



ΑΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΔΟ

ΤΜΗΜΑ

ΔΜΥΠ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

Αναζήτηση παραγόντων (αιτιών) που οδηγούν σε χαμηλό ποσοστό απόκρισης σε έρευνες γνώμης ασθενών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

Τζόκας Χρήστος

A.M. 2005230

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Καστανιώτη Κατερίνα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας, η σωστή καθοδήγηση, η συνεχής επίβλεψη καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη που έλαβα διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωσή της. Για το λόγο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κύρια Καστανιώτη Κατερίνα για την υπομονή, την παρότρυνση και την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους, καθένας με τη δική του συμβολή, που με βοήθησαν να ολοκληρώσω την πτυχιακή μου εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΜΕΡΟΣ Α (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ)	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.2. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	7
1.2.1 Υποδομές.....	8
1.2.2. Ανθρώπινο δυναμικό	9
1.2.3 Χρηματοδότηση	11
1.3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	14
1.3.1 Ανθρώπινο δυναμικό	16
1.3.2 Χρήση	16
1.3.3 Χρηματοδότηση	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	19
2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
2.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
2.3 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
2.4 ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	32
3.1 ΕΡΕΥΝΑ ΓΝΩΜΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	32
3.2 ΤΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΟΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΝΩΜΗΣ	32
3.3 ΕΙΔΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ.....	33
3.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	34
ΜΕΡΟΣ Β΄ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ).....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
4.1.2 Ο Σχεδιασμός Του Ερωτηματολογίου.....	38
4.1.3 Διεξαγωγή Της Έρευνας Με Ερωτηματολόγιο	38
4.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	41
5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	41
ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ	57

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	60

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή ικανοποιητικών παροχών υγείας τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς παροχών υγείας, αποτελεί μείζον κοινωνικό θέμα και δείκτη ευημερίας μιας κοινωνίας και κατ' επέκταση μιας χώρας. Βασικό συντελεστή στον προσδιορισμό της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους σε ένα θεραπευτήριο.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία προσπάθεια ανάλυσης των αποτελεσμάτων σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό θεραπευτήριο όσον αφορά τη διάθεσή τους να συμμετέχουν σε ενδεχόμενη έρευνα ικανοποίησης ασθενών από το θεραπευτικό ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύτηκαν.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης, δίνεται η περιγραφή του συστήματος υγείας της Χώρας μας. Αναλύεται τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Καταγράφονται στοιχεία αναφορικά με τις υποδομές τους, το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν και τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται για την εξασφάλιση της βιωσιμότητά τους και την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στον τρόπο διεξαγωγής μίας έρευνας για την ικανοποίηση ασθενών, τίθενται τα δεοντολογικά ζητήματα που διέπουν ένα τέτοιο εγχείρημα και παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα των κυριότερων ερευνών ικανοποίησης ασθενών που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα,

Στο δεύτερο μέρος απεικονίζονται τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό θεραπευτήριο της χώρας. Αναλύεται το δείγμα του πληθυσμού και η ηλικιακή κατανομή του ενώ στη συνέχεια καταγράφονται τα ερωτήματα που τέθηκαν στον πληθυσμό και με τη μορφή γραφημάτων απεικονίζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων. Τέλος, ακολουθούν τα γενικά συμπεράσματα όπως προκύπτουν από την ανάλυση της παρούσας μελέτης.

ΜΕΡΟΣ Α (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ταξινομούνται με βάση το θεσμικό τους καθεστώς σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), σε στρατιωτικά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία (ΑΕ). Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία είναι ΝΠΔΔ, δηλαδή οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.¹

Μια άλλη κατηγορία νοσοκομείων είναι τα ΝΠΙΔ, όπως είναι το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, το Παπαγεωργίου και το Ερρίκος Ντυνάν. Λειτουργούν με διαφορετικό καθεστώς το καθένα και δεν θεωρούνται ούτε δημόσια, ούτε ιδιωτικά, αλλά υπάγονται στην εποπτεία του δημόσιου τομέα. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα στρατιωτικά θεραπευτήρια, που εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των στρατευομένων. Τέλος, υπάρχουν και τα ιδιωτικά νοσοκομεία που έχουν συνήθως τη μορφή ανώνυμων εταιριών. Μέτοχοι είναι κυρίως ιατροί, αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξανόμενη διείσδυση επιχειρηματιών στον χώρο, στο πλαίσιο της γενικότερης ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας .

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ το 2004 λειτουργούσαν σε ολόκληρη τη χώρα 319 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 51.871 κλινών (163 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 35.808 κλίνες (69%) αντιστοιχούσαν σε 141 θεραπευτήρια του δημοσίου και 14.515 κλίνες (28%) σε 172 ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ ήταν καταγεγραμμένες και 1.548 κλίνες σε 6 θεραπευτήρια τα οποία λειτουργούσαν ως ΝΠΙΔ.²

¹ <http://www.neaygeia.gr/pdf/DiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf>

² <http://www.neaygeia.gr/pdf/DiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf>

1.2. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σε όλους τους Έλληνες πολίτες και σε πολλούς αλλοδαπούς. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής επιστημονικής στάθμης περίθαλψη, υποχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα.³

Στην έκθεση του ΟΟΣΑ για την Ελληνική Οικονομία (Ιούνιος 1998) επισημαίνονται τα παρακάτω προβλήματα του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα:

- Η έλλειψη ευελιξίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.
- Η έλλειψη κινήτρων απόδοσης για τους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό.
- Η ελαχιστοποίηση του περιθωρίου άσκησης διοίκησης και εξοικονόμησης προσωπικού, αφού τα πάντα καθορίζονται από το υπουργείο.
- Η απώλεια πόρων εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού κάλυψης στην επαρχία συγκριτικά με τις μακρές λίστες αναμονής στο κέντρο.
- Η μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονοππωλιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ (π.χ. στις διαδικασίες προμηθειών).
- Η ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των ιατρών.
- Η συνολική αναποτελεσματικότητα, όπως αναδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001).⁴

³ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

⁴ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

1.2.1 Υποδομές

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας του 2003, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ περιλαμβάνονταν 123 γενικά και ειδικευμένα νοσοκομεία με 36.621 κρεβάτια και 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία με 3.500 κρεβάτια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2.1. Νοσοκομεία ανά Περιφερειακό Σύστημα (2002)

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας	Πληθυσμός που καλύπτει	Νοσοκομεία	Κλίνες
Α' Αττικής	1.062.945	17	6.857
Β' Αττικής	1.509.417	9	5.170
Γ' Αττικής	1.189.448	7	3.221
Α' Κεντ. Μακεδονίας	786.963	9	3.435
Β' Κεντ. Μακεδονίας	1.074.954	10	2.973
Ανατ. Μακεδονίας-Θράκης	610.254	6	2.021
Δυτ. Μακεδονίας	302.750	5	745
Ηπείρου	352.420	5	1.706
Θεσσαλίας 5	754.393	5	1.903
Ιονίων Νήσων	214.274	5	502
Δυτικής Ελλάδας	739.118	11	2.160
Κεντρικής Ελλάδας	607.855	8	1.040
Πελοποννήσου	632.955	8	1.280
Βορείου Αιγαίου	204.158	5	570
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181	2	242
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564	3	456
Κρήτης	601.159	8	2.340
Σύνολο	10.944.808	123	36.621

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2003

Δημόσια νοσοκομεία εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι τα 13 Στρατιωτικά Νοσοκομεία, 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 μικρά νοσοκομεία εκπαίδευσης υπό τη δικαιοδοσία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με συνολική δυναμικότητα 4.000 κρεβάτια. Επιπλέον, και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οργανισμοί του ευρύτερου δημόσιου τομέα, όπως η ΔΕΠ, ο ΟΤΕ, ο ΟΣΕ, το ΤΥΠΕΤ, έχουν δημιουργήσει και λειτουργούν οργανωμένες μονάδες ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης, σε μια προσπάθεια καθετοποίησης των υπηρεσιών ασφάλισης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας, τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είχαν το 2003 δυναμικότητα 100-200 κρεβάτια και παρείχαν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ 32 από αυτά είχαν δυναμικότητα πάνω από 400 κρεβάτια παρέχοντας τριτοβάθμια και εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.⁵

1.2.2. Ανθρώπινο δυναμικό

Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το προσωπικό των νοσοκομείων, αφού τα διαθέσιμα στοιχεία συμπεριλαμβάνουν και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας που υπάγονται στα νοσοκομεία. Επομένως, ο πραγματικός αριθμός των εργαζομένων στον νοσοκομειακό τομέα μπορεί να προκύψει μόνο με έμμεσο τρόπο και κατά προσέγγιση.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας (ΥΥΚΑ 2005) 22.086 ιατροί απασχολούνται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ένα μέρος αυτών των ιατρών εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερικά τους Ιατρεία, που υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας μελέτης, ο αριθμός των αγροτικών ιατρών –που εργάζονται στη μεγάλη τους πλειοψηφία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη– είναι 1.922. Επιπλέον, σύμφωνα με τον

⁵ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf>

Χάρτη Υγείας του υπουργείου Υγείας του 2004, στα Κέντρα Υγείας εργάζονται 1.420 ιατροί, πλην των αγροτικών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας. Στη χώρα μας συνθέτει μια μεγάλη κατηγορία ατόμων με διαφορετική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση των νοσηλευτριών/τών διαχωρίζεται σε τέσσερα επίπεδα εκπαίδευσης: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τέλος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Στο νοσηλευτικό προσωπικό ανήκουν επίσης οι επισκέπτες υγείας και οι μαιευτές. Οι τελευταίες δυο ομάδες του νοσηλευτικού προσωπικού προέρχονται από την Τεχνολογική Εκπαίδευση. Υπολογίζεται, επομένως, σε 1.639 άτομα και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 40.114 νοσηλευτές. Το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες:

- παραϊατρικό δυναμικό
- διοικητικό δυναμικό
- τεχνικό-υποστηρικτικό δυναμικό
- λοιπό δυναμικό.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως οι ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού. Πάνω από 20.000 υπολογίζονται οι αναγκαίες νέες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού.

Πέραν των μεγάλων ελλείψεων, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος, παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές εξαγγελίες περί άμεσης επιστροφής στις θέσεις του. Παράλληλα, υπάρχει μια συνεχής ροή νοσηλευτικού προσωπικού από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας (Ομάδα Στελεχών Διοίκησης 2006). Μεγάλα κενά παρουσιάζονται και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις

στις υπηρεσίες αυτές είναι πλέον ελάχιστες και τα κενά συχνά συμπληρώνονται με μετατάξεις μη κατάλληλου προσωπικού.⁶

Σε ότι αφορά την ιατρική υπηρεσία, μπορεί μεν να μην υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις, παρουσιάζονται όμως κενά που δυσχεραίνουν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων. Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι πολύ μεγάλες –έως και 3 χρόνια– με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε ένα «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο προσφοράς.⁷

Οι εργαζόμενοι όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων, πέραν του μεγάλου φόρτου εργασίας που δέχονται εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, επιβαρύνονται και από τους ιδιαίτερα χαμηλούς μισθούς, και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας (Ομάδα Στελεχών Διοίκησης 2006).

Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και το πρόβλημα της ανισοκατανομής του προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών.⁸

1.2.3 Χρηματοδότηση

Σχετικά με τις δαπάνες που επιβαρύνουν τα δημόσια νοσοκομεία, μπορούν επιγραμματικά να αναφερθούν τα εξής:

- Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, από φόρους προέρχεται το 70% της συνολικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων, ενώ το υπόλοιπο 30% προέρχεται από ένα μείγμα κοινωνικής ασφάλισης και άτυπων πληρωμών (out of pocket payments).⁹

⁶ http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=8053

⁷ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

⁸ http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=8053

⁹ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

- Το σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών ανέρχεται στο ποσό των 3,6 δις ευρώ ετησίως (μ.ο. τριετίας 2004-2006).
- Το 35% των δαπανών αφορά λειτουργικές δαπάνες και το 65% δαπάνες μισθοδοσίας.
- Οι δαπάνες για μισθοδοσία και για επενδύσεις καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Οι λειτουργικές δαπάνες (φάρμακα, υλικά, κ.ά.) καλύπτονται από τα ίδια έσοδα των νοσοκομείων (κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές) κατά 90%, ενώ το υπόλοιπο 10% καλύπτεται από την κρατική επιχορήγηση.
- Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης τυπικά γίνεται με βάση το συμβασιακό σύστημα, δηλαδή τα ταμεία υγείας καταβάλλουν νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία όμως καλύπτουν μόλις το 20% περίπου του πραγματικού κόστους νοσηλείας. Τα έσοδα από φόρους χρησιμοποιούνται συχνά για να συμπληρώσουν το κενό μεταξύ του επίσημα καθορισμένου επιπέδου χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης και του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει το 70% των εσόδων των νομαρχιακών νοσοκομείων, το 50% των περιφερειακών νοσοκομείων, το 25% των ψυχιατρικών και το 60% των ειδικών (π.χ. αντικαρκινικών) νοσοκομείων. Από την άλλη, στα νομαρχιακά νοσοκομεία τα νοσήλια καλύπτουν το 27% των εσόδων τους, στα περιφερειακά το 40%, στα ψυχιατρικά το 65% και στα ειδικά το 34%.

Η συμμετοχή των ιδιωτικών πληρωμών (οικογενειακού προϋπολογισμού, ιδιωτικής ασφάλισης) είναι πολύ περιορισμένη, ενώ ιδιαίτερα αυξημένο είναι το φαινόμενο της παραοικονομίας (1,5% του ΑΕΠ), μέρος του οποίου αφορά τον παράνομο χρηματισμό του νοσοκομειακού προσωπικού (κυρίως ιατρών).

- Σημαντικές διατάξεις που έχουν ψηφιστεί (ν. 2889/01, 2955/01) για κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών, λειτουργία του αλληλόχρεου λογαριασμού, κατάρτιση μητρώου ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κ.λπ., δεν υλοποιήθηκαν.

Το πρόβλημα των ελλειμμάτων στα νοσοκομεία οφείλεται κυρίως:

- στη διαφορά μεταξύ πραγματικού και κλειστού νοσηλίου
- στην ετεροχρονισμένη είσπραξη των νοσηλείων

- στην εκτέλεση πράξεων και εξετάσεων που δεν είναι κοστολογημένες και δεν χρεώνονται
- στην περίθαλψη απόρων και ανασφάλιστων και σε δωρεάν παροχές, όπως μέρος των παρακλινικών εξετάσεων για ασφαλισμένους του ΟΓΑ, ξένους πολίτες στα ΚΥ, κ.ά.
- στη λειτουργία των Κέντρων Αιμοδοσίας και των Ειδικών Κέντρων (ιστοσυμβατότητας, μεταμοσχεύσεων, κ.λπ.)
- στις υπερτιμολογήσεις πολλών προμηθειών και στην έλλειψη επαρκούς ελέγχου της κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και υπηρεσιών (Ομάδα Στελεχών Διοίκησης 2006).¹⁰

Βασικός παράγοντας που συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων είναι η ανεπαρκής οργάνωση των νοσοκομείων και κυρίως η έλλειψη ενός επαρκούς και ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης. Οργανισμοί με προϋπολογισμούς πολλών εκατομμυρίων ευρώ δεν έχουν ολοκληρωμένα συστήματα παρακολούθησης λογαριασμών. Οι κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων είναι απαρχαιωμένοι, ενώ η διαδικασία αναβάθμισής τους είναι ιδιαίτερα γραφειοκρατική και χρονοβόρα, με την εμπλοκή δύο τουλάχιστον υπουργείων. Πρόβλημα επίσης προκαλεί το υπάρχον θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ που καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μάνατζμεντ. Το ακατάλληλο νομικό και οργανωτικό πλαίσιο όμως και η πλήρης έλλειψη σύγχρονου μάνατζμεντ ακυρώνει κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων.

Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται και από το ισχύον αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων που έχει ως συνέπεια την αδυναμία ελέγχου του συνολικού ύψους των δαπανών και την ανυπαρξία κινήτρων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Η επιβολή επίσης ενός «κλειστού νοσηλίου» σε επίπεδα πολύ κάτω του πραγματικού κόστους, το οποίο αναμορφώνεται ελάχιστα κάθε 8-10 χρόνια, συσσωρεύει σημαντικά ελλείμματα τα οποία

¹⁰ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

επιτείνονται και από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από την κοινωνική ασφάλιση.

Πρόσθετη ιδιομορφία του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα είναι το γεγονός ότι τα αναγκαία ποσά για τις πάσης φύσης αμοιβές προσωπικού καταβάλλονται απευθείας από το δημόσιο ταμείο, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς, καθιστώντας έτσι ανέφικτη κάθε απόπειρα προσδιορισμού του πραγματικού νοσοκομειακού κόστους.¹¹

Τέλος, στο κρίσιμο θέμα των προμηθειών, οι ισχύουσες διαδικασίες δεν επιτυγχάνουν ανταγωνιστικές τιμές, προκαλούν μεγάλες καθυστερήσεις και αυξάνουν τις εξωσυμβατικές προμήθειες για να μη δυσχερανθεί ή διακοπεί η λειτουργία τμημάτων. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι ότι τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν από νομικής, οργανωτικής και οικονομικής πλευράς ως σπάταλες και αναποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες και όχι ως σύγχρονοι δημόσιοι οργανισμοί (Ομάδα Στελεχών Διοίκησης 2006).¹²

1.3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τα γενικά νοσοκομεία, που αντιμετωπίζουν περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, τα μαιευτικά και τα ψυχιατρικά. Ακόμη, διακρίνονται ανάλογα με τη δυναμικότητά τους σε μεγάλα και μικρά νοσοκομεία.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 2004 καταγράφηκαν σε όλη τη χώρα 172 ιδιωτικές κλινικές επί συνόλου 319, ενώ οι 14.515 κλίνες των ιδιωτικών θεραπευτηρίων κάλυπταν το 28% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας.

¹¹ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

¹² http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

Η απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και της επέκτασης των υπαρχόντων με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ του 1983, και η καθήλωση του καθορισμένου από το κράτος νοσηλίου που αποδίδεται στα νοσοκομεία από την κοινωνική ασφάλιση σε χαμηλές τιμές, οδήγησε σε μεγάλη μείωση του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών και κλινών την τελευταία εικοσαετία¹³. Έτσι, με βάση στοιχεία του υπουργείου Υγείας, οι ιδιωτικές κλινικές μειώθηκαν από 468 το 1980 σε 218 το 2000 και οι ιδιωτικές κλίνες από 25.075 το 1980 σε 15.806 το 2000. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της αλλαγής του νόμου του 1992 και της απελευθέρωσης δυνάμεων της αγοράς, της σταδιακής αύξησης των νοσηλίων, της γενικότερης τάσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση προς ιδιωτικοποίηση και των ελλείψεων και ανεπαρειών του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, η κατάσταση αυτή έχει αρχίσει να μεταβάλλεται.¹⁴

Η ανάλυση της κατάστασης που διαμορφώθηκε την τελευταία εικοσαετία προϋποθέτει τη διάκριση των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό, που όμως έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, διακεκριμένων νοσοκομείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, με δυναμικό 150-400 κρεβάτια το καθένα. Τα νοσοκομεία αυτά διαθέτουν αξιόλογο και έμπειρο ιατρικό δυναμικό και προσφέρουν υψηλής ποιότητας ιατρικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, σε ιδιώτες ή ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει έναν μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων με δυναμικό μικρότερο από 150 κρεβάτια το καθένα, των οποίων ο αριθμός μειώνεται. Πρόκειται για νοσοκομεία που παρέχουν συγκριτικά κατώτερης ποιότητας υπηρεσίες, σε πολύ φθηνότερες τιμές, σε ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, που καλύπτονται σχεδόν αποκλειστικά από τους πόρους της κοινωνικής ασφάλισης.

¹³ (Σουλιώτης 2000) Σουλιώτης Κυριάκος (2001) «Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία: Μια συγκριτική αξιολόγηση από τη σκοπιά της αποδοτικότητας και του κοινωνικού οφέλους»

¹⁴ (Σουλιώτης 2000) Σουλιώτης Κυριάκος (2001) «Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία: Μια συγκριτική αξιολόγηση από τη σκοπιά της αποδοτικότητας και του κοινωνικού οφέλους»

Τα τελευταία χρόνια διαμορφώνονται ισχυρές μονοπωλιακές τάσεις στον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων νοσοκομείων και κλινικών. Σε μερικές περιπτώσεις, μάλιστα, μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία μετατρέπονται σταδιακά σε πολυεθνικές επιχειρήσεις, επεκτείνοντας τις δραστηριότητές τους πρωταρχικά στις βαλκανικές χώρες. Μία ακόμη νέα για τη χώρα μας πρακτική για την περαιτέρω ενδυνάμωση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα αποτελούν οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), επιλογή η οποία ήδη έχει υιοθετηθεί και εφαρμοσθεί σε πολλές χώρες (κυρίως στη Μ. Βρετανία), σε μια προσπάθεια αναβάθμισης των υπό δημόσιο έλεγχο υπηρεσιών, με τρόπο που σύμφωνα με τους υποστηρικτές της εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και μικρότερη συμμετοχή του δημοσίου στην κάλυψη του κόστους.¹⁵

1.3.1 Ανθρώπινο δυναμικό

Σύμφωνα με μελέτη της ICAP, το 2006, στα ιδιωτικά θεραπευτήρια ήταν εγγεγραμμένοι 4.192 ιατροί (ICAP 2006). Σύμφωνα με αυτά τα δημοσιευμένα στοιχεία στα ιδιωτικά θεραπευτήρια οι γυναικολόγοι υπερτερούν σε αριθμό έναντι των άλλων ειδικοτήτων, φτάνοντας τους 1.820 και ακολουθούν οι παθολόγοι και οι χειρουργοί (279 και 278 αντίστοιχα).¹⁶

1.3.2 Χρήση

Το έτος 1998 έλαβαν εξιτήριο από τις ιδιωτικές κλινικές 299.866 ασθενείς, αντιπροσωπεύοντας το 18,5% του συνόλου των εξελθόντων ασθενών από όλα τα θεραπευτήρια της χώρας. Επιπλέον, από τα στοιχεία της έρευνας "Hellas Health I", προκύπτει ότι το 12,2% των τελευταίων διανυκτερεύσεων των Ελλήνων πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη

¹⁵ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

¹⁶ http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moraiti_2009.pdf (Ε. Μωραΐτη «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο 2009)

συχνότητα διανυκτέρευσης σε ιδιωτικά νοσοκομεία παρατηρήθηκε στις γυναίκες (12,5%), στους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών (16,7%), στους κατοίκους αγροτικών περιοχών (22,6%) και στα άτομα ανώτερης κοινωνικής τάξης (50%), όπως εμφανίζεται στους.

Τα περιστατικά που νοσηλεύονται στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι κατά κανόνα ηπιότερα από αυτά που νοσηλεύονται στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μεγάλη μάζα των μικρών ιδιωτικών νοσοκομείων δεν έχουν τις αναγκαίες υποδομές για να αντιμετωπίσουν σύνθετα και επιλεγμένα περιστατικά, αλλά και στο ότι η προτίμηση των πολιτών για τέτοια περιστατικά στρέφεται προς τα δημόσια νοσοκομεία και δη τα πανεπιστημιακά.¹⁷

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, τα λίγα, διακεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι στην κορυφή των προτιμήσεων των πολιτών σε ότι αφορά το περιβάλλον, την ελευθερία επιλογής και τις συνθήκες νοσηλείας. Επιπλέον, τα διακεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες αποδοτικότητας, όπως μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) και βαθμό κάλυψης κλινών. Η ΜΔΝ στα νοσοκομεία αυτά ήταν το 2000 3,27 ημέρες, έναντι 8,05 του συνόλου των ιδιωτικών νοσοκομείων. Το ετήσιο ποσοστό κάλυψης κλινών σε δύο από τα πιο διακεκριμένα νοσοκομεία της Αθήνας ήταν γύρω στο 80%, έναντι 47% του συνόλου των ιδιωτικών νοσοκομείων (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001).¹⁸

1.3.3 Χρηματοδότηση

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με κλαδική μελέτη της ICAP, παρουσίασε αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο

¹⁷ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

¹⁸ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

ρυθμό 12,7% (ICAP 2006). Ειδικότερα, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφάνισε το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών, με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολούθησε η αγορά των μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%.¹⁹

Με βάση στοιχεία του υπουργείου Οικονομικών, η δημόσια δαπάνη για περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές παρουσίασε σημαντική αύξηση από 21.878.210 ευρώ το 1995, σε 35.424.798 το 1999 (62%). Στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχει μεν η τυπική εφαρμογή του κλειστού νοσηλίου, αλλά τα περισσότερα το εφαρμόζουν μόνο για τη κάλυψη των βασικών ξενοδοχειακών και διοικητικών δαπανών. Για τις υπόλοιπες ιατρικονοσηλευτικές υπηρεσίες ισχύει το ανοιχτό νοσήλιο. Η μέθοδος των διαγνωστικών κατηγοριών έχει υιοθετηθεί πρόσφατα για τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά.

Οι δικαιούχοι των πιο ευγενών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, που αποτελούν περίπου το 10% των ασφαλισμένων, καλύπτονται σε ένα μεγάλο βαθμό για νοσηλεία στα διακεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία για όλες τις ασθένειες, εξειδικευμένες χειρουργικές πράξεις (π.χ. καρδιοχειρουργικές, αρθροπλαστικές ισχίου και γόνατος κ.ά.) και ειδικές εξετάσεις (π.χ. ψηφιακές αγγειογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες κ.ά.), αφού οι καθορισμένες από την πολιτεία τιμές για αυτές τις υπηρεσίες θεωρούνται ικανοποιητικές. Ο υπόλοιπος ασφαλισμένος πληθυσμός δικαιούται ελεύθερης πρόσβασης στα δημόσια νοσοκομεία και σε μικρά ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία συνήθως παρέχουν υπηρεσίες κατώτερης ποιότητας.

Ένας από τους λόγους που ώθησαν σε ανάπτυξη τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα είναι η μεγάλη άνθηση της ιδιωτικής ασφάλισης. Από το 1992, τα βασικά ασφαλιστικά σχήματα παρείχαν τη δυνατότητα δωρεάν πρόσβασης στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία, χωρίς μάλιστα πλαφόν στα ιατρικά έξοδα. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια έχουν τεθεί κάποιοι περιορισμοί στις

¹⁹ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

παροχές, το 85% των εισαγωγών στα λίγα, διακεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία καλύπτονται πλήρως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Οι σχετικά υψηλοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εκτιμάται από τη μελέτη της ICAP ότι θα συνεχιστούν, λόγω των συνεχιζόμενων εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, της γήρανσης του πληθυσμού και της υψηλής εισοδηματικής ελαστικότητας των δαπανών υγείας. Σε αυτό συνηγορούν και τα επενδυτικά προγράμματα των μεγάλων ομίλων του κλάδου που βρίσκονται σε εξέλιξη και τα οποία στοχεύουν στην επέκταση σε νέες γεωγραφικές περιοχές και δραστηριότητες.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ

2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στον τομέα της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα πολύπλοκος, εξαιτίας των ποικίλων διεργασιών που λαμβάνουν χώρα σε μια μονάδα υγείας, των διαφορετικών αντιλήψεων που έχουν οι συμμετέχοντες στην παροχή των υπηρεσιών αλλά και των ιδιαιτεροτήτων που χαρακτηρίζει το ίδιο το αγαθό της υγείας. Θα έλεγε κανείς ότι το περιεχόμενό της διαφοροποιείται κατά περίπτωση, ανάλογα με το επίπεδο και τον σκοπό της εκτίμησης που ενσωματώνει.²¹

Από τη μελέτη των διαφόρων ερμηνευτικών προσεγγίσεων παρατηρείται ότι η ποιότητα ορίζεται πάντοτε σε σχέση με τον αποδέκτη ή τον συμπαραγωγό της υπηρεσίας. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί είναι πολλοί, ωστόσο παρατίθενται ενδεικτικά οι συχνότερα αναφερόμενοι στη διεθνή βιβλιογραφία.

²⁰ <http://www.neaygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> (Γ. Τούντας και Συνεργάτες «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Αθήνα 2008

²¹ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf> (Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

Σύμφωνα με τον πρωτοπόρο Donabedian, ο οποίος και την καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο, ποιότητα είναι «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα «αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρωπίνης επαφής».

Ο Donabedian υποστηρίζει ότι η ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας έχει δύο επιμέρους διαστάσεις: την τεχνική ποιότητα και τη διαπροσωπική ποιότητα. Η τεχνική ποιότητα (technical care) αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή. Ο βαθμός της τεχνικής ποιότητας των υπηρεσιών είναι ανάλογος της αποτελεσματικότητας αλλά και της ασφάλειας που τις χαρακτηρίζει. Από την άλλη, η διαπροσωπική ποιότητα (art of care) αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή και επαγγελματιών υγείας, δηλαδή στην αμοιβαία στάση και συμπεριφορά που υπαγορεύεται από την επαγγελματική και ηθική δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Στην τεχνική και διαπροσωπική πλευρά της ποιότητας προστίθενται και οι ανέσεις του περιβάλλοντος (amenities), δηλαδή η ξενοδοχειακή υποδομή, η καθαριότητα, το φαγητό κ.α. για να συμπληρώσουν την ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς που αντιπροσωπεύει τις ποικίλες διεργασίες που αναφέρθηκαν νωρίτερα.²²

²² <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011.

Στον τομέα των υπηρεσιών η παραγωγή, η κατανάλωση και η διανομή γίνονται σχεδόν ταυτόχρονα, παρουσία του καταναλωτή. Κατά τον Donabedian, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να διαδραματίσουν τρεις εξίσου σημαντικούς ρόλους. Καταρχήν, μπορούν να συμβάλουν στη διασφάλιση της ποιότητας, μέσα από την προσωπική τους εμπειρία για το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που προσέλαβαν, η οποία αποτελεί πολύτιμη πληροφόρηση για εκείνους που προβαίνουν στην αξιολόγησή της.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, οι ασθενείς μερικές φορές ελκύονται αποκλειστικά από τη φήμη του ιδρύματος ή του επιστήμονα, παρακάμπτουν τις νόμιμες διαδικασίες, αναστατώνουν τους χώρους υγείας ή προσπαθούν να ικανοποιήσουν με κάθε μέσο παράλογες απαιτήσεις τους. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας αναζητούν την ποιότητα, κυρίως με την έννοια της κλινικής αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Κάποτε, όμως, υποκύπτουν σε ανορθόδοξες πρακτικές, προκαλούν αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών και συνακόλουθα διογκώνουν το κόστος τους, ενώ συχνά δεν λαμβάνουν την οργανωτική στήριξη που χρειάζονται. Ταυτόχρονα, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ιδιωτικές ασφάλειες επιζητούν την ποιότητα, με την έννοια αφενός της εύρυθμης λειτουργίας και της «έξωθεν καλής μαρτυρίας», και αφετέρου του περιορισμού της σπατάλης και της ελαχιστοποίησης των δυσλειτουργιών. Ωστόσο, επειδή η κοινωνία αναζητά την ποιότητα παντού και πάντοτε, πολλές φορές μεγιστοποιεί τις στρεβλώσεις του συστήματος, ενώ την ίδια στιγμή δεν προτίθεται ή αδυνατεί να συνεισφέρει στο κόστος που απαιτείται για την ικανοποίηση των προσδοκιών της.

Αποτέλεσμα αυτού, συνδικάτα, αυτοδιοίκηση και ΜΜΕ δρουν συνήθως παρορμητικά, ενθαρρύνουν απαιτήσεις και προκαλούν σύγχυση. Από την πλευρά της, η πολιτεία οφείλει να συνδυάσει όλες τις παραπάνω

παραμέτρους, να αναγνωρίσει την ποιότητα ως καθολική προσδοκία και να συντονίσει κατάλληλα τις λειτουργίες του συστήματος υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον όπου οι διεθνείς προδιαγραφές, τόσο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όσο και της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και των διεθνών συνδιασκέψεων διευρύνονται συνεχώς. 23

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας, τη διοικητική και την ιατρική που συνήθως βρίσκονται σε σύγκρουση, και δεν μπορούν να μετρηθούν με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας . Απέναντι και ανάμεσα σε αυτές τις γραμμές εξουσίας στέκει ο ασθενής, αδύναμος, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης, της εξάρτησης αλλά και της ψυχολογικής φόρτισης που ενέχει η θέση του, ο οποίος αναζητά υποστήριξη, κατανόηση, ευγένεια και φροντίδα.

2.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι στόχοι των πολιτικών υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες κοινωνίες συνοψίζονται σήμερα στο τρίπτυχο εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος και υψηλή ποιότητα. Το τρίπτυχο αυτό, αφενός υποδηλώνει τις αδυναμίες των συστημάτων υγείας διεθνώς, με κύριες αναφορές τις αυξημένες δαπάνες και την αναλογικά χαμηλή ποιότητα, και αφετέρου υπογραμμίζει την ανάγκη διαμόρφωσης νέων πλαισίων παροχής των υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες προκλήσεις της εποχής. 24

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι εθνικές πολιτικές για την ποιότητα στην υγεία και οι οδηγίες των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων έχουν επιστήσει την προσοχή τους στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ενδεικτική της τεράστιας σημασίας που αποδίδεται είναι η παρατήρηση ότι μετά την καθιέρωση της ασφάλισης

²³ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

²⁴ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

υγείας και την εξέγερση των χρηματοδοτούντων ταμείων, σταθμών που αποτέλεσαν αντίστοιχα την πρώτη και τη δεύτερη επανάσταση στα συστήματα υγείας, η βελτίωση της ποιότητας και η ανάδειξη μέτρων αξιολόγησής της συνιστούν την τρίτη επανάσταση. Βασικά δόγματα αυτού του μανιφέστου συντείνουν σε έναν πιο σαφή προσδιορισμό της ποιότητας, προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωσή της που θα συμβάλει καταλυτικά στη μείωση των δαπανών.²⁵

Ο δημόσιος τομέας μπορεί να αναπτύξει ένα πλέγμα δράσεων στα πλαίσια ενός «ιδιότυπου μάρκετινγκ» που βασίζεται στη μέτρηση της ικανοποίησης του χρήστη και στην κάλυψη των προσδοκιών του. Η στόχευση των μετρήσεων της ποιότητας διαφοροποιείται από αυτή στον ιδιωτικό τομέα. Σπάνια υπεισέρχονται ζητήματα που αφορούν στη διατήρηση των υπηρεσιών, ενώ αντίθετα, δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντιλαμβανόμενη από το χρήστη αξία της παρεχόμενης υπηρεσίας. Ο δημόσιος υγειονομικός τομέας δεν αποσκοπεί στη διεύθυνση της αγοράς και στο κέρδος, επιδιώκει βέβαια την ανταγωνιστικότητα των υπηρεσιών του αλλά οφείλει να προστατεύει τον δημόσιο χαρακτήρα του και να λειτουργεί σύμφωνα με τις βασικές του αρχές, όπως την καθολικότητα, την αποδοτικότητα, την ίση μεταχείριση και προσβασιμότητα. Κατά συνέπεια, η παράμετρος «προσδοκίες των χρηστών» έχει θετική συσχέτιση με την «αποδοχή» των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες και την τελική «αξία» που αποκτά το δημόσιο σύστημα υγείας. Το δικαίωμα για υπηρεσίες υψηλής ποιότητας προϋποθέτει ότι αυτές συνάδουν με τα νομικά, επαγγελματικά και δεοντολογικά πρότυπα, ότι παρέχονται αποτελεσματικά, επιδέξια, με τρόπο που ελαχιστοποιεί την πιθανότητα βλάβης και ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών ενώ η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών εξασφαλίζει τη συνέχεια στη φροντίδα και τη διαρκή βελτίωση.

Σε κάθε περίπτωση, η ποιότητα αποτελεί σήμερα κύρια προτεραιότητα, έχει για όλους ξεχωριστή σημασία και αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά

²⁵ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Για τον ασθενή, αποκομίζονται υγειονομικά οφέλη από την έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του και την αποφυγή καθυστερήσεων ή επιπλοκών. Επιπλέον, υπάρχουν και ψυχολογικά οφέλη που έχουν σχέση με το περιβάλλον νοσηλείας και τη διάρκεια παραμονής του σε αυτό. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του. Εξίσου σημαντικά είναι και τα οικονομικά οφέλη του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του από τη μικρότερη επιβάρυνση που ισοδυναμεί η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική αντιμετώπιση και η βραχεία νοσηλεία του. Για τους επαγγελματίες υγείας, τα οφέλη από την ποιότητα είναι διαφορετικής φύσης και συνίστανται κυρίως στην αποτελεσματικότητα, τη νομική κατοχύρωση και την ασφάλεια του έργου τους, στην ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους, στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που απολαμβάνουν από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, στην απαλλαγή τους από τον εκνευρισμό και το άγχος, καθώς και στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή που καλλιεργεί η ποιότητα απέναντι σε ενδεχόμενες αποτυχίες.²⁶

Με την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων μεταφράζεται η ποιότητα για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη αναγκών περισσότερων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την κλινική έρευνα ή να μην χρησιμοποιηθούν καθόλου και να προκύψουν λειτουργικά οφέλη.²⁷

Η συγκράτηση του ύψους των δαπανών που καταβάλλουν στις μονάδες και με τον περιορισμό των επιδομάτων ασθένειας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους. Το μεγαλύτερο όφελος, βεβαίως, είναι η ικανοποίηση που επιφέρει στους ασφαλισμένους η βελτίωση της

²⁶ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

²⁷²⁷ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αίσθηση ότι τα ασφαλιστικά τους ταμεία εκπληρώνουν ορθά τον κοινωνικό τους ρόλο. Εν κατακλείδι, η περιστολή των υπέρμετρων δαπανών στον τομέα της υγείας, η αύξηση της παραγωγικότητας των πολιτών, η ενίσχυση της εμπιστοσύνης τους απέναντι στο κράτος και η βελτίωση της εικόνας της χώρας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, αποτελούν τα οφέλη της ποιότητας για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.²⁸

2.3 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των υγειονομικών δαπανών, η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η διαρκής γήρανση του πληθυσμού, η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η έντονη διαφοροποίηση στην κλινική πράξη, το υψηλό ποσοστό ιατρικών λαθών αλλά και οι μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας προβληματίζουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας σε πολλά κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης.

Παρότι οι δαπάνες υγείας των αναπτυγμένων χωρών έχουν σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, η αύξηση αυτή δεν συνοδεύεται από την ανάλογη άνοδο της στάθμης υγείας του πληθυσμού. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι χωρίς σαφή μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής. Αναφορικά με την ποιότητα, η μέτρηση της τεχνικής ποιότητας πραγματοποιείται κυρίως με τη χρήση ειδικών δεικτών ενώ η μέτρηση της διαπροσωπικής ποιότητας και των ανέσεων του περιβάλλοντος

²⁸ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

περιλαμβάνει συνήθως την εφαρμογή κατάλληλων ερευνητικών διαδικασιών.²⁹

Ο Donabedian πρότεινε τρεις βασικούς δείκτες για την αξιολόγηση της τεχνικής ποιότητας που έχουν υιοθετηθεί και από το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ :

- Δείκτες δομής που αναφέρονται στους συντελεστές που μετέχουν στην παραγωγική διαδικασία και αφορούν σε ατομικό επίπεδο ή επίπεδο οργανισμών . Αυτοί περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά των ανθρώπινων πόρων, όπως αριθμός και 21εκπαίδευση προσωπικού, των υλικών πόρων, όπως επάρκεια κλινών ή καταλληλόλητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, και της δομής, όπως μέθοδοι ελέγχου και αποζημίωσης. Ωστόσο, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά δεν κρίνονται επαρκή για την αξιολόγηση της ποιότητας και η παρουσία τους δεν διασφαλίζει την επίτευξη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων .
- Δείκτες διαδικασίας που περιλαμβάνουν τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς αναζητούν και λαμβάνουν φροντίδα υγείας και αφορούν δείκτες παραγωγικότητας, όπως λίστες αναμονής και κόστος ανά ημέρα νοσηλείας . Όμως, οι δείκτες αυτοί είναι δύσκολα μετρήσιμοι, αφενός επειδή δεν είναι εύκολος ο εντοπισμός του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο να νοσήσει και αφετέρου λόγω της ελλιπούς ή προβληματικής καταγραφής των δεδομένων.
- Δείκτες αποτελέσματος που υποδηλώνουν τις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών στο επίπεδο υγείας των ασθενών και του πληθυσμού, όπως οι νοσοκομειακές λοιμώξεις και η θνητότητα.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι συχνά ένας δείκτης αποτελέσματος δύναται να επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες πέρα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αντίθετα, η αξιολόγηση της διαπροσωπικής ποιότητας και των ανέσεων του περιβάλλοντος περιλαμβάνει

²⁹ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

υπηρεσίες μέτρησης της ικανοποίησης των «πελατών» αλλά και διερεύνησης των παραπόνων τους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στην αξιολόγηση της τεχνικής ποιότητας, από τους εσωτερικούς κυρίως πελάτες. Η μέτρηση της ικανοποίησης των εξωτερικών πελατών μπορεί να κυμαίνεται από απλό έλεγχο σε συγκεκριμένα τμήματα ή υπηρεσίες για ορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρι την πλήρη επισκόπηση της μονάδας που επαναλαμβάνεται περιοδικά και συστηματικά.

Σημαντικό μειονέκτημα όμως αποτελεί η τάση των ερωτηθέντων να εκφράζουν γενικώς υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνουν, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ασθενείς διστάζουν να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους από φόβο μήπως κάτι τέτοιο επηρεάσει αρνητικά τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες. Το τελευταίο θέτει σαφώς υπό αμφισβήτηση την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μιας τέτοιας έρευνας.³⁰

Ένα δεύτερο, αν και νεότερο, εργαλείο αξιολόγησης της διαπροσωπικής ποιότητας και των ανέσεων του περιβάλλοντος που επίσης στηρίζεται στη γνώμη και τις αντιλήψεις των ασθενών είναι τα παράπονά τους. Σε μία έρευνα στον Καναδά βρέθηκε ότι δύο τύποι δραστηριοτήτων χρησιμοποιήθηκαν στην αναγνώριση της χαμηλής αποδοτικότητας: ένα σύστημα διαχείρισης παραπόνων και ένα πρόγραμμα λογιστικού ελέγχου. Οι συγγραφείς της, ωστόσο, εγείρουν αμφιβολίες σχετικά με την προθυμία, την ικανότητα και την αυτοπεποίθηση των ασθενών να εκφράζουν τα παράπονά τους. Εντούτοις, όπως ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη πραγματικής υψηλής ποιότητας (αλλά αντιλαμβανόμενης), έτσι και η σπανιότητα των παραπόνων δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα ούτε υψηλή ποιότητα, ούτε υψηλή ικανοποίηση αλλά ενδεχόμενη αναποτελεσματική λειτουργία του σχετικού μηχανισμού υποδοχής και

³⁰³⁰ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

διαχείρισής τους, καθώς και πλημμελή ευαισθητοποίηση (αδράνεια) του πληθυσμού.

Ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης παραπόνων οφείλει να αξιοποιεί τη μάθηση που προκύπτει από τα λάθη και να συμβάλει, από κοινού με την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική υπηρεσία, στην ανάπτυξη μηχανισμών που να αποτρέπουν την επανάληψή τους. Η υιοθέτηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί εξαιρετική επιλογή προς την κατεύθυνση αυτή, μιας και διακρίνεται για τη δυναμικότητά της με συνεχή εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών, διαρκή ανάπτυξη των εργαζόμενων ως ατόμων και επιμονή στην αέναη βελτίωση των πόρων, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Μια τέτοια προσέγγιση δύναται να εξασφαλίσει τόσο τη βελτίωση της ποιότητας, όσο και τη μείωση του κόστους μακροπρόθεσμα, γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως «συνταγή» ή «θεραπεία» στις ολοένα αυξανόμενες υγειονομικές δαπάνες, ενώ ταυτόχρονα, ενισχύει και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών. Φυσικά, η διαδικασία εισαγωγής και εφαρμογής της απαιτεί χρόνο, πόρους και κατάλληλες υποστηρικτικές υποδομές (π.χ. προηγμένο πληροφοριακό σύστημα).³¹

Προϋπόθεση για την καλύτερη ενσωμάτωση του συστήματος παραπόνων στον κύκλο βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου είναι η προσμέτρηση της γνώμης των ασθενών που συλλέγουν οι διαθέσιμες υπηρεσίες μελέτης της ικανοποίησής τους. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ζωτικής σημασίας σε κάθε στάδιο του κύκλου βελτίωσης της ποιότητας, από την αναγνώριση και αναφορά των ατυχών περιστατικών μέχρι τη λήψη των κατάλληλων διορθωτικών μέτρων. Μία «κουλτούρα ασφάλειας» προάγει μια φιλοσοφία καταγραφής και υπευθυνότητας στη θεωρία και στην πράξη. Αντίθετα, μία «κουλτούρα κατηγορίας» ενθαρρύνει τη συγκάλυψη από φόβο ενδεχόμενης τιμωρίας, με μεγαλύτερη επικέντρωση στις πράξεις των ατόμων και όχι στη συστηματική προσπάθεια βελτίωσης της

³¹ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

παρεχόμενης υπηρεσίας. Ως εκ τούτου, επιβάλλεται η παρακολούθηση όλων των ειδών των περιστατικών που ενέχουν υψηλό κίνδυνο να αποδειχθούν επιβλαβή.

Τα συστήματα αναφοράς είναι απαραίτητα στην παροχή πρωτογενών και αξιόπιστων πληροφοριών προς ανάλυση και στη διατύπωση προτάσεων εξυγίανσης. Ο εντοπισμός των προβλημάτων επιτυγχάνεται κυρίως με συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης περίθαλψης, παρακολούθηση των δεικτών ανεπιθύμητων γεγονότων, συστηματική καταγραφή των απόψεων και προτάσεων ασθενών και προσωπικού αλλά και με τις εκθέσεις συμβάντων, συμπεριλαμβανομένων των παραπόνων των ασθενών και των δικαστικών διενέξεων. Η ανατροφοδότηση του συστήματος είναι καθοριστικής σημασίας στην επαναξιολόγηση και τον επανασχεδιασμό της δράσης.³²

2.4 ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ

Οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους να αποφεύγουν οποιαδήποτε διάκριση, να σέβονται την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών, να διαφυλάσσουν την αυτονομία τους και να αναπτύσσουν μαζί τους σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού.³³

Το θεσμικό πλαίσιο παρά τις ανεπάρκειές του, οι οποίες δεν μπορούν να αναλυθούν στην παρούσα εργασία, υφίσταται και επομένως είναι κυρίως η εφαρμογή και οι μηχανισμοί προσφυγής που καθορίζουν τελικά την αποτελεσματικότητά του. Η εφαρμογή του συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση της μέγιστης δυνατής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού βαθμού

³² <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

³³ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

ικανοποίησης των χρηστών. Οποιαδήποτε παραβίαση ή προσβολή δικαιωμάτων οι ασθενείς έχουν πλέον τη δυνατότητα να την αναφέρουν, είτε προφορικά, είτε γραπτά, με τη μορφή ένστασης, παραπόνου, διαμαρτυρίας ή καταγγελίας. Η προστασία των δικαιωμάτων επιτυγχάνεται με την άσκηση ενός εξ αυτών που υποστηρίζει ότι «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων» . Αν και η αξιολόγηση των μηχανισμών προσφυγής που αποτελούν τα μέσα υλοποίησης του νομικού πλαισίου δεν έχει γίνει ποτέ μέχρι σήμερα, «φυτρώνουν» διαρκώς νέοι νόμοι που αναιρούν ή τροποποιούν προηγούμενους

Τα παράπονα στις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης αντανakλούν την επικοινωνία των παραπονούμενων με τις διοικήσεις, σχετικά με ένα ή περισσότερα ζητήματα αποτυχημένης αντιμετώπισης του ασθενή. Εμπεριέχουν συνήθως ερωτήσεις ή κριτική που υποδεικνύουν ότι ο παραπονούμενος είναι κατά κάποιο τρόπο ενοχλημένος και επιδιώκει την ορθή αποκατάσταση των πραγμάτων, και σπανιότερα, την οικονομική αποζημίωση του ασθενή . Επιπλέον, συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και στην επιβολή κυρώσεων σε αυτούς που παρέχουν υποδεέστερες υπηρεσίες.

Στον δημόσιο τομέα η χρήση των παραπόνων είναι πέραν οποιασδήποτε «εμπορικής χρήσης», σε αντιδιαστολή με τον ιδιωτικό, και οι διαδικασίες υποβολής τους προσδιορίζονται από νόμους που προάγουν τη διαφάνεια, την ταχύτητα και την αμεροληψία . Ο παραπονούμενος επιθυμεί την ενεργό του ανάμειξη σε κάθε στάδιο επίλυσης του προβλήματος που εξήγειρε το παράπονο , και όχι μόνο κατά την υποβολή του ή κατά την γνωστοποίηση της απόφασης που ελήφθη για τη διευθέτησή του . Η δε ικανοποίηση ενδεχόμενων οικονομικών αιτημάτων των νοσοκομειακών ασθενών, διεθνώς, διαφοροποιείται ανάλογα με το αν υπάρχει :

Νομική αξίωση, στα πλαίσια ενός Δικαίου Αστικής Ευθύνης που επιτρέπει στους ασθενείς να αναζητούν αποζημίωση για αμέλεια (π.χ. ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο).

Ένα «άνευ πταίσματος» σύστημα, όπου οι ασθενείς δεν είναι υποχρεωμένοι να αποδείξουν την αμέλεια σε δικαστήριο (αν και υπάρχει αυτή η επιλογή), αλλά το αίτημά τους μπορεί να αξιολογηθεί και η αποζημίωση να καταβληθεί στα πλαίσια ενός διαφορετικού σχήματος, διαχειριζόμενου από μία κυβερνητική υπηρεσία που χρηματοδοτείται από τη φορολογία (π.χ. Νέα Ζηλανδία, Σκανδιναβικές χώρες).

Η διαδικασία υποβολής παραπόνων ομοιάζει με πυραμίδα που στην κορυφή της βρίσκεται η δικαστική προσφυγή. Μολονότι η δικαστική προσφυγή μπορεί να οδηγήσει στην αποζημίωση αλλά και στην απολογία των κατηγορούμενων, ωστόσο δεν αξιοποιεί τις ανησυχίες των παραπονούμενων στο επίπεδο της φροντίδας και της υπευθυνότητας. Σε γενικές γραμμές, η καταβολή αποζημίωσης αποκλειστικά μέσω του νομικού συστήματος μπορεί να είναι «παραμυθένια», τα ασφάλιστρα του νοσοκομείου «τσουχερά» και η άσκηση της ιατρικής επιστήμης «αμυντική». Στον αντίποδα, η διεκδίκηση αποζημίωσης στα πλαίσια ενός «άνευ πταίσματος» συστήματος είναι περισσότερο εφικτή και λιγότερο ακριβή, το κόστος της ασφάλειας χαμηλότερο και η απώλεια κοινωνικής ευημερίας περιορισμένη. Επιπρόσθετα, ένα τέτοιο σύστημα δύναται να ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας στην αναφορά και καταγραφή των ατυχών περιστατικών, που είναι πρωταρχικής σημασίας στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη συνακόλουθη ικανοποίηση των χρηστών.³⁴

³⁴ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ

3.1 ΕΡΕΥΝΑ ΓΝΩΜΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Έρευνα είναι η δημιουργική εργασία που αναλαμβάνεται σε συστηματική βάση με σκοπό την αύξηση του αποθέματος γνώσης. Στην έρευνα, μπορεί να μην προσδοκάται (βασική έρευνα) ή να προσδοκάται (εφαρμοσμένη έρευνα) η χρήση του αποθέματος γνώσης για την επινόηση νέων εφαρμογών.³⁵ Η έρευνα πρέπει να διεξάγεται με σεβασμό στην επιστημονική αλήθεια, στην ακαδημαϊκή ελευθερία, στη ζωή, τη φύση και το περιβάλλον, στη βιολογική και πνευματική ακεραιότητα του ανθρώπου, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την πνευματική ιδιοκτησία και στα προσωπικά δεδομένα. Κατά την έρευνα πρέπει να αποφεύγεται κάθε δυσμενής διάκριση πολιτών κατά την εθνότητα, τη φυλή, την εθνική καταγωγή, τη γλώσσα, το φύλο, τη θρησκεία, την ιδιωτική ζωή, τη σωματική ικανότητα ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

3.2 ΤΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΟΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΝΩΜΗΣ

Τα όρια των ερευνών κοινής γνώμης και των δημοσκοπήσεων έχουν επισημανθεί πολλές φορές, τόσο από τον χώρο της πολιτικής επιστήμης όσο και από αυτόν της κοινωνιολογίας. Θα μπορούσαν να συνοψιστούν εν συντομία στα εξής: στις έρευνες κοινής γνώμης οι απαντήσεις εξαρτώνται από τον τρόπο που διατυπώνονται οι ερωτήσεις και, εξίσου σημαντικό, από τον τρόπο που γίνονται κατανοητές από τον κάθε ατομικό ερωτώμενο. Έχουν αξία μόνο για τη στιγμή (περίοδο) που λαμβάνονται, μη διεκδικώντας έτσι χαρακτήρα γενικών αξιωμάτων. Επιπλέον, δεν έχει ο

³⁵

http://www.rc.auth.gr/Documents/Static/OperationFramework/research_deontology_principles.pdf
(Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσ/νίκης, Επιτροπή Ερευνών «Κώδικας Δεοντολογίας», Θεσ/νίκη 2010)

καθένας (ή δεν μπορεί να έχει) απαραίτητως γνώμη για όλα τα ζητήματα, ή και αν έχει, δεν έχει απαραίτητως ανάγκη να την εκφράσει δημοσίως.³⁶

3.3 ΕΙΔΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ

Τα βασικότερα είδη έρευνας γνώμης με βάση διαφορετικά κριτήρια είναι τα εξής:

- A) Έρευνες γνώμης με σκοπό της πληροφόρηση
- B) Έρευνες γνώμης με βάση το πληθυσμό της έρευνας.
- Γ) Έρευνες γνώμης με κριτήριο τη φύση των συλλεχθέντων στοιχείων
- Δ) Έρευνες γνώμης με βάση τη φύση των υπό έρευνα μεταβλητών σε συνδυασμό με τα εργαλεία διερεύνησης, σε ποσοτικές και ποιοτικές.

Η ποσοτική μέθοδος περιλαμβάνει κυρίως δημοσκοπήσεις με ερωτηματολόγια, μεθόδους δειγματοληψίας με πιθανότητες και παραμετρικά τεστ, με κύριο ζητούμενο τη διαπίστωση στατιστικά σημαντικών σχέσεων. Ενώ η ποιοτική μέθοδος από την άλλη πλευρά αξιοποιεί τεχνικές όπως σε βάθος συνεντεύξεις, ομάδες εστίασης ενδιαφέροντος, συγκεκαλυμμένες τεχνικές, παρατήρηση και για την εξαγωγή συμπερασμάτων προσπερνώντας τη στατιστική σημαντικότητα, χρησιμοποιεί μη παραμετρικές μεθόδους ανάλυσης δεδομένων.

Υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, δυνατά και αδύνατα σημεία και στις δύο προσεγγίσεις. Η ποσοτική μέθοδος στηρίζεται σε έννοιες που προέρχονται από αριθμούς, τα αποτελέσματα δίνονται σε αριθμούς και πίνακες, ενώ η ανάλυση γίνεται με συγκεκριμένα προγράμματα (SPSS κ.λ.π.). Για αυτό, η ποσοτική μέθοδος θεωρείται καλύτερη από την άποψη της ακρίβειας των μετρήσεων και κυρίως για την δυνατότητά της στην πρόβλεψη. Καταλήγει σε εύρος και βάθος στοιχείων τα οποία εφόσον αναλυθούν και

³⁶

http://www.vernardakis.gr/uplmed/13_opinion%20publique,%20sondages%20et%20jeux%20politiques.pdf

συζητηθούν με αμεροληψία, παρέχουν ορθολογική πληροφόρηση στα διοικητικά στελέχη υποβοηθώντας τους στη λήψη των αποφάσεων για τη χάραξη στρατηγικής. Επίσης προσφέρει τη δυνατότητα ελέγχου της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των μέτρων μέτρησης των μεταβλητών.

Για αυτό το λόγο η ποιοτική έρευνα από την άλλη πλευρά προσπαθεί να διερευνήσει και να εξηγήσει τη σημασία και όχι τη συχνότητα ορισμένων φαινομένων. Ενδιαφέρεται δηλαδή να εξηγήσει τι σκέφτονται οι άνθρωποι παρά για το πόσοι άνθρωποι που ενδιαφέρει την ποσοτική έρευνα. Τα αποτελέσματα των ποιοτικών ερευνών στηρίζονται σε έννοιες που προέρχονται από λέξεις και δεν παρουσιάζονται με νούμερα όπως στις ποσοτικές έρευνες, αλλά παρουσιάζονται με τάσεις και συνήθειες συμπεριφοράς. Αυτό δηλαδή που η ποσοτική έρευνα το δίνει με απλά νούμερα η ποιοτική το δίνει με βαθιά ανάλυση και αιτιολόγηση. Επίσης τα στοιχεία που θα προκύψουν από την ποιοτική έρευνα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια και για ποσοτικές αναλύσεις. Παρόλα αυτά η ποιοτική έρευνα ελέγχεται για αυθαιρεσία στο σχεδιασμό και για αδυναμίες όσον αφορά την αξιοπιστία των ευρημάτων και κυρίως την πρόβλεψη, αφού πολλές φορές παρέχουν μια υποκειμενική θεώρηση του υπό έρευνα ζητήματος.

3.4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται διαρκώς τα παράπονα των ασθενών γύρω από τη φροντίδα και τις υπηρεσίες υγείας που οφείλονται κυρίως στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών ή στις ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η πλειοψηφία των επίσημων παραπόνων υποβάλλεται από τους ίδιους τους ασθενείς, ιδιαίτερα τις γυναίκες μέσης ηλικίας , και αφορά συνδυασμούς προβλημάτων ενώ, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, οι παραπονούμενοι διαθέτουν κατά κανόνα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Παράπονα που σχετίζονται με σοβαρά γεγονότα είναι πιθανό να οδηγήσουν σε διορθωτικά μέτρα ή/και αποζημίωση. Η ανάλυση της

φύσης των παραπόνων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση των προβλημάτων και την αντιμετώπισή τους.

Από τη διερεύνηση όλων των παραπόνων στα δημόσια νοσοκομεία, κλινικών και μη, εκτιμάται ότι οι βασικότερες αιτίες γένεσής τους σχετίζονται με το επίπεδο και την ασφάλεια των κλινικών πρακτικών, τη συμπεριφορά και την ευρύτερη επικοινωνία με το προσωπικό, καθώς και την πρόσβαση, τη λειτουργία και τις διαδικασίες των μονάδων. Ειδικότερα, τα κλινικά παράπονα αναφέρονται συνήθως σε ιατρικά λάθη ή ιατρική αμέλεια στη διάγνωση και τη θεραπεία, σε καθυστερήσεις/ακυρώσεις, σε απουσία συγκατάθεσης και σε ανεπαρκή νοσηλευτική φροντίδα. Στα μη κλινικά παράπονα περιλαμβάνονται θέματα που αφορούν έλλειμμα στην επικοινωνία ασθενή-προσωπικού, όπως η ελλιπής ενημέρωση του ασθενή ή της οικογένειάς του, η δυσκολία πρόσβασης στους ιατρικούς φακέλους, η ανάρμοστη συμπεριφορά του προσωπικού (αγένεια, προσβολή, βία) και η παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών (προσωπικότητα, αξιοπρέπεια, διάκριση). Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται και ζητήματα που έχουν σχέση με την λειτουργία των μονάδων, όπως η δυσκολία στην πρόσβαση με τις λίστες αναμονής, τις ουρές και την περιορισμένη διαθεσιμότητα κλινών, οι πολύπλοκες διαδικασίες εισαγωγής, εξιτηρίου και πληρωμής, η ασφάλεια και η φύλαξη των ατομικών αντικειμένων των ασθενών αλλά και οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες, όπως υποδομές, τροφοδοσία, καθαριότητα, θέρμανση, θόρυβος κλπ.³⁷

Παρομοίως, συγκλίνουν τα ευρήματα πολλών ερευνών ως προς τα κίνητρα, τις επιδιώξεις και τα αιτήματα των παραπονούμενων, τα οποία συνήθως είναι σύνθετα, περισσότερα από ένα κατά περίπτωση και συνηγορούν υπέρ κάποιου είδους διορθωτικής δράσης. Ο Bark βρήκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν μία εξήγηση από το ιατρικό προσωπικό, μία λεπτομερή αναφορά του τι συνέβη, ορισμένοι απαιτούν επιπλέον μία συγγνώμη ενώ ελάχιστοι επιδιώκουν την οικονομική αποζημίωση.

³⁷ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

Σύμφωνα με τους Lloyd – Bostock και Mulcahy, από το περιεχόμενο των επιστολών-παραπόνων που μελέτησαν καταγράφουν τα εξής: Συγκεκριμένα αιτήματα ότι κάτι πρέπει να γίνει για να «μπουν τα πράγματα στη θέση τους», όπως επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων (τιμωρία), απόδοση συγγνώμης ή απλώς λύση του προβλήματος. Αιτήματα σχετικά με την παροχή εξηγήσεων για «το τι πήγε λάθος» που συνήθως περιλαμβάνουν τη διεξαγωγή έρευνας από το ίδιο το νοσοκομείο. Αιτήματα για τη λήψη μέτρων που θα επιφέρουν αλλαγές, ώστε «άλλοι άνθρωποι να μην υποφέρουν κατά αυτόν τον τρόπο στο μέλλον», και τέλος, πιο αόριστα αιτήματα του τύπου «δώστε λύση», «επιληφθείτε του θέματος», «ενημερώστε με για τα σχόλια και τις δράσεις σας».

Ο Bark επικύρωσε τα προηγούμενα λέγοντας ότι στην πλειοψηφία τους οι παραπονούμενοι θέλουν να εξαλείψουν την πιθανότητα επανάληψης του συμβάντος σε άλλους, ενώ σε σημαντικά ποσοστά αποσκοπούν στο να παραδεχτεί το προσωπικό τις πράξεις του και τις συνέπειες που αυτές είχαν, γι' αυτό φτάνουν στο σημείο να καταθέτουν αγωγή εναντίον του.

Οι Friele και Sluijs αποδέχονται την αλτρουιστική διάθεση ως σημαντικό παράγοντα υποκίνησης, συμπληρώνοντας και την αίσθηση δικαίου και καθήκοντος. Υποστηρίζουν ότι οι παραπονούμενοι διακατέχονται από έντονα συναισθήματα αδικίας και νιώθουν ότι είναι καθήκον τους να εκφράσουν τα παράπονά τους σε ανώτερο επίπεδο με απώτερο σκοπό την αλλαγή των πραγμάτων.³⁸

³⁸ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

ΜΕΡΟΣ Β' (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι κυριότερες μεθοδολογικές προσεγγίσεις είναι οι ακόλουθες:

Η παρατήρηση, η οποία διακρίνεται σε άμεση και έμμεση. Αλλά και σε φυσιοκρατική (μελέτη της συμπεριφοράς στο φυσικό της περιβάλλον) και οργανωμένη παρατήρηση.

- Η συγκριτική μέθοδος, η οποία αποτελεί μέθοδο αιτιακής ανάλυσης μεταξύ των φαινομένων που μελετούν οι ερευνητές.
- Η τυπολογική μέθοδος, που συνίσταται στην κατασκευή και στη χρήση τυπολογικών εννοιών για την περιγραφή, κατανόηση κι ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων.

4.1.1 Είδος Έρευνας

- Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια της ποσοτικής μεθοδολογίας. Πιο συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκε το εργαλείο του ερωτηματολογίου, προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων.
-
- Το πρώτο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι «ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, με σκοπό να συγκεντρώσει τις αναγκαίες ερευνητικές πληροφορίες. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις γνώσεις, τις γνώμες, τις προτιμήσεις, τα ενδιαφέροντα, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες, τις στάσεις, τις αξίες και γενικά στα χαρακτηριστικά όλων των όψεων της προσωπικότητας του ατόμου και στη συμπεριφορά του σε προκαθορισμένες

καταστάσεις». Μέσω του ερωτηματολογίου μας δόθηκε η δυνατότητα συλλογής πολυπληθών παρατηρήσεων και πληροφοριών σε πολύ σύντομο χρόνο, με αποτέλεσμα τη διερεύνηση τη γνώμη των ασθενών του νοσοκομείου «Υγεία» ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο συμμετέχουν σε έρευνες γνώμης που αφορούν την ικανοποίησή τους από το εν λόγω ιδιωτικό θεραπευτήριο.

4.1.2 Ο Σχεδιασμός Του Ερωτηματολογίου

Προκειμένου να σχεδιαστεί το ερωτηματολόγιο, λήφθηκε υπόψη η γενική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Έτσι, δημιουργήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, με κλειστές ερωτήσεις, οι οποίες μπορούν να παράγουν συχνότητες απαντήσεων που επιδέχονται στατιστικούς χειρισμούς και ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ομάδων του δείγματος.

Το ερωτηματολόγιο ήταν σύντομο, έτσι ώστε να ελκύσει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν χωρίς, και παράλληλα να συνοψίζει τα ερωτήματα. Έγινε προσπάθεια οι ερωτήσεις να είναι σύντομες, σαφείς και απλές ως προς τη διατύπωση, προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα μη κατανόησης από τα υποκείμενα της έρευνας.

4.1.3 Διεξαγωγή Της Έρευνας Με Ερωτηματολόγιο

Επειδή ο τρόπος διατύπωσης των ερωτημάτων είναι πολύ μεγάλης σημασίας και ο προκαταρκτικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός για την επιτυχία τους, προτού ξεκινήσει η «επίσημη» έρευνα έγινε μία πιλοτική έρευνα σε 10 άτομα τρίτης ηλικίας.. Έτσι, δόθηκε η δυνατότητα να ελεγχθεί η διαύγεια και ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων και των οδηγιών, να εξαλειφθούν τυχόν αμφισημίες και να γίνει μία ανατροφοδότηση για την ελκυστικότητα και την παρουσίαση του ερωτηματολογίου.

4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν απλά να τεθούν είτε ως ερωτήματα στα οποία η εργασία οφείλει να δώσει απάντηση είτε να διατυπωθούν με τη μορφή υποθέσεων. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είναι σαφή ώστε να μπορούν να επεξεργαστούν από τον ερευνητή και να συνδεθούν με το ζητούμενο της έρευνας όπου είναι και ο απώτερος σκοπός.³⁹

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

- 1) Κατά πόσο οι ασθενείς γνωρίζουν ότι μπορούν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίησή τους από το θεραπευτήριο;
- 2) Ποιοι οι λόγοι μη συμμετοχής σε έρευνες συμμετοχής ικανοποίησης ασθενών;

4.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός σε μια έρευνα είναι το σύνολο όλων των ίδιων περιπτώσεων στο οποίο ο ερευνητής καλείται να γενικεύσει τα ευρήματά του. Η διαδικασία κατά την οποία από ολόκληρο τον πληθυσμό ο ερευνητής επιλέγει ένα δείγμα ονομάζεται δειγματοληψία. Τα πρακτικά προβλήματα του ερευνητή σε σχέση με τη δειγματοληψία είναι ότι ο ερευνητής θα πρέπει να συνδυάσει συγχρόνως:

- Να έχει έναν πληθυσμό όσο το δυνατόν ευρύτερο, για να έχουν τα ευρήματά του μεγαλύτερη γενικευτική ισχύ
- Να έχει δείγμα όσο το δυνατόν μικρότερο σε μέγεθος, για να είναι η εκτέλεση της έρευνας οικονομικότερη-εφικτή.
- Το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν ομοιότερο με τον πληθυσμό ώστε να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερος βαθμός βεβαιότητας στις γενικεύσεις του.

³⁹ (http://www.cetl.elemedu.upatras.gr/docs/stguide_cp.pdf)

Το πρώτο και ουσιαστικότερο βήμα στη δειγματοληπτική διαδικασία είναι ο προσδιορισμός του πληθυσμού, τον οποίο θα αφορούν τα συμπεράσματα της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός είναι Όλοι οι ασθενείς του νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ» που νοσηλεύονται σε δωμάτια του νοσοκομείου.

4.4 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό μέρος του πληθυσμού, για τον οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Στην παρούσα έρευνα το δείγμα πάρθηκε μέσω 100 συνεντεύξεων πάνω σε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν στο θεραπευτήριο «Υγεία» από 15 Απριλίου έως και 31 Μαΐου το έτος 2010.

4.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ο ερευνητής για να εγείρει ζητήματα δεοντολογίας θα πρέπει να έχει γνώσεις του αντικείμενου της έρευνας αλλά και του θεωρητικού πλαισίου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι διορατικός, σαφής, ευγενικός, οξυδερκής αλλά και κριτικός αν κρίνει ότι αυτή θα πρέπει να είναι η στάση του τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ένα σημαντικό δεοντολογικό ζήτημα είναι ο σεβασμός στην ιδιωτική ζωή που σχετίζεται με τις προσωπικές καταστάσεις του ατόμου, την ελευθερία να αποφασίζει μόνο του για τον εαυτό του και τις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσει οι οποίες δεν είναι δημόσιο κτήμα.

Επιπλέον, η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του συνεντευξιζόμενου πρέπει να είναι αναλογική κι ισότιμη αφού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης διαπλέκονται συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανασφάλειας ή ασφάλειας, που χαρακτηρίζουν τελικά την όλη διαδικασία. Μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν, λόγω προκατάληψης, είναι για παράδειγμα η προθυμία του συνεντευξιζόμενου να δώσει τις απαντήσεις που ο ερευνητής θέλει ή τις απαντήσεις που θα είναι οι κοινωνικά αποδεκτές κι επιθυμητές.

Επίσης, θα ήταν παράληψη να μην αναφερθεί ότι είναι πολύ σημαντική η διατήρηση της ανωνυμίας των υποκειμένων που συμμετέχουν. Ανωνυμία

εννοούμε να μην αποκαλυφθεί η ταυτότητά του αλλά και να μη μπορεί να τον βρει ούτε ο ίδιος ο ερευνητής μετά το πέρας της έρευνας. Έτσι ο σεβασμός στη διαφορετικότητα, η ανωνυμία, η εχεμύθεια αλλά και ο σεβασμός του προσωπικού χώρου των συνεντευξιαζόμενων είναι απαραίτητοι κανόνες. 40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δημογραφικά στοιχεία έρευνας:

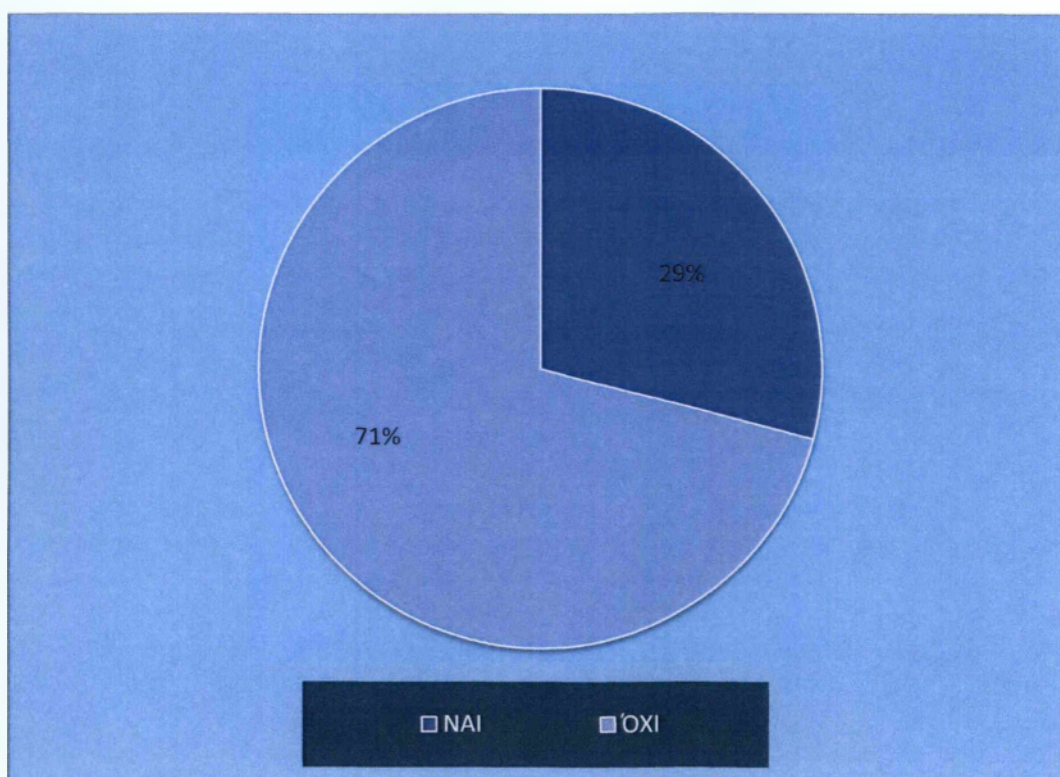


Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

⁴⁰ <http://journal.openet.gr/index.php/openjournal/article/view/60/35>) Ε-Α Παρασκευοπούλου-Κόλλια, «Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις», 2008

Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια συμμετείχαν 100 ασθενείς του θεραπευτηρίου «Υγεία». Η συντριπτική πλειοψηφία εξ αυτών ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 61-70 ετών (39%). Ακολουθούν οι ηλικίες 51-60 ετών σε ποσοστό 19%, οι ηλικίες 31-40 σε ποσοστό 16% καθώς οι ηλικίες 41-50 σε ποσοστό 16%. Ενώ οι ηλικιακές ομάδες άνω των 70 ετών και από 18-30 ετών αντιπροσώπευαν το 6 και 8 % αντίστοιχα.

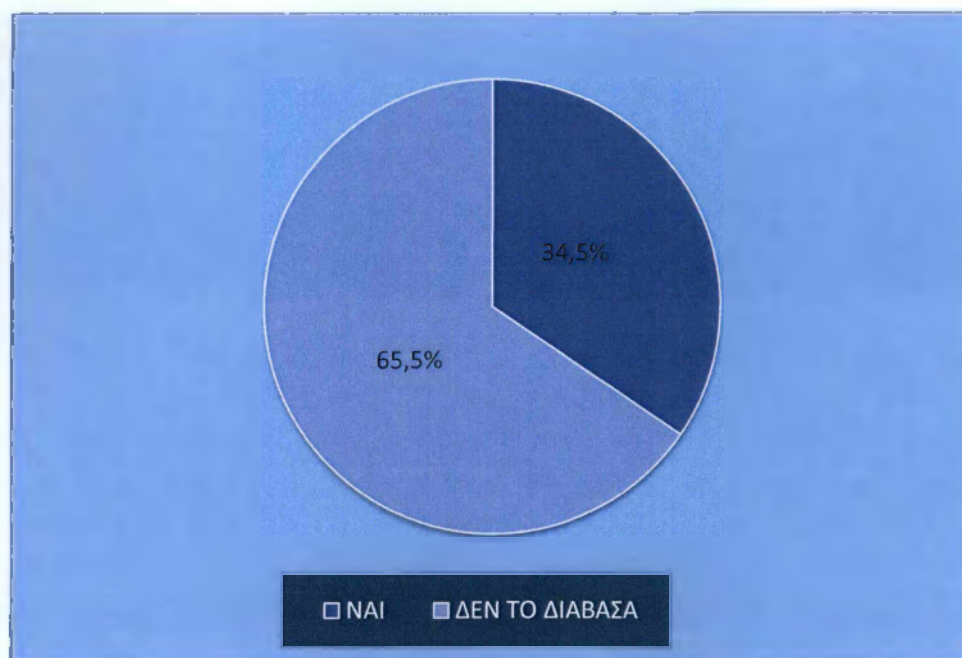
1^η ερώτηση: Έχετε πάρει τον οδηγό του «ΥΓΕΙΑ» κατά την εισαγωγή σας;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ερώτησης προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό, το οποίο ανέρχεται στο 71%, έχει παραλάβει κατά την εισαγωγή του τον οδηγό του θεραπευτηρίου «ΥΓΕΙΑ».

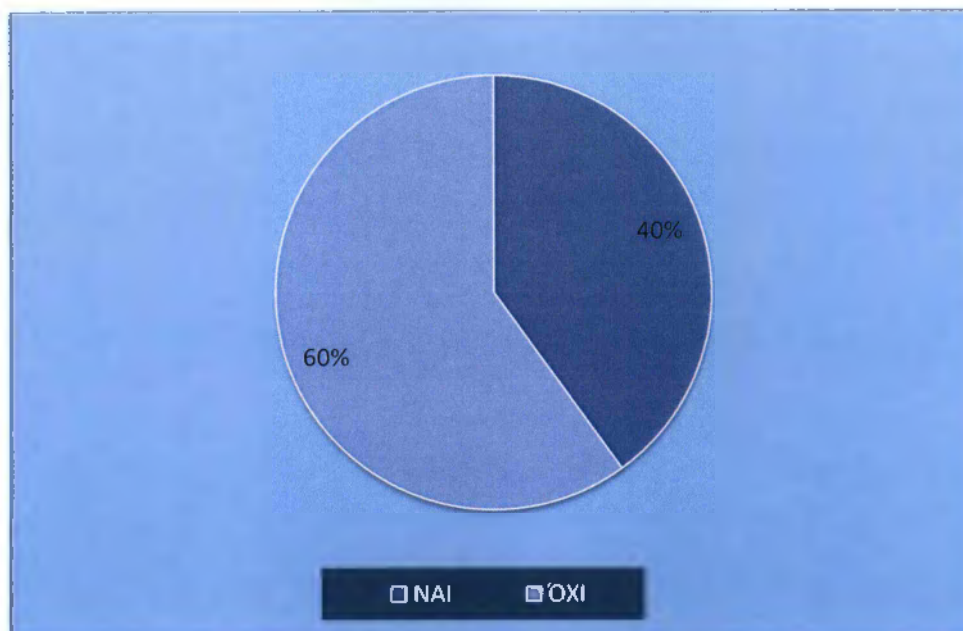
2^η ερώτηση: Σας παρέχει ο οδηγός χρήσιμες πληροφορίες για το νοσοκομείο και τις διαδικασίες του;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Σε συνάρτηση και με την πρώτη ερώτηση προκύπτει ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από τους ασθενείς οι οποίοι παρέλαβαν τον οδηγό του θεραπευτηρίου «Υγεία», τον συμβουλευτήκαν (65%) ενώ το 34,5% δεν το διάβασαν καθόλου.

3^η ερώτηση: Έχετε δει το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών στο πίσω μέρος του οδηγού, το οποίο σας ζητείται να το συμπληρώσετε;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Σε ποσοστό 60% οι ερωτηθέντες ασθενείς είχαν δει το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών στο πίσω μέρος του οδηγού, ενώ το 40% δεν το είχαν προσέξει.

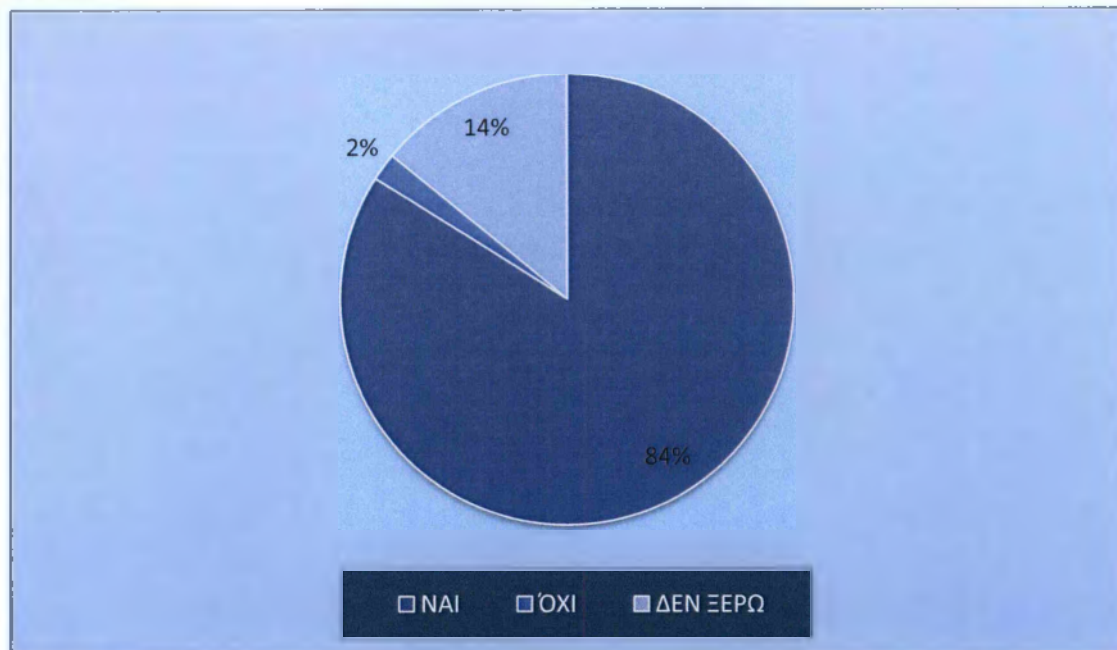
4^η ερώτηση: Γνωρίζετε που να το αφήσετε τον οδηγό αφού το συμπληρώσετε;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Κανένας ασθενής δεν γνώριζε που να αφήσει το ερωτηματολόγιο αφού θα το συμπλήρωνε.

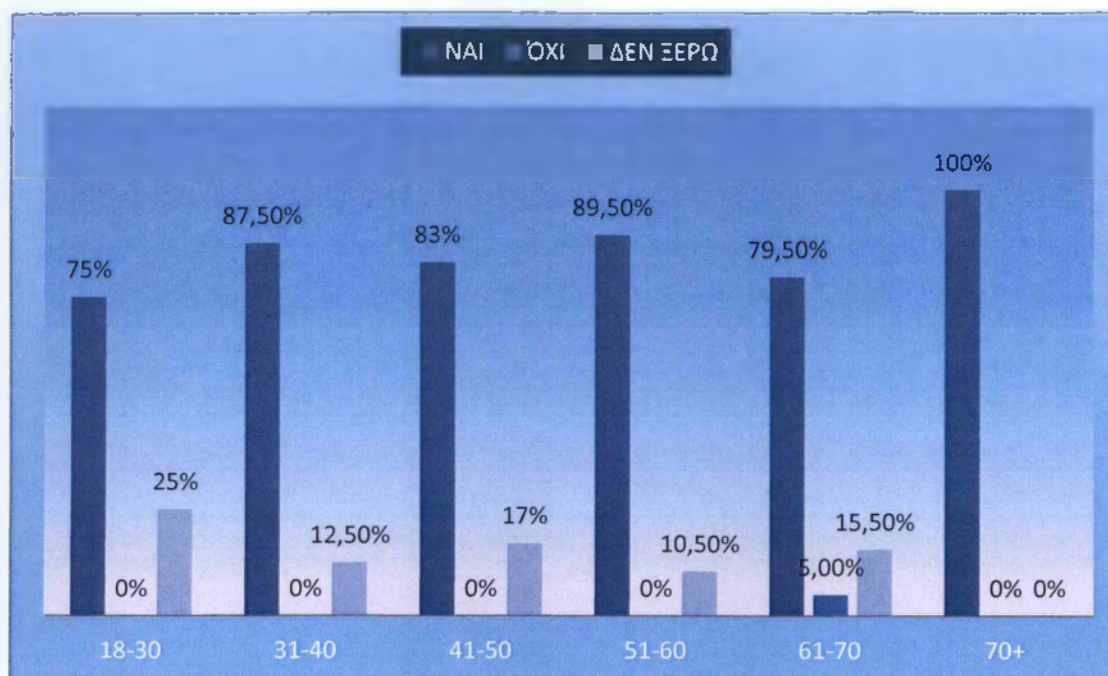
5^η ερώτηση: Θεωρείτε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα ληφθεί υπόψη για τη βελτίωση του νοσοκομείου και των υπηρεσιών του;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Οι περισσότεροι ασθενείς σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, σε ποσοστό 84% θεωρούν ότι η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου θα ληφθεί υπόψη για τη βελτίωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Μικρότερο ποσοστό της τάξης του 14% έχει αντίθετη άποψη ενώ η μειοψηφία δε γνωρίζει εάν ένα τέτοιο εγχείρημα θα ληφθεί υπόψη από τους παράγοντες του νοσοκομείου.

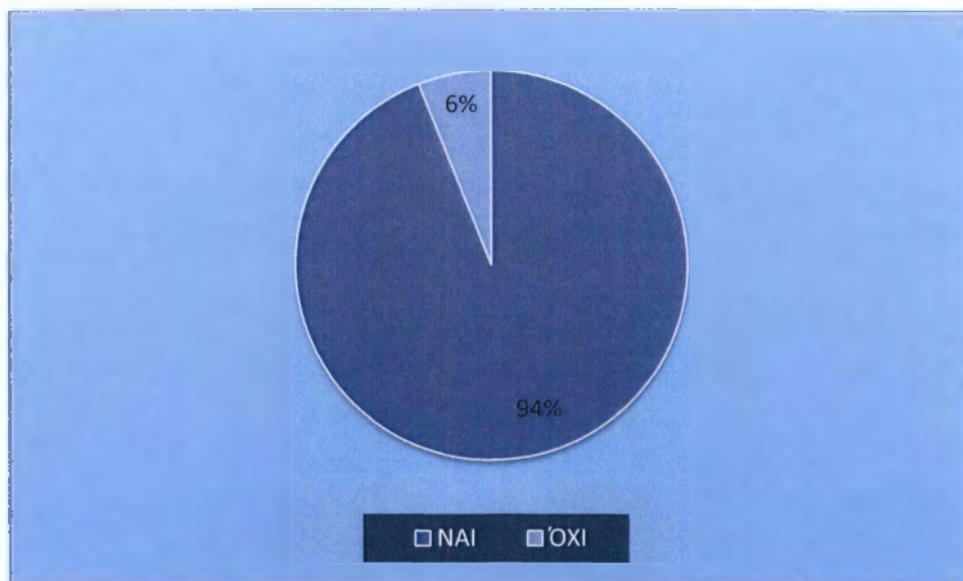
Ηλικιακή κατανομή σχετικά με τη συμβολή του ερωτηματολογίου στη βελτίωση των παροχών υπηρεσιών του νοσοκομείου



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Το 84% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι το ερωτηματολόγιο θα ληφθεί υπόψη για τη βελτίωση του νοσοκομείου και των υπηρεσιών του, μάλιστα θετική απάντηση στο ερώτημα έδωσαν όλες οι ηλικιακές ομάδες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ασθενών άνω των 70 ετών οι οποίοι όλοι (100%) θεωρούν ότι θα εκτιμηθεί από το θεραπευτήριο οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Ενώ οι ασθενείς από 61-70 ετών υποστήριξαν ότι δεν θα επηρεάσει τη βελτίωση του νοσοκομείου η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

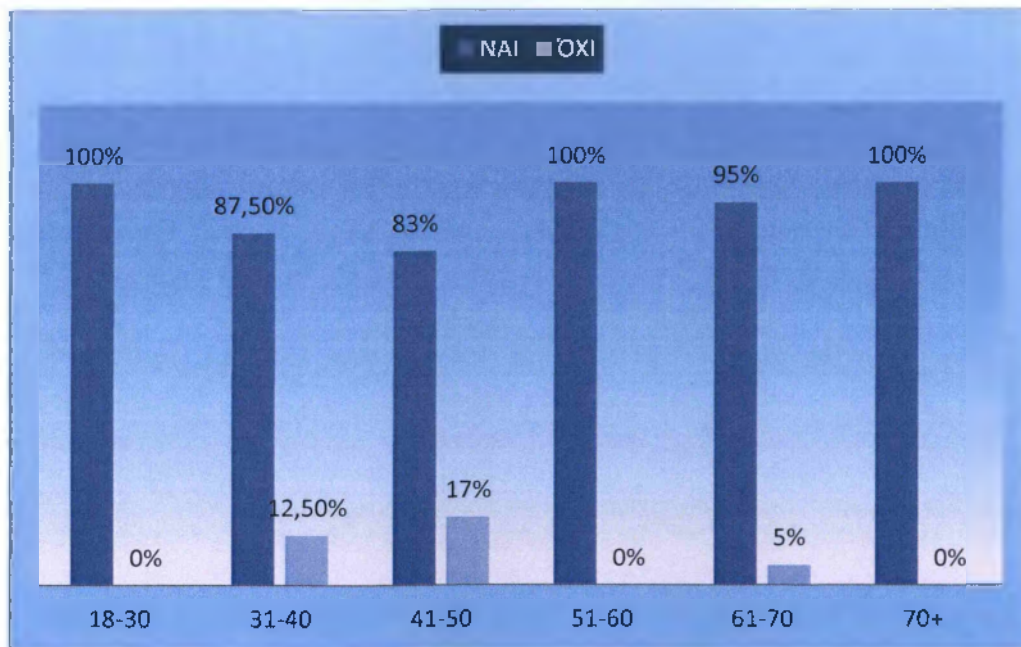
6^η ερώτηση: Θα αφιερώνατε χρόνο σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που αντιστοιχεί στο 94% των ερωτηθέντων της έρευνας απάντησε ότι θα απαντούσε σε μία έρευνα ικανοποίησης ασθενών. Το ποσοστό του πληθυσμού που απάντησε αρνητικά αντιστοιχεί στο 6%.

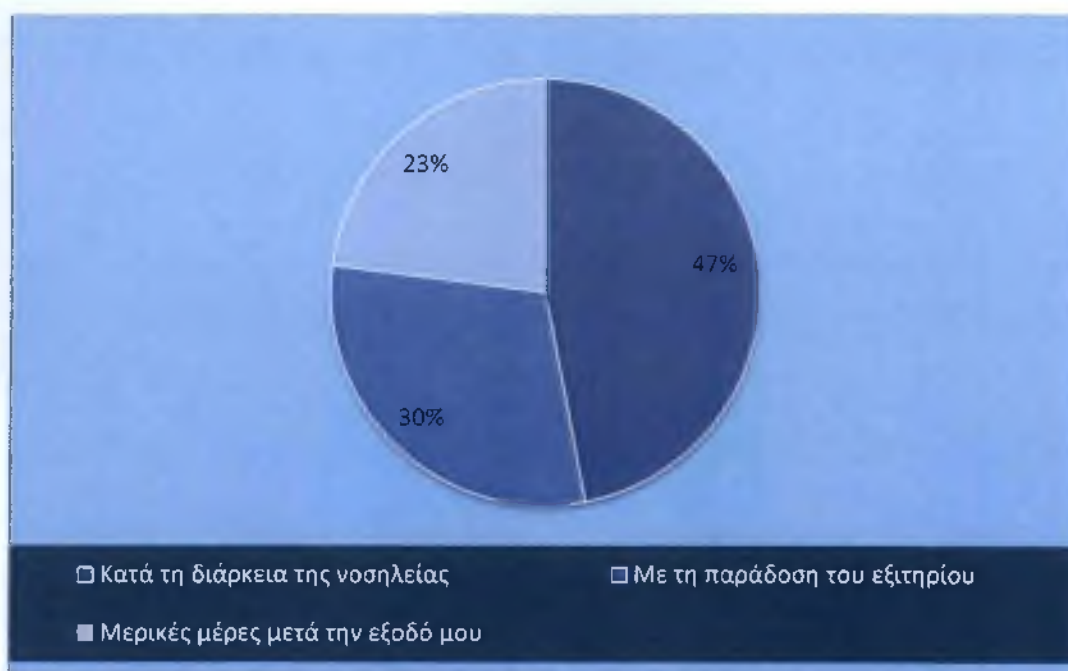
Ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων και σύνολο χρόνου διάθεσης σε σχετική έρευνα ικανοποίησης



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 94% υποστήριξε ότι θα αφιέρωνε χρόνο σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών. Μάλιστα, πάρα πολύ θετικοί σε αυτό το ερώτημα είναι οι ηλικιακές ομάδες από 18-30 ετών, από 51-60 ετών και άνω των 70 ετών. Ενώ άξιο λόγου είναι και το 17 % των ασθενών από 41-50 ετών οι οποίοι δεν θα αφιέρωναν χρόνο σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών.

7^η ερώτηση: Πότε θα θέλατε να γίνει η έρευνα;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

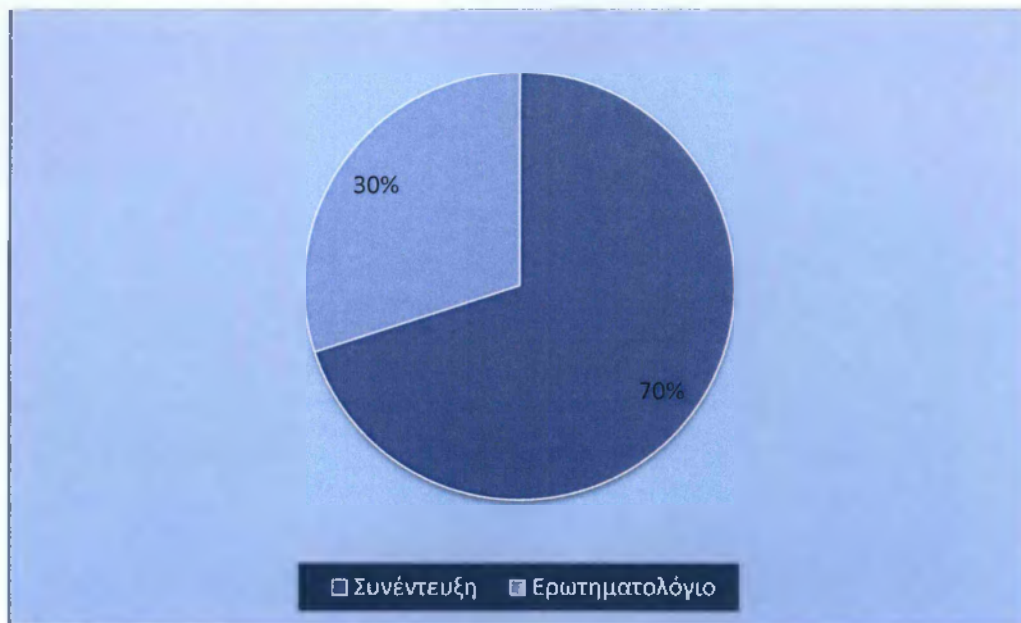
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 47% του ερωτηθέντος πληθυσμού θα προτιμούσε μία ενδεχόμενη έρευνα ικανοποίησης να διεξαχθεί κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, το 30% με την παράδοση του εξιτηρίου ενώ μικρότερο ποσοστό της τάξης του 23% απάντησε ότι θα ήθελε έρευνα να διεξαχθεί μερικές μέρες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας



Παρατηρούμε με βάση τα αποτελέσματα ότι ανεξαρτήτου ηλικίας ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών θα ήθελε μία έρευνα ικανοποίησης να διεξαχθεί με την παράδοση του εξιτηρίου από το νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο σε ηλικίες 18-30, 51-60 και 70+. Όσο για τις ηλικίες 31-40 και 61-70, θα ήθελαν η έρευνα ικανοποίησης να διεξαχθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

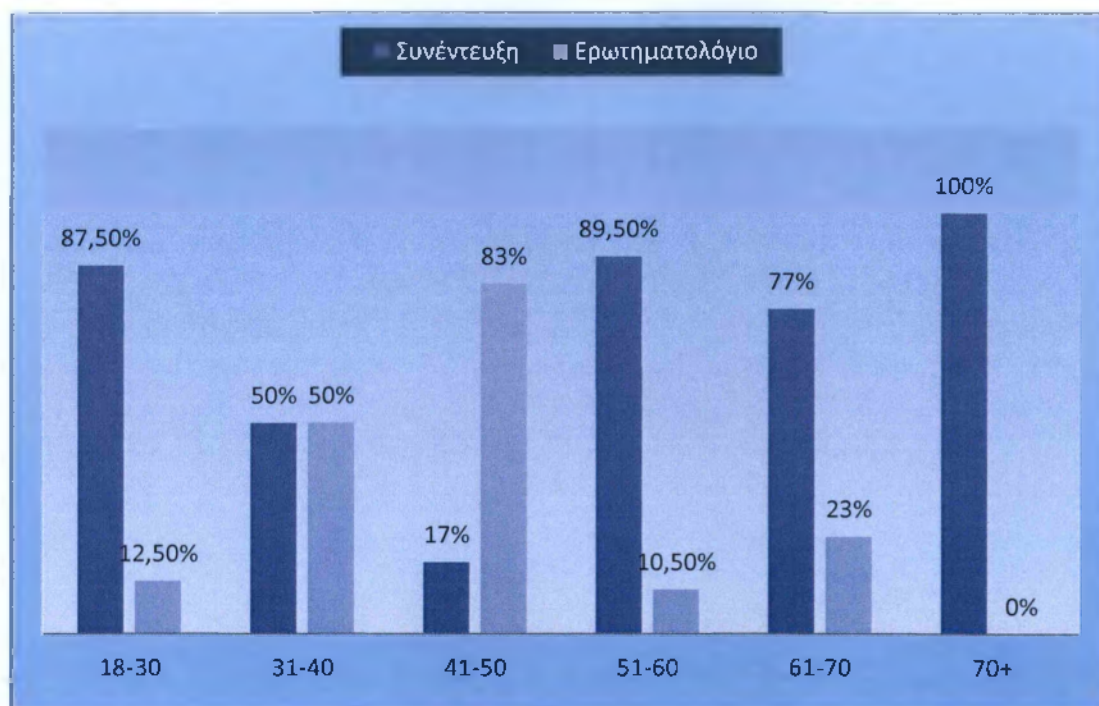
8^η ερώτηση: Με ποιο τρόπο θα θέλατε να γίνεται η έρευνα;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Όπως φαίνεται από το γράφημα το 70% των ερωτηθέντων θα ήθελα η έρευνα να διεξαχθεί με τη μορφή συνέντευξης ενώ το 30% θα ήθελε να γίνει υπό τη μορφή ερωτηματολογίου.

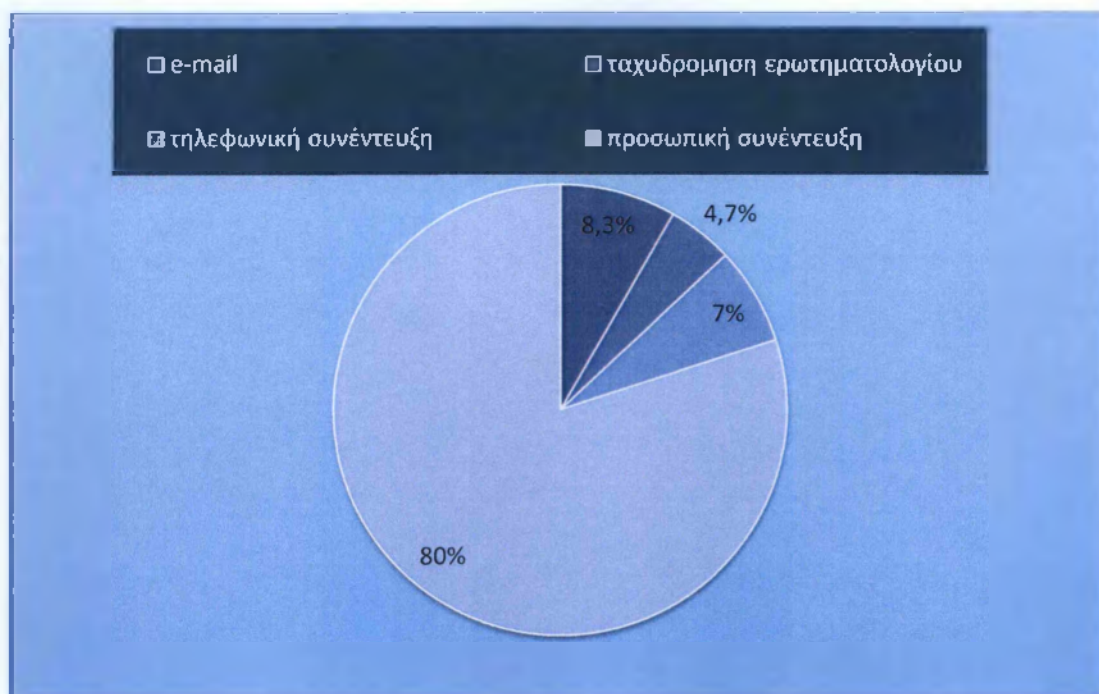
Ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το τρόπο διεξαγωγής της έρευνας



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Την έρευνα υπό μορφή ερωτηματολογίου επιθυμούν κυρίως οι νέοι σε ηλικία ασθενείς ηλικίας από 41-50 ετών με ποσοστό 83% και από 31-40 ετών με ποσοστό 50%. Αντίθετα, οι νέοι ηλικίας 18-30 και οι μέσης ηλικίας 51-60, 61-70 και 70+ επιθυμούν η έρευνα να διεξάγεται υπό τη μορφή συνέντευξης.

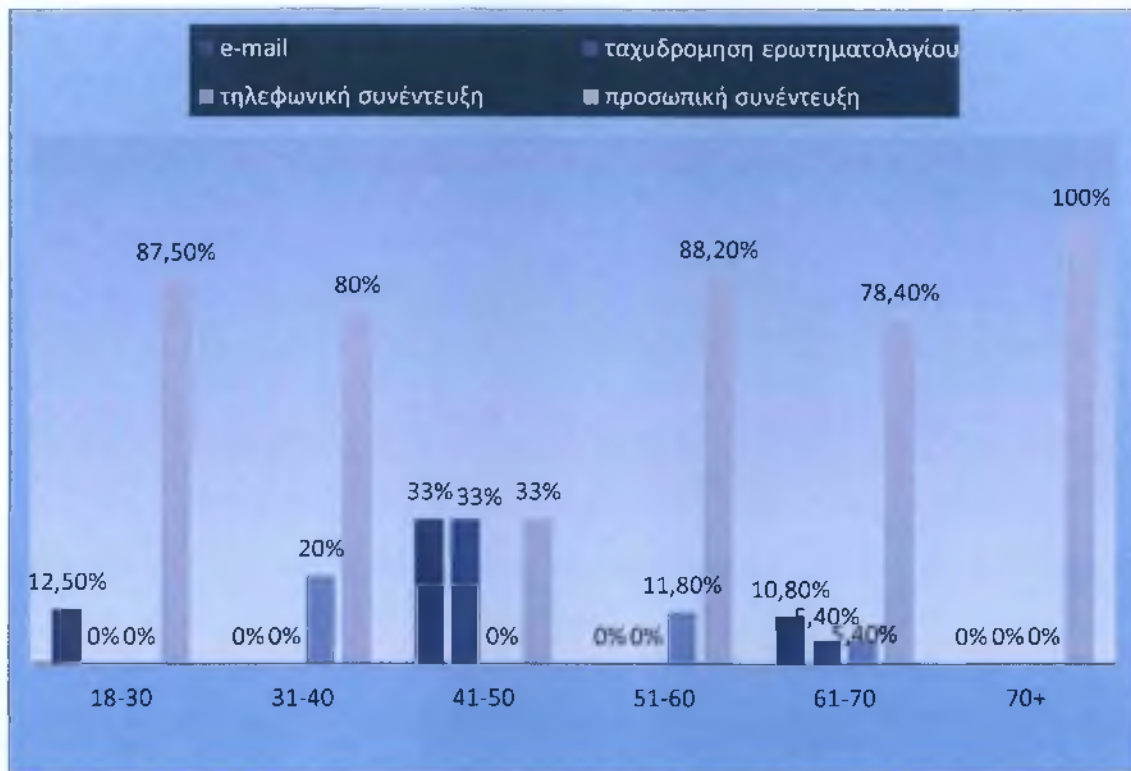
9^η ερώτηση: Ποια μέθοδο προτιμάτε;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων επιθυμεί η διεξαγωγή της έρευνας να γίνεται με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης ενώ μικτότερα ποσοστό επιθυμεί τη διεξαγωγή της με διαφορετικούς τρόπους. Συγκεκριμένα, το 8,3% του πληθυσμού θα ήθελε η έρευνα να διεξαχθεί μέσω e-mail, το 7% με τηλεφωνική συνέντευξη και το 4,7% με ταχυδρόμηση του ερωτηματολογίου.

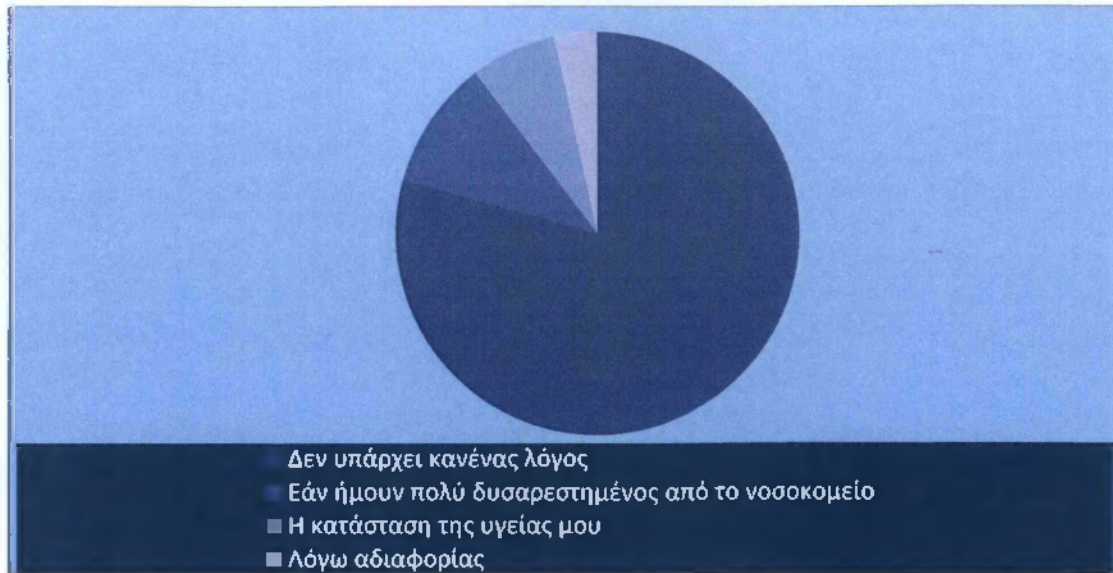
Ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τη μέθοδο διεξαγωγής της έρευνας



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα σε όλες τις ηλικίες η μέθοδος που προτιμάται είναι η προσωπική συνέντευξη. Διεξαγωγής έρευνας μέσω e-mail , παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ηλικίες 41-50, ενώ αντίστοιχα η ταχυδρόμηση που ερωτηματολογίου και η τηλεφωνική συνέντευξη παρουσιάζει τα μικρότερα ποσοστά σε όλες τις ηλικίες.

10^η ερώτηση: Ποιος είναι ο λόγος/οι που θα σας έκαναν να μην συμμετέχετε σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών;



Πηγή: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι δεν υπάρχει κάποιος λόγος που θα τον έκανε να μην συμμετάσχει σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών. Το 10% απάντησε ότι δεν θα συμμετείχαν εάν ήταν πολλοί δυσαρεστημένοι από το νοσοκομείο. Το 7% έθεσαν σαν λόγο αποφυγής της συμμετοχής τους την κατάσταση της υγείας τους. Ενώ, το 3% υποστήριξε ότι δε θα συμμετείχε λόγω αδιαφορίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ

Η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων, λόγω και των ιδιαιτεροτήτων του κλάδου, πέρα αυτών των υπηρεσιών. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αυστηρά προσωπική και εξατομικευμένη. Ο ασθενής αποτελεί μία ανεπανάληπτη, μοναδική περίπτωση και οι αποφάσεις που λαμβάνονται για αυτόν δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε κανέναν άλλο ασθενή, ακόμα και όταν αυτός πάσχει από το ίδιο πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη συνεχούς τήρησης κανόνων ηθικής δεοντολογίας, τόσο στη φροντίδα κάθε ασθενή ξεχωριστά, όσο και σε αποφάσεις που αφορούν στο σύνολο.

Η αβεβαιότητα που διακατέχει πολλές αποφάσεις για την υγεία, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους, επηρεάζουν σημαντικά τη λήψη των αποφάσεων και τις επιλογές. Οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας συναντούν συχνά κρίσιμες καταστάσεις ασθενών, εκ των προτέρων γνωστές ή απρόβλεπτες, και οι αποφάσεις τους θα πρέπει να εξασφαλίζουν όχι μόνο τη λογική και ψύχραιμη αντιμετώπισή τους, αλλά θα πρέπει να είναι και απόλυτα προσαρμοσμένες στις επικρατούσες συνθήκες και στις υπάρχουσες δυνατότητες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας, τη διοικητική και την ιατρική που συνήθως βρίσκονται σε σύγκρουση, και δεν μπορούν να μετρηθούν με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Απέναντι και ανάμεσα σε αυτές τις γραμμές εξουσίας στέκει ο ασθενής, αδύναμος, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης, της εξάρτησης αλλά και της ψυχολογικής φόρτισης που ενέχει η θέση του, ο οποίος αναζητά υποστήριξη, κατανόηση, ευγένεια και φροντίδα.⁴¹

Σύμφωνα με τη παρούσα μελέτη που διεξήχθη σε ιδιωτικό θεραπευτήριο μπορούμε να συνοψίσουμε τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας στα παρακάτω σημεία:

⁴¹ <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/123456789/252/3/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2011-00067.pdf>
(Π. Μινάκη «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011

- Δίνεται έμφαση από τους ασθενείς στην ποιότητα των υπηρεσιών του τους προσφέρεται από το νοσοκομείο.
- Δεν υπάρχει κάποιος σημαντικός λόγος που θα έκανε τους ασθενείς να μην συμμετάσχουν σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών.
- Οι αιτίες που οδηγούν σε χαμηλή συμμετοχή σε έρευνες ικανοποίησης είναι η αδιαφορία, η μη κατανόηση της σημαντικότητας του εγχειρήματος και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς.
- Θα μπορούσαν τα θεραπευτήρια να ενημέρωναν τους ασθενείς για τη σημαντικότητα της συμμετοχής στις έρευνες γνώμης που αφορούν την βελτίωση του νοσοκομείου και των υπηρεσιών του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✚ **Ε. Μωραΐτη** «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια της Κρήτης» Ηράκλειο, 2009
- ✚ **Γ. Τούντας και Συνεργάτες** «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006», Αθήνα 2008
- ✚ **Π. Μινάκη** «Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα», Λευκωσία 2011
- ✚ **Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσ/νίκης, Επιτροπή Ερευνών** «Κώδικας Δεοντολογίας», Θεσ/νίκη 2010
- ✚ **Ε-Α Παρασκευοπούλου-Κόλλια**, «Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις», 2008
- ✚ **Ε. Παπαστεριάδης** « Το πρόβλημα της υγείας και η πρακτική προσέγγιση του. Δημόσιος – Ιδιωτικός ή Μικτός Φορέας; » Επιθεώρηση της Υγείας Μάιος – Ιούνιος 1993
- ✚ **Θ. Μπελλάλη, Ε. Παπάζογλου**, « Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα.» Νοσηλευτική Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2004
- ✚ **Α. Κουμανδαράκη – Μ.Μ. Θεοδώρου, Δ. Καϊτελίδου** « Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου » Νοσηλευτική Απρίλιος – Ιούνιος 2004.
- ✚ «Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου.» Νοσηλευτική Ιανουάριος – Μάρτιος 2005

- ✚ Σουλιώτης Κυριάκος (2001) «Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία: Μια συγκριτική αξιολόγηση από τη σκοπιά της αποδοτικότητας και του κοινωνικού οφέλους»

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- ✚ Nextdeal (2010). ICAP Κλαδική μελέτη για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Αναρτήθηκε στις 26/5/2010 από
[http://www.nextdeal.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2360:icapSkλαδικήS\\$ελέτηSγιαSτιςSιδιωτικέςSυπηρεσίεςSυγείας&Itemid=10](http://www.nextdeal.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2360:icapSkλαδικήS$ελέτηSγιαSτιςSιδιωτικέςSυπηρεσίεςSυγείας&Itemid=10)
- ✚ Kainotom, (χωρίς χρονολογία). Ορισμός νοσηλίου νοσοκομείων Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 (ΦΕΚ 99 Β'). Αναρτήθηκε από
http://www.kainotom.gr/UserFiles/File/pdf/Nomiko%20Plaisio/Foreis%20Ygeias/1998Sfek_99S98_orismos_noshlioy_nosokomeion.pdf
- ✚ Χωρίς συγγραφέα (χωρίς ημερομηνία). Τι είναι υγεία. Αναρτήθηκε από
<http://www.bestrong.org.gr/el/healthylife/healthinfo/whatishealth>
- ✚ Χωρίς συγγραφέα, (2010). ICAP: προβάδισα της νοσοκομειακής ιδιωτικής υγείας, έναντι των διαγνωστικών. Αναρτήθηκε στις 26 Μαΐου 2010, από
http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=11785