠΕ) Κρήτης το 2022**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

**Ιωάννης Φανουργιάκης (Επιβλέπων)
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης & Τεχνολογίας,
Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

**Ιωάννης Δημοστικάλης
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης & Τεχνολογίας,
Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

**Γεώργιος Βασιλειάδης
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης & Τεχνολογίας,
Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**



**HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS SCIENCE
DEPARTMENT OF MANAGEMENT SCIENCE AND
TECHNOLOGY**

**MSc in
MANAGEMENT AND DIGITAL TRANSFORMATION**

**Assessment of inpatients' healthcare services
satisfaction levels hospitalized within the 7th Health
Region of Crete in 2022**

MASTER THESIS

Student : Christina Lamprinea, MDE12

Supervisor : Ioannis Fanourgiakis, Assistant Professor

©
2023

Υπεύθυνη Δήλωση: Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η διπλωματική εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Διοίκηση και Ψηφιακός Μετασχηματισμός του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του ΕΛΜΕΠΑ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε καθημερινή βάση η τριτοβάθμια υγεία της χώρας μας κατακλύζεται από εκατοντάδες περιστατικά ασθενών που χρήζουν νοσηλείας και εν συνεχεία γίνονται δέκτες των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η κατανόηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω των ενδονοσοκομειακών τους εμπειριών κρίνεται ως ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών δομών. Πολλά κριτήρια και παράγοντες συνεισφέρουν θετικά ή αρνητικά στη διαμόρφωση των επιπέδων ικανοποίησης και επηρεάζουν τη συνολική αξιολόγηση ενός παρόχου υγείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο της 7ης ΥΠΕ Κρήτης το 2022 από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η διερεύνηση της σχέσης του με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και με συγκεκριμένες κατηγορίες ενδονοσοκομειακών εμπειριών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που έλαβαν κυμαίνεται σε επίπεδα μέτριας ικανοποίησης σύμφωνα με το εργαλείο της έρευνας. Ως οι μοναδικές κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών αναδείχθηκαν η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας. Αναφορικά με τις ενδονοσοκομειακές εμπειρίες αυτή που αποτελεί τον πιο ισχυρό παράγοντα επηρεασμού της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες ήταν η 'επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνίσταται περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης αυτής αλλά και με τις υπόλοιπες διαστάσεις που συνδιαμορφώνουν τη συνολική ενδονοσοκομειακή εμπειρία των ασθενών για μελλοντικό σχεδιασμό και υλοποίηση παρεμβατικών μέτρων βελτίωσης συνθηκών νοσηλείας εστιάζοντας στον ασθενή, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών σε σταθερή βάση.

Λέξεις Κλειδιά : Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ερωτηματολόγιο HCAHPS, Εθνικό Σύστημα Υγείας, 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

ABSTRACT

On a daily basis, hundreds of patients need to be hospitalized and receive healthcare services in public tertiary hospitals. Measuring hospital experiences in order to estimate patient satisfaction is considered as an important indicator of the quality of the provided healthcare services as well as the hospital's total efficiency levels. Many factors contribute positively or negatively in patients' satisfaction levels affecting overall healthcare provider evaluation. The purpose of this study is to assess the level of satisfaction of patients levels hospitalized within the 7th Health Region of Crete in 2022 and investigate its correlation with socio-demographic variables and with specific categories of patients' hospital experiences. According to the study results overall patient satisfaction level is moderate according to HCAPS score boxes. Socio-demographic variables of family status and self-assessed health status were statistically significant correlated to patients' satisfaction levels. The findings of the present study highlight 'Communication with nursing staff' as the major factor related to patient satisfaction with hospital healthcare services. Further investigation is needed in order to design and implement interventional measures to improve hospitalization conditions, aiming to improve healthcare services' quality and to achieve constant patient satisfaction increase towards a more patient-centered healthcare.

KeyWords: Patients' satisfaction, healthcare services quality, HCAHPS questionnaire, Greek National Health System, 7th Health Region of Crete

*Αφιερωμένο στους γονείς μου, Δημήτριο και Σοφία,
που από το ξεκίνημα της ζωής μου με δίδαξαν να έχω τη
γνώση και τη μάθηση ως πυξίδα στην πορεία της ζωής μου..*

*στο σύζυγό μου, Μύρωνα, που με συντροφεύει
σε όλες μου τις προσπάθειες αναζήτησης της γνώσης
και της προσωπικής μου αυτοβελτίωσης*

*και στα παιδιά μου Μιχαήλ, Ηλέκτρα και Δημήτριο,
ως παράδειγμα για να χαράξουν μια πορεία
με αγώνα, προσπάθεια και δίψα για μάθηση
στην αναζήτηση της προσωπικής τους ευτυχίας*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα.....	13
1.2	Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό.....	17
1.3	Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή.....	18
1.4	Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα – Αδυναμίες και ανάγκη για μετασχηματισμό.....	21
1.5	Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1	Ορισμός ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	27
2.2	Σχέση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών- Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

3.1	Ορισμός ικανοποίησης ασθενή.....	32
3.1.1	Ικανοποίηση ασθενή VS Εμπειρία ασθενή.....	34
3.2	Παράγοντες ικανοποίησης ασθενή.....	35
3.3	Μοντέλα & εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή.....	37
3.4	Ελληνικές μελέτες αποτίμησης της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών.....	39
3.5	Διεθνείς Μελέτες αποτίμησης της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ- 7^ΗΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ) ΚΡΗΤΗΣ

4.1	Περιφέρεια Κρήτης.....	45
4.2	7η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) Κρήτης.....	48

4.2.1	Προφίλ Νοσοκομείων 7ης ΥΠΕ.....	49
-------	---------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1	Αναγκαιότητα, δημιουργία & σκοπός χρήσης εργαλείου έρευνας.....	53
5.2	Περιγραφή ερωτηματολογίου HCAHPS Survey.....	55
5.3	Κατάταξη νοσοκομείων με βάση το προτεινόμενο εργαλείο.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1	Σκοπός και Στόχος μελέτης.....	60
6.2	Ερευνητικά ερωτήματα.....	61
6.3	Εργαλείο μελέτης.....	61
6.4	Δείγμα μελέτης.....	63
6.5	Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1	Περιγραφική ανάλυση	65
7.2	Μονοπαραγοντική ανάλυση με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και με ενδονοσοκομειακές εμπειρίες ασθενών.....	69
7.3	Πολυπαραγοντική ανάλυση – Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης...	73
7.4	Σύγκριση νοσοκομείων Ν.Ηρακλείου – ΠΑΓΝΗ VS ΓΝ Βενιζέλειο Πανάνειο..	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1	Σύγκριση με ευρήματα αντίστοιχων μελετών.....	78
8.2	Δυνατά σημεία μελέτης.....	81
8.3	Περιορισμοί μελέτης.....	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	87
B. ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	98

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Ελληνικές

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΓΝΒΠ: Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο

ΔΕΔΥ: Δευτεροβάθμιο-Τριτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΔΙΕΚ: Δημόσιο Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΔΦΥ: Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΦΚΑ: Ενιαίος Φορέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΙΕΕΠΥΥ: Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΚΕΦΙΑΠ: Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης

ΚΟΙΚΕΨΥΠΕ: Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

ΝΠΔΔ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης

ΟΚΑ: Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΠΑΓΝΗ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΛΥ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

ΤΑΥΤΕΚΩ: Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΤΟΜΥ: Τοπικές Ομάδες Υγείας

ΤΥΔΚΥ: Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

ΤΦΥ: Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Ιωάννη Φανουργιάκη που ως επιβλέπων της μεταπτυχιακής μου εργασίας αρχικά έδειξε εμπιστοσύνη στο πρόσωπό μου αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα έρευνας, και στη συνέχεια με την επιστημονική του κατάρτιση με καθοδήγησε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της, παρέχοντάς μου πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις, συμβάλλοντας στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον κ. Α. Μπερτσιά για τη υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθειά του στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο σύζυγό μου και στα παιδιά μου για την υπομονή και την αμέριστη στήριξή τους σε κάθε μου προσπάθεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση του ασθενή ως έννοια έχει απασχολήσει τη διεθνή επιστημονική έρευνα με μελέτες σε πολλούς τομείς και περιβάλλοντα στο χώρο της δημόσιας αλλά και ιδιωτικής υγείας. Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών συγκαταλέγεται ανάμεσα σε πολλούς δείκτες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της αποτελεσματικότητας κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η εκτίμησή της συμβάλλει σε μία προσπάθεια συνεχούς αναβάθμισης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της αναθεώρησης των διαδικασιών όποτε κρίνεται σκόπιμο, προκειμένου να μεγιστοποιείται η ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη εστιάζει στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε εσωτερικούς ασθενείς με τουλάχιστον μια διανυκτέρευση σε δημόσιο νοσοκομείο που ανήκει στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) Κρήτης. Τα ελληνικά δεδομένα που αποτυπώνουν τα επίπεδα ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών είναι λιγοστά από διάσπαρτες μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς κυρίως σε τοπικό επίπεδο με εξαίρεση μια μελέτη μεγαλύτερου βεληνεκού που συμπεριλάμβανε νοσοκομεία σε πανελλαδικό επίπεδο το 2011. Για την ΥΠΕ Κρήτης επίσης τα δεδομένα είναι φτωχά καθώς έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες μικρές μελέτες σε επίπεδο νοσοκομειακής μονάδας χωρίς δυνατότητα περαιτέρω συγκρίσεων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του μέσου επιπέδου ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης το 2022 και η διερεύνηση της σχέσης του με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και με συγκεκριμένες κατηγορίες ενδονοσοκομειακών εμπειριών.

Το Κεφάλαιο 1 αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας. Γίνεται μια ιστορική αναδρομή και περιγράφει τα βασικότερα ορόσημά του, τις κυριότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες μέχρι και σήμερα. Επισημαίνεται η σημασία της υγείας από κοινωνική σκοπιά αλλά και τα δικαιώματα του ασθενή, περιγράφονται οι δαπάνες στο χώρο της υγείας και συνοψίζονται τα τρωτά σημεία του συστήματος και η ανάγκη για μετασχηματισμό.

Στο Κεφάλαιο 2 γίνεται η αποσαφήνιση της έννοιας της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και του πώς αυτή συνδέεται με την έννοια της ικανοποίησης του ασθενή, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Το Κεφάλαιο 3 εισάγει το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών και γίνεται μια σύγκριση με την έννοια ‘εμπειρία του ασθενή’ επιχειρώντας να διαχωρίσει τις δυο έννοιες. Αναλύονται οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή όπως έχουν προκύψει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Επίσης, αναφέρονται τα κυρίαρχα ερευνητικά μοντέλα και εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή καθώς και αποτελέσματα από ελληνικές και διεθνείς μελέτες σχετικά με την αποτίμηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών.

Στο Κεφάλαιο 4 γίνεται παρουσίαση της Περιφέρειας Κρήτης και της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης καθώς και των υγειονομικών μονάδων που έχει υπό την ευθύνη της.

Στο Κεφάλαιο 5 περιγράφεται το εργαλείο της παρούσας έρευνας το Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Αναλύεται ο τρόπος βαθμολογίας των 27 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή και της νοσοκομειακής του εμπειρίας. Επεξηγείται η χρήση του ως εργαλείο για την κατάταξη και τη σύγκριση των νοσοκομείων και αναδεικνύεται ο λόγος που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται η μεθοδολογία, τα ερευνητικά ερωτήματα και ο στόχος της μελέτης. Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο της μελέτης για την εξεύρεση του κατάλληλου δείγματος συμμετεχόντων ασθενών. Περιγράφεται η μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης που επιλέχθηκε καθώς και το σύνολο των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Στο Κεφάλαιο 7 αναφέρονται τα αποτελέσματα, αρχικά τα περιγραφικά, μονοπαραγοντικής ανάλυσης αλλά και πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Μετά την περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων, παρατίθενται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης όπου συμπεριλαμβάνονται οι υπό μελέτη κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές αλλά και οι ενδονοσοκομειακές εμπειρίες των ασθενών. Τέλος, χρησιμοποιείται το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης στο πλαίσιο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης και

επιχειρείται η σύγκριση μεταξύ των δυο μεγαλύτερων νοσοκομειακών μονάδων του νομού Ηρακλείου καθώς σε αυτές νοσηλεύτηκε η πλειοψηφία του δείγματος.

Στο Κεφάλαιο 8 είναι η συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 9 συνοψίζονται τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το Εθνικό Σύστημα υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας συγκαταλέγεται στα συστήματα υγείας των χωρών της Νότιας Ευρωπαϊκής ζώνης αποτελώντας ωστόσο μια ιδιόρρυθμη περίπτωση υβριδικού μεικτού συστήματος με στοιχεία κεντρικά χρηματοδοτούμενου Εθνικού συστήματος υγείας με δημόσιο χαρακτήρα και καθολική πληθυσμιακή κάλυψη τύπου Beveridge αλλά και κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark. Επιπλέον, σημαντικό μερίδιο στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας καταλαμβάνει και ο ιδιωτικός τομέας απορροφώντας το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Επισημώς, το ελληνικό ΕΣΥ ιδρύθηκε την 7η Οκτωβρίου 1983 (Νόμος 1397/1983) με σκοπό την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας και την ενοποίηση των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Βασικός σκοπός του ΕΣΥ είναι η καθολική παροχή δωρεάν, ισότιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης στους Έλληνες πολίτες αλλά και όσους διαμένουν στην Ελλάδα ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Το Υπουργείο Υγείας έχει την κύρια ευθύνη για τη χάραξη στρατηγικών και πολιτικών υγείας και αναπτύσσει σχέδια δράσης για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, με συμβουλευτικό όργανο το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) σε ζητήματα που αφορούν τη δομή και τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Αρχικά το σύστημα υγείας της Ελλάδας ενισχύθηκε από πλευράς υλικοτεχνικών υποδομών με την ανέγερση των πρώτων μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων τη δεκαετία του 1980 για την παροχή της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και τη σύσταση των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων για την παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα οποία προέκυψαν από τη συγχώνευση προηγούμενων υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων. Αυτά αποτέλεσαν τις νέες αποκεντρωμένες δομές υγείας των νοσοκομείων του εκάστοτε νομού και των αγροτικών ιατρείων για τους κατοίκους δυσπρόσιτων περιοχών αντίστοιχα. Η πρώτη διάκριση των νοσοκομείων σε ειδικά ή γενικά έγινε με κριτήριο τον αριθμό τμημάτων νοσηλείας σε μια ή περισσότερες ειδικότητες αντίστοιχα και σε περιφερειακά ή νομαρχιακά ανάλογα με την περιφέρεια ή το νομό που εξυπηρετούν.

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, με το Νόμο 2071/1992, τα νοσοκομεία πλέον που διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό ορίζονται ως γενικά ενώ

ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες: α) ιατρική β) νοσηλευτική γ) διοικητική και δ) τεχνική, οι αρμοδιότητες των οποίων βασίζονται σε εσωτερικό κανονισμό του εκάστοτε νοσοκομείου. Ορίζεται η λειτουργία πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων, η λειτουργία νοσοκομειακών φαρμακείων και στην ιατρική υπηρεσία των νοσοκομείων προστίθενται στους προηγούμενους πέντε τομείς (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχιατρικός και κοινωνικής ιατρικής) του Νόμου 1397/1983, δυο επιπλέον, αυτός της επείγουσας και εντατικής ιατρικής καθώς και ο φαρμακευτικός τομέας.

Η ανάδειξη του ζητήματος της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε όταν με το Νόμο 2519/1997 ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΙΕΕΠΥΥ) με σκοπό την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και την οικονομική τους αξιολόγηση. Εν συνεχεία, με το Νόμο 3895/2010 οι σκοποί του ΙΕΕΠΥΥ, εκπληρώνονται από υπηρεσιακές μονάδες του υπουργείου Υγείας με συναφείς αρμοδιότητες, ενώ το επόμενο έτος με το Νόμο 3918/2011 επιχειρείται η αυστηροποίηση των προδιαγραφών του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αλλά και λοιπών προϊόντων και υγειονομικών υπηρεσιών με τη σύσταση της Επιτροπής Προδιαγραφών. Ακολούθησε πλήθος μεταρρυθμίσεων εκ των οποίων άλλες τέθηκαν σε εφαρμογή και άλλες όχι είτε λόγω αδυναμίας εφαρμογής από τους φορείς, είτε λόγω εναλλαγής πολιτικών προσώπων και κομμάτων στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Το 2011 σημαντικό ορόσημο στην εξέλιξη του ΕΣΥ αποτέλεσε η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ως μνημονιακή μεταρρύθμιση στην προσπάθεια ενοποίησης των υπερπληθών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Ο ΕΟΠΥΥ προέκυψε από τη συγχώνευση των κλάδων υγείας των εξής ασφαλιστικών Ταμείων: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης), ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών), ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων), Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας). Ο αρχικός του ρόλος ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα (Νόμος 3918/2011), ωστόσο στην πορεία με το Νόμο 4238/2014 ενδυναμώθηκε ο ρόλος του ως κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Με τον ίδιο νόμο, το σύστημα του ΕΣΥ αποκτά δυο νέα υποσυστήματα, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) και το Δευτεροβάθμιο-Τριτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΔΕΔΥ).

Το ΠΕΔΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, προσφέροντας Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που αποτελεί τον βασικό πυλώνα για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη νοσημάτων. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει την παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα (με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική), τις υπηρεσίες μετα-νοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το ΠΕΔΥ δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα και παρέχονται από: κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ολόημερα ιατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια νοσοκομείων, μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ (πρώην Πολυϊατρεία ΙΚΑ), κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης, ιδιωτικές κλινικές και ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, διαπιστευμένα διαγνωστικά εργαστήρια, εργαστήρια φυσικοθεραπείας, μονάδες ψυχικής υγείας, μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης, κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας για την κάλυψη των πληθυσμών αγροτικών, ορεινών και νησιωτικών περιοχών και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) στο πλαίσιο της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Λειτουργήσε για το διάστημα 2014 - 2017 παρέχοντας τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας του ΕΟΠΥΥ (Πολυιατρεία ΙΚΑ κλπ) και εν συνεχεία καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) με το Νόμο 4486/2017, που υπάγονται και αυτές στον ΕΟΠΥΥ.

Το ΔΕΔΥ παρέχει Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την έγκαιρη δηλαδή διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου πριν εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα, ενώ η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά την θεραπευτική παρέμβαση μετά την κλινική εκδήλωση της νόσου με στόχο την επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου, την πρόληψη υποτροπών ή επιπλοκών της νόσου και την βελτίωση της πρόγνωσης. Τόσο η Δευτεροβάθμια όσο και η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνουν διαγνωστικούς ελέγχους, νοσηλεία, θεραπεία και διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων, διαχείριση περιστατικών που απαιτούν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες, εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές, και στελέχωση από διάφορες ιατρικές και μη ειδικότητες και επαγγελματίες υγείας.. Η περίθαλψη παρέχεται ενδονοσοκομειακά στα αρμόδια νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες, ανεξάρτητες μονάδες υπαγόμενες στην εκάστοτε Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ), έχουν

διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, δική τους οργάνωση και καταστατικό λειτουργίας και υπόκεινται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Πλέον, ο ΕΟΠΥΥ διαχειρίζεται έναν ενιαίο ασφαλιστικό φορέα, τον λεγόμενο Ενιαίο Φορέα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΕΦΚΑ) εισπράττοντας εισφορές από τους ασφαλισμένους πολίτες, με ταυτόχρονη χρηματοδότηση και από την ελληνική κυβέρνηση. Όμως με το Ν.4368/2016 εξυπηρετούνται απρόσκοπτα και οι υγειονομικές ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων καθώς και των ανασφάλιστων. Επίσης, ιδιωτικοί φορείς υγείας (ιδιώτες ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, διαγνωστικά εργαστήρια και κλινικές) συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ προσφέρουν κυρίως πρωτοβάθμιες και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας. Παρά τις όποιες προσπάθειες αποκέντρωσης του συστήματος, συνεχίζει να έχει σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωτικό χαρακτήρα.

Όσον αφορά τη δομή του ΕΣΥ, με το Νόμο 2889/2001 συγκροτήθηκαν δεκαέξι Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες με τον Νόμο 4052/2012 συγχωνεύθηκαν σε επτά και ταυτίζονται με τα όρια των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας. Οι επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας σήμερα είναι οι εξής: Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος, και Κρήτης). Οι Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) έχουν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό ρόλο. Το υπουργείο Υγείας αναλαμβάνει τη διοίκηση του ΕΣΥ έχοντας κεντρικό ρόλο ενώ διοικητές που διορίζονται από το υπουργείο Υγείας αναλαμβάνουν τη διοίκηση των νοσοκομείων. Τέλος η διοίκηση των κέντρων υγείας βρίσκεται στα χέρια των Διευθυντών ΕΣΥ οι οποίοι τοποθετούνται κατόπιν επιλογής από τη διοίκηση της αντίστοιχης ΥΠΕ.

Σε αυτές υπάγονται διοικητικά όλες οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης ως εξής:

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ): τριακόσια επτά (307) Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και εκατόν είκοσι επτά (127) Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών.

Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: εκατόν είκοσι επτά (127) νοσοκομεία με σκοπό την παροχή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΦΥ και ΤΦΥ), δηλαδή την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών. Επιπλέον διάσπαρτα Αγροτικά και Περιφερειακά Ιατρεία στην Ελληνική επικράτεια διοικούνται επίσης από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε έκθεση του το 2000 κατέταξε το ελληνικό ΕΣΥ στη 14^η θέση στην παγκόσμια κατάταξη όσον αφορά στη «συνολική επίδοση συστήματος υγείας» (WHO, 2000).

1.2 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την υγεία αναφέρει ότι “ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής-πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου, και όχι μόνο η απουσία ασθένειας και αναπηρίας” αναδεικνύοντας και την κοινωνική διάσταση του υπέρτατου αυτού αγαθού για τον άνθρωπο. Η διάσταση αυτή έχει σημαντικό αντίκτυπο στη χάραξη των πολιτικών υγείας (WHO, 1946).

Η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και αναφαίρετο θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα στο πλαίσιο της δημοκρατίας και δεν υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Τα δημόσια αγαθά απολαμβάνουν ισότιμα και με την ίδια ποιότητα όλοι οι πολίτες ενός κράτους ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης, φύλου, φυλής, έθνους, ηλικίας, επαγγέλματος, εκπαιδευτικού επιπέδου, εισοδήματος και ασφαλιστικού φορέα. Για πρώτη φορά στο άρθρο 21 παρ. 3 του Ελληνικού Συντάγματος κατοχυρώθηκε νομικά η κοινωνική διάσταση του δικαιώματος αυτού και ορίστηκε ότι η μέριμνα για τη δημόσια υγεία αποτελεί ευθύνη του κράτους ως έκφραση της έννοιας του κράτους πρόνοιας. Υποχρέωση του κράτους είναι όχι η διάθεση των μέσων ή των αγαθών, ώστε να εξασφαλίζεται η υγεία όλων των πολιτών αλλά η παροχή δημόσιων υπηρεσιών πρόληψης και αποκατάστασης μέσω του ΕΣΥ και η θέσπιση και εφαρμογή μέτρων και μεταρρυθμίσεων για τη δημόσια υγεία ώστε να προάγει και να βελτιώνει τη σωματική και ψυχική υγεία, την ευημερία και ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Η πανδημία του COVID19 όμως ανέδειξε την υγεία ως δημόσιο συλλογικό αγαθό (δημόσια υγεία) και την προστασία της υγείας προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Σε αυτή τη συλλογική κοινωνική διάσταση αναφέρεται και η ερμηνευτική δήλωση κάτω από το άρθρο 5 του Συντάγματος καθώς και τα άρθρα 18 παρ.3 και 22 παρ.4 (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ τ.Α΄ 211/24-12-2019).

Οι βασικές αξίες που διέπουν το δικαίωμα στην υγεία είναι η διαθεσιμότητα, η καθολική προσβασιμότητα, η αποδοχή, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η ποιότητα. Με τον όρο διαθεσιμότητα εννοείται η παροχή επαρκών και πλήρως λειτουργικών εγκαταστάσεων δημόσιας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, με κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό επαγγελματιών υγείας. Η

καθολική προσβασιμότητα αφορά στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όλων ανεξαρτήτως χωρίς διακρίσεις και ειδικά των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, φυσική προσβασιμότητα ακόμα και για τους κατοίκους των πιο απομακρυσμένων περιοχών, οικονομική προσβασιμότητα για όλους και ιδιαιτέρως τους οικονομικά ευάλωτους και προσβασιμότητα στην πληροφόρηση σχετικά με θέματα υγείας πάντα με την προστασία του ιατρικού απορρήτου. Όσον αφορά την αποδοχή και το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το σύστημα υγείας θα πρέπει να σέβεται την κουλτούρα, το φύλο και την ιατρική ηθική (Nations, 2019). Τέλος η ποιότητα από επιστημονικής και ιατρικής σκοπιάς αφορά στο νοσοκομειακό εξοπλισμό, στις εξειδικευμένες γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και στα επιστημονικώς εγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα και φάρμακα.

Αν και η υγεία ως έννοια όπως προαναφέρθηκε αποτελεί κοινωνικό αγαθό, εντούτοις οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν είναι δωρεάν αλλά υπόκεινται στο μηχανισμό της αγοράς. Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερη άνθηση, λειτουργώντας συμπληρωματικά του δημόσιου τομέα. Με την εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ των πραγμάτων γίνεται άνιση χρήση τους από τον πληθυσμό αφού πρόσβαση σε αυτές αποκτά κυρίως το μερίδιο πολιτών που τους το επιτρέπει το εισόδημά τους, καταδικάζοντας τους πολίτες με χαμηλότερα εισοδήματα να μην τυγχάνουν των ίδιων ευκαιριών διεκδίκησης της καταλληλότερης φροντίδας υγείας ή να εξαναγκάζονται ακόμα και σε πτώχευση προκειμένου να αποκτήσουν την αποτελεσματικότερη θεραπεία στο πρόβλημα υγείας τους.

Έτσι λοιπόν, για τα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας η υγεία είναι θεωρητικά δημόσιο αγαθό αφού στην πράξη η συμμετοχή του ιδιωτικού κλάδου ως βασικού παίκτη στο χώρο της υγείας, εξαναγκάζει τους πολίτες που στρέφονται σε αυτούς τους φορείς, κυρίως λόγω υπερφόρτωσης του δημοσίου συστήματος με αποτέλεσμα την καθυστερημένη περίθαλψη, να πληρώνουν από την τσέπη τους (με ίδιες δαπάνες), πράγμα που καταπατά τελικά το θεμελιώδες δικαίωμά της δωρεάν πρόσβασης στην υγεία και την καθιστά αγαθό για τους προνομιούχους.

1.3 Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή

Αναφορικά με τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή αυτά ορίζονται σύμφωνα με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 ως εξής:

1. Ο ασθενής έχει δικαίωμα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας με ποιότητα και ασφάλεια που δύνανται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει σεβασμό της αξιοπρέπειάς του κατά τη λήψη της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας υγείας, παραϊατρικών υπηρεσιών, της διαμονής και της συνολικής του μεταχείρισης και εξυπηρέτησης σε διοικητικό και τεχνικό επίπεδο.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δώσει τη συγκατάθεσή του ή να αρνηθεί οποιαδήποτε ιατρική πράξη με τη δυνατότητα αντιπροσώπευσης σε περίπτωση μερικής ή πλήρους διανοητικής ανικανότητας.
4. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάστασή του με ακρίβεια, ώστε να είναι σε θέση να έχει σφαιρική εικόνα της κατάστασης της υγείας του και να λαμβάνει ο ίδιος εξ' ολοκλήρου αποφάσεις που μπορεί να επηρεάσουν με το αντίστοιχο κόστος-όφελος τη μετέπειτα ζωή του.
5. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να είναι πλήρως ενημερωμένος για ενδεχόμενους κινδύνους ή παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν ή να προκύψουν από κάποια πειραματική ιατρική διαγνωστική ή και θεραπευτική πράξη ώστε να έχει την ελευθερία να δώσει τη σχετική συγκατάθεση, ακόμη και να ανακαλέσει την απόφασή του.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, της εγγύησης του ιατρικού του απορρήτου ώστε να προστατεύεται η ιδιωτικότητά του.
7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να διαμαρτυρηθεί και να καταθέσει ενστάσεις για οποιαδήποτε ιατρική πράξη ή παράλειψη με δυνατή την προσφυγή του σε διοικητικές αρχές όπως ο Συνήγορος του Πολίτη (Νόμος 3293/2004) και η Εθνική Αρχή Διαφάνειας (Νόμος 4622/2019).

Τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριων Υγείας συστήθηκαν σε κάθε νοσοκομείο, σύμφωνα με το άρθρο 60 του Νόμου 4368/2016, τα οποία συντονίζει, ελέγχει και εποπτεύει το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας που λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας, απευθείας υπαγόμενο στον Γενικό Γραμματέα. Επίσης, στο Υπουργείο Υγείας λειτουργούν η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Σύμφωνα με το άρθρο 3 της Υπουργικής Απόφασης 10976/2017, τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υγείας:

- Γνωστοποιούντα δικαιώματα των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας και περιγράφουν τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες
- Ενημερώνουν έγκαιρα τους ανασφάλιστους ασθενείς σχετικά με τις απαιτούμενες διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής τους κάλυψης και την επιτυχή τους ολοκλήρωση σε συνεργασία με τα Γραφεία Κίνησης των Νοσοκομείων
- Αξιολογούν και βελτιώνουν τις διαδικασίες υποδοχής και εξυπηρέτησης των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας, παρακολουθούν το επίπεδο εξυπηρέτησης και μεταχείρισης των ληπτών/ριών εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του και σε περίπτωση μη ικανοποιητικής εξυπηρέτησης παρεμβαίνουν για την εξομάλυνση της κατάστασης στις αντίστοιχες υπηρεσίες του Νοσοκομείου
- Συλλέγουν και διαχειρίζονται καταγγελίες, παράπονα αλλά και τις θετικές εντυπώσεις και σχόλια των ληπτών υπηρεσιών υγείας που υποβάλλονται είτε αυτοπροσώπως στα γραφεία, είτε ταχυδρομικά είτε ηλεκτρονικά.
- Διευκολύνουν τη διαδικασία υποβολής σχετικών αναφορών στο Συνήγορο του Πολίτη, στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στις Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας και σε κάθε σχετική ελεγκτική αρχή
- Ενημερώνουν σχετικά με τις ορθές πρακτικές όπως ορίζονται με βάση τη σχετική νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία το προσωπικό του Νοσοκομείου

Σύμφωνα με το άρθρο 59 του Νόμου 4368/2016, η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στους φορείς ή μονάδες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.Ειδικότερα:

- Δέχεται χωρίς καμία διάκριση παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε λήπτη υπηρεσίας υγείας, φορέα, Επιτροπή ή Αρχή
- Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως αλλά και κατόπιν καταγγελίας τακτικές επισκέψεις στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Συνεργάζεται με τα Γραφεία Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων τα οποία της υποβάλλουν αναφορές-εκθέσεις σε εξαμηνιαία βάση
- Συνεργάζεται με το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας
- Πραγματοποιεί επικοινωνιακές προωθητικές δραστηριότητες (εκδηλώσεις, φυλλάδια, μηνύματα στα μέσα μαζικής επικοινωνίας, ανάρτηση πορισμάτων και εκθέσεων στην Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας) για ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα δικαιώματα των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας
- Σε περίπτωση διαπίστωσης παραβιάσεων των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας ενημερώνει τον Υπουργό Υγείας, κάνει συστάσεις και αναφέρει τις περιπτώσεις αυτές στο αρμόδιο όργανο για πειθαρχική ή ποινική δίωξη.

1.4 Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα – Αδυναμίες και ανάγκη για μετασχηματισμό

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε να επηρεάζει το δυτικό κόσμο και την Ευρώπη το 2009 αποτέλεσε εφιαλτήριο για την αναμόρφωση και το μετασχηματισμό του δημοσίου τομέα στη χώρα μας με σκοπό την εξυγίανσή του. Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν αποτέλεσε εξαίρεση και στο πλαίσιο επιβεβλημένων μνημονιακών μεταρρυθμίσεων δόθηκε προτεραιότητα στον επανασχεδιασμό του και στην αντιμετώπιση των αδυναμιών του ως βασικός πυλώνας του κράτους με την υγεία να αποτελεί υψίστης σημασίας κοινωνικό αγαθό. Άλλωστε ιστορικά η οικονομική ύφεση έχει αποδειχθεί ότι αφενός επηρεάζει αρνητικά το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας και αφετέρου δυσχεραίνει την καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω της φτωχοποίησης του πληθυσμού που εκ νέου αυτό οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα υγείας (Maresso, 2015). Ως εκ τούτου αποτελεί μείζον ζήτημα η διασφάλιση της αποτελεσματικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, η ισότητα στη φροντίδα υγείας και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε το σύστημα υγείας να λειτουργεί αποδοτικά και να εκπληρώνει το ρόλο του.

Στα αρχικά στάδια, τη διετία 2010-2012, με κύριο στόχο την εξοικονόμηση δημόσιων πόρων σχεδιάστηκαν μεταρρυθμίσεις σε μακροοικονομικό επίπεδο για τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας. Μια ενδεικτική παρέμβαση για τη συνολική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών ήταν ο καθορισμός ανώτατων ορίων προϋπολογισμών με δέσμευση επιστροφής από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών του ποσού υπέρβασης του

προσυμφωνημένου προϋπολογισμού. Άλλες παρεμβάσεις αφορούσαν τη μείωση των δαπανών σε φάρμακα μέσω εξορθολογισμού του συστήματος αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων θέτοντας συγκεκριμένες τιμές αναφοράς για τα φάρμακα, μείωσης των τιμών αποζημίωσης για διαγνωστικές εξετάσεις. Αργότερα έγιναν προσπάθειες για διαρθρωτικές αλλαγές ανάμεσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν η ενοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων, ο έλεγχος των επισκέψεων στα νοσοκομεία (gatekeeping) με παραπεμπτικό από γενικό ιατρό, η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το Σύστημα Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων–Diagnosis Related Group (DRG) για την ομοιογενή ταξινόμηση των νοσοκομειακών ασθενών προκειμένου να εκσυγχρονιστεί ο τρόπος αποζημίωσης των νοσηλεύμενων ασθενών μέσω της διευκόλυνσης της οικονομικής συνεργασίας νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης για προμήθειες υγειονομικού υλικού, και τέλος η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων όπου όμως προέκυψε περιορισμός του εύρους ασφαλιστικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας από τον ενοποιημένο οργανισμό του ΕΟΠΠΥ (Jin and Kalavrezou, 2021b).

Παρά τις όποιες μεταρρυθμίσεις, στον τομέα υγείας στη χώρα μας, σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων έχουν δεχθεί κριτική καθώς έχουν κυρίως τεχνοκρατική φύση και αδυνατούν να εκτιμήσουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού στοχεύοντας κυρίως σε οριζόντιες περικοπές δαπανών με άμεσο αποτέλεσμα και αντιμετωπίζοντας μερικώς τα μακροπρόθεσμα ζητήματα διάρθρωσης του συστήματος υγείας (Economou et al., 2017). Οι μεταρρυθμιστικές διαδικασίες ενδέχεται να πυροδοτήσουν ανεπιθύμητες συνέπειες όπως επιπλέον εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτικά προϊόντα, αποδυνάμωση σημαντικών προγραμμάτων σχετικών με τη ψυχική υγεία, την πρόληψη για τον καρκίνο και τον έλεγχο μολυσματικών μεταδοτικών νοσημάτων.

Οι χρόνιες παθολογίες του συστήματος οφείλονται εν μέρει στην έλλειψη οργάνωσης και προγραμματισμού της ΠΦΥ (Lionis et al., 2009). Μόλις το 2017 τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ ενσωματώθηκαν στο ΕΣΥ και μετατράπηκαν τελικά στα λεγόμενα αστικά Κέντρα Υγείας. Κέντρα υγείας λειτουργούν και στις αγροτικές περιοχές, ενώ στις αστικές περιοχές έχουν δημιουργηθεί σταδιακά από το 2018 οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) ως θεσμός ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που όμως υλοποιήθηκαν κατά το ήμισυ του αρχικού σχεδιασμού καλύπτοντας τις ανάγκες μόνο του 1/5 του αστικού πληθυσμού.

Ως χώρα, σύμφωνα με τα στοιχεία της βάσης δεδομένων της Eurostat του 2019, διαθέτουμε τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρικού προσωπικού και τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους αλλά όσον αφορά τους ιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής έχουμε αναλογικά τους λιγότερους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Το γεγονός αυτό εν μέρει συντέλεσε στη μη εδραίωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού παρά και τις περεταίρω προσπάθειες καθιέρωσής του μέσω της διεύρυνσης των ιατρικών ειδικοτήτων. Έτσι η πλειοψηφία των περιπτώσεων που χρήζουν πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μην έχοντας άλλη επιλογή είτε απευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα είτε στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας προκαλώντας την περεταίρω συμφόρησή της.

Επίσης, σημαντικές αδυναμίες του χώρου υγείας αποτελούν η έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης αλλά και μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών που διεθνώς παρουσιάζουν τάση ανάπτυξης όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, η ύπαρξη μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, οι μονάδες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, τα κέντρα αποκατάστασης και οι μονάδες για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Επιπλέον, το φαινόμενο της παραοικονομίας, η περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών και ψηφιακών/ηλεκτρονικών υπηρεσιών, η απουσία μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης, των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού και απουσία σύνδεσης της αμοιβής με την απόδοση οδηγεί στο φαινόμενο εργασιακής μετανάστευσης. (Τούντας και συν., 2020).

Ακόμη, διαχρονικά προβλήματα παραμένουν η έλλειψη κονδυλίων, η ελλιπής χρηματοδότηση, η υποστελέχωση σε ένα βαθμό και η αναποτελεσματική χρήση ή κατασπατάληση των διαθέσιμων πόρων (ανθρώπινο δυναμικό, υγειονομικό υλικό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός), η ανορθολογική κατανομή τους με μεγάλη ανισορροπία μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών (Economou et al., 2017). Έτσι, άλλες δομές παρουσιάζουν υπεραπασχόλησή τους και άλλες υποχρησιμοποίησή τους, καταδικάζοντας την υγειονομική αυτοδυναμία κάποιων υγειονομικών Περιφερειών και εξαναγκάζοντας τους πολίτες σε μακρινές μετακινήσεις για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Ως εκ τούτου διογκώνονται οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο χώρο της υγείας αλλά και οι ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες και το σύστημα υγείας φαίνεται τελικά κοινωνικά άδικο προς το σύνολο των πολιτών. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών λόγω χαμηλής ποιότητας, δυσχερών συνθηκών που επικρατούν στις δομές του συστήματος, γραφειοκρατίας και αυξημένου

κόστους αφού οι πολίτες εξαναγκάζονται να πληρώσουν από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα η Ελλάδα να έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες φροντίδες στην ΕΕ (Τούντας και συν., 2020).

Βασική γενική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει μακροπρόθεσμος προγραμματισμός αλλά λήψη αποσπασματικών μέτρων κυρίως λόγω της εναλλαγής πολιτικών προσώπων στην ηγεσία του υπουργείου Υγείας, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί η εντύπωση του «ράβε-ξύλωνε» και να μην μπορεί να επιτευχθεί η διοικητική συνέχεια.

1.5 Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και την ιδιωτική συμμετοχή του πολίτη (Polyzos et al., 2014). Πιο ειδικά, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας του 2020, το μεγαλύτερο μερίδιο χρηματοδότησης για την υγεία προέρχεται από ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών (ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών, ιδιωτική ασφάλιση και λοιπές δαπάνες όπως χρηματοδότηση από Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς, Εκκλησία και δαπάνες Αλλοδαπής με μερίδιο συμμετοχής 38,2%) και ακολουθούν αντίστοιχα με μερίδιο συμμετοχής 33,7% και 28,2% οι ΟΚΑ και ο κρατικός προϋπολογισμός δηλαδή Κεντρική Κυβέρνηση και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) (ΕΛΣΤΑΤ, 2022).

Πίνακας 1: Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ανά φορέα για τα έτη 2016-2020

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020, ΕΛΣΤΑΤ, 2022

	2016*	2017*	2018*	2019*	2020
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.519,0	3.985,0	3.916,0	4.108,6	4.428,3
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	4.531,0	4.730,0	4.718,0	5.137,6	5.291,5
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)*	9.050,0	8.715,0	8.634,0	9.246,2	9.719,8
3. Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)	567,5	578,3	630,2	672,3	678,2
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	5.057,9	5.036,3	5.260,6	5.056,9	5.256,4
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)	5.625,4	5.614,6	5.890,8	5.729,2	5.934,6
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	67,2	61,8	55,7	55,9	65,2
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας HF(1)+(2)+(3)+(4)+(5)*	14.742,6*	14.391,4*	14.580,5*	15.031,3*	15.719,6

* Αναθεωρημένα στοιχεία

Τη δεκαετία 2000-2009 οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξάνονται με γρήγορο ρυθμό (από 7,2% ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2000 σε 9,6% ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2010) αμβλύνοντας την ψαλίδα δημοσίων δαπανών της σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο η απόδοση του συστήματος υγείας παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα, χωρίς να είχε παρατηρηθεί αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και το σύστημα έμοιαζε αναποτελεσματικό και κατακερματισμένο (Jin and Kalavrezou, 2021b).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ του 2019, περίπου το 60% των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσιες δαπάνες, το οποίο είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ σε τομείς όπως η ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η οδοντιατρική περίθαλψη και τα φάρμακα και ιατρικά αναλώσιμα, ενώ σχεδόν το 35% των δαπανών υγείας αφορά την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών, το πέμπτο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, είτε με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα είτε λόγω στροφής προς τον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα ή για νοσηλευτική και οδοντιατρική περίθαλψη. Μόνο αναφορικά με τη χρηματοδότηση για θεραπευτικές συσκευές (όπως οπτικά είδη, αναπηρικά αμαξίδια, βοηθήματα ακοής και άλλα ιατροτεχνολογικά προϊόντα) το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης της Ελλάδας ξεπερνά εκείνο της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχεδόν κατά 50% (ΟΟΣΑ, 2019). Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών που ξεπερνούν ακόμη και το 40% των συνολικών του δαπανών αφού αφαιρεθούν δαπάνες κάλυψης των υπόλοιπων βασικών αναγκών θεωρούνται καταστροφικές με αποτέλεσμα η ελεύθερη, δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση στην υγεία να αποτελεί πρακτικά ουτοπική δέσμευση προς τους πολίτες.

Από το 2010 έως 2015 σημειώνονται περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία εξαιτίας εφαρμογής αυστηρών οικονομικών μέτρων λιτότητας. Έτσι η δημόσια δαπάνη για την υγεία αγγίζει το 6% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες της ΕΕ ανέρχεται σε 7%, ωστόσο αναγκαίο γεγονός δεδομένου ότι η μείωση των αυξανόμενων δημοσίων ελλειμμάτων απαιτούσε οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην ξεπερνούν το 6% του ΑΕΠ (Economou et al., 2017). Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛΣΤΑΤ, 2022), η συνολική δαπάνη υγείας παρουσίασε σημαντική μείωση ακολουθώντας τη συνολική συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας μεταξύ των ετών 2012-2020, φτάνοντας από τα €22,4 δις στα €15,7 δις. και η δημόσια δαπάνη για την υγεία να πέφτει από τα €15,4 δις στα €9,7 δις. Ωστόσο η ιδιωτική δαπάνη παρουσιάζει μικρότερα ποσοστά μείωσης.

Από το 2015 η πτωτική τάση έχει αντιστραφεί και πραγματοποιούνται μικρές σταθερές αυξήσεις των δαπανών. Ήδη το 2019 οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξάνονται με αργούς ρυθμούς και αντιστοιχούν στο 7,8% του ΑΕΠ της αλλά είναι χαμηλότερες από τον αντίστοιχο μέσο όρο 9,9% των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 2020, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας άγγιξαν το ποσό των €1.469, το οποίο είναι χαμηλότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ (€3.269). Επιπλέον, η Ελλάδα δαπάνησε λιγότερους πόρους κατά κεφαλήν σε σύγκριση με χώρες της ΕΕ κυρίως σε υπηρεσίες υγείας που αφορούν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Οι δαπάνες για πρόληψη είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ.

Το 44% των συνολικών υγειονομικών δαπανών διατέθηκε για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη με το αντίστοιχο μέσο ποσοστό της ΕΕ να αγγίζει το 29%. Ακόμη, 30% των κονδυλίων δαπανήθηκαν σε φάρμακα και σε ιατρικά είδη διαθέσιμα στο λιανεμπόριο, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από αυτό της ΕΕ (18%) (ΟΟΣΑ, 2019).

Η πανδημία του COVID19 συνέβαλε στην αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης συνολικού ύψους 785 εκατ. ευρώ αναγκαστικά για το 2020, στο πλαίσιο της στήριξης της δημόσιας υγείας, για τις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης, για προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού, αναλώσιμων και για τη λειτουργία μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Έτσι, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας το 2020 αγγίζει το 9,51% του ΑΕΠ (Eurostat, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας αποτελεί ζήτημα πολιτικής προτεραιότητας και συγκαταλέγεται στις σημαντικότερες αξίες για το σχεδιασμό και την υλοποίηση αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Βασικά κίνητρα για την ενασχόληση με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν η δέσμευση της πολιτείας να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας με καθολική κάλυψη και προσβασιμότητα υπό το πρίσμα της υπηρέτησης του δικαιωμάτων όλων των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η προσωποποιημένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα υγείας ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες του με καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην υγεία του ασθενή καθώς και το γεγονός ότι η ποιότητα και η αξιοπιστία των υπηρεσιών υγείας αποτελούν εφόδιο του συστήματος υγείας ώστε να είναι σε πλήρη ετοιμότητα στην περίπτωση που θα κληθεί να αντιμετωπίσει πολύπλοκες και επείγουσες καταστάσεις. Άλλωστε η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είναι βασικό συστατικό και εν τέλει υποσύστημα της ευρύτερης έννοιας της ποιότητας οποιουδήποτε συστήματος υγείας συνολικά από πλευράς απόδοσης (Europe et al., 2019).

Ωστόσο, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως έννοια είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια και ενδέχεται να μπορεί να ενταχθεί σε διαφορετικά εννοιολογικά μοντέλα εξαιτίας του ότι μπορεί να μελετηθεί από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Είναι ένας πολυδιάστατος όρος και οι εμπλεκόμενοι φορείς στο σύστημα υγείας που συνδιαμορφώνουν την έννοια της ποιότητας έχουν διαφορετικούς ρόλους, ενδεχομένως και αλληλοσυγκρουόμενους, και διαφορετικές προσδοκίες γι' αυτήν. Ειδικότερα, υπάρχουν τρεις διαφορετικές οπτικές γωνίες υπό τις οποίες η ποιότητα μπορεί να διαφέρει ως προς τις προτεραιότητες και αυτές αφορούν τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικών υγείας όπως πολιτικοί και διευθυντές στο χώρο της υγείας, τους επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν το σύστημα υγείας καθώς και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους (Nylenna et al., 2015).

Αρκετοί ορισμοί έχουν διατυπωθεί σχετικά με την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από ερευνητές στο χώρο της υγείας, με την οπτική των ασθενών ως βασικούς λήπτες των υπηρεσιών υγείας να αποτελούν και βασικό κλειδί για τον ορισμό της αλλά και τη μετέπειτα αξιολόγησή της (Donabedian, 1988). Στη

συνέχεια παρατίθενται μερικοί από τους σημαντικότερους ορισμούς με τη μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι εκείνες οι υπηρεσίες, οι οποίες αναμένεται να μεγιστοποιήσουν την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλειες αλλά και τις απώλειες που περιλαμβάνει η διαδικασία περίθαλψης στο σύνολό της. Η ευημερία του ασθενή αφορά την κατάσταση της υγείας του με έμφαση στη σωματική και ψυχική διάσταση της έννοιας υγείας.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine-IOM) ορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως το βαθμό στον οποίο τόσο οι εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας όσο και αυτές που αφορούν όλο τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι σύμφωνες με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις του ιατρικού κλάδου (Lohr, 1990). Τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας αντικατοπτρίζουν την ικανοποίηση και ευημερία του ασθενή, ενώ η συμπερίληψη στον ορισμό του συνόλου του πληθυσμού ενισχύει το σύνδεσμο της ποιότητας υγείας με τις έννοιες της πρόληψης και της προαγωγής υγείας.

Παρόμοιος ορισμός διατυπώνεται και από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (Council of Europe) κατά το οποίο ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο η θεραπεία που χορηγείται αυξάνει τις πιθανότητες επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων και μειώνει τις πιθανότητες ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων για τον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο της τρέχουσας ιατρικής γνώσης. Το γεγονός ότι η ιατρική επιστήμη και τεκμηριωμένη γνώση εξελίσσεται τονίζει και τη δυναμικότητα και τη ρευστότητα της έννοιας ποιότητα υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας την ευέλικτη και προσαρμόσιμη στις επιταγές της κάθε εποχής (Council of Europe. Committee of Ministers, 1998).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) υιοθετεί και αυτή τη φιλοσοφία που εστιάζει στον ασθενή και ορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως εκείνη την υγειονομική περίθαλψη που είναι αποτελεσματική, ασφαλής και ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, 2014).

Οι τρεις παραπάνω έννοιες ενσωματώνονται και στις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2018) για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο κατά τις οποίες, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι αποτελεσματικές, δηλαδή να στηρίζονται στην τεκμηριωμένη ιατρική και να προσφέρονται σε όσους τις έχουν ανάγκη, να είναι ασφαλείς, δηλαδή να μην προκαλούν βλάβη στα άτομα για τα οποία προορίζονται, να είναι

ολοκληρωμένες και να εστιάζουν στον ασθενή ικανοποιώντας τις ατομικές του προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες.

Από τους προαναφερόμενους ορισμούς προκύπτουν τρεις βασικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας: η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η εστίαση στον ασθενή. Επιπλέον χαρακτηριστικά όπως η καταλληλότητα μπορεί να ενσωματωθεί στη διάσταση της αποτελεσματικότητας, ενώ η συνέχεια στη φροντίδα υγείας, δηλαδή ο μη κατακερματισμός της και η αποδοχή, δηλαδή η συμμόρφωση με τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του χρήστη υπηρεσιών υγείας μπορούν να ενσωματωθούν στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα. Άλλα χαρακτηριστικά όπως η νομιμότητα δηλαδή η συμμόρφωση με τις κοινωνικές επιταγές, νόμους, ηθικές αξίες, η ισότητα, η αποδοτικότητα σε όρους κόστους/ωφέλειας, η προσβασιμότητα και η έγκαιρη ανταπόκριση και παροχή υπηρεσιών υγείας εμπίπτουν στον ορισμό της ποιότητας του ευρύτερου συστήματος υγείας από πλευράς επιδόσεων.

Ο Donabedian (2005) προσπάθησε να συσχετίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με τρεις διαστάσεις: τις υποδομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Στις υποδομές συμπεριλαμβάνονται οι κτιριακές υγειονομικές υποδομές και η γεωγραφική τοποθεσία τους, η διαθεσιμότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, το μέγεθος των νοσοκομειακών κτιρίων, ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών, η αναλογία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ανά ασθενή, η δυναμικότητα του προς εξυπηρέτηση πληθυσμού. Οι διαδικασίες ως διάσταση συμπεριλαμβάνουν οργανωσιακές διαδικασίες που αφορούν τη λειτουργία του φορέα που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας όπως χρηματοδότηση, προμήθειες, διαχείριση λίστας αναμονής, μισθοδοσία προσωπικού και άλλα καθώς και τις κλινικές πρακτικές που αφορούν την αλληλεπίδραση με τον ασθενή (εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, διαγνωστικές δοκιμασίες, θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθυστερήσεις θεραπείας, διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή, προθυμία εξυπηρέτησης). Τέλος, στα αποτελέσματα περιλαμβάνονται δείκτες που αφορούν είτε τον ασθενή όπως ποσοστά επιβίωσης, θνησιμότητας, αναπηρίας ή λειτουργικότητας στη διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων, επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, παρενέργειες, ποιότητα ζωής, ικανοποίηση ασθενή, συνολική εμπειρία του ασθενή, είτε το φορέα που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας όπως χρήση πόρων (οικονομικό κόστος, διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο, αριθμός ασθενών που εξυπηρετήθηκαν). Το τρίπτυχο αυτό μοντέλο σε γραμμική ακολουθία ξεκινώντας από την υποδομή, συνεχίζοντας με τις διαδικασίες και ολοκληρώνοντας με τα αποτελέσματα, μοιάζει με πυραμίδα όπου η υποδομή είναι προαπαιτούμενη, υποστηρίζει και αποτελεί το θεμέλιο για την βελτιστοποίηση της επόμενης βαθμίδας, των διαδικασιών, οι οποίες με τη σειρά τους

μπορούν να αποφέρουν τα κατάλληλα και επιθυμητά αποτελέσματα (Europe et al., 2019). Και οι τρεις αυτές διαστάσεις μπορούν να τεθούν υπό αξιολόγηση από τους ασθενείς ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από την σκοπιά του ασθενή.

2.2 Σχέση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών - Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών είναι έννοιες αλληλοσυνδεδεμένες. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί εξαρτημένη μεταβλητή και επηρεάζεται ομόρροπα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας αυξάνουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Ο Donabedian (2005) κατά τη διερεύνηση της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας υπογραμμίζει ότι το βασικό στοιχείο που επικυρώνει την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας είναι η αποτελεσματικότητά της στο να παράγει καλύτερα αποτελέσματα υγείας και ικανοποίησης.

Επιπλέον η γνώση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ζωτικής σημασία καθώς αποτελεί ανατροφοδότηση για τους φορείς που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, τις διοικήσεις τους και τους πολιτικούς φορείς που σχεδιάζουν και υλοποιούν πολιτικές υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μια μορφή σφυγμομέτρησης της κοινής γνώμης σχετικά με τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες ώστε να γίνεται ένας γόνιμος διάλογος με τους εκάστοτε κυβερνητικούς εκπροσώπους του συστήματος υγείας και να λαμβάνονται σωστότερα οι αποφάσεις που αφορούν τη δημόσια υγεία. Έτσι, όποτε κρίνεται απαραίτητο μπορεί να γίνεται επανασχεδιασμός και αναδιαμόρφωση των «κακώς κειμένων» με βάση τη γνώμη του πολίτη-ασθενή με στόχο την αντιμετώπιση των παθογενειών και των ανεπαρκειών του συστήματος υγείας. Επίσης, η αποτύπωση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών από μια νοσοκομειακή μονάδα σχετίζεται άμεσα και με την χρηματοδότησή της. Τα επόμενα χρόνια θα λαμβάνεται υπόψη η αξιολόγηση των ασθενών με βάση την ικανοποίησή τους ως δείκτης απόδοσης μιας νοσοκομειακής μονάδας που θα συνδέεται ανάλογα με τη χρηματοδότηση της. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η απόδοση ενός παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών όπως το νοσοκομείων βασίζεται σε τέσσερις συνιστώσες: την εμπειρία του ασθενή από τη φροντίδα που λαμβάνει, τα αποτελέσματα υγείας, η διαδικασία της παροχής κλινικής φροντίδας και η αποτελεσματικότητα. Οι δύο πρώτες συνιστώσες καταλαμβάνουν το 60% της συνολικής

απόδοσης μιας νοσοκομειακής μονάδας, με την ενδονοσοκομειακή εμπειρία του ασθενή να είναι αδιαμφισβήτητα η βασικότερη συνιστώσα που εξαρτάται άμεσα από τον πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών (Carter and Silverman, 2016).

Στόχος κάθε παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών να αξιοποιήσει το σύνολο των πόρων του με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει ποιοτική εξυπηρέτηση των αναγκών του ασθενή με σκοπό τη διατήρηση της υγείας τους σε καλό επίπεδο, να έχει δηλαδή καλή έκβαση. Η εκτίμηση του βαθμού επιτυχίας του στόχου αυτού προκύπτει από την αντικειμενική αξιολόγηση της πορείας και της κατάστασης υγείας του ασθενή καθώς και από τη μέτρηση της ικανοποίησής του από τη συνολική του εμπειρία. Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του ασθενή από το ιατρικό προσωπικό δε σχετίζεται με τη γρήγορη ανάρρωση του ασθενή αλλά με την σωστή διάγνωση και έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση. Η τελική έκβαση της υγείας του ασθενή εξαρτάται από τη σταδιοποίηση και την εξέλιξη της νόσου του όπως και το κατά πόσο ο ασθενής ακολουθεί τις ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες που επηρεάζουν τη μετέπειτα πορεία της υγείας του. Επομένως, ο ρόλος του ασθενή στην εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φαίνεται να είναι καθοριστικός.

Ως εκ τούτου, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη διάσταση των αποτελεσμάτων σύμφωνα και με το τρίπτυχο μοντέλο ποιότητας του Donabedian. Άλλωστε όπως έχει προαναφερθεί ο ασθενής είναι η βασικότερη εμπλεκόμενη οντότητα βάση της οποίας πρέπει να προσδιορίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών αφού είναι και ο αποδέκτης τους. Το επίπεδο ικανοποίησής του ως αποτέλεσμα της εκπλήρωσης των προσδοκιών του επικυρώνει την ποιότητα της περίθαλψης που έλαβε. Η παραμέληση της παροχής κατάλληλης φροντίδας που καλύπτει τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή θέτει σε κίνδυνο την αξιοπιστία των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την απώλεια τόσο του ασθενή-πελάτη όσο και της φήμης του υγειονομικού φορέα που παρέχει την περίθαλψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Ορισμός ικανοποίησης ασθενή

Κάθε οργανισμός σήμερα ενδιαφέρεται για την ικανοποίηση των χρηστών των προϊόντων ή των υπηρεσιών του, οι οποίοι μπορούν να χαρακτηριστούν ως πελάτες ή καταναλωτές, αφού η οικονομική επιβίωση και ευημερία τους συνδέεται με την κάλυψη των πελατειακών αναγκών. Η έννοια της ικανοποίησης έχει διερευνηθεί εκτενώς σε διάφορα επιστημονικά πεδία όπως η επιστήμη της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, του μάρκετινγκ αλλά και της διοίκησης στο χώρο της υγείας.

Στο χώρο της υγείας, η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί το βασικότερο δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η γνώμη του ασθενή και η οπτική του έχει μεγάλη βαρύτητα και αν δεν ληφθεί υπόψη, η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν θα είναι αμερόληπτη αλλά θα είναι σε βάρος του ασθενή και υπέρ του παρόχου των υπηρεσιών υγείας. Έχει βρεθεί ότι ένας ικανοποιημένος ασθενής ακολουθεί με μεγαλύτερη συνέπεια το πλάνο θεραπείας του, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει ξανά τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, εμπιστεύεται περισσότερο το γιατρό του και είναι διατεθειμένος να συστήσει τις υπηρεσίες υγείας σε άλλους (Dutta and Abbas, 2015).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν χρησιμοποιηθεί δεδομένα για την ικανοποίηση του ασθενή στο χώρο των υπηρεσιών υγείας για τέσσερις βασικούς σκοπούς: για τη σύγκριση προγραμμάτων ή συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, για την αναγνώριση των πτυχών εκείνων των παρεχόμενων υπηρεσιών που χρήζουν αλλαγής ώστε να βελτιωθεί η ικανοποίηση των ασθενών και η παροχή βοήθειας στους υγειονομικούς οργανισμούς στον έγκαιρο εντοπισμό διαρροής ανικανοποίητων ασθενών (Dutta and Abbas, 2015).

Τα νοσοκομεία έχουν συνειδητοποιήσει τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του παρόχου υπηρεσιών υγείας και του ασθενή καθώς και του αντίκτυπου αυτής της αλληλεπίδρασης στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και θετικής εικόνας για το νοσοκομείο για τη μετέπειτα βιωσιμότητά του και ως εκ τούτου καλούνται να μειώσουν το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών τους και των πραγματικών υγειονομικών υπηρεσιών που τελικά απολαμβάνουν δίνοντας έμφαση στους δείκτες ικανοποίησης των ασθενών (Birkelien, 2017).

Με την έννοια της ικανοποίησης του ασθενή ασχολήθηκαν αρκετά σε θεωρητικό επίπεδο οι Ware et al. (1983), διακρίνοντας την έννοια των αντικειμενικών αναφορών ικανοποίησης για τους παρόχους υγείας (όπως π.χ. χρόνοι αναμονής) από την έννοια των υποκειμενικών βαθμολογιών ικανοποίησης που αποτελούν μια απόπειρα σύλληψης μιας προσωπικής εκτίμησης της φροντίδας υγείας που δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή από την άμεση παρατήρηση της φροντίδας υγείας. Οι βαθμολογίες ικανοποίησης προσθέτουν σημαντική πληροφορία στην έννοια της ικανοποίησης αφού αντικατοπτρίζουν τρεις μεταβλητές: τις προτιμήσεις του ασθενή, τις προσδοκίες του ασθενή και τις πραγματικές προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Οπότε οι βαθμολογίες ικανοποίησης αποτελούν ταυτόχρονα δείκτη ποιότητας της φροντίδας υγείας αλλά και αντανάκλαση του ασθενή.

Οι Linder-Pelz (1982a, 1982b) προσπάθησαν να προσεγγίσουν την έννοια της ικανοποίησης του ασθενή βασιζόμενοι σε κοινωνικο-ψυχολογικά κριτήρια που υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση αποτελεί έκφραση μιας θετικής εκτίμησης-αξιολόγησης συγκεκριμένων διαστάσεων της φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιούν πέντε ψυχοκοινωνικές μεταβλητές ως πιθανούς προσδιοριστές της ικανοποίησης με τη φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα: 1. Τα πραγματικά περιστατικά, δηλαδή οι αντιλήψεις του ασθενή για το τι συνέβη, 2. η αξία, δηλαδή η θετική ή αρνητική αξιολόγηση ενός χαρακτηριστικού της φροντίδας υγείας, 3. Οι προσδοκίες του ασθενή, σχετικά με το τι περιμένει ότι θα συμβεί λαμβάνοντας τις υπηρεσίες υγείας, 4. Οι διαπροσωπικές σχέσεις όπου συγκρίνεται η διαπροσωπική αλληλεπίδραση με το υγειονομικό προσωπικό με παρόμοιες προηγούμενες διαπροσωπικές εμπειρίες και 5. Το δικαίωμα, δηλαδή η πεποίθηση του ασθενή ότι έχει αποδεκτούς λόγους να διεκδικεί και τα καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την υγεία του.

Ο Fitzpatrick (1984) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση δεν μπορεί να θεωρείται μια μεμονωμένη έννοια με πολλούς προσδιοριστές αλλά πρέπει να διερευνάται υπό το πρίσμα διαφορετικών μοντέλων και έτσι ανέπτυξε τρία ανεξάρτητα μοντέλα για τον ορισμό της. Το πρώτο υποστηρίζει ότι η ανάγκη για οικειότητα επηρεάζει την ικανοποίηση, επομένως πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στον ασθενή και στις παρεχόμενες υπηρεσίες δημιουργούν ένα χάσμα που προκαλεί χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης λόγω μη εξοικείωσης με διαφορετικά πρότυπα παρεχόμενων υπηρεσιών. Το δεύτερο μοντέλο θεωρεί ότι η βασική επιδίωξη των ασθενών είναι όχι η ικανοποίηση αλλά η επίλυση του προβλήματος υγείας τους, επομένως οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί να κρίνονται μη ικανοποιητικές αν δεν έχουν επιφέρει και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενή. Το τρίτο μοντέλο υποστηρίζει ότι τα ιατρικά προβλήματα αποτελούν συναισθηματική εμπειρία για τους ασθενείς λόγω του

άγχους και της αβεβαιότητας που τα συνοδεύει. Επομένως σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς θεωρούν ικανοποίηση τη διαπροσωπική επικοινωνία (αντιμετώπιση ως άτομο και όχι ως περιστατικό) και υποστήριξη από το υγειονομικό προσωπικό σε αυτή τη συναισθηματική εμπειρία.

Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να έχει δύο βασικές παραμέτρους: την ικανοποίηση με τις διαδικασίες παρεχόμενης φροντίδας και την ικανοποίηση με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η πρώτη παράμετρος αφορά χρόνους αναμονής, παροχή πληροφοριών, πρόσβαση στη φροντίδα, ταχύτητα θεραπείας, επάρκεια περιβάλλοντος φροντίδας ενώ η δεύτερη αφορά αποτελέσματα υγείας των ασθενών όπως ίαση, παρενέργειες, υποτροπή (George and Sanda, 2006).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως «μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς». Σύμφωνα με τους Fox και Storms (1981), η ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκλιση των προσδοκιών του ασθενή για ιδανική φροντίδα υγείας και των συνθηκών περίθαλψης του παρόχου (Fox and Storms, 1981).

3.1.1. Ικανοποίηση ασθενή VS Εμπειρία ασθενή

Οι όροι «ικανοποίηση του ασθενή» και «εμπειρία του ασθενή» συχνά συγχέονται και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ως ταυτόσημες έννοιες. Στην πραγματικότητα όμως δεν είναι το ίδιο πράγμα. Για την εκτίμηση της εμπειρίας του ασθενή απαιτείται από τον ασθενή να αναφέρει αν κάτι που θα έπρεπε να συμβεί κατά την παραμονή του στο χώρο υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα η σαφής επικοινωνία με ένα ιατρό, συνέβη πραγματικά και σε τι συχνότητα. Η ικανοποίηση αφορά το κατά πόσο οι προσδοκίες ενός ασθενή σχετικά με μια αλληλεπίδραση στο χώρο υγειονομικής περίθαλψης ικανοποιήθηκαν τελικά. Ενδεικτικά δυο διαφορετικοί ασθενείς μπορεί να λάβουν ακριβώς την ίδια φροντίδα αλλά λόγω διαφορετικών προσδοκιών σχετικά με τον τρόπο που αυτή θα τους παρασχεθεί να έχουν διαφορετικό επίπεδο ικανοποίησης.

Ωστόσο, καθίσταται πολύπλοκη η μέτρηση των δυο αυτών εννοιών, αφού οι εμπειρίες που βιώνουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της περίθαλψής τους αποτυπώνουν τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Berkowitz, 2016). Όμως και οι δύο όροι εμπλέκονται στην εξίσωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,

αφού οι προσδοκίες του ασθενή γενικά για την περίθαλψη που αναμένει να αποκομίσει ή για τη συνολική του θεραπεία και πρόγνωση ή για την αλληλεπίδρασή του με τον υγειονομικό του πάροχο επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησής του και ως εκ τούτου η μεγιστοποίηση της εμπειρίας του ασθενή μπορεί να πραγματοποιηθεί εστιάζοντας στην ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών του (Birkelien, 2017).

Μάλιστα, οι Charmel και Frampton (2008) προτείνουν ένα πλαίσιο με επτά βασικές αρχές για τη βελτίωση της εμπειρίας του ασθενή: κουλτούρα υποστήριξης της εμπειρίας του ασθενή, διευκόλυνση της αμφίδρομης επικοινωνίας του παρόχου υπηρεσιών υγείας με τον ασθενή, διαφάνεια στην πληροφόρηση, αύξηση της εμπλοκής του ασθενή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία του, έγκαιρη ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή, δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος από πλευράς τόσο τεχνολογικών υποδομών όσο και ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τη διευκόλυνση των κλινικών διαδικασιών και έμφαση στα ποιοτικά κλινικά αποτελέσματα για τη μεγιστοποίηση της αξίας και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Άλλωστε, τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν ένα μοντέλο που εστιάζει στον ασθενή βελτιώνουν τη συνολική εμπειρία του ασθενή, αυξάνοντας ταυτόχρονα την αξιολόγησή τους ως προς τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή με ενδεχόμενο αντίκτυπο την αύξηση του όγκου εσωτερικών ασθενών.

3.2 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενή

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από προσωπικούς υποκειμενικούς παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής, οι προσωπικές ανάγκες, οι προηγούμενες εμπειρίες, οι μελλοντικές προσδοκίες, οι υποδείξεις τρίτων αλλά και από αξίες της κοινότητας. Επίσης τα χαρακτηριστικά του ασθενή καθώς και το επίπεδο σωματικής και ψυχικής του υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενή ενίοτε σχετίζεται και με την τάση να μη δίνεται σημασία σε δείκτες ποιότητας λιγότερο σημαντικούς, όπως ενδεχομένως ένα όχι και τόσο καλής ποιότητας παρεχόμενο γεύμα ή το θορυβώδες περιβάλλον εντός μιας κλινικής όταν υπερτερεί η ικανοποίηση από σημαντικότερους δείκτες ποιότητας όπως το ιατρικό προσωπικό (Carr-Hill, 1992). Αναφορικά με τις προσδοκίες, φαίνεται ότι οι ασθενείς με τις χαμηλότερες προσδοκίες παρουσιάζουν ηψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης ενώ η υψηλότερη απόδοση του ιατρού που ικανοποιεί καλύτερα τις

προσδοκίες του ασθενή σχετίζεται και με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες (Sitzia and Wood, 1997).

Η οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου επηρεάζει επίσης το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή (Meterko, Mohr and Young, 2004). Μια καλή οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να κατανοεί ότι η υγεία είναι αποτέλεσμα συντονισμένης συλλογικής ευθύνης και διεπιστημονικής προσπάθειας και συνεργασίας, όλες οι διαδικασίες θα πρέπει να έχουν ασθενοκεντρικό προσανατολισμό, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή ολόπλευρα ως βιολογική αλλά και ως ψυχοκοινωνική οντότητα με στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών του και τη βέλτιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην ευγένεια και στο σεβασμό του ασθενή και της οικογένειάς του. Επίσης η οργανωτική κουλτούρα που δίνει έμφαση στη συμπόνια στον ασθενή και έχει έντονα ασθενοκεντρική φιλοσοφία αυξάνει τα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενή (Kim, Karlowitz, and Johnston, 2004).

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την ικανοποίηση του ασθενή γενικότερα έχει αναδείξει οκτώ διαφορετικές διαστάσεις που προκύπτουν από ερωτηματολόγια-εργαλεία εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενή και από σχετικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό με ανοικτού τύπου ερωτήσεις (Ware, Davies-Avery and Stewart, 1978). Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν βασικές πηγές ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας του ασθενή από τη φροντίδα υγείας και είναι οι ακόλουθες: 1. η τέχνη της φροντίδας υγείας, 2. η τεχνική ποιότητα της φροντίδας υγείας, 3. Προσβασιμότητα/ευκολία, 4. οικονομικό κόστος, 5. περιβάλλον χώρος, 6. διαθεσιμότητα, 7. συνέχεια της φροντίδας, 8. αποτελεσματικότητα/ αποτελέσματα υγείας.

Αναλύοντας τους παραπάνω παράγοντες ικανοποίησης του ασθενή, η τέχνη της φροντίδας υγείας έχει να κάνει κυρίως με τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση του ασθενή με τον πάροχο υγείας του και περιλαμβάνει έννοιες όπως το ενδιαφέρον για τον ασθενή, η φιλικότητα, η ενσυναίσθηση, η υπομονή, η ειλικρίνεια, ο σεβασμός και η συμπερίληψη του ασθενή στη θεραπεία του.

Η τεχνική ποιότητα της φροντίδας υγείας αναφέρεται στην ανταγωνιστικότητα του παρόχου υγείας με τη χρήση προτύπων διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Περιγράφεται με όρους δεξιοτήτων και υψηλής κατάρτισης και εξειδίκευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς και χρήσης σύγχρονων υποδομών, ιατρικού εξοπλισμού και τεχνολογιών αιχμής με στόχο την ακρίβεια, την αποφυγή λαθών και κινδύνων.

Η προσβασιμότητα/ευκολία της φροντίδας υγείας μπορεί να μετρηθεί με το χρόνο και την προσπάθεια που απαιτείται εκ μέρους του ασθενή να προγραμματίσει ένα ραντεβού, η απόσταση και ο χρόνος που απαιτείται για την πρόσβαση στον πάροχο υγείας, οι χρόνοι αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών υγείας, η τηλεφωνική εξυπηρέτηση του ασθενή.

Το οικονομικό κόστος αφορά ξεκάθαρα το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διευθέτηση του τρόπου πληρωμής, συμπεριλαμβανομένης της ασφαλιστικής κάλυψης.

Ο περιβάλλον χώρος αποτελεί κριτήριο μέτρησης της ικανοποίησης κυρίως σε δομές νοσηλείας εσωτερικών ασθενών και αναφέρεται στη γενικότερη ατμόσφαιρα, στην άνεση, στο φωτισμό, στην καθαριότητα και στην ησυχία του χώρου, στην αισθητική των χώρων αναμονής, στην ύπαρξη κατατοπιστικής σήμανσης και γενικά στη χωροθέτηση του παρόχου υγείας.

Η διαθεσιμότητα αφορά την διαθεσιμότητα και επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού όλων των ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων και υποδομών ώστε να μην υπάρχουν ελλείψεις.

Η συνέχεια της φροντίδας υγείας αφορά τη συχνότητα παροχή φροντίδας από την ίδια υγειονομική μονάδα και το ίδιο ιατρικό προσωπικό ώστε να μην υπάρχει κατακερματισμός της φροντίδας υγείας και να παρακολουθείται σε μακροχρόνια βάση ο ασθενής για τη συνέχεια του ιατρικού του φακέλου.

Τέλος, η αποτελεσματικότητα αφορά τις αντιλήψεις του ασθενή σχετικά με τη χρησιμότητα και την παρεχόμενη βοήθεια τόσο από το προσωπικό όσο και από τις θεραπευτικές επιλογές που ακολουθήθηκαν για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας του.

3.3 Μοντέλα & εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή

Πολυάριθμα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αλλά το ερώτημα που τίθεται αφορά την αξιοπιστία, την εγκυρότητά τους και τη δυνατότητα της μεταξύ τους σύγκρισης, δεδομένου ότι η ποικιλία τους βασίζεται αφενός στη διαφορετική προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης (Gill and White, 2009; Ofili, 2014) και αφετέρου στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών τύπων και περιβάλλοντων ιατρικής φροντίδας καθιστώντας την ανάπτυξη μιας ενιαίας κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης ιδιαίτερα περίπλοκη (Almeida, Bourliataux-Lajoinie and Martins, 2015).

Αρκετά εργαλεία έχουν αναπτυχθεί από εμπορικές επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα με αμφίβολη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν όμως και αρκετά δημόσια και

τυποποιημένα εργαλεία για την αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών με το πλεονέκτημα της καλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Επίσης υπάρχουν ερωτηματολόγια που έχουν αναπτυχθεί ξεχωριστά από κάποια υγειονομική μονάδα που είτε έχουν δημιουργηθεί εξ αρχής είτε έχουν εισαγάγει ερωτήσεις από άλλα τυποποιημένα εργαλεία (Al-AbriandAl-Balushi, 2019).

Ενδεικτικά κάποια από τα υπάρχοντα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι τα εξής:

- Το ερωτηματολόγιο Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-III) που αναπτύχθηκε από τον W.Ware με ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία (Συντελεστής α Cronbach από 0,77-0,89) για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή που απορρέει από έξι πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης: τεχνική ποιότητα, διαπροσωπικός τρόπος, επικοινωνία, οικονομικές πτυχές, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και χρόνος αλληλεπίδρασης με τον ιατρό (Hagedoorn et al., 2003).
- Το μοντέλο service quality (SERVQUAL) του Parasuraman που έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω όμως της ικανοποίησης των ασθενών από πέντε διαστάσεις: τεχνολογικές υποδομές (εξοπλισμός, εγκαταστάσεις), αξιοπιστία (ικανότητα παροχής υπηρεσιών ακριβείας), ανταπόκριση και προθυμία εξυπηρέτησης, ενσυναίσθηση (κατανόηση αναγκών και εξατομικευμένη φροντίδα) και διασφάλιση (γνώση, ικανότητα και ευγένεια του παρόχου να δείχνει εμπιστοσύνη) (Azmi et al., 2017).
- Το μοντέλο Total Quality Service (TQS) in Healthcare που είναι παρεμφερές με το μοντέλο SERVQUAL και χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω επτά διαστάσεων που αναδεικνύονται σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη που έλαβαν: υποδομές, ποιότητα προσωπικού (ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, ποιότητα παραϊατρικού προσωπικού, ποιότητα επικοινωνίας), διαδικασία κλινικής φροντίδας, διοικητικές διαδικασίες, δείκτες ασφαλείας, συνολική εμπειρία λαμβανόμενης ιατρικής φροντίδας, κοινωνική ευθύνη (Duggirala, Rajendran and Anantharaman, 2008).
- Το ερωτηματολόγιο Inpatient Survey της Press Ganey που έχει χρησιμοποιηθεί για την παροχή, σε παρόχους υγείας, δεδομένων ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη βελτίωση της εμπειρίας του ασθενή. Οι διαστάσεις για

τις οποίες αποτιμάται η ικανοποίηση των ασθενών είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο, δωμάτιο νοσηλείας, ποιότητα φαγητού, αλληλεπίδραση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εξετάσεις και θεραπείες, στάση προσωπικού προς επισκέπτες και οικογένεια, εξιτήριο από το νοσοκομείο, προσωπικά θέματα ασθενών και συνολική αξιολόγηση. (Press Ganey Associates, Inc. (2010). Inpatient (IN) Survey Psychometrics Report)

- Το ερωτηματολόγιο Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) που αντικατέστησε το Inpatient Survey της Press Ganey ως βελτιωμένη έκδοση και αποτελεί επικυρωμένο εθνικό εργαλείο με διαφάνεια στις Η.Π.Α (Zusman, 2012b). Το εν λόγω εργαλείο επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα μελέτη για τους λόγους που περιγράφονται στο κεφάλαιο 6 όπου περιγράφεται αναλυτικά το εργαλείο.

3.4 Ελληνικές μελέτες αποτίμησης της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών

Αναφορικά με την έρευνα πεδίου στο ζήτημα της μέτρησης της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών για τα ελληνικά δεδομένα έχουν γίνει διεξαχθεί κάποιες μελέτες μικρής κλίμακας σε νοσοκομεία της ελληνικής επικρατείας με τη χρήση διαφορετικών εργαλείων εκτίμησης και στη συνέχεια παρατίθενται οι πιο σημαντικές από αυτές και τα σχετικά ευρήματά τους.

Τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε δημόσιο τριτοβάθμιο νοσοκομείο του Νομού Αττικής με δυναμικότητας μεγαλύτερης των 400 κλινών, με δείγμα 382 ασθενών, με χρήση ερωτηματολογίου δοκιμασμένου στον ελληνικό πληθυσμό εξέταζε την ικανοποίηση από 7 διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, έδειξαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης για την έγκαιρη ανταπόκριση σε έκτακτες περιπτώσεις ανάγκης του ασθενή, την ευγένεια και εμπιστοσύνη προσωπικού, το ενδιαφέρον και κατανόηση αναγκών του ασθενή, γενική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και την αλληλεπίδραση με τον ασθενή (συχνότητα επικοινωνίας με ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, πληροφόρηση για φαρμακευτική αγωγή, αποτελέσματα εξετάσεων, κατάσταση υγείας του ασθενή) με ποσοστά από 85%-95% του δείγματος. Η εικόνα του νοσοκομείου (καθαριότητα, ησυχία, οργάνωση, σήμανση και διαμόρφωση χώρων, εξοπλισμός, ποιότητα φαγητού, εικόνα προσωπικού) ικανοποιούσε το 70% του δείγματος ενώ η ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες του ασθενή συγκέντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης μόλις 25% λόγω

αυξημένης αναμονής στην είσοδο του νοσοκομείου, και αναμονής για εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις (Chantzopoulou et al., 2017).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Δεκέμβριο του 2020 έως τον Ιανουάριο του 2021, με δείγμα 120 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SERVQUAL για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με βάση την ικανοποίηση των ασθενών από τις 5 διαστάσεις που διερευνά τον εν λόγω μοντέλο. Αναφορικά με τα αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών φάνηκε ότι η διάσταση που αφορά τις υποδομές του νοσοκομείου επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών και τον εξοπλισμό ενώ η διάσταση που επηρεάζει περισσότερο την ικανοποίηση των ασθενών ήταν προσωπικό με γνώσεις και ευγένεια που αποπνέει αίσθημα εμπιστοσύνης στον ασθενή (Galanakis and Goula, 2022).

Το ίδιο μοντέλο (SERVQUAL) χρησιμοποιήθηκε και σε μελέτη με δείγμα 630 ασθενών χρηστών του ΕΣΥ το τρίμηνο Σεπτέμβριος-Νοέμβριος 2016. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη αυτή σχετικά με τις 5 διαστάσεις της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και πώς αυτές σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών ήταν ότι οι ασθενείς ήταν σε γενικές γραμμές περισσότερο ικανοποιημένοι με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και δυσαρεστημένοι με τις υποδομές-εγκαταστάσεις και τις διοικητικές υπηρεσίες. Ειδικότερα οι ασθενείς ήταν αρκετά ικανοποιημένοι με τον διαθέσιμο νοσοκομειακό εξοπλισμό αλλά είχαν πολύ χαμηλή ικανοποίηση με τις κτιριακές υποδομές. Αναφορικά με τη διάσταση της διασφάλισης (γνώση, ευγένεια ικανότητα και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να αποπνέει εμπιστοσύνη) παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Όσον αφορά την αξιοπιστία (ικανότητα παροχής υπηρεσιών ακριβείας και επεξήγηση ιατρικών πράξεων), τα επίπεδα ικανοποίησης ήταν πολύ μέτρια έως χαμηλά όπως επίσης και εκείνα για τη διάσταση ανταπόκριση και προθυμία εξυπηρέτησης (ειδικά για τους χρόνους αναμονής εξέτασης παρατηρήθηκε μεγάλη δυσαρέσκεια). Τέλος για τη διάσταση της ενσυναίσθησης (κατανόηση αναγκών και εξατομικευμένη φροντίδα), η ικανοποίηση των ασθενών κυμάνθηκε σε μέτρια προς πιο υψηλά επίπεδα (Chalikias et al., 2018).

Από τον Ιούνιο του 2011 έως τον Οκτώβριο του 2012 πραγματοποιήθηκε μελέτη εκτίμησης της ικανοποίησης 745 νοσηλεύομενων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο με τη χρήση του εργαλείου HCAHPS, παραλείποντας ωστόσο κάποιες ερωτήσεις του πρωτότυπου εργαλείου λόγω ελλιπούς πληροφορίας. Χρησιμοποιήθηκε η

μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης για τη μελέτη της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων και των υπό μελέτη διαστάσεων των υπηρεσιών υγείας στη διαμόρφωση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πιθανότητα οι ασθενείς να σύστηναν θετικά το νοσοκομείο σε κάποιο συγγενή αυξανόταν καθώς αυξανόταν η ηλικία του ασθενή (ξεκινώντας από 70% για τους ηλικιακά νεότερους ασθενείς και αγγίζοντας το 81% για τους γηραιότερους ασθενείς του δείγματος). Επιπλέον, η πιθανότητα οι ασθενείς να σύστηναν θετικά το νοσοκομείο σε κάποιο συγγενή αυξανόταν όσο καλύτερο επίπεδο αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας είχαν οι ασθενείς (ξεκινώντας από 67% για τους ασθενείς με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας και αγγίζοντας το 77% για τους ασθενείς με άριστη κατάσταση υγείας). Συνολικά περίπου το 80% των νοσηλευόμενων ασθενών θα σύστηνε θετικά με υψηλή βεβαιότητα τον νοσοκομείο. Επίσης αναφορικά με τις 4 υπό μελέτη διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας (αλληλεπίδραση-επικοινωνία με ιατρικό προσωπικό, αλληλεπίδραση-επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομειακό περιβάλλον και διαδικασίες διαχείρισης πόνου) φάνηκε ότι η προσοχή του ιατρικού προσωπικού προς τον ασθενή σχεδόν τριπλασιάζει την ικανοποίησή του (αύξηση κατά 319%), η προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον ασθενή σχεδόν διπλασιάζει την ικανοποίησή του (αύξηση κατά 216%), η βελτίωση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος αυξάνει κατά σχεδόν 52% την ικανοποίηση του ασθενή και η βελτίωση των διαδικασιών διαχείρισης πόνου αυξάνει κατά περίπου 35% την ικανοποίηση του ασθενή (Xesfingi, Karamanis and Vozikis, 2017).

Μια ακόμη μελέτη (Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018) που χρησιμοποίησε το εργαλείο HCAHPS σε πανελλαδικό επίπεδο με δείγμα 5467 ασθενών από 42 δημόσια νοσοκομεία. Τα συμπεράσματα της μελέτης ανέδειξαν την αλληλεπίδραση και επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό ως το βασικότερο προσδιοριστή της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών με τη επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό να ακολουθεί αμέσως μετά σχεδόν το ίδιο σημαντικά στη διαμόρφωση της ικανοποίησης. Ακολουθεί τρίτος προσδιοριστής η καθαριότητα και ησυχία στο νοσοκομειακό περιβάλλον και τέταρτος σε σημαντικότητα προσδιοριστής ο σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή. Επιπλέον οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς και αυτοί με υψηλότερα επίπεδα αυτοπροσδιοριζόμενης υγείας είχαν και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Τα νοσοκομεία με μεγαλύτερη εξειδίκευση παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης όπως επίσης και τα νοσοκομεία της Ηπείρου και Δυτικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και

Θεσσαλίας σε σχέση με εκείνα στην περιοχή της Αττικής. Το φύλο και η εθνικότητα δε φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.

3.5 Διεθνείς μελέτες αποτίμησης της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών

Κάποια γενικά συμπεράσματα μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης μελετών της δεκαετίας του 1970 (Ware, Davies-Avery and Stewart, 1978) σχετικά με τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία που συσχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή γενικά μπορεί να συνοψιστούν ως εξής: οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την καθοδήγηση του ιατρού τους και λιγότερο με τα αποτελέσματα της φροντίδας και την πρόσβαση στον πάροχο υγείας. Γενικά όμως η επιρροή της ηλικίας στις εμπειρίες και στην ικανοποίηση του ασθενή είναι σχετικά μικρή (Friedel et al, 2023).

Οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με την καθοδήγηση του ιατρού τους αλλά και με τη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν γενικά. Ωστόσο, άλλες μελέτες δείχνουν το ακριβώς αντίθετο, ότι οι ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ή ότι το μορφωτικό επίπεδο δε σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση του ασθενή (Crow et al., 2002). Ασθενείς που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι με την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, όπως επίσης και οι ασθενείς με χαμηλότερα εισοδήματα που επιπλέον είναι λιγότερο ικανοποιημένοι και με τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας. Το γυναικείο φύλο φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και οι ασθενείς με επαγγέλματα υψηλότερου κύρους είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα υγείας. Η φυλή, η κοινωνική τάξη και η οικογενειακή κατάσταση δε φαίνεται να σχετίζονται με το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή.

Από ανασκόπηση μελετών που έχουν χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο HCAHPS για την αποτίμηση της ενδονοσοκομειακής εμπειρίας του ασθενή και της ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει προκύψει ότι ο βασικότερος άξονας που συνδέεται με αυξημένα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης του ασθενή είναι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται την ποιοτική επικοινωνία και αλληλεπίδρασή του με το νοσηλευτικό προσωπικό παρά με το ιατρικό προσωπικό (Farley et al., 2014), (Carter and Silverman, 2016), και ακολουθεί η ποιότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Carter and Silverman.2016).

Ωστόσο, το γεγονός ότι οι ασθενείς με καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την υγεία τους μετά από ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι πιθανότερο να συμμετέχουν σε μια έρευνα

αποτίμησης της ικανοποίησής τους με θετικό πρόσημο για τα αποτελέσματα, ενδεχομένως να πλήττει την αξιοπιστία των ερευνών για την ικανοποίηση. Ως αποτέλεσμα προκύπτουν δεδομένα που υποδεικνύουν αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης καθώς υποεκτιμάται η συμμετοχή των ασθενών με επιδείνωση της υγείας τους. Επιπλέον υπάρχει έντονη κριτική ότι αυτά τα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης λόγω καλής έκβασης της υγείας των ερωτηθέντων υπονοούν τελικά την καλή απόδοση του ιατρού που διαχειρίστηκε τα εν λόγω κλινικά περιστατικά (Farley et al., 2014).

Ακόμη άλλες μελέτες που χρησιμοποιούν το εργαλείο HCAHPS έχουν δείξει ότι η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον επηρεάζουν το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή, τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου αλλά και την προθυμία του ασθενή να προτείνει το νοσοκομείο σε φίλους ή συγγενείς (Duggirala, Rajendran and Anantharaman, 2008).

Τα αποτελέσματα μια μελέτης στον Καναδά (Kemp et al., 2014) που εξετάζει τους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή με τη χρήση του ερωτηματολογίου HCAHPS παρουσιάζει συμβατά αποτελέσματα με άλλες μελέτες των ΗΠΑ. αφού αναδεικνύει την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο στατιστικά σημαντικούς παράγοντες αρνητικά σχετιζόμενους με την ικανοποίηση αφού οι νεότεροι ασθενείς εκφράζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης όπως επίσης και αυτοί με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Η πιο πρόσφατη ανασκόπηση βιβλιογραφίας των Mazurenko et al. (2017) που συμπεριλαμβάνει αποκλειστικά μελέτες που χρησιμοποιούν τις βαθμολογίες του HCAHPS ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών έχει καταλήξει στα εξής βασικά σημεία σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες σχετιζόμενους με τον ασθενή: οι φυλετικές και εθνικές μειονότητες όπως και οι ασθενείς άνω των 85 ετών καθώς και οι γυναίκες έχουν λιγότερο ικανοποιητικές ενδονοσοκομειακές εμπειρίες. Ειδικότερα, οι ασθενείς άνω των 85 ετών και οι γυναίκες ασθενείς είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αναφορικά με την καθαριότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, την επεξήγηση και την παροχή πληροφοριών σχετικά με τα χορηγηθέντα φάρμακα καθώς και τις οδηγίες κατόπιν εξιτηρίου από το νοσοκομείο. Επιπλέον, η καλή διαχείριση του πόνου σε πολλές μελέτες συνδεόταν με υψηλότερες βαθμολογίες συνολικής ικανοποίησης και ευνοϊκή αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης, οι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα αυτοπροσδιοριζόμενης υγείας παρουσιάζονται σταθερά λιγότερο ικανοποιημένοι, ειδικά στο κομμάτι της επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπροσδιοριζόμενης υγείας σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης. Ωστόσο, οι συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της υγείας και της ικανοποίησης είναι σχετικά μικρές και αμελητέες και εξηγούν ένα μικρό κομμάτι αυτής της διαφοροποίησης (Friedel et al, 2023).

Η εν λόγω ανασκόπηση συγκεντρώνει και τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης που σχετίζονται με το νοσοκομείο: υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με νοσοκομεία με εκπαιδευτικό χαρακτήρα (πανεπιστημιακά), μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με υψηλή εξειδίκευση, αναγνώριση νοσηλευτικής αριστείας, μέλη του συστήματος υγείας όπως επίσης και με χρήση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή. Επιπλέον χαρακτηριστικά του νοσοκομείου που σχετίζονται με την αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι η μικρότερη διάρκεια παραμονή στο νοσοκομείο, τα χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας και επανεισαγωγής, ο μεγάλος όγκος χειρουργικών επεμβάσεων και η μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή.

Σύμφωνα και με το Press Ganey's 2007 Hospital Pulse Report, έρευνα στην οποία συμμετείχαν πάνω από 1.700 νοσοκομεία των ΗΠΑ, αναδεικνύεται ως κομβικό σημείο κλειδί στην ικανοποίηση του ασθενή η επικοινωνία και αλληλεπίδραση μαζί του και η έμφαση στην οπτική του ασθενή. Τα πέντε βασικότερα ζητήματα που απασχολούν τους νοσηλευόμενους ασθενείς και θεωρούνται προτεραιότητες για τα νοσοκομεία, σχετίζονται όλα με την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση και αφορούν την ανταπόκριση και την ευαισθησία του προσωπικού, την ενεργή συμμετοχή του ασθενή στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του, τη συνεχή ενημέρωσή του καθώς και την κάλυψη των συναισθηματικών του αναγκών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του (Charmel and Frampton, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ - 7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ) ΚΡΗΤΗΣ

4.1 Περιφέρεια Κρήτης

Η Περιφέρεια Κρήτης είναι μία από τις 13 διοικητικές περιφέρειες της Ελλάδας, όπως ορίστηκαν το 2011 με το πρόγραμμα Καλλικράτης.

Η 7^η υγειονομική περιφέρεια σύμφωνα με την διοικητική διαίρεση της χώρας βάσει του Νόμου 3527/2007 περιλαμβάνει το νησί της Κρήτης καθώς και μικρότερα νησιά της ευρύτερης περιοχής όπως τη Γαύδο, τη Γαυδοπούλα, τη Δία, τη Χρυσή, το Κουφονήσι και τις νήσους Διονυσάδες (Περιφέρεια Κρήτης, 2023).

Η Κρήτη, περίπου 160 χιλιόμετρα νότια της ελληνικής ηπειρωτικής χώρας, είναι το μεγαλύτερο νησί της Ελλάδας με έκταση 8.303Km². (visitcrete, 2023). Ο μόνιμος πληθυσμός της ανέρχεται στους 617.360 κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας του 2021 και είναι κατά 0,9% περίπου μειωμένος σε σχέση με την απογραφή του 2011. Αποτελεί σχεδόν το 6% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας που ανέρχεται στους 10.432.481 μόνιμους κατοίκους. Η Κρήτη διοικητικά διαιρείται σε 4 περιφερειακές ενότητες (ΠΕ): ΠΕ Ηρακλείου με πρωτεύουσα το Ηράκλειο, ΠΕ Ρεθύμνου με πρωτεύουσα το Ρέθυμνο, ΠΕ Χανίων με πρωτεύουσα τα Χανιά και ΠΕ Λασιθίου με πρωτεύουσα τον Άγιο Νικόλαο. Πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη του νησιού είναι το Ηράκλειο, το οποίο είναι και η έδρα της διοίκησης της Περιφέρειας Κρήτης.

Το Ηράκλειο είναι η ΠΕ που συγκεντρώνει τον περισσότερο πληθυσμό. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποια δημογραφικά στοιχεία όπως έχουν προκύψει από την πρόσφατη απογραφή του 2021.

Πίνακας 2: Πληθυσμιακά στοιχεία ανά Περιφερειακή Ενότητα της Κρήτης

Περιφερειακή Ενότητα	Έκταση (τ.χλμ.)	Πληθυσμός (2021)	Πυκνότητα πληθυσμού ανά τ.χλμ.
Ηρακλείου	2.641	302.450	114,52
Χανίων	2.376	155.443	65,42
Ρεθύμνου	1.494	83.567	55,93
Λασιθίου	1.827	75.900	41,54

(Πηγή: https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf)

Η οικονομία της στηρίζεται στο τρίπτυχο γεωργία-κτηνοτροφία (19,4%), εμπόριο και τουρισμός (35,4%) αφού είναι το δεύτερο μεγαλύτερο νησί στην Ελλάδα σε κίνηση επιβατών ή τουριστών και εμπορευμάτων. Οι εξαγωγές της Κρήτης αποτελούνται κυρίως από προϊόντα του πρωτογενούς τομέα (59%) ενώ η μεταποίηση (30%) ενισχύει τη θέση της κυρίως λόγω της ισχυρής τοπικής βιομηχανίας πλαστικών (15%). Επιπλέον η Κρήτη διαθέτει σημαντικό εκπαιδευτικό και ερευνητικό δυναμικό, που μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην οικονομική της ανάπτυξη ειδικά στον τομέα της Έρευνας και της Τεχνολογίας (Περιφέρεια Κρήτης, 2023). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 2019 η Περιφέρεια Κρήτης αντιπροσωπεύει το 5% του συνολικού ΑΕΠ της χώρας (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2022).

Αποτελεί ιδιαίτερα δημοφιλή τουριστικό προορισμό τόσο για τους τους επισκέπτες του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού με τον πληθυσμό της σχεδόν να διπλασιάζεται κατά τους θερινούς μήνες αφού κάθε χρόνο την επισκέπτονται εκατομμύρια τουρίστες για αναψυχή. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια αποτελεί και μόνιμη κατοικία Ευρωπαίων συνταξιούχων (Ηλεκτρονική εφημερίδα Πατρίς, 2019) και πρόσφατα αναδεικνύεται ως ιδανικός διεθνής προορισμός για εργασία καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου και γίνεται πόλος έλξης ψηφιακών νομάδων (Περιφέρεια Κρήτης/ψηφιακοί νομάδες, 2021). Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας του Ινστιτούτου του Συνδέσμου Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων (ΙΝΣΕΤΕ) που δημοσιεύτηκε το 2022 (Λάμπρου και Ίκκος, 2022), η Περιφέρεια Κρήτης κατατάσσεται στη δεύτερη θέση για το 2021 όσον αφορά τις επισκέψεις με 3.148. χιλ. επισκέψεις έναντι 5.288 χιλ επισκέψεων που είχε το 2019, χρονιά ρεκόρ για τον ελληνικό τουρισμό, σημειώνοντας μείωση -40,5%. Ωστόσο οι επισκέψεις του 2021 αντιστοιχούν στο 19,2% των συνολικών επισκέψεων της χώρας (16.376 χιλ.).

Παρόλο που διαθέτει ένα σχετικά καλά ανεπτυγμένο και εκτεταμένο οδικό δίκτυο στο βόρειο οδικό άξονα, γενικά δεν υπάρχει καλή οδική διασύνδεση στην ενδοχώρα των νομών του νησιού με τους επαρχιακούς δρόμους που ενώνουν τα χωριά και τις πόλεις να είναι στενοί και με πολλές στροφές καθιστώντας τις μετακινήσεις προς τις τέσσερις μεγαλύτερες πόλεις χρονοβόρες.

Ακτοπλοϊκά συνδέεται με την υπόλοιπη ηπειρωτική Ελλάδα όπως και με τις Κυκλάδες και τα Δωδεκάνησα μέσω 2 κύριων λιμανιών που δέχονται επιβατικά πλοία: το λιμάνι στη Σούδα, 14 χιλιόμετρα από τα Χανιά και το λιμάνι του Ηρακλείου (Οργανισμός Λιμένος Ηρακλείου, 2022). Υπάρχουν και άλλα 4 λιμάνια, το λιμάνι στον Κίσσαμο (Καστέλι), που εξυπηρετεί

δρομολόγια προς Γύθειο, Κύθηρα και Αντικύθηρα, το λιμάνι του Ρεθύμνου ([ιστοσελίδα Δήμου Ρεθύμνης, 2023](#)) που εξυπηρετεί κυρίως την εμπορική κίνηση του λιμανιού αλλά υποδέχεται και κρουαζιερόπλοια, το λιμάνι του Αγίου Νικολάου ([ιστοσελίδα Αγ. Νικολάου, 2023](#)) όπου πραγματοποιούνται δρομολόγια προς όλα τα χωριουδάκια του Δήμου ενώ παρέχει και δυνατότητα φιλοξενίας κρουαζιερόπλοιων καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου και το λιμάνι της Σητείας όπου πραγματοποιούνται δρομολόγια προς Κυκλάδες, Δωδεκάνησα και Πειραιά.

Υπάρχουν 3 κύρια αεροδρόμια στην Κρήτη: το Διεθνές Αεροδρόμιο Ηρακλείου «Νίκος Καζαντζάκης», το οποίο εξυπηρετεί την Ανατολική Κρήτη, το Διεθνές Αεροδρόμιο Χανίων «Ιωάννης Δασκαλογιάννης» στο Ακρωτήρι, κοντά στην πόλη των Χανίων, το οποίο εξυπηρετεί τη Δυτική Κρήτη και ο Διεθνής Αερολιμένας Σητείας «Βιτσέντζος Κορνάρος» στη Σητεία στην Ανατολική Κρήτη για τοπικές πτήσεις, κυρίως προς την Αθήνα και το νησί της Καρπάθου. Υπό κατασκευή βρίσκεται ο Νέος Διεθνής Αερολιμένας Ηρακλείου Κρήτης στην περιοχή του Καστελίου, ο οποίος θα αντικαταστήσει αυτόν του Ηρακλείου με σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών για την εξυπηρέτηση του ευρωπαϊκού και διεθνούς τουρισμού. Θα αποτελεί το πιο σύγχρονο αεροδρόμιο της χώρας και δεύτερο σε μέγεθος μετά το «Ελευθέριος Βενιζέλος», ικανό να υποδέχεται έως και 18 εκατομμύρια επισκέπτες το χρόνο ([ιστοσελίδα Διεθνούς Αερολιμένα Ηρακλείου, 2023](#)).

Όλες οι παραπάνω ιδιαιτερότητες του νησιού είναι αναγκαίο να ληφθούν υπόψη στη χάραξη πολιτικών που αφορούν τη Δημόσια Υγεία ώστε να εμπνέεται ένα αίσθημα ασφαλείας τόσο στους κατοίκους του νησιού όσο και στους επισκέπτες, αφού οι επικρατούσες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες αποτελούν μια αντανάκλαση του συστήματος υγείας μιας κοινωνίας. Γίνεται προφανές ότι το σύστημα υγείας στην Κρήτη επιβαρύνεται περιοδικά σε ετήσια βάση λόγω του εισερχόμενου τουρισμού (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2017) που χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και το γεγονός ότι η διασύνδεση με την ηπειρωτική Ελλάδα είναι σχετικά δύσκολη καθιστά αναγκαία την πλήρη κάλυψη των υγειονομικών απαιτήσεων του πληθυσμού ώστε να επιτυγχάνεται υγειονομική αυτάρκεια και αποτελεσματική διαχείριση όλων των υγειονομικών περιστατικών ελαχιστοποιώντας τις αεροδιακομιδές. Ο ιατρικός τουρισμός και η διερεύνηση των δυνατοτήτων ανάπτυξης και της προοπτικής του δεδομένου των ξενοδοχειακών μονάδων υψηλών προδιαγραφών που διαθέτει η Κρήτη, θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη στο πλαίσιο του στρατηγικού σχεδιασμού και της συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Τουρισμού. Επιπλέον, το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού της βρίσκεται εγκατεστημένο σε δυσπρόσιτες και

απομακρυσμένες περιοχές εφιστά την προσοχή στην εξεύρεση τρόπων κάλυψης των αναγκών υγείας σε μη αστικές περιοχές. Επομένως κρίνεται απαραίτητη η ορθολογική διαχείριση και κατανομή ή ανακατανομή των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων λαμβάνοντας υπόψη όλα τα διαθέσιμα επιδημιολογικά, περιβαλλοντικά και δημογραφικά στοιχεία.

4.2 7^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) Κρήτης

Σύμφωνα με το Νόμο 3527/2007 η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ). Η 7η ΥΠΕ Κρήτης αποτελεί ΝΠΔΔ που ως επιτελικός φορέας ελέγχου και διοίκησης του ΕΣΥ σε επίπεδο Περιφέρειας Κρήτης, εποπτεύει, συντονίζει και ελέγχει στα όρια της Περιφέρειας Κρήτης τη λειτουργία όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ώστε να διασφαλίζεται ηεϋρυθμη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, παρακολουθεί και σχεδιάζει δράσεις για την αναβάθμιση της φροντίδας υγείας, προωθεί την αγωγή και προαγωγή υγείας, συνεργάζεται με το Υπουργείο Υγείας για το συντονισμό και την εφαρμογή των πολιτικών κατευθύνσεων και καταγράφει συστηματικά τις εισροές και τις εκροές κάθε μονάδας υγείας

Εποπτευόμενους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποτελούν τα Νοσοκομεία, οι μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία & ΤΟΜΥ), Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, αλλά και λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας. Ανάμεσα στους προαναφερόμενους φορείς υπάγονται:

- 8 Νοσοκομεία
- 18 Κέντρα Υγείας (επαρχίας),
- 4 Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (αστικά Κέντρα Υγείας),
- 134 Περιφερειακά Ιατρεία
- 12 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.)
- 22 δημόσιες δομές ψυχικής υγείας

4.2.1 Προφίλ Νοσοκομείων 7ης ΥΠΕ

Τα 8 νοσοκομεία που βρίσκονται υπό την εποπτεία της 7^{ης} ΥΠΕ στις 4 περιφέρειες της Κρήτης είναι τα εξής:

Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) ιδρύθηκε με το Προεδρικό Διάταγμα 186/1985 και εγκαινιάστηκε το 1989, με έδρα του την πόλη του Ηρακλείου. Αποτελεί την μεγαλύτερη νοσοκομειακή μονάδα στην Κρήτη με περίπου 2.400 εργαζόμενους (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023), παρέχοντας περίθαλψη όλων των επιπέδων αλλά και εξειδικευμένη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης 7ης ΥΠΕ Κρήτης, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ. Γειτνιάζει με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης παρέχοντας εκπαιδευτικό έργο στους φοιτητές της. Έχει δυναμικότητα 760 οργανικών κλινών. (Υπ. Απόφαση 39173/2012).

- Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο

Το Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο-Πανάνειο (ΓΝΒΠ), εντάχθηκε στο ΕΣΥ το 1986, με έδρα του την πόλη του Ηρακλείου. Είναι το δεύτερο σε μέγεθος νοσοκομείο της Κρήτης μετά το ΠΑΓΝΗ και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη σε συγκεκριμένες ειδικότητες. Δύναται να αντιμετωπίζει περιστατικά ασθενών από όλη την Κρήτη αλλά και από τα νησιά του νότιου Αιγαίου. Έχει δυναμικότητα 440 οργανικών κλινών (412 ανεπτυγμένες) και απασχολεί προσωπικό περίπου 1700 ατόμων (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023; Υπ. Απόφαση 38867/2012). Στην ευθύνη λειτουργίας του, ανήκουν οι αποκεντρωμένες μονάδες του, δηλαδή Το Κέντρο Ψυχικής υγείας, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων - ΚΟΙΚΕΨΥΠΕ (πρώην Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο), ο ξενώνας Αλκυωνίδα, και η σχολή (ΔΙΕΚ) Νοσηλευτικής (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο Πανάνειο, 2022).

Περιφερειακή Ενότητα Χανίων

- Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Ο Άγιος Γεώργιος

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος”, ανεγέρθηκε το 1958 με αρχική δυναμικότητα 100 κλινών. Απασχολεί περίπου 1475 εργαζόμενους (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023)

και σήμερα η δυναμικότητά του αγγίζει τις 480 οργανικές κλίνες και επιπλέον 200 κλίνες των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Από το 2000 λειτουργεί στις νέες υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις του στις Μουρνιές Χανίων, σε έκταση 54.500 τ.μ. (Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος”, 2022). Παρέχει Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης καθώς και περίθαλψη στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 7ης Υ.ΠΕ. Κρήτης, αλλά και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ (Υπ. Απόφαση 73800/2018).

Περιφερειακή Ενότητα Ρεθύμνου

• Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, εγκαινιάστηκε και εντάχθηκε στο ΕΣΥ το 1987 με αρχική δυναμικότητα 150 κλινών, με έδρα την πόλη του Ρεθύμνου. Παρέχει Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 7ης ΥΠΕ Κρήτης, αλλά και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ. Αντικειμενικός σκοπός του ήταν η μείωση των διακομιδών σε νοσοκομεία του Ηρακλείου και των Χανίων μέσω της δημιουργίας νέων τμημάτων τα οποία στελεχώθηκαν με ελάχιστο νέο προσωπικό λόγω της μη ύπαρξης των τμημάτων αυτών στο οργανισμό του νοσοκομείου. Εξαιτίας των προβλημάτων χωροταξίας ολοκληρώνεται το 2011 η κατασκευή νέας πτέρυγας. Απασχολεί περίπου 730 εργαζόμενους (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023) και η συνολική δύναμη κλινών του νοσοκομείου ορίζεται σε 220 κλίνες, εκ των οποίων οι 12 κλίνες ανήκουν στο Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Ρεθύμνου. (Υπ. Απόφαση 44179/2014).

Περιφερειακή Ενότητα Λασιθίου

• Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

Το Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης έχει έδρα στην πόλη του Αγίου Νικολάου και διασυνδέεται με το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας, το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο» ως αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). (Υπ. Απόφαση 123915/2012). Διαθέτει 180 οργανικές κλίνες (147 αναπτυγμένες),

προσωπικό περίπου 520 εργαζομένων (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023) και παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην ευθύνη λειτουργίας του, ανήκουν οι αποκεντρωμένες μονάδες του, δηλαδή το Κέντρο Ψυχικής υγείας Αγίου Νικολάου, ο ξενώνας Ψυχαργός “Αγάπη”, και η σχολή (ΔΙΕΚ) Βοηθών Νοσηλευτικών Αγίου Νικολάου (Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, 2022).

- Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Σητείας

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας από το 1994 στεγάζεται στην περιοχή Ξεροκαμάρες Σητείας, εξοπλισμένο με σύγχρονο επιστημονικό μηχανολογικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό, δυναμικότητας 75 κλινών (Υπ. Απόφαση 48303/2012) και έκτασης 7500 m². Διαθέτει 75 οργανικές κλίνες, απασχολεί 280 περίπου εργαζόμενους (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023) και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη και βραχεία νοσηλεία (Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Σητείας, 2022).









- Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας εντάχθηκε στο ΕΣΥ το 1983 με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας περίθαλψης και βραχείας νοσηλείας. Έδρα του είναι η πόλη της Ιεράπετρας. Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας ορίζεται σε 75 οργανικές κλίνες (Υπ. Απόφαση 105343/2012) και περίπου 215 εργαζόμενοι (7^η ΥΠΕ Κρήτης, 2023).

- Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως “Διαλυνάκειο”

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο» παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη με κατεύθυνση τη Μετανοσοκομειακή Φροντίδα και Αποκατάσταση με την προσθήκη της Κλινικής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. Έδρα του είναι η Νεάπολη Λασιθίου και η δυναμικότητά του είναι της τάξης των 55 οργανικών κλινών (Υπ. Απόφαση 48335/2012).

Πίνακας 3: Νομική μορφή νοσοκομείων 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, πληθυσμός ευθύνης τους και βασικά στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης (2021)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 7ης ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ									
		ΛΟΓΟΤΥΠΟ	ΦΕΚ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΕΣΡΑ	ΠΑΡΟΥΣΙΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ (αριθμός κοστούλων)	ΚΑΙΝΕΣ (ανεκαυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2021)	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ (2021)	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΕΞΩΠΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΤΕΙ-ΤΕΠ-ΟΛΟΗΜΕΡΗ 2021)	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
ΠΕ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ		τ.Β' 1251/11-4-2012	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	617.360	759	68.973	222.648	https://www.pafh.gr/
	Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"		τ.Β' 1235/11-4-2012	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	302.450	417	40.683	195.884	https://www.venizeio.gr/
ΠΕ ΧΑΝΙΩΝ	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"		6166/τ.Β' /2018	ΧΑΝΙΑ	155.443	588	37.040	155.470	https://chaniahospital.gr/
ΠΕ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ		τ.Β' 1153/6-5-2014	ΡΕΘΥΜΝΟ	83.567	222	10.953	83.403	https://www.rethymnohospital.gr/
ΠΕ ΑΓΙΩΝ	Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ		τ.Β' 3521/31-12-2012	ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	26.397	133	8.608	68.820	https://www.agnhosp.gr/
	Γ.Ν. - Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ		τ.Β' 1679/16-5-2012	ΣΗΤΕΙΑ	20.268	75	1.877	32.604	https://ghsitia.gr/
	Γ.Ν. - Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ		τ.Β' 1680/16-5-2012	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	26.410	74	3.857	48.970	https://www.ierapetrahospital.gr/
	Γ.Ν. - Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ "ΜΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"		τ.Β' 442/15-2-2017	ΝΕΑΠΟΛΗ	2.285	27	450	30.238	https://www.dialynakio.com/

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2023, <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinshs/10431-klines-noshleythentes-hmeres-noshleias-2021>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Αναγκαιότητα, δημιουργία & σκοπός χρήσης εργαλείου έρευνας

Την τελευταία εικοσαετία η ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας βρίσκεται στο προσκήνιο και απασχολεί έντονα την εθνική ατζέντα των ΗΠΑ. σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Το Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ως μέλος του Οργανισμού Νοσοκομειακής Ποιότητας- Hospital Quality Association (HQA), ασχολήθηκε με την βελτίωση του νοσοκομειακού τομέα, αρχικά δημιουργώντας αναφορές για τις αποτελεσματικές υπηρεσίες των νοσοκομείων με βάση κάποιους βασικούς δείκτες και για δεδομένα ασφάλειας. Ωστόσο υπήρχαν ελλιπή δεδομένα για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από την οπτική του ασθενή. Έτσι δημιουργήθηκε το εργαλείο Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) προκειμένου να λύσει το πρόβλημα της διαφορετικού τρόπου μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με ποικίλους δείκτες που καθορίζονταν είτε από κάθε νοσοκομειακή μονάδα ξεχωριστά είτε από ιδιωτικές επιχειρήσεις που διεξάγουν έρευνες χρησιμοποιώντας δικά τους κατασκευασμένα ερευνητικά εργαλεία, ως εμπορικά προϊόντα για τα νοσοκομεία.

Το συγκεκριμένο εργαλείο είχε σκοπό να εκπληρώσει τρεις βασικούς στόχους του CMS. Ο πρώτος στόχος ήταν η παραγωγή συγκρίσιμων δεδομένων για το πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας τα οποία θα μετασχηματιστούν σε χρήσιμη πληροφορία για τον ασθενή αφού του επιτρέπουν τη σύγκριση των διαφόρων νοσοκομειακών μονάδων σε σημαντικούς τομείς κατόπιν διαμόρφωσης αντικειμενικής άποψης και διευκόλυνση στη λήψη αποφάσεων. Ο δεύτερος στόχος ήταν να δώσει κίνητρα στα νοσοκομεία να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν μέσω της δημόσιας αναφοράς και ο τρίτος στόχος να βελτιωθεί η δημόσια λογοδοσία και η διαφάνεια της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Clark and Roberson, 2019). Πλέον με την καθολική αποδοχή και χρήση του στις ΗΠΑ δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των διαφόρων νοσοκομειακών μονάδων της εμβέλειάς τους.

Το ερωτηματολόγιο HCAHPS αποτελεί πρότυπο εργαλείο μέτρησης της αφοσίωσης και της ικανοποίησης των ασθενών στη νοσοκομειακή βιομηχανία των ΗΠΑ. Έχει επιλεγεί από το CMS, το οποίο είναι τμήμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ -

Department of Health & Human Services (HHS) σε συνεργασία με τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα της Υγείας - Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) ως πρότυπο επικυρωμένο εθνικό εργαλείο έρευνας με διαφάνεια αφού τα αποτελέσματά του δημοσιεύονται και διατίθενται στο κοινό στην ιστοσελίδα <http://www.medicare.gov/hospitalcompare/>.

Πρόκειται για ένα καλά σχεδιασμένο και σταθμισμένο εργαλείο έρευνας που πληροί υψηλά πρότυπα επιστημονικής αυστηρότητας και χρησιμοποιείται για να κατευθύνει τους ασθενείς να αναφέρουν τη νοσοκομειακή τους εμπειρία, με αποτέλεσμα ακόμα και ο αμφιλεγόμενος δείκτης μέτρησης της ικανοποίησης να συνδέεται τελικά και θεωρητικά και εμπειρικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το εργαλείο ξεκίνησε να σχεδιάζεται το 2002 από το CMS σε συνεργασία με το AHRQ. Πιο συγκεκριμένα το AHRQ ακολούθησε μια αυστηρά επιστημονική διαδικασία η οποία συμπεριλάμβανε μια δημόσια πρόσκληση για μέτρα νοσοκομειακής ποιότητας, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, γνωστικές συνεντεύξεις, καταναλωτικές focus group ασθενών, συμβολή ενδιαφερομένων, πιλοτική δοκιμή σε τρεις πολιτείες των ΗΠΑ, εκτενείς ψυχομετρικές αναλύσεις, δοκιμές καταναλωτή και πλήθος δοκιμών πεδίου μικρής κλίμακας. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας το CMS έδωσε στο κοινό τρεις ευκαιρίες να σχολιάσει το ερωτηματολόγιο HCAHPS και απάντησε σε χιλιάδες σχόλια κριτικής του εργαλείου.

Μετά από πιλοτική εφαρμογή σε 132 νοσοκομεία τριών πολιτειών των ΗΠΑ (Μέριλαντ, Νέα Υόρκη και Αριζόνα), με περισσότερες από 19.000 ολοκληρωμένες συμμετοχές ασθενών, και μετά από εκ νέου εφαρμογή και σε μια επιπλέον πολιτεία (Κονέκτικατ), και με βάση τις συστάσεις του AHRQ, το CMS έστειλε ένα εργαλείο 25 ερωτήσεων στο Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας - National Quality Forum (NQF). Το NQF αποτελεί έναν εθνικό οργανισμό που αντιπροσωπεύει τη συναίνεση πολλών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ομάδων καταναλωτών, κυβερνητικών και άλλων φορέων δημόσιας υγείας, φαρμακευτικών εταιρειών, επαγγελματιών υγείας και ομοσπονδιακών φορέων και οργανισμών έρευνας και ποιότητας που προωθεί την προστασία των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω μετρήσεων και δημόσιων αναφορών. Ιδρύθηκε με σκοπό να καθορίζει τα πρότυπα μέτρησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τον νόμο National Technology Transfer and Advancement Act (NTTAA) του 1995 και την εγκύκλιο A-119 του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Health Services Advisory Group, National Committee for Quality Assurance and CMS, 2022).

Το NFQ πρότεινε κάποιες αλλαγές στο εργαλείο HCAHPS με την προσθήκη 2 ερωτήσεων που είχαν διαγραφεί μετά την πρόσθετη πιλοτική δοκιμή. Έτσι το Μάιο του 2005 το ερωτηματολόγιο HCAHPS εγκρίθηκε επίσημα από το Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας με τη μορφή 27 ερωτήσεων σχετικά με την πρόσφατη εμπειρία του ασθενή στο νοσοκομείο. Το Δεκέμβριο του 2005 το ομοσπονδιακό γραφείο Διαχείρισης και Προϋπολογισμού έδωσε την τελική έγκριση για την εφαρμογή του HCAHPS σε εθνικό επίπεδο για σκοπούς δημόσιας αναφοράς.

Τέθηκε σε εφαρμογή το 2006 και τα πρώτα αποτελέσματα δημοσιεύτηκαν το Μάρτιο του 2008 με 2.521 νοσοκομεία να αναφέρουν εθελοντικά τις HCAHPS βαθμολογίες τους με βάση 1,1 εκατομμύρια συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν το εργαλείο HCAHPS υπό την αιγίδα της Hospital Quality Alliance (HQA), μιας ιδιωτικής-δημόσιας συνεργασίας μεγάλων νοσοκομειακών και ιατρικών ενώσεων, ομάδων καταναλωτών, φορέων διαπίστευσης και κυβερνητικών ή άλλων ομάδων που ενδιαφέρονται για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσοκομεία (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2022).

5.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου HCAHPS Survey

Το ερωτηματολόγιο έχει λάβει εκ νέου εγκρίσεις τα έτη 2009, 2015 και 2019. Η αρχική του έκδοση συμπεριλαμβάνει 27 ερωτήσεις (Clark and Roberson, 2019). Το ερωτηματολόγιο HCAHPS εντάσσει τις ερωτήσεις αυτές υπό το πρίσμα εννέα κατηγοριών ενδονοσοκομειακών εμπειριών που εκτιμούν τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή: 1. Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό (Ερ.1-3), 2. Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό (Ερ.5-7), 3. Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Ερ.8-9.), 4. Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό (Ερ.4 & Ερ.11), 5. Διαχείριση του πόνου (Ερ.13-14), 6. Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγηθέντα φάρμακα (Ερ.16-17.), 7. Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή (Ερ.19-20), 8. Συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου (Ερ.21), 9. Σύσταση ή μη του νοσοκομείου σε συγγενείς και φίλους (Ερ.22) (Maryland Quality Measures Data Center, 2010). Οι ερ. 10, 12, 15 & 18 εξυπηρετούν στην ανακατεύθυνση του ασθενή σε άλλες ερωτήσεις παρακάμπτοντας τις προαναφερθείσες ενώ οι ερωτήσεις 23-27 αφορούν κάποια προσωπικά στοιχεία του ασθενή όπως η κατάσταση της υγείας του, το μορφωτικό του επίπεδο, η γλώσσα ομιλίας και η υπηκοότητά του.

Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο αναδιαμορφώθηκε το 2013 από το CMS, αφού προστέθηκαν πέντε νέες ερωτήσεις και το ερωτηματολόγιο πλέον είχε 32 ερωτήσεις συνολικά. Οι τρεις ερωτήσεις από αυτές αφορούσαν τη μετάβαση στη μετανοδοκομειακή περίθαλψη, μια ερώτηση για το αν η εισαγωγή στο νοσοκομείο έγινε από το τμήμα επειγόντων περιστατικών και μια ακόμη για την ψυχική και συναισθηματική υγεία του ασθενή. Επίσης το 2018 οι τρεις ερωτήσεις σχετικά με τη διαχείριση του πόνου αντικαταστάθηκαν από τρεις ερωτήσεις που αναφέρονται στην επικοινωνία του ασθενή για τον πόνο. Τέλος, το 2019 οι τρεις ερωτήσεις σχετικά με την επικοινωνία για τον πόνο διαγράφηκαν πλήρως από το ερωτηματολόγιο και η τελική του μορφή αποτελεί την σημερινή του έκδοση (Μάρτιος 2022) με 29 ερωτήσεις.

Τρόπος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Ο ασθενής καλείται να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο 48 ώρες μετά από το εξιτήριο έως και τις 6 εβδομάδες μετά το εξιτήριό του από το νοσοκομείο ώστε η εμπειρία να είναι σχετικά πρόσφατη και να μειώνεται το σφάλμα ανάκλησης. Κατά μέσο όρο απαιτούνται περίπου 7 λεπτά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ως εργαλείο είναι διαθέσιμο προς τους ασθενείς με 4 διαφορετικούς τρόπους λειτουργίας: μέσω αλληλογραφίας αποκλειστικά, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας αποκλειστικά, με συνδυασμό αρχικά αλληλογραφίας και κατόπιν με τηλεφωνική επικοινωνία ή με ενεργή διαδραστική φωνητική απόκριση (Interactive Voice Response- IVR). Επίσημως εργαλείο είναι διαθέσιμο σε μεταφράσεις της ισπανικής, κινέζικης, ρωσικής, βιετναμέζικης, πορτογαλικής και γερμανικής γλώσσας. Πάνω από 4.000 νοσοκομεία των Η.Π.Α. συμμετέχουν στην έρευνα HCAHPS και 3.000.000 ασθενείς συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο σε ετήσια βάση. Τα κριτήρια συμμετοχής και επιλεξιμότητας των ασθενών ώστε να μπορούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο είναι τα εξής: ο ασθενής πρέπει να έχει συμπληρώσει την ηλικία των 18 ετών κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, να έχει τουλάχιστον μια διανυκτέρευση στο νοσοκομείο ως εσωτερικός ασθενής, να έχει μη ψυχιατρική διάγνωση και να ζει κατά το εξιτήριό του. Επίσης εξαιρούνται οι ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023).

Το ερωτηματολόγιο HCAHPS χρησιμοποιεί 4 διαφορετικές κλίμακες αξιολόγησης (Salzberg et al., 2019):

a) την τετράβαθμη κλίμακα συχνότητας με διαβαθμίσεις “ποτέ”, “μερικές φορές”, “συνήθως” και “πάντα” σε 14 ερωτήσεις

- b) τη διχοτόμο κλίμακα με απαντήσεις “ΝΑΙ” και “ΟΧΙ” σε 5 ερωτήσεις
- c) την τετράβαθμη κλίμακα πιθανότητας με διαβαθμίσεις “σίγουρα όχι”, “πιθανά όχι”, “πιθανά ναι”, “σίγουρα ναι” σε μια ερώτηση
- d) 11 βαθμη κλίμακα αξιολόγησης με βαθμολογία από το 0 έως το 10 σε μια ερώτηση

Οι βαθμολογίες που προκύπτουν από τις απαντήσεις των ασθενών μπορούν να ενταχθούν σε τρεις κατηγορίες: αυτές με υψηλό, μεσαίο και χαμηλό σκορ (Maryland Quality Measures Data Center, 2010).

- Υψηλό σκορ συγκεντρώνουν εκείνα τα ερωτηματολόγια όπου έχει καταγραφεί ως απάντηση η συχνότητα “πάντα”, η βαθμολογία 9 ή 10 στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου, η απάντηση “σίγουρα ναι” στη σύσταση του νοσοκομείου σε φίλους και συγγενείς και η απάντηση “ΝΑΙ” στις οδηγίες μετά το εξιτήριο.
- Μεσαίο σκορ συγκεντρώνουν εκείνα τα ερωτηματολόγια όπου έχει καταγραφεί ως απάντηση η συχνότητα “συνήθως”, η βαθμολογία 7 ή 8 στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου, και η απάντηση “πιθανά ναι” στη σύσταση του νοσοκομείου σε φίλους και συγγενείς.
- Χαμηλό σκορ συγκεντρώνουν εκείνα τα ερωτηματολόγια όπου έχει καταγραφεί ως απάντηση η συχνότητα “ποτέ” ή και “μερικές φορές” η βαθμολογία 0 έως 6 στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου, η απάντηση “σίγουρα όχι” ή και “πιθανά όχι” στη σύσταση του νοσοκομείου σε φίλους και συγγενείς και η απάντηση “ΟΧΙ” στις οδηγίες μετά το εξιτήριο.

5.3 Κατάταξη νοσοκομείων με βάση το προτεινόμενο εργαλείο

Το CMS είναι μια ομοσπονδιακή υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών (HHS) που διαχειρίζεται το πρόγραμμα Medicare και συνεργάζεται με τις κυβερνήσεις των πολιτειών για τη διαχείριση του Medicaid, του Προγράμματος Ασφάλισης Υγείας για τα παιδιά (CHIP) και τη διαχείριση πρότυπων φορητότητας ασφάλισης υγείας. Εκτός από αυτά τα προγράμματα, το CMS έχει και άλλες αρμοδιότητες, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων διοικητικής απλούστευσης από τον νόμο περί φορητότητας και λογοδοσίας ασφάλισης υγείας του 1996 (HIPAA), πρότυπα ποιότητας σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (που συνήθως αναφέρονται ως οίκοι ευγηρίας) μέσω της έρευνάς του και διαδικασία πιστοποίησης, πρότυπα ποιότητας κλινικού

εργαστηρίου βάσει των τροποποιήσεων βελτίωσης του κλινικού εργαστηρίου και επίβλεψη του HealthCare.gov.

Το CMS χρησιμοποιεί τις βαθμολογίες που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο HCAHPS δίνοντας την αντίστοιχη αποζημίωση στα νοσοκομεία των ΗΠΑ που χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο αυτό για να αξιολογήσουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επομένως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με τα έσοδα ενός νοσοκομείου και αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τα νοσοκομεία να επιδιώκουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους πετυχαίνοντας υψηλότερες βαθμολογίες στο HCAHPS (Giordano et al., 2010). Τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια HCAHPS δημοσιεύονται τέσσερις φορές ετησίως στην ιστοσελίδα του CMS για τη σύγκριση νοσοκομείων (<http://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.aspx>).

Επιπλέον τα αποτελέσματα της έρευνας HCAHPS στις ΗΠΑ χρησιμοποιούνται και ως μέρος του Hospital Value-Based Purchasing Program (VBP), ένα πρόγραμμα που ανταμείβει τα νοσοκομεία με βάση τα αποτελέσματά τους αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τους και για την εμπειρία των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους με χρηματική αποζημίωση (Clark and Roberson, 2019) αλλά επίσης δίνεται και οικονομικό κίνητρο στα νοσοκομεία να συμμετέχουν στην καταγραφή δεδομένων ικανοποίησης των ασθενών τους χρησιμοποιώντας το συγκεκριμένο εργαλείο, διαφορετικά γίνεται περικοπή της χρηματοδότησής τους κατά 2%. Η ενσωμάτωση του εργαλείου αυτού στο ενδονοσοκομειακό σύστημα μελλοντικών πληρωμών - inpatient prospective payment system (IPPS), στα σχέδια ανταμοιβής με βάση την απόδοση αλλά και στα συστήματα παρακολούθησης της ποιότητας των ΗΠΑ διασφαλίζει ότι η μέτρηση και η δημιουργία σχετικών αναφορών για τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο στην οικοδόμηση ενός μοντέλου φροντίδας υγείας που συνδέει την ανταμοιβή με την προσθήκη αξίας στον ασθενή χάρη στη δίκαιη, βιώσιμη και διαφανή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας αλλά και τη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας του ασθενή (Hurst et al., 2019).

Ωστόσο, η υιοθέτηση του εργαλείου αυτού καθιστά πολύπλοκη τη διαδικασία αξιολόγησης και σύγκρισης των νοσοκομείων και ενδεχομένως να χρειάζεται επαναξιολόγηση σχετικά με το κατά πόσο η μετρήσιμη απόδοση επηρεάζεται από παράγοντες που το νοσοκομείο μπορεί να τροποποιήσει ώστε να βελτιώσει τα πιο αδύναμα σημεία του. Θα πρέπει να συνεκτιμηθούν κάποιοι παράγοντες που δεν υπάγονται στον έλεγχο του νοσοκομείου, όπως

μη τροποποιήσιμα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου (π.χ. έτος κατασκευής, κτιριακή υποδομή, χαρακτηριστικά κοινότητας όπως εξυπηρέτηση μεγάλης πληθυσμιακής βάσης ασθενών που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης ή εξυπηρέτηση ασθενών με πιο δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή εξυπηρέτηση μειονοτικών και ευπαθών κοινωνικών ομάδων). Για παράδειγμα τα νοσοκομεία παλαιότερης κατασκευής που δεν πληρούν τις σύγχρονες προδιαγραφές ηχομόνωσης θα έχουν εκ των πραγμάτων περισσότερο θόρυβο από άλλα νεότερης κατασκευής ή το γεγονός ότι κάποια νοσοκομεία έχουν περισσότερα κοινόχρηστα δωμάτια σαφώς επηρεάζει αρνητικά την εμπειρία των νοσηλευόμενων ασθενών. Επομένως κρίνεται σκόπιμο τέτοιοι παράγοντες να πρέπει να εξετάζονται και να λαμβάνονται υπόψη ώστε να γίνεται η σύγκριση των νοσοκομείων επί ίσοις όροις (Salzberg et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Σκοπός και Στόχος μελέτης

Ο χώρος της δημόσιας υγείας είναι ο κατεξοχήν χώρος άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Για την εύρυθρη και απρόσκοπτη λειτουργία του για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας αλλά και την ικανοποίηση του πληθυσμού απαιτούνται πόροι οι οποίοι προέρχονται από τους φορολογούμενους. Αυτοί που σχεδιάζουν, οργανώνουν και αποφασίζουν θα πρέπει να το κάνουν βασιζόμενοι σε στοιχεία, στο πλαίσιο της διαφάνειας, της τεκμηρίωσης και της δημόσιας λογοδοσίας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των εμπειριών και η εκτίμηση του μέσου επιπέδου ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν σε δημόσια νοσοκομεία που υπάγονται στην 7η ΥΠΕ Κρήτης.

Αρχικό καταληκτικό σημείο είναι η αποτύπωση του μέσου επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών ανά νοσοκομείο νοσηλείας, η συσχέτιση της συνολικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών παρόχων με επιλεγμένες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και η διερεύνηση των αξόνων-κατηγοριών ενδονοσοκομειακών εμπειριών που σχετίζονται με υψηλότερα ή χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης.

Τα συμπεράσματα της μελέτης θα μπορούν να οδηγήσουν σε περαιτέρω διερεύνηση των αιτιών που σχετίζονται με τυχόν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης ώστε να αναζητηθούν πιθανές κατευθύνσεις και μέτρα προς υιοθέτηση με σκοπό τη βελτίωση της επίδοσης και της απόδοσης των δυσλειτουργικών περιοχών στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση της αύξησης των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών με γνώμονα αφενός την προάσπιση της υγείας των πολιτών και αφετέρου τη βέλτιστη και ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανεπαρκή ελληνικά ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών λόγω περιορισμένων μελετών σε συνδυασμό με την απουσία συστηματικής αξιολόγησης των εμπειριών και της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο, η εκπόνηση της παρούσας μελέτης κρίνεται αναγκαία.

6.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης προσδιορίζονται ως εξής:

- (α) Ποιο είναι το μέσο επίπεδο ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο της 7ης ΥΠΕ (χαμηλή-μέτρια-υψηλή ικανοποίηση);
- (β) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και του επιπέδου ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών;
- (γ) Ποιες κατηγορίες ενδονοσοκομειακών εμπειριών σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών;
- (δ) Ποιες κατηγορίες ενδονοσοκομειακών εμπειριών σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών;

6.3 Εργαλείο μελέτης

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο HCAHPS το οποίο αποτελεί πρότυπο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών λαμβάνοντας υπόψη τις ενδονοσοκομειακές τους εμπειρίες όπως αποτυπώνονται μέσα από αυτό.

Το εργαλείο αυτό έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε γλώσσες επτά ευρωπαϊκών χωρών συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, οι οποίες συμμετείχαν στο ευρωπαϊκό έργο project RN4CAST για την ανάπτυξη καινοτόμων μεθόδων πρόβλεψης για την ανάπτυξη και διατήρηση νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού. Στο πλαίσιο του project αυτού διερευνήθηκε η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με την ικανοποίηση των ασθενών όπου και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HCAHPS. Έτσι χρειάστηκε να διερευνηθεί η διαπολιτισμική συνάφεια και η δυνατότητα εφαρμογής του σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, εκτός των Η.Π.Α. (Squires et al., 2012). Τα αποτελέσματα της μετάφρασης για τις επτά γλώσσες (ολλανδικά, φινλανδικά, γερμανικά, γαλλικά, ελληνικά, ιταλικά και πολωνικά) έδειξε ότι η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα είχε την υψηλότερη συνολική βαθμολογία για τη δυνατότητα εφαρμογής του ερωτηματολογίου στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Ελλάδα σε εύρος βαθμολογίας για την εγκυρότητα του περιεχομένου της ορολογίας από 0,63 - 100 (ελληνική βαθμολογία 1.00). Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την εγκυρότητα του συγκεκριμένου εργαλείου στην ελληνική γλώσσα και το λόγο επιλογής του στην παρούσα μελέτη.

Πίνακας 4: Συνολική βαθμολογία εγκυρότητα περιεχομένου ανά γλώσσα ομιλίας

Ανάλυση αποτελεσμάτων ανά γλώσσα ομιλίας (n=68)			Μετά από αφαίρεση βαθμολογίας δημογραφικών ερωτήσεων	
Γλώσσα ομιλίας	Κλίμακα Δείκτη Εγκυρότητας Περιεχομένου (CVI) με διόρθωση της τυχαιότητας (k)*	Συνολική βαθμολογία	Κλίμακα Δείκτη Εγκυρότητας Περιεχομένου (CVI) με διόρθωση της τυχαιότητας (k)*	Συνολική βαθμολογία
Ολλανδικά (Βέλγιο)	0.89	Άριστο	0.95	Άριστο
Φινλανδικά	0.83	Άριστο	0.86	Άριστο
Γαλλικά (Βέλγιο)	0.91	Άριστο	0.91	Άριστο
Γαλλικά (Ελβετία)	0.75	Άριστο	0.82	Άριστο
Γερμανικά (Ελβετία)	0.63	Καλό	0.68	Καλό
Ελληνικά	1.00	Άριστο	0.99	Άριστο
Ιταλικά (Ελβετία)	0.65	Καλό	0.63	Καλό
Πολωνικά	0.74	Άριστο	0.86	Άριστο

(k)* παραμετροποιημένο kappa score: 0.59 ή λιγότερο = φτωχό, 0.60 έως 0.73 = καλό, ≥ 0.74 = άριστο

(Πηγή: Squires et al., 2012)

Επιπλέον, το εν λόγω εργαλείο είχε επιλεγθεί και από το Υπουργείο Υγείας της χώρας μας ως το καταλληλότερο εργαλείο για την εκτίμηση της ικανοποίησης των απαιτήσεων και των προσδοκιών των ασθενών όταν το 2011 χρησιμοποίησε τη μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση του ερωτηματολογίου αυτού στο πλαίσιο πιλοτικής εφαρμογής για τη μέτρηση της ικανοποίησης των αθενών.

Με στρατηγικό στόχο τη βελτίωση και την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας ώστε να αυξάνεται το επίπεδο ικανοποίησης των προσδοκιών των ασθενών, ένα Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων (Εσωτερικών Ασθενών) είχε κοινοποιηθεί σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας υπό το συντονισμό της εκάστοτε ΥΠΕ ευθύνης. Σύμφωνα με το σχεδιασμό, τα ερωτηματολόγια θα διανεμόνταν στους νοσηλευόμενους ασθενείς την προηγούμενη της ημέρας αποχώρησής τους από το Νοσοκομείο, από το Γραφείο Ποιότητας και θα παραδίδονταν από τους ασθενείς στο Γραφείο Κίνησης – Λογιστήριο Ασθενών, πριν τη λήψη του εξιτηρίου. Κατόπιν σχετικής επεξεργασίας από το Γραφείο Ποιότητας τα αποτελέσματα θα αποστέλλονταν στο Υπουργείο Υγείας.

Έτσι, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση του HCAHPS του έτους 2011 με τη μορφή 27 ερωτήσεων όπως έχει αναλυθεί διεξοδικά στο

κεφάλαιο 5 της παρούσας εργασίας, το ίδιο δηλαδή ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και από το Υπουργείο Υγείας εκείνη τη χρονική περίοδο.

6.4 Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης προέκυψε από δειγματοληψία ευκολίας (convenient sample) με διαμοιρασμό του ερωτηματολογίου μέσω googleforms. Συνολικά συμπληρώθηκαν 203 ερωτηματολόγια. Από αυτά 10 αφαιρέθηκαν λόγω παιδιατρικών περιστατικών. Συνολικά αναλύθηκαν 193 ρωτηματολόγια τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια του ερωτηματολογίου (ενήλικες).

Η περίοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν τρεις μήνες από Οκτώβριο-Δεκέμβριο του 2022 και τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αφορούσαν νοσοκομειακές εμπειρίες νοσηλείας ασθενών σε οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο της Κρήτης για τα έτη 2021 και 2022. Κάθε συμμετέχοντας έπρεπε να έχει συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, να έχει τουλάχιστον μια διανυκτέρευση στο νοσοκομείο ως εσωτερικός ασθενής, να έχει μη ψυχιατρική διάγνωση και να ζει κατά το εξιτήριό του. Επίσης, αποκλείονταν οι ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής. Με τα παραπάνω κριτήρια συμπληρώθηκαν συνολικά 193 ερωτηματολόγια για το σύνολο των 4 Περιφερειών της Κρήτης.

6.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS έκδοση 25. Αρχικά όλες οι μεταβλητές συνοψίστηκαν με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής.

Πιο αναλυτικά για τις κατηγορικές μεταβλητές (φύλο, νοσοκομείο νοσηλείας, κλινική νοσηλείας κ.α) παρουσιάζονται ο απόλυτος αριθμός (n) και το αντίστοιχο ποσοστό. Για τις συνεχείς μεταβλητές (ηλικία) παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση.

Οι μονοπαραγοντικές συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση Pearson's Chi-Square σε περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ τους, τη χρήση independent samples T-Test και oneway ANOVA σε περιπτώσεις σύγκρισης συνεχούς-κατηγορικής

μεταβλητής και Pearson's Correlations Coefficient σε περιπτώσεις σύγκρισης συνεχούς με συνεχή μεταβλητή.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα της αξιολόγησης των νοσοκομείων με τιμή από 0 έως 10 και ανεξάρτητες μεταβλητές τις: Επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό, Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, Διαχείριση πόνου, Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών, Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών, Καθαριότητα και ησυχία, Επίπεδο αυτοαξιολόγησης κατάστασης υγείας και την Οικογενειακή κατάσταση του συμμετέχοντα. Το επίπεδο εμπιστοσύνης ορίστηκε σε $\alpha=0.05$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Περιγραφική ανάλυση

Συνολικά αναλύθηκαν 193 ερωτηματολόγια εκ των οποίων το 63,28% ήταν γυναίκες και το 36,8% άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 47,7 έτη με τυπική απόκλιση (SD) 18,3. Το 33,7% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 35-44 ετών, ενώ αθροιστικά σχεδόν το 72,0% του δείγματος είχε ηλικία από 25 εως 64 ετών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι 60,1%, ενώ το 29,0% ήταν άγαμοι. Το 36,3% δεν είχε παιδιά ενώ το 34,7% είχε 2 παιδιά (πίνακες 1 και 2).

Αναφορικά με το επάγγελμα το 31,6% εργαζόταν στο δημόσιο, το 25,4% στον ιδιωτικό τομέα 25,4% και το 10,9% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες ασκώντας ελεύθερο επάγγελμα 10,9%. Το 63,7% ήταν κάτοικοι αστικών κέντρων ενώ οι υπόλοιποι διέμεναν μόνιμα σε κωμόπολη ή χωριό.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 40,4% ήταν κάτοχοι τίτλου πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ΑΕΙ –ΤΕΙ, το 20,7% ήταν είτε κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και το 19,7% ήταν απόφοιτοι Λυκείου.

Το 98,4% των απαντησάντων είχε ασφαλιστική κάλυψη, όλοι είχαν ελληνική ιθαγένεια, μιλούσαν την ελληνική γλώσσα και οι περισσότεροι, σχεδόν 96,0%, ήταν από τη γέννησή τους μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας.

Τέλος, αναφορικά με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους το 29,5% έκρινε ότι η υγεία του είναι καλή το 36,8% πολύ καλή ενώ το 20,7% θεωρούσε την υγεία του ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα.

Η πλειοψηφία του δείγματος έχει νοσηλευτεί κυρίως στα δύο νοσοκομεία του Ν. Ηρακλείου αφού στο ΠΑΓΝΗ νοσηλεύτηκε το 57,5% και στο ΓΝ Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο το 29,5%. Μόλις ένα ποσοστό 11,0% του δείγματος νοσηλεύτηκε στο ΓΝ Χανίων και στο ΓΝ ΑΓ. Νικολάου. Η κλινική που συγκεντρώνει τις περισσότερες νοσηλείες φαίνεται να είναι η Γενική Παθολογική με 27,5% του δείγματος καθώς και η Γυναικολογική-Μαιευτική με 16,6%.

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=193)

Χαρακτηριστικά πληθυσμού		n (%)	
Φύλο		Ασφάλιση	
Άνδρας	71 (36.8)	Ναι	190 (98.4)
Γυναίκα	122 (63.2)	Όχι	3 (1.6)
Επάγγελμα		Επίπεδο σπουδών	
Δημόσιος υπάλληλος	61 (31.6)	Αναλφάβητος	4 (2.1)
Ιδιωτικός υπάλληλος	49 (25.4)	Απόφοιτος δημοτικού	14 (7.3)
Ελεύθερος επαγγελματίας	21 (10.9)	Απόφοιτος γυμνασίου	12 (6.2)
Συνταξιούχος	30 (15.5)	Απόφοιτος λυκείου	38 (19.7)
Αγρότης	3 (1.6)	Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	78 (40.4)
Οικιακά	10 (5.2)	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	40 (20.7)
Φοιτητής	10 (5.2)	Κάτοχος διδακτορικού τίτλου	7 (3.6)
Άνεργος	9 (4.7)		
Οικογενειακή κατάσταση		Τόπος μόνιμης κατοικίας	
Άγαμος	56 (29.0)	Πόλη>5.000 κάτοικοι	123 (63.7)
Έγγαμος	116 (60.1)	Κωμόπολη 3.000- 5.000 κάτοικοι	40 (20.7)
Διαζευγμένος	10 (5.2)	Χωριό<3.000	30 (15.5)
Χήρος	11 (5.7)		
Ηλικιακές ομάδες		Αριθμός τέκνων	
18-24	12 (6.2)	0	70 (36.3)
25-34	32 (16.6)	1	29 (15.0)
35-44	65 (33.7)	2	67 (34.7)
45-54	22 (11.4)	3	16 (8.3)
55-64	24 (12.4)	4	8 (4.1)
65-74	13 (6.7)	5	2 (1.0)
75-84	16 (8.3)	8	1 (0.5)
84+	9 (4.7)		
Επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας		Ιθαγένεια	
Εξάριετη	20 (10.4)	Ελληνική	193 (100.0)
Πολύ Καλή	71 (36.8)		
Καλή	57 (29.5)	Ομιλούμενη γλώσσα	
Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα	40 (20.7)	Ελληνική	191 (99.0)
Φτωχή	5 (2.6)	Άλλη	2 (1.0)
		Διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα	
		Εφ' όρου ζωής	185 (95.9)
		Άλλο	8 (4.1)
Ακριβής Ηλικία			
(mean ±SD*)	47.5 (18.3)		

* SD: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 2:Νοσοκομείο & κλινική νοσηλείας(n=193)

Χαρακτηριστικά πληθυσμού		n (%)	
Νοσοκομείο		Κλινική νοσηλείας	
ΠΑΓΝΗ	111 (57.5)	Γενική Παθολογική	53 (27.5)
Γ Ν Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάγειο	57 (29.5)	Καρδιολογική	16 (8.3)
Γ Ν Χανίων Ο Άγιος Γεώργιος	9 (4.7)	Γυναικολογική-Μαιευτική	32 (16.6)
Γ Ν Ρεθύμνου	2 (1.0)	ΩΡΛ	9 (4.7)
Γ Ν Αγίου Νικολάου	12 (6.2)	Γενική Χειρουργική	19 (9.8)
ΓΝ Ιεράπετρας	1 (0.5)	ΠΟΓΚ	9 (4.7)
ΓΝ Νεάπολης	0 (0.5)	Ορθοπαιδική	16 (8.3)
		Ουρολογική	9 (4.7)
		Νευροχειρουργική	4 (2.1)
		Νεφρολογική	3 (1.6)
		Πνευμονολογική	4 (2.1)
		Δερματολογική	2 (1.0)
		Οφθαλμολογική	1 (0.5)
		COVID	4 (2.1)
		Γαστρεντερολογική	4 (2.1)
		Γναθοχειρουργική	1 (0.5)
		Χειρουργική Ογκολογική	2 (1.0)
		Ρευματολογική	1 (0.5)
		ΜΕΘ	1 (0.5)
		Νευρολογική	2 (1.0)
		Βραχείας νοσηλείας επείγοντα	1 (0.5)

Στον πίνακα 3 παρατίθενται τα περιγραφικά στατιστικά των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν από το εργαλείο της μελέτης (ερωτηματολόγιο HCAHPS) για την εκτίμηση 7 ενδονοσοκομειακές εμπειρίες (1. Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό (Ερ.1-3), 2. Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό (Ερ.5-7), 3. Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Ερ.8-9.), 4. Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό (Ερ.4 & Ερ.11), 5. Διαχείριση του πόνου (Ερ.13-14), 6. Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγηθέντα φάρμακα (Ερ.16-17.), 7. Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή (Ερ.19-20), των ασθενών προκειμένου να εκτιμηθούν τα επίπεδα συνολικής τους ικανοποίησης (8. Συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου (Ερ.21). Η ερώτηση 22 που αφορούσε τη Σύσταση ή μη του

νοσοκομείου σε συγγενείς και φίλους προτιμήθηκε να μη χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση των επιπέδων συνολική ικανοποίησης των ασθενών καθώς στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης και η ερώτηση 21 που είναι ποσοτική μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε εναλλακτικά για το σκοπό αυτό.

Δημιουργήθηκαν 8 κλίμακες για τις προαναφερόμενες ενδονοσοκομειακές εμπειρίες αλλά και για την εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε και σε δυο ελληνικές μελέτες που χρησιμοποίησαν το HCAHPS (Xesfingi, Karamanis and Vozikis, 2017) και (Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μεθοδολογία για κάθε κλίμακα χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών που είχαν διαβάθμιση από ποτέ (1), μερικές φορές (2), συνήθως (3), πάντα (4) από το σύνολο των αντίστοιχων ερωτήσεων. Με βάση τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η ‘Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό’, η ‘Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό’, η ‘Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος’ και η ‘Διαχείριση του πόνου’ αποτελούν εκείνες τις ενδονοσοκομειακές εμπειρίες με την υψηλότερη αξιολόγηση από τους ασθενείς δηλαδή έχουν σχετικά υψηλό σκόρ (3,11/4 – 3,31/4), επομένως φαίνεται να δημιουργούν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς. Η ‘Εγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό’ και η ‘Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγηθέντα φάρμακα’ δημιουργούν μεσαία επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς αφού η μέση τιμή των απαντήσεων στις σχετικές ερωτήσεις είναι κοντά στο 2/4. Ο ‘Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή’ έχει τη χαμηλότερη μέση τιμή (0,47) με αποτέλεσμα να συνδέεται με τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Τέλος αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου η μέση τιμή είναι 7.31 με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 10. Επομένως οι ασθενείς κατά μέσο όρο έχουν αξιολογήσει θετικά το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν και η ικανοποίησή τους φαίνεται να κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα

Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά κατηγοριών ενδονοσοκομειακών εμπειριών που εκτιμούν τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή (n=193)

Ενδονοσοκομειακές εμπειρίες	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό	193	1.33	4.00	3.21	0.67
Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό	193	1.67	4.00	3.31	0.67
Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος	193	1.00	4.00	3.15	0.66
Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό	193	0.50	4.00	2.08	0.77
Διαχείριση του πόνου	147	1.50	4.00	3.11	0.69
Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγηθέντα φάρμακα	115	1.00	4.00	2.31	0.92
Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή	193	0.00	1.00	0.47	0.39
Συνολική ικανοποίηση	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου (0 έως 10) (mean ±SD*)	193	0.00	10.00	7.31	1.73

7.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και με ενδονοσοκομειακές εμπειρίες ασθενών

Χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου με βαθμολογία από 0 έως 10 για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή (Ερ.21 ερωτηματολογίου), πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση και συσχέτισή της με συγκεκριμένες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές φύλο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, τόπο μόνιμης κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο και το επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μονοπαραγοντικής ανάλυσης απεικονίζονται στον πίνακα 4 και δείχνουν ότι οι μοναδικές στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα συνολικής αξιολόγησης προέκυψαν με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της οικογενειακής κατάστασης και το επίπεδο αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι άγαμοι φαίνεται να βαθμολογούν κατά μέσο όρο χαμηλότερα την παραμονή τους στο

νοσοκομείο (6,73) σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (έγγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι). Επίσης, οι ασθενείς που έχουν αυτοαξιολογήσει ως εξαιρετική την κατάσταση της υγείας τους, τείνουν να αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν, έχοντας αποκομίσει περισσότερο θετικές εμπειρίες και επομένως εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Αντιστοίχως η συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου φαίνεται να μειώνεται κλιμακωτά καθώς μειώνεται και το επίπεδο της αυτοαξιολογούμενης υγείας, με τους ασθενείς που έχουν τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να αποτυπώνουν αυτή την αρνητική εικόνα στη συνολική αξιολόγηση του εκάστοτε νοσοκομείου.

Για όλες τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά και οι βαθμολογίες σε όλες τις κατηγορίες κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα, μεταξύ 7 και 8. Πιο αναλυτικά δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου και επομένως στη συνολική ικανοποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ως προς το επάγγελμα τη χαμηλότερη βαθμολογία στην αξιολόγηση του νοσοκομείου φαίνεται να βάζουν οι φοιτητές και την υψηλότερη οι άνεργοι σε επίπεδο σημαντικότητας 20%, και με τις δυο κατηγορίες όμως να αποτελούν μικρό αντιπροσωπευτικό ποσοστό του δείγματος (συνολικά σχεδόν 10% του δείγματος ήταν φοιτητές ή άνεργοι). Επίσης οι ασθενείς με μορφωτικό επίπεδο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και άνω τείνουν να βαθμολογούν ελαφρώς χαμηλότερα (7-7,3) το νοσοκομείο νοσηλείας τους σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (7,5-7,7) αλλά χωρίς αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Τέλος, αναφορικά με τον τόπο μόνιμης κατοικίας, οι κάτοικοι πόλης ή χωριού αξιολογούν παρόμοια τα νοσοκομεία (7,2) ενώ οι κάτοικοι κωμόπολης σημειώνουν σχετικά λίγο υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης κατά 0,5 μονάδα περίπου.

Πίνακας 4: Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της κλίμακας αξιολόγησης της παραμονής στο νοσοκομείο με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου	P-value
	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	
Φύλο		0.936
Άνδρας	7.39 (1.50)	
Γυναίκα	7.25 (1.90)	
Επάγγελμα		0.163
Δημόσιος υπάλληλος	7.30 (1.96)	
Ιδιωτικός υπάλληλος	7.24 (1.41)	
Ελεύθερος επαγγελματίας	7.76 (1.64)	
Συνταξιούχος	7.33 (1.80)	
Αγρότης	7.33 (1.52)	
Οικιακά	7.40 (2.40)	
Φοιτητής	6.00 (1.76)	
Άνεργος	7.89 (1.05)	
Οικογενειακή κατάσταση		0.002
Άγαμος	6.73 (1.51)	
Έγγαμος	7.49 (1.86)	
Διαζευγμένος	7.80 (1.32)	
Χήρος	7.82 (1.66)	
Τόπος μόνιμης κατοικίας		0.177
Πόλη	7.20 (1.73)	
Κωμόπολη	7.68 (1.64)	
Χωριό	7.27 (2.03)	
Επίπεδο σπουδών		0.420
Αναλφάβητος	7.50 (1.29)	
Δημοτικό	7.57 (2.34)	
Γυμνάσιο	7.67 (1.16)	
Λύκειο	7.66 (1.55)	
ΑΕΙ-ΤΕΙ	7.01 (1.89)	
Μεταπτυχιακό	7.33 (1.72)	
Διδακτορικό	7.29 (1.38)	
Επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας		0.08
Εξάριετη	8.05 (2.28)	
Πολύ Καλή	7.48 (1.58)	
Καλή	7.14 (1.38)	
Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα	6.98 (2.19)	
Φτωχή	6.40 (0.89)	

Επιπλέον, στο πλαίσιο της μονοπαραγοντικής ανάλυσης η εξαρτημένη μεταβλητή 'συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου με βαθμολογία από 0 έως 10' συσχετίστηκε και με 7 ενδονοσοκομειακές εμπειρίες των ασθενών, οι οποίες παίζουν το ρόλο των ανεξάρτητων μεταβλητών. Στην ανάλυση αυτή συμπεριλήφθηκε και ο δημογραφικός παράγοντας της ηλικίας καθώς μαζί με τις ενδονοσοκομειακές εμπειρίες αποτελούν ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές για τη συσχέτιση των οποίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μόνο ο παράγοντας της ηλικίας δε φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αξιολόγηση του νοσοκομείου. Η επικοινωνία με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό σχετίζεται (στατιστικά) σημαντικά θετικά με την αξιολόγηση του νοσοκομείου (Pearson's Correlation coefficient $R = 0.578$; $p < 0.0001$ και $R = 0.528$; $p < 0.0001$ αντίστοιχα). Επίσης και η διαχείριση του πόνου σχετίζεται (στατιστικά) σημαντικά θετικά με την αξιολόγηση του νοσοκομείου (Pearson's Correlation coefficient $R = 0.578$; $p < 0.0001$), με την Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος να ακολουθεί σε συσχέτιση (Pearson's Correlation coefficient $R = 0.459$; $p < 0.0001$). Πιο ήπια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγημένα φάρμακα και ο Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή (Pearson's Correlation coefficient $R = 0.403$; $p < 0.0001$ και Correlation coefficient $R = 0.305$; $p < 0.0001$ αντίστοιχα). Τέλος, η Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό έχει ελάχιστη θετική συσχέτιση με τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 5: Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της κλίμακας αξιολόγησης της παραμονής στο νοσοκομείο με ενδοноσοκομειακές εμπειρίες ασθενών και ηλικία

Ενδοноσοκομειακές εμπειρίες ασθενών	Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου		
	N	Pearson Correlation	P-value
Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό	193	0.578	<0.0001
Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό	193	0.528	<0.0001
Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό	193	0.141	0.051
Διαχείριση του πόνου	147	0.528	<0.0001
Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή	193	0.305	<0.0001
Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγημένα φάρμακα	115	0.403	<0.0001
Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος	193	0.459	<0.0001
Ακριβής ηλικία	193	0.062	0.392

7.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση – Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η εξίσωση γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιείται είναι της μορφής: $Y = \alpha + B1 \cdot X1 + B2 \cdot X2 + B3 \cdot X3 + B4 \cdot X4 + B5 \cdot X5 + B6 \cdot X6 + B7 \cdot X7$, όπου Y είναι η εξαρτημένη μεταβλητή της συνολικής αξιολόγησης του νοσοκομείου, X1 είναι η Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, X2 είναι η Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, X3 είναι η Διαχείριση του πόνου, X4 είναι ο Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή, X5 είναι η Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος, X6 είναι το Επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας και X7 είναι η Οικογενειακή κατάσταση.

Από τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αξιολόγησης του νοσοκομείου και της επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό (B=0.856; 95% ΔΕ από 0.481 έως 1.230; $p < 0.0001$), της επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό (B=0.543; 95% ΔΕ από 0.148 έως 0.938; $p = 0.007$). Ακολουθεί η διαχείριση του πόνου και η καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος με μέτρια θετική συσχέτιση με το επίπεδο αξιολόγησης του νοσοκομείου (B=0.442; 95% ΔΕ από 0.071 έως 0.813; $p = 0.020$ και B=0.401; 95% ΔΕ από

0.049 έως 0.753; $p=0.026$ αντίστοιχα). Επίσης ο Σχεδιασμός του εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή έχει σχετικά υψηλή θετική συσχέτιση ($B=0.622$) αλλά με σημαντικότητα $p=0.046$. Αρνητική ήπια συσχέτιση αλλά όχι στατιστικά σημαντική έχει το επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας με την αξιολόγηση του νοσοκομείου ενώ θετική ήπια συσχέτιση αλλά επίσης στατιστικά μη σημαντική παρουσιάζει η οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με την αξιολόγηση του νοσοκομείου.

Ο δείκτης R^2 του μοντέλου της παλινδρόμησης υποδεικνύει ότι 45.9% της συνολικής μεταβλητότητας της μεταβλητής της αξιολόγησης κάθε νοσοκομείου μπορεί να εξηγηθεί από τις μεταβλητές που επιλέχθηκαν να χρησιμοποιηθούν στο μοντέλο.

Πίνακας 6: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της κλίμακας αξιολόγησης της παραμονής στο νοσοκομείο με στατιστικά σημαντικούς παράγοντες

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου (εξαρτημένη μεταβλητή)		
	B	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	p-value
Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό	0.856	0.481 – 1.230	<0.0001
Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό	0.543	0.148 – 0.938	0.007
Διαχείριση του πόνου	0.442	0.071 – 0.813	0.020
Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή	0.622	1.233 - 0.011	0.046
Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος	0.401	0.049 – 0.753	0.026
Επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας	-0.154	-0.370 – 0.062	0.160
Οικογενειακή κατάσταση	0.152	-0.166 – 0.470	0.345

F=23.402, on d.f.7; $p<0.0001$. 146 included in the analysis; $R^2=0.549$; constant =0.557

7.4 Σύγκριση νοσοκομείων Ν.Ηρακλείου – ΠΑΓΝΗ VS ΓΝ Βενιζέλειο Πανάνειο

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δυο νοσοκομείων του Ν. Ηρακλείου, ΠΑΓΝΗ και ΓΝ Βενιζέλειο Πανάνειο, δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (87%) ήταν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο από αυτά τα δυο νοσοκομεία. Ελήφθησαν υπόψη οι δυο κλίμακες (συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου και σύσταση του νοσοκομείου) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν αξιολογήσει με υψηλότερη βαθμολογία το ΠΑΓΝΗ (7,72) έναντι του Βενιζελείου (6,72). Η διαφορά αυτή της μιας μονάδας είναι

στατιστικά σημαντική (p-value 0.001). Με βάση την κατηγορική κλίμακα σύστασης ή μη κάθε νοσοκομείου το ΠΑΓΝΗ εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό ασθενών που σίγουρα θα σύστηναν το νοσοκομείο σε συγγενείς ή φίλους 42,3% έναντι του 26,3% ισχυρής σύστασης για το ΓΝ Βενιζέλιο Πανάνειο. Το ποσοστό των ασθενών που πιθανά θα σύστηνε το νοσοκομείο είναι παρόμοιο και για τα δυο (51,4% για το ΠΑΓΝΗ και 24,4% για το Βενιζέλιο.) Τέλος, το Βενιζέλιο συγκεντρώνει συνολικά μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών συστάσεων (σχεδόν 20,0%) έναντι εκείνου για το ΠΑΓΝΗ (σχεδόν 6,5%). Τα αποτελέσματα έχουν βαθμό στατιστικής σημαντικότητας p-value= 0.034. Συμπερασματικά το ΠΑΓΝΗ δημιουργεί λίγο υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στους ασθενείς απ'ότι το ΓΝ Βενιζέλιο Πανάνειο.

Πίνακας 7: ΠΑΓΝΗ VS Βενιζέλιο

Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου	Νοσοκομείο		
	ΠΑΓΝΗ	Βενιζέλιο	p-value
Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου			0.001
Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	7.72 (1.41)	6.72 (2.05)	
Σύσταση νοσοκομείου			0.034
Σίγουρα όχι	1 (0.9%)	2 (3.5%)	
Πιθανά όχι	6 (5.4%)	9 (15.8%)	
Πιθανά ναι	57 (51.4%)	31 (54.4%)	
Σίγουρα ναι	47 (42.3%)	15 (26.3%)	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη τέθηκαν κάποια ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο της 7ης ΥΠΕ και τη σχέση του τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ενδονοσοκομειακές εμπειρίες που το επηρεάζουν. Έγινε διεξοδική προσπάθεια να υπολογιστεί, το επίπεδο χαμηλής-μέτριας-υψηλής ικανοποίησης και να περιγραφεί η σχέση της με τους προαναφερόμενους παράγοντες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνοψίζονται ως εξής:

α) Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέση τιμή της συνολικής αξιολόγησης του εκάστοτε νοσοκομείου όπου νοσηλεύτηκε κάθε ασθενής του δείγματος (N=193) ήταν 7,31 με τιμές από 0 για το χειρότερο νοσοκομείο έως 10 για το καλύτερο φαίνεται ότι η συνολική ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών κατατάσσεται στο μεσαίο σκορ αφού σύμφωνα με το πρότυπο εργαλείο HCAHPS η βαθμολογία 7 ή 8 στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου παραπέμπει σε επίπεδα μέτριας ικανοποίησης.

β) Με βάση τις μέσες τιμές αξιολόγησης των ενδονοσοκομειακών προσωπικών εμπειριών των ασθενών, διαφαίνεται ότι η 'Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό', η 'Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό', η 'Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος' και η 'Διαχείριση του πόνου' παρουσιάζουν βαθμολογίες που κυμαίνονται από 3,11 έως 3,31 πλησιάζοντας τη μέγιστη βαθμολογία (4) και φαίνεται να δημιουργούν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς. Η 'Εγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό' και η 'Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγηθέντα φάρμακα' με βαθμολογία 2 στα 4 δημιουργούν μεσαία επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς, ενώ ο 'Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή' με μέση τιμή 0,47 δημιουργεί τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς.

γ) Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές της οικογενειακής κατάστασης και του επιπέδου αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο συνολικής αξιολόγησης κάθε νοσοκομείο και κατ' επέκταση με την ικανοποίηση των ασθενών, με τους ασθενείς που είναι άγαμοι και με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας να τείνουν να αξιολογούν με χαμηλότερη βαθμολογία τα νοσοκομεία

νοσηλείας τους και να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες ασθενών για τις εν λόγω μεταβλητές.

δ) Με βάση τη μονοπαραγοντική ανάλυση, οι ενδονοσοκομειακές εμπειρίες που φαίνεται να παρουσιάζουν την υψηλότερη θετική συσχέτιση με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι η αλληλεπίδραση με το νοσηλευτικό προσωπικό, η αλληλεπίδραση με το ιατρικό προσωπικό και η διαχείριση του πόνου. Αυτό συνεπάγεται ότι η αύξηση της προσοχής και της εστίασης της φροντίδας στον ασθενή από την πλευρά του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού καθώς και η βελτίωση των διαδικασιών διαχείρισης του πόνου του ασθενή επιφέρει συνολική αύξηση των επιπέδων ικανοποίησης και θετικότερη αξιολόγηση της συνολικής ενδονοσοκομειακής εμπειρίας.

ε) Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ως σημαντικότερο παράγοντα που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η βελτίωση της αλληλεπίδρασης του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Ως δεύτερος σημαντικότερος παράγοντας αναδείχθηκε η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό η οποία επίσης όταν βελτιωθεί και γίνει πιο ασθενοκεντρική και εξατομικευμένη αυξάνει θετικά τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών. Οι διαδικασίες διαχείρισης του πόνου και η Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος παίζουν ένα πιο ήπιο θετικό ρόλο στην συνολική ικανοποίηση του ασθενή με αποτέλεσμα όταν παρατηρείται βελτίωση στον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου αλλά και περισσότερη ησυχία και αισθητική βελτίωση και καθαριότητα του χώρου του νοσοκομείου τότε αυτό συνεισφέρει στην αύξηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών. Αυξάνοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 5% η παροχή πληροφοριών στον ασθενή κατά το εξιτήριο του για τη μετέπειτα πορεία της υγείας του σχετίζονται σημαντικά και αυξάνουν την ικανοποίηση του ασθενή ολοκληρώνοντας θετικά την ενδονοσοκομειακή του εμπειρία.

στ) Η συνολική σύγκριση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ και Βενιζέλειο, τα νοσοκομεία με τη μεγαλύτερη εισερχόμενη κίνηση ασθενών στο σύνολο της 7ης ΥΠΕ Κρήτης) δείχνουν ότι οι ασθενείς αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία της τάξεως της μιας μονάδας το ΠΑΓΝΗ (7,72) έναντι του Βενιζελείου (6,72). Επίσης, το ΠΑΓΝΗ εμφανίζει σχεδόν διπλάσιο ποσοστό ασθενών που σίγουρα θα σύστηναν το νοσοκομείο σε συγγενείς ή φίλους σε σχέση με το Βενιζέλειο ενώ το Βενιζέλειο συγκεντρώνει συνολικά μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών συστάσεων (σχεδόν 20%). Οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο

ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο ΠΑΓΝΗ συγκριτικά με το ΓΝ Βενιζέλειο Πανάνειο.

8.1 Σύγκριση με ευρήματα αντίστοιχων μελετών

Αναφορικά με τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές τα μέχρι στιγμής καταγεγραμμένα δεδομένα από μελέτες είναι λιγοστά και υποδεικνύουν ότι δε φαίνεται να έχουν σημαντικό αντίκτυπο ή σταθερή επίδραση στην ικανοποίηση του ασθενή από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο είναι θεμιτό να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διερεύνηση της ικανοποίησης και της εμπειρίας του ασθενή ως πιθανοί συγχυτικοί ή προγνωστικοί παράγοντες (Crow et al., 2002; Friedel et al., 2023). Αυτό φαίνεται να συμβαδίζει και με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καθώς μόνο οι μεταβλητές ‘οικογενειακή κατάσταση’ και ‘επίπεδο αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας’ φάνηκαν να παρουσιάζουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Ωστόσο, κάποιες μελέτες έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση, με τους νεότερους ασθενείς να παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και το αντίστροφο (Crow et al., 2002; Kemp et al, 2014; Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018; Quintanaetal., 2006; Xesfingi, Karamanis and Vozikis, 2017). Κάτι τέτοιο όμως δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Και άλλες μελέτες (Friedel et al, 2023; Karaca and Durna, 2019; Mazurenko et al., 2017; Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018; Xiao and Barber, 2008) έχουν αναδείξει το γεγονός ότι οι ασθενείς που αυτοαξιολογούν καλύτερα το επίπεδο της κατάστασης υγείας τους έχουν και υψηλότερη ικανοποίηση συνολικά από τις υπηρεσίες υγείας. Οι Xesfingi, Karamanis και Vozikis (2017) έδειξαν ότι η πιθανότητα οι ασθενείς να συστήσουν θετικά το νοσοκομείο σε κάποιο συγγενή αυξάνεται όσο καλύτερο είναι το επίπεδο αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας των ασθενών (77% πιθανότητα σύστασης για τους ασθενείς με άριστη κατάσταση υγείας). Μια πιθανή εξήγηση ίσως είναι ότι οι πιο υγιείς άνθρωποι είναι περισσότεροι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους γενικότερα και αυτό οδηγεί σε ικανοποίηση και από την υγειονομική φροντίδα. Επίσης, δε χρειάζονται τόση ιατρική φροντίδα και ως εκ τούτου αλληλεπιδρούν λιγότερο συχνά με τους παρόχους υγείας (Karaca and Durna, 2019, Xiao and Barber, 2008). Ακόμη, το γεγονός ότι οι άγαμοι αξιολογούν με χαμηλότερη βαθμολογία το νοσοκομείο και επομένως έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης θα μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες (έγγαμοι, χήροι,

διαζευγμένοι) ενδεχομένως να λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον και αυτό ίσως δρα ενισχυτικά στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου. Επίσης, η πλειοψηφία των μελετών έχει δείξει ότι τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εμφανίζουν οι έγγαμοι (Quintana et al., 2006).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι ο ισχυρότερος παράγοντας που σχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες είναι η ‘επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό’. Υψηλής σημασίας παράγοντες επίσης αναδείχθηκαν η ‘παροχή πληροφοριών στον ασθενή κατά το εξιτήριό του’ για τη μετέπειτα πορεία της υγείας καθώς και η ‘επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό’, ενώ πιο ήπια συσχέτιση παρουσίασαν οι εμπειρίες που αφορούν τη ‘διαχείριση του πόνου’ και την ‘ησυχία και καθαριότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος’. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με πλήθος επιστημονικών μελετών επί του θέματος και ταυτίζονται σε μεγάλο βαθμό με αυτά και άλλων μελετών που χρησιμοποιούν το εργαλείο HCAHPS έχουν δείξει ότι η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον επηρεάζουν το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή, τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου αλλά και την προθυμία του ασθενή να προτείνει το νοσοκομείο σε φίλους ή συγγενείς (Duggirala, Rajendran and Anantharaman, 2008).

Πιο αναλυτικά, η ανάδειξη της ισχυρής θετικής συσχέτισης της αλληλεπίδρασης με το νοσηλευτικό προσωπικό και της ικανοποίησης του ασθενή συμφωνεί με πλήθος ξένων και ελληνικών μελετών (Carter and Silverman, 2016; Duggirala, Rajendran and Anantharaman, 2008; Farley et al., 2014; Okuda, Yasuda and Tsumoto, 2021; Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018). Οι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν την ανθρώπινη επαφή και εκλαμβάνουν την αλληλεπίδραση με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ως δείγμα σεβασμού και εργαλείο αποφυγής πιθανών ιατρικών λαθών (Okuda, Yasuda and Tsumoto, 2021). Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση ότι οι ασθενείς αισθάνονται ότι τους εκτιμούν και τους φροντίζουν. Η αφιέρωση χρόνου στον ασθενή για να τον ακούσουν και να αφουγκραστούν τις ανάγκες του αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ικανοποίησή του, αφού έτσι αισθάνεται λιγότερο αγχωμένος και παραμελημένος. Έτσι, η επικοινωνία με τους νοσηλευτές ενδέχεται να είναι πιο σημαντική για τους ασθενείς γιατί οι εσωτερικοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο αλληλεπιδρούν περισσότερο με το νοσηλευτικό παρά με το ιατρικό προσωπικό, γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι πρώτοι που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενή όταν εκείνος αισθάνεται δυσφορία ή ανησυχία.

Η παροχή πληροφοριών στον ασθενή κατά το εξιτήριό του για τη μετέπειτα πορεία της υγείας του ήταν η δεύτερη πιο σημαντική μεταβλητή μετά την αλληλεπίδραση με το νοσηλευτικό προσωπικό, θετικά σχετιζόμενη με την ικανοποίηση του ασθενή. Όλο το προσωπικό παίζει βασικό ρόλο στην παροχή πληροφοριών στον ασθενή και στη διαρκή εξυπηρέτησή του σύμφωνα και με τους Karaca και Durna (2019).

Η διαπροσωπική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας όπως αναδεικνύεται από τη μελέτη των Duggirala, Rajendran and Anantharaman (2008). Άλλωστε και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας του Crow et al. (2002) που συμπεριλαμβάνει πληθώρα μελετών δείχνει ότι αν ο ιατρός ακούει, δίνει ανατροφοδότηση, εξηγεί στον ασθενή και τον εμπλέκει ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το πρωτόκολλο θεραπείας του, τότε αυξάνεται σημαντικά η ικανοποίηση του ασθενή. Αν ο ιατρός εκφράζει λιγότερη κυριαρχία και ανθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τις ιδέες, τις ανησυχίες του και τις προσδοκίες του τότε αυτή η συμπεριφορά αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενή. Μάλιστα, η προσοχή που δείχνει το ιατρικό προσωπικό προς τον ασθενή σχεδόν τριπλασιάζει την ικανοποίησή του σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Xesfingi, Karamanis και Vozikis (2017).

Αναφορικά με τη διάσταση της διαχείρισης του πόνου, η οποία σύμφωνα με την παρούσα μελέτη παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με τη συνολική αξιολόγηση του εκάστοτε νοσοκομείου αλλά με τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή, αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (Mazurenko et al., 2017). Η διαχείριση του πόνου επηρεάζει την ποιότητα ζωής, τη σωματική αλλά και την ψυχολογική ευεξία του ασθενή. Οι ασθενείς προσδοκούν να λάβουν τη βέλτιστη διαχείριση του πόνου τους με τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Επομένως, η διαχείριση του πόνου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη συνολική αντιμετώπιση του ασθενή και στη βελτίωση της ενδονοσοκομειακής του εμπειρίας, λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη και τον κίνδυνο που εμπεριέχει οι αποφάσεις περι διαχείρισης του πόνου να επηρεάζονται απόλυτα από τα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενή γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει σε υπέρμετρη συνταγογράφηση και χρήση αναλγητικών και οπιοειδών φαρμακευτικών ουσιών για την ανακούφιση του ασθενή.

Η 'ησυχία και καθαριότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος' αναδείχθηκε ως εξίσου σημαντικός παράγοντας με τη διαχείριση του πόνου ως προς το βαθμό στον οποίο επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Και άλλες μελέτες υποστηρίζουν τη σημασία που παίζει το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον στη συνολική εμπειρία του ασθενή (Carter and Silverman,

2016; Mitropoulos, Vasileiou and Mitropoulos, 2018). Η καθαριότητα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση αποφυγής μολύνσεων στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον αλλά και δείκτη της συνολικής προσοχής του προσωπικού του νοσοκομείου και της εύρυθμης λειτουργίας του νοσοκομείου. Αντανακλά μια συνολική εικόνα επαγγελματισμού. Η ησυχία είναι σημαντική επίσης για την ξεκούραση και τον ύπνο των ασθενών.

Τέλος, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, ο τύπος του νοσοκομείου φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Τα νοσοκομεία μεγαλύτερου βεληνεκούς με μεγάλο όγκο χειρουργικών επεμβάσεων παρουσιάζουν υψηλότερη συνολική ικανοποίηση του ασθενή (Kennedy, Tevis and Kent, 2014). Επίσης, τα νοσοκομεία με μεγαλύτερη εξειδίκευση, εκπαιδευτικού χαρακτήρα (πανεπιστημιακά) ικανοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες των ασθενών τους (Mazurenko et al., 2017), ενδεχομένως γιατί το προσωπικό και το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον εστιάζουν περισσότερο στους ασθενείς και στις εξατομικευμένες τους ανάγκες, δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή, προσωπική φροντίδα και πληροφόρηση. Αυτός ίσως να είναι και ένας από τους λόγους που το ΠΑΓΝΗ, ως το μεγαλύτερο νοσοκομείο της 7^{ης} ΥΠΕ και ως πανεπιστημιακό, δεχόμενο μεγάλο όγκο ποικίλων περιστατικών από όλους τους νομούς της Κρήτης αλλά και από τα κοντινά νησιά, φαίνεται να υπερτερεί συνολικά των υπολοίπων νοσοκομείων καθώς και του Βενιζελείου από τη μεταξύ τους σύγκριση, παρουσιάζοντας μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών του.

8.2 Δυνατά σημεία μελέτης

Το πιο δυνατό σημείο της μελέτης είναι η χρησιμοποίηση του εργαλείου (HCAHPS) που χρησιμοποιήθηκε αφού πρόκειται για επικυρωμένο και πρότυπο εργαλείο για την εκτίμηση των εμπειριών των ασθενών και της ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ. Αυτό σε σύγκριση με άλλα γενικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για το σκοπό αυτό, επιτρέπει σημαντικές συγκρίσεις και διασφαλίζει την εγκυρότητα και την επαναληψιμότητα των αποτελεσμάτων. Επίσης, μεταφρασμένη έκδοση στα ελληνικά του συγκεκριμένου εργαλείου επιλέχθηκε και από το Υπουργείο Υγείας το 2011 για την εκτίμηση της ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας στο πλαίσιο της αναβάθμισης της ποιότητας των των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

Πρόκειται για μια μελέτη που θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί κάνοντας χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου σε δείγμα εσωτερικών ασθενών κάθε κλινικής

όλων των νοσοκομείων της 7^{ης} ΥΠΕ μετά την έξοδό τους και συγκέντρωση των αποτελεσμάτων ώστε να προκύψουν ασφαλέστερα συμπεράσματα σχετικά με τα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλες της Περιφέρειες της Κρήτης. Τέτοιου είδους αποτελέσματα θα προσέφεραν τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των δημόσιων υγειονομικών παρόχων και θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η επαναληψιμότητα της μελέτης σε κύματα ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε βάθος χρόνου ώστε να καταγράφονται τυχόν διακυμάνσεις της ικανοποίησης των ασθενών και αυτό να χρησιμοποιείται ως δείκτης για το επίπεδο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η μελέτη επίσης θα μπορούσε να επεκταθεί και στον ιδιωτικό τομέα της 7^{ης} ΥΠΕ.

8.3 Περιορισμοί μελέτης

Ένας από τους περιορισμούς της μελέτης ήταν το γεγονός ότι ζητήθηκε από τους ασθενείς που κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της έρευνας να ανακαλέσουν την εμπειρία τους από τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο σε χρονικό διάστημα ακόμη και ενός έτους πριν την ημερομηνία συμπλήρωσής του (εμπειρία εντός του έτους 2021), πράγμα που μπορεί να εισάγει ανακρίβειες και μεροληψία ως προς την ανάκληση γεγονότων. Οι οδηγίες χρήσης του ερωτηματολογίου σύμφωνα με την πρότυπη χρήση του στα αμερικάνικα νοσοκομεία αναφέρουν ότι η συλλογή των απαντήσεων των ασθενών δε θα πρέπει να γίνεται σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 42 ημερών από το εξιτήριο από το νοσοκομείου. Στην εν λόγω μελέτη, η οδηγία αυτή δεν ακολουθήθηκε στο πλαίσιο της προσπάθειας εξεύρεσης μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων με σκοπό τη διεύρυνση του δείγματος ώστε να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και να έχει μεγαλύτερη εγκυρότητα η μελέτη.

Μια άλλη αδυναμία της μελέτης ήταν ότι στη στατιστική ανάλυση τα αποτελέσματα εστιάζτηκαν στη σχέση της ερώτησης που αφορούσε τη συνολική αξιολόγηση του εκάστοτε υγειονομικού παρόχου-νοσοκομείου με τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές αλλά και με τις διαστάσεις που μετρούν τις ενδονοσοκομειακές εμπειρίες των ασθενών (Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, Έγκαιρη παροχή βοήθειας και ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή από το νοσοκομειακό προσωπικό, Διαχείριση του πόνου, Σχεδιασμός εξιτηρίου και παροχή πληροφοριών στον ασθενή, Ενημέρωση - επεξήγηση για τα χορηγημένα φάρμακα, Καθαριότητα και ησυχία νοσοκομειακού περιβάλλοντος). Σε άλλες μελέτες εξετάζεται επίσης η σχέση των

προαναφερόμενων διαστάσεων με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, κάτι που δεν έγινε στην παρούσα μελέτη και θα μπορούσαν να προκύψουν κάποια συμπεράσματα σχετικά με τον προφίλ των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από κάθε διάσταση.

Εν γένει το εργαλείο HCAHPS εμπεριείχε πολύπλοκη μεθοδολογία από πλευράς στατιστικής ανάλυσης και ακολουθήθηκε μια πιο απλουστευμένη μορφή του πρωτότυπου εργαλείου όσον αφορά τη δημιουργία κλιμάκων για τη βαθμολόγηση των απαντήσεων των ασθενών προς διευκόλυνση της μελέτης. Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα είναι εν μέρει συγκρίσιμα με αυτά διεθνών ερευνών, αν και από βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε πληθώρα διαφορετικών στατιστικών μεθοδολογιών και προσεγγίσεων με βάση το εκάστοτε ερευνητικό ερώτημα που αποκλίνουν από τη μεθοδολογία του πρωτότυπου ερωτηματολογίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε μια αποτίμηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών στα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) Κρήτης με τη χρήση του εργαλείου HCAHPS με δείγμα ευκολίας, μέσω googleforms την περίοδο Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2022. Συνολικά αναλύθηκαν δεδομένα από 193 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια που πληρούσαν τα κριτήρια του συγκεκριμένου εργαλείου. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η συνολική ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρθηκαν κατά τη νοσηλεία τους σε νοσοκομεία της 7^{ης} ΥΠΕ κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας φάνηκε να επηρεάζουν το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τους άγαμους και τους ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαξιολογούμενης υγείας να παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, ως σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή αναδείχθηκε η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Αναφορικά με τη σύγκριση των δυο μεγάλων νοσοκομείων της ΠΕ Ηρακλείου οι ασθενείς φάνηκε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ΠΑΓΝΗ συγκριτικά με το ΓΝ Βενιζέλειο Πανάνειο. Αυτό συνάδει με το γεγονός ότι το ΠΑΓΝΗ ως πάροχος τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι νεότερης κατασκευής, πιο σύγχρονο, διαθέτει καλύτερες κτιριακές εγκαταστάσεις, περισσότερα αυτόνομα τμήματα, αποτρέποντας την ανάμειξη ασθενών διαφορετικών ειδικοτήτων στην ίδια κλινική. Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με αυτά παρόμοιων ξένων και ελληνικών μελετών που έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο ερευνητικό εργαλείο.

Από τη βιβλιογραφία αλλά και από την εμπειρία προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όλες οι διαστάσεις που αφορούν τη συνολική εικόνα ενός νοσοκομείου και αντανακλούν τις ενδονοσοκομειακές εμπειρίες των ασθενών έχουν ισχυρή συσχέτιση και επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Τα αποτελέσματα από τέτοιες μελέτες ικανοποίησης συνιστούν ένα χρήσιμο εργαλείο για όλους αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος ή μονάδας

νοσοκομείου, ΥΠΕ, Υπουργείου Υγείας αλλά και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο πλαίσιο της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σύγκριση ίδιου τμήματος σε σχέση με τον χρόνο, για σύγκριση ίδιων μονάδων διαφορετικών νοσοκομείων, ίδιων ή διαφορετικών ΥΠΕ, για εκτίμηση σε εθνικό επίπεδο και σύγκριση των στοιχείων με στοιχεία άλλων χωρών. Μάλιστα, τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης είναι πολύ σημαντικά γιατί είναι από τις λίγες μελέτες που υπάρχουν από την χώρα μας.

Γενικά οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αλλά και τα συστήματα υγείας επενδύουν σε προγράμματα εκτίμησης του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αξιολογούν θετικά ή αρνητικά τη συνολική τους εμπειρία αλληλεπίδρασης με τον υγειονομικό πάροχο με βάση διάφορα κριτήρια. Τα πολύτιμα στοιχεία που αντλούνται από αυτού του είδους τα προγράμματα μετασχηματίζονται σε βελτιωτικές αλλαγές, καινοτομίες και μεταρρυθμίσεις στον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας ώστε να εκπληρώνονται στο μέγιστο δυνατό βαθμό οι προσδοκίες των ασθενών και να αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησής τους. Ενσωματώνονται σε πολιτικές υγείας και με τον κατάλληλο στρατηγικό σχεδιασμό και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, δύναται να αναδιαμορφώσουν το σύστημα υγείας. Επιπλέον, αποτελούν οδηγό για την αποτελεσματική κατανομή των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων προκειμένου να υπάρχει βιώσιμη χρηματοδότηση των υγειονομικών παρόχων.

Με στόχο τη βελτιστοποίηση των συγκεκριμένων δεικτών θα πρέπει να δίνεται έμφαση στα προσόντα των επαγγελματιών υγείας, τυπικά και ουσιαστικά, αφού αποτελούν τους βασικούς συνεισφέροντες στην ικανοποίηση των ασθενών ενώ η εκπαίδευση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού θα πρέπει να είναι συνεχής. Εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης θα πρέπει να υποστηρίζονται από το Υπουργείο και να υλοποιούνται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί η ενεργής εμπλοκή του προσωπικού με κίνητρα και ότι άλλο προτάσσει η επιστήμη της διοίκησης και να συνδεθεί η προσπάθεια με την ανταμοιβή και να ενισχυθεί η αξιοκρατία μέσω της αξιολόγησης και επιβράβευσης του προσωπικού, των τμημάτων και των μονάδων που επιτυγχάνουν διάκρίσεις στους συγκεκριμένους δείκτες. Όλες αυτές οι διαδικασίες θα πρέπει να τυποποιηθούν και να ενταχθούν στη στοχοθεσία των τμημάτων, των μονάδων και των νοσοκομείων ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να συσταθούν κατευθυντήριες οδηγίες για κάθε μονάδα ή τμήμα ώστε να εφαρμόζονται από το σύνολο του προσωπικού με στόχο τη διάχυση των καλών πρακτικών. Στο πλαίσιο της διαφάνειας της λογοδοσίας, απολογιστικά στοιχεία θα πρέπει να δημοσιοποιούνται και να είναι διαθέσιμα για τους πολίτες σε κεντρικό και περιφερειακό

επίπεδο ώστε τελικά αυτοί που πληρώνουν να είναι ικανοποιημένοι και από την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν.

Για την 7η ΥΠΕ αλλά και σε εθνικό επίπεδο θα ήταν χρήσιμο και στο πλαίσιο του ψηφιακού μετασχηματισμού της δημόσιας διοίκησης να υλοποιηθεί μια ηλεκτρονική πλατφόρμα αποτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών (νοσηλεύομενων ή εξωτερικών) την οποία θα καλούνται να συμπληρώνουν όλοι οι ασθενείς κατά το εξιτηριό τους (ή την επίσκεψή τους) από όλα τα δημόσια νοσοκομεία. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να αξιολογείται η επίδοση κάθε νοσοκομείου, σε πραγματικό χρόνο να εντοπίζονται τυχόν δυνατά ή αδύναμα σημεία, να καταγράφεται η μεταβολή της ικανοποίησης κατόπιν βελτιωτικών παρεμβάσεων και αυτό να συνδέεται με τη χρηματοδότηση τόσο του νοσοκομείου όσο και με τις αμοιβές-επιβράβευση του προσωπικού ως κίνητρο αύξησης της παραγωγικότητας.

Η ανάδειξη του ανθρώπινου παράγοντα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) ως του προσδιοριστή της ικανοποίησης με τη μεγαλύτερη βαρύτητα προσανατολίζει τη λήψη μέτρων που εστιάζουν στη συναισθηματική και ψυχική διάσταση του ασθενή και όχι μονομερώς στα κλινικά αποτελέσματα σχετικά με την υγεία του. Ως εκ τούτου η έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση της διαπροσωπικής σχέσης επενδύοντας στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, εκτιμάται να βελτιώσει τον κοινωνικό αντίκτυπο των υπηρεσιών υγείας, εισάγοντας την έννοια της ασθενοκεντρικής φιλοσοφίας και της συμπόνιας προς τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Al-Abri, R. and Al-Balushi, A. (2019). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Med J*, 29(1):3–7.

Almeida, R.S. de, Bourliataux-Lajoie, S. and Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*, 31(1):11–25.

Azmi, T., Rahman, M.H., Mustafi, M.A.A. and Islam, M.R. (2017). Measurement of Patient Satisfaction with SERVQUAL Model of Private Hospitals: SEM Approach. *American Journal of Management*, 17(3).

Berkowitz, B. (2016). The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *Online J Issues Nurs.*, 21(1):1.

Birkelien, N.L. (2017). A Strategic Framework for Improving the Patient Experience in Hospitals. *J Healthc Manag.*, 62(4):250–259.

Carr-Hill, R.A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *J. PublicHealthMed.* 14(3):236 – 249.

Carter, J.C. and Silverman, F.N. (2016). Using HCAHPS data to improve hospital care quality. *The TQM Journal*, 28(6):974–990.

Chalikias, M., Skordoulis, M., Drosos, D. and Tsotsolas, N. (2018). Patient satisfaction analysis using a multicriteria analysis method: The case of the NHS in Greece. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 25(4):1.

Chantzopoulou, M., Marvaki, C., Latsou, D. and Papageorgiou, D. (2017). Inpatients satisfaction with health care services after emergency admission at tertiary hospital of Attiki. *Health & Research Journal*, 3(1):26.

Charmel, P. A., & Frampton, S. B. (2008). Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manage.*, 62(3):80–85.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2022). Available at: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS> (Accessed November 2022).

Centers for Medicare & Medicaid Services (2023). The HCAHPS Survey-Frequently asked questions. Available at: [https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-)

[Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Downloads/HospitalHCAHPSFactSheet201007.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Downloads/HospitalHCAHPSFactSheet201007.pdf)

(Accessed January 2023).

Clark, D. and Roberson, B. (2019). Patients experience and HCAHPS at essential hospitals. Essential Hospitals Institute, Research Brief. Available at:

<https://essentialhospitals.org/institute/patient-experience-hcahps-essential-hospitals/>

(Accessed October 2022).

Council Of Europe. Committee Of Ministers (1997). The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care : recommendation no. R (97) 17, adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.*, 6(32):1-244.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.*, 83(4):691–729

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12):1743–1748.

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment; Volume I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Duggirala, M., Rajendran, C. and Anantharaman, R.N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5):560–583

Dutta, S., Abbas, S. (2015). HCAHPS and the metrics of patient experience: a guide for hospitals and hospitalists. *Hospital & Medicine Practice*, 3(6):1-19.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health SystTransit*, 19(5):1–192.

Europe, W.H.O.R.O. for, Policies, E.O. on H.S. and, Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. and Quentin, W. (2019). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for

Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356> (Accessed October 2022).

European Commission, Directorate-General for Health and Consumers (2014). Future EU agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety. Publications Office.

Eurostat(2022). Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure_by_financing_scheme (Accessed December 2022).

Farley, H., Enguidanos, E.R., Coletti, C.M., Honigman, L., Mazzeo, A., Pinson, T.B., Reed, K. and Wiler, J.L. (2014). Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: An Information Paper. *Annals of Emergency Medicine*, 64(4):351–357.

Fitzpatrick, R. (1984). Satisfaction with Health Care. In R. Fitzpatrick (Eds.), *The Experience of Illness*, London: Tavistock, 154-175.

Fox, J.G. and Storms, D.M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med A.*, 15(5):557–564.

Friedel, A.L., Siegel, S., Kirstein, C.F., Gerigk, M., Bingel, U., Diehl, A., Steidle, O., Hauptelshofer, S., Andermahr, B., Chmielewski, W. and Kreitschmann-Andermahr, I. (2023). Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction—How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U.S. American Approaches. *Healthcare*, 11(6):797.

Galanakis, A. & Goula, A. (2022). Evaluation of the quality of the nursing services of an Athens public general hospital using the SERVQUAL model. *Arch Hellen Med.*, 39(2):227-235.

George, A.K. and Sanda, M.G. (2006). Measuring Patient Satisfaction. . In: Penson, D.F., Wei, J.T. (eds) *Clinical Research Methods for Surgeons*. Humana Press.

Gill, L. and White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1):8–19.

Giordano, L.A., Elliott, M.N., Goldstein, E., Lehrman, W.G. and Spencer, P.A. (2009). Development, Implementation, and Public Reporting of the HCAHPS Survey. *Med Care Res Rev*, 67(1):27–37.

Hagedoorn, M., Uijl, S.G., Van Sonderen, E., Ranchor, A.V., Grol, B.M.F., Otter, R., Krol, B., Van den Heuvel, W. and Sanderman, R. (2003). Structure and Reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III. *Med Care*, 41(2):254–263.

Health Services Advisory Group, National Committee for Quality Assurance and CMS (2022). HCAHPS Quality Assurance Guidelines V17.0 (QAG V17.0). Available at: https://hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/quality-assurance/2022_qag_v17.0.pdf (Accessed October 2022).

Hurst L, Mahtani K, Pluddemann A, Lewis S, Harvey K, Briggs A, Boyle A, Bajwa R, Haire K, Entwistle A, Handa A and Heneghan C. (2019). Defining Value-based Healthcare in the NHS: CEBM report. the NHS: CEBM report. Available at: <https://www.cebm.net/2019/04/defining-value-based-healthcare-in-the-nhs/> (Accessed October 2022).

Jin, H. and Kalavrezou, N. (2021b). Health Care Reform in Greece: Progress and Reform Priorities. *IMF Working Papers*, 2021(189):1.

Karaca, A. and Durna, Z. (2019). Patient Satisfaction with the Quality of Nursing Care. *Nurs Open*, 6(2):535–545.

Kemp, K.A., Chan, N., McCormack, B. and Douglas-England, K. (2014). Drivers of Inpatient Hospital Experience Using the HCAHPS Survey in a Canadian Setting. *Health Serv Res*, 50(4):982–997.

Kennedy, G.D., Tevis, S.E. and Kent, K.C. (2014). Is There a Relationship Between Patient Satisfaction and Favorable Outcomes? *Ann Surg*, 260(4):592–600.

Kim, S.S., Kaplowitz, S. and Johnston, M.V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *EvalHealth Prof*, 27(3):237–251.

Linder-Pelz, S. (1982a). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Sci Med*, 16(5):583–589.

Linder-Pelz, S. (1982b). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc SciMed*, 16(5):577–582.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. and Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care*, 9:e88.

- Lohr, K.N. (1990) 'Medicare—vol. I—a strategy for Quality Assurance; Medicare—vol. II—a strategy for quality assurance—sources and methods', *Journal For Healthcare Quality*, 12(5):31.
- Maresso, A., (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Maryland Quality Measures Data Center. (2010). Maryland Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Raw Score Calculation and Adjustment Methodology-Revised May 2010.
- Mazurenko, O., Collum, T., Ferdinand, A. and Menachemi, N. (2017). Predictors of Hospital Patient Satisfaction as Measured by HCAHPS. *J Healthc Manag*, 62(4):272–283.
- Meterko, M., Mohr, D.C. and Young, G.J. (2004). Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. *Med Care*, 42(5):492–498.
- Mitropoulos, P., Vasileiou, K. and Mitropoulos, I. (2018). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40:270–275.
- Nations, U. (2019). Refworld | General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). Refworld. Available at: <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (Accessed November 2022).
- Nylenna, M., Bjertnaes, Ø.A., Saunes, I.S. and Lindahl, A.K. (2015). What is Good Quality of Health Care? *Professions and Professionalism*, 5(1).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris.
- Ofili, Onyeka Uche. (2014). Patient satisfaction in healthcare delivery – a review of current approaches and methods. *European Scientific Journal*. 10(25):1857-7881.
- Okuda, M., Yasuda, A. and Tsumoto, S. (2021). An approach to exploring associations between hospital structural measures and patient satisfaction by distance-based analysis. *BMC Health Serv Res*, 21(1):63.
- Polyzos, N., Karakolias, S., Dikeos, C., Theodorou, M., Kastanioti, C., Mama, K., Polizoidis, P., Skamnakis, C., Tsairidis, C. and Thireos, E. (2014). The introduction of Greek Central

Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed? *BMC Health Serv Res*, 14 (583).

Press Ganey. Outcomes driven. Performance strong. Inpatient (IN) Survey Psychometrics Report. 2010. Available at <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/journals/supporting/jhm2297-sup-0003-suppinfo.pdf> (Accessed December 2022).

Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E. and Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*, 6(1):102.

Robbins, A. (2001). Book Review: The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. *Public Health Reports*, 116(3):268–269.

Salzberg, C. et al. (2019). Modernizing the HCAHPS Survey: Recommendations from Patient Experience Leaders. Available at: https://www.fah.org/fah-ee2-uploads/website/documents/Modernizing_HCAHPS_-Recommendations_from_PELs.pdf (Accessed November 2022).

Sitzia, J. and Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45(12):1829–1843.

Squires, A., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Brzostek, T., Busse, R., Ensio, A., Schubert, M., Zikos, D. and Sermeus, W. (2012). Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries. *Int J Qual Health Care*, 24(5):470–475.

Ware, J. E., Jr, Davies-Avery, A., & Stewart, A. L. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev*, 1(1):1–15.

Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.Russell. and Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6(3-4):247–263.

World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 36(11):1315–1323.

World Health Organization (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>. (Accessed November 2022).

World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. et al. (2019). Improving healthcare

quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Xesfingi, S., Karamanis, D., Vozikis, A. (2017). Patient Satisfaction at Tertiary Level Healthcare Services in Greece: Inpatient vs Outpatient Healthcare Services Assessment, International Journal of Health Economics and Policy. 2(3):125-133.

Xiao, H. and Barber, J.P. (2008). The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction. Value Health, 11(4):719–725.

Zusman, E.E. (2012). HCAHPS Replaces Press Ganey Survey as Quality Measure for Patient Hospital Experience. Neurosurgery, 71(2):N21–N24.

B. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου (2022). Ανάκτηση από: www.agnhosp.gr (Νοέμβριος 2022)

Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο Πανάνειο (2022). Ανάκτηση από: www.venizeleio.gr (Νοέμβριος 2022)

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος” (2022). Ανάκτηση από: www.chaniahospital.gr (Νοέμβριος 2022)

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2022). Ανάκτηση από: https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf (Νοέμβριος 2022)

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2022). Δελτίο τύπου. Ανάκτηση από: <https://www.statistics.gr/documents/20181/c50afbab-cb2e-8627-8f6f-be718c393dc5> (Νοέμβριος 2022)

Ηλεκτρονική εφημερίδα Πατρίς. (2019). Οι ξένοι αγοράζουν Κρήτη για μπίζνες, διακοπές και μόνιμη κατοικία. Ανάκτηση από: <https://www.patris.gr/2019/11/18/oi-xenoi-agorazoyn-kriti-gia-mpiznes-diakopes-kai-monimi-katoikia/> (Δεκέμβριος, 2022)

[Ιστοσελίδα](http://www.agiosnikolaoscrete.com/el/home/port-of-agios-nikolaos/) Αγ. Νικολάου (2023). Το λιμάνι Αγίου Νικολάου. Ανάκτηση από: <http://www.agiosnikolaoscrete.com/el/home/port-of-agios-nikolaos/> (Ιανουάριος, 2023)

[Ιστοσελίδα](https://www.rethymno.gr/city/port/port-reth.html) Δήμου Ρεθύμνης (2023). Λιμάνι Ρεθύμνου. Ανάκτηση από: <https://www.rethymno.gr/city/port/port-reth.html> (Ιανουάριος, 2023)

Ιστοσελίδα Διεθνούς Αερολιμένα Ηρακλείου (2023). Το Νέο Αεροδρόμιο. Ανάκτηση από: <https://www.heraklion-airport.gr/the-new-airport> (Ιανουάριος, 2023)

Λάμπρου, Ε. και Ίκκος Α. (2022). Ποιος πάει πού; Πόσο μένει; Πόσα ξοδεύει; Α' μέρος Ανάλυση στοιχείων εισερχόμενου τουρισμού ανά Περιφέρεια 2021. INSETE Intelligence Ανάκτηση από: https://insete.gr/wp-content/uploads/2022/08/22_08_Eiserxomenos_Tourismos_Perifereiwn_2021_A.pdf

Νόμος 1397/1983 άρθρο 4, παρ. 9 & 13, Εθνικό Σύστημα Υγείας. (ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983)

Νόμος 2071/1992 άρθρα 6,7,8 & 9, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123/15-7-1992)

Νόμος 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ Α 165/21-8-1997)

Νόμος 2889/2001 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.(ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001)

Νόμος 3293/2004: Πολυκλινική Ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. (ΦΕΚ 231/Α/26-11-2004)

Νόμος 3527/2007: Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. (ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007)

Νόμος 3895/2010 : Κατάργηση και συγχώνευση υπηρεσιών, οργανισμών και φορέων του δημόσιου τομέα. (ΦΕΚ 206/Α/8-12-2010)

Νόμος 3918/2011 : Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011)

Νόμος 4052/2012: Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012)

Νόμος 4238/2014 : Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις.(ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014)

Νόμος 4368/2016: Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016)

Νόμος 4486/2017: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017)

Νόμος 4627/2019: Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης. Άρθρο 82 Σύσταση της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας – Σκοπός και Αρμοδιότητες (ΦΕΚ 133/Α/7-8-2019)

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλλες

Οργανισμός Λιμένος Ηρακλείου (2022). Ακτοπλοία. Ανάκτηση από: <https://portheraklion.gr/index.php/el/aktoploia/genika> (Δεκέμβριος 2022)

Περιφέρεια Κρήτης (2023). Η Περιφέρεια. Ανάκτηση από: <https://www.crete.gov.gr/perifereia/>, 2023 (Ιανουάριος 2023)

Περιφέρεια Κρήτης/ψηφιακοί νομάδες (2021). Ψηφιακοί νομάδες στην Κρήτη. Ανάκτηση από: <https://digitalnomadsobs.org/2021/03/03/istoselida-tis-perifereias-kritis-gia-tous-psifiakoys-nomades/?lang=el> (Νοέμβριος, 2022)

Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ τ.Α' 211/24-12-2019

Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2020, ΕΛΣΤΑΤ, 2022

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. και συν. (2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ανάκτηση από: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf (Οκτώβριος 2022)

Υπ. Απόφαση Υ4α/38867/2012, Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο». Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 1235/11-4-2012)

Υπ. Απόφαση Υ4α/39173/2012, Οργανισμός του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 12513/11-4-2012)

Υπ. Απόφαση Υ4α/44179/2014, Τροποποίηση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 1153/6-5-2014)

Υπ. Απόφαση Υ4α/οικ. 48303/2012, Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Γ.Ν.–Κ.Υ. Σητείας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 1679/16-5-2012)

Υπ. Απόφαση Υ4α/48335/2012, Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου – Κ.Υ. Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο». Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 1682/16-5-2012)

Υπ. Απόφαση Υ4α/οικ. 105343/2012 Τροποποίηση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου – Κ.Υ. Ιεράπετρας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 2923/23-12-2012)

Υπ. Απόφαση Υ4α/123915/2012, Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 3521/31-12-2012)

Υπ. Απόφαση Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017, Πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 662/2-3-2017)

Υπ. Απόφαση Γ2α/73800/17/2018, Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ». Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β 6166/31-12-2018)

7η ΥΠΕ Κρήτης (2023). Στοιχεία real-time. [online] Ανάκτηση από: <https://www.hc-crete.gr/υγεία/real-time> (Ιανουάριος 2023)

7η ΥΠΕ Κρήτης (2017). Απολογισμός έργου 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης 2016-2017. Ανάκτηση από: <https://www.hc-crete.gr/Media/Default/BlogPost/38892/%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82%207%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%A0%CE%95%20%CE%9A%CF%81%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%82-1.pdf> (Οκτώβριος 2022)

Υπουργείο Υγείας (2023). Δικαιώματα Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Ανάκτηση από: <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/> (Ιανουάριος 2023)

Υπουργείο Υγείας (2023). Κλίνες - Νοσηλευθέντες - Ημέρες Νοσηλείας 2021. Ανάκτηση από: <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinshshs/10431-klines-noshleythentes-hmeres-noshleias-2021> (Ιανουάριος 2023)

visitcrete (2023). Γενικά για την Κρήτη. Ανάκτηση από: <https://visitcrete.com/el/plirofories/genika-stoixeia-tis-kritis/> (Ιανουάριος 2023)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΠΕΡΙΟΧΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- ◆ Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο εάν νοσηλευθήκατε στο νοσοκομείο.
- ◆ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Το Νοσοκομείο μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων.
- ◆ Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο αριστερά από την απάντησή σας.
- ◆ Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο. Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε ένα βέλος με μία σημείωση, που σας λέει ποια είναι η επόμενη προς απάντηση ερώτηση, όπως σημειώνεται παρακάτω:

ΝΑΙ

OXI → εάν η απάντηση είναι OXI πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 1

Κλινική στην οποία νοσηλευτήκατε: 1 _____
2 _____
3 _____

Φύλο: Άντρας Γυναίκα Ηλικία: _____

Είστε Ασφαλισμένος ; 1 ΝΑΙ , (Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας)

2 ΟΧΙ

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μη συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας την εμπειρία σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΤΕΣ**

1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν υπάρχει κουμπί βοήθειας
- 6 Δεν απαντώ

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ**

5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

7. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

8. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

9. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

10. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/ τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια ;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 12
- 3 Δεν απαντώ

11. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σάς βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/ τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 10
- 6 Δεν απαντώ

12. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό (παυσίπονο) φάρμακο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 15
- 3 Δεν απαντώ

13. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

14. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

15. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σάς χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 18
- 3 Δεν απαντώ

16. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σάς ενημέρωσε για τον λόγο που αυτό χορηγείται;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

17. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

ΟΤΑΝ ΦΥΓΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

18. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε κατευθείαν στο σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;

- 1 Στο δικό μου σπίτι
- 2 Στο σπίτι κάποιου άλλου

19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ
- 3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
- 4 Δεν απαντώ

20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ποια συμπτώματα ή προβλήματα υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ
- 3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
- 4 Δεν απαντώ

- 3 Σε άλλη υγειονομική μονάδα,
Εάν θα πάτε σε άλλη υγειονομική
Μονάδα πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 21

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μην συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας εμπειρίες σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

21. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;

- 0 0 το χειρότερο νοσοκομείο
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 το καλύτερο νοσοκομείο
- 11 Δεν απαντώ

22. Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο στους φίλους ή στους συγγενείς σας;

- 1 Σίγουρα όχι
- 2 Πιθανά όχι
- 3 Πιθανά ναι
- 4 Σίγουρα ναι
- 5 Δεν απαντώ

23. Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την Υγεία σας;

- 1 Εξαιρετική
- 2 Πολύ Καλή
- 3 Καλή
- 4 Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα
- 5 Φτωχή
- 6 Δεν απαντώ

24. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

- 1 Απόφοιτος Δημοτικού
- 2 Απόφοιτος Γυμνασίου
- 3 Απόφοιτος Λυκείου
- 4 Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- 5 Δεν απαντώ

25. Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητά σας; (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας)

- 1 Ελληνική
- 2 Άλλο από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε)
- 3 Δεν απαντώ

26. Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;

- 1 Μόνιμος κάτοικος
- 2 Άλλο (παρακαλώ σημειώστε το χρονικό διάστημα διαμονής)
- 3 Δεν απαντώ

27. Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως στο σπίτι σας;

- 1 Ελληνικά
- 2 Κάποια άλλη γλώσσα (παρακαλώ σημειώστε.....)
- 3 Δεν απαντώ

Παρακαλούμε, αφού συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο της έρευνας, παραδώστε το στο Γραφείο Κίνησης-Λογιστήριο Ασθενών .

Νοσοκομείο μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας.

Σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση.