



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΥΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΛΥΜΠΕΡΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ – ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΚΟΛΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

ΣΑΜΟΣ ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

.....Στον αείμνηστο πατέρα μου και πρώτο μου δάσκαλο.....

i. Περίληψη

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί τον υποκειμενικό δείκτη αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Ο κρίσιμος στόχος που καλούνται να φέρουν εις πέρας οι διοικούντες των νοσηλευτικών μονάδων είναι η αποτελεσματική παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης, με βελτιωμένη ποιότητα, προσφέροντας ικανοποίηση στους ασθενείς και περιορίζοντας ταυτόχρονα το κόστος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και των δαπανών νοσηλείας δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας τους σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο.

Στην έρευνα μετείχαν 150 ασθενείς διαμοιρασμένοι ανά τριάντα στη μαιευτική, στη χειρουργική, στην καρδιολογική, στην παιδιατρική και στην παθολογική κλινική ενός μεσαίου μεγέθους δημόσιου νομαρχιακού νοσοκομείου της περιφέρειας του Βορειοανατολικού Αιγαίου. Οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα έντυπο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών βάσει του Δ6/ Έκδοση 1/12.03.2019 της πανεπιστημιακής κλινικής Παθολογικής Φυσιολογίας –Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων και Πολύπλοκων Νοσημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Λαϊκό”. Το ερωτηματολόγιο αναφερόταν στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και σε παραμέτρους ικανοποίησης τους κατά τη νοσηλεία τους. Ταυτόχρονα αντλήθηκαν τα στοιχεία για το κόστος νοσηλείας από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του κόστους νοσηλείας των ασθενών και της ικανοποίησης τους από πτυχές της νοσηλείας τους, όπως η υποδοχή και διαμονή, η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα, η γενική εξυπηρέτηση και η συνολική αξιολόγηση της κλινικής που νοσηλεύτηκαν.

Συμπερασματικά επαληθεύτηκε η υπόθεση ότι «Το κόστος νοσηλείας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών.», επιτρέποντας τη δυνατότητα για παρεμβάσεις στην εφαρμογή των DRG's στην Ελλάδα με σκοπό την περιστολή του κόστους νοσηλείας με γνώμονα πάντα τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα στην υγεία, ικανοποίηση ασθενών, νοσηλεία, Diagnosis-Related Groups, εθνικό σύστημα υγείας.

ii. Abstract

Patient satisfaction constitutes the subjective indicator for evaluating hospital efficiency. The critical objective that healthcare facility managers are called upon to achieve is the effective delivery of healthcare services improved quality, offering patient satisfaction and at the same time limiting costs. According to the literature, the relationship between patient satisfaction and hospitalization expenditures has not been fully clarified. The purpose of the research project is to study whether there is a correlation between patient satisfaction and the cost of their hospitalization in a public general hospital.

The study sample comprised 150 patients, distributed into thirty each in the obstetrics, surgery, cardiology, pediatrics and pathology clinic of a medium-sized public regional hospital located in the North Aegean region. The patients were requested to complete a printed patient satisfaction questionnaire, based on Form D6/ Edition 1/ 12.03.2019 of the University Department of Pathophysiology – Expert Center for Rare and Complex Diseases of the 'Laiko' General Hospital of Athens. The questionnaire referred to the demographic data of the patients and various satisfaction parameters during their hospitalization. At the same time, data on the cost of hospitalization of the patients was obtained from the hospital's Patient Movement Office.

According to the results of the survey, no statistically significant correlations were observed between hospitalization costs and patient satisfaction across any of the assessed dimensions, such as admission and accommodation, medical monitoring, nursing care, general services and the overall evaluation of the clinic where they were hospitalized.

In conclusion, the study validated the hypothesis that 'hospitalization cost has no impact on patient satisfaction,' thereby highlighting potential interventions for the implementation of DRGs in Greece to achieve expenditure reduction, while consistently ensuring the maintenance of quality in healthcare services.

Keywords: Healthcare Quality, Patient Satisfaction, Hospitalization, Diagnosis-Related Groups, National Health System

iii. Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω από καρδιάς τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Στέφανο Καρακόλια, που με την παρότρυνση του, την υποστήριξη του και την καθοδήγηση του κατέστη εφικτό να ολοκληρωθεί η παρούσα διπλωματική εργασία. Παράλληλα οφείλω βαθύτατη ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου που ήταν το στήριγμά μου σε όλη αυτή τη διαδρομή με υπομονή και πίστη σε μένα, και ιδιαίτερα στην πεθερά μου Τζιρέτα Ουρανία για την ατελείωτη φροντίδα σε όλους μας.

Περιεχόμενα

i.Περίληψη	3
ii.Abstract	4
iii.Ευχαριστίες	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
Εισαγωγή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	13
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	13
1.1 Η παγκοσμιοποίηση της υγείας	13
1.2 Υπηρεσίες Υγείας	14
1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	15
1.4 Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	17
1.5 Σύνδεση ποιότητας στην υγεία με την ικανοποίηση των ασθενών	19
1.6 Η ποιότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	22
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	22
2.1 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών	22
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.	23
2.3 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.	25
2.4 Τρόποι και δυσκολίες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.	27
2.5 Αμφισβήτηση των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών.	29
2.6 Η ικανοποίηση των ασθενών στην Ελλάδα	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	32
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG's)	32
3.1 Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας	32
3.2 Οικονομικές προκλήσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας	33
3.3 Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	34
3.4 Diagnosis Related Groups (DRG's)	36
3.5 Εφαρμογή DRG's στην Ευρώπη	37
3.6 Εφαρμογή DRG's στην Ελλάδα	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	40
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	40

4.1 Σκοπός ερευνητικής εργασίας	40
4.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση και υποθέσεις έρευνας	41
4.3 Υλικό και Μέθοδος	42
4.4 Στατιστική ανάλυση	43
4.5 Αποτελέσματα	44
4.6 Συζήτηση	61
5. Συμπέρασμα	64
5.1 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	66
Βιβλιογραφία	66
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο	74
Παράρτημα Β: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας	77
Παράρτημα Γ : Διαγράμματα	78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δείκτης Cronbach's Alpha	30
Πίνακας 2. Ηλικία ασθενών	30
Πίνακας 3. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά ασθενών	31
Πίνακας 4. Ικανοποίηση ασθενών από την υποδοχή και διαμονή κατά το χρόνο νοσηλείας τους	31
Πίνακας 5. Ικανοποίηση ασθενών από την ιατρική παρακολούθηση	32
Πίνακας 6. Ικανοποίηση ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα	33
Πίνακας 7. Ικανοποίηση ασθενών από τη γενική εξυπηρέτηση	
Πίνακας 8. Μέσος όρος ημερών νοσηλείας, κόστους νοσηλείας και γενικής αξιολόγησης των κλινικών	35
Πίνακας 9. Ανάλυση κανονικότητας μεταβλητών	36
Πίνακας 10. Ανάλυση Συσχετίσεων Μαιευτικής κλινικής	37
Πίνακας 11. Ανάλυση Συσχετίσεων Χειρουργικής κλινικής	38
Πίνακας 12. Ανάλυση Συσχετίσεων Καρδιολογικής κλινικής	39
Πίνακας 13. Ανάλυση Συσχετίσεων Παιδιατρικής κλινικής	40
Πίνακας 14. Ανάλυση Συσχετίσεων Παθολογικής κλινικής	41
Πίνακας 15. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων και σημείωση επισημάνσεων ή προτάσεων	42

Εισαγωγή

Η υγειονομική περίθαλψη σε παγκόσμιο επίπεδο, έρχεται αντιμέτωπη επανειλημμένα με ουσιαστικές προκλήσεις, που προκύπτουν από την αναγκαιότητα της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και της μείωσης του κόστους των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, με τα νοσοκομεία να έχουν σημαντική συμβολή προς αυτή την κατεύθυνση (Almehwari, et al, 2024).

Το πλάνο των Ηνωμένων Εθνών για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη 2030, επισημαίνει τη σημασία της καθολικής κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης, με ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες τις οποίες ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τις προσδιορίζει ως αποτελεσματικές, ασφαλείς, έγκαιρες, δίκαιες και αποδοτικές. Η Ελλάδα δεν είχε ένα ενιαίο πρόγραμμα για παροχή ποιοτικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα η υγειονομική φροντίδα να είναι αναποτελεσματική, με ανεκπλήρωτες ανάγκες και χωρίς τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα υγείας (Υπουργείο Υγείας & ΟΔΠΥ, 2025).

Η Ελλάδα ξοδεύει 3.607 δολάρια κατά κεφαλήν για την υγεία, έναντι 5.967 δολαρίων του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Αυτό αντιστοιχεί στο 8,1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, συγκριτικά με 9,3% μέσο όρο στον ΟΟΣΑ (OECD, 2025). Υπήρξε μία αύξηση ετησίως στις δαπάνες υγείας κατά τα έτη 2021-2023 της τάξεως 1,4 % περίπου, ενώ η δημόσια συμμετοχή στις δαπάνες για το έτος 2023 έφτασε στο 61% μόλις, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 80% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Στην Ελλάδα υπάρχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε ένα σύνολο βασικών υγειονομικών υπηρεσιών, έναντι 98% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Όμως μόλις το 27% των Ελλήνων εκφράζουν ικανοποίηση από τη διαθέσιμη ποιοτική υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με το 64% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ και το 12,1% των Ελλήνων ανέφερε ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες, ενώ το αντίστοιχο μέσο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι μόλις 3,4% (OECD, 2025). Επίσης οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρουσίασαν σημαντική αύξηση κατά την πενταετία από το 2018 έως το 2023 της τάξεως του 65% περίπου και η χρησιμοποίηση γενόσημων φαρμάκων το 2023 ανήλθε στο 34% των συνολικών φαρμάκων, αρκετά χαμηλότερα από το μέσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ήταν 51% (OECD/European

Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Έτσι στο πλαίσιο της ενέργειας HQC-2-Greece της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναπτύχθηκε η ελληνική εθνική στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025-2030 που έχει ως προοπτική την παραγωγή και παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών, όπου θα αναγνωρίζονται τα δικαιώματα και οι αξίες των ασθενών και η φροντίδα της υγειονομικής περίθαλψης θα είναι αποτελεσματική και αποδοτική. Όραμα της στρατηγικής είναι η δημιουργία ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με καθημερινή δέσμευση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, εμπνέοντας εμπιστοσύνη στους χρήστες για τη λήψη ασφαλούς, δίκαιης και αποτελεσματικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας & ΟΔΙΠΥ, 2025).

Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να έχει διάφορες εννοιολογικές προσεγγίσεις και συχνά μεταβάλλεται προσαρμοζόμενη στις νέες ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Με την ευρύτερη έννοια της υπάρχει σύνδεση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών. Η αναγκαιότητα για παροχή υπηρεσιών υγείας που θα καλύπτουν τις αξιώσεις των ασθενών, είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί το ενδιαφέρον για την άποψη τους, διαμέσου του υπολογισμού της ικανοποίησής τους. Οι ασθενείς με την έκφραση της άποψής τους για την εμπειρία που βίωσαν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εκτιμούν την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας που τους παρασχέθηκε σε σχέση με το επίπεδο που εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους (Τσιριντάνη και συν., 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών συνιστά τον εναρμονισμένο τρόπο για την κατανόηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης εξετάζονται διάφορες περιοχές του υγειονομικού τομέα που έχουν σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη διαθεσιμότητα τους, την αποτελεσματικότητά τους, καθώς και με την επαγγελματική αρτιότητα του εργαζομένου στην υγεία και του φυσικού περιβάλλοντος των νοσοκομείων (Καλογεροπούλου, 2011). Η έρευνα της εμπειρίας των ασθενών εκλαμβάνεται σήμερα ως ένας δείκτης εκτίμησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, συνιστά σημαντικό μέρος της διαχείρισης της φροντίδας και υπολογίζεται στην σχεδίαση των μέτρων που πραγματοποιούν η πλειονότητα των συστημάτων υγείας. Θεωρείται ακόμη ως τρόπος αναπληροφόρησης των συστημάτων υγείας από το ίδιο το κοινωνικό σύνολο που με τις απόψεις του συνεισφέρει στην ανάδειξη προβλημάτων, στην εφαρμογή αναμορφωτικών μέτρων και στον αποδοτικότερο έλεγχο των δαπανών (Γούλα και συν., 2017).

Έτσι, η ικανοποίηση των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη, ως ένδειξη της

ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας ενσωματώνεται όλο και περισσότερο στα συστήματα υγείας για την αποτίμηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας (Nasir, & Okunrintemi, 2019). Ως εκ τούτου η ικανοποίηση των ασθενών διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο κατά την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και αποτελεί έναν από τους αξιόλογους δείκτες ποιότητας και προαγωγής της υγείας (Sadeghi, et al.,2021).

Εν τούτοις γεννούνται προβληματισμοί σχετικά με την παροχή ποιοτικής φροντίδας, εν μέσω υγειονομικών περιβαλλόντων όπου οι διεθνείς και εθνικές οικονομίες επιτάσσουν τη συγκράτηση του κόστους (Αλεξανδροπούλου & Ζαμπέλλη, 2012). Στην αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, έχει αναφερθεί ο όρος του «Τριπλού Στόχου», βάση του οποίου θα πρέπει ταυτόχρονα να επιδιωχθούν η καλύτερευση της εμπειρίας των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη, η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και ο περιορισμός του κατά κεφαλήν κόστους των υπηρεσιών υγείας (Berwick, et al, 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την υποχρέωση να προσφέρουν την αποτελεσματικότερη φροντίδα με τον πιο αποδοτικό τρόπο (Donabedian, 1988). Με αυτόν τον τρόπο έρχονται αντιμέτωποι με την πρόκληση να παρέχουν βελτιωμένες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, προάγοντας την ικανοποίηση των ασθενών και συγχρόνως περιορίζοντας το κόστος (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η υγεία ως δημόσιο αγαθό που όλοι μπορούν απολαύσουν, η παροχή του μπορεί να χρηματοδοτηθεί του από το κράτος μέσω φορολογικών εσόδων. Κάθε χώρα έχει τη δυνατότητα να διευθετήσει τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας ρυθμίζοντας τις τιμές και τις δαπάνες των νοσοκομείων. Ο περιορισμός του κόστους αρμόζει να επιτυγχάνεται μέσω τρόπων επηρεασμού της προσφοράς. Ένας από αυτούς που εφαρμόζεται στην ελληνική επικράτεια είναι η καταβολή στα νοσοκομεία ενός σταθερού ποσού για το σύνολο της νοσηλείας του κάθε ασθενούς, βασισμένο στο σύστημα των ομοειδών διαγνωστικών κατηγοριών (DRG) (Rice, 2006, p.270,276-278,338,351).

Οι ομοειδείς διαγνωστικές κατηγορίες παρακινούν τα νοσοκομεία να μην επιτρέπουν την παρατεταμένη νοσηλεία των ασθενών, αν αυτή δεν είναι απαραίτητη. Ωστόσο αν η διάρκεια νοσηλείας μειωθεί υπέρμετρα μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, που γι αυτό επιβάλλεται να αξιολογείται συνεχώς. Ως μια μέθοδος κατά κεφαλήν αμοιβής οι ομοειδείς διαγνωστικές κατηγορίες μπορούν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση χρημάτων, με την πιθανότητα όμως να μην παρασχεθεί η κατάλληλη φροντίδα. Μπορούν όμως να προσαρμοστούν οι κατά κεφαλήν αμοιβές αν

προσφερθούν στο μεταξύ ορισμένοι κινητήριοι παράγοντες, όπως δείκτες ποιότητας ή ικανοποίησης (Rice, 2006, p.292,298).

Παρόλο που έχει επιχειρηθεί ανοδική έμφαση στη διενέργεια ερευνών ικανοποίησης ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία για την αξιολόγηση στοιχείων της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, εντούτοις δεν έχουν αξιοποιηθεί αποτελεσματικά οι έρευνες αυτές για τη λήψη μέτρων αλλαγής πολιτικής (Draper, et al., 2001). Επιπλέον οι περισσότερες έρευνες αφορούν την εξέταση της σχέσης ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και πολύ λιγότερες έχουν προσπαθήσει να συνδέσουν την ικανοποίηση των ασθενών με οικονομικούς δείκτες απόδοσης των νοσοκομείων (Lim, et al., 2018).

Σκοπός της εργασίας είναι να ελέγξει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας τους. Να εξεταστεί δηλαδή αν οι ασθενείς με μεγαλύτερο ή μικρότερο κόστος νοσηλείας φέρουν κοινές εμπειρίες από την παραμονή τους στο νοσοκομείο και ποιες είναι αυτές ή αν δεν υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές. Έτσι θα είναι δυνατό να εξαχθούν συμπεράσματα προς την κατεύθυνση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων συνδυαστικά και με τα δαπάνες νοσηλείας, όπου και οι δύο κατευθύνσεις σε αντίθετη τροχιά η καθεμία αποτελούν στρατηγικές επιλογές των συστημάτων υγείας παγκοσμίως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 Η παγκοσμιοποίηση της υγείας

Η διαφύλαξη και η βελτίωση της κατάστασης της υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας στην ιεραρχία κάλυψης των ανθρώπινων αναγκών. Έτσι οι ενέργειες που εξελίσσονται παγκοσμίως για τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών συστημάτων και τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής, γίνονται ευρέως αποδεκτές. Η κατεύθυνση προς την παγκοσμιοποίηση της υγείας και της ασθένειας έχει εξελιχθεί φυσικά τα τελευταία χρόνια, λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας και της επικοινωνίας, όπου τα επιτεύγματα τους έχουν διαμορφώσει την πορεία αυτή. Έτσι δημιουργήθηκαν προγράμματα δράσης για την αντιμετώπιση σύγχρονων ασθενειών σε παγκόσμιο επίπεδο, με απώτερο σκοπό τον σχεδιασμό οικουμενικών πολιτικών για την υγεία (Τσελέπη, 2000).

Το 2015 εγκρίθηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών η Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη που περιλαμβάνει 17 στόχους. Οι στόχοι της δράσεις αυτής είναι το εφαλτήριο για μία κοινωνία πιο δίκαιη, πιο ειρηνική και με περισσότερη ευημερία σε έναν υγιή πλανήτη. Ειδικότερα ο τρίτος στόχος αφορά τη διασφάλιση της καλής υγείας για όλους και την προαγωγή της ευζωίας σε όλο τον πληθυσμό. Για τη βιώσιμη ανάπτυξη είναι απαραίτητες η διαβίωση σε υγιείς συνθήκες και η ευημερία των ατόμων. Έχουν πραγματοποιηθεί ικανοποιητικές προσπάθειες για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και για τον περιορισμό ορισμένων παραγόντων σχετικών με την παιδική και μητρική θνησιμότητα. Παράλληλα η αύξηση της πρόσβασης σε καθαρό νερό και σε συστήματα αποχέτευσης, έχουν συμβάλει στη μείωση της εξάπλωσης του HIV και στην ελάττωση μολυσματικών ασθενειών όπως η ελονοσία, η φυματίωση, η πολιομυελίτιδα (United Nations, 2015). Το εγχείρημα των αναπτυσσόμενων χωρών προς αυτή την κατεύθυνση, είναι δυσκολότερο καθώς θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και την οικονομική επιβάρυνση στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς και έχει σχέση με τα έξοδα της υγειονομικής τους περίθαλψης (AlOmari,2022). Παρά ταύτα απαιτούνται επιπλέον ενέργειες για την ολική αντιμετώπιση ποικίλων ασθενειών και επίμονων θεμάτων υγείας που προκύπτουν (United Nations, 2015).

Οι παγκόσμιοι φορείς υγείας δεν έχουν διευκρινίσει απόλυτα ότι οφείλουν να δραστηριοποιούνται σύμφωνα με το υγειονομικό πλαίσιο του κάθε κράτους, αλλά αυτό κρίνεται αναπόφευκτο λόγω των μειωμένων πόρων. Η κυβέρνηση της κάθε χώρας έχει την ευθύνη για την προστασία και προαγωγή την υγείας και για την ευημερία του πληθυσμού. Η κεντρική διοίκηση είναι επίσης υπεύθυνη για τη διασφάλιση της χρηματοδότησης της υγείας σύμφωνα με τους ανώτατους πόρους που μπορούν να διατεθούν. Τα παγκόσμια αγαθά για την υγεία έχουν αναδειχθεί ως η κυριότερη δράση του παγκόσμιου συστήματος υγείας, παρόλο την εναντίωση όσο αφορά τη χρηματοδότηση και τεχνική υποστήριξη των χωρών που δεν έχουν επαρκείς πόρους. Τα παγκόσμια αγαθά για την υγεία μπορούν να διαχωριστούν σε αγαθά με άμεση εγχώρια εφαρμογή, όπως η έρευνα, η ανταλλαγή γνώσεων, οι κατευθύνσεις, τα δεδομένα, τα πρωτόκολλα, η ρύθμιση της αγοράς και οι αμοιβές, καθώς και σε αυτά που απαιτούν διακρατική συνεργασία για την καταπολέμηση διεθνών απειλών, όπως ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών. Τα υπερεθνικά αυτά δημόσια αγαθά θα πρέπει να εκπληρώνουν τις ανάγκες των χωρών και να προσφέρουν επιπλέον όφελος. Για να λειτουργήσει η παροχή τους είναι βασικό να υπάρξουν διαδικασίες διαχείριση της παγκόσμιας υγείας για τη συνεργασία των χωρών, την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ τους και τη λήψη αποφάσεων με την υποστήριξη διαφόρων οργανισμών. Οι συνεχιζόμενες όμως γεωπολιτικές αλλαγές διεθνώς θέτουν υπό αμφισβήτηση το πως θα χρειαστεί να οργανωθεί η διαχείριση της παγκόσμιας υγείας μετά το 2030. Το κύριο αίτημα των χωρών είναι τα αγαθά υγείας του παγκόσμιου συστήματος να είναι υψηλής ποιότητας (Rasanathan, et al., 2025).

1.2 Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας ως όρος εμπεριέχει την έννοια της φροντίδας υγείας και την έννοια της περίθαλψης. Όσο αφορά την περίθαλψη, έγκειται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν ήδη εμφανίσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός ορισμένου ζητήματος υγείας. Η φροντίδα υγείας αφορά γενικότερη έννοια που αντιπροσωπεύει τις υπηρεσίες υγείας σε υγιή άτομα και πολλές φορές σε όλο τον πληθυσμό μιας χώρας. Παράλληλα ο όρος υπηρεσίες υγείας αναφέρεται στην κατηγοριοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε εξωνοσοκομειακές που περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και σε νοσοκομειακές που αφορούν τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αναφέρεται στις παρεχόμενες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες σε τοπικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση στοιχειωδών προβλημάτων υγείας από γιατρούς

των βασικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά την αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων ζητημάτων υγείας σε μεγαλύτερα νοσοκομεία τοποθετημένα σε αστικά κέντρα (Τσελέπη, 2000).

Στο

Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας υπάρχουν 125 νοσοκομειακές μονάδες (Υπουργείο Υγείας, 2026). Η τριτοβάθμια περίθαλψη διατίθεται σε 32 εξ αυτών με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες (Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2015). Το σύνολο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης από το 2023 έως το 2025 έχει νοσηλεύσει ασθενείς με μικρή αύξηση της τάξεως του 1,16% (Υπουργείο Υγείας, 2026). Δείκτες χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών αποτελούν ο αριθμός των νοσηλευθέντων και η μέση διάρκεια νοσηλείας με περαιτέρω ανάλυση τους ανά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση κ.α. (Τσελέπη, 2000). Αν και έχουν γίνει προσπάθειες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εντούτοις το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα είναι προσανατολισμένο στην νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ελληνική περιφέρεια και κυρίως οι απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές έρχονται αντιμέτωπες με το σοβαρό εγχείρημα της πρόσβασης τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας & ΟΔΙΠΥ, 2025).

Επιπλέον οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα ιδιαίτερο είδος ιδιωτικών υπηρεσιών όπου τα άτομα αποδέκτες έχουν παραπάνω προσδοκίες από οποιαδήποτε άλλη παροχή υπηρεσιών. Προδιαγραφές που οφείλουν να έχουν οι υπηρεσίες υγείας είναι η ετοιμότητα παροχής, η εφικτότητα πρόσβασης, η αξιοπιστία και η καταλληλότητα. Παράλληλα παράγοντες που έχουν μεγάλη σπουδαιότητα αφορούν την ακριβή και έγκαιρη διάγνωση, τη δραστική ιατρική παρέμβαση, τη χρήση της τεχνολογίας, τον άψογο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια των ασθενών (Ζιώγα, 2014). Πολλοί από τους παραπάνω συντελεστές απουσιάζουν από το πλαίσιο λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα η νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα μας να κρίνεται ως μη αποδοτική, αναποτελεσματική, πολυδάπανη και να συσσωρεύει την δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Τσελέπη, 2000).

1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ξεκινάει από την εποχή του Ιπποκράτη, όπου η δεοντολογία και ηθική του ιατρικού επαγγέλματος εστίαζαν στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Μια πρώτη αξιολόγηση των

υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στους τραυματίες του κριμαϊκού πολέμου το 1850 επιχείρησε η Αγγλίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale, όπου κατέγραψε τη θνησιμότητα τους κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο, κατά την παραμονή τους εκεί και κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους μετά από χειρουργική επέμβαση. Ακόμη το 1908 ο Groves, μετά από αρκετές έρευνες και συλλογή δεδομένων από πενήντα βρετανικά νοσοκομεία, τόνισε την ανάγκη οργάνωσης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων σε ομοειδείς κατηγορίες, ώστε να είναι δυνατή η διαχρονική σύγκριση της θνησιμότητας και της αποτελεσματικότητας (Τσελέπη, 2000).

Η ποιότητα της νοσηλείας βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας, των διοικήσεων των νοσοκομειακών μονάδων και των ασθενών, διότι η νοσοκομειακή περίθαλψη παραμένει το επίκεντρο των συστημάτων υγείας, και οι περισσότεροι ασθενείς καταφεύγουν στα νοσοκομεία, καθώς επίσης, γιατί η αποτελεσματικότητα των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, είναι άμεση, ευδιάκριτη και πιο εύκολα μετρήσιμη και οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης υπερβαίνουν κατά πολύ τις δαπάνες άλλων τομέων του υγειονομικού συστήματος (Τσελέπη, 2000).

Ως ποιότητα υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να οριστεί η επίδοση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στην επίτευξη της αύξησης της πιθανότητας εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας, με συνέπεια και αναλογία στη χρήση της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης (Μαρίνος, 2024). Υπό το πρίσμα της διοίκησης αντιπροσωπεύει την αποτελεσματική παροχή φροντίδας με χαμηλό κόστος και κατάλληλη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Από πλευράς ασθενών σημαίνει την ευχέρεια επιλογής και ταχείας πρόσβασης στις ζητούμενες και ενδεδειγμένες υπηρεσίες υγείας (Ζιώγα, 2014). Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς γίνεται προφανές ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή των απαραίτητων και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας, με τη συγκράτηση τους κόστους και την ικανοποίηση των ασθενών (Πολύζος, 2014, σελ. 397). Στην Αμερική με τη ψήφιση του Νόμου για την Προσιτή Φροντίδα Υγείας, οι νοσοκομειακές μονάδες υποχρεώθηκαν να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Εν συνεχεία, με την πραγματοποίηση ερευνών ικανοποίησης των ασθενών που νοσήλευσαν και ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της εμπειρίας των ασθενών από τη νοσηλείας τους, τα αμερικάνικα νοσοκομεία ή θα λαμβάνουν οικονομική αποζημίωση στην περίπτωση ικανοποιημένων ασθενών ή αντίθετα θα δέχονται χρηματικό πρόστιμο ως ποινή (Chen, et al., 2022).

Τα τελευταία χρόνια οι ασθενείς έχουν δώσει έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών

υγείας, καθώς θέματα πρόσβασης που τους απασχολούσαν παλαιότερα έχουν μετριαστεί από τις αυξημένες διαθέσιμες επιλογές τους, λόγω αύξησης της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών. Η σύγχρονη θεώρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τη σύγκριση του προσδοκώμενου αποτελέσματος των ασθενών και της αξιολόγησης της απόδοσης μιας ορισμένης υπηρεσίας. Ως εκ τούτου εκτιμάται ως η διαφορά μεταξύ των αντιληπτών προσδοκιών και του βαθμού αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη συσχετίζεται και καθορίζεται από τη δομή του υγειονομικού συστήματος σε σχέση με το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό, τις εισροές και το περιβάλλον του νοσοκομείου, από τη διαδικασία προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, που αναφέρεται στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην παροχή των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών και στην επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας και από το αποτέλεσμα που σχετίζεται άμεσα με το όφελος που αποκομίζει ο ασθενής συγκριτικά με το κόστος νοσηλείας (Κοτζάμπαση, 2019).

Αν και μπορούν να δοθούν πολλοί ορισμοί στην ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως οφείλουν να είναι αποτελεσματικές, προσφέροντας τεκμηριωμένα τις αναγκαίες υπηρεσίες στους ασθενείς, ασφαλείς, αποφεύγοντας την πρόκληση βλαβών προς τους χρήστες και ανθρωποκεντρικές, ανταποκρινόμενες στις προσωπικές επιλογές, πεποιθήσεις και ανάγκες των ατόμων. Επιπλέον για να μεγιστοποιηθεί το όφελος της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης οι υγειονομικές υπηρεσίες απαιτείται να παρέχονται έγκαιρα, μειώνοντας τις επιβλαβείς καθυστερήσεις και δίκαια, χωρίς διακρίσεις ποιότητας, λόγω φυλετικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, γλωσσικών ή θρησκευτικών παραγόντων. Ακόμη η προσφορά τους θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, καλύπτοντας όλο το φάσμα της ζωής και αποδοτική, αξιοποιώντας στο μέγιστο τους διαθέσιμους πόρους, περιορίζοντας τη σπατάλη (World Health Organization, -).

1.4 Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Καθώς παγκοσμίως αυξάνονται διαρκώς το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός αλλά και οι ανάγκες των ασθενών, το αποτέλεσμα ήταν να επισημανθεί η σημασία της μέτρησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται στην εκτίμηση του ακριβούς επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και στις ενέργειες μετατροπής τους, όπου

αυτές το χρειάζονται. Στο παγκόσμιο υγειονομικό χάρτη έχει παρατηρηθεί τάση προς αυτή την κατεύθυνση, γεγονός ελπιδοφόρο, καθώς η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί το πρώτο βήμα προς την ολική ποιότητα (Θανασάς, 2019). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι παράγοντες που είναι αναγκαίοι για την εκπλήρωση των στόχων των ενεργειών της ποιοτικής διασφάλισης είναι η επαγγελματική απόδοση αναφερόμενη και ως τεχνική ποιότητα, η αποδοτικότητα στη χρησιμοποίηση των πόρων, η διαχείριση των κινδύνων τραυματισμού ή ασθένειας κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Βάση των παραπάνω παραμέτρων μπορούν να εκμαιευθούν οι αντικειμενικοί σκοποί ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας που είναι η πεποίθηση για τη λήψη των κατάλληλων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών από τους ασθενείς για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος και η πραγματοποίηση αυτού του αποτελέσματος με τη μικρότερη δυνατή κατανάλωση πόρων και τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο στη υγεία των ασθενών. Επίσης σκοπό ενός σχεδίου διασφάλισης ποιότητας αποτελεί η επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης του ασθενή από τις ολικές παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η αλληλεπίδραση του με την υγειονομική μονάδα (Ζιώγα, 2014).

Τα οφέλη που προέρχονται από τη βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αγγίζουν κυρίως τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, τις νοσοκομειακές μονάδες και το κρατικό σύστημα. Όσο αφορά τους ασθενείς με την καλύτερευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δύνανται να εξασφαλίσουν έγκαιρη διάγνωση, καταλληλότερη θεραπεία με πρόληψη τυχόν επιπλοκών, γρηγορότερη ανάρρωση και μείωση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας, καθώς και αποκόμιση βελτιωμένης εμπειρίας από το σύνολο της νοσηλείας τους. Το όφελος του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των νοσοκομείων είναι η ενίσχυση της υπευθυνότητας του, μέσω του σεβασμού και της εκτίμησης που εισπράττουν από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Το κέρδος για τις νοσοκομειακές μονάδες και τον κρατικό μηχανισμό είναι κατά κύριο λόγο οικονομικό και έγκειται στη μείωση των δαπανών λειτουργίας από την ταχεία αντιμετώπιση της ασθένειας, στην ορθολογική χρήση των πόρων και στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Θανασάς, 2019). Η πλειονότητα των μελετών έχουν αποτυπώσει μικρή έως μέτρια σχέση μεταξύ του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως θετικής ή αρνητικής κατεύθυνσης. Οπότε το ενδιαφέρον των ερευνών κρίνεται απαραίτητο να επικεντρωθεί στην αναζήτηση των δαπανών που βελτιώνουν την ποιότητα και αυτών που συνδέονται με σπατάλη (Hussey, et al., 2013).

Είναι σαφές όμως ότι η εναρκτήρια υλοποίηση μιας δράσης διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνει κόστος για τον οργανισμό. Το κόστος ποιότητας αποτελείται από το κόστος σχεδιασμού, εκτέλεσης και διατήρησης του προγράμματος διασφάλισης, το κόστος των δεσμευμένων κονδυλίων για τη συνεχόμενη βελτίωση της ποιότητας, το κόστος της αποτυχίας και το κόστος λανθασμένης διεκπεραίωσης των εργασιών (Ζιώγα, 2014).

Βέβαια λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας οι προσπάθειες υλοποίησης είναι πολύπλοκες, καθώς πρέπει να ταυτολογηθούν και να ρυθμιστούν μία σειρά από διαδικασίες που συνδέονται μεταξύ τους, όπου πολλάκις οι εκροές της μίας αποτελούν την εισροή της επόμενης. Χρειάζονται πολλές ώρες προετοιμασίας για το σχηματισμό της αναγκαίας γραφειοκρατίας, όπως επίσης και κατάλληλη διαχείριση των αντιδράσεων στελεχών ή σωματείων για τις προγραμματικές αλλαγές τόσο στον τρόπο εργασίας, όσο και στην κουλτούρα, ειδικά σε ένα τομέα με εδραιωμένες αντιλήψεις και συμφέροντα (Θανασάς, 2019).

1.5 Σύνδεση ποιότητας στην υγεία με την ικανοποίηση των ασθενών

Ο Avedis Donabedian ως πατέρας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, επισήμανε ότι η ποιότητα συνίσταται στη μεγέθυνση της ικανοποίησης του ασθενή, υπολογίζοντας το κέρδος και τη ζημιά που παρουσιάζει μια διαδικασία ή ένα πρόγραμμα περίθαλψης (Πολύζος, 2014, σελ. 393). Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί σε σημαντικό και αναγκαίο δείκτη της αξιολόγησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, ο οποίος φαίνεται να συμβάλει στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει ως στόχο την αξιολόγηση των σχεδίων δράσης για την υγεία και των υγειονομικών συστημάτων, ώστε να προβληθούν οι περιοχές που χρήζουν βελτίωσης. Αν τα στοιχεία που ληφθούν από τους ασθενείς εκτιμηθούν και αξιοποιηθούν κατάλληλα μπορούν να οδηγήσουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Θανασάς, 2019). Έρευνα σε 2.953 νοσοκομεία των Η.Π.Α. που διενεργούν σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις κατέδειξε ότι τα νοσοκομεία που είχαν ασθενείς με υψηλή ικανοποίηση παρείχαν αποτελεσματικότερη φροντίδα και συνδέθηκαν με καλύτερη χειρουργική ποιότητα (Tsai , et al., 2015). Επίσης μελέτη των Sacks et al., (2015), σε ένα δείγμα χειρουργημένων ασθενών μεταξύ 180 νοσοκομείων στις Η.Π.Α. απέδειξε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε

νοσοκομεία με υψηλότερο επίπεδο ικανοποίηση ασθενών, εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά επιπλοκών και μετεγχειρητικής θνησιμότητας.

1.6 Η ποιότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα κατά το 2024 ανέρχονταν σε 81,9 έτη έναντι 81,7 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά ήταν μικρότερο από τις περισσότερες χώρες της νότιας και δυτικής Ευρώπης. Οι γυναίκες προβλέπονταν να ζήσουν 84,5 έτη, ενώ οι άντρες 5,2 έτη λιγότερα.

Η κύρια αιτία θανάτου το 2022 στην Ελλάδα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα συμπεριλαμβανομένου των εγκεφαλικών επεισοδίων και των ισχαιμικών καρδιοπαθειών με ποσοστό 31,5%. Ακολούθησαν ως θανατηφόρα αίτια ο καρκίνος με 20,5 %, η νόσος covid-19 με 11,5% και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με 9,3%. Το 56% των ελληνίδων άνω των 65 ετών δήλωσαν ότι έπασχαν από περισσότερες από μία χρόνιες παθήσεις, σε σύγκριση με το 48% των ανδρών. Παράλληλα το 38% αυτών των γυναικών ανέφεραν περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων τους έναντι 22% του ποσοστού των ανδρών. Στην Ελλάδα το 2022 οι πρόωροι θάνατοι από iάσιμες αιτίες που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί από έγκαιρες και αποτελεσματικές επεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης ανέρχονταν σε 86 ανά 100.000 κατοίκους, και κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ισχαιμική καρδιακή νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού και η νεφρική ανεπάρκεια φέρουν την ευθύνη για το 59% των πρόωγων θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Μέσω ανοιχτής διαδικτυακής έρευνας, οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Ελλάδα χαρακτηρίστηκαν μετρίας ποιότητας και ασφάλειας. Οι κυριότεροι παράγοντες που αναφέρθηκαν ότι εμποδίζουν τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας ήταν η μη ικανοποιητική αναλογία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενείς, ή ελλιπής χρηματοδότηση και η ανεπαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων (Υπουργείο Υγείας & ΟΔΠΥ, 2025).

Τα τελευταία χρόνια έχουν εκκινήσει προσανατολισμένες προσπάθειες για τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Με τον Νόμο 4715/2020 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, της

ασφάλειας των ασθενών και την εύλογη αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας για την προαγωγή της ισότιμης πρόσβασης και της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού. Όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας αξιολογούνται από τον Ο.ΔΙ.Π.Υ. είτε σε τακτική βάση κάθε τρία χρόνια, είτε έκτακτα μετά από απόφαση του Υπουργείου Υγείας. Για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εξετάζονται κυρίως η ασφάλεια των ασθενών, η ετοιμότητα, η προσβασιμότητα και η αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσέγγιση των παρόχων με έμφαση στον άνθρωπο ασθενή και στις ανάγκες του, η διοίκηση με δικαιοσύνη, καλή πίστη και λογική και η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Στο πλαίσιο της παρακολούθησης της προσαρμογής του παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών η ομάδα αξιολόγησης του Ο.ΔΙ.Π.Υ. διενεργεί επανελέγχους εντός του χρονικού διαστήματος προσαρμογής και μετά το πέρας του συντάσσει νέα έκθεση αξιολόγησης, όπου επισημαίνονται τα τρωτά σημεία που θα πρέπει να βελτιωθούν.

Για τη βελτίωση της υπευθυνότητας, της ποιότητας της περίθαλψης και της πολιτικής διαχείρισης, αναπτύχθηκε η Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025-2030 με τη συνεργασία του Περιφερειακού Γραφείου του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, του ελληνικού Υπουργείου Υγείας, του Ο.ΔΙ.Π.Υ. και της Γενικής Διεύθυνσης Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στόχοι της στρατηγικής συνιστούν η αποτελεσματική ηγεσία και διακυβέρνηση για την εξασφάλιση κατάλληλων αποφάσεων, ένα αποτελεσματικό και ασφαλές σύστημα υγείας που θα εμπνέει εμπιστοσύνη και η συνεργασία με τους ασθενείς για την ανάληψη ενεργού ρόλου στη διαχείριση της δικής τους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η στάση επιφέρει καταλληλότερη κατανομή των πόρων, αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και των παρόχων των υγειονομικών υπηρεσιών και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Υπουργείο Υγείας & ΟΔΙΠΥ, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών

Το τελευταίο διάστημα οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ενημερωμένοι και απαιτητικοί σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και αποζητούν σαφή πληροφόρηση και τη συμμετοχή τους στο σχεδιασμό της και τη λήψη αποφάσεων για την παροχή της (Λαμπράκη και συν., 2013). Η ικανοποίηση στην αγγλική γλώσσα αποδίδεται ως *satisfaction* και η ρίζα της λέξης προέρχεται από τον λατινικό όρο *satis* που σημαίνει αρκετά. Έτσι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ισοδυναμεί ότι πραγματοποιήθηκε αποδεκτού επιπέδου παροχή υπηρεσιών και όχι απαραίτητα εξαιρετικού επιπέδου (Crow, et al., 2002). Η ικανοποίηση ασθενών είναι μια υποκειμενική, σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια και ορίζεται ως η αξιολόγηση της υγειονομικής φροντίδας που έλαβαν οι ασθενείς και επηρεάζεται από τα αποτελέσματα της και τις προσδοκίες των ασθενών (Trinh et al., 2019). Η επικρατούσα άποψη αναφορικά με τις έρευνες ικανοποίησης στηρίζεται στη θεωρία διάψευσης των προσδοκιών. Βάση αυτής της θεωρίας, η ικανοποίηση του καταναλωτή καθορίζεται συγκρίνοντας την αντιληπτή αποδοτικότητα, με τις προσδοκίες που είχε για τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας που έλαβε. Η επιβεβαίωση των προσδοκιών επιφέρει ικανοποίηση στους ασθενείς, ενώ η ματαίωση τους σημαίνει απολαβή κατώτερης αποδοτικότητας υπηρεσιών και άρα ο καταναλωτής δυσαρεστείται (Τσιρινιάνη και συν., 2010).

Ειδικότερα ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τις προσδοκίες των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες, από τα κοινωνικοοικονομικά γνωρίσματα των ασθενών και από τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Η διαφορά μεταξύ αντιληπτής πραγμάτωσης και προσδοκίας αποδίδεται σε τέσσερα κυρίως αίτια. Αρχικά οφείλεται στη διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Η διαφορά αυτή φανερώνει ότι το νοσοκομείο παρέχει κατώτερης ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες γιατί δε γνωρίζει τις ανάγκες και τις

προσδοκίες των ασθενών. Επιπλέον έγκειται στη διαφορά μεταξύ των αξιώσεων των ασθενών και των προδιαγραφών. Η εν λόγω διαφορά απηχεί την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του νοσοκομείου, διότι δεν καταφέρνει να συνδέσει τις προσδοκίες των ασθενών με συγκεκριμένες προδιαγραφές, λόγω παραμέτρων, όπως η έλλειψη βούλησης από τη διοίκηση για έμπρακτη δέσμευση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Το τρίτο αίτιο, αφορά τη διαφορά μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου και των ιδανικών υπηρεσιών που έχουν ορίσει οι ασθενείς. Η συγκεκριμένη διαφορά αντικατοπτρίζει την ανεπάρκεια παροχής ποιοτικών υπηρεσιών από τη νοσηλευτική μονάδα, εξαιτίας μη κατάλληλων προκαθορισμένων προτύπων εξυπηρέτησης και φροντίδας, λόγω παραμέτρων όπως η αδυναμία ικανοποίησης της ζήτησης και η αδυναμία ανταπόκρισης των εργαζομένων στις προδιαγραφές. Τέταρτη αιτία είναι η διαφορά ανάμεσα στις υποσχόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων και σε αυτές που πραγματικά προσφέρει στους ασθενείς. Η διαφορά αυτή αντανακλά την αδυναμία του νοσοκομείου να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες, λόγω μη εκπλήρωσης των υποσχέσεων προς τους ασθενείς, οι οποίοι είχαν αυξημένες προσδοκίες που τελικά δεν ικανοποιήθηκαν (Καλογεροπούλου, 2011). Συνεπώς γίνεται σαφές ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια έννοια που συμπεριλαμβάνει τις ανάγκες και τις προσδοκίες του από την υγειονομική περίθαλψη και τις εμπειρίες που λαμβάνει χρησιμοποιώντας το σύστημα υγείας. Παράλληλα είναι μια έννοια στενά συνυφασμένη με την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και θεωρείται σημαντικός δείκτης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Τζιδάμη, 2019).

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Η συνολική μορφή της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να διακριθεί σε τεχνική ποιότητα και λειτουργική ποιότητα. Η τεχνική ποιότητα ορίζεται ως η τεχνική ακρίβεια των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και η λειτουργική ποιότητα ως ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς (Gavurova, et al., 2021). Η ποιότητα εξυπηρέτησης κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντική και πολυδιάστατη και επηρεάζει την εμπειρία των ασθενών. Κύριοι παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα εξυπηρέτησης είναι τα Υλικά, η Αξιοπιστία, η Αποκριτικότητα και η Διαβεβαίωση. Τα Υλικά αναφέρονται στην κατάσταση και καθαριότητα των χώρων των νοσοκομείων, του εξοπλισμού και στην εμφάνιση του προσωπικού. Η Αξιοπιστία έγκειται στην ικανότητα της

νοσηλευτικής μονάδας να παρέχει συνεχώς ενδεδειγμένες υπηρεσίες, σύμφωνα με τις διαβεβαιώσεις προς τους ασθενείς. Η Αποκριτικότητα αναφέρεται στο σχεδιασμό του προσωπικού να ανταποκριθεί με ταχύτητα στις ανάγκες των ασθενών. Τέλος η Διαβεβαίωση σχετίζεται με την εμπιστοσύνη που εμπνέουν οι επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς, μέσω των γνώσεων τους, της εμπειρίας και της συμπεριφοράς τους (Αγαγιώτη, 2025).

Οι νεότερες προσεγγίσεις υποστηρίζουν την ύπαρξη οχτώ περιοχών ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλείας τους. Αυτές αναφέρονται στην υποδοχή των ασθενών, στην καθημερινή φροντίδα τους στο νοσοκομείο, στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, στην σύμπραξη τους με το υπόλοιπο προσωπικό, στο περιβάλλον του νοσοκομείου και στις συνθήκες διαβίωσης και στις διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης (Μαρίνος, 2024). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας της Τσιριντάνης και των συνεργατών της (2010), ως βασικοί παράγοντες χαρακτηρίστηκαν η οργανωτική υποδομή και η ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού, όπου είχαν υψηλή επίδραση στη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς, όταν εμφάνιζαν χαμηλή αποδοτικότητα. Οι παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών των νοσηλευτών και οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο κατατάχθηκαν στους παράγοντες του ενθουσιασμού και παρουσίαζαν ενισχυμένη βαρύτητα στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών, όσο αυξάνονταν η αποδοτικότητα τους. Η έρευνα των Gavurova et al., (2021), ανέδειξε ως ισχυρότερο παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών την ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό. Οι παράμετροι που έχουν άμεση σχέση με τη θεραπεία είναι λιγότερο σημαντικοί για τους ασθενείς συγκριτικά με τις παραμέτρους που αφορούν τις διαδικασίες παροχής τους. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται για την ανθρωπιστική διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας. Η φιλική, ευγενική, έμπιστη, εχέμυθη και με ουσιαστικό ενδιαφέρον διαπροσωπική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών κατά την παροχή της φροντίδας, συμβάλει σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς παραπονιούνται συχνά ότι οι γιατροί ενδιαφέρονται κυρίως για τη μάχη κατά της νόσου, παρά για τη φροντίδα των ατόμων που η ζωή τους έχει επιβαρυνθεί σοβαρά από τη νόσο (Τσελέπη, 2000). Επιπρόσθετα οι παράμετροι της ποιότητας της παρεχόμενης θεραπείας και τα κριτήρια ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την έξοδο τους από το νοσοκομείο είχαν τη μικρότερη άμεση επίδραση στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη, κυρίως επειδή δεν υπάγονται σε σημαντικό βαθμό στο γνωστικό υπόβαθρο των ασθενών (Gavurova et al., 2021).

Αναφορικά με τη διαφοροποίηση της ικανοποίησης των ασθενών αναλόγως των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, η έρευνα της Αγαγιώτη (2025), σε δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδας διαπίστωσε ότι καλύτερη ικανοποίηση από την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης αναφέρουν οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών, οι χήροι/ες, οι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών, με τους αποφοίτους Πανεπιστημιακών σχολών να έπονται και οι ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για περισσότερες από τέσσερις ημέρες. Η οικονομική κατάσταση των ασθενών αποτελεί επίσης καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης τους με τους ασθενείς με υψηλότερα εισοδήματα να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με εκείνους των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Επίσης η εθνικότητα των ασθενών, καθώς σχετίζεται με πολιτισμικές διαφορές και διαφορετική γλώσσα ομιλίας, έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ικανοποίηση των αλλοδαπών ασθενών.

Η ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών έχει και αυτή επίδραση στην ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Η φυσική κατάσταση, η σωματική ανικανότητα και η ψυχολογική πίεση των ασθενών, έχουν αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση τους (Αγαγιώτη, 2025). Επιπλέον η σοβαρότητα και η πολυπλοκότητα της ασθένειας μπορεί να επεξηγήσει γιατί τα τριτοβάθμια νοσοκομεία που δέχονται βαρύτερα περιστατικά, αναφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών από ότι τα μεσαία και μικρά νοσοκομεία, καθώς οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες σε πιο εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες. Οι ασθενείς επίσης αντιλαμβάνονται πιο προσωποποιημένη την υγειονομική φροντίδα στα μικρότερα νοσοκομεία, απ ότι στα μεγάλα (Gok & Sezen, 2013). Τέλος σε έρευνα στην ισπανική επικράτεια κατά τα έτη 2012-2019 των Santos-Jean et al., (2019) διαφάνηκε ότι αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία ως κατά κεφαλήν ΑΕΠ οδηγεί σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, μέσω της μείωση του χρόνου αναμονής για συμβουλευτική και για τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων.

2.3 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Στη σύγχρονη ανταγωνιστική αγορά επιζητείται διαρκώς η άποψη των καταναλωτών με σκοπό τη βελτιστοποίηση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποτελούν την επιτομή των καταναλωτών και έχουν αναμφισβήτητο το δικαίωμα έκφρασης της γνώμης τους (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Η μέτρηση της

ικανοποίησης χρησιμοποιείται κυρίως ως μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι πληροφορίες που δίνουν οι ασθενείς αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συμβάλουν στην αναβάθμιση των παραμέτρων της παρεχόμενης φροντίδας που χρήζουν βελτίωσης. Επομένως η ικανοποίηση των χρηστών υγείας δεν επιβεβαιώνεται μόνο ως μέτρο της ποιότητας, αλλά συνιστά και σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει προτερήματα και για τους ίδιους τους ασθενείς, αφού μπορεί να συνδράμει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας και στην ταχύτερη ανάρρωση τους, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, ελαχιστοποιώντας συγχρόνως τον χρόνο και το κόστος νοσηλείας. Η μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και οι καλές συνθήκες διαμονής συνεισφέρουν στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, για να αντιμετωπίσουν καλύτερα το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί (Θανασάς, 2019). Επιπλέον, εξετάζοντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να είναι ενεργοί στη διαδικασία της θεραπείας τους και να εμπιστεύονται το υγειονομικό σύστημα (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Ακόμη οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν και για το προσωπικό των νοσοκομείων, δεδομένου ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω των επισημάνσεων που απορρέουν από τη μέτρηση ικανοποίησης, προάγουν την υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας λόγω της εκτίμησης και του σεβασμού που εισπράττουν από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους (Θανασάς, 2019).

Παράλληλα όταν η υγειονομική περίθαλψη διατίθεται δημόσια, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των χρηστών για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι συντονιστικοί μηχανισμοί της διασφάλισης της ποιότητας έχουν σχεδιάσει την αύξηση της λογοδοσίας της διοίκησης και των επαγγελματιών υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται ότι εφαρμόζονται οι θεμελιώδεις κατευθυντήριες οδηγίες περίθαλψης και ότι περιφρουρούνται τα δικαιώματα των ασθενών (Crow, et al., 2002). Δημιουργούνται έτσι και οι συνθήκες για τη δημιουργία της αναγκαίας στοχοθεσίας στο ασθενοκεντρικό περιβάλλον μιας νοσοκομειακής μονάδας (Γούλα και συν., 2017)

Επιπλέον η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι καίριας σημασίας για τις διοικήσεις των νοσηλευτικών μονάδων και για όσους λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων λόγω των αυξημένων απαιτήσεων. Οι απόψεις των ασθενών μπορούν να αξιοποιηθούν από τη διοίκηση για την αξιολόγηση, την επιδοκιμασία και αναπτέρωση του

ηθικού των επαγγελματιών υγείας Μπορεί επίσης η ικανοποίηση ασθενών να μετρηθεί σε συνδυασμό με το κόστος, ώστε να προκύψουν νέα στοιχεία για το σχεδιασμό στρατηγικών για την υγεία (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Το οικονομικό κέρδος από την καλύτερευση τη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τη μείωση του λειτουργικού κόστους, προερχόμενη από την ταχεία αντιμετώπιση της ασθένειας, με την εξοικονόμηση χρηματικών πόρων και με την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος από μικροοικονομική άποψη, καθώς και με τη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας από μακροοικονομική πλευρά (Θανασάς, 2019).

2.4 Τρόποι και δυσκολίες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο Donabedian ισχυρίζεται πως για να απαντηθεί το πόσο ικανοποιημένος είναι ένας ασθενής από τη νοσηλεία του, ο καλύτερος τρόπος είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ως ο πιο αξιόπιστος κριτής, επειδή μπορεί να προσφέρει στοιχεία για ζητήματα, πέρα από τις πληροφορίες που υπάρχουν ήδη στον ιατρικό του φάκελο (Λαμπράκη και συν., 2013).

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών είναι σύνθετες, αλλά δύνανται να γίνουν επωφελείς όταν συνεκτιμούν επαρκή και εύστοχη γνώση. Ο προσδιορισμός της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιείται με την εφαρμογή ποσοτικών ή ποιοτικών ερευνών. Η ποιοτική μέθοδος υλοποιείται μέσω συνέντευξης με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και η συζήτηση μπορεί να διαρκέσει μία με δύο ώρες. Η ποσοτική μέθοδος επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο, το οποίο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου (Κοτσάμπαση, 2019). Τα ερωτηματολόγια συνιστούν τα καλύτερα εργαλεία για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Το κλειδί της επιτυχίας για την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων έγκειται στην επιλογή των κατάλληλων ερωτήσεων και στη δυνατότητα για αρκετές απαντήσεις στην ίδια ερώτηση. Ο σχεδιασμός των ερωτηματολογίων πρέπει να είναι αξιόπιστος και να περιλαμβάνει ζητήματα πρόσβασης, επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης με τους επαγγελματίες υγείας και εξυπηρέτησης ξενοδοχειακού αλλά και γενικού τύπου. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι χρειάζονται περί τα 400 ερωτηματολόγια για τη άντληση αξιόπιστων συμπερασμάτων, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι ακόμη και 50-100 ερωτηματολόγια μπορούν να προσφέρουν ικανές πληροφορίες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών (Πολύζος και συν., 2004).

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας μπορεί να μελετηθούν ατομικά ή σε ομάδες. Είναι δυνατό τα άτομα να συμπληρώσουν μόνα τους το ερωτηματολόγιο ή να περάσουν από

συνέντευξη. Τα ερωτηματολόγια μπορούν να μοιραστούν επί τόπου σε έντυπη μορφή ή και να αποσταλούν ταχυδρομικά στο σπίτι των ασθενών ή με sms στο κινητό τους τηλέφωνο. Οι προσωπικές συνεντεύξεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με δια ζώσης συνομιλίες ή εξ αποστάσεως από το σπίτι.

Τα ερωτηματολόγια έχουν κατά κανόνα ένα σκέλος που αφορά τις παραμέτρους της φροντίδας που θα κληθούν να αξιολογήσουν οι ασθενείς και ένα σκέλος που αποτυπώνει την κλίμακα βάση της οποίας θα οριστούν οι επιλογές των συμμετεχόντων στην έρευνα για να διατυπώσουν το επίπεδο ικανοποίησης τους. Η λέξη ικανοποίηση δεν κρίνεται σκόπιμο να αναφέρεται σε κάποιο από τα δύο σκέλη, καθώς οι ερωτηθέντες έχουν την τάση να την υποστηρίζουν ως έννοια. Το ένα σκέλος μπορεί να παρουσιάζει δηλώσεις σχετικές με πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τις οποίες θα αξιολογήσουν οι ασθενείς και θα προκύπτουν έμμεσα με αυτόν τον τρόπο το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Αναφορικά με τις κλίμακες μέτρησης, υπάρχουν στη διάθεση των ερευνητών αρκετές τεχνικές κλιμάκωσης. Μια τεχνική κλιμάκωσης που χρησιμοποιείται συχνά στις έρευνες ικανοποίησης είναι η κλίμακα Likert, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν τις παραμέτρους μιας υπηρεσίας ή να αναφέρουν τον βαθμό όπου συμφωνούν ή διαφωνούν με τις προκαθορισμένες δηλώσεις. Για τον ορισμό των βημάτων της κλίμακας αποδίδονται αριθμητικές τιμές (π.χ 1 έως 5) και οι βαθμολογίες μπορούν να προστεθούν ανά ομάδα δηλώσεων που μελετούν την ίδια παράμετρο (Crow, et al., 2002).

Η έρευνα της Γούλα και των συνεργατών της (2016), εντόπισε δυσκολίες από την πλευρά των ασθενών ως προς τη διάθεση τους να συμμετέχουν σε μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης τους. Οι κύριες δυσκολίες επικεντρώνονται στην άρνηση των ασθενών να μετέχουν εξαιτίας της επιφυλακτικότητας τους και της ανεπαρκούς ενημέρωσης τους, καθώς επίσης και λόγω της μη κατάλληλης σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης τους για την παροχή αξιόπιστων πληροφοριών. Ορισμένα από τα παραπάνω προβλήματα είναι δυνατόν να οφείλονται στην ελλιπή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού των υγειονομικών μονάδων για τέτοιου είδους μελέτες, στο φόρτο εργασίας τους, στην έλλειψη προσωπικού και στην απουσία οργανωμένων τρόπων αξιολόγησης. Διαχρονικά το υγειονομικό προσωπικό ήταν αυτό που καθόριζε τις ανάγκες των ασθενών και το πως θα καλύπτονταν. Οπότε η απροθυμία να λάβουν την άποψη των ασθενών διαφεύγοντας τον εξωτερικό έλεγχο, έγκειται στη ιδιότητα των επαγγελματιών να ορίζει ο εσωτερικός τους έλεγχος για το ποια νοείται ποιοτικά κατάλληλη επαγγελματική συμπεριφορά (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Άλλες δυσκολίες έχουν να κάνουν με την ηλικία των ασθενών, το

εκπαιδευτικό και πολιτισμικό τους επίπεδο, τα εκτενή ερωτηματολόγια με δυσνόητες έννοιες για τους ασθενείς και την έμμεση επιρροή της στάσης των ασθενών από τη χρήση μη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης τους (Γούλα και συν., 2017)

2.5 Αμφισβήτηση των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών.

Μολονότι έχει επιβεβαιωθεί η χρησιμότητα της ικανοποίησης των προσδοκιών των ασθενών, εκφράζονται ενδοιασμοί για την εγκυρότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης τους. Αρχικά αντίρρηση αποτελεί η πεποίθηση ότι οι αξιολογήσεις για την ενδεδειγμένη πρακτική παροχής φροντίδας αποτυπώνουν την υποκειμενική άποψη των ασθενών σύμφωνα με τις καταστάσεις που βιώνει ο καθένας κατά τη νοσηλεία του και το υπόβαθρο του και δεν προτείνεται για αντικειμενική μέτρηση. Ένα άλλο πρόβλημα σύμφωνα με τη θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας είναι ότι οι άνθρωποι δε θα αποδεχτούν ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν, γιατί αυτό θα υπονοούσε ασυνέπεια προς τη συμπεριφορά τους (Crow, et al., 2002).

Άλλοι λόγοι αναφέρονται στις ανεπαρκείς επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις των ασθενών για να εκτιμήσουν την ποιότητα της φροντίδας, στην πιθανή κακή ψυχολογική τους κατάσταση για την έκφραση αντικειμενικών απόψεων, στην ταχύτητα εναλλαγής των θεραπευτικών διαδικασιών που δυσχεραίνουν τη δυνατότητα των ασθενών να έχουν μια ολοκληρωμένη άποψη του γίγνεσθαι και στους διαφορετικούς στόχους ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Επιπλέον όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τη κοινωνική τάξη και την κατάσταση υγείας των ασθενών. Παράλληλα η διδασκαλία της αυτοφροντίδας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς επιδιώκεται η αλλαγή στον τρόπο ζωής τους (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Ακόμη οι ασθενείς δυσκολεύονται να είναι ειλικρινείς στη διατύπωση των απόψεων τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και αυτό φαίνεται να συμβαίνει γιατί υπάρχει η τάση κοινωνικής συμμόρφωσης και εξάρτησης τους από το προσωπικό. Βαθύτερα αίτια αυτής της δυσκολίας μπορεί να είναι η παρερμηνεία των ιατρικών οδηγιών, η ανεπαρκής

ενημέρωση για την ασθένεια τους, η μη αποδοχή της νόσου και η συννοσηρότητα (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

2.6 Η ικανοποίηση των ασθενών στην Ελλάδα

Η Ελλάδα με το ΦΕΚ 4133 τεύχος δεύτερο 30-07-2025 με γνώμονα την ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, μέσω της αξιοποίησης της εμπειρίας των νοσηλευθέντων ασθενών στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχει πλέον θεσπίσει την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών διενεργείται μέσω του ψηφιακού εργαλείου Αξιολόγησης της Εμπειρίας του Ασθενή που εκκινήθηκε τον Ιούλιο του 2025, το οποίο καταγράφει τη γνώμη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης, στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων, δίνοντας άμεση αναπληροφόρηση, με σκοπό να κατευθύνει τις βελτιωτικές δράσεις του συστήματος υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Προϋποθέσεις συμμετοχής στην αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι οι ασθενείς να έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος ηλικίας τους, να διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα, να έχουν ΑΜΚΑ, να έχουν νοσηλευτεί για τουλάχιστον μία μέρα σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., και να έχουν ενεργοποιήσει την άυλη συνταγογράφηση. Εξαίρεση αποτελούν οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί σε παιδιατρικές και ψυχιατρικές κλινικές. (ΦΕΚ Β' 4133/2025).

Οι επιλέξιμοι ασθενείς μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο δέχονται ένα γραπτό μήνυμα (sms) στο κινητό τηλέφωνο που έχει καταχωρηθεί στο σύστημα άυλης συνταγογράφησης τους και μέσω ενός μοναδικού συνδέσμου ανακατευθύνονται σε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο 35 ερωτήσεων που περιλαμβάνει τις βασικές παραμέτρους της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Οι περιοχές αξιολόγησης της νοσηλείας, αφορούν την προσβασιμότητα, την οργάνωση και το συντονισμό της φροντίδας, την ποιότητα φροντίδας του προσωπικού, την υποστήριξη των ασθενών για τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, την καθαριότητα και την υγιεινή, την καθοδήγηση των ασθενών κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και τη γενική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική και ανώνυμη (ΦΕΚ Β' 4133/2025).

Τα πρώτα αποτελέσματα του ψηφιακού εργαλείου αξιολόγησης της εμπειρίας του ασθενή στα νοσοκομεία του ΕΣ.Υ. αναφέρονταν στην περίοδο από 14 Ιουλίου του 2025 έως 03 Οκτωβρίου 2025. Συνολικά συμπληρώθηκαν 14.885 ερωτηματολόγια και ο γενικός σταθμισμένος μέσος όρος ικανοποίησης ανήλθε σε 4,04/5. Οι παράμετροι με την υψηλότερη βαθμολογία ήταν η επάρκεια του ιατρικού προσωπικού και του εξοπλισμού με εξίσου 92% και οι οδηγίες που δόθηκαν στους ασθενείς πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο με 91% . Αντίθετα οι παράμετροι με τη χαμηλότερη βαθμολογία ήταν η σίτιση με 48% και με 61% η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού και η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αντίστοιχα (Υπουργείο Υγείας, 2026).

Σύμφωνα με τα τελευταία αποτελέσματα που αφορούσαν το χρονικό διάστημα από 14 Ιουλίου 2025 έως τις 28 Απριλίου 2026, εστάλησαν 316.444 sms και υποβλήθηκαν 57.525 ερωτηματολόγια που υπολογίζεται σε 18,2% ποσοστό αποκρισιμότητας. Η γενική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας παρέμεινε σε υψηλό επίπεδο με το σταθμισμένο γενικό μέσο όρο ικανοποίησης να αποτιμηθεί σε 4,09/5. Η εμπιστοσύνη στους γιατρούς έφτασε στο 86% και η ευγένεια και ο σεβασμός που εισέπραξαν από αυτούς στο 87%. Όσο αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό η εμπιστοσύνη των ασθενών ανήλθε σε 81% και η ευγενική και σεβαστική συμπεριφορά τους που έλαβαν στο 84%. Στον αντίποδα η ποιότητα του φαγητού συγκέντρωσε τις λιγότερες θετικές αξιολογήσεις με ποσοστό 49% και επίσης πτυχές της ασθενοκεντρικής φροντίδας, όπως η ψυχολογική υποστήριξη αξιολογήθηκε θετικά από το 51% των ασθενών και η συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων από το 62% αντίστοιχα (Ενωση Ασθενών Ελλάδας, 2024)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG's)

3.1 Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). ιδρύθηκε το 1983 με το Νόμο 1397/83 που προέβλεπε τη λειτουργική ενοποίηση των εθνικών υγειονομικών υποδομών. Σκοπός του είναι η δωρεάν και απρόσκοπτη νοσοκομειακή και φαρμακευτική κάλυψη όλου του πληθυσμού της Ελλάδας (Κοτσάμπαση, 2019). Το Ε.Σ.Υ. αποτελείται από επτά υγειονομικές περιφέρειες. 1^η ΥΠΕ είναι η Αττικής, 2^η η Πειραιώς και Αιγαίου, 3^η η Μακεδονίας, 4^η η Μακεδονίας και Θράκης, 5^η η Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, 6^η η Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος, και 7^η η Κρήτης (Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας, 2012). Οι υγειονομικές περιφέρειες διοικούν τρεις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, και συγκεκριμένα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που περιλαμβάνει τη φροντίδα που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές μονάδες Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας που προσφέρεται από νοσοκομεία που δύνανται να αντιμετωπίσουν βασικά προβλήματα υγείας και την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που μπορεί να νοσηλεύσει σοβαρά περιστατικά υγείας (Κοτσάμπαση, 2019).

Δημόσια νοσοκομεία ορίζονται οι νοσηλευτικές μονάδες που τελούν υπό κρατικό έλεγχο και παρέχουν το σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών βασιζόμενα στο εργατικό δυναμικό που διαθέτουν (Κοτσάμπαση, 2019). Η ταξινόμηση των νοσοκομείων γίνεται ανάλογα με το μέγεθος τους και το βαθμό επίδρασης τους στην υγειονομική περίθαλψη. Στο Ε.Σ.Υ. λειτουργούν 26 μεγάλα νοσοκομεία που έχουν πάνω από 400 κλίνες και παρέχουν στην πλειοψηφία τους Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 73 μεσαία νοσοκομεία που διαθέτουν έως 400 κλίνες και προσφέρουν τα περισσότερα Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, 17 Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας που είναι μικρές μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης και 13 ειδικά νοσοκομεία, κυρίως

ψυχιατρικά, αλλά και δερματικών παθήσεων και 1 οφθαλμολογικό (Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας, 2012).

Στην Ελλάδα επικρατεί αδιάκοπη εξάρτηση από τη νοσοκομειακή περίθαλψη (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Περίπου το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών καλύπτονται από τα δημόσια νοσοκομεία. Παρατηρείται όμως μειωμένη πληρότητα στα μικρότερα νοσοκομεία της ελληνικής περιφέρειας της τάξεως του 40-60% λόγω ελλείψεων σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σε εξοπλισμό και τεχνολογικά μέσα και συμφόρηση στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η άμεση διαχείριση των περιστατικών, προκαλώντας μεγάλους χρόνους αναμονής (Αγαγιώτη, 2025).

3.2 Οικονομικές προκλήσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία το 2010 εκτιμήθηκε ότι το 20-40% των συνολικών πόρων που διατίθενται για την υγεία, σπαταλούνται. Οι κύριες πηγές τεχνικής αναποτελεσματικότητας που επισημάνθηκαν ήταν η ανεπάρκεια του υγειονομικού προσωπικού, οι υψηλές τιμές, η υποδεέστερη ποιότητα και έκταση των υγειονομικών υπηρεσιών, η κατάχρηση των φαρμάκων, και η αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Izquierdo, et al., 2018).

Ως αποδοτικότητα των νοσοκομείων μπορεί να οριστεί ο λόγος του εντοπισμένου βαθμού επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο αποτέλεσμα που θα μπορούσε να επιτευχθεί με τους διαθέσιμους πόρους (Μαρίνος, 2024). Συνήθως χρησιμοποιούνται οι πτυχές της τεχνικής και κατανεμητικής αποδοτικότητας για την αξιολόγηση της συνάρτησης της παραγωγής. Η κατανεμητική αποδοτικότητα αφορά την διανομή των πόρων στον κατάλληλο συνδυασμό υγειονομικών υπηρεσιών, ώστε να προσφερθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα υγείας για μια συγκεκριμένη συνολική δαπάνη, ή με τη μικρότερη δαπάνη να επιτευχθεί μια ορισμένη βελτίωση στην υγεία. Η τεχνική αποδοτικότητα αναφέρεται στην επίτευξη του ανωτάτου ορίου παραγωγής για μια καθορισμένη ποσότητα εισροών, σύμφωνα με συγκεκριμένες προδιαγραφές υλοποίησης, ή στην κατανάλωση της ελάχιστης δυνατής εισροής για την παραγωγή συγκεκριμένων υγειονομικών αποτελεσμάτων (Izquierdo, et al., 2018). Η μέτρηση της αποδοτικότητας μπορεί να συμβάλει στην εξοικονόμηση πόρων, στην αύξηση της ικανοποίησης ασθενών και επαγγελματιών υγείας και σε εφαρμογή

αποδοτικότερων προγραμμάτων υγείας (Αγαγιώτη, 2025). Στους δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας συμπεριλαμβάνονται τα κόστη ανά νοσηλευόμενο ασθενή, ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ομάδα ομοειδών νοσημάτων (DRG) (Μαρίνος, 2024).

Οι νέες οικονομικές συγκυρίες στον τομέα της υγείας διεθνώς υπαγορεύουν στους υγειονομικούς φορείς τον περιορισμό των δαπανών περίθαλψης (Αγαγιώτη, 2025). Την περίοδο της οικονομικής κρίσης μεταξύ 2009-2011 μειώθηκαν οι συνολικές δαπάνες υγείας στην πλειοψηφία των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. με την Ελλάδα να καταγράφει τη μεγαλύτερη μείωση στη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας με ποσοστό 11,1%. Παράλληλα προωθήθηκαν γρηγορότερα μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, όπως η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα τον ΕΟΠΥΥ, η εφαρμογή μίας νέας μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων βασισμένης στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRG's), η τιμολόγηση και αποζημίωση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων και η διοίκηση στις μονάδες υγείας (Σαραντοπούλου, 2015).

Εξετάζοντας τα τελευταία στοιχεία παρατηρήθηκε ότι το 2023 η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα κατανάλωσε το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών για την υγεία με ποσοστό 43%, συγκριτικά αρκετά πιο μεγάλο από το μέσο όρο του 28% της Ευρωπαϊκής Ένωσης (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Επίσης κατά τα έτη 2020-2024 σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, (2026), οι νοσοκομειακές δαπάνες καταγράφουν ανά έτος σταθερή ανοδική πορεία.

3.3 Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως προς τη χρηματοδότηση του ως μεικτό σύστημα, καθώς διαθέτει χαρακτηριστικά τόσο του προτύπου Beveridge, όσο και του προτύπου Bismarck. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες (Κοτσάμπαση, 2019). Κατά το έτος 2024 η γενική κυβέρνηση χρηματοδότησε το 29,9% των συνολικών δαπανών για την υγεία, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης το 30,8% και το 39,3% χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτικές πληρωμές (ΕΛΣΤΑΤ, 2026). Παράλληλα το σύστημα υγείας λαμβάνει επιχορηγήσεις από χρηματοδοτικά προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της Ε.Ε. χορήγησε στην Ελλάδα κονδύλια για τον εκσυγχρονισμό των υποδομών, τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό της Υγείας, για Προγράμματα

Προσυμπτωματικού Ελέγχου και δράσεις για την ψυχική υγεία. Επίσης μέσω της Πολιτικής Συνοχής της Ε.Ε. (2021-2027), χρηματοδοτείται η υγειονομική περίθαλψη της Ελλάδας με στόχο την προσβασιμότητα, τις υποδομές, τον εξοπλισμό, την κινητή περιουσία, την ενεργό γήρανση και τη ψηφιοποίηση και ταυτόχρονα εφαρμόζεται ανώτατο όριο 40% για δαπάνες υποδομών και εξοπλισμού στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία με σκοπό της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Επιπλέον υπό το πρίσμα των προγραμμάτων εργασίας EU4Health οι Έλληνες έλαβαν άμεσες επιχορηγήσεις και επιχορηγήσεις δράσεων, κατά κύριο λόγο για δραστηριότητες κατά του καρκίνου, ετοιμότητας σε περιπτώσεις κρίσεων και για ενέργειες ψηφιοποίησης (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Όσο αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (Κοτσάμπαση, 2019). Οι ασφαλισμένοι δέχονται υπηρεσίες υγείας από του κλάδους υγείας των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Πρόκειται για αναδρομική μέθοδο χρηματοδότησης, καθώς η πληρωμή γίνεται εκ των υστέρων.

Ως το 2011 το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα απαρτιζόταν από 30 ασφαλιστικά ταμεία που κάλυπταν τις υγειονομικές υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους τους. Με τον Ν. 3918/2011 συστάθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και πραγματοποιήθηκε η συνένωση των παραπάνω ταμείων που περιελάμβαναν το 85% των ασφαλισμένων τη χώρας. Με αυτόν τον τρόπο εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. περίπου 9,5 εκατομμύρια άτομα. Τα έσοδα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τις εισφορές των εργαζομένων, από τις επιστροφές των φαρμακευτικών εταιρειών (clawback) και από λοιπά έσοδα κοινωνικών φορέων. (Δημογέροντας, 2017)

Οι σημαντικότερες αρμοδιότητες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, η θεσμοθέτηση προτύπων ποιότητας, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, προσμετρώντας παράλληλα τη διαχείριση των κονδυλίων και των διαθέσιμων πόρων, καθώς και η καθιέρωση των κριτηρίων και των όρων για τις σύμβασης παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε δημόσιους και ιδιωτικούς υγειονομικούς φορείς αλλά και σε ιδιώτες γιατρούς (Ρήγας, 2020). Ο νέος ενιαίος φορέας ασφάλισης αποτελεί σήμερα τον μεγαλύτερο δημόσιο αγοραστή υπηρεσιών υγείας, έχοντας έτσι σημαντικό πλεονέκτημα κατά τη διαπραγμάτευση των τιμών. Στην Ελλάδα έχει ενταχθεί ως μέθοδος κοστολόγησης των νοσηλίων τα DRG's και σύμφωνα με το

υπολογιζόμενο κόστος πραγματοποιείται η αποζημίωση των νοσοκομείων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Δημογόροντας, 2017).

3.4 Diagnosis Related Groups (DRG's)

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των DRG ξεκίνησε τη δεκαετία του 1970 στο πανεπιστήμιο Yale των Η.Π.Α. , με αρχικό ερέθισμα τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού πλαισίου παρακολούθησης της ποιότητας και της χρήσης των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. (Ρήγας, 2020). Τα DRG's είναι μία μέθοδος κατηγοριοποίησης των ασθενών και η επιτέλεση τους στηρίζεται στην ταξινόμηση των ασθενών και στην κοστολόγηση (Σταθόπουλος, 2019) Το σύστημα των DRG's κατανέμει τα κλινικά περιστατικά των νοσοκομείων σε συγκεκριμένες ομάδες, χρησιμοποιώντας ένα ειδικό λογισμικό σύστημα που στηρίζεται στη διεθνή κωδικοποίηση διάγνωσης ασθενειών (ICD), στην κωδικοποίηση των κλινικών διαδικασιών, σε δημογραφικά στοιχεία των ασθενών όπως το φύλο, η ηλικία και η μέση διάρκεια νοσηλείας, στην κατάσταση υγείας του ασθενή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και στην εμφάνιση επιπλοκών και ύπαρξη συνοδών νοσημάτων (Στουφής και συν., 2024). Αναφορικά με την κοστολόγηση των DRG's το κόστος προέρχεται από το άθροισμα του κόστους νοσηλείας με το διοικητικό κόστος, το οποίο πολλαπλασιάζεται με έναν ειδικό συντελεστή (base rate). Ο μαθηματικός τύπος με τον οποίο εκτιμάται η αποζημίωση των νοσοκομείων για κάθε DRG είναι ο εξής:

$$R (\text{revenue}) = \text{CMI} \times \text{Αριθμός Ασθενών} \times \text{Ειδικός συντελεστής (base rate)}$$

Η μεταβλητή CMI εκφράζει το μέσο σχετικό κόστος ανά ασθενή και αποτελεί σημαντικό δείκτη καθώς φανερώνει τη βαρύτητα της κάθε κατηγορίας ως προς το μείγμα περιστατικών και αποτελεί καθοριστικό προσδιοριστικό δείκτη της αποζημίωσης που θα λάβει το νοσοκομείο για κάθε ομάδα DRG. Ο συντελεστής base rate διαφέρει για κάθε νοσοκομείο και αποτυπώνει κατά μέσο όρο το ποσό που χρεώνει το νοσοκομείο το οποιοδήποτε περιστατικό συμπεριλαμβάνεται σε ένα DRG. Ο συντελεστής αυτός διαφοροποιείται ανάλογα με το μέγεθος του νοσοκομείου, τη γεωγραφική του θέση και το είδος υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχει (Σταθόπουλος, 2019).

Σκοπό των DRG's αποτελεί η ομαδοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών με αντίστοιχες διαγνώσεις, θεραπείες και ιατρικό ιστορικό και η συστηματοποίηση της

κοστολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομείων, βάση αυτών των ομαδοποιήσεων νοσημάτων (Στουφής και συν., 2024). Κύριοι στόχοι του συστήματος των DRG's που απορρέουν από τη λειτουργία του είναι η ανάπτυξη νοσοκομειακών παραγόμενων προϊόντων που θα αποζημιώνονται ανάλογα με τους πόρους που απαιτούνται για την παραγωγή τους, καθώς και η χρηματοδότηση των νοσηλευτικών μονάδων σύμφωνα με το πραγματικό κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς (Σταθόπουλος, 2019).

Πλεονεκτήματα της εφαρμογής των DRG's αποτελούν η δυνατότητα σύγκρισης όπως και η ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων, σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Ακόμη το σύστημα των DRG's συμβάλλει στην καταγραφή του κόστους συνολικά και ανά τμήμα, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιστατικών, στην προτυποποίηση των διαδικασιών, στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και των λιστών αναμονής, στην αύξηση παραπομπών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως επίσης στην αποδοτικότερη οικονομική διαχείριση και λειτουργία των νοσοκομείων.

Αντίθετα τα κυριότερα μειονεκτήματα των DRG's είναι η εσφαλμένη ταξινόμηση των περιστατικών λόγω λανθασμένης εκτίμησης της βαρύτητας τους, η παραλαβή περιστατικών ακριβότερων διαγνωστικών κατηγοριών, η μειωμένη ποιότητα υπηρεσιών υγείας λόγω άστοχης κωδικοποίησης DRG, η απόρριψη ζημιολόγων περιστατικών, η επιρροή των οικονομικών κριτηρίων στις ιατρικές αποφάσεις, η χορήγηση πρόωρων εξιτηρίων, η αύξηση των επανεισαγωγών και η αύξηση του κόστους λόγω υλοποίησης αναγκαίων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και αναβάθμισης των πληροφοριακών συστημάτων και των βάσεων δεδομένων (Σταθόπουλος, 2019).

3.5 Εφαρμογή DRG's στην Ευρώπη

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων στις Η.Π.Α. έθεσαν από το 1983 τα DRG's σε πιλοτική εφαρμογή πέντε ετών στο υγειονομικό σύστημα Medicare και μετέπειτα διευρύνθηκε η χρήση τους σε πολλές χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και της Ευρώπης ως σύστημα για την αποπληρωμή των νοσοκομείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς στους νοσηλευθέντες ασθενείς (Σταθόπουλος, 2019). Οι Η.Π.Α. προσπάθησαν να μειώσουν τις δαπάνες και ταυτόχρονα να βελτιώσουν τη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω του καινοτόμου μοντέλου αποζημίωσης ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (Tsai, et al., 2016). Η πρώτη χώρα

της Ευρώπης που υιοθέτησε τα DRG's ήταν η Πορτογαλία το 1988, μετέπειτα τα εφάρμοσαν οι Σκανδιναβικές χώρες και στη συνέχεια και οι υπόλοιπες.

Οι κύριοι λόγοι που ώθησαν τις χώρες της Ευρώπης να αποδεχτούν την εφαρμογή των DRG's ήταν τα μη αποτελεσματικά υπάρχοντα συστήματα αποζημιώσεων, εσωτερικοί παράγοντες των κρατών και η επιρροή τους από την ήδη εφαρμογή τους σε άλλες χώρες. Οι κοινές στοχεύσεις των κρατών της Ευρωπαϊκής ηπείρου με την εισαγωγή των DRG's αφορούσαν τη μείωση των δαπανών υγείας, τον περιορισμό του κόστους νοσηλείας, την ενίσχυση της διαφάνειας με τη συστηματική αποτύπωση των περιστατικών, τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και εν τέλει την αποδοτική αξιοποίηση των διατιθεμένων πόρων για τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Σταθόπουλος, 2019). Συνεπώς ο λόγος υιοθέτησης του συστήματος των DRG's δεν αφορούσε μόνο την εύλογη αποζημίωση των παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά και την αποτροπή προσφοράς περιττών υπηρεσιών, όπως και την παρότρυνση παροχής αποτελεσματικής φροντίδας. Με γνώμονα το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, η μέθοδος πληρωμής των νοσοκομείων σύμφωνα με τα DRG's εναρμονίζεται με το σχεδιασμό οικονομικών πολιτικών περικοπής των δαπανών και αποτελεσματικής χρησιμοποίησης των πόρων. (Ρήγας, 2020).

Έρευνα αξιολόγησης της εφαρμογής των DRG's δεν εντόπισε αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης, παρά μόνο κάποια ζητήματα όσο αφορά την τεκμηρίωση των περιστατικών στο πέρας των ετών εφαρμογής τους (Ρήγας, 2020). Επίσης σύμφωνα με μελέτη των Hagen et al., (2006) στα νορβηγικά νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι η εισαγωγή των DRG's επηρέασε σημαντικά στην αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων, ενώ δεν είχε ασήμαντη επίδραση στην οικονομική αποδοτικότητα. Παράλληλα δεν παρουσιάστηκε άμεσος αντίκτυπος από την εφαρμογή των DRG's στην ικανοποίηση των ασθενών.

3.6 Εφαρμογή DRG's στην Ελλάδα

Ωστόσο η Ελλάδα ήταν από τις τελευταίες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εφάρμοσε τη μέθοδο των DRG's λόγω των περιορισμών στους οποίους υποχρεώθηκε η ελληνική κυβέρνηση από την υπογραφή των Μνημονίων Συνεργασίας με την Τρόικα. Το 2011 η Ελλάδα θέτει σε ισχύ ένα παρόμοιο σύστημα με τα DRG's, τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), που κοστολογούσαν τα περιστατικά νοσηλείας σύμφωνα με την αρχική

διάγνωση και τη διαδικασία θεραπείας. Σαν πρότυπο χρησιμοποιήθηκε το Αυστραλιανό μοντέλο DRG. Υπό αυτό το πρίσμα δημιουργήθηκαν 700 επιλογές αποζημίωσης ομαδοποιημένες σε 25 κύριες διαγνωστικές κατηγορίες και εφαρμόστηκε πιλοτικά το σύστημα των KEN- DRG's σε 20 δημόσια νοσοκομεία και των 7 υγειονομικών περιφερειών (Πολύζος και συν., 2013).

Παρόλο που η μέθοδος των DRG's εγγυόταν χρέωση των ταμείων βάση του πραγματικού κόστους εντούτοις η πρώτη υλοποίηση των KEN- DRG's προκάλεσε τελικά αύξηση των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, λόγω της μη προσαρμογής της κοστολόγησης στην ελληνική πραγματικότητα και στις ελληνικές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών (Σαραντοπούλου, 2015). Επίσης δεν πραγματοποιήθηκε ορθολογικός προσδιορισμός του κόστους καθώς η Ελλάδα δεν απέκτησε το εξειδικευμένο λογισμικό (groupier) για την κατηγοριοποίηση των περιστατικών στα ανάλογα KEN- DRG's , αλλά το υπουργείο Υγείας ανέπτυξε μια εφαρμογή για αυτό το σκοπό, που όμως ήταν ελλιπής και τα περιστατικά ταξινομούνταν από τα γραφεία κίνησης των ασθενών σε διαγνωστικές κατηγορίες χωρίς αυτοματοποίηση, αλλά σύμφωνα με την κρίση των διοικητικών υπαλλήλων (Ρήγας, 2020). Έτσι το Φεβρουάριο του 2012 γίνεται η πρώτη αναθεώρηση του συστήματος KEN- DRG's, όπου μειώνεται η τιμή όλων των KEN- DRG's κατά μέσο όρο 10% και τον Μάρτιο του 2012 τα πακέτα αποζημίωσης αυξήθηκαν σε 760 (Πολύζος και συν., 2013).

Το 2014 θεσμοθετείται το Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (KETEKNY), όπου επιδιώκει την ανάπτυξη για πρώτη φορά ελληνικής έκδοσης διαγνωστικές ομοιογενείς ομάδες βάση το γερμανικού μοντέλου DRG του 2013. Από τότε έχουν διενεργηθεί σημαντικά εγχειρήματα εναρμόνισης τους με το ελληνικό σύστημα υγείας (Ρεβένα, 2026). Το 2019 το KETEKNY ξεκινά την ανάπτυξη του ελληνικού DRG (Gr-DRG) με την εφαρμογή του ειδικού αλγορίθμου που μετατρέπει αυτόματα τα ιατρικά δεδομένα (διαγνώσεις κατά ICD-10, ιατρικές πράξεις, ηλικία) σε μία συγκεκριμένη κατηγορία DRG (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Πλέον το σύστημα των διαγνωστικών ομοιογενών ομάδων εφαρμόζεται καθολικά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αλλά συνεχίζει να αντιμετωπίζει δυσκολίες, όπως η ελλιπής καταγραφή των δεδομένων, η ανεπάρκεια καταρτισμένου προσωπικού για τη διαχείριση του συστήματος των DRG's και η ατελής εφαρμογή των απαραίτητων προδιαγραφών για τη λελογισμένη αποζημίωση των νοσοκομείων (Ρεβένα, 2026).

Με το ΦΕΚ 1068 του ελληνικού κράτους τεύχος δεύτερο 15-02-2024 προβλέπεται η προώθηση των δεδομένων κόστους νοσηλείας των ασθενών, των δημόσιων νοσοκομείων στο Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών με σκοπό τον ορισμό του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό και Διαγνωστική Ομοιογενή Ομάδα. Η κοστολόγηση βασίζεται στην αναλυτική λογιστική για κάθε κέντρο κόστους. Τα νοσοκομεία οφείλουν να μπορούν να επιβεβαιώνουν τα κόστη και την κατανομή τους και να πραγματοποιούν συνεχή καταγραφή των νοσηλευόμενων περιστατικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

4.1 Σκοπός ερευνητικής εργασίας

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί μια ευρέως αποδεκτή μέθοδο αξιολόγησης της ποιότητας των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και των δαπανών νοσηλείας τους δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας τους σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Να εξετάσει δηλαδή αν ανάλογα με το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών , επηρεάζεται ο βαθμός ικανοποίησης τους και σε ποιο τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά τη παραμονή τους στο νοσοκομείο.

4.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση και υποθέσεις έρευνας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Trinh et al., (2019) κατέδειξε ότι δεν είναι βέβαιο αν η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε χαμηλότερο ή υψηλότερο κόστος, καθώς υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα στη βιβλιογραφία.

Στη μελέτη των Pink et al., (2003), όπου χρησιμοποιήθηκαν ως δεδομένα η εμπειρία των ασθενών σε ένα δείγμα γενικών νοσοκομείων οξείας φροντίδας στο Οντάριο του Καναδά και τα στοιχεία από ένα μοντέλο κόστους του Υπουργείου Υγείας του Οντάριο, διαφάνηκε αντίστροφη επιδραστική σχέση μικρού μεγέθους μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και την οικονομικής αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων. Η διεξαγωγή έρευνας ιατρικών δαπανών από το 2000 έως το 2007 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε 51.946 ασθενείς, συμπέρανε ότι η μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών συσχετιζόταν και με μεγαλύτερες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Fenton, et al., 2012). Η μελέτη των Voda et al., (2018), σε δείγμα 31 χωρών, όπου χρησιμοποίησε στοιχεία των ετών 2012 έως 2014, έδειξε ότι οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης έρευνα των Valls Martinez et al., (2021), χρησιμοποιώντας δεδομένα από το Ισπανικό Υπουργείο Υγείας, Κατανάλωσης και Κοινωνικής Πρόνοιας για ολόκληρη τη χώρα μεταξύ 2005 και 2018, διαπίστωσε ότι τα έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης, είχαν θετική και σημαντική επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών. Με βάση την παραπάνω βιβλιογραφία η πρώτη υπόθεση που μπορεί να διατυπωθεί είναι η ακόλουθη.

Υπόθεση 1. Το υψηλότερο κόστος νοσηλείας επενεργεί θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών.

Αντίθετα έρευνα των Lim et al., (2018), λαμβάνοντας δεδομένα αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών και τα μέτρα απόδοσης των νοσοκομείων από ένα δείγμα 176 νοσηλευτικών μονάδων της Καλιφόρνιας των Η.Π.Α. κατέληξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών έχει σημαντική θετική επίδραση στην οικονομική απόδοση των νοσοκομείων. Παρομοίως σε μελέτη των Szyca et al., (2012) σε 180 ασθενείς χειρουργικών τμημάτων έξι νοσοκομείων την Πολωνία ελέγχθηκε ότι οι ασθενείς με μικρότερο μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα εμφανίστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επομένως η δεύτερη υπόθεση που γίνεται να εκφραστεί είναι η παρακάτω.

Υπόθεση 2. Το μικρότερο κόστος νοσηλείας συνδράμει θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών.

Επιπλέον μελέτη των Arista & Idris, (2019), σε δείγμα 117 ασθενών του νοσοκομείου Bhayangkara της πόλης Palembang στην Ινδονησία, παρουσίασε ότι το κόστος των υπηρεσιών του νοσοκομείου δεν έχει σημαντική σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών (p-value 0,368). Η τρίτη υπόθεση επομένως μπορεί να καταγραφεί ως η επόμενη.

Υπόθεση 3. Το κόστος νοσηλείας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών.

4.3 Υλικό και Μέθοδος

Η ιστάμενη έρευνα είναι περιγραφική ποσοτική μελέτη και πραγματοποιήθηκε σε ένα γενικό νοσοκομείο νησιού του Βορειοανατολικού Αιγαίου από τις 20-12-2025 έως τις 20-05-2026. Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και την αποτύπωση του κόστους νοσηλείας τους, επιλέχθηκε δείγμα 150 νοσηλευθέντων ασθενών κατανεμημένων ισομερώς σε 30 ασθενείς ανά τις 5 κλινικές του νοσοκομείου, μαιευτική, χειρουργική, παιδιατρική, παθολογική και καρδιολογική, ώστε να καλυφθεί μία πλήρης σειρά νοσημάτων, με διαφορετική αντιστοιχία κόστους το καθένα. Η δειγματοληπτική μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας και δεν υπήρξαν κριτήρια αποκλεισμού συμμετεχόντων.

Για τη συλλογή των δεδομένων ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το έντυπο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης νοσηλευόμενων Δ6/ Έκδοση 1/12.03.2019 της πανεπιστημιακής κλινικής Παθολογικής Φυσιολογίας –Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων και Πολύπλοκων Νοσημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Λαϊκό” . Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου και μία ερώτηση ανοιχτού τύπου που εξέταζαν 5 τομείς κατά τη νοσηλεία των ασθενών, την υποδοχή και διαμονή τους, την ιατρική παρακολούθηση, τη νοσηλευτική φροντίδα, τη γενική εξυπηρέτηση και τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής που νοσηλεύτηκαν. Στην αρχή του ερωτηματολογίου εμπεριέχονταν πρόσθετες ερωτήσεις που αναφέρονταν στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών μετρήθηκε με βάση τη κλίμακα Likert, όπου το 1 αντιπροσώπευε την αξιολόγηση τη ικανοποίησης τους ως «Κακή», το 2 ως «Μάλλον κακή», το 3 ως «Ούτε καλή ούτε κακή», το 4 ως «Μάλλον καλή» και το 5 ως «Πολύ καλή». Τα στοιχεία για το κόστος νοσηλείας των ασθενών αντλήθηκαν από το Γραφείο Κίνησης του νοσοκομείου μέσω του Αριθμού Μητρώου των ασθενών.

Πριν τη συλλογή των πληροφοριών λήφθηκε άδεια εκπόνησης της έρευνας από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και γνωστοποιήθηκε προφορικά και εγγράφως στους μετέχοντες ο σκοπός της έρευνας, η εθελοντική συμμετοχή τους, η τήρηση του

Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και η δυνατότητα για επίλυση αποριών σχετικών με τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Η διαδικασία της δειγματοληψίας πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη της ερευνήτριας με τους ασθενείς ή με διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων από το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών για τη συμπλήρωση τους από τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους, με την έκδοση του εξιτηρίου και πριν την αναχώρησή τους από το νοσοκομείο.

4.4 Στατιστική ανάλυση

Για τη διαχείριση των δεδομένων της έρευνας και την αξιολόγηση της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας SPSS έκδοση 21. Ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής που χρησιμοποιείται ευρύτερα στις μελέτες κοινωνικών επιστημών, είναι ο Cronbach's Alpha, όπου εξετάζει αν οι διαφορετικές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων επιτελούν τον προορισμό τους και δύνανται να μετρήσουν το ίδιο εξεταζόμενο μέγεθος (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Ανάλογα με την τιμή του Cronbach's Alpha που εξάγεται, υφίστανται καθορισμένοι κανόνες σχετικά με την αποτύπωση της αξιοπιστίας μιας κλίμακας. Συγκεκριμένα για α μεγαλύτερο ίσο του 0,9, η κλίμακα χαρακτηρίζεται από εξαιρετική αξιοπιστία, για α μικρότερο του 0,9 και ίσο ή μεγαλύτερο του 0,8, η κλίμακα χαρακτηρίζεται από καλή αξιοπιστία και για α μικρότερο του 0,8 και ίσο ή μεγαλύτερο του 0,7, η κλίμακα προσδιορίζεται αποδεκτής αξιοπιστίας. Επίσης για α μικρότερο του 0,7 και ίσο ή μεγαλύτερο του 0,6, η κλίμακα περιγράφεται αμφισβητήσιμης αξιοπιστίας, για α μικρότερο του 0,6 και ίσο ή μεγαλύτερο του 0,5, η κλίμακα θεωρείται χαμηλής αξιοπιστίας και για α μικρότερο του 0,5 απαράδεκτης αξιοπιστίας. Οι κλίμακες με τιμές α άνω του 0,7 γίνονται αυτοδίκαια αποδεκτές, αυτές με τιμές από 0,6 ως 0,7 προκρίνονται ως δεκτές αλλά με σύσταση επανελέγχου σε επόμενη έρευνα, οι κλίμακες μεταξύ 0,5 και 0,6 μπορούν να γίνουν δεκτές ανάλογα την περίπτωση, με υποχρεωτικό επανέλεγχο πριν την εφαρμογή τους από τον επόμενο μελετητή και τέλος οι κλίμακες κάτω από 0,5 αρμόζει να απορρίπτονται (Carmines, & Zeller, 1979).

Για τον υπολογισμό του βαθμού συσχέτισης των μεταβλητών διενεργήθηκε έλεγχος κανονικότητας με το τεστ Kolmogorov-Smirnov που αποτελεί σημαντική απαρχή της στατιστικής ανάλυσης. Αν η τιμή Significance (p-value) είναι μεγαλύτερη από 0.05 ($p > 0.05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και επομένως, η μεταβλητή ακολουθεί κανονική κατανομή. Αν η τιμή p-value είναι μικρότερη από 0.05 ($p < 0.05$), τα δεδομένα

αποκλίνουν αρκετά από την κανονική κατανομή (Paramasivam, et al., 2024). Με εξαίρεση μία κλινική, οι τιμές των μεταβλητών δεν εμφάνισαν κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια δεν ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθούν παραμετρικές συσχετίσεις κατά Pearson (r) και γι αυτό εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές συσχετίσεις κατά Spearman (ρ) (Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, -). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman μπορεί να λάβει αριθμητική τιμή από -1.00 έως 1.00. Για τιμές μεγαλύτερες του μηδενός η συσχέτιση είναι θετική και όταν αυξάνεται η μία μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη ή όταν μειώνεται η μία μεταβλητή μειώνεται και η άλλη. Για τιμές με αρνητικό πρόσημο η συσχέτιση είναι αρνητική και όταν αυξάνεται η μία μεταβλητή, η άλλη μεταβλητή μειώνεται. Η ισχύς της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών χαρακτηρίζεται πολύ χαμηλή όταν η τιμή του ρ κυμαίνεται από 0 - 0.19, χαμηλή για τιμές ρ μεταξύ 0.20 - 0.39, μέτρια όταν το ρ είναι ανάμεσα από 0.40 - 0.59, υψηλή όταν η τιμή του ρ κυμαίνεται από 0.60 - 0.79 και πολύ υψηλή για τιμές ρ από 0.80 - 1.00. Το σημαντικότερο στοιχείο της συσχέτισης είναι ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας (p) , όπου στο SPSS αναφέρεται ως SIG. Ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας φανερώνει αν η σύνδεση μεταξύ των δύο μεταβλητών εκτιμάται ως πραγματική ή τυχαία. Μια σχέση για να είναι στατιστικά σημαντική θα πρέπει το $p < 0.05$ και υποδηλώνει ότι υπάρχει πιθανότητα μόνο 5% το αποτέλεσμα να είναι τυχαίο (Κρομμύδας, -).

4.5 Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τις τιμές του δείκτη Alpha του Cronbach's του παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται η καλή αξιοπιστία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, καθώς το σύνολο των τιμών είναι άνω του 0.8.

Πίνακας 1. Δείκτης Cronbach's Alpha

Κλίμακα	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's Alpha
Υποδοχή και Διαμονή	6	0.822
Ιατρική Παρακολούθηση	5	0.853
Νοσηλευτική Φροντίδα	3	0.881
Γενική Εξυπηρέτηση	5	0.808
Συνολική Κλίμακα	18	0.882

Ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευθέντων ασθενών στη μαιευτική κλινική ήταν τα 37,53 έτη, στη χειρουργική τα 66,17 έτη, στην παθολογική τα 73,97 έτη, ενώ η καρδιολογική κλινική νοσήλευσε κατά μέσο όρο τους μεγαλύτερους ασθενείς με μέσο όρο 76,80 έτη και η παιδιατρική τους μικρότερους με μέσο όρο 7,04 έτη.

Πίνακας 2. Ηλικία ασθενών

	M.O.	T.A.	Minimum	Maximum
Μαιευτική	37.53	12.43	22.00	76.00
Χειρουργική	66.17	19.82	19.00	93.00
Καρδιολογική	76.80	14.72	37.00	95.00
Παιδιατρική	7.04	4.49	0.30	15.00
Παθολογική	73.97	18.35	17.00	97.00
Συνολικά	52.30	30.47	0.30	97.00

Το 60% των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 40% άνδρες. Στη μαιευτική κλινική το ποσοστό των γυναικών ήταν 100% , στην παιδιατρική κλινική το ποσοστό των παιδιών ήταν 50% άρρενα και 50% θήλεα και μόνο στη χειρουργική το ποσοστό των ανδρών υπερτερούσε έναντι των γυναικών με 56,7% και 43,3% αντίστοιχα. Οι Έλληνες υπήκοοι αντιπροσώπευαν το 94% των ασθενών του δείγματος και οι αλλοδαποί το 6%. Το μεγαλύτερο ποσοστό αλλοδαπών ασθενών παρουσιάστηκε στη μαιευτική κλινική με 10%, ενώ στην καρδιολογική κλινική δε συμμετείχε κανένας αλλοδαπός ασθενής. Η εισαγωγή της πλειοψηφίας των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν έκτακτη με ποσοστό 77,3% και προγραμματισμένη κατά 22,7%. Στην καρδιολογική και παθολογική κλινική το ποσοστό των έκτακτων εισαγωγών ήταν 90%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό προγραμματισμένων εισαγωγών είχαν η χειρουργική κλινική με 43,3% και η μαιευτική κλινική με 36,7% αντίστοιχα. Η προσέλευση στη νοσηλευτική μονάδα έγινε κατά κυρίως με ίδιο μέσο σε ποσοστό 75,3%, και 24,7% με το ΕΚΑΒ. Το 93,3% των ασθενών της παιδιατρικής κλινικής και το 100% των ασθενών της μαιευτικής κλινικής κατάφθασαν στο νοσοκομείο με ίδιο μέσο, ενώ μόνο στη παθολογική κλινική η πλειοψηφία των ασθενών με ποσοστό 56,7% προσήλθε με το ΕΚΑΒ. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 38%, ακολούθως το 26% είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο, το 18% από Ανώτατη εκπαίδευση, το 9,3% από το γυμνάσιο και το 8,7% δεν είχαν πάει

ακόμα σχολείο. Τα παιδιά προσχολικής εκπαίδευσης εκπροσώπησαν το 43,3% των εισαγωγών της παιδιατρικής κλινικής, ενώ η πλειοψηφία των αποφοίτων του δημοτικού εμφανίστηκαν στην καρδιολογική κλινική με ποσοστό 60% και το 50% των ασθενών της μαιευτικής κλινικής ήταν απόφοιτοι λυκείου. Το 37,3% των ασθενών ήταν συνταξιούχοι, το 20,7% ανήλικοι, το 14% δημόσιοι υπάλληλοι, το 12,7% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 8% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 6,7% ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 0,7% ήταν φοιτητές. Το 73,3% των ασθενών της καρδιολογικής και παθολογικής κλινικής ήταν συνταξιούχοι, το 100% της παιδιατρικής κλινικής ανήλικοι.

Πίνακας 3. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά ασθενών

		Κλινική											
		Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Συνολικά	
		N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %
Φύλο	Ανδρας	0	0.0%	17	56.7%	14	46.7%	15	50.0%	14	46.7%	60	40.0%
	Γυναίκα	30	100.0%	13	43.3%	16	53.3%	15	50.0%	16	53.3%	90	60.0%
Υπηκοότητα	Ελληνική	27	90.0%	28	93.3%	30	100.0%	28	93.3%	28	93.3%	141	94.0%
	Άλλη	3	10.0%	2	6.7%	0	0.0%	2	6.7%	2	6.7%	9	6.0%
Εισαγωγή	Έκτακτη	19	63.3%	17	56.7%	27	90.0%	26	86.7%	27	90.0%	116	77.3%
	Προγραμματισμένη	11	36.7%	13	43.3%	3	10.0%	4	13.3%	3	10.0%	34	22.7%
Προσέλευση	EΚΑΒ	0	0.0%	10	33.3%	8	26.7%	2	6.7%	17	56.7%	37	24.7%
	Με ίδιο μέσο	30	100.0%	20	66.7%	22	73.3%	28	93.3%	13	43.3%	113	75.3%
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2	6.7%	14	46.7%	18	60.0%	12	40.0%	11	36.7%	57	38.0%
	Γυμνάσιο	2	6.7%	2	6.7%	3	10.0%	5	16.7%	2	6.7%	14	9.3%
	Λύκειο	15	50.0%	8	26.7%	5	16.7%	0	0.0%	11	36.7%	39	26.0%
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	11	36.7%	6	20.0%	4	13.3%	0	0.0%	6	20.0%	27	18.0%
	Προσχολική	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	43.3%	0	0.0%	13	8.7%

Επάγγελμα	Οικιακά	7	23.3%	6	20.0%	3	10.0%	0	0.0%	3	10.0%	19	12.7%
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	3	10.0%	6	20.0%	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	8.0%
	Δημόσιος Υπάλληλος	12	40.0%	4	13.3%	2	6.7%	0	0.0%	3	10.0%	21	14.0%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	7	23.3%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	10	6.7%
	Συνταξιούχος	1	3.3%	11	36.7%	22	73.3%	0	0.0%	22	73.3%	56	37.3%
	Φοιτητής/ρια	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
	Ανήλικος/η	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	30	100.0%	1	3.3%	31	20.7%

Ο πρώτος τομέας της νοσηλείας των ασθενών που εξετάστηκε ήταν η υποδοχή και διαμονή τους στο νοσοκομείο και οι παράμετροι που κλήθηκαν να βαθμολογήσουν ήταν η συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε, η επιμέλεια και καθαριότητα των θαλάμων, η λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών, όπως το τηλέφωνο, το κουδούνι και ο φωτισμός, η ποιότητα και επιμέλεια σερβιρίσματος του φαγητού, καθώς και η συμπεριφορά του προσωπικού τροφοδοσίας. Η ικανοποίηση των ασθενών από τον τομέα της υποδοχής και διαμονής κρίθηκε Μάλλον καλή με μέσο όρο κλινικών 4,44. Την καλύτερη επίδοση είχε η χειρουργική κλινική με 4.65 και τη χειρότερη η παθολογική κλινική με 3.83. Την χαμηλότερη βαθμολογία είχε η παράμετρος της λειτουργικότητας των βοηθητικών συσκευών με μέσο όρο συνολικά 4.07 και την υψηλότερη η συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε με 4,87. Η παράμετρος της συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε εμφάνισε τη μεγαλύτερη βαθμολογία στη χειρουργική, καρδιολογική, παιδιατρική και παθολογική κλινική με 4,97, 4,97, 4,90 και 4,63 αντίστοιχα, ενώ στη μαιευτική κλινική την υψηλότερη βαθμολογία έλαβε η συμπεριφορά του προσωπικού τροφοδοσίας με 4,97. Αντίθετα η παράμετρος της λειτουργικότητας των βοηθητικών συσκευών παρουσίασε τη χαμηλότερη βαθμολογία επίσης στη χειρουργική, καρδιολογική, παιδιατρική και παθολογική κλινική με 4,27, 3,97, 4,23 και 3,50 αντιστοίχως, ενώ στη μαιευτική κλινική έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι οι ασθενείς με την ποιότητα του φαγητού με 4,33 και στην παθολογική ομοίως με βαθμολογία 3,50.

Πίνακας 4. Ικανοποίηση ασθενών από την υποδοχή και διαμονή κατά το χρόνο νοσηλείας τους

			Κλινική											
			Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Total	
			M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Συμπεριφορά Προσωπικού Υποδέχτηκε	Που	Του Σας	4.87	0.73	4.97	0.18	4.97	0.18	4.90	0.31	4.63	0.61	4.87	0.47
Επιμέλεια Και Καθαριότητα Θαλάμων			4.60	0.67	4.60	0.67	4.80	0.48	4.30	0.99	4.00	0.74	4.46	0.77
Λειτουργικότητα Βοηθητικών (Κουδούνι, Φωτισμός Κλπ.)	Συσκευών Τηλέφωνο,		4.37	0.72	4.27	0.87	3.97	1.10	4.23	0.86	3.50	1.01	4.07	0.96
Ποιότητα Φαγητού			4.33	0.92	4.50	0.78	4.23	0.97	4.27	0.74	3.50	0.90	4.17	0.92
Επιμέλεια Σερβιρίσματος (Εμφάνιση ,Θερμοκρασία)			4.63	0.81	4.70	0.65	4.67	0.61	4.53	0.63	3.53	1.04	4.41	0.88
Συμπεριφορά Προσωπικού Τροφοδοσίας			4.97	0.18	4.87	0.43	4.87	0.35	4.87	0.35	3.83	1.21	4.68	0.74
Υποδοχή και Διαμονή (1-5)			4.63	0.41	4.65	0.45	4.58	0.43	4.52	0.48	3.83	0.70	4.44	0.59

Ο δεύτερος παράγοντας της νοσηλείας των ασθενών που μελετήθηκε ήταν η ιατρική παρακολούθηση και οι παράμετροι διαλέχθηκαν προς αξιολόγηση ήταν η ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και την πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά τους, οι οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς, η φιλική και ευγενική συμπεριφορά των ιατρών, ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων και η συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων. Ο παράγοντας της ιατρικής παρακολούθησης κρίθηκε Μάλλον καλός προς Πολύ καλός με μέσο όρο κλινικών 4,81. Τις χαμηλότερες βαθμολογίες είχαν η παθολογική κλινική με 4.62 και η παιδιατρική κλινική με 4.63, ενώ την καλύτερη επίδοση είχε η μαιευτική κλινική με 4.97. Το χειρότερο βαθμό είχε η παράμετρος του χρόνου

αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων με μέσο όρο συνολικά 4.74 και τον καλύτερο η συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με μέσο όρο συνολικά 4,91. Με 5 αξιολογήθηκε η συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων από τους ασθενείς της μαιευτικής και χειρουργικής κλινικής και το χαμηλότερο βαθμό έλαβε από τους ασθενείς της παθολογικής κλινικής με 4.60. Επίσης με 5 αξιολογήθηκαν η παράμετρος οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς στην καρδιολογική κλινική, και η φιλική και ευγενική συμπεριφορά των ιατρών στη μαιευτική, χειρουργική και καρδιολογική κλινική. Η παράμετρος του χρόνου αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων είχε την χειρότερη βαθμολογία με 4.60 στην παθολογική κλινική και την καλύτερη με 4,90 στη μαιευτική κλινική. Τα κριτήρια που βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα ήταν οι οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς στην παιδιατρική κλινική με 4.43 και η ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και την πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά των ασθενών στην παθολογική και παιδιατρική κλινική με 4.47 και 4.50 αντίστοιχα.

Πίνακας 5. Ικανοποίηση ασθενών από την ιατρική παρακολούθηση

	Κλινική											
	Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Total	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Ενημέρωση Για Τη Νόσο, Τις Εξετάσεις Και Πληροφόρηση Σχετικά Με Τα Ερωτήματά Σας	4.97	0.18	4.93	0.25	4.97	0.18	4.50	0.82	4.47	1.01	4.77	0.64
Οδηγίες Για Την Θεραπεία Από Τους Ιατρούς	4.97	0.18	4.90	0.31	5.00	0.00	4.43	0.82	4.53	0.78	4.77	0.57
Φιλική Και Ευγενική Συμπεριφορά Ιατρών	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	4.63	0.72	4.77	0.57	4.88	0.43
Χρόνος Αναμονής Για Την Πραγματοποίηση Των Εξετάσεων	4.90	0.40	4.80	0.48	4.70	0.75	4.70	0.70	4.60	0.50	4.74	0.58

Συμπεριφορά Του Προσωπικού Κατά Τη Διάρκεια Των Εξετάσεων	5.00	0.00	5.00	0.00	4.93	0.37	4.87	0.35	4.73	0.52	4.91	0.33
Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	4.97	0.15	4.93	0.19	4.92	0.21	4.63	0.59	4.62	0.56	4.81	0.42

Ο επόμενος τομέας της νοσηλείας των ασθενών που ετέθη προς αξιολόγηση ήταν η νοσηλευτική φροντίδα, και οι επιμέρους κατηγορίες που ελέγχτηκαν αφορούσαν τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτών, την ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική φροντίδα κρίθηκε σχεδόν Πολύ Καλή με μέσο όρο κλινικών 4.93. Η καλύτερη επίδοση παρουσιάστηκε στη μαιευτική κλινική με απόδοση 5 και στις 3 κατηγορίες και η χειρότερη στην παθολογική κλινική με 4.81. Το κριτήριο της φιλικής και ευγενικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών είχε την υψηλότερη βαθμολογία συνολικά με 4.95 και το κριτήριο της ενημέρωσης σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα τη χαμηλότερη με 4,91. Το κριτήριο της φιλικής και ευγενικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών έλαβε τις καλύτερες βαθμολογίες στη μαιευτική κλινική με 5 και στις χειρουργική, καρδιολογική και παιδιατρική κλινικές με 4.97, ενώ τη χειρότερη στη παθολογική κλινική με 4.83. Το κριτήριο της ενημέρωσης σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα είχε τη χαμηλότερη βαθμολογία στη παθολογική και παιδιατρική κλινική με 4.80 και 4,87 αντίστοιχα και την υψηλότερη στη μαιευτική και καρδιολογική κλινική με 5. Το κριτήριο της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας έλαβε χαμηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς της παθολογικής κλινικής με 4.80 και της παιδιατρικής και χειρουργικής κλινικής με 4.93, ενώ επίσης οι ασθενείς της μαιευτικής και χειρουργικής κλινικής την βαθμολόγησαν με 5.

Πίνακας 6. Ικανοποίηση ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα

	Κλινική											
	Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Total	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Φιλική Και Ευγενική Συμπεριφορά Νοσηλευτών	5.00	0.00	4.97	0.18	4.97	0.18	4.97	0.18	4.83	0.38	4.95	0.23

Ενημέρωση Με Τη Φροντίδα	Σχετικά Νοσηλευτική	5.00	0.00	4.90	0.31	5.00	0.00	4.87	0.43	4.80	0.41	4.91	0.31
Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας		5.00	0.00	4.93	0.25	5.00	0.00	4.93	0.25	4.80	0.41	4.93	0.25
Νοσηλευτική Φροντίδα (1-5)		5.00	0.00	4.93	0.18	4.99	0.06	4.92	0.27	4.81	0.39	4.93	0.24

Οι τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ζητούσαν από τους ασθενείς τη γνώμη τους για τη γενική εξυπηρέτηση που εισέπραξαν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και συγκεκριμένα όσο αφορά την ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής, την ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου, τις οδηγίες που τους δόθηκαν να ακολουθήσουν πηγαίνοντας στο σπίτι, τη βοήθεια για τη μετακίνησή τους (εάν χρειάστηκε) και τις λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις γραμματείες. Η γενική εξυπηρέτηση αξιολογήθηκε Μάλλον καλή προς Πολύ καλή με μέσο όρο κλινικών 4.77. Τα αποτελέσματα της μαιευτικής κλινικής ήταν τα καλύτερα με 4.97 και τα λιγότερο καλά της παθολογικής κλινικής με 4.53. Η παράμετρος της βοήθειας για τη μετακίνησή των ασθενών σε όποιες περιπτώσεις χρειάστηκε είχε την υψηλότερη βαθμολογία με 4.85, ενώ η παράμετρος των λειτουργικών διευκολύνσεων και πληροφόρησης από τις γραμματείες είχε τη χαμηλότερη με 4.72. Η βοήθεια για τη μετακίνηση των ασθενών εντός του νοσοκομείου βαθμολογήθηκε με 5 από τη μαιευτική, τη χειρουργική, την καρδιολογική και την παιδιατρική κλινική και μόνο από την παθολογική έλαβε μικρότερο βαθμό της τάξεως του 4.56. Οι λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις γραμματείες βαθμολογήθηκε χειρότερα από τους ασθενείς της παθολογικής και παιδιατρικής κλινικής με 4.47 και 4.60 αντίστοιχα, ενώ την καλύτερη βαθμολογία έλαβε από τη μαιευτική κλινική με 4.93. Με 5 επίσης εκτιμήθηκε η παράμετρος της ταχύτητας διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής από τους ασθενείς της μαιευτικής κλινικής και η παράμετρος των οδηγιών που δόθηκαν στους ασθενείς να ακολουθήσουν στο σπίτι από τους νοσηλεύόμενους της καρδιολογικής κλινικής. Αντίθετα η παράμετρος των οδηγιών που δόθηκαν στους ασθενείς να ακολουθήσουν στο σπίτι και η ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου απόσπασαν από τις χαμηλότερες βαθμολογίες στην παθολογική και παιδιατρική κλινική με 4.50.

Πίνακας 7. Ικανοποίηση ασθενών από τη γενική εξυπηρέτηση

		Κλινική											
		Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Total	
		M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Ταχύτητα Της Διαδικασίας	Διεκπεραίωσης Εισαγωγής	5.00	0.00	4.83	0.38	4.63	0.76	4.80	0.55	4.60	0.56	4.77	0.53
Ταχύτητα Της Διαδικασίας	Διεκπεραίωσης Εξιτηρίου	4.97	0.18	4.90	0.31	4.97	0.18	4.60	0.72	4.50	0.68	4.79	0.51
Οδηγίες Να Πηγαίνουν	Που Δόθηκαν Για Ακολουθήσετε Στο Σπίτι	4.97	0.18	4.87	0.35	5.00	0.00	4.53	0.97	4.50	0.68	4.77	0.59
Βοήθεια Μετακίνησή Χρειάστηκε	Για Τη Σας(Εάν	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	4.56	0.71	4.85	0.46
Λειτουργικές Και Πληροφόρηση Γραμματείες	Διευκολύνσεις Από Τις	4.93	0.37	4.87	0.43	4.73	0.83	4.60	0.93	4.47	0.57	4.72	0.68
Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)		4.97	0.14	4.88	0.25	4.86	0.30	4.63	0.69	4.53	0.48	4.77	0.45

Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας των ασθενών όλων των κλινικών ήταν 5.47 μέρες με τη διαρκέστερη παραμονή να έχουν οι ασθενείς της παθολογικής κλινικής με 8.17 ημέρες και τη συντομότερη νοσηλεία οι ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής με 2.67 ημέρες. Η μέση τιμή του συνολικού κόστους νοσηλείας ανά νοσηλευθέντα ασθενή ανήλθε στα 787,35€. Οι ασθενείς της παθολογικής κλινικής είχαν το μεγαλύτερο κατά μέσο όρο συνολικό κόστος ανά ασθενή με 1026,30€, και ακολούθησαν η χειρουργική με 981,70€ και η καρδιολογική κλινική με 932,67€. Το μικρότερο μέσο όρο συνολικού κόστους νοσηλείας ανά ασθενή κατέγραψαν η παιδιατρική κλινική με 477,77€ και η μαιευτική κλινική με 518,30€. Επιπλέον

αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση των κλινικών νοσηλείας των ασθενών σε κλίμακα από το 0 ως το 10 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο, ο μέσος όρος διαμορφώθηκε σε 9.07. Η χειρουργική κλινική απέσπασε τον καλύτερο βαθμό με 9.50 και εν συνεχεία έπονται η μαιευτική κλινική με 9.47, η καρδιολογική με 9,23, η παιδιατρική με 8,67 και τέλος η παθολογική με 8.47.

Πίνακας 8. Μέσος όρος ημερών νοσηλείας, κόστους νοσηλείας και γενικής αξιολόγησης των κλινικών

	Κλινική											
	Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Total	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Ημέρες Νοσηλείας	4.90	6.30	6.13	3.74	5.47	3.86	2.67	1.73	8.17	7.31	5.47	5.25
Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)	518.30	249.25	981.70	542.46	932.67	593.91	477.77	244.75	1026.30	1061.20	787.35	652.75
Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	9.47	1.07	9.50	0.78	9.23	1.38	8.67	1.42	8.47	1.81	9.07	1.39

Κατά τον έλεγχο της κανονικότητας των δεδομένων διαπιστώθηκε σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα ότι μόνο η παράμετρος Υποδοχή και Διαμονή στην παθολογική κλινική είχε τιμή Significance (p-value) μεγαλύτερη από 0.05 και συγκεκριμένα 0,66. Οπότε δεν ήταν εφικτό να χρησιμοποιηθούν παραμετρικές συσχετίσεις κατά Pearson, εφόσον τα δεδομένα δεν είχαν κανονική κατανομή και γι αυτό χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές συσχετίσεις κατά Spearman.

Πίνακας 9. Ανάλυση κανονικότητας μεταβλητών

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Κλινική			Υποδοχή και Διαμονή (1-5)	Ιατρική Παρακολο ύθηση (1- 5)	Νοσηλευτική Φροντίδα (1- 5)	Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)	Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
M	N		30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
α ι ε υ τ ι κ ή	Normal Parameters	M	4.63	4.97	5.00	4.97	9.47	4.90	518.30
		O							
		T	0.41	0.15	0.00	0.14	1.07	6.30	249.25
		A							
	Test Statistic		0.24	0.52		0.53	0.36	0.29	0.33
	Monte Carlo p (2t)	S i g	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00
X	N		30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή	Normal Parameters ^a	M	4.65	4.93	4.93	4.88	9.50	6.13	981.70
		O							
		T	0.45	0.19	0.18	0.25	0.78	3.74	542.46
		A							
	Test Statistic		0.26	0.45	0.51	0.42	0.37	0.20	0.24
	Monte Carlo p (2t)	S i g	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
K	N		30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
α ρ δ ι ο λ ο γ ι κ ή	Normal Parameters	M	4.58	4.92	4.99	4.86	9.23	5.47	932.67
		O							
		T	0.43	0.21	0.06	0.30	1.38	3.86	593.91
		A							
	Test Statistic		0.21	0.48	0.54	0.42	0.29	0.18	0.37
	Monte Carlo p (2t)	S i g	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
Π	N		30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
α ι δ ι α τ ρ ι κ ή	Normal Parameters	M	4.52	4.63	4.92	4.63	8.67	2.67	477.77
		O							
		T	0.48	0.59	0.27	0.69	1.42	1.73	244.75
		A							
	Test Statistic		0.21	0.35	0.51	0.40	0.23	0.22	0.19
	Monte Carlo p (2t)	S i	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

Π	N	g	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
α	Normal	M	3.83	4.62	4.81	4.53	8.47	8.17	1026.30
θ	Parameters	O							
ο		T	0.70	0.56	0.39	0.48	1.81	7.31	1061.20
λ		A							
ο									
γ	Test Statistic		0.10	0.29	0.49	0.18	0.30	0.18	0.32
ι	Monte Carlo p	S	0.66	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00
κ	(2t)	i							
ή		g							

Σύμφωνα με την ανάλυση των συσχετίσεων της μαιευτικής κλινικής παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην παραμέτρου υποδοχής και διαμονής της ικανοποίησης των ασθενών και τη γενική αξιολόγηση της κλινικής ($\rho=0.540$, $p<0,01$). Με βάση την κωδικοποίηση των μεταβλητών η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι ασθενείς της μαιευτικής κλινικής που ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι από την υποδοχή και διαμονή τους στο νοσοκομείο, αξιολόγησαν θετικότερα τη συνολική εικόνα της κλινικής. Παράλληλα από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κόστους νοσηλείας και της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς το p-value ήταν μεγαλύτερο του 0,05 και στους 5 τομείς αξιολόγησης της νοσηλείας των ασθενών στη μαιευτική κλινική.

Πίνακας 10. Ανάλυση Συσχετίσεων Μαιευτικής κλινικής

Correlations ^a				Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
Spearman's rho	Υποδοχή και Διαμονή (1-5)	rho		.540**	-0.239	-0.083
		p (2t)		0.002	0.204	0.662
		N		30	30	30
	Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	rho		0.066	-0.170	-0.272
		p (2t)		0.730	0.368	0.147
		N		30	30	30
	Νοσηλευτική Φροντίδα (1-5)	rho				
		p (2t)				

		N	30	30	30
Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)	rho		-0.186	-0.186	-0.318
		p (2t)	0.324	0.326	0.087
		N	30	30	30
Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	rho		1.000	-0.359	-0.165
		p (2t)		0.051	0.383
		N	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Η ανάλυση των συσχετίσεων της χειρουργικής κλινικής φανέρωσε επίσης μια στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμέτρου υποδοχής και διαμονής της ικανοποίησης των ασθενών και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.532$, $p<0,01$), σύμφωνα με την οποία όταν αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών της χειρουργικής κλινικής από την υποδοχή και διαμονή τους στο νοσοκομείο, αυξάνεται και η βαθμολογία που προσδίδουν στη συνολική αξιολόγηση της κλινικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν επιπλέον ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του κόστους νοσηλείας και της συνολικής αξιολόγησης της κλινικής από τους νοσηλευθέντες ασθενείς ($\rho= -0.427$, $p<0,05$). Η συσχέτιση αυτή μας υποδεικνύει ότι όταν αυξάνεται το κόστος νοσηλείας, μειώνεται η βαθμολογία της γενικής αξιολόγησης της χειρουργικής κλινικής.

Πίνακας 11. Ανάλυση Συσχετίσεων Χειρουργικής κλινικής

Correlationsa

			Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
Spearman's rho	Υποδοχή και Διαμονή (1-5)	rho	.532**	-0.113	-0.209
		p (2t)	0.002	0.551	0.267
		N	30	30	30
	Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	rho	0.013	0.181	0.012
		p (2t)	0.944	0.338	0.950
		N	30	30	30
	Νοσηλευτική Φροντίδα (1-5)	rho	0.328	-0.039	-0.211
		p (2t)	0.077	0.838	0.262
		N	30	30	30
	Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)	rho	0.298	-0.261	-0.196
		p (2t)	0.109	0.163	0.300

	N	30	30	30
Γενική Αξιολόγηση	rho	1.000	-0.045	-.427*
Κλινικής (0-10)	p (2t)		0.813	0.019
	N	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Παρατηρώντας την έρευνα των συσχετίσεων της καρδιολογική κλινικής στον παρακάτω πίνακα, διαφαίνεται μια στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμέτρου της γενική εξυπηρέτηση της ικανοποίησης των ασθενών και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.390$, $p<0,05$). Η συσχέτιση αυτή μας υποδηλώνει ότι όταν αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών της καρδιολογικής κλινικής από τη γενική εξυπηρέτηση κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, αυξάνεται και η βαθμολογία με την οποία αποτιμούν τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής. Η διερεύνηση των συσχετίσεων των μεταβλητών όσο αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και το κόστος νοσηλείας, όσων ασθενών νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική, δεν κατέδειξε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους, αφού όπως διακρίνεται από την απεικόνιση του πίνακα 12 οι τιμές του p-value ήταν μεγαλύτερες του 0,05 σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Πίνακας 12. Ανάλυση Συσχετίσεων Καρδιολογικής κλινικής

Correlations^a

			Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
Spearman's rho	Υποδοχή Διαμονή (1-5)	και rho	0.242	0.061	-0.050
		p (2t)	0.198	0.749	0.792
		N	30	30	30
	Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	rho	-0.230	-0.007	0.026
		p (2t)	0.221	0.972	0.892
		N	30	30	30
	Νοσηλευτική Φροντίδα (1-5)	rho	0.288	-0.097	-0.077
		p (2t)	0.122	0.609	0.686
		N	30	30	30
	Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)	rho	.390*	0.129	0.071
		p (2t)	0.033	0.496	0.711
		N	30	30	30
	Γενική Αξιολόγηση	rho	1.000	0.249	0.199

Κλινικής (0-10)	p (2t)	0.185	0.291
N	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κατόπιν της ανάλυσης των συσχετίσεων της παιδιατρικής κλινικής εξήχθηκαν στατιστικά σημαντικές μέτριες θετικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της υποδοχής και διαμονής και της νοσηλευτικής φροντίδας της ικανοποίησης των ασθενών και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.425$, $\rho=0.446$, $p<0,05$). Επίσης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μέτριες θετικές συσχετίσεις και μεταξύ των κριτηρίων της ιατρικής παρακολούθησης και της γενικής εξυπηρέτησης της ικανοποίησης των ασθενών και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.470$, $\rho=0.535$, $p<0,01$). Οι συσχετίσεις αυτές σημαίνουν ότι όταν αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών της παιδιατρικής κλινικής από την υποδοχή και διαμονή, τη νοσηλευτική φροντίδα, την ιατρική παρακολούθηση και τη γενική εξυπηρέτηση, αυξάνεται και η βαθμολογία με την οποία κρίνουν τη συνολική εικόνα της κλινικής. Αναφορικά με τη συσχέτιση του κόστους νοσηλείας και της ικανοποίησης των ασθενών δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση, εφόσον σε όλες τις συσχετίσεις το p-value ήταν μεγαλύτερες του 0,05.

Πίνακας 13. Ανάλυση Συσχετίσεων Παιδιατρικής κλινικής

Correlations^a

			Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
Spearman's rho	Υποδοχή και Διαμονή (1-5)	rho	.425*	-0.127	0.194
		p (2t)	0.019	0.502	0.305
		N	30	30	30
	Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	rho	.470**	0.191	0.351
		p (2t)	0.009	0.313	0.057
		N	30	30	30
	Νοσηλευτική Φροντίδα (1-5)	rho	.446*	-0.079	0.083
		p (2t)	0.014	0.678	0.663
		N	30	30	30
	Γενική Εξυπηρέτηση (1-5)	rho	.535**	-0.154	0.033
		p (2t)	0.002	0.415	0.862

		N	30	30	30
Γενική	Αξιολόγηση	rho	1.000	0.003	0.005
Κλινικής (0-10)		p (2t)		0.987	0.979
		N	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Τέλος η ανάλυση των συσχετίσεων της παθολογικής κλινικής έδειξε μια στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμέτρου γενικής εξυπηρέτησης της ικανοποίησης των ασθενών και της συνολικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.372$, $p<0,05$) και μια στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμέτρου της νοσηλευτικής φροντίδας και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής ($\rho=0.541$, $p<0,01$). Σύμφωνα με αυτές τις συσχετίσεις όταν αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών της παθολογικής κλινικής από τη γενική εξυπηρέτηση και την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, αυξάνεται και η βαθμολογία τους για τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής. Διαπιστώθηκε ακόμη στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του κριτηρίου της νοσηλευτικής φροντίδας της ικανοποίησης των ασθενών και των ημερών νοσηλείας ($\rho=0.396$, $p<0,05$) όπως και μια στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του κριτηρίου της ιατρικής παρακολούθησης και των ημερών νοσηλείας των ασθενών ($\rho=0.396$, $p<0,05$). Κατά την κωδικοποίηση των μεταβλητών, οι συσχετίσεις αυτές φανερώσουν ότι οι ασθενείς της παθολογικής κλινικής που είναι παραπάνω ικανοποιημένοι από την ιατρική παρακολούθηση και τη νοσηλευτική φροντίδα παραμένουν περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο.

Πίνακας 14. Ανάλυση Συσχετίσεων Παθολογικής κλινικής

Correlations^a

			Γενική Αξιολόγηση Κλινικής (0-10)	Ημέρες Νοσηλείας	Κόστος Νοσηλείας (Ευρώ)
Spearman's rho	Υποδοχή και Διαμονή (1-5)	rho	0.343	-0.192	-0.180
		p (2t)	0.064	0.310	0.342
		N	30	30	30
	Ιατρική Παρακολούθηση (1-5)	rho	0.352	.430*	0.299
		p (2t)	0.056	0.018	0.108
		N	30	30	30
	Νοσηλευτική Φροντίδα	rho	.541**	.396*	0.266

	(1-5)	p (2t)	0.002	0.030	0.156
		N	30	30	30
Γενική	Εξυπηρέτηση	rho	.372*	0.206	0.023
(1-5)		p (2t)	0.043	0.274	0.905
		N	30	30	30
Γενική	Αξιολόγηση	rho	1.000	-0.018	0.013
Κλινικής (0-10)		p (2t)		0.923	0.946
		N	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Το 57,7% των ερωτηματολογίων το συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς ενώ το 42,3% οι συγγενείς ή συνοδοί τους. Η πλειοψηφία των ασθενών της μαιευτικής κλινικής με ποσοστό 93,3%, της χειρουργικής κλινικής με ποσοστό 70%, της παθολογικής κλινικής με ποσοστό 65,5% και της καρδιολογικής κλινικής με ποσοστό 53,3% συμπλήρωσαν οι ίδιοι το ερωτηματολόγιο, ενώ στη παιδιατρική κλινική το 93,3 των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από τους συγγενείς ή συνοδούς των παιδιών και 2 παιδιά το συμπλήρωσαν τα ίδια. Επίσης το 18% των ασθενών σημείωσε κάποια επισήμανση ή πρόταση, ενώ το 82% όχι.

Οι τρεις στις τέσσερις ασθενείς της μαιευτικής κλινικής τόνισαν την εξαιρετική εμπειρία που βίωσαν κατά τη νοσηλεία τους και η τέταρτη υπόδειξε να αναλάβουν γιατροί τη γενική διακυβέρνηση του τομέα υγείας. Τρεις από τους ασθενείς της χειρουργικής κλινικής, επισήμαναν την έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και δύο πρότειναν τον εξοπλισμό του νοσοκομείου με κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των κατοίκων των νησιών του νομού και να μη χρειάζεται να ταξιδεύουν σε μεγαλύτερα νησιά ή σε αστικά κέντρα για τη διενέργεια εξετάσεων που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στον τόπο κατοικία τους. Ένας ασθενής σημείωσε ότι θα πρέπει να επαναλειτουργήσει το κυλικείο του νοσοκομείου για την εξυπηρέτηση των ασθενών και επισκεπτών και ένας άλλος ένας ευχαρίστησε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής για τις άψογες υπηρεσίες τους. Οι πέντε στους έξι ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής υπογράμμισαν την ανάγκη για νέες προσλήψεις ιατρών και νοσηλευτών στην κλινική και οι τέσσερις στους έξι έθιξαν το ζήτημα της βελτίωσης των τεχνικών υποδομών των θαλάμων, όπως, πόρτες, παράθυρα, κουδούνια. Ο τέσσερις στους επτά ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής τόνισαν την αναγκαιότητα για στελέχωση της κλινικής με παιδιάτρους και νοσηλευτές . Οι τρεις στους επτά σημείωσαν δυσλειτουργίες στα μπάνια των δωματίων, όπως προβλήματα με τις βρύσες, τα φώτα και τα καζανάκια, οι δύο εντόπισαν ελλιπή καθαριότητα στα μπάνια και ένας ευχαρίστησε το προσωπικό της κλινικής για την αφοσίωση στις ανάγκες

τους και επεσήμανε την καθαριότητα των δωματίων και την καλή ποιότητα του φαγητού. Τέλος και οι τρεις ασθενείς της παθολογικής κλινικής δήλωσαν την έλλειψη γιατρών και νοσηλευτών την κλινική και τις υπεράνθρωπες προσπάθειες που καταβάλλει το ενεργό προσωπικό για την αντιμετώπιση των περιστατικών της κλινικής.

Πίνακας 15. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων και σημείωση επισημάνσεων ή προτάσεων

		Κλινική											
		Μαιευτική		Χειρουργική		Καρδιολογική		Παιδιατρική		Παθολογική		Συνολικά	
		N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %
Συμπλήρωση Ερωτηματολογίου	Ο ίδιος ο Ασθενής	28	93,3%	21	70,0%	16	53,3%	2	6,7%	19	65,5%	86	57,7%
	Συγγενής ή Συνοδός	2	6,7%	9	30,0%	14	46,7%	28	93,3%	10	34,5%	63	42,3%
Σημείωση Τυχόν Επισημάνσεων-Προτάσεων	Ναι	4	13,3%	7	23,3%	6	20,0%	7	23,3%	3	10,0%	27	18,0%
	Όχι	26	86,7%	23	76,7%	24	80,0%	23	76,7%	27	90,0%	123	82,0%

4.6 Συζήτηση

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μια καθιερωμένη πρακτική για την αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο πλαίσιο νοσηλείας των ασθενών. Παρά ταύτα η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας δεν έχει διευκρινιστεί ολοκληρωτικά. Η έρευνα είχε ως σκοπό να εξετάσει την ύπαρξη ή όχι συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας τους σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή των υπηρεσιών υγείας κατά τη νοσηλεία τους σε μεσαίου μεγέθους νοσηλευτική μονάδα της νησιωτικής παραμεθορίου του Βορειοανατολικού Αιγαίου κρίθηκε ως Μάλλον καλή Η προς Πολύ καλή. Οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας που εκτιμήθηκε σχεδόν Πολύ Καλός με μέσο όρο κλινικών 4.93. Το κριτήριο της φιλικής και ευγενικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών έλαβε την υψηλότερη βαθμολογία συνολικά με 4.95 και το

κριτήριο της ενημέρωσης σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα τη χαμηλότερη με 4,91. Ο αμέσως επόμενος σε βαθμολογία ικανοποίησης ασθενών τομέας νοσηλείας ήταν η ιατρική παρακολούθηση που αξιολογήθηκε ως Μάλλον καλός προς Πολύ καλός με μέσο όρο κλινικών 4,81. Τον καλύτερο βαθμό απεκόμισε η παράμετρος της συμπεριφοράς του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με μέσο όρο συνολικά 4,91 και τον χειρότερο η παράμετρος του χρόνου αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων με μέσο όρο συνολικά 4,74. Εν συνεχεία ο τομέας της ικανοποίησης των ασθενών που έλαβε την κατοπινή μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν αυτός της γενικής εξυπηρέτησης από την παραμονή τους στο νοσοκομείο που αξιολογήθηκε επίσης Μάλλον καλός προς Πολύ καλός με μέσο όρο κλινικών 4,77. Η παράμετρος της βοήθειας για τη μετακίνησή των ασθενών σε όποιες περιπτώσεις χρειάστηκε απέσπασε την υψηλότερη βαθμολογία με 4,85, ενώ η παράμετρος των λειτουργικών διευκολύνσεων και πληροφόρησης από τις γραμματείες είχε τη χαμηλότερη με 4,72. Οι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες υποδοχής και διαμονής τους στο νοσοκομείο που εκτιμήθηκαν Μάλλον καλές με μέσο όρο κλινικών 4,44. Ως παράμετρος με την υψηλότερη κατά μέσο βαθμολογία αναδείχτηκε η συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε με 4,87 και την χαμηλότερη βαθμολογία είχε η παράμετρος της λειτουργικότητας των βοηθητικών συσκευών με μέσο όρο συνολικά 4,07. Οι κλινικές αξιολογήθηκαν κατά μέσο όρο συνολικά με 9,07 στα 10. Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας των ασθενών και των 5 κλινικών ήταν 5,47 μέρες και ο μέσος όρος του συνολικού κόστους νοσηλείας ανά νοσηλευθέντα ασθενή ανήλθε στα 787,35€. Το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας υπολογίστηκε σε 143,94

Ως περισσότερο ικανοποιημένοι εμφανίστηκαν οι ασθενείς της μαιευτικής κλινικής με απόδοση βαθμολογίας 5 για τη νοσηλευτική φροντίδα, 4,97 για την ιατρική παρακολούθηση και τη γενική εξυπηρέτηση και 4,63 για την υποδοχή και διαμονή τους. Ακολουθούν ως πιο ικανοποιημένοι οι ασθενείς της χειρουργικής αξιολογώντας με 4,93 την ιατρική παρακολούθηση και την νοσηλευτική φροντίδα, με 4,88 τη γενική εξυπηρέτηση και με 4,65 την υποδοχή και διαμονή τους και ακολουθούν οι ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής, όπου έπονται ως λιγότερο ικανοποιημένοι από του ασθενείς της χειρουργικής κλινικής με διαφορά της τάξης του 0,04, ενώ βαθμολόγησαν με 4,99 τη νοσηλευτική φροντίδα, με 4,92 την ιατρική παρακολούθηση, με 4,86 τη γενική εξυπηρέτηση και με 4,58 την υποδοχή και διαμονή τους. Ως επόμενοι ικανοποιημένοι ασθενείς καταγράφηκαν οι ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής βαθμολογώντας τη νοσηλευτική φροντίδα με 4,92, την ιατρική παρακολούθηση και γενική εξυπηρέτηση με 4,63 και την υποδοχή και διαμονή με

4.52. Ως πιο λίγο ικανοποιημένοι ασθενείς παρουσιάστηκαν οι ασθενείς της παθολογικής κλινικής δίνοντας βαθμό 4,81 στη νοσηλευτική φροντίδα, 4.62 την ιατρική παρακολούθηση, 4.53 στη γενική εξυπηρέτηση και 3.83 στην υποδοχή και διαμονή τους,

Εξετάζοντας την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ του κόστους νοσηλείας των ασθενών και των τομέων της υποδοχής και διαμονής, της ιατρικής παρακολούθησης, της νοσηλευτικής φροντίδας, της γενικής εξυπηρέτησης και της συνολικής αξιολόγησης της κλινικής που νοσηλεύτηκαν, σχετικά με την ικανοποίηση από τη νοσηλεία τους στη μαιευτική, χειρουργική, καρδιολογική, παιδιατρική και παθολογική κλινική, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που συμπεριλάμβανε το κόστος νοσηλείας, εμφανίστηκε στη χειρουργική κλινική και αφορούσε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του κόστους νοσηλείας και της συνολικής αξιολόγησης της κλινικής από τους νοσηλευθέντες ασθενείς ($\rho = -0.427$, $p < 0,05$). Η συσχέτιση αυτή δηλώνει ότι όταν αυξάνεται το κόστος νοσηλείας, μειώνεται η βαθμολογία της γενικής αξιολόγησης της χειρουργικής κλινικής. Επομένως με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας απορρίπτεται η Υπόθεση 1. «Το υψηλότερο κόστος νοσηλείας επενεργεί θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών.» , απορρίπτεται η Υπόθεση 2. «Το μικρότερο κόστος νοσηλείας συνδράμει θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών.» και επαληθεύεται η Υπόθεση 3. «Το κόστος νοσηλείας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών.»

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι επισημάνσεις που όσοι ασθενείς σημείωσαν στη μοναδική ανοιχτή ερώτηση του ερωτηματολογίου για την εμπειρία της νοσηλείας τους. Καταγράφηκαν 15 δηλώσεις για έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, 7 περί προβλημάτων υποδομών των δωματίων και των μπάνιων, 5 ευχαριστίες προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την εξαιρετική εμπειρία νοσηλείας που βίωσαν, 2 σημειώσεις σχετικές με την αναγκαιότητα εγκατάστασης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, 2 για πλημμελή καθαριότητα και από μια υπόδειξη για επαναλειτουργία του κυλικείου και γενική διακυβέρνηση του χώρου της υγείας από γιατρούς.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την επεξήγηση των αποτελεσμάτων της. Αρχικά το δείγμα των ασθενών που μετείχαν στη μελέτη συγκροτείται από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ένα μόνο μεσαίο νοσοκομείο της νησιωτικής περιφέρειας. Επομένως δεν θα ήταν χρηστή η γενίκευση των αποτελεσμάτων για τα νοσοκομεία όλης της ελληνικής επικράτειας. Ακόμη περιορισμό της μελέτης συνιστά και

η συμπλήρωση του 93,3 % των ερωτηματολογίων των νοσηλευμένων ασθενών στη παιδιατρική κλινική από τους γονείς τους και μόνο 2 παιδιά το συμπλήρωσαν τα ίδια. Συνεπώς δεν μπόρεσε να εκτιμηθεί αυτοπροσώπως η γνώμη των υπόλοιπων 28 παιδιών.

5. Συμπέρασμα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, είναι δύο σχέσεις που αλληλοεπηρεάζονται. Επομένως η αξιολόγηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών υγείας χωρίς τη γνώμη των ασθενών δεν είναι πλήρης. Αντίστροφα ένα θεμελιώδες σχέδιο ποιότητας οφείλει να συμπεριλαμβάνει και την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι αυξημένες απαιτήσεις για ποιοτική υγειονομική περίθαλψη έχουν οδηγήσει στην αυξημένη ανάγκη για την εξέταση της ικανοποίησης των ασθενών με αποτέλεσμα να έχουν προωθηθεί πολιτικές για την αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω του ψηφιακού εργαλείου Αξιολόγησης της Εμπειρίας του Ασθενή του Υπουργείου Υγείας, αποτελεί ένα σύγχρονο, δυναμικό εργαλείο που καλύπτει τις σημαντικές πτυχές της ποιότητας για τον ασθενή και το οποίο δίνει τη δυνατότητα για συνεχή παρατήρηση και σύγκριση, ενώ αποτυπώνει με ενιαίο τρόπο τα αποτελέσματα σε όλη την ελληνική επικράτεια. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε συνάρτηση με το κόστος νοσηλείας μπορεί να αποκαλύψει εναλλακτικές επιλογές ανάπτυξης στρατηγικών για την υγεία. Το σύστημα πληρωμών των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων, είναι ένα σύστημα που ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη διάγνωση τους, τις αναγκαίες κλινικές διαδικασίες και την κατανάλωση πόρων και βάση αυτού αποζημιώνονται τα νοσοκομεία για το κόστος νοσηλείας των ασθενών.

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να αποφανθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο και ποιο το είδος του πιθανού συσχετισμού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μεσαίο δημόσιο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας τοποθετημένο σε νησί του Βορειοανατολικού Αιγαίου. Η δειγματοληψία υλοποιήθηκε με το διαμοιρασμό έντυπων ερωτηματολογίων από το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς και μέσω προσωπικής συνέντευξης της ερευνήτριας με τους νοσηλευθέντες ώσπου να συμπληρωθούν 30 ερωτηματολόγια ανά τη Μαιευτική, τη Χειρουργική, την Καρδιολογική,

την Παιδιατρική και την Παθολογική Κλινική.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το κόστος νοσηλείας είναι ανεξάρτητο και δεν συσχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, οπότε ικανοποιήθηκε η Υπόθεση 3, ότι το κόστος νοσηλείας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Αναπόφευκτα η Υπόθεση 1, ότι το υψηλότερο κόστος νοσηλείας επενεργεί θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών και η Υπόθεση 2, ότι το μικρότερο κόστος νοσηλείας συνδράμει θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών, απορρίφθηκαν. Η μόνη στατιστικά σημαντική σχέση που συμπεριλάμβανε το κόστος νοσηλείας, εμφανίστηκε στη Χειρουργική κλινική και αφορούσε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του κόστους νοσηλείας και της συνολικής αξιολόγησης της κλινικής από τους νοσηλευθέντες ασθενείς ($\rho = -0.427$, $p < 0,05$), που υποδηλώνει ότι όταν αυξάνεται το κόστος νοσηλείας, μειώνεται η βαθμολογία της γενικής αξιολόγησης της χειρουργικής κλινικής.

Τα παράπλευρα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμέτρου υποδοχής και διαμονής της ικανοποίησης των ασθενών και της γενικής αξιολόγησης της κλινικής, καθώς εμφανίστηκε σε τρεις από τις πέντε κλινικές και συγκεκριμένα στη μαιευτική, στη χειρουργική και στην παιδιατρική κλινική. Επομένως η πτυχής της νοσηλείας που αφορά την υποδοχή και διαμονή των ασθενών έχει σημαίνον ρόλο στην άποψη των σθενών για τη γενική αξιολόγηση των κλινικών. Το ίδιο ισχύει και για την παράμετρο της γενικής εξυπηρέτησης της ικανοποίησης των ασθενών και της συνολικής αξιολόγησης των κλινικών, καθώς παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση στην Καρδιολογική, στην Παιδιατρική και στην Παθολογική κλινική. Οι παράμετροι της Υποδοχής και Διαμονής και της Γενικής Εξυπηρέτησης είχαν και τη χαμηλότερη βαθμολογία με 4,44 και 4,77 αντίστοιχα, οπότε η βελτίωση της ποιότητας του, θα επηρέαζε άμεσα την ικανοποίηση των ασθενών με έμμεσο αντίκτυπο και στη βαθμολογία της συνολικής ικανοποίησης από τις κλινικές. Από την άλλη η παράμετρος της Νοσηλευτικής φροντίδας εμφάνισε θετική συσχέτιση με τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής στην Παιδιατρική και Παθολογική κλινική, ενώ η παράμετρος της Ιατρικής παρακολούθησης μόνο στην Παιδιατρική κλινική. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα με πολύ σημαντικές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα στις κλινικές της Παθολογικής και Παιδιατρικής, γεγονός που σημαίνει ότι μία ενίσχυση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού θα ικανοποιούσε περισσότερο τους ασθενείς συνολικά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κλινικών. Παρά ταύτα η βαθμολόγηση των παραμέτρων αυτών κατά μέσο όρο ήταν ιδιαίτερα υψηλή, με τη

νοσηλευτική φροντίδα να αγγίζει 4,93/5 και να ακολουθεί η ιατρική παρακολούθηση με 4,81/5, και αποτελούν δεδομένα που αντικατοπτρίζουν την ευγνωμοσύνη των ασθενών στις υπεράνθρωπες προσπάθειες του διαθέσιμου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να διαχειριστούν τα προβλήματα υγείας τους, γεγονός που διαμηνύθηκε και κατά τις προσωπικές συνεντεύξεις τη ερευνήτριας με τους ασθενείς.

5.1 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Εφόσον το κόστος νοσηλείας φαίνεται να μη συσχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών θα ήταν εφικτό να συντελεστούν ορισμένες παρεμβάσεις με σκοπό την περιστολή του κόστους νοσηλείας με γνώμονα βέβαια την παροχή αποτελεσματικότερων και λιγότερο κοστοβόρων υπηρεσιών υγείας, χωρίς επίπτωση στην ποιότητα τους. Θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα ανά ομάδα DRG, ώστε σύμφωνα με τα αποτελέσματα να αποφασιστεί η επαναξιολόγηση της κοστολόγησης των DRG που θα παρουσιαστούν περισσότερο δαπανηρά από την πραγματικό κόστος των περιστατικών υγείας που περικλείουν. Παράλληλα καλό θα ήταν να διερευνηθεί ποιοι εν τέλει καθορίζουν την κατηγοριοποίηση των ασθενών στις ομάδες DRG στα νοσοκομεία, ώστε να προκριθεί το ιατρικό προσωπικό, έναντι του διοικητικού προσωπικού λόγω της καλύτερης εικόνας των ασθενειών των νοσηλευομένων από απόψεως διάγνωσης, απαιτούμενων κλινικών διαδικασιών για την αντιμετώπιση τους και πιθανών συνοδών νοσημάτων. Επίσης θα μπορούσε ερευνηθεί η ικανότητα του προσωπικού να ταξινομεί τους ασθενείς στις αντίστοιχες ομάδες DRG και στην περίπτωση μη βέλτιστων αποτελεσμάτων να υλοποιηθούν ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια του προσωπικού που εμπλέκεται στη διαδικασία κατηγοριοποίησης των ασθενών σε DRG. Σε αυτή την κατεύθυνση χρήσιμη θα ήταν η αναβάθμιση των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων, ώστε να ελέγχεται άμεσα η κατηγοριοποίηση των ασθενών σε DRG, σύμφωνα και με τα στοιχεία του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγαγιώτη, Α. (2025). «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ικανοποίηση των ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδος» Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Αλεξανδροπούλου, Μ., & Ζαμπέλλη, Β. (2012) “Μονάδες ημερήσιας νοσηλείας: Αξιολόγηση της λειτουργίας τους και εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών”, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(2), σσ. 48–56.

Γούλα, Α., Σαρρής, Μ., Πιερράκος, Γ., Σπυρόπουλος, Ν., Βουρλιώτου, Κ., & Νικολαδός, Ι. (2017) “Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1), 49-57.

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., & Μπιτσιώρη, Ζ. (2017). Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΑ ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΙΑΙΑ ΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική - Τριμηνιαίο επιστημονικό, επίσημο ηλεκτρονικό περιοδικό της GORNA*, 6 (2 Μαΐου-Αυγούστου 2017), 84-95.

Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, -. *Κεφάλαιο 5 – Στατιστικές Υποθέσεις*. Σημειώσεις μαθήματος «Βιοστατιστική». Ηράκλειο: Τμήμα Νοσηλευτικής, eClass ΕΛΜΕΠΑ. Διαθέσιμο από: hmu.gr [Πρόσβαση 10 Ιουνίου 2026].

Ένωση Ασθενών Ελλάδας, (2026). *Η Ένωση Ασθενών Ελλάδας για τα αποτελέσματα του Ψηφιακού Εργαλείου Αξιολόγησης της εμπειρίας των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ*. Διαθέσιμο στο: greekpatient.gr [Πρόσβαση 22 Ιουνίου 2026].

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), 2012. . “*Investigating public sector hospital costs in Greece: an update*” Αθήνα: ΕΣΔΥ. Διαθέσιμο στο: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.hc-crete.gr/Media/Default/BlogPost/1804/esdy-apodotikothta%20my-1.pdf](https://www.hc-crete.gr/Media/Default/BlogPost/1804/esdy-apodotikothta%20my-1.pdf) [Πρόσβαση: 21-06-2026].

ΕΛΣΤΑΤ, 2026. *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2024*. [online] Διαθέσιμο στο: statistics.gr [Πρόσβαση στις 3 Μαΐου 2026].

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2024). *Αποστολή αρχείων κόστους νοσηλείας ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία στο Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών*. (ΦΕΚ Β' 1068/15.02.2024). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2025). *Σύστημα αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς μέσω ηλεκτρονικής εφαρμογής* (Υπουργική Απόφαση Γ2α/Γ.Π.οικ.31483, ΦΕΚ Β' 4133/31.07.2025). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

Ζιώγα Μ. (2014). «Ποιότητα στο χώρο υγείας», Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Θανασάς, Ι. Κ. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 24(3).

Καλογεροπούλου, Μ. (2011) “Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών-Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων ”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.

Κοτζάμπαση Π. (2019). «Χρήση υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών δημοσίου νοσοκομείου: Το παράδειγμα του νοσοκομείου Δράμας», Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010) “ Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας ”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010.

Κρομμύδας, Χ. (-). *Εισαγωγή στο SPSS και περιγραφική στατιστική* [Διαφάνειες διάλεξης]. eClass Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. uth.gr. Διαθέσιμο από <file:///C:/Users/Hp/Downloads/4o%20Ergospir%20Correlation%202020.pdf> [Πρόσβαση 10 Ιουνίου 2026].

Λαμπράκη, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ., Κουτσιπετσίδης, Β., Βογιατζάκη, Ι., Σταυροπούλου, Α., & Μερκούρης, Α. (2013), “ Σύγκριση των απόψεων νοσηλευτών και ασθενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων στην Κρήτη”, *Περιοδικό Βήμα του Ασκληπιού* , 12 , 205-221.

Μαρίνος Γ. (2024). *4.Α. Ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίηση ασθενών* (Σημειώσεις μαθήματος). eclass UoA. uoa.gr

Νόμος 4715/2020, *Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.) και άλλες επείγουσες διατάξεις*, ΦΕΚ Α' 149/1-8-2020

Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). “ Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες”, *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239

Πανεπιστήμιο Κρήτης, (2015). *Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-ΠΑΓΝΗ*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο..https://opencourses.uoc.gr/pluginfile.php/17242/mod_resource/content/1/05.%20Tritobathmia%20Frontida%20Ygeias_PAGNH_2015-16.pdf

Πολύζος, Ν., (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Εκδόσεις Κριτική.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Γ. (2005) “ Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία της Αττικής ”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22, 284-295

Ρεβένα, Κ.. (2026). “Εφαρμογή των DRG's στην Ελλάδα: Σύγκριση με τη Γερμανία και προτάσεις για τη σωστή εφαρμογή του συστήματος.” *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 25(1), 5.

Ρήγας, Χ.,(2020) . *Εφαρμογή των KEN-DRGs ως σύγχρονης μεθόδου αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα Νοσοκομεία της 5ης Υ.ΠΕ: Απότύπωση των αντιλήψεων του ιατρικού προσωπικού*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Σαραντοπούλου, Ζ. (2015). “Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας.” *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 20(3).

Σταθόπουλος, Σ. (2019) *Συγκριτική Ανάλυση Κόστους και Διάρκειας Νοσηλείας επιλεγμένων παθήσεων πριν και μετά την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν.: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας*. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο: eap.gr

Στουφής Ν., Ευαγγελίδου Ε., Μαντζανάς Μ. (2024). “Ένσωμάτωση της νοσηλευτικής πολυπλοκότητας στο σύστημα ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (DRGs).” *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(4): 36-43, <https://doi.org/10.24283/hjns.202444>

Τσελέπη, Χ., (2000). “Ίκανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας” στο Μάντη, Π. & Τσελέπη, Χ. *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων / υπηρεσιών υγείας*. Τόμος Α'. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Τζιδάμη, Ε., (2019). «Ίκανοποίηση ασθενών από τη νοσηλεία τους στο Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»». Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο: eap.gr.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ., & Γούλα, Α. (2010) “ Μια Νέα Προσέγγιση Μοντελοποίησης για τη Διερεύνηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγειονομικής Περίθαλψης και Ίκανοποίησης Ασθενών ”, *Νοσηλευτική* , 49 (1).

Υπουργείο Υγείας, (2026). Αποτελέσματα αξιολόγησης. Ψηφιακό Εργαλείο Αξιολόγησης της Εμπειρίας του Ασθενή στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ Διαθέσιμο [διαδίκτυο. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://air.euro2day.gr/media/files/1476676-axiologisi.pdf](https://air.euro2day.gr/media/files/1476676-axiologisi.pdf)

Υπουργείο Υγείας, (2026). *Στοιχεία Νοσηλευτικής Κίνησης [BI-Health]*. Διαθέσιμο στο [διαδίκτυο. https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinhshs/14182-klines-noshleythentes-hmeres-noshleias](https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinhshs/14182-klines-noshleythentes-hmeres-noshleias)

Υπουργείο Υγείας & ΟΔΠΥ (2025). *Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών στην Ελλάδα 2025-2030*.

Anterioti, P ., & Antoniou , G. (2014). “Patients' satisfaction by the provided care ”, *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 3 (1 January-April 2014), 62-68.

Dimogerontas, G., Balaska, D., & Bitsiori, Z. (2017)“. THE FINANCING OF THE HELLENIC PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS BASED ON THE CLOSED CONSOLIDATED NON-HOSPITALS AND THE EFFECT ON SUSTAINABLE SUSTAINABILITY.” *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 6(2 May-August 2017), 84-95.

Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013).“ Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. ”*Health policy*, 109(1), 14-22

Rice, T., (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Almehwari, S. A., Almalki, I. S., Abumilha, B. A., & Altharwi, B. H. (2024) “Improving hospital efficiency and cost management: A systematic review and meta-analysis”, *Cureus*, 16(10).

AlOmari, F. (2022) “ The mediating role of hospital image: The impact of care cost and service quality on patient satisfaction ” , *Journal of Innovation in Business and Economics*, 6(01), 1-16

Arista, R., & Idris, H. (2019), “ The relationship of hospital cost, service quality and patient satisfaction ”, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 132-138.

Berwick DM. , Nolan TW. & Whittington J. (2008) “The Triple Aim: Care, health, and cost ” *Health Affairs*. 2008 May/June; 27 (3):759-769.

Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment* (Vol. 17). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412985642>

Chen, H .- C., Cates, T., & Taylor, M. (2022). “The effect of patient quality measurements and HCAHPS patient satisfaction on hospital reimbursements ”. *Human*

Systems Management, 42(4), 419-433. <https://doi.org/10.3233/HSM-220042> (Original work published 2023)

Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002), “ Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature ”, *Health technology assessment*, 6(32).

Donabedian, A. (1988) “ Quality and cost: choices and responsibilities”, *Inquiry*, 90-99.

Draper, M., Cohen, P., & Buchan, H.(2001) “Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? ”, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 13, Issue 6, 1 December 2001, Pages 463–468.

Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012), “ The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality”, *Archives of internal medicine*, 172(5), 405-411.

Gavurova, B., Dvorsky, J., & Popesko, B. (2021), “Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare” , *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11337.

Gok, M. S., & Sezen, B. (2013). “Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey ”, *Health policy*, 111(3), 290-300.

Hagen, T. P. (2006). Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals.

Hussey, P. S., Wertheimer, S., & Mehrotra, A. (2013) “ The association between health care quality and cost: a systematic review ”, *Annals of internal medicine*, 158(1), 27-34.

Izquierdo, A., Pessino, C., & Vuletin, G. (Eds.). (2018). “Better spending for better lives: how Latin America and the Caribbean can do more with less ”(Vol. 10). *Inter-American Development Bank*

Lim, J. S., Lim, K. S., Heinrichs, J. H., Al-Aali, K., Aamir, A., & Qureshi, M. I. (2018) “The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance”, *Management Science Letters*, 1353-1362.

Nasir, K. & Okunrintemi, V. (2019) “Association of patient-reported experiences with health resource utilization and cost among US adult population, medical expenditure panel survey (MEPS)”, 2010–13, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 31, Issue 7, August 2019, Pages 547–555.

OECD (2025) *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris: Available at: www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/greece_78d052b5/8b1399f8-en.pdf

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025) Greece: *Country Health Profile 2025, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris. Available at: [file:///C:/Users/Hp/Downloads/soheu-2025-greece-final-web%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Hp/Downloads/soheu-2025-greece-final-web%20(3).pdf)

Paramasivam G, Rao IR, Prabhu MA. “Normality testing in statistics: what clinician–researchers should know”, *Heart Failure Journal India* 2024;2:55-60.

Pink, G. H., Murray, M. A., & McKillop, I. (2003), “Hospital efficiency and patient satisfaction”, *Health Services Management Research*, 16(1), 24-38.

Rasanathan, K., Cloete, K., Gitahi, G. et al.(2025).“ Functions of the global health system in a new era”, *Nature Medicine* 31, 3605–3608. doi.org/10.1038/s41591-025-03936-9

Sacks, G., Lawson, E., Dawes, A., Russell M., Maggard-Gibbons, M., Zingmond & Clifford, Y. (2015). “Relationship Between Hospital Performance on a Patient Satisfaction Survey and Surgical Quality”, *JAMA Surgery*;150(9):858–864. doi:10.1001/jamasurg.2015.1108

Sadeghi, M., Rahimi, M., Poornoroz, N., & Jahromi, F. (2021) “Patient satisfaction with hospital services after the implementation of the health system”, *Archives of Pharmacy Practice*, 12(1-2021), 31-36.

Szyca, R., Rosiek, A., Nowakowska, U., & Leksowski, K. (2012), “Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department”, *Polish Journal of surgery*, 84(3), 136-143.

Trinh, L. N., Fortier, M. A., & Kain, Z. N. (2019). "Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings", *Perioperative Medicine*, 8(1), 11.

Tsai, T., Greaves, F., Zheng, J., Orav, J., Zinner, J., & Jha, K. (2016). "Better patient care at high-quality hospitals may save Medicare money and bolster episode-based payment models", *Health affairs*, 35(9), 1681-1689.

United Nations, (2015) . *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations. Διαθέσιμο στο: <https://sdgs.un.org/goals>

Vodă, A. I., Bostan, I., & Țigănaș, C. G. (2018), "Impact of macroeconomic and healthcare provision factors on patient satisfaction ", *Current Science*, 115(1), 43-48.

Valls Martínez, María del Carmen, Alicia Ramírez-Orellana, and Mayra Soledad Grasso. 2021. "Health Investment Management and Healthcare Quality in the Public System: A Gender Perspective" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 5: 2304. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052304>

World Health Organization (WHO), -. *Quality of care*. [online] Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/europe/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

Τίτλος Μελέτης: Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και κόστους νοσηλείας σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο	Έντυπο Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων
---	---

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του κόστους νοσηλείας. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε:

- ❖ Θα συμπληρώσετε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο (5-10 λεπτά).
- ❖ Θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα δεδομένα από τον ιατρικό σας φάκελο (διάγνωση, διάρκεια νοσηλείας) και το λογιστήριο (κόστος νοσηλείας).
- ❖ Κανένα προσωπικό σας στοιχείο δεν θα συνδεθεί με τα δεδομένα της μελέτης.
- ❖ Δεν υπάρχουν κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας.
- ❖ Δεν θα λάβετε άμεσο όφελος, αλλά η έρευνα μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Καμία πληροφορία δεν θα επιτρέψει την ταυτοποίησή σας.
- ❖ Η μελέτη τηρεί πλήρως τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική.

Επικοινωνία για Απορίες

Υπεύθυνος Ερευνητής: Λυμπέρη Εμμανουέλα-Βασιλική

Τηλέφωνο: 6946151896

Email: std157242@ac.eap.gr

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς : ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα Ηλικία ετών Υπηκοότητα

Η εισαγωγή σας ήταν: ☐ Έκτακτη ☐ Προγραμματισμένη Διάρκειας Νοσηλείας (ημέρες)

Πώς ήρθατε στο νοσοκομείο; Με ΕΚΑΒ ☐ με δικό σας μέσο ☐

Επίπεδο εκπαίδευσης: Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΑΕΙ-ΤΕΙ ☐

Επάγγελμα

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ					
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε	☐	☐	☐	☐	☐
Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	☐	☐	☐	☐	☐
Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών(κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ.)	☐	☐	☐	☐	☐
Ποιότητα φαγητού	☐	☐	☐	☐	☐
Επιμέλεια σερβιρίσματος (εμφάνιση ,θερμοκρασία)	☐	☐	☐	☐	☐
Συμπεριφορά προσωπικού τροφοδοσίας	☐	☐	☐	☐	☐
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ					
Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και Πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά σας	☐	☐	☐	☐	☐
Οδηγίες για την θεραπεία από τους ιατρούς	☐	☐	☐	☐	☐
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά ιατρών	☐	☐	☐	☐	☐
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	☐	☐	☐	☐	☐

Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	☐	☐	☐	☐	☐
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	☐	☐	☐	☐	☐
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	☐	☐	☐	☐	☐
ΓΕΝΙΚΗ ΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ					
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής	☐	☐	☐	☐	☐
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου	☐	☐	☐	☐	☐
Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι	☐	☐	☐	☐	☐
Βοήθεια για τη μετακίνησή σας(εάν χρειάστηκε) Δεν χρειάστηκε ☐	☐	☐	☐	☐	☐
Λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις Γραμματείες	☐	☐	☐	☐	☐

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ					
Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε την συνολική σας εμπειρία από το Τμήμα του Νοσοκομείου στο ποίο νοσηλευθήκατε;					

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

.....

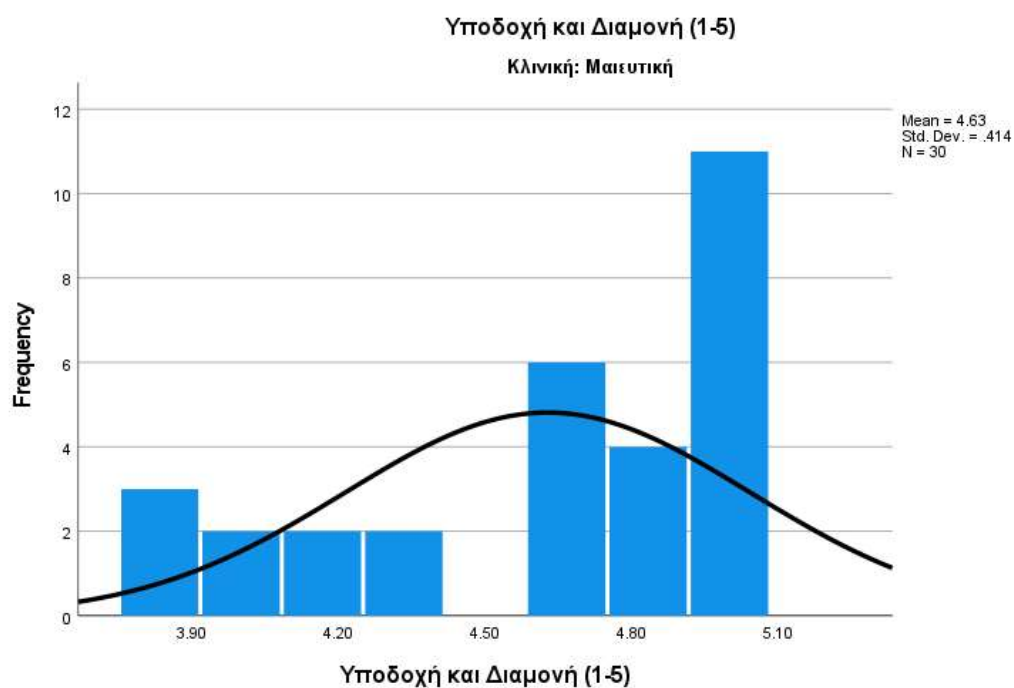
Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε τον χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας.

Σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση!

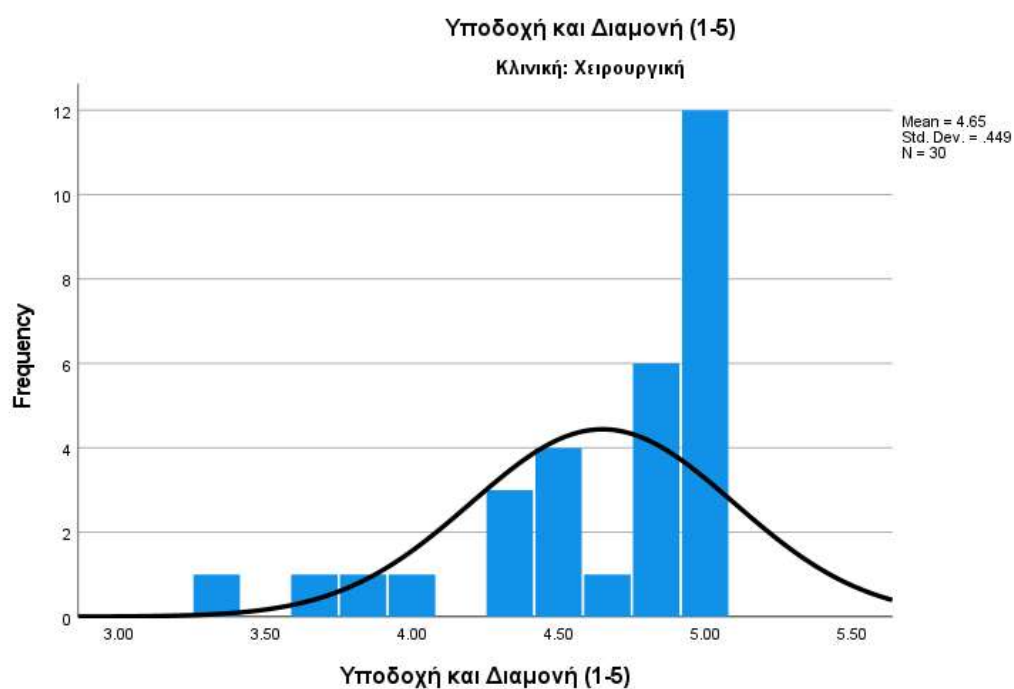
Παράρτημα Β: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΜΟΥ << ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ >> ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	1
	Α.Π: 78
	Σάμος : 03-12-2025
Κοινοποίηση απόφασης	
ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής διπλωματικής εργασίας μελέτης στο Γ.Ν. Σάμου.	
Προς : -ΔΙΟΙΚΗΣΗ Γ. Ν. ΣΑΜΟΥ	
Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου σε τακτική συνεδρίαση στις 03-12-2025, ομόφωνα εγκρίνουν την αίτηση σπουδάστριάς του ΕΑΠ, κα Λυμπέρη Εμμανουέλλας, με αρ.65/14-11-2025 για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας με τίτλο "Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και κόστους νοσηλείας σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο", εφόσον το Γ.Ν. Σάμου δεν επιβαρύνεται οικονομικά, τηρούνται οι κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας, προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα του προσωπικού και ασθενών αλλά και τηρείται η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών. Η αίτηση συνοδεύεται από το ερευνητικό πρωτόκολλο, σχέδιο εντύπου συγκατάθεσης ασθενούς, υπόδειγμα ερωτηματολογίου, βεβαίωση επιβλέποντα καθηγητή κ.Στ.Καρακόλια. Επιπλέον προτείνουμε δε όπως δοθεί μια εσωτερική αναφορά προς τη διοίκηση του νοσοκομείου μετά το πέρας εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.	
Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ (για τα μέλη του Ε.Σ.) 	
ΚΟΙΝ.: 1) ΛΥΜΠΕΡΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ	
	

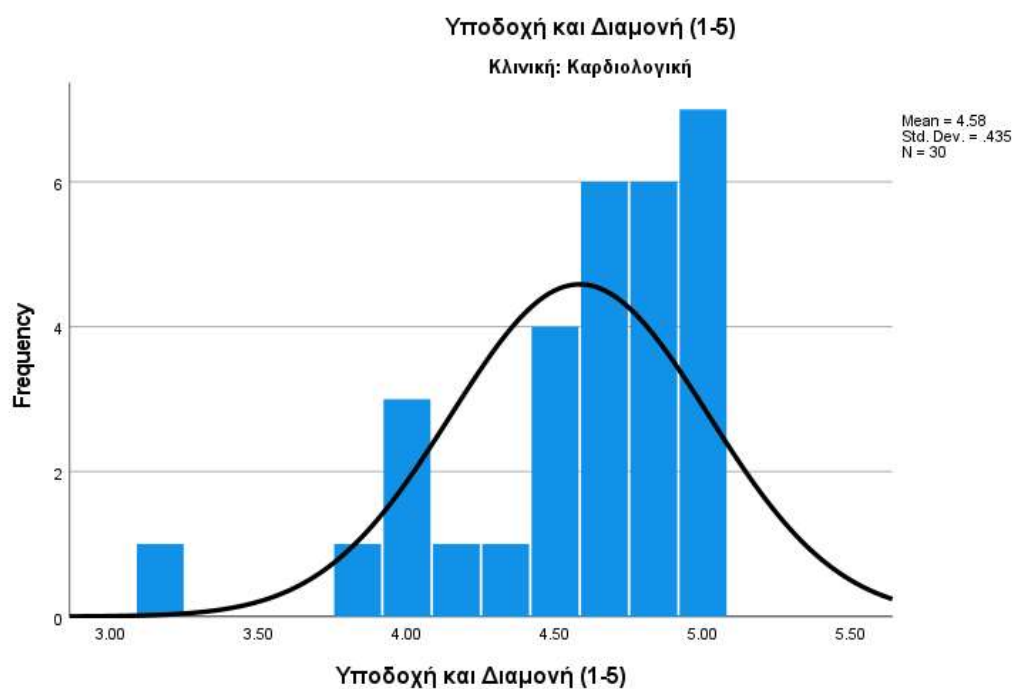
Παράρτημα Γ : Διαγράμματα



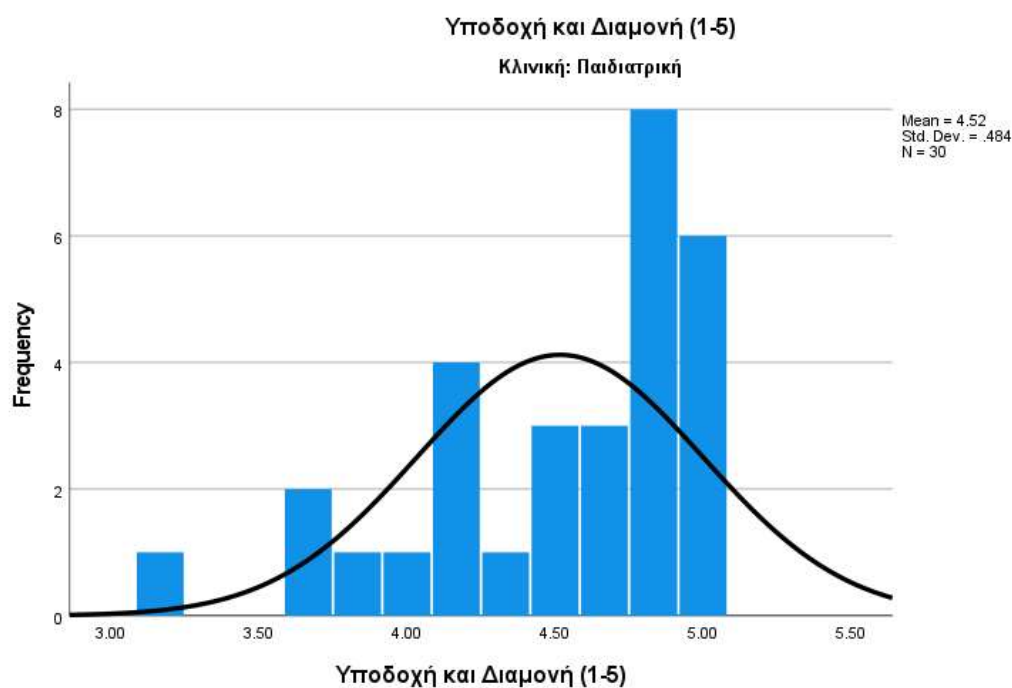
Διάγραμμα 1 : Μαιευτική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Υποδοχή και Διαμονή



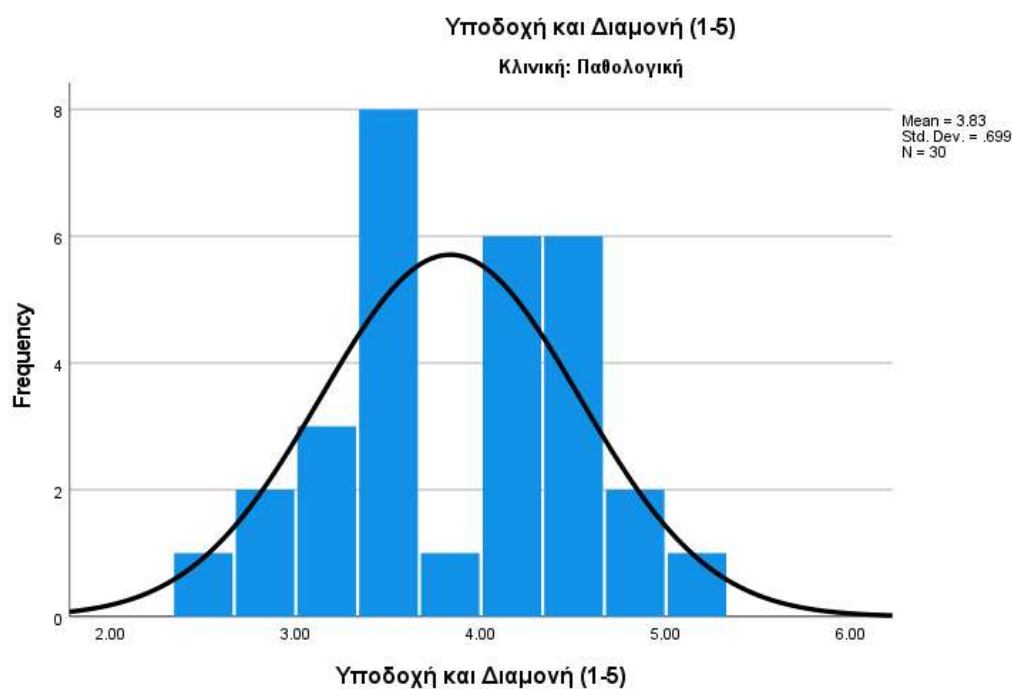
Διάγραμμα 2 : Χειρουργική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Υποδοχή και Διαμονή



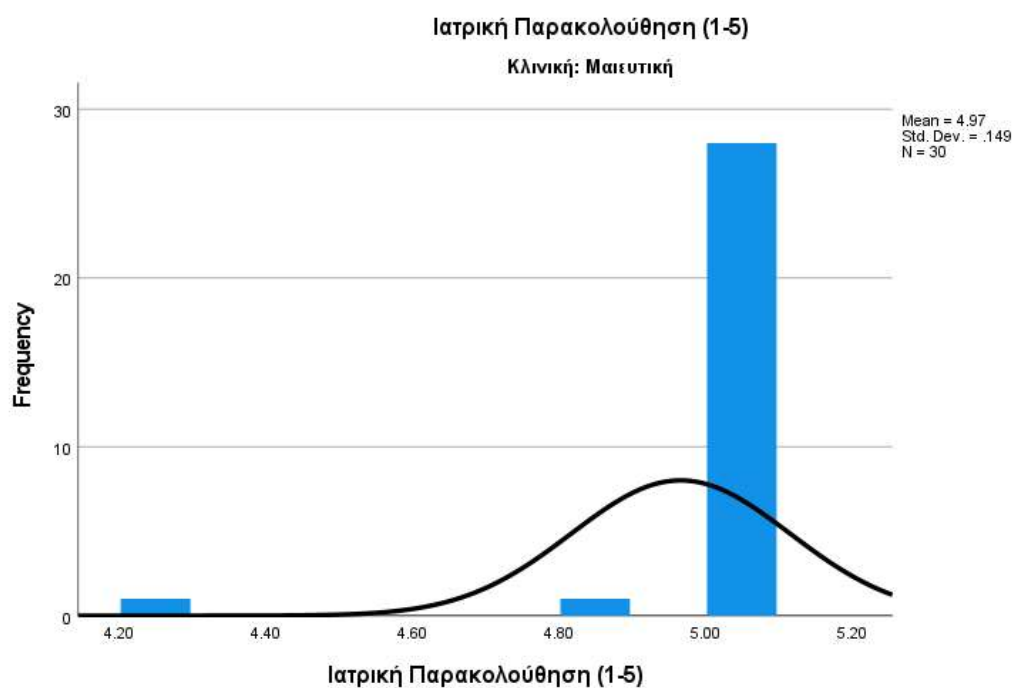
Διάγραμμα 3 : Καρδιολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Υποδοχή και Διαμονή



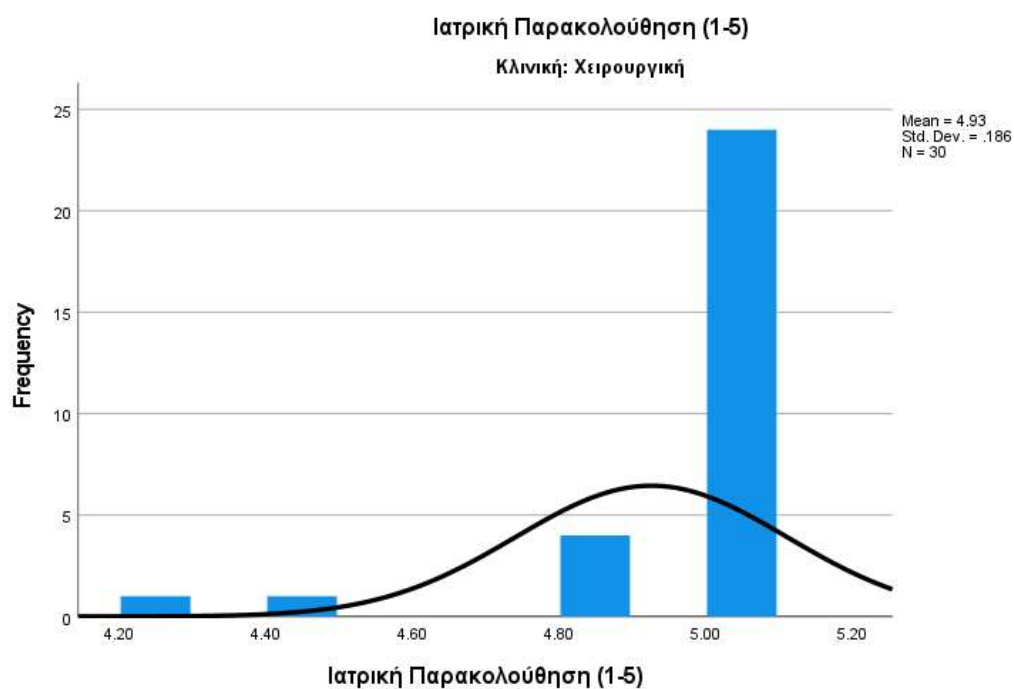
Διάγραμμα 4 : Παιδιατρική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Υποδοχή και Διαμονή



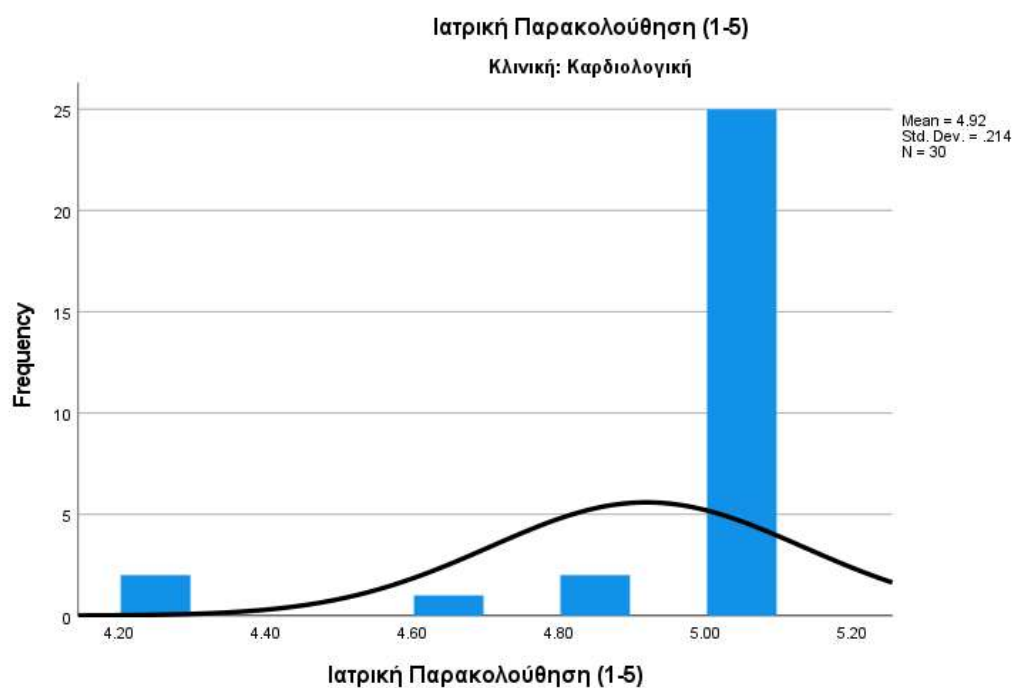
Διάγραμμα 5 : Παθολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Υποδοχή και Διαμονή



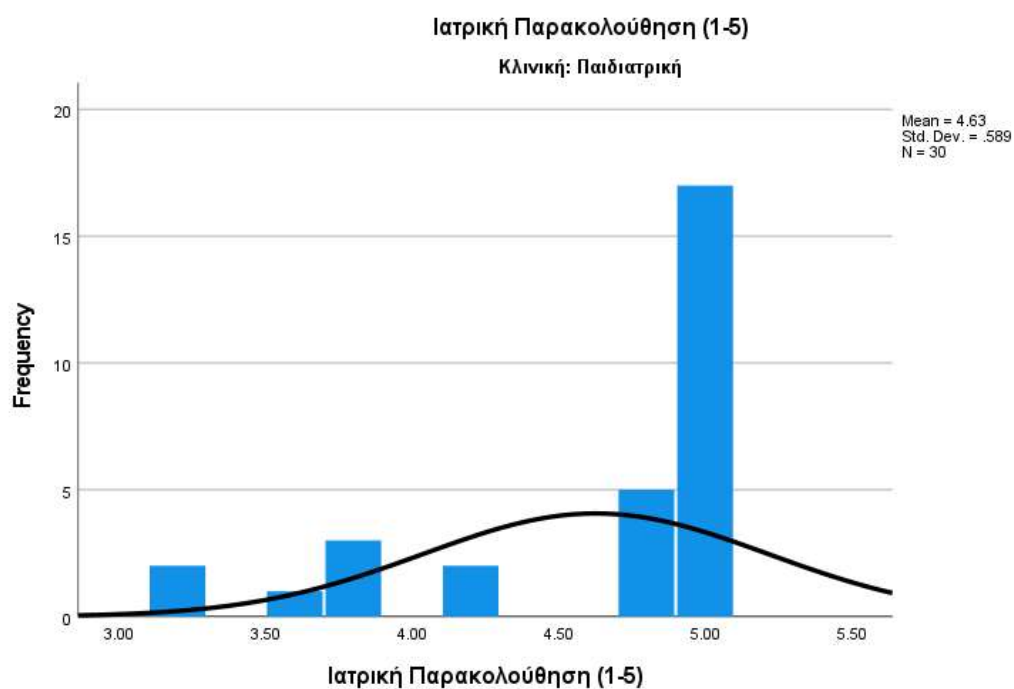
Διάγραμμα 6 : Μαιευτική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Ιατρική Παρακολούθηση



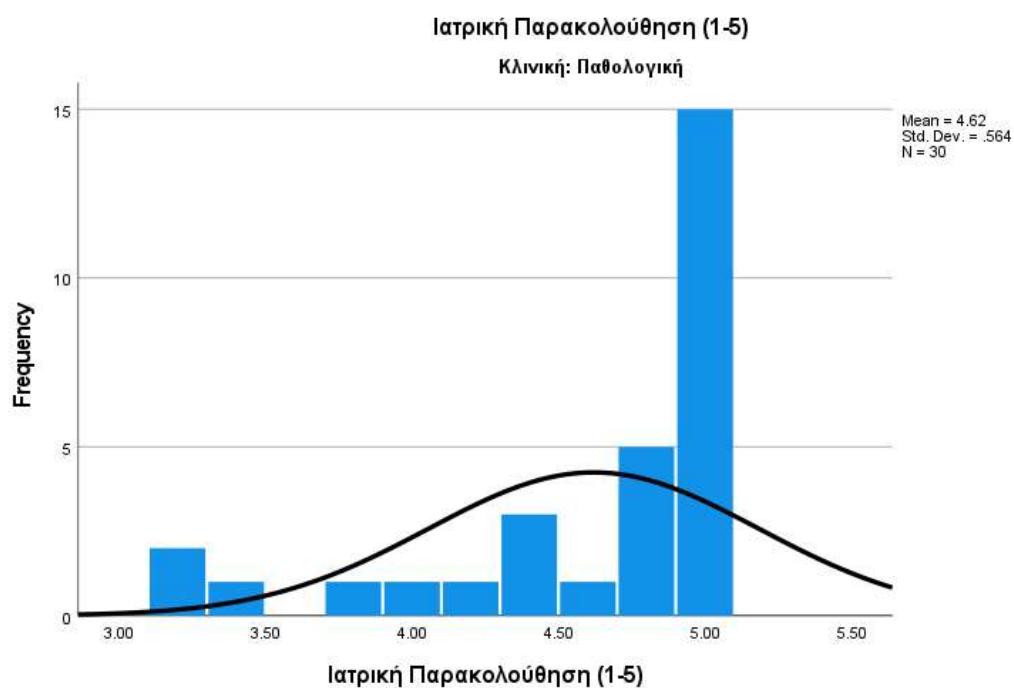
Διάγραμμα 7 : Χειρουργική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Ιατρική Παρακολούθηση



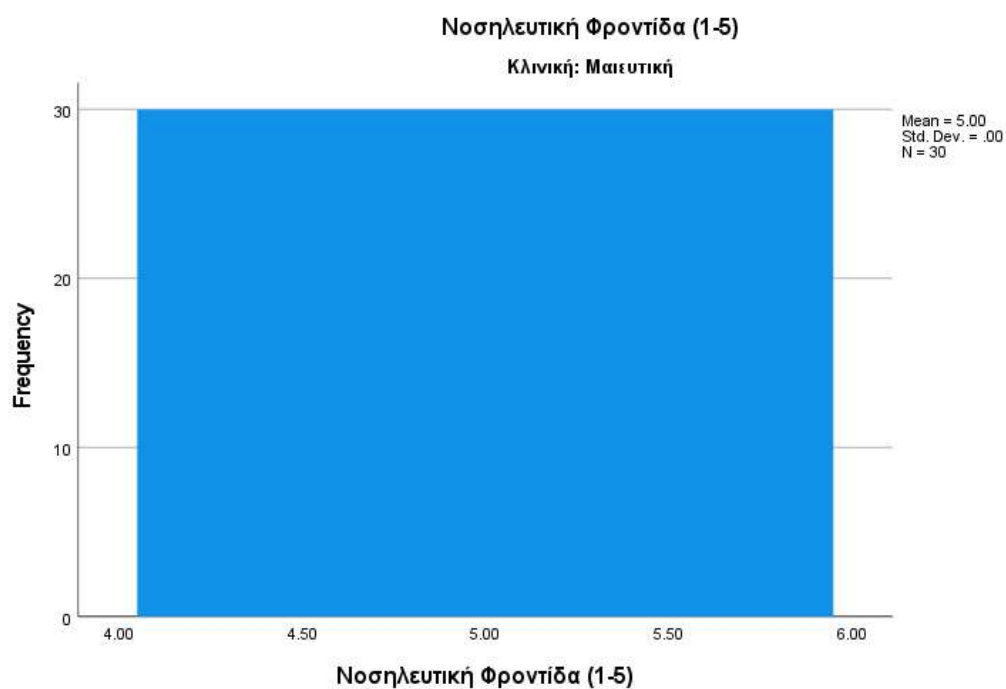
Διάγραμμα 8 : Καρδιολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Ιατρική Παρακολούθηση



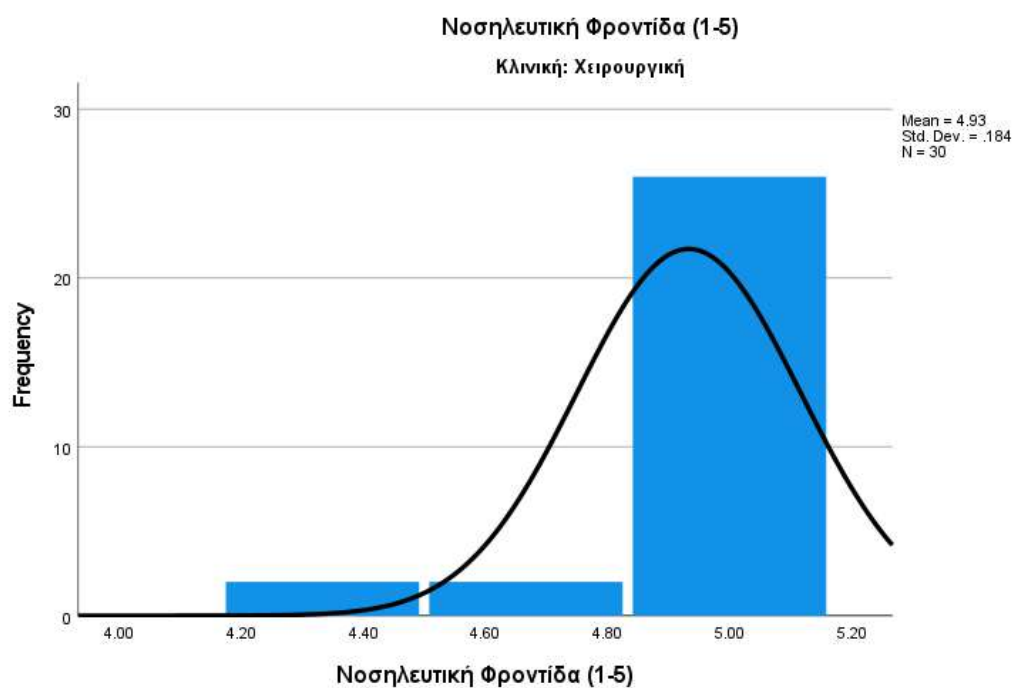
Διάγραμμα 9 : Παιδιατρική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Ιατρική Παρακολούθηση



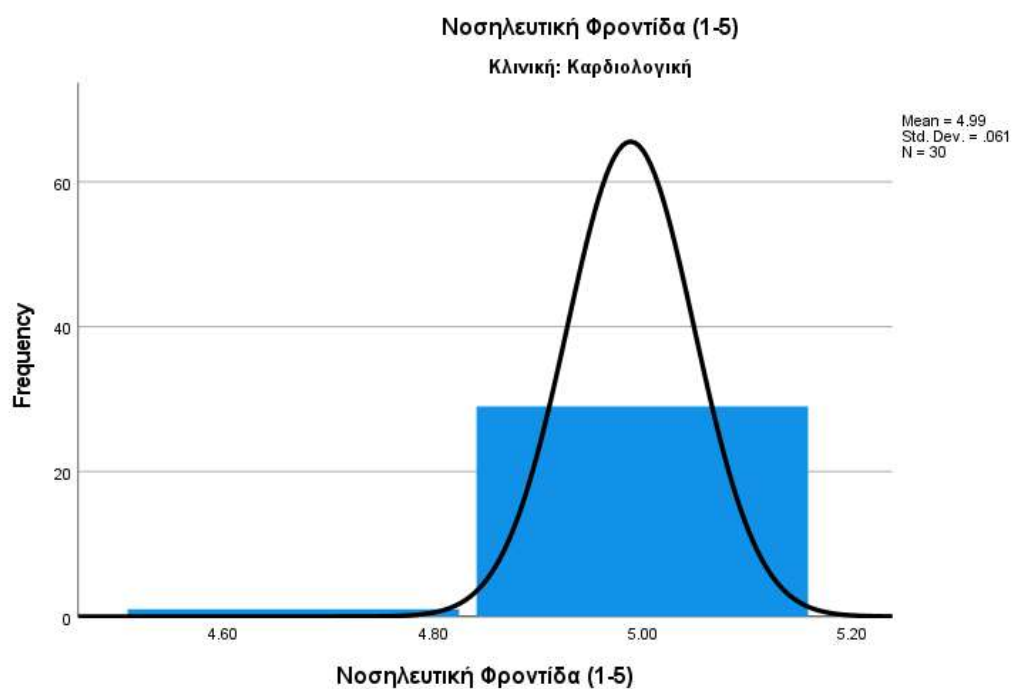
Διάγραμμα 10 : Παθολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από την Ιατρική Παρακολούθηση



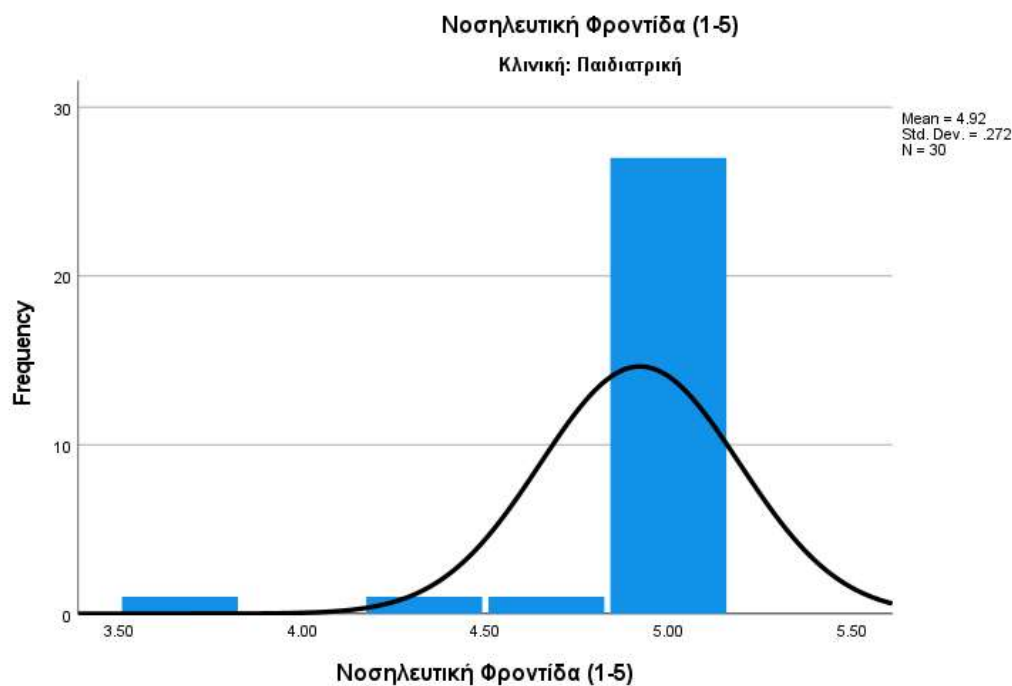
Διάγραμμα 11 : Μαιευτική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα



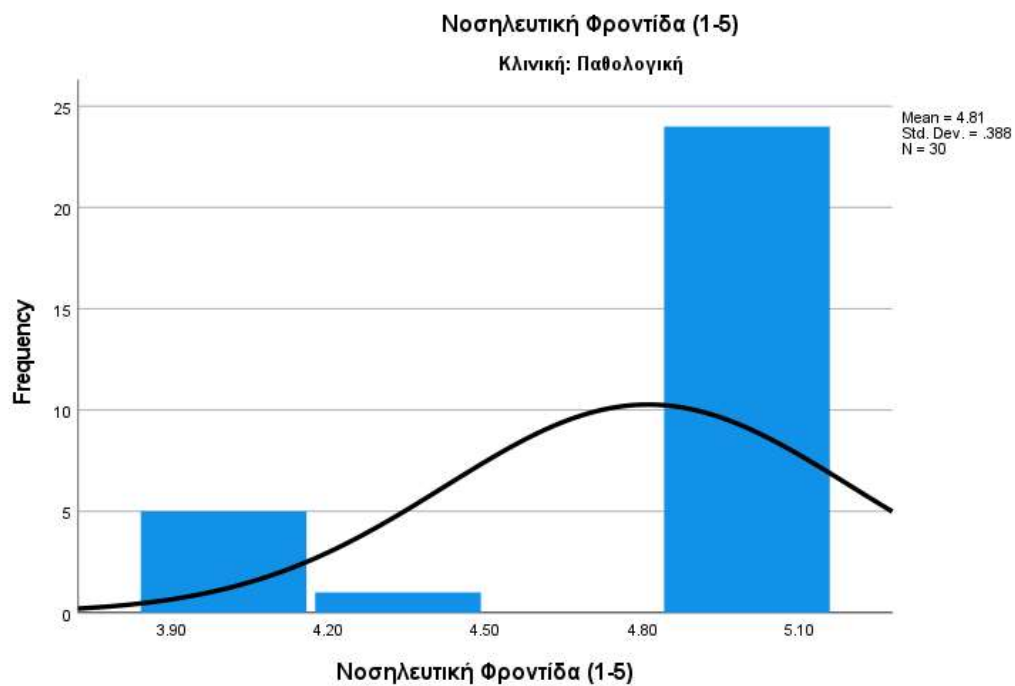
Διάγραμμα 12 : Χειρουργική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα



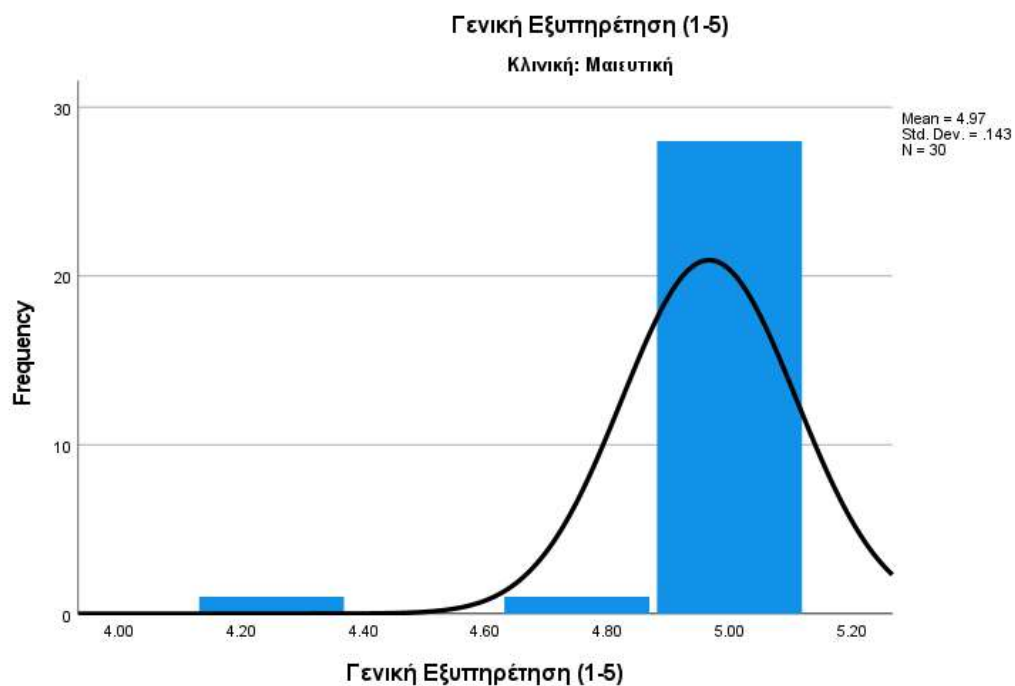
Διάγραμμα 13 : Καρδιολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα



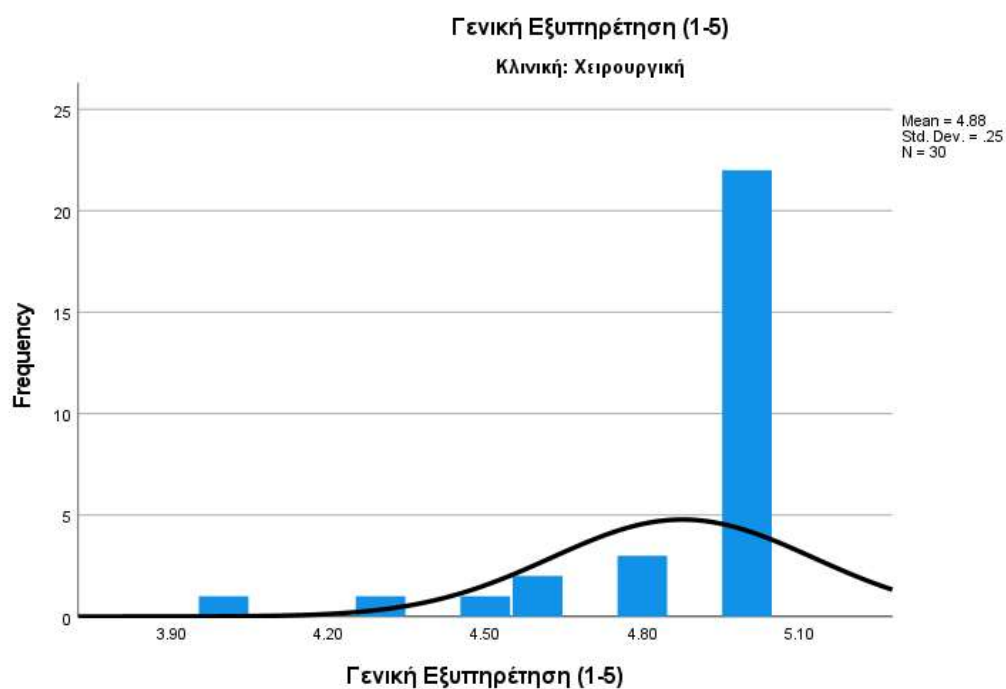
Διάγραμμα 14 : Παιδιατρική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα



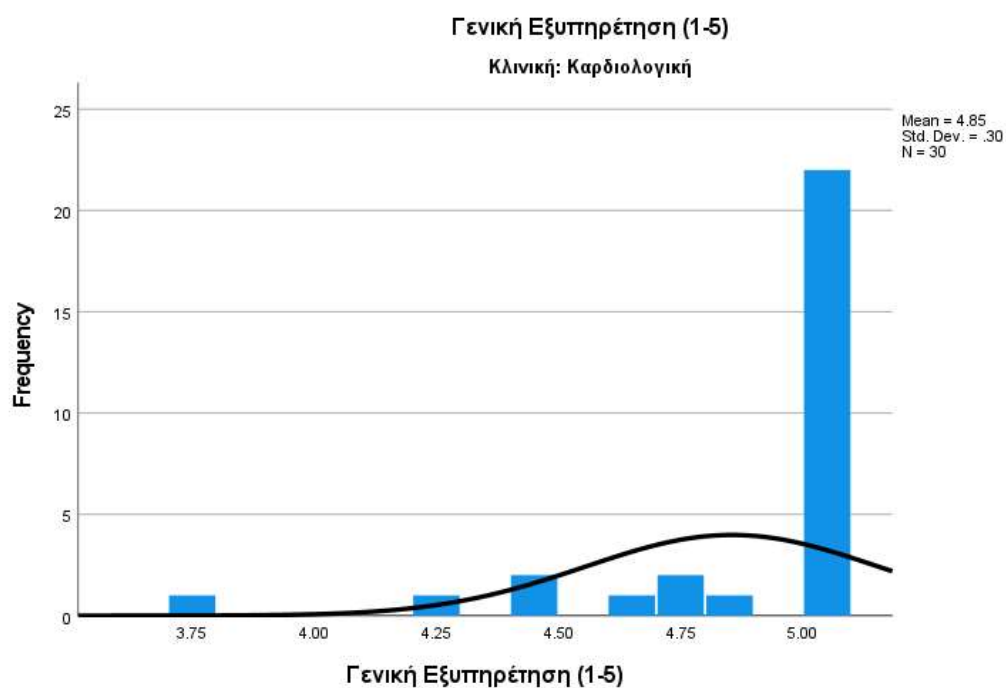
Διάγραμμα 15 : Παθολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα



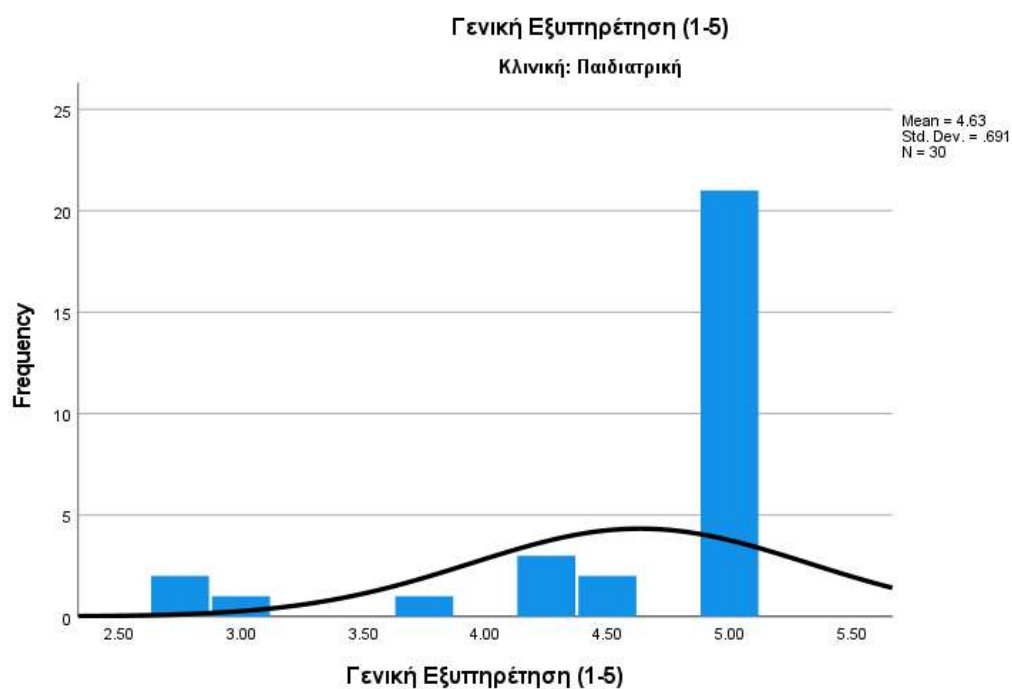
Διάγραμμα 16 : Μαιευτική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Γενική Εξυπηρέτηση



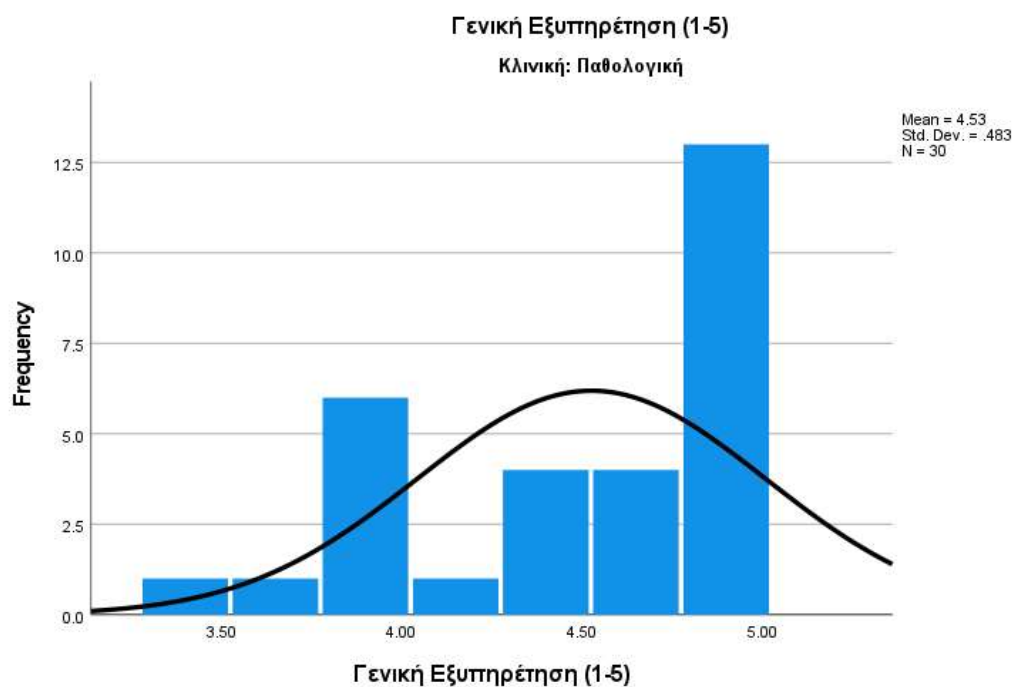
Διάγραμμα 17 : Χειρουργική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Γενική Εξυπηρέτηση



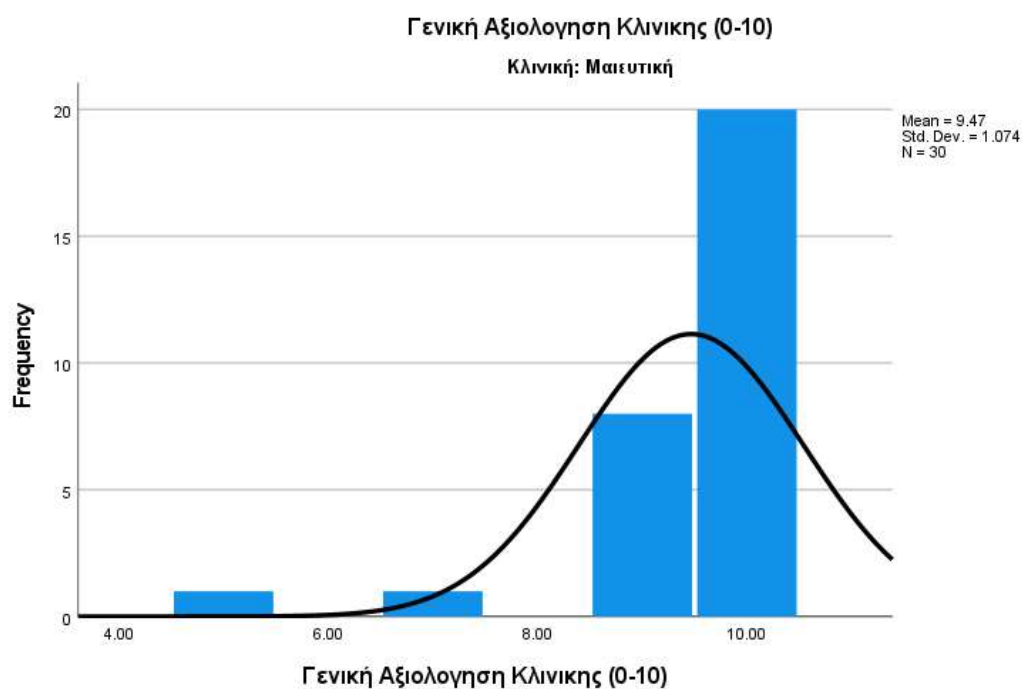
Διάγραμμα 18 : Καρδιολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Γενική Εξυπηρέτηση



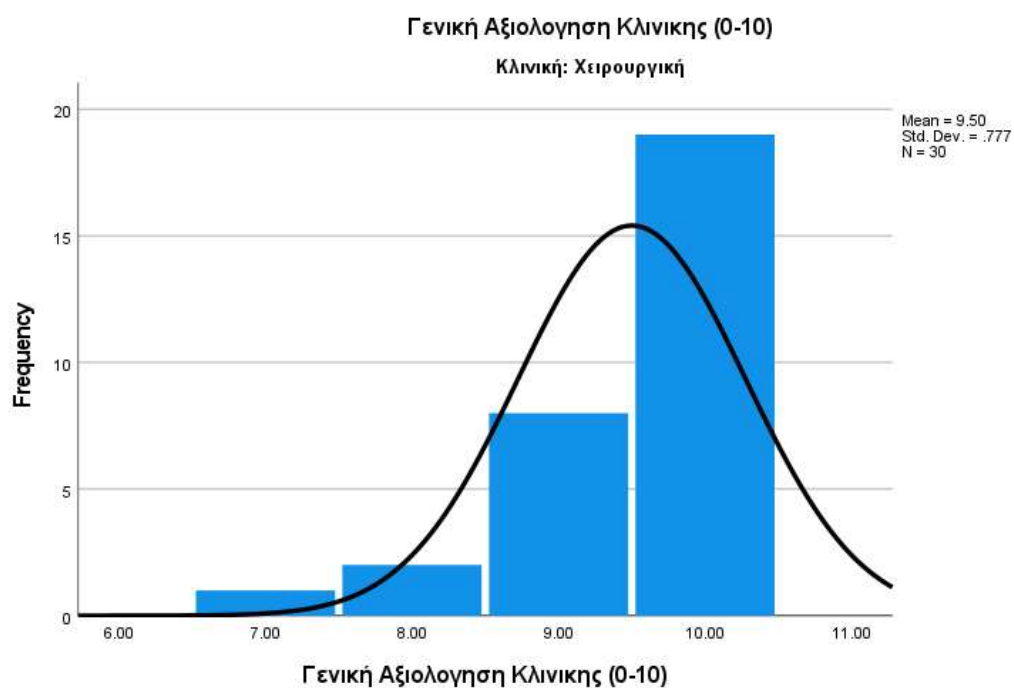
Διάγραμμα 19 : Παιδιατρική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Γενική Εξυπηρέτηση



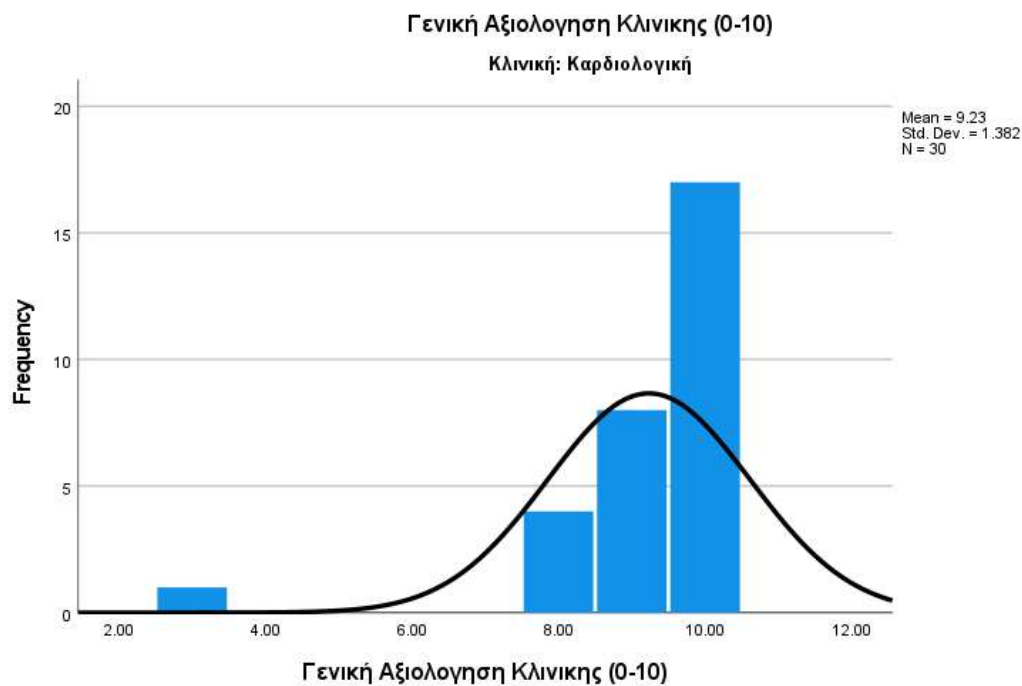
Διάγραμμα 20 : Παθολογική κλινική- Ικανοποίηση ασθενών από τη Γενική Εξυπηρέτηση



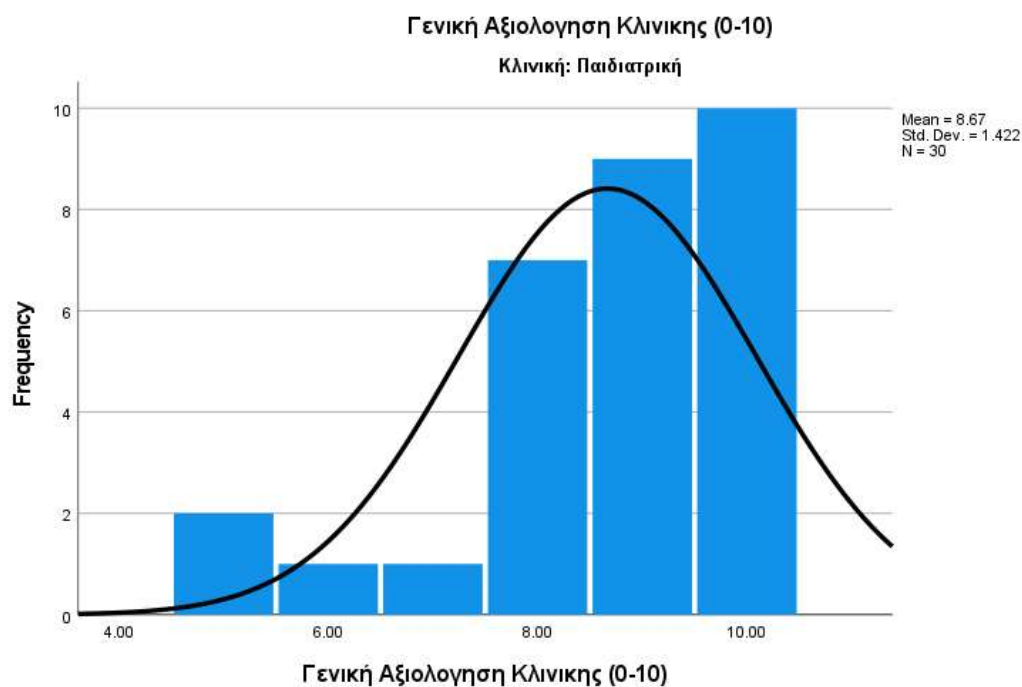
Διάγραμμα 21 : Μαιευτική κλινική- Γενική Αξιολόγηση κλινικής



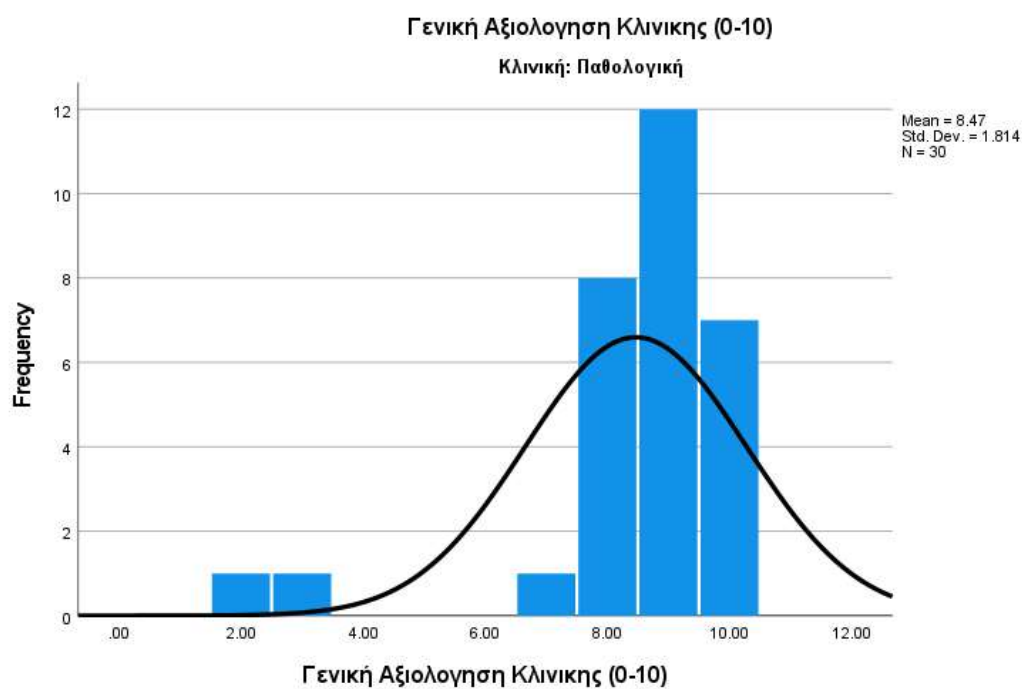
Διάγραμμα 22 : Χειρουργική κλινική- Γενική Αξιολόγηση κλινικής



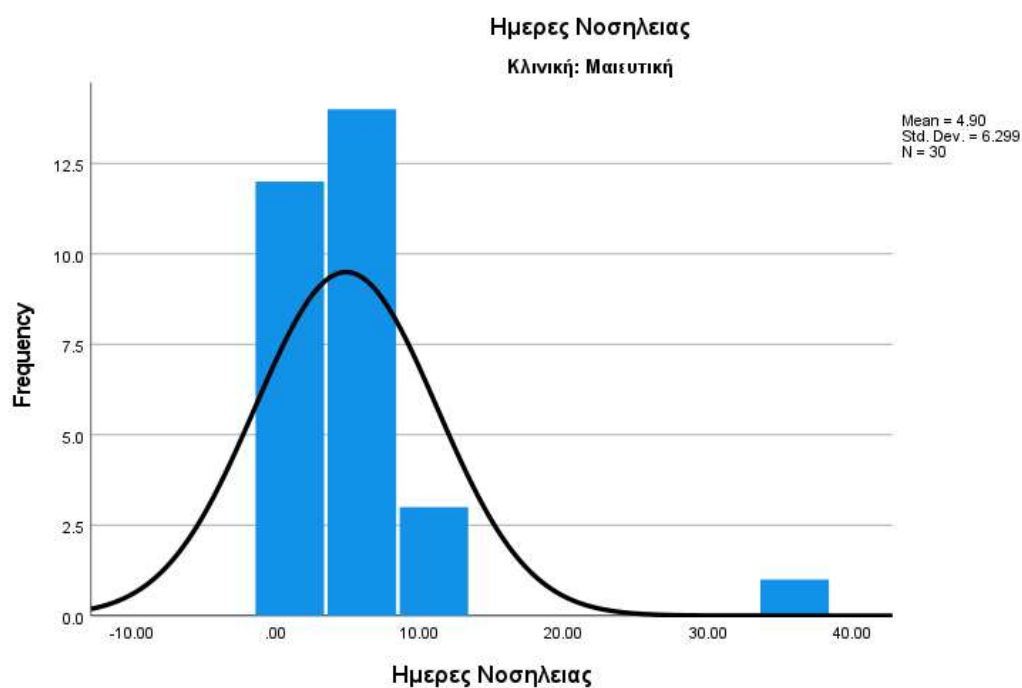
Διάγραμμα 23 : Καρδιολογική κλινική- Γενική Αξιολόγηση κλινικής



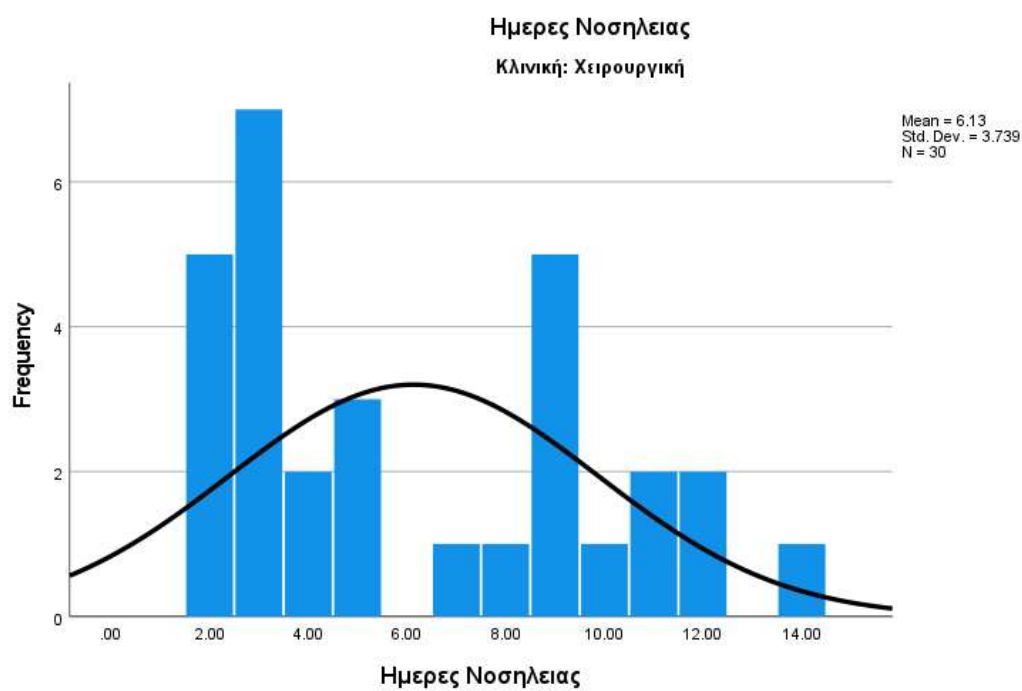
Διάγραμμα 24 : Παιδιατρική κλινική- Γενική Αξιολόγηση κλινικής



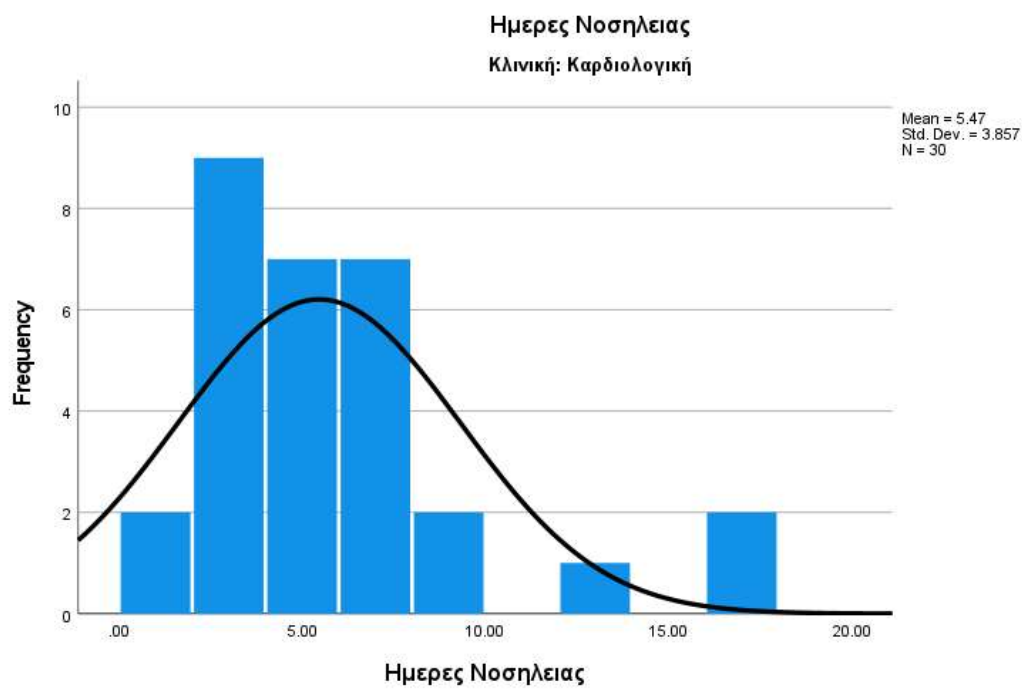
Διάγραμμα 25 : Παθολογική κλινική- Γενική Αξιολόγηση κλινικής



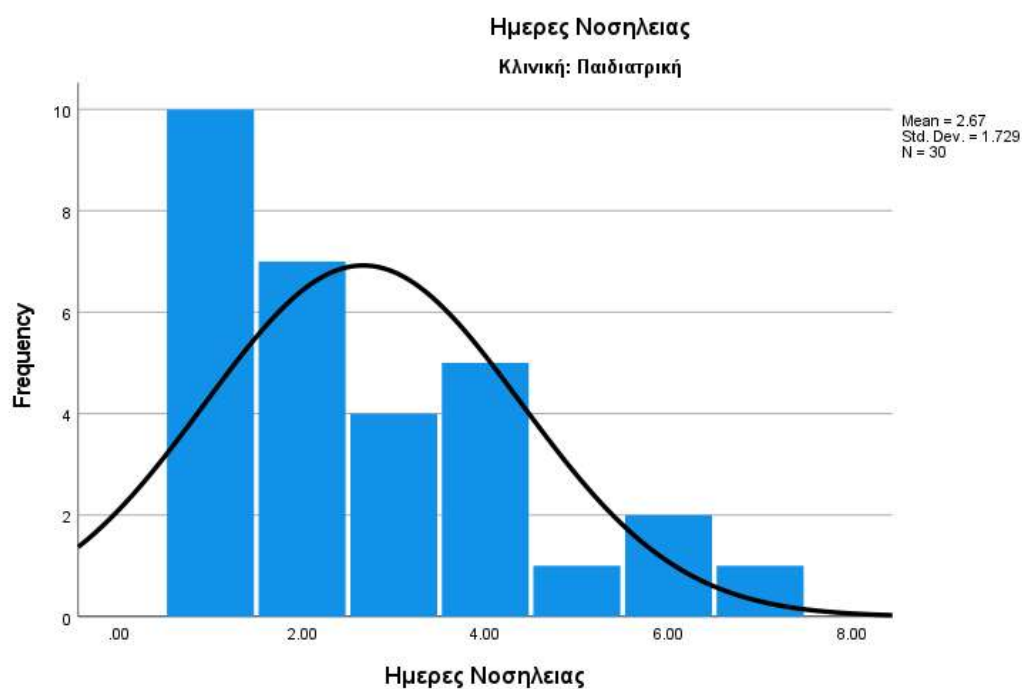
Διάγραμμα 26 : Μαιευτική κλινική- Ημέρες νοσηλείας



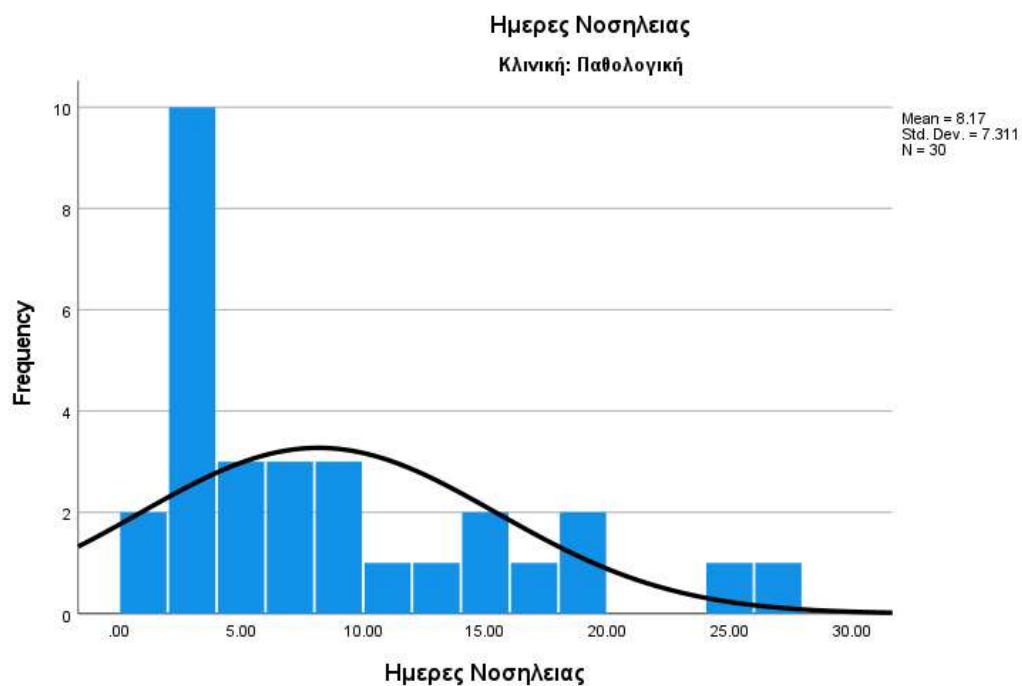
Διάγραμμα 27 : Χειρουργική κλινική- Ημέρες νοσηλείας



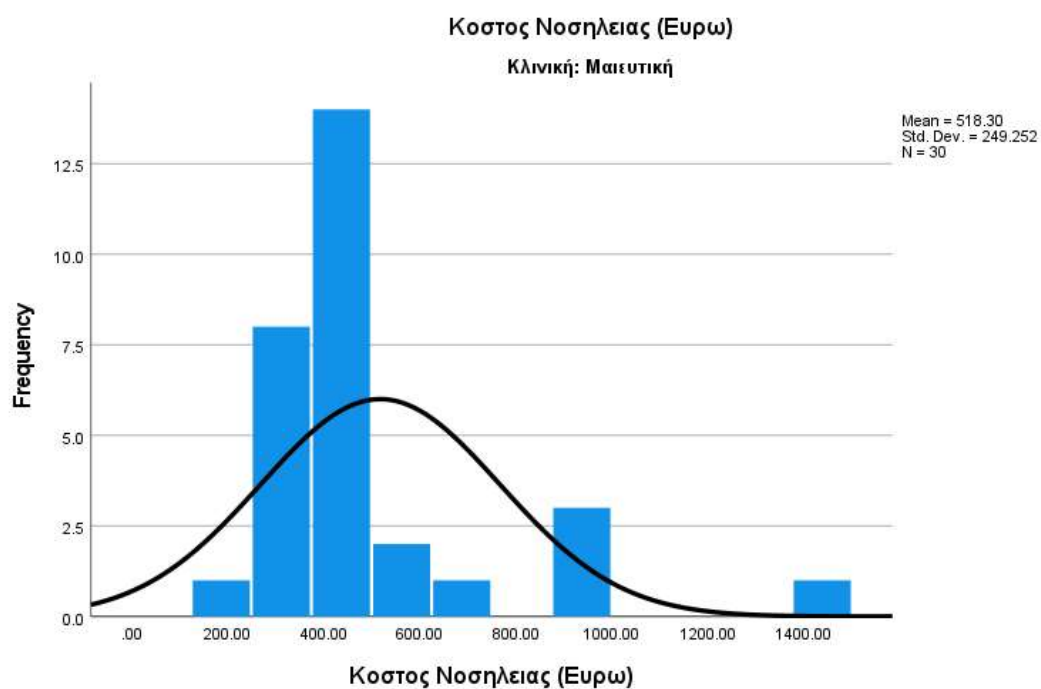
Διάγραμμα 28 : Καρδιολογική κλινική- Ημέρες νοσηλείας



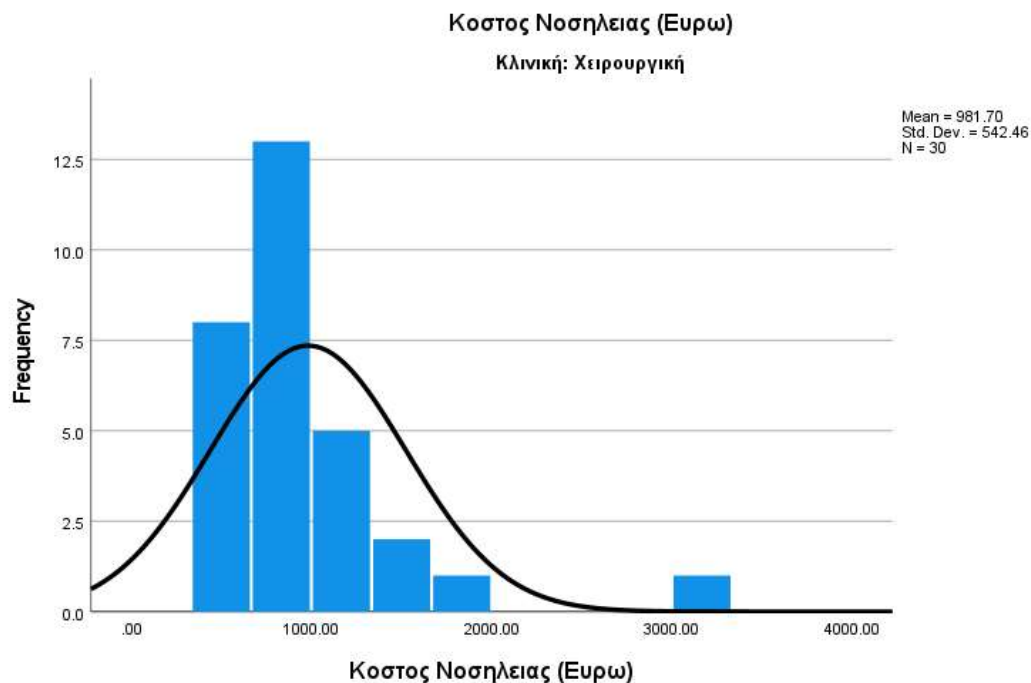
Διάγραμμα 29 : Παιδιατρική κλινική- Ημέρες νοσηλείας



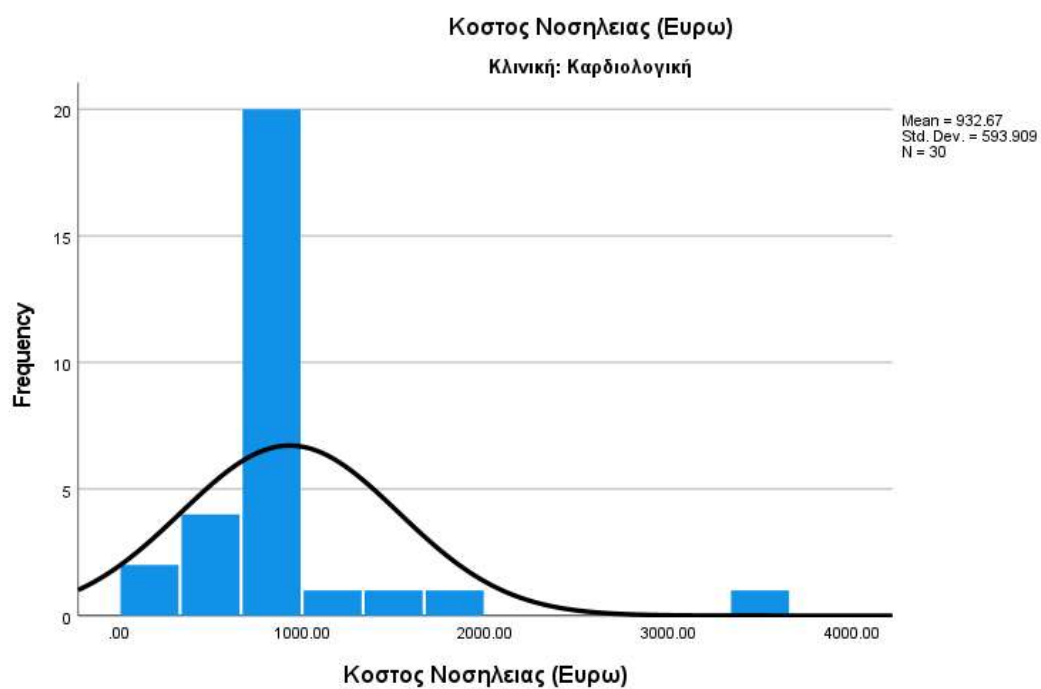
Διάγραμμα 30 : Παθολογική κλινική- Ημέρες νοσηλείας



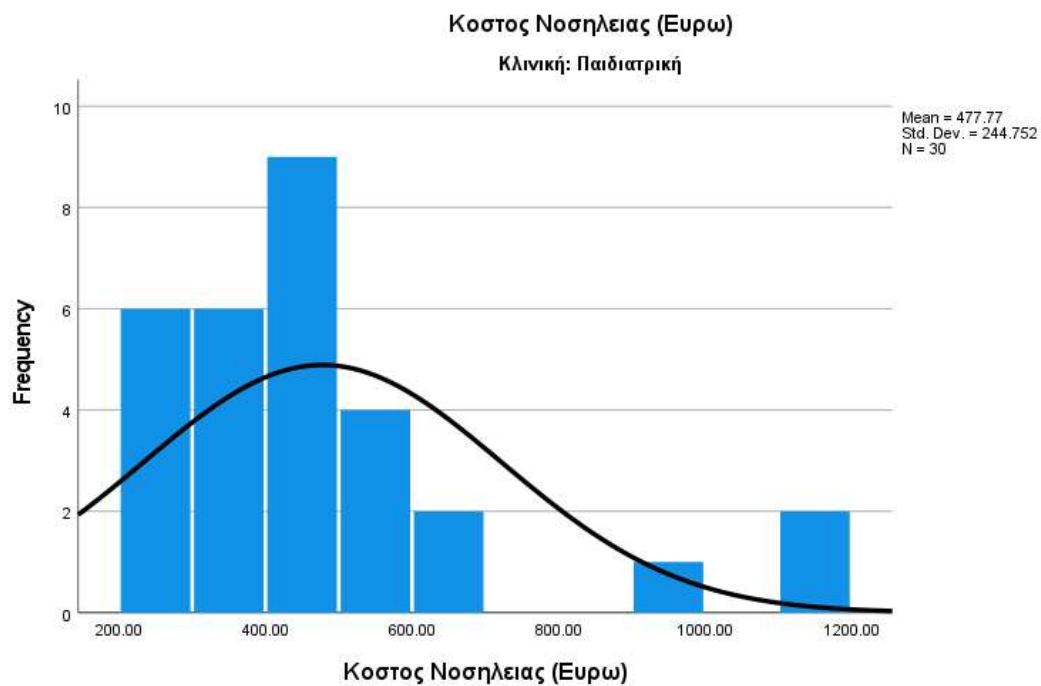
Διάγραμμα 31 : Μαιευτική κλινική- Κόστος νοσηλείας



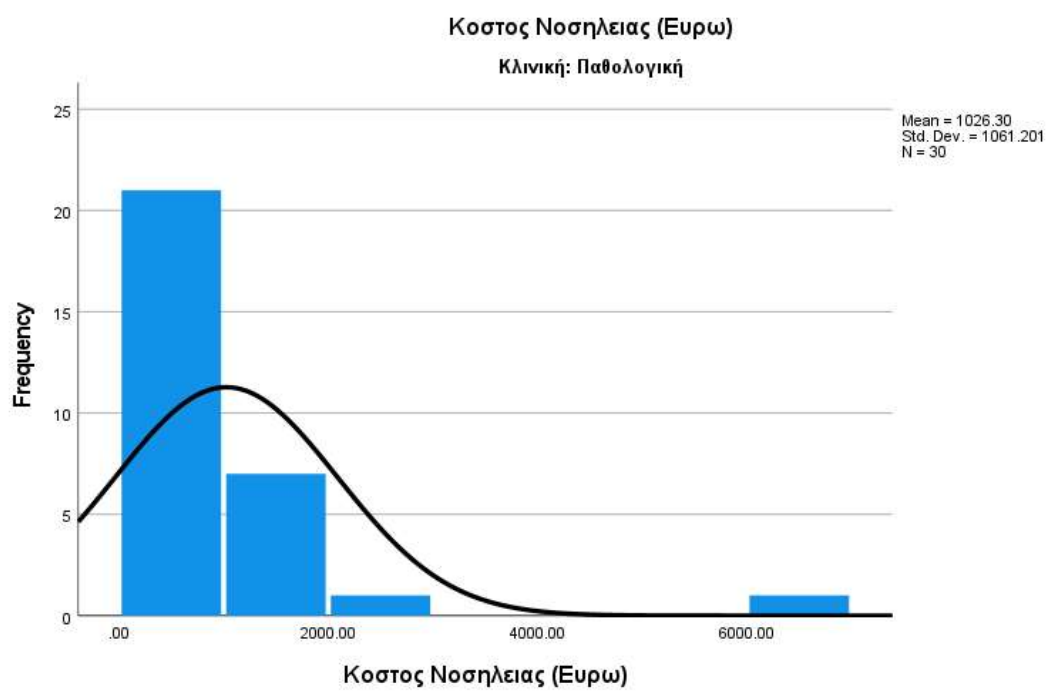
Διάγραμμα 32 : Χειρουργική κλινική- Κόστος νοσηλείας



Διάγραμμα 33 : Καρδιολογική κλινική- Κόστος νοσηλείας



Διάγραμμα 34 : Παιδιατρική κλινική- Κόστος νοσηλείας



Διάγραμμα 35 : Παθολογική κλινική- Κόστος νοσηλείας

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

«Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/ δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.»

.

