



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

**Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για
ζήτηση δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης
στις περιφέρειες Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας.**

Σεμερτζιάδη Μαρία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Υπεύθυνη
Όλγα Χρ. Σίσκου
ΠΔ 407/80**

Λαμία, 2010

**Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για ζήτηση
δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στις περιφέρειες
Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας.**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για ζήτηση δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στις περιφέρειες Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας.

Σεμερτζιάδη Μαρία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Υπεύθυνη
Όλγα Χρ. Σίσκου
ΠΔ 407/80**

Λαμία, 2010

[2]

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT	8
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	13
Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
1.1 Οριοθέτηση των υπηρεσιών υγείας.....	13
1.2 Η έννοια της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.....	14
1.3 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας.....	18
1.4 Η σύγκλιση πραγματικής ανάγκης και ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	23
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	23
2.1 Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες.....	23
2.2 Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	28
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
3.1 Η ανάγκη μετεξέλιξης των συστημάτων υγείας.....	28
3.2 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.....	29
3.3 Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα.....	34
3.3.1 Οι δαπάνες υγείας που καταβάλλονται από τα νοικοκυριά και την κοινωνική ασφάλιση ανά τομέα φροντίδας.....	35
3.3.2 Οι δυσκολίες πρόσβασης των χρηστών στο σύστημα υγείας λόγω οικονομικών παραγόντων.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	41
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	41
4.1 Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας.....	41
4.2 Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας.	42
4.3 Περιγραφή των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται.....	45
4.3.1 Ο συντελεστής Cronbach's Alpha (Cronbach's Alpha Reliability).....	45
4.3.2 Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων.....	46
4.4 Η περιγραφή του ερωτηματολογίου.....	48
4.5 Οι παραδοχές και οι περιορισμοί της έρευνας.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	50
5.1 Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	50
5.2 Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και τους παράγοντες που επηρέασαν την επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο / ιδιωτικό) και την ικανοποίηση από το νοσοκομείο.....	54
5.3 Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.....	65
5.3.1 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου.....	66
5.3.2 Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους.....	74
5.3.3 Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης.....	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
6.1 Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων της παρούσας μελέτης.....	84
6.1.1 Οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του δημόσιου έναντι του ιδιωτικού νοσοκομείου.....	85
6.1.2 Η ικανοποίηση των ασθενών από το δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο.....	91
6.2 Συμπερασματικά σχόλια και προτάσεις	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	118

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά το έβδομο εξάμηνο σπουδών μου στο Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στην Βιοϊατρική ήρθα για πρώτη φορά σε επαφή με το μάθημα Οργάνωση και Διοίκηση Συστημάτων Υγείας. Με την ανακοίνωση των υποψήφιων θεμάτων για την εκπόνηση διπλωματικών εργασιών, το ενδιαφέρον μου εστιάστηκε στην εργασία, η οποία είχε τον τίτλο: « Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για ζήτηση δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στις περιφέρειες Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας ».

Θεώρησα ότι ήταν ένα αξιόλογο θέμα που συνδύαζε την οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας με κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα της σύγχρονης εποχής. Σκέφτηκα ότι θα μπορούσαν να φανούν προβλήματα στη διάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας καθώς και ο τυχόν κοινωνικός αποκλεισμός και ελλειμματική προσπέλαση προς τις υπηρεσίες υγείας. Συνάντησα την διδάσκουσα του μαθήματος και προσπάθησα να της μεταβιβάσω το ενδιαφέρον μου για τη συγκεκριμένη εργασία. Έτσι ανέλαβα την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας και μαζί με την κα. Σίσκου, η οποία διαρκώς με ενθάρρυνε και βοηθούσε, ολοκληρώθηκε η παρούσα εργασία.

Ελπίζουμε ότι στο μέλλον θα μπορέσει να φανεί χρήσιμη, ως πηγή μελέτης, τόσο σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου, όσο και στη πολιτική ηγεσία του τομέα υγείας στην Ελλάδα.

Θα ήθελα σε αυτό το σημείο, να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα διδάσκουσα μου Όλγα Χρ. Σίσκου για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε δίνοντας μου τη δυνατότητα να εκπονήσω την πτυχιακή μου εργασία στον επιστημονικό τομέα που επιθυμούσα, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε και την διάθεσή της να με καθοδηγήσει και να με ενδυναμώσει. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στις Διοικήσεις, τους υπαλλήλους αλλά και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, οι οποίοι βοήθησαν παρέχοντας μου πρόσβαση σε απαραίτητους για την έρευνα οργανισμούς αλλά και για την υποστήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και όλους τους ασθενείς που διέθεσαν ένα μέρος του χρόνου τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τους φίλους μου, οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν όλο αυτό τον καιρό και την οικογένειά μου για την ηθική και οικονομική συμπαράσταση όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παρά την θεωρητικά καθολική κάλυψη του πληθυσμού από το δημόσιο σύστημα και των θεσμοθετημένων σε χαμηλά επίπεδα ποσοστών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας καταγράφεται στην Ελλάδα. Οι πληρωμές αυτές πραγματοποιούνται από τους πολίτες, προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες, από εκείνες που προσφέρει ο δημόσιος τομέας υγείας.

Αντικείμενο: Απώτερος σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η ανάδειξη των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση του ασθενή για ζήτηση νοσοκομειακής περίθαλψης (δημόσιας / ιδιωτικής) στις περιφέρειες της Στερεάς Ελλάδας και της Θεσσαλίας. Παράλληλα, επιχειρείται η προβολή της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή των νοσοκομειακών (δημόσιων / ιδιωτικών) υπηρεσιών.

Μεθοδολογία: Προκειμένου να αντληθούν τα απαραίτητα πρωτογενή δεδομένα έχει αναπτυχθεί ειδικό ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάη του 2009 ως τον Ιούλιο του ίδιου έτους και το δείγμα αποτελείται από 141 άτομα, άνω των 18 ετών, τα οποία είναι εξελθόντες ασθενείς από το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, καθώς και από ιδιωτικές κλινικές της Λαμίας και της Λάρισας.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιείται με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) και το αποτέλεσμα του στατιστικού μέτρου Cronbach Alpha που χρησιμοποιείται είναι 0,926, το οποίο δηλώνει ότι υπάρχει εσωτερική συνέπεια στο ερωτηματολόγιο. Για την περιγραφή των δεδομένων χρησιμοποιείται η ποσοστιαία εμφάνιση δεδομένων στο δείγμα, διάφορα κατάλληλα διαγράμματα και περιγραφικά μέτρα. Επιπλέον, για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιείται ο έλεγχος των Mann – Whitney U (μετά από τον έλεγχο των Kolmogorov – Smirnov για την κανονικότητα των δεδομένων), το χ^2 τεστ (Chi Square test) και η τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) ώστε να ερμηνευθούν οι διαφοροποιήσεις στη ζήτηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιείται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των κυριότερων ευρημάτων της εργασίας είναι και τα ακόλουθα: Οι γυναίκες και οι ασθενείς με οικονομική ευμάρεια φαίνεται ότι προτιμούν τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Οι ασθενείς που έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο τείνουν να απευθύνονται πιο συχνά στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η αποταμίευση έχει σημαντική επίδραση στην απόφαση της ζήτησης ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Από το σύνολο των

νοσηλεύομενων στο δημόσιο νοσοκομείο, το 70,4% υποστηρίζει ότι το κύριο κριτήριο της επιλογής του σχετικά με το νοσοκομείο είναι οι χαμηλές έως μηδενικές χρεώσεις της νοσηλείας (οικονομικός παράγοντας). Η πλειοψηφία των ασθενών των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων υποστηρίζει ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει με την προτροπή κάποιου γνωστού ατόμου (π.χ. ιατρού), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται στο δημόσιο τομέα, δηλώνει ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει αυθόρμητα. Μεγάλο ποσοστό ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται στα ιδιωτικά νοσοκομεία, αναφέρει ότι ο κυρίαρχος παράγοντας της επιλογής τους είναι η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών. Το ποσοστό των ασθενών που αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μεγαλύτερο στους νοσηλεύομενους στον ιδιωτικό τομέα από αυτούς που νοσηλεύονται στο δημόσιο. Από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στα ιδιωτικά νοσοκομεία, το 91,7% δηλώνει ότι θα έχει την πρόθεση επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου, σε επόμενη εισαγωγή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 72,8%.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται ότι οι ασθενείς με υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ επιλέγουν πιο συχνά υπηρεσίες από τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα. Οι νοσηλεύομενοι στο ιδιωτικό νοσηλευτήριο φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς στο δημόσιο. Ωστόσο, οι ασθενείς του δημόσιου νοσοκομείου της έρευνας δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, συγκριτικά με άλλους ασθενείς που νοσηλεύονται σε άλλα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας.

ABSTRACT

Introduction: Despite the theoretically universal coverage of the population by the public system and the low level of cost – sharing arrangements, high level of private expenditures are reported in Greece. These payments are made by citizens in order to gain access to higher quality of services, than those provided by the public health sector.

Objective: The objective of this study is to investigate factors influencing patient choice, when selecting hospital (public / private) in the regions of Central Greece and Thessaly. Furthermore, it is attempted to evaluate patients' satisfaction from hospital (public / private) services.

Methodology: The survey methodology was that of interviews with a specially designed questionnaire. The survey had extended from May 2009 until July 2009. A random sample of 141 participants, over 18 years old, discharged from the General Hospital of Lamia, and private hospitals in Lamia and Larissa was identified. The data have been computed and analyzed by the use of the statistical analysis software SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for Social Sciences). The result of the statistical measure Cronbach Alpha is 0.926, indicating that there is an internal questionnaire's consistency. The description of the survey data has been done with percentage data occurrence in the sample, appropriate charts and descriptive measures. Furthermore, the non-parametric Mann–Whitney U test (after the necessary checks for the normality of the distribution with the Kolmogorov – Smirnov test) and the χ^2 test (Chi Square test) were used to analyze the data and the logistic regression technique to explain the variations in demand for the hospital services. In all statistical analyses is used the $p < 0.05$ level of significance.

Main results: Women and patients from wealthy families seem to prefer private hospital services. Patients with high educational status tend to seek public care more often. Saving appears to have a significant positive effect on the decision to seek private hospital care. Of the total of those treated in public hospital, 70.4% reported that the main criterion of their choice of hospital was the low cost of hospitalization (economic factor). The majority of patients treated in private hospital indicated that its hospital choice was affected by someone else (e.g. doctor), while the higher percentage of patients, hospitalized in the public sector, indicated that their choice had been done spontaneously. A high percentage of patients treated in private hospital, reported that predominant factor for its choice was the high quality of

services. The percentage of patients reported satisfied with the speed of the provided services, was higher between those hospitalized in private sector than in public. Of the total patients treated in private hospitals, 91.7% reported that in case of a following hospitalization, their intention would be to choose the same hospital, while the respective percentage for patients admitted in public hospital was 72.8%.

Conclusion: It is confirmed that the patients of high socioeconomic status seek more often services from private health sector (than from public sector). Patients admitted in private hospitals seem to be more satisfied than those in the public sector. However, patients treated in the public hospital of this study reported higher level of satisfaction than patients hospitalized in other public hospitals in Greece.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

- Α.Ε.Π. : Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ε.Κ.Α.Β. : Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΛ.ΣΤΑΤ. : Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Ο.Π. : Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
Ε.Ο.Φ. : Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου
Ε.Σ.Υ. : Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α. : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ι.Ο.Β.Ε. : Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΕ.Π.Ε. : Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΚΕ.Σ.Υ. : Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Μ.Ε.Φ. : Μονάδα Εντατικής Φροντίδας
Ο.Α.Ε.Ε. : Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α. : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.ΔΙ.ΠΥ. : Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
Ο.Κ.Α. : Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
Ο.Ο.Σ.Α. : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Π.Α.Δ. : Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
ΠΕ.Σ.Υ.Π. : Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
Τ.Ε.Π. : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΥΠ.Α.Δ. : Υπηρεσία Ασφάλισης Δημοσίου
Ο.Ε.С.Д. : Organisation for Economic Co-operation and Development
W.H.O : World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μελετώντας τις δαπάνες υγείας σε εθνικό επίπεδο, καταγράφονται πολύ σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, όχι μόνο οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι μεγαλύτερες από το μέσο όρο των αντίστοιχων στις χώρες του ΟΟΣΑ, αλλά και η ποσοστιαία συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη αυτής του μέσου όρου στις χώρες του ΟΟΣΑ (Λιαρόπουλος, 2007).

Επιπρόσθετα, μελέτες της Οικονομικής της Υγείας σχετικά με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας δείχνουν ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που την επηρεάζουν. Αυτοί μπορούν να είναι δημογραφικοί όπως η ηλικία και το φύλλο, κοινωνιολογικοί όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και το είδος επαγγέλματος, οικονομικοί όπως το κόστος των υπηρεσιών υγείας και το εισόδημα, κοινωνικο-ψυχολογικοί όπως αξίες και ήθη και να σχετίζονται με τον υγειονομικό φορέα ή σύστημα (οργανωτικοί και συστηματικοί) (Τούντας, 2005).

Παρόλα αυτά, η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας δεν ακολουθεί τους κανόνες της « ελεύθερης αγοράς », καθώς η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό. Η υγεία χαρακτηρίζεται ως ανελαστικό αγαθό, δηλαδή σε μεταβολή της τιμής ή του εισοδήματος, η ζήτηση δεν μεταβάλλεται με ανάλογο τρόπο. Αυτό συμβαίνει γιατί η υγεία είναι βασικό αγαθό για τον άνθρωπο και θα έκανε τα πάντα για να ικανοποιήσει όλες τις υγειονομικές ανάγκες του. Ωστόσο, οι παράγοντες που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την απόφασή για ζήτηση υπηρεσιών υγείας και την επιλογή των χρηστών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντική και ενδιαφέρουσα η ανάλυση της ζήτησης και της καταναλωτικής συμπεριφοράς των πολιτών.

Στην παρούσα εργασία, εξετάζεται η συμπεριφορά των καταναλωτών διερευνώντας τους παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή για νοσοκομειακή περίθαλψη (η οποία θεωρητικά καλύπτει περισσότερο επιτακτικές ανάγκες υγείας σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Για παράδειγμα, εξετάζεται αν ο κύριος λόγος επιλογής του δημόσιου νοσοκομείου είναι το χαμηλό εισόδημα, αν η δυσαρέσκεια της παροχής υπηρεσιών του δημόσιου νοσοκομείου οδηγεί στην επιλογή του ιδιωτικού, αν το υψηλό κόστος των υπηρεσιών από το ιδιωτικό νοσοκομείο οδηγεί στην επιλογή του δημόσιου κ.ά.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται ο βαθμός της ικανοποίησης των ερωτώμενων μετά τη νοσηλεία τους στο δημόσιο ή το ιδιωτικό νοσοκομείο από την ποιότητα της παρεχόμενης

φροντίδας. Οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα αυτή σύμφωνα με το βαθμό που οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στα κριτήριά τους από τη στιγμή που εισάγονται ως τη στιγμή που εξέρχονται από το νοσοκομείο. Μερικά από αυτά τα κριτήρια είναι η επάρκεια του (ιατρικού και νοσηλευτικού) προσωπικού, η ποιότητα της ξενοδοχειακής υποδομής, η ευκολία της πρόσβασης προς τις υπηρεσίες υγείας κ.ά.

Για τη συλλογή των δεδομένων αναπτύσσεται ειδικό ερωτηματολόγιο και χρησιμοποιείται η διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων. Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιείται με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS και η ανάλυσή τους πραγματοποιείται με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, καθώς και με το τεστ των Kolmogorov – Smirnov, τον έλεγχο των Mann – Whitney U, το χ^2 (Chi Square) τεστ και την τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression), θεωρώντας εξαρτημένο παράγοντα (μεταβλητή) της έρευνας το είδος του νοσοκομείου που επιλέγει ο ασθενής.

Στο πρώτο κεφάλαιο καθορίζεται η έννοια των υπηρεσιών υγείας και η έννοια της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας. Αναλύεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και περιγράφονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες που αφορούν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της πραγματικής ανάγκης και ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση εμπειρικών μελετών για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες.

Στο τρίτο κεφάλαιο, μέσα από μια ιστορική αναδρομή, περιγράφεται η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας και των δαπανών υγείας στην Ελλάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας, περιγράφοντας το στόχο της, το δείγμα και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται, το ερωτηματολόγιο και τους περιορισμούς που προκύπτουν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αλλά και τους παράγοντες που συντελούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, στο κεφάλαιο της συζήτησης συνοψίζονται οι σημαντικότερες παρατηρήσεις και τα αποτελέσματα της εργασίας, συγκριτικά με τα αποτελέσματα και άλλων ανάλογων μελετών που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία. Στα παραρτήματα παρατίθενται το ερωτηματολόγιο, οι υποθέσεις που ελέγχονται, όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα τεστ που χρησιμοποιούνται και τα αποτελέσματά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οριοθέτηση των υπηρεσιών υγείας.

Στο πρώτο μέρος του κεφαλαίου και πριν την παρουσίαση των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για ζήτηση δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης κρίνεται σκόπιμη η οριοθέτηση του υγειονομικού τομέα ώστε να γίνει κατανοητή η φύση του αγαθού της υγείας.

Παλαιότερες θεωρίες ορίζουν την « υγεία » ως απουσία κάποιου νοσήματος, ασθένειας ή αρρώστιας ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1983), « *η υγεία είναι όχι μόνο η έλλειψη νοσήματος, ασθένειας ή αρρώστιας αλλά η κατάσταση της πλήρους σωματικής και ψυχικής ευεξίας* ». Είναι προφανές ότι οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται μόνο στα νοσηλευτήρια. Δηλαδή, κάποιος ασθενής ίσως να μη χρειάζεται την περίθαλψη που προσφέρει κάποιο νοσηλευτήριο, αλλά κάποιο άλλο είδος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο όρος υπηρεσίες υγείας προσδιορίζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, κ.τ.λ.) μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο, στο οποίο ρυθμίζεται η παραγωγή και η διανομή αυτών των υπηρεσιών ώστε να καλυφθούν οι ιατρικές ανάγκες (Κυριόπουλος, 1985). Στο ευρύ φάσμα των υπηρεσιών υγείας ανήκουν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (όπως σε περιπτώσεις χρόνιας νόσου), οι θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως είναι η ψυχιατρική φροντίδα και οι κατ' οίκον υπηρεσίες, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (ΕΚΑΒ, κλινικά ή απεικονιστικά εργαστήρια κ.ά.), οι ανακουφιστικές υπηρεσίες σε ασθενείς τελικού σταδίου, τα υγειονομικά αγαθά που μπορούν να προμηθευτούν οι εξωτερικοί ασθενείς, όπως τα φάρμακα και ο θεραπευτικός εξοπλισμός και οι υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας, αν θεωρηθεί ως κριτήριο διαχωρισμού οι παραγόμενες υπηρεσίες, μπορούν να ταξινομηθούν σε ιδρυματικές (νοσοκομειακές) και εξωνοσοκομειακές. Η εργασία εκπονείται στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία κατέχει κεντρική θέση στο σύστημα υγείας, αποτελεί μορφή « κλειστής περίθαλψης » και έχει ως σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας αποτελούν την « ανοικτή περίθαλψη » και έχουν ως σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση ώστε να περιορίζεται η καταφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επομένως, φαίνεται ότι κυρίαρχες έννοιες στο σχεδιασμό και τη λειτουργία της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι οι έννοιες της ζήτησης και της ανάγκης για τις υπηρεσίες υγείας.

1.2 Η έννοια της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναλύονται οι έννοιες της ζήτησης και της ανάγκης στις υπηρεσίες υγείας, συνδυάζοντας τις ιδιομορφίες που υπάρχουν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας και τα χαρακτηριστικά που την επηρεάζουν.

Με τον όρο ζήτηση υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται όχι μόνο η ανάγκη ή η επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας αλλά γενικότερα η αναζήτηση των υπηρεσιών αυτών. Είναι η υλοποίηση της απόφασης να χρησιμοποιηθούν οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτειμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από ένα μεγάλο φάσμα παραγόντων, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το επάγγελμα, ο τόπος κατοικίας και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 1999).

Η γενική μορφή, την οποία μπορεί να πάρει η συνάρτηση της ζήτησης είναι η εξής:

$$D = f \{ I, P, L \}$$

όπου D είναι η ζήτηση για ένα συγκεκριμένο αγαθό ή υπηρεσία υγείας, I είναι το εισόδημα του καταναλωτή, P είναι οι τιμές που επικρατούν στην αγορά και L η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του καταναλωτή - ασθενή (Σουλιώτης, 2000), την οποία συνήθως δεν μπορεί να εκτιμήσει απολύτως αντικειμενικά ο ίδιος ο ασθενής. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας που δρουν ως εκπρόσωποι των ασθενών έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν τη ζήτηση προς τις υπηρεσίες υγείας, καθιερώνοντας κάποιες υποχρεωτικές διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα, ο γιατρός λόγω της περιορισμένης γνώσης του ίδιου του ασθενή για την ιατρική του περίθαλψη, αποφασίζει εκείνος ποιο προϊόν ή υπηρεσία θα ζητηθεί, τότε θα καταναλωθεί και σε ποια ποσότητα, δηλαδή καθορίζει την καταναλωτική συμπεριφορά του ασθενή (Beomssoo, 2009).

Στις περιπτώσεις που ο γιατρός αμείβεται με βάση την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρει ή όταν το κόστος των υπηρεσιών καλύπτεται από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, είναι δυνατό να δημιουργηθεί προκλητή ζήτηση. Η προκλητή ζήτηση (Induced Demand) υφίσταται στην περίπτωση που ο γιατρός δεν λειτουργεί ως τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς και του παρέχει επιπλέον υπηρεσίες για οικονομικούς λόγους ή τον πείθει να αυξήσει τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών χωρίς να είναι καλά πληροφορημένος ο ασθενής, ενώ υπάρχει και η περίπτωση της ελλειπούς εκπαίδευσης του γιατρού (Τούντας, 2007).

Είναι εύκολα αντιληπτή η μεγάλη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους καταναλωτές στην πληροφόρηση σε θέματα υγείας. Λόγω της

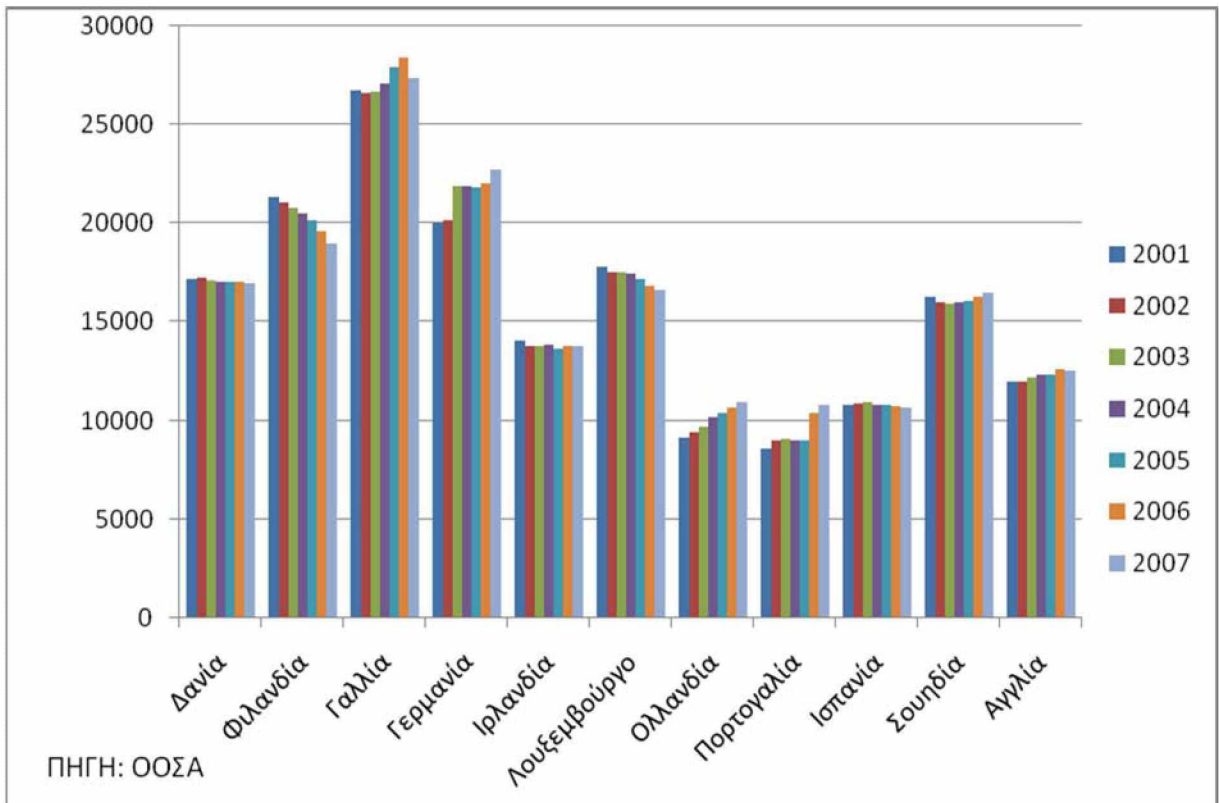
πολυπλοκότητας της ιατρικής επιστήμης, οι επαγγελματίες υγείας έχουν περισσότερες γνώσεις για την κατάσταση της υγείας των ασθενών, των εναλλακτικών θεραπειών που υπάρχουν, της αποτελεσματικότητάς τους και των πιθανών παρενεργειών τους (Μπέσης, 1993).

Σε μια προσπάθεια αναθεώρησης της έννοιας της προκλητής ζήτησης εξετάζεται η αποτελεσματικότητα των ιατρικών υπηρεσιών, ως ένας άλλος παράγοντας εκτός από την αντιπροσώπευση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας. Μελετάται αν ο ασθενής θα επέλεγε την ιατρική παρέμβαση εφόσον ήταν άριστα πληροφορημένος και αν αυτή είχε θετικό αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας του (Labelle et al., 1994).

Είναι φανερό ότι, όταν υπάρχει θετική επίδραση στην κατάσταση υγείας του ασθενή και το άριστα πληροφορημένο άτομο θα διάλεγε την ιατρική παρέμβαση, δεν υπάρχει προκλητή ζήτηση. Ενώ, όταν βελτιώνεται η κατάσταση υγείας του ασθενή και το άριστα πληροφορημένο άτομο δεν θα διάλεγε την ιατρική παρέμβαση, έχουμε μια μορφή αναποτελεσματικής σχέσης μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων και αξιών.

Ωστόσο στην περίπτωση που δεν βελτιώνεται ή χειροτερεύει η υγεία του ασθενή και το άριστα πληροφορημένο άτομο δεν θα επέλεγε την ιατρική παρέμβαση, πρόκειται για προκλητή ζήτηση. Ενώ όταν υπάρχει ουδέτερη ή αρνητική επίδραση στην κατάσταση υγείας του ασθενή και το άριστα πληροφορημένο άτομο θα επέλεγε την ιατρική παρέμβαση, ο επαγγελματίας υγείας είναι τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενή αλλά έχει επιλέξει αναποτελεσματική μέθοδο ή δεν είναι ενήμερος για νέες μεθόδους παρέμβασης και τεχνολογικές εξελίξεις ή παρέχει στον ασθενή μεγαλύτερη ποσότητα θεραπείας από αυτή που πρέπει.

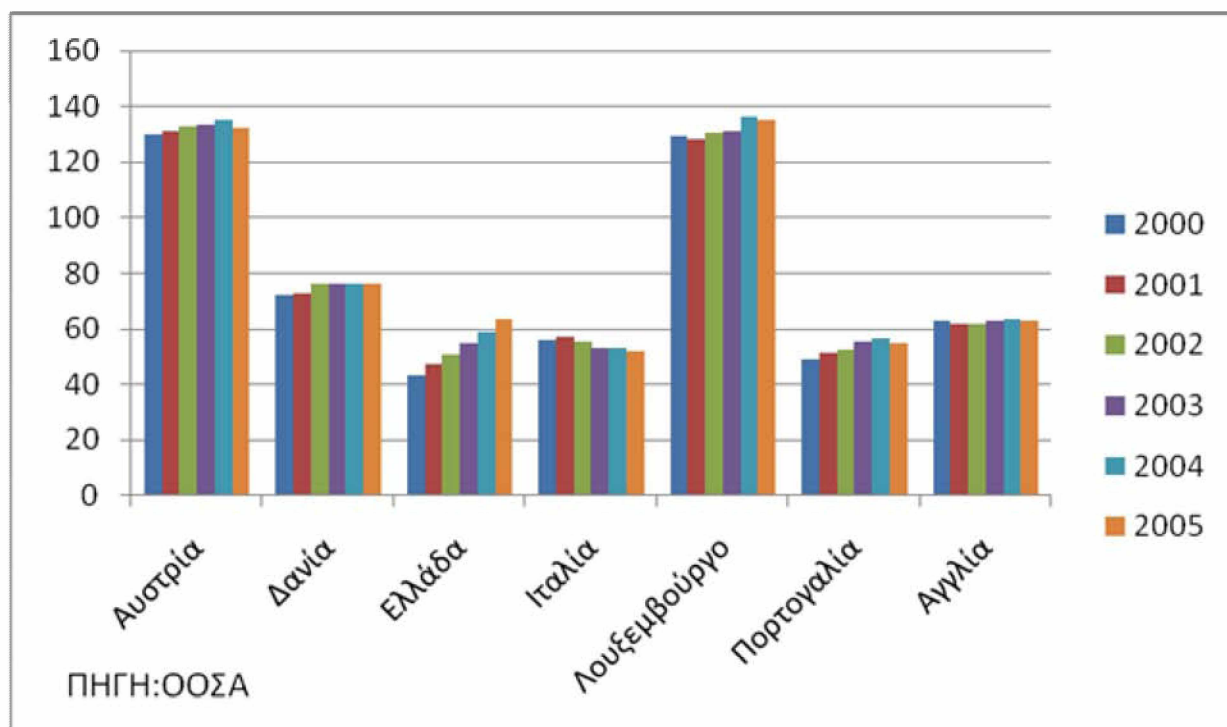
Στις Εικόνες που ακολουθούν υπάρχουν κάποια παραδείγματα που θα μπορούσαν να φανερώνουν προκλητή ζήτηση. Πιο συγκεκριμένα, η αυξημένη αναλογία χρήσης της νοσηλευτικής υποδομής σε κάποιες χώρες δεν δικαιολογείται από αντίστοιχες διαφορές στο νοσολογικό προφίλ και προφανώς πρόκειται για προκλητά αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στα παρακάτω παραδείγματα αντλούνται από τη βάση δεδομένων υγείας 2009 του ΟΟΣΑ.



Εικόνα 1.1: Ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών ανά 100.000 κατοίκους σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Εικόνα 1.1, φαίνονται μεγάλες διαφορές στην αναλογία των εξελθόντων ασθενών ανάμεσα στις χώρες. Στην περίπτωση της Σουηδίας ή του Λουξεμβούργου, οι οποίες σε σχέση με την Πορτογαλία έχουν σχεδόν διπλάσιο αριθμό εξιτηρίων ανά 100.000 πληθυσμού παρά τον παρόμοιο τρόπο καταγραφής των ασθενών στα νοσοκομεία τους, είναι πολύ πιθανό να υπάρχει το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Επιπρόσθετα, στην Εικόνα 1.2, μπορεί κάποιος να παρατηρήσει τη μεγάλη διαφορά στις χειρουργικές επεμβάσεις ανά 1.000 άτομα, ανάμεσα στην Αυστρία και σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Ιταλία. Επειδή δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ιδιομορφία στον τρόπο καταγραφής των νοσηλευομένων τους στα διάφορα νοσοκομεία, είναι μια ένδειξη για την ύπαρξη αυτού του συνηθισμένου φαινομένου.



Εικόνα 1.2: Ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Επιπρόσθετα, για την περίπτωση που το κόστος των υπηρεσιών υγείας καλύπτεται από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, δηλαδή ο καταναλωτής δεν πληρώνει στον τόπο της αγοράς του ιατρικού προϊόντος ή υπηρεσίας και το κόστος του μηδενίζεται για εκείνον, εμφανίζεται το φαινόμενο του Ηθικού κινδύνου (Moral hazard). Ο Ηθικός κίνδυνος αναφέρεται στην αλόγιστη χρήση εκ μέρους του καταναλωτή των προσφερόμενων παροχών του ασφαλιστικού συστήματος λόγω της μειωμένης τιμής αγοράς που αντιμετωπίζει κατά τη λήψη υγειονομικών υπηρεσιών (Zweifel & Manning, 2000). Τα αποτελέσματα που μπορεί να εμφανιστούν από αυτό το φαινόμενο είναι να επηρεαστεί η ζήτηση των προϊόντων ή υπηρεσιών, η μη συνετή χρήση αυτών και βέβαια τα μειωμένα κίνητρα για μείωση της ζήτησής τους.

Παρόλα αυτά, η αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας είναι δυνατό να προέρχεται από ένα σύνολο παραγόντων έξω από το σύστημα της υγείας της κάθε χώρας. Διάφοροι κοινωνικοί, οικονομικοί και άλλοι λόγοι μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την υγεία, χωρίς αυτοί να έχουν κάποια άμεση σχέση με το υγειονομικό σύστημα και τις πολιτικές υγείας που ακολουθούνται. Παρακάτω αναφέρονται κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

1.3 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία έχει απασχοληθεί εκτενώς με την αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας καθώς και τον αντίκτυπο που επιφέρει αυτή η αύξηση στους υγειονομικούς πόρους. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι η σωματική και ψυχική υγεία ενός ανθρώπου επηρεάζεται όχι μόνο από το σύστημα υγείας αλλά και από διάφορους οικονομικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Οικονόμου, 2008 / McMichael et al., 2006 / Cherkas et al., 2006 / James et al., 1997 / Turner, 1995). Δηλαδή, η απασχόληση, το εργασιακό περιβάλλον, η διατροφή, οι κλιματικές αλλαγές, η κατοικία και άλλοι λόγοι που βρίσκονται εκτός του πλαισίου του υγειονομικού συστήματος συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην υγεία του ατόμου και επομένως επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επομένως, η συνάρτηση της ζήτησης μπορεί να πάρει την εξής μορφή:

$$D = f \{ P_A, P_O, Ins, T, Y, HS, Age, Ed, L-S \}$$

όπου D είναι η ζήτηση για ένα συγκεκριμένο αγαθό ή υπηρεσία υγείας, P_A είναι η τιμή αυτού του αγαθού ή της υπηρεσίας, P_O είναι οι τιμές άλλων αγαθών και υπηρεσιών, Ins είναι ο η ασφαλιστική κάλυψη του καταναλωτή, T είναι ο χρόνος πρόσβασης στο συγκεκριμένο αγαθό ή την υπηρεσία, Y είναι το εισόδημα του καταναλωτή, HS είναι το επίπεδο της κατάστασης υγείας του καταναλωτή, Age είναι η ηλικία του καταναλωτή, Ed είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του καταναλωτή και L-S είναι ο τρόπος ζωής του (Υφαντόπουλος, 2006).

Το νέο επιδημιολογικό πρότυπο, οι αλλαγές και οι νέες ανάγκες επηρεάζουν την ένταση χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε μεγάλο βαθμό (Κυριόπουλος, 2009 / Χαρίσης, 1999). Πιο συγκεκριμένα, οι δημογραφικές μεταβολές δείχνουν ότι ο αριθμός των γεννήσεων έχει μειωθεί ενώ το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί, με αποτέλεσμα την αύξηση των ηλικιωμένων και την αύξηση του δείκτη γήρανσης του πληθυσμού. Αυτή η πληθυσμιακή γήρανση συνεπάγεται μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που τις καλύπτουν (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000), συνήθως εξαιτίας χρόνιων παθήσεων (Vladeck & Firman, 1983). Επίσης, υπάρχουν τεράστιες αλλαγές στον τεχνολογικό τομέα, χάρη στις οποίες τα συστήματα υγείας έχουν πολλές δυνατότητες. Η καλύτερη διάγνωση, οι νέες μορφές χειρουργικής, η γενετική, η ανάπτυξη των φαρμακευτικών εταιρειών κλπ. φέρουν αλλαγές στη νοσηρότητα όπου πολλές χρόνιες ασθένειες μπορούν να αντιμετωπισθούν πλέον (πλήρως ή μερικώς) με συνεχή παρακολούθηση του ασθενή.

Επιπροσθέτως, αν και τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει καλύτερη ενημέρωση σε θέματα υγείας και καταγράφονται καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, το ποσοστό των επιβλαβών συνηθειών (καπνίσματος, παχυσαρκίας, αλκοολισμού και άλλων εξαρτήσεων) έχει αυξηθεί. Ο ποιοτικότερος τρόπος ζωής οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα άτομα διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, κερδίζοντας μεγαλύτερο εισόδημα και συνεπώς έχουν περισσότερες δυνατότητες να καταναλώσουν υπηρεσίες υγείας, έχουν περισσότερη γνώση σε θέματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους και ενδιαφέρονται περισσότερο για τη βελτίωση του βιωτικού τους επιπέδου. Όμως, εξαιτίας αυτής της αύξησης του εισοδήματος, οι κακές και επιβλαβείς για τον οργανισμό συνήθειες είναι πιο εύκολο να εισβάλλουν στη ζωή κάποιου ατόμου με τα γνωστά επακόλουθα και επομένως την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2008).

Χωρίς αμφιβολία ο νέος τρόπος ζωής, επιβάλλει γρήγορους ρυθμούς και επεκτείνει τις ανάγκες των ανθρώπων αλλάζοντας τους τρόπους εργασίας, επικοινωνίας και μεταφοράς. Η διατροφή και ο ελεύθερος χρόνος επηρεάζονται και γενικά τα τελευταία έτη τα άτομα υποφέρουν από αυξημένα επίπεδα άγχους και ψυχολογική πίεση. Όλα αυτά είναι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και αναμένεται αυξημένη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας καθώς η αστικοποίηση είναι φαινόμενο του αιώνα μας.

Παράγοντες που θα μπορούσαν, επίσης, να επηρεάζουν τη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών είναι ο χρόνος αναμονής για την κατανάλωση αυτών των υπηρεσιών, η γεωγραφική θέση των φορέων που τις παρέχουν, η φήμη και γενικά η εικόνα που εμφανίζει κάθε φορέας για αυτές τις υπηρεσίες. Δηλαδή, παίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο ο χρόνος αναμονής για εισαγωγή του ασθενή και ο χρόνος πρόσβασης στο χώρο κατανάλωσης των υπηρεσιών (Isroliwala et al., 2004), δεδομένου ότι οι υπηρεσίες είναι απαραίτητο να είναι προσβάσιμες από όλο τον πληθυσμό, αλλά και το κίνητρο που μπορεί να δώσει για παράδειγμα ένα νοσοκομείο στους πολίτες για να το επιλέξουν, παρουσιάζοντας τα ποιοτικά του χαρακτηριστικά (Wubker et al., 2008).

Συμπληρωματικά, προκύπτει από μελέτες ότι οι ασθενείς έχουν ως βασικό κριτήριο ή παράγοντα επιλογής τη σύσταση του νοσοκομείου από κάποιον ειδικό (Lako & Rosenau, 2008) και δείχνουν ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα και χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν την εμπειρία που αποκτούν από το κάθε νοσοκομείο. Μερικοί ενδιαφέρονται για τα ποσοστά των επανεισαγωγών, δηλαδή την συχνότητα των προηγούμενων εισαγωγών σε κάποιο νοσοκομείο, ενώ άλλοι παράγοντες επιλογής νοσοκομείου είναι το επίπεδο του πόνου που βίωσαν, η προηγούμενη εμπειρία που είχαν και ο βαθμός της αποκατάστασης της υγείας τους (Isroliwala et al., 2004).

Σχετικά με την εικόνα και τη φήμη του νοσοκομείου, υπάρχουν επιπλέον κάποια κριτήρια αξιολόγησης από τους νοσηλευόμενους, με τα οποία βαθμολογούν τις υπηρεσίες που παρέχει ο υγειονομικός φορέας. Τα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την ικανοποίησή τους και καθορίζουν την επόμενη επιλογή τους στη χρήση ιατρικής φροντίδας, καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου που θα προωθήσουν στους άλλους πολίτες. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς αξιολογούν την επάρκεια και την ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρώπινων πόρων, τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών και τις ίδιες τις υγειονομικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν, ώστε να δημιουργήσουν μια ολοκληρωμένη γνώμη για τη μονάδα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη ζήτηση των υπηρεσιών αυτής της μονάδας (Saeed, 1998).

Όσον αφορά το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται πως οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας (Bertakis et al., 2004), όπως και οι ανύπαντροι, οι χωρισμένοι και οι χήροι, αφού εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά χρόνιων ασθενειών (Healthier World, 2009).

Όπως έχει προαναφερθεί, οι τιμές των υπηρεσιών υγείας δεν προκαλούν μεταβολή στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας καθώς η υγεία παρουσιάζει ανελαστική ζήτηση ως προϊόν. Ωστόσο, η ασφαλιστική κάλυψη που είναι άμεσα συνδεδεμένη με το επίπεδο του εισοδήματος μπορεί να φέρει διαφοροποιήσεις στη ζήτηση αυτών των υπηρεσιών με το φόβο της πρόκλησης του ηθικού κινδύνου.

Γενικά, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας μπορούν να καταταγούν στις εξής πέντε κατηγορίες (Τούντας, 2005) :

- α) δημογραφικοί, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση,
- β) επιδημιολογικοί, όπως είναι το επιβαρημένο κληρονομικό ή ατομικό ιστορικό,
- γ) κοινωνικοί, όπως είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, η απασχόληση,
- δ) οικονομικοί, όπως είναι το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη,
- ε) και οι παράγοντες που σχετίζονται με χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Είναι βέβαιο ότι η ζήτηση για τις ιατρικές υπηρεσίες καθορίζεται από την επιθυμία του κάθε ατόμου για καλύτερη υγεία. Οι επιθυμίες, αφού γνωστοποιηθούν σε κάποιον επαγγελματία υγείας και κριθούν από αυτόν, μετατρέπονται σε ανάγκες. Όμως κάποιες από τις ανάγκες αυτές μπορούν να είναι ανεξάρτητες από τις επιθυμίες των ατόμων και μόνο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τις προσδιορίσουν. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι οι επιθυμίες και οι ανάγκες ίσως να μη συμπίπτουν εξαιτίας των διαφορετικών κριτηρίων που θέτουν αντίστοιχα τα άτομα και οι επαγγελματίες υγείας. Παρακάτω παρουσιάζεται η έννοια της ανάγκης και η σύνθετη σχέση της με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

1.4 Η σύγκλιση πραγματικής ανάγκης και ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Οι δυο πρώτες διαφορετικές προσεγγίσεις που αφορούν την ανάγκη για τις υγειονομικές υπηρεσίες είναι από τη μια μεριά η άποψη των ρομαντικών. Αυτοί εκτιμούν ότι ανάγκη είναι οποιαδήποτε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και οποιοδήποτε πρόβλημα στην υγεία των ατόμων, τα οποία χρήζουν άμεσης βοήθειας, χωρίς να υπολογίζουν τους υπάρχοντες (περιορισμένους) πόρους των υπηρεσιών υγείας και θεωρώντας ότι το σύστημα υγείας παρέχει άφθονα και δίκαια τους υγειονομικούς του πόρους σε όποιον τους χρειάζεται (Donabedian, 1973). Από την άλλη πλευρά, βρίσκεται η άποψη των ρεαλιστών, οι οποίοι θεωρούν ότι ανάγκη υπάρχει όταν χρησιμοποιούνται ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες έχουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία ενός ασθενή και η πρόγνωση της ασθένειας γίνεται χωρίς να καταναλωθούν υπερβολικοί υγειονομικοί πόροι (Matthew, 1971). Δηλαδή, η μία "Σχολή" επικεντρώνεται στη βεβαίωση του προβλήματος του ασθενή, χωρίς να τον ενδιαφέρει πραγματικά ο τρόπος αντιμετώπισής του, σε αντίθεση με την άλλη "Σχολή", η οποία επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος, γνωρίζοντας τους διαθέσιμους πόρους του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες (Bradshaw, 1972), η ανάγκη για ιατρική φροντίδα χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες. Η πρώτη είναι η διαπιστωμένη ανάγκη, η οποία ορίζεται από έναν ή περισσότερους επαγγελματίες υγείας όταν εξετάσουν κάποιον ασθενή και η δεύτερη είναι η συγκριτική ανάγκη, όπου κάποιος καταναλώνει τις ίδιες υπηρεσίες υγείας με κάποιον που εμφανίζει τα ίδια συμπτώματα και χαρακτηριστικά με εκείνον. Έπειτα, η τρίτη είναι η συνειδητή ή αλλιώς αισθανόμενη ανάγκη, την οποία την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής ή το πολύ κοντινό του περιβάλλον και η τελευταία ανάγκη είναι η εκφραζόμενη, η οποία είναι η αισθανόμενη ανάγκη όταν αυτή μετατρέπεται σε ζήτηση.

Από τις παραπάνω κατηγορίες, θα μπορούσε κάποιος να χωρίσει τις ανάγκες σε συνειδητοποιημένες ανάγκες, οι οποίες εκδηλώνονται μέσω της ζήτησης για ιατρική φροντίδα ή μη συνειδητοποιημένες ανάγκες, οι οποίες δεν εκδηλώνονται (Τούντας, 2005 / Τσολάκη, 2007). Συνήθως η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι αποτέλεσμα των συνηδευομένων αναγκών του ατόμου, όμως αυτό μπορεί να διαφοροποιείται είτε εξαιτίας των ατόμων με συνειδητοποιημένες ανάγκες που δεν καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας, είτε λόγω του γεγονότος ότι η ζήτηση δεν αντικατοπτρίζει ανάγκες αλλά φαινόμενα που έχουν αναλυθεί σε προηγούμενα υποκεφάλαια, όπως η προκλητή ζήτηση.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ισχύει ο νόμος του Say, ο οποίος υποστηρίζει ότι η προσφορά δημιουργεί τη ζήτησή της ή ότι η ζήτηση καθορίζεται από την προσφορά, που

σημαίνει ότι η ζήτηση δεν μπορεί να ξεπερνά την προσφορά. Επίσης, ο κάθε άνθρωπος, ο οποίος επιδιώκει όλο και περισσότερο τη βελτίωση της υγείας του, ορισμένες φορές ζητά την ιατρική φροντίδα, ενώ άλλες δεν πραγματοποιεί τις επιθυμίες του. Όταν φτάσει στους επαγγελματίες υγείας, αυτοί με τη σειρά τους κρίνουν την κατάσταση του ανθρώπου και μετατρέπουν τη θέλησή του για καλύτερη υγεία σε πραγματικές υγειονομικές ανάγκες. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις επιθυμιών που δεν μετατρέπονται σε ανάγκες και αναγκών που έχουν εντοπιστεί μόνο από τους επαγγελματίες υγείας και δεν έχει αντιληφθεί ο ίδιος ο πάσχων.

Συμπερασματικά, η ζήτηση θα μπορούσε να διαχωριστεί ως εξής: στην πρώτη κατηγορία ανήκει η φανερή ζήτηση, όπου οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ύπαρξη κάποιου προβλήματος στην υγεία τους και φανερώνουν ζήτηση προς τις υγειονομικές υπηρεσίες ενώ αντίθετα στη δεύτερη κατηγορία ανήκει η βουβή ζήτηση, όπου οι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια και ακολούθως δεν εκδηλώνεται κάποια ζήτηση ή δεν γνωρίζουν τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας για τη συγκεκριμένη ασθένεια που έχουν. Μια ακόμα κατηγορία είναι η ανικανοποίητη φανερή ζήτηση, όπου ο ασθενής ζητά υπηρεσίες υγείας οι οποίες μπορεί να μην είναι διαθέσιμες ή να είναι διαθέσιμες αλλά να μη μπορεί να τις χρησιμοποιήσει εξαιτίας της ποσοτικής τους έλλειψης ή λόγω της αδυναμίας προσέγγισής τους από τον ασθενή (Λιαρόπουλος, 2007).

Σε αυτό το κεφάλαιο, αναλύθηκε η έννοια της ζήτησης μέσα από τη συμπεριφορά των ατόμων και προσδιορίστηκαν οι παράγοντες που θα μπορούσαν να την επηρεάζουν. Είναι πολύ ενδιαφέρον να φανεί η διαφορά (αν υπάρχει) μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων χωρών στους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο κεφάλαιο αυτό, παρατίθενται διάφορες μελέτες που αφορούν τον καθορισμό των παραγόντων που επιδρούν στη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Αξιόλογο είναι το γεγονός ότι διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες για τον προσδιορισμό αυτών των παραγόντων και τα αποτελέσματά τους είναι ιδιαίτερος σημαντικά. Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σχετικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, αξιοποιήθηκαν για την "κατασκευή" του ερωτηματολογίου και τα σημαντικότερα χρησιμοποιήθηκαν στο κεφάλαιο της συζήτησης, όπου γίνεται μια σύγκριση μεταξύ αυτών και των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας.

2.1 Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες.

Μια από τις πρώτες δημοσιεύσεις που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο, η οποία είναι άξια σχολιασμού, προέρχεται από τη Σαουδική Αραβία (Saeed, 1998) και διεξάγεται σε δυο δημόσια και δυο ιδιωτικά νοσοκομεία στην περιοχή Riyadh σε δείγμα 541 ατόμων από τον Μάρτιο ως τον Μάιο του 1997, με σκοπό τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών στην επιλογή της νοσοκομειακής τους φροντίδας. Οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιου / ιδιωτικού) είναι οι διοικητικές διαδικασίες που επικρατούν στο νοσοκομείο, η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, η εικόνα του νοσοκομείου, το κόστος της θεραπείας και η υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη. Οι ασθενείς που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο καλύπτονται από κάποια μορφή ασφάλισης υγείας (κοινωνική ή/και ιδιωτική). Το ενδιαφέρον των ασθενών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο εστιάζεται περισσότερο στο κόστος της θεραπείας τους, την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται και τις εύκολες (από την πλευρά της πρόσβασης) διοικητικές υπηρεσίες. Τέλος, οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα και οι ασθενείς με σοβαρό πρόβλημα υγείας (κυρίως γυναίκες και μεγάλης ηλικίας ασθενείς) προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα για την εξυπηρέτησή τους.

Επιπρόσθετα, σε μια ακόμη μελέτη στη Σαουδική Αραβία (Al-Doghaiter et al., 2003), εξετάζονται οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου, με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτελείται από 303 άτομα, που επιλέγονται τυχαία από κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα στοιχεία που ελέγχονται είναι τα δημογραφικά (το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση, η ηλικία), η ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν (όπως η ύπαρξη σύγχρονου εξοπλισμού, εξειδικευμένοι ιατροί και η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών), η προσβασιμότητα (όπως ο χρόνος αναμονής και οι διαδικασίες εισαγωγής), οι διοικητικές υπηρεσίες (όπως το κόστος της περίθαλψης και η εντοπιότητα του νοσοκομείου), η φήμη του νοσοκομείου (όπως η προγενέστερη εμπειρία του ασθενή και η αναγνώριση από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας), το περιβάλλον του νοσοκομείου (όπως η καθαριότητα, η φιλικότητα και η εθνικότητα του προσωπικού) και κάποιες πρόσθετες υποδομές, υπηρεσίες (όπως οι ξενοδοχειακές υποδομές και το παρκινγκ) και η διοικητική οργάνωση.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς επιλέγουν ή θέλουν να επιλέξουν μια καλά εξοπλισμένη μονάδα, η οποία είναι ικανή να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με την παρουσία εξειδικευμένων ιατρών, στους οποίους θα έχουν πρόσβαση σε εύλογο χρονικό διάστημα. Οι σημαντικότερες μεταβλητές που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών είναι οι ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσβασιμότητα, οι διοικητικές υπηρεσίες, η ηλικία, το εισόδημα, το φύλο και η εκπαίδευση. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή εισόδημα προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες, ενώ οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας και οι γυναίκες προτιμούν το δημόσιο τομέα.

Σε άλλη μελέτη, στην Κωνσταντινούπολη της Τουρκίας, διερευνώνται τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την επιλογή των ασθενών ώστε να επισκεφθούν το δημόσιο ή το ιδιωτικό νοσοκομείο (Fikret et al., 2007), σε επίπεδο νοικοκυριού (περίοδος μελέτης: Μάιος του 2006, δείγμα: 370 άτομα). Εκτός από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, η έρευνα εξετάζει και τα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία διευκολύνουν την πρόσβαση στα νοσοκομεία. Ένα από τα σημαντικότερα αποτελέσματα είναι ότι οι ασθενείς, των οποίων η κοινωνικοοικονομική υπόσταση είναι μια μονάδα μεγαλύτερη από το μέσο όρο του δείγματος, έχουν κατά 8% μειωμένη πιθανότητα να επιλέξουν ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Πρόσθετα, οι ασθενείς που δηλώνουν ότι απολαμβάνουν στο νοικοκυριό τους υλική ασφάλεια¹ μια μονάδα μεγαλύτερη από το μέσο όρο του δείγματος, έχουν 5% μειωμένη πιθανότητα επιλογής ενός δημόσιου νοσοκομείου. Οι ασθενείς που έχουν μια μονάδα μεγαλύτερης κοινωνικής δικτύωσης από το

¹ Με τον όρο υλική ασφάλεια δηλώνεται η ύπαρξη κάποιων περιουσιακών στοιχείων και αγαθών του νοικοκυριού, όπως το αυτοκίνητο, η πρόσβαση - σύνδεση στο διαδίκτυο, η τηλεόραση κτλ.

μέσο όρο του δείγματος, έχουν 7% μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν ένα δημόσιο νοσοκομείο παρά ένα ιδιωτικό.

Στο Κάιρο της Αιγύπτου (Ellis et al., 1994), μια μελέτη σχετικά με τη ζήτηση των νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών σε επίπεδο νοικοκυριού εξετάζει τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών για αυτές τις υπηρεσίες. Το δείγμα, το οποίο εκφράζει τις ανάγκες του για υγειονομικές υπηρεσίες ανέρχεται περίπου στα 1.000 άτομα, τα οποία καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα από τρεις κατηγορίες νοσοκομείων: ένα μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο (Embada hospital), τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά. Οι παράγοντες που εξετάζονται είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, διάφορα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού, όπως είναι τα ετήσια έξοδα, οι οικογενειακές σχέσεις και διάφορα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, όπως είναι το κόστος των υπηρεσιών, η ποιότητα και η τοποθεσία. Η κοινωνική ασφάλιση, η απασχόληση, το εισόδημα, το φύλο, το μέγεθος του νοικοκυριού, η εκπαίδευση, η ποιότητα, ο τρόπος εισαγωγής και το κόστος είναι στατιστικώς σημαντικά. Ο ιδιωτικός τομέας αναδεικνύεται πιο ικανός από το δημόσιο, παρέχοντας στους ασθενείς καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες, οδηγώντας τους σε μεγάλα έξοδα, τα οποία είναι πρόθυμοι να πληρώσουν εφόσον έχει καλύτερη φήμη και το νοσοκομείο ανταποκρίνεται περισσότερο στις προσδοκίες τους. Από τα πιο χαρακτηριστικά αποτελέσματα της έρευνας είναι, η μείωση των νοσηλεύομενων ασθενών στο 5% από το 14%, του μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, με την αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης (από την ανυπαρξία στην πλήρη κάλυψη). Επίσης, οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μειωμένη πιθανότητα επιλογής του μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου και αυξημένη πιθανότητα επιλογής των άλλων δημόσιων (10,9%), καθώς και των ιδιωτικών νοσοκομείων (4,9%). Τέλος, οι ασθενείς με αυξημένα ετήσια έξοδα, τα οποία φανερώνουν αυξημένο εισόδημα, καταγράφουν μειωμένη ζήτηση για τα δημόσια νοσοκομεία και αυξημένη για τα ιδιωτικά.

Σε μελέτη στην Ιταλία (Fabbri & Monfardini, 2002), εξετάζεται η διαφορά στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα με τα δεδομένα από την εθνική έρευνα υγείας (SHAW- Survey on Health Ageing and Wealth), θεωρώντας ως μέτρο χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών την επίσκεψη των ασθενών σε κάποιον ιατρό. Φαίνεται ότι το αυξημένο εισόδημα σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών ενώ αντίθετα το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση δημόσιων ιατρικών υπηρεσιών. Η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με την επιλογή της δημόσιας περίθαλψης ενώ η ύπαρξη κάποιας χρόνιας πάθησης ή άλλου σοβαρού προβλήματος υγείας αποδεικνύεται πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιλογή του δημόσιου νοσοκομειακού

τομέα. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που μένουν σε μεγάλες πόλεις έχουν μικρότερες πιθανότητες να βρουν κάποιο δημόσιο ιατρό συγκριτικά με ιδιώτη γιατρό, δηλώνοντας τις ελλείψεις στο ιατρικό προσωπικό του συστήματος υγείας στην Ιταλία. Τέλος, η ύπαρξη της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Όσον αφορά την Ελλάδα, σε μια έρευνα της περιοχή των Αθηνών, σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις υγειονομικές ανάγκες (Pappa & Niakas, 2006), σε τυχαίο δείγμα 457 ερωτηθέντων, χρηστών ιατρικών υπηρεσιών, εξετάζονται οι δημογραφικοί, οι κοινωνικοοικονομικοί και άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης (δημόσιας / ιδιωτικής), δείχνουν ότι οι ασθενείς που δεν έχουν κάποια σχέση στην προσωπική τους ζωή (δηλαδή οι μη παντρεμένοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι) είναι περισσότερο πιθανό να εισαχθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο πιθανό να εισαχθούν σε δημόσιο νοσοκομείο. Επίσης, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με καλύτερη ψυχολογική κατάσταση προτιμούν να νοσηλευθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Τέλος, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τη νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

2.2 Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξετάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, συγκρίνοντας το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα, στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω καθώς και στις χώρες με χαμηλότερη οικονομική ανάπτυξη, όπως είναι οι επόμενες.

Σε έρευνα στην ασιατική χώρα Μπανγκλαντές, σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που ωθούν τους πολίτες να επιλέξουν το ιδιωτικό ή το δημόσιο νοσοκομείο (Syed, 2000) (περίοδος μελέτης: Νοέμβριος του 1996 - Απρίλιος του 1997, δείγμα: 207 άτομα), η προσοχή εστιάζεται στα εξής στοιχεία: τα δημογραφικά (φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα κ.τ.λ.), την ανταπόκριση, δηλαδή τη θέληση του προσωπικού να βοηθήσουν τους ασθενείς και να παράσχουν τις υπηρεσίες τους, την αυτοπεποίθηση, δηλαδή την εμπιστοσύνη που απορρέει από τη συμπεριφορά και τη γνώση των εργαζομένων αναφορικά με την επιτυχία του αποτελέσματος των υπηρεσιών που παρέχονται, την επικοινωνία, δηλαδή η

ύπαρξη απάντησης στα ερωτήματα των ασθενών και τον καθησυχασμό των ανασφαλειών τους, την πειθαρχία, δηλαδή τις συνθήκες οργάνωσης και υπακοής που επικρατούν μέσα στο νοσοκομείο και το φιλοδώρημα (« μπαξίσι »), δηλαδή την επιπρόσθετη πληρωμή με σκοπό την παροχή (αναμενόμενων) υπηρεσιών. Ως οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της έρευνας αποδεικνύονται η εκπαίδευση και το εισόδημα σχετικά με τα δημογραφικά δεδομένα και η ανταπόκριση, η πειθαρχία και η επικοινωνία σχετικά με τα δεδομένα ποιότητας των νοσοκομείων. Ο ιδιωτικός τομέας προκύπτει καλύτερος σε επίπεδο ποιότητας σε σχέση με το δημόσιο τομέα, παρέχοντας στους ασθενείς υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες, κάτι που όπως φαίνεται επιδρά πολύ στην επιλογή ή απόρριψη ενός νοσοκομείου. Επίσης, οι ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή εισόδημα προτιμούν το ιδιωτικό νοσοκομείο.

Πρόσφατα στην περιοχή του Ιράν, ερευνητές προσπαθούν να εντοπίσουν τους λόγους που επιδρούν στη ζήτηση των ασθενών για τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στις αστικές περιοχές, σε επίπεδο νοικοκυριού (Kermani et al., 2008). Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο με τη μέθοδο των κατ' οίκων συνεντεύξεων ("από πόρτα σε πόρτα") σε 12 πόλεις του Ιράν. Όσον αφορά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, ο οικονομικός παράγοντας έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην απόφαση της επιλογής ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Το υψηλό εισόδημα και η ύπαρξη διάφορων στοιχείων "ευμάρειας" στο νοικοκυριό, όπως η ύπαρξη πλυντηρίου, κεντρικής θέρμανσης και κλιματιστικού και άλλα χαρακτηριστικά, όπως η κατοχή σπιτιού, οχήματος και τηλεφώνου δείχνουν ότι σχετίζονται με την επιλογή ιδιωτικού νοσοκομείου.

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Ουγκάντα (Ssewanyana et al., 2008), η οποία παρουσιάζει πολύ σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, εξετάζονται οι παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών στη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών. Τα δεδομένα προέρχονται από την Εθνική Έρευνα Νοικοκυριών της Ουγκάντας του 2002/03 για το χρονικό διάστημα από το έτος 1992 έως και το 2002. Παρατηρείται ότι το υψηλό εισόδημα σχετίζεται θετικά με τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και οι άνδρες σχετικά με τις γυναίκες (από τους πιο φτωχούς ως τους πιο πλούσιους) προτιμούν περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα. Επιπρόσθετα, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας είναι η εκπαίδευση, όπου με την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης αυξάνεται και η προτίμηση στις ιδιωτικές μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Η ανάγκη μετεξέλιξης των συστημάτων υγείας.

Σε αυτό το κεφάλαιο, γίνεται ιστορική αναδρομή των υπηρεσιών υγείας, μέσα από τις μεταρρυθμίσεις που υλοποιούνται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ελληνικού κράτους, καθώς και περιγραφή των δαπανών που γίνονται για την υγεία στην Ελλάδα, οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Με αυτόν τον τρόπο θα κατανοηθούν καλύτερα τα προβλήματα που αναπτύσσονται στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, στο πέρασμα των χρόνων, από την πλευρά της προσφοράς και βέβαια συνδέονται με τους παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών ώστε να επιλέξουν την υγειονομική μονάδα που θα καλύψει τις ανάγκες τους.

Στη σημερινή πραγματικότητα, είναι πολύ πιθανό, όταν κάποιος μιλάει για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα για την παροχή υγειονομικής φροντίδας, να σκέφτεται μια δύσκολη και κρίσιμη κατάσταση, στην οποία ο ασθενής και γενικά αυτός που χρειάζεται την ιατρική παρέμβαση και βοήθεια, δεν λαμβάνει τις σωστές και επαρκείς υπηρεσίες (Ιακωβίδου και συν., 2008 / Μανιού και Ιακωβίδου, 2009 / Καραγιώργος, 2009). Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, όπως και σε κάθε άλλη χώρα, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα, των οποίων το βασικό μέλημα είναι η διατήρηση, η αποκατάσταση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η σχέση μεταξύ των δυο αυτών τομέων χαρακτηρίζει την οργάνωση και τη λειτουργία του κάθε συστήματος υγείας, στο οποίο στρέφονται οι πολίτες και ζητούν βοήθεια για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Οι ελλείψεις και οι δυσκολίες που προκύπτουν, σίγουρα δεν οφείλονται στην ανεπάρκεια των γνώσεων, των θεραπευτικών παρεμβάσεων ή των φαρμάκων αλλά σε ένα ευρύ φάσμα αλλαγών που έχουν επέλθει με το πέρασμα των χρόνων, όπως έχει αναλυθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Μερικά από αυτά είναι οι μεταβαλλόμενοι δημογραφικοί παράγοντες, η επικράτηση πολλών χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, η πρόοδος στην τεχνολογία και την ιατρική, η εισαγωγή της πληροφορικής στον υγειονομικό τομέα και η αλλαγή στον τρόπο και στο όριο συνταξιοδότησης. Εξαιτίας αυτών των μεταβολών, η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας διαφοροποιείται συνεχώς. Γι αυτό το λόγο, το σύστημα υγείας επανεξετάζεται και αναδιοργανώνεται μέσα από τις μεταρρυθμίσεις ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των

πολιτών και να αντικατοπτρίζει την εξέλιξη που επιτυγχάνεται στη βιοϊατρική τεχνολογία. Παράλληλα, αναγνωρίζεται η οικονομική μεταβλητότητα και η ανάγκη συγκράτησης των δαπανών υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις και οι συζητήσεις για την άσκηση της βέλτιστης πολιτικής υγείας είναι πολύ δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια στους πολιτικούς της Ελλάδας αλλά και διεθνώς.

3.2 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Η εξάλειψη της ασθένειας και η προφύλαξη της υγείας χαρακτηρίζουν ανέκαθεν τις ανθρώπινες προσπάθειες προς την επιβίωση. Θα μπορούσαν κάποιοι να πουν ότι ο χώρος της υγείας ξεκινά από τον ιδιωτικό τομέα και οι υπηρεσίες υγείας διατίθενται στην ελεύθερη αγορά όπως και οι άλλες υπηρεσίες. Όμως, με την πρόοδο των επιστημών και της οικονομίας, ωφελείται η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα και η ανάγκη για τις υπηρεσίες υγείας γίνεται περισσότερο συλλογική μετατρέποντας την ατομική ανάγκη σε κοινωνική ευθύνη. Έτσι, επιτυγχάνεται η μετάβαση της ευθύνης παροχής της υγειονομικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα (Λιαρόπουλος, 2009).

Στην Ελλάδα, η οργάνωση και η ανάπτυξη του τομέα της υγείας συμπορεύονται με την οργάνωση και την ανάπτυξη του ελληνικού κράτους. Ενώ οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες άρχισαν να βελτιώνουν το υγειονομικό τους σύστημα αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, η Ελλάδα υιοθετεί τις ιδέες και την οργάνωση των ευρωπαϊκών χωρών μετά το τέλος της δικτατορίας. Στην ιστορική εξέλιξη του τομέα της υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους, οι οποίες είναι α) από το πρώτο μισό του 19ου αιώνα έως το 1921, β) από το 1922 έως το 1952, γ) από το 1953 έως το 1980 και τέλος δ) από το 1981 έως σήμερα.

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους, μιλώντας για την πρώτη περίοδο, οι νοσηλευτικές μονάδες έχουν περιορισμένες δυνατότητες όσον αφορά την προσφορά των υπηρεσιών υγείας και παρέχονται μέσω των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόανθρωπων, λειτουργώντας ως καταφύγιο μόνο των απόρων. Εξαιτίας των επιδημιών που πλήττουν τη χώρα, ιδρύονται υγειονομία και λοιμοκαθακτήρια από το κράτος (Ζηλίδης, 1988). Ωστόσο, με την ύπαρξη μεγάλων κοινωνικών και οικονομικών δυσκολιών και δεδομένης της ελλιπούς τεχνολογικής υποστήριξης, το ελληνικό κράτος δεν είναι έτοιμο να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει την υγειονομική φροντίδα των ασθενών.

Το 1861 φαίνονται οι πρώτες προσπάθειες για τη δημιουργία ασφαλιστικών ταμείων αφού εμφανίζονται αυτοδιοικούμενες και αυτοχρηματοδοτούμενες επιχειρήσεις ασφάλισης για την

κάλυψη των ατυχημάτων και των περιπτώσεων ασθένειας ενώ τα πρώτα ενθαρρυντικά βήματα εκείνης της εποχής, τα οποία πραγματοποιούνται σε σημαντικές (οικονομικά) πόλεις είναι το νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (1837), η πρώτη σχολή για μαίες (1838), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875), ο «Ευαγγελισμός» (1884), το δεύτερο νοσοκομείο στην Αθήνα, η «Πολυκλινική» επίσης στην Αθήνα (1903) αφήνοντας το στίγμα του ιδιωτικού τομέα και η πρώτη νοσηλευτική σχολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην Αθήνα (1911) (Θεοδώρου και συν., 1996).

Μετέπειτα με το Νόμο 346/14 το Υπουργείο Εσωτερικών αναλαμβάνει την εποπτεία της δημόσιας υγείας και με τον Νόμο 748/17 «Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως» συγκροτείται το πρώτο υπουργείο με αρμοδιότητες κοινωνικών υπηρεσιών και πεδίο άσκησης πολιτικής τους επίστρατους και τους πρόσφυγες.

Κατά τη δεύτερη περίοδο, εξαιτίας της εισροής 1,5 εκατομμυρίου προσφύγων από τη Μικρά Ασία, δημιουργούνται στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία για την κάλυψη των αναγκών και παρόλο που οι συνθήκες υγείας βελτιώνονται και γενικεύεται η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρέχει το υγειονομικό σύστημα εξακολουθεί να είναι χαμηλό. Ωστόσο, αξιόλογοι είναι ο Νόμος 2882/22 και ο Νόμος 6298/34 με τους οποίους ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης και το ΙΚΑ αντίστοιχα, καθώς και ο Νόμος 965/37 με τον οποίο θεσπίζονται οι προϋποθέσεις για την ενιαία συστηματοποίηση των δημόσιων νοσοκομείων (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009).

Στη συνέχεια, η τρίτη περίοδος χαρακτηρίζεται από τη γερμανική κατοχή και τον εμφύλιο πόλεμο, όπου με το πέρασμα αυτών των γεγονότων, το εθνικό σύστημα υγείας προσπαθεί να αναδιοργανωθεί μέσα από τις κατεστραμμένες υποδομές και την άθλια οικονομία. Με το Νόμο 2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» ψηφίζεται η δημιουργία περιφερειακών επιτροπών, υγειονομικών μονάδων στην περιφέρεια, η ένταξη όλων των φορέων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας και η ανάπτυξη, η οργάνωση και η κατανομή των νοσοκομειακών πόρων και δαπανών (Αθανασάκης και συν., 2009).

Επόμενο καθοριστικό βήμα είναι η συγκρότηση του ΟΓΑ με το Νόμο 4169/61 και λίγο αργότερα η καθιέρωση της υπηρεσίας υπαίθρου με το Νόμο 67/68. Κατά τη διάρκεια της δικτατορίας, με το «Σχέδιο Πάτρα» (Πάτρας, 1969) γίνεται προσπάθεια δημιουργίας ενιαίου φορέα υγείας και περίθαλψης χωρίς όμως να πραγματοποιείται και με το τέλος της δικτατορίας ξεκινά ένας "αγώνας" για κοινωνική ευημερία με την έκθεση του ΚΕΠΕ, το οποίο καθορίζει τα κυριότερα προβλήματα του συστήματος υγείας (ανισότητα στην προσφορά υπηρεσιών, ελλιπή χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων κ.ά.) και προτείνει

τρόπους ώστε να λυθούν, για παράδειγμα με τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, με την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων και με οργανωτικές αλλαγές για τη χάραξη ουσιαστικής πολιτικής υγείας (ΚΕΠΕ, 1976). Το 1980 παρουσιάζεται και το «Σχέδιο Δοξιάδη», το οποίο είναι ίσως το σημαντικότερο σημείο στη σύσταση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, αφού σκοπεύει στην καθολική και ισάξια παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες (Λιαρόπουλος και συν., 2006).

Στην τέταρτη περίοδο, με το Νόμο 1278/82 δημιουργείται το ΚΕΣΥ που έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα σε θέματα προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας και με το νόμο 1316/83 ο Ε.Ο.Φ., η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και η Εθνική Φαρμακαποθήκη.

Επιπροσθέτως, με το Νόμο 1397/83 « Περί Εθνικού συστήματος Υγείας » θέτονται τα θεμέλια για τη γένεση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με τα εξής κύρια χαρακτηριστικά: την αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών, τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό, την έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τη δημιουργία Κέντρων Υγείας και τη θέσπιση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στο σύστημα του κλειστού νοσηλίου, σύμφωνα με το οποίο ο χρήστης της νοσοκομειακής φροντίδας πληρώνει πάγιο νοσήλιο ανεξάρτητα από το είδος και τη χρήση του νοσοκομειακού προϊόντος. Επίσης, ο νόμος προβλέπει περιορισμό του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές να κλείνουν και οι δαπάνες για κατασκευές στον ιδιωτικό τομέα να μένουν σχεδόν αμετάβλητες για μια δεκαετία (Βελονάκη & Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, 2006).

Πιο πρόσφατα, με το Νόμο 2071/92 τα Κέντρα Υγείας χρηματοδοτούνται από τις Νομαρχίες και όχι από τον κρατικό προϋπολογισμό για τα νοσοκομεία και αποκτούν διοικητική ανεξαρτησία. Ένα ακόμα γεγονός είναι η ίδρυση του ΕΚΑΒ καλύπτοντας τα έκτακτα περιστατικά. Επίσης, παρέχεται το ιατρικό βιβλιάριο υγείας. Το ίδιο έτος επιτρέπεται ξανά η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, οδηγώντας στην αύξηση της ιδιωτικής κατασκευαστικής δαπάνης κατά 130% κατά την επόμενη διετία 1993 - 1994.

Ωστόσο με το Νόμο 2194/94, καταργούνται πολλές αλλαγές του προηγούμενου νόμου και επανέρχονται οι ρυθμίσεις του Νόμου που θεσπίζεται το 1983 για το ΕΣΥ και από το 2000 και μετά ψηφίζονται νέες ρυθμίσεις, οι οποίες έχουν στόχο τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο πρόσβασης, φροντίδας και περίθαλψης ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, ελέγχοντας τις υπηρεσίες αυτές στο σύνολό τους και επιτυγχάνοντας αποκέντρωση και ορθολογική κατανομή των πόρων (Βασάλου, 2005). Με το Νόμο 2889/01, επιτυγχάνεται η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων με την ίδρυση των ΠΕΣΥΠ εισάγεται ο θεσμός του Διοικητή (Manager) στα

νοσοκομεία, συστήνεται ο ΟΔΙΠΥ και τα Απογευματινά εξωτερικά ιατρεία εντός των δημόσιων νοσοκομείων και δημιουργούνται νέα τμήματα στα νοσοκομεία, όπως το ΤΕΠ, το Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, το Τμήμα Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης κ.ά. (Σίσκου και συν., 2008 / ΦΕΚ, 2001)

Αν κάποιος προσπαθήσει να χαρακτηρίσει το εθνικό σύστημα της υγείας σήμερα, αυτό μοιάζει να είναι ένας συνδιασμός από το πρότυπο Bismark (μοντέλο μεικτού συστήματος υγείας) και το πρότυπο Beveridge (μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας).

Το πρώτο πρότυπο θεσπίζεται το 1880 από τον Γερμανό Καγκελάριο Bismark ως το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται στους πολίτες από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος πραγματοποιείται από τους χρήστες του, υποχρεωτικά, ανάλογα με τα εισοδήματά τους, μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών είναι συλλογική σύμφωνα με την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και υπάρχει κρατική παρέμβαση ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Υφαντόπουλος, 2006).

Το δεύτερο πρότυπο ορίζεται το 1942 από τον Άγγλο οικονομολόγο Beveridge μέσα από μια μελέτη για τη σύσταση ενός εθνικού συστήματος υγείας, όπου το σύστημα υγείας διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζεται από την αρχή της κοινωνικής πρόνοιας και παρέχει καθολική και πλήρη υγειονομική περίθαλψη με χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι υπεύθυνο για τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της Ελλάδας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010).

Βέβαια, παρά τις στρατηγικές που ακολουθούνται και τις μεταρρυθμίσεις που γίνονται, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πάρα πολλά προβλήματα σε σοβαρά θέματα όπως είναι της οργάνωσης, της διοίκησης, του ανθρώπινου δυναμικού, των υλικοτεχνικών υποδομών και της χρηματοδότησης (Τούντας και συν., 2008).

Άξιο σχολιασμού είναι το ανθρώπινο δυναμικό, από το οποίο κύρια εξαρτάται η επάρκεια και η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Ο υγειονομικός κλάδος, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, απασχολεί κοντά στο 5% του εργατικού δυναμικού, το οποίο καταναλώνει το 60% των υγειονομικών εξόδων. Συγκριτικά με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει μικρότερο αριθμό απασχολούμενων στον τομέα της υγείας, ο οποίος σταδιακά αυξάνεται (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Παρόλο, που ο αριθμός των ιατρών ανέρχεται περίπου

στις 60.000, σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις (Στάθης, 2005), υπάρχει σοβαρό πρόβλημα ανισοκατανομής μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων σε αντίθεση με τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Και αυτό εξηγείται, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού δυναμικού (περίπου το 50%) βρίσκεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής και ακολουθεί η κεντρική Μακεδονία με ποσοστό κοντά στο 20%. Επίσης, είναι σύνηθες φαινόμενο, ορισμένες ειδικότητες να υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες, ενώ άλλες να παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις ή σχεδόν να μην υπάρχουν. Αρκετά σημαντικές είναι οι ελλείψεις που εμφανίζονται στη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία (Σουλιώτης, 2006 / Μπερζοβίτης, 2008) και σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ του έτους 2010, η περιφέρεια της Αττικής φαίνεται να έχει 7 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους και 4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και οι περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας και της Κρήτης 5,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, ενώ η περιφέρεια της Θεσσαλίας εμφανίζει 4,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και η περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας 3,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 1,5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Είναι προφανείς οι ανισοκατανομές των επαγγελματιών υγείας στις διάφορες περιφέρειες, καθώς και οι ελλείψεις που πιθανώς να υπάρχουν στα νοσοκομεία αυτών.

Λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζει το δημόσιο υγειονομικό σύστημα και εξαιτίας της χαμηλής ικανοποίηση των πολιτών σημαντικό είναι το ποσοστό των πολιτών που είναι πρόθυμο να καταβάλει κάποιο ποσό ώστε να λάβει ποιοτικότερες ιατρικές φροντίδες, με αποτέλεσμα να στρέφεται στον ιδιωτικό φορέα (Σουλιώτης, 2000 / Σίσκου, 2006), μεγαλώνοντας την ισχύ των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τις τελευταίες δεκαετίες ο ιδιωτικός τομέας εμφανίζει σημαντική πρόοδο, χάρη στον εκσυγχρονισμό των μονάδων του και την παροχή υπηρεσιών και αγαθών υψηλού επιπέδου. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο υγειονομικό σύστημα είναι σημαντική και αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα, καθώς το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και είναι αξιόλογο το γεγονός ότι οι δαπάνες για τις ιδιωτικές υπηρεσίες στην υγεία υπερβαίνουν το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Siskou et al., 2008 / Liaropoulos et al., 1998).

Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται διάφορα στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες υγείας στον ελληνικό χώρο, όπου φαίνεται ότι ο υγειονομικός τομέας επιβαρύνει τους πολίτες ολοένα και περισσότερο με πρόσθετες πληρωμές, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας, οι οποίες υποτίθεται ότι καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα.

3.3 Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα παρότι συγκαταλέγεται στις χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, η συνολική δαπάνη που αφιερώνει σε υπηρεσίες υγείας ανέρχεται σχεδόν στο 10% του ΑΕΠ, από τις οποίες το 40% είναι ιδιωτικές, φτάνοντας τις υψηλότερες θέσεις του ΟΟΣΑ, μαζί με τις ΗΠΑ, την Κορέα και την Ελβετία (Κεχμόγλου, 2009 / Σταμπόγλης, 2006). Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών χρηματοδοτείται από τα νοικοκυριά, τα οποία διαθέτουν στον τομέα της υγείας το 7,15% από τις συνολικές τους δαπάνες, σύμφωνα με την τελευταία ΕΟΠ (ΕΟΠ, 2005). Αυτό το ποσοστό είναι αρκετά μεγάλο, βλέποντας ότι το αντίστοιχο ποσοστό από την πρώτη ΕΟΠ το 1974, είναι 4,75%. Αξιοσημείωτη είναι η χαμηλή συμμετοχή του Δημοσίου στις δαπάνες Υγείας της χώρας μας, που είναι πέμπτη από το τέλος με ποσοστό κοντά στο 60%, πλησιάζοντας τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, στο οποίο η υγειονομική δαπάνη χρηματοδοτείται από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς με ποσοστά περίπου 55% και 45% αντίστοιχα (IOBE, 2005).

Σχεδόν ανάλογα είναι και τα στοιχεία τα οποία είναι διαθέσιμα στον Πίνακα 3.3.1, όπου φαίνεται η εξέλιξη των δαπανών για την υγεία από το έτος 2000 έως και το 2007, στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ και τον ΟΟΣΑ. Η υγειονομική δαπάνη αφορά δαπάνες για δραστηριότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία και τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας, από τα ιδιωτικά ιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές, τις παροχές σε είδος των ΟΚΑ και του ΟΠΑΔ, τις δημόσιες και τις ιδιωτικές επενδύσεις, τις δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη και τις διοικητικές δαπάνες του τομέα της υγείας.

Στην πορεία της εξέλιξης των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας, διακρίνεται μια αυξητική τάση και παρατηρείται η κατανάλωση των ιδιωτικών υπηρεσιών να βαίνει δυναμικά τα τελευταία χρόνια. Μέσα στην τελευταία δεκαετία έχει διπλασιαστεί η συνολική δαπάνη προς τις υπηρεσίες υγείας, επιβαρύνοντας και τα νοικοκυριά αφού ο διπλασιασμός ακολουθείται και στην περίπτωση των ιδιωτικών υπηρεσιών.

Και αυτό είναι αναμενόμενο, αν συσχετιστεί η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν την ανθρώπινη υγεία, οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, οι αδυναμίες που παρουσιάζει το σύστημα υγείας στη χώρα μας και η πλεονεκτική θέση που κατέχει ο ιδιωτικός τομέας στα θέματα της υγείας.

Πίνακας 3.3.1: Οι υγειονομικές δαπάνες στην Ελλάδα σε € εκατ. και τρέχουσες τιμές ¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΕΠ	136.281	146.260	156.615	171.258	185.225	197.645	213.207	228.180
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.738	12.891	14.250	15.401	16.083	18.652	20.338	21.893
Συνολική Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,97%	8,91%	9,79%	8,99%	8,58%	9,43%	9,53%	9,59%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12616	13212
Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,86%	62,59%	60,60%	62,25%	62,31%	63,12%	64,74%	62,93%
Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας	4.145	4.681	5.374	5.584	5.752	6.550	6.871	7.784
Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	39,14%	37,41%	39,40%	37,75%	37,69%	36,88%	35,26%	37,07%
Ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία	-	20,1%	10,5%	8,1%	4,4%	16,0%	9,0%	7,6%

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2010), OECD Health Data 2009

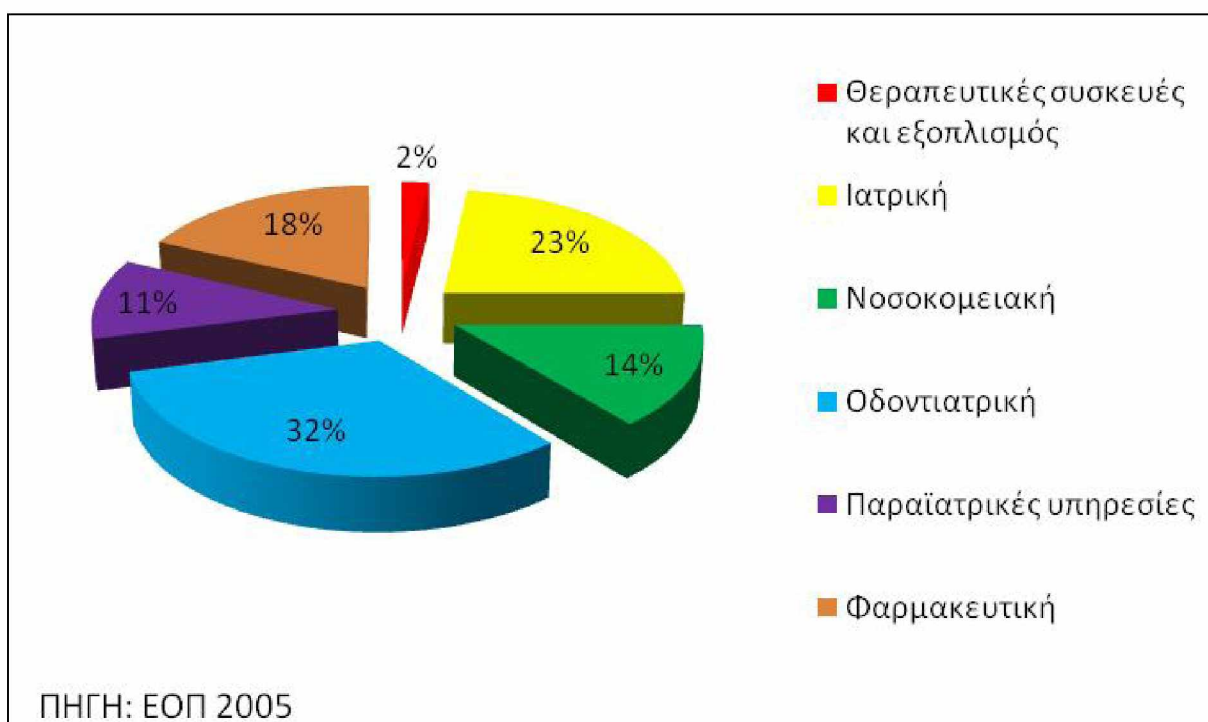
Στον ιδιωτικό τομέα, οι υγειονομικές επιχειρήσεις, οι οποίες είναι πελατοκεντρικές και στοχεύουν στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις ανθρώπινες σχέσεις, περιοχές όπου ο δημόσιος τομέας δεν είναι ανταγωνιστικός, σε συνδυασμό με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες ανοίγονται με γρήγορα βήματα προς τον κλάδο της υγείας, πραγματοποιώντας συμφωνίες – συνεργασίες και ιδρύοντας τα δικά τους ιατρικά κέντρα και κλινικές, παρέχουν στους πολίτες ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας, με υπερσύγχρονο εξοπλισμό και πρωτοποριακές μεθόδους, με αξιόλογο γεγονός την ευρεία γεωγραφική εξάπλωση (την πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια).

3.3.1 Οι δαπάνες υγείας που καταβάλλονται από τα νοικοκυριά και την κοινωνική ασφάλιση ανά τομέα φροντίδας.

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρεται πιο πάνω, οι δαπάνες υγείας είναι υψηλές, επιβαρύνοντας σε σημαντικό βαθμό και τα νοικοκυριά. Σύμφωνα με μελέτη των Kaitelidou και Theodorou (2003), οι ιδιωτικές δαπάνες ανάλογα με τη δυνατότητα της επιλογής των ασθενών είναι κατά

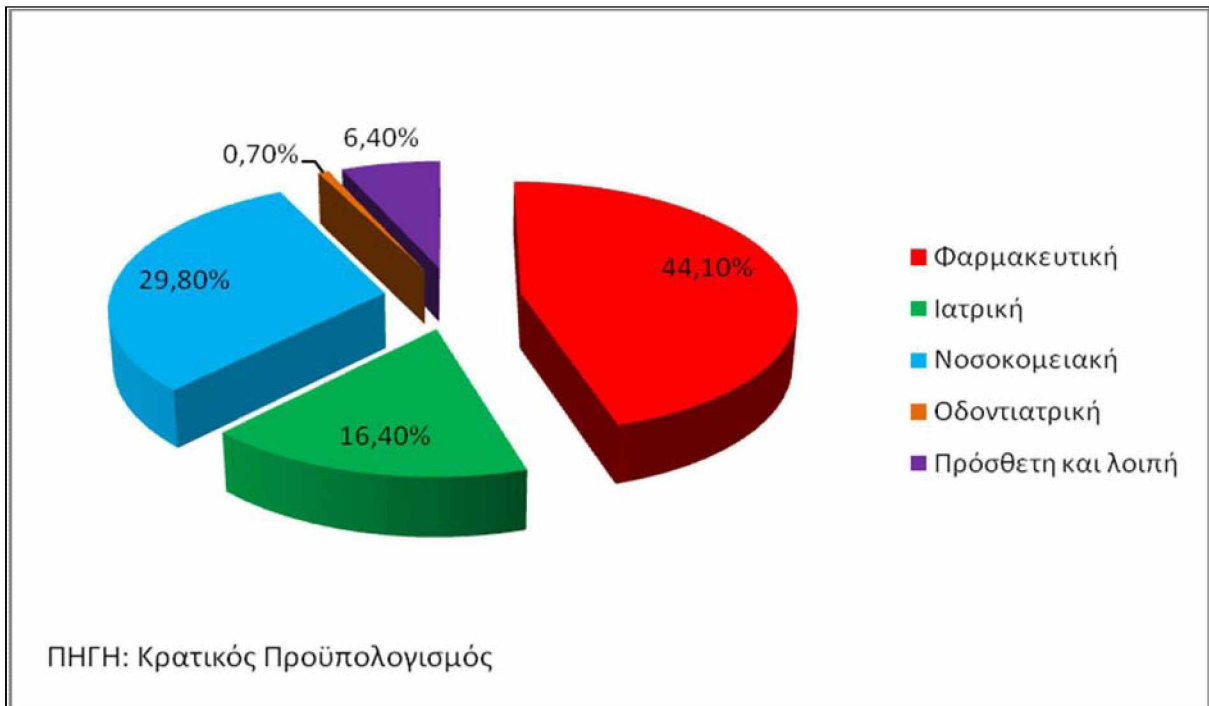
¹ Τα στοιχεία από την ΕΛ.ΣΤΑΤ. προέκυψαν από την αναθεώρηση των εθνικών λογαριασμών τον Δεκέμβριο του 2007.

το μεγαλύτερο ποσοστό (54-56%) οι κατά συνθήκη υποχρεωτικές πληρωμές, συμπεριλαμβάνοντας τις άτυπες πληρωμές που γίνονται με στόχο την πρόσβαση σε καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες, οι συνειδητές πληρωμές του χρήστη για τις υγειονομικές υπηρεσίες που θέλει να καταναλώσει (30-34%) και τέλος, η υποχρεωτική θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος (12-14%).



Εικόνα 2.1: Η ποσοστιαία κατανομή της δαπάνης των νοικοκυριών για τις υπηρεσίες υγείας ανά τομέα περίθαλψης το 2005.

Όσον αφορά τις δαπάνες για τις διάφορες κατηγορίες περίθαλψης, τα μεγαλύτερα ποσοστά των χρημάτων που πληρώνουν τα νοικοκυριά είναι αυτά των οδοντιατρικών και ιατρικών υπηρεσιών, ενώ μικρό ποσοστό κατευθύνεται για νοσοκομειακές υπηρεσίες, όπως φαίνεται στην Εικόνα 3.1 Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών της κοινωνικής ασφάλισης απορροφά η φαρμακευτική περίθαλψη ενώ το επόμενο υψηλό ποσοστό είναι αυτό της νοσοκομειακής περίθαλψης (Εικόνα 3.2). Παρατηρείται ότι η κοινωνική ασφάλιση δαπανά μικρό ποσοστό στο σύνολο των υγειονομικών της δαπανών για την οδοντιατρική κάλυψη των ασφαλισμένων, γεγονός που επαληθεύεται από την προηγούμενη Εικόνα, αφού οι περισσότερες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών πραγματοποιούνται για αυτή (Σίσκου, 2008).



Εικόνα 3.2: Η ποσοστιαία κατανομή της δαπάνης για τις υπηρεσίες υγείας από την κοινωνική ασφάλιση ανά τομέα περίθαλψης το 2005.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος¹ υπάρχουν τεράστιες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους δυο τομείς (ιδιωτικό / δημόσιο). Αναφορικά με το κόστος των διαφόρων τομέων περίθαλψης, είναι άξιο σχολιασμού ότι ο νοσοκομειακός τομέας είναι ο πλέον δαπανηρός, παρουσιάζοντας μεγάλες διαφορές στον τρόπο της χρηματοδότησής του ανάλογα αν πρόκειται για δημόσια ή ιδιωτική νοσηλευτική μονάδα.

Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με έναν εκ των υστέρων τρόπο αποζημίωσης από τον κρατικό προϋπολογισμό σε μεγάλο βαθμό και επιπλέον από τον ασφαλιστικό φορέα που πληρώνει για τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν στους ασφαλισμένους του. Η πληρωμή αυτή πραγματοποιείται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο στην πραγματικότητα είναι κατά πολύ χαμηλότερο από το ημερήσιο κόστος,

¹ Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, ώστε να συγκρατηθούν οι τεράστιες δαπάνες στον χώρο της υγείας, δηλαδή να βρεθούν και να κατανεμηθούν οι απαραίτητοι υγειονομικοί πόροι, είναι ένα θεσμοθετημένο σύστημα χρηματοδότησης που βασίζεται στη συμμετοχή όλων των πολιτών. Έτσι η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τις εξής δημόσιες και ιδιωτικές πηγές (Σίσκου, 2007 / Δικαίος, 1999 / Θεοδώρου και συν., 1996): στις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ανήκουν η κοινωνική ασφάλιση (με τις εισφορές των ασφαλισμένων) και ο κρατικός προϋπολογισμός (με την άμεση, την έμμεση και την ειδική φορολογία) ενώ στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης ανήκουν η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες (από διάφορους οργανισμούς, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Παγκόσμια Τράπεζα) και οι ιδιωτικές πληρωμές των καταναλωτών.

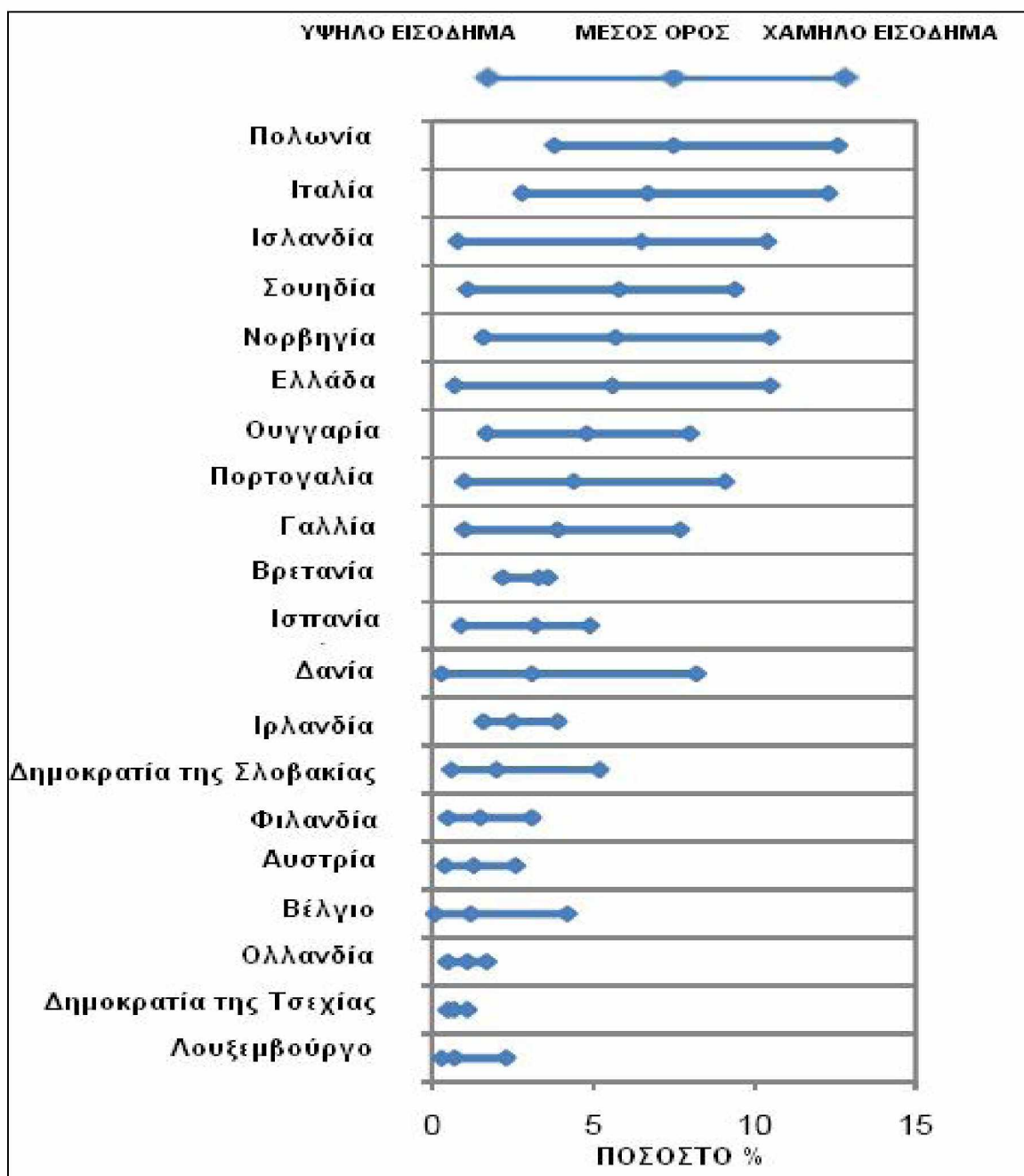
οδηγώντας τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων σε συνεχή και σταθερή αύξηση των ελλειμμάτων (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, 2009).

Αντίθετα, η χρηματοδότηση των ιδιωτικών νοσοκομείων, πραγματοποιείται με κλειστό ή ανοικτό νοσήλιο και την καταβολή της συμμετοχής του χρήστη. Τα ασφαλιστικά ταμεία αναλαμβάνουν το κόστος των ξενοδοχειακών υπηρεσιών και μέρος του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και των φαρμάκων. Την υπόλοιπη δαπάνη (δηλαδή τη διαφορά) αναλαμβάνει ο ίδιος ο χρήστης (Κυριόπουλος και συν., 1991).

3.3.2 Οι δυσκολίες πρόσβασης των χρηστών στο σύστημα υγείας λόγω οικονομικών παραγόντων.

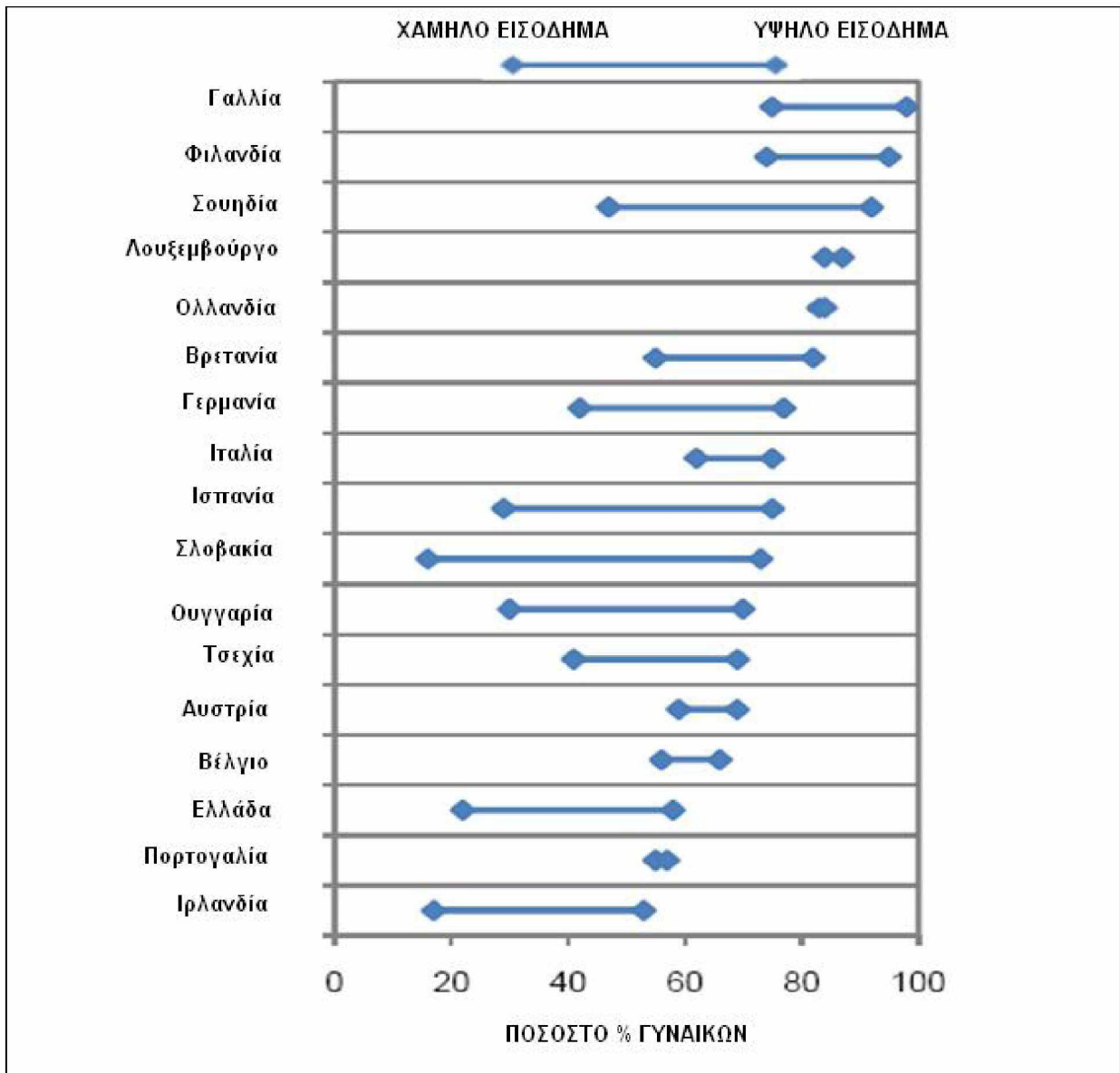
Σύμφωνα με έρευνα του Μεργκούπη (2001), η πρόσβαση στις ελληνικές υγειονομικές υπηρεσίες σχετίζεται με το διαθέσιμο εισόδημα. Οι ασθενείς με υψηλό εισόδημα ζοδεύουν μικρότερο ποσοστό των ακαθάριστων εσόδων τους σε υγειονομικές υπηρεσίες, από τους ασθενείς με χαμηλό εισόδημα (Δόλγερας και Κυριόπουλος, 2000 / Liaropoulos & Tragakes, 1998). Άρα στην περίπτωση των άμεσων πληρωμών, ο παράγοντας του εισοδήματος είναι πολύ σημαντικός και είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν ανισότητες ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Σίσκου, 2006).

Στις Εικόνες 3.3 και 3.4 παρουσιάζονται δυο παραδείγματα ανισοτήτων στο χώρο της υγείας (OECD Health at a Glance, 2009). Στην πρώτη Εικόνα, φαίνεται η ανισότητα που επικρατεί μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών (υψηλό εισόδημα, μέσος όρος εισοδήματος, χαμηλό εισόδημα), όσον αφορά τις ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες. Φαίνεται ότι, με τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος αυξάνεται το ποσοστό των ατόμων που έχει ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες.



Εικόνα 3.3: Η ποσοστιαία κατανομή των ατόμων με ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες ανά εισοδηματική κατηγορία.

Στη δεύτερη Εικόνα, φαίνεται η ανισότητα που επικρατεί μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών, όσον αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Δηλαδή, με την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, αυξάνεται το ποσοστό των γυναικών που κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.



Εικόνα 3.4: Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών που κάνουν προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού ανά εισοδηματική κατηγορία.

Πάνω σε αυτά τα προβλήματα που αφορούν τις δαπάνες στις υπηρεσίες της υγείας έρχονται να προστεθούν και διάφορα ακόμα θέματα όπως η αναποτελεσματικότητα, τα οργανωτικά, διαρθρωτικά και λειτουργικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάλυση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα γίνεται μέσα στο πλαίσιο όλων αυτών των δυσκολιών που αναφέρονται σε αυτό και τα παραπάνω κεφάλαια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται στην εργασία. Περιγράφεται το δείγμα και όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή, καθώς και οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκειά της έρευνας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιείται με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS Statistics 17.0 σε δείγμα 141 ατόμων ηλικίας άνω των 18 ετών.

4.1 Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας.

Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση των καταναλωτών για δημόσια έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο και άλλες εμπειρικές μελέτες, τα οποία παρουσιάζονται σε προηγούμενα κεφάλαια, προσδιορίζονται πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο / ιδιωτικό). Στο πλαίσιο της ανάλυσης αυτών των παραγόντων, αρχικά γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κοινωνικά κ.ά.) και έπειτα εξετάζονται κάποιοι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της νοσοκομειακής φροντίδας που πραγματοποιεί το δείγμα (όπως το φύλο, το εισόδημα, ο τρόπος εισαγωγής, η φήμη του νοσοκομείου, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.ά.), καθώς και κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους (όπως είναι η ξενοδοχειακή υποδομή, η καθαριότητα, η αριθμητική επάρκεια των κλινών και του νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά.).

Πρόσθετος σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη προβλημάτων που μπορούν να υπάρχουν στους ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης και των κοινωνικών ανισοτήτων που υπάρχουν στο υγειονομικό σύστημα, δηλαδή η ελλειμματική προσπέλαση προς τις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες. Μελετώντας αυτά τα προβλήματα, μπορεί να επιτευχθεί καλύτερος προγραμματισμός στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των νοσοκομείων και να βρεθούν περιοχές προς ανάπτυξη ή αναβάθμιση οδηγώντας στη βελτίωσή των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, η οποία αποτελεί σημαντική επιδίωξη σε ένα σύστημα υγείας.

Επιπρόσθετα, η παρούσα εργασία καθίσταται ικανή να συμβάλλει στην προσπάθεια συγκράτησης της υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών αφού φιλοδοξεί να αναδείξει τους τομείς του δημόσιου συστήματος που πρέπει να αναβαθμιστούν ή να αλλάξουν ώστε να περιοριστεί η ιδιωτική καταβολή χρημάτων.

4.2 Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας.

Για την επίτευξη της διερεύνησης των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για ζήτηση δημόσιας έναντι ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης δημιουργείται ειδικό ερωτηματολόγιο για την άντληση των πρωτογενών δεδομένων. Η επιλογή του δείγματος ακολουθεί τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας χωρίς επανατοποθέτηση, δηλαδή κάθε μέλος του πληθυσμού N έχει την πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα μεγέθους n ίση με n/N (Δονάτος και Χόμπας, 1988). Οι ερωτώμενοι είναι ασθενείς άνω των 18 ετών, οι οποίοι παίρνουν ή θα πάρουν σύντομα εξιτήριο από το νοσοκομείο και καλύπτουν τις απαιτήσεις του ερωτηματολογίου (π.χ. γνωρίζουν το κόστος της νοσηλείας τους).

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη λήψη των δεδομένων είναι η προσωπική συνέντευξη με ταυτόχρονη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (το πλήρες ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο Παράρτημα Α). Πρέπει να τονιστεί ότι, σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, είναι μια επίπονη διαδικασία που απαιτεί πολύ χρόνο για την πραγματοποίησή της, αλλά αποτελεί πολύ καλό τρόπο ώστε να περιγράφονται οι εμπειρίες των ασθενών λεπτομερέστερα (Λαζάρου, 2005). Παρουσιάζεται μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης και μικρό ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων. Ο συνεντευκτής κερδίζει πιο εύκολα την εμπιστοσύνη των ερωτηθέντων και τους βοηθάει σε οποιαδήποτε δυσκολία αντιμετωπίζουν.

Όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται κατά τη διάρκεια της έρευνας είναι απόρρητες και εμπιστευτικές, με σεβασμό στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας και διευκρινίζεται ότι το ερωτηματολόγιο δεν είναι τεστ, ότι δεν υπάρχουν λάθος ή σωστές απαντήσεις και ότι αποδίδονται μόνο στατιστικά στοιχεία. Επιπρόσθετα, πριν από τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προηγείται μια σύντομη εισαγωγική περιγραφή σχετικά με το περιεχόμενο που ακολουθεί και τη χρονική διάρκεια της συνέντευξης ώστε ο ερωτώμενος να είναι προετοιμασμένος για τις ερωτήσεις που καλείται να απαντήσει και η μεταφορά από τη μια ενότητα στην άλλη συνοδεύεται από εισαγωγικές παρατηρήσεις που διευκολύνουν τη μετάβαση και διατηρούν την ομαλή ροή των ερωτήσεων.

Πριν από την έναρξη διεξαγωγής της έρευνας, πραγματοποιείται έλεγχος της εγκυρότητας του περιεχομένου του ερωτηματολογίου και γίνεται πιλοτική συλλογή ερωτηματολογίων από το Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας και την Πολυκλινική της Λαμίας, ώστε να προσδιοριστεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιείται στην έρευνα. Ο έλεγχος της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τον έλεγχο της εγκυρότητας του περιεχομένου (content validity) και τον έλεγχο της εγκυρότητας της δομής του ερωτηματολογίου (construct validity). Ο έλεγχος της εγκυρότητας του περιεχομένου έχει ως

σκοπό τη διόρθωση (ή ακόμα και την απόρριψη) ερωτήσεων οι οποίες είναι ασαφείς και δημιουργούν σύγχυση στον ερωτώμενο. Ανώτερος στόχος της όλης διαδικασίας είναι η διατύπωση των ερωτήσεων με τρόπο που να γίνεται εύκολα και άμεσα κατανοητός.

Το πιλοτικό δείγμα αποτελείται από 32 άτομα, από τους οποίους 5 είναι από την Πολυκλινική και 27 από το Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας (Πίνακας 4.2.1). Μελετώντας τα λάθη, τις ερωτήσεις, τις παρεμβάσεις και τις διορθώσεις που κάνουν οι ασθενείς, επαναδιατυπώνονται οι ερωτήσεις με τρόπο κατανοητό και αποφεύγονται ακατάλληλες διατυπώσεις που οδηγούν σε ασάφειες και γενικότερη σύγχυση του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο ενώ για την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται το στατιστικό μέτρο Cronbach Alpha στις 27 μεταβλητές, οι οποίες έχουν διαβαθμισμένες απαντήσεις (όπως οι μεταβλητές στις ερωτήσεις 10 και 11- Βλ. Παράρτημα) (Neag School of Education - University of Connecticut).

Το αποτέλεσμα του συντελεστή α του Cronbach είναι 0,926, το οποίο δηλώνει ότι υπάρχει θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών και ότι το ερωτηματολόγιο απαντιέται σωστά και υπάρχει εσωτερική συνέπεια (Πίνακας 4.2.2).

Πίνακας 4.2.1: Οι περιπτώσεις των μεταβλητών στη διαδικασία του ελέγχου.

		N	%
Μεταβλητές	Έγκυρες	32	100,0
	Αποκλίνουσες	0	0
	Συνολικές	32	100,0

Πίνακας 4.2.2: Η στατιστική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κατά Cronbach.

Συντελεστής α του Cronbach	Αριθμός μεταβλητών
0,926	27

Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας, ξεκινά η διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων στο Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας, στην Πολυκλινική της Λαμίας και τη Γενική Κλινική Κυανούς Σταυρός στη Λάρισα. Η έρευνα πραγματοποιείται από τον Μάη του 2009 ως τον Ιούλιο του ίδιου έτους και η λήψη των απαντήσεων γίνεται με τη βοήθεια της προσωπικής συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις λαμβάνουν χώρα κατά τις πρωινές (9:00 πμ. – 1:00 μμ.) και απογευματινές ώρες (5:00 μμ. – 8:00 μμ.) καθώς και τα Σαββατοκύριακα και η διάρκειά τους κυμαίνεται από 10 έως 20 λεπτά.

Ο ερωτώμενος αν επιθυμεί βλέπει ή έχει μπροστά του το ερωτηματολόγιο για να διευκολύνεται στην κατανόηση των ερωτήσεων. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης δεν παρευρίσκονται επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο γιατί είναι πιθανό να επηρεάζουν τις απαντήσεις και ο συνεντεύκτης σε καμία περίπτωση δεν γνωστοποιεί τις δικές του απόψεις. Όλες οι ερωτήσεις ακολουθούν την ίδια προκαθορισμένη σειρά, διαβάζονται ακριβώς όπως παρουσιάζονται στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις καταγράφονται στη στιγμή που διατυπώνονται.

Παρουσιάζεται ικανοποιητικός βαθμός αποδοχής συμπλήρωσης (response rate) του ερωτηματολογίου με ποσοστό 92,4% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και 67% στο δημόσιο, φτάνοντας το συνολικό ποσοστό του 75,8%. Η άρνηση συνήθως των ατόμων να ανταποκριθούν στην έρευνα είναι για λόγους καχυποψίας, έλλειψης παρόμοιων εμπειριών ή απροθυμίας να δώσουν προσωπικά τους στοιχεία όπως η υγεία τους ή η οικονομική τους κατάσταση.

Τελειώνοντας με τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, γίνεται καταχώριση των δεδομένων στη βάση του προγράμματος SPSS και ακολουθεί η επεξεργασία τους. Το δείγμα αποτελείται από 141 άτομα από τα οποία 75 (53,2%) είναι άνδρες και 66 (46,8%) είναι γυναίκες. Επίσης, 60 άτομα (42,6%) έχουν επιλέξει την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ 81 (57,4%) τη δημόσια. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, όπως αυτά προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων.

Η διαδικασία της επιλογής των μεθόδων ανάλυσης των δεδομένων, γίνεται σύμφωνα με άλλες εμπειρικές μελέτες (Lako et Rosenau, 2008 / Pappa & Niakas, 2006 / Yoshii et Fushimi., 2006 / Hanson et al., 2004 / Skinner et al., 1977) και μετά από την καθοδήγηση εμπειρων ατόμων με εξειδίκευση στη στατιστική ανάλυση δεδομένων.

4.3 Περιγραφή των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται.

4.3.1 Ο συντελεστής Cronbach's Alpha (Cronbach's Alpha Reliability).

Ο συντελεστής alpha έχει αρχικά προταθεί από τον Lee J. Cronbach (1916 - 2001) ως μέτρο υπολογισμού της συνέπειας στις απαντήσεις που δίνουν άτομα με ψυχολογικές διαταραχές. Αν απαντούν με συνέπεια, τότε υπάρχει η ένδειξη ότι η ψυχολογική τους κατάσταση βελτιώνεται, ενώ αν απαντούν με ασυνέπεια υπάρχει η ένδειξη ότι δεν έχει βελτιωθεί και χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα (Cronbach, 1951).

Πλέον είναι μια στατιστική συνάρτηση, η οποία χρησιμοποιείται ως μέτρο αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου και ο μαθηματικός του τύπος είναι ο εξής:

$$a = \frac{N \cdot r}{1 + (N - 1) \cdot r}$$

όπου N είναι ο αριθμός των ερωτηματολογίων και r η μέση γραμμική συσχέτιση του Pearson ανάμεσα στις μεταβλητές.

Η γραμμική συσχέτιση είναι ένα μέτρο που υπολογίζει τον βαθμό εξάρτησης ανάμεσα σε δυο μεταβλητές και κυμαίνεται ανάμεσα στο -1 και 1. Καθώς η μία μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη αυξάνεται, υπάρχει θετική συσχέτιση. Ενώ, καθώς η μία αυξάνεται και η άλλη μειώνεται, υπάρχει αρνητική συσχέτιση. Όσο πιο έντονη (μεγάλη) είναι η συσχέτιση (τείνει στο 1, κατά απόλυτη τιμή) τόσο πιο έντονη είναι και εξάρτηση. Αν με τη μεταβολή της μιας δεν συμβαίνει μεταβολή στην άλλη τότε η γραμμική συσχέτισή τους είναι 0 (Παπαϊωάννου, 2004).

Όπως φαίνεται από τον τύπο, ο συντελεστής α εξαρτάται από τον μέσο όρο όλων των διαφορετικών συντελεστών γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου, είτε είναι θετικοί είτε αρνητικοί. Από αυτούς τους διαφορετικούς συντελεστές γραμμικής συσχέτισης υπολογίζεται ο μέσος όρος, δηλαδή η μέση γραμμική συσχέτιση, που συμβολίζεται με r. Με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS υπολογίζεται εύκολα το r και έπειτα ο συντελεστής α του Cronbach.

Θεωρείται ότι ένα ερωτηματολόγιο έχει εσωτερική συνέπεια όταν η τιμή του συντελεστή α είναι μεγαλύτερη από 0,7 σε απόλυτη τιμή.

4.3.2 Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων.

Οι έλεγχοι (τεστ) που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση των δεδομένων είναι το χ^2 (Chi Square) τεστ, το τεστ των Kolmogorov – Smirnov, ο μη παραμετρικός έλεγχος των Mann – Whitney U και η λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression).

χ^2 - Chi Square test

Στα δεδομένα της έρευνας υπάρχουν περισσότερες από μία κατηγορικές μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, είναι ενδιαφέρον να παρουσιαστεί συνοπτικά σε πίνακα η κοινή κατανομή δύο τέτοιων μεταβλητών, και στη συνέχεια, ελέγχεται αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ τους. Ο ένας πίνακας που εμφανίζεται, ονομάζεται πίνακας συνάφειας και δείχνει την κατανομή των συχνοτήτων για όλες τις μεταβλητές και ο δεύτερος εμφανίζει διάφορα μέτρα συνάφειας ελέγχοντας την ανεξαρτησία των μεταβλητών με το στατιστικό χ^2 . Δηλαδή εξετάζεται αν οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες (η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης) (Μπερσίμης, 2006).

Kolmogorov – Smirnov test

Στην περίπτωση ύπαρξης μιας ποσοτικής μεταβλητής σε δυο διαφορετικές και ανεξάρτητες πληθυσμιακές ομάδες, όπως υπάρχουν στην έρευνα, είναι ενδιαφέρον να ευρεθεί εάν διαφέρουν σημαντικά οι μέσες τιμές της μεταβλητής σε αυτούς τους δυο πληθυσμούς. Η στατιστική ανάλυση αρχικά απαιτεί τον έλεγχο της κανονικότητας των δεδομένων, δηλαδή αν τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ο έλεγχος αυτός της κανονικότητας επιτυγχάνεται με τη χρήση του ελέγχου των Kolmogorov – Smirnov.

Επειτα, αν η μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή τότε εφαρμόζεται κάποιος κατάλληλος παραμετρικός έλεγχος, αλλιώς αν η μεταβλητή ακολουθεί κάποια διαφορετική κατανομή τότε εφαρμόζεται κάποιος μη παραμετρικός έλεγχος (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2004).

Mann – Whitney U test

Σε αυτή την έρευνα, όλες οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν μη κανονική κατανομή και ο καλύτερος μη παραμετρικός έλεγχος που ταιριάζει στο δείγμα είναι ο έλεγχος των Mann – Whitney U για δυο ανεξάρτητα δείγματα. Η στατιστική έλεγχου βασίζεται στην βαθμολόγηση (ranking) των παρατηρήσεων των δύο δειγμάτων (Boutsikas, 2004).

Έπειτα, για τις μεταβλητές, οι οποίες αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές για την έρευνα, δηλαδή για όσες φαίνεται να επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών στην επιλογή της νοσοκομειακής φροντίδας τους, εφαρμόζεται η τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression), σύμφωνα με την οποία ερμηνεύεται το μέγεθος της επιρροής των μεταβλητών στο είδος του νοσοκομείου.

Logistic regression

Η τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης είναι κατάλληλη για την εκτίμηση των τιμών μιας εξαρτημένης μεταβλητής από τις τιμές των ανεξάρτητων. Συνήθως, η τιμή 0 (μηδέν) δηλώνει την αποτυχία πραγματοποίησης ενός γεγονότος ενώ η τιμή 1 (ένα) δηλώνει την επιτυχία πραγματοποίησης ενός γεγονότος αντίστοιχα.

Η εξίσωση της λογιστικής παλινδρόμησης είναι η εξής:

$$\ln \left[\frac{p}{1-p} \right] = \beta_0 X_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_v X_v$$

όπου p είναι η πιθανότητα της επιτυχίας της πραγματοποίησης του γεγονότος (1=επιτυχία, 0=αποτυχία), β είναι ένας συντελεστής της μεταβολής του λογαρίθμου και X είναι μια ανεξάρτητη μεταβλητή.

Με τους λογαριθμικούς συντελεστές υπολογίζεται η αναλογία των πιθανοτήτων για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή στο μοντέλο και γενικά χρησιμοποιείται η μέθοδος της εκτίμησης της μέγιστης πιθανοφάνειας (Hosmer et al., 1978).

Τα αποτελέσματα του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης που έχουν τη μεγαλύτερη σημασία είναι η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού Nagelkerke's R-Square, ο οποίος δείχνει την ερμηνευτική δύναμη του συγκεκριμένου υποδείγματος στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής και ο πίνακας με τους συντελεστές του τελικού υποδείγματος, με τους αντίστοιχους ελέγχους και τα διαστήματα εμπιστοσύνης τους (Γναρδέλλης, 2006).

Στα Παράρτημα Β και Γ παρουσιάζονται όλες οι υποθέσεις που εξετάζονται κατά τη διάρκεια της έρευνας, όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τις μεθόδους (ελέγχους) που χρησιμοποιούνται και εμφανίζονται όλα τα αποτελέσματα όπως προκύπτουν από τους ελέγχους.

4.4 Η περιγραφή του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις (Παράρτημα Α), οι οποίες επιλέγονται σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο και άλλες εμπειρικές μελέτες, τα οποία παρουσιάζονται στα παραπάνω κεφάλαια. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιούνται σε δύο ενότητες. Η πρώτη εξετάζει τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και τους παράγοντες που επηρεάζουν το είδος της νοσοκομειακής επιλογής (δημόσιο / ιδιωτικό), καθώς και την ικανοποίηση από το νοσοκομείο και η δεύτερη τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του ερωτώμενου. Οι περισσότερες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου, δηλαδή ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει μια μόνο απάντηση.

Όταν ενδιαφέρεται κάποιος να εξετάσει τα στοιχεία ενός συνόλου προς ορισμένα χαρακτηριστικά του, τότε αναφέρεται στις μεταβλητές ενός πληθυσμού, οι οποίες παίρνουν μια σειρά τιμών. Οι μεταβλητές αυτές είναι ποσοτικές όταν μπορούν να μετρηθούν, δηλαδή οι τιμές τους εκφράζουν τιμές ενός μεγέθους (π.χ. ηλικία, εισόδημα, χρόνος αναμονής) και ποιοτικές όταν δεν μπορούν να μετρηθούν, δηλαδή οι τιμές τους δεν είναι αριθμητικές και αναφέρονται σε καταστάσεις, κατηγορίες, είδη κ.τ.λ. (π.χ. φύλο, επάγγελμα, γεωγραφικός προσδιορισμός). Επίσης, οι μεταβλητές χωρίζονται σε συνεχείς όταν παίρνουν τιμές σε διαστήματα αριθμητικών τιμών και διακριτές όταν παίρνουν μεμονωμένες τιμές.

Οι μεταβλητές που παρουσιάζονται στην πρώτη ενότητα, με βάση τη βιβλιογραφία που υπάρχει, είναι το νοσοκομείο, δηλαδή η επιλογή του ερωτώμενου για το είδος της νοσοκομειακής περίθαλψής του (δημόσιο / ιδιωτικό), η υγεία (Pappa & Niakas, 2006), όπου φαίνεται η κατάσταση υγείας του ερωτώμενου το τελευταίο εξάμηνο, ο χρόνος αναμονής (Burge et al., 2005), όπου δηλώνεται ο χρόνος, τον οποίο ο ερωτώμενος περίμενε μέχρι να γίνει η εισαγωγή του, ο τρόπος εισαγωγής (Lako & Rosenau, 2008), παρατηρώντας αν ο ερωτώμενος επέλεξε το νοσοκομείο αυθόρμητα ή μετά από κάποια παρότρυνση και άλλες. Επιπρόσθετα, υπάρχουν μεταβλητές όπου φανερώνεται σε ποιο βαθμό επηρεάζεται ο ερωτώμενος για την επιλογή του νοσοκομείου πριν νοσηλευθεί όπως η φήμη του νοσοκομείου γενικά, η εμπειρία του ερωτώμενου από το νοσοκομείο (Isroliwala et al., 2004) κ.τ.λ., καθώς και μεταβλητές όπου φαίνεται η ικανοποίηση του ερωτώμενου από το νοσοκομείο μετά τη νοσηλεία του όπως είναι για παράδειγμα η αριθμητική επάρκεια ιατρών, νοσηλευτών και κλινών.

Οι μεταβλητές που παρουσιάζονται στη δεύτερη ενότητα είναι το φύλο (Luft, 1978), η ηλικία (Anderson, 1973), το είδος της κοινωνικής ασφάλισης που έχει ο ερωτώμενος (αν έχει κοινωνική ασφάλιση) (Saeed, 1998), η κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση (Akin, 1995) κ.ά.

4.5 Οι παραδοχές και οι περιορισμοί της έρευνας.

Η έρευνα συνδέεται με ορισμένες παραδοχές που αφορούν τη φύση της πραγματικότητας. Οι ερωτηθέντες του δημόσιου νοσοκομείου είναι μόνο ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται στις κλινικές - τμήματα (καρδιολογική, πνευμονολογική, ορθοπαιδική, ουρολογική κ.ά.) του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Εξαιρούνται από την έρευνα οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται μόνο στη μονάδα βραχείας νοσηλείας ή μόνο στο ΤΕΠ λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης υγείας του ασθενούς ή της μη ολοκληρωμένης άποψής του για το νοσοκομείο. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα περιστατικά ΜΕΦ εισάγονται στο δείγμα, εφόσον μετά την παραμονή τους στη ΜΕΦ νοσηλεύονται σε κάποια από τις κλινικές - τμήματα του νοσοκομείου.

Επιπρόσθετα, σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ δύσκολη η συλλογή των ερωτηματολογίων επειδή οι ασθενείς όχι μόνο είναι μεγάλης ηλικίας με αρκετά επιβαρυνμένη την κατάσταση υγείας τους (απώλεια ακοής, όρασης, άνοια), με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας και με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο που οδηγεί σε φόβο κακής μεταχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας, διωγμού από το νοσοκομείο αλλά και έλλειψης εμπειριών συμμετοχής σε αντίστοιχες έρευνες με αποτέλεσμα την απροθυμία να δώσουν προσωπικές πληροφορίες ή πληροφορίες σχετικές με το νοσοκομείο.

Επισημαίνεται ότι ο συνολικός χρόνος που έχει απαιτηθεί για τη συλλογή των πληροφοριών στις συνεντεύξεις είναι αρκετά μεγαλύτερος από τον προβλεπόμενο καθώς οι επισκέψεις του ιατρικού προσωπικού στους θαλάμους, η ανάπαυση και η ώρα του φαγητού των ασθενών περιορίζουν το χρόνο που ο ασθενής είναι διαθέσιμος για τη συνέντευξη.

Επίσης, υπάρχουν δυσκολίες για την άντληση στοιχείων από ιδιωτικές κλινικές της Λαμίας λόγω έλλειψης οργάνωσης και ίσως φόβου για την αποκάλυψη τυχόν προβλημάτων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας και γενικά της πολιτικής που ακολουθούν με αποτέλεσμα τη δυσφήμισή τους.

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ο κατά πολύ μικρότερος αριθμός εισερχόμενων ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με το δημόσιο με αποτέλεσμα η συλλογή των ερωτηματολογίων να καθίσταται δυσχερής. Αυτός είναι και ο λόγος επιλογής και μιας δεύτερης ιδιωτικής κλινικής στη Λάρισα, εφόσον στη Λαμία δεν υπάρχει κάποια άλλη, εκτός της Πολυκλινικής, που να ταιριάζει στις απαιτήσεις της έρευνας. Ωστόσο και πάλι ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέγονται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι μικρότερος από το δημόσιο λόγω του μικρού αριθμού εισερχόμενων ασθενών και της ύπαρξης πολλών χρόνιων περιπτώσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η περιγραφή του δείγματος που συμμετέχει στην έρευνα, των αποτελεσμάτων αναφορικά με τους λόγους που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για την επιλογή δημοσίου ή ιδιωτικού νοσοκομείου, καθώς και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές φροντίδες.

Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών χρησιμοποιούνται η ποσοστιαία εμφάνιση δεδομένων στο δείγμα, διάφορα κατάλληλα διαγράμματα και περιγραφικά μέτρα, τα οποία είναι ο αριθμητικός μέσος¹, η διάμεσος², η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή (αντίστοιχα η μεγαλύτερη και η μικρότερη τιμή της μεταβλητής), η τυπική Απόκλιση³ και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης⁴.

5.1 Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίοι νοσηλεύονται στα νοσοκομεία των νομών Φθιώτιδας και Λάρισας, όπου γίνεται η έρευνα. Στον Πίνακα 5.1.1, φαίνεται ότι η μέση ηλικία των ερωτώμενων (η οποία δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή) είναι περίπου 61,5 έτη, χωρίς να παρατηρείται κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στο ιδιωτικό και το δημόσιο νοσοκομείο (Mann-Whitney U=2405, p=0,917).

Πίνακας 5.1.1: Η ηλικία του δείγματος.

	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία (δημόσιο νοσοκομείο)	60,7	54,56 - 66,85	68	18 – 104	23,820
Ηλικία (ιδιωτικό νοσοκομείο)	62,02	57,15 - 66,89	68,5	24 – 100	21,927
Ηλικία (συνολικό δείγμα)	61,46	57,64 - 65,28	68	18 – 104	22,678

¹ Ο αριθμητικός μέσος είναι το πηλίκο του αλγεβρικού αθροίσματος των δεδομένων της μεταβλητής δια του πλήθους τους.

² Η διάμεσος είναι μία τιμή της μεταβλητής τέτοια, ώστε το μισό των δεδομένων τιμών να είναι μικρότερες ή ίσες από αυτήν και το άλλο μισό μεγαλύτερες.

³ Η τυπική απόκλιση είναι η τετραγωνική ρίζα της διακύμανσης, η οποία είναι το άθροισμα των τετραγώνων των αποκλίσεων των δεδομένων από την μέση τιμή προς το σύνολο των τιμών.

⁴ Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης είναι η πραγματική μέση τιμή του δείγματος, δηλαδή ο δειγματικός μέσος των 95 από τα 100 άτομα θα είναι ανάμεσα στο άνω και κάτω όριο των τιμών της μεταβλητής.

Στον επόμενο Πίνακα 5.1.2 εμφανίζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το ποσοστό των ανδρών είναι 53,2% και των γυναικών 46,8% με περισσότερους άνδρες στο δημόσιο νοσοκομείο και περισσότερες γυναίκες στο ιδιωτικό. Συντριπτική πλειοψηφία κατέχουν τα άτομα ελληνικής καταγωγής και στα δυο νοσοκομεία.

Πίνακας 5.1.2: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	Δημόσιο Νοσοκομείο	%	Ιδιωτικό	N	%	Αθροιστικό %
				Συνολικού δείγματος		
Φύλο				<i>141</i>	<i>100%</i>	
Άνδρας	64,2%		38,3%	75	53,2%	53,2%
Γυναίκα	35,8%		61,7%	66	46,8%	100%
	100%		100%			
Εθνικότητα				<i>141</i>	<i>100%</i>	
Ελληνική	98,8%		100%	140	99,3%	99,3%
Άλλη	1,2%		0%	1	0,7%	100%
	100%		100%			
Οικογενειακή κατάσταση				<i>141</i>	<i>100%</i>	
Άγαμος	12,3%		5%	13	9,2%	9,2%
Παντρεμένος	71,6%		68,3%	99	70,2%	79,4%
Χήρος-Διαζευγμένος	16%		26,7%	29	20,6%	100,0%
	100%		100%			
Τόπος κατοικίας				<i>141</i>	<i>100%</i>	
Χωριό	51,9%		51,7%	73	51,8%	51,8%
Προάστιο	19,8%		13,3%	24	17,0%	68,8%
Κέντρο	28,4%		35%	44	31,2%	100,0%
	100%		100%			

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι παντρεμένοι και μόνο 9,2% άγαμοι. Περίπου το 50% των ερωτώμενων δηλώνει ότι διαμένουν σε χωριό ενώ το 31,2% δηλώνει ότι μένει στο κέντρο.

Στον Πίνακα 5.1.3, παρουσιάζονται τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Είναι φανερό ότι υπάρχει πολύ μεγάλο ποσοστό αναλφάβητων κοντά στο 40% και πρόσθετα οι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου δεν υπερβαίνουν το 20% του δείγματος. Μέτρια είναι τα ποσοστά αυτών που έχουν τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση και ελάχιστοι έχουν προχωρήσει σε ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι υπάρχει κάποια μεγάλη διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευθέντων στα δυο είδη νοσοκομειακών υπηρεσιών, το οποίο όμως μπορεί να εξηγηθεί, αφού υπάρχουν φοιτητές μόνο στο δημόσιο νοσοκομείο.

Σχετικά με το είδος της απασχόλησης των ερωτηθέντων, το 62,4% δηλώνει ότι είναι συνταξιούχοι ενώ το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι αυτών που δηλώνουν ότι είναι

έμποροι και ελεύθεροι επαγγελματίες. Σχεδόν ισόποσα ποσοστά σημειώνουν οι εργάτες, οι υπάλληλοι γραφείου, αυτοί που ασχολούνται με τα οικιακά (συνήθως γυναίκες) και οι φοιτητές. Συγκριτικά, περισσότεροι είναι οι τεχνίτες, οι έμποροι, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι υπάλληλοι γραφείου στο ιδιωτικό νοσοκομείο ενώ οι εργάτες και οι τεχνίτες στο δημόσιο.

Αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, περίπου 35% του δείγματος υποστηρίζει ότι αυτό ανέρχεται μέχρι τα €750 και σχεδόν 25% ότι έχουν εισόδημα από €751 έως €1.100. Μόνο το 5,7% δηλώνει ότι έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2.801. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 71,6% αναφέρει ότι δεν κάνει κάποια αποταμίευση γιατί το εισόδημά του δεν το επιτρέπει. Οι υπόλοιποι αναφέρουν ότι αποταμιεύουν κατά μέσο όρο σχεδόν €100 μηνιαίως. Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσό αποταμίευσης των ατόμων που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι διπλάσιο από αυτό των ατόμων που νοσηλεύονται στο δημόσιο. Τα άτομα που επιλέγουν τον ιδιωτικό φορέα για την νοσοκομειακή τους περίθαλψη, δηλώνουν εισόδημα πάνω από €2.000. Και αυτό είναι λογικό όταν ο μέσος όρος του κόστους νοσηλείας τους στο ιδιωτικό νοσοκομείο ανέρχεται στις €3.000 (Πίνακας 5.1.4). Αντιθέτως, στο δημόσιο νοσοκομείο, ο μέσος όρος των εξόδων της νοσηλείας τους είναι μόνο €60. Το κόστος της νοσηλείας των ασθενών δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, αλλά η διαφορά ανάμεσα στους δυο παροχείς υγειονομικών υπηρεσιών είναι στατιστικώς σημαντική (Mann-Whitney $U=328$, $p=0,000$). Αυτό είναι αναμενόμενο, δεδομένου ότι στο δημόσιο νοσοκομείο σχεδόν το σύνολο των εξόδων νοσηλείας καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση.

Ωστόσο, κάποιος μπορεί να διακρίνει ότι σχεδόν το μισό δείγμα που επιλέγει το ιδιωτικό νοσοκομείο δηλώνει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα λιγότερο από €1.100. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε ψευδή δήλωση εισοδήματος είτε στο γεγονός ότι οι οικογένειες στην Ελλάδα είναι συνδεδεμένες με συγγενείς ή/και φίλους που συνήθως είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν και να στηρίξουν οικονομικά κάποιο μέλος τους σε περιπτώσεις ασθένειας (Μαράτου-Αλιπράντη, 1999).

Τέλος, αναφορικά με την κατανομή του δείγματος στα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης που έχει το δείγμα, η πλειοψηφία συγκεντρώνεται στο ΙΚΑ (38,3%) και στον ΟΓΑ (22,7%). Ο ΟΑΕΕ και η ΥΠΑΔ συγκεντρώνουν μέτρια ποσοστά και τα υπόλοιπα αρκετά μικρότερα. Γενικά, δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους δύο φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 5.1.3: Τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	Δημόσιο Νοσοκομείο	% Ιδιωτικό	N	% Συνολικού δείγματος	Αθροιστικό %
Επίπεδο εκπαίδευσης			141	100%	
Αναλφάβητος	37%	40%	54	38,3%	38,3%
Δημοτικό	23,5%	11,7%	26	18,4%	56,7%
Γυμνάσιο	7,4%	11,7%	13	9,2%	66,0%
Λύκειο	9,9%	21,7%	21	14,9%	80,9%
ΙΕΚ	0%	6,7%	4	2,8%	83,7%
ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ	7,4%	5%	9	6,4%	90,1%
ΑΕΙ	13,6%	3,3%	13	9,2%	99,3%
Μεταπτυχιακό	1,2%	0%	1	0,7%	100,0%
	100%	100%			
Είδος απασχόλησης			141	100%	
Άνεργος/η	1,2%	0%	1	0,7%	0,7%
Συνταξιούχος	66,7%	56,7%	88	62,4%	63,1%
Οικιακά	4,9%	10%	10	7,1%	70,2%
Φοιτητής/τρια	9,9%	0%	8	5,7%	75,9%
Τεχνίτης/ Εργάτης/ Χειριστής μεταφ. Μέσου	9,9%	5%	11	7,8%	83,7%
Αυτοαπασχολούμενος	2,5%	0%	2	1,4%	85,1%
Έμπορος/ Πωλητής/ Ελεύθ. Επαγγελματίας	4,9%	15%	13	9,2%	94,3%
Υπάλληλος γραφείου	0%	11,7%	7	5,0%	99,3%
Διευθυντής/ Ανώτερο διοικητικό στέλεχος	0%	1,2%	1	0,7%	100,0%
	100%	100%			
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα			141	100%	
Μέχρι €750	37%	28,3%	47	33,3%	33,3%
€751 – €1100	24,7%	25%	35	24,8%	58,2%
€1101 – €1450	13,6%	6,7%	15	10,6%	68,8%
€1451 – €1800	9,9%	11,7%	15	10,6%	79,4%
€1801 – €2200	7,4%	6,7%	10	7,1%	86,5%
€2201 – €2800	3,7%	13,3%	11	7,8%	94,3%
€2801 και πάνω	3,7%	8,3%	8	5,7%	100,0%
	100%	100%			
Φορέας κοινωνικής ασφάλισης			141	100%	
ΙΚΑ	39,5%	36,7%	54	38,3%	38,3%
ΔΕΗ/ ΟΤΕ	9,9%	1,7%	9	6,4%	44,7%
ΝΑΤ	1,2%	0%	1	0,7%	45,4%
ΟΑΕΕ	11,1%	28,3%	26	18,4%	63,8%
ΟΓΑ	25,9%	18,3%	32	22,7%	86,5%
ΥΠΑΔ	12,3%	15%	19	13,5%	100,0%
	100%	100%			

Πίνακας 5.1.4: Το κόστος της νοσηλείας των νοσηλευθέντων, όπως δήλωσαν οι ίδιοι.

	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Κόστος νοσηλείας (δημόσιο νοσοκομείο)	61,67	27,798 – 95,54	0	0 – 1000	152,422
Κόστος νοσηλείας (ιδιωτικό νοσοκομείο)	3072,17	2316 – 3828,33	2500	0 – 15000	2928,627
Κόστος νοσηλείας (συνολικό δείγμα)	1342,73	935 -1750,43	60	0 – 15000	2420,568

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι δεν έχει κάποια επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση υγείας (93,6%). Το γεγονός αυτό είναι αναμενόμενο, αφού σε πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, σε δείγμα 1616 νοικοκυριών μόνο το 9% δηλώνει ότι είχε κάποια ιδιωτική ασφάλιση, η οποία καλύπτει τις βασικές νοσοκομειακές ανάγκες τους με κόστος κατά μέσο όρο περίπου €1200 το χρόνο (Siskou et al., 2009).

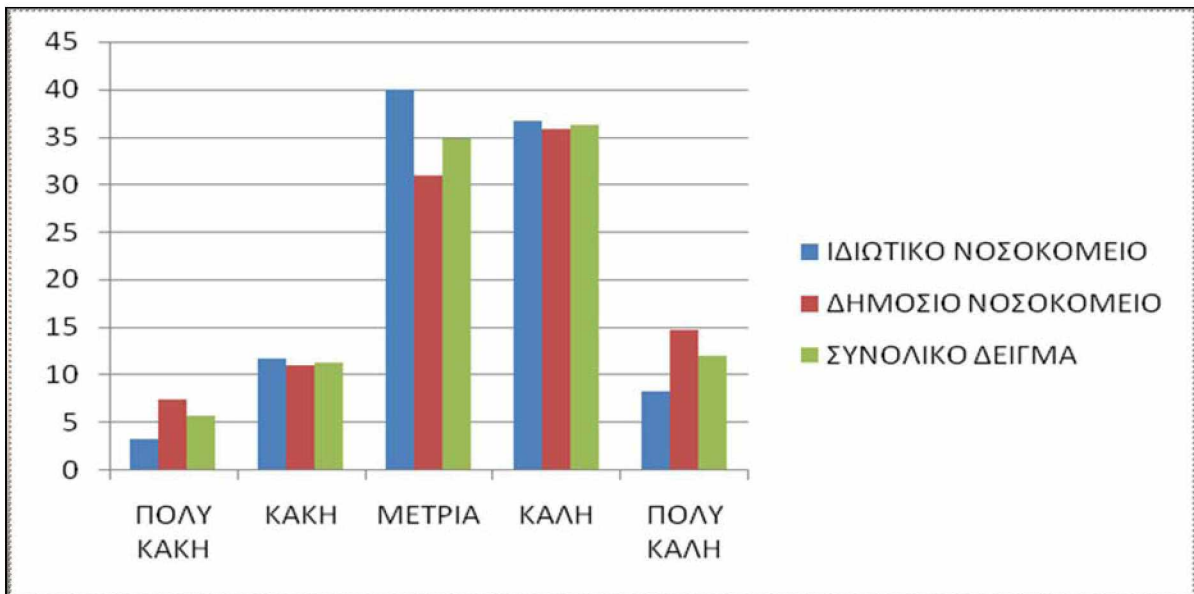
Επιφυλακτικά, για λόγους μικρού δείγματος, αναφέρεται ότι ο μέσος όρος του χρημάτων που δηλώνουν ότι πληρώνουν ετησίως οι χρήστες της ιδιωτικής ασφάλισης είναι €1188,89 με ελάχιστο ποσό τα €400 και μέγιστο τα €2000 (Πίνακας 5.1.5).

Πίνακας 5.1.5: Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης του υπό μελέτη πληθυσμού.

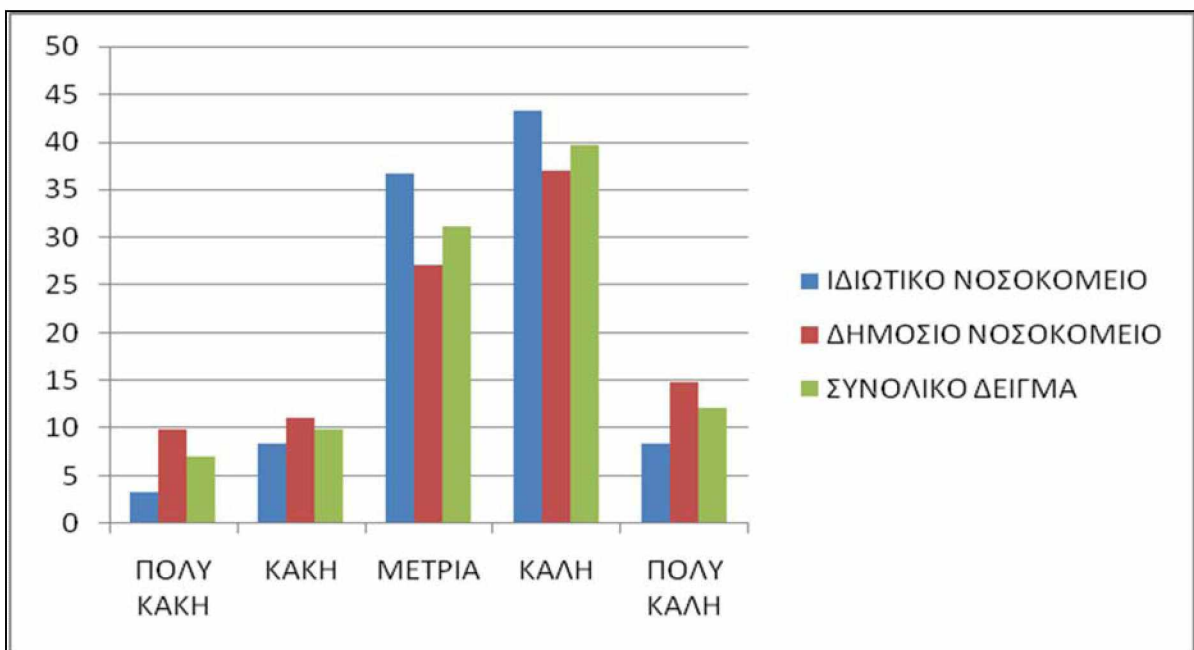
	N	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Κόστος ιδιωτικής ασφάλισης	9	1188,89	806,73 -1571	1000	400 - 2000	573,246

5.2 Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και τους παράγοντες που επηρέασαν την επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο / ιδιωτικό) και την ικανοποίηση από το νοσοκομείο.

Στις Εικόνες 5.2.1 και 5.2.2 φαίνεται το επίπεδο της υγείας και η ψυχολογική κατάσταση των ερωτώμενων, όπως οι ίδιοι δηλώνουν. Συνολικά και οι δυο παράγοντες παρουσιάζουν καλή εικόνα αφού κοντά το 30% του δείγματος αναφέρει ότι βρίσκεται σε μέτρια σωματική και ψυχολογική κατάσταση και πάνω από το 35% σε καλή. Συγκριτικά, οι ασθενείς του δημόσιου νοσοκομείου παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές στις ακραίες καταστάσεις, ενώ οι ασθενείς το ιδιωτικού έχουν μεγαλύτερες τιμές στις μεσαίες καταστάσεις.



Εικόνα 5.2.1: Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού με βάση την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας του.



Εικόνα 5.2.2: Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού με βάση την αυτοεκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασής του.

Σχολιάζοντας τον Πίνακα 5.2.1, ο οποίος σχετίζεται με τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, από το δείγμα των 141 ατόμων οι 60 (42,6%) επιλέγουν να νοσηλευθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο και οι υπόλοιποι 81 σε δημόσιο.

Πίνακας 5.2.1: Η χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	Δημόσιο Νοσοκομείο	% Ιδιωτικό	N	% Συνολικού δείγματος	Αθροιστικό %
Είδος νοσοκομείου			141	100%	
Δημόσιο			81	57,4%	57,4%
Ιδιωτικό			60	42,6%	100,0%
Είδος εισαγωγής			141	100%	
Προγραμματισμένη	12,3%	23,3%	24	17,0%	17,0%
Έκτακτη	87,7%	76,7%	117	83,0%	100,0%
Προγενέστερη εισαγωγή σε νοσοκομείο			141	100%	
Όχι	69,1%	80%	104	73,8%	73,8%
Στο ίδιο νοσοκομείο	17,3%	1,7%	15	10,6%	84,4%
Σε κάποιο άλλο	13,6%	18,3%	22	15,6%	100,0%
Επιλογή νοσοκομείου με κύριο κριτήριο τον οικονομικό παράγοντα			141	100%	
Ναι	70,4%	0%	57	40,4%	40,4%
Όχι	29,6%	100%	84	59,6%	100,0%
Πρόθεση επόμενης επιλογής στο ίδιο νοσοκομείο			141	100%	
Ναι	72,8%	91,7%	114	80,9%	80,9%
Όχι	27,2%	8,3%	27	19,1%	100,0%

Είναι πολύ εντυπωσιακό ότι το 83% του δείγματος υποστηρίζει πως έχει πραγματοποιήσει εισαγωγή ως επείγον περιστατικό. Αυτό υποδηλώνει ότι η εισαγωγή, σε πολλές περιπτώσεις, δεν γίνεται σύμφωνα με τις τυπικές διαδικασίες (δηλαδή εξαιτίας ατυχημάτων ως λόγος έκτακτης εισαγωγής) ή ότι οι ασθενείς συχνά παραμελούν τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της υγείας τους και προσέρχονται στο νοσοκομείο μόνο όταν υπάρχει ανάγκη που διαπιστώνεται με την εκδήλωση ασθένειας.

Πίνακας 5.2.2: Οι μέρες αναμονής των νοσηλευόμενων ως προγραμματισμένο περιστατικό.

	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Μέρες αναμονής (δημόσιο νοσοκομείο)	13	5,5 - 20,5	7	3 - 30	11,944
Μέρες αναμονής (ιδιωτικό νοσοκομείο)	5,36	3 - 7,7	5	1 - 15	4,465
Μέρες αναμονής (συνολικό δείγμα)	8,54	4,9 - 12,2	6	1 - 30	9,050

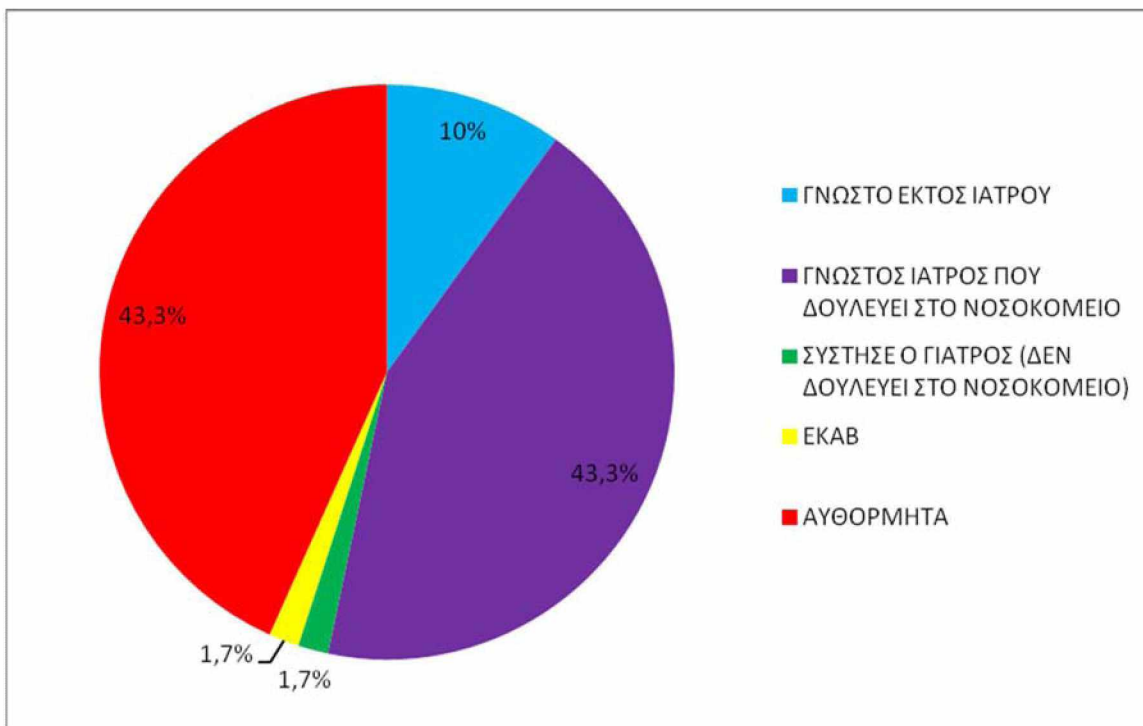
Στον Πίνακα 5.2.2, φαίνεται ότι η μέση διάρκεια αναμονής για νοσηλεία των ερωτώμενων φτάνει σχεδόν τις 9 μέρες με ελάχιστο τη μία μέρα και μέγιστο τον ένα μήνα. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία φαίνεται ότι οι μέρες αναμονής είναι πολύ λιγότερες από ότι στο δημόσιο. Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική (Mann-Whitney $U=40$, $p=0,076$), χωρίς να ακολουθείται η κανονική κατανομή.

Στη συνέχεια, φαίνεται πως ο βαθμός των επανεισαγωγών είναι μεγάλος καθώς το 26,2% του δείγματος δήλωσε ότι το τελευταίο έτος έχει πραγματοποιήσει και κάποια άλλη εισαγωγή στο ίδιο ή σε άλλο νοσοκομείο. Προκύπτει η μη ικανοποίηση των ασθενών από την προγενέστερη νοσηλεία τους, αφού οι 22 από τους 37 ασθενείς που έκαναν επανεισαγωγή επέλεξαν ένα διαφορετικό νοσοκομείο από αυτό που είχαν νοσηλευθεί την προηγούμενη φορά.

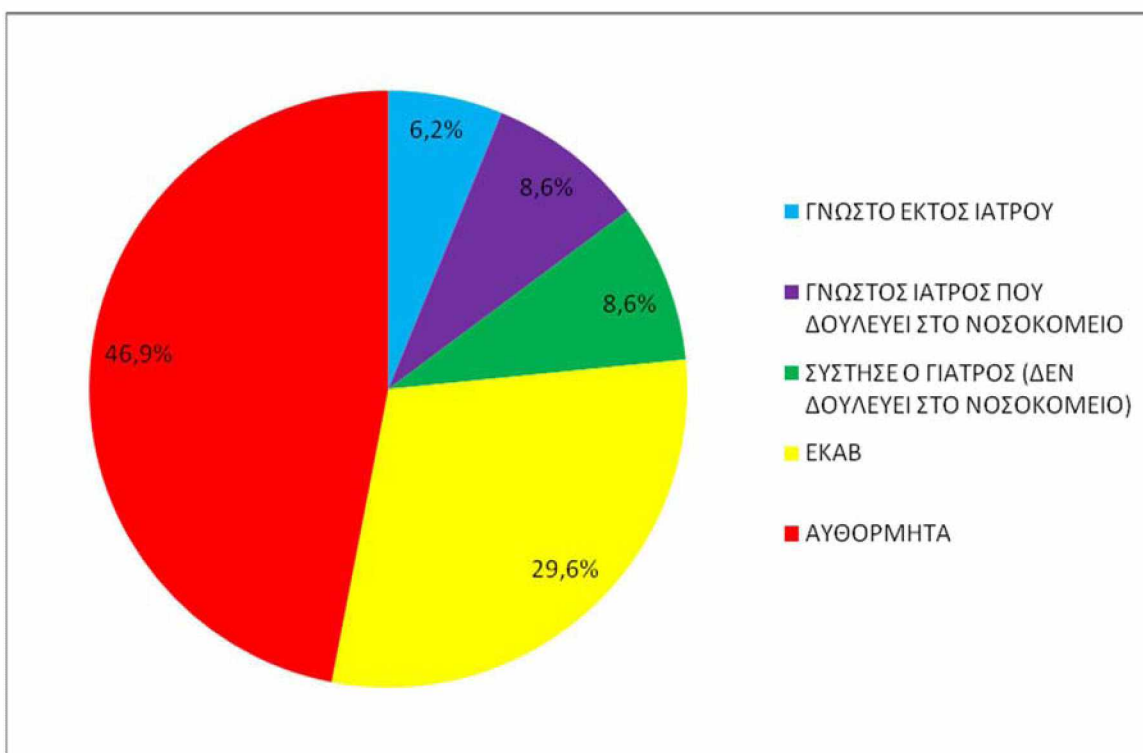
Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό αυτών που επιλέγουν το δημόσιο νοσοκομείο, υποστηρίζει ότι η επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι η μοναδική εφικτή οικονομική επιλογή, δηλαδή μονόδρομος για την κάλυψη των νοσοκομειακών αναγκών του λόγω οικονομικών δυσκολιών.

Είναι εντυπωσιακό ότι το 80,9% του δείγματος δηλώνει πως θα ξαναεπέλεγε το ίδιο νοσοκομείο σε τυχόν επόμενη εισαγωγή ακόμα και αν είχε τη δυνατότητα επιλογής κάποιου άλλου. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς μένουν ευχαριστημένοι από την παροχή των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρονται σε γενικές γραμμές. Ο ιδιωτικός φορέας ξεπέρασε το 90% και ο δημόσιος έφτασε το 70%.

Σύμφωνα με τις Εικόνες 5.2.3 και 5.2.4 μεγάλο ποσοστό του δείγματος υποστηρίζει ότι επιλέγει αυθόρμητα το νοσοκομείο ενώ επίσης ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει ότι επιλέγει το νοσοκομείο που νοσηλεύεται κατόπιν κάποιου γνωστού του ιατρού που εργάζεται στο ίδιο νοσοκομείο. Πολλοί λίγοι είναι αυτοί οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν κάποιον γνωστό εκτός γιατρού, ο οποίος εργάζεται στο νοσοκομείο ή ότι κάποιος γιατρός, ο οποίος δεν εργάζεται στο ίδιο νοσοκομείο τους έχει συστήσει την εισαγωγή εκεί. Επίσης, παρατηρείται ότι το ΕΚΑΒ χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό μόνο στο δημόσιο νοσοκομείο για εισαγωγή.



Εικόνα 5.2.3: Ο τρόπος της εισαγωγής των ασθενών στο ιδιωτικό νοσοκομείο.



Εικόνα 5.2.4: Ο τρόπος της εισαγωγής των ασθενών στο δημόσιο νοσοκομείο.

Πίνακας 5.2.3: Η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων του δείγματος κατά κατηγορίες.

Χαρακτηριστικά	Δημόσιο Νοσοκομείο	Ιδιωτικό Νοσοκομείο	Συνολικό δείγμα
Ύπαρξη χρόνιας πάθησης			
Ναι	46,9%	53,3%	49,6%
Όχι	53,1%	46,7%	50,4%
Κατηγορία νοσημάτων/προβλημάτων			
Καρδιαγγειακά	32%	20,51%	29,97%
Πεπτικού συστήματος	18%	15,38%	16,85%
Μυοσκελετικά	16%	17,95%	16,85%
Αναπνευστικά	10%	15,38%	12,36%
Ουροποιογεννητικού συστήματος	8%	17,95%	12,36%
Νεοπλάσματα	4%	2,56%	3,37%
Ασαφώς καθορισμένα	4%	2,56%	3,37%
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά	4%	2,56%	3,37%
Αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	2%	2,56%	2,25%
Ανοσοποιητικού συστήματος	2%	0%	1,12%
Νευρικού συστήματος	0%	2,56%	1,12%

Τέλος, στον Πίνακα 5.2.3 αναλύεται η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων που αναφέρουν οι νοσηλεύόμενοι αλλά δεν κατορθώνεται η καταγραφή της βαρύτητάς τους εφόσον η συλλογή των δεδομένων γίνεται από τους ίδιους και όχι από κάποιον επαγγελματία υγείας, ο οποίος θα μπορούσε να δώσει ακριβείς πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους.

Παρατηρείται, ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτώμενους αναφέρουν κάποια ή κάποιες χρόνιες παθήσεις. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης, καθώς αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (WHO, 2009 / American Heart Association, 2009) ενώ μετά ακολουθούν με μεγάλα ποσοστά τα προβλήματα του πεπτικού και ουροποιογεννητικού συστήματος, τα μυοσκελετικά και αναπνευστικά προβλήματα.

Στη συνέχεια, είναι πολύ ενδιαφέρον να αναλυθεί η ένταση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση του δείγματος στην επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο / ιδιωτικό) εκτός από τον οικονομικό παράγοντα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τους ασθενείς ώστε να επιλέξουν είτε το δημόσιο είτε το ιδιωτικό νοσοκομείο για την ιατρική φροντίδα που αναζητούν και στον Πίνακα 5.2.4 παρουσιάζονται αυτοί που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη.

Πίνακας 5.2.4: Η ποσοστιαία κατανομή της έντασης, καθενός παράγοντα που επηρεάζει την απόφαση των ασθενών στην επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο / ιδιωτικό) (N=85).

Χαρακτηριστικά	Είδος Νοσοκομείου	Πολύ λίγο	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Φήμη	Δημόσιο	16%	8%	16%	16%	44%
	Ιδιωτικό	16,7%	1,7%	3,3%	3,3%	75%
	Σύνολο	16,5%	3,5%	7,1%	7,1%	65,9%
Προγενέστερη Εμπειρία	Δημόσιο	56%	4%	12%	8%	20%
	Ιδιωτικό	76,7%	0%	1,7%	1,7%	20%
	Σύνολο	70,6%	1,2%	4,7%	3,5%	20%
Ποιότητα Υπηρεσιών	Δημόσιο	44%	8%	12%	20%	16%
	Ιδιωτικό	36,7%	0%	1,7%	1,7%	60%
	Σύνολο	38,8%	2,4%	4,7%	7,1%	47,1%
Ξενοδοχειακή Υποδομή	Δημόσιο	32%	4%	16%	20%	28%
	Ιδιωτικό	51,7%	1,7%	3,3%	1,7%	41,7%
	Σύνολο	45,9%	2,4%	7,1%	7,1%	37,6%
Ταχύτητα Εξυπηρέτησης	Δημόσιο	68%	4%	12%	8%	8%
	Ιδιωτικό	71,7%	1,7%	3,3%	1,7%	21,7%
	Σύνολο	70,6%	2,4%	5,9%	3,5%	17,6%
Φιλικότητα – Ευγένεια Προσωπικού	Δημόσιο	68%	4%	8%	8%	12%
	Ιδιωτικό	78,3%	1,7%	6,7%	0%	13,3%
	Σύνολο	75,3%	2,4%	7,1%	2,4%	12,9%
Αριθμητική Επάρκεια Ιατρών	Δημόσιο	52%	4%	8%	20%	16%
	Ιδιωτικό	75%	1,7%	5%	1,7%	16,7%
	Σύνολο	68,2%	2,4%	5,9%	7,1%	16,5%
Αριθμητική Επάρκεια Νοσηλευτών	Δημόσιο	56%	0%	12%	16%	16%
	Ιδιωτικό	73,3%	0%	5%	3,3%	18,3%
	Σύνολο	68,2%	0%	7,1%	7,1%	17,6%
Αριθμητική Επάρκεια Κλινών	Δημόσιο	56%	4%	16%	8%	16%
	Ιδιωτικό	73,3%	0%	5%	3,3%	18,3%
	Σύνολο	68,2%	1,2%	8,2%	4,7%	17,6%
Εκπαίδευση Ιατρών	Δημόσιο	36%	0%	12%	32%	20%
	Ιδιωτικό	50%	0%	1,7%	5%	43,3%
	Σύνολο	45,9%	0%	4,7%	12,9%	36,5%
Εκπαίδευση Νοσηλευτών	Δημόσιο	40%	0%	20%	24%	16%
	Ιδιωτικό	60%	0%	6,7%	5%	28,3%
	Σύνολο	54,1%	0%	10,6%	10,6%	24,7%
Καθαριότητα	Δημόσιο	44%	8%	4%	24%	20%
	Ιδιωτικό	58,3%	0%	3,3%	6,7%	31,7%
	Σύνολο	54,1%	2,4%	3,5%	11,8%	28,2%
Γραφειοκρατικές Διαδικασίες	Δημόσιο	76%	0%	12%	4%	8%
	Ιδιωτικό	90%	0%	3,3%	1,7%	5%
	Σύνολο	85,9%	0%	5,9%	2,4%	5,9%

Ο οικονομικός παράγοντας εξετάζεται στον Πίνακα 5.2.1, οπότε λείπει από τον παραπάνω Πίνακα και συνεπώς, ο αριθμός των ερωτώμενων μειώνεται σε N=85¹.

Διακρίνεται ότι η φήμη των νοσοκομείων επηρεάζει πάρα πολύ το δείγμα και σε σχέση με τις άλλες μεταβλητές είναι ο παράγοντας που τους επηρέασε περισσότερο (65,9%). Γενικά οι άλλες μεταβλητές δείχνουν ότι δεν καθοδηγούν την απόφαση των ερωτηθέντων σε μεγάλο βαθμό αφού σχεδόν οι μισοί αναφέρουν ότι τους επηρεάζουν πολύ λίγο.

Η εμπειρία του δείγματος σχετικά με τα νοσοκομεία φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο αυτούς που επιλέγουν το δημόσιο νοσοκομείο από αυτούς που επιλέγουν το ιδιωτικό ενώ αντίθετα είναι τα αποτελέσματα για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο.

Αναφορικά με την ξενοδοχειακή υποδοχή, τα άτομα που επιλέγουν την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίζονται περίπου ισόποσα (50% – 50%) στις δυο ακραίες περιπτώσεις (πολύ λίγο, πάρα πολύ) ενώ αυτοί που επιλέγουν δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη απαντούν περίπου ισόποσα (20%) σε όλες τις περιπτώσεις.

Η ταχύτητα εξυπηρέτησης, η φιλικότητα και ευγένεια του προσωπικού, η αριθμητική επάρκεια και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η αριθμητική επάρκεια των κλινών και η καθαριότητα, δείχνουν να επηρεάζουν περισσότερο την απόφαση των ασθενών που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο αφού εκείνοι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό απάντησης ως πάρα πολύ.

Όσον αφορά τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, δεν φαίνεται αυτές να επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών. Ίσως οι ερωτώμενοι να θεωρούν ότι δεν επικρατεί κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα με τα γραφειοκρατικά θέματα στα νοσοκομεία ή να μη γνωρίζουν τι θα αντιμετωπίσουν σχετικά με αυτές.

Ωστόσο είναι ενδιαφέρον, μετά από την καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για επιλογή νοσοκομείου (δημόσιου / ιδιωτικού), να δει κάποιος την τελική άποψή τους σχετικά με το νοσοκομείο που επιλέγει, δηλαδή πόσο ικανοποιημένοι είναι μετά την νοσηλεία τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ποιότητα αυτής της φροντίδας αξιολογείται από τους ασθενείς με βάση το βαθμό που οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στα κριτήριά τους από τη στιγμή που εισέρχονται ως τη στιγμή που εξέρχονται από το νοσοκομείο. Τα κριτήρια αυτά αφορούν τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, τα αποτελέσματα αυτών των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα οποία φέρνουν άμεσα ή μεταγενέστερα βελτίωση, σταθεροποίηση ή

¹ Αυτοί που δηλώνουν ότι η επιλογή του νοσοκομείου είναι η μοναδική εφικτή οικονομική επιλογή τους, δεν απαντούν αν τους επηρεάζουν οι άλλες μεταβλητές πριν την εισαγωγή τους επειδή θεωρείται ότι το οικονομικό κριτήριο είναι ο κύριος παράγοντας της επιλογής τους.

επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή καθώς και τη δομή αυτών των υπηρεσιών, όπως είναι η επάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρώπινων πόρων που υπάρχουν στον υγειονομικό φορέα (Donabedian, 1980 / Donabedian, 1988 / Τούντας, 2003).

Στον Πίνακα 5.2.5, παρουσιάζεται ο βαθμός της ικανοποίησης του δείγματος σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως αυτό δηλώνει μετά τη νοσηλεία του. Αποτυπώνεται το ποσοστό που ανταποκρίνονται τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου (κριτήρια) στις επιθυμίες και τις προσδοκίες των ασθενών, οι οποίοι έχουν απώτερο σκοπό την ικανοποίησή τους. Χωρίς αμφιβολία το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δείχνει ευχαριστημένο σχετικά την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού αλλά υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση μεταξύ του ιδιωτικού νοσοκομείου σε σύγκριση με το δημόσιο, στο οποίο εντοπίζονται αρκετές ελλείψεις.

Επίσης, περίπου οι μισοί ερωτώμενοι δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την αριθμητική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο νοσοκομείο ενώ αντίθετα είναι τα αποτελέσματα για το ιδιωτικό νοσοκομείο, όπου πάνω από το 95% των ερωτώμενων δηλώνουν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Η αριθμητική επάρκεια των κλινών βρίσκεται ικανοποιητική και στους δυο φορείς αλλά και πάλι ο ιδιωτικός τομέας έχει το προβάδισμα.

Όσον αφορά την ξενοδοχειακή υποδομή, περίπου το 25% των ασθενών που επιλέγουν τη δημόσια νοσοκομειακή μονάδα μένουν δυσαρεστημένοι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που επιλέγουν τις ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες ανέρχεται μόλις στο 5%.

Η καθαριότητα του δημόσιου νοσοκομείου κρίνεται από τα περισσότερα άτομα του δείγματος (46,9%) ως καλή ενώ συντριπτική είναι η πλειοψηφία των ατόμων που υποστηρίζουν ότι η καθαριότητα του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι πολύ καλή (78,3%).

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού (γιατροί και νοσηλευτές) δεν φαίνεται να προβληματίζει τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό εκτός από ένα μικρό ποσοστό του δημόσιου νοσοκομείου που εκφράζει τη δυσαρέσκεια του σχετικά με τους νοσηλευτές και ειδικότερα με τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές¹, οι οποίοι εξαιτίας της απειρίας τους δεν κάλυπταν τις απαιτήσεις του. Γενικά, το δείγμα εμφανίζει πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση στις ιδιωτικές κλινικές, όπου περιπτώσεις όπως η προηγούμενη εκλείπουν.

¹ Αν και δεν υπάρχει κάποια ερώτηση εντός του ερωτηματολογίου ώστε οι ερωτώμενοι να κρίνουν τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές, με δικιά τους πρωτοβουλία έχουν εκφράσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον συνεντεύκτη.

Πίνακας 5.2.5: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη με βάση συγκεκριμένα κριτήρια μετά τη νοσηλεία τους.

Χαρακτηριστικά N=141	Είδος Νοσοκομείου	Πολύ χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός	Πολύ υψηλός
Αριθμητική Επάρκεια Ιατρών	Δημόσιο	1,2%	3,7%	17,3%	35,8%	42%
	Ιδιωτικό	0%	5%	8,3%	25%	61,7%
	Σύνολο	0,7%	4,3%	13,5%	31,2%	50,3%
Αριθμητική Επάρκεια Νοσηλευτών	Δημόσιο	4,9%	16%	27,2%	28,4%	23,5%
	Ιδιωτικό	0%	1,7%	1,6%	26,7%	70%
	Σύνολο	2,8%	9,9%	16,3%	27,7%	43,3%
Αριθμητική Επάρκεια Κλινών	Δημόσιο	1,2%	2,5%	9,9%	48,1%	38,3%
	Ιδιωτικό	0%	1,7%	1,7%	23,3%	73,3%
	Σύνολο	0,7%	2,1%	6,4%	37,6%	53,2%
Ξενοδοχειακή Υποδομή	Δημόσιο	7,5%	4,9%	11,1%	39,5%	37%
	Ιδιωτικό	0%	0%	5%	33,3%	61,7%
	Σύνολο	4,3%	2,8%	8,5%	36,9%	47,5%
Κλινικές Δεξιότητες Ιατρών	Δημόσιο	0%	0%	8,6%	28,4%	63%
	Ιδιωτικό	0%	0%	3,3%	16,7%	80%
	Σύνολο	0%	0%	6,4%	23,4%	70,2%
Ικανότητα Νοσηλείας Νοσηλευτών	Δημόσιο	0%	3,7%	12,3%	32,1%	51,9%
	Ιδιωτικό	0%	0%	1,7%	18,3%	80%
	Σύνολο	0%	2,2%	7,8%	26,2%	63,8%
Καθαριότητα	Δημόσιο	5%	0%	11,1%	46,9%	37%
	Ιδιωτικό	0%	0%	3,4%	18,3%	78,3%
	Σύνολο	2,8%	0%	7,8%	34,8%	54,6%
Ποιότητα Υπηρεσιών	Δημόσιο	1,2%	4,9%	14,8%	44,5%	34,6%
	Ιδιωτικό	0%	0%	1,7%	28,3%	70%
	Σύνολο	0,7%	2,9%	9,2%	37,6%	49,6%
Φιλικότητα – Ευγένεια Προσωπικού	Δημόσιο	0%	1,2%	7,4%	42%	49,4%
	Ιδιωτικό	0%	0%	0%	18,3%	81,7%
	Σύνολο	0%	0,7%	4,3%	31,9%	63,1%
Προσβασιμότητα	Δημόσιο	0%	0%	4,9%	29,6%	65,5%
	Ιδιωτικό	0%	0%	0%	16,7%	83,3%
	Σύνολο	0%	0%	2,8%	24,2%	73%
Γραφειοκρατικές Διαδικασίες	Δημόσιο	1,2%	0%	8,6%	29,6%	60,6%
	Ιδιωτικό	0%	0%	0%	18,3%	81,7%
	Σύνολο	0,7%	0%	5%	24,8%	69,5%
Ταχύτητα Εξυπηρέτησης	Δημόσιο	3,7%	5%	18,5%	33,3%	39,5%
	Ιδιωτικό	0%	0%	0%	23,3%	76,7%
	Σύνολο	2,1%	2,8%	10,6%	29,1%	55,3%

Πάνω από το 95% των ατόμων που χρησιμοποιούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα αυτών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που δέχονται τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας φτάνει το 79%.

Η πλειοψηφία των ασθενών είναι ικανοποιημένη από τη φιλικότητα και την ευγένεια του προσωπικού και στα δυο είδη νοσοκομείων και μόνο στο δημόσιο εμφανίζονται μερικά προβλήματα (8,6%).

Το ίδιο σημειώνεται και σχετικά με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, δηλαδή δεν παρατηρείται κάποια δυσκολία σε κανέναν από τους δυο φορείς εκτός από ένα μικρό ποσοστό ασθενών του δημόσιου. Το ποσοστό αυτών που δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες σε θέμα οργάνωσης και διαπεραίωσης είναι εξαιρετικά μεγάλο.

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η παρατήρηση ότι η πλειονότητα των ασθενών υποστηρίζει ότι υπάρχει ευκολία στην πρόσβαση προς το νοσοκομείο (και περισσότερο προς την ιδιωτική κλινική), δηλαδή ότι οι υπηρεσίες βρίσκονται στο σωστό μέρος και παρέχονται σε αυτούς όταν τις χρειάζονται. Αυτό είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στη σωστή γεωγραφική θέση των υγειονομικών μονάδων και στο καλό οδικό δίκτυο των νομών.

Αναφορικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, όπως αξιολογείται από τους ερωτώμενους, υπάρχει μια ενδιαφέρουσα δυσαναλογία ανάμεσα στους δυο τύπους νοσοκομείου. Το ιδιωτικό νοσοκομείο παρουσιάζει πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (100%) σε αντίθεση με το δημόσιο (72,8%), το οποίο αφήνει κάποιους ασθενείς ανικανοποίητους.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον ιδιωτικό τομέα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας συγκριτικά με το δημόσιο. Αυτή η παρατήρηση εξηγεί και τη διαφορά ανάμεσα στους δυο φορείς σχετικά με την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευθούν στο ίδιο νοσοκομείο (Πίνακας 5.2.1).

Στη συνέχεια, αναλύονται οι παράγοντες που αποδεικνύεται ότι σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την επιλογή του είδους της νοσοκομειακής φροντίδας, καθώς και η ένταση της επιρροής του κάθε παράγοντα στην απόφαση αυτή, όπου είναι δυνατό. Επιπρόσθετα, αναλύονται και οι παράγοντες που αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικοί και σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους.

5.3 Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Όπως αναφέρεται και σε προηγούμενα κεφάλαια, εμπειρικές μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας προσδιορίζουν πολλούς παράγοντες που επιδρούν στη λήψη της απόφασης σχετικά με την επιλογή του νοσοκομείου ώστε να καλυφθούν οι υγειονομικές ανάγκες. Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζονται όλοι οι παράγοντες που είναι στατιστικά σημαντικοί (οι αναλύσεις με όσους από τους παράγοντες που εξετάζονται δεν έχουν βρεθεί να σχετίζονται σημαντικά με την επιλογή του νοσοκομείου βρίσκονται στο παράρτημα) και αντίστοιχα επηρεάζουν την επιλογή της ζήτησης του δημόσιου νοσοκομείου έναντι του ιδιωτικού, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες (ιδιωτικές / δημόσιες) νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Στα δεδομένα της έρευνας, υπάρχουν περισσότερες από μία κατηγορικές μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, είναι ενδιαφέρον να παρουσιαστεί συνοπτικά σε πίνακα η κοινή κατανομή δύο τέτοιων μεταβλητών και να αναφερθεί η στατιστική σημαντικότητά τους. Ο πίνακας που εμφανίζεται, ονομάζεται πίνακας συνάφειας των μεταβλητών και η στατιστική σημαντικότητα υπολογίζεται με το στατιστικό χ^2 του Pearson, του οποίου η τιμή φαίνεται εντός των παρενθέσεων.

Έπειτα, εφαρμόζεται η μέθοδος της λογαριθμικής παλινδρόμησης, θεωρώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή το είδος του νοσοκομείου και ως ανεξάρτητες όλες εκείνες που είναι στατιστικά σημαντικές. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι έγιναν απαραίτητες αλλαγές στην καταχώρηση των μεταβλητών ώστε να μην επηρεαστεί το μοντέλο του εκτιμημένου υποδείγματος.

Τα αποτελέσματα του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης που έχουν τη μεγαλύτερη σημασία είναι ο η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού Nagelkerke's R-Square, ο οποίος δείχνει την ερμηνευτική δύναμη του συγκεκριμένου υποδείγματος στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής και ο πίνακας με τους συντελεστές του τελικού υποδείγματος, με τους αντίστοιχους ελέγχους και τα διαστήματα εμπιστοσύνης τους (Γναρδέλλης, 2006).

5.3.1 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου.

Φύλο

Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στην επιλογή του νοσοκομείου (Πίνακας 5.3.1), στο σύνολο των ανδρών του υπό μελέτη πληθυσμού το ποσοστό εκείνων που εισάγονται σε δημόσιο νοσοκομείο ανέρχεται στο 69,3% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που εισάγονται σε ιδιωτικό είναι μόνο 30,7% και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,261$, $p=0,02$).

Πίνακας 5.3.1: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΦΥΛΟ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	23	37	60
% ΦΥΛΟ	30,7%	56,1%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	16,3%	26,2%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	52	29	81
% ΦΥΛΟ	69,3%	43,9%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	36,9%	20,6%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	75	66	141
% ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	53,2%	46,8%	100,0%

Εκπαίδευση

Στον Πίνακα 5.3.2 φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό σχολείο και νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο ξεπερνά το 60%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό είναι μικρότερο από το 40%. Στο σύνολο των ατόμων που έχουν μεταλυκειακή εκπαίδευση¹, το 66,7% νοσηλεύεται στο δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό είναι μόλις 33,3%. Η διαφορά είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,094$, $p=0,078$).

¹ Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο σύνολο των ατόμων που έχουν μεταλυκειακή εκπαίδευση εξηγείται από την ύπαρξη φοιτητών μόνο στο δημόσιο νοσοκομείο.

Πίνακας 5.3.2: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ - ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ	ΙΕΚ-ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ- ΑΕΙ-ΜSc-PhD	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	31	20	9	60
% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	38,8%	58,8%	33,3%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	22,0%	14,2%	6,4%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	49	14	18	81
% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	61,3%	41,2%	66,7%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	34,8%	9,9%	12,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	80	34	27	141
% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	56,7%	24,1%	19,1%	100,0%

Μηνιαίο Εισόδημα

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα στον Πίνακα 5.3.3, φαίνεται ότι το ποσοστό των ασθενών με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα άνω των €2200 που επιλέγουν για τη νοσηλεία τους το ιδιωτικό νοσοκομείο, είναι 68,4%, έναντι 31,6% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο και η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2=6,036$, $p=0,049$).

Πίνακας 5.3.3: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΜΕΧΡΙ 1100	1101- 2200	2201 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	32	15	13	60
% ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	39,0%	37,5%	68,4%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	22,7%	10,6%	9,2%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	50	25	6	81
% ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	61,0%	62,5%	31,6%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	35,5%	17,7%	4,3%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	82	40	19	141
% ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	58,2%	28,4%	13,5%	100,0%

Κοινωνική Ασφάλιση

Στον Πίνακα 5.3.4, όσον αφορά την επίδραση της κοινωνικής ασφάλισης στην επιλογή του νοσοκομείου, στο σύνολο των ασθενών που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, το ποσοστό εκείνων που επιλέγουν να πραγματοποιήσουν εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι 65,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 34,6% . Επίσης, στο σύνολο των ασθενών που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, το ποσοστό εκείνων που επιλέγουν να εισαχθούν στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι 40,7%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που επιλέγουν να εισαχθούν στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 59,3%. Η διαφορά είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7,265$, $p=0,064$).

Πίνακας 5.3.4: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΙΚΑ	ΟΑΕΕ	ΟΓΑ	ΔΕΗ-NAT- ΟΤΕ-ΥΠΑΔ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	22	17	11	10	60
% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	40,7%	65,4%	34,4%	34,5%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	12,1%	7,8%	7,1%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	32	9	21	19	81
% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	59,3%	34,6%	65,6%	65,5%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	22,7%	6,4%	14,9%	13,5%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	54	26	32	29	141
% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	38,3%	18,4%	22,7%	20,6%	100,0%

Απασχόληση¹

Στον Πίνακα 5.3.5, φαίνεται ότι στο σύνολο των ασθενών που έχουν κάποια μη χειρωνακτική εργασία, το ποσοστό εκείνων που εισάγονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι 73,9% σε αντιπαράθεση με το 26,1% εκείνων που εισάγονται στο δημόσιο νοσοκομείο και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=16,417$, $p=0,001$).

¹ Ο διαχωρισμός ανάμεσα στη χειρωνακτική και μη εργασία γίνεται ως εξής: τα επαγγέλματα του τεχνίτη, του εργάτη και του χειριστή μεταφορικού μέσου εντάσσονται στη χειρωνακτική εργασία και τα επαγγέλματα του υπάλληλου γραφείου, του διευθυντή, του ανωτέρου διοικητικού στελέχους, του εμπόρου, του πωλητή και του αυτοαπασχολούμενου στην παροχή υπηρεσιών εντάσσονται στη μη χειρωνακτική εργασία.

Πίνακας 5.3.5: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ	ΦΟΙΤΗΤΗΣ	ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΜΗ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	40	0	3	17	60
% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	40,4%	0,0%	27,3%	73,9%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	28,4%	0,0%	2,1%	12,1%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	59	8	8	6	81
% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	59,6%	100,0%	72,7%	26,1%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	41,8%	5,7%	5,7%	4,3%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	99	8	11	23	141
% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	70,2%	5,7%	7,8%	16,3%	100,0%

Είδος Εισαγωγής

Επιπρόσθετα, στον Πίνακα 5.3.6, από το σύνολο των ασθενών που έχουν εισαχθεί ως έκτακτες περιπτώσεις το 60,7% έχει κατευθυνθεί στο δημόσιο νοσοκομείο, ενώ μόλις το 39,3% στον ιδιωτικό τομέα. Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=2,946$, $p=0,086$).

Πίνακας 5.3.6: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	ΕΚΤΑΚΤΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	14	46	60
% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	58,3%	39,3%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	9,9%	32,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	10	71	81
% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	41,7%	60,7%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	7,1%	50,4%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	24	117	141
% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	17,0%	83,0%	100,0%

Τρόπος Εισαγωγής

Στο σύνολο των ασθενών που υποστηρίζουν ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει με την προτροπή κάποιου γνωστού ατόμου, το ποσοστό αυτών που επιλέγουν την ιδιωτική νοσηλεία είναι 63,5%, ενώ εκείνων που επιλέγουν τη δημόσια νοσηλεία είναι 36,5% (Πίνακας 5.3.7). Ο γνωστός που θα μπορούσε να συστήσει το νοσοκομείο στον ασθενή είναι κάποιος γνωστός εκτός ιατρού ή κάποιος γνωστός ιατρός, ο οποίος είτε δουλεύει στο νοσοκομείο είτε όχι. Στο σύνολο των ασθενών που δηλώνουν ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει αυθόρμητα, το ποσοστό αυτών που επιλέγουν την ιδιωτική νοσηλεία είναι 40,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που επιλέγουν τη δημόσια νοσηλεία είναι 59,4%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=24,597$, $p=0,000$).

Πίνακας 5.3.7: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΜΕΣΩ ΕΚΑΒ	ΜΕΣΩ ΚΑΠΟΙΟΥ ΓΝΩΣΤΟΥ	ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	1	33	26	60
% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4,0%	63,5%	40,6%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	,7%	23,4%	18,4%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	24	19	38	81
% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	96,0%	36,5%	59,4%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	17,0%	13,5%	27,0%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	25	52	64	141
% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	17,7%	36,9%	45,4%	100,0%

Προγενέστερη Εισαγωγή

Σχετικά με την ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής (Πίνακας 5.3.8), συνολικά στα άτομα που δηλώνουν πως δεν έχουν κάποια άλλη (προηγούμενη) εισαγωγή το τελευταίο έτος, το ποσοστό αυτών που εισάγονται στο ιδιωτικό νοσηλευτήριο είναι 46,2%, έναντι του 53,8% αυτών που εισάγονται στο δημόσιο νοσηλευτήριο και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,953$, $p=0,011$).

Πίνακας 5.3.8: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΧΙ	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ	ΑΛΛΟ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	48	1	11	60
% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	46,2%	6,7%	50,0%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	34,0%	,7%	7,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	56	14	11	81
% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	53,8%	93,3%	50,0%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	39,7%	9,9%	7,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	104	15	22	141
% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	73,8%	10,6%	15,6%	100,0%

Αποταμίευση

Η ύπαρξη της αποταμίευσης είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας για την επιλογή του νοσοκομείου (Πίνακας 5.3.9). Από το σύνολο των ασθενών που αναφέρουν ότι κάνουν αποταμίευση, η συντριπτική πλειοψηφία (75%) νοσηλεύεται στο ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ μόλις το 25% στο δημόσιο και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=24,049$, $p=0,000$).

Πίνακας 5.3.9: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	30	30	60
% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	29,7%	75,0%	42,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	21,3%	21,3%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	71	10	81
% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	70,3%	25,0%	57,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	50,4%	7,1%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	101	40	141
% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	71,6%	28,4%	100,0%

Επιπλέον, οι μεταβλητές όπως η φήμη του νοσοκομείου, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου και η αριθμητική επάρκεια των ιατρών του νοσοκομείου, οι οποίες ελέγχονται για την επιρροή τους πριν την εισαγωγή του νοσηλευόμενου, παρουσιάζουν σημαντική ή οριακά σημαντική επίδραση στην απόφαση του υπό μελέτη πληθυσμού για την επιλογή του νοσοκομείου.

Φήμη

Στον Πίνακα 5.3.10 φαίνεται ότι το 24,2% όσων δηλώνουν ότι η φήμη του νοσοκομείου αποτελεί πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό κριτήριο για την επιλογή νοσοκομείου, νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο. Το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο ανέρχεται σε 75,8% και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά οριακά σημαντική ($\chi^2=3,005$, $p=0,083$).

Πίνακας 5.3.10: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΦΗΜΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΦΗΜΗ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ – ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	13	47	60
% ΦΗΜΗ	56,5%	75,8%	70,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	15,3%	55,3%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	10	15	25
% ΦΗΜΗ	43,5%	24,2%	29,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	11,8%	17,6%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ	23	62	85
% ΦΗΜΗ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	27,1%	72,9%	100,0%

Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Στον Πίνακα 5.3.11 παρατηρείται ότι μόλις το 19,6% αυτών που υποστηρίζουν ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου είναι πολύ έως πάρα πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιλογή νοσοκομείου, νοσηλεύονται σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που νοσηλεύονται σε ιδιωτικό νοσοκομείο φτάνει το 80,4% και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,682$, $p=0,030$).

Πίνακας 5.3.11: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ – ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ - ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	23	37	60
% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	59,0%	80,4%	70,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	27,1%	43,5%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	16	9	25
% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	41,0%	19,6%	29,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	18,8%	10,6%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ	39	46	85
% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	45,9%	54,1%	100,0%

Αριθμητική Επάρκεια Ιατρικού Προσωπικού

Έπειτα όσον αφορά την αριθμητική επάρκεια των ιατρών του νοσοκομείου (Πίνακας 5.3.12), το 45% όσων ισχυρίζονται ότι συνιστά πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό κριτήριο για τη νοσοκομειακή επιλογή, νοσηλεύονται στο δημόσιο τομέα έναντι του 55% αυτών που νοσηλεύονται στον ιδιωτικό και η διαφορά είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,005$, $p=0,083$).

Πίνακας 5.3.12: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ – ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ - ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	49	11	60
% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	75,4%	55,0%	70,6%
% ΣΥΝΟΛΟ	57,6%	12,9%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	16	9	25
% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	24,6%	45,0%	29,4%
% ΣΥΝΟΛΟ	18,8%	10,6%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ	65	20	85
% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	76,5%	23,5%	100,0%

Παρόλα αυτά οι τρεις αυτές μεταβλητές δεν υπολογίζονται στην ανάλυση των παραγόντων του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης εξαιτίας του μικρού αριθμού του δείγματος από τους ασθενείς που επιλέγουν το δημόσιο νοσοκομείο (εφόσον όσοι δηλώνουν ότι η επιλογή τους έχει γίνει με βάση το οικονομικό κριτήριο δεν συμμετέχουν σε αυτή την ερώτηση).

Οι παρακάτω μεταβλητές όπως και η πρόθεση επόμενης εισαγωγής, αναλύονται σε αυτό το κεφάλαιο παρά το γεγονός ότι επηρεάζουν μόνο ένα μέρος του δείγματος αναφορικά με την απόφαση επιλογής της νοσοκομειακής φροντίδας (δημόσιας / ιδιωτικής).

5.3.2 Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους.

Μέσα στην έρευνα της παρούσας εργασίας, εκτός από τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα, σημαντικά αποτελέσματα προκύπτουν για την ικανοποίηση¹ των ασθενών από τους δυο τομείς, με βάση τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται.

¹ Οι μεταβλητές με βάση τις οποίες εκτιμάται η ικανοποίηση των ασθενών εξετάζονται μετά από την είσοδο των ίδιων στο νοσοκομείο.

Πρόθεση Επόμενης Εισαγωγής στο ίδιο νοσοκομείο

Όσον αφορά την πρόθεση της επόμενης εισαγωγής του ασθενή στο ίδιο νοσοκομείο (Πίνακας 5.3.13), από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο το 91,7% δηλώνει ότι θα έχει την πρόθεση επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου, σε επόμενη εισαγωγή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 72,8%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7,891$, $p=0,005$).

Πίνακας 5.3.13: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΡΟΘΕΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	5	55	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	8,3%	91,7%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	3,5%	39,0%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	22	59	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	27,2%	72,8%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	41,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	27	114	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	19,1%	80,9%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	19,1%	80,9%	100,0%

Αριθμητική Επάρκεια Νοσηλευτικού Προσωπικού

Στον Πίνακα 5.3.14, φαίνεται ότι από το σύνολο των νοσηλευόμενων στο ιδιωτικό νοσοκομείο, το 96,7% δηλώνει ότι η αριθμητική επάρκεια των κλινών είναι από καλή έως πολύ καλή, σε αντίθεση με το αντίστοιχο 51,9% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=33,567$, $p=0,000$).

Πίνακας 5.3.14: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	2	58	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	96,7%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	41,1%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	39	42	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	48,1%	51,9%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	27,7%	29,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	41	100	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	29,1%	70,9%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	29,1%	70,9%	100,0%

Αριθμητική Επάρκεια Κλινών

Στον Πίνακα 5.3.15, από το σύνολο των ασθενών που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο, το 96,7% υποστηρίζει ότι οι κλίνες είναι αριθμητικά επαρκείς σε καλό ή πολύ καλό βαθμό σε αντίθεση με το αντίστοιχο 86,4% εκείνων που επιλέγουν το δημόσιο νοσοκομείο και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,324$, $p=0,033$).

Πίνακας 5.3.15: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	2	58	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	96,7%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	41,1%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	11	70	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	13,6%	86,4%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	7,8%	49,6%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	13	128	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9,2%	90,8%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	9,2%	90,8%	100,0%

Ξενοδοχειακή Υποδομή

Σχετικά με την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου, στον Πίνακα 5.3.16, από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο, το 95% δηλώνει ότι η ξενοδοχειακή υποδομή είναι από καλή ή πολύ καλή σε αντίθεση με το αντίστοιχο 76,5% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,917$, $p=0,003$).

Πίνακας 5.3.16: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	3	57	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	95,0%	100,0%
%ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	40,4%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	19	62	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	23,5%	76,5%	100,0%
%ΣΥΝΟΛΟ	13,5%	44,0%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	22	119	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	15,6%	84,4%	100,0%
%ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	84,4%	100,0%

Ικανότητα Νοσηλείας Νοσηλευτικού Προσωπικού

Επιπρόσθετα, στην περίπτωση της ικανότητας νοσηλείας των νοσηλευτών στον Πίνακα 5.3.17, παρατηρείται ότι από το σύνολο των νοσηλευόμενων στον ιδιωτικό τομέα, το 98,3% την βαθμολογεί ως καλή ή πολύ καλή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο τομέα είναι 84% και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7,973$, $p=0,005$).

Πίνακας 5.3.17: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	1	59	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	98,3%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	41,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	13	68	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16,0%	84,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	9,2%	48,2%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	14	127	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9,9%	90,1%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	9,9%	90,1%	100,0%

Καθαριότητα

Στον Πίνακα 5.3.18, από το σύνολο των ασθενών που δέχονται ιδιωτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, το 96,7% δηλώνει ότι η καθαριότητα είναι από καλή ως πολύ καλή, σε αντίθεση με το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που δέχονται δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες, το οποίο είναι 84%, διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,863$, $p=0,015$).

Πίνακας 5.3.18: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	2	58	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	96,7%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	41,1%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	13	68	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16,0%	84,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	9,2%	48,2%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	15	126	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	10,6%	89,4%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	10,6%	89,4%	100,0%

Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πίνακας 5.3.19), στο σύνολο των ατόμων που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσηλευτήριο, το 98,3% την αξιολογεί από καλή ως πολύ καλή, ενώ μόνο το 79% των ατόμων που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσηλευτήριο αντιστοιχεί στο ίδιο επίπεδο αξιολόγησης και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=11,554$, $p=0,001$).

Πίνακας 5.3.19: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	1	59	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	98,3%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	41,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	17	64	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	21,0%	79,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	12,1%	45,4%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	18	123	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	12,8%	87,2%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	12,8%	87,2%	100,0%

Φιλικότητα – Ευγένεια Προσωπικού

Στον Πίνακα 5.3.20, σχετικά με τη φιλικότητα και την ευγένεια του προσωπικού, παρατηρείται ότι από όλους τους ασθενείς του ιδιωτικού νοσοκομείου, το ποσοστό που μένει ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού είναι 100%, σε αντίθεση με το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών του δημόσιου νοσοκομείου που φτάνει το 90% περίπου και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,456$, $p=0,020$).

Πίνακας 5.3.20: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ – ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	0	60	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	0,0%	42,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	7	74	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	8,6%	91,4%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	52,5%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	7	134	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	95,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	95,0%	100,0%

Γραφειοκρατικές Διαδικασίες

Αναφορικά με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που επικρατούν στο νοσοκομείο (Πίνακας 5.3.21), φαίνεται πως στο σύνολο των ατόμων που είναι νοσηλευμένοι στο ιδιωτικό νοσοκομείο, όλοι (100%) είναι ικανοποιημένοι. Ενώ αντίστοιχα μόνο το 90% των ατόμων που είναι νοσηλευμένοι στο δημόσιο νοσοκομείο είναι ικανοποιημένο από αυτές, διαφορά η οποία είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=6,282$, $p=0,012$).

Πίνακας 5.3.21: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	0	60	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	0,0%	42,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	8	73	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9,9%	90,1%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	5,7%	51,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	8	133	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,7%	94,3%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	5,7%	94,3%	100,0%

Ταχύτητα Εξυπηρέτησης

Περίπου τα ίδια αποτελέσματα ισχύουν και στην περίπτωση της ταχύτητας εξυπηρέτησης των ασθενών, στον Πίνακα 5.3.22. Το σύνολο (100%) των ασθενών που πραγματοποιούν εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο αξιολογεί την ταχύτητα εξυπηρέτησης από καλή ως πολύ καλή ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών που πραγματοποιούν εισαγωγή στο δημόσιο νοσοκομείο ανέρχεται περίπου στο 75%, διαφορά που είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2=19,309$, $p=0,000$).

Πίνακας 5.3.22: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ και ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ - ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ - ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	0	60	60
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,0%	100,0%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	0,0%	42,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	22	59	81
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	27,2%	72,8%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	41,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	22	119	141
% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	15,6%	84,4%	100,0%
% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	84,4%	100,0%

5.3.3 Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης, τα οποία δηλώνουν ότι η ερμηνευτική δύναμη του συγκεκριμένου υποδείγματος στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής (είδος νοσοκομείου) είναι ικανοποιητική με συντελεστή προσδιορισμού $R^2=0,363$. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές οι οποίες ερμηνεύουν σε ποσοστό 36,3% την εξαρτημένη περιλαμβάνουν το φύλο, την εκπαίδευση, την ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής και την πραγματοποίηση αποταμίευσης (Πίνακας 5.3.23).

Το ποσοστό αυτό μπορεί να θεωρηθεί χαμηλό από μερικούς και πρέπει να διευκρινιστεί το γεγονός ότι εξαιρούνται από το μοντέλο όλες οι μεταβλητές, όπως ο τρόπος εισαγωγής, που το διάστημα εμπιστοσύνης είναι υπερβολικά μεγάλο. Η διαπίστωση της ύπαρξης στατιστικής σημαντικότητας, καθώς και της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας στα αποτελέσματα της έρευνας δεν φαίνεται μόνο από την εύρεση των τιμών p των μεταβλητών,

αλλά από ένα συνδυασμό τους με τα διαστήματα εμπιστοσύνης που παρουσιάζουν (Γαλάνης, 2010).

Στο Παράρτημα Γ υπάρχουν και οι δυο υπολογισμοί της λογιστικής παλινδρόμησης, όπου με την ύπαρξη της μεταβλητής του τρόπου εισαγωγής, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι 0,511. Δηλαδή, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν σε ποσοστό 51,1% την εξαρτημένη μεταβλητή.

Επίσης, στον Πίνακα 5.3.23 δίπλα από κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή φαίνονται οι αντίστοιχοι συντελεστές της λογιστικής παλινδρόμησης (β), οι λόγοι των odds (OR), το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ) και το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας (τιμή p) της πιθανότητας νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο στο σύνολο του υπό μελέτη δείγματος.

Πίνακας 5.3.23: Οι συντελεστές της λογιστικής παλινδρόμησης, οι λόγοι των odds, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της πιθανότητας νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο στο σύνολο των ατόμων του δείγματος.

Ανεξάρτητες μεταβλητές ¹	B	OR	95% ΔΕ για το OR		p-value
			Ελάχιστο	Μέγιστο	
Φύλο					
Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)					
Γυναίκα	1,001	2,721	1,222	6,058	0,014
Εκπαίδευση					
Αναλφάβητος – Πρωτοβάθμια (κατηγορία αναφοράς)					
Δευτεροβάθμια	0,298	1,347	0,505	3,595	0,552
Μεταλυκειακή	-1,238	0,290	0,085	0,988	0,048
Ύπαρξη αποταμίευσης					
Όχι (κατηγορία αναφοράς)					
Ναι	2,120	8,334	3,083	22,526	0,000
Ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής					
Όχι (κατηγορία αναφοράς)					
Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	-2,069	0,126	0,15	1,082	0,059
Σε άλλο νοσοκομείο	0,413	1,511	0,537	4,256	0,434

¹ Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στο μοντέλο της λογαριθμικής παλινδρόμησης για ανάλυση είναι : το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, το ταμείο της κοινωνικής ασφάλισης, το είδος της εισαγωγής, η ύπαρξη αποταμίευσης και η ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής.

Από τον Πίνακα 5.3.23 προκύπτει ότι οι γυναίκες έχουν περίπου 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους άντρες να νοσηλευτούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Πρόσθετα, οι ασθενείς που έχουν κάποια μορφή μεταλυκειακής εκπαίδευσης έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εισαχθούν σε δημόσιο νοσοκομείο σε σχέση με αυτούς που είναι αναλφάβητοι ή έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό). Αυτό το γεγονός εξηγείται από την προτίμηση του δημόσιου νοσοκομείου από πολλούς φοιτητές, όταν πρόκειται για την εισαγωγή τους, όπως προσδιορίζεται από την παρούσα έρευνα (Πίνακας 5.1.3).

Όσον αφορά την αποταμίευση, φαίνεται ότι οι ασθενείς, των οποίων η οικογένεια αποταμιεύει κάποιο ποσό μηνιαίως, έχουν περίπου 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο από αυτούς που η οικογένειά τους δεν κάνει αποταμίευση. Αυτό είναι πολύ λογικό αφού το κόστος της νοσηλείας ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο διαφέρει σημαντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων της παρούσας μελέτης

Ιδιαίτερα τα τελευταία έτη, η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία ασχολείται εκτενώς με την αύξηση της ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας (Fabbri & Monfardini, 2002 / Λιαρόπουλος και συν., 2006 / Λιαρόπουλος, 2007 / Fikret et al., 2007 / Κουντζάκης, 2008). Οι αλλαγές που έχουν επέλθει στον τρόπο ζωής μας, όπως είναι το νέο επιδημιολογικό πρότυπο, οι δημογραφικές αλλαγές, οι γρηγορότεροι ρυθμοί ζωής, η ευρεία πληροφόρηση και η εξέλιξη της τεχνολογίας, οδήγησαν στην αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, η οποία με τη σειρά της έφερε αλλαγές και στην "αγορά" του υγειονομικού τομέα, ο οποίος είναι έντονα ιδιωτικοποιημένος στην Ελλάδα (Siskou et al., 2008).

Επιπρόσθετα, στην Ελλάδα, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας είναι υψηλές, ανερχόμενες σχεδόν σε 10% του ΑΕΠ, εκ των οποίων οι μισές περίπου χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς φορείς. Η αναλογία της συμμετοχής των ιδιωτικών πηγών (κύρια νοικοκυριών) στη χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης είναι η υψηλότερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD Health Data, 2009 / Siskou et al., 2008). Οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ως ποσοστό των συνολικών τους δαπανών έχουν υπερδιπλασιαστεί, καθώς από 3,4% το 1974 ανήλθαν σε 7,15% το 2005 (Σίσκου, 2006).

Ο ιδιωτικός τομέας, του οποίου η εισφορά στο υγειονομικό σύστημα είναι σημαντική και αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα, εμφανίζει σημαντική πρόοδο, χάρη στον εκσυγχρονισμό των μονάδων του και την παροχή υπηρεσιών και αγαθών υψηλού επιπέδου. Παρέχει στους πολίτες πλήρες φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας, με υπερσύγχρονο εξοπλισμό και πρωτοποριακές μεθόδους, με αξιόλογο γεγονός την προσπάθεια κάλυψης περιοχών και εκτός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζει το δημόσιο υγειονομικό σύστημα και εξαιτίας της χαμηλής ικανοποίησης των πολιτών σημαντικό είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πρόθυμο να καταβάλει κάποιο ποσό ώστε να λάβει υψηλότερης ποιότητας υγειονομική φροντίδα, με αποτέλεσμα να στρέφεται στον ιδιωτικό φορέα, δαπανώντας μεγάλα ποσά για την περίθαλψή του (Σίσκου και συν., 2008 / Ιακωβίδου και συν., 2008 / Μανιού και Ιακωβίδου, 2009).

Το ελληνικό σύστημα υγείας κινείται χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης, οδηγώντας στην εμφάνιση και τη διαίωνιση πολλών προβλημάτων οργάνωσης, όπως είναι η ανορθολογική κατανομή των πόρων, η υψηλή παραοικονομία, η απουσία κριτηρίων

αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, τα μεγάλα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών, η απουσία μηχανισμών ορθολογικής χρηματοδότησης κ.ά.

Συνδυάζοντας μεταξύ άλλων όλες αυτές τις παραμέτρους, φαίνεται ότι οι παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση και την επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το υπάρχον σύστημα υγείας, όπως είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ποιότητα και η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (Τούντας, 2005). Επιπρόσθετα, άλλα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την επιλογή των ασθενών για τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη (δημόσια / ιδιωτική) είναι τα εξής: τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το φύλο και η ηλικία, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το επιβαρημένο κληρονομικό ή ατομικό ιστορικό, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο και η απασχόληση, τα οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη.

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται αρχικά τα κυριότερα ευρήματα της εργασίας, με βάση τα στατιστικά δεδομένα, σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του ασθενή για τη νοσοκομειακή του περίθαλψη, καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών από το δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο συγκρίνοντάς τα με τα αντίστοιχα άλλων παρόμοιων ελληνικών αλλά και διεθνών εργασιών, όπου αυτό είναι δυνατό. Έτσι, επιτυγχάνεται καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων και φαίνονται οι διαφορές και οι ομοιότητες του ελληνικού συστήματος υγείας με τις άλλες χώρες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται συμπερασματικά σχόλια και ορισμένες προτάσεις αναφορικά με τα διάφορα προβλήματα που φανερώνονται, μέσα από την παρούσα εργασία, στη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας.

6.1.1 Οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του δημόσιου έναντι του ιδιωτικού νοσοκομείου

Στο σύνολο των ανδρών του υπό μελέτη πληθυσμού το ποσοστό εκείνων που εισάγονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι πολύ μεγαλύτερο (69,3%) από το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που εισάγονται στο ιδιωτικό (30,7%) (Πίνακας 5.3.1). Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη παρουσία (όσον αφορά τους νοσηλευόμενους) στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Η πιθανότητα νοσηλείας των γυναικών στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι περίπου 3 φορές μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών (Πίνακας 5.3.23). Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με παρόμοιες μελέτες στην περιοχή της Σαουδικής Αραβίας (Al-Doghaiter et al., 2003) και της Ουγκάντας

(Ssewanyana et al., 2008), όπου οι γυναίκες φαίνεται να προτιμούν τις δημόσιες υγειονομικές φροντίδες ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους. Είναι πολύ πιθανό να αυξάνεται ο αριθμός των εισαγωγών για τις γυναίκες στο ελληνικό ιδιωτικό νοσοκομείο, επειδή δίνουν μεγαλύτερη σημασία στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις προσωπικές σχέσεις που επικρατούν, όπου ο ιδιωτικός τομέας είναι πολύ ανεπτυγμένος συγκριτικά με τον δημόσιο ή ακόμα επειδή στην περίπτωση του τοκετού προτιμάται το νοσοκομείο που έχει σύμβαση ο ιατρός που παρακολουθεί τη γυναίκα στην περίοδο της εγκυμοσύνης της, ο οποίος είναι συνήθως ιδιώτης.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης (Πίνακας 5.3.2), από το ποσοστό των ατόμων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό σχολείο, αυτοί που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο ξεπερνούν το 60%, ενώ αντίστοιχα εκείνοι που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό είναι λιγότεροι από το 40%. Πρόσθετα, οι ασθενείς που έχουν κάποια μεταλυκειακή εκπαίδευση έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εισαχθούν σε δημόσιο νοσοκομείο σε σχέση με αυτούς που είναι αναλφάβητοι ή έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό) (Πίνακας 5.3.23). Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την παρουσία νοσηλευθέντων φοιτητών μόνο στο δημόσιο νοσοκομείο. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλες έρευνες στο Κάιρο (Ellis et al., 1994), τη Σαουδική Αραβία (Al-Doghaiter et al., 2003), το Ιράν (Kermani et al., 2008) και το Μπαγκλαντές (Syed, 2000) με την αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου παρατηρείται και αύξηση της ζήτησης των ιδιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, γεγονός διαχρονικό και ανεξάρτητο από τη χώρα αναφοράς.

Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ασθενών με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα άνω των €2200 που επιλέγουν για τη νοσηλεία τους το ιδιωτικό νοσοκομείο, είναι 68,4%, έναντι 31,6% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο (Πίνακας 5.3.3). Είναι φανερό ότι με την αύξηση του εισοδήματος, αυξάνονται και οι πιθανότητες εισαγωγής σε ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο. Η παρατήρηση αυτή επαληθεύεται από αντίστοιχες έρευνες στο Κάιρο (Ellis et al., 1994), την Ιταλία (Fabbri & Monfardini, 2002) και την Ελλάδα (Pappa & Niakas, 2006), όπου αυξάνονται οι πιθανότητες εισαγωγής του ασθενή σε ιδιωτικό νοσοκομείο με την αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος της οικογένειάς του. Επίσης, σε μια σχετική έρευνα στην Κωνσταντινούπολη (Fikret et al., 2007), οι ασθενείς που δηλώνουν ότι απολαμβάνουν στο νοικοκυριό τους υλική ασφάλεια (η ύπαρξη κάποιων περιουσιακών στοιχείων και αγαθών του νοικοκυριού, όπως το αυτοκίνητο, η πρόσβαση - σύνδεση στο διαδίκτυο, η τηλεόραση κτλ.) περισσότερο από τον μέσο όρο, δηλαδή έχουν μεγαλύτερο εισόδημα προτιμούν τις ιδιωτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες. Είναι λογικό ένας ασθενής, στην περίπτωση που έχει την οικονομική ευχέρεια να κάνει χρήση ιδιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, να προτιμά να

εισαχθεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο αφού η επιλογή του δεν έχει βάση το οικονομικό κριτήριο αλλά την ποιότητα των υπηρεσιών που μπορούν να του παρασχεθούν.

Αναφορικά με το είδος της κοινωνικής ασφάλισης, οι εργαζόμενοι ως *ελεύθεροι επαγγελματίες* προτιμούν περισσότερο τις *ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας* αφού στο σύνολο των ασθενών που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, το ποσοστό εκείνων που επιλέγουν να πραγματοποιήσουν εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι 65,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 34,6% (Πίνακας 5.3.4). Οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ και το ΙΚΑ προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπως είναι αναμενόμενο. Η συμπεριφορά αυτή είναι δικαιολογημένη, αφού είναι πιθανό οι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, να έχουν υψηλότερο εισόδημα από τους ασφαλισμένους στα υπόλοιπα ταμεία (και όπως έχει αναφερθεί παραπάνω με την αύξηση του εισοδήματος, αυξάνονται και οι πιθανότητες εισαγωγής σε ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο). Ακόμη, πιθανά το κόστος χρόνου απουσίας των ελεύθερων επαγγελματιών από την εργασία τους να είναι μεγαλύτερο, οδηγώντας τους στον ιδιωτικό τομέα όπου ο χρόνος αναμονής είναι μικρότερος από αυτόν στο δημόσιο τομέα.

Στο είδος της απασχόλησης των ασθενών, αν και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν εργαζόταν λόγω συνταξιοδότησης, παρατηρείται ότι στο σύνολο των ασθενών που έχουν κάποια *μη χειρωνακτική* εργασία, το ποσοστό εκείνων που εισάγονται στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο είναι 73,9% σε αντιπαράθεση με το 26,1% εκείνων που εισάγονται στο *δημόσιο* νοσοκομείο (Πίνακας 5.3.5). Πιθανότατα οι ασθενείς που έχουν κάποια χειρωνακτική εργασία, να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης ή/και να είναι πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα λόγω της εργασίας τους, με αποτέλεσμα μέσω του ΕΚΑΒ να οδηγούνται στο δημόσιο νοσοκομείο.

Το είδος της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο παρουσιάζει μικρή διαφορά ανάμεσα στους δυο παρόχους νοσηλευτικών υπηρεσιών. Βέβαια, από το σύνολο των ασθενών που εισάγονται ως *έκτακτες εισαγωγές* το 60,7% κατευθύνεται στο *δημόσιο* νοσοκομείο, ενώ μόλις το 39,3% στον ιδιωτικό τομέα (Πίνακας 5.3.6). Ίσως όταν ένας ασθενής θέλει να πραγματοποιήσει μια προγραμματισμένη νοσηλεία, να προτιμά τον ιδιωτικό φορέα εξαιτίας της μεγάλης λίστας αναμονής που επικρατεί στο δημόσιο νοσοκομείο. Επίσης, είναι πολύ λογικό σε περίπτωση ατυχήματος ή γενικά έκτακτης ανάγκης, το ΕΚΑΒ να οδηγεί τον ασθενή στο δημόσιο νοσοκομείο.

Είναι πολύ εντυπωσιακό ότι το 83% του δείγματος υποστηρίζει πως νοσηλεύεται ως *επείγον περιστατικό*. Αυτό υποδηλώνει ότι η εισαγωγή, σε πολλές περιπτώσεις, δεν γίνεται σύμφωνα με τις τυπικές διαδικασίες (δηλαδή εξαιτίας ατυχημάτων ως λόγος έκτακτης

εισαγωγής), αφού σε αντίστοιχη έρευνα στις ΗΠΑ, οι έκτακτες εισαγωγές στα νοσοκομεία δεν ξεπερνούν το 35% των συνολικών (Sox et al, 1998). Είναι γνωστό ότι στις ΗΠΑ υπάρχει αυξημένος αριθμός ανασφάλιστων, οι οποίοι συνήθως εισάγονται στα δημόσια νοσοκομεία από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και παρόλα αυτά το ποσοστό παραμένει αρκετά πιο χαμηλό από αυτό της παρούσας μελέτης. Το ποσοστό των ασθενών που εισάγονται επειγόντως καταδεικνύει ότι οι ασθενείς συχνά παραμελούν τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της υγείας τους και προσέρχονται στο νοσοκομείο μόνο όταν υπάρχει ανάγκη που διαπιστώνεται με την εκδήλωση ασθένειας ή ίσως να οφείλεται στον πιο δημοφιλή τρόπο παράκαμψης της λίστας αναμονής, όπου με τη μεσολάβηση κάποιου τρίτου ατόμου (π.χ. γιατρού) κάποια τακτικά περιστατικά να χαρακτηρίζονται ως έκτακτα.

Το πιο πιθανό είναι να οφείλεται στην παράκαμψη της λίστας αναμονής αφού οι μέρες αναμονής για τη νοσηλεία των ασθενών είναι αρκετά μεγάλη στο δημόσιο νοσηλευτήριο και φτάνει σε αρκετές περιπτώσεις τον ένα μήνα. Στον Πίνακα 5.2.2, φαίνεται ότι στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο οι *μέρες αναμονής* είναι πολύ *λιγότερες* από αυτές στο δημόσιο.

Ο τρόπος εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο καταδεικνύει μια σημαντική παρατήρηση σε σχέση με τους δυο τομείς (Πίνακας 5.3.7). Στο σύνολο των ασθενών που υποστηρίζουν ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει με την *προτροπή κάποιου γνωστού* ατόμου (κάποιος γνωστός εκτός ιατρού ή κάποιος γνωστός ιατρός, ο οποίος είτε δουλεύει στο νοσοκομείο είτε όχι), το ποσοστό αυτών που επιλέγουν την *ιδιωτική* νοσηλεία είναι 63,5%, ενώ εκείνων που επιλέγουν τη δημόσια νοσηλεία είναι 36,5%. Επίσης, στο σύνολο των ασθενών που δηλώνουν ότι η επιλογή του νοσοκομείου έχει γίνει αυθόρμητα, το ποσοστό αυτών που επιλέγουν την *ιδιωτική* νοσηλεία είναι 40,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που επιλέγουν τη δημόσια νοσηλεία είναι 59,4%.

Είναι βάσιμο το ενδεχόμενο, ο ασθενής να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια γνωρίζοντας την άποψη κάποιου γνωστού ατόμου για το νοσοκομείο που πρόκειται να επιλέξει και περισσότερο όταν αυτός ο γνωστός βρίσκεται κοντά στο χώρο της νοσηλείας του. Χάρη στην καλή φήμη που έχει ο ιδιωτικός τομέας και το ιδιωτικό επιχειρησιακό του σύστημα να νοσηλεύει ασθενείς (δηλ. συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς κ.ά.) αυξάνονται οι πιθανότητες κάποιος ασθενής να επιλέξει το ιδιωτικό νοσοκομείο.

Σχετικά με την ύπαρξη μιας προγενέστερης εισαγωγής του ασθενή σε κάποιο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους από την τελευταία νοσηλεία του, φαίνεται ότι συνολικά στα άτομα που δηλώνουν πως *δεν έχουν κάποια άλλη (προηγούμενη) εισαγωγή* το τελευταίο έτος, το ποσοστό αυτών που εισάγονται στο *ιδιωτικό* νοσηλευτήριο είναι 46,2%, έναντι του 53,8% αυτών που εισάγονται στο *δημόσιο* νοσηλευτήριο (Πίνακας 5.3.8).

Φαίνεται πως ο βαθμός των επανεισαγωγών¹ είναι πολύ μεγάλος καθώς το 26,2% του δείγματος δηλώνει ότι το τελευταίο έτος έχει πραγματοποιήσει και κάποια άλλη εισαγωγή στο ίδιο ή σε άλλο νοσοκομείο.

Σε αυτό το σημείο είναι καλό να διευκρινιστεί ότι οι περισσότερες περιπτώσεις επανεισαγωγών μέσα στον ίδιο χρόνο συμβαίνουν λόγω εσπευσμένου ή λανθασμένου εξιτηρίου του ασθενή. Έτσι, αν ο ασθενής που έχει εισαχθεί στο δημόσιο νοσοκομείο, επιλέξει πάλι το ίδιο νοσοκομείο για την επανεισαγωγή του, σημαίνει είτε ότι δεν έχει αντιληφθεί ο ίδιος το πρόβλημα είτε δεν έχει άλλη (κυρίως οικονομική) επιλογή. Ωστόσο, προκύπτει μη ικανοποιητική περίθαλψη των ασθενών αφού οι 22 από τους 37 ασθενείς που έκαναν επανεισαγωγή επέλεξαν ένα άλλο νοσοκομείο.

Η αποταμίευση και συγκεκριμένα η αποταμίευση που κάνει ολόκληρη η οικογένεια μηνιαίως είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας (Πίνακας 5.3.9), αφού από το σύνολο των ασθενών που αναφέρουν ότι η οικογένειά τους κάνει *μηνιαία αποταμίευση*, η συντριπτική πλειοψηφία (75%) νοσηλεύεται στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο, ενώ μόλις το 25% στο δημόσιο. Οι ασθενείς που ανήκουν σε νοικοκυριά, τα οποία αποταμιεύουν κάποιο ποσό μηνιαίως έχουν περίπου 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο από αυτούς που δεν κάνουν αποταμίευση (Πίνακας 5.3.23). Αυτό είναι πολύ λογικό αποτέλεσμα αφού το κόστος της νοσηλείας ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο διαφέρει πολύ και επιβαρύνει τον ίδιο τον νοσηλευόμενο ή την οικογένειά του.

Ο οικονομικός παράγοντας θεωρείται από τους πιο βασικούς στην επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης αφού οι δαπάνες συνδέονται άμεσα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και στον Πίνακα 5.1.4 φαίνεται η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στους δυο παροχείς υγειονομικών υπηρεσιών σχετικά με το κόστος νοσηλείας (στατιστικά σημαντικός παράγοντας). Από αυτούς που επιλέγουν τη νοσηλεία σε *δημόσιο* νοσοκομείο η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει ότι κάνει επιλογή του νοσοκομείου με βάση το *οικονομικό κριτήριο* ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που επιλέγουν τη νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο είναι ανύπαρκτο (Πίνακας 5.2.1).

Άξια σχολιασμού είναι η απουσία της παραοικονομίας που συνίσταται σε άτυπες συναλλαγές στο δημόσιο τομέα (γιατί στον ιδιωτικό ήταν δύσκολο να φανερωθεί μέσα στα πλαίσια της εργασίας) με αποτέλεσμα να μειώνονται ακόμη περισσότερο οι ιδιωτικές δαπάνες των χρηστών και να διευκολύνεται η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

¹ Πρέπει να τονιστεί ότι οι επανεισαγωγές που έχουν συμβεί δεν είναι προγραμματισμένες σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτώμενων, γεγονός που ενισχύει την πιθανότητα κακής περίθαλψης. Στην περίπτωση κάποιας προγραμματισμένης επανεισαγωγής δεν πρέπει να γίνεται λόγος περί χαμηλής ποιότητας νοσηλείας ή άλλων προβλημάτων (Moise et al., 2003).

Η *φήμη* της μονάδας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών φαίνεται να επηρεάζει την απόφαση των χρηστών για την επιλογή της νοσηλευτικής τους φροντίδας και εμφανίζεται μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στους δυο τομείς. Δηλαδή το 24,2% όσων δηλώνουν ότι η φήμη του νοσοκομείου αποτελεί *πολύ έως πάρα πολύ* σημαντικό κριτήριο για την επιλογή νοσοκομείου, νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που νοσηλεύονται στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο ανέρχεται σε 75,8% (Πίνακας 5.3.10). Άρα οι ασθενείς που επιλέγουν την ιδιωτική περίθαλψη, επηρεάζονται περισσότερο από τη φήμη του νοσοκομείου.

Ο επόμενος παράγοντας που εμφανίζει μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο είδη νοσηλευτηρίων και σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και ουσιαστικά με τη γνώμη των ασθενών πριν την εισαγωγή τους σε κάποιο νοσοκομείο είναι η *ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών* από το νοσηλευτήριο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μόλις το 19,6% αυτών που υποστηρίζουν ότι η *ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών* του νοσοκομείου είναι *πολύ έως πάρα πολύ* σημαντικός παράγοντας για την επιλογή νοσοκομείου, νοσηλεύονται σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που νοσηλεύονται σε *ιδιωτικό* νοσοκομείο φτάνει το 80,4% (Πίνακας 5.3.11). Οι ασθενείς θεωρούν ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο μπορεί να τους προσφέρει καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες και είναι πιο κοντά στις απαιτήσεις τους. Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από μια αντίστοιχη μελέτη στη Σαουδική Αραβία (Saeed, 1998) όπου οι ασθενείς που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο ενδιαφέρονται για την *ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών* υγείας.

Ο τελευταίος παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει την απόφαση των ασθενών είναι η αριθμητική *επάρκεια των ιατρών* μέσα στο νοσοκομείο. Και εδώ, ο ιδιωτικός φορέας έχει το προβάδισμα σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτηθέντων αφού το 45% όσων ισχυρίζονται ότι η αριθμητική *επάρκεια των ιατρών* συνιστά *πολύ έως πάρα πολύ* σημαντικό κριτήριο για τη νοσοκομειακή επιλογή, νοσηλεύονται στο δημόσιο τομέα έναντι του 55% αυτών που νοσηλεύονται στον *ιδιωτικό* τομέα (Πίνακας 5.3.12). Οι ασθενείς πιστεύουν ότι στο δημόσιο τομέα υπάρχουν αρκετές ελλείψεις στο ιατρικό προσωπικό, το οποίο θα μπορούσε να δημιουργήσει δυσκολίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ίσως να είναι δικαιολογημένη αυτή η άποψη των πολιτών αφού είναι γνωστά τα προβλήματα και τις ελλείψεις που αντιμετωπίζει ο δημόσιος τομέας γενικά (Καραγιώργος, 2009 / Ζοπουνίδης και Ματαλλιωτάκης, 2010 / Ευθυμιάδου, 2010 / Σουλιώτης, 2010). Ωστόσο στα πλαίσια της εργασίας, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις του ιατρικού προσωπικού, στο υπό μελέτη δημόσιο νοσοκομείο.

Εκτός από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας για τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για τη ζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και τη γνώμη των ασθενών για το νοσοκομείο που έχουν επιλέξει (πριν νοσηλευτούν σε αυτό), η οποία τους ώθησε να κάνουν αυτή την επιλογή, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διαφοροποίηση της ικανοποίησης των ασθενών ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα (μετά τη νοσηλεία τους).

6.1.2 Η ικανοποίηση των ασθενών από το δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο

Η τελική άποψή του ασθενή σχετικά με το νοσοκομείο που επιλέγει, φανερώνει το μέγεθος της ικανοποίησής του, μετά την νοσηλεία του. Η ποιότητα αυτής της φροντίδας αξιολογείται από τους ασθενείς με βάση το βαθμό που οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στα κριτήριά τους από τη στιγμή που εισάγονται ως τη στιγμή που εξέρχονται από το νοσοκομείο. Τα κριτήρια αυτά αφορούν τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, τα αποτελέσματα αυτών των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα οποία επιφέρουν άμεσα ή μεταγενέστερα βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή, καθώς και τη δομή αυτών των υπηρεσιών, όπως είναι η επάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρώπινων πόρων που υπάρχουν στην υγειονομική μονάδα.

Όσον αφορά την ποσοτική επάρκεια του *νοσηλευτικού προσωπικού* (Πίνακας 5.3.14), ο *ιδιωτικός* τομέας δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα σε αντίθεση με το δημόσιο όπου παρουσιάζονται πολλές ελλείψεις. Από το σύνολο των νοσηλευόμενων στο ιδιωτικό νοσοκομείο, το 96,7% δηλώνει ότι η αριθμητική επάρκεια των κλινών είναι από καλή έως πολύ καλή, σε αντίθεση με το αντίστοιχο 51,9% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα αυτά και συγκεκριμένα οι ελλείψεις που αντιμετωπίζει η δημόσια νοσηλευτική μονάδα είναι αναμενόμενα αφού σε διάφορες μελέτες έχουν καταγραφεί σοβαρές ελλείψεις στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερος ανεπαρκή στελέχωση όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό (Καϊτελίδου και συν., 2007 / Τούντας και συν., 2008), που πιθανότατα να προέρχεται από την υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα και τη μεγάλη ανισοκατανομή του προσωπικού ανά υγειονομική περιφέρεια. Στην Ελλάδα, η αναλογία των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους διαμορφώνεται σε 5,5 και είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από αντίστοιχες ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ, όπως είναι το Βέλγιο (4), η Πορτογαλία (3,5), η Ιρλανδία (3), η Γαλλία (3,5) και η Ισπανία (3,5). Ενώ η αναλογία των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα

διαμορφώνεται σε 3 και είναι κατά πολύ μικρότερη από αντίστοιχες ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ, όπως είναι η Γαλλία (7,5), η Ιρλανδία (15,5), η Γερμανία (10), η Αυστρία (7,5) και η Ιταλία (7) (OECD Health Data, 2009).

Οι ασθενείς δηλώνουν ότι η αριθμητική *επάρκεια των κλινών* (Πίνακας 5.3.15), είναι πολύ ικανοποιητική στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο και αρκετά ικανοποιητική στο δημόσιο. Από το σύνολο των ασθενών που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο, το 96,7% υποστηρίζει ότι οι κλίνες είναι αριθμητικά επαρκείς σε καλό ή πολύ καλό βαθμό σε αντίθεση με το αντίστοιχο 86,4% εκείνων που επιλέγουν το δημόσιο νοσοκομείο. Φαίνεται να υπάρχουν ελλείψεις στις κλίνες του δημόσιου νοσοκομείου αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο σε άλλα δημόσια νοσοκομεία (της πρωτεύουσας αλλά και της επαρχίας), αποτέλεσμα που δεν συμπίπτει με την ανεπάρκεια κλινών με αναλογία 2,6 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους για τη Στερεά Ελλάδα (σε αντίθεση με την αντίστοιχη αναλογία για την Αττική (6 κλίνες / 1.000 κατοίκους) και τη Μακεδονία (5 κλίνες / 1.000 κατοίκους)), όπως αναφέρεται σε σχετικές δημοσιεύσεις (Μπερζοβίτης, 2008 / Μπουλούτζα, 2008). Ίσως αυτό εξηγείται με την ύπαρξη χαμηλής πληρότητας εξαιτίας της έλλειψης του σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και της ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό που οδηγεί στη δυσκολία αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών (όταν τα νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της συμπρωτεύουσας, και κυρίως τα πανεπιστημιακά, έχουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής και της παρατεταμένης αναμονής των ασθενών στα ράντζα των διαδρόμων).

Επιπρόσθετα, η *ξενοδοχειακή υποδομή* του *ιδιωτικού* νοσοκομείου καλύπτει σε πολύ μεγάλο βαθμό τις προσδοκίες των νοσηλευόμενων σε αντίθεση με το δημόσιο που αφήνει μεγάλο ποσοστό των ασθενών του ανικανοποίητο (Πίνακας 5.3.16). Από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο, το 95% δηλώνει ότι η ξενοδοχειακή υποδομή είναι από καλή ή πολύ καλή σε αντίθεση με το αντίστοιχο 76,5% αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο. Περίπου στο ίδιο αποτέλεσμα κυμαίνεται και η μέση τιμή του δείκτη ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από την ξενοδοχειακή υποδομή σε περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας (74,4%), σύμφωνα με μελέτη των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000), το οποίο δηλώνει ότι ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, ανεξάρτητα από την περιοχή, μένει ικανοποιημένος από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες που του παρέχονται.

Η *εκπαίδευση* των νοσηλευτών είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, ο οποίος χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και ορθολογικού σχεδιασμού στο δημόσιο τομέα εξαιτίας της έλλειψης του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού αφού πιθανώς δεν προβλέπεται ικανός αριθμός θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πολύζος και

Υφαντόπουλος, 2000). Από το σύνολο των νοσηλευόμενων στον *ιδιωτικό* τομέα, το 98,3% βαθμολογεί ως καλή ή πολύ καλή την ικανότητα νοσηλείας του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο τομέα είναι 84% (Πίνακας 5.3.17). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ικανότητα νοσηλείας των νοσηλευτών δεν προβληματίζει τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό εκτός από ένα μικρό ποσοστό του δημόσιου νοσοκομείου που φανέρωσε τη δυσαρέσκεια του σχετικά με τους νοσηλευτές και ειδικότερα με τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές, οι οποίοι εξαιτίας της απειρίας τους δεν κάλυπταν τις απαιτήσεις του. Γενικά, το δείγμα εμφανίζει πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση στην ιδιωτική κλινική, όπου περιπτώσεις όπως η προηγούμενη εκλείπουν. Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (περίπου 90%) από την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζει και μια ακόμα συγκριτική μελέτη ανάμεσα στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ (Καλογεράκη, 2007).

Η *καθαριότητα* του δημόσιου νοσοκομείου κρίνεται από τα περισσότερα άτομα του δείγματος ως καλή ενώ συντριπτική είναι η πλειοψηφία των ατόμων που υποστηρίζουν ότι η καθαριότητα του *ιδιωτικού* νοσοκομείου είναι πολύ καλή (Πίνακας 5.3.18). Από το σύνολο των ασθενών που δέχονται ιδιωτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, το 96,7% δηλώνει ότι η καθαριότητα είναι από καλή ως πολύ καλή, σε αντίθεση με το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που δέχονται δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες, το οποίο είναι 84%. Ένα μεγάλο ποσοστό στο σύνολο των χρηστών μένει ικανοποιημένο από την καθαριότητα στο δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο είναι μεγαλύτερο από τα νοσοκομεία της Αττικής (66,8%), μετά από την έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί από τον καθηγητή Στατιστικής Όθωνα Παπαδήμα και τους συνεργάτες του (Η Καθημερινή, 2005). Αυτό είναι ενθαρρυντικό για το δημόσιο νοσοκομείο της Λαμίας, αφού φαίνεται να υπάρχει οργάνωση στο θέμα της καθαριότητας και της υγιεινής μέσα στους χώρους του νοσοκομείου, αλλά οπωσδήποτε χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια.

Σχετικά με την *ποιότητα* των παρεχόμενων υπηρεσιών, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευόμενων του *ιδιωτικού* νοσοκομείου μένει ευχαριστημένη ενώ κάποιο ποσοστό των νοσηλευόμενων του δημόσιου νοσοκομείου δηλώνει τη δυσαρέσκεια του (Πίνακας 5.3.19). Στο σύνολο των ατόμων που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσηλευτήριο, το 98,3% την αξιολογεί από καλή ως πολύ καλή, ενώ το 79% των ατόμων που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσηλευτήριο αντιστοιχεί στο ίδιο επίπεδο αξιολόγησης. Περίπου η ίδια κατάσταση παρατηρείται και σε άλλα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας (77,6%), της Θεσσαλονίκης (79,2%) και της επαρχίας (76,4%) σύμφωνα με μελέτη που έχει διεξαχθεί σε 17 νοσοκομεία (Κυριόπουλος και συν., 1994). Σημειώνεται ότι είναι μια ένδειξη της μεγάλης διαφοράς ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τη ποιότητα των παρεχόμενων

φροντίδων και επαληθεύεται η άποψη των πολιτών ότι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι καλύτερες ποιοτικά συγκριτικά με τις δημόσιες. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν μπορούν να κρίνουν αντικειμενικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γιατί πολλές φορές μπορεί να συγχέουν τις έννοιες της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, της ξενοδοχειακής υποδομής κ.ά., και συνήθως στα δημόσια νοσοκομεία εισάγονται πιο βαριά περιστατικά. Για να είναι πιο αντικειμενικό το αποτέλεσμα θα έπρεπε πιθανά να υπάρχουν οι δείκτες των αποτελεσμάτων.

Η *φιλικότητα* και η *ευγένεια* του προσωπικού, οι οποίες συνδέονται άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή έχουν μικρή διαφορά ανάμεσα στους δυο τομείς (Πίνακας 5.3.20). Από όλους τους ασθενείς του *ιδιωτικού* νοσοκομείου, το ποσοστό που μένει ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού είναι 100%, και το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών του δημόσιου νοσοκομείου φτάνει το 90% περίπου. Στον ιδιωτικό τομέα όλοι οι ασθενείς μένουν πολύ ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού, ενώ ένα μικρό ποσοστό των ασθενών του δημοσίου νοσοκομείου αντιμετωπίζει πρόβλημα με τη συμπεριφορά του, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με μελέτη που έχει γίνει για το νοσοκομείο Ευαγγελισμός, όπου υπάρχουν αρκετά προβλήματα στη συμπεριφορά του προσωπικού (Βασσάλου, 2005). Το 36% των νοσηλευθέντων στο νοσοκομείο αυτό υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά του νοσοκομειακού προσωπικού είναι από απαράδεκτη ως κακή.

Οι *γραφειοκρατικές διαδικασίες* που επικρατούν στο νοσοκομείο δεν φαίνεται να ταλαιπωρούν τους χρήστες των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε κανένα από τους δυο φορείς εκτός από ένα μικρό ποσοστό ασθενών του δημόσιου νοσοκομείου (Πίνακας 5.3.21). Στο σύνολο των ατόμων που είναι νοσηλευμένοι στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο, όλοι (100%) είναι ικανοποιημένοι, ενώ αντίστοιχα το 90% των ατόμων που είναι νοσηλευμένοι στο δημόσιο νοσοκομείο είναι ικανοποιημένο από αυτές. Το ποσοστό αυτών που δηλώνουν ότι οι γραφειοκρατικές διαδικασίες είναι καλές ή πολύ καλές σε θέμα οργάνωσης και διαπεραίωσης είναι εξαιρετικά μεγάλο και συμβαδίζει με έρευνες σε άλλα νοσοκομεία της Β' Υγειονομικής Περιφέρειας της Αττικής (Κάππας, 2006). Παρόλο που οι γραφειοκρατικές διαδικασίες είναι ένας "προβληματικός" τομέας στην ελληνική πραγματικότητα είναι αρκετά αισιόδοξο ότι δεν υπάρχουν τέτοιου είδους δυσκολίες στη νοσηλευτική περίθαλψη.

Αναφορικά με την *ταχύτητα εξυπηρέτησης*, όπως αξιολογείται από τους ερωτώμενους, υπάρχει μια ενδιαφέρουσα δυσαναλογία ανάμεσα στους δυο τύπους νοσοκομείου. Το *ιδιωτικό* νοσοκομείο παρουσιάζει πολύ *υψηλά* ποσοστά ικανοποίησης σε αντίθεση με το δημόσιο, το οποίο αφήνει κάποιους ασθενείς ανικανοποίητους (Πίνακας 5.3.22). Το σύνολο

(100%) των ασθενών που πραγματοποιούν εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο αξιολογεί την ταχύτητα εξυπηρέτησης από καλή ως πολύ καλή ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών που πραγματοποιούν εισαγωγή στο δημόσιο νοσοκομείο ανέρχεται περίπου στο 75%. Η επαλήθευση αυτού του ευρήματος, δίνεται από μια παρόμοια έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας, όπου ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (26,6%) των ασθενών που χρειάζεται βοήθεια από το προσωπικό, δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία ανταπόκριση από αυτό (Αγρέβη και Ευθυμίου, 2008). Είναι ακόμα ένα σημείο όπου οι ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες είναι περισσότερο ανταγωνιστικές σε σχέση με τις δημόσιες και είναι πολύ πιθανό να προκύπτει από την υποστελέχωση των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων ή την κακή οργάνωση του νοσοκομείου (π.χ. στις περιπτώσεις προεγχειρητικού ελέγχου).

Από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται στο *ιδιωτικό* νοσοκομείο το 91,7% δηλώνει ότι θα έχει την *πρόθεση επιλογής* του συγκεκριμένου νοσοκομείου, σε επόμενη εισαγωγή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο είναι 72,8% (Πίνακας 5.3.13). Η πρόθεση της επόμενης νοσηλείας στο ίδιο νοσοκομείο υποδηλώνει έμμεσα τη γενική ικανοποίηση των ασθενών από το νοσοκομείο. Παρά τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στους δυο φορείς σχετικά με την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευθούν στο ίδιο νοσοκομείο ακόμα και αν έχουν τη δυνατότητα επιλογής, η γενική ικανοποίηση των νοσηλευθέντων στο δημόσιο νοσοκομείο δεν διαφέρει πολύ από το αντίστοιχο ποσοστό των νοσοκομείων των Ιωαννίνων (87,4%), σύμφωνα με σχετική μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί σε 2 νοσοκομεία της περιοχής (Λιακοπούλου, 2008).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ασθενείς του δείγματος, ο *ιδιωτικός* τομέας εμφανίζεται *καλύτερος*, όσον αφορά την υψηλή ποιότητα, στην παροχή υγειονομικής φροντίδας συγκριτικά με τον δημόσιο και ανταποκρίνεται καλύτερα στις απαιτήσεις και τις επιθυμίες των καταναλωτών.

6.2 Συμπερασματικά σχόλια και προτάσεις

Γενικά, οι καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα επιλογής του δημόσιου έναντι του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στις περιφέρειες της Στερεάς Ελλάδας και της Θεσσαλίας φαίνεται ότι σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού (το φύλο), τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του (το επίπεδο της εκπαίδευσης, το ύψος του εισοδήματος, το είδος της κοινωνικής ασφάλισης και της απασχόλησης και η οικογενειακή μηνιαία αποταμίευση) και διάφορα χαρακτηριστικά που συνδέονται με τη μονάδα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών (το είδος και ο τρόπος

εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, η ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής σε κάποιο νοσηλευτήριο, η φήμη του νοσοκομείου, η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχει ο φορέας, η αριθμητική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού στο νοσοκομείο, το κόστος της νοσηλείας των ασθενών και ο αριθμός των ημερών αναμονής για νοσηλεία).

Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει ο ιδιωτικός τομέας στην υγεία είναι αρκετά σε σύγκριση με το δημόσιο. Είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικός όσον αφορά τη ξενοδοχειακή υποδομή, την ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων, τη φιλικότητα και την ευγένεια του προσωπικού, την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τις γραφειοκρατικές διαδικασίες και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι φανερό ότι οι ασθενείς επιλέγουν ή θέλουν να επιλέξουν μια καλά εξοπλισμένη νοσηλευτική μονάδα, η οποία είναι ικανή να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με την παρουσία εκπαιδευμένου προσωπικού.

Παρατηρούνται ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό και στις κλίνες του δημόσιου νοσοκομείου καθώς και χαμηλή ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή του υποδομή και τις προσφερόμενες υπηρεσίες, ενώ στο ιδιωτικό νοσοκομείο η ικανοποίηση των νοσηλευθέντων ξεπερνά το 95% του δείγματος. Οι χρήστες των ιδιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών εμφανίζονται ικανοποιημένοι σε μεγάλο βαθμό από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες ενώ στην περίπτωση της δημόσιας νοσηλείας, οι ασθενείς δηλώνουν ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται απόλυτα στις προσδοκίες τους, χωρίς βέβαια να παρουσιάζουν πολύ μεγάλο βαθμό ανικανοποίησης.

Η ανελαστική φύση των εξόδων που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας, αφήνει μεγάλο περιθώριο κέρδους στον ιδιωτικό τομέα, επιβαρύνοντας τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ωστόσο, περίπου το 70% των ατόμων που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσοκομείο θα ξαναεπέλεγαν το ίδιο νοσοκομείο σε μια ενδεχόμενη επόμενη εισαγωγή τους ακόμα και αν είχαν τη δυνατότητα επιλογής. Δεν είναι παράλογο το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, που νοσηλεύονται στο δημόσιο νοσηλευτήριο, υποστηρίζει ότι η επιλογή του γίνεται με βάση το οικονομικό κριτήριο. Ο οικονομικός παράγοντας εμφανίζεται πολλές φορές κυρίαρχος στην επιρροή της απόφασης των ασθενών για το είδος της νοσοκομειακής τους περίθαλψης.

Ο ιδιωτικός παροχέας νοσηλευτικών υπηρεσιών (ο οποίος όπως φαίνεται είναι πελατοκεντρικός) παρέχει στους πολίτες ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας, με υπερσύγχρονο εξοπλισμό και πρωτοποριακές μεθόδους στοχεύοντας στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις ανθρώπινες σχέσεις, περιοχές όπου ο δημόσιος τομέας δεν είναι ανεπτυγμένος, εξαιτίας των τεράστιων και ποικίλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Η

μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια έρχεται σε συμφωνία με αντίστοιχα αποτελέσματα της παγκρήτιας δημοσκόπησης για το σύστημα δημόσιας υγείας (Ζοπουνίδης και Ματαλλιωτάκης, 2010), όπου περίπου το 70% του δείγματος κρίνει ως καλύτερη την εξυπηρέτησή του αναφορικά με την περίθαλψή του στα ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με τα δημόσια, με αξιόλογη παρατήρηση την ομολογία σχεδόν του 60% του δείγματος ότι οι δαπάνες στην ιδιωτική νοσηλεία είναι από μάλλον μεγάλες έως υπερβολικές. Επίσης, στην ίδια δημοσκόπηση, η καθαριότητα, ο χρόνος εξυπηρέτησης, η εκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού, η προσέγγιση, η ασφαλιστική κάλυψη και οι κτιριακές υποδομές φαίνεται να επηρεάζουν πολύ την επιλογή των ασθενών προς την ιδιωτική νοσηλεία παρά την πιθανή τους επιβάρυνση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, φαίνεται ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι περισσότερο ανταγωνιστικός από το δημόσιο, οδηγώντας στην καλύτερη και μεγαλύτερη κάλυψη των απαιτήσεων των ασθενών του δείγματος, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι τα προβλήματα είναι ανύπαρκτα και στον ιδιωτικό χώρο.

Τα ποσοστά ικανοποίησης από το δημόσιο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερα από άλλα δημόσια νοσοκομεία της ελληνικής επικράτειας, γεγονός αισιόδοξο για την πορεία του γενικού νοσοκομείου της Λαμίας. Πιθανότατα τα ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα να προέρχονται από την καλύτερη εσωτερική οργάνωση του νοσοκομείου σε θέματα διοίκησης (όπως είναι η σωστή μηχανογράφηση, η έλλειψη γραφειοκρατίας και το σύγχρονο μάνατζμεντ) συγκριτικά με τα άλλα νοσοκομεία, καθώς και από το γεγονός ότι το νοσοκομείο είναι καινούργιο, με αποτέλεσμα την αρκετά καλή κτιριακή υποδομή.

Γενικά, την επιλογή του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου, κάνουν άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι η πρόσβαση ατόμων με "χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ" προς τον ιδιωτικό τομέα είναι δυσχερής. Άρα, αν ο δημόσιος τομέας έχει προβλήματα, τότε τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν προβλήματα ανεπαρκούς κάλυψης των υγειονομικών τους αναγκών. Κάποιοι θα συμφωνούσαν με την άποψη ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι η αναγκαστική λύση στις ανεπάρκειες που αντιμετωπίζει ο δημόσιος τομέας, όμως εδώ παραμονεύει ο κοινωνικός αποκλεισμός και η ελλειμματική προσπέλαση προς τις υπηρεσίες υγείας. Δεν μπορεί να υπάρξει η ισότιμη παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και των αγαθών, ούτε η προστασία των ατομικών και των κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και η κοινωνική αλληλεγγύη στο κοινωνικό σύνολο. Από τη μια πλευρά πρέπει να επιτευχθεί στο δημόσιο νοσηλευτήριο επαρκής υλικοτεχνική υποδομή και πλήρης στελέχωσή του με νοσηλευτές ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει στους πολίτες με αποτέλεσμα να γίνει

ανταγωνιστικό σε σχέση με το ιδιωτικό νοσηλευτήριο, αλλά από την άλλη πλευρά θα πρέπει να γίνουν ρυθμίσεις ώστε οι δυο φορείς να ανταγωνίζονται σε ίσους όρους και σχετικά με το κόστος εκτός από την ποιότητα.

Ο ρόλος των ιδιωτικών παροχών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι συμπληρωματικός και όχι ανασταλτικός προς το δημόσιο νοσοκομείο. Με τη συνεχώς αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας υποβαθμίζεται όλο και περισσότερο το δημόσιο σύστημα. Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και συνεπώς ένα βασικό πακέτο υγειονομικών φροντίδων θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση.

Η σύμπραξη του ιδιωτικού με το δημόσιο φορέα είναι μια λύση που έντονα συζητείται τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, για την αποτελεσματική εφαρμογή της θα πρέπει να θεσπιστεί ένας δραστικός μηχανισμός παρακολούθησης και ρύθμισης των δυο τομέων. Επιπρόσθετα, είναι αναγκαία η δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών των δαπανών για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και συστημάτων αποτίμησης της αποδοτικότητας ώστε με την αξιολόγηση και αξιοποίηση των συμπερασμάτων να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα και να μειώνεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

Akin J.S., Guilkey D.K., Denton E.H. (1995). Quality of services and demand for health care in Nigeria: A multinomial probit estimation. *Social Science and Medicine* , 40 (11), pp. 1527-1537.

Al-Doghaiter A. H., Abdelrhman B. M., Saeed A. A. W., Magzoub M. E. M. A. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health* , 123 (2), pp.105-109.

American Hearth Association. (2009, June 25). American Hearth Association. Cardiovascular Disease Statistics. Ανάκτηση από <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4478>.

Anderson J. G. (1973, March-April). Demographic Factors Affecting Health Services Utilisation. A casual model. *JSTOR.Medical Care*, 6 (2).

Beomsoo K. (2009, March). Do Doctors Induce demand? The Institute of Economic Research - Korea University.

Bertakis K. D., Azari R., Callahan E. J. (2004). Patient Pain in Primary Care: Factors That Influence Physician Diagnosis. *Annals of Family Medicine* (2), pp. 224-230.

Boutsikas M. V. (2004). Σημειώσεις μαθήματος « Στατιστικά Προγράμματα ». Τμήμα Στατ. και Ασφ. Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Bradshaw J. (1972). A taxonomy of social need. *New Society*, pp. 640-3.

Burge P., Devlin N., Appleby J., Rohr C., Grant J. (2005). London Patient Choice Project Evaluation. A model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data. RAND Corporation (www.rand.org) .

Cherkas L. F., Aviv A., Valdes A. M., Hunkin J. L., Gardner J. P., Surdulescu G. L., Kimura M., Spector T. D. (2006, May 12). The effects of social status on biological aging as measured by white-blood-cell telomere length. *Aging Cell* (5), pp. 361–365.

Cronbach L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3).

Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: MA: Harvard University Press.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, (1). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988, September 23-30). The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260 (12), pp. 1743-8.

Fabbri D., Monfardini C. (2002). Public vs. Private health care services demand in Italy. Ανάκτηση από http://www.dise.unisa.it/WP/shaw_public_file.dta.

Fikert A., Oya P.A., Burcay E., Didem T. (2007, October 25). Hospital Choice: Survey Evidence From Istanbul. Munich Personal RePEc Archive. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6093/>.

Hanson K., McPake B., Nakamba P., Archard L. (2004, December 24). Preferences for hospital quality in Zambia: results from a discrete choice experiment. Wiley InterScience.

Healthier World. (2009, June 29). Ανάκτηση από <http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/cb2653f548f87095/af87f7cdcda223c4/1a96cb417c230241.html>.

Health Organisation, WHO – World. (2009). WHO 2009 Cardiovascular diseases Fact sheet No 317. Ανάκτηση 2009, από http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.

Hosmer D.W., Lemeshow S. (1978). A computer program for stepwise logistic regression using maximum likelihood. *Computer Programs in Biomedicine*, (8).

Isroliwala S., Wainwright C., Sehdev K. (2004, September). A local view of factors influencing patient choice. Healthcare Management Research Group: Cranfield University.

- James W. P. T, Nelson M., Ralph A., Leather S. (1997, May 24). Socioeconomic determinants of health: The contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ helping doctors make better decisions*, pp. 314-1545.
- Kaitelidou D., Theodorou M. (2003). *Cost Sharing in Greece Paper for the European Observatory on Health Care Systems / LSE Health and Social Care*. Athens.
- Kermani M. S., Ghaderi H., Yousefi A. (2008). Demand for medical care in the urban areas of Iran: an empirical investigation. *Health Economics*, 17, pp. 849–862.
- Labelle R., G. Stoddart, T.Rice. (1994). A Re-Examination of the Meaning and Importance of Supplier-Induced Demand. *Journal of Health Economics*, 13 (3), pp. 347-368.
- Lako C. J., Rosenau P. (2008). *Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice*. *Health Care Anal.*
- Liaropoulos L., Kaitelidou D. (1998). Changing the Public-Private Mix: An Assessment of the Health Reforms in Greece, *Health Care Analysis*, (6).
- Liaropoulos L., Tragakes E. (1998). Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health Policy*, (43), pp. 153-169.
- Luft H., Hershey J., Morell J. (1978). Factors Affecting the use of physician services in a rural community. *American Journal of public health*, 66 (9), pp. 865-871.
- Matthew G. K. (1971). Measuring need and evaluating services. In: *Portfolio for health: the role and programme of the DHSS in health services research: Sixth series* (McLachlan G., ed.). Oxford University Press, for the Nuffield Provincial Hospitals Trust. London.
- McMichael A. J., Woodruff R. E, Hales S. (2006, March 11). Climate change and human health: present and future risks. *The Lancet* (367), pp. 859 - 869.
- Moise P., Jacobzone S. and the ARD-IHD Experts Group. (2003, April 22). *OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease. 5.3 Readmissions for AMI patients (TECH)*. *OECD Health Working Papers*. DELSA/ELSA/WD/HEA (3).

Neag School of Education - University of Connecticut. Cronbach's Alpha Reliability.
Ανάκτηση από www.gifted.uconn.edu/siegle/research/SPSS/SPSSCronbach.html.

OECD. (2009, December 8). Health at a Glance 2009 – OECD Indicators.

Pappa E., Niakas D. (2006, November 2). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. Ανάκτηση από BMC Health Services Research: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/146>.

Randall P. E., McInnes D. K., Stephenson E.H. (1994). Inpatient and outpatient health care demand in Cairo, Egypt. Health Economics, (3), pp. 183-200.

Saeed B. K. S. (1998). Factors affecting patients' choice of hospitals. Annals of Saudi Medicine, 5 (18), pp. 420-424.

Siskou O., Kaitelidou D., Economou C., Kostagiolas P., Liaropoulos L. (2009, July 11). Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. Eur J Health Econ.

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

Skinner J. T., Price S. B., Scott W. D., Gorry G. A. (1977, May). Factors Affecting the Choice of Hospital-Based Ambulatory Care by the Urban Poor. Am. J. Public Health, 67 (5), pp. 439-445.

Sox C. M., Burstin H. R., Edwards R. A., O'Neil A. C., Brennan T. A. (1998). Hospital admissions through the emergency department: does insurance status matter? Am J Med. Dec., (6).

Ssewanyana S., Nabyonga J., Kasirye I., Lawson D. (2008, May 2). Demand for health care services in Uganda: Implications for poverty reduction. Munich Personal RePEc Archive, (8558).

Syed S. A. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. Health Policy and Planning, 15 (1), pp. 95–102.

Turner J. B. (1995, September). Economic context and the Health Effects of Unemployment. *Journal of Health and Social Behavior* (36), pp. 213-229.

Vladeck B. C., Firman J. P. (1983). The Aging of the Population and Health Services. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* (468), pp. 132-148.

Wubker A., Sauerland D., Wubker A. (2008, May 8). Does better information about hospital quality affect patients' choice? Empirical findings from Germany. *Munich Personal RePEc Archive* (10479).

Yoshii N., Kiyohide F. (2006, September 8). Factors influencing the selection of a hospital for colon cancer surgery in Japan: analysis of the effects of surgery volume, hospital functions, and geographic conditions. *J Med Dent Sci* (53), pp. 167-174.

Zweifel P., Manning W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of Health Economics*, 1 (1), pp. 409-459.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αγρέβη Δ., Ευθυμίου Π. (Φεβρουάριος 2008). Ικανοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία*.

Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2009). Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48 (1), σσ. 37 – 49.

Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β. (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας Οικονομική της Υγείας*, σσ. 57-58.

Βασάλου Α. (2005). Ικανοποίηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη Ανάπτυξη: Απόψεις Εργαζομένων και Χρηστών της Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού. *Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας: Πτυχιακή Εργασία*.

Βελονάκη Β. Σ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 45 (4), σσ. 491-499.

Γαλάνης Π. (2010). Αποχαιρετώντας τις Τιμές p και Καλωσορίζοντας τα Διαστήματα Εμπιστοσύνης στην Ανάλυση Δεδομένων. Νοσηλευτική (Γενικό Άρθρο), 49 (1), σσ. 11-25

Γναρδέλλης Χ. (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Δικαίος Κ. (1999). Πολιτική υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Συντ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. ΕΑΠ, ΔΜΥ51, (2). Πάτρα.

Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Ι. (2000). Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Δονάτος Γ., Χόμπας Β. (1988). Στατιστικές Μέθοδοι. Αθήνα - Κομοτηνή: Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2005, Νοεμβρίου 21). Δελτίο Τύπου. Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004/2005. Ανάκτηση από http://www.euro2day.gr/dm_documents/211105_ESYE.pdf

Ευθυμιάδου Δ. (2010, Μαρτίου 8). Τα αίτια της κατάρρευσης των δημόσιων νοσοκομείων. Τηxs. Ανάκτηση από <http://tnxs.gr/news/ελλάδα/τα-αίτια-της-κατάρρευσης-των-δημόσιων-νοσοκομείων>.

Ζηλίδης Χ. (1988). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. Αθήνα: ΑΤΕ.

Ζοπουνίδης Κ., Ματαλλιωτάκης Γ. (2010, Απριλίου 19). Ιatronet. Πακρήτια δημοσκόπηση για το σύστημα δημόσιας υγείας. Ανάκτηση από http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=11413.

Η Καθημερινή. (2005, Απριλίου 23). Ανάκτηση από http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_23/04/2005_141677.

Ιακωβίδου Ε., Μάνιου Μ., Πάλλη Ε., Κωστόπουλος Ε., Ζάραγκας Σ., Κατσανέβας Θ. (2008, Οκτώβριος – Δεκέμβριος). Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 7 (4), σσ. 343-359.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ). (Απρίλιος 2005). Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ.

Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο., Κοτοπούλης Ν., Κουτσογιαννόπουλος Η. (2007, Απρίλιος). Προμελέτη σκοπιμότητας και βιωσιμότητας ίδρυσης ειδικού νοσοκομείου για παθήσεις της σπονδυλικής στήλης. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών - Τμήμα Νοσηλευτικής. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας .

Καλογεράκη Α. (2007, Σεπτέμβριος). Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες. Η περίπτωση των ασθενών των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου" και ΑΧΕΠΑ. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία.

Κάππας Κ. (2006). Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Σχολή Δημόσιας Υγείας: Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία.

Καραγιώργος Δ. (2009, Μαΐου 7). Σε αποσύνθεση το δημόσιο σύστημα περίθαλψης. Ανάκτηση από [ιατροnet: http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=8329](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=8329).

Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών. (1976). Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80: Υγεία. Αθήνα: Έκθεση Ομάδας Εργασίας.

Κεχμόγλου Α. (2009, Δεκεμβρίου 9). Το Βήμα online. Ανάκτηση από Έκθεση του ΟΟΣΑ: <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=303792&ct=1&dt=09/12/2009>.

Κουντζάκης Β. (2008). Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο: Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Βιώσιμη Ανάπτυξη »: Κατεύθυνση: Αγωγή Καταναλωτή: Διπλωματική Μελέτη.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Κυριόπουλος Γ. (1985). Κοινωνιολογία - Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.

Κυριόπουλος Γ. και συν. (1994). Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια, στο συλλογικό Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Κυριόπουλος Γ. και Γεωργούση Ευγ. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ. (1999). Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.

Κυριόπουλος Γ. (2009, Σεπτεμβρίου 2). ενThesis. Ανάκτηση από Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας. Κοινωνική Ευθύνη. Ανάκτηση από:
http://www.enthesis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις: Παπασωτηρίου.

Λαζάρου Π. (2005). Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών: Διδακτορική διατριβή.

Λιακοπούλου Ε. (2008). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ». Ιωάννινα (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων - Τμήμα Οικονομικών Επιστημών): Διπλωματική Εργασία.

Λιαρόπουλος Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας . Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Λιαρόπουλος Λ., Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο. (2006). Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία, στον Τιμητικό Τόμο για τη Μαρία Νεγρεπόντη Δελιβάνη. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών.

Λιαρόπουλος Λ. (2009). Το σύστημα υγείας στην κοινωνία και την οικονομία. Στο Διεθνή συστήματα υγείας (χειμερινό εξάμηνο), σσ. 45 – 50. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα νοσηλευτικής. Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Μάμας Θ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996). Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα.

Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε. (2009, Οκτώβριος - Δεκέμβριος). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 8 (4), σσ. 380-400.

Μαράτου-Αλιπράντη Λ. (1999). Διαγενεακές σχέσεις στη σύγχρονη εποχή: Τάσεις και οι νέες φάσεις του κύκλου ζωής. Ανάκτηση από: <http://alex.eled.duth.gr/epek/family/htm/8.htm>.

Ματσαγγάνης Μ., Μητράκος Θ. (2000). Προσδιοριστικοί παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. <http://www.aueb.gr/users/mitrakos/imorm.html>.

Μεργκούπης Θ. (2001). Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: μια ανάλυση σε μικρο-επίπεδο. Κομοτηνή: 1ο Συνέδριο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοινωνικής Πολιτικής.

Μπουλούτζα Π. (2008, Μαΐου 7). Τα 3 «άλφα» των υπηρεσιών υγείας. Ανισοκατανομή, ανεπάρκεια και ανισότητα ταλανίζουν τους πολίτες, που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Ανάκτηση από [Kathimerini.gr](http://news.kathimerini.gr):

http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_politics_1_07/05/2008_268926.

Μπερζοβίτης Α. (2008, Φεβρουάριος - Μάρτιος - Απρίλιος). Ιατρικό Βήμα. Πολιτική της Υγείας. Ανάκτηση από Έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Παν/μίου Αθηνών. Κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στην παροχή ΠΦΥ:

http://www.iatrikionline.gr/IB_112/10.pdf.

Μπερσίμης Σ. (2006). Σημειώσεις στο μάθημα της Βιοστατιστικής. Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας. Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική. Πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών.

Μπέσης Ν. (1993). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ειδικά Κλαδικά Θέματα Νο1. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ. (2000). Ικανοποίηση Νοσηλευθέντων Ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77 (5), σσ. 464-70.

Οικονόμου Α. (2008, Φεβρουαρίου 27). Κοινωνικές, οικονομικές και επαγγελματικές διαστάσεις στην κατάσταση της υγείας και στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας των μελών του εργατικού δυναμικού στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη: Διδακτορική Διατριβή. Ανάκτηση από <http://hdl.handle.net/2159/3589>.

Παπαϊωάννου Τ., Φερεντίνος Κ. (2004). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα: Εκδ. Αθ. Σταμούλης.

Πάτρας Λ. (1969). Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής. Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17 (6), σσ. 627-639.

Σίσκου Ο. (2006). Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Δημόσιας Υγείας.

Σίσκου Ο. (2007). Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Λ. (Συντ.) Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Σίσκου Ο. (2008, Μαΐου 20-24). Η συμμετοχή των ιδιωτικών φορέων στη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα : Προβλήματα και προοπτικές. 34ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα: Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής - Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Οικονομικά της Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5), σσ. 663-672.

Σουλιώτης Κ. (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ. (2006). Οργάνωση και λειτουργία του Περιφερειακού Ιατρείου: διασύνδεσή του με άλλες διοικητικές δομές. Στο: Λιονής Χ. (επιμ.) Το Περιφερειακό Ιατρείο: Οδηγίες για τον Γενικό/Οικογενειακό Ιατρό. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Σουλιώτης Κ. (2010, Μάρτιος). Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή. Ανάκτηση από Νέα Υγεία: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=1004>.

Στάθης Γ. (2005). Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.

Σταμπόγλης Δ. (15 Ιανουαρίου 2006). 800.000 οικογένειες ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Ανάκτηση από Το Βήμα online:

<http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=170732&ct=3&dt=15/01/2006>.

Τούντας Γ. (2003). Πολιτική Υγείας. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (5), σσ. 532-546.

Τούντας Γ. (2005). Ανάγκες υγείας και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ιατρική (88), σσ. 282-291.

Τούντας Γ. (2007). (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), Επιμελητής) Ανάκτηση από:

<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=327&lang=gr&CategoryID=6&IssueID=4>.

Τούντας Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ.

Τούντας Γ. και συνεργάτες. (Μάιος 2008). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τσολάκη Ζ. (2007). Ικανοποίηση και φροντίδα ασθενών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. (πτυχιακή εργασία). Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Τμήμα: Νοσηλευτικής. Σχολή: ΣΕΥΠ.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2010). Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανάκτηση από <http://www.yyka.gov.gr/ministry>.

Υφαντόπουλος Γ. (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας. Αθήνα: τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος.

ΦΕΚ 37. (2 Μαρτίου 2001). Νόμος 2889 « Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις », (1), σσ. 1079-1104.

Χαρίσης Α. (1999, Ιανουάριος). Μελέτη Σκοπιμότητας Εφαρμογών, Θεματικό Πεδίο: Υγεία Κοινωνίας Των Πληροφοριών. Ιωάννινα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ
ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΖΗΤΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

I Δ

Α) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1) ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΞΑΜΗΝΟ;

1 (ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ) 2 (ΚΑΚΗ) 3 (ΜΕΤΡΙΑ) 4 (ΚΑΛΗ) 5 (ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ)

2) ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΑΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΞΑΜΗΝΟ;

1 (ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ) 2 (ΚΑΚΗ) 3 (ΜΕΤΡΙΑ) 4 (ΚΑΛΗ) 5 (ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ)

3) ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ; _____

4) ΩΣ ΤΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΓΙΝΕ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

ΩΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΠΟΣΕΣ ΜΕΡΕΣ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΑΣ; _____

ΩΣ ΕΚΤΑΚΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

5) ΠΩΣ ΕΙΣΑΧΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

ΕΙΧΑ ΚΑΠΟΙΟ ΓΝΩΣΤΟ (ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ) Ο ΟΠΟΙΟΣ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΕΓΝΩΣΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΚΑΙ ΜΟΥ ΣΥΣΤΗΣΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΔΩ

Ο ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΕΓΝΩΣΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΜΟΥ ΣΥΣΤΗΣΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΔΩ

ΜΕ ΕΦΕΡΕ ΤΟ ΕΚΑΒ

ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ ΑΠΟ ΜΟΝΟΣ/Η ΜΟΥ

6) ΕΙΧΑΤΕ ΑΛΛΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7) ΑΝ ΝΑΙ, ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΣΕ ΑΛΛΟ ΠΟΙΟ; _____

8) ΤΙ ΣΑΣ ΣΤΟΙΧΙΣΕ Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΣΕ €); _____

9) ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΤΑΝ Η ΜΟΝΗ ΣΑΣ ΕΦΙΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

10) ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;

	1 (ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ)	2 (ΛΙΓΟ)	3 (ΜΕΤΡΙΑ)	4 (ΠΟΛΥ)	5 (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)
ΦΗΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) ΠΟΙΟΣ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΑΣ;

	1 (ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΣ)	2 (ΧΑΜΗΛΟΣ)	3 (ΜΕΤΡΙΟΣ)	4 (ΥΨΗΛΟΣ)	5 (ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΣ)
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΑΣ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΟ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ; _____

20) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (ΣΕ €);

- ΜΕΧΡΙ 750
- 751 – 1100
- 1101 – 1450
- 1451 – 1800
- 1801 – 2200
- 2201 – 2800
- 2801 – 3500
- 3501 ΚΑΙ ΑΝΩ

21) ΚΑΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ ΜΗΝΙΑΙΩΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

22) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ

(ΣΕ €);

23) ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

24) ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΗΚΕΤΕ;

- ΙΚΑ
- ΔΕΗ
- ΝΑΤ
- ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ)
- ΟΓΑ
- ΟΤΕ
- ΤΡΑΠΕΖΩΝ
- ΤΣΜΔΕ
- ΥΠΑΔ (ΟΠΑΔ)

25) ΕΧΕΤΕ ΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

26) ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΠΟΣΟ ΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΕΤΗΣΙΩΣ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΓΙΑ ΕΣΑΣ (ΣΕ €); _____

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ!!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται όλες οι υποθέσεις που εξετάστηκαν ώστε να ερμηνευθούν οι λόγοι που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να επιλέξουν τη δημόσια έναντι της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά και τα κριτήρια αξιολόγησης προκειμένου να φανεί η διαφορά ανάμεσα στους δυο τύπους νοσοκομείου.

Πίνακας III: Οι υποθέσεις που εξετάζονται για τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για επιλογή νοσοκομείου (δημόσιου / ιδιωτικού).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Εξαρτημένες μεταβλητές	Υποθέσεις που εξετάζονται: Εξαρτημένη/ Ανεξάρτητες μεταβλητές
α) Φύλο (1=άνδρας, 2=γυναίκα)	1) Επιλογή νοσοκομειακής περίθαλψης (1=ιδιωτικό νοσοκομείο, 2=δημόσιο νοσοκομείο)	1/ α, β, γ, δ, ε, στ, ζ, η, θ, ι, ια, ιβ, ιγ, ιδ, ιε
β) Εθνικότητα (0=αλλοδαπή, 1=ελληνική)		
γ) Οικογενειακή κατάσταση (0=άγαμος, 1=παντρεμένος, 2=χήρος, διαζευγμένος)		
δ) Τόπος κατοικίας (1=χωριό, 2=προάστιο, 3=κέντρο)		
ε) Εκπαίδευση (0=αναλφάβητος - πρωτοβάθμια, 1=δευτεροβάθμια, 2=μεταλυκειακή)		
στ) Απασχόληση (0= δεν εργάζονται, 1=φοιτητής, 2= χειρωνακτική εργασία, 3=μη χειρωνακτική εργασία)		
ζ) Εισόδημα (1=μέχρι 1100, 2=1101-2200, 3=2201 και πάνω)		
η) Κοινωνική ασφάλιση (1=ΙΚΑ, 2= ΟΑΕΕ, 3=ΟΓΑ, 4= ΔΕΗ, NAT, ΟΤΕ, ΥΠΙΑΔ)		
θ) Ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης (0=όχι, 1=ναι)		
ι) Ύπαρξη χρόνιας πάθησης (0=όχι, 1=ναι)		
ια) Είδος εισαγωγής (1=προγραμματισμένη, 2= έκτακτη)		
ιβ) Τρόπος εισαγωγής (1= ΕΚΑΒ, 2=ύπαρξη κάποιου γνωστού, 3=αυθόρμητα)		
ιγ) Ύπαρξη προγενέστερης εισαγωγής (0=όχι, 1=στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, 2=σε άλλο νοσοκομείο)		
ιδ) Επιλογή με βάση το οικονομικό κριτήριο (0=όχι, 1=ναι)		
ιε) Πρόθεση επόμενης εισαγωγής στο ίδιο νοσοκομείο (0=όχι, 1=ναι)		

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Εξαρτημένες μεταβλητές	Υποθέσεις που εξετάζονται: Εξαρτημένη/ Ανεξάρτητες μεταβλητές
<p>ιστ) Μέρες αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο (συνεχής μεταβλητή)</p> <p>ιζ) Ηλικία (συνεχής μεταβλητή)</p> <p>ιη) Κόστος νοσηλείας (συνεχής μεταβλητή)</p> <p>ιθ) Αποταμίευση (0=όχι, 1=ναι)</p> <p>κ) Κόστος ιδιωτικής ασφάλισης (συνεχής μεταβλητή)</p> <p>κα) Φήμη νοσοκομείου (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κβ) Προηγούμενη εμπειρία (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κγ) Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κδ) Ξενοδοχειακή υποδομή (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κε) Ταχύτητα εξυπηρέτησης (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κστ) Φιλικότητα-ευγένεια προσωπικού (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κζ) Αριθμητική επάρκεια ιατρών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κη) Αριθμητική επάρκεια νοσηλευτών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>κθ) Αριθμητική επάρκεια κλινών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>λ) Επίπεδο εκπαίδευσης ιατρών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>λα) Επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτών (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>λβ) Καθαριότητα (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>λγ) Γραφειοκρατικές διαδικασίες (1= πολύ λίγο, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)</p> <p>λδ) Κατάσταση υγείας (1=πολύ κακή, 2=κακή, 3=μέτρια, 4=καλή, 5=πολύ καλή)</p> <p>λε) Ψυχολογική κατάσταση (1=πολύ κακή, 2=κακή, 3=μέτρια, 4=καλή, 5=πολύ καλή)</p>	<p>1) Επιλογή νοσοκομειακής περίθαλψης (1=ιδιωτικό νοσοκομείο, 2=δημόσιο νοσοκομείο)</p>	<p>1/ ιστ, ιζ, ιη, ιθ, κ, κα, κβ, κγ, κδ, κε, κστ, κζ, κη, κθ, λ, λα, λβ, λγ, λδ, λε</p>

Πίνακας ΠΙΠ: Οι υποθέσεις που εξετάζονται για τους παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με το νοσοκομείο.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Εξαρτημένες μεταβλητές	Υποθέσεις που εξετάστηκαν: Εξαρτημένη/ Ανεξάρτητες μεταβλητές
<p>1) Επιλογή νοσοκομειακής περίθαλψης (1=ιδιωτικό νοσοκομείο, 2=δημόσιο νοσοκομείο)</p>	<p>α) Αριθμητική επάρκεια ιατρών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>β) Αριθμητική επάρκεια νοσηλευτών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>γ) Αριθμητική επάρκεια κλινών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>δ) Ξενοδοχειακή υποδομή (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>ε) Κλινικές δεξιότητες ιατρών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>στ) Ικανότητα νοσηλείας νοσηλευτών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>ζ) Καθαριότητα (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>η) Ταχύτητα εξυπηρέτησης (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>θ) Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>ι) Φιλικότητα-ευγένεια προσωπικού (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>ια) Προσβασιμότητα (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p> <p>ιβ) Γραφειοκρατικές Διαδικασίες (1= πολύ χαμηλός, 2=χαμηλός, 3=μέτριος, 4=υψηλός, 5=πολύ υψηλός)</p>	<p>α, β, γ, δ, μ, ε, στ, ζ, η, θ, ι, ια, ιβ /1</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παράρτημα αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων χωρισμένα ανά κατηγορίες, όπως αυτά προκύπτουν από τις αντίστοιχες τεχνικές. Μια μικρή περιγραφή των ελέγχων θα βοηθούσε στην κατανόηση της τεχνικής που ακολουθείται στην έρευνα. Αρχικά χρησιμοποιείται το χ^2 τεστ για όλες τις κατηγορικές μεταβλητές και το τεστ των Kolmogorov – Smirnov σε όλες τις συνεχείς μεταβλητές και επειδή ακολουθούν μη κανονική κατανομή, εφαρμόζεται ο έλεγχος των Mann – Whitney. Όσες μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές, θεωρούνται ικανές για την εισαγωγή τους στη διαδικασία της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression), εφόσον αυτό είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί.

χ^2 (Chi – square) test :

Στα δεδομένα της έρευνας, υπάρχουν περισσότερες από μία κατηγορικές μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, είναι ενδιαφέρον να παρουσιαστεί συνοπτικά σε πίνακα η κοινή κατανομή δύο τέτοιων μεταβλητών, και στη συνέχεια, να ελεγχθεί αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ τους. Ο πρώτος πίνακας που εμφανίζεται, ονομάζεται πίνακας συνάφειας και δείχνει την κατανομή των συχνοτήτων για όλες τις μεταβλητές και ο δεύτερος εμφανίζει διάφορα μέτρα συνάφειας ελέγχοντας την ανεξαρτησία των μεταβλητών με το στατιστικό χ^2 . Δηλαδή εξετάζεται αν οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες (η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης) (Μπερσίμης, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, υποθέτοντας ότι δύο μεταβλητές του δείγματος προέρχονται από δύο ποιοτικά χαρακτηριστικά A και B του αρχικού πληθυσμού με r επίπεδα το A και c επίπεδα το B και μας ενδιαφέρει να ελέγξουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας :

H₀: Τα χαρακτηριστικά A και B είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους (μηδενική υπόθεση), αλλιώς

H₁: Τα χαρακτηριστικά A και B είναι εξαρτημένα.

Για τον έλεγχο και των δύο αυτών υποθέσεων υπολογίζεται το στατιστικό χ^2 του Pearson (η τιμή του βρίσκεται κάτω από την ένδειξη Value). Για τον υπολογισμό του εκτιμώνται πρώτα οι αναμενόμενες συχνότητες (*expected frequencies*) των μεταβλητών (οι συχνότητες δηλαδή που θα είχαμε αν τα χαρακτηριστικά ήταν πραγματικά ανεξάρτητα). Το στατιστικό χ^2 είναι ουσιαστικά ένα μέτρο της απόστασης των αναμενόμενων συχνοτήτων από τις πραγματικές συχνότητες. Συγκεκριμένα, οι αναμενόμενες συχνότητες E_{ij} για κάθε κελί υπολογίζονται από τον τύπο:

$$E_{ij} = (\text{άθροισμα } i \text{ γραμμής}) \times (\text{άθροισμα } j \text{ στήλης}) / (\text{γενικό άθροισμα } n)$$

και στη συνέχεια το χ^2 από τον τύπο:

$$\chi^2 = \sum_i^r \sum_j^c \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Μία άλλη παράμετρος που πρέπει να υπολογιστεί είναι οι βαθμοί ελευθερίας (degrees of freedom). Οι βαθμοί ελευθερίας είναι $(R-1)(C-1)$ και προσδιορίζει τη θεωρητική κατανομή του χ^2 που ακολουθεί το στατιστικό χ^2 . Με αυτά τα δεδομένα, υπολογίζεται (με προσεγγιστικές μεθόδους) η σημαντικότητα (*significance*) του ελέγχου, που ουσιαστικά είναι η πιθανότητα λάθους όταν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση. Η σημαντικότητα αυτή πρέπει να είναι αρκετά μικρή, ώστε η απόρριψη της μηδενικής απόφασης να είναι ασφαλής. Ένα γενικά αποδεκτό όριο σφάλματος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης H_0 είναι το 0.05. Έτσι η H_0 απορρίπτεται όταν η σημαντικότητα είναι μικρότερη από 0.05.

Ένα σοβαρό σημείο στον έλεγχο, είναι οι προϋποθέσεις χρήσης του χ^2 . Το ποσοστό των κελιών του πίνακα με αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5 δεν πρέπει να ξεπερνά το 20%, αλλιώς ο έλεγχος που εφαρμόζεται δεν είναι αξιόπιστος και πρέπει να γίνει σύμπτυξη κατηγοριών της μίας τουλάχιστον μεταβλητής και να επαναληφθεί ο έλεγχος. Επιπρόσθετα οι αναμενόμενες συχνότητες του πίνακα πρέπει να μην είναι μικρότερες του 1.

Στην περίπτωση που έχουμε έναν 2×2 πίνακα συνάφειας και οι προϋποθέσεις χρήσης του χ^2 δεν ισχύουν, οι παραπάνω έλεγχοι γίνονται χρησιμοποιώντας το ακριβές τεστ του Fisher (Fisher's Exact Test). Χρησιμοποιείται συνήθως όταν το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό και συγκρίνει το μέγεθος του πίνακα του δείγματος μόνο με τους πίνακες που έχουν τα ίδια περιθώρια αθροίσματα (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2004).

Είναι πολύ σημαντικό να προσδιοριστεί ότι οι πίνακες που εμφανίζονται στη συνέχεια είναι οι αρχικοί πίνακες, πριν τις αλλαγές και τις ομαδοποιήσεις των δεδομένων ώστε να φανούν όλες οι λεπτομέρειες των δεδομένων. Όσες μεταβλητές αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές ή άξιες σχολιασμού βρίσκονται στα παραπάνω κεφάλαια.

Επίσης, πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι μεταβλητές που εμφανίζονται με τον αριθμό 2 (π.χ. ταχύτητα εξυπηρέτησης²) αναφέρονται στους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από το νοσοκομείο.

Crosstab

			ΥΓΕΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	2	7	24	22	5	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	11,7%	40,0%	36,7%	8,3%	100,0%
		% ΥΓΕΙΑ	25,0%	43,8%	49,0%	43,1%	29,4%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	5,0%	17,0%	15,6%	3,5%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	Υπολογισμός με βάση το	6	9	25	29	12	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	7,4%	11,1%	30,9%	35,8%	14,8%	100,0%
		% ΥΓΕΙΑ	75,0%	56,3%	51,0%	56,9%	70,6%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,3%	6,4%	17,7%	20,6%	8,5%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το	Υπολογισμός με βάση το	8	16	49	51	17	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,7%	11,3%	34,8%	36,2%	12,1%	100,0%
		% ΥΓΕΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,7%	11,3%	34,8%	36,2%	12,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,054 ^a	4	0,549
Likelihood Ratio	3,158	4	0,532
Linear-by-Linear Association	,067	1	0,796
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,40.

Crosstab

			ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	2	5	22	26	5	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	8,3%	36,7%	43,3%	8,3%	100,0%
		% ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	20,0%	35,7%	50,0%	46,4%	29,4%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	3,5%	15,6%	18,4%	3,5%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	8	9	22	30	12	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9,9%	11,1%	27,2%	37,0%	14,8%	100,0%
		% ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	80,0%	64,3%	50,0%	53,6%	70,6%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,7%	6,4%	15,6%	21,3%	8,5%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	10	14	44	56	17	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	7,1%	9,9%	31,2%	39,7%	12,1%	100,0%
		% ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	7,1%	9,9%	31,2%	39,7%	12,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,892 ^a	4	0,299
Likelihood Ratio	5,130	4	0,274
Linear-by-Linear Association	0,262	1	0,609
N of Valid Cases	141		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,26.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΦΗΜΗ Crosstabulation

			ΦΗΜΗ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	10	1	2	2	45	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16,7%	1,7%	3,3%	3,3%	75,0%	100,0%
		% ΦΗΜΗ	71,4%	33,3%	33,3%	33,3%	80,4%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	11,8%	1,2%	2,4%	2,4%	52,9%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	4	2	4	4	11	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16,0%	8,0%	16,0%	16,0%	44,0%	100,0%
		% ΦΗΜΗ	28,6%	66,7%	66,7%	66,7%	19,6%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,7%	2,4%	4,7%	4,7%	12,9%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	14	3	6	6	56	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16,5%	3,5%	7,1%	7,1%	65,9%	100,0%
		% ΦΗΜΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	16,5%	3,5%	7,1%	7,1%	65,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,607 ^a	4	,013
Likelihood Ratio	11,653	4	,020
Linear-by-Linear Association	2,189	1	,139
N of Valid Cases	85		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,88.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΜΠΕΙΡΙΑ Crosstabulation

			ΕΜΠΕΙΡΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	46	0	1	1	12	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	76,7%	,0%	1,7%	1,7%	20,0%	100,0%
		% ΕΜΠΕΙΡΙΑ	76,7%	,0%	25,0%	33,3%	70,6%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	54,1%	,0%	1,2%	1,2%	14,1%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	14	1	3	2	5	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	56,0%	4,0%	12,0%	8,0%	20,0%	100,0%
		% ΕΜΠΕΙΡΙΑ	23,3%	100,0%	75,0%	66,7%	29,4%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	16,5%	1,2%	3,5%	2,4%	5,9%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	60	1	4	3	17	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	70,6%	1,2%	4,7%	3,5%	20,0%	100,0%
		% ΕΜΠΕΙΡΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	70,6%	1,2%	4,7%	3,5%	20,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,478 ^a	4	0,050
Likelihood Ratio	8,878	4	0,064
Linear-by-Linear Association	1,234	1	0,267
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Crosstabulation

			ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	22	0	1	1	36	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	36,7%	,0%	1,7%	1,7%	60,0%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	66,7%	,0%	25,0%	16,7%	90,0%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	25,9%	,0%	1,2%	1,2%	42,4%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	11	2	3	5	4	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	44,0%	8,0%	12,0%	20,0%	16,0%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	33,3%	100,0%	75,0%	83,3%	10,0%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	12,9%	2,4%	3,5%	5,9%	4,7%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	33	2	4	6	40	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	38,8%	2,4%	4,7%	7,1%	47,1%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	38,8%	2,4%	4,7%	7,1%	47,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,711 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	25,064	4	0,000
Linear-by-Linear Association	4,267	1	0,039
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,59.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ Crosstabulation

			ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	31	1	2	1	25	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	51,7%	1,7%	3,3%	1,7%	41,7%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	79,5%	50,0%	33,3%	16,7%	78,1%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	36,5%	1,2%	2,4%	1,2%	29,4%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	8	1	4	5	7	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	32,0%	4,0%	16,0%	20,0%	28,0%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	20,5%	50,0%	66,7%	83,3%	21,9%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	9,4%	1,2%	4,7%	5,9%	8,2%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	39	2	6	6	32	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	45,9%	2,4%	7,1%	7,1%	37,6%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	45,9%	2,4%	7,1%	7,1%	37,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,185 ^a	4	0,004
Likelihood Ratio	13,968	4	0,007
Linear-by-Linear Association	0,400	1	0,527
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,59.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ Crosstabulation

			ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	43	1	2	1	13	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	71,7%	1,7%	3,3%	1,7%	21,7%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	71,7%	50,0%	40,0%	33,3%	86,7%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	50,6%	1,2%	2,4%	1,2%	15,3%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	17	1	3	2	2	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68,0%	4,0%	12,0%	8,0%	8,0%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	28,3%	50,0%	60,0%	66,7%	13,3%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	20,0%	1,2%	3,5%	2,4%	2,4%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	60	2	5	3	15	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	70,6%	2,4%	5,9%	3,5%	17,6%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	70,6%	2,4%	5,9%	3,5%	17,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,569 ^a	4	0,161
Likelihood Ratio	6,355	4	0,174
Linear-by-Linear Association	0,179	1	0,672
N of Valid Cases	85		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,59.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ Crosstabulation

			ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	47	1	4	0	8	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	78,3%	1,7%	6,7%	,0%	13,3%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ	73,4%	50,0%	66,7%	,0%	72,7%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	55,3%	1,2%	4,7%	,0%	9,4%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	17	1	2	2	3	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68,0%	4,0%	8,0%	8,0%	12,0%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ	26,6%	50,0%	33,3%	100,0%	27,3%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	20,0%	1,2%	2,4%	2,4%	3,5%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	64	2	6	2	11	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	75,3%	2,4%	7,1%	2,4%	12,9%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	75,3%	2,4%	7,1%	2,4%	12,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,527 ^a	4	0,237
Likelihood Ratio	5,590	4	0,232
Linear-by-Linear Association	,483	1	0,487
N of Valid Cases	85		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,59.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ Crosstabulation

			ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	45	1	3	1	10	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	75,0%	1,7%	5,0%	1,7%	16,7%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	77,6%	50,0%	60,0%	16,7%	71,4%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	52,9%	1,2%	3,5%	1,2%	11,8%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	13	1	2	5	4	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	52,0%	4,0%	8,0%	20,0%	16,0%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	22,4%	50,0%	40,0%	83,3%	28,6%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	15,3%	1,2%	2,4%	5,9%	4,7%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	58	2	5	6	14	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68,2%	2,4%	5,9%	7,1%	16,5%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	68,2%	2,4%	5,9%	7,1%	16,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,454 ^a	4	0,033
Likelihood Ratio	9,602	4	0,048
Linear-by-Linear Association	2,562	1	0,109
N of Valid Cases	85		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,59.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Crosstabulation

			ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	44	3	2	11	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	73,3%	5,0%	3,3%	18,3%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	75,9%	50,0%	33,3%	73,3%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	51,8%	3,5%	2,4%	12,9%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	14	3	4	4	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	56,0%	12,0%	16,0%	16,0%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	24,1%	50,0%	66,7%	26,7%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	16,5%	3,5%	4,7%	4,7%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	58	6	6	15	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68,2%	7,1%	7,1%	17,6%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	68,2%	7,1%	7,1%	17,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,068 ^a	3	0,108
Likelihood Ratio	5,523	3	0,137
Linear-by-Linear Association	1,212	1	0,271
N of Valid Cases	85		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ Crosstabulation

		ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	44	0	3	2	11	60
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	73,3%	,0%	5,0%	3,3%	18,3%	100,0%
	% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ	75,9%	,0%	42,9%	50,0%	73,3%	70,6%
	% ΣΥΝΟΛΟ	51,8%	,0%	3,5%	2,4%	12,9%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	14	1	4	2	4	25
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	56,0%	4,0%	16,0%	8,0%	16,0%	100,0%
	% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ	24,1%	100,0%	57,1%	50,0%	26,7%	29,4%
	% ΣΥΝΟΛΟ	16,5%	1,2%	4,7%	2,4%	4,7%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το	58	1	7	4	15	85
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68,2%	1,2%	8,2%	4,7%	17,6%	100,0%
	% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	68,2%	1,2%	8,2%	4,7%	17,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,641 ^a	4	0,156
Likelihood Ratio	6,373	4	0,173
Linear-by-Linear Association	0,646	1	0,422
N of Valid Cases	85		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,29.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ Crosstabulation

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	30	1	3	26	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	50,0%	1,7%	5,0%	43,3%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ	76,9%	25,0%	27,3%	83,9%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	35,3%	1,2%	3,5%	30,6%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	9	3	8	5	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	36,0%	12,0%	32,0%	20,0%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ	23,1%	75,0%	72,7%	16,1%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	10,6%	3,5%	9,4%	5,9%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	39	4	11	31	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	45,9%	4,7%	12,9%	36,5%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	45,9%	4,7%	12,9%	36,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,333 ^a	3	0,001
Likelihood Ratio	16,068	3	0,001
Linear-by-Linear Association	,035	1	0,851
N of Valid Cases	85		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,18.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Crosstabulation

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	36	4	3	17	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	60,0%	6,7%	5,0%	28,3%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	78,3%	44,4%	33,3%	81,0%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	42,4%	4,7%	3,5%	20,0%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	10	5	6	4	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	40,0%	20,0%	24,0%	16,0%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	21,7%	55,6%	66,7%	19,0%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	11,8%	5,9%	7,1%	4,7%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	46	9	9	21	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	54,1%	10,6%	10,6%	24,7%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	54,1%	10,6%	10,6%	24,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,370 ^a	3	0,010
Likelihood Ratio	10,543	3	0,014
Linear-by-Linear Association	,679	1	0,410
N of Valid Cases	85		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,65.

Crosstab

			ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	35	0	2	4	19	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	58,3%	,0%	3,3%	6,7%	31,7%	100,0%
		% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	76,1%	,0%	66,7%	40,0%	79,2%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	41,2%	,0%	2,4%	4,7%	22,4%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	11	2	1	6	5	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	44,0%	8,0%	4,0%	24,0%	20,0%	100,0%
		% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	23,9%	100,0%	33,3%	60,0%	20,8%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	12,9%	2,4%	1,2%	7,1%	5,9%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	46	2	3	10	24	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	54,1%	2,4%	3,5%	11,8%	28,2%	100,0%
		% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	54,1%	2,4%	3,5%	11,8%	28,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,850 ^a	4	0,028
Likelihood Ratio	10,536	4	0,032
Linear-by-Linear Association	0,115	1	0,734
N of Valid Cases	85		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,59.

Crosstab

			ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	54	2	1	3	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	90,0%	3,3%	1,7%	5,0%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	74,0%	40,0%	50,0%	60,0%	70,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	63,5%	2,4%	1,2%	3,5%	70,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	19	3	1	2	25
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	76,0%	12,0%	4,0%	8,0%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	26,0%	60,0%	50,0%	40,0%	29,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	22,4%	3,5%	1,2%	2,4%	29,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	73	5	2	5	85
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	85,9%	5,9%	2,4%	5,9%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	85,9%	5,9%	2,4%	5,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,334 ^a	3	0,343
Likelihood Ratio	3,045	3	0,385
Linear-by-Linear Association	1,904	1	0,168
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,59.

Crosstab

			ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	3	5	15	37	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	5,0%	8,3%	25,0%	61,7%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ2	0%	50,0%	26,3%	34,1%	52,1%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	2,1%	3,5%	10,6%	26,2%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	3	14	29	34	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	3,7%	17,3%	35,8%	42,0%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ2	100,0%	50,0%	73,7%	65,9%	47,9%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	,7%	2,1%	9,9%	20,6%	24,1%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	6	19	44	71	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,7%	4,3%	13,5%	31,2%	50,4%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	4,3%	13,5%	31,2%	50,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,869 ^a	4	0,143
Likelihood Ratio	7,346	4	0,119
Linear-by-Linear Association	3,771	1	0,052
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,43.

Crosstab

			ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	1	1	16	42	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,7%	1,7%	26,7%	70,0%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	0%	7,1%	4,3%	41,0%	68,9%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	0,7%	11,3%	29,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	4	13	22	23	19	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	4,9%	16,0%	27,2%	28,4%	23,5%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	100,0%	92,9%	95,7%	59,0%	31,1%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	9,2%	15,6%	16,3%	13,5%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	4	14	23	39	61	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2,8%	9,9%	16,3%	27,7%	43,3%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	9,9%	16,3%	27,7%	43,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,174 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	48,420	4	0,000
Linear-by-Linear Association	36,656	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

Crosstab

			ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	1	1	14	44	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,7%	1,7%	23,3%	73,3%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ2	0%	33,3%	11,1%	26,4%	58,7%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	0,7%	9,9%	31,2%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	2	8	39	31	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	2,5%	9,9%	48,1%	38,3%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ2	100,0%	66,7%	88,9%	73,6%	41,3%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	1,4%	5,7%	27,7%	22,0%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	3	9	53	75	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	,7%	2,1%	6,4%	37,6%	53,2%	100,0%
		% ΑΡ. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	2,1%	6,4%	37,6%	53,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,097 ^a	4	0,001
Likelihood Ratio	19,323	4	0,001
Linear-by-Linear Association	13,896	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,43.

Crosstab

			ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	0	3	20	37	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	0%	5,0%	33,3%	61,7%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ2	0%	0%	25,0%	38,5%	55,2%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0%	2,1%	14,2%	26,2%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	6	4	9	32	30	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	7,4%	4,9%	11,1%	39,5%	37,0%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ2	100,0%	100,0%	75,0%	61,5%	44,8%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,3%	2,8%	6,4%	22,7%	21,3%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	6	4	12	52	67	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	4,3%	2,8%	8,5%	36,9%	47,5%	100,0%
		% ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,3%	2,8%	8,5%	36,9%	47,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,676 ^a	4	0,008
Likelihood Ratio	17,390	4	0,002
Linear-by-Linear Association	13,322	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

Crosstab

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ2			ΣΥΝΟΛΟ
			ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	2	10	48	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	16,7%	80,0%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ2	22,2%	30,3%	48,5%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	7,1%	34,0%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	7	23	51	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	8,6%	28,4%	63,0%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ2	77,8%	69,7%	51,5%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	16,3%	36,2%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	9	33	99	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	6,4%	23,4%	70,2%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	6,4%	23,4%	70,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,973 ^a	2	0,083
Likelihood Ratio	5,156	2	0,076
Linear-by-Linear Association	4,766	1	0,029
N of Valid Cases	141		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,83.

Crosstab

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2				ΣΥΝΟΛΟ
			ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	1	11	48	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,7%	18,3%	80,0%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	0%	9,1%	29,7%	53,3%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	7,8%	34,0%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	3	10	26	42	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,7%	12,3%	32,1%	51,9%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	100,0%	90,9%	70,3%	46,7%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	7,1%	18,4%	29,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	3	11	37	90	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2,1%	7,8%	26,2%	63,8%	100,0%
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	7,8%	26,2%	63,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,028 ^a	3	0,003
Likelihood Ratio	16,227	3	0,001
Linear-by-Linear Association	13,716	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

Crosstab

			ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ2				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το		0	2	11	47	60
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		0%	3,3%	18,3%	78,3%	100,0%
	% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ2		0%	18,2%	22,4%	61,0%	42,6%
	% ΣΥΝΟΛΟ		0%	1,4%	7,8%	33,3%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το		4	9	38	30	81
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		4,9%	11,1%	46,9%	37,0%	100,0%
	% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ2		100,0%	81,8%	77,6%	39,0%	57,4%
	% ΣΥΝΟΛΟ		2,8%	6,4%	27,0%	21,3%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το		4	11	49	77	141
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		2,8%	7,8%	34,8%	54,6%	100,0%
	% ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ2		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ		2,8%	7,8%	34,8%	54,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,501 ^a	3	0,000
Likelihood Ratio	26,749	3	0,000
Linear-by-Linear Association	19,064	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

Crosstab

			ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	0	1	17	42	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	0%	1,7%	28,3%	70,0%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ2	0%	0%	7,7%	32,1%	60,0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0%	,7%	12,1%	29,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	4	12	36	28	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	4,9%	14,8%	44,4%	34,6%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ2	100,0%	100,0%	92,3%	67,9%	40,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	2,8%	8,5%	25,5%	19,9%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	4	13	53	70	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,7%	2,8%	9,2%	37,6%	49,6%	100,0%
		% ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	2,8%	9,2%	37,6%	49,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,263 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	24,547	4	0,000
Linear-by-Linear Association	20,050	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,43.

Crosstab

			ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ2				ΣΥΝΟΛΟ
			ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	0	11	49	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	0%	18,3%	81,7%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ2	0%	0%	24,4%	55,1%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0%	7,8%	34,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	6	34	40	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	7,4%	42,0%	49,4%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ2	100,0%	100,0%	75,6%	44,9%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	,7%	4,3%	24,1%	28,4%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	6	45	89	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,7%	4,3%	31,9%	63,1%	100,0%
		% ΦΙΛΙΚΟΤΗΤΑ-ΕΥΓΕΝΕΙΑ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	4,3%	31,9%	63,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,913 ^a	3	0,001
Likelihood Ratio	19,806	3	0,000
Linear-by-Linear Association	16,348	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,43.

Crosstab

			ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	10	50	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	16,7%	83,3%	100,0%
		% ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	0%	29,4%	48,5%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	7,1%	35,5%	42,6%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	4	24	53	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	4,9%	29,6%	65,4%	100,0%
		% ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	100,0%	70,6%	51,5%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	17,0%	37,6%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	4	34	103	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2,8%	24,1%	73,0%	100,0%
		% ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	24,1%	73,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,877 ^a	2	0,032
Likelihood Ratio	8,433	2	0,015
Linear-by-Linear Association	6,714	1	0,010
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

Crosstab

			ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ2				ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	0	11	49	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	0%	18,3%	81,7%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ2	0%	0%	31,4%	50,0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0%	7,8%	34,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	7	24	49	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	8,6%	29,6%	60,5%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ2	100,0%	100,0%	68,6%	50,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	5,0%	17,0%	34,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	7	35	98	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,7%	5,0%	24,8%	69,5%	100,0%
		% ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	5,0%	24,8%	69,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,921 ^a	3	0,019
Likelihood Ratio	12,897	3	0,005
Linear-by-Linear Association	9,177	1	0,002
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Crosstab

			ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ2					ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	0	0	14	46	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	0%	0%	23,3%	76,7%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ2	0%	0%	0%	34,1%	59,0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0%	0%	9,9%	32,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	3	4	15	27	32	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,7%	4,9%	18,5%	33,3%	39,5%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ2	100,0%	100,0%	100,0%	65,9%	41,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	2,8%	10,6%	19,1%	22,7%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	3	4	15	41	78	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2,1%	2,8%	10,6%	29,1%	55,3%	100,0%
		% ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	2,8%	10,6%	29,1%	55,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,086 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	34,080	4	0,000
Linear-by-Linear Association	23,442	1	0,000
N of Valid Cases	141		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΦΥΛΟ Crosstabulation

			ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	23	37	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	38,3%	61,7%	100,0%
		% ΦΥΛΟ	30,7%	56,1%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	16,3%	26,2%	42,6%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	52	29	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	64,2%	35,8%	100,0%
		% ΦΥΛΟ	69,3%	43,9%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	36,9%	20,6%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	75	66	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	53,2%	46,8%	100,0%
		% ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	53,2%	46,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,261 ^a	1	0,002		
Continuity Correction ^b	8,251	1	0,004		
Likelihood Ratio	9,344	1	0,002		
Fisher's Exact Test				0,004	0,002
Linear-by-Linear Association	9,195	1	0,002		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,09.

b. Computed only for a 2x2 table

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΑΛΛΗ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	0	60	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	100,0%	100,0%
		% ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	0%	42,9%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	42,6%	42,6%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	1	80	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,2%	98,8%	100,0%
		% ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	57,1%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	56,7%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	1	140	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,7%	99,3%	100,0%
		% ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	99,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,746 ^a	1	0,388		
Continuity Correction ^b	0,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,114	1	0,291		
Fisher's Exact Test				1,000	0,574
Linear-by-Linear Association	0,741	1	0,389		
N of Valid Cases	141				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

b. Computed only for a 2x2 table

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

			ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΑΓΑΜΟΣ	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	3	41	16	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	68,3%	26,7%	100,0%
		% ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	23,1%	41,4%	55,2%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	29,1%	11,3%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	10	58	13	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	12,3%	71,6%	16,0%	100,0%
		% ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	76,9%	58,6%	44,8%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	7,1%	41,1%	9,2%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	13	99	29	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9,2%	70,2%	20,6%	100,0%
		% ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	9,2%	70,2%	20,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,959 ^a	2	0,138
Likelihood Ratio	4,082	2	0,130
Linear-by-Linear Association	3,875	1	0,049
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,53.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Crosstabulation

			ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΧΩΡΙΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	ΚΕΝΤΡΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	31	8	21	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	51,7%	13,3%	35,0%	100,0%
		% ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	42,5%	33,3%	47,7%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	22,0%	5,7%	14,9%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	42	16	23	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	51,9%	19,8%	28,4%	100,0%
		% ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	57,5%	66,7%	52,3%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	29,8%	11,3%	16,3%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	73	24	44	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	51,8%	17,0%	31,2%	100,0%
		% ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	51,8%	17,0%	31,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,317 ^a	2	,518
Likelihood Ratio	1,334	2	,513
Linear-by-Linear Association	,200	1	,654
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,21.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΙΔΙΩΤΙΚΟ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	Υπολογισμός με βάση το	24	30	54
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	44,4%	55,6%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	40,0%	37,0%	38,3%
		% ΣΥΝΟΛΟ	17,0%	21,3%	38,3%
ΔΗΜΟΤΙΚΟ		Υπολογισμός με βάση το	7	19	26
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	26,9%	73,1%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	11,7%	23,5%	18,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	13,5%	18,4%
ΓΥΜΝΑΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	7	6	13
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	53,8%	46,2%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	11,7%	7,4%	9,2%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	4,3%	9,2%
ΛΥΚΕΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	13	8	21
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	61,9%	38,1%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	21,7%	9,9%	14,9%
		% ΣΥΝΟΛΟ	9,2%	5,7%	14,9%
ΙΕΚ		Υπολογισμός με βάση το	4	0	4
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	100,0%	0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	6,7%	0%	2,8%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	0%	2,8%
ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ		Υπολογισμός με βάση το	3	6	9
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	33,3%	66,7%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	7,4%	6,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	4,3%	6,4%
ΑΕΙ		Υπολογισμός με βάση το	2	11	13
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	15,4%	84,6%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	13,6%	9,2%
		% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	7,8%	9,2%
MSc		Υπολογισμός με βάση το	0	1	1
		% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0%	100,0%	100,0%

	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,2%	0,7%
	% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	0,7%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το	60	81	141
	% ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	42,6%	57,4%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	57,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,952 ^a	7	0,018
Likelihood Ratio	19,372	7	0,007
Linear-by-Linear Association	,448	1	0,503
N of Valid Cases	141		

a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ * ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΙΔΙΩΤΙΚΟ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΑΝΕΡΓΟΣ	Υπολογισμός με βάση το	0	1	1
		% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	0%	100,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,2%	0,7%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	0,7%
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ		Υπολογισμός με βάση το	34	54	88
		% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	38,6%	61,4%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	56,7%	66,7%	62,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	24,1%	38,3%	62,4%
ΟΙΚΙΑΚΑ		Υπολογισμός με βάση το	6	4	10
		% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	60,0%	40,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	10,0%	4,9%	7,1%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,3%	2,8%	7,1%

ΦΟΙΤΗΤΗΣ	Υπολογισμός με βάση το	0	8	8
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	0%	100,0%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	9,9%	5,7%
	% ΣΥΝΟΛΟ	0%	5,7%	5,7%
ΤΕΧΝΙΤΗΣ/ΕΡΓΑΤΗΣ/ΧΕΙΡΙΣΤΗΣ	Υπολογισμός με βάση το	3	8	11
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	27,3%	72,7%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	9,9%	7,8%
	% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	5,7%	7,8%
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	Υπολογισμός με βάση το	0	2	2
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	0%	100,0%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	2,5%	1,4%
	% ΣΥΝΟΛΟ	0%	1,4%	1,4%
ΕΜΠΟΡΟΣ	Υπολογισμός με βάση το	9	4	13
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	69,2%	30,8%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	15,0%	4,9%	9,2%
	% ΣΥΝΟΛΟ	6,4%	2,8%	9,2%
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	Υπολογισμός με βάση το	7	0	7
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	100,0%	0%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	11,7%	0%	5,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	0%	5,0%
ΔΙΕΥΘΗΝΤΗΣ/ΑΝ. ΣΤΕΛΕΧΟΣ	Υπολογισμός με βάση το	1	0	1
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	100,0%	0%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	0%	0,7%
	% ΣΥΝΟΛΟ	0,7%	0%	0,7%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το	60	81	141
	% ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	42,6%	57,4%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	57,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,581 ^a	8	0,001
Likelihood Ratio	32,520	8	0,000
Linear-by-Linear Association	8,228	1	0,004
N of Valid Cases	141		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,43.

ΕΙΣΟΔΗΜΑ * ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
			ΙΔΙΩΤΙΚΟ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΜΕΧΡΙ 750	Υπολογισμός με βάση το	17	30	47
		% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	36,2%	63,8%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	28,3%	37,0%	33,3%
		% ΣΥΝΟΛΟ	12,1%	21,3%	33,3%
	751-1100	Υπολογισμός με βάση το	15	20	35
		% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	42,9%	57,1%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	25,0%	24,7%	24,8%
		% ΣΥΝΟΛΟ	10,6%	14,2%	24,8%
	1101-1450	Υπολογισμός με βάση το	4	11	15
		% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	26,7%	73,3%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	6,7%	13,6%	10,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	7,8%	10,6%
	1451-1800	Υπολογισμός με βάση το	7	8	15
		% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	46,7%	53,3%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	11,7%	9,9%	10,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	5,0%	5,7%	10,6%
	1801-2200	Υπολογισμός με βάση το	4	6	10
		% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	40,0%	60,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	6,7%	7,4%	7,1%

	% ΣΥΝΟΛΟ	2,8%	4,3%	7,1%
2201-2800	Υπολογισμός με βάση το	8	3	11
	% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	72,7%	27,3%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	13,3%	3,7%	7,8%
	% ΣΥΝΟΛΟ	5,7%	2,1%	7,8%
2801-3500	Υπολογισμός με βάση το	3	2	5
	% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	60,0%	40,0%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5,0%	2,5%	3,5%
	% ΣΥΝΟΛΟ	2,1%	1,4%	3,5%
3501 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	Υπολογισμός με βάση το	2	1	3
	% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,3%	1,2%	2,1%
	% ΣΥΝΟΛΟ	1,4%	,7%	2,1%
Total	Υπολογισμός με βάση το	60	81	141
	% ΕΙΣΟΔΗΜΑ	42,6%	57,4%	100,0%
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	57,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,897 ^a	7	0,342
Likelihood Ratio	7,986	7	0,334
Linear-by-Linear Association	4,098	1	0,043
N of Valid Cases	141		

a. 6 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ * ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΙΔΙΩΤΙΚΟ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΙΚΑ	Υπολογισμός με βάση το	22	32	54
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	40,7%	59,3%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	36,7%	39,5%	38,3%
		% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	22,7%	38,3%
ΔΕΗ		Υπολογισμός με βάση το	0	3	3
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	0%	100,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	3,7%	2,1%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	2,1%	2,1%
ΝΑΤ		Υπολογισμός με βάση το	0	1	1
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	0%	100,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0%	1,2%	0,7%
		% ΣΥΝΟΛΟ	0%	0,7%	0,7%
ΟΑΕΕ		Υπολογισμός με βάση το	17	9	26
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	65,4%	34,6%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	28,3%	11,1%	18,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	12,1%	6,4%	18,4%
ΟΓΑ		Υπολογισμός με βάση το	11	21	32
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	34,4%	65,6%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	18,3%	25,9%	22,7%
		% ΣΥΝΟΛΟ	7,8%	14,9%	22,7%
ΟΤΕ		Υπολογισμός με βάση το	1	5	6
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	16,7%	83,3%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	6,2%	4,3%
		% ΣΥΝΟΛΟ	,7%	3,5%	4,3%
ΥΠΑΔ		Υπολογισμός με βάση το	9	10	19
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	47,4%	52,6%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	15,0%	12,3%	13,5%
		% ΣΥΝΟΛΟ	6,4%	7,1%	13,5%
Total		Υπολογισμός με βάση το	60	81	141
		% ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	42,6%	57,4%	100,0%

	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	57,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,280 ^a	6	0,080
Likelihood Ratio	12,912	6	0,044
Linear-by-Linear Association	0,090	1	0,764
N of Valid Cases	141		

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ Crosstabulation

			ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το		28	32	60
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		46,7%	53,3%	100,0%
	% ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ		39,4%	45,7%	42,6%
	% ΣΥΝΟΛΟ		19,9%	22,7%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το		43	38	81
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		53,1%	46,9%	100,0%
	% ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ		60,6%	54,3%	57,4%
	% ΣΥΝΟΛΟ		30,5%	27,0%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ	Υπολογισμός με βάση το		71	70	141
	% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		50,4%	49,6%	100,0%
	% ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ		100,0%	100,0%	100,0%
	% ΣΥΝΟΛΟ		50,4%	49,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,568 ^a	1	0,451	0,498	0,280
Continuity Correction ^b	0,340	1	0,560		
Likelihood Ratio	0,569	1	0,451		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	0,564	1	0,453		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,79.

b. Computed only for a 2x2 table

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Crosstabulation

			ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	ΕΚΤΑΚΤΗ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	14	46	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	23,3%	76,7%	100,0%
		% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	58,3%	39,3%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	9,9%	32,6%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	10	71	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	12,3%	87,7%	100,0%
		% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	41,7%	60,7%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	7,1%	50,4%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	24	117	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	17,0%	83,0%	100,0%
		% ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	17,0%	83,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,946 ^a	1	0,086	0,113	0,069
Continuity Correction ^b	2,220	1	0,136		
Likelihood Ratio	2,914	1	0,088		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,925	1	0,087		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,21.

b. Computed only for a 2x2 table

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ * ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΙΔΙΩΤΙΚΟ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΓΝΩΣΤΟ ΕΚΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	Υπολογισμός με βάση το	6	5	11
		% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	54,5%	45,5%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	10,0%	6,2%	7,8%
		% ΣΥΝΟΛΟ	4,3%	3,5%	7,8%
	ΓΝΩΣΤΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	26	7	33
		% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	78,8%	21,2%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	43,3%	8,6%	23,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	18,4%	5,0%	23,4%
	ΣΥΣΤΗΣΕ Ο ΙΑΤΡΟΣ (ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)	Count	1	7	8
		% within ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	12,5%	87,5%	100,0%
		% within ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	8,6%	5,7%
		% of Total	,7%	5,0%	5,7%
	ΕΚΑΒ	Υπολογισμός με βάση το	1	24	25
		% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4,0%	96,0%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,7%	29,6%	17,7%
		% ΣΥΝΟΛΟ	,7%	17,0%	17,7%
	ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ	Υπολογισμός με βάση το	26	38	64
		% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	40,6%	59,4%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	43,3%	46,9%	45,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	18,4%	27,0%	45,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	60	81	141
		% ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	42,6%	57,4%	100,0%
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	57,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,625 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	42,179	4	0,000
Linear-by-Linear Association	9,990	1	0,002
N of Valid Cases	141		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,40.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Crosstabulation

			ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ	ΑΛΛΟ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	48	1	11	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	80,0%	1,7%	18,3%	100,0%
		% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	46,2%	6,7%	50,0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	34,0%	,7%	7,8%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	56	14	11	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	69,1%	17,3%	13,6%	100,0%
		% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	53,8%	93,3%	50,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	39,7%	9,9%	7,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	104	15	22	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	73,8%	10,6%	15,6%	100,0%
		% ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	73,8%	10,6%	15,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,953 ^a	2	0,011
Likelihood Ratio	10,923	2	0,004
Linear-by-Linear Association	0,230	1	0,631
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,38.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ Crosstabulation

			ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	60	0	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	100,0%	0%	100,0%
		% ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ	71,4%	0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	42,6%	0%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	24	57	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	29,6%	70,4%	100,0%
		% ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ	28,6%	100,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	17,0%	40,4%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	84	57	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	59,6%	40,4%	100,0%
		% ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	59,6%	40,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	70,873 ^a	1	0,000		
Continuity Correction ^b	67,981	1	0,000		
Likelihood Ratio	91,819	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	70,370	1	0,000		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,26.

b. Computed only for a 2x2 table

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΠΡΟΘΕΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Crosstabulation

			ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	5	55	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	8,3%	91,7%	100,0%
		% ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	18,5%	48,2%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	3,5%	39,0%	42,6%
ΔΗΜΟΣΙΟ		Υπολογισμός με βάση το	22	59	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	27,2%	72,8%	100,0%
		% ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	81,5%	51,8%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	15,6%	41,8%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	27	114	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	19,1%	80,9%	100,0%
		% ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	19,1%	80,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,891 ^a	1	0,005		
Continuity Correction ^b	6,722	1	0,010		
Likelihood Ratio	8,556	1	0,003		
Fisher's Exact Test				0,005	0,004
Linear-by-Linear Association	7,835	1	0,005		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,49.

b. Computed only for a 2x2 table

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ Crosstabulation

			ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	Υπολογισμός με βάση το	30	30	60
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	50,0%	50,0%	100,0%
		% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	29,7%	75,0%	42,6%
		% ΣΥΝΟΛΟ	21,3%	21,3%	42,6%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	Υπολογισμός με βάση το	71	10	81
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	87,7%	12,3%	100,0%
		% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	70,3%	25,0%	57,4%
		% ΣΥΝΟΛΟ	50,4%	7,1%	57,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Υπολογισμός με βάση το	101	40	141
		% ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	71,6%	28,4%	100,0%
		% ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%
		% ΣΥΝΟΛΟ	71,6%	28,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,049 ^a	1	0,000		
Continuity Correction ^b	22,232	1	0,000		
Likelihood Ratio	24,459	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	23,879	1	0,000		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,02.

b. Computed only for a 2x2 table

Kolmogorov – Smirnov test & Mann – Whitney U test :

Στην περίπτωση ύπαρξης μιας ποσοτικής μεταβλητής σε δυο διαφορετικές και ανεξάρτητες πλυθησμιακές ομάδες, όπως υπάρχουν στην έρευνα, είναι ενδιαφέρον να ευρεθεί εάν διαφέρουν σημαντικά οι μέσες τιμές της μεταβλητής σε αυτούς τους δυο πληθυσμούς. Η στατιστική ανάλυση αρχικά απαιτεί τον έλεγχο της κανονικότητας των δεδομένων, δηλαδή αν τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ο έλεγχος αυτός της κανονικότητας επιτυγχάνεται με τη χρήση του ελέγχου των Kolmogorov – Smirnov. Αν το δείγμα είναι πολύ μικρό, τότε χρησιμοποιείται ο έλεγχος των Shapiro – Wilk. Ο έλεγχος που γίνεται είναι ο εξής:

H0: Η υπό έλεγχο κατανομή, δε διαφέρει από την κανονική κατανομή (μηδενική υπόθεση), αλλιώς

H1: Η υπό έλεγχο κατανομή διαφέρει από την κανονική κατανομή.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται συνήθως ίσο με 0.05. Το παρατηρηθέν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται ως η πιθανότητα η τιμή του ελέγχου να πάρει μία τιμή τόσο ακραία ή περισσότερο ακραία από αυτή που πήρε στο συγκεκριμένο δείγμα κάτω από τη μηδενική υπόθεση. Το SPSS εμφανίζει τις τιμές των παρατηρηθέντων επιπέδων στατιστικής σημαντικότητας και τις ονομάζει (Asymptotic) Significances. Αν η p-value (sig.) είναι μικρότερη του 0.05, τότε η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Αν η p-value (sig.) είναι μεγαλύτερη ή ίση του 0.05, τότε η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται. Έπειτα, αν η μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή τότε εφαρμόζεται κάποιος κατάλληλος παραμετρικός έλεγχος, αλλιώς αν η μεταβλητή ακολουθεί κάποια διαφορετική κατανομή τότε εφαρμόζεται κάποιος μη παραμετρικός έλεγχος. Σε αυτή την έρευνα, όλες οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν μη κανονική κατανομή και ο καλύτερος μη παραμετρικός έλεγχος που ταιριάζει στο δείγμα είναι ο έλεγχος των Mann – Whitney U για δυο ανεξάρτητα δείγματα. Ο έλεγχος που γίνεται είναι ο εξής:

H0: Οι παρατηρήσεις του A πληθυσμού κατανέμονται όπως και οι παρατηρήσεις του πληθυσμού B (μηδενική υπόθεση), αλλιώς

H1: Οι παρατηρήσεις του A πληθυσμού δεν κατανέμονται όπως και οι παρατηρήσεις του πληθυσμού B.

Ελέγχει αν τα δύο ανεξάρτητα δείγματα προέρχονται από πληθυσμούς που έχουν την ίδια διάμεσο και η στατιστική του ελέγχου βασίζεται στην βαθμολόγηση (ranking) των παρατηρήσεων των δύο δειγμάτων. Στον έναν πίνακα φαίνεται η βαθμονόμηση των παρατηρήσεων και στον δεύτερο τα αποτελέσματα του ελέγχου. Ένα γενικά αποδεκτό όριο

σφάλματος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης H_0 είναι το 0.05. Έτσι η H_0 απορρίπτεται όταν η σημαντικότητα είναι μικρότερη από 0.05 (Boutsikas, 2004).

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ	,143	141	,000	,935	141	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ΗΛΙΚΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	60	71,42	4285,00
	ΔΗΜΟΣΙΟ	81	70,69	5726,00
	Total	141		

Test Statistics^a

	ΗΛΙΚΙΑ
Mann-Whitney U	2405,000
Wilcoxon W	5726,000
Z	-,104
Asymp. Sig. (2-tailed)	,917

a. Grouping Variable: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΜΕΡΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	,269	24	,000	,734	24	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ΜΕΡΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	14	10,36	145,00
	ΔΗΜΟΣΙΟ	10	15,50	155,00
	Total	24		

Test Statistics^b

	ΜΕΡΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
Mann-Whitney U	40,000
Wilcoxon W	145,000
Z	-1,773
Asymp. Sig. (2-tailed)	,076
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,084 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	,290	141	,000	,621	141	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ		60	106,03	6362,00
	ΔΗΜΟΣΙΟ		81	45,05	3649,00
	Total		141		

Test Statistics^a

	ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
Mann-Whitney U	328,000
Wilcoxon W	3649,000
Z	-9,209
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Logistic Regression:

Η τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης είναι κατάλληλη για την εκτίμηση των τιμών μιας εξαρτημένης μεταβλητής από τις τιμές των ανεξάρτητων. Συνήθως, η τιμή 0 (μηδέν) δηλώνει την αποτυχία πραγματοποίησης ενός γεγονότος ενώ η τιμή 1 (ένα) δηλώνει την επιτυχία πραγματοποίησης ενός γεγονότος αντίστοιχα. Η εξίσωση της λογιστικής παλινδρόμησης είναι η εξής:

$$\ln \left[\frac{p}{1-p} \right] = \beta_0 X_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_v X_v$$

όπου p είναι η πιθανότητα της επιτυχίας της πραγματοποίησης του γεγονότος (1=επιτυχία, 0=αποτυχία), β είναι ένας συντελεστής της μεταβολής του λογαρίθμου και X είναι μια ανεξάρτητη μεταβλητή.

Με τους λογαριθμικούς συντελεστές υπολογίζεται η αναλογία των πιθανοτήτων για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή στο μοντέλο και γενικά χρησιμοποιείται η μέθοδος της εκτίμησης της μέγιστης πιθανοφάνειας (Hosmer et al., 1978).

Τα αποτελέσματα του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης που έχουν τη μεγαλύτερη σημασία είναι ο η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού Nagelkerke's R-Square, ο οποίος δείχνει την ερμηνευτική δύναμη του συγκεκριμένου υποδείγματος στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής και ο πίνακας με τους συντελεστές του τελικού υποδείγματος, με τους αντίστοιχους ελέγχους και τα διαστήματα εμπιστοσύνης τους. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές, οι οποίες είναι σημαντικές και επιδρούν στην εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχουν p -value (sig.) $< 0,05$ (Γναρδέλλης, 2006).

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΙΚΑ	54	,000	,000	,000
	ΟΑΕΕ	26	1,000	,000	,000
	ΟΓΑ	32	,000	1,000	,000
	ΔΕΗ-ΝΑΤ-ΟΤΕ-ΥΠΑΔ	29	,000	,000	1,000
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΟΧΙ	104	,000	,000	
	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ	15	1,000	,000	
	ΑΛΛΟ	22	,000	1,000	
ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΕΚΑΒ	25	,000	,000	
	ΜΕΣΩ ΚΑΠΟΙΟΥ ΓΝΩΣΤΟΥ	52	1,000	,000	
	ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ	64	,000	1,000	
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΜΕΧΡΙ 1100	82	,000	,000	
	1101- 2200	40	1,000	,000	
	2201 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	19	,000	1,000	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ - ΔΗΜΟΤΙΚΟ	80	,000	,000	
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ	34	1,000	,000	
	ΙΕΚ-ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ-ΑΕΙ-MSc-PhD	27	,000	1,000	
ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	24	,000		
	ΕΚΤΑΚΤΗ	117	1,000		
ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	ΟΧΙ	101	,000		
	ΝΑΙ	40	1,000		
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	75	,000		
	ΓΥΝΑΙΚΑ	66	1,000		

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ΔΗΜΟΣΙΟ	0
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	1

Model Summary

-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
124,908 ^a	,380	,511

- a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
ΦΥΛΟ(1)	1,223	,461	7,034	1	,008	3,399	1,376	8,395
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			6,583	2	,037			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (1)	,124	,576	,046	1	,830	1,132	,366	3,500
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (2)	-1,652	,701	5,555	1	,018	,192	,048	,757
ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ(1)	1,895	,555	11,671	1	,001	6,652	2,243	19,727
ΕΙΣΑΓΩΓΗ			13,103	2	,001			
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (1)	3,896	1,144	11,597	1	,001	49,227	5,227	463,585
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (2)	2,844	1,108	6,592	1	,010	17,181	1,960	150,605
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ			4,976	2	,083			
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ (1)	-1,585	1,116	2,016	1	,156	,205	,023	1,827
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ (2)	,933	,617	2,291	1	,130	2,543	,759	8,520
ΣΤΑΘΕΡΑ	-4,146	1,162	12,724	1	,000	,016		

- a. Variable(s) entered on step 1: SEX, EDUCATION, PUBLICINSURANCE, SAVING, INCOME, ADMISSION, OTHERADMISSION, HOSPITALISATION.

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΙΚΑ	54	,000	,000	,000
	ΟΑΕΕ	26	1,000	,000	,000
	ΟΓΑ	32	,000	1,000	,000
	ΔΕΗ-ΝΑΤ-ΟΤΕ-ΥΠΑΔ	29	,000	,000	1,000
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΟΧΙ	104	,000	,000	
	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ	15	1,000	,000	
	ΑΛΛΟ	22	,000	1,000	
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΜΕΧΡΙ 1100	82	,000	,000	
	1101- 2200	40	1,000	,000	
	2201 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	19	,000	1,000	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ - ΔΗΜΟΤΙΚΟ	80	,000	,000	
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ	34	1,000	,000	
	ΙΕΚ-ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ-ΑΕΙ-MSc-PhD	27	,000	1,000	
ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ	ΟΧΙ	101	,000		
	ΝΑΙ	40	1,000		
ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	24	,000		
	ΕΚΤΑΚΤΗ	117	1,000		
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	75	,000		
	ΓΥΝΑΙΚΑ	66	1,000		

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ΔΗΜΟΣΙΟ	0
ΙΔΙΩΤΙΚΟ	1

Model Summary

-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
147,907 ^a	,270	,363

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
ΦΥΛΟ(1)	1,001	,408	6,005	1	,014	2,721	1,222	6,058
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			5,390	2	,068			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (1)	,298	,501	,354	1	,552	1,347	,505	3,595
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (2)	-1,238	,626	3,916	1	,048	,290	,085	,988
ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ(1)	2,120	,507	17,467	1	,000	8,334	3,083	22,526
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ			4,573	2	,102			
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ (1)	-2,069	1,096	3,565	1	,059	,126	,015	1,082
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ (2)	,413	,528	,612	1	,434	1,511	,537	4,256
ΣΤΑΘΕΡΑ	-1,178	,384	9,439	1	,002	,308		

a. Variable(s) entered on step 1: SEX, EDUCATION, SAVING, OTHERADMISSION, PUBLICINSURANCE, INCOME, HOSPITALISATION.