

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ  
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: Η ΜΕΛΕΤΗ-ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΒΟΙΩΤΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΣΕΛΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ**

**ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ: ΑΥΔΙΚΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΜΙΜΗΣ  
ΑΓΓΕΛΟΣ**

*Ζεγγίνη Αδαμαντία*

**Αθήνα, 2022**

*«...ὕγεια*

*τίμιον ἄλλ' εὐμετάστατον...»*

*Πλούταρχος, 45 -120 μ.Χ.*

## Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου κύριο Τσέλιο Βασίλειο, για την άψογη συνεργασία που είχαμε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και την αποδοχή του να αναλάβει την επίβλεψη της εργασίας μου. Οι συνεχείς συμβουλές του σε επιστημονικό επίπεδο, η καθοδήγηση και η υπομονή του αποτέλεσαν καθοριστικό παράγοντα στην ολοκλήρωση της εργασίας μου με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω επίσης στους καθηγητές κύριο Αυδίκο Βασίλειο και κύριο Μιμή Άγγελο που μέσα από τις διαλέξεις τους καθ' όλη τη διάρκεια του διδακτικού έτους με έκαναν να αγαπήσω την έρευνα στον τομέα των ανισοτήτων και παράλληλα μου μεταλαμπάδευσαν τις γνώσεις και την εμπειρία τους για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	3
Κατάλογος Εικόνων.....	7
Κατάλογος Γραφημάτων.....	7
Κατάλογος Πινάκων.....	8
Περίληψη.....	10
Εισαγωγή.....	12
Σκοπός.....	12
Πηγές Έμπνευσης.....	13
<b><u>Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b> .....	14
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός των Υγειονομικών Ανισοτήτων</u></b> .....	14
1.1 Η Έννοια της Υγείας.....	14
1.2 Ισότητα στο Επίπεδο Υγείας.....	15
1.3 Οριζόντια & Κάθετη Ισότητα.....	15
1.4 Ισότητα στη Φροντίδα Υγείας.....	16
1.5 Η Έννοια της Υγειονομικής Ανάγκης.....	17
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Υγειονομικές Ανισότητες και οι Παράγοντες τους</u></b> .....	18
2.1 Βασικές Θεωρίες για την Ύπαρξη των Ανισοτήτων.....	18
2.2 Κοινωνικές Υγειονομικές Ανισότητες.....	19
2.3 Γεωγραφικές Υγειονομικές Ανισότητες.....	20
2.4 Παράγοντες που Επηρεάζουν τις Υγειονομικές Ανισότητες.....	21
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Δομή Και Οργάνωση των Συστημάτων Υγείας-Εισαγωγή Στα Συστήματα Υγείας</u></b> .....	23
3.1 Τα Δημόσια Συστήματα Υγείας.....	23
3.1.1 Η Υγεία ως Δημόσιο και κοινωνικό Αγαθό. Η Σοσιαλδημοκρατική Προσέγγιση.....	23
3.1.2 Η Σοσιαλδημοκρατική Προσέγγιση για το Κράτος Πρόνοιας. Η Κεϋνσιανή Αντίληψη.....	24

3.1.3 Το Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης (Το Μοντέλο Του Bismarck).....	25
3.1.4 Η Χρηματοδότηση μέσω Φορολογίας (Το Μοντέλο Του Beveridge) .....	26
3.1.5 Το Μοντέλο Semashko.....	26
3.2 Η Υγεία ως Ιδιωτικό Αγαθό.....	27
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ερμηνευτικά Υποδείγματα των Ανισοτήτων στην Υγεία</u></b> .....	29
4.1 Βασικές Θεωρίες για την Ύπαρξη των Ανισοτήτων.....	29
4.1.1 Η Θεωρία της Φυσικής ή Κοινωνικής Επιλογής.....	30
4.1.2 Η Θεωρία της Υλιστικής ή Δομικής Ερμηνείας.....	30
4.1.3 Η Θεωρία της Συμπεριφορικής ή Πολιτισμικής Ερμηνείας.....	31
4.1.4 Θεωρία της Τεχνητής Ερμηνείας.....	31
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ερμηνευτικά Υποδείγματα των Ανισοτήτων στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας</u></b> .....	32
5.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	32
5.1.1 Η Φιλοσοφία του Deming.....	33
5.1.2 Η Φιλοσοφία του Joseph Juran.....	36
5.1.3 Η Φιλοσοφία του Philip B. Crosby.....	37
<b><u>B. ΜΕΡΟΣ ΕΜΠΕΡΙΚΟ</u></b> .....	38
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Έρευνα για τις Ανισότητες στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας της Π.Ε. Βοιωτίας</u></b> .....	38
6.1 Σκοπός της Έρευνας.....	38
6.2 Επιμέρους Στόχοι.....	38
6.3 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	39
6.4 Μεθοδολογία.....	39
6.5. Συλλογή Δεδομένων Εργαλείο.....	40
6.6 Δείγμα.....	41
6.7 Δειγματοληψία.....	41
6.8 Συλλογή Δεδομένων.....	41
6.9 Ανάλυση Δεδομένων.....	42

6.10 Δεοντολογικά Ζητήματα.....	42
6.11 Οι Περιορισμοί της Έρευνας.....	43
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.</u></b>	
<b><u>Αποτελέσματα.....</u></b>	<b>44</b>
7.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	44
7.2 Βαθμός Ικανοποίησης από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	51
7.2.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1: Βαθμός Ικανοποίησης των Ασθενών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Σχέση με την Περίθαλψη του Ιδιωτικού Τομέα Υγείας.....	54
7.2.2 Ερευνητικό Ερώτημα 2: Τα Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την Προτίμηση των Ασθενών για τις Ιδιωτικές ή τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας.....	59
7.2.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3: Τα Κυριότερα Προβλήματα στον Κλάδο της Δημόσιας και Ιδιωτικής Υγείας.....	62
7.2.4 Ερευνητικό Ερώτημα 4: Η Συχνότητα Πρόσβασης των Χρηστών για Πρωτοβάθμια Περίθαλψη σε Ιδιώτες Γιατρούς ή σε Δημόσιες Υποδομές.....	66
7.3 Συσχέτιση Αποτελεσμάτων.....	67
7.3.1 Ερευνητικό Ερώτημα 5: Ο Ρόλος του Χώρου στις Κοινωνικές Ανισότητες προς την Ικανοποίηση των Ασθενών.....	68
7.3.2 Ερευνητικό Ερώτημα 6: Η Σύνδεση της Άνισης Χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας με τις Κοινωνικές Ανισότητες.....	70
<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>73</b>
<b>Προτάσεις Πολιτικής Υγείας.....</b>	<b>75</b>
<b>Συμβολή - Περιορισμοί της Μελέτης.....</b>	<b>77</b>
<b>Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις.....</b>	<b>78</b>
<b>Ελληνικές Βιβλιογραφικές Αναφορές.....</b>	<b>79</b>
<b>Ξένες Βιβλιογραφικές Αναφορές.....</b>	<b>81</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>85</b>

## Κατάλογος Εικόνων

<i>Εικόνα 1: Το Μοντέλο Dahlgren &amp; Whitehead (2007)</i> <a href="https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf">https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf</a> .....	20
<i>Εικόνα 2: Η Αλυσιδωτή Αντίδραση του Deming (1999)</i> <a href="https://docplayer.gr/11565295-I-filosofia-toy-deming.html">https://docplayer.gr/11565295-I-filosofia-toy-deming.html</a> .....	34
<i>Εικόνα 3: Ο Κύκλος του Deming Deming E.W(1986),Out of Crisis, Cambridge University Press, pp. 18- 97.....</i>	35

## Κατάλογος Γραφημάτων.....7

<i>Γράφημα 1: Κατανομή Φύλου .....</i>	44
<i>Γράφημα 2: Κατανομή Ηλικίας .....</i>	45
<i>Γράφημα 3: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου.....</i>	46
<i>Γράφημα 4: Κατανομή Επαγγελματικής Κατάστασης.....</i>	46
<i>Γράφημα 5: Κατανομή Επαγγέλματος.....</i>	47
<i>Γράφημα 6: Κατανομή Εισοδήματος.....</i>	47
<i>Γράφημα 7: Κατανομή Τόπου Κατοικίας.....</i>	48
<i>Γράφημα 8: Κατανομή Δήμου Κατοικίας.....</i>	48
<i>Γράφημα 9: Κατανομή είδους περίθαλψης.....</i>	51
<i>Γράφημα 10: Λίστες Αναμονής Στις Δημόσιες Δομές.....</i>	53
<i>Γράφημα 11: Δυσκολίες Στην Πρόσβαση Και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας.....</i>	53
<i>Γράφημα 12: Λόγοι Για Τις Δυσκολίες Των Ασθενών.....</i>	53
<i>Γράφημα 13: Καθαριότητα Στα Δημόσια Νοσοκομεία.....</i>	55
<i>Γράφημα 14: Καθαριότητα Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία.....</i>	55
<i>Γράφημα 15: Γενικότερη Εξυπηρέτηση Στα Ιδιωτικά Ιατρεία.....</i>	56
<i>Γράφημα 16: Γενικότερη Εξυπηρέτηση Στα Δημόσια Ιατρεία.....</i>	56
<i>Γράφημα 17: Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία Ιατρών Στα Δημόσια Νοσοκομεία.....</i>	57
<i>Γράφημα 18: Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία Ιατρών Στα Ιδιωτικά Ιατρεία.....</i>	57

Γράφημα 19: Ικανοποίηση Των Ασθενών Από Τα Δημόσια Νοσοκομεία Ως Προς Την Λύση Του Προβλήματος Υγείας Τους.....	58
Γράφημα 20: Ικανοποίηση Των Ασθενών Από Τα Ιδιωτικά Ιατρεία Ως Προς Την Λύση Του Προβλήματος Υγείας Τους.....	58
Γράφημα 21: Εικόνα Ερωτώμενων Για Το Γενικό Νοσοκομείο Θήβας.....	58
Γράφημα 22 :Εικόνα Για Το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς.....	59
Γράφημα 23: Εικόνα Για Τον Ιδιωτικό Τομέα Της Περιοχής.....	59
Γράφημα 24: Δημόσια Υγεία Και Επάρκεια Προσωπικού.....	63
Γράφημα 25: Το Φακελάκι Του Ιατρού.....	64
Γράφημα 26: Το Ύψος Του Φιλοδωρήματος.....	64
Γράφημα 27: Η Σπουδαιότητα του « μέσου» στη Δημόσια Υγεία.....	65
Γράφημα 28: Τι Είναι Η Τηλεϊατρική.....	65
Γράφημα 29: Κατά Πόσο Χρησιμοποιείται Η Τηλεϊατρική Από Το Δείγμα.....	66
Γράφημα 30: Επιλογή Δημόσιας ή Ιδιωτικής Δομής στις 10 Επισκέψεις.....	66
Γράφημα 31: Κατανομή Χιλιομετρικής Απόστασης Από Δημόσια Δομή Υγείας.....	68
Γράφημα 32: Κατανομή Χιλιομετρικής Απόστασης Από Ιδιωτική Δομή Υγείας.....	69
<b>Κατάλογος Πινάκων.....</b>	<b>8</b>
Πίνακας 1: Φύλο Ερωτώμενων .....	44
Πίνακας 2: Ηλικία Ερωτώμενων.....	45
Πίνακας 3: Τα Νοσοκομεία Της Π.Ε. Βοιωτίας.....	49
Πίνακας 4: Ασφαλιστική Κατάσταση.....	49
Πίνακας 5: Αυτοαξιολόγηση Επιπέδου Υγείας.....	50
Πίνακας 6: Διευκόλυνση Από Τις Πληροφορίες.....	52
Πίνακας 7: Γραφειοκρατικά Εμπόδια.....	52
Πίνακας 8: Ευγένεια Προσωπικού.....	54



Πίνακας 9: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καθαριότητας.....	60
Πίνακας 10: Προτίμηση Στα Δημόσια Νοσοκομεία Λόγω Εξειδικευμένου Ιατρικού Προσωπικού.....	60
Πίνακας 11: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Ασφάλειας Και Εμπιστοσύνης.....	60
Πίνακας 12: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καλύτερων Τεχνολογικών Μηχανημάτων.....	60
Πίνακας 13: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Γρηγορότερης Εξυπηρέτησης.....	60
Πίνακας 14: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καλύτερα Καταρτισμένου Προσωπικού.....	61
Πίνακας 15 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 1 Για Τη Σχέση Του Τόπου Κατοικίας Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Δημόσιας Δομής.....	69
Πίνακας 16 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 2 Για Τη Σχέση Του Τόπου Κατοικίας Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Ιδιωτικής Δομής.....	70
Πίνακας 17 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 3 Για Τη Σχέση Του Εισοδήματος Και Της Επιλογής Δημόσιων Υγειονομικών Δομών.....	70
Πίνακας 18 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 4 Για Τη Σχέση Του Εισοδήματος Και Της Επιλογής Ιδιωτικών Υγειονομικών Δομών.....	71
Πίνακας 19 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 5 Για Τη Σχέση Του Επιπέδου Σπουδών Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Δημόσιας Δομής.....	71
Πίνακας 20 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 6 Για Τη Σχέση Του Επιπέδου Σπουδών Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Ιδιωτικής Δομής.....	72
Πίνακας 21 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 7 Για Τη Σχέση Του Επαγγέλματος Και Των Δυσκολιών Πρόσβασης Και Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας.....	72

## Περίληψη

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα ανθρώπινα δικαιώματα του ανθρώπου. Η ισότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί βασική αρχή για την οργάνωση και την κατανομή των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει την ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα, την ίση χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών και την ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους ανεξάρτητα του κοινωνικού στρώματος και οικονομικής κατάστασης. Ωστόσο, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η οικονομική θέση και η πολιτική επιρροή δημιουργούν υγειονομικές ανισότητες.

Είναι κοινά παραδεκτό πως η πανδημία του COVID-19 αλλά και η προγενέστερη χρηματοοικονομική κρίση απέδειξε ότι ακόμα και τα πιο σύγχρονα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα και πρέπει να μεριμνήσουν περισσότερο προκειμένου να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν ένα υψηλό επίπεδο υγείας και ευεξίας στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Πέραν τούτου η ύφεση που προηγήθηκε σε συνδυασμό με τα μεταναστευτικά κύματα, τις περικοπές δαπανών, την υπογεννητικότητα και γήρανση του πληθυσμού και γενικότερα την δυσχερή οικονομική κατάσταση της χώρας έφεραν στο προσκήνιο σημαντικά προβλήματα για το βιοτικό επίπεδο των πολιτών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της Π.Ε. Βοιωτίας, η οποία αντιμετωπίζει ποικίλα προβλήματα που σχετίζονται με τις δημόσιες δομές και την έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών από τις παροχές των δημόσιων νοσοκομείων της περιοχής με την ταυτόχρονη στροφή προς τις ιδιωτικές δομές που αποπνέουν περισσότερη ασφάλεια παρόλο το μεγάλο κόστος.

Σε αυτό, λοιπόν, το συνεχώς διαμορφούμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό και πραγματικά δωρεάν χαρακτήρα.

**ΛΈΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Κοινωνικοοικονομικές Ανισότητες, Δημόσιο Νοσοκομείο, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ικανοποίηση Ασθενών, Π.Ε. Βοιωτίας

## **Abstract**

Health is one of the basic human rights. Equality in health is a key principle for the organization and distribution of health services and includes access to available care, equal use of health services and quality care for all sectors of the social and economic sphere. However, socio-economic factors such as income, employment, education, economic status and political influence as they cause health inequalities.

It is generally accepted that the COVID-19 pandemic and the previous financial crisis have shown that even the most modern health systems have problems and need to take more care to ensure and maintain a high level of health and well-being in the majority of the population. In addition, the previous recession combined with migration waves, spending cuts, the low birth rate and the aging of the population and the difficult economic situation in general in the country brought to the fore significant problems for the living standards of citizens.

A typical example is the Regional Unity of Voiotia , which faces a variety of problems related to public structures and the lack of patient satisfaction with the facilities of public hospitals in the area with the simultaneous shift to private structures that exude more security despite the high cost.

In this ever-evolving environment, the promotion of health as a key factor in economic and social development should be one of the main goals of a well-developed state with a social and truly free character.

**KEY WORDS:** Socio-economic Inequalities, Public Hospital, Private Health Services, Patient Satisfaction, Regional Unity of Voiotia

## **Εισαγωγή**

Το αγαθό της υγείας έχει αποτελέσει έναυσμα συζητήσεων ανά τους αιώνες και συνεχίζει ακόμα και σήμερα να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής και της επιστήμης. Από την αρχαιότητα, οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί τόνισαν το συσχετισμό της υγείας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Σε βάθος χρόνου, ο προβληματισμός για την υγεία δημιούργησε διάφορες προσεγγίσεις, αντιπαραθέσεις και εντάσεις.

Η ισότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί βασική αρχή για την οργάνωση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, υπάρχουν πολλές ενδείξεις που αποσαφηνίζουν πως οι υγειονομικές ανισότητες είναι μάστιγα και παρουσιάζονται ακόμα και στις πιο ανεπτυγμένες χώρες με τάσεις διαρκούς απόκλισης. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί και η περιοχή μελέτης της παρούσας εργασίας και συγκεκριμένα η Π.Ε. Βοιωτίας.

## **Σκοπός**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διττός. Αρχικά γίνεται διερεύνηση των ανισοτήτων στη χρήση υπηρεσιών υγείας στην Π.Ε. Βοιωτίας. Το εισόδημα, η εκπαίδευση, το επάγγελμα αποτελούν τους κυριότερους καθοριστικούς παράγοντες της πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας και με βάση αυτούς θα γίνει η έρευνα. Επίσης συνδυαστικά με τους προαναφερθέντες κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες θα γίνει μια εκτίμηση μέτρησης της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Π.Ε. Βοιωτίας. Η ανάδειξη των ανισοτήτων αυτών μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην πολιτεία σε μια προσπάθεια προσέγγισης της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας με καλύτερες πολιτικές με βάση τις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.

## Πηγές Έμπνευσης

Το παραπάνω πλαίσιο προβληματισμών περί υγειονομικών ανισοτήτων αποτέλεσε για εμένα, σε πρώτο επίπεδο να ασχοληθώ με τις Ανισότητες στα πλαίσια του μεταπτυχιακού μου και να εκπονήσω την διπλωματική εργασία με θέμα «Κοινωνικές Ανισότητες και Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ιδιωτική και Δημόσια Υγεία: Η Μελέτη-Περίπτωση της Περιφερειακής Ενότητας Βοιωτίας».

Σε ένα δεύτερο επίπεδο η σκληρή πραγματικότητα που διαμορφώθηκε με την πανδημία του COVID-19 σε όλη την ανθρωπότητα, με έκανε να προβληματιστώ για το τι συμβαίνει τελικά με τις υπηρεσίες υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα κυρίως στην Π.Ε. Βοιωτίας όπου και διαμένω και κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι πολίτες τελικά από τις παροχές του κράτους. Έχοντας ενημερωθεί για πολλά περιστατικά που έλαβαν χώρα στο δημόσιο νοσοκομείο της περιοχής μου, οι ασθενείς αντιμετώπιζονταν ανάλογα με την οικονομική κατάσταση τους. Συγκεκριμένα υπήρχαν ουρές προτεραιότητας σε κλίνες και ιατρική φροντίδα για την οικονομική ελίτ της περιοχής και άτομα χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων περιθωριοποιούνταν. Αυτό προκαλούσε την κακή φήμη προς το δημόσιο νοσοκομείο και τα άτομα στρέφονταν στους ιδιώτες γιατρούς γιατί ένιωθαν πιο ασφαλείς. Ωστόσο κι από προσωπική εμπειρία η κατάσταση αυτή φέρνει μια πικρία, αν αναλογιστεί κανείς ότι είμαστε φορολογούμενοι πολίτες που πληρώνουμε για την «δημόσια» υγεία, ενώ στην ουσία δεν μας παρέχεται όπως θα έπρεπε.

Βέβαια, δεν θα είμαι η πρώτη που θα ασχοληθώ με το παραπάνω θέμα περί ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Ήδη υπάρχουν δύο Διδακτορικές Εργασίες τις οποίες θα συμβουλευτώ και θα συμπορευτώ μαζί τους: «Πολιτιστικές και Κοινωνικές Διαφοροποιήσεις για την Υγεία και τη Χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας σε Κατοίκους Αστικών-Αγροτικών Περιοχών και Μεταναστών της Περιφέρειας Θεσσαλίας» της Κ.Λαχανά Ελένης (Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα, 2011) και «Αξιολόγηση της Αποδοτικότητας στην Οργάνωση και τη Χρηματοδότηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών στην Ελλάδα» του Κ. Πολύζου Νικολάου (Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Νομικών, Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης & Πολιτικής Επιστήμης, Αθήνα 1998). Η δική μου έρευνα θα έρθει να εμπλουτίσει τις παραπάνω με το επιπρόσθετο στοιχείο της κοινωνικής διάστασης των ανισοτήτων και ειδικότερα στην Βοιωτία, που θεωρείται μια αγροτική κυρίως περιφερειακή ενότητα.

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός των Υγειονομικών Ανισοτήτων**

Η ισότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί βασική αρχή για την οργάνωση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν ωστόσο πολλές ενδείξεις που αποσαφηνίζουν πως οι υγειονομικές ανισότητες είναι μια διαχρονική μάστιγα και παρουσιάζονται ακόμα και στις πιο ανεπτυγμένες χώρες. Στο παρόν κεφάλαιο θα προσεγγίσουμε αρχικά θεωρητικά την έννοια της ισότητας και ανισότητας στον τομέα της υγείας. Η ισότητα στην υγεία διακρίνεται σε δύο επίπεδα α) ισότητα στο επίπεδο υγείας και β) ισότητα στην φροντίδα υγείας.

#### **1.1 Η Έννοια της Υγείας**

Το αγαθό της υγείας έχει αποτελέσει έναυσμα συζητήσεων ανά τους αιώνες και συνεχίζει ακόμα και σήμερα να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής και της επιστήμης. Από την αρχαιότητα, οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί τόνισαν το συσχετισμό της υγείας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Σε βάθος χρόνου, ο προβληματισμός για την υγεία δημιούργησε διάφορες προσεγγίσεις, αντιπαραθέσεις και εντάσεις.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την κλασική προσέγγιση με κέντρο τις ιατρικές γνώσεις, ως υγεία νοείται η απουσία παρέκκλισης από το «φυσιολογικό». Παρατηρείται δηλαδή η μη ενσωμάτωση της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης του ατόμου στον ορισμό της υγείας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι ανεπαρκής και αποτελεί μη αντιπροσωπευτικό δείγμα καθώς αποκλείει το πνεύμα του ατόμου και το διαχωρίζει από το σώμα (Σαράφης Π, 2011). Συγκεκριμένα, ενδεικτικά μελετητές όπως ο Freidson και Jewson είχαν αμφιβολίες για το βιοϊατρικό μοντέλο όσον αφορά την ερμηνεία και αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών (Μαλάμου, 2015). Το μοντέλο αυτό δεν λαμβάνει υπόψη την ύπαρξη πολλών παραγόντων στην εμφάνιση των νόσων και την επίδραση των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ασθένεια.

Από την άλλη πλευρά, τοποθετείται η σχολή της ολιστικής προσέγγισης η οποία ταιριάζει με τον ορισμό των αρχαίων Ελλήνων που αναφέρθηκε παραπάνω. Η πιο διαδεδομένη ολιστική προσέγγιση της υγείας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 με τον ορισμό της υγείας «ως μιας κατάστασης πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο ως απουσίας νόσου ή αναπηρίας» (WHO, 1958). Έτσι προστέθηκαν ακόμη δύο νέες παράμετροι στην υγεία: η απουσία της ασθένειας και η ύπαρξη της ευεξίας. Επίσης, πλέον αναγνωρίζεται η ύπαρξη της κοινωνικής και ψυχικής διάστασης πέραν της σωματικής. Ο ορισμός αυτός αναφέρεται συχνά και ως ο θετικός ορισμός της υγείας.

Από κοινωνιολογική σκοπιά, η υγεία ορίζεται με βάση το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαβίει το άτομο. Η υγεία με κριτήριο τον λειτουργικό ορισμό της ορίζεται ως ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει τους κοινωνικούς του ρόλους που αναλαμβάνει στη ζωή του και η θεραπεία είναι η επανόρθωση της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας του ατόμου (Yasin, M.1999). Στον αντίποδα ο βιοματρικός ορισμός επισημαίνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο επεξεργάζεται την έννοια της υγείας και

τις περισσότερες φορές η αντίληψη αυτή σχετίζεται με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου κι όχι με την κοινωνία. Με βάση νεότερες επιστημονικές μελέτες η υγεία και η ασθένεια δεν καθορίζονται από ένα προκαθορισμένο βιολογικό «υπόστρωμα» αλλά κυρίως από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Θεοδώρου και συν., 2001). Οι παράγοντες τέλος που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια είναι οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

## **1.2 Ισότητα στο Επίπεδο Υγείας**

Η ανισότητα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής και της κοινωνίας και παρουσιάζεται σε μεγάλο βαθμό και στον τομέα της υγείας. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας και ειδικότερα σε δημόσιους φορείς που είναι περιττές, μπορούν να αποφευχθούν αλλά όταν δεν αποφεύγονται θεωρούνται άδικες, αθέμιτες και διαιωνίζουν την ανισότητα (Whitehead, 1992). Οι υγειονομικές διαφορές θεωρούνται άδικες στο επίπεδο που τα άτομα επιλέγουν την κατάσταση αυτή, η οποία τους οδηγεί στην κακή τους υγεία. Ουσιαστικά όταν τα άτομα επιλέγουν να επιβαρύνουν την υγεία τους και έχουν την ευθύνη αυτή, τότε οι ανισότητες δεν υφίσταται γιατί οι σοβαροί κίνδυνοι που ελλοχεύουν έχουν επιλεγεί εκούσια.

Σύμφωνα με τον Chang (2002) θα πρέπει να βρεθεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο το οποίο θα βοηθά στον χαρακτηρισμό των υγειονομικών διαφορών ως άνισες. Ο βασικός σκοπός και κύρια προτεραιότητα της ισότητας είναι να συμβάλει στην βέλτιστη κατανομή των πόρων της υγείας, δηλαδή να παρέχει ίσες ευκαιρίες σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως κοινωνικού στρώματος στο οποίο ανήκουν. Επιπρόσθετα, η υγειονομική ισότητα συνάδει ηθικά με την αρχή της επιμεριστικής δικαιοσύνης και συγκεκριμένα με την ίση αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών και της φροντίδας υγείας, την κατανομή της υγείας και των ευκαιριών να το καταφέρουν και τέλος την εφαρμογή της δίκαιης κατανομής στα επίπεδα φροντίδας υγείας που αφορούν κυρίως την χρηματοδότηση και την ποιότητα των υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών.

## **1.3 Οριζόντια & Κάθετη Ισότητα**

Ο ορισμός της οριζόντιας και κάθετης ισότητας αναφέρεται στην φροντίδα υγείας που θα αναλύσουμε στην συνέχεια. Αρχικά ως οριζόντια ισότητα ορίζεται η ίση φροντίδα για ίση ανάγκη και ως κάθετη ισότητα ορίζεται η άνιση και συγκεκριμένα η μεγαλύτερη φροντίδα για άνιση δηλαδή μεγαλύτερη ανάγκη.

Το ερευνητικό υπόβαθρο εστιάζει κυρίως στην πρώτη περίπτωση, αυτή της οριζόντιας ανισότητας, η οποία εκφράζει μια παντελώς άδικη κατάσταση κατά την οποία κάποια άτομα είναι προνομιούχα και λαμβάνουν μεγαλύτερη φροντίδα λόγω της κοινωνικό-οικονομικής τους θέσης και κάποια άλλα άτομα χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων απολαμβάνουν λιγότερα αγαθά και υπηρεσίες. Αντίθετα η κάθετη ισότητα είναι μια λιγότερο ευθύς μορφή αδικίας κατά την οποία τα άτομα με διαφορετική υγειονομική κατάσταση δεν λαμβάνουν αναλογικά διαφορετική φροντίδα (Sutton, 2002). Το σημαντικό είναι ότι και οι δύο αυτές μορφές οξύνουν τις ανισότητες σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο προκαλώντας αβεβαιότητα ως προς

την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας, έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών προς την πολιτική ηγεσία και τις πολιτικές της και δυσφορία των πολιτών.

Σημαντική θέση στη μελέτη της ισότητας στην υγεία κατέχουν οι ορισμοί της ισότητας και ισοτιμίας. Οι δύο αυτές έννοιες πολλές φορές συγχέονται λανθασμένα προκαλώντας σύγχυση και ανακρίβειες. Με τον όρο της ισοτιμίας αναφερόμαστε στους κανόνες και στη δικαιοσύνη που διέπουν τα ανθρώπινα δικαιώματα (Braveman και Cruskin, 2003). Η έννοια της ισοτιμίας στον τομέα της υγείας εστιάζεται στο κατά πόσο άδικη είναι μια διαδικασία που οδηγεί σε υγειονομική ανισότητα (Chang, 2002).

Από την άλλη πλευρά ο όρος της ισότητας χαρακτηρίζεται ως μια εμπειρική έννοια (Le Grand, 1988) και είναι βασικό εργαλείο για την μέτρηση των ανισοτήτων. Μπορεί δε να θεωρηθεί και ένα εργαλείο μέτρησης της ισοτιμίας στην υγεία στο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ουσιαστικά, η ισότητα είναι αποτέλεσμα παρατήρησης ενώ η ισοτιμία προχωρά στην κριτική με άξονα τις κρίσεις των αξιών και της ηθικής που επικρατούν. Δηλαδή η ισότητα καταγράφει διαφορές με μετρήσιμο τρόπο στο επίπεδο τα υγείας, ενώ η ισοτιμία αξιολογεί τα επίπεδα ηθικής, δικαιοσύνη ε και αξιών που επικρατούν στο επίπεδο της υγείας.

#### **1.4 Ισότητα στη Φροντίδα Υγείας**

Δεν υπάρχει σαφής ορισμός της ισότητας στη φροντίδα υγείας και για αυτό το λόγο υπάρχει συχνά σύγχυση στη χρησιμοποίηση του ορισμού αυτού. Παρακάτω θα παρουσιαστούν διάφοροι ορισμοί που αφορούν την ισότητα στην φροντίδα υγείας.

Αρχικά, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ισότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται σαν την ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη, ίση ποιότητα και ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη για όλους. Ίση ποιότητα σημαίνει πως όλοι ανεξαιρέτως θα λαμβάνουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής φροντίδας χωρίς να υπάρχουν κοινωνικές επιρροές προς όφελος των προνομιούχων.

Ο Π.Ο.Υ. (Whitehead, 1990) προσδιορίζει την ισότητα στη φροντίδα υγείας μέσα στο πλαίσιο της δίκαιης διάθεσης των υγειονομικών πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού. Ειδικότερα, η ισότητα στην φροντίδα υγείας περιλαμβάνει στον ορισμό της την ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη, την ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη και την ίση ποιότητα για όλους.

Η πρώτη περίπτωση κάνει αναφορά στα ίσα δικαιώματα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες στους ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές της υγείας κατανέμονται δίκαια γεωγραφικά με βάση τις ανάγκες της κάθε περιοχής προκειμένου να υπάρξει εύκολη πρόσβαση σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Στη συνέχεια της ανάλυσής μας βρίσκεται η ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη, η οποία μεριμνά έτσι ώστε να μην παραγκωνίζονται ομάδες ατόμων που παρουσιάζουν ποικίλες δυσχέρειες κοινωνικής και οικονομικής φύσης. Τέλος η ίση ποιότητα για όλους, αναφέρεται στο ίδιο υψηλό επίπεδο επαγγελματικής φροντίδας εκ μέρους των προμηθευτών προς όλους, με τρόπο ώστε να γίνονται αποδεκτές από όλα τα τμήματα της κοινωνίας .

Ο Le Grand (1987) αναφέρει πως όταν τα άτομα επιλέγουν μια δραστηριότητα που σχετίζεται με την υγεία τους (κάπνισμα, αλκοόλ κ.λ.π.), αν αντιμετωπίζουν τους



ίδιους περιορισμούς, τότε δεν υπάρχει ανισότητα. Η περίπτωση βέβαια στην οποία δύο άτομα με πολύ καλή υγεία και πλήρως ενημερωμένα για τους κινδύνους π.χ. που ενέχει το κάπνισμα, όταν ο ένας καπνίζει περισσότερο από τον άλλο, με αποτέλεσμα η υγεία του να είναι περισσότερο επιβαρυνμένη, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανισότητα, διότι αποφάσισαν όντας πλήρως ενημερωμένοι χωρίς να αντιμετωπίζουν κάποιο περιορισμό ως προς την επιλογή τους. Αντιθέτως, όταν τα άτομα αντιμετωπίζουν διαφορετικό βαθμό περιορισμών, τότε μπορεί να γίνει αναφορά για άνισες διαφορές στην υγεία. Με άλλα λόγια, όταν η υγεία των ατόμων προέρχεται από παράγοντες πέρα από τον έλεγχο τους, τότε υπάρχει ανισότητα.

### **1.5 Η Έννοια της Υγειονομικής Ανάγκης**

Προκειμένου να εξηγηθεί ο ορισμός της ανάγκης σαν έννοιας, πραγματοποιήθηκαν πολλές προσπάθειες από πολλούς ερευνητές και διανοούμενους. Αυτή η μη σαφής χάραξη ενός ορισμού επηρεάζει τον καθορισμό προτεραιοτήτων και την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Σε γενικότερα και πιο διευρυμένα πλαίσια, οι υγειονομικές ανάγκες περιλαμβάνουν στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για να προάγουμε την φυσιολογική λειτουργικότητα του ανθρώπου. Άρα, οι υγειονομικές ανάγκες περιλαμβάνουν την επαρκή διατροφή, την κατοικία, την υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία, υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας και υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης, αλλά και στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον τρόπο ζωής όπως η σωματική άσκηση, η ξεκούραση ή ο ελεύθερος χρόνος.

Σύμφωνα με τον Bradshaw (1972) υπάρχουν 4 είδη αναγκών. Αρχικά υπάρχει η κανονιστική ανάγκη που χρησιμοποιείται ως πρότυπο και συγκρίνεται με την πραγματική κατάσταση που μεταβάλλεται λόγω της γνώσης ή των κοινωνικών αναγκών. Ακολουθεί η αισθητή ανάγκη, η οποία είναι αυτή που γίνεται αντιληπτή από το άτομο και μπορεί να ταυτίζεται με την επιθυμία ή την αίσθηση της ανάγκης. Τρίτη κατηγορία αποτελεί η εκφραζόμενη ανάγκη η οποία είναι η ανάγκη που εκφράζεται με την ανάληψη δράσης και μετατρέπεται σε ζήτηση. Τέλος η συγκριτική ανάγκη, που είναι αυτή που προκύπτει σε έναν πληθυσμό όταν συγκρινόμενος με άλλον πληθυσμό ο οποίος λαμβάνει υπηρεσίες υγείας έχει παρόμοια χαρακτηριστικά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Υγειονομικές Ανισότητες και οι Παράγοντες τους

### 2.1 Βασικές Θεωρίες για την Ύπαρξη των Ανισοτήτων

Η μεταβλητή του χώρου ενσωματώθηκε στις οικονομικές θεωρίες από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Η παραδοσιακή οικονομική ανάλυση δεν περιλάμβανε την χωρική διάσταση των οικονομικών φαινομένων, καθώς οι υποθέσεις της υποστήριζαν την τέλεια κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής από περιοχή σε περιοχή. Άρα για την Νεοκλασική Σχολή σκέψης οποιαδήποτε ανισορροπία σε τιμές και εισόδημα εξαλείφεται από τον μηχανισμό της αγοράς καθώς δεν υπάρχει μεταφορικό κόστος και χωρική συνιστώσα.

Η κενυσιανή σχολή σκέψης εμφανίστηκε μετά την κρίση του 1929 όπου και επικράτησε μέχρι το 1950 περίπου. Υποστηρίζει ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη μέσα από τις δημόσιες επενδύσεις. Το περιφερειακό ωστόσο πρόβλημα και των περιφερειακών ανισοτήτων άρχισε να μελετάται αναλυτικότερα το 1960. Ο Hirschman, Rostow και Friedman είναι μερικοί από τους οικονομολόγους που υποστήριζαν την άποψη πως η ασύμμετρη ανάπτυξη στον εθνικό χώρο παρουσιάζεται με διάφορες μορφές, οι οποίες εξελίσσονται ανάλογα με τον ρυθμό που αναπτύσσεται μια χώρα.

Η σημαντικότερη συμβολή στις περιφερειακές ανισότητες ήταν η σωρευτική αιτιότητα του Myrdal (1957) σύμφωνα με την οποία η οικονομική ανάπτυξη πραγματοποιείται σε ορισμένα κέντρα ανάπτυξης. Τα κέντρα αυτά ευνοούνται από την ύπαρξη φυσικών ή άλλων πλεονεκτημάτων (φυσικοί πόροι, κατάλληλη τοποθεσία, μεγάλη αγορά, μεταφορικά δίκτυα, κοινωνικό κεφάλαιο), με αποτέλεσμα η απόσταση στα επίπεδα ευημερίας μεταξύ «κέντρου» και «περιφέρειας» να αυξάνεται. Επίσης, χωροταξική αλληλεξάρτηση ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια, η οποία περιλαμβάνει τη σταδιακή αποδυνάμωση ή απομύζηση ή αποψίλωση της περιφέρειας από το κέντρο (backwash effects), ή τη διάδοση της ανάπτυξης από το κέντρο προς την περιφέρεια (spread effects). Οι λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές μπορούν να ωφεληθούν από την αλληλεξάρτησή τους με τις αναπτυγμένες περιφέρειες μέσω της μετάδοσης και της διάχυσης των καινοτομιών και της τεχνολογίας και μέσω της αυξανόμενης αγοράς των εξαγωγών. Τα οφέλη τείνουν να αντισταθμιστούν από τα αποτελέσματα ενός "παλινδρομικού κύματος" ως αποτέλεσμα της ροής του κεφαλαίου και της εργασίας από τις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες προς τις αναπτυγμένες περιφέρειες.

Άλλες θεωρίες που προσπάθησαν να εξηγήσουν τις περιφερειακές ανισότητες και τα αίτια τους είναι αυτές που βασίζονται στο πρότυπο της πολιτικής ανάπτυξης με κυριότερη την θεωρία του Perroux (1950) για τους πόλους ανάπτυξης. Σύμφωνα με αυτή ως πόλοι ανάπτυξης θεωρούνται κέντρα από και προς τα οποία αναπτύσσονται κεντρομόλες και φυγόκεντρες δυνάμεις.

Προς το 1980 ήρθαν στο προσκήνιο τα μοντέλα ενδογενούς ανάπτυξης (Romer, 1994), στα οποία σημαντικό ρόλο στην περιφερειακή ανάπτυξη παίζει η καινοτομία και αύξηση των επενδύσεων. Τέλος ως πιο σύγχρονες θεωρίες περιφερειακής μεγέθυνσης θεωρούνται οι θεωρίες του Krugman (1991) και του Porter (1990). Ο Krugman αναφέρεται στη μείωση του μεταφορικού κόστους, η οποία σταδιακά οδηγεί στη συγκέντρωση δραστηριοτήτων στο χώρο. Ο Porter τέλος υποστηρίζει πως

ο βαθμός της γεωγραφικής συγκέντρωσης της παραγωγής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τους κλάδους που θέλουν να επιτύχουν τη συγκριτικό πλεονέκτημα.

## 2.2 Κοινωνικές Υγειονομικές Ανισότητες

Ως κοινωνικές υγειονομικές ανισότητες χαρακτηρίζονται οι διαφορές στο επίπεδο υγείας ατόμων λόγω διαφορετικών κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών όπως το εισόδημα, η φυλή, το εκπαιδευτικό επίπεδο (Murray 2000). Αντίστοιχα οι κοινωνικές ανισότητες στο επίπεδο της υγείας είναι ο αποκλεισμός ή η ακατάσχετη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Αυτό συμβαίνει καθώς τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν ίσες ευκαιρίες χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που επιχειρούν να περιγράψουν την σχέση μεταξύ των συντελεστών και της υγείας.

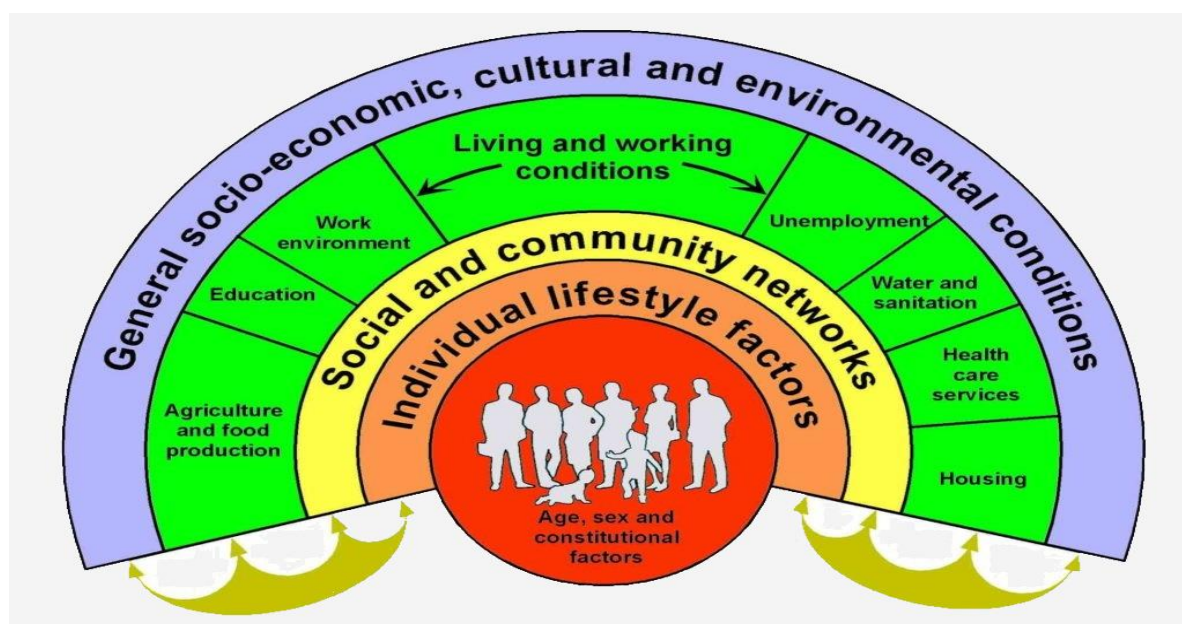
Το μοντέλο Dahlgren & Whitehead (2007) (*Εικόνα 1*) που χρησιμοποιείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναπαριστά τις αιτίες των ανισοτήτων με τη μορφή «στρώσεων του ουράνιου τόξου». Σύμφωνα με αυτό στο επίκεντρο του μοντέλου βρίσκεται ο άνθρωπος ο οποίος έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία και τα συνταγματικά τους χαρακτηριστικά. Στην αμέσως επόμενη στοιβάδα βρίσκονται τομείς που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και έχουν πολιτικές επιρροές. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται ο τρόπος ζωής

Οι διακυμάνσεις στα επίπεδα υγείας δεν γίνονται τυχαία, αλλά προκύπτουν από τις συστηματικές διαφορές στην κατανομή των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Συγκεκριμένα, ο τρόπος διαβίωσης και οι συνθήκες εργασίας του ατόμου επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην υγεία μέσω άμεσων ή έμμεσων φυσικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Για παράδειγμα επαγγέλματα χειρωνακτικής εργασίας συχνά έχουν μεγάλη κόπωση και είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία του ατόμου όπως άλλωστε και τα χαμηλά επίπεδα ελέγχου της εργασίας, η μη επιβράβευση των προσπαθειών και η έκθεση σε φυσικούς και ψυχικούς κινδύνους στον χώρο εργασίας. Αντίθετα, οι ευνοϊκές συνθήκες εργασίας και η δημιουργία δυνατών κοινωνικών δικτύων στην εργασία έχουν θετικό αποτέλεσμα στην υγεία. Συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία όπως είναι για παράδειγμα η δίαιτα ή τα επίπεδα φυσικής άσκησης, το κάπνισμα αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική άσκηση και τις συνέπειες αυτών των παραγόντων όπως η παχυσαρκία και η κακή υγεία. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως τα αρνητικά συμβάντα της ζωής, τα αισθήματα αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, η έλλειψη ελέγχου των γεγονότων της ζωής και η άσκηση ενός απαιτητικού επαγγέλματος με χαμηλές απολαβές μπορούν να συμβάλουν στην επιδείνωση της υγείας.

Να σημειωθεί επίσης πως η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική συνοχή και οι καλές κοινωνικές σχέσεις βελτιώνουν την υγεία, προσφέροντας στο άτομο τις συναισθηματικές πηγές που έχει ανάγκη. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός σχετίζεται με αύξηση πρόωρων θανάτων και με μικρότερες πιθανότητες επιβίωσης μετά από καρδιακό επεισόδιο. Το απομονωμένο άτομο σε κοινωνικό και

συναισθηματικό επίπεδο είναι πιθανότερο να νιώθει κατάθλιψη και υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας στις χρόνιες αρρώστιες. (Huynenetal, 2005).



Εικόνα 1: Το Μοντέλο Dahlgren & Whitehead (2007)

Στο σημείο αυτό να επισημάνουμε πως οι υγειονομικές ανισότητες δεν αφορούν μόνο τις διαφορές μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών αλλά αποτυπώνει το χάσμα που υπάρχει και στο εσωτερικό της κάθε χώρας και τον διαχωρισμό σε προνομιούχα και μη στρώματα (Braveman και Tarimo, 2002).

### 2.3 Γεωγραφικές Υγειονομικές Ανισότητες

Ο γεωγραφικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο υγείας του ατόμου και στην πρόσβαση του ατόμου στα αγαθά υγείας. Οι γεωγραφικές υγειονομικές ανισότητες ορίζονται ως οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών.

Στις δημόσιες υγειονομικές εγκαταστάσεις είναι περισσότερο εμφανής η γεωγραφική επίδραση και αφορά συνήθως την υγειονομική κατανομή των πόρων και την χρηματοδότηση. Οι αγροτικές περιοχές μειονεκτούν σε σχέση με τις αστικές κυρίως ως προς την προσβασιμότητα που διαθέτουν, τις συνθήκες εργασίας για το υγειονομικό προσωπικό, το επίπεδο της τεχνολογίας και καινοτομίας που διαθέτουν κτλ. Αυτά είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές.

Η επίδραση του γεωγραφικού χώρου στην υγεία (Rice και Smith, 2001) γίνεται με τρεις τρόπους. Αρχικά έχει αναφερθεί πως το γενικότερο πλαίσιο του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το άτομο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία του. Τα ερεθίσματα που δέχεται από την τοπική οικονομία

της περιοχής καθώς και το ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο όπως οι δημόσιες συγκοινωνίες, κοινωνικές υπηρεσίες, εκπαίδευση και τοπικές πολιτιστικές συνήθειες, επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Δεύτερον υπάρχουν μεγάλες διαφορές στις αστικές-αγροτικές περιοχές ως προς την δυνατότητα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας λόγω του μεγάλο κόστους. Στην Π.Ε Βοιωτίας για παράδειγμα υπάρχουν πολλά χωριά τα οποία ανήκουν έξω από τον αστικό ιστό, θεωρούνται κατά κανόνα αγροτικές περιοχές και δεν διαθέτουν μια πλήρως εξαρτημένη νοσοκομειακή μονάδα. Σε αυτό ενδεχομένως να οφείλεται το γεγονός πως οι δύο μεγαλύτερες πόλεις της Π.Ε Βοιωτίας (Θήβα, Λιβαδειά) βρίσκονται σε κοντινή απόσταση στο πλήθος των χωριών που υπάρχουν. Τέλος, η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τη χρήση μέσω διαφορετικών ευκαιριών πρόσβασης. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών αναφέρουν χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών σε σχέση με τους κατοίκους αστικών περιοχών (Watt και συν., 1994).

## 2.4 Παράγοντες που Επηρεάζουν τις Υγειονομικές Ανισότητες

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που οδηγούν στην όξυνση των υγειονομικών ανισοτήτων . Μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνονται βιολογικοί , οικονομικοί, χωρικοί και κοινωνικοί παράγοντες , κάποιους από τους οποίους αναλύσαμε προηγουμένως και σχετίζονται με την φροντίδα υγείας.

Ξεκινώντας την ανάλυση με τους βιολογικούς παράγοντες του ατόμου όπως το φύλο και η ηλικία του, είναι σαφές πως οι βιολογικές διαφορές των ατόμων είναι φυσιολογικές και είναι δύσκολο να επιτευχθούν ίδια υγειονομικά αποτελέσματα όπως ίδιο προσδόκιμο ζωής, νοσηρότητα κτλ. Ένα επιπρόσθετο παράδειγμα είναι οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα σε έναν άνδρα και μια γυναίκα. Χωρίς να υποθάλλεται κάποιο ρατσιστικό σχόλιο ή υπαινιγμός για κατωτερότητα κάποιου εκ των δύο φύλων, ο άνδρας και η γυναίκα είναι δύο εντελώς διαφορετικοί βιολογικοί οργανισμοί που από την φύση τους παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίοδος κατά την οποία η γυναίκα χάνει την ικανότητα της να αναπαράγεται όταν εισέρχεται στην περίοδο της εμμηνόπαυσης .Η συγκεκριμένη απώλεια δεν υποβαθμίζει την γυναίκα κι ούτε μπορεί να θεωρηθεί ανισότητα αλλά αποτελεί την φυσιολογική εξέλιξη της γήρανσης του ανθρώπου.

Από την άλλη πλευρά οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες συμβάλουν στην όξυνση των ανισοτήτων και δημιουργούν προβλήματα. Το εισοδηματικό και εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου, η νοοτροπία και το περιβάλλον όπου ζει και εργάζεται είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την υγεία. Έτσι άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα κι έχουν χαμηλές οικονομικές απολαβές τείνουν να έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας από τα προνομιούχα άτομα των ανώτερων στρωμάτων.

Υπάρχουν δύο μηχανισμοί που εξηγούν αυτές τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία (Vanlenthe, 2003). Αρχικά υπάρχει ο μηχανισμός της επιλογής , ο οποίος αναφέρεται στην επίδραση της υγείας του ατόμου κατά την παιδική ή ενήλικη ζωή του στην κοινωνικοοικονομική θέση που έχει ως ενήλικας και ο δεύτερος μηχανισμός ονομάζεται μηχανισμός αιτιολόγησης και αφορά συμπεριφορές σχετικές με την υγεία (κάπνισμα), υλικές συνθήκες (το χαμηλό εισόδημα, η φτώχεια, οι εργασιακές συνθήκες -σταθερότητα στην εργασία-, η ανεργία ) ,παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

Με άξονα τον μηχανισμό της επιλογής, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως οι συνθήκες ζωής κυρίως κατά την παιδική ηλικία επηρεάζουν την θέση που θα κατέχει το άτομο στην κοινωνία όταν θα ενηλικιωθεί. Έτσι ενήλικες με χαμηλή θέση είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό άτομα που προέρχονται από χαμηλή κοινωνική θέση (Nicholson, 2005). Το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, η επαγγελματική θέση του πατέρα και είναι κάποιες από τις δυσμενείς συνθήκες στην παιδική ηλικία που αντικατοπτρίζουν τον ενήλικα στην πορεία της ζωής του (Mheen,1998). Αυτό συμβαίνει γιατί κατά κύριο λόγο η μητέρα είναι υπεύθυνη για τον γαλουχισμό του παιδιού και την μόρφωση του, την στιγμή που ο πατέρας εργάζεται για να βιοποριστεί η οικογένεια. Βέβαια η χαμηλή κατάταξη ενδεχομένως να διαφαίνεται και στο γεγονός πως η οικογένεια των χαμηλών στρωμάτων ακολουθεί περισσότερο την παραδοσιακή δομή κατά την οποία η μητέρα είναι οικιακά και ο πατέρας εργάζεται.

Με άξονα τον μηχανισμό αιτιολόγησης, η υιοθέτηση του καπνίσματος και του αλκοόλ για παράδειγμα όπως και οποιαδήποτε εθιστική και ανθυγιεινή συνήθεια επιζήμια για την υγεία του ατόμου είναι χαρακτηριστικά ατόμων με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Droomers 1999). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η αρνητική επιρροή των κοινωνικών παραγόντων επηρεάζουν τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και διαιωνίζουν μια ήδη υπάρχουσα αρνητική κατάσταση. Εμπειρικές μελέτες δείχνουν πως υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας ( Kaplan 1997). Συγκεκριμένα, οι υλικές συνθήκες επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσης και γενικά την νοοτροπία του ατόμου στην καθημερινότητά του. Έτσι όταν υπάρχει μια δύσκολη κατάσταση στην ζωή του ατόμου που αφορά τους παραπάνω παράγοντες, τότε τα μειονεκτούμενα οικονομικά άτομα είναι πιο επιρρεπή σε επικίνδυνες συμπεριφορές που χειροτερεύουν τη υγεία του. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες τέλος που περιλαμβάνουν οικονομικά προβλήματα, στρεσογόνες καταστάσεις και αρνητικά περιστατικά δυσκολεύουν τα χαμηλά στρώματα γιατί δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για να αντιμετωπίσουν αυτές τις δυσκολίες.

Το μέσο για να πραγματοποιηθεί ανισότητα στην υγεία σε επίπεδο που εξαλείφονται τα εμπόδια κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα είναι η φροντίδα υγείας. Εμπειρικές μελέτες δείχνουν πως οι χαμηλότερες ιεραρχικά τάξεις χρησιμοποιούν περισσότερο τον γενικό ιατρό σε αντίθεση με τις ανώτερες οι οποίες συμβουλευονται πιο πολύ έναν ειδικό ιατρό. Η διαφορετική χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από τα διάφορα στρώματα της κοινωνίας αντικατοπτρίζει και την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Αναλυτικότερα, η ιατρική κουλτούρα του κάθε ατόμου δηλαδή ο βαθμός γνώσης περί υγιεινής, το αν υπάρχει ενδιαφέρον για την διατήρηση της καλής υγείας, η ενημέρωση για την ιατρική φροντίδα επηρεάζουν την ιατρική φροντίδα που θέλει να λάβει ένα άτομο. (Omura,1979). Επίσης δεν θα πρέπει να παραληφθεί πως η άνιση παροχή υγειονομικών πόρων οφείλεται και στην άνιση κατανομή της πολιτικής και οικονομικής δύναμης, με αποτέλεσμα άτομα που έχουν ανάγκη για φροντίδα υγείας να μην την λαμβάνουν γιατί λόγω στενότητας πόρων προηγούνται άτομα με οικονομική ισχύ (Bryant, 1978).

Τέλος να επισημανθεί πως οι ευρείες γεωγραφικές ανισότητες συνδέονται με αντίστοιχες γεωγραφικές διακυμάνσεις στον ρυθμό της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Έτσι παρατηρείται μια άνιση οικονομική ανάπτυξη στις προβληματικές περιοχές το οποίο οδηγεί σε οικονομική στασιμότητα και παρακμή των δεκτών υγείας, ενώ δεν υπάρχουν σκέψεις για ανάπτυξη και επενδύσεις (Νιάκας,1994). Στις περιοχές αυτές επομένως υπάρχει μεγάλο εύρος υποαπασχολούμενων και πληθυσμός χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Δομή Και Οργάνωση των Συστημάτων Υγείας-Εισαγωγή Στα Συστήματα Υγείας

### 3.1 Τα Δημόσια Συστήματα Υγείας

Τα συστήματα υγείας αποτελούν από τους πιο βασικούς θεσμούς του κοινωνικού κράτους και είναι αποτέλεσμα της εξελικτικής διαδικασίας που συντελέστηκε σε συνάρτηση με την παράλληλη ιστορική εξέλιξη και διαμόρφωση του οικονομικού και κοινωνικού συστήματος μιας χώρας (Field 1973). Στη θεωρία του κοινωνικού κράτους (Kaufmann 1997) το σύστημα υγείας θεωρείται ότι αποτελεί ένα λειτουργικά διαφοροποιημένο κοινωνικό υποσύστημα με τη δική του εσωτερική δομή και μια αυτόνομη επιχειρησιακή-λειτουργική λογική.

Το Σύστημα Υγείας ουσιαστικά αντικατοπτρίζει ένα από τα πιο πολύπλοκα συστήματα της κοινωνίας διότι έχουν πολλά και διαφοροποιημένα στοιχεία, πολλές και έντονες διασυνδέσεις μεταξύ των στοιχείων τους αλλά και πολλά επίπεδα που συνήθως είναι ιεραρχημένα. Αναμφίβολα, τα στοιχεία συμπεριφέρονται με ποικίλους βαθμούς ελευθερίας, ενώ κάποια άλλα στοιχεία τους αλλάζουν γρήγορα και κάποια άλλα αργά.

Πρωταρχικό μέλημα των δημοσίων συστημάτων είναι η παροχή των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με τρόπο δίκαιο και ισότιμο. Στα βασικότερα χαρακτηριστικά εντάσσεται η ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού και η χωροταξική κατανομή των υποδομών βάσει πραγματικών αναγκών. Να σημειωθεί πως στα συστήματα υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα υπάρχει η ελευθερία επιλογής αλλά για εκείνους που έχουν την οικονομική δυνατότητα Φυσικά και τα δημόσια συστήματα χαρακτηρίζονται από μειονεκτήματα, όπως η εμφάνιση λιστών αναμονής και η γραφειοκρατική λειτουργία τους, για τα οποία όμως υπάρχουν μηχανισμοί, αν όχι εξάλειψης, τουλάχιστον μείωσης της εμφάνισής τους.

Τέλος, υπάρχουν τρία διαφορετικά επίπεδα σύμφωνα με τα οποία μπορεί να αναλυθεί ένα σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα:

1. **Macro-governance:** σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση η ανάλυση επικεντρώνεται στις σχέσεις θεσμών στο ανώτερο επίπεδο της κοινωνίας και του κράτους (π.χ. Κεντρική Διοίκηση, Οργανισμοί σε εθνικό επίπεδο)
2. **Meso-governance:** παρατηρείται συσχέτιση στις θεσμικές μορφές οριζόντιου συντονισμού δημοσίων οργανισμών & οργάνωσης συλλογικών συμφερόντων ως φορείς υλοποίησης δημοσίων πολιτικών (π.χ. ΠΕΣΥ, ΕΟΠΥΥ)
3. **Micro-governance:** εστιασμός στις άμεσες σχέσεις μεταξύ των μεμονωμένων στοιχείων υποκειμένων (π.χ. Γιατρός-Ασθενής, Ασθενής-Νοσοκομείο, Ασφαλισμένος-Ταμείο,).

#### 3.1.1 Η Υγεία ως Δημόσιο και κοινωνικό Αγαθό. Η Σοσιαλδημοκρατική Προσέγγιση

Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη με σκοπό το κέρδος και να καθοριστεί σύμφωνα με τις αρχές της αγοράς (Μαλλιάρου 2011). Το αγαθό της υγείας είναι κοινωνικό πρόνομο

όλων των πολιτών μιας χώρας και το κράτος πρόνοιας οφείλει να το διαφυλάσσει σύμφωνα μάλιστα με τον χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ε.Ε .

Η άποψη του Κ.Αιrow πως η υγεία αποτελεί δημόσιο κοινωνικό αγαθό ήταν το έναυσμα για να εμπνεύσει κι άλλους οικονομολόγους να ακολουθήσουν και να αναπτύξουν αυτή την άποψη. Η υγεία τοποθετείται έτσι από πολλούς στην κατηγορία των κοινωνικών αγαθών.

Αφετηρία των απόψεων του Αιrow περί υγείας αποτελεί η αρχή αποκλεισμού, η οποία δεν υφίσταται στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό σημαίνει πως η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποτελεί τροχοπέδη για την συμμετοχή κι άλλου ατόμου στις ίδιες υπηρεσίες. Σε συνέχεια της ανάλυσης, η φύση ορισμένων ασθενειών και νοσημάτων συνδράμει στον κίνδυνο μετάδοσής τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη της κοινωνίας. Πρακτικά αυτό μεταφράζεται πως σε τέτοιου είδους κρίσιμες περιπτώσεις η διαμόρφωση στην αγορά μιας πραγματικής τιμής είναι δύσκολο εγχείρημα .Με επιρροές από την σημερινή κατάσταση χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο εμβολιασμός, ο οποίος προστατεύει πέρα από τα άτομα που εμβολιάζεται και άλλα άτομα, τα οποία μπορεί να νοσήσουν αν δεν είχε προηγηθεί ο εμβολιασμός. Επίσης, λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του προϊόντος από το ιατρικό σώμα, ο καταναλωτής δεν μπορεί να αξιολογεί το προϊόν λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων. Τέλος, υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις νοσημάτων, στις οποίες αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης για ιατρική φροντίδα.

Επομένως επειδή οι αρνητικές επιδράσεις μιας ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρη την κοινωνία (τρέχουσα κατάσταση πανδημίας COVID-19) και επειδή δεν μπορούν να ακολουθηθούν οι αρχές του ανταγωνισμού στο αγαθό της υγείας, τότε η υγεία δεν θεωρείται εμπόρευμα. Δεν μπορεί να θεωρηθεί εμπορευματοποιημένο αγαθό, καθώς υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που το διαφοροποιούν από το εμπόρευμα. Συγκεκριμένα, οι καταστροφικές συνέπειες των ασθενειών, το έντονο ενδιαφέρον των ανθρώπων ανεξάρτητα από το κέρδος ή το κόστος και η απαγόρευση τιμών για περιπτώσεις όπως η δωρεά οργάνων είναι κάποια από αυτά.

Στο σημείο αυτό έρχεται να προστεθεί το γεγονός πως οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρέχονται με κριτήριο την ανάγκη κι όχι το εισόδημα. Αυτό βέβαια επιζητά την κρατική παρέμβαση ως σανίδα σωτηρίας για τα κατώτερα στρώματα προκειμένου να μην παρατηρηθούν μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά και αποκλεισμός των οικονομικά ασθενέστερων. Ο κρατικός έλεγχος είναι σημαντικός για την βέλτιστη κατανομή των πόρων, την ορθή και αντικειμενική χρηματοδότηση των υπηρεσιών ,για τον συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής και για την προσφορά των υπηρεσιών. Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας πολλών χωρών όπως της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας ακολούθησαν αυτά τα μέτρα όπως θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

### **3.1.2 Η Σοσιαλδημοκρατική Προσέγγιση για το Κράτος Πρόνοιας. Η Κεϋνσιανή Αντίληψη**

Η περίοδος στην οποία αναφερόμαστε, χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των απόψεων υπέρ της κρατικής παρέμβασης και την ιδεολογική ηγεμονία της κεϋνσιανής θεώρησης του κράτους πρόνοιας, η οποία μεταφράστηκε σε μια ευρύτερη πολιτική υποστήριξη προς την επίτευξη της πλήρους απασχόλησης, της οικονομικής



ανάπτυξης και της διεύρυνσης των κοινωνικών υπηρεσιών. Η κεινσιανή ιδέα επικεντρώνεται στην παρέμβαση του κράτους και επισημαίνει ότι το κράτος πρόνοιας συμβάλει στην οικονομική ανάπτυξη μέσω της αύξησης των δημοσίων δαπανών καταπολεμώντας την οικονομική κρίση (Ρόμπολης Χλέτσος,1995). Ο Keynes στο έργο του « η γενική θεωρία της απασχόλησης του τόκου και του χρήματος» τόνισε τη σπουδαιότητα της κρατικής παρέμβασης και πρότεινε ένα μοντέλο δημοσιονομικής παρέμβασης.

Ο Beveridge, το μοντέλο του οποίου θα αναλύσουμε στη συνέχεια έθεσε τα θεμέλια για την οργάνωση ενός συστήματος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Τονίστηκε η αναγκαιότητα της ανακατανομής του εθνικού εισοδήματος, της καταπολέμησης της ανεργίας, της οργάνωσης ενός συστήματος παροχής οικογενειακών επιδομάτων και της δημιουργίας ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας (Κοντούλη-Γείτονα 1997).

Βέβαια να διευκρινιστεί πως μπορεί οι Keynes και Beveridge να προσέγγισαν ως βασική επιδίωξη του κράτους την διάρθρωση των ευάλωτων σημείων της λειτουργίας του καπιταλιστικού συστήματος , όμως οι Titmuss και Marshall ήταν οι εκπρόσωποι ενός ρεύματος που εκθείαζαν την αναγκαιότητα του κοινωνικού κράτους (Στασινόπουλος,1992). Οι τελευταίοι απέδιδαν ένα ριζοσπαστικό ρόλο στο κράτος πρόνοιας, ο οποίος αναφερόταν στον μετασχηματισμό της κοινωνίας προς μια πιο δίκαιη κατανομή του πλούτου.

Η παραπάνω προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας βρήκε πολιτική έκφραση στα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα σε αντίθεση με την προσέγγιση των Keynes και Beveridge που υποστηρίχθηκε από τα δημοκρατικά φιλελεύθερα κόμματα. Η προσέγγιση αυτή επισημαίνει πως υπάρχει διαφορά στις κοινωνικές υπηρεσίες και συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας από τα ιδιωτικά αγαθά. Έτσι προτείνει ένα μοντέλο στο οποίο θα εμπλέκεται το κράτος καθολικά και θα καλύπτει το σύνολο των αναγκών του κοινωνικού συνόλου. Πέρα όμως από τις όποιες διαφοροποιήσεις των απόψεων που συνιστούν την σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας, αποτελεί κοινή πεποίθηση η αναγκαιότητα της δημιουργίας ενός δίκαιου συστήματος κοινωνικής πολιτικής, το οποίο θα χαρακτηρίζεται άλλοτε από έναν εκτεταμένο ρόλο του κράτους και άλλοτε από μια μέτρια κρατική παρουσία σε συνδυασμό με ατομική και εθελοντική προσφορά.

### **3.1.3 Το Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης (Το Μοντέλο Του Bismarck)**

Το μοντέλο του Bismarck (1882) θεσπίστηκε από τον Καγκελάριο της Γερμανίας Otto von Bismarck σαν το πρώτο μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης , καθιερώνοντας ένα σύστημα ευρύτερης κοινωνικής πρόνοιας. Με αντιπροσωπευτικές χώρες την Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία και Βέλγιο, η ατομικιστική φιλοσοφία του μοντέλου προσανατολίζεται στην κάλυψη της ζήτησης με πολλαπλά ταμεία ασφάλισης υγείας και παράλληλα διοίκηση υπηρεσιών υγείας .Απώτερος σκοπός είναι η κοινωνική δικαιοσύνη και η πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλο τον πληθυσμό. Βασική επιδίωξη του ήταν να περιοριστεί αισθητά η επίδραση της εκκλησίας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας . Εντούτοις, η ύπαρξη του συστήματος βασιζόταν στις εισφορές και το εισόδημα του εργαζομένου. Η πολιτική πρόνοιας που θα πρέπει να ακολουθηθεί σύμφωνα με το μοντέλο του Bismarck είναι μια βασική υποχρέωση ανθρωπιστικού χαρακτήρα αλλά και μια πράξη μέριμνας για τη

σταθερότητα ενός κοινωνικού συστήματος. Με αυτή την έννοια, αποτελεί μια πολιτική αυτοσυντήρησης.

Όσον αφορά τον τρόπο χρηματοδότησης του μοντέλου αυτού για την δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων, αυτή επιτυγχάνεται μέσα από τις εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία των εργαζόμενων και των εργοδοτών. Ο τρόπος με τον οποίο καταβάλλονται εξαρτάται από το εισόδημα του ατόμου και από την δυνατότητα που έχουν οι χρήστες να πληρώσουν τις υπηρεσίες υγείας. Τα νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα είναι αφενός νοσοκομεία κυρίως κοινωφελή (μη-κερδοσκοπικά) και αφετέρου ιδιωτικά. Στόχος είναι η επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω της αποκέντρωσης, χωρίς όμως να εξασφαλίζεται η άριστη κατανομή των πόρων υγείας στις περιφέρειες (Υφαντόπουλος, 2006).

### **3.1.4 Η Χρηματοδότηση μέσω Φορολογίας (Το Μοντέλο Του Beveridge)**

Το μοντέλο του Beveridge προήλθε από τον Άγγλο Beveridge το 1942 στην προσπάθεια της μελέτης του για την διαμόρφωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Μ. Βρετανία. Η κατευθυντήρια γραμμή του μοντέλου είναι η προτεραιότητα στην εξασφάλιση της εργασίας και του δικαιώματος σε αυτή. Ο βασικός στόχος του είναι η εγγύηση ενός εθνικού ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης και για αυτό τον λόγο η κάλυψη παροχών προσφέρονται σε όλους τους πολίτες.

Λόγω ελλείψεων στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών το μοντέλο θεσμοθετήθηκε το 1946. Έτσι σταδιακά ξεκίνησε η δημιουργία νέων εγκαταστάσεων και νέων θέσεων εργασίας στα νοσοκομεία και το ενεργητικό δυναμικό της χώρας θα γινόταν περισσότερο παραγωγικό και αποδοτικό εξαιτίας της αύξησης των δημοσίων δαπανών. Ο κρατικός παρεμβατισμός που χαρακτηρίζει το μοντέλο θα προκαλούσε οικονομική ευδαιμονία, καθώς η αντιμετώπιση των χρόνιων νόσων θα μείωνε το ανά μονάδα κόστος θεραπείας, οπότε οι δαπάνες υγείας μεσοπρόθεσμα θα μειώνονταν.

Το μοντέλο χαρακτηρίζεται περισσότερο ανθρωποκεντρικό καθώς η χάραξη της υγειονομικής πολιτικής βασίζεται περισσότερο στις ανθρώπινες ανάγκες του πληθυσμού. Ο πληθυσμός επομένως καλύπτεται πλήρως σε αντίθεση με ένα μικρό σύστημα υγείας στο οποίο υπάρχουν διακρίσεις και άδικη κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε προνομιούχους και μη. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της προοδευτικής φορολογίας και των εισφορών ενώ το μοντέλο διαχείρισης έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα για την βασική εθνική σύνταξη.

### **3.1.5 Το Μοντέλο Semashko**

Ο Nikolai Aleksandrovich Semashko , ο οποίος διατέλεσε και υπουργός Υγείας της Σοβιετικής ένωσης είναι ο δημιουργός του ομώνυμου μοντέλου. Από το 1912 ο Semashko ασχολούνταν με την κοινωνική ασφάλιση και την διάρθρωση των συστημάτων υγείας. Βέβαια μέχρι την δεδομένη αυτή στιγμή τα συστήματα υγείας δεν είχαν αναπτύξει κάποια συγκεκριμένη δομή καθώς η ανθρωπότητα μαστίζονταν από τους συνεχείς πολέμους. Μέχρι τότε η υγεία διεκπεραιωνόταν σε μεγάλο βαθμό

στο φάσμα της φιλανθρωπίας που προσφερόταν από την εκκλησία ή από πτωχοκομεία για τα εξαθλιωμένα κοινωνικά στρώματα. Το μοντέλο εφαρμόστηκε πρώτα στην χώρα του Semashko και στην συνέχεια μετά τον 'Β Π.Π και σε άλλες χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης.

Ουσιαστικά αποτελεί το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας και την πρώτη προσπάθεια για καθολική αντιμετώπιση του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τη σωματική και ψυχική του κατάσταση. Αυτό έθεσε τη βάση για τη σύγχρονη αντίληψη για την προληπτική ιατρική, αλλά και για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Βέβαια ο Γερμανός καγκελάριος Otto Von Bismark το 1883 προσπάθησε όπως προαναφέρθηκε να διαμορφώσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα προκειμένου ο κάθε πολίτης να έχει πρόσβαση στην υγεία. Αντιθέτως το σύστημα Semashko που εξετάζεται στην παρούσα ενότητα δεν δημιουργούσε μόνο ένα σύστημα εισφορών με ανταποδοτικά κριτήρια. Το όραμα του Nikolai Aleksandrovich Semashko ήταν να ανατρέψει το κατεστημένο πως μόνο οι εργαζόμενοι μπορούν να έχουν πρόσβαση στην υγεία. Δημιουργήθηκε έτσι μια διαφορετική φιλοσοφία για την κοινωνική ασφάλιση περισσότερο ανθρωποκεντρική σύμφωνα με την οποία όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως θα έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε μονάδες υγείας. Το όλο εγχείρημα θα γινόταν με ευθύνη του κράτους οπότε απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας με τις απαιτούμενες δομές και ικανό για να αντέξει αυτή την πολιτική. Στη Μεγάλη Βρετανία για παράδειγμα κάτι αντίστοιχο δημιουργείται τη δεκαετία του 1940, με το μοντέλο Beveridge, το οποίο ουσιαστικά αποτελεί μεταφορά του συστήματος Semashko στο δυτικό κόσμο. Το μοντέλο Semashko εισήγαγε την ολιστική δημόσια ασφάλιση, ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης, τάξης και εργασίας.

Εν κατακλείδι, το μοντέλο Semashko συνέβαλε στη σημαντική βελτίωση της υγείας των πολιτών λόγω των δωρεάν παροχών αλλά και της καλά οργανωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας. Στην πορεία όμως, που οι ανάγκες υγείας έγιναν πιο απαιτητικές και πολύπλοκες και τα συστήματα υγείας μετατράπηκαν περισσότερο σε εντάσεως τεχνολογίας, δεν μπόρεσε να εξελιχθεί και να ανταποκριθεί τόσο στις απαιτήσεις των πολιτών των χωρών όπου εφαρμόστηκε καθώς και στον έλεγχο κόστους και δαπανών.

### **3.2 Η Υγεία ως Ιδιωτικό Αγαθό**

Στην προσέγγιση αυτή, η υγεία εμπορευματοποιείται και η υγεία είναι ένα ιδιωτικό αγαθό το οποίο διατίθεται από το σύστημα της αγοράς για να απολαύσει το άτομο τα οφέλη από την αγορά του αγαθού αυτού θα πρέπει να είναι διατεθειμένο να καταβάλλει την τιμή αγοράς. Αναλυτικότερα, η προσέγγιση αυτή θέλει τους ασθενείς-καταναλωτές (αφού η υγεία γίνεται αγαθό και διατίθεται για αγορά) ως λογικούς δρώντες που ελεύθερα ασκούν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του ιατρού της υπηρεσίας υγείας και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας φτάνει μέχρι τη μέγιστη δυνατή χρησιμότητα. Το ίδιο το άτομο γνωρίζει την ασθένεια από την οποία πάσχει, ενημερώνεται για την για την ασθένειά του, την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που πρέπει να χρησιμοποιήσει, τη θεραπεία που θα ακολουθήσει καθώς και τα αποτελέσματα αυτής. Το ανταγωνιστικό αυτό μοντέλο ωστόσο δεν μπορεί να λειτουργήσει στην υγεία λόγω των ιδιοτήτων του αγαθού της υγείας. Άλλωστε, η ανισότητα στην υγεία είναι ένα από τα σοβαρότερα θέματα που

δημιουργούνται στην περίπτωση της εισόδου του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας (Σωτηριάδου, 2009). Εν κατακλείδι σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες δεν υπάρχει ένα αμιγές σύστημα υγείας αλλά η κρατική παρέμβαση είναι εμφανής και αυτό οφείλεται στην αποτυχία των μηχανισμών της κλασικής οικονομικής θεωρίας στην αγορά υπηρεσιών υγείας (Γείτονα, Κυριόπουλος, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ερμηνευτικά Υποδείγματα των Ανισοτήτων στην Υγεία

### 4.1 Βασικές Θεωρίες για την Ύπαρξη των Ανισοτήτων

Η μεταβλητή του χώρου ενσωματώθηκε στις οικονομικές θεωρίες από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Η παραδοσιακή οικονομική ανάλυση δεν περιλάμβανε την χωρική διάσταση των οικονομικών φαινομένων, καθώς οι υποθέσεις της υποστήριζαν την τέλεια κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής από περιοχή σε περιοχή. Άρα για την Νεοκλασική Σχολή σκέψης οποιαδήποτε ανισορροπία σε τιμές και εισόδημα εξαλείφεται από τον μηχανισμό της αγοράς καθώς δεν υπάρχει μεταφορικό κόστος και χωρική συνιστώσα.

Η κενυσιανή σχολή σκέψης εμφανίστηκε μετά την κρίση του 1929 όπου και επικράτησε μέχρι το 1950 περίπου. Υποστηρίζει ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη μέσα από τις δημόσιες επενδύσεις. Το περιφερειακό ωστόσο πρόβλημα και των περιφερειακών ανισοτήτων άρχισε να μελετάται αναλυτικότερα το 1960. Ο Hirschman, Rostow και Friedman είναι μερικοί από τους οικονομολόγους που υποστήριζαν την άποψη πως η ασύμμετρη ανάπτυξη στον εθνικό χώρο παρουσιάζεται με διάφορες μορφές, οι οποίες εξελίσσονται ανάλογα με τον ρυθμό που αναπτύσσεται μια χώρα.

Η σημαντικότερη συμβολή στις περιφερειακές ανισότητες ήταν η σωρευτική αιτιότητα του Myrdal (1957) σύμφωνα με την οποία η οικονομική ανάπτυξη πραγματοποιείται σε ορισμένα κέντρα ανάπτυξης. Τα κέντρα αυτά ευνοούνται από την ύπαρξη φυσικών ή άλλων πλεονεκτημάτων (φυσικοί πόροι, κατάλληλη τοποθεσία, μεγάλη αγορά, μμεταφορικά δίκτυα, κοινωνικό κεφάλαιο), με αποτέλεσμα η απόσταση στα επίπεδα ευημερίας μεταξύ «κέντρου» και «περιφέρειας» να αυξάνεται. Επίσης, χωροταξική αλληλεξάρτηση ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια, η οποία περιλαμβάνει τη σταδιακή αποδυνάμωση ή απομύζηση ή αποψίλωση της περιφέρειας από το κέντρο (backwash effects), ή τη διάδοση ή διάχυση ή επέκταση της ανάπτυξης από το κέντρο προς την περιφέρεια (spread effects). Οι λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές μπορούν να ωφεληθούν από την αλληλεξάρτησή τους με τις αναπτυγμένες περιφέρειες μέσω της μμετάδοσης και της διάχυσης των καινοτομιών και της τεχνολογίας και μέσω της αυξανόμενης αγοράς των εξαγωγών. Τα οφέλη τείνουν να αντισταθμιστούν από τα αποτελέσματα ενός "παλινδρομικού κύματος" ως αποτέλεσμα της ροής του κεφαλαίου και της εργασίας από τις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες προς τις αναπτυγμένες περιφέρειες.

Άλλες θεωρίες που προσπάθησαν να εξηγήσουν τις περιφερειακές ανισότητες και τα αίτια τους είναι αυτές που βασίζονται στο πρότυπο της πολιτικής ανάπτυξης με κυριότερη την θεωρία του Perroux (1950) για τους πόλους ανάπτυξης. Σύμφωνα με αυτή ως πόλοι ανάπτυξης θεωρούνται κέντρα από και προς τα οποία αναπτύσσονται κεντρομόλες και φυγόκεντρες δυνάμεις.

Προς το 1980 ήρθαν στο προσκήνιο τα μοντέλα ενδογενούς ανάπτυξης (Romer, 1994), στα οποία σημαντικό ρόλο στην περιφερειακή ανάπτυξη παίζει η καινοτομία και αύξηση των επενδύσεων. Τέλος ως πιο σύγχρονες θεωρίες περιφερειακής μεγέθυνσης θεωρούνται οι θεωρίες του Krugman (1991) και του Porter (1990). Ο Krugman αναφέρεται στη μείωση του μεταφορικού κόστους, η οποία σταδιακά οδηγεί στη συγκέντρωση δραστηριοτήτων στο χώρο. Ο Porter τέλος υποστηρίζει πως

ο βαθμός της γεωγραφικής συγκέντρωσης της παραγωγής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τους κλάδους που θέλουν να επιτύχουν τη συγκριτικό πλεονέκτημα.

Η σύγχρονη προβληματική για τις κοινωνικές ανισότητες και συγκεκριμένα στην υγεία θεμελιώθηκε με την έκθεση 'Black Report' του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας, η οποία δημοσιεύτηκε το 1980. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, υπάρχουν τρεις θεωρητικές προσεγγίσεις για τις υγειονομικές ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων: α) Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής β) Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας γ) Η θεωρία της συμπεριφορικής ή πολιτισμικής ερμηνείας και δ) θεωρία της τεχνητής ερμηνείας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως για την κάθε θεωρία έχει δοθεί μια σχετική και μία απόλυτη ερμηνεία. Αυτός ο διαχωρισμός ήταν ύψιστης σημασίας δεδομένου ότι αποτέλεσε το έναυσμα για την περαιτέρω ανάπτυξη των ανισοτήτων της υγείας σε κοινωνικό πλαίσιο.

#### **4.1.1 Η Θεωρία της Φυσικής ή Κοινωνικής Επιλογής**

Η θεωρία της φυσικής επιλογής ξεκίνησε από τον Δαρβίνο, ωστόσο ο κοινωνιολόγος Herbert Spencer ανέπτυξε μια θεωρία που ονομάστηκε «κοινωνικός δαρβινισμός» και εξηγεί με τον δικό του τρόπο της κοινωνικές ανισότητες αλλά και τον καπιταλισμό. Στην απόλυτη εκδοχή της η θεωρία της φυσικής επιλογής στηρίζεται στο γεγονός πως η υγεία είναι το μέσο κατάταξης ενός ατόμου σε κάποιο κοινωνικό στρώμα. Έτσι άτομα με καλή υγεία έχουν καλύτερη εργασία, καλύτερες εργασιακές προοπτικές και βρίσκονται στα υψηλότερα στρώματα της κοινωνίας. Στην Φύση επικρατεί το «δίκαιο της πυγμής» και μια συνεχής μάχη για την επικράτηση του ισχυρότερου. Αυτός ο αέναος ανταγωνισμός όταν συνδυαστεί με την υγεία και τα επίκτητα βιολογικά πλεονεκτήματα ενός ατόμου, τότε καθορίζει τις ευκαιρίες ζωής ενός ατόμου, την κοινωνική του θέση και την ανοδική ή την καθοδική κοινωνική κινητικότητα (West, 1991). Στην σχετική εκδοχή της από την άλλη πλευρά η θεωρία εστιάζει στο ότι η υγεία μπορεί να οδηγήσει στην επίτευξη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής θέσης και με αυτή την έννοια μπορεί να ερμηνευτεί κάποια κοινωνική ανισότητα.

#### **4.1.2 Η Θεωρία της Υλιστικής ή Δομικής Ερμηνείας**

Στη συγκεκριμένη θεωρία ανήκουν επίσης δύο εκδοχές, η απόλυτη και η σχετική για να εξηγήσουν τις υγειονομικές ανισότητες. Αρχικά, αναλύοντας την απόλυτη εκδοχή υποστηρίζεται πως οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αντανακλούν την κοινωνικοοικονομική θέση των ατόμων και οφείλονται στην άνιση κατανομή των πόρων. Συγκεκριμένα, η ταξική δομή και οι συνθήκες διαβίωσης συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, των εργασιακών συνθηκών είναι παράγοντες άρρηκτα συνδεδεμένοι με το επίπεδο υγείας. Έτσι η φτώχεια είναι όχι μόνο είναι υπεύθυνη για την έκθεση του ατόμου σε συνθήκες επιζήμιες για την υγεία του αλλά μειώνει και τις δυνατότητές του λόγω μειωμένων πόρων να αντιμετωπίσει την εμφάνιση μιας ασθένειας (Οικονόμου, 2013). Άλλωστε πολλές διαθέσιμες έρευνες επισημαίνουν πως η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας και οι κακουχίες οδηγούν σε χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα, εξαιρετικά μεγάλη πιθανότητας έκθεσης και προσβολής από μεταδοτικά κι άλλα νοσήματα, αλλά και υψηλό ποσοστό έκθεσης σε μολυσμένο νερό κι αέρα.

Αναλύοντας την σχετική εκδοχή της θεωρίας, επισημαίνεται πως τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά αποτελούν αναπόσπαστο παράγοντα για την διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων. Τα υλικά αγαθά δεν αρκούν από μόνα τους για να χαρακτηριστούν ικανή και αναγκαία συνθήκη για ανισότητες. Σύμφωνα επομένως με την οπτική αυτή η κατανομή του πλούτου μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και οι επιπτώσεις που αυτές συνεπάγονται σε ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο συμβάλλουν στην κακή υγεία.

#### **4.1.3 Η Θεωρία της Συμπεριφορικής ή Πολιτισμικής Ερμηνείας**

Συνεχίζοντας με την θεωρία της συμπεριφορικής ή πολιτισμικής ερμηνείας, η γενική ιδέα κινείται γύρω από το ίδιο το άτομο καθώς και την υιοθέτηση ανθυγιεινής συμπεριφοράς. Το ίδιο το άτομο οφείλεται για τις διαφορές στο επίπεδο υγείας καθώς όταν ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής βρίσκεται σε υψηλότερα στρώματα από ότι όταν αποκλίνει. Έτσι στην απόλυτη εκδοχή της θεωρίας, τα άτομα είναι ελεύθερα να επιλέξουν μόνα τους ποια συμπεριφορά υγείας θέλουν ενώ στην σχετική η κοινωνική τάξη που ανήκουν διαμορφώνεται και εξαρτάται από την συμπεριφορά της υγείας τους.

Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται τα άτομα και οι επιμέρους διάφορες που εμφανίζονται στη ζωή και στην υγεία των ατόμων οφείλονται στις διαφορετικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις που εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο στις κοινωνικές ομάδες που συμμετέχει τι κάθε άτομο. Έτσι όσα άτομα ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις έχουν χαμηλό εισόδημα υιοθετούν καταστροφικές και απερίσκεπτες συμπεριφορές όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η κακή διατροφή. Τα άτομα αυτά έχουν επίσης κάποια χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο περιορισμένος αυτοέλεγχος, οι χαμηλές δεξιότητες μάθησης, η απαισιοδοξία και η παθητικότητα και εκτός τούτου υιοθετούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής αλλά αποδίδουν την κατάσταση της υγείας τους στην τύχη ή σε παράγοντες που αδυνατούν να ελέγξουν.

#### **4.1.4 Θεωρία της Τεχνητής Ερμηνείας**

Σύμφωνα με την τεχνητή ερμηνεία δεν υπάρχει καμία πραγματική σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και υγείας και πρόκειται απλώς για μια τεχνητή μέτρηση άρα και η οι κοινωνικές ανισότητες είναι τεχνητά κατασκευασμένες (απόλυτη εκδοχή). Το πρόβλημα της μέτρησης των συντελεστών της υγείας και της κοινωνικής τάξης όπως η καταγραφή και τήρηση των στοιχείων που αφορούν τη θνησιμότητα και την νοσηρότητα ή την κατάταξη του ατόμου σε μια κοινωνική τάξη περιορίζουν την εγκυρότητα των συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και υγείας. Στην σχετική εκδοχή της πιθανολογείται η ύπαρξη της συσχέτισης μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και υγείας όμως η διαπίστωση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία εξαρτάται από την αξιοπιστία και εγκυρότητα των μετρήσεων που αφορούν τις δύο παραμέτρους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ερμηνευτικά Υποδείγματα των Ανισοτήτων στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**

### **5.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**

Η ΔΟΠ αποτελεί έναν νέο τρόπο διοίκησης προκρινόμενου να επιτευχθεί η αποτελεσματικότερη ανάπτυξη μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Βασικός προσανατολισμός της είναι η καλύτερη ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών της. Στο πλαίσιο της ΔΟΠ η έννοια του πελάτη αποκτά νέα διάσταση, διότι είναι διευρυμένη, ώστε να καλύπτει όχι μόνο τους εξωτερικούς αλλά και τους εσωτερικούς πελάτες της επιχείρησης. Οι εξωτερικοί πελάτες είναι οι τελικοί καταναλωτές ή χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ οι εσωτερικοί πελάτες είναι τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι επηρεάζουν την προσφερόμενη ποιότητα μέσα στην επιχείρηση (Δερβιτσιώτης, 1993 & 1999). «Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική προσέγγιση, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ικανότητας ενός οργανισμού να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πελατών, με την ενεργό συμμετοχή όλων των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης»(Ιωάννης Ν. Πολίτης,2005).

Στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον όπου υπάρχει μεγάλος ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων γίνεται όλο και περισσότερο αναγκαία η υιοθέτηση της ΔΟΠ. Το ίδιο ισχύει και για το περιβάλλον του νοσοκομείου κυρίως του δημόσιου, καθώς ο φόβος της συγχώνευσης θα πρέπει να παραμένει δεδομένης της αποσταθεροποίησης της οικονομίας και του περιορισμένου αριθμού κονδυλίων και ρευστότητας.

Έτσι, η υιοθέτηση της ΔΟΠ για την σύγχρονη επιχείρηση ή οργανισμό είναι αναγκαία λόγω της ανάγκης επιβίωσης σε μια κορεσμένη διεθνή/εθνική αγορά. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως χωρίς την εστίαση της ολικής προσπάθειας στον ανθρώπινο παράγοντα και στις διαδικασίες παραγωγής είναι αδύνατο να επιτευχθούν σημαντικά μακροπρόθεσμα οφέλη.

Υπάρχουν κάποιες γενικές αρχές της ΔΟΠ οι οποίες έχουν διερευνηθεί από τους σπουδαιότερους ερευνητές όπως ο Deming, Philip B. Crosby, Joseph Juran όπως θα αναλύσουμε στη συνέχεια. Σταχυολογούμε τις βασικότερες:

- Ύψιστη προτεραιότητα στην ποιότητα και τη συνεχή βελτίωσή της
- Εστίαση στις απαιτήσεις του πελάτη
- Έμφαση στη πρόληψη σφαλμάτων και ελαττωματικών προϊόντων
- Management στηριζόμενο σε αντικειμενικά στοιχεία
- Συνολική και συστηματική συμμετοχή εργαζομένων

Σύμφωνα με τον Atkinson η Ολική Ποιότητα ορίζεται σαν μια στρατηγική προσέγγιση στην παραγωγή των καλύτερων δυνατών προϊόντων και υπηρεσιών μέσω της διαρκούς ανάπτυξης καινοτομιών (Atkinson, 1990). Αξιοσημείωτη είναι και η προσέγγιση του Oakland ο οποίος δίνει τον δικό του ορισμό και ορίζει τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως την κατανοητή προσέγγιση για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ευελιξίας μέσω σχεδιασμού, οργάνωσης και κατανόησης κάθε δραστηριότητας και της συμμετοχής κάθε ατόμου σε κάθε επίπεδο (Oakland, 1994).



Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχίας της φιλοσοφίας που κρύβεται πίσω από την ΔΟΠ είναι η πλήρης αποδοχή της τόσο από την διοίκηση και το μάνατζμεντ όσο κι από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Ωστόσο να επισημανθεί πως είναι σημαντικότερο η αποδοχή αυτή να ξεκινά από τα ανώτερα ιεραρχικά στρώματα της επιχείρησης ή του οργανισμού καθώς αντικατοπτρίζει πως η κουλτούρα της διοίκησης ταιριάζει με τις προσταγές της ΔΟΠ. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από το επίπεδο που βρίσκονται στην ιεραρχία, είναι εξίσου υπεύθυνοι για το κοινό αποτέλεσμα και η εκπαίδευση στη νοοτροπία της ΔΟΠ αφορά όμοια όλους τους εργαζομένους. Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με το ανθρώπινο δυναμικό του. Οι πελάτες αποτελούν μια προέκταση της επιχείρησης, με την έννοια ότι οι παρατηρήσεις τους, οι απαιτήσεις τους και γενικότερα οι ιδέες τους λαμβάνονται υπόψη στην προσπάθεια για εξέλιξη του συστήματος. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποια στοιχεία για τους εισηγητές και κορυφαίους αναλυτές της έννοιας αυτής: W. Edwards Deming, Joseph M. Juran και Philip B. Crosby.

### **5.1.1 Η Φιλοσοφία του Deming**

Ξεκινώντας από τον Williams Edwards Deming , ο ίδιος γεννήθηκε το 1900 στις Η.Π.Α και θεωρείται ο πατέρας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Στα φοιτητικά του χρόνια εργάστηκε στην εταιρία Western Electric Company του Σικάγου, η οποία λειτουργούσε με την φιλοσοφία διοίκησης του Taylor. Σύμφωνα με τον Taylor, ο εργάτης δεν έχει την δυνατότητα να σκεφθεί και να επεξεργαστεί μια διεργασία παρά μόνο να εκτελεί τα καθήκοντα του κατά έναν μηχανιστικό τρόπο. Αντιθέτως, η πολυτέλεια της σκέψης αποτελεί χαρακτηριστική υποχρέωση μόνο του μάνατζμεντ. Ο Deming γρήγορα συνειδητοποίησε πως η αυταρχική μέθοδος του Taylor είχε ως αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια των εργαζόμενων και την μείωση της αποδοτικότητας τους. Κινήθηκε σε αντίθετα μονοπάτια από αυτά του Taylor και προσπάθησε να αναβαθμίσει τον ανθρώπινο νου και να δημιουργήσει κίνητρα στους εργαζόμενους. Έτσι δημιουργήθηκε μια νέα επαναστατική για την εποχή φιλοσοφία η οποία αποτέλεσε θεμέλιο λίθο στην οργάνωση και διοίκηση των επιχειρήσεων και οργανισμών (M. Ζαβλανός 2006).

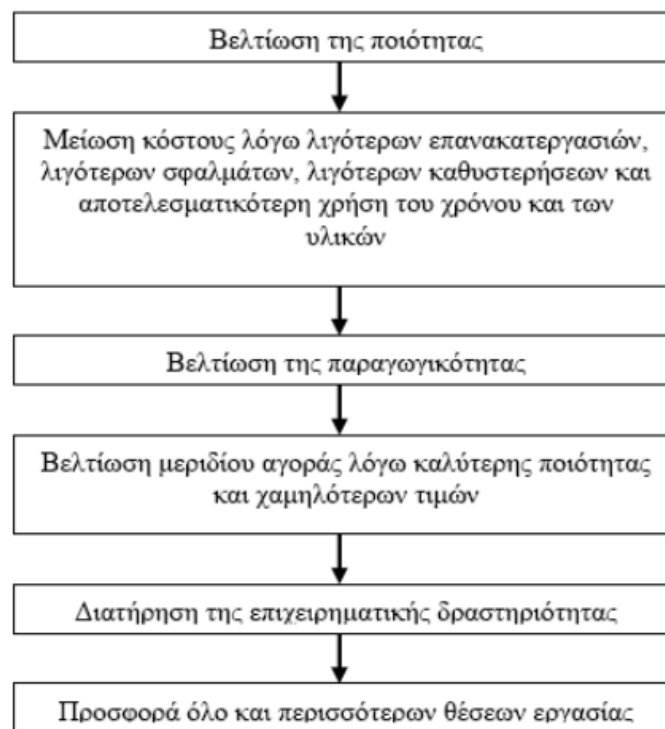
Πολλές από τις επιρροές του Deming που τον βοήθησαν να αναπτύξει την θεωρία του προέρχονται από την στατιστική και από τον Shewhart. Ο Deming θεωρούσε πως αν οι εργαζόμενοι εκπαιδευτούν με τον σωστό τρόπο και μπορέσουν να διαχειριστούν οι ίδιοι τις διαδικασίες της δουλειάς τους, τότε θα βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα των προϊόντων. Με το ξέσπασμα του Δευτέρου Παγκόσμιου Πολέμου, ο Deming έδωσε αρκετά σεμινάρια για τον έλεγχο ποιότητας προκειμένου να βελτιωθεί η Αμερικανική εθνική άμυνα, όμως οι ιδέες και η φιλοσοφία του απορρίφθηκαν από τους Αμερικάνους μάνατζερ.

Το 1949, ο Deming κλήθηκε στην Ιαπωνία για να συμμετάσχει στην ανασυγκρότηση της παραπαίουσας Ιαπωνικής βιομηχανίας. Τα προϊόντα τους χαρακτηρίζονταν από πολύ κακή ποιότητα και δεν ήταν ανταγωνιστικά με τα αμερικάνικα και ευρωπαϊκά προϊόντα. Ξεκίνησε να δίνει διαλέξεις που σχετίζονταν με τον στατιστικό έλεγχο και την επεξεργασία προϊόντων. Οι Ιάπωνες βιομήχανοι ενστερνίστηκαν την φιλοσοφία του κι έτσι σιγά σιγά ήρθε το Ιαπωνικό Θαύμα και η βιομηχανική ευημερία στην χώρα. Μάλιστα, για να τιμήσουν τον ευεργέτη τους , οι Ιάπωνες υιοθέτησαν το

βραβείο Deming, όπως το αποκάλεσαν, ένα βραβείο το οποίο απονέμουν κάθε χρόνο στην εταιρεία η οποία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη δραστηριότητα στον τομέα της βελτίωσης της ποιότητας των προϊόντων της.

Στις διαλέξεις τους ο Deming τόνιζε ιδιαίτερα την βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και της παροχής υπηρεσιών. Με τη υψηλή ποιότητα μια επιχείρηση θα μπορούσε να είναι περισσότερο ανταγωνιστή και να προσδώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στις επιχειρήσεις που την ακολουθούν. Ο Deming αναφέρθηκε και την «αλυσίδα αντίδρασης» (Εικόνα 2), η οποία συνδέει την ποιότητα, την παραγωγικότητα, το μερίδιο αγοράς και την εργασία. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί στη μείωση του κόστους και στη βελτίωση της παραγωγικότητας. Αυτή με τη σειρά της οδηγεί σε αύξηση του μεριδίου της αγοράς (καλύτερη ποιότητα και χαμηλή τιμή) και επομένως στη διατήρηση της επιχείρησης στην αγορά και την αύξηση των θέσεων εργασίας ( Μ. Ζαβλανός 2006, Δερβιτσιώτης 1999).

Στην αλυσιδωτή απεικόνιση που ακολουθεί φαίνονται τα θετικά σημεία της βελτίωσης της ποιότητας και τον τρόπο με τον οποίο αποκομίζουν όφελος τα εμπλεκόμενα μέρη.



Εικόνα 2: Η Αλυσιδωτή Αντίδραση του Deming (1999)

Σε συνέχεια της ανάλυσής μας, στο παρακάτω διάγραμμα, φαίνονται τα τέσσερα στάδια του κύκλου του Deming (Deming,1993).



Εικόνα 3: Ο Κύκλος του Deming

Ο κύκλος του Deming (Εικόνα 3) είναι ένα μέσο το οποίο αποτελεί βοηθητικό εργαλείο για την βελτίωση δραστηριοτήτων ποιότητας και προγραμμάτων εκπαίδευσης. Έχει τέσσερα στάδια τα οποία είναι ισάριθμα αριθμημένα δείχνοντας την σημαντικότητα της ισορροπίας του προγραμματισμού (plan), της υλοποίησης(do), της μελέτης (study) και της δράσης (act).

Τέλος, σταχυολογώντας τα 14 σημεία μανάτζμεντ που διατύπωσε ο Deming και ουσιαστικά βοηθούν τον ηγέτη να μετατρέψει μια επιχείρηση σε οργανισμό ποιότητας θα κλείσουμε την ανάλυση μας για εκείνον. Ωστόσο στις επόμενες προσεγγίσεις που θα ακολουθήσουν για την ΔΟΠ, θα γίνει αναφορά σε επιμέρους χωρία στον Deming, καθώς όπως αναφέραμε είναι ο πατέρας της συγκεκριμένης θεωρίας.

Τα 14 σημεία του Deming είναι (Μ. Ζαβλανός 2006):

1. Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας από τη διοίκηση και δέσμευση ότι αποδέχεται τον νέο τρόπο σκέψης.
2. Ενθάρρυνση συνεχούς εκπαίδευσης και αυτοβελτίωσης για κάθε εργαζόμενο.
3. Ανεξαρτητοποίηση από την απλή επιθεώρηση του προϊόντος για την επίτευξη της ποιότητας. Η ποιότητα θα πρέπει να είναι ενσωματωμένη στην παραγωγή από την αρχή.
4. Συνέπεια στη διατύπωση του σκοπού για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και υπηρεσιών. Η διοίκηση δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για το γρήγορο κέρδος.
5. Αποβολή του φόβου των εργαζομένων, ο οποίος είναι ανασταλτικός παράγοντας στην αύξηση της παραγωγικότητας.
6. Δέσμευση της διοίκησης και συμμετοχή όλων των ατόμων για την υλοποίηση των παραπάνω σημείων της νέας φιλοσοφίας.

7. Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής και των υπηρεσιών
8. Καθιέρωση της πρακτικής της εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας.
9. Αποτελεσματική ηγεσία, προκειμένου να καθοδηγεί και να βοηθάει τους εργαζομένους να πραγματοποιούν την εργασία καλύτερα και μικρότερη προσπάθεια.
10. Κατάργηση των εμποδίων ανάμεσα στα τμήματα και ενθάρρυνση της ομαδικής προσέγγισης.
11. Κατάργηση των συνθημάτων, των αφισών και των προτροπών, τα οποία ζητούν νέα επίπεδα παραγωγικότητας χωρίς να παρέχουν καλύτερες μεθόδους.
12. Κατάργηση αυθαίρετων ποσοτικών στόχων παραγωγής, προτύπων εργασίας και σκοπών που δυσχεραίνουν την επίτευξη της ποιότητας.
13. Επιβράβευση του εργατικού δυναμικού, έτσι ώστε τα άτομα να αισθάνονται υπερηφάνεια για την εργασία τους.
14. Ελαχιστοποίηση του κόστους και κατάργηση της πρακτικής για την επιλογή προμηθειών με κριτήριο μόνο την τιμή.

### **5.1.2 Η Φιλοσοφία του Joseph Juran**

Συνεχίζουμε την ανάλυση μας με τον Joseph Juran ο οποίος εργάστηκε κι εκείνος στην Western Electric τη δεκαετία του 1920. Η πορεία του ήταν παρόμοια με εκείνη του Deming και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί κι ως μέντορας του. Ο Juran έκδωσε ένα από τα πιο αναλυτικά εγχειρίδια για την ποιότητα το Quality Control Handbook (1988), το οποίο έχει επανεκδοθεί πολλές φορές μέχρι σήμερα. Δίδαξε στους Ιάπωνες τις αρχές της ποιότητας και βοήθησε σημαντικά τις ιαπωνικές επιχειρήσεις να ορθοποδήσουν και να γίνουν ανταγωνιστικές στην διεθνή αγορά. Επηρεασμένος από τον Deming, τόνισε πως οι Αμερικάνικες επιχειρήσεις είχαν σημαντικό πρόβλημα καθώς η κακή τους ποιότητα σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος άφηνε τα περιθώρια στους ανταγωνιστές να διεισδύσουν στο χώρο και να αποσπών μεγάλο μερίδιο αγοράς.

Τόσο ο Deming όσο και ο Juran πίστευαν ότι η λύση στο πρόβλημα βρίσκεται στη διαμόρφωση μιας καινούργιας αντίληψης για την ποιότητα, η οποία να περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της διοικητικής ιεραρχίας. Η αρχή ωστόσο θα πρέπει να γίνει από την ηγεσία της επιχείρησης ή ενός οργανισμού, η οποία θα πρέπει να μετασχηματίζει την αναχρονιστική της φιλοσοφία σε μια πιο δεκτική στην εκπαίδευση φιλοσοφία. Πέραν τούτου, υπάρχει και μια βασική διαφορά μεταξύ του Deming και του Juran. Η διαφορά αυτή αναφέρεται στο γεγονός πως ο Juran δεν πρότεινε κάποια σημαντική αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού, αλλά αναζήτησε τη βελτίωση της ποιότητας δουλεύοντας μέσα στο σύστημα το οποίο εφάρμοζαν οι επιχειρήσεις. Με αυτό τον τρόπο, τα προγράμματα του ήταν σχεδιασμένα έτσι ώστε να ταιριάζουν με τον τρέχοντα στρατηγικό προγραμματισμό της επιχείρησης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο απόρριψης. Θεώρησε ότι οι υπάλληλοι σε διαφορετικά επίπεδα του οργανισμού μιλάνε τη δική τους “γλώσσα”, σε αντίθεση με το Deming, ο οποίος πίστευε ότι η στατιστική θα πρέπει να αποτελεί την κοινή γλώσσα όλων των εργαζομένων.

### 5.1.3 Η Φιλοσοφία του Philip B. Crosby

Ο Philip B. Crosby διετέλεσε αντιπρόεδρος ποιότητας στην ΙΤΤ (International Telephone and Telegraph) για πάνω από μια δεκαετία. Το 1979 έγραψε το πρώτο του βιβλίο «η ποιότητα είναι ελεύθερη» (Quality is Free) , το οποίο έγινε μεγάλη επιτυχία και εξέφραζε μεταξύ άλλων την άποψη του ότι η ικανοποίηση των πελατών παίζει καθοριστικό ρόλο για το κόστος διεξαγωγής ενός προγράμματος ποιότητας , αφού αυτό μπορεί να καλυφθεί σε μέγιστο βαθμό από τα οικονομικά οφέλη λόγω της ικανοποίησής τους .

Τα βασικά στοιχεία της άποψης του Crosby για τη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνουν την αποφασιστικότητα, την εκπαίδευση και την εφαρμογή. Η αποφασιστικότητα σημαίνει ότι η ανώτερη διοίκηση θα πρέπει να πάρει στα σοβαρά τη βελτίωση της ποιότητας. Όλοι θα πρέπει να κατανοήσουν την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την εκπαίδευση. Τέλος, όλα τα στελέχη διαχείρισης της ποιότητας θα πρέπει να έχουν κατανοήσει τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος βελτίωσης. Να σημειωθεί στο σημείο αυτό πως όχι μόνο ο Crosby αλλά και ο Juran αναγνώρισε τον παράγοντα πελάτη ως βασικό κομμάτι για την διαχείριση των υπηρεσιών και της ποιότητας. Οι επιχειρήσεις μάλιστα που αποκτούν δύναμη στην αγορά και στην μνήμη των καταναλωτών είναι εκείνες που εστιάζουν και επιδιώκουν να βρίσκονται κοντά στους πελάτες τους (Rose et al., 2004).

## **B. ΜΕΡΟΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Έρευνα για τις Ανισότητες στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας της Π.Ε. Βοιωτίας**

Το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας είναι το ερευνητικό μέρος, στο οποίο θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία της έρευνας, για να εξαχθούν πρακτικά συμπεράσματα, να ελεγχθούν οι υποθέσεις εργασίας του ερευνητή και να απαντηθούν καταφατικά ή αρνητικά τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Έπειτα, μετά από τη μεθοδολογία, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας τα οποία οδηγούν και στα τελικά συμπεράσματα.

#### **6.1 Σκοπός της Έρευνας**

Ο σκοπός μιας έρευνας είναι μια έννοια που καθορίζει όλη την έρευνα, καθώς σχετίζεται τόσο με την έναρξη, την πορεία της και τη λήξη της. Η πορεία μιας έρευνας σχετίζεται με το σκοπό της, καθώς αυτός είναι που κατευθύνει κάθε φορά την έρευνα στον τελικό προορισμό της. Ο σκοπός μιας έρευνας αφορά τη λύση ενός προβλήματος, τη διερεύνηση ενός φαινομένου, την δημιουργία νέων δεδομένων προς ανάλυση και τη διασταύρωση στοιχείων που έχουν ήδη μελετηθεί θεωρητικά (Τσιπλητάρης & Μπάμπαλης, 2011).

#### **6.2 Επιμέρους Στόχοι**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διττός. Αρχικά γίνεται διερεύνηση των ανισοτήτων στη χρήση υπηρεσιών υγείας στην Π.Ε. Βοιωτίας. Το εισόδημα, η εκπαίδευση, το επάγγελμα αποτελούν τους κυριότερους καθοριστικούς παράγοντες της πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας και με βάση αυτούς θα γίνει η έρευνα. Επίσης συνδυαστικά με τους προαναφερθέντες κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες θα γίνει μια εκτίμηση μέτρησης της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Π.Ε. Βοιωτίας. Η ανάδειξη των ανισοτήτων αυτών μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην πολιτεία σε μια προσπάθεια προσέγγισης της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας με καλύτερες πολιτικές με βάση τις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα εργασία καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

Οι υποθέσεις εργασίας που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα και θα προσπαθήσουμε να αποδείξουμε είναι οι ακόλουθες:

- Υπόθεση 1. Η χρήση των ιδιωτικών σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται πρωτίστως από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων.
- Υπόθεση 2. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, έτσι ώστε το χαμηλά κοινωνικοοικονομικό επίπεδο να σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση της υγείας.
- Υπόθεση 3. Οι πολίτες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της ιδιωτικής υγείας από ότι από τις δημόσιες υποδομές.

- Υπόθεση 4. Το «μέσον» θεωρείται απαραίτητο στον τομέα της υγείας για να εξυπηρετηθεί καλύτερα ο ασθενής.
- Υπόθεση 5. Το δημόσιο έχει τους καλύτερους γιατρούς, αλλά ασφάλεια εμπνέει ο ιδιωτικός τομέας.

### 6.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Βασιζόμενος στους επιμέρους στόχους της παρούσας έρευνας, ο ερευνητής κατέληξε στα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάζονται παρακάτω:

Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα εργασία καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σε ποιο βαθμό ικανοποιούνται οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε σχέση με την περίθαλψη που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας υγείας;
2. Ποια χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες υγείας;
3. Ποια τα κυριότερα προβλήματα στον κλάδο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας;
4. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα πρόσβασης για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ιδιώτες γιατρούς ή σε δημόσιες υποδομές;
5. Ποιος είναι ο ρόλος του χώρου στις κοινωνικές ανισότητες προς την ικανοποίηση των ασθενών;
6. Συνδέεται η άνιση χρήση των υπηρεσιών υγείας με τις κοινωνικές ανισότητες;

### 6.4 Μεθοδολογία

Για την συγκεκριμένη έρευνα δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο στο πρώτο μέρος οι ερωτήσεις θα αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία των ερωτώμενων της Π.Ε. Βοιωτίας, ενώ στο δεύτερο μέρος οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν την εικόνα που έχουν για το κάθε νοσοκομείο και τους ιδιώτες ιατρούς της περιοχής όπου πραγματοποιείται η έρευνα. Ειδικότερα, οι πολίτες της Π.Ε. Βοιωτίας κρίνουν το νοσοκομειακό προσωπικό με βάση τις προσωπικές εμπειρίες που έχουν. Επίσης αναφέρονται στους λόγους που επιλέγουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από το υψηλότερο κόστος. Τέλος, ενώ γίνεται λόγος για υπηρεσίες υγείας πρέπει να επισημανθεί και μια σχετικά πρόσφατη υπηρεσία που είναι η τηλεϊατρική. Μέσα από το ερωτηματολόγιο θα διευκρινιστεί αν αυτή η νέα μέθοδος είναι γνωστή σε μια αγροτική περιφερειακή ενότητα όπως είναι η Βοιωτία κι αν χρησιμοποιείται από τους ασθενείς για την ευκολότερη και γρηγορότερη εξυπηρέτησή τους.

Σχετικά με το υγειονομικό περιβάλλον της έρευνας τα σημεία παροχής υπηρεσιών υγείας στην ΠΕ Βοιωτίας είναι σύμφωνα με τα στοιχεία του υγειονομικού χάρτη του Υπουργείου Υγείας 466 σε σύνολο πληθυσμού 120.533. Στην ανάλυση μας ωστόσο περιλαμβάνονται μόνο

- Γενικό Νοσοκομείο Θήβας

- Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς
- Ιδιωτικό Ιατρείο/Ιδιώτες Ιατροί
- Περιφερειακό Ιατρείο /Κέντρο Υγείας

Επίσης δεν έχουν συμπεριληφθεί ειδικότητες όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, οδοντίατροι, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κέντρα αιμοκάθαρσης και αιμοδοσίας, κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, καθώς δεν υπάρχουν οι αντίστοιχες ειδικότητες στα νοσοκομεία της Π.Ε. Βοιωτίας και θα ήταν αναξιόπιστο το αποτέλεσμα.

Η ανάλυση θα γίνει με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS, ωστόσο η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει και με την βοήθεια άλλων λογισμικών. Στην προκειμένη επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψη τα ελληνικά δεδομένα και τον τρόπο λειτουργίας του εδώ συστήματος. Παρόλα αυτά, νέες μεθοδολογίες στατιστικών επιστημών μπορούν να δοκιμαστούν και να γίνει μεταξύ τους σύγκριση και τέλος, επιλογή της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης μεθοδολογίας.

### **6.5. Συλλογή Δεδομένων – Εργαλείο**

Εστιάζοντας κάποιος την μελέτη στις ποσοτικές έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, μπορεί να παρατηρήσει πως η πλειοψηφία αυτών, βασίζονται στο ερωτηματολόγιο για να συλλεχθούν τα απαραίτητα δεδομένα προς ανάλυση. Έτσι και στην συγκεκριμένη εργασία χρησιμοποιήθηκε η τεχνική του ερωτηματολογίου (Cohen & Manion, 1997 & Βαμβουκάς, 2002). Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της εργασίας. Πέραν τούτου οι βασικότεροι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του ερωτηματολογίου για τη συλλογή δεδομένων ήταν ότι:

- Παρέχεται ομοιομορφία απαντήσεων
- Υπάρχει ποικιλία των ερωτήσεων αφού μπορεί να είναι είτε κλειστού είτε ανοιχτού τύπου
- Η ποικιλία των ερωτήσεων που προσφέρει, συμβάλλει στη διερεύνηση πολλών και διαφορετικών εννοιών.
- Δεν απαιτείται πολύς χρόνος και χρηματικοί πόροι για να δημιουργηθεί
- Μπορεί να καλύψει μεγαλύτερα δείγματα πληθυσμών, αφού η αποστολή του ακόμα και σε περιοχές μακριά από τους ερευνητές γίνεται εύκολα.
- Δεν είναι απαραίτητο οι ερευνητές να βρίσκονται δίπλα στους συμμετέχοντες όταν εκείνοι συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο.
- Δεν περιορίζει τους συμμετέχοντες στο να απαντήσουν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή στις ερωτήσεις.
- Τις περισσότερες φορές η φύση του ερωτηματολογίου απαιτεί λίγα λεπτά για να ολοκληρωθεί με ξεκούραστο τρόπο
- Υπάρχει το στοιχείο της ανωνυμίας στους συμμετέχοντες της έρευνας, αφού δε ζητούνται προσωπικά στοιχεία κατά τη συμπλήρωση

Στην παρούσα έρευνα και για να είναι εύκολη η διανομή του ερωτηματολογίου στο δείγμα, επιλέχθηκε η υπηρεσία της Google «Google forms» για να υλοποιηθεί το ερωτηματολόγιο. Επομένως, το ερωτηματολόγιο υλοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή και διανεμήθηκε μέσω υπερσυνδέσμου.



## 6.6 Δείγμα

Έπειτα από το διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων και τη συλλογή των απαντήσεων το δείγμα τελικά έφτασε συνολικά, τους 115 συμμετέχοντες. Το μόνο κριτήριο επιλογής που εφαρμόστηκε ήταν ο διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου αποκλειστικά σε κατοίκους της ευρύτερης περιοχής της Βοιωτίας.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 48 ερωτήσεις. Στο πρώτο μέρος οι ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία των ερωτώμενων (ερωτήσεις 1-11). Ακολουθούν δύο ερωτήματα που αφορούν την αυτό αξιολόγηση του επιπέδου της υγείας και οι ερωτήσεις 15-25 του ερωτηματολογίου διερευνούν τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ερωτώμενους το τελευταίο δωδεκάμηνο. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τυχαίο δείγμα ατόμων διαφόρων ηλικιών, σε όλους τους δήμους του νομού. Πολλοί από τους ερωτώμενους εξέφραζαν καχυποψία στην ερώτηση που αφορούσε το εισόδημα και πιθανά να μην απάντησαν με ακρίβεια για το ύψος του. Μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων ταύτιζε το περιφερειακό ιατρείο με το ιδιωτικό ιατρείο και έπρεπε να δοθεί επεξήγηση για το καθένα.

## 6.7 Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία σε κάθε έρευνα θα πρέπει να επιλέγεται με μεγάλη προσοχή, καθώς αποτελεί δεσπόζουσα σημασίας διαδικασία, που σχετίζεται με την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων που τελικά θα παραχθούν. Στα πλαίσια λοιπόν της παρούσας διπλωματικής εργασίας, επιλέχθηκαν μη πιθανοτικές μέθοδοι για τη δημιουργία του δείγματος, στο οποίο τελικά διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο που υλοποιήθηκε. Οι συμμετέχοντες, στην δειγματοληψία αυτή συμμετέχουν κυρίως εξαιτίας του ενδιαφέροντος που έχουν πάνω στο θέμα της έρευνας, καθώς η υγεία έχει απασχολήσει πολύ τον παγκόσμιο πληθυσμό τα τελευταία χρόνια.

## 6.8 Συλλογή Δεδομένων

Απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση για τα δεδομένα της έρευνας ήταν η δημιουργία του δείγματος. Η επιλογή του δείγματος ξεκίνησε με την υλοποίηση του ερωτηματολογίου. Φυσικά στο αρχικό στάδιο το ερωτηματολόγιο εγκρίθηκε από τον επιβλέπων καθηγητή της παρούσας εργασίας κι αφού οριστικοποιήθηκε το περιεχόμενο του ξεκίνησε η διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σκοπεύει να καλύψει όλες τις πτυχές λειτουργίας της σχέσης μεταξύ του συστήματος που επικρατεί στον Ελλαδικό χώρο υγειονομικής περίθαλψης, και όλων όσων απασχολούν κάθε πελάτη-ασθενή. Έγινε λοιπόν προσπάθεια για τη δημιουργία ενός πλήρους ερωτηματολογίου βάσει των χαρακτηριστικών και αναγκών του δείγματος όπου απευθύνεται.

Το πρώτο βήμα ήταν η διανομή του ερωτηματολογίου στο δείγμα. Για το σκοπό αυτό ο υπερσύνδεσμος του ερωτηματολογίου είτε κοινοποιούνταν στα προφίλ κοινωνικών δικτύων του ερευνητή είτε στέλνόνταν στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο κατοίκων της ευρύτερης περιοχής –μελέτης. Μετά τον διαμοιρασμό αυτό, δόθηκε από τον ερευνητή ένα χρονικό περιθώριο περίπου 2 εβδομάδων για να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο από τους συμμετέχοντες. Κατά τη διάρκεια των δύο αυτών εβδομάδων οι απαντήσεις αποθηκεύονταν αυτόματα σε ηλεκτρονικό αρχείο. Να σημειωθεί τέλος, πως ο

ερευνητής καθ' όλη τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αντιμετώπιζε όποιο πρόβλημα παρουσιαζόταν και έδινε διευκρινήσεις για τη διαδικασία συμπλήρωσης. Παράλληλα είχε διευκρινιστεί από την αρχή πως η συμμετοχή ήταν εθελοντική και πως όλα τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων ήταν ασφαλή κι προστατευμένα, δεν δημοσιοποιούνταν και χρησιμοποιήθηκαν απρόσωπα μόνο για την διεξαγωγή αποτελέσματος.

## 6.9 Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε ήταν αφενός ποιοτική αφετέρου ποσοτική. Το σπουδαιότερο κομμάτι της ανάλυσης των απαντήσεων του ερωτηματολογίου ήταν η κωδικοποίηση αυτών. Έτσι, όλες οι απαντήσεις έπρεπε να μετατραπούν σε αριθμούς. Η ποσοτική ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS 26.0, με την εφαρμογή των κριτηρίων t-test και του συντελεστή συσχέτισης Pearson, ωστόσο η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει και με την βοήθεια άλλων μεθοδολογιών. Στην προκειμένη επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψη τα ελληνικά δεδομένα και τον τρόπο λειτουργίας του εδώ συστήματος. Παρόλα αυτά, νέες στατιστικές τεχνικές μπορούν να δοκιμαστούν και να γίνει μεταξύ τους σύγκριση και τέλος, επιλογή της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης μεθοδολογίας.

## 6.10 Δεοντολογικά Ζητήματα

Τα δεοντολογικά ζητήματα είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην διαδικασία της μεθοδολογικής έρευνας και χαρακτηρίζεται ως βαρύνουσα σημασία ακόμα κι από την επιστημονική κοινότητα. Παρακάτω σταχυολογούνται μερικά από τα σημαντικότερα στοιχεία που θα πρέπει να πληροί κάθε έρευνα. Συγκεκριμένα:

- Ο ερευνητής πρωτίστως θα πρέπει υπεύθυνα να ενημερώνει ειλικρινά τους συμμετέχοντες τόσο για τον σκοπό της έρευνας όσο και για την διαδικασία που θα ακολουθηθεί έτσι ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα εξαπάτησης και δόλου.
- Οι συμμετέχοντες θα μπορούν να λαμβάνουν μέρος στην έρευνα εθελοντικά και δεν επιτρέπεται να προσκομίσουν κάποιο χρηματικό ποσό αλλά ούτε και να λάβουν.
- Τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων θα πρέπει να προστατεύονται και ο ερευνητής να τα διαχειρίζεται με σεβασμό και προσοχή.
- Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να είναι πραγματικά και όχι αλλοιωμένα.

Στην ενότητα που ακολουθεί θα παρουσιαστούν τα βασικά περιγραφικά μεγέθη για τις μεταβλητές που εξετάζονται στα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Η χρήση πινάκων συχνοτήτων και γραφημάτων επιτρέπει την ευκολότερη και συνοπτικότερη παρουσίαση των βασικών μεγεθών θέσης και διασποράς για τις υπό εξέταση μεταβλητές. Τα περιγραφικά μέτρα που ακολουθούν περιλαμβάνουν πίνακες συνάφειας για την οπτική παρουσίαση της κατανομής των παρατηρήσεων ως προς δύο μεταβλητές, πίνακες συχνοτήτων που παρουσιάζουν τη συχνότητα εμφάνισης

κάθε απάντησης για μία μεταβλητή. Επίσης, περιέχονται κατάλληλα γραφήματα που επιτρέπουν την καλύτερη οπτική παρουσίαση των συχνοτήτων των μεταβλητών.

### **6.11 Οι Περιορισμοί της Έρευνας**

Σχετικά με τους περιορισμούς της μελέτης δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα που θα κωλυσιεργούσαν σε σοβαρό βαθμό την διαδικασία διεξαγωγής των αποτελεσμάτων όπως η αργή συγκέντρωση απαντήσεων ή η προσπάθεια συλλογής των ερωτηματολογίων μέσα από συνεχή τηλεφωνήματα. Το μόνο εμπόδιο που γενικά ξεπεράστηκε εύκολα χάρη στη καλή θέληση των ερωτηθέντων και των οικείων τους προσώπων ήταν εκείνο που δημιούργησε ο μεγάλος αριθμός ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που έπρεπε να συμπληρωθεί, καθώς απαιτούσε αρκετό χρόνο και η αδυναμία σε κάποιες ελάχιστες περιπτώσεις χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή από την πλευρά μέρους των ερωτώμενων (συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας).

Εντούτοις, στους περιορισμούς της έρευνας υπάρχει πάντα η πιθανότητα κάποιες ερωτήσεις να μην είναι εύκολα κατανοητές από τους ερωτηθέντες, αφού δεν είναι εφικτό ο ερευνητής που σύνταξε το ερωτηματολόγιο να είναι παρόν και να λύνει κάθε φορά απορίες. Να προστεθεί πως σύμφωνα με τον Bowling, (1997), κατά τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, είναι σημαντικό οι ερωτηθέντες να κατανοούν τις ερωτήσεις και να απαντούν με ειλικρίνεια.

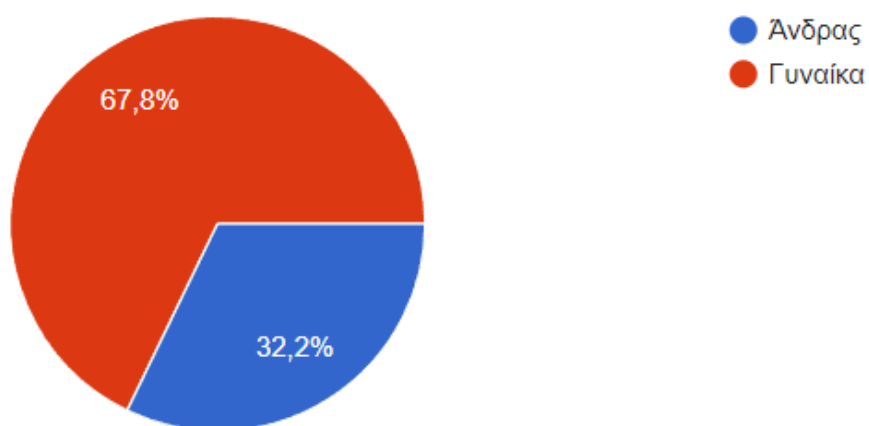
Επιπρόσθετα η δειγματοληψία δεν πραγματοποιήθηκε κατά τυχαίο τρόπο. Ένα δείγμα είναι τυχαίο όταν η επιλογή του έχει πραγματοποιηθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε κάθε στοιχείο του πληθυσμού να έχει την ίδια πιθανότητα να περιληφθεί σ' αυτό. Η μη τυχειότητα του δείγματος οφείλεται στο γεγονός πως δεν ήταν όλοι πρόθυμοι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο για προσωπικούς λόγους. Αυτό βέβαια έγινε σεβαστό καθώς είχε επισημανθεί πως η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική κι όχι υποχρεωτική.

Χρησιμοποιήθηκε μάλιστα η μέθοδος της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (snowball sampling) η οποία στηρίζεται στην αρχή ότι οι αναφορές των ατόμων του δείγματος γίνονται μεταξύ των ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά ή γνωρίζουν άλλους με παρόμοια (peers). Συγκεκριμένα προσεγγίζονται κάποια υποκείμενα που λειτουργούν ως «σπόροι» (seeds), δηλαδή δίνουν πληροφορίες επικοινωνίας άλλων ατόμων που ανήκουν στον ίδιο υποπληθυσμό και που υιοθετούν τις ίδιες συμπεριφορές. Τέλος, παρόλη την ύπαρξη περιορισμών έγινε προσπάθεια για αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι αντικειμενικά και αξιόπιστα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Αποτελέσματα

### 7.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Το πλήθος είναι 115 ερωτώμενοι (N= 115) και απαρτίζεται από κατοίκους της Περιφερειακής Ενότητας Βοιωτίας. Αποτελείται από άντρες και γυναίκες από 18 ετών και άνω.



Γράφημα 1: Κατανομή Φύλου

ΦΥΛΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΤΡΑΣ	37	32,20	32,20
ΓΥΝΑΙΚΑ	78	67,80	100,00
ΣΥΝΟΛΟ	115	100,00	

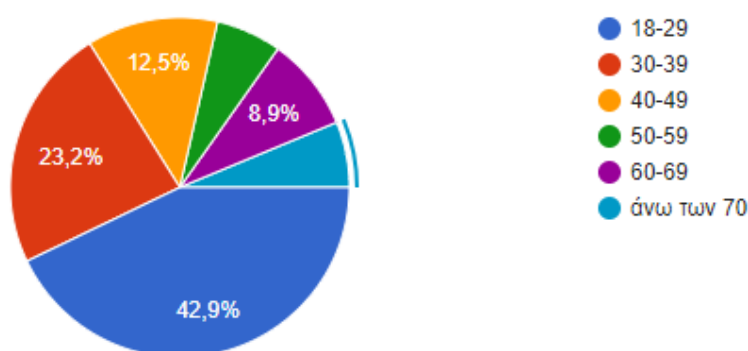
Πίνακας 1: Φύλο Ερωτώμενων

Παρατηρούμε πως οι 37 από τους 115 είναι άνδρες και οι 78 γυναίκες, άρα το 32,20% του δείγματος είναι άνδρες και το 67,80% είναι γυναίκες. Υπάρχει σημαντική απόκλιση μεταξύ των δύο φύλλων, καθώς οι γυναίκες ήταν στο σύνολο πιο πρόθυμες να απαντήσουν σε αντίθεση με τους άνδρες.

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
18-29	49	42,60	42,60
30-39	26	22,60	65,12
40-49	14	12,20	77,40
50-59	7	6,10	83,50
60-69	12	10,40	93,90
ΑΝΩ ΤΩΝ 70	7	6,10	100,00
ΣΥΝΟΛΟ	115	100,00	

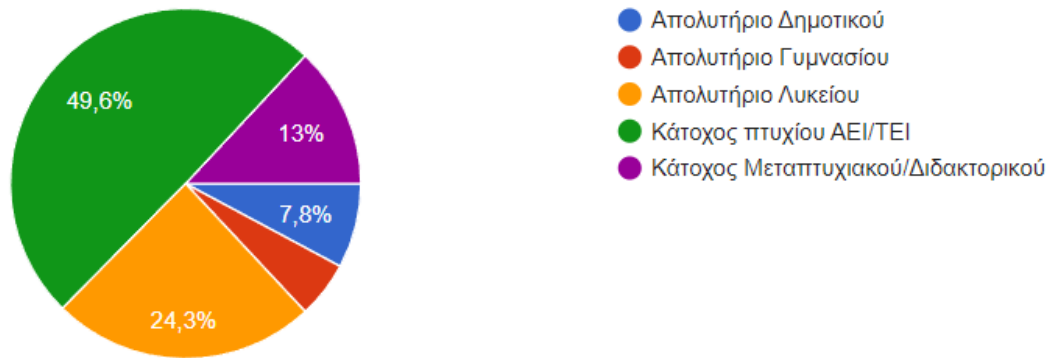
Πίνακας 2: Ηλικία Ερωτώμενων

Στην έρευνα η ηλικία προσεγγίζεται από μια διακριτή μεταβλητή με 6 ηλικιακά διαστήματα των 10 ετών το καθένα. Ο όγκος του δείγματος βρίσκεται σε ηλικία από 18 μέχρι 39 ετών σε ποσοστό 65,12% ενώ οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες συγκεντρώνουν 34,88%. Ειδικότερα, 49 άτομα ανήκουν στο ηλικιακό διάστημα 18-29 ετών, 26 άτομα είναι από 30 μέχρι 39 ετών ενώ 14 δήλωσαν ηλικία μεταξύ 40 και 49 ετών. Τέλος, οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, άνω των 50 ετών συγκεντρώσαν ποσοστά κάτω του 20%.



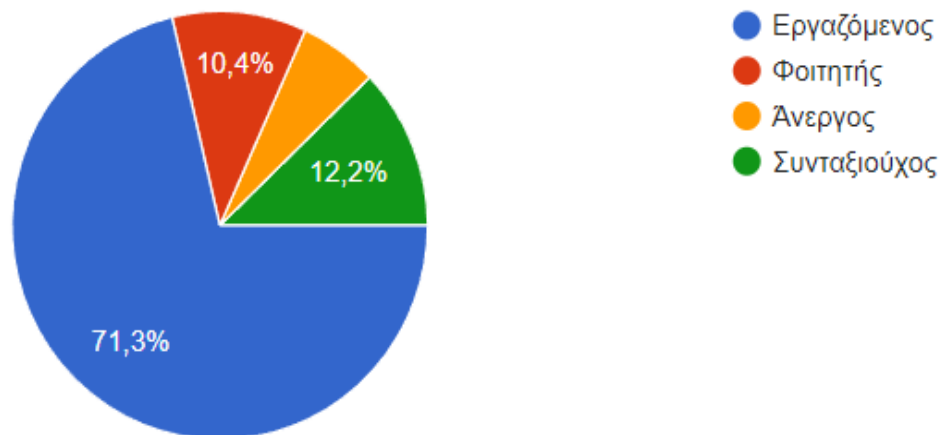
Γράφημα 2: Κατανομή Ηλικίας

Ακολουθεί η παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου του δείγματος.



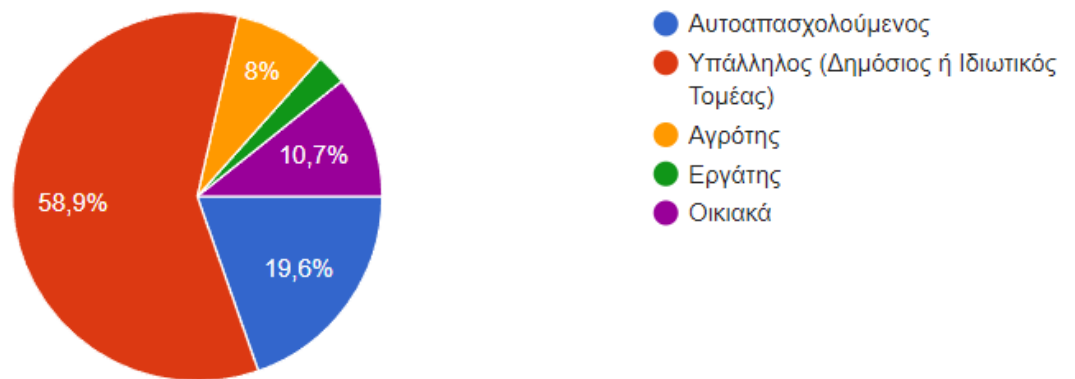
Γράφημα 3: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, είναι φανερό ότι με ποσοστό 49,6% προηγούνται οι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ και ακολουθούν όσοι έχουν τελειώσει το Λύκειο. Με πολύ μικρότερα ποσοστά ιεραρχούνται όσοι έχουν Μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμά (13%), ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού αγγίζουν το 7,8%. Τέλος, σχεδόν 5% των ερωτώμενων έχει πτυχίο Γυμνασίου.



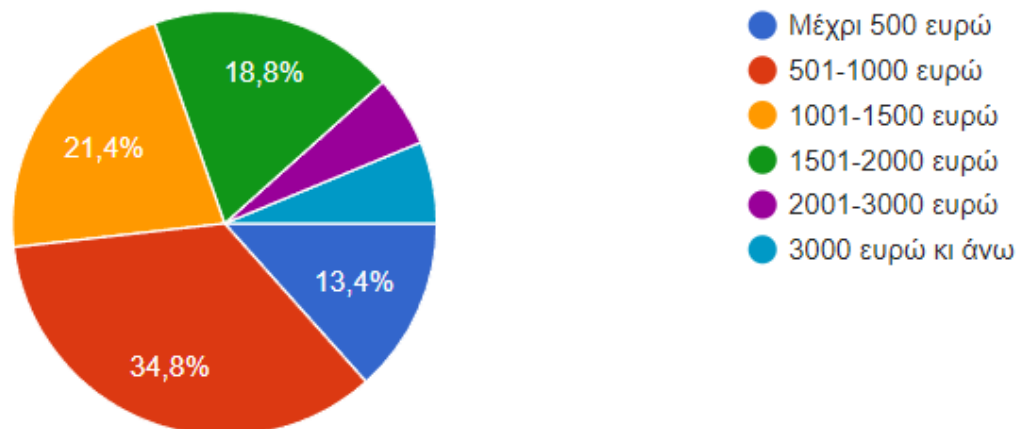
Γράφημα 4: Κατανομή Επαγγελματικής Κατάστασης

Σε ότι αφορά την επαγγελματική κατάσταση το 71,3% είναι εργαζόμενοι, το 12,2% συνταξιούχοι και το 6,1% άνεργοι. Τέλος, το 10,4% είναι φοιτητές/σπουδαστές. Η μαζική πλειονότητα του δείγματος (115 άτομα) είναι υπάλληλοι όπως φαίνεται στο επόμενο διάγραμμα και απασχολούνται είτε στο δημόσιο τομέα είτε στον ιδιωτικό τομέα. Από τους 115, 22 ερωτώμενοι απάντησαν πως είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, 9 άτομα είναι αγρότες ενώ λιγότερα από 15 άτομα είναι επιχειρηματίες, εργάτες ή ασχολούνται με τα οικιακά.



Γράφημα 5: Κατανομή Επαγγέλματος

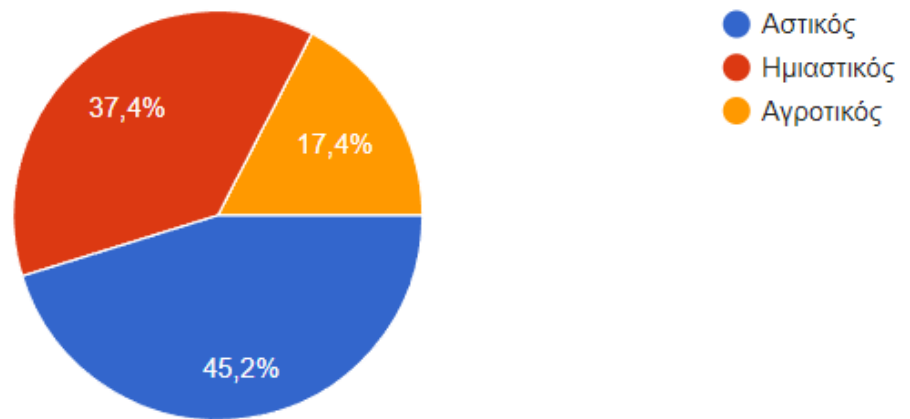
Εν συνεχεία ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση της οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων όπως οι ίδιοι την ορίζουν βάσει των αμοιβών και του τρόπου ζωής τους.



Γράφημα 6: Κατανομή Εισοδήματος

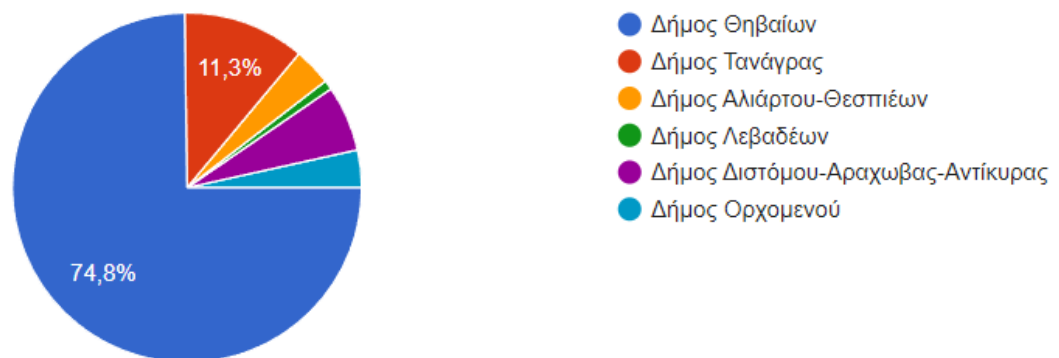
Το 21,4 % θεωρεί ότι είναι μεσαίας οικονομικής κατάστασης. Μόλις το 13,4% ισχυρίζεται ότι είναι χαμηλής οικονομικής κατάστασης και το 13,4% υψηλής. Να σημειωθεί εδώ πως το 56,2% έχουν μέχρι 1000 ευρώ εισόδημά και κάποιοι από αυτούς θεωρούνται μθέσης κατάστασης.

Στη συνέχεια, οι περισσότεροι ερωτώμενοι δήλωσαν κατοικούν σε αστικές περιοχές (52 άτομα) ενώ ακολουθούν οι ημιαστικές με 43 άτομα. οι αγροτικές περιοχές με 20 άτομα.



Γράφημα 7: Κατανομή Τόπου Κατοικίας

Το 74,8% του δείγματος κατοικεί στην Θήβα και το υπόλοιπό ποσοστό που απομένει κατοικεί σε άλλες περιοχές και δήμους της Βοιωτίας όπως φαίνεται στο γράφημα.



Γράφημα 8: Κατανομή Δήμων Κατοικίας



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤ Α	ΠΟΣΟΣΤ Ο	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΕΝΙΚΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ			
ΘΗΒΑΣ		28	24,3	24,3
ΓΕΝΙΚΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ			
ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ		7	6,1	30,4
ΚΕΝΤΡΟ				
ΥΓΕΙΑΣ/ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ				
ΙΑΤΡΕΙΟ		9	7,9	38,3
ΙΔΙΩΤΙΚΟ				
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΙΔΙΩΤΗΣ				
ΙΑΤΡΟΣ		71	61,7	100
ΣΥΝΟΛΟ		115	100	

Πίνακας 3: Τα Νοσοκομεία της Π.Ε. Βοιωτίας

Η Π.Ε Βοιωτίας έχει δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία, το Νοσοκομείο Θήβας και αυτό της Λιβαδειάς. Ο τρόπος λειτουργίας τους είναι τη μια μέρα να εφημερεύει το ένα και την άλλη το άλλο, με αποτέλεσμα ο περισσότερος κόσμος να πηγαίνει σε όποιο εφημερεύει χωρίς να έχει μμεγάλες δυνατότητες επιλογής. Επειδή είναι και τα δύο δημόσια, δεν αξίζει να γίνει κάποια σύγκριση μεταξύ τους. Επομένως, η σύγκριση θα εστιαστεί μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ο λόγος για τον οποίο η έρευνα αυτή πραγματοποιείται κυρίως σε νοσοκομεία, έγκειται στο ότι είναι οι μμεγαλύτερες μμονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων προτιμά κάποια Ιδιωτική κλινική ή γενικότερα κάποιον ιδιώτη ιατρό από ότι κάποια δημόσια δομή υγείας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως τα 43 άτομα καταφεύγουν σε δημόσιο νοσοκομείο σε ποσοστά 24,8% το Γενικό νοσοκομείο Θήβας, 6,2% το γενικό νοσοκομείο Λιβαδειάς και 8% κάποιο από τα Περιφερειακά Ιατρεία ή Κέντρο Υγείας. Το τελευταίο ποσοστό που αναφέρεται σε Κέντρο Υγείας συνήθως αφορά άτομα που διαμένουν σε κάποιο από τα πολλά χωριά της Π.Ε. Βοιωτίας.

ΕΙΔΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΟΝΟ ΔΗΜΟΣΙΑ	22	19,3	19,3
ΙΔΙΩΤΙΚΗ			
ΕΦΚΑ(ΟΓΑ, ΙΚΑ)	74	64,9	84,2
ΆΛΛΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ	15	13,2	97,4
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	4	2,6	100

Πίνακας 4: Ασφαλιστική Κατάσταση

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν για την ασφαλιστική τους κατάσταση. Οι περισσότεροι είναι ασφαλισμένοι στο ΕΦΚΑ και το 13,2% σε άλλον ιδιωτικό πάροχο. Μόλις το 19,3% προτιμούν δημόσιο φορέα για την ασφάλιση τους και το 2,6% είναι ανασφάλιστοι. Από εδώ και πέρα όταν θα γίνεται λόγος για

ασφάλεια, θα αναφερόμαστε στην εκάστοτε προαναφερμένη ασφάλεια του κάθε ασθενή. Η έντονη δυσαρέσκεια που παρουσιάζεται στο σύστημα λειτουργίας του ασφαλιστικού ταμείου, αναφέρεται κυρίως στο ΕΦΚΑ μιας και η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαθέτουν την ασφάλεια αυτή.

ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	51	44,3	44,3
ΚΑΛΗ	51	44,3	88,6
ΜΕΤΡΙΑ	11	9,6	98,2
ΚΑΚΗ	1	0,9	99,1
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	1	0,9	100

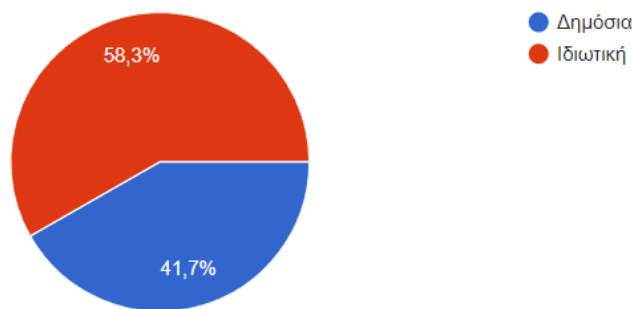
*Πίνακας 5: Αυτοαξιολόγηση Επιπέδου Υγείας*

Σε ότι αφορά την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση πως θα χαρακτήριζαν την υγεία τους. Πάνω από 100 άτομα υποστηρίζουν πως έχουν καλή υγεία και μόλις το 1,8% δήλωσε πως έχει κακή υγεία. Περίπου 10 % δηλώνει πως η υγεία του είναι μέτρια.

## 7.2 Βαθμός Ικανοποίησης από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο, όσον αφορά το είδος της περίθαλψης και το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Είναι φανερό πως η πλειοψηφία των ερωτώμενων χρησιμοποιούν Ιδιωτική περίθαλψη με ποσοστό 58,3% ενώ η δημόσια προτιμάται από το 41,7% των ερωτώμενων στην Π.Ε. Βοιωτίας.



Γράφημα 9: Κατανομή είδους περίθαλψης

Οι Έλληνες αντιλαμβανόμενοι τα προβλήματα στο δημόσιο τομέα υγείας στράφηκαν και στην ιδιωτική περίθαλψη επειδή δίνουν ύψιστη σημασία στην υγεία τους. Δεν έχουν αποκλείσει τελείως την δημόσια περίθαλψη καθώς επιλέγουν για την εξυπηρέτησή τους κάποιες ειδικότητες γιατρών από το δημόσιο. Αυτό εξαρτάται από το πόσο ευχαριστημένοι είναι από τις υπηρεσίες που ζητάνε, αλλά πέραν τούτου δεν μπορεί να χαρακτηριστεί αρνητικά το σύνολο της δημόσιας υγείας. Η ιδιωτική περίθαλψη λοιπόν έχει τα τελευταία χρόνια ακόμα μεγαλύτερη ζήτηση και δεν διαφέρει κατά πολύ σε σύγκριση με τη ζήτηση της αντίστοιχης δημόσιας.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχουν και προτιμούν την ιδιωτική περίθαλψη, παράλληλα, όμως, δεν αποκλείουν να χρησιμοποιούν και δημόσια περίθαλψη. Στη συνέχεια της ανάλυσης θα επισημανθούν οι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν περισσότερο της ιδιωτική από τη δημόσια περίθαλψη. Η δωρεάν περίθαλψη δεν φαίνεται να ικανοποιεί τους πολίτες και τους αναγκάζει να αναζητήσουν κάτι παραπάνω που θα τους προσδίδει ασφάλεια και σιγουριά. Ο ιδιωτικός τομέας εκμεταλλεύεται τις ελλείψεις των δημόσιων δομών και δραστηριοποιείται υπό εντελώς διαφορετική λογική ακολουθώντας άλλες στρατηγικές. Να διευκρινιστεί πως λέγοντας ιδιωτική περίθαλψη δεν εννοείται μόνο η νοσοκομειακή, αλλά και η περίθαλψη που προσφέρεται στα μικρά ιδιωτικά ιατρεία. Το ίδιο συμβαίνει και με την δημόσια περίθαλψη ,που περιλαμβάνει νοσοκομεία, κέντρα υγείας ή κάποιο περιφερειακό ιατρείο, ασφαλιστικά ταμεία κλπ..

Με την είσοδό τους οι ασθενείς στα νοσοκομεία συναντάνε την υπηρεσία που λέγεται «πληροφορίες». Με σχετική ερώτηση θα διαπιστωθεί αν τελικά ο κόσμος διευκολύνεται από την υπηρεσία αυτή ή αν τελικά δεν ωφελεί η ύπαρξή της. Από το παρακάτω γράφημα γίνεται ξεκάθαρο από την περιγραφική ανάλυση, το 40,9 % διευκολύνεται από την προσφερόμενη υπηρεσία πληροφόρησης. Υπάρχει και ένα

ποσοστό της τάξης των 59,1 % που δεν εξυπηρετείται και δεν το διευκολύνει η ύπαρξη αυτής της υπηρεσίας.

<b>ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤ</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ</b>
<b>"ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ"</b>	<b>Α</b>	<b>Ο</b>
<b>ΌΧΙ</b>	68	59,1
<b>ΝΑΙ</b>	47	40,9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	115	100

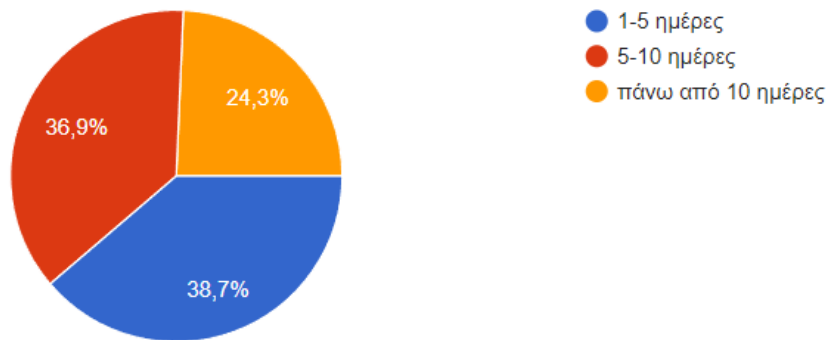
*Πίνακας 6: Διευκόλυνση Από Τις Πληροφορίες*

Τα γραφειοκρατικά εμπόδια που παρατηρούνται στις δομές υγείας είναι τροχοπέδη για την καλή φήμη τους. Τα αποτελέσματα των ερωτώμενων δείχνουν απογοητευτικά ποσοστά για την άμεση εξυπηρέτησή τους. Να τονιστεί πως μέσα στους ερωτώμενους υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που έκαναν μια απλή εξέταση αλλά και ασθενών που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο για μια πιο επείγουσα εξέταση. Πάνω από το 30% απάντησε πως αναμένουν για γραφειοκρατικές διαδικασίες πάνω από 30 λεπτά και μόλις το 4,3% δήλωσε πως δεν περιμένουν σχεδόν καθόλου και εξυπηρετούνται σε μόλις 5 λεπτά. Βέβαια υπάρχει και η πλειοψηφία η οποία δηλώνει πως περιμένει μέγιστο μισή ώρα.

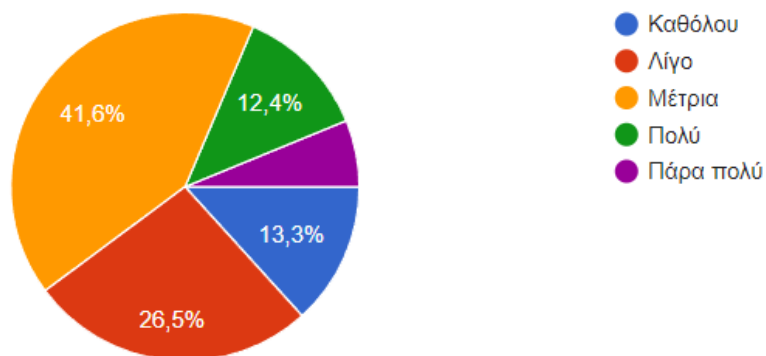
<b>ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΑ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ</b>
<b>ΕΜΠΟΔΙΑ</b>			<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>0-5 ΛΕΠΤΑ</b>	5	4,3	4,3
<b>5-15 ΛΕΠΤΑ</b>	22	19,1	23,4
<b>15-30 ΛΕΠΤΑ</b>	52	45,2	68,6
<b>30-60 ΛΕΠΤΑ</b>	27	23,5	92,1
<b>ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΩΡΑ</b>	9	7,9	100
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	115	100	

*Πίνακας 7: Γραφειοκρατικά Εμπόδια*

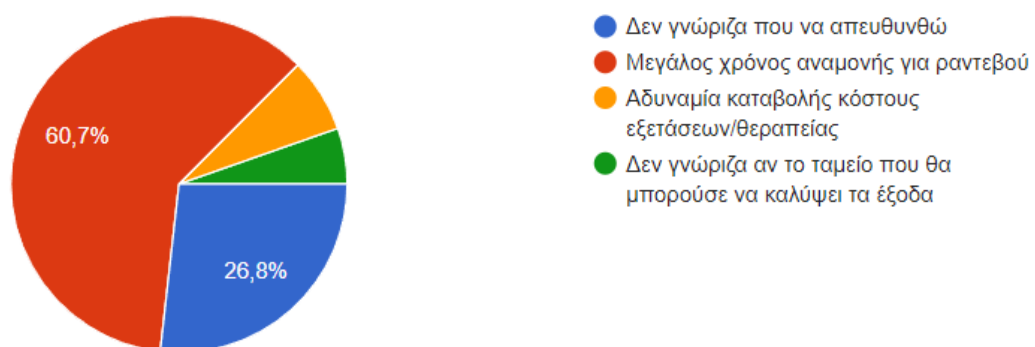
Ένα από τα πολύ σημαντικά και πολυσυζητημένα θέματα είναι εκείνο της αναμονής στην ουρά μέχρι ο ασθενής να εξυπηρετηθεί. Επιπρόσθετα, βασικό ζήτημα που απασχολεί την κοινή γνώμη είναι και η λίστα αναμονής για κάποια εξέταση, χειρουργική επέμβαση κλπ..



Γράφημα 10: Λίστες Αναμονής Στις Δημόσιες Δομές



Γράφημα 11: Δυσκολίες Στην Πρόσβαση Και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας



Γράφημα 12: Λόγοι Για Τις Δυσκολίες Των Ασθενών

Στη συνέχεια αναλύεται το τι πιστεύουν οι ερωτώμενοι για τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι.

ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	102	88,7	88,7
ΌΧΙ	13	11,3	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

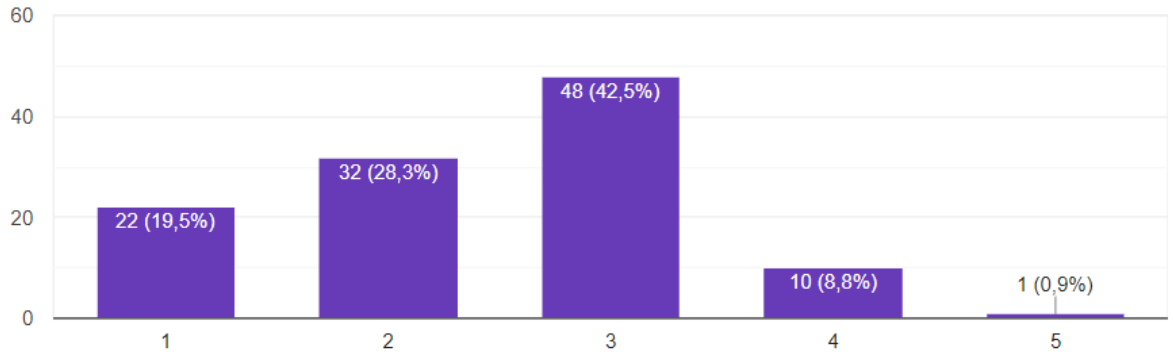
Πίνακας 8: Ευγένεια Προσωπικού

Είναι πολύ αισιόδοξο το γεγονός ότι η πλειοψηφία (88,7%) θεωρεί ευγενικό το προσωπικό στις δομές υγείας της Π.Ε Βοιωτίας παρόλο που υπάρχουν γραφειοκρατικά και άλλα εμπόδια που κωλυσιεργούν την εξυπηρέτηση των ασθενών.

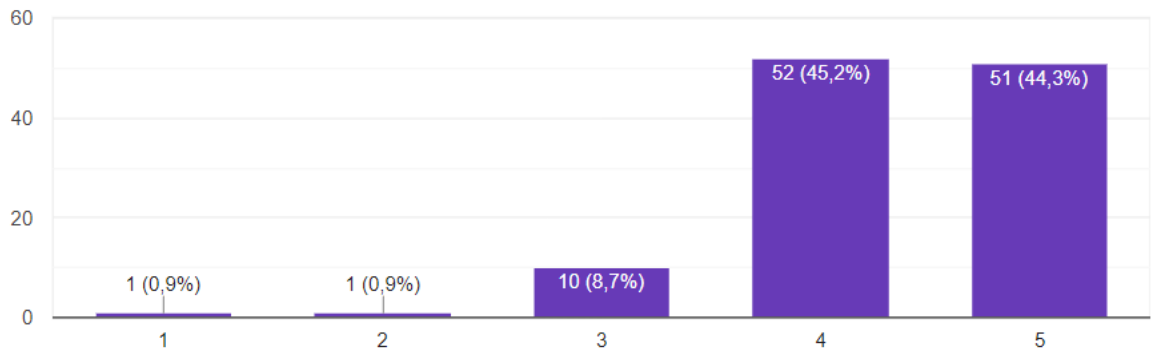
### 7.2.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1: Βαθμός Ικανοποίησης των Ασθενών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Σχέση με την Περίθαλψη του Ιδιωτικού Τομέα Υγείας

Ακολουθούν κάποια στοιχεία για τον βαθμό ικανοποίησης των πολιτών καθώς και τι είναι σημαντικό για τους πολίτες – ασθενείς από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται και τι δεν είναι και τόσο σημαντικό για αυτούς. Γίνεται ταυτόχρονα μια συγκριτική αποτίμηση στις δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας. Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση θα πρέπει να εξηγηθεί η αντιστοιχία των αριθμών που υπάρχουν στον οριζόντιο άξονα των παρακάτω 11 διαγραμμάτων. Συγκεκριμένα :

- 1=πολύ κακή
- 2= κακή
- 3=μέτρια
- 4=καλή
- 5=πολύ καλή

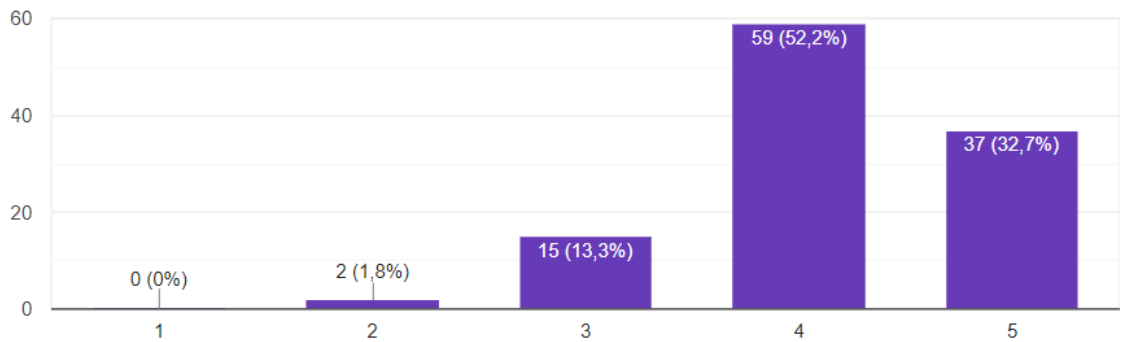


Γράφημα 13: Καθαριότητα Στα Δημόσια Νοσοκομεία

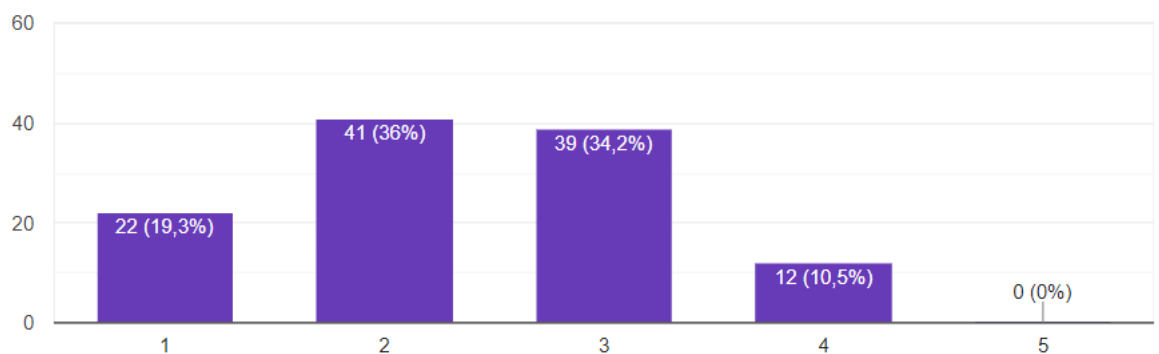


Γράφημα 14: Καθαριότητα Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Από τα δύο παραπάνω γραφήματα γίνεται εμφανές πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η καθαριότητα για τους ασθενείς. Αυτό συμβαίνει διότι τα νοσοκομεία είναι χώροι που συνωστίζονται άτομα με διάφορες ασθένειες που είναι φορείς ιών και βακτηρίων. Οπότε προκειμένου να μην εμφανίζονται λοιμώξεις η καθαριότητα κρίνεται απαραίτητη και προασπίζει την υγεία όλων. Γίνεται αντιληπτό πως σε γενικότερα πλαίσια το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος συμφωνεί πως η καθαριότητα στα δημόσια νοσοκομεία είναι με διαφορά χειρότερη από ότι στις ιδιωτικές υγειονομικές δομές. Πράγματι, είναι γνωστό πως τα δημόσια νοσοκομεία λόγω περιορισμένων κονδυλίων και προσωπικού αδυνατούν πολλές φορές να εντάξουν την καθαριότητα στις κύριες προτεραιότητες τους. Άλλωστε δεν είναι λίγες οι φορές που άτομα που νοσηλεύονται έχουν κολλήσει κάποιο βακτήριο ή μικρόβιο μέσα στο νοσοκομείο. Αντίθετα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν την φήμη της απόλυτης καθαριότητας και για αυτό το λόγο προτιμούνται από τα άτομα.



*Γράφημα 15: Γενικότερη Εξυπηρέτηση Στα Ιδιωτικά Ιατρεία*

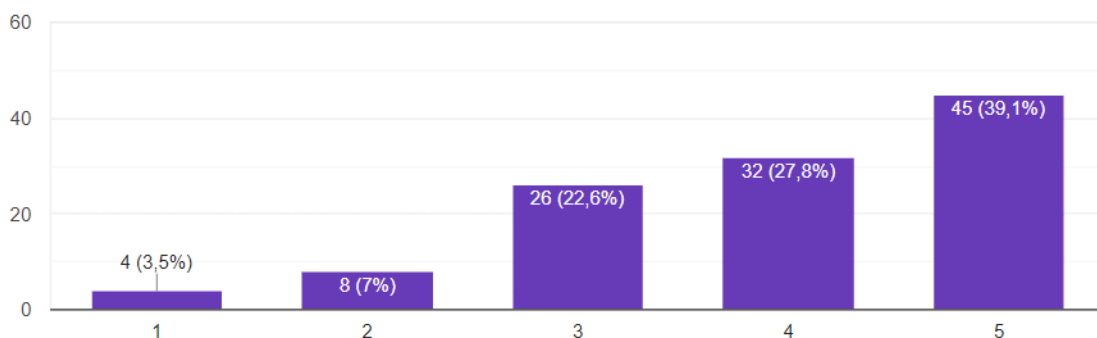


*Γράφημα 16: Γενικότερη Εξυπηρέτηση Στα Δημόσια Ιατρεία*

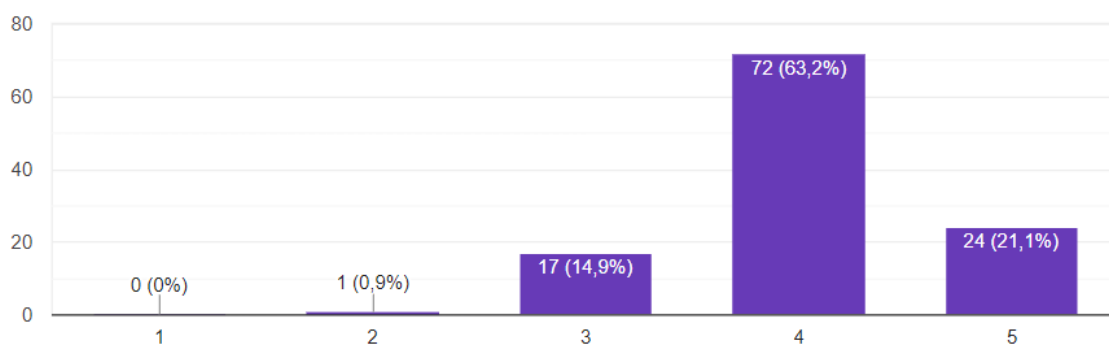
Η γρήγορη εξυπηρέτηση αποτελεί το πιο σημαντικό πλεονέκτημα στον τομέα της υγείας καθώς ο χρόνος αναμονής μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να αποβεί μοιραίος εξαιτίας της μη έγκαιρης επέμβασης του ιατρού. Τα δημόσια νοσοκομεία υστερούν αρκετά στην γρήγορη εξυπηρέτηση λόγω περιορισμένου αριθμού προσωπικού, αφού τα περισσότερα είναι υποστελεχωμένα. Ωστόσο υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10,5% το οποίο υποστηρίζει τις δημόσιες δομές της Βοιωτίας και δηλώνει ευχαριστημένο.

Η γρήγορη εξυπηρέτηση θεωρείται αγαθό για το οποίο η συντριπτική πλειοψηφία ( 84,9 % ) και θα έδινε όσο χρειάζεται προκειμένου να την αποκτήσει. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι δημόσιες μονάδες υγείας δεν προσφέρουν γρήγορη εξυπηρέτηση και οι ασθενείς έχουν έντονα παράπονα πάνω σε αυτό το θέμα, κάνει όλους αυτούς τους πολίτες να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθούν εγκαίρως. Ας μην ξεχνάμε πως γίνεται λόγος για την υγεία που αποτελεί συνώνυμο της ύπαρξης και για το λόγο αυτό κανείς δεν επιθυμεί να ρισκάρει.



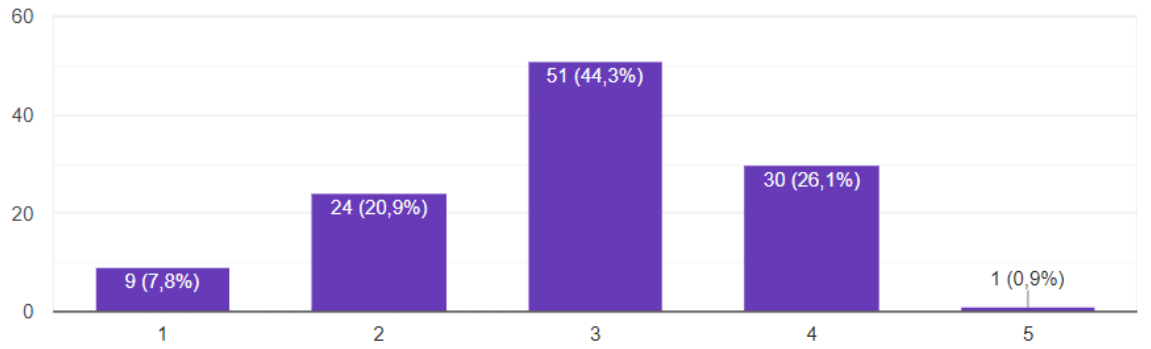


*Γράφημα 17: Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία Ιατρών Στα Δημόσια Νοσοκομεία*

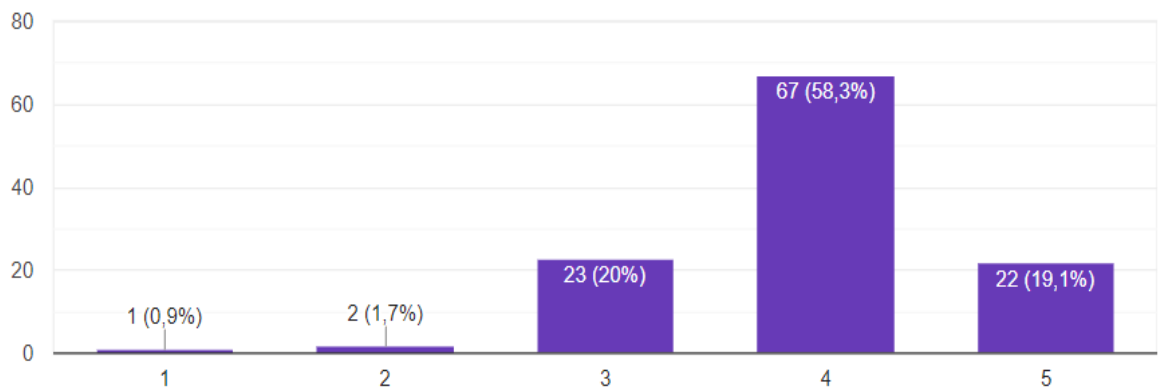


*Γράφημα 18: Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία Ιατρών Στα Ιδιωτικά Ιατρεία*

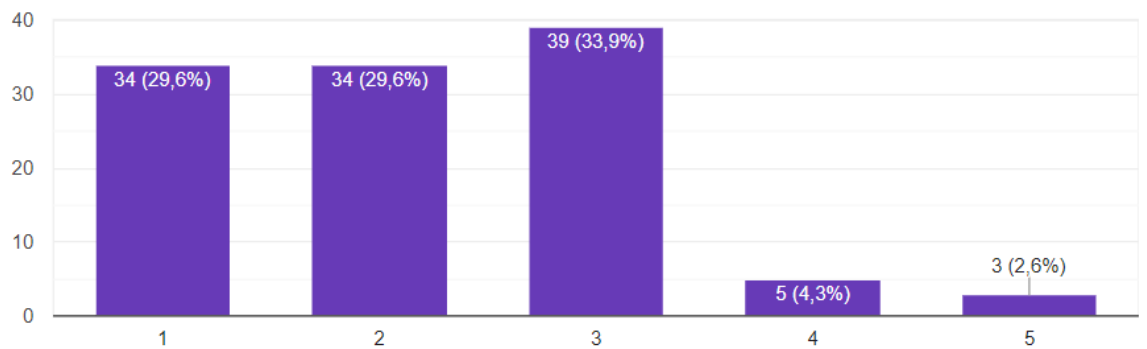
Όσον αφορά το επιστημονικό επίπεδο των ιατρών, τα ιδιωτικά νοσοκομεία υπερέχουν των δημόσιων μιας και η πλειοψηφία (84,3% ) ισχυρίζεται πως καλύτεροι επιστήμονες υπάρχουν στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Βέβαια ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό και συγκεκριμένα το 66,9% των ερωτώμενων θεωρεί πως οι καλύτεροι ιατροί βρίσκονται στα δημόσια νοσοκομεία. Ένας λόγος είναι πως οι ιατροί του δημόσιου τομέα έχουν περισσότερη εμπειρία και γνώση για περισσότερα περιστατικά. Ένας επιπλέον λόγος είναι το γεγονός ότι οι γιατροί του δημοσίου τομέα εργάζονται και στον ιδιωτικό, άρα ως προς τον επιστημονικό υπόβαθρο των ιατρών οι ασθενείς είναι αισιόδοξοι και ασφαλείς στο δημόσιο χώρο. Σε γενικά πλαίσια ωστόσο, οι κάτοικοι της Βοιωτίας νιώθουν πιο ασφαλείς σε ιδιώτες ιατρούς.



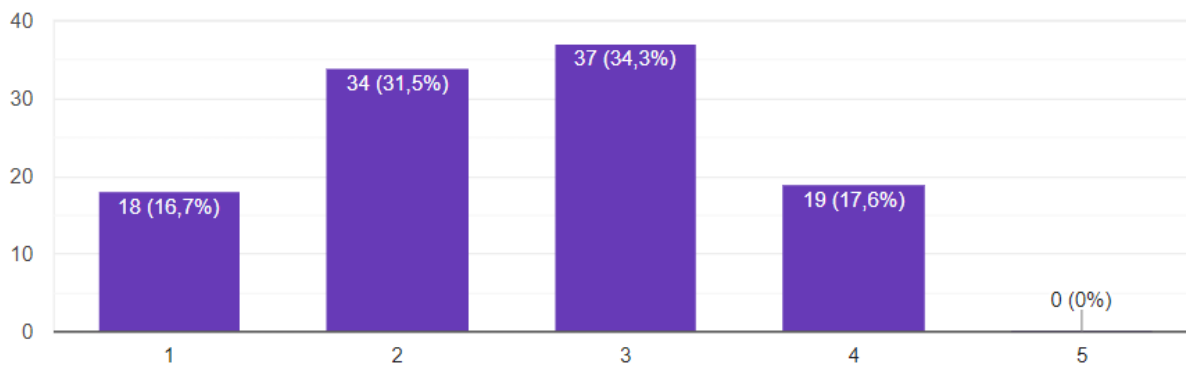
*Γράφημα 19: Ικανοποίηση Των Ασθενών Από Τα Δημόσια Νοσοκομεία Ως Προς Την Λύση Του Προβλήματος Υγείας Τους*



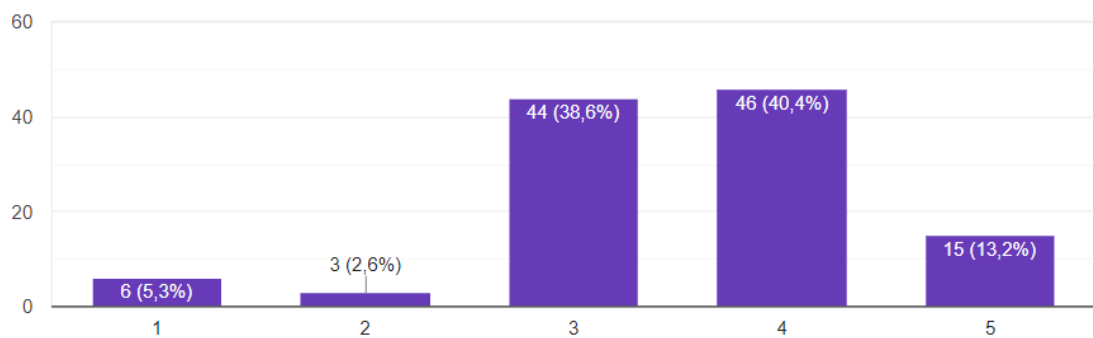
*Γράφημα 20: Ικανοποίηση Των Ασθενών Από Τα Ιδιωτικά Ιατρεία Ως Προς Την Λύση Του Προβλήματος Υγείας Τους*



*Γράφημα 21: Εικόνα Ερωτώμενων Για Το Γενικό Νοσοκομείο Θήβας*



Γράφημα 22 :Εικόνα Για Το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς



Γράφημα 23: Εικόνα Για Τον Ιδιωτικό Τομέα Της Περιοχής

Με βάση τα τρία παραπάνω γραφήματα γίνεται ξεκάθαρο για ακόμη μια φορά πως ο ιδιωτικός τομέας προτιμάται από την συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, καθώς η ικανοποίηση από εκείνον είναι μεγαλύτερη. Για όλους τους παραπάνω λόγους που αναφέρθηκαν, τα δύο δημόσια νοσοκομεία υστερούν και δεν εκτιμούνται για τις υπηρεσίες τους από τους κατοίκους της περιοχής μελέτης.

### 7.2.2 Ερευνητικό Ερώτημα 2: Τα Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την Προτίμηση των Ασθενών για τις Ιδιωτικές ή τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας

Η επέκταση και άνθιση του ιδιωτικού τομέα είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του δημόσιου υγειονομικού συστήματος και της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ανυπαρξία ξενοδοχειακών υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία και η παλαιότητα των νοσοκομείων στην περιοχή της Βοιωτίας, η αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, οι λίστες αναμονής, η απουσία σωστής στελέχωση και ο μη εκσυγχρονισμένος

εξοπλισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα κέντρα υγείας αποτελούν αρκετά από τα χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος που υπομονεύουν την ίδια του τη λειτουργία και που ο ιδιωτικός τομέας εκμεταλλεύεται πλήρως.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ
			ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	97	84,1	84,1
ΌΧΙ	18	15,9	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

*Πίνακας 9: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καθαριότητας*

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ
			ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΑΤΡΟΙ			
ΝΑΙ	50	43	43
ΌΧΙ	65	57	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

*Πίνακας 10: Προτίμηση Στα Δημόσια Νοσοκομεία Λόγω Εξειδικευμένου Ιατρικού Προσωπικού*

ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΚΑΙ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ
				ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ				
ΝΑΙ		84	72,8	72,8
ΌΧΙ		31	27,2	100
ΣΥΝΟΛΟ		115	100	

*Πίνακας 11: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Ασφάλειας Και Εμπιστοσύνης*

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ
			ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ			
ΝΑΙ	103	89,5	89,5
ΌΧΙ	12	10,5	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

*Πίνακας 12: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καλύτερων Τεχνολογικών Μηχανημάτων*

ΓΡΗΓΟΡΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ
			ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ			
ΝΑΙ	108	93,9	93,9
ΌΧΙ	7	6,1	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

*Πίνακας 13: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Γρηγορότερης Εξυπηρέτησης*

ΚΑΤΑΡΤΙΣΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	62	53,1	53,1
ΌΧΙ	53	46,9	100
ΣΥΝΟΛΟ	115	100	

*Πίνακας 14: Προτίμηση Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία Λόγω Καλύτερα Καταρτισμένου Προσωπικού*

Η καθαριότητα στους χώρους νοσηλείας και η αίσθηση ενός ευχάριστου περιβάλλοντος σε χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, δελεάζουν το 84,1 να επιλέξει την ιδιωτική περίθαλψη έναντι της δημόσιας. Μόλις το 15,9 έδειξε να είναι αδιάφορο στην καθαριότητα, θέτοντας άλλες προτεραιότητες ως προς το τι χρειάζεται από τις υπηρεσίες υγείας.

Στην περίπτωση του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού, το 43% των ερωτώμενων θεωρεί πως τα ιδιωτικά έχουν καλύτερους ιατρούς από τα δημόσια. Η πλειοψηφία υποστηρίζει πως τα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής –μελέτης παρόλα τα προβλήματα που έχουν σε θέματα καθαριότητας και αποδιοργάνωσης, διαθέτουν ένα καλά καταρτισμένο προσωπικό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως στην περιοχή υπάρχουν πολλοί ιατροί που πρώτα δραστηριοποιήθηκαν στον δημόσιο τομέα, απέκτησαν καλή φήμη και ύστερα αποφάσισαν να ανοίγουν το δικό τους ιατρείο. Βέβαια, πολλοί από τους σημερινούς ιατρούς που εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας είναι παιδιά άλλων ιατρών που δραστηριοποιούνταν στα δημόσια νοσοκομεία πριν χρόνια και είχαν διακριθεί από την κοινή γνώμη για τις υπηρεσίες τους.

επιπρόσθετα, στην επαρχία δεν υπάρχει η απρόσωπη σχέση που υπάρχει στα μεγάλα νοσοκομεία των μεγαλουπόλεων. Οι περισσότεροι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία είναι οικογενειακοί ιατροί και πολλοί κάτοικοι έχουν και φιλικές σχέσεις με αυτούς. Παρόλα αυτά ο ιδιωτικός τομέας για πολλούς αποπνέει μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά σε ποσοστό 72,8%. Πάνω από τους μισούς όπως φαίνεται στην παρούσα ανάλυση, θεωρούν πολύ σημαντικό το να βρίσκονται σε χώρο όπου θα αισθανθούν ασφαλείς και σίγουροι για το πως θα αντιμετωπιστούν και όχι παραμελημένοι και ανασφαλείς. Θα έδιναν όσα ζητάει ο ιδιώτης προκειμένου να τους προσφερθεί αυτό το αγαθό.

Στην ερώτηση αν ο καλύτερος τεχνολογικός εξοπλισμός είναι λόγος να καταφύγουν στον ιδιωτικό κλάδο κι αν χρειαστεί να δαπανήσουν πολλά περισσότερα, απάντησαν κατά 72.5 % πως εξυπηρετούνται από τον ιδιωτικό τομέα κάθε φορά που το δημόσιο αδυνατεί να προσφέρει κάποιες υπηρεσίες λόγω ανεπάρκειας τεχνολογικού εξοπλισμού. Ακόμη και σε περίπτωση που δεν υπάρχουν νέα, σύγχρονα μηχανήματα και το πρόβλημα είναι σοβαρό, ο ιδιωτικός μόνο τομέας μπορεί να δώσει λύση και η λύση αυτή προσφέρεται επί πληρωμής. Παρακάτω γίνεται φανερό μέσα από τη ανάλυση των δεδομένων, πως και ο λόγος αυτός είναι σημαντικός και θα τους έκανε ή μάλλον θα τους ανάγκαζε πολλές φορές να προτιμήσουν τον ιδιωτικό κλάδο.

Από τους παραπάνω πίνακες, εκείνος που αναφέρεται στην γρήγορη εξυπηρέτηση φαίνεται να έχει τη μεγαλύτερη διαφορά, καθώς το συντριπτικό ποσοστό 93,9% του δείγματος υποστηρίζει πως καταφεύγουν σε ιδιώτες ιατρούς επειδή εξυπηρετούν γρηγορότερα. Ο χρόνος αναμονής του ασθενούς είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό πλεονέκτημα που έχει εκμεταλλευτεί ο ιδιωτικός τομέας και με τη σωστή οργάνωση κατάφερε να προσελκύσει μεγάλη μερίδα ασθενών. Η γρήγορη εξυπηρέτηση σε ζητήματα υγείας είναι θέμα ζωής ή θανάτου καθώς κάθε λεπτό είναι πολύτιμο και σε επείγουσες περιπτώσεις η επέμβαση του ιατρού καθοριστική. Ο ασθενής –πελάτης προτιμά να μην το ρισκάρει και είναι πρόθυμος να πληρώσει ένα μεγαλύτερο ποσό για να αποφύγει τον κίνδυνο, τα έντονα παράπονα και την δυσαρέσκεια που θα τον επηρεάσουν και ψυχολογικά.

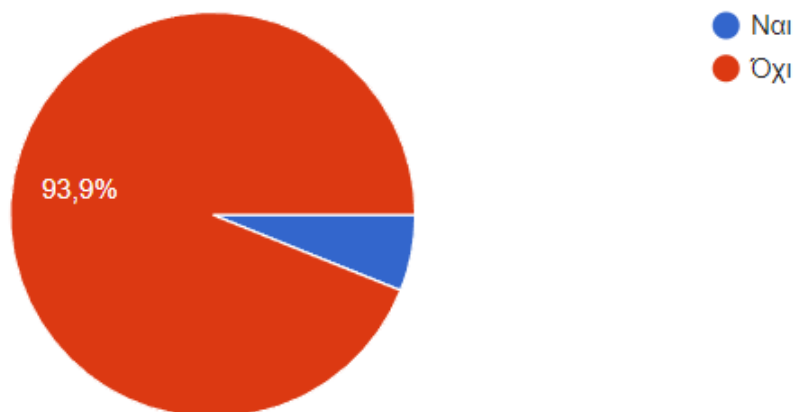
Πολύ συχνά γίνεται λόγος για τον τεχνολογικό εξοπλισμό των επιχειρήσεων γενικά. Έτσι και τα τεχνολογικά μέσα μιας μονάδας υγείας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξυπηρέτηση των ασθενών και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ορίζουν την ιατρική γνωμάτευση. Είναι απαραίτητο να είναι σύγχρονα, να συντηρούνται με τον καλύτερο τρόπο και να τα χειρίζονται ειδικευμένοι εργαζόμενοι. Άρα οι δαπάνες είναι πολύ υψηλές προκειμένου τα προαναφερόμενα να λειτουργήσουν σωστά.

Παραπάνω έγινε φανερό τι είναι σημαντικό για τον ασθενή στον τομέα της υγείας. Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι απάντησαν στους λόγους που προτιμούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρά το υψηλό κόστος που θα συναντήσουν σε αντίθεση με τα δημόσια νοσοκομεία που παρέχεται δωρεάν υπηρεσίες με εξαίρεση το «φακελάκι του ιατρού» που θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

### **7.2.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3: Τα Κυριότερα Προβλήματα στον Κλάδο της Δημόσιας και Ιδιωτικής Υγείας**

Στο δημόσιο τομέα, είναι γνωστό πως υπάρχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα όσων αφορά τον προϋπολογισμό για τον κλάδο της υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες δεν αρκούν για την κάλυψη των αναγκών που παρουσιάζονται. Φαινόμενα όπως η μη χρήση σύγχρονων μηχανημάτων λόγω έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού ή πεπαλαιωμένα μηχανήματα που πρέπει να αποσυρθούν και παρόλα αυτά χρησιμοποιούνται, είναι καθημερινά και επικίνδυνα. Πολλές είναι οι περιπτώσεις εκείνες που οι ασθενείς ενώ επιλέγουν το δημόσιο για την εξυπηρέτησή τους, δεν μπορούν να βοηθηθούν εκεί λόγω μη ύπαρξης κάποιων μηχανημάτων για κάποιες συγκεκριμένες εξετάσεις. Για ποιο λόγο αυτό οι ασθενείς καταφεύγουν σε ιδιωτικές μονάδες υγείας.

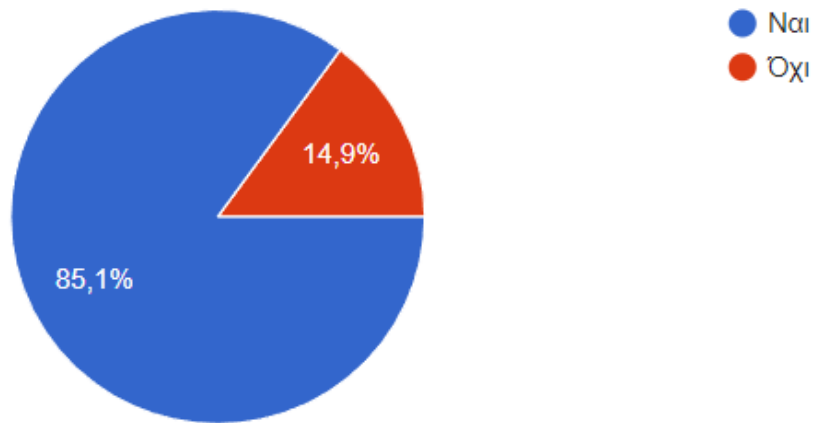
Από ότι φαίνεται στον παραπάνω πίνακα το 90% περίπου των ερωτώμενων θα κατέφευγαν στην ιδιωτική περίθαλψη λόγω των σύγχρονων τεχνολογικά μηχανημάτων, καθώς θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό το λόγο αυτό ώστε να μην χρησιμοποιήσουν την δημόσια ασφάλιση τους και να προβούν σε έξοδα για τέτοιο λόγο.



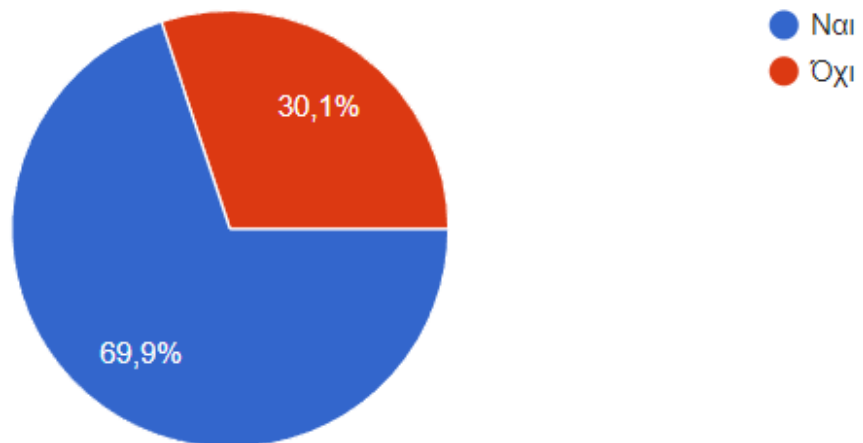
Γράφημα 24: Δημόσια Υγεία Και Επάρκεια Προσωπικού

Με αφετηρία το παραπάνω διάγραμμα περί επάρκειας του προσωπικού στην δημόσια υγεία, θα ήταν καλύτερο αρχικά να διευκρινιστεί πως με τον όρο δημόσια υγεία γίνεται αναφορά όχι μόνο στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και σε κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία και γενικότερα σε όλες τις δομές που ανήκουν στο κράτος. Παρατηρείται λοιπόν αναπάρκεια, η οποία οφείλεται στον λάθος και χωρίς οργάνωση καταμερισμό της εργασίας. Συγκεκριμένα, κάποιοι εργαζόμενοι βρίσκονται σε θέσεις με μικρό φόρτο εργασίας και είναι πολλοί σε ποσότητα, ενώ κάποιοι άλλοι εργαζόμενοι έχουν υπερβολική δουλειά αλλά χωρίς κάποια βοήθεια. Το πρόβλημα αυτό λοιπόν οφείλεται στην λάθος κατανομή του εργατικού δυναμικού στις δημόσιες υγειονομικές δομές αλλά και στην λάθος διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού από τους υπεύθυνους αλλά και το κράτος.

Πολλοί ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει και συχνά επιβάλλουν να πληρώνονται επιπλέον από τους ασθενείς προκειμένου να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες. Ο επιπρόσθετος αυτός χρηματισμός των ιατρών είναι γνωστός σαν “το φακελάκι του ιατρού” και έχει καθιερωθεί σαν άτυπος κανόνας. Αυτό μαρτυρά δυσλειτουργία του κρατικού μηχανισμού για την ύπαρξη ενός κρατικού συστήματος υγείας και εγείρει έντονο προβληματισμό. Η δωρεάν περίθαλψη σημαίνει ότι όλοι αντιμετωπίζονται με τον ίδιο αντικειμενικό τρόπο και δεν υπάρχουν διακρίσεις ανάμεσα σε αυτούς που πληρώνουν. Αυτή η παραοικονομία στον τομέα της υγείας οξύνει τις ανισότητες στα κοινωνικά στρώματα, αφού άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν μπορούν να πληρώσουν τον γιατρό. Από το ερωτηματολόγιο προέκυψε πως το 85,1% των ερωτώμενων πιστεύει πως ο χρηματισμός των ιατρών είναι μια πραγματικότητα που ισχύει όχι μόνο στα νοσοκομεία της Βοιωτίας αλλά σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια. Βέβαια υπάρχει κι ένα 14,9% του δείγματος, το οποίο ίσως θέλει να βλέπει τα πράγματα πιο αισιόδοξα, υποστηρίζοντας πως στην υγεία δεν ισχύει κάτι τέτοιο.



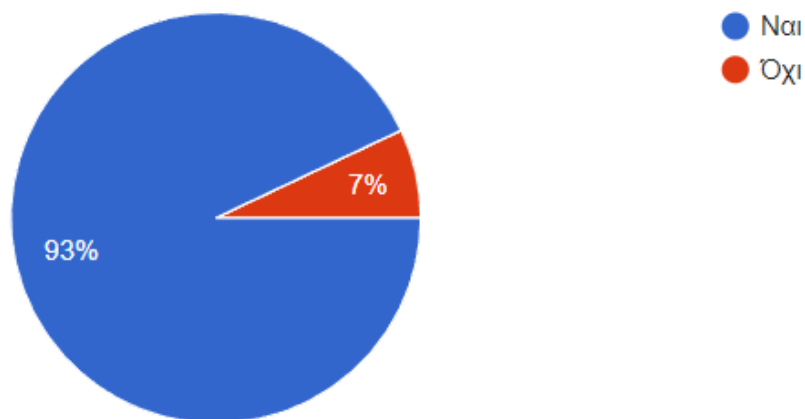
Γράφημα 25: Το Φακελάκι Του Ιατρού



Γράφημα 26: Το Ύψος Του Φιλοδωρήματος

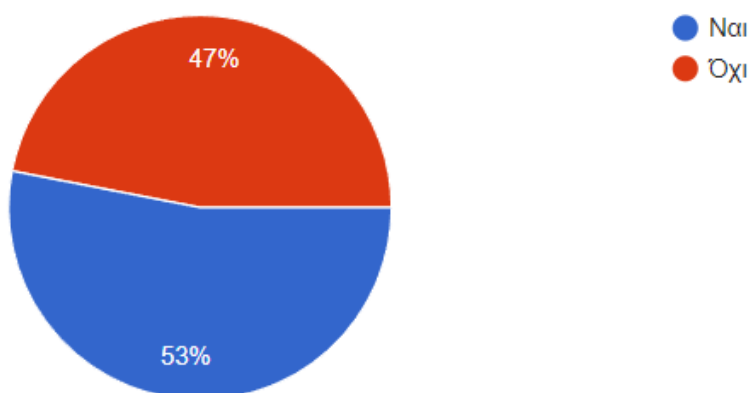
Μετά από το τρίτο ερευνητικό ερώτημα και πριν προχωρήσουμε στην απάντηση των υπολοίπων, θα ήταν καλό να σταθούμε στο παρακάτω διάγραμμα. Το συγκεκριμένο διάγραμμα επισημαίνει τη σπουδαιότητα του «μέσου» στην Δημόσια Υγεία, η οποία παρατήρηση αποτελεί μία από τις υποθέσεις εργασίας που έχει τεθεί. Η πλειοψηφία του δείγματος υποστηρίζει πως η παρουσία του «μέσου» στην δημόσια υγεία είναι εμφανής σε ποσοστό 93%. Γενικότερα, στην Ελλάδα η λέξη «μέσον» χρησιμοποιείται πολύ συχνά και είναι αρκετό για να ανοίξει δρόμους και να προσφέρει ευκαιρίες όταν η αντικειμενικότητα του απουσιάζει.



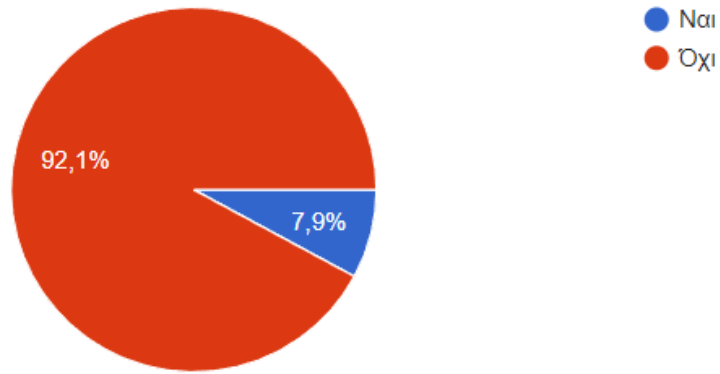


Γράφημα 27: Η Σπουδαιότητα του « μέσου» στη Δημόσια Υγεία

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Τηλεϊατρική είναι: «Η παροχή ιατρικής περίθαλψης – σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας – από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των λειτουργών Υγείας, αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας». Η τηλεϊατρική είναι μια νέα ιατρική υπηρεσία που έχει αρχίσει να εφαρμόζεται για τις απλές περιπτώσεις προβλημάτων υγείας και ενδέχεται, αν χειριστεί σωστά, να φέρει επανάσταση στην εξυπηρέτηση των ανήμπορων και όχι μόνο ασθενών. Όσον αφορά την υπηρεσία αυτή, η πλειοψηφία γνωρίζει για την ύπαρξή της, όμως μόνο το 7,9% την χρησιμοποιεί. Μετά την πανδημία του COVID-19 και με δυσσιώνες προβλέψεις για το μέλλον της υγείας της ανθρωπότητας υπό τον φόβο νέων επιδημιών και ιών, είναι ελάττωμα τόσο της δημόσιας όσο και της ιδιωτικής υγείας να μην ενημερώνει τους ασθενείς για την σημασία της τηλεϊατρικής και να μην τους παροτρύνει να την χρησιμοποιούν.

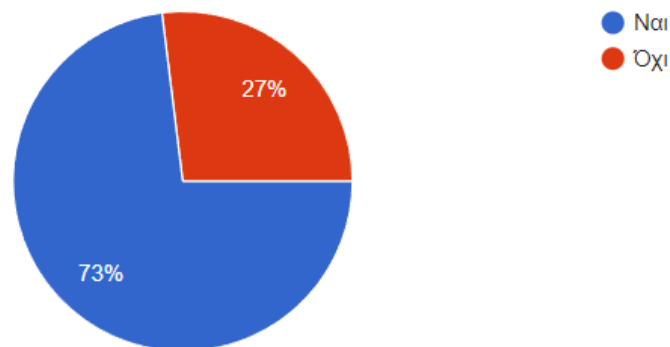


Γράφημα 28: Τι Είναι Η Τηλειατρική



Γράφημα 29: Κατά Πόσο Χρησιμοποιείται Η Τηλειατρική Από Το Δείγμα

#### 7.2.4 Ερευνητικό Ερώτημα 4: Η Συχνότητα Πρόσβασης των Χρηστών για Πρωτοβάθμια Περίθαλψη σε Ιδιώτες Γιατρούς ή σε Δημόσιες Υποδομές



Γράφημα 30: Επιλογή Δημόσιας ή Ιδιωτικής Δομής στις 10 Επισκέψεις

Με τα αποτελέσματα του παραπάνω διαγράμματος αλλά και με τις απαντήσεις των τριών πρώτων ερευνητικών ερωτημάτων, γίνεται ξεκάθαρο πως οι χρήστες υπηρεσιών υγείας προτιμούν να επισκέπτονται σε ποσοστό 73% ιδιώτες ιατρούς κι όχι τις δημόσιες υγειονομικές υποδομές.

### 7.3 Συσχέτιση Αποτελεσμάτων

Το επόμενο και τελικό κομμάτι της ανάλυσης αφορά τον έλεγχο ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών που θεωρούνται σημαντικές στα πλαίσια της παρούσας εργασίας και με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν απαντώνται τα υπόλοιπα ερευνητικά ερωτήματα και τεκμηριώνονται οι υποθέσεις εργασίας. Για τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ ερωτήσεων και δημογραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ .

Μέσω του ελέγχου θα διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, γεγονός που επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων και δεν τα περιορίζει στην απλή καταγραφή όπως κάνει η περιγραφική στατιστική. Σε όλες τις παρακάτω συσχετίσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται σε  $\alpha=0.05$ .

Η γενική μορφή των ελέγχων που διενεργήθηκαν είναι η παρακάτω :

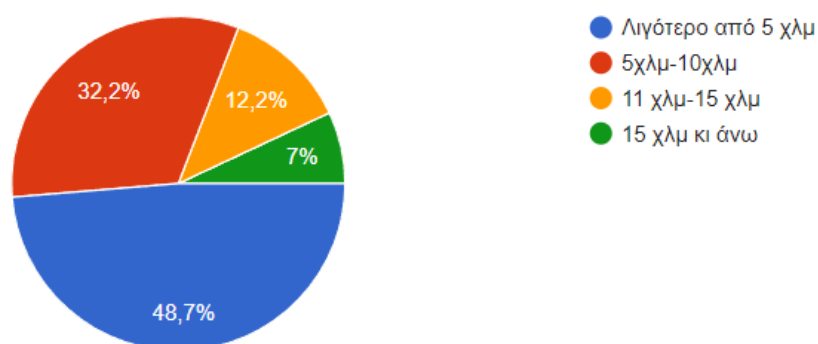
$H_0: \rho=0$

$H_1: \rho \neq 0$

Όπου,  $\rho$  είναι ο συντελεστής συσχέτισης και ελέγχεται εάν είναι ίσος ή διάφορος του μηδενός. Στην πρώτη περίπτωση ( $\rho=0$ ) θεωρείται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών ενώ στη δεύτερη ( $\rho \neq 0$ ) θεωρείται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση χωρίς ωστόσο να μπορεί να προσδιοριστεί η κατεύθυνση της. Στη συνέχεια παρατίθενται τα ερωτήματα με την αντίστοιχη τιμή του ελέγχου. Κάθε πίνακάκι συνοδεύεται από σύντομη επεξήγηση καθώς και από το αποτέλεσμα του ελέγχου, δηλαδή την απόρριψη ή μη της μηδενικής υπόθεσης ( $H_0$ ) περί μη ύπαρξης στατιστικά σημαντικής συσχέτισης.

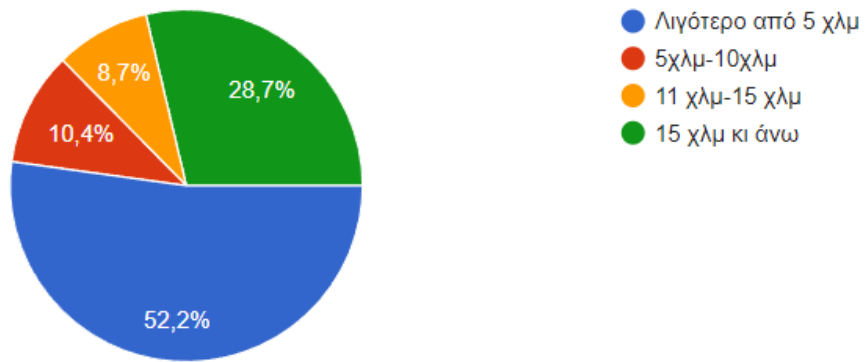
### 7.3.1 Ερευνητικό Ερώτημα 5: Ο Ρόλος του Χώρου στις Κοινωνικές Ανισότητες προς την Ικανοποίηση των Ασθενών

Τα επόμενα δύο γραφήματα εντάσσουν τον γεωγραφικό παράγοντα στην ανάλυση καθώς οι χιλιομετρικές αποστάσεις από τις δομές υγείας έχουν μεγάλη σημασία. Στο πρώτο γράφημα γίνεται αναφορά σε δημόσιες δομές υγείας και περιλαμβάνει είτε κάποιο από τα δύο μεγάλα νοσοκομεία της Βοιωτίας, είτε κάποιο περιφερειακό κέντρο είτε κέντρο υγείας. Δεδομένο πως η πλειονότητα του δείγματος μένει στην Θήβα, η οποία είναι η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της Περιφερειακής ενότητας που εξετάζουμε, το 48,7% των ερωτώμενων απάντησαν πως η κοντινότερη δομή υγείας βρίσκεται μόλις 5 χλμ μακριά. Το 32,2% απάντησε πως απέχει μέχρι 10 χλμ και μόλις το 7% απάντησε πως απέχει περισσότερο από 15 χλμ. Οι ερωτώμενοι αυτοί είναι πολύ πιθανό να κατοικούν σε δυσπρόσιτες περιοχές ή σε χωριά μακριά από τον αστικό ιστό και δεν αποκλείεται τα άτομα αυτά να είναι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και συνταξιούχοι. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως λόγω της αστυφιλίας πολλά από τα χωριά της Βοιωτίας έχουν ερημώσει με αποτέλεσμα οι μόνοι μόνιμοι κάτοικοι να είναι άτομα μεγάλης ηλικίας. Επίσης ακόμα και στα χωριά αυτά μπορεί να υπάρχουν περιφερειακά ιατρεία ή κάποιο κοινοτικό κέντρο υγείας, ωστόσο έχουν πολλές ελλείψεις και υπολειτουργούν, οπότε είναι σαν να είναι ανύπαρκτα.



Γράφημα 31: Κατανομή Χιλιομετρικής Απόστασης Από Δημόσια Δομή Υγείας

Στο επόμενο γράφημα, παρατηρείται μια ελαφρώς αλλαγμένη εικόνα. Αναλυτικότερα, πάλι η πλειοψηφία απέχει από ιδιωτικές δομές υγείας λιγότερο από 5 χλμ, ενώ το 28,7% απάντησε πως απέχει πάνω από 15 χλμ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως οι ιδιώτες επιλέγουν να επενδύσουν σε περιοχές που είναι κατοικήσιμες κι όχι σε δυσπρόσιτα χωριά.



Γράφημα 32: Κατανομή Χιλιομετρικής Απόστασης Από Ιδιωτική Δομή Υγείας

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	35.830	6	.004
Likelihood Ratio	38.895	6	.003
N of Valid Cases	115		

Πίνακας 15 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 1 Για Τη Σχέση Του Τόπου Κατοικίας Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Δημόσιας Δομής

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.004 που είναι μικρότερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	2.911	6	.523
Likelihood Ratio	2.918	6	.522
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 16 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 2 Για Τη Σχέση Του Τόπου Κατοικίας Και Της Συχνότητας Επίσκεψης Σε Ιατρούς Ιδιωτικής Δομής*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.714 που είναι μεγαλύτερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές δεν εξαρτώνται η μία από την άλλη.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει πως ο παράγοντας του χώρου δεν παίζει ρόλο όταν ο ασθενής επιθυμεί να επισκεφθεί ιδιωτική δομή. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του, το άτομο είναι διατεθειμένο να διανύσει ακόμα και πάνω από 15 χλμ, δείχνοντας ταυτόχρονα την σημασία που δίνεται στο αγαθό της υγείας. Το ίδιο ωστόσο δεν συμβαίνει και για τις δημόσιες δομές.

### 7.3.2 Ερευνητικό Ερώτημα 6: Η Σύνδεση της Άνισης Χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας με τις Κοινωνικές Ανισότητες

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	25.971	6	.001
Likelihood Ratio	23.059	6	.002
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 17 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 3 Για Τη Σχέση Του Εισοδήματος και της επιλογής Δημόσιων Υγειονομικών Δομών*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.001 που είναι μικρότερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	26.879	6	.001
Likelihood Ratio	24.365	6	.002
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 18 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 4 Για Τη Σχέση Του Εισοδήματος και της επιλογής Ιδιωτικών Υγειονομικών Δομών*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.001 που είναι μικρότερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	15.998	7	.007
Likelihood Ratio	15.256	7	.009
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 19: Αποτελέσματα Chi-Square Test 5 Για Τη Σχέση του επιπέδου σπουδών και της συχνότητας επίσκεψης σε ιατρούς δημόσιας δομής*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.007 που είναι μικρότερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	17.895	7	.008
Likelihood Ratio	17.058	7	.012
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 20 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 6 Για Τη Σχέση του επιπέδου σπουδών και της συχνότητας επίσκεψης σε ιατρούς ιδιωτικής δομής*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.008 που είναι μικρότερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	23.698	15	.070
Likelihood Ratio	22.488	15	.096
N of Valid Cases	115		

*Πίνακας 21 : Αποτελέσματα Chi-Square Test 7 Για Τη Σχέση Του Επαγγέλματος και των δυσκολιών πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας*

Το p-value (του Pearson Chi-Square) είναι 0.07 που είναι μεγαλύτερο από το 0.05. Επομένως η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται και οι δύο μεταβλητές δεν εξαρτώνται η μία από την άλλη.



## Συμπεράσματα

Αν και η υγεία αποτελεί το σπουδαιότερο αγαθό του ανθρώπου, η κρατική μέριμνα απουσιάζει, με αποτέλεσμα οι υγειονομικές ανισότητες να υφίσταται σε μεγάλο βαθμό στο εσωτερικό των σύγχρονων και αναπτυγμένων χωρών. Πολλοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, η επαγγελματική απασχόληση, η δομή του υγειονομικού συστήματος, το εκπαιδευτικό επίπεδο συμβάλλουν στην δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων (*Υπόθεση Εργασίας 2*). Οι επικρατούσες μακροοικονομικές συνθήκες στην χώρα μας δημιουργούν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των πολιτών. Οι κάτοικοι της χώρας μας ήρθαν αντιμέτωποι με δύο κρίσεις η οποία διαδέχθηκε η μία την άλλη και συγκεκριμένα μετά την χρηματοπιστωτική κρίση ήρθε και η υγειονομική κρίση λόγω της πανδημίας του κορονοϊού. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση του εισοδήματος, η αβεβαιότητα και η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης έφεραν πολλά άτομα σε αδιέξοδο δημιουργώντας τους άγχος με άμεσο επακόλουθο την επιδείνωση της υγείας τους τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε σωματικό επίπεδο .

Όσον αφορά το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας έγινε προσπάθεια να προσδιοριστεί ποιοι είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και πώς μπορεί να μετρηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Οι ασθενείς έχουν τον ρόλο του πελάτη και η γνώμη τους έχει μεγάλη σημασία. Η έντονη δυσαρέσκεια για το δημόσιο σύστημα υγείας ήταν που έδωσε το έναυσμα στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας να κάνουν το άλμα, να διεκδικήσουν μερίδιο στην αγορά και να γίνουν πιο αγαπητές από τους πολίτες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων συνάντησε δυσκολίες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας που σχετίζονταν κυρίως με το μεγάλο χρόνο αναμονής για ραντεβού, την γραφειοκρατία ή την οικονομική αδυναμία. Στα δημόσια νοσοκομεία οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, ο μεγάλος χρόνος αναμονής αλλά και η αγένεια του προσωπικού αποτελούν τροχοπέδη και δημιουργούν νευρικότητα στους πολίτες. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην περιφερειακή ενότητα καλύπτεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ενώ τα δύο δημόσια νοσοκομεία έχουν πολύ κακή φήμη. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι χρησιμοποιούν δημόσιες δομές γίνεται αντικείμενο μελέτης για τα ιδιωτικά συμφέροντα και προσπαθούν να εκμεταλλευτούν τις ελλείψεις και τα κενά αυτά.

Το μέσον θεωρείται απαραίτητο για τον τομέα της υγείας για να εξυπηρετηθεί καλύτερα ο ασθενής (*Υπόθεση Εργασίας 4*). Δυστυχώς, η χρησιμότητα του «μέσου» στον τομέα της υγείας είναι σημαντική σε περιπτώσεις που ο ασθενής χρειάζεται άμεση εξυπηρέτηση για αυτό και παρατηρείται συχνότερα στις δημόσιες δομές, καθώς στις ιδιωτικές υπάρχει το χρηματικό αντίτιμο κι άρα η γρήγορη εξυπηρέτησή του. Να σημειωθεί πως είναι διαδεδομένη η πεποίθηση ότι το φιλοδώρημα ή αλλιώς το φακελάκι του ιατρού απαιτείται για να εξυπηρετηθεί καλύτερα ο ασθενής-πελάτης. Βέβαια κάτι τέτοιο δεν είναι πρέπει και ντροπιάζει το ίδιο το ΕΣΥ και τις κυβερνητικές πολιτικές που ακολουθούνται σε βάθος χρόνου.

Ακόμα κι αν το δημόσιο πιστεύεται ότι έχει τους καλύτερους ιατρούς, ο ιδιωτικός τομέας είναι αυτός που κερδίζει στα περισσότερα σημεία (*Υπόθεση Εργασίας 5*). Οι ιδιωτικοί χώροι είναι πιο καθαροί, έχουν καλύτερα και πιο σύγχρονα τεχνολογικά

μηχανήματα, υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση και καλύτερη ξενοδοχειακή υποδομή. Οι κάτοικοι προτιμούν να πληρώσουν ένα υψηλότερο τίμημα και για αυτό οι περισσότερες επισκέψεις γίνονται στα ιδιωτικά ιατρεία και στους ιδιώτες ιατρούς (*Υπόθεση Εργασίας 3*).

Από τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το εισόδημα σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με την επιλογή των δημόσιων και ιδιωτικών υγειονομικών δομών. Ουσιαστικά, αυτό δείχνει πως η άνιση χρήση των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με τις κοινωνικές ανισότητες, αφού τα άτομα που διαθέτουν οικονομική άνεση μπορούν πιο εύκολα να συμβουλευτούν κάποιον ιδιώτη ιατρό, χωρίς ωστόσο να σημαίνει ότι δεν επισκέπτονται και δημόσιες δομές. Αντίθετα, άτομα χαμηλότερης οικονομικής κλίμακας λόγω αδυναμίας εξόδων επιλέγουν δημόσια νοσοκομεία ή κέντρα υγείας για να υποβληθούν στις απαιτούμενες εξετάσεις. Επίσης, το επίπεδο των σπουδών σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με την συχνότητα επίσκεψης σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας. Ωστόσο το επάγγελμα δεν σχετίζεται με τρόπο στατιστικά σημαντικό με τις δυσκολίες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας (*Υπόθεση Εργασίας 1*). Οι ανισότητες σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι εμφανείς και εντός των αγροτικών περιοχών είτε εκείνες είναι αγροτικές είτε αστικές. Η οριζόντια ανισότητα υποδεικνύει ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας ευνοεί τους οικονομικά ισχυρότερους σε αγροτικές και αστικές περιοχές της περιφέρειας.

## Προτάσεις Πολιτικής Υγείας

Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου αυτό που αναμένεται να βρεθεί είναι πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη για την δημιουργία ενός σύγχρονου δημόσιου συστήματος υγείας σε όλη την Ελλάδα, το οποίο θα παρέχει προστασία της υγείας και ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης σε όλους τους πολίτες. Πρωταρχική μέριμνα της Πολιτείας θα πρέπει να είναι η παροχή της δημόσιας υγείας χωρίς να χρειάζεται τις περισσότερες φορές οι πολίτες να καταφεύγουν στις ιδιωτικές δομές λόγω φόβου της σωματικής ακεραιότητάς τους. Επίσης, ένα μεγάλο θέμα που πρέπει να διερευνηθεί είναι το επίπεδο διαφθοράς που υπάρχει στα δημόσια νοσοκομεία και σχετίζεται με το γνωστό «φακελάκι του γιατρού».

Για την Π.Ε Βοιωτίας συγκεκριμένα τα προβλήματα που υπάρχουν στις δομές υγείας είναι πολλά. Η περιφερειακή πολιτική υγείας πρέπει να στοχεύει σε συντονισμένες προσπάθειες και δράσεις που θα περιλαμβάνουν τον αναπροσανατολισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας, την έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων.

Υπό το πρίσμα αυτό, η περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες που μεταξύ άλλων θα στοχεύουν στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γενικά. Επίσης στη συγχώνευση περιφερειακών ιατρείων ή κέντρων υγείας ενδυναμώνοντας τα δύο γενικά νοσοκομεία της Βοιωτίας, τα οποία βρίσκονται σε άθλια κατάσταση συγκριτικά με τις ανάγκες που προκύπτουν και τον πληθυσμό. Να σημειωθεί δε στο σημείο αυτό πως για πολύ σοβαρά περιστατικά, ο ασθενής καλείται να διανύσει χιλιομετρική απόσταση μιάμισης ώρας για να προσκομιστεί σε κάποιο από τα νοσοκομεία της Αθήνας.

Υπό αυτό το επιχειρησιακό περιβάλλον κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη κατάλληλων διοικητικών συστημάτων. Η επιτακτική ανάγκη για αύξηση της αποδοτικότητας και της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων, οδηγεί στην ανάπτυξη και εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης της υπάρχουσας κατάστασης με απώτερο σκοπό τη βελτίωση σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο. Ο κλάδος της υγείας είναι ένας ακόμη τομέας που εξετάζεται συνεχώς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας (Quality Improvement) και την ενδυνάμωση της οικονομικής του ισχύος, ειδικά όταν γίνεται λόγος για το δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μέλημα επομένως θα πρέπει να είναι η αλλαγή χρήσης των μη αποδοτικών νοσοκομειακών μονάδων σε συνδυασμό με την ανάπτυξη νέων εξειδικευμένων δομών υπηρεσιών υγείας. Αναμφίβολα, για να λειτουργεί ορά ένα σύστημα υγείας χρειάζεται και το κατάλληλο, σωστά καταρτισμένο προσωπικό όχι μόνο σε νοσηλευτικό αλλά και διοικητικό επίπεδο. Επομένως η στελέχωση υψηλόβαθμων θέσεων εντός της νοσοκομειακής μονάδας θα πρέπει να γίνεται με επαγγελματικά και επιστημονικά κριτήρια κι όχι με πολιτικά και αθέμιτα μέσα.

Η μεγαλύτερη ωστόσο πρόκληση της υγειονομικής μεταρρύθμισης είναι η νοοτροπία του εργατικού δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Έχοντας σαν κατευθυντήρια γραμμή την επαγγελματική δεοντολογία και την υπηρεσιακή αξιοκρατία, οι δομές υγείας κυρίως δημόσιου χαρακτήρα στην Ελλάδα θα μπορέσουν να γίνουν πιο αξιόπιστες, ικανοποιητικές και αποτελεσματικές.

Εν κατακλείδι, η ισότητα στον τομέα της υγείας μπορεί να επιτευχθεί όταν η χρήση διαμορφώνεται υπό ίσες υγειονομικές ανάγκες. Ο εκμοντερνισμός της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει μια ρεαλιστική απάντηση στις θεμιτές προσδοκίες και ανησυχίες των πολιτών.

## **Συμβολή - Περιορισμοί της Μελέτης**

Η παρούσα διπλωματική εργασία ευελπιστεί να προβληματίσει την περιφερειακή ηγεσία της Π.Ε. Βοιωτίας προκειμένου να βελτιωθεί η επικρατούσα κατάσταση στις δημόσιες υγειονομικές δομές της ευρύτερης περιοχής. Ελπίζει έτσι να συνδράμει έστω και σε μικρό βαθμό στη γενικότερη διαμόρφωση μιας νέας βιώσιμης αρχιτεκτονικής για την καλύτερη αξιοποίηση των υφιστάμενων πόρων στις δομές υγείας των μη μητροπολιτικών περιοχών της χώρας, στα πλαίσια πάντα του εφικτού.

Έτσι μέλημα αποτελεί η δημιουργία ενός μηχανισμού που θα καταγράφει τα επίπεδα στελέχωσης το οποίο θα ενημερώνεται σε τακτική βάση και θα συμβάλλει στον ενιαίο σχεδιασμό ανάπτυξης και αξιοποίησης του υγειονομικού δυναμικού για την παροχή ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Ειδικότερα, θα μπορεί να προτείνει τη διενέργεια προσλήψεων, προκειμένου να περιοριστεί η επιμέρους ανισομερής κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού. Υπό αυτή την προϋπόθεση, θα είναι εφικτή η αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χαμηλή νοσηλευτική στελέχωση, συμβάλλοντας στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

## Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις

Η παρούσα εργασία θα μπορούσε να αποτελέσει το έναυσμα για την μέτρηση των ανισοτήτων όχι μόνο στον τομέα της υγείας για την συγκεκριμένη περιοχή, αλλά στο τι συμβαίνει με τις κοινωνικές ανισότητες αφού η ευρύτερη περιοχή της Βοιωτίας φιλοξενεί πολλούς μετανάστες στα κέντρα φιλοξενίας που έχουν δημιουργηθεί. Όμως με άξονα την υγεία, ένα καλό θέμα θα ήταν για παράδειγμα οι υγειονομικές ανισότητες που παρουσιάζονται στις περιθωριοποιημένες ομάδες πληθυσμού όπως είναι οι μετανάστες αλλά κι άλλες εθνικότητες ασιατικής καταγωγής που έχουν βρει εργασία στους ντόπιους γεωργούς της περιοχής. Ωστόσο, παραμένοντας στο πλαίσιο της υγείας, αυτό που θα άξιζε να διερευνηθεί είναι τι θα συμβεί αν παρατηρηθεί κινητικότητα του εργατικού δυναμικού από το κέντρο προς την περιφέρεια και συγκεκριμένα από μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα, Πάτρα προς πόλεις όπως η Θήβα, Λιβαδειά. Ουσιαστικά η θεματολογία αυτή θα αναφέρεται στην πιθανή συσχέτιση των αποσπάσεων από το κέντρο προς την περιφέρεια με τον αυξημένο εργασιακό φόρτο, καθώς και του ποσοστού των συμβασιούχων και του επικουρικού προσωπικού με το προσωπικό που απουσιάζει από τα δημόσια νοσοκομεία με μακροχρόνιες άδειες. Συμπερασματικά, ευελπιστούμε ότι η παρούσα μελέτη δύναται να ενισχύσει τον διεπιστημονικό διάλογο μεταξύ των διαφόρων εμπειρογνομόνων και νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας για το ζήτημα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της επαρκούς στελέχωσης του δημόσιου συστήματος υγείας με νοσηλευτικό προσωπικό.

## Ελληνικές Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Αγγελόπουλος, Αγγελόπουλος, Χ. «Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις». Πρακτικά συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
- Αδαμόπουλος, Αδαμόπουλος, Α., Γιώτη-Παπαδάκη Παπαδάκη Παπαδάκη, Ο., Σισσούρας Σισσούρας Σισσούρας, Α. (2015). Συσχέτιση μεγέθους και αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα. Κείμενα Περιφερειακής Επιστήμης, Τόμος VI, (1).
- Αθανασάκης, Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Καραμπλή, Καραμπλή, Καραμπλή, Ε., Κυριόπουλος, Κυριόπουλος, Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Λιονής, Λιονής, Χ., Μυλωνά, Μυλωνά, Μυλωνά, Κ.,
- Αθανασάκης, Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Καραμπλή, Καραμπλή, Καραμπλή, Ε., Κυριόπουλος, Κυριόπουλος, Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Λιονής, Λιονής, Χ., Μυλωνά, Μυλωνά, Μυλωνά, Κ.,
- Σουλιώτης, Σουλιώτης, Κ., Τριτάκη, Τριτάκη, Τριτάκη, Γ. & Τσιάντου Β. Τσιάντου Β. Τσιάντου Β. (2009). Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης – ΕΣΔΥ.
- Βασταρδή Μαρία, (2005), Ποσοτικές Μέθοδοι Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Γεωργιάδης, Γεωργιάδης,Κ. (2012).Οι αντιστάσεις στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ. Περιοδικό The Scanner, 53.
- Δερβιτσιώτης, Κ. 1993, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πειραιά, Αθήνα
- Δερβιτσιώτης Κώστας, (1999), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ,Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Δρίτσας, Σ., και άλλοι 1994, ‘Απόψεις νοσηλευομένων και αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού’, Επιθεώρηση Υγείας, pp.59-63
- Ζαβλανός Μύρων, (2006), Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα, Εκδόσεις Σταμούλη.
- Ζάβρας Δ., Κοντούλη – Γείτονα Μ., (2013) «Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας – Μεθοδολογικά ζητήματα και τεχνικές μέτρησης» στο Οικονόμου Χ., (επιμέλεια) Υγεία Κοινωνία και Οικονομία, Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, σελ. 186-187
- Θεοδώρου, Θεοδώρου, Μ. & Μητροσύλη Μητροσύλη Μητροσύλη, Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεοδώρου, Μ. Θεοδώρου, Μ. (2001). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- IOBE, Ευρωπαϊκός Δείκτης Ικανοποίησης Πελατών (EPSI Rating) 2004, Συνοπτικά αποτελέσματα της έρευνας ικανοποίησης ασφαλισμένων από τα εξωτερικά ιατρεία του 3ου και 6ου Νοσοκομείου ΙΚΑ. Προσωπική επικοινωνία Γ. Καλαϊτζάκη, Απρίλιος, 2004
- Κόνσολας, Κόνσολας,Ν. (1997). Σύγχρονη Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική. Εκδόσεις Παπαζήση

- Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορν, Σ. & Οικονόμου, Χ. 2002, Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό: Αποτελέσματα εθνικής έρευνας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ., Αδαμόπουλος, Α., Αθανασάκης, Κ., Ζάβρας, Δ., Καρέλα, Α., Καρδαλά, Ο., Μυλωνά, Α., Ολλανδέζος, Μ., Ρουμελιώτου, Α., Σίμ Μυλωνά, Α., Ολλανδέζος, Μ., Ρουμελιώτου, Α., Σίμου, Έ., Σκρουμπέλος, Α., Τσιάντου, Β., ου, Έ., Σκρουμπέλος, Α., Τσιάντου, Β., (2011). Η Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας: Η περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας (<http://www.nsph.gr>).
- Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας; 1994.
- Κυριόπουλος, Κυριόπουλος, Γ & Φιλαλήθης Φιλαλήθης Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. & Σισσούρας, Α. (2000). Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης – Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας. Κεφ. 2, σ. 63.
- Μαλάμου Θ., (2015) «Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας», Νοσηλευτική, 54(3), 231-240.
- Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ., (2011) «Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς», Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, 3(2), 38-43.
- Μάντη Π., (2000) «Ανισότητες στην υγεία» στο Αγραφιώτης Δ., (επιμέλεια) Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ.120.
- Μπαμπανάσης Σ., (1981) «Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα 1900-1981», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, (42/43), 115-121.
- Νιάκας, Δ. (1994). Νιάκας, Δ Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Οικονόμου Χ., (2013) «Ανισοτιμίες στην υγεία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα» στο Οικονόμου Χ., (επιμέλεια) Υγεία Κοινωνία και Οικονομία, Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, σελ. 29
- Σουλιώτης, Σουλιώτης, Κ., Τριτάκη, Τριτάκη, Τριτάκη, Γ. & Τσιάντου Β. Τσιάντου Β. Τσιάντου Β. (2009). Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης – ΕΣΔΥ.
- Σωτηριάδου Κ., (2009) «Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μια Ανταγωνιστική Αγορά;» Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2 (4), 94-99, Ανακτήθηκε 9/5/2018 από <http://journal-ene.gr/?p=244>
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α., (2007) «Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (1), 7–21
- Υφαντόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: τυπωθήτω - Γ. ΔΑΡΔΑΝΟΣ; 2003.
- Υφαντόπουλος Γιάννης, Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα – Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1988, σελ.113 – 134



## Ξένες Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Aharony, L. & Strasser, S. 1993, 'Patient Satisfaction: What we know about and what we still need to explore', *Medical Care Review*, (50)1:49-79
- Alreck, P. & Settle, R.B. 1995, 'The survey research handbook', Richard D. Irwin, Inc., Burr Ridge, IL.
- Andaleeb, S.S. 1994, 'Hospital advertising. The influence of perceptual and demographic factors on consumer dispositions', *Journal of Services Marketing*, (8)1:48-59
- Andaleeb, S.S. 2000, 'Service Quality in public and private hospitals in urban Bangladesh: A comparative study', *Health Policy*, 53:25-37
- Andaleeb, S.S. 2001, 'Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country', *Social Science and Medicine* 52:1359-70
- Anderson, E. 1996, 'Measuring service quality at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Centre', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (9)7: 9-22
- Anderson, E. 1991, 'Measuring service quality at a university health clinic', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (8)2: 32-7
- Bruster, S. et al 1994, 'National survey of hospital patients', *British Medical Journal*, 309:1542-9
- Brysland, A. & Curry, A. 2001, 'Service improvements in public services using SERVQUAL', *Managing Service Quality*, (11)6: 389-401
- Burstin, H. et al 1999, 'Benchmarking and Quality Improvement: The Harvard emergency department quality study', *American Journal Medicine*, 107:437-49
- Bradshaw J. (1972) «Taxonomy of social need» In: McLachlan, Gordon, (ed.) *Problems and progress in medical care : essays on current research*, 7th series, Oxford University Press, London, pp. 71-82
- Braveman P. & Gruskin S., (2003) «Defining equity in health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (4), 254-258.
- Chappell, N & Chappell, N & Hollander Hollander Hollander, M.(2002). *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*. Hollander Analytical Services Ltd. and the Centre on Aging at the University of Victoria.
- W-C Chang(2002) «The meaning and goals of equity in health», *J Epidemiol Community Health* 2002;56:488–491
- Davey Smith G., Bartley M., Blane D., (1990) «The Black Report on Socio-economic Inequalities in Health 10 years on», *BMJ*, 301(6748), 373-377
- Drydakis N., (2015) «The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis», *Social Science & Medicine*, 128, 43-51
- Day, R. Laland, K. Odling - Smee J. (2003), *Rethinking Adaptation the niche construction perspective*, *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(1): 80- 95. Johns Hopkins University Press.
- Fogle, T. (2000), *The Dissolution of Protei*
- Egeland G.M., Tverdal A., Meyer H.E., Selmer R., (2002) «A man's heart and a wife's education: A 12-year coronary heart disease mortality follow-up in Norwegian men» *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 799–805

- Friedman M. Capitalism and freedom. Chicago: The University of Chicago Press; 1962.
- Fitzpatrick, R. & Hopkins, A. 1993, Measurement of patients' satisfaction with their care, Royal College of Physicians of London
- Fitzpatrick, R. 1991, 'Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations', British Medical Journal, 302:887-9
- Fitzpatrick, R. 1991, 'Surveys of patient satisfaction: II – Designing a questionnaire and conducting a survey', British Medical Journal, 302:1129-32
- Gagliano K.B. & Hathcote J., (1994), "Customer Expectations and Perceptions of Service Quality in Retail Apparel Specialty Stores", Journal of Services Marketing, Vol 8, No 1, pp. 60-69.
- Geitona M., Zavras D., Kyriopoulos J., (2007) «Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making», European Journal of General Practice, 13(3), 144-150
- Goupy, F., Ruhlmann, Paris, Thelot 1991, 'Results of a comparative study of in patient satisfaction in eight hospitals in the Paris Region', Quality Assurance in Health Care, (3)4:309-315
- Grazman, D. & Cousineau, M. 2000, 'Privatizing indigent health services in Los Angeles County: understanding the effects on community – based providers', Health Services Management Research, 13:187-99
- Greenfield, S. 1985, 'Expanding Patient Involvement in care', Annals of Internal Medicine, 102:520-8
- Grossman M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York: NBER; 1972.
- Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. The Journal of Political Economy. 1972;80:223-255.
- Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;1:405-412.
- Kanji G.P. and Wallace W. (2000). Business excellence through customer satisfaction, Total Quality Management, Vol. 11, No. 7, pp. 979-998
- LeGrand J., (1987) «Equity, health, and health care» Social Justice Research, 1 (3), 257-274.
- McPake B, Kumaranayake L, Normand C. Health economics. An international perspective. London: Routledge; 2002.
- Maynard A. Pricing, demanders, and the supply of health care. Int J Health Serv. 1979;9:121-133.
- C.J.L. Murray,<sup>1</sup> E.E. Gakidou,<sup>2</sup> & J. Frenk, (2000), "Health inequalities and social group differences"
- what should we measure?
- Myrdal, Gunnar. 1957. Economic Theory and Underdeveloped Regions. London: General Duckworth & Co.
- Nuijten M. The application of free market theory to the health care market. Eurohealth.2003;9:13-17.
- Øvretveit John, (2000), "Total Quality Management in European Healthcare", International Journal of Health Care Quality Assurance , Vol 13, No 2, February 2000, pp. 74-79.
- Rose R., Uli J., Abdul M. & NG K., (2004), "Hospital Service Quality: a Managerial Challenge", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 17, No 3, pp. 146-159. .

- Rose R., Uli J., Abdul M. & NG K., (2004), "Hospital Service Quality: a Managerial Challenge", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 17, No 3, pp. 146-159.
- Saltman, R. Saltman, R. B. & Figueras J. & Figueras J. & Figueras J. (1997). *European Health Care Reform. Analysis of current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No 72.
- Siew C.H.R., Yang J.B. and Dale B.G. (2001). A new modeling framework for organizational self-assessment: development and application, *Quality Management Journal*, Vol. 8, No. 4, pp. 34-47.
- Scottish Executive Health Department Scottish Executive Health Department ish Executive Health Department (1999). *Fair shares for all: report of the National Review of Resource Allocation for the NHS in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
- Shield, Shield,R. (2002). *Hospital mergers and psychological contracts: Developing a critical realist research approach*. Manchester Metropolitan University Business School, Working Paper Series (online). Human Resources Research Group.
- Sidney Ortun Flament (2012). *Sidney Ortun Flament Review of a Seminal Article in Health Promotion*. Health Promotion Connection.
- Sissouras, A., Karokis, A. & Sissouras, A., Karokis, A. & Mossialos, E. Mossialos, E. Mossialos, E. (1994). *Greece*. In OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: OECD.
- Smith,P. &Goddard Goddard Goddard,M. *The English National Health Service: An economic health check*. OECD Economics Department Working papers No. 716.
- Starfield, Starfield, B. (2001). *New paradigms for quality in primary care*. *British Journal of General Practice*, 51, pp.303-09.
- Stirling, Stirling,A.M., Wilson , Wilson , Wilson, P. &McConnachie McConnachie McConnachie,A. (2001). *Deprivation, psychological distress, andconsultation length in general practice*. *British Journal of General Practice*, 51, pp.456-60.
- Stretton, H. & Orchard, L. (1994). *Stretton, H. & Orchard, L. Public Goods, Public Enterprise, Public Choice*. London: Macmillan Press.
- Shi,L. (1996). *Patient and Hospital Characteristics associated with Average Length of Stay*. *Health Care Management Review*, 21(2), pp. 46-61.
- Sutton M., (2002) «Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland», *Health Economics*, 11 (6), 537-549
- West P., (1991) «Rethinking the health selection explanation for health inequalities», *Social Science and Medicine*, 32 (4), 373-384
- Westbook, J. 1993, 'Patient satisfaction: methodological issues and research findings', *Australian Health Review*, 16:75-88
- Westbrook, R. & Oliver, R. 1991, 'The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction', *Journal of Consumer Research*, 18:84-91
- Whitehead M. (1992) «The Concepts and Principles of Equity and Health», *International Journal of Health Services*, 22 (3), 429-445

- World Health Organization (2001) «Poverty and Health-Evidence and Action in WHO's European Region», Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2009) «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yasin, M. et al 1999, 'Managing the Quality effort in a health care setting: an application', Health Care Management Review, (24)1:45-56
- Young, W., Minnick, A. & Marcantonio, R. 1996, 'How wide is the gap in defining quality care? Comparison of patient and nurse perceptions of important aspects of patient care', Journal of Nursing Administration, 26:15-20
- Youssef, F. 1996, 'Health care quality in NHS hospitals', International Journal of Health Care Quality Assurance, (9)1:15-28
- Zar, J. 1999, Biostatistical Analysis, Prentice Hall, Forth Edition
- Zastowny, T. et al 1989, 'Patient satisfaction and the use of health services- Explorations in causality', Medical Care, 27:705-23
- Zastowny, T. & Fox, M. 1995, et al, 'Patient satisfaction and experience with health services and quality of care', Quality Management in Health Care, 3:50-61
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. 1990, Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectations, The Free Press, London

## **ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ - ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ:**

- Ναυτεμπορική ☐
- Ισοτιμία ☐

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

<https://healthatlas.gov.gr/HealthCareStats/#!/reports/05001>

<https://health-inequalities.eu/el/action/research-on-health-inequalities/>

<http://www.katioua.gr/apopseis/i-stili-tou-anagnosti/to-montelo-ygeias-semashko-ta-oneira-ton-kommouniston-de-svinoun/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953696001839>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1679935/>

<https://healthatlas.gov.gr/HealthCareStats/#!/reports/05001>

<https://hope.be/documents-library/>

<https://www.euro.who.int/en/health-topics>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου «*Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΒΟΙΩΤΙΑΣ*» θα χρησιμοποιηθούν για τη σύνταξη διπλωματικής εργασίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές. Παρακαλώ απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.

### **Α Ενότητα: Κοινωνικοοικονομικά- Δημογραφικά Στοιχεία**

#### **1. Ποιο είναι το φύλο σας;**

Άνδρας

Γυναίκα

#### **2. Ποια είναι η ηλικία σας;**

18-29

30-39

40-49

50-59

60-60

Άνω των 70

#### **3. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο σπουδών σας;**

Απολυτήριο Δημοτικού

Απολυτήριο Γυμνασίου

Απολυτήριο Λυκείου

Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού

#### **4. Ποια είναι η απασχόλησή σας;**

Εργαζόμενος

Φοιτητής

Άνεργος

Συνταξιούχος

**5. Ποιο επάγγελμα ασκείτε ή ασκούσατε όταν είχατε απασχόληση:**

Αυτοαπασχολούμενος

Υπάλληλος (Δημόσιος Ή Ιδιωτικός Τομέας)

Αγρότης

Εργάτης

Οικιακά

**6. Ποιο το συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας;**

Μέχρι 500 ευρώ

501-1000 ευρώ

1001-1500 ευρώ

1501-2000 ευρώ

2001-3000 ευρώ

3000 ευρώ κι άνω

**7. Ο τόπος κατοικίας σας είναι:**

Αστικός

Ημιαστικός

Αγροτικός

**8. Πόσο απέχει ο τόπος της μόνιμης κατοικίας σας από την πιο κοντινή δομή παροχής δημόσιας υγείας;**

Λιγότερο από 5 χλμ

5χλμ-10 χλμ

11 χλμ-15 χλμ

15 χλμ κι άνω

**9. Πόσο απέχει ο τόπος της μόνιμης κατοικίας σας από την πιο κοντινή δομή παροχής ιδιωτικής υγείας;**

Λιγότερο από 5 χλμ

5χλμ-10 χλμ

11 χλμ-15 χλμ

15 χλμ κι άνω

**10. Σε ποιο Δήμο ανήκετε;**

Δήμος Θηβαίων

Δήμος Τανάγρας

Δήμος Αλιάρτου-Θεσπιέων

Δήμος Λεβαδέων

Δήμος Διστόμου-Αράχωβας

Δήμος Ορχομενού

**Β ενότητα: Είδος Περίθαλψης**

**11. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;**

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

Πολύ κακή

**12. Τι είδους περίθαλψη χρησιμοποιείτε;**

Δημόσια

Ιδιωτική

**13. Ποιο νοσοκομείο προτιμάτε κυρίως;**

Γενικό Νοσοκομείο Θήβας

Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς

Κέντρο Υγείας/Περιφερειακό Ιατρείο

Ιδιωτικό Νοσοκομείο/Ιδιώτης Ιατρός

**14.Τι είδους ασφάλεια έχετε;**

Μόνο δημόσια

Ιδιωτική ΕΦΚΑ (ΟΓΑ,ΙΚΑ κλπ)

Άλλη ιδιωτική (Interamerican)

Ανασφάλιστος

**Γ Ενότητα: Βαθμός Ικανοποίησης Από Τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες**

**15.Η υπηρεσία ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ που συναντάτε στην είσοδο του νοσοκομείου σας βοηθά;**

Ναι

Όχι

**16.Πόσος είναι ο χρόνος αναμονής σας στην ουρά για τις γραφειοκρατικές διαδικασίες;**

0-5 λεπτά

5-15 λεπτά

15-30 λεπτά

31-60 λεπτά

Πάνω από μια ώρα

**17.Τον τελευταίο καιρό αντιμετωπίσατε δυσκολίες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας;**

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ



**18.Οι δυσκολίες στην υγεία και πρόσβαση σχετίζονται με:**

Δεν γνώριζα που να απευθυνθώ

Μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού

Αδυναμία καταβολής κόστους εξετάσεων/θεραπείας

Δεν γνώριζα αν το ταμείο μου θα μπορούσε να καλύψει τα έξοδα

**19.Πόσο καιρό περιμένετε συνήθως για κάποια εξέταση με ραντεβού; (λίστες αναμονής σε δημόσιο νοσοκομείο/κέντρο υγείας)**

1-5 ημέρες

5-10 ημέρες

Πάνω από 10 ημέρες

**Απαντήστε στις παρακάτω προτάσεις:**

**20.Σε περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων σοβαρών θεμάτων υγείας οι παρεχόμενες υπηρεσίες εξαρτώνται από το ύψος του φιλοδωρήματος.**

Ναι

Όχι

**21.Ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι άλλος ένας τομέας όπου το «μέσον» παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερη εξυπηρέτηση.**

Ναι

Όχι

**22.Είναι επαρκές το προσωπικό στη Δημόσια Υγεία;**

Ναι

Όχι

**23.Στις 10 επισκέψεις σε γιατρό οι περισσότερες γίνονται σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο;**

Ναι

Όχι

**Τι από τα παρακάτω είναι σημαντικά για εσάς;**

**24.Ευγένεια όλων των υπαλλήλων στις υγειονομικές δομές**

Ναι

Όχι

**25.Γρηγορότερη εξυπηρέτηση στις γραφειοκρατικές διαδικασίες**

Ναι

Όχι

**26.Προσφερόμενες υπηρεσίες καθαριότητας στους χώρους του νοσοκομείου**

Ναι

Όχι

**Αξιολογήστε τις παρακάτω προτάσεις από το 1 έως το 5**

**(1=πολύ κακή,2= κακή,3=μέτρια,4=καλή,5=πολύ καλή)**

**27.Καθαριότητα στα δημόσια νοσοκομεία**

1    2    3    4    5

**28.Καθαριότητα στα ιδιωτικά ιατρεία**

1    2    3    4    5

**29.Γενικότερη εξυπηρέτηση στα ιδιωτικά ιατρεία**

1    2    3    4    5

**30.Γενικότερη εξυπηρέτηση στα δημόσια νοσοκομεία**

1    2    3    4    5

**31.Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία**

1    2    3    4    5

**32.Ικανότητες, Γνώσεις, Εμπειρία ιατρών στα ιδιωτικά ιατρεία**

1 2 3 4 5

**33.Ικανοποίηση των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία ως προς την λύση του προβλήματος υγείας τους**

1 2 3 4 5

**34.Ικανοποίηση των ασθενών από τα ιδιωτικά ιατρεία ως προς την λύση του προβλήματος υγείας τους**

1 2 3 4 5

**35.Τι εικόνα έχετε για το Γενικό Νοσοκομείο Θήβας;**

1 2 3 4 5

**36.Τι εικόνα έχετε για το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς;**

1 2 3 4 5

**37.Τι εικόνα έχετε για τον Ιδιωτικό Τομέα Υγείας της περιοχής σας;**

1 2 3 4 5

**Ποιο από τα παρακάτω θα σας έκανε να καταφύγετε σε ιδιωτικά νοσοκομεία παρά το τίμημα του υψηλού κόστους που θα συναντήσετε εκεί;**

**38.Οι χώροι είναι καθαροί και πιο ευχάριστοι**

Ναι

Όχι

**39.Τα ιδιωτικά έχουν καλύτερους ιατρούς από τα δημόσια νοσοκομεία**

Ναι

Όχι

**40.Εμπνέουν μεγαλύτερη ασφάλεια**

Ναι

Όχι

**41.Έχουν πιο σύγχρονα τεχνολογικά μηχανήματα**

Ναι

Όχι

**42.Εξυπηρετούν γρηγορότερα**

Ναι

Όχι

**43.Διαθέτουν καλύτερα καταρτισμένο προσωπικό**

Ναι

Όχι

**Τέλος ερωτηματολογίου**

**44.Γνωρίζεται τι είναι η τηλεϊατρική;**

Ναι

Όχι

**45.Την έχετε χρησιμοποιήσει;**

Ναι

Όχι

**46.Τελικά στην υγεία επικρατεί η δύναμη "το φακέλακι του  
ιατρού";**

Ναι

Όχι

*Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας*