



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ Α.Μ.: 2005215

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να μελετήσει τους δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους.

Οι δείκτες αποτελούν τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης του νοσοκομειακού έργου και πρέπει να διακρίνονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Η εργασία παρουσίασε την αξιολόγηση στο χώρο της υγείας εστιάζοντας στους δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη δεικτών αξιολόγησης των συστημάτων υγείας θεωρούνται απαραίτητοι, προκειμένου για τη συνεχή βελτίωση του έργου των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση για την ικανοποίηση των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση, έχει άμεση σχέση με τους σκοπούς και τους στόχους που τίθενται στη διαμόρφωση του κοινωνικού σχεδιασμού του συστήματος.

Λέξεις κλειδιά: αποδοτικότητα, επάρκεια, αποδοχή, ποιότητα, νοσοκομειακό έργο, αξιολόγηση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ	5
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	6
1.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
1.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ	16
2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
2.1.1 <i>Ελληνικό σύστημα και ποιότητα υγείας</i>	17
2.1.2 <i>Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή</i>	21
2.2 ΚΥΚΛΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	22
2.2.1 <i>Κύκλοι Ποιότητας «Quality Control Cycles – QCC»</i>	23
2.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΕΞ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	30
3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
3.2 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΕΞ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	31
3.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	46
4.1 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	46
4.1.2 <i>Δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείων στην Ελλάδα</i>	48
4.1.2.1 <i>Εφαρμογή δεικτών</i>	51
4.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει τους δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους. Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο μελετά την αξιολόγηση στο χώρο της υγείας εστιάζοντας στους δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου. Αρχικά αναφέρεται γενικά στους δείκτες αξιολόγησης, στη συνέχεια αναλύει την αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας της λειτουργίας του συστήματος υγείας και στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζει τους δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου.

Το δεύτερο κεφάλαιο μελετά την αξιολόγηση στο χώρο της υγείας εστιάζοντας στους δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου. Στην αρχή του κεφαλαίου αναλύεται η ποιότητα στο χώρο της υγείας, στη συνέχεια παρουσιάζεται ο κύκλος της ποιότητας και στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου.

Το τρίτο κεφάλαιο μελετά την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας αλλά και την αναγκαιότητα ύπαρξης των δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας. Αρχικά οριοθετεί την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, στη συνέχεια αναφέρεται στην αναγκαιότητα ύπαρξης των δεικτών μέτρησης ενώ στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι οικονομικοί δείκτες αξιολόγησης.

Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύει τους δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 1. Αξιολόγηση στο χώρο της υγείας. Δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου

Οι ιατρικές φροντίδες παρέχονται στις περισσότερες χώρες του δυτικά ανεπτυγμένου κόσμου τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Είναι φυσικό το ενδιαφέρον των αναλυτών ή προγραμματιστών υγείας να επικεντρώνεται σε διαφορετικούς στόχους ανάλογα με τον τομέα στον οποίο ανήκουν οι υπηρεσίες υγείας. Μία δημόσια υπηρεσία υγείας ενδιαφέρεται πρώτιστα για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας της κοινότητας και για τα συνεπαγόμενα κοινωνικά οφέλη από την άσκηση της πολιτικής αυτής, ενώ ένα διαγνωστικό ιδιωτικό κέντρο για το ρυθμό αύξησης ή μείωσης των κερδών του, δηλαδή για την οικονομική του αποδοτικότητα αποκλειστικά (Σούλης, 1999).

Αν επιχειρηθεί μία σύγκριση της μορφής και της ποιότητας της αξιολόγησης των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. που ανήκουν στο σύνολό τους στον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα για τα 40 αντικαρκινικά νοσοκομεία διαπιστώνεται ότι, ενώ τα αποτελέσματα (μείωση της θνητότητας) είναι πολύ καλύτερα από άλλα νοσοκομεία, η παράμετρος φήμη κατατάσσει τα νοσοκομεία αυτά σε χαμηλότερη θέση από άλλα που έχουν μεγάλο ποσοστό θνητότητας.

Το είδος λοιπόν της αξιολόγησης και ο τρόπος μέτρησης της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την νομική μορφή της υπηρεσίας, δημόσιας ή ιδιωτικής, αφού η πρώτη αξιολογείται με το προσφερόμενο κοινωνικό όφελος, ενώ η δεύτερη με το ρυθμό αύξησης των κερδών της (Τούντας, 1986).

1.1 Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι οι μεταβλητές που βοηθούν στην μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης. Αν το αντικείμενο της αξιολόγησης είναι το αποτέλεσμα ενός προγράμματος σε σχέση με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός παιδικού πληθυσμού, χρησιμοποιούνται οι δείκτες μέτρησης αλλαγής του επιπέδου υγείας, όπως το επίπεδο διατροφής, η ικανότητα εκμάθησης, ο βαθμός νοσηρότητας κατά ασθένεια, ο βαθμός αναπηρίας ενός πληθυσμού (Σούλης, 1999:338).

Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να μετράνε με σαφήνεια το προσδιορισμένο αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μίας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχει οριοθετήσει η μελέτη.

Οι δείκτες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ταξινομηθούν αφού το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να υλοποιήσουν είναι απίθανα μεγάλο. Κατά καιρούς, στη διεθνή αλλά και Ελληνική βιβλιογραφία, έχει γίνει μια τέτοια προσπάθεια.

Ο ΠΟΥ έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε 5 βασικές κατηγορίες (Σούλης, 1999):

1. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
χορήγηση επαρκών πόρων
κατανομή πόρων
2. Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες
ρυθμός αύξησης του πληθυσμού
κατανομή εισοδήματος
επίπεδο αναλφαβητισμού
επάρκεια κατοικίας

3. Δείκτες επιπέδου υγείας
επίπεδο θνησιμότητας
επίπεδο βρεφικής θνησιμότητας
επίπεδο θνητότητας
προσδωκίμο επιβίωσης
επίπεδο νοσηρότητας
βαθμός αναπηρίας

4. Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας
επάρκεια
προσπελασιμότητα
χρησιμοποίηση
αποτελεσματικότητα
ποιότητα

5. Δείκτες κάλυψης της Π.Φ.Υ.
επίπεδο υγειονομικής γνώσης
βρύσες κατάλληλου πόσιμου ύδατος σε απόσταση 20' με τα πόδια
Ο St. Martin (Σούλης 1991), διακρίνει, κατά τον ίδιο περίπου μεθοδολογικό τρόπο, τα δεδομένα και τους δείκτες που πρέπει να χρησιμοποιούνται με τις εξής κατηγορίες:

- Δείκτες Δημογραφίας
- Δείκτες Ιατρο-υγιεινής
- Περιβαλλοντικοί, οικολογικοί και κοινωνικοί δείκτες
- Κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί
- Δείκτες συστημάτων και υπηρεσιών υγείας

1.2 Αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας της λειτουργίας του συστήματος υγείας

Παρ' ότι η αξιολόγηση εστιάζεται κυρίως στην ανάλυση των αποτελεσμάτων από την κατανάλωση ιατρικών φροντίδων, εν τούτοις, η αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας παροχής ιατρικών φροντίδων στο σύνολο της, κρίνεται άκρως απαραίτητη στα πλαίσια του μόνιμου οικονομικού προβλήματος της στενότητας των πόρων. Η αναγκαιότητα παρέμβασης σε κάθε στάδιο της παραγωγής ώστε να καταστεί το σύστημα αποδοτικότερο, ανήκει στην επιμέρους αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγής των ιατρικών φροντίδων (Κυριόπουλος κ.α, 1999).

Αξιολόγηση εισροών (inputs)

Για την παραγωγή ιατρικών φροντίδων απαιτούνται οι αναγκαίες (Σούλης, 1999):

Εισροές = ανθρώπινοι πόροι - υλικοί πόροι - οικονομικοί πόροι

Η αξιολόγηση των εισροών έχει ως στόχο να προσδιορίσει το βαθμό κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Αν πρόκειται για ανθρώπινους πόρους εξετάζεται η ποσοτική τους επάρκεια αλλά και η ποιότητά τους. Αν υπάρχουν γιατροί, ποιας ειδικότητας, αν υπάρχουν νοσηλεύτες, ποιας εκπαιδευτικής βαθμίδας, ποσότητα και είδος χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας, αριθμός και ποιότητα νοσοκομειακών κλινών, ύψος χρησιμοποιούμενων δαπανών.

Αξιολόγηση διαδικασίας (process)

Η αξιολόγηση της διαδικασίας έχει σχέση με το είδος των διαγνωστικών εξετάσεων και το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων, με τις θεραπευτικές διαδικασίες, το βαθμό χρησιμοποίησης φαρμακευτικών ιδιοκατασκευασμάτων (αντιβιοτικά κ.ά.), αλλά και τις χρησιμοποιούμενες οργανωτικό-διοικητικές μεθόδους καθώς και το βαθμό χρησιμοποίησης της

πληροφορικής. Η αξιολόγηση της διαδικασίας συγκρίνεται όπως είναι φυσικό με τα αποτελέσματα που επιφέρει (Σούλης, 1999).

Αξιολόγηση των εκροών του συστήματος (outputs)

Σε μία νοσοκομειακή μονάδα η ποσότητα και η ποιότητα των εισροών καθώς και οι χρησιμοποιούμενες ιατρικο-νοσηλευτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις επιφέρουν εκτός από τα αποτελέσματα και έναν όγκο παραγωγής και λειτουργίας που εκφράζεται με τις εκροές (outputs) του συστήματος και που μπορεί να αξιολογηθεί σε νομισματικές αξίες ή σε βελτίωση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Αν για παράδειγμα, μία νοσοκομειακή κλίνη λόγω κατάρτισης του προσωπικού λόγω χρησιμοποίησης νέων τεχνολογιών, λόγω εφαρμογής νέων οργανωτικό-διοικητικών μεθόδων μπορεί να διπλασιάσει τον αριθμό των ασθενών, που μπορεί να νοσηλεύσει, τότε θα επιτευχθεί μείωση της λίστας αναμονής και η ζήτηση υγειονομικών αναγκών θα ικανοποιηθεί. Το κόστος βελτίωσης των εισροών που επέφεραν βελτίωση των εκροών, θα πρέπει να είναι το ζητούμενο σε μία τέτοια σύγκριση και φυσικά σε σχέση με τα τελικά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση των εκροών δείχνει επίσης το βαθμό χρησιμοποίησης και λειτουργικότητας των υπηρεσιών υγείας (Σούλης, 1999).

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (outcomes)

Τα αποτελέσματα είναι ο τελικός στόχος της αξιολόγησης των ιατρικών φροντίδων. Για παράδειγμα, οι παρεχόμενες ιατρικο-νοσηλευτικές υπηρεσίες και τα φαρμακευτικά αγαθά σε ποιο βαθμό οδηγούν στην αύξηση του προσδώκιμου επιβίωσης του πληθυσμού, στην αύξηση της ανθρώπινης ευεξίας και ψυχολογικής ισορροπίας; Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη της τα συγκριτικά δεδομένα των χρησιμοποιούμενων πόρων και των ιατρικών παρεμβάσεων και διαδικασιών. Η αξιολόγηση της διαδικασίας των αποτελεσμάτων και της επίδρασης--επίπτωσης από την εφαρμογή συγκεκριμένων τύπων προληπτικών,

νοσηλευτικών, φαρμακευτικών και τεχνολογικών παρεμβάσεων προϋποθέτει την κλινική αξιολόγηση (Σούλης, 1999).

Κλινική αξιολόγηση

Η κλινική αξιολόγηση επιλέγει, συνήθως, μία ομάδα πληθυσμού όπως γυναίκες ηλικίας από 35-44 ετών και διερευνά τις επιπτώσεις-συνέπειες από την εφαρμογή μιας νέας διαγνωστικής μεθόδου στη μείωση-πρόληψη μιας νόσου. Η κλινική αξιολόγηση αξιοποιεί τις δημογραφικές και επιδημιολογικές πληροφορίες σε μάκρο-επίπεδο, ενώ σε μικρο-επίπεδο, μελέτης περίπτωσης, επιλέγει τη συστηματική παρακολούθηση των ασθενών για μία μεγάλη χρονική περίοδο ώστε να αξιολογήσει κάθε φορά τις διαχρονικές συνέπειες από την εφαρμογή των νέων χρησιμοποιούμενων μεθόδων.

Η κλινική αξιολόγηση δεν θεωρείται μόνο ως η βάση για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, αλλά αποτελεί και το θεμελιώδες πληροφοριακό υλικό για την πραγματοποίηση της οικονομικής αξιολόγησης. Το κόστος βελτίωσης των εισροών, που επιφέρουν βελτίωση των εκροών, θα πρέπει να μας ενδιαφέρει τις περισσότερες φορές σε μία τέτοια σύγκριση και φυσικά σε σχέση με τα τελικά αποτελέσματα, που επιτυγχάνονται (Σούλης, 1999).

1.3 Δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου

Δικαιοσύνη και Ισότητα

Ο βαθμός αποδοχής του συστήματος υγείας εξαρτάται από τις έννοιες της ισότητας και της δικαιοσύνης. Ο όρος αυτός αναφέρεται, τόσο στα αποτελέσματα που επιφέρει μία παρέμβαση ή μία χρησιμοποιούμενη μέθοδος, όσο και στην ίδια τη διαδικασία. Τον ασθενή, για παράδειγμα, δεν τον ενδιαφέρει αποκλειστικά και μόνο το αποτέλεσμα, δηλαδή να θεραπευτεί από μία ασθένεια, αλλά τον ενδιαφέρει ο τρόπος που θα πραγματοποιηθεί η θεραπεία, (αριθμός και είδος διαγνωστικών εξετάσεων, είδος χειρουργικής παρέμβασης κ.ά.), δηλαδή, κατά πόσο η διαδικασία θα του επιφέρει φυσικό πόνο ή ψυχολογικά προβλήματα, προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλό αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας, που δεν

κάνουν αποδεκτή μία για παράδειγμα, πρωτοποριακή θεραπευτική διαδικασία για το A.I.D.S., επειδή μπορεί να επιφέρει προσωπικούς κινδύνους, θέτουν εξ αρχής σε αμφισβήτηση την επιτυχία της χρησιμοποιούμενης αυτής μεθόδου. Έτσι είναι σημαντικό οι σχεδιαστές των ιατρικών φροντίδων να λαμβάνουν υπόψη τους και το βαθμό αποδοχής του συστήματος.

Ο ΠΟΥ (1981) προτείνει επίσης την ανάλυση των παρακάτω εννοιών προκειμένου να υπάρχει μία ολοκληρωμένη μέθοδο αξιολόγησης από το σχεδιασμό μέχρι την εφαρμογή και τη λειτουργία ενός προγράμματος υγείας (Καριώτης 1992):

Καταλληλότητα της υγειονομικής πολιτικής σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, τις ανθρώπινες ανάγκες και τις κοινωνικο-υγειο-νομικές προτεραιότητες.

Πρόοδος των υγειονομικών δραστηριοτήτων. Σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σε δεδομένο χρόνο με αυτές που σχεδιάστηκαν να πραγματοποιηθούν. Ο σκοπός της μεθόδου αυτής έγκειται στο να διευκολυνθούν οι σχεδιαστές-προγραμματιστές στην παρακολούθηση και τον επιχειρησιακό έλεγχο των εν εξελίξει δραστηριοτήτων.

Επίπτωση-Επίδραση του προγράμματος στη συνολική υγειονομική, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισότητα στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους. Δυστυχώς το παραπάνω δεν ισχύει, δεδομένου ότι η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων αντανακλώνεται και στην υγεία. Έντονες διαφοροποιήσεις και ανισότητες παρατηρούνται τόσο στην κατανάλωση όσο και στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Οι ανισότητες αυτές μπορεί να είναι ακόμη και γεωγραφικές που σημαίνει αδυναμία των κατοίκων μιας περιοχής να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας για την κάλυψη πολλές φορές επείγουσών και σοβαρών αναγκών με αποτέλεσμα το επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας να αυξάνεται στις μειονεκτικές περιοχές. Τα δεδομένα που καταγράφονται από την Παγκόσμια

Οργάνωση Υγείας δείχνουν με σαφή τρόπο τις ανισότητες αυτές (Wagstaff, 1999).

Άτομα που βρίσκονται στις ανώτερες τάξεις και κατέχουν υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα έναντι των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα, ειδικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα. Τα άτομα που κατοικούν σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα ή χαμηλό βιοτικό επίπεδο εμφανίζουν χειρότερα ποσοστά και σε άλλους σημαντικούς δείκτες όπως η παιδική και βρεφική θνησιμότητα. Παράλληλα, διαφορές και ανισότητες στην υγεία εμφανίζονται και κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με χαμηλότερη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, ενώ διαφορές σε επίπεδο θνησιμότητας εντοπίζονται και μεταξύ αγροτικού, ημιαστικού, και αστικού πληθυσμού, με τον τελευταίο να παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά. Επίσης είναι χαρακτηριστικό ότι τα άτομα που ζουν υπό συνθήκες φτώχειας, ή οικονομικής και κοινωνικής ανασφάλειας στην Ελλάδα, κάνουν μικρότερη χρήση των διαθέσιμων δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας και κυρίως των κοινωνικών υπηρεσιών, κυρίως λόγω μη επαρκούς πληροφόρησης, αλλά και εξαιτίας των γραφειοκρατικών μηχανισμών που συχνά χαρακτηρίζει αυτές τις υπηρεσίες. Αντίθετα, φαίνεται να χρησιμοποιούν σε υψηλό ποσοστό τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα νοσοκομεία και τα τοπικά κέντρα υγείας. Τέλος φαίνεται να υπάρχει ανεπάρκεια στην κάλυψη βασικών αναγκών, όπως η θέρμανση και η επιλογή υγιεινής διατροφής από τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, με άμεσες και έμμεσες συνέπειες υγείας (Kretsos, 2004).

Φυσικά δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η ανισότητα μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, άλλων εθνοτήτων ομάδες, αλλά και φυλακισμένων. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού, στιγματισμού και ρατσισμού με αποτέλεσμα την περιθωριοποίησή τους και την αποξένωσή τους από τον κοινωνικό ιστό (Δαρβίρη, 2007:260).

Παρόλο που το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) δεν αντανακλά με πληρότητα την κατανομή των πόρων στον τομέα υγείας, εντούτοις αποτελεί έναν από τους πιο εύχρηστους οικονομικούς δείκτες. Στις ανεπτυγμένες

χώρες οι δαπάνες υγείας υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ, ενώ στις αναπτυσσόμενες κυμαίνονται στο 1%.

Ανισότητες στην υγεία δημιουργούνται και από τον τρόπο οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος. Στις περισσότερες χώρες το κύριο βάρος του συστήματος υγείας προσδίδεται στην ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Το μεγαλύτερο μέρος των πόρων δαπανάται για την αγορά υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων σε αντίθεση με το χαμηλό ποσοστό των πόρων που διατίθεται για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Είναι γνωστό ότι η εξεζητημένη βιοϊατρική τεχνολογία στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν προσφέρει τις υπηρεσίες της στη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού, σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που απευθύνεται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού. Η άνιση κατανομή των πόρων επιφέρει την άνιση κατανομή υγειονομικών φροντίδων (φροντίδων υγείας) με αποτέλεσμα περιοχές υπανάπτυκτες ή υποβαθμισμένες στην ύπαιθρο, στα επαρχιακά ή και στα αστικά κέντρα, ενώ έχουν αυξημένες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας (χαμηλή στάθμη σε επίπεδα υγείας) τους παρέχονται λιγότερες και κακής ποιότητας υπηρεσίες. Έτσι αυτοί που έχουν περισσότερες ανάγκες ιατρικής φροντίδας έχουν και λιγότερες πιθανότητες να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους αυτές (Θεοδώρου κα., 2001:59-60).

Οι διαφορές και ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας επιδρούν αρνητικά και στις άλλες διαστάσεις της υγείας πλην της βιολογικής, επηρεάζοντας τα επίπεδα της ποιότητας ζωής. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι οι διαφορές στην υγεία που συνδέονται με κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες συσχετίζονται επίσης με ψυχολογικούς δείκτες και δείκτες ψυχολογικής δυσανεξίας ή δυσφορίας. Είναι γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας, δεν αφορά μόνο την επαγγελματική επανένταξη του άρρωστου ατόμου που ιατρικά έχει αντιμετωπισθεί αλλά επίσης, με την ολιστική της θεώρηση, πρέπει να αποκατασταθεί στη συνολική βελτίωση του επιπέδου υγείας και του επιπέδου της ποιότητας ζωής (Θεοδώρου κα., 2001:60).

Αποδοτικότητα

Αποδοτικότητα είναι η σχέση μεταξύ εισροών/ αποτελεσμάτων-εκροών, δηλαδή με ποια οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα. Στην αποδοτικότητα συγκρίνονται δύο ή περισσότερες διαδικασίες που επιφέρουν το ίδιο ή διαφορετικό αποτέλεσμα (Σούλης, 1999:318).

Αποτελεσματικότητα, επάρκεια, αποδοχή

Αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός των ιατρικών φροντίδων και των στόχων που επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων και διαδικασιών. Η αποτελεσματικότητα είναι τις περισσότερες φορές ο βασικότερος δείκτης της ποιότητας των φροντίδων υγείας, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να μετρηθεί σε όρους όπως ανάκαμψη και επιβίωση (Σούλης, 1999:318).

Τέλος αξίζει να αναφερθούν οι έννοιες της επάρκειας και της αποδοχής. Επάρκεια είναι ο βαθμός που ανταποκρίνονται οι πόροι του συστήματος στις υγειονομικές ανάγκες και η ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού, σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί και περιλαμβάνει τις έννοιες της καταλληλότητας, της ισότητας και της αποδοχής (Σούλης, 1999:318).

Σύμφωνα με τον Καριώτη (1992:156, η επάρκεια είναι η συχέτιση των μέσων που χρησιμοποιούνται προς τους επιδιωκόμενους στόχους, υπό το πρίσμα του κατά πόσο είναι κατάλληλα και επαρκούν για να επιτευχθούν οι στόχοι. Η έννοια της επάρκειας περιλαμβάνει αφενός μεν, μια ποιοτική διάσταση, δηλαδή την εκτίμηση του κατά πόσο οι χρησιμοποιηθέντες πόροι είναι οι κατάλληλοι για την επίτευξη των στόχων και αφετέρου, μια ποσοτική διάσταση, δηλαδή εκφράζει ένα ποσοστό κάλυψης των αναγκών.

Αποδοχή, είναι η μέτρηση του βαθμού που οι πολίτες, οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο κάνουν αποδεκτή μία ιατρική διαδικασία (π.χ. ευθανασία), μία ιατρο-οργανωτική μεταρρύθμιση

(π.χ, αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών), μίας θεραπευτικής μεθόδου (π.χ. μετάγγιση αίματος) ή μίας διοικητικής μεταρρύθμισης (π.χ. αλλαγή της ιεραρχικής δομής στο νοσοκομείο). Η αποδοχή είναι περισσότερο ψυχολογικός όρος, είναι όρος που εκφράζει την ικανοποίηση των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και του κοινωνικού συνόλου από τη χρήση ή τη λειτουργία του συστήματος υγείας (Σούλης, 1999:318-319).

Κεφάλαιο 2. Αξιολόγηση στο χώρο της υγείας. Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου

2.1 Ποιότητα στο χώρο της Υγείας

Σύμφωνα με τον Lovelock (1996) η ποιότητα των υπηρεσιών είναι πολύ σημαντική για όσους ασχολούνται με θέματα υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών συνδέει έννοιες όπως η ποιότητα, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η ικανοποίηση του καταναλωτή. Οι καταναλωτές (ασθενείς) δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο που τους παραδίνεται η υπηρεσία (Berry et al., 1990). Ο Kotler (2003) αναφέρει ότι σε περίπτωση που το προσωπικό δεν μπορέσει να προσφέρει σωστά τις υπηρεσίες τότε ο καταναλωτής θα εξετάσει το ενδεχόμενο να μην επισκεφθεί ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα. Για παράδειγμα αν ο γιατρός αδιαφορεί στις ερωτήσεις του ασθενών ή οι υπάλληλοι δεν είναι εξυπηρετικοί τότε μειώνεται η ικανοποίηση του πελάτη και συνεπώς και το ενδεχόμενο να ξανάπαι στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Στις περιπτώσεις που η ποιότητα της υπηρεσίας που δέχονται οι ασθενείς είναι μεγαλύτερη ή ίση με αυτή που προσδοκούν τότε είναι πολύ πιθανό θα ξανάπανε στο ίδιο κέντρο αν χρειαστούν νοσηλεία.

Η αποκέντρωση της υγείας δεν θα πρέπει απλά να βασίζεται σε θέματα ιεραρχίας και σωστής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας αλλά θα πρέπει να έχει σαν βασική επιδίωξη την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η υγειονομική οργάνωση θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς, να τους επιλύει κάθε απορία, και να τους προσφέρει υπηρεσίες ανάλογες με τις ανάγκες τους. Η πολιτεία θα πρέπει να επιδιώξει όχι μόνο να αποκεντρώσει το σύστημα υγείας, αλλά να αποδώσει τις κατάλληλες αρμοδιότητες και ευθύνες στα σωστά άτομα προκειμένου να υπάρξει σωστή διοίκηση η οποία με την σειρά της συνεπάγεται και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών.

Μια μονάδα Υγείας θα πρέπει να προσδιορίζεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

1. Να έχει ένα πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να είναι σε θέση να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, με την έννοια ότι θα πρέπει να προσφέρει εξειδικευμένο προσωπικό και υποδομή, και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

3. Να υπάρχει αλληλοσεβασμός των ρόλων.

Να προωθείται η συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο σε προγραμματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο καθηκόντων και λειτουργιών. Παράλληλα η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να συνδέεται με την εφαρμογή της αρχής ότι τα νοσοκομεία πρέπει να περιορισθούν αποκλειστικά στο νοσοκομειακό τους ρόλο (Κυριόπουλος κ.α, 2003).

2.1.1 Ελληνικό σύστημα και ποιότητα υγείας

Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα συστήματα υγείας στον κόσμο υπέστησαν μια σειρά αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, στο κέντρο των οποίων ήταν ο έλεγχος της οικονομικής απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθιερώνουν την ευθύνη στην ποιότητα στην φροντίδα και συζητούν μέσα διασφάλισης, ελέγχου και εκτίμησής της (Λιονής, 2004).

Το Εθνικό Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ορίζει την κλινική διακυβέρνηση κάτω από την οποία στεγάζει συγκεκριμένους μηχανισμούς τους οποίους πρόκειται να διασφαλίσει για την συνεχή βελτίωση της κλινικής φροντίδας. Ένα βασικό συστατικό της κλινικής διακυβέρνησης θεωρείται η κλινική αποτελεσματικότητα η οποία

θεμελιώνεται στις πρακτικές μαρτυριών ή ενδείξεων και αυτή συζητείται από κοινού με τους όρους αποδοτικότητα και ισότητα.

Παρά την εισαγωγή όλων αυτών των πλαισίων, μηχανισμών ελέγχου, τεχνικών και μεθόδων, που απευθύνονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και στα υψηλόβαθμα διευθυντικά στελέχη τους (μακροεπίπεδο) καθώς και σε διευθυντές τμημάτων, κλινικών και γενικά προμηθευτές (μικροεπίπεδο), με σκοπό να βοηθήσουν τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και τη λήψη κλινικών αποφάσεων, φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερη δυσκολία στην κατάλληλη ενσωμάτωση και αξιοποίησή τους, τόσο από τοπικά συστήματα υγείας, όσο και στην καθημερινή πρακτική στη χώρα μας (Κυριόπουλος & Δόλγερας, 2001).

Ενδογενείς παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τους ίδιους τους μηχανισμούς και τα πλαίσια που εισάγονται στην πολιτική υγείας, αλλά και εξωγενείς ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνονται η έλλειψη πόρων για την ενσωμάτωσή τους στο τοπικό σύστημα, η αντίσταση του υγειονομικού προσωπικού στη χρήση και αξιοποίησή τους, και ιδιαίτερα η έλλειψη υποστηρικτικών μηχανισμών, φαίνεται να είναι υπεύθυνοι γι' αυτό.

Στη χώρα μας, πριν από δύο χρόνια περίπου, συνέβη μια μεγάλη θεσμική αλλαγή με την καθιέρωση των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, και τον ορισμό τους ως οργάνων συντονισμού της ποιότητας στο περιφερειακό επίπεδο. Παρά την απουσία μιας συστηματικής αξιολόγησης της λειτουργίας τους, είναι κοινή η εντύπωση ότι απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες χρησιμοποίησης της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και πρακτικής στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι το κράτος έρχεται σ' ένα χρονικά κρίσιμο σημείο, και καλείται να εξετάσει δυνατότητες και προοπτικές που έχει η χώρα μας, μέσα από το σημερινό θεσμικό της πλαίσιο, να εντάξει κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους εκεί που η κλινική αποτελεσματικότητα τέμνει την ποιότητα ζωής.

Η ανάπτυξη μηχανισμών ενημέρωσης των υγειονομικών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, κρίνεται σήμερα επιτακτική ανάγκη και θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το

Συντονιστικό Όργανο των Περιφερειακού Συστήματος Υγείας. Οι πρωτοβουλίες και οι δραστηριότητες του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής των Πανεπιστημίων Ιωαννίνων και Κρήτης, θα μπορούσαν να ενισχυθούν και να αξιοποιηθούν κατάλληλα οι εμπειρίες τους.

Η ενημέρωση των υγειονομικών του ελληνικού συστήματος υγείας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των νέων φαρμάκων σε τυχαίοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, καθώς και την εκτίμηση της ποιότητας σε συνδυασμό με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις δοκιμές αυτές, θα μπορούσε να είναι έργο ενός Κέντρου Διανομής της Τεκμηριωμένης Πρακτικής στη χώρα μας.

Σύμφωνα με μελέτες, ποιοτικές και ποσοτικές προσεγγίσεις της ασφάλειας στις κλινικές δοκιμές ποικίλλουν στις διάφορες περιοχές της έρευνας και μοιάζουν ακατάλληλες (Ioannidis & Lau, 2001) ενώ οι μετρήσεις της ποιότητας δε φαίνεται να συνδέονται αξιόπιστα με το μέγεθος του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διάφορες μελέτες (Black et al., 1998).

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας, και στο βαθμό που αυτή εκπληρώνει τα πρότυπα τόσο των επαγγελματιών όσο και του κοινού για την παρεχόμενη φροντίδα της ποιότητας μπορεί να εξετασθεί μέσα από δραστηριότητες μέτρησης των υποδομών, της διαδικασίας στην φροντίδα και των εκβάσεων στην φροντίδα. Η αποτελεσματικότητα μπορεί να ορισθεί ως ο βαθμός ή η έκταση στον οποίο επιτεύχθηκαν οι στόχοι ή τα οφέλη που τέθηκαν για τον πληθυσμό, κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες που αυτοί υλοποιήθηκαν.

Ανάμεσα στις μεθόδους αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας περιλαμβάνονται ο ιατρικός έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας. Οι διαγνώσεις των ιατρών, οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν, οι αποφάσεις που λήφθηκαν, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν, υφίστανται έλεγχο και συγκρίνονται με πρότυπα που θα πρέπει να έχουν προκαθορισθεί και διανεμηθεί στους εμπλεκόμενους στην φροντίδα υγείας υγειονομικούς.

Οι διαδικασίες ιατρικού ελέγχου ως μέσο βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν

τύχει μικρής εφαρμογής. Ίσως η ταύτιση τους με τον διοικητικό έλεγχο να εμποδίζει και την αποδοχή τους, φαίνεται όμως ότι αποτελούν εξέχοντα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, αν και έχει ασκηθεί σοβαρή κριτική κυρίως όσον αφορά την ολοκλήρωση των κύκλων που είχαν προδιαγράψει, παρόλο που την κυρίαρχη θέση στην βελτίωση της καθημερινής πρακτικής εξακολουθούν να έχουν οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας (Walshe et al., 2001).

Απαιτείται προσπάθεια και χρόνος ώστε όλες αυτές οι μέθοδοι αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας να προσαρμοσθούν στην ελληνική πραγματικότητα και στο σημερινό σύστημα υγείας. Εμπειρία έχει στηθεί από τα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων και Κρήτης, το Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η συνεργασία τους θα μπορούσε να συμβάλει στην καθιέρωση προτύπων για τη βέλτιστη διαχείριση επιλεγμένων χρόνιων νοσημάτων, τη συμφωνία δεικτών για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας τόσο στις διαδικασίες όσο και στις εκβάσεις, καθώς και την ανάπτυξη μηχανισμών σε περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης.

Γενικά οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας (παθητική, ενεργητική παρατήρηση, κλινικός ιατρικός έλεγχος, και άλλα), δεν φαίνεται στη χώρα μας να έχουν αξιοποιηθεί στην εκτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και αξίζει να συζητηθεί η εφαρμογή τους ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας έχουν χρησιμοποιηθεί τόσο κλινικά πρωτόκολλα για τη διαχείριση όσο και συστάσεις ομοφωνιών επιλεγμένων χρόνιων νοσημάτων με τη χρήση συχνά υπολογιστικών συστημάτων, αν και ο ρόλος και η αποτελεσματικότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών ως μέσο βελτίωσης της κλινικής πρακτικής και της αλλαγής της επιστημονικής συμπεριφοράς είναι συχνά θέμα αρκετών επικρίσεων.

Η αξιολόγηση της ποιότητας των κατευθυντηρίων αυτών οδηγιών φαίνεται να βοηθά στην επιλογή των πλέον κατάλληλων, η δε εμπειρία του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων είναι σημαντική με τη μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά ενός εργαλείου για την αποτίμηση των κατευθυντήριων

οδηγιών στην έρευνα και την αξιολόγηση. Έχει διαπιστωθεί ότι αν και η χρήση των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών στη διαμόρφωση των κατευθυντήριων οδηγιών αυξάνει διαρκώς, εν τούτοις έχουν δημοσιευθεί σε μεγάλα περιοδικά κατευθυντήριες οδηγίες από λίγες κλινικές δοκιμές.

Μια άλλη προσέγγιση, εκτός από την κριτική αποτίμησης της ποιότητας των δημοσιευμένων ομοφωνιών για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, είναι η καθιέρωση βημάτων προσαρμογής όλων των θετικά αξιολογημένων οδηγιών στο ελληνικό περιβάλλον. Μια ομοφωνία που αφορά τα βήματα ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στη χώρα μας έχει δημοσιευθεί πρόσφατα (Λιονής κ.α, 2003).

Η ποιότητα και η κλινική αποτελεσματικότητα φαίνεται να μην απασχολούν την εκπαίδευση και την έρευνα ως ιδιαίτερο θέμα στη χώρα μας, το κράτος θα πρέπει να συζητήσει, αλλά και συγχρόνως να προσπαθήσει να διατυπώσει προτάσεις που κατάλληλα θα μπορούσαν να ενσωματωθούν σε προγράμματα σπουδών ή στις προτεραιότητες έρευνας των Επιχειρήσεων και των Ερευνητικών Ινστιτούτων.

Ένα τελευταίο που θα πρέπει ακόμα να απασχολήσει το κράτος, είναι η μεταφορά των ερευνητικών ποιοτικών αποτελεσμάτων στην καθημερινή πρακτική, ένα θέμα που απασχολεί τη διεθνώς τα συστήματα υγείας και θα πρέπει και το ελληνικό σύστημα να εστιάσει σ' αυτό (Contopoulos et al., 2003).

2.1.2 Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, στον τομέα της υγείας υπάρχει μια πληθώρα ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς έχουν να διαλέξουν μέσα από μία σειρά εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών. Ως επί το πλείστον θα επιλέξουν αυτό που θα τους δώσει την μεγαλύτερη αξία με το χαμηλότερο κόστος .

Ο Kotler (2003) δίνει την αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας ως την διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης αξιολόγησης του ασθενή και του κόστους της προσφοράς από τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που του δίνονται. Η ολική αξία του ασθενή (total customer value) είναι η δεχόμενη οικονομική αξία σε συνάρτηση με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένουν οι ασθενείς από την προσφορά του νοσοκομείου. Τέλος, το ολικό κόστος του ασθενή είναι το κόστος που περιμένει από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς.

Ο ασθενής έχει να διαλέξει ανάμεσα από μία ποικιλία προσφορών. Θα τις αξιολογήσει με βάση κάποια κριτήρια που διαφέρουν ανά άτομο και θα αποφασίσει ποια προσφορά καλύπτει τις ανάγκες του. Η κάθε προσφορά του δίνει μία αξία που ανάλογα με τις προτιμήσεις του την αξιολογεί και επιλέγει αυτή που θα του δώσει μεγαλύτερη ολική αξία (Fournier & Glenmick, 1999).

Ως αποτέλεσμα αυτού, ένα νοσοκομείο ή οποιαδήποτε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνει μία εικόνα που να είναι όσο πιο κοντά στην πραγματικότητα αλλιώς μπορεί να σύντομα να απογοητευτεί το άτομο και να επιδιώξει να ψάξει για κάτι άλλο. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα υγείας όπου αναγκάζουν πολλούς να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Η στροφή αυτή πάντα θα εξαρτάται και από την οικονομική κατάσταση των ατόμων καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα δεν έχουν αρκετό εισόδημα προκειμένου να μπορέσουν να πληρώσουν περισσότερο προκειμένου να λάβουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

2.2 Κύκλος Ποιότητας

Πρώτο στάδιο στην εφαρμογή του ελέγχου ποιότητας «Quality Audit» είναι η ιδέα του «Κύκλου Ποιότητας» (Quality Cycle). Ο κύκλος ποιότητας αφορά μια ομάδα εργαζομένων από τον ίδιο χώρο εργασίας αλλά από διαφορετικές λειτουργίες. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τους Αμερικανούς «managers» προκειμένου να επιλυθούν εργασιακά προβλήματα. Αντίστοιχα, οι Ιάπωνες υιοθέτησαν την ιδέα αυτή, μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

και, επανερχόμενοι το 1970 στα πλαίσια της θεωρίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ισχυρίζονται ότι τέτοιες ομάδες εργαζομένων είναι υπεύθυνες για την ολική παραγωγικότητα, ιδέα που αποδέχθηκαν τελικά και οι Αμερικανοί (Μπινιώρας, 2008).

Με την πάροδο του χρόνου, η αποδοτικότητα των κύκλων ποιότητας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της χρησιμοποίησής τους σε διεθνές επίπεδο, ενώ κλειδί της επιτυχούς εφαρμογής τους είναι η θετική επικοινωνία μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων.

2.2.1 Κύκλοι Ποιότητας «Quality Control Cycles – QCC»

Οι κύκλοι ποιότητας είναι ομάδες εργαζομένων (συνήθως 6-12 στον αριθμό) μέλη του ίδιου οργανισμού αλλά διαφορετικών τμημάτων, οι οποίοι έχουν τακτικές συναντήσεις (συνήθως μια φορά την εβδομάδα) και στόχο την επίλυση προβλημάτων που βιώνουν στην εργασία τους και την εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας. Απαραίτητα, τα μέλη των ομάδων έχουν γνώσεις επίλυσης προβλημάτων ποιότητας, στατιστικού ποιοτικού ελέγχου και ομαδικής εργασίας. Στην ομάδα ηγείται ένας συντονιστής, ενώ τα μέλη της καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα των εργασιών που εκτελούνται στο χώρο που αντιπροσωπεύουν (Ovretveit, 1992). Προκειμένου οι ομάδες να θεωρηθούν επαρκείς, υπάρχει και η δυνατότητα πρόσληψης συμβούλων, οι οποίοι θεωρούνται ειδικοί. Η αμοιβή των μελών των ομάδων για συμμετοχή στα προγράμματα υποδείξεων- προτάσεων προς την ανώτερη διοίκηση είναι κυρίως αμοιβή αναγνώρισης και όχι οικονομική. Η ομάδα καλείται να αντιμετωπίσει ένα δεδομένο πρόβλημα και να αναπτύξει μια λύση. Τα αποτελέσματα της εργασίας της, η ομάδα τα παρουσιάζει στη διοίκηση, η οποία τα αποδέχεται. Τα αποτελέσματα των δράσεων δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα, που αποτελεί αφετηρία ενός νέου κύκλου ποιότητας (Μπινιώρας, 2008). Ο κύκλος της ποιότητας παρατίθεται στο κάτωθι σχήμα:

Σχήμα : Κύκλος της ποιότητας



Πηγή: Τούντας (2003)

Οι ισχυρισμοί Ιαπώνων και Αμερικανών για την αποτελεσματικότητα των κύκλων ποιότητας στην εφαρμογή των προτύπων ποιότητας είναι οι εξής: η αίσθηση της ικανοποίησης των αναγκών του εργαζομένου αποτελεί ισχυρό κίνητρο αποτελεσματικότητας που εξ' ορισμού βελτιώνει την ποιότητα. Οι κύκλοι ποιότητας ικανοποιούν τον εργαζόμενο επιτρέποντας τη συμμετοχή του στο διαδικασία λήψης αποφάσεων, έστω και αν το μέγεθος της συμμετοχής του εξαρτάται από το ανώτατο επίπεδο διοίκησης (Ovretveit, 1992). Ο τρόπος λειτουργίας των κύκλων ποιότητας όχι μόνον αποδεικνύεται αποδοτικός (κυρίως διότι τα μέλη αισθάνονται ασφάλεια με αποτέλεσμα να αποτελεί πρότυπο εφαρμογής ομάδων εργασίας), αλλά δημιουργεί και επιπλέον προβληματισμούς, η αντιμετώπιση των οποίων έχει ως αποτέλεσμα την ποιότητα όπως βελτίωση χώρου εργασίας, ασφάλεια και ηθική των εργαζομένων, εκπαίδευση προσωπικού, μείωση της μόλυνσης του περιβάλλοντος και μείωση κόστους.

Η εφαρμογή μεγάλου αριθμού κύκλων ποιότητας στην συνολική διαδικασία παραγωγής αυτοκινήτων απέδειξε αρκετές φορές ότι ένας από αυτούς ήταν υπεύθυνος για δραστική μείωση του κόστους (Η GM αποδέχεται ως αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας μείωση του κόστους κατά \$225.000 ετησίως) (Μπινιώρης, 2008).

2.3 Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου

Παγκόσμια ο χώρος της Υγείας χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας υγείας με ταυτόχρονη μείωση του κόστους. Ο ζωτικός στρατηγικός σχεδιασμός, που ακολουθεί η επιστήμη της Διοίκησης για την επίλυση του προβλήματος, είναι η θεωρία του «Management» της ποιότητας, η εφαρμογή της οποίας δίνει συνεχώς νέες μορφές απεικόνισης γνωστές ως έλεγχος ποιότητας «quality audit», βελτίωση ποιότητας - «quality improvement» κλπ (Σιγάλας, 1999).

Η αποτελεσματικότητα αυτής της προσπάθειας μπορεί να εκφρασθεί στις μετρήσεις της συνεχούς παρακολούθησης της Νοσοκομειακής μονάδας και της αξιολόγησής τους και απεικονίζεται από τη συσχέτιση στοιχείων γνωστών ως Δείκτες. Δείκτης αποκαλείται ένα χαρακτηριστικό ή ένα σύνολο από στοιχεία τα οποία είναι είτε εμπειρικά παρατηρήσιμα, είτε αριθμητικώς υπολογίσιμα και δίνουν μια δυνατότητα ανάλυσης αναγνώρισης και την ευχέρεια προσέγγισης του αποτελέσματος αυτής της προσπάθειας (Τούντας, 2003).

Η πληθώρα των δεδομένων στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας και οι δεδομένες σχέσεις αλληλοεπιδράσεων που χαρακτηρίζουν το χώρο, καθώς επίσης και η πληθώρα των χρηστών (εργαζομένων - ασθενών) τεκμηριώνουν ένα πολυπαραγοντικό προβληματισμό στην αξιολόγηση της ποιότητας, όπως για παράδειγμα η αντανάκλαση της ποιότητας της εφαρμοζόμενης ιατρικής δεοντολογίας σε άμεση σχέση «on-line» με την ιατρική απόφαση στο νοσοκομείο γενικά (Σκαλκίδης, 2000).

Με δεδομένη την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη ότι δείκτες υπάρχουν τόσο όσοι θα ήθελε κάποιος να έχει και προκειμένου να υπάρχει όσο το δυνατόν πληρέστερη και σαφή εικόνα της νοσοκομειακής μονάδας, οι δείκτες θα πρέπει να αναπτύσσονται σε ορισμένο πλαίσιο (Μπινιώρας, 2008):

Να σχετίζονται με τη νοσοκομειακή μονάδα συνολικά

Να σχετίζονται με τη διαχείριση ενός κλινικού τμήματος ειδικότερα

Να σχετίζονται με τον ασθενή

Να εξαρτώνται από το γιατρό-χρήστη

Να εξαρτώνται από το νοσηλευτή -χρήστη

Να εξαρτώνται από το διοικητικό-χρήστη

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί μια επιστημονικά αποδεκτή βάση δεδομένων στο χώρο της υγείας, η οποία να πηγάζει από τον καλά δομημένο Ιατρικό-Κλινικό Φάκελο που απαιτείται πλέον να είναι αυτοματοποιημένος (computerized) και προσανατολισμένος στον ασθενή και τις ανάγκες του (patient –oriented). Προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός λειτουργικότητας ή δυσλειτουργικότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας, προτείνονται οι ακόλουθοι δείκτες (Μπινιώρης, 2008).

Νοσοκομειακοί Δείκτες ποιότητας

Δείκτης Υπερκάλυψης κλινών: Μέσος αριθμός νοσηλείας σε κλίνη εκτός θαλάμου. Όσο ο δείκτης αυξάνει, η γενική εικόνα ποιότητας της νοσοκομειακής μονάδας γίνεται αρνητικότερη.

Δείκτης Μη Καταλληλότητας: Μέσος χρόνος νοσηλείας ασθενή σε ιατρικό τμήμα στο οποίο δεν ανήκει. Για παράδειγμα παθολογικός ασθενής σε χειρουργικό τμήμα, λόγω υπερκάλυψης των παθολογικών κλινών. Αυτό αναδεικνύει, εάν οι κλίνες του παθολογικού τμήματος έχουν ικανοποιητική ή όχι κατανομή των κλινών σε σχέση με τις χειρουργικές κλίνες.

Δείκτης αποδοτικότητας νοσηλευτικής μονάδας: Μέσος όρος πραγματοποίησης ιατρικών οδηγιών (π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων) από το χρονικό σημείο που εντέλλονται (ιατρικό αίτημα).

Δείκτης προσβασιμότητας: Πόσο καλά ένα Νοσοκομείο μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση και, κατά συνέπεια, εάν οι πηγές κόστους είναι επαρκείς και αν οι δραστηριότητες του νοσοκομείου κατανέμονται ορθολογικά.

Δείκτης Εξιτηρίων: Κατανομή διαγνώσεων μέσω των εξιτηρίων πορισμάτων. Για παράδειγμα Πόσο επί τοις εκατό των ασθενών ενός Αντικαρκινικού νοσοκομείου είναι πράγματι καρκινοπαθείς σε σχέση με την αρχική διάγνωση- εισαγωγή τους

Δείκτες που αφορούν το Νοσηλευτικό τμήμα

Το σύνολο σχεδόν των δεικτών που αφορούν τη Νοσοκομειακή μονάδα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και σε σχέση με κάθε κλινικό τμήμα χωριστά, αφού βέβαια θα απεικονίζουν τα σχετικά δεδομένα, π.χ. ο δείκτης υπερκάλυψης. Όπως αμφίδρομη σχέση θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έχει ο δείκτης προσβασιμότητας υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει ανάλογη δυνατότητα στη διαχείριση των πόρων από το Διευθυντή του τμήματος σε σχέση με το Διευθυντή του Νοσοκομείου. Μερικοί επιπλέον δείκτες που αφορούν τη λειτουργία του ιατρικού τμήματος είναι:

Δείκτης καθορισμού εισαγωγής: Σε ποιο βαθμό πραγματοποιείται από το τμήμα ο προκαθορισμένος χρόνος εισαγωγής λόγω π.χ. προγραμματισμένης χημειοθεραπείας.

Δείκτης κατάλληλης παραμονής: Εάν ο μέσος χρόνος παραμονής ανταποκρίνεται στον αντίστοιχα επιστημονικά αποδεκτό για το συγκεκριμένο νόσημα, σε σχέση με τον επίσης αποδεκτό συσχετισμό φαρμάκων για το νόσημα.

Δείκτης μέσης διάρκειας νοσηλείας: Αφορά τη ΜΔΝ του ασθενή σε σχέση με την επιστημονικά αποδεκτή ΜΔΝ για το νόσημα.

Δείκτης ιατρικών δραστηριοτήτων: Μέσος χρόνος, που παρεμβάλλεται από την εισαγωγή μέχρι την ιατρική παρέμβαση.

Δείκτης ροής ασθενών: Αναφέρεται στις μεταφορές των ασθενών μεταξύ των τμημάτων κατόπιν ιατρικής εντολής.

Όλοι οι δείκτες μπορούν αναλογικά να απεικονίζουν το σύνολο της νοσοκομειακής μονάδας παρά τις απόψεις, που εκφράζονται στη βιβλιογραφία.

Δείκτες που αφορούν τον Κλινικό Φάκελο

Δείκτες ποιότητας κλινικού φακέλου: Αναφέρονται κυρίως στο περιεχόμενο των κλινικών φακέλων ως πηγή πληροφοριών. Ειδικότερα:

Δείκτης πληρότητας: Κατά πόσο υπάρχει μέσα στον Ιατρικό φάκελο αιτία εισαγωγής, συμπληρωμένο κληρονομικό ιστορικό ή ιατρικό ημερολόγιο.

Δείκτης διαδικασίας αποφάσεων: Το ιατρικό ημερολόγιο όπου φαίνονται όλες οι ιατρικές αποφάσεις και η λογοδοσία των νοσηλευτών.

Δείκτης εξιτηρίου: Μετριέται από την παρουσία αιτίας εισαγωγής - θεραπευτικών διεργασιών - τελικής διάγνωσης και κλινικών συνθέσεων.

Δείκτες ποιότητας Μεθοδολογίας ιατρικού φακέλου

Οι δείκτες αυτοί φανερώνουν κατά πόσο εστιάζεται ο φάκελος στην επάρκεια και την αποδοτικότητα των ιατρικών πράξεων. Ειδικότερα, μετράνε την παρουσία αιτίας εισαγωγής, ύπαρξη λίστας προβλημάτων, διευκρίνιση ιατρικών αποφάσεων και έναν αριθμό κλινικών συνθέσεων που σχετίζονται με τα υπάρχοντα προβλήματα του ασθενούς:

Δείκτης ιατρικής αποδοτικότητας: Αφορά τους κανόνες και τις ιατρικές προτεραιότητες και την κλινική σοβαρότητα της ιατρικής πράξης.

Δείκτης επάρκειας της μεθοδολογίας: Διασταύρωση ιστολογικής διάγνωσης ή αυτοψίας και κλινική χρησιμότητα που συγκρίνει την κατάσταση του ασθενούς κατά την εισαγωγή και στο εξιτήριο σε σχέση με το βαθμό επίλυσης των προβλημάτων του.

Δείκτης αποτελεσματικότητας της μεθοδολογίας: Αφορά τα συνολικά και αναλυτικά κόστη και τις δραστηριότητες του προσωπικού.

Η αναλυτικότερη λοιπόν προσέγγιση των δεικτών τεκμηριώνει την ύπαρξη τριών βασικών παραγόντων που τους συνθέτουν: της ιατρικής νοσηλευτικής διεργασίας, της διοικητικής διεργασίας και της τεχνολογίας. Επίσης τεκμηριώνει τη δυνατότητα ανάπτυξης διοικητικών ευρύτερων διαδικασιών λειτουργικότητας, τη θετική ανάλυση κόστους / αποτελεσματικότητας (cost - effectiveness). Τέλος την αποσπασματική

ικανοποίηση των εν λόγω δεικτών, που είναι σίγουρο ότι δεν ικανοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους καθότι η ικανοποίηση του ενός θα μπορούσε να είναι σε βάρος άλλου και αυτό είναι το δύσκολο.

Κεφάλαιο 3. Αξιολόγηση συστημάτων υγείας και αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας.

3.1 Αξιολόγηση συστημάτων υγείας

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί μία επιμέρους μεθοδολογική προσέγγιση της γενικότερης αξιολόγησης του συστήματος υγείας και των ιατρικών φροντίδων. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της αξιολόγησης και τα βασικά μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιεί θα πρέπει να προηγηθούν της ανάλυσης της οικονομικής αξιολόγησης.

Σύμφωνα με τους Leger, Schieden και Walsworth-Bell (1992), αξιολόγηση είναι η κριτική εκτίμηση, με όσο το δυνατό αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το σύνολο ή το μέρος των υπηρεσιών (διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία) ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουν τεθεί. Ο Holland (1983), ορίζει την αξιολόγηση ως τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της αποδοχής των σχεδιασμένων παρεμβάσεων που συμβάλουν στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αξιολόγηση είναι μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Πρέπει να βασίζεται σε πληροφορίες που απαιτήθηκαν από την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών, των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης και από την εκτίμηση της αποδοτικότητας των δραστηριοτήτων του προγράμματος, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και την επίδραση στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού (Σούλης, 1999).

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ή των προγραμμάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί σε τέσσερα διαφορετικά στάδια (Γεωργούση, Κυριόπουλος 1992):

εκτίμηση των προσφερόμενων πόρων,

ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχονται και καταναλώνονται,

ποιοτική εκτίμηση των υπηρεσιών αυτών,

εκτίμηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας από την επίδραση των αξιολογούμενων υπηρεσιών ή προγραμμάτων. Συνήθως με τη μελέτη της θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού, για μακρές χρονικές περιόδους, αποτιμάται η βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού στόχου (Σούλης, 1999).

3.2 Αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας

Συνοπτικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ύπαρξη κατάλληλων μεθόδων μέτρησης της υγείας συμβάλλει στον αποτελεσματικό σχεδιασμό προγραμμάτων και στρατηγικών για την υγεία. Η ύπαρξη πληροφοριών αποτελεί βασικό συστατικό, σε όλα τα στάδια σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προώθηση, την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας. Χωρίς την ύπαρξη στοιχείων, δεν μπορεί να γίνει καθορισμός στόχων, προτεραιοτήτων, να εντοπιστούν οι υπάρχουσες ανάγκες υγείας, αλλά ούτε και να αξιολογηθούν κατόπιν οι παρεμβάσεις που έγιναν με την χρήση των στοιχείων αυτών ως δεδομένων αναφοράς (baseline data). Επίσης στον καταμερισμό των πόρων και την αιτιολόγηση αυτών. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί μία παρέμβαση, ή να αναπτυχθεί μία νέα υπηρεσία υγείας, είναι απαραίτητη η ύπαρξη επαρκών πόρων. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα επίπεδα υγείας ενός πληθυσμού, ή τα χαρακτηριστικά του δεν μπορούν αφενός να διεκδικήσουν τους απαραίτητους πόρους και αφετέρου να δικαιολογήσουν την αναγκαιότητα χορήγησης τους. Στην ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας. Η ύπαρξη κατάλληλων μεθοδολογιών μέτρησης της υγείας, αποτελεί βασικό μοχλό για την ανάπτυξη των επαγγελματιών που προάγουν και προστατεύουν την υγεία, καθώς με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει εμφανής η αποτελεσματικότητα του έργου τους. Με την ύπαρξη στοιχείων που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους δικαιολογείται η επένδυση στην

πρόληψη, την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ανάπτυξη μεθοδολογιών που μετρούν την υγεία, είναι καθοριστικής σημασίας (Δαρβίρη, 2007).

Μέθοδοι μέτρησης της υγείας

Ο τρόπος που καθορίζεται και αντιλαμβάνεται η έννοια της υγείας, επηρεάζει αντιστοίχως και τις μεθοδολογίες που αναπτύσσονται για την μέτρηση αυτής. Έτσι εάν η υγεία αντιλαμβάνεται ως η απουσία νόσου, τότε αξιοποιούνται μέθοδοι που μετρούν την έκταση των νοσημάτων, και τα αποτελέσματά τους χρησιμοποιούνται αντίθετα, για να δείξουν τα επίπεδα υγείας. Από την άλλη πλευρά, εάν η υγεία αντιλαμβάνεται ως μία θετική έννοια, αναπτύσσονται άλλες μέθοδοι που καλούνται να μετρήσουν όλες τις διαστάσεις αυτής (Δαρβίρη, 2007).

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέθοδοι που προκύπτουν κυρίως από την επιστήμη της επιδημιολογίας. Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και την εξέλιξη των διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον πληθυσμό, καθώς και τους παράγοντες που τα διαμορφώνουν ή τα επηρεάζουν. Στα πλαίσια της προαγωγής και της προστασίας της υγείας, οι επαγγελματίες μπορούν να αξιοποιήσουν επιδημιολογικά δεδομένα, προκειμένου να εντοπίσουν προβλήματα υγείας σε έναν πληθυσμό, να αναγνωρίσουν ομάδες υψηλού κινδύνου, αλλά και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των διάφορων προληπτικών μέτρων και υπηρεσιών. Οι κυριότεροι επιδημιολογικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των επιπέδων υγείας ενός πληθυσμού, είναι οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα οι δείκτες θνησιμότητας, αξιοποιούνται και καταγράφονται για περισσότερα από 100 χρόνια, με αξιόπιστο τρόπο. Οι δείκτες αυτοί απεικονίζουν την επίπτωση του θανάτου και εκφράζονται με διαφορετικούς τρόπους, καθώς εκτός από τον αδρό, ή γενικό δείκτη θνησιμότητας, υπάρχουν και ειδικοί δείκτες, κατά γένος, κοινωνική τάξη και αιτία θανάτου. Επίσης υπάρχουν ειδικοί δείκτες που αφορούν στην βρεφική θνησιμότητα, έναν πολύ σημαντικό δείκτη, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως όταν γίνονται συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων χωρών,

καθώς μπορεί να δώσει μία εικόνα και για την γενική υγεία του πληθυσμού, για την κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και την προσφορά υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Τέλος σημαντικός δείκτης ο οποίος αποτελεί έναν ειδικό δείκτη θνησιμότητας σε σχέση με την ηλικία είναι ο δείκτης του προσδόκιμου επιβίωσης, ο οποίος δείχνει τον μέσο όρο διάρκειας της ζωής. Ένα σημαντικό μειονέκτημα των δεικτών θνησιμότητας, είναι ότι δίνουν στοιχεία μόνο για νοσήματα τα οποία είναι θανατηφόρα. Ούτε θα πρέπει να παραβλέπεται ότι ενώ οι δείκτες αυτοί είναι πολύ ακριβείς αναφορικά με τον αριθμό των θανάτων, και την ηλικία, και έτσι μπορούν με απόλυτη σιγουριά να χρησιμοποιηθούν, δεν είναι εξίσου ισχυροί, σε σχέση με την αιτία θανάτου. Αυτό συμβαίνει γιατί τα πιστοποιητικά θανάτου, στα οποία καταγράφεται η αιτία, προκύπτουν κατόπιν της διάγνωσης των ιατρών, η οποία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ατομική τους κρίση. Μερικές φορές, η διάγνωση είναι εύκολη και απλή, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ο καθορισμός δεν είναι εξίσου εύκολος (Δαρβίρη, 2007).

Όπως ήδη ελέχθη, οι δείκτες θνησιμότητας, δεν μπορούν να δώσουν στοιχεία αναφορικά με την ανικανότητα, το αίσθημα πόνου και δυσφορίας, καθώς καταγράφουν μόνο την επίπτωση του θανάτου. Τέτοιες πληροφορίες όμως μπορούν να δώσουν οι δείκτες νοσηρότητας. Υπάρχουν δύο βασικά είδη δεικτών. Ανάλογα με το αν εκφράζουν τη συχνότητα μίας κατάστασης, σε μία ορισμένη χρονική στιγμή (δείκτης επιπολασμού), ή τη συχνότητα επέλευσης ενός γεγονότος σε μία χρονική περίοδο ορισμένης διάρκειας (δείκτης επίπτωσης). Έτσι ο δείκτης επιπολασμού δείχνει τον αριθμό των ατόμων με ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ή μία κατάσταση σε μία ορισμένη χρονική στιγμή, Π.χ το 2005 30% του πληθυσμού ήταν καπνιστές. Αντίστοιχα ο δείκτης επίπτωσης δείχνει τον αριθμό των ατόμων που ανέπτυξαν μία νόσο μέσα σε μία ορισμένη χρονική περίοδο, για απράδειγμα το 2005 υπήρχαν 5.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχει ένα πλήθος πηγών για την απόκτηση δεδομένων αναφορικά με τη νοσηρότητα. Ανάμεσα σε αυτές σημαντικά είναι τα αρχεία των νοσοκομείων, τα αρχεία αναφορικά με τις μέρες αδείας από την εργασία για λόγους ασθένειας, από την διενέργεια ειδικών ερευνών, από τα αρχεία καταγραφής λοιμωδών νοσημάτων, από τα αρχεία καταγραφής συγκεκριμένων

νοσημάτων, όπως ο καρκίνος ή συγκεκριμένων αναπηριών κτλ (Δαρβίρη, 2007).

Η επιδημιολογία, αποτελεί πολύτιμο αρωγό στην κατανόηση της υγείας, καθώς βοηθάει στην απεικόνιση του βαθμού ενός προβλήματος, αναδεικνύει την αιτιολογία μίας κατάστασης, την ιστορική της εξέλιξη, τις σχέσεις που διέπουν διάφορους παράγοντες και την κακή υγεία, και ως εκ τούτου, επιτρέπει τον υπολογισμό κινδύνου, αλλά και την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων. Για τον λόγο τούτο οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις μεθόδους της, αλλά και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους.

Ωστόσο, όλες οι ως άνω μέθοδοι μετρούν την υγεία με βάση την νόσο και την αρρώστια, και όχι απευθείας, δείχνοντας από την μία, ότι ο ορισμός της υγείας εξακολουθεί να επηρεάζεται τεχνικά από την απουσία νόσου, και από την άλλη, το πόσο επικεντρωμένη είναι η επιστήμη στην νόσο, και όχι στην υγεία. Για τον λόγο αυτό έχει καταβληθεί προσπάθεια να αναπτυχθούν άλλες μέθοδοι οι οποίες μετρούν την υγεία άμεσα.

Στις μεθόδους αυτές εντάσσονται οι ακόλουθες προσεγγίσεις (Δαρβίρη, 2007):

1. Μέτρα υγείας. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται δεδομένα αναφορικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, όπως το βάρος, το ύψος, η στοματική υγεία.

2. Δείκτες συμπεριφοράς υγείας. Συμπεριφορές όπως η χρήση υπηρεσιών υγείας, η διατροφή, η φυσική άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση καπνού, η λήψη ναρκωτικών ουσιών, και η ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα, ελέγχονται και γίνεται καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων σχετικά με αυτές, ώστε να περιγραφούν διάφοροι πληθυσμοί, ή ακόμα να γίνουν συγκρίσεις, με άλλους πληθυσμούς. Από τα δεδομένα αυτά, αναφορικά με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής, προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τα επίπεδα υγείας.

3. Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες. Η αναγνώριση ότι το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο ενός ατόμου, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες υγείας, οδήγησε στην χρήση ανάλογων

δεικτών, προκειμένου να γίνονται εκτιμήσεις για τα επίπεδα υγείας των πληθυσμών. Η μόρφωση, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, ο τόπος κατοικίας, αποτελούν παραμέτρους που μελετώνται στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής. Ο πλούτος και η κατανομή αυτού αποτελεί βασική παράμετρο σε πολλές έρευνες από τις οποίες προκύπτει, ότι χώρες οι οποίες εμφανίζουν μεγάλες ανισότητες κατανομής του πλούτου έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας.

4. Περιβαλλοντικοί δείκτες. Το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της υγείας των πληθυσμών. Συνεπώς, η συλλογή δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα του νερού, του αέρα, την κατοικία μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με τα επίπεδα υγείας ενός πληθυσμού.

Όλοι οι παραπάνω δείκτες μπορούν να αξιοποιηθούν συνδυαστικά, προκειμένου να υπάρξει μία πιο σαφής εικόνα του επιπέδου και της κατάστασης του γενικού πληθυσμού. Επιπροσθέτως υπάρχει η δυνατότητα να μελετηθούν συγκεκριμένες ομάδες, γεωγραφικές περιοχές κτλ., ώστε να γίνουν συγκρίσεις με άλλους ανάλογους πληθυσμούς. Όλοι οι ως άνω δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης από τα άτομα που χαράσσουν πολιτικές υγείας, για να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι υγείας, οι οποίοι θα αναβαθμίζουν την υγεία και θα ανταποκρίνονται στις υπάρχουσες ανάγκες. Τέλος, εκτός των προαναφερθέντων δεικτών, η μέτρηση της πρόθεσης των ατόμων να αλλάξουν στάση και συμπεριφορά, υιοθετώντας έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά και ο βαθμός πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης τους στα θέματα υγείας, έχει προταθεί ως ένα ακόμη σημαντικό μέτρο, στην προσπάθεια μέτρησης της θετικής υγείας.

Όλοι οι προαναφερθέντες δείκτες, αντιμετωπίζουν την υγεία, ως μία έννοια αντικειμενικά μετρήσιμη. Ωστόσο δεν πρέπει να παραβλέπεται, ότι στην υγεία και οι υποκειμενικές αναφορές έχουν μεγάλη σημασία, καθώς η υγεία σε κάποιο βαθμό βιώνεται και εκφράζεται από τα άτομα, μέσα από ένα προσωπικό φίλτρο, και συνεπώς ενέχει και υποκειμενικό χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί και προταθεί και κάποιες άλλες μέθοδοι μέτρησης της υγείας, οι οποίες βασίζονται στην υποκειμενική αναφορά.

Αυτές οι μέθοδοι διακρίνονται σε 4 βασικές κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα (Δαρβίρη, 2007):

1. Μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας της ζωής. Ο όρος ποιότητα ζωής θεωρείται ότι περιλαμβάνει τις ευρύτερες εκφάνσεις της υγείας, και αποβλέπει στην αξιολόγηση συγκεκριμένων αντικειμενικών καταστάσεων σχετιζόμενων με την ζωή, αλλά και την υποκειμενική αξιολόγηση αυτών των καταστάσεων. Τα μεθοδολογικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για να μετρήσουν την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν 4 βασικές διαστάσεις αυτής. Την ψυχολογική διάσταση (π.χ. διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη), την κοινωνική (π.χ. κατά πόσο το άτομο συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες), την εργασιακή (π.χ. η ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει επαγγελματικές ή άλλες μη έμμισθες εργασίες) και την σωματική (π.χ. ποιότητα του ύπνου, ιατρικό ιστορικό). Οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας ζωής, έχουν ιδιαίτερα αξιοποιηθεί στην έρευνα, για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Πολύ γνωστοί δείκτες που διερευνούν και την ποιότητα ζωής είναι τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Χρόνια Ζωής (Quality Adjusted Life Years) και τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Quality Life Years).

2. Μέθοδοι μέτρησης σωματικής καλής υγείας και λειτουργικότητας. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα ερωτηματολόγια, προκειμένου να διαπιστωθούν τα επίπεδα λειτουργικότητας των ατόμων, δηλαδή κατά πόσο μπορούν να εκτελούν καθημερινές εργασίες, όπως την ατομική τους καθαριότητα, τη μετακίνησή τους, εργασίες στο σπίτι κτλ. Υπάρχουν ωστόσο και άλλα εργαλεία, τα οποία περιλαμβάνουν περισσότερες κατηγορίες διερεύνησης της σωματικής υγείας.

3. Μέθοδοι μέτρησης της ψυχολογικής καλής υγείας. Τα εργαλεία που αναπτύσσονται σε αυτή την κατηγορία μετρούν την απουσία ή την παρουσία συμπτωμάτων που συνδέονται με την ψυχολογική υγεία, όπως η κατάθλιψη, το στρες, το άγχος. Επιπροσθέτως, έχουν αναπτυχθεί κλίμακες οι οποίες προσπαθούν να διερευνήσουν έννοιες όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευτυχία, η αυτό-εκτίμηση και ο βαθμός ελέγχου, έννοιες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην θωράκιση του οργανισμού κατά των ψυχολογικών διαταραχών.

4. Μέθοδοι μέτρησης κοινωνικής υγείας. Η κοινωνική διάσταση της υγείας, αποτελεί μία από τις προσεγγίσεις που τα τελευταία χρόνια, έχει αναδειχθεί ως εξαιρετικής σημασίας, για την ολιστική κατανόηση του φαινομένου υγείας. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης έχουν αντιστοίχως αναπτυχθεί, διάφορα εργαλεία μέτρησης των εκφάνσεων της κοινωνικής υγείας. Έτσι υπάρχουν εργαλεία που διερευνούν την ποσότητα και την ποιότητα των κοινωνικών δικτύων, την κοινωνική συμμετοχή, και την κοινωνική υποστήριξη. Έννοιες όπως το κοινωνικό κεφάλαιο και το αίσθημα του ανήκειν, επίσης μελετώνται ευρέως, καθώς όπως καταδεικνύει, ένα πλήθος μελετών, οι έννοιες αυτές φαίνεται να συνδέονται με την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα των πληθυσμών.

Η ανάπτυξη των υποκειμενικών μέτρων για την μέτρηση της καλής υγείας έχει βασιστεί σε μεγάλο βαθμό στην εργασία των Andrews & Withey, οι οποίοι διερεύνησαν την έννοια αυτή τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, αναπτύσσοντας μερικές από τις διαδεδομένες κλίμακες.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να τονιστεί ότι η προσπάθεια να μετρηθεί η υγεία, αποτελεί μία διαδικασία δύσκολη, πολύ δυσκολότερη από το να μετρηθεί η αρρώστια, ωστόσο είναι απολύτως απαραίτητη, καθώς συμβάλλει σε όλα τα στάδια των δραστηριοτήτων της προαγωγής υγείας, στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση.

Όπως προέκυψε από όλα τα προαναφερθέντα, υπάρχει μία πληθώρα μεθόδων που μπορούν να αξιοποιηθούν, μέθοδοι που βασίζονται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα, μέθοδοι που βασίζονται σε δεδομένα που έχουν ήδη συλλεχθεί και μέθοδοι που απαιτούν νέα συλλογή. Αν και ακόμη οι ειδικοί δεν έχουν καταλήξει στο ποια μέθοδος είναι οι καλύτερη, ωστόσο επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέγουν την προσφορότερη, εκείνη δηλαδή, που ανταποκρίνεται στους σκοπούς για τους οποίους γίνεται η μέτρηση (Δαρβίρη, 2007).

3.3 Οικονομική αξιολόγηση

Η οικονομική ανάλυση έχει δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Αρχικά ασχολείται με τις εισροές και με τις εκροές, οι οποίες μερικές φορές αποκαλούνται «κόστη» και «αποτελέσματα», των δραστηριοτήτων. Ελάχιστοι θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν συγκεκριμένο τίμημα για ένα πακέτο, τα περιεχόμενα του οποίου θα ήταν άγνωστα. Αντιστρόφως, ελάχιστοι θα αποδέχονταν ένα πακέτο, ακόμα κι αν τα περιεχόμενά του ήταν γνωστά και επιθυμητά, μέχρι να μάθουν το σχετικό τίμημα. Και στις δύο περιπτώσεις, εκείνο που μετράει για κάποιον είναι η σύνδεση κόστους-αποτελέσματος (Drummond et al., 2002:27).

Στη συνέχεια, η οικονομική ανάλυση αφορά επιλογές. Επειδή οι πόροι σπανίζουν, άρα είναι αδύνατον να παραχθούν όλες οι επιθυμητές εκροές (ακόμα και δραστικές θεραπείες), είναι απαραίτητο να γίνονται επιλογές σε κάθε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι επιλογές αυτές γίνονται βάσει πολλών κριτηρίων, τα οποία μερικές φορές δηλώνονται ρητά, συχνότερα όμως υπονοούνται. Η οικονομική ανάλυση σκοπεύει να εντοπίσει και να εκφράσει με σαφήνεια ένα σύνολο από κριτήρια, τα οποία μπορεί να φανούν χρήσιμα προκειμένου να επιλεγούν οι διαφορετικές χρήσεις για τις οποίες θα διατεθούν οι σπάνιοι πόροι (Drummond et al., 2002:27).

Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά της οικονομικής ανάλυσης ορίζουν την οικονομική αξιολόγηση ως συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών μεθόδων δράσης, με βάση τα κόστη και τα αποτελέσματά τους. Συνεπώς, η κύρια αποστολή κάθε οικονομικής αξιολόγησης είναι να εντοπίσει, να μετρήσει, να αποτιμήσει και να συγκρίνει τα κόστη και τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής λύσης που εξετάζεται. Τα παραπάνω χαρακτηρίζουν όλες τις μορφές οικονομικής αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένων και όσων αφορούν τις υπηρεσίες υγείας.

Για την ακρίβεια, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα δύο αυτά γνωρίσματα της οικονομικής ανάλυσης, για να γίνει διάκριση ανάμεσα σε διάφορες περιπτώσεις αξιολόγησης (Drummond et al., 2002).

Χαρακτηριστική μελέτη της περιγραφής κόστους – έκβασης είναι η μελέτη των Reynell και Reynell (1972) περί μονάδων νοσηλείας στεφανιαίας νόσου. Οι συγγραφείς παρουσίασαν δεδομένα για το κόστος μιας τέτοιας μονάδας και παρέθεσαν εκτίμηση του πιθανού αριθμού από ζωές που σώθηκαν. Ωστόσο, δεν αποπειράθηκαν να συγκρίνουν τα κόστη και τα αποτελέσματα της μονάδας νοσηλείας στεφανιαίας νόσου με κάποια εναλλακτική λύση ή με την ισχύουσα κατάσταση.

Στις περισσότερες οικονομικές αξιολογήσεις, ο εντοπισμός των διάφορων ειδών κόστους και η επακόλουθη μέτρησή τους με χρηματικούς όρους γίνεται με παρόμοιο τρόπο. Ωστόσο, η φύση των συνεπειών, οι οποίες απορρέουν από τις εξεταζόμενες εναλλακτικές λύσεις, ενδέχεται να διαφέρει σημαντικά (Drummond et al., 2002).

Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους χρησιμοποιείται στην περίπτωση όπου εναλλακτικά προγράμματα ή εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι καταλήγουν στα ίδια ή παρόμοια αποτελέσματα. Από τη στιγμή που οι εναλλακτικές θεραπείες έχουν κοινό αποτέλεσμα, τότε η επιλογή γίνεται μεταξύ της λύσης με το μικρότερο κόστος. Επιλέγεται δηλαδή απλά η οικονομικότερη λύση (Σούλης, 1999:336).

Έστω ότι συγκρίνονται δύο προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν ελαφρές χειρουργικές επεμβάσεις για ενήλικους. Και τα δύο προσφέρουν την επιθυμητή έκβαση, ενώ η εξέταση των δεδομένων αποτελεσματικότητας δεν δείχνει ότι διαφέρουν από κάποια άλλη άποψη. Απλώς το ένα προϋποθέτει εισαγωγή σε νοσοκομείο για τουλάχιστον ένα βράδυ, ενώ το άλλο (πρόγραμμα αυθημερόν επέμβασης) όχι. Αν προσδιοριζόταν η κοινή επιθυμητή έκβαση -επεμβάσεις με επιτυχή ολοκλήρωση-, τότε καθένα από τα προγράμματα μπορεί να την επιτύχει στον ίδιο βαθμό (δηλαδή, ο αριθμός των επεμβάσεων είναι ο ίδιος), αν και με διαφορετικό κόστος. Στην περίπτωση αυτή, η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί, ουσιαστικά, αναζήτηση της εναλλακτικής λύσης με το χαμηλότερο κόστος. Τέτοιου είδους αναλύσεις αποκαλούνται αναλύσεις ελαχιστοποίησης κόστους. Μπορεί, επίσης, να

ενδιαφέρει η κατανομή κάθε κόστους (σε ποιο βαθμό το πρόγραμμα αυθημερόν επέμβασης μεταθέτει κόστος στον ασθενή), όμως η κύρια σύγκριση αποτελεσματικότητας θα γίνει με βάση το κόστος ανά χειρουργική μέθοδο (Drummond et al., 2002).

Δύο παραδείγματα μελετών, οι οποίες ασχολούνται με τις επιλογές στο πλαίσιο των ελαφρών χειρουργικών επεμβάσεων, είναι αυτές του Rusell και συν. περί αυθημερόν επεμβάσεων για κήλη και αιμορροΐδες και του Waller και συν. περί σαρανταοκτάωρης μετεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο, ύστερα από αγωγή για τη θεραπεία βουβωνικής κήλης ή κισμών. Και στις δύο περιπτώσεις συγκρίθηκε η εναλλακτική λύση της σύντομης παραμονής με την καθιερωμένη νοσηλεία εντός του νοσοκομείου. Παράδειγμα μελέτης ελαχιστοποίησης κόστους, η οποία ασχολείται με ένα διαφορετικό ζήτημα φροντίδας υγείας, είναι εκείνη του Fenton και συν., όπου συγκρίνεται η κατ' οίκον περίθαλψη των ψυχικά ασθενών ατόμων με την περίθαλψή τους σε νοσοκομεία (Drummond et al., 2002).

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (CMA) αποτελεί ιδιαίτερη μορφή ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, στο πλαίσιο της οποίας αποδεικνύεται ότι τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής θεραπείας, η οποία συγκρίνεται, είναι ισοδύναμα (Drummond et al., 2002).

Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας

Έστω ότι κάποιος μελετά την παράταση της ζωής ύστερα από νεφρική ανεπάρκεια και ότι συγκρίνει κόστη και αποτελέσματα από την αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο σε σχέση με τη μεταμόσχευση νεφρού. Στην περίπτωση αυτή, η επιθυμητή έκβαση -τα έτη ζωής που κερδίζονται- είναι κοινή και στα δύο προγράμματα. Ωστόσο, κάθε πρόγραμμα μπορεί να δίνει αυτή την έκβαση με διαφορετικό βαθμό επιτυχίας, αλλά και με διαφορετικό κόστος. Συνεπώς, δεν θα στραφεί αυτομάτως προς το πρόγραμμα με το χαμηλότερο κόστος, εκτός αν οδηγούσε σε μεγαλύτερη παράταση της ζωής. Κανονικά, όταν θα συγκριθούν αυτές οι εναλλακτικές λύσεις, θα υπολογιστεί η παράταση της ζωής και θα συγκριθεί το κόστος ανά μονάδα

αποτελέσματος (δηλαδή, το κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής) (Drummond et al., 2002).

Τέτοιου είδους αναλύσεις, όπου τα κόστη σχετίζονται με ένα μοναδικό, κοινό αποτέλεσμα, το μέγεθος του οποίου ενδέχεται να διαφέρει από πρόγραμμα σε πρόγραμμα, αποκαλούνται συνήθως αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας. Τα πορίσματα από τέτοιου είδους συγκρίσεις μπορεί να διατυπώνονται είτε με όρους κόστους ανά μονάδα αποτελέσματος, είτε με όρους αποτελέσματος ανά μονάδα κόστους (κερδισμένα έτη ζωής ανά δολάριο). Η δεύτερη αυτή μέθοδος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν εργάζεται κανείς με δεδομένο εισοδηματικό περιορισμό, εφόσον οι εξεταζόμενες εναλλακτικές λύσεις δεν ανήκουν σε ριζικά διαφορετική κλίμακα (Donaldson και Shackley 1997).

Επιπλέον, μολονότι οι εναλλακτικές λύσεις είναι παρεμφερείς, με την έννοια ότι θα μπορούσαν και οι δύο να θεωρηθούν παραλλαγές ενός συνολικού προγράμματος θεραπείας των νεφρών, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας μπορεί να διεξαχθεί για κάθε εναλλακτική λύση, με κοινό αποτέλεσμα. Άρα, η μεταμόσχευση νεφρού θα μπορούσε να συγκριθεί με την εγχείριση καρδιάς (ή ακόμα και με τη θέσπιση νομοθεσίας για υποχρεωτική χρήση κράνους από τους ποδηλάτες), εφόσον το κοινό επιθυμητό αποτέλεσμα ήταν τα έτη ζωής που κερδίζονται. Παρομοίως, το πρόγραμμα εμβολιασμού για τη γρίπη θα μπορούσε να συγκριθεί με ένα πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας (ή ακόμα και με ένα κοινοτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε ζητήματα ασφάλειας), εφόσον θα ήταν δυνατόν να εντοπιστεί κοινό επιθυμητό αποτέλεσμα, ενδεχομένως η αποφυγή ημερών ανικανότητας προς εργασία.

Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει πολλά παραδείγματα ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Η Ludbrook (1981) παρέθεσε έναν υπολογισμό αποτελεσματικότητας-κόστους για τις διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Επιπλέον, αρκετές μελέτες συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα κόστους κάποιων δράσεων, οι οποίες δεν παράγουν άμεσα αποτελέσματα όσον αφορά στην υγεία, αλλά επιτυγχάνουν άλλους κλινικούς στόχους, οι οποίοι μπορούν σαφώς να συνδεθούν με τη βελτίωση της έκβασης για τον ασθενή. Ο Hull και συν. (1981) συνέκρινε στρατηγικές

για τη διάγνωση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, με βάση το κόστος ανά εντοπιζόμενη περίπτωση. Παρομοίως, ο Logan και συν. (1981) συνέκρινε τη φροντίδα για τους υπερτασικούς στον χώρο εργασίας με την παραδοσιακή (στο ιατρείο του ιατρού), με βάση το κόστος ανά mm Hg πτώσης της διαστολικής πίεσης του αίματος, η οποία επιτυγχάνεται.

Ανάλυση κόστους-οφέλους

Πολλές φορές δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι τα αποτελέσματα εναλλακτικών προγραμμάτων είναι πανομοιότυπα. Επιπλέον, συχνά δεν μπορούμε να μεταφέρουμε τις επιθυμητές εκβάσεις σ' ένα ενιαίο αποτέλεσμα, το οποίο να είναι κοινό για κάθε εναλλακτική λύση. Μπορεί να ενδιαφερόμαστε για αποτελέσματα τα οποία, παρότι είναι κοινά σε κάθε εναλλακτική λύση, είναι πολλαπλά. Ή μπορεί να προσδιορίσουμε απλά ή πολλαπλά αποτελέσματα, τα οποία να μην είναι κοινά σε κάθε εναλλακτική λύση. Η πρώτη περίπτωση καθίσταται σαφής αν εκτός από την αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο και τη μεταμόσχευση νεφρού, συμπεριληφθεί και η αιμοκάθαρση κατ' οίκον, ή εκτός από τα έτη ζωής που κερδίζονται, να συμπεριληφθούν ως επιθυμητά αποτελέσματα η ποιότητα ζωής (πιθανώς μετρημένη με βάση τα περιστατικά διατάραξης του οικογενειακού βίου) και η συχνότητα εμφάνισης ιατρικών επιπλοκών. Προκειμένου να διεξαχθεί η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, πρέπει να υπολογισθούν οι δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας για τρία αποτελέσματα. Στην περίπτωση που κάποια εναλλακτική λύση δεν είναι σαφώς επικρατέστερη και με τα τρία κριτήρια, πρέπει είτε να καθορισθεί (σιωπηρά ή ρητά) ένα κύριο αποτέλεσμα, με βάση το οποίο θα γίνει η σύγκριση, είτε να ανακαλυφθεί μια μέθοδος με την οποία θα συνδυάσουμε τα πολλαπλά κοινά αποτελέσματα σε έναν κοινό παρονομαστή (Drummond et al., 2002).

Η ανάγκη να υπάρχει κοινός παρονομαστής, προκειμένου να μετρηθούν οι συνέπειες από κάθε εναλλακτική λύση, γίνεται εμφανέστερη στο ακόλουθο παράδειγμα. Έστω ότι προσπαθούμε να συγκρίνουμε ένα πρόγραμμα για την εξέταση της υπέρτασης, το οποίο αποσκοπεί στην πρόληψη των πρόωρων θανάτων, με ένα πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της γρίπης,

το οποίο αποσκοπεί στην αποτροπή της ανικανότητας προς εργασία. Εδώ, η επιθυμητή έκβαση διαφέρει από τη μία εναλλακτική λύση στην άλλη. Συνεπώς, είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί ουσιαστική σύγκριση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις, όπου χρειαζόμαστε έναν κοινό παρονομαστή, ο οποίος θα βοηθήσει να συγκρίνουμε τις εκβάσεις, συχνά οι αναλυτές προσπαθούν να υπερβούν την εξέταση αυτών καθαυτών των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και να συνδέσουν το σύνολο των αποτελεσμάτων, τα οποία προκύπτουν από μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, με μια μονάδα μέτρησης της αξίας του. Μια τέτοια μονάδα μέτρησης είναι το χρήμα. Προκειμένου, μάλιστα, να διευκολυνθεί η σύγκριση του κόστους κάθε προγράμματος, συχνά τα αποτελέσματα από μια υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα εκφράζονται με βάση τα χρηματικά τους οφέλη. Αυτό, βέβαια, προϋποθέτει ότι αποτελέσματα όπως οι μέρες ανικανότητας προς εργασία που αποφεύχθηκαν, τα κερδισμένα έτη ζωής, οι ιατρικές επιπλοκές που αποφεύχθηκαν (ακόμα και οι περιπτώσεις διατάραξης του οικογενειακού βίου που αποφεύχθηκαν), πρέπει να μετατραπούν σε αντίστοιχα χρηματικά οφέλη. Αυτό το έργο δεν είναι πάντα εύκολο, ανάλογα όμως με το είδος του αποτελέσματος, μερικές φορές είναι και σκόπιμο και εφικτό να γίνει μια προσπάθεια. Οι αναλύσεις, οι οποίες μετρούν με χρηματικούς όρους τόσο τα κόστη όσο και τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής λύσης, ονομάζονται αναλύσεις κόστους-οφέλους. Τα πορίσματα τέτοιου είδους αναλύσεων μπορεί να εκφράζονται είτε με τη μορφή ενός λόγου χρηματικού κόστους προς χρηματικό όφελος είτε ως απλό άθροισμα (πιθανώς με αρνητικό πρόσημο), το οποίο αντιπροσωπεύει το καθαρό όφελος (πιθανώς ζημία) από ένα πρόγραμμα σε σχέση με κάποιο άλλο (Drummond et al., 2002).

Η ανάλυση κόστους-οφέλους (CBA) παρέχει πληροφόρηση σχετικά με το απόλυτο όφελος από τα προγράμματα, μαζί με πληροφορίες για τη σχετική τους απόδοση. Δηλαδή, η ανάλυση κόστους-οφέλους προσφέρει μια εκτίμηση για την αξία των πόρων που αναλώνει κάθε πρόγραμμα, σε σύγκριση με την αξία των πόρων τους οποίους θα μπορούσε να εξοικονομήσει ή να δημιουργήσει. Αυτή η θεώρηση της ανάλυσης κόστους-

οφέλους βασίζεται στη σιωπηρή υπόθεση ότι κάθε πρόγραμμα συγκρίνεται με μια εναλλακτική λύση απραξίας, η οποία δεν συνεπάγεται ούτε κόστη ούτε οφέλη. Στην πράξη, ωστόσο, οι αναλύσεις κόστους-οφέλους συχνά ισοδυναμούν με σύγκριση εκείνων των στοιχείων κόστους που μπορούν εύκολα να εκφραστούν με χρηματικούς όρους, άρα ελάχιστες δημοσιευμένες αναλύσεις μπορούν να αποβλέπουν σ' αυτό τον ευρύτερο ρόλο. Επίσης, ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις όπου δεν γίνεται απολύτως τίποτα για να αντιμετωπιστεί ένα δεδομένο πρόβλημα υγείας, άρα στις περισσότερες αναλύσεις κόστους-οφέλους ακόμα και η υπονοούμενη εναλλακτική λύση της απραξίας συνδέεται με κάποια κόστη και οφέλη.

Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας βασίζεται εξ αρχής στη σιωπηρή υπόθεση ότι δεν υπάρχει βιώσιμη εναλλακτική λύση που να βασίζεται στην απραξία, άρα θα επιλεγεί κάποιο από τα εναλλακτικά προγράμματα ανεξάρτητα από το καθαρό όφελός του. Παρόλο που ίσως αυτή η θέση να είναι αρκετά ρεαλιστική, ώστε να μπορούν να την υιοθετήσουν οι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων για ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας μπορεί να οδηγήσει στη λήψη απόφασης για την επιλογή ενός προγράμματος, το οποίο δεν καλύπτει ούτε το ίδιο του το κόστος (δηλαδή, ένα πρόγραμμα το οποίο συνεπάγεται καθαρό κόστος, αντί για καθαρή εξοικονόμηση πόρων). Εδώ λαμβάνει χώρα η σιωπηρή υπόθεση ότι όσον αφορά στα αποτελέσματα υγείας, αξίζει να αποκτηθεί η εκροή και ότι αυτό που προέχει είναι να προσδιοριστεί ο οικονομικότερος τρόπος για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο (Drummond et al., 2002).

Παράδειγμα μελέτης, η οποία αποπειράθηκε να εκφράσει ποσοτικά και να αποτιμήσει ένα ευρύ φάσμα από κόστη και οφέλη, είναι εκείνη του Weisbrod και συν. (1980), η οποία συνέκρινε τα συμβατικά προγράμματα για την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων στο νοσοκομείο με τα προγράμματα για την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων στην κοινότητα. Οι συγγραφείς ανακάλυψαν ότι παρόλο που το δεύτερο πρόγραμμα ήταν δαπανηρότερο, το κόστος του αντισταθμιζόταν με το παραπάνω από την υπεραξία που προσέφερε, καθώς καθιστούσε τους ασθενείς ικανούς να καταλάβουν ή να

διατηρήσουν θέσεις εργασίας. (Ως χρηματική μονάδα, για να μετρηθούν αυτά τα οφέλη, χρησιμοποιήθηκαν οι απολαβές).

Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει μελέτες που αποτιμούν την προθυμία πληρωμής των ατόμων για παροχές υγείας. Ο Johanneson και ο Jonsson (1991) παρέχουν εκτιμήσεις για την προθυμία πληρωμής των ατόμων για τη θεραπεία της υπέρτασης, ο Neumann και ο Johanneson (1994) για γονιμοποίηση σε δοκιμαστικό σωλήνα και ο O'Brien και συν. (1995) για ένα νέο αντικαταθλιπτικό. Κάθε συγκροτημένη ανάλυση κόστους-οφέλους, σχετικά με παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης, θα βασιζόταν στην προσέγγιση αυτή προκειμένου να αποτιμήσει τις παροχές υγείας. Το παράδοξο είναι ότι, αν και τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά τη μεθοδολογία της προθυμίας πληρωμής, μέχρι στιγμής έχουν δημοσιευθεί ελάχιστες αναλύσεις κόστους-οφέλους που ενσωματώνουν τέτοιες εκτιμήσεις.

Κεφάλαιο 4. Χρησιμοποίηση δεικτών για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου στην Ελλάδα.

4.1 Μέτρηση της Αποδοτικότητας

Η αποδοτικότητα ενός οργανισμού υγείας εκτιμάται με τη μέθοδο των Βέλτιστων Προτύπων (data envelopment analysis, DEA). Η μέθοδος Βέλτιστων Προτύπων (data envelopment analysis, DEA) σχετίζεται με την εκτίμηση της σχετικής ή συγκριτικής αποδοτικότητας ενός συνόλου ομοειδών μονάδων, οι οποίες καλούνται «Μονάδες Λήψης Αποφάσεων» (Norman and Stoker, 1991).

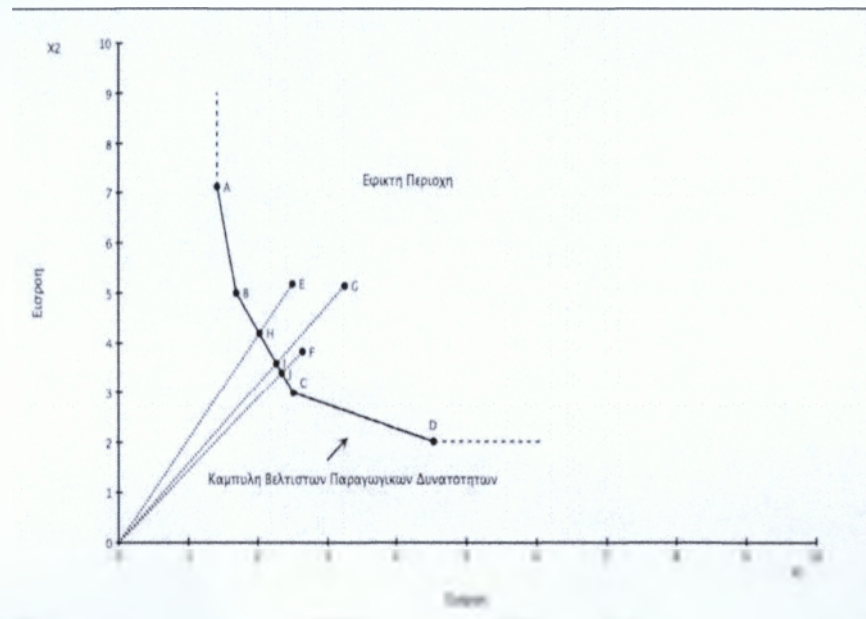
Ως Μονάδα Λήψης Αποφάσεων νοείται το νοσοκομείο που ελέγχει τη διαδικασία μετατροπής των διατιθέμενων πόρων σε προϊόντα ή υπηρεσίες. Η συγκεκριμένη μονάδα θεωρείται ανεξάρτητη, ακόμη κι αν εντάσσεται σε ευρύτερη επιχειρησιακή δομή, και είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση των πόρων της καθώς και του παραγόμενου αποτελέσματος (Thanassoulis, 2001).

Η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται στη διαδικασία ανάπτυξης του γραμμικού προγραμματισμού και χρησιμοποιεί ως στοιχεία τις εισροές και τις παραγόμενες εκροές. Σε αντίθεση με το γραμμικό προγραμματισμό που αξιολογεί μία μόνο μονάδα, η DEA αξιολογεί την αποδοτικότητα ενός συνόλου μονάδων.

Συγκεκριμένα η DEA συγκρίνει τη διαδικασία μετατροπής των εισροών σε εκροές της κάθε μονάδας με το σύνολο των μονάδων του δείγματος. Γι' αυτό το λόγο, η εκτιμώμενη αποδοτικότητα που προκύπτει μέσω της DEA χαρακτηρίζεται σχετική ή συγκριτική (Coelli et al, 2005).

Με βάση τις εισροές που χρησιμοποιεί κάθε νοσοκομείο για την παραγωγή συγκεκριμένης ποσότητας εκροών, η DEA προσδιορίζει ένα σύνολο μέγιστων παραγωγικών δυνατοτήτων το οποίο διαγραμματικά

απεικονίζεται με τη μορφή καμπύλης. Πάνω στην καμπύλη AD βρίσκονται τα αποδοτικά νοσοκομεία που εφαρμόζουν τη βέλτιστη μέθοδο μετατροπής των εισροών σε εκροές. Η καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων περιβάλλει όλες τις υπόλοιπες μονάδες του δείγματος οι οποίες είναι μη αποδοτικές συγκριτικά με εκείνες που εφαρμόζουν τις βέλτιστες πρακτικές (Coelli et al, 2005).



Σχήμα 2-Μέθοδος DEA

Πηγή: (Coelli et al, 2005)

Σε πρώτο επίπεδο η DEA, εστιάζει στο σχολιασμό των παραγωγικών συντελεστών, καθώς και των δυνατοτήτων ενίσχυσης του επιπέδου παραγωγής της κάθε μονάδας λήψης αποφάσεων, σε δεύτερο επίπεδο, στη ποσοτική προσέγγιση - μέτρηση της μείωσης του επιπέδου των εισροών και ενίσχυσης των εκροών ώστε οι μη αποδοτικές μονάδες να μεταβούν στην καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων.

4.1.2 Δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείων στην Ελλάδα

Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων στην Ελλάδα, αλλά και κάθε νοσοκομείου, χρησιμοποιούνται μια σειρά από δείκτες. Οι δείκτες αυτοί είναι συνήθως αδροί, βοηθούν όμως στη μέτρηση της παραγωγικότητας ενός νοσοκομείου και επιτρέπουν τη διενέργεια αναλύσεων και συγκρίσεων μεταξύ του νοσοκομείου και των τμημάτων του. Συνήθως τέτοιου είδους δείκτες δεν ενσωματώνουν την ποιοτική διάσταση του παραγόμενου έργου, βοηθούν όμως σημαντικά στη διαδικασία οργάνωσης, προγραμματισμού και χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

Οι βασικότεροι δείκτες χρησιμοποίησης νοσοκομείων είναι (Θεοδώρου κ.α, 2001:143-145):

Πληρότητα ή Κάλυψη του Νοσοκομείου (Π). Ο δείκτης αυτός προσδιορίζεται ως το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο των διαθεσίμων σε κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Εάν θεωρήσουμε ότι (Α) είναι ο αριθμός των ασθενών στο νοσοκομείο κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και (Κ) ο αριθμός των κλινών του νοσοκομείου, τότε η κάλυψη του νοσοκομείου τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δίνεται από τον τύπο: $\Pi = A \times 100 / K$

Για τον υπολογισμό της μέσης ετήσιας κάλυψης του νοσοκομείου τότε ο τύπος είναι: $MEK = \text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους } A \times 100 / \text{Αριθμό Κλινών Έτους } A \times 365$

Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται ευρέως και σε συνδυασμό με άλλους δείκτες, για τη μέτρηση της χρησιμοποίησης του νοσοκομείου. Συνήθως ένα νοσοκομείο για να θεωρηθεί παραγωγικό πρέπει η μέση ετήσια κάλυψή του να υπερβαίνει το 80%. Σε αντίθετη περίπτωση πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι της μειωμένης κάλυψης, που παρουσιάζει και να βρεθούν οι κατάλληλες λύσεις, γιατί το κόστος λειτουργίας μιας νοσοκομειακής κλίνης ετησίως είναι τεράστιο, είτε αυτή είναι κατειλημμένη είτε όχι, αφού «μια υπάρχουσα κλίνη είναι μια χρησιμοποιούμενη

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ). Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) είναι ο πιο σημαντικός δείκτης προσδιορισμού της παραγωγικότητας του

νοσοκομείου. Η ΜΔΝ είναι το άθροισμα των ημερών νοσηλείας (H) διαιρεμένο με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ατόμων (A), και μετράει το χρόνο που απαιτείται για τη νοσηλεία μιας περίπτωσης. Υπολογίζεται με τον εξής τύπο: $MΔN = H/A$

H = σύνολο ημερών νοσηλείας

A = αριθμός νοσηλευθέντων

Η μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελεί βασικό παράγοντα προγραμματισμού και αξιολόγησης της νοσοκομειακής λειτουργίας. Είναι προφανές ότι η βαρύτητα των περιστατικών που δέχεται το νοσοκομείο, η ταχύτητα διακίνησης των περιστατικών, η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων που εμπλέκονται στη διαδικασία της νοσηλείας και η ποιότητα στην περίθαλψη αποτελούν βασικούς οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες και επηρεάζουν σημαντικά τη ΜΔΝ στο επίπεδο του νοσοκομείου.

Πέραν της μέση κάλυψης και της μέσης διάρκειας νοσηλείας, άλλοι δείκτες πιο σύνθετοι χρησιμοποιούνται για την αξιολογική ανάλυση της λειτουργίας των νοσοκομείων στην Ελλάδα. Τέτοιοι δείκτες είναι ο ρυθμός εισροής ασθενών που μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι κλίνες ανά μονάδα χρόνου, δηλαδή τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη συγκεκριμένη κλίνη ανά μονάδα χρόνου. Ένας δεύτερος δείκτης είναι το διάστημα εναλλαγής των ασθενών που μετράει τις ημέρες που μία κλίνη έμεινε κενή σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μετράει δηλαδή την ένταση αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

Οι περισσότεροι γενικοί δείκτες μπορεί να εξειδικευτούν ανάλογα με τις ανάγκες μέτρησης της παραγωγικότητας. Για παράδειγμα ο δείκτης εισαγωγών μπορεί να εξειδικευτεί σε δείκτη εισαγωγών ανά απασχολούμενο γιατρό, νοσηλεύτη, κλπ. Ο δείκτης παραγωγής ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων μπορεί να εξειδικευτεί σε δείκτες: αριθμός αξονικών τομογραφιών ανά ασθενή ορθοπεδικής κλίνης ή ανά ασθενή παθολογικής κλίνης κλπ (Θεοδώρου κ.α, 2001:145).

Η μελέτη της Καλογεροπούλου (2011), είχε σκοπό να εκτιμήσει την αποδοτικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και να προσδιορίσει τρόπους βελτίωσης του βαθμού αξιοποίησης των διατιθέμενων πόρων από

τις μη αποδοτικές νοσοκομειακές μονάδες. Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας επέλεξε ένα δείγμα 25 γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής, τα οποία είχαν σημαντικές ομοιότητες ως προς την πληρότητα, τη ζήτηση και το εύρος των υπηρεσιών. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε για τη μέτρηση της αποδοτικότητας ήταν η μέθοδος των Βέλτιστων Προτύπων (DEA) και, συγκεκριμένα, το μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού για την ελαχιστοποίηση των εισροών, που εκτιμά το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του δείγματος μπορεί να μειώσει την ποσότητα των εισροών του ώστε να παράγει μια συγκεκριμένη ποσότητα εκροών, και το μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού για τη μεγιστοποίηση των εκροών, που εκτιμά το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του δείγματος είναι δυνατόν να αυξήσει την ποσότητα των εκροών, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη ποσότητα εισροών. Ως εισροές χρησιμοποιήθηκαν ο συνολικός αριθμός των κλινών που διαθέτει κάθε νοσοκομειακή μονάδα, ο συνολικός αριθμός του προσωπικού και οι δαπάνες οι οποίες απαιτούνται για τη λειτουργία της κάθε νοσοκομειακής μονάδας, ενώ ως εκροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών, ο αριθμός των χρησιμοποιούμενων κλινοημερών, ο αριθμός των ιατρικών περιστατικών που προσέρχονταν για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνταν και ο αριθμός των χειρουργικών εξετάσεων που πραγματοποιούνταν ετησίως. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειονότητα των δημόσιων νοσοκομείων (64%) του δείγματος ήταν αποδοτικά. Για τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας των μη αποδοτικών νοσοκομείων απαιτείται μείωση του αριθμού των κλινών κατά 4,5%, του αριθμού του προσωπικού κατά 4,6% και του συνόλου των δαπανών κατά 4,5% -βάσει του μοντέλου ελαχιστοποίησης των εισροών- ή αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών κατά 5,2%, των κλινοημερών κατά 5,5%, του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων κατά 6,2%, των εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία κατά 4,1% και των χειρουργικών επεμβάσεων κατά 3,4%, με βάση το μοντέλο αύξησης των εκροών της DEA.

4.1.2.1 Εφαρμογή δεικτών

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστεί ένα παράδειγμα αξιολόγησης ενός ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Συγκεκριμένα θα γίνουν υποθέσεις αποδοτικότητας από την υιοθέτηση νέων προγραμμάτων σε ιατρικό-νοσηλευτικό, οικονομικό-διαχειριστικό και οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο (Σούλης, 1999).

Έστω νοσοκομείο X με τους εξής δείκτες εισροών και εκροών το έτος 2007:

B	Νοσοκομειακές κλίνες	679
P	Αριθ. Νοσηλευομένων (εισαγωγών)	28.926
Pt	Αριθμός απασχολούμενων	1578
Pd	Συνολικές ημέρες νοσηλείας	183.090
Ct	Συνολικό κόστος λειτουργίας	10.426.975.000
Cd /p	Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή	56.950
Tm	M.Δ.N.	6,33
Io	Κάλυψη (%) νοσηλευτικών κλινών	73,88

Βασικοί δείκτες αξιολόγησης:

- Δείκτης Παραγωγικότητας $Ip_1 = (P/B) \times (t/365)$
- Δείκτης Παραγωγικότητας $Ie_1 = (Io/Tm) \times (t/365)$
- Δείκτης Αποδοτικότητας $Ie_2 = (Ie_1/Pt) \times B$ (εκροές/εισροές)
- Δείκτης Αποδοτικότητας (κόστος/εισροές)
- Δείκτης Αποδοτικότητας (κόστος /αποτελέσματα)

Υπόθεση: Αν με νέες οργανωτικές και διοικητικές μεταρρυθμίσεις επιδιωχθεί το 2008 μείωση του M.Δ.N. κατά 1 ημέρα και αύξηση της κάλυψης κατά 6,12 ποσοστιαίες μονάδες, με διατήρηση των δαπανών στο επίπεδο του 2007,

τότε με νέα δεδομένα Μ.Δ.Ν. (T_m) : 5,33 και κάλυψη (I_o) : 80% ο νέος αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο υπολογίζεται ως εξής:

$$I_o = (\text{Μέση Ημερήσια Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών} \times 100) / 679$$

Επομένως : $80 \times 679 = \text{Μέση Ημερήσια Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών} \times 100$

Μέση Ημερήσια Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών = $80 \times 679 / 100$

Μέση Ημερήσια Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών = 543,2 κλίνες

Ο νέος αριθμός Συνολικών Ημερών Νοσηλείας θα είναι:

$P_d = \text{Μέση Ημερήσια Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών} \times \text{Ημέρες έτους}$

$P_d_{(2008)} = 543,2 \text{ κλίνες} \times 365 \text{ ημέρες}$

$P_d_{(2008)} = 198.268 \text{ ημέρες}$

Με $P_d_{(2008)} = 198.268 \text{ ημέρες}$ και $T_m \text{ (Μ.Δ.Ν.)} = 5,33$ ο αριθμός των νοσηλευομένων (P) θα είναι:

$$P = P_d / T_m = P_{(2008)} = 198.268 / 5,33 = 37.198 \text{ εισαγωγές}$$

Βάσει των παραπάνω τα νέα δεδομένα για το 2008 είναι ως εξής:

B	Νοσοκομειακές κλίνες	679
P	Αριθ. Νοσηλευομένων (εισαγωγών)	37.198
P _t	Αριθμός απασχολούμενων	1578
P _d	Συνολικές ημέρες νοσηλείας	198.268
C _T	Συνολικό κόστος λειτουργίας	10.426.975.000
C _d / p	Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή	56.950
T _m	Μ.Δ.Ν.	5.33
I _o	Κάλυψη νοσηλευτικών κλινών (%)	80

Έχοντας τα δεδομένα της αρχικής υπόθεσης και τα νέα δεδομένα, μπορεί να γίνει σύγκριση των δεικτών παραγωγής και αποδοτικότητας για τα έτη 2007 και 2008. Συγκεκριμένα:

$$Ip_{1(2007)} = P_{(2007)} / B_{(2007)} \times t/365 = Ie_{1(2007)} = (28.926/679) \times 365/365 = \mathbf{42,60}$$

$$Ip_{1(2008)} = P_{(2008)} / B_{(2008)} \times t/365 = Ip_{1(2008)} = (37198/679) \times 1 = \mathbf{54,78}$$

$$Ie_{1(2007)} = Io_{(2007)} / Tm_{(2007)} \times t/365 = Ie_{1(2007)} = 73,88/6,33 \times 1 = \mathbf{11,67}$$

$$Ie_{1(2008)} = Io_{(2008)} / Tm_{(2008)} \times t/365 = Ie_{1(2008)} = 80/5,33 \times 1 = \mathbf{15,00}$$

$$Ie_{2(2007)} = (Ie_1 / Pt) \times B = Ie_{2(2007)} = 11,67/1578 \times 679 = \mathbf{5,02}$$

$$Ie_{2(2008)} = (Ie_1 / Pt) \times B = Ie_{2(2008)} = 15/1578 \times 679 = \mathbf{6,45}$$

Βάσει των παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι με μείωση της Μ.Δ.Ν. (Tm) κατά 1 ημέρα και αύξηση της κάλυψης (Io) κατά 6,12 ποσοστιαίες μονάδες επιτυγχάνεται αύξηση της παραγωγής και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου.

4.2 Μέτρηση της Ποιότητας

Η ποιότητα του συστήματος υγείας εξαρτάται άμεσα από την ικανοποίηση των ασθενών. Η επικοινωνία βασίζεται στην σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του επαγγελματία αγωγής υγείας και του κοινού στο οποίο απευθύνεται. Συνεπώς το πρώτο βήμα είναι να εξεταστούν κάποιες βασικές αρχές και τα χαρακτηριστικά αυτών τα οποία θα πρέπει να επιδιώκεται να διέπουν την σχέση αυτή, καθώς βοηθούν στην καθιέρωση καλής επικοινωνίας. Πιο αναλυτικά (Δαρβίρη, 2007):

Αποδοχή του κοινού από τους επαγγελματίες αγωγής υγείας. Όταν ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, αποδέχεται το κοινό του, αυτό συνεπάγεται ότι αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν αναπτύξει

συγκεκριμένες απόψεις, γνώσεις και πεποιθήσεις, οι οποίες προέκυψαν από τα δικά τους προσωπικά βιώματα και εμπειρίες, σε αντίθεση με τον επαγγελματία υγείας ο οποίος αναπτύσσει και διαμορφώνει τις γνώσεις, και τις πεποιθήσεις του μέσα από την επαγγελματική του εμπειρία και εκπαίδευση. Έτσι μπορεί και κατανοεί και σέβεται την διαφορετικότητα των απόψεων ή των υπάρχοντων προτύπων, δίχως να τα απορρίπτει αυτόματα, αξιολογώντας τα ως τα μη πρέποντα. Παράλληλα, ο επαγγελματίας αποδέχεται το γεγονός ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις τους μπορεί να διαφέρουν, αλλά σε καμία περίπτωση οι δικές του δεν αποκτούν μεγαλύτερη αξία από αυτές που πρεσβεύει το κοινό. Ουσιαστικά, με την αποδοχή του κοινού, αναγνωρίζεται η διαφορετικότητα που μπορεί να υπάρχει, υπό το πνεύμα του σεβασμού και της κατανόησης για αυτήν. Όταν ο επαγγελματίας δεν αποδέχεται το κοινό του, τότε η απόρριψη είναι το φυσικό επόμενο. Η απόρριψη προκύπτει όταν ο επαγγελματίας αξιολογεί, κρίνει και επικρίνει το κοινό του ως άτομα, σύμφωνα με τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές που αυτό υιοθετεί. Η απόρριψη μπορεί να εμφανίζεται και με την υιοθέτηση από την πλευρά του επαγγελματία υγείας μίας στάσης αυθεντίας, ο οποίος ως ειδικός, εξυψώνει τον εαυτό του μπροστά στο κοινό κρίνοντάς το και πολύ περισσότερο, επικρίνοντάς το.

Υποστήριξη της αυτονομίας του κοινού. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει με την εφαρμογή διαφόρων τεχνικών να προσπαθεί να ενισχύσει την αυτονομία του κοινού του, και να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν ή να βελτιώσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα να ενεργούν ανεξάρτητα στην λήψη αποφάσεων, να αποτυπώνουν ελεύθερα τις όποιες ιδέες και προβληματισμούς τους, πάντα με διάθεση κατανόησης και σεβασμού. Με την ενίσχυση της αυτονομίας, τα άτομα αισθάνονται μεγαλύτερη υπευθυνότητα, γεγονός που αυξάνει και τις πιθανότητες να ενεργήσουν προς όφελος της υγείας τους. Αντίθετα, προωθείται η εξάρτηση του ατόμου όταν ο επαγγελματίας επιβάλλει τις δικές του απόψεις ή λύσεις, αποθαρρύνει το άτομο να αναλάβει ατομική δράση και ευθύνη, και απορρίπτει τις απόψεις και τις ιδέες του. Η ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς η ελεύθερη βούληση αποτελεί βασική αξία για την προαγωγή και την αγωγή υγείας.

Επιλογή της αμφίδρομης σχέσης και συνεργασίας. Η ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης και συνεργασίας μεταξύ του επαγγελματία και του κοινού, αποτελεί μία από τις κύριες αρχές για επιτυχημένη και ουσιαστική επικοινωνία. Με αυτού του τύπου σχέση, αναπτύσσεται ένα κλίμα εμπιστοσύνης, το κοινό έχει ενεργητική συμμετοχή, ερωτάται και καταθέτει τις απόψεις του, ενθαρρύνεται να μοιραστεί τις ιδέες και τα συναισθήματά του, ακόμα και αν είναι διαφορετικές από αυτές που υποστηρίζει ο εκπαιδευτής. Παράλληλα ο επαγγελματίας υγείας, αντιμετωπίζει τις απόψεις του κοινού με απόλυτο σεβασμό, ακόμα και αν διαφωνεί με το περιεχόμενό τους, και αναγνωρίζει το γεγονός ότι και ο ίδιος μπορεί να μάθει και να εμπλουτίσει τις γνώσεις του από τις εμπειρίες του κοινού, ενώ επιδιώκει με διάφορες τεχνικές να προωθήσει την ελεύθερη έκφραση του κοινού. Στον αντίποδα της αμφίδρομης σχέσης, υπάρχει η μονόδρομη σχέση, κατά την οποία το κοινό αντιμετωπίζεται ως ένας παθητικός αποδέκτης, δεν ενθαρρύνεται να συμμετέχει ή να εκφράζεται και ο επαγγελματίας υγείας είναι ο μόνος που κατέχει την γνώση. Ακολουθώντας αυτή τη μορφή σχέσης, οι πιθανότητες για αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς του κοινού ελαχιστοποιείται, ακόμα και αν η γνώση του αυξάνεται (Δαρβίρη, 2007).

Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του κοινού. Η αυτοπεποίθηση του κοινού, είναι ένας σημαντικός υποστηρικτικός παράγοντας για τους στόχους που θέτει η αγωγή υγείας. Αυτή μπορεί να ενισχυθεί όταν οι επαγγελματίες αγωγής υγείας αναγνωρίζουν και επιβραβεύουν τα άτομα για κάθε πρόοδο ή επίτευγμά τους, όσο μικρό ή μεγάλο και αν είναι αυτό, όταν υπάρχει συνεχής υποστήριξη προς το κοινό για να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα και όταν προωθείται η ελεύθερη έκφραση του κοινού χωρίς να αποδοκιμάζεται. Αντίθετα, όταν ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, αγνοεί τις απόψεις και τις προσπάθειες του κοινού, δεν το επιβραβεύει, αλλά τονίζει τις αδυναμίες του και το κοινό υποτιμάται, τότε η αυτοπεποίθησή του μειώνεται.

Οι παραπάνω αρχές επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία, και η εφαρμογή τους μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για εγκατάσταση μίας ορθής επικοινωνιακής σχέσης η οποία υποστηρίζει του στόχους και το πνεύμα της αγωγής υγείας.

Η έρευνα της Καλογεροπούλου (2011α), είχε σκοπό να μετρήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας 6 γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας και να εκτιμήσει το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας επιλέχθηκε δείγμα 300 ατόμων με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της τριτοβάθμιας κλίμακας Likert, όπου το 1 αντιπροσώπευε το «καθόλου ικανοποιημένος» και το 3 το «απόλυτα ικανοποιημένος». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε σε ποσοστό 71%. Συνολικά, το 67% των ασθενών δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο σχετικά με το πρόβλημα υγείας, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τις πιθανές δυνατότητες αντιμετώπισής του, καθώς ανέφεραν παραβίαση των δικαιωμάτων λήψης συγκατάθεσης για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις. Το 57,3% των ασθενών εμφανίστηκε απόλυτα ικανοποιημένο από το χρόνο εισαγωγής στο νοσοκομείο και το 32,7% από την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, ενώ το 27,1% ανέφερε παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου. Ποσοστό 82,7% ανέφερε παράπονα σχετικά με τις συνθήκες καθαριότητας, διαμονής και την ποιότητα του φαγητού, ενώ 160 συνολικά ασθενείς δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου. Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών είχε την άποψη ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που απαιτούν βελτίωση για την αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων είναι οι συνθήκες καθαριότητας (93,5%), οι κτηριακές εγκαταστάσεις (92,5%), η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού (92,1%) και ο τεχνολογικός εξοπλισμός (87,9%). Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ

αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης η έρευνα των Χαραλάμπους κ.α. (2009), που είχε στόχο να διερευνήσει την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους, κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα: ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό του, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει γιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετοχος στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτόν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει, αλλά φαίνεται η τάση των ασθενών να έχουν τον κύριο λόγο και να επιζητούν την ενημέρωση για τη φύση της νόσου τους, όσο επώδυνα κι αν είναι αυτά που πρόκειται να ακούσουν.

Ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση των ασθενών φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο ο ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και πόσο ανθρώπινος είναι στη συμπεριφορά του.

Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή. Ωστόσο πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ικανοποίηση δεν έχει πάντα να κάνει με τη χρονική διάρκεια της ενημέρωσης, αλλά και με το περιεχόμενό της και τη συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή και τους οικείους του (ενδιαφέρον, ευγένεια, κατανόηση), κάτι που δεν εξετάσθηκε στην παρούσα μελέτη.

Στο σύνολό τους οι ασθενείς δηλώνουν προτίμηση στην προφορική ενημέρωση, αλλά θα πρέπει να υπογραμμισθεί η ανάγκη που φάνηκε σε πολλές περιπτώσεις για συμπληρωματική πληροφόρηση (έντυπα, γραπτές

οδηγίες κτλ.), κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι ιατροί θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση, και να επιδιώξουν τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους με επιμόρφωση σε ειδικά προγράμματα, κάτι που έχει αποφέρει καρπούς σε άλλες χώρες. Η διδασκαλία του μαθήματος της επικοινωνίας με τον ασθενή θα πρέπει κάποτε να ενσωματωθεί στα προγράμματα ιατρικών σπουδών, τόσο για τη λήψη του πτυχίου όσο και στην ειδίκευση. Κλινικές ειδικότητες με αυξημένες απαιτήσεις (π.χ. ογκολόγοι ή χειρουργοί) θα πρέπει να δώσουν περισσότερη έμφαση στη σωστή επικοινωνία, και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσαρέστων ειδήσεων στον ασθενή και την οικογένειά του.

Στην εποχή μας υπάρχει μια αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για όλο και περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Η διασπορά ιατρικών πληροφοριών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (όχι πάντα με ορθό και ακριβή τρόπο) και η πρόσβαση στο Διαδίκτυο έχουν καταστήσει τον ασθενή πιο ενημερωμένο, αλλά ταυτόχρονα και πιο απαιτητικό απέναντι στο προσωπικό υγείας.

Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση, αλλά και η σωστή τεχνική της επικοινωνίας θα τον βοηθήσουν να ανταποκρίνεται με επάρκεια, αλλά και ανθρωπιά στις προσδοκίες τους.

Σύμφωνα με την Ευθυμιάδου (2012), τα επίσημα στοιχεία του υπουργείου Υγείας καταδεικνύουν ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς που επισκέφθηκαν τους τελευταίους μήνες τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αρνητική άποψη για αυτά. Τη χειρότερη εικόνα έχουν οι ασθενείς της 6ης υγειονομικής περιφέρειας (ΥΠΕ) με ποσοστό 53% και ακολουθούν όσοι επισκέφθηκαν τα νοσηλευτικά ιδρύματα της 4ης ΥΠΕ με ποσοστό 49%. Κακή εικόνα έχουν φυσικά και οι άρρωστοι που εισήχθησαν στα νοσοκομεία της Αθήνας (1η ΥΠΕ) με ποσοστό 47,5%. Αντίστοιχα και όσοι πήγαν σε αυτά της 2ης ΥΠΕ με 43%. Κάπως πιο θετικά βλέπουν τα δημόσια

νοσοκομεία όσοι πήγαν στην 3η ΥΠΕ καθώς μόλις το 26,5% έχει αρνητική εικόνα. Αναφορικά με τους γιατρούς και τους εργαζομένους 8 στους 10 ασθενείς δήλωσαν ότι έχουν θετική επικοινωνία με το προσωπικό τόσο με το ιατρικό όσο και με το νοσηλευτικό.

Συμπεράσματα

Ανεξάρτητα από τη μορφή ή το μοντέλο, όλα τα συστήματα υγείας εμφανίζουν σε όρους οργάνωσης και παραγωγικής διαδικασίας, τις εισροές που είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο, ο κτιριακός και τεχνολογικός εξοπλισμός και οι οικονομικοί πόροι, και τις εκροές που είναι ο αριθμός των επισκέψεων, ο αριθμός των εισαγωγών και ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία, ο αριθμός επεμβάσεων, μικροβιολογικών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων κλπ.

Η κάθε μονάδα υγείας αποτελεί στην ουσία ένα εργοστάσιο παραγωγής συγκεκριμένων και εξειδικευμένων αγαθών μέσα από μια πολύπλοκη παραγωγική διαδικασία. Όπως κάθε μονάδα παραγωγής κάποιου προϊόντος απαιτεί εισροές και τηρεί συγκεκριμένη παραγωγική διαδικασία, έτσι και το σύστημα υγείας χρειάζεται συγκεκριμένους συντελεστές παραγωγής (εισροές), τους οποίους χρησιμοποιεί μέσα από κάποια διαδικασία για την παραγωγή συγκεκριμένων αγαθών (εκροές). Η «κατανάλωση» αυτών των αγαθών βοηθά στη διατήρηση ή ακόμα και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, έτσι όπως αυτή μετράται με δείκτες υγείας (αποτελέσματα).

Η ύπαρξη δεικτών αξιολόγησης των συστημάτων υγείας θεωρούνται απαραίτητοι, προκειμένου για τη συνεχή βελτίωση του έργου των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση για την ικανοποίηση των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση, έχει άμεση σχέση με τους σκοπούς και τους στόχους που τίθενται στη διαμόρφωση του κοινωνικού σχεδιασμού του συστήματος. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι το ερώτημα, κατά πόσο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στο βασικό προκαθορισμένο σκοπό του, που είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, αποτελεί και το κύριο αντικείμενο της αξιολόγησης, δηλαδή της αξιολόγησης ενός κλασικού μοντέλου υγειονομικού προγραμματισμού.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Berry, L. & Parasuraman (1991) "Marketing Services: Competing through quality" New York: Free Press
- Berry, L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. (1990) "Achieving Service Quality: Balancing Perceptions and expectations" New York: The free press
- Black N, Barier J, Fitzpatrick and Reeve B. Health Services Research Methods. A Guide to Best Practice. London, Biuj Publishing, 1998.
- Coelli, T.J., Prasada Rao, P., O'Donnell, C.J. and Battese, G. (2005) *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis* (2nd ed.), New York: Springer
- Contopoulos - Ioannidis DG, Ntzani E, Ioannidis JP. Translation of highly promising basic science research into clinical applications. *Am J Med* 2003; 114: 477-484.
- Donaldson C, Shackley P. (1997), Economic evaluation. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS (eds). *Oxford textbook of public health*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press
- Fournier, S & Glenmick, D., 1999., "Rediscovering satisfaction", *Journal of Marketing*, σελ. 5-23.
- Hull R, Hirsh J, Sackett DL et al (1981). Cost-effectiveness of clinical diagnosis, venography and non-invasive testing in patients with symptomatic deep-vein thrombosis. *N. Engl. J. Med.* 304, 1561-7
- Ioannidis JP, Lau J. Completeness of safety reporting in randomised trials: an evaluation of 7 medical areas. *JAMA* 2001; 285: 437-443.
- Johannesson, M. and B. Jonsson (1991), 'Economic evaluation in health care: is there a role for cost-benefit analysis?', *Health Policy*, 17, 1-23
- Kotler, P. (2003) "Marketing Management" 11th edition, Prentice - Hall Leger St., Schieden A.S., Walsworth-Bell, J.P. (1992). *Evaluating Health Services' Effectiveness*. Milton Keynes Open University Press
- Lovelock, C. (1996), "Services Marketing", Prentice - Hall, N.J
- Ludbrook, A. (1981) A cost-effectiveness analysis of the treatment of chronic renal failure, *Applied Economics*, 13(3), 337-350

- Neumann, P.J. and Johannesson, M. (1994) Willingness to pay for in vitro fertilization. *Med. Care*, 32, 686–699.
- Norman, M. and Stoker, B. (1991) *Data Envelopment Analysis: The Assessment of Performance*. Chichester: John Wiley & Sons.
- O'Brien BJ, et al (1995), 'Assessing the economic value of a new antidepressant: A willingness-to-pay approach', *Pharmacoeconomics*, vol 8, no 1, pp 34-45.
- Ovretveit J. (1992), *Health service quality*. Blackwell, London
- Reynell P. C., Reynell M.C. (1972), The cost benefits analysis of a coronary care unit. *Br. Heart J.*, 34, 897-900
- Thanassoulis, E. (2001) *Introduction to the Theory and Application of Data Envelopment Analysis: A Foundation Text with Integrated Software*. New York: Springer.
- Wagstaff A., (1999), Equity in the finance of health care: Some further international comparisons. *J Health Econ* 1999, 18:263–290
- Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 367-374.
- Weisbrod, B.; Test, M.; and Stein, L. (1980), An alternative to mental hospital treatment. II: Economic cost-benefit analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37:400-405.
- Williams A., (1997), Beyond effectiveness and efficiency [...] lies equality! In: Maynard A, Chalmers I (eds) *Non-random reflexions on health services research*. BMJ Publ Group Co, London

Ελληνόγλωσση

- Αυλώνας Ν., (1999), Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας. Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 20.
- Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ., (2000), Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις. Στο: Δολγέρας Α,

- Κυριόπουλος Γ (Συντ.) *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, (1992), *Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, σελ 121-132
- Δαρβίρη Χ., (2007), *Προαγωγή της Υγείας*, Αθήνα: Πασχαλίδης
- Ευθυμιάδου Δ. (2012), *Μετεξεταστέα... τα δημόσια νοσοκομεία στην εξυπηρέτηση των ασθενών! Πως βαθμολογούν οι ίδιοι οι ασθενείς το ΕΣΥ*, ανακτημένο από: <http://iatropedia.gr/articles/read/1653>
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Μ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ 36-38
- Ιωακειμίδης Κ. Π. (1999), "Ελλάδα και παγκοσμιοποίηση", *Τα Νέα*, 24/9/99, σ. Ν06.
- Καλογεροπούλου Μ. (2011). Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6):794-803
- Καλογεροπούλου Μ. (2011^α). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5):667-673
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, (2003), «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο
- Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Γείτονα Μ., (1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*. Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ. (1995), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ. Δόλγερας Α. *Τεκμηριωμένη Ιατρική: Η αναζήτηση της χρυσής τομής ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 2001, 63: 63-74.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1994), *Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ. Θέματα Οικονομικών & Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, ΕΣΔΥ:131-154, Αθήνα.

- Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήσης
- Λιονής Χ, Αντωνάκης Ν, Αντωνοπούλου Μ, (2003). Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: ένα κείμενο ομοφωνίας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 15: 91-93.
- Λιονής Χ., (2004), *Κλινική Αποτελεσματικότητα και Ποιότητα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*
- Μπινιώρας Σ., (2008), *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία*, Αθήνα: Πασχαλίδης
- Ρομπόλης Σ. (1999), *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα: Καμπύλη
- Ρομπόλης Σ., Ματθαίου Α. (1998), *Ο επαγγελματικός κίνδυνος και η αντιμετώπιση των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα*, Αθήνα
- Σιγάλας Ι., (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 10:45–50
- Σκαλκίδης Γ., (2000), *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Αθήνα
- Σούλης Σ., (1999), *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Τούντας Γ., (1989), Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. *Πολιτική υγείας. Mat Med Gr*, 14:316–320
- Τούντας Γ., (2003), Η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας*, Αθήνα
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν., (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 7-21
- Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., και Αγά Γ. (2009). Μελέτη συνθηκών υγιεινής σε εξυπηρετούμενους από τη δράση «Βοήθεια Στο Σπίτι» του Δήμου Σαρανταπόρου. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 55- 65