



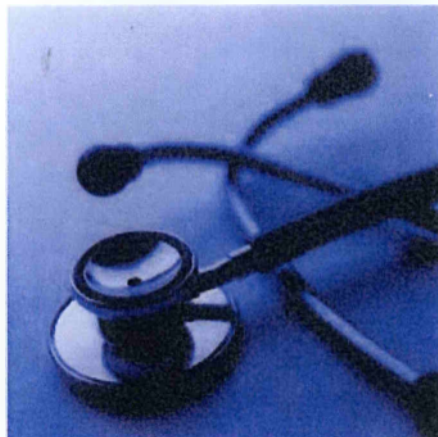
ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ 2000-2012**



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΟΛΟΡΙΖΑ ΜΑΡΙΑ Α.Μ.: 2003136

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2013

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μελετήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας. Η μεθοδολογία της εργασίας θα στηριχθεί στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, μέσα από βιβλία και άρθρα σε περιοδικά, αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (google scholar, pubmed και scopus), για μελέτες που έγιναν από το 2000 έως και το 2012. Ως τίτλοι αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν οι όροι «ικανοποίηση», «υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας», «σύστημα υγείας». Αρχικά θα γίνει ανάγνωση της περίληψης των μελετών, οι οποίες στην πλειοψηφία τους είναι στα Αγγλικά, προκειμένου να διαχωριστούν όσες θα χρησιμοποιούνταν από αυτές που δε σχετίζονταν με το θέμα. Όλες οι μελέτες, οι παραπομπές και τα σχετικά άρθρα που θα βρεθούν, θα μελετηθούν.

Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο θα μελετηθεί το θέμα της ποιότητας στην υγεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα μελετηθεί το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τα διοικητικά και λειτουργικά ζητήματα στην υγεία, τα οικονομικά της υγείας αλλά και η προσφορά και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Στη συνέχεια, στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι υπηρεσίες υγείας σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	7
1.1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	7
1.2.Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	8
1.3.Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	9
1.4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ...	10
1.5.ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.7.ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	23
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	23
2.2 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	32
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	32
3.1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	33
3.2.ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	34
3.3.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	37
3.4.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	42
3.5. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	43
3.5.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	43
3.5.2. ΈΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	45

3.5.3. ΈΡΕΥΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	46
3.5.4. ΈΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ.....	46
3.5.5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ QUEENSLAND	47
3.5.6. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΣΥΔΝΕΪ.....	48
3.5.7. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗ ΒΙΚΤΟΡΙΑ	49
3.6. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	50
3.7.ΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	53
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	57

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

<i>Πίνακας 1-1: Θεραπευτήρια, κλίνες, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό κατά ειδικότητα θεραπευτηρίων.....</i>	<i>13</i>
<i>Πίνακας 1-2: Κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα</i>	<i>16</i>

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<i>Γράφημα 1-1: Ποσοστιαία κατανομή δαπάνης νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη.....</i>	<i>17</i>
<i>Γράφημα 1-2:Κατανομή δαπάνης υγείας νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα ανά ειδικότητα.....</i>	<i>18</i>
<i>Γράφημα 1-3: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα.....</i>	<i>19</i>
<i>Γράφημα 1-4: Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	<i>20</i>
<i>Γράφημα 1-5: Επαφή με επαγγελματίες υγείας στο έτος βάσει οικογενειακής κατάστασης, επαγγελματικής κατηγορίας και κοινωνικής τάξης</i>	<i>22</i>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια τάση για μέτρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας χωρίς πλέον να βασίζεται μόνο στις απόψεις των εργαζομένων μιας και στις μέρες μας όλοι οι ειδικοί συμφωνούν και αντιλαμβάνονται ότι οι υπηρεσίες ποιότητας υγείας είναι πολύ σημαντικές. Η ικανοποίηση από τη πλευρά των ασθενών, παρόλο που είναι μια έννοια κατανοητή, δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί όπως θα έπρεπε.

Ο Donabedian, το 1987 υποστήριξε ότι οι ασθενείς είναι από μόνοι τους η πιο έκγυρη πηγή πληροφοριών και ότι η έκφρασή τους στο θέμα της ικανοποίησης παροχών υγείας είναι απόλυτο δικαίωμά τους. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν στις μέρες μας ένα τομέα όπου δεν δημοσιοποιείται όσο θα έπρεπε. Δεν ερωτάται επαρκώς η άποψη των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες κι όλα αυτά συμβαίνουν παράλληλα με ένα κόσμο ο οποίος καθημερινά δημοσιεύει και προβάλλει την άποψη του κοινού για υπηρεσίες σε άλλους τομείς με σκοπό να βελτιώσουν, προϊόντα ή υπηρεσίες ενώ ο τομέας της υγείας, βρίσκεται σε τελευταία θέση. Το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι εκείνο που αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού προσωπικού και είναι σε θέση να γνωρίζει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών, καθώς και την άποψή τους, μιας και είναι συνεχώς κοντά τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι ή και όλοι οι ερευνητές έχουν κοινή άποψη περί το ότι είναι σημαντικός παράγοντας να γνωρίζουμε την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές φροντίδες υγείας.

Ο συγκεκριμένος τομέας δέχτηκε για πρώτη φορά έρευνα στην Αμερική γύρω στο 1954. Πριν περίπου μια δεκαετία και κατόπιν μελέτης των προηγούμενων ετών είχαν κατασκευαστεί εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης χωρίς όμως να δοθεί η απαραίτητη βαρύτητα σε ψυχολογικές ιδιότητες γι' αυτό στις μέρες μας τη τελευταία δεκαετία αξιολογούνται λεπτομερώς και σε βάθος όλες οι προηγούμενες έρευνες σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Με στόχο την αντικειμενική εκτίμηση της ποιότητας φροντίδας υγείας, είναι απαραίτητο ν' αναπτυχθεί μια καλά καθορισμένη ομάδα συντελεστών μέτρησης, οι οποίοι αποτελούν δείκτες ποιότητας, οι οποίοι εστιάζουν στην ενδονοσοκομειακή υγεία. Αυτοί είναι οι ακόλουθοι¹:

1. Ο αριθμός των ιατρικών λαθών
2. Οι επανεισαγωγές
3. Ο αριθμός των θανάτων και των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

Η χαμηλή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς αποδείχθηκε ότι αυξάνει τον κίνδυνο των μελλοντικών επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, ειδικά σε παθήσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, ο διαβήτης και η αποφρακτική νόσο των πνευμόνων².

Οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο δεν είναι ένα καλό μέτρο εκτίμησης της ποιότητας της υγείας. Συγκεκριμένα εφόσον δεν υπάρχει ένας μόνο δείκτης για όλες τις περιπτώσεις, παράγοντες όπως το μέγεθος του δείγματος των ασθενών, η χρήση των μέτρων εκτίμησης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο σαν κατά εκλογή μέτρα της ποιότητας της φροντίδας για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και όχι ως αυτοσκοπός στην αξιολόγηση³.

¹ Marino B. & Ganser CC. (1997). Sensitivity of Patient Report of Care to Organizational Change. *Journal of Nursing Administration* 27(4), 32- 36.

² Conner MJ. and Nelson EC. (1999), Neonatal intensive care satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics*, 103: 336-3335,

³ Ammentrop I, Rammannnd, Mainzj, Larsen L. (2001), Measurement of the quality of care in paediatric department *Ugeskr Laeger*, 163: 7048--63.

Η μέτρηση της ποιότητας της υγείας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση ποιότητας της υγείας. Στις Η.Π.Α., ανάλογα δεδομένα δημοσιεύτηκαν κατά ορισμένα χρονικά διαστήματα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τόσο το προσωπικό, όσο και οι διοικήσεις των νοσοκομείων να συναγωνίζονται για τη καλύτερη εκτίμηση υγείας.

Η έννοια αυτή περιλαμβάνει την προοπτική άποψη του ασθενή, την ασφάλεια στο περιβάλλον του ασθενή, την προσβασιμότητα, την καταλληλότητα, την αποτελεσματικότητα, την απόδοση και την εγκυρότητα της θεραπείας.

1.2.Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η παράμετρος της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα θεμελιώδες ζήτημα στον προσδιορισμό της ποιότητας. Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα επιθυμητά αποτελέσματα της περίθαλψης, ίσως και ένα στοιχείο της υγείας του ασθενή.

Σύμφωνα με το μοντέλο αφομοίωσης (assimilation model), οι ασθενείς και στη συγκεκριμένη περίπτωση, οι γονείς των μικρών ασθενών που έρχονται αντιμέτωποι με μια κατάσταση που δεν την καταλαβαίνουν απόλυτα, μπορεί να μειώσουν τις προσδοκίες τους, εάν η εμπειρία που βιώνουν είναι κατώτερη των προσδοκιών τους.

Ένας άλλος ορισμός της ικανοποίησης ασθενών δίνεται από την Susan Linder- Pelz (1982) σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση ασθενών είναι «οι θετικές εκτιμήσεις ξεχωριστών διαστάσεων της φροντίδας υγείας». Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό υπάρχουν δέκα χαρακτηριστικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενή. Αυτά είναι: η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, η συνέχεια της φροντίδας, η αποδοτικότητα, τα οικονομικά, ο ανθρωπισμός, η συλλογή πληροφοριών, η παροχή πληροφοριών, το ευχάριστο περιβάλλον και η ποιότητα / ικανότητα.

Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή περιλαμβάνει τρεις τομείς, οι οποίοι είναι τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής και τις αντιδράσεις. Τέλος, αναφέρονται και οι κοινωνικές διαφορές⁴.

Το κλειδί της λύσης είναι σ' αυτές τις περιπτώσεις οι αξίες που οι ασθενείς ή οι συνοδοί τους αποδίδουν σε αυτές και εκφράζονται σαν καλό, άσχημο, διαφορετικό, τρομακτικό, θετικό, αρνητικό, ουδέτερο κ.λπ..

Ο κύκλος των αποφάσεων κλείνει με τα σχέδια δράσης και τη διαμόρφωση των συνθηκών ανάλογα με τις εμπειρίες των χρηστών. Υπάρχει εδώ και μια άλλη παράμετρος, η ανακάλυψη των χαρακτηριστικών ποιότητας και η αντίστοιχη σπουδαιότητα που αποδίδονται σε αυτά από το χρήστη, καθώς και το επίπεδο διαβάθμισης τους.

1.3.Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

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 Kotler⁵ (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.

4

«Βελτίωση Ποιότητας». (β έκδοση) Αθήνα: Μπένου, σελ. 15,17-19,297-326.

5

Kotler, P., 2003, "Marketing Management" 11th edition. Prentice – Hall

1.4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο βασικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση των παροχών με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό δαπανώνται υψηλά χρηματικά ποσά.

Στο πλαίσιο των ερευνών φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ευκολίας προσπέλασης (εισόδου) του νοσοκομείου, της διαθεσιμότητας κρεβατιών και της ευκολίας στη περίθαλψη.

Η έλλειψη γνώσεων των ασθενών ώστε να μπορούν να συγκρίνουν τη τεχνική ικανότητα του ιατρικού προσωπικού, επιπλέον η φυσική κατάσταση του ασθενή και το συγκινησιακό στρες, μπορούν εύκολα να επηρεάσουν τη κρίση του. Επίσης μη ιατρικοί παράγοντες όπως η επικοινωνιακή ικανότητα του προσωπικού, ή ακόμη και η κρίση ενός άλλου ασθενούς, μπορούν να επηρεάσουν τη κρίση του.

Οι ασθενείς είναι συχνά απρόθυμοι να αποκαλύψουν αυτό που σκέπτονται, καθ' ότι αισθάνονται ότι εξαρτώνται από τους γιατρούς και τη προηγούμενη πείρα τους στο ίδιο νοσοκομείο, πάνω στον ίδιο τομέα. Οι ασθενείς φοβούνται μήπως η έκφραση δυσαρέσκειας επηρεάσει τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Οι ασθενείς δεν δίνεται να προσδιορίσουν επ' ακριβώς τη κατάσταση του νοσοκομείου.

Οι ασθενείς είναι δυνατόν να διαδραματίσουν αξιόλογο ρόλο στο καθορισμό της ποιότητας υγείας, καθορίζοντας τις αξίες που συνδέονται με τις διάφορες καταστάσεις υγείας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι ασθενείς στην πραγματικότητα εκτιμούν καθετί που είναι σημαντικό. Μελέτες ότι η ποιότητα των γιατρών και η ικανότητά τους να επηρεάζουν την έκβαση της αρρώστιας, έχουν μεγαλύτερη σημασία από τις οδηγίες που δίνονται στον ασθενή.

Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή όσον αφορά τα θεραπευτικά σχήματα, έχουν σημασία για την ικανοποίηση. Μερικές

φορές, η αποθεραπεία του ασθενή, δίνεται να συμβαίνει γιατί ο ίδιος ο ασθενής πιστεύει στην ιατρική δράση. Δηλαδή αν έχει εμπιστοσύνη στις ιατρικές πράξεις, έχει καλύτερη έκβαση. Αυτό το αποτέλεσμα, παρατηρήθηκε στο ένα τρίτο των ασθενών.

Συμπερασματικά, το κόστος της υψηλής ικανοποίησης, εξαρτάται από την πόλη του ασθενούς στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο. Το ακριβές ποσοστό αυτής της επίπτωσης δεν είναι σαφές. Από μια άλλη άποψη, είναι δυνατό να υποστηρίξει κανείς ότι οι δυσαρεστημένοι ή οι μη δυσαρεστημένοι ασθενείς δεν βοηθούν στην οργάνωση υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας και ικανοποίησης.

1.5.ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα ο κρατικός παρεμβατισμός αποτελεί τη βασική αιτία της αναποτελεσματικότητας αλλά και της μειωμένης αποδοτικότητας στο τομέα της υγείας. Η έλλειψη ουσιαστικής αξιολόγησης σ' όλα τα επίπεδα της υγείας έχει αρνητικό αντίκτυπο στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Σήμερα θεωρείται απαραίτητο ν' αναπτυχθεί ένα σύστημα διοίκησης στην υγεία απαλλαγμένο από γραφειοκρατικές λειτουργίες και δράσεις, με διαχωρισμό αρμοδιοτήτων, με θέσπιση κανόνων σ' όλα τα επίπεδα και μ' ευρύτερη διαφοροποίηση⁶.

Ένα άλλο βασικό πρόβλημα στην υγεία, είναι η ελλιπής ενημέρωση των πολιτών σε θέματα πρόληψης και προστασίας από ασθένειες, ενώ υπάρχει άγνοια σ' επίπεδο δικαιωμάτων. Η έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης, είναι η αιτία για την ανισότητα στη προσβασιμότητα στην υγεία. Ένας επιπρόσθετος παράγον που επηρεάζει την ενημέρωση, ενώ αυξάνει την ανισότητα είναι η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού ειδικά στη περιφέρεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κόπωση του παρόντος προσωπικού, την αδιαφορία, τη δυσκολία στην ενημέρωση και εξυπηρέτηση των πολιτών (Βλέπε Πίνακα 1.1).

⁶ Κυριόπουλος, Γ.(2008)*Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας (1980-2003)*, Αθήνα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα: Τμήμα Οικονομικών της Υγείας

Πίνακας 1-1: Θεραπευτήρια, κλίνες, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό κατά ειδικότητα θεραπευτηρίων

Ειδικότητα Θεραπευτηρίων	Θεραπευτήρια (1)	Κλίνες	Ιατροί	Μαίες	Νοσοκόμοι				Επισκέπτριες	Λοιποί
					Π.Ε (2)	Τ.Ε (2)	Δ.Ε (2)	Υ.Ε (2)		
ΣΥΝΟΛΟ	313	53.888	25.965	2.573	903	17.581	16.690	1.067	485	8.658
Γενικά	185	37.716	21257	1.856	752	14.852	13.439	756	360	6.868
Μικτά	11	904	1.033	188	7	109	154	6	5	228
Αντικαρκινικά	4	1.228	800	23	29	510	353	0	18	192
Δερματικά	2	140	154	0	1	40	55	0	5	15
Καρδιολογικά	1	18	3	0	0	0	1	2	0	0
Λοιμωδών	1	93	61	0	0	35	19	4	0	3

Μαιευτικά	32	1.159	624	483	19	107	199	23	5	119
Νευροψυχιατρικά	50	9.644	818	6	36	841	1.725	198	69	823
Ορθοπαιδικά	4	429	14	0	0	14	54	43	1	7
Οφθαλμολογικά	3	65	38	0	4	21	37	1	0	19
Παθολογικά	10	551	74	0	1	54	52	20	2	46
Παιδιατρικά	6	1.701	939	6	39	693	515	1	18	239
Φυματιολογικά	1	50	18	0	1	22	22	7	2	3
Χειρουργικά	2	148	123	0	14	273	65	6	0	80
Ωτορινολαρυγγολογικό	1	42	9	0	0	0	0	0	0	16

ΠΑ: Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

ΤΑ: Τεχνολογικής εκπαίδευσης.

ΔΕ: Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

ΥΕ: Υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης.(2010), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων,

Ανάκτηση στις

24-4-2012 από <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι υπάρχει ανισομέρεια σε σχέση με τις ιατρικές ειδικότητες και σ' επίπεδο υποδομών αλλά και σ' επίπεδο προσωπικού. Αυτό καλλιεργεί την ανισότητα από τη μια μεταξύ των διαφόρων παθήσεων και από την άλλη στη κατανομή των θεραπευτηρίων ανά περιοχή.

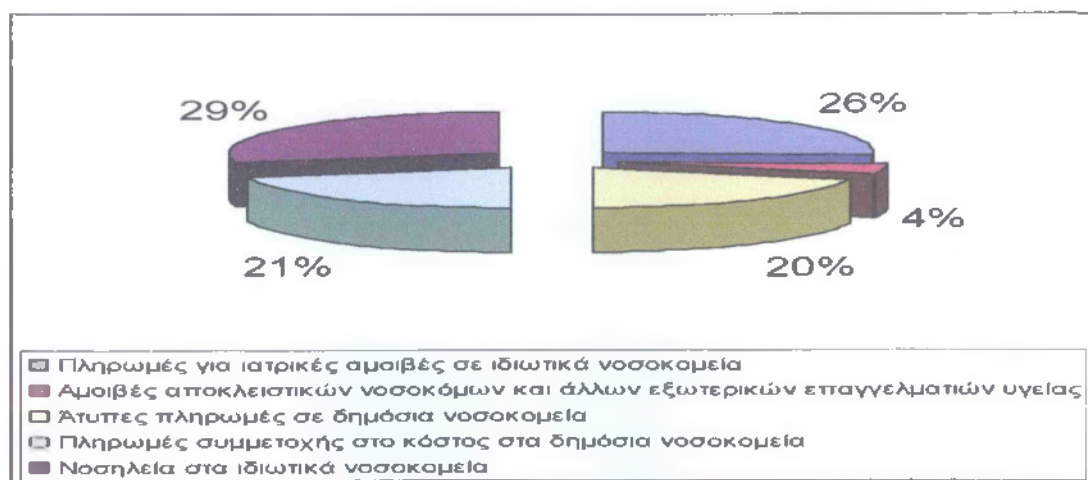
Ένα άλλο σημαίνον στοιχείο αποτελεί η υψηλή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση, η οποία είναι σχεδόν ίση μ' αυτή του δημοσίου. Η εξάρτηση από ιδιωτικές πηγές επιφέρει ανισότητα και διαφθορά στο σύστημα (Βλέπε Πίνακα 1.2 -Γράφημα 1.1).

Πίνακας 1-2: Κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα

	19 90	ΣΔ Υ %	20 00	ΣΔ Υ %	20 01	ΣΔ Υ %	20 02	ΣΔ Υ %	20 03	ΣΔ Υ %	20 04	ΣΔ Υ %
	Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ		Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ		Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ		Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ		Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ		Εκ ατ ομ μύ ρια Ευ ρώ	
Φορο λογία					3.807	27,7	3.812	26,1	4.493	28	3.887	23,2
Κοιν ωνικ ή Εξάρ τηση					3.807	27,7	4.130	28,3	4.148	25,9	4.946	29,5
Συνο λική δημό σια	1.554	54	6.353	52,6	7.614	55,5	7.942	54,4	8.641	53,9	8.833	52,7
Ιδιωτ ική ασφάλ η			303	2,5	296	2,2	332	2,3	338	2,1	344	21

λιση												
Πληρωμές των Χρηστών			5.427	44,9	5.815	42,4	6.350	43,4	7.049	44	7.566	45,2
Συνολική Ιδιωτική	1.340	46	5.730	47,4	6.111	45,5	6.682	45,5	7.453	46,1	7.910	47,3

Πηγή: OECD.(2009). *Health Data*, Ανάκτηση στις 20-4-2012 από <http://www.oecd.org/health/healthdata>



Γράφημα 1-1: Ποσοστιαία κατανομή δαπάνης νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης.(2010), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπειών, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από Η εξάρτηση όπως αυτή παρουσιάζεται στο

<http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps>

παραπάνω, προάγει την ανισότητα και τη διαφθορά του συστήματος. Τέλος θα πρέπει αναφερθεί ο ρόλος του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, οι οποίοι αποτελούν τη βάση για την απόδοση ενός Εθνικού Συστήματος υγείας(Smith,1986)⁷ Το ελληνικό σύστημα υγείας «υποφέρει» από έλλειψη ανθρώπινων πόρων, από γεωγραφική ανισότητα του ιατρικού προσωπικού, από ανισομέρεια σε σχέση με τις ειδικότητες.

Η ανισομέρεια στη γεωγραφική κατανομή, είναι αυτή που επηρεάζει τη κατανομή των ανθρώπινων πόρων. Από την άλλη δημιουργείτε ένα παράδοξο, διότι σε σχέση με την ύπαρξη ιατρών διαπιστώνεται ότι υπάρχει πληθώρα σε σχέση με τα λοιπά επαγγέλματα στην υγεία που παρουσιάζουν έλλειψη. Αυτό αυξάνει την «προκλητή ζήτηση», ενώ επηρεάζει αυξητικά και τις δαπάνες για τα νοικοκυριά(Βλέπε Πίνακα 1.2). Τέλος παρατηρείτε το φαινόμενο τις υπερπροσφοράς σε παθολόγους, με αποτέλεσμα να υπάρχει έλλειψη σ' άλλες ειδικότητες και ειδικά σε γενικούς ιατρούς (Βλέπε Γράφημα 1.2).



Γράφημα 1-2:Κατανομή δαπάνης υγείας νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα ανά ειδικότητα

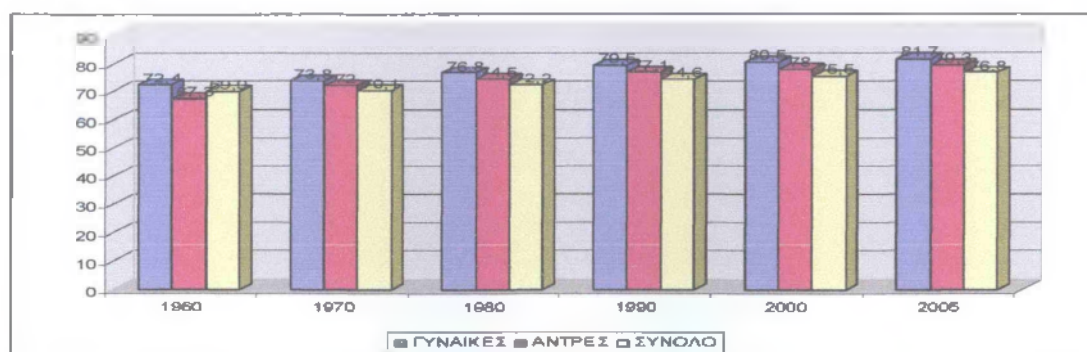
⁷ Smith, A.B.(1986), "The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of Balance". *Health Policy and Planning*, vol.1, p.p 309-316.

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης.(2005), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

Η ανισομέρεια των ιατρικών ειδικοτήτων δηλώνει την αδυναμία συσχέτισης των ιατρικών αναγκών με την ιατρική διαθεσιμότητα σε ειδικότητες, με αποτέλεσμα και πάλι να προάγεται η αδυναμία εξυπηρέτησης, η ανομία και τέλος η ανισότητα στη προσβασιμότητα.

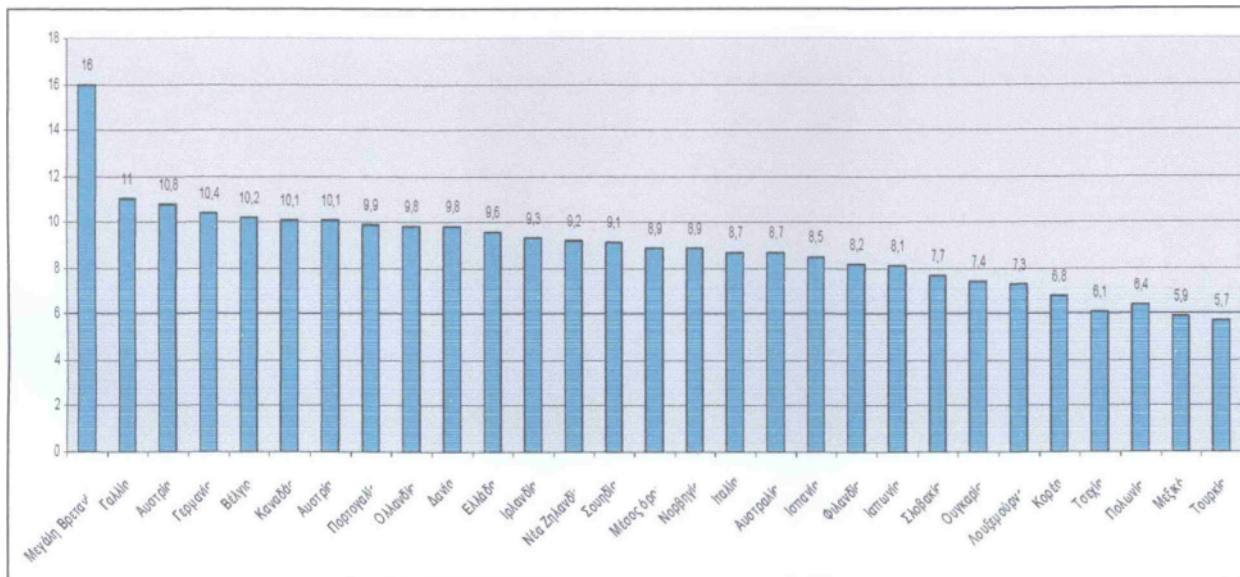
1.6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σήμερα στην Ελλάδα, παρατηρείται συνεχής αύξηση των ορίων ηλικίας η οποία σε συνδυασμό με την εμφάνιση νέων ασθενειών και συνεχής προόδου της ιατρικής συνάγουν αρνητικά στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά χρήματα στην υγεία, το μερίδιο όμως δημοσίων δαπανών είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη (Βλέπε Γράφημα 1.3 και 1.4.).



Γράφημα 1-3: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα

Πηγή: OECD.(2009). *Health Data*, Ανάκτηση στις 20-4-2012 από <http://www.oecd.org/health/healthdata>



Γράφημα 1-4: Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

Πηγή: OECD.(2009). *Health Data*, Ανάκτηση στις 20-4-2012 από <http://www.oecd.org/health/healthdata>

Οι Μωραΐτης, Γεωργούσης, και συν.(2005) αναφέρουν ότι οι βασικές χρηματοδοτικές πηγές για την υγεία, είναι η φορολογία, η ιδιωτική ασφάλιση η οποία έχει το μικρότερο ποσοστό και τέλος η κοινωνική ασφάλιση⁸.

Οι περικοπές στην υγεία ειδικά σε περίοδο οικονομικής κρίσης όπως αυτή που βιώνει σήμερα η χώρα, έχουν δείξει ότι οδηγούν σε κρίση στην υγεία και ενισχύουν τις κοινωνικές ανισότητες επιβαρύνοντας κυρίως τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα. Η κάλυψη μέσα από τις ιδιωτικές παροχές στην υγεία ενισχύει την ανισότητα και είναι ακόμα περισσότερο επιβλαβής για τους οικονομικά αδύναμους πολίτες⁹.

⁸ Μωραΐτης, Ε. Γεωργούση Ε. Ζηλίδης Χ. Θεοδώρου Μ. Πολύζος Ν., (2005), *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας*. Υπ. Υγείας και Πρόνοιας

⁹ Maynard, A.K. (2002). *The Regulation of Public and Private Health Care Markets*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust

1.7.ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ

Σήμερα στην Ελλάδα, οι παράγοντες που καθορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών αναφέρονται στην διαθεσιμότητα των ανθρωπίνων πόρων, στη ποσότητα των υλικών πόρων, στην οικονομική ανάπτυξη (Κυριακόπουλος, 2008)¹⁰.

Το έλλειμμα της προσφοράς που παρατηρείται στην υγεία στην Ελλάδα, καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος ειδικά με την παρούσα οικονομική κρίση, εισέρχεται όλο και περισσότερο στο τομέα της υγείας. Ο Δ. Ανδριώτης (1998) διαπίστωσε ότι κάθε φορά που αυξάνεται η προσφορά ιατρών σε μια περιοχή, υπάρχει και ανάλογη αύξηση της τιμής των ιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται ο πολίτης και να μην μπορεί να ανταπεξέλθει (Ανδριώτης,1998)¹¹.

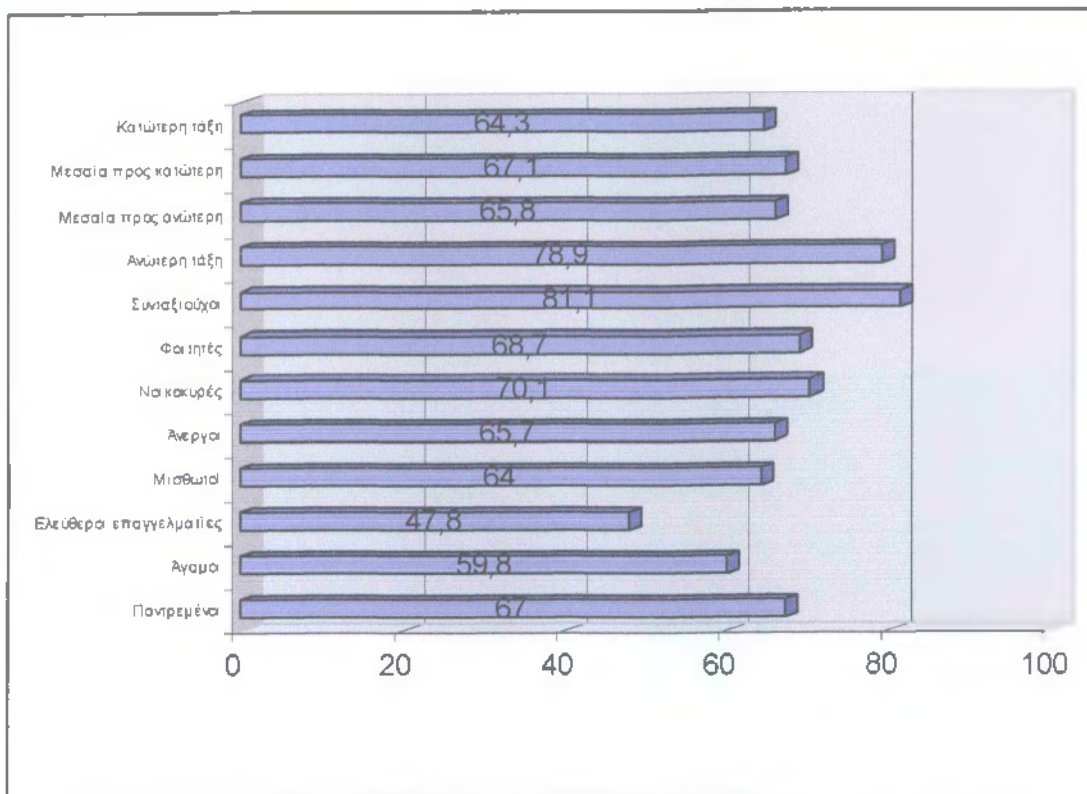
Από την άλλη και αναφορικά με τη ζήτηση, δεν είναι πάντα πραγματική, πολλές φορές δημιουργείται μέσα από τη διαφήμιση αλλά και μέσα από την τάση του ατόμου να προβαίνει σ' εξετάσεις που πολλές φορές δεν χρειάζεται να κάνει.

Το φαινόμενο της «προκλητής ζήτησης», επηρεάζει σήμερα το εθνικό σύστημα υγείας, από τη μια αυξάνοντας το κόστος των υπηρεσιών υγείας και από την άλλη ενισχύοντας την ανισότητα μια και αυτή που πραγματικά έχουν ανάγκη να εξυπηρετηθούν από τους φορείς υγείας δεν απολαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα. Αυτό επιφέρει ανά περιοχές αλλά και στο σύνολο της Ελλάδας, ανισότητες στη σχέση ιατρών και ασθενών αλλά και στη σχέση δημόσιου με ιδιωτικού τομέα (Γράφημα 1.5) (Τριχόπουλος,2002)¹².

¹⁰ Κυριόπουλος, Γ.(2008)*Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας (1980-2003)*, Αθήνα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα: Τμήμα Οικονομικών της Υγείας

¹¹ Ανδριώτης, Δ. (1998). *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εξάντας.

¹² Τριχόπουλος, Δ.(2002), *Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές*. Αθήνα: Παρισιάνος



Γράφημα 1-5: Επαφή με επαγγελματίες υγείας στο έτος βάσει οικογενειακής κατάστασης, επαγγελματικής κατηγορίας και κοινωνικής τάξης

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης. (2008), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από <http://live3.vgeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

Με βάση το παραπάνω γράφημα παρατηρείται μια ευρύτερη ανισότητα αφού τα άτομα ανώτερης τάξης έχουν πολύ μεγαλύτερη επαφή με τους επαγγελματίες υγείας από ότι τα άτομα της μεσαίας και κατώτερης τάξης. Τέλος υψηλό ποσοστό έχουν και οι συνταξιούχοι, που μερικές φορές αυτό αναφέρεται σε πλασματική ζήτηση, δηλαδή χρησιμοποιούν περισσότερο από ότι χρειάζονται τις υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μια από τις θεμελιώδεις Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο ιδρύθηκε με το νόμο 1397/83, ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσω ενός συστήματος παραπομπών. Ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση του δικτύου Κέντρων Υγείας, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές της χώρας και την στελέχωσή τους κυρίως με Γενικούς γιατρούς και άλλες ιατρικές ειδικότητες, οι οποίες θα παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα ανέπτυσσαν προγράμματα πρόληψης ασθενειών και θα προήγαγαν την υγεία του πληθυσμού των τοπικών κοινωνιών. Τα Κέντρα Υγείας θα συνδέονταν με τα τοπικά ή περιφερειακά νοσοκομεία και οι ασθενείς θα παραπέμπονταν σ' αυτά με εντολή των γιατρών των Κέντρων.

Παρόλα αυτά, σήμερα τα Κέντρα Υγείας έχουν αναπτυχθεί στην επαρχία αλλά όχι και στις πόλεις. Λειτουργούν περίπου 200 Κέντρα, 1000 αγροτικά ιατρεία και 19 μικρά νοσοκομεία – κέντρα υγείας καλύπτοντας τις ανάγκες 2,5 εκατομμυρίων κατοίκων της χώρας. Η στελέχωσή τους θεωρείται σήμερα ανεπαρκής (περιλαμβάνει κυρίως παθολόγους γιατρούς, παιδίατρος και λίγους γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές). Στις αστικές περιοχές η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πολυκλινικές του ΙΚΑ κυρίως, για τα μέλη του Ταμείου αυτού. Υπάρχουν, επίσης ιδιώτες γιατροί οι οποίοι έχουν συμβληθεί με διάφορα Ταμεία και νοσοκομεία. Καθώς έχει απαγορευτεί η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων αλλά επιτρέπεται η διαγνωστική δραστηριότητα, έχουν αναπτυχθεί πάρα πολλά διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία συμβάλλονται με

τα Ασφαλιστικά Ταμεία για να παρέχουν υπηρεσίες διάγνωσης (παρέχουν υπερβολικά μεγάλο αριθμό υπηρεσιών, συχνά μη απαραίτητων αλλά ακριβών).

Ο ρόλος της Κεντρικής Διοίκησης είναι καθοριστικός, καθώς είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη και χρηματοδότηση όλων των πολιτικών υγείας. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει πολύ περιορισμένο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, κλπ.) παίζουν, επίσης σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς διαθέτουν δίκτυο περίπου 200 Πολυκλινικών (ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές, ενώ οι ασφαλισμένοι των υπόλοιπων Ταμείων (υπάρχουν περίπου 300 διαφορετικοί οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης) μπορούν να επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ ή τους ιδιώτες γιατρούς που έχουν σύμβαση μ' αυτά.

Ο Ιδιωτικός τομέας είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος, στην Ελλάδα, ειδικότερα όσον αφορά υπηρεσίες όπως η αποκατάσταση (φυσιοθεραπείες, κλπ.) και οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους. Οι Έλληνες, δηλώνοντας την δυσαρέσκειά τους για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα.

Η αποκέντρωση του συστήματος υγείας, παρά το γεγονός ότι προβλέπονταν από το νόμο του 1983 (13 Περιφέρειες και 52 Νομοί), δεν έγινε στην πράξη λόγω έλλειψης κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού (managers, επιστήμονες, κλπ.), της απαραίτητης διάρθρωσης της διοίκησης των Περιφερειών και των Νομαρχιών, της μειωμένης ισχύος των αποφάσεων τους και της ασυνέχειας των πολιτικών λόγω των αλλαγών των κυβερνήσεων. Όμως πρόσφατα έχει τεθεί ως στόχος η αποκέντρωση του συστήματος φροντίδας υγείας.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται εν μέρει μέσω φορολογίας και εν μέρει μέσω των ασφαλιστικών εισφορών. Ο Κρατικός Προϋπολογισμός καλύπτει τις δαπάνες των επαρχιακών Κέντρων Υγείας και Νοσοκομείων, τη μισθοδοσία για το προσωπικό των Νοσοκομείων, τις συνεισφορές στα Δημόσια Νοσοκομεία για τις ελλείψεις των προϋπολογισμών τους, τις συνεισφορές στα Ασφαλιστικά Ταμεία, τις εισφορές για το Ταμείο των

ημοσίων Υπαλλήλων, τις επενδύσεις κεφαλαίων, τη Δημόσια Υγεία, την εκπαίδευση, κ.ά. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία (τα 30 από αυτά καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, περίπου 95%) δέχονται τις εισφορές των μελών τους με αναλογία 2/3 από τους εργοδότες και 1/3 από τους εργαζόμενους και δεν έχουν μεταξύ τους ανταγωνισμό γιατί η συμμετοχή των μελών είναι ούτως ή άλλως υποχρεωτική. Υπάρχουν, βέβαια, διαφορές μεταξύ των Ταμείων σχετικά με το ποσοστό συμμετοχής τους στο συνολικό budget, για παράδειγμα οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ δεν πληρώνουν εισφορές καθόλου αλλά καλύπτονται απέναντι στην ασθένεια.

Στον νοσοκομειακό τομέα λειτουργούν τμήματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και επειγόντων περιστατικών, έτσι τελικά όλοι οι πολίτες της χώρας, αλλά και οι πολίτες όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούν να επισκεφτούν κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Στην πράξη, όλοι ακόμη και οι παράνομοι μετανάστες δέχονται υπηρεσίες υγείας όταν υπάρχει ανάγκη.

Το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία ποικίλλει ανάλογα με το Ταμείο, καθώς και η ποιότητά τους. Τα περισσότερα παρέχουν αποζημιώσεις για τις Πρωτοβάθμιες, Δευτεροβάθμιες, φαρμακευτικές και οδοντιατρικές φροντίδες, μερικά Ταμεία καλύπτουν και διαγνωστικά και εργαστηριακά τεστ ή και διορθωτικά γυαλιά οράσεως. Το ΙΚΑ, για παράδειγμα, καλύπτει σχεδόν τα πάντα εκτός από τις πλαστικές εγχειρίσεις, ο ΟΓΑ παρέχει οδοντιατρική φροντίδα μέχρι την ηλικία των 18, ενώ το ΤΕΒΕ δεν παρέχει καθόλου οδοντιατρική κάλυψη. Γενικά, δεν έχουν γίνει περικοπές στο εύρος των υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια, μάλλον το αντίθετο έχει συμβεί.

Οι out-of-pocket πληρωμές έχουν τις εξής μορφές:

- συνεισφορές για υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από τα Ταμεία, όπως και για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται,
- πληρωμές σε ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία,

- ανεπίσημες, παράνομες πληρωμές, κυρίως στον χειρουργικό τομέα των νοσοκομείων.

Τονίζεται, εδώ ότι παρόλο το γεγονός της δημόσιας ενασχόλησης με τις ίδιες πληρωμές, δεν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα περιορισμού τους.

Αξιολογώντας, ειδικότερα την ανάπτυξη του δικτύου των Κέντρων Υγείας μπορούμε να πούμε ότι αυτά δεν έχουν επιτύχει το στόχο που τέθηκε το 1983 για να λειτουργήσουν ως «gatekeepers» του συστήματος υγείας. Αν και η κατασκευή και ο εξοπλισμός τους ήταν έγκαιρα, κι έχουν πραγματικά εκπληρώσει έναν από τους στόχους του ΕΣΥ, δηλ. την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό, τουλάχιστον στις αγροτικές περιοχές, όμως εξαιτίας ενός αριθμού προβλημάτων στελέχωσης, καθώς και οικονομικών και οργανωτικών η σύγχρονη λειτουργία τους υπολείπεται των προσδοκιών.

Τα βασικά προβλήματα που εντοπίζονται στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

Υπάρχει πληθώρα Ασφαλιστικών Ταμείων και προμηθευτών, ειδικά στις αστικές περιοχές, με διαφορετικές οργανωτικές και λειτουργικές δομές, που προσφέρουν υπηρεσίες συχνά επικαλυπτόμενες. Υπάρχουν σαφείς ανισότητες μεταξύ των εισφορών των μελών των Ταμείων, όπως και στο εύρος και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στις υποδομές του δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και αδύναμη ανταπόκριση στις ανάγκες του ιατρικού κόσμου. Αυτές οι αδυναμίες έχουν ως αποτέλεσμα να παρέχουν οι δημόσιοι φορείς υπηρεσίες υγείας περιορισμένου εύρους και τα Ασφαλιστικά Ταμεία να αναζητούν λύσεις συνάπτοντας συμβόλαια με τους ιδιωτικούς φορείς.

Υπάρχει σημαντική έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η ειδικότητα του Γενικού Γιατρού θεωρείται χαμηλής επαγγελματικής και κοινωνικής αποδοχής και ως αποτέλεσμα υπάρχει σοβαρή

έλλειψη αυτής.

Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε όλα τα Κέντρα Υγείας και τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ.

Η απουσία ενός συστήματος οικογενειακών γιατρών και παραπομπών, ειδικά στις αστικές περιοχές, αποκλείει τη συνέχεια στην φροντίδα και αυξάνει την αναποτελεσματικότητα του συστήματος.

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τις νυχτερινές ώρες είναι περιορισμένη, έτσι ειδικά στις πόλεις, οι ασθενείς επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που διανυκτερεύουν ή ιδιώτες γιατρούς.

Η χαμηλή πιστότητα του συστήματος ωθεί, συχνά, τους ασθενείς να αναζητήσουν μια «δεύτερη γνώμη» από κάποιον ιδιώτη γιατρό. Έτσι δημιουργούνται πρόσθετες δαπάνες, υπερφόρτωση του συστήματος και μερικώς ακυρώνεται ο χαρακτήρας της δωρεάν φροντίδας υγείας.

Η έλλειψη προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, ειδικά όσον αφορά την περίπτωση των διαγνωστικών κέντρων τα οποία κάνουν ακριβές εξετάσεις, πολύ συχνά επιβαρύνουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία με μη απαραίτητες δαπάνες και την υγεία των ασφαλισμένων με μη απαραίτητες επιπλοκές ή και βλάβες.

Σήμερα έχει επικεντρωθεί η προσπάθεια, για την επίλυση των προβλημάτων του συστήματος Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε θέματα όπως η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα, η προαγωγή της υγείας και η ποιότητα της φροντίδας. Οι κυριότερες αιτίες της μη αποδοτικής χρήσης των πόρων του συστήματος θεωρούνται: οι διάφορες πηγές χρηματοδότησης, το χωρίς-ανώτατα-όρια σύστημα πληρωμών των προμηθευτών υπηρεσιών, η απουσία συστήματος παραπομπών και δικτύου οικογενειακών γιατρών και η ανάμιξη δημοσίου – ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών. Η προαγωγή της υγείας και η ποιότητα της φροντίδας είναι ζητήματα τα οποία αποτέλεσαν πολύ πρόσφατα αντικείμενα συζήτησης και σχεδιασμού δράσεων (Tragakes, 1996).

2.2 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω συνιστώσες του Ελληνικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και τα όσα αναφέρθηκαν στο πρώτο μέρος της μελέτης για τις έξι Ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Μ. Βρετανία, Ελβετία, Ολλανδία, Φινλανδία και Γερμανία) μπορούμε, στη συνέχεια να παρουσιάσουμε κάποιες προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών λειτουργίας του Συστήματος.

- ◆ Ο Θεσμός του Γενικού Γιατρού ή αλλιώς Οικογενειακού, ο οποίος είναι ευρύτατα διαδεδομένος στις Ευρωπαϊκές χώρες (Μ. Βρετανία, Δανία, Ολλανδία, Φινλανδία, Γερμανία), λειτουργεί ως «gatekeeper» για τα ανώτερα επίπεδα φροντίδας υγείας (Νοσοκομεία και εξειδικευμένοι γιατροί). Πιο συγκεκριμένα, είτε επιτρέπεται η πρόσβαση στους εξειδικευμένους γιατρούς και στα νοσοκομεία μόνο με παραπομπή του Γενικού γιατρού (Δανία, Μ. Βρετανία, Ολλανδία), είτε παρέχονται θετικά κίνητρα στους ασφαλισμένους για παραχώρηση του δικαιώματος επιλογής του γιατρού τους, για παράδειγμα η μείωση ή η επιστροφή ενός ποσοστού της εισφοράς (Ελβετία, ορισμένα Καντόνια).

Ειδικότερα, η σύγχρονη τάση είναι η δημιουργία ομάδων Γενικών Γιατρών σε κοινά ιατρεία, οι οποίες είναι διαθέσιμες όλο το εικοσιτετράωρο, βελτιώνουν την ιατρική φροντίδα ως προς τη ποιότητα κι αναπτύσσουν τη γνώση. Στις Ομάδες αυτές συμμετέχουν και τα υπόλοιπα ιατρικά επαγγέλματα, δηλ. οι οδοντίατροι, οι οφθαλμίατροι, οι νοσηλεύτες, οι μαίες, οι επισκέπτριες υγείας, κλπ., έτσι ώστε η παρεχόμενη φροντίδα να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη. Το κίνητρο για την ένωση των ειδικοτήτων μπορεί να είναι η επιπλέον χρηματοδότηση για τον εξοπλισμό των ιατρείων.

- ◆ Τα Κέντρα Υγείας της Φινλανδίας παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τα Ελληνικά, αλλά είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ολοκληρωμένα, (διαθέτουν μέχρι και 60 κρεβάτια νοσηλείας). Η λειτουργία και η οργάνωσή τους μπορεί να αποτελέσει βέλτιστη πρακτική για την αξιοποίηση της θαυμάσιας

υποδομής και χωρικής κατανομής των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και των Πολυιατρείων του ΙΚΑ (Κυριόπουλος, 1996).

- ◆ Ο σχεδιασμός και ο έλεγχος του αριθμού των γιατρών που δραστηριοποιούνται σε κάθε γεωγραφική περιφέρεια ανά ορισμένο αριθμό κατοίκων είναι μια απαραίτητη διαδικασία για την συστηματική ανάπτυξη του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας (Δανία, 1325 εγγεγραμμένοι ασθενείς ανά γενικό γιατρό).
- ◆ Η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων, μπορεί να δρομολογηθεί ικανοποιητικά αν μελετηθεί ένα ισχυρό πλεονέκτημα του Φινλανδικού συστήματος: η συσχέτιση της χρηματοδότησης μέσω φορολογίας με την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο (Κέντρα Υγείας). Είναι απαραίτητη η προηγούμενη ανάπτυξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών και λειτουργικών διαδικασιών πριν την ανάθεση διαμεσολαβητικού ρόλου πλήρους μορφής του γενικού γιατρού προς τις άλλες υπηρεσίες ή ακόμη περισσότερο η ανάθεση ευθυνών ρυθμιστή των δαπανών υγείας με την εντολή διαχείρισης προϋπολογισμών. (Κυριόπουλος, 1996).

Η μεταφορά υπηρεσιών υγείας από τον νοσοκομειακό στον εξωνοσοκομειακό τομέα (εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων – outpatient clinics) με στόχο τη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών και γενικά των δαπανών υγείας είναι μια ακόμα σύγχρονη τάση (Δανία, Μ. Βρετανία, Φινλανδία) η οποία επιχειρεί μια νέα ισορροπία μεταξύ συμφερόντων (Κυριόπουλος, 1996).

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη συσχέτισης μεταξύ της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, η οποία οδήγησε σε φαινόμενα αναποτελεσματικότητας το σύστημα της Γερμανίας θα πρέπει να γίνει αντικείμενο μελέτης προς αποφυγή αντίστοιχων συνεπειών για το Ελληνικό σύστημα.

Το ζήτημα της συγκράτησης του κόστους αντιμετωπίζεται μέσω ετησίων διαπραγματεύσεων μεταξύ της κυβέρνησης και των Κομητειών της Δανίας, για

έναν σφαιρικό προϋπολογισμό, αλλά η μέθοδος αυτή έχει μειονέκτημα την έλλειψη διαθέσιμων πόρων για ανανέωση της υποδομής και κάλυψη των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό (Μ. Βρετανία).

Η αποζημίωση των γιατρών με τη μέθοδο της πληρωμής ανά υπηρεσία έχει λειτουργήσει συχνά ως κίνητρο αύξησης του αριθμού των ιατρικών πράξεων. Στη Δανία, αυτή είναι προϊόν διαπραγματεύσεων μεταξύ της Ένωσης Γιατρών και της Επιτροπής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αλλά αν οι πληρωμές υπερβαίνουν κάποιους δείκτες οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να επιστρέψουν τα χρήματα (θεωρητικά). Στην Ελβετία, αντίθετα, στους HMOs οι γιατροί αμείβονται με καθορισμένο ποσό ανά εγγεγραμμένο στα μητρώα, όπως ισχύει και στην Ολλανδία και στην Αγγλία. Επίσης, στην Ελβετία, το πρόγραμμα Logas βασίζεται στο διαχωρισμό των ασθενειών σε 641 ομάδες και στόχος του είναι να αποζημιώνονται με τα ίδια ποσά όλα τα νοσοκομεία για τις ίδιες υπηρεσίες (σύστημα DRGs).

Στις πιο πολλές Ευρωπαϊκές χώρες συναντήσαμε στοιχεία ανταγωνισμού στα πλαίσια του συστήματος υγείας τους. Στην Ελβετία επιτρέπεται ο ανταγωνισμός χωρίς να παραβιάζεται η αρχή της συνολικής κάλυψης του πληθυσμού. Μπορούν να ιδρυθούν νέα ταμεία και ελέγχεται μόνο αν οι εισφορές των μελών είναι σύμφωνες με τα εγκεκριμένα μέτρα ασφάλειας από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση.

Η θέσπιση δεικτών ποιότητας για τα αποτελέσματα των θεραπειών, την ικανοποίηση των ασθενών και των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας, η έκδοση οδηγιών για την ιατρική φροντίδα και οργάνωση, είναι μια ακόμα σύγχρονη τάση στην Ευρώπη. Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ζήτημα προτεραιότητας σε όλες τις χώρες. Στην Ολλανδία η υπευθυνότητα τοποθετείται στα χέρια των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας και οι κρατικές αρχές παίζουν υποβοηθητικό ρόλο. Στην Ελβετία ήδη ισχύει η υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τους γιατρούς σε ετήσια βάση.

Η νομική προστασία των ασθενών είναι άλλο ένα ζήτημα που προκαλεί το

ενδιαφέρον. Στην Φινλανδία λειτουργεί το αλάνθαστο σύστημα το οποίο αποζημιώνει τους ασθενείς για τις βλάβες χωρίς να επιρρίπτει ευθύνες στους προμηθευτές. Επίσης, στην Ολλανδία τα δικαιώματα των ασθενών καλύπτονται παραδειγματικά. Οι Ενώσεις τους έχουν ισχυρή φωνή και χρηματοδοτούνται κρατικά.

Συνοψίζοντας αναφέρουμε τα βασικότερα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τις βέλτιστες συνθήκες οργάνωσης και λειτουργίας των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που μελετήθηκαν πιο πάνω. Αυτά είναι:

- ✓ Αποκέντρωση – το σύστημα υγείας βρίσκεται κοντά στον πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών.
- ✓ Γενικοί Γιατροί, Ομάδες Γενικών Γιατρών, gatekeeping.
- ✓ Διαπραγματεύσεις και στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού, σφαιρικοί προϋπολογισμοί.
- ✓ Διασφάλιση της ποιότητας, Οδηγίες, Δικαιώματα των ασθενών, νομική κάλυψη.

Η μηχανιστική μεταφορά των παραπάνω τεχνικών και προτύπων στο Ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα ήταν άστοχη. Εκείνο που είναι απαραίτητο είναι η ανάδειξη των συγκριτικών πλεονεκτημάτων του και η μετατόπιση των δραστηριοτήτων και των πολιτικών αποφάσεων για την υγεία προς την κατεύθυνση των σύγχρονων τάσεων, οι οποίες περιγράφηκαν εκτενώς στην εργασία αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

"Με τους όρους *σύστημα υγείας* ή *υγειονομικό σύστημα*, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται. Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού"¹³

Στους κοινούς στόχους των συστημάτων υγείας περιλαμβάνονται επιγραμματικά και οι εξής¹⁴:

- Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση
- Προστασία του εισοδήματος του ασθενή
- Μακρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς
- Αυτονομία προμηθευτών (γιατροί και λοιποί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας).

¹³ Albana, M., Picchulel, H. And Al-Sabir, A. (2001). Client Satisfaction and An Employee-Level Analysis. *Journal of Business Research*, 23, 252- 278.

¹⁴ Κωνσταντοπούλου Α(2006). Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα *μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα* -όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Ο ελληνικός υγειονομικός τομέας εμφανίζεται να διαθέτει σήμερα την υψηλότερη πυκνότητα σε όλη την Ευρώπη, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τους αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Η πυκνότητα αυτή οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

3.1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

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 κόστος¹⁵.

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.

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 καθότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα δεν έχουν αρκετό εισόδημα προκειμένου να μπορέσουν να πληρώσουν περισσότερο για να λάβουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας¹⁶.

3.2.ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από την απόδοση ενός νοσοκομείου. 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

¹⁶ Hendriks, J. A. A., Oort, J. F., Vrielink, R. M., Smets, A. M. E. (2002). Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(6), pp. 471-482. (Available at: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/6/471>)

σημαντικά στη διαδικασία οργάνωσης, προγραμματισμού και χρηματοδότησης των νοσοκομείων¹⁷.

Οι βασικότεροι δείκτες χρησιμοποίησης νοσοκομείων είναι¹⁸

Πληρότητα ή Κάλυψη του Νοσοκομείου (Π). Ο δείκτης αυτός προσδιορίζεται ως το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο των διαθέσιμων 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:

$$\text{Π} = \text{A} \times 100 / \text{K}$$

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

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.

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 (Η) διαιρεμένο με

¹⁷ Lu, H., While, A. And Bariball, L. (2004). Job Satisfaction among Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 211- 227.

¹⁸ Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης, Σ., (2001) Συστήματα υγείας. Παπαζήση

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 νοσοκομείου¹⁹.

Πέραν της μέσης 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, νοσηλευτή, κλπ. Ο δείκτης παραγωγής ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων μπορεί να

¹⁹ Locke, E. A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In *The Book of: Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (Pages: 1279- 1349). Chicago: Rand McNally.

εξειδικευτεί σε δείκτες: αριθμός αξονικών τομογραφιών ανά ασθενή ορθοπεδικής κλίνης ή ανά ασθενή παθολογικής κλίνης κ.λπ.²⁰.

3.3.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Όλο και περισσότερο στις μέρες μας γίνεται λόγος για Ποιότητα στην εργασιακή ζωή που είναι μια έννοια η οποία αποτελεί προϋπόθεση για Ποιότητα και στην προσωπική ζωή και η οποία δεν βασίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία ούτε και απαιτεί μία συγκεκριμένη τεχνική για εφαρμογή. «Απεναντίας η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται με το εργασιακό κλίμα συνολικά. Μια ανάλυση το περιέγραψε σαν 1) την ανησυχία αναφορικά με τον αντίκτυπο που έχει η εργασία στους ανθρώπους καθώς επίσης και στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού. 2) την ιδέα συμμετοχής των εργαζομένων στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων.

Πρωταρχικός σκοπός της εργασιακής ικανοποίησης είναι η αλλαγή κλίματος ώστε με τη συμβολή του ανθρώπου, της τεχνολογίας και του οργανισμού να υπάρξει μια καλύτερη εργασιακή ζωή»²¹.

Η στροφή στην εργασιακή ικανοποίηση δεν είναι κάτι σύγχρονο. Είναι μια τάση που έχει ξεκινήσει από τη δεκαετία του '60 και του '70 και η αναγκαιότητά του είναι διαρκής. Σύμφωνα με τον Graeme Salaman η εργασιακή ικανοποίηση έχει διαχρονική ισχύ και κατά καιρούς υιοθετεί διαφορετικό όνομα, εφόσον στη δεκαετία του '90 εμφανίζεται σαν ανάγκη για υψηλή απόδοση²².

Με οποιαδήποτε ονομασία κι αν αναφέρεται η στροφή στην εργασιακή

²⁰ Θεοδώρου, Μ. Σαρής, Μ. Σούλης, Σ., (2001) Συστήματα υγείας. Παπαζήση

²¹ Luthans, F., "Organizational Behaviour", (1995), 7th edition, International edition, McGraw Hill

²² Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? *World Health Organization, Health Evidence Network*. (Available at: www.euro.who.int/document/e82975.pdf)

ικανοποίηση σχετίζεται με δύο ζητήματα:

- την αναγνώριση της ευρύτερης εκπαιδευτικής υποδομής, των διαρκώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών αξιών και των προσδοκιών για ποιότητα στην εργασιακή ζωή.
- Την αντιμετώπιση του υψηλού ανταγωνισμού και του υψηλού ποσοστού απουσίας των εργαζομένων, την δυσαρέσκειά τους και γενικά την ανάγκη για υψηλότερη απόδοση του οργανισμού.

Σύμφωνα με τον Claudette E.S. Coombs²³, ο οποίος ασχολήθηκε με την Ποιότητα στην προσωπική ζωή, ο σημαντικότερος παράγοντας για την ύπαρξη ικανοποίησης στην προσωπική μας ζωή είναι η στάση μας (attitude) απέναντι στα γεγονότα. Η υγεία μας, οι σχέσεις, η καριέρα, οι ευθύνες, όλα παίζουν σημαντικό ρόλο, όμως όλα επηρεάζονται από τη στάση μας. Υπάρχουν άτομα τα οποία έχουν βιώσει άσχημες εμπειρίες, ωστόσο νιώθουν ευτυχισμένα, κι άλλα που ζουν με σχετική άνεση και ελάχιστο stress και παρόλο αυτά δεν είναι ικανοποιημένα με τη ζωή.

Υιοθετώντας μια στάση που τείνει να βρει το θετικό για τον εαυτό μας και τους άλλους, που αναγνωρίζει και ρυθμίζει τα όριά μας, που δέχεται την ύπαρξη διαφορών στο σύστημα αξιών που έχει κάθε άτομο και που πιστεύει στις προτεραιότητες που θέτει καθένας, συμβάλλει στη δημιουργία κατάλληλου κλίματος για καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτό το κλίμα είναι οι ακόλουθοι:

- Υγεία: οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, κι αυτό γιατί δεν φροντίζουν για μια καλή φυσική κατάσταση μέσα από άσκηση του σώματος, σωστή διατροφή, επαρκείς ώρες ύπνου και ξεκούρασης.

- Αναψυχή: κάθε άνθρωπος που ενδιαφέρεται για μια ισορροπημένη ζωή θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο για αναψυχή. Η ενασχόληση με κάποιο άθλημα, ένας περίπατος, μια ταινία στον κινηματογράφο, μπορούν να συμβάλλουν στην αίσθηση ευεξίας και στην φυσική και ψυχολογική ισορροπία.
- Ανάληψη ευθυνών: από την παιδική μας ηλικία αναλαμβάνουμε ευθύνες. Κάποιες από αυτές είναι ευχάριστες κι άλλες πάλι αποτελούν πηγή άγχους. Το κλειδί για μια ισορροπημένη ζωή είναι να αναλαμβάνουμε τόσες ευθύνες όσες είναι δυνατό να αντεπεξέλθουμε, και να εκχωρούμε και σε άλλους κάποιες από αυτές, που είναι και ένας τρόπος να τους δείξουμε ότι τους εμπιστευόμαστε.
- Προορισμός: όλοι μας θέτουμε στόχους και ορίζουμε μια κατεύθυνση στη ζωή μας. Το σπουδαιότερο όμως είναι να γνωρίζουμε που πηγαίνουμε.
- Αμοιβή: για κάθε προσπάθεια που κάνει κανείς για να ωφελήσει τον άλλο, είναι σίγουρο πως μακροπρόθεσμα θα αποζημιωθεί.
- Πόροι & Ευκαιρίες: είναι θετικό να κάνουμε επιλογές στη ζωή μας που βοηθούν στην μεγαλύτερη ικανοποίησή μας εκμεταλλευόμενοι τους πόρους και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται και αγνοώντας τον ανασταλτικό παράγοντα που είναι ο χρόνος²⁴.

Ο Wayne F. Cascio²⁵ προσπαθεί να προσδιορίσει την έννοια της εργασιακής ικανοποίησης από τη μια μεριά μέσα από πρακτικές και πολιτικές που ακολουθεί ο οργανισμός και μέσα από την αντίληψη των εργαζομένων ότι

²⁴ Ware, E., Snyder, K., Wright, R., Davies, R. (1983). Defining and measuring Patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.

²⁵ Wayne, F. C., (1998), "Managing Human Resources", 5th edition. International edition, McGraw Hill, pp. 19

καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό ανθρώπινες ανάγκες όπως η ασφάλεια, η ικανοποίηση, η ανάγκη για ανάπτυξη στο χώρο εργασίας από την άλλη.

Θεωρητικά η εργασιακή ικανοποίηση είναι απλή υπόθεση. Περιλαμβάνει την προσφορά στους εργαζομένους την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις αναφορικά με τη δουλειά τους, να σχεδιάσουν το χώρο εργασίας και γενικά να λάβουν πρωτοβουλία σχετικά με τη σχεδίαση των προϊόντων ή την προσφορά της υπηρεσίας με αποτελεσματικότερο τρόπο. Κάτι τέτοιο απαιτεί μάνατζερ που να εστιάζουν παράλληλα στην ικανοποίηση των εργαζομένων και στην πραγματοποίηση των στόχων του οργανισμού.

Πρακτικά ωστόσο χρειάζεται διάθεση από μέρους των μάνατζερ να μοιραστούν τη δύναμη ή αλλιώς την «εξουσία» που κατά κάποιο τρόπο κατέχουν, εντατική εκπαίδευση τόσο για τους μάνατζερ όσο και για τους υπόλοιπους υπαλλήλους και φυσικά υπομονή. Οι εργαζόμενοι με λίγα λόγια πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις πάνω σε έννοιες όπως είναι το κόστος, η ποιότητα, το κέρδος, η ζημία και οι μάνατζερ να ταυτιστούν με το νέο τους ρόλο, να γίνουν δηλαδή καθοδηγητές, βοηθοί και να συγκεντρώνουν χρήσιμες πληροφορίες.

Προϋποθέσεις για επιτυχείς προσπάθειες εργασιακής ικανοποίησης

- Οι μάνατζερ οφείλουν να είναι καθοδηγητές και «διδασκαστές» και σε καμία περίπτωση δικτάτορες.
- Διαφάνεια και εμπιστοσύνη.
- Οι πληροφορίες που έχει στα χέρια της η διοίκηση πρέπει να είναι κτήμα όλων και οι προτάσεις των υφισταμένων να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.
- Η φιλοσοφία της εργασιακής ικανοποίησης πρέπει να στοχεύει τόσο στη λύση προβλημάτων όσο και στη συνεργασία μεταξύ διοίκησης και υπαλλήλων.
- Κάθε ενέργεια για εργασιακή ικανοποίηση δεν πρέπει να είναι εντολές

μονόπλευρα από την ανώτατη διοίκηση.

Βασικά και μη χαρακτηριστικά της εργασιακής ικανοποίησης

Οι Lewis David και Brazil Kevin²⁶ αναφέρονται σε κάποια χαρακτηριστικά, ουσιαστικά και μη που ασκούν επίδραση στην ποιότητα στην εργασιακή ζωή. Τονίζουν τη διαφορά μεταξύ του παραδοσιακού μανάτζμεντ σύμφωνα με το οποίο η ικανοποίηση με την ποιότητα στην εργασιακή ζωή βασιζόταν μόνο σε μη ουσιαστικά χαρακτηριστικά όπως είναι ο μισθός και άλλα απτά στοιχεία όπως είναι η ασφάλεια και η υγιεινή στο χώρο εργασίας και της σύγχρονης αντίληψης των ανθρωπίνων σχέσεων. Η νέα αυτή αντίληψη τονίζει πως όλα τα παραπάνω είναι απαραίτητα, ωστόσο υπάρχουν και κάποιοι ουσιαστικοί παράγοντες όπως είναι το επίπεδο των δραστηριοτήτων, ο βαθμός της αυτονομίας και οι προκλήσεις που δίνονται στους εργαζομένους²⁷.

Ο συνδυασμός και των δύο ωφελεί τον οργανισμό εφόσον συμβάλλει στην παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την μείωση της αποχής των εργαζομένων. Υπάρχει όμως και μια τρίτη άποψη, αυτή του «προσανατολισμού στην εργασία» που υποστηρίζει ότι η εστίαση σε ουσιαστικούς ή μη παράγοντες είναι καθαρά υπόθεση του κάθε εργαζόμενου. Υπάρχουν άτομα που ενδιαφέρονται περισσότερο για αυτά που ονομάσαμε «ουσιαστικούς παράγοντες» και άλλα που δίνουν έμφαση στους «μη ουσιαστικούς»²⁸.

Οι ίδιοι έκαναν μια έρευνα σε επτά Νοσοκομεία του Καναδά. Σκοπός της έρευνας ήταν ο εντοπισμός στοιχείων στον εργασιακό χώρο ικανών να βοηθήσουν στην ανάπτυξη στρατηγικών που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας των

²⁶ Lewis, D., Brazil, K., (2001), "Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life", *Leadership in Health Services*, pp. 9-15

²⁷ Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999). Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nursing Management*, 7 (2). pp. 91-100. (Available at: doi: 10.1046/j.1365-2834.1999.00104.x)

²⁸ Maxwell, J. R. (1984). Quality assessment in health. *BMJ*, 288:1470-72. (Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1441041&blobtype=pdf>)

συνθηκών που επικρατούν σε κάθε οργανισμό. Από τους 5486 υπαλλήλους απάντησαν οι 1819, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής έφτασε στο 33%. Το συμπέρασμα είναι ότι παρόλο που η εργασιακή ικανοποίηση είναι περίπλοκο ζήτημα όπου η ικανοποίηση στη δουλειά (job satisfaction) είναι προϊόν μιας γενικής εκτίμησης αναφορικά με την εργασία, ωστόσο μπορεί να απλοποιηθεί μέσα από τη διάκριση των «βασικών» και «μη βασικών» παραγόντων. Και καταλήγουν στο ότι ο μισθός, τα κέρδη, το στυλ καθοδήγησης από μέρους των προϊσταμένων, η επικοινωνία και η πρωτοβουλία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας στην εργασιακή ζωή²⁹.

3.4.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις Νοσηλευτικές υπηρεσίες έχει μεγάλη σημασία. Η ικανοποίηση του ασθενούς εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό, από την ποιότητα της Νοσηλευτικής Φροντίδας που του παρέχεται. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο. Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση ενός ασθενή παίζει και το μορφωτικό του επίπεδο. Ένας μορφωμένος άνθρωπος με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται. Αντίθετα, ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, συνήθως έχει λιγότερες απαιτήσεις, κι έτσι αποδέχεται παθητικά όσα του προσφέρονται. Σύμφωνα με την έρευνα του Obers και των συνεργατών του, ο μέσος ασθενής δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των Νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. Για αυτόν το λόγο χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μια

²⁹

Wolf, H. et al., (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4):391-401).

από τις σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών είναι η επαρκής και συστηματική πληροφόρηση γύρω από την κατάσταση της υγείας τους και η επαρκής φροντίδα από το προσωπικό Υγείας. Εξίσου σημαντική ανάγκη για τον ασθενή είναι η συναισθηματική υποστήριξη και η διατήρηση της ελπίδας. Στο πλαίσιο της συναισθηματικής υποστήριξης εμπεριέχεται και η ανάγκη για ασφάλεια και σιγουριά"³⁰.

3.5. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

3.5.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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 καταναλωτή³¹.

Οι καταναλωτές (ασθενείς) δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο που τους παραδίνεται η υπηρεσία³². 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.³³

Για παράδειγμα αν γιατρός αδιαφορεί στις ερωτήσεις του ασθενών ή οι υπάλληλοι δεν είναι εξυπηρετικοί τότε μειώνεται η ικανοποίηση του πελάτη και συνεπώς και το ενδεχόμενο να ξαναπάει 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.

³⁰ Polyzos, N., Mpartzokas, D., Mylonakis, J., Yfantopoulos, J., Mougia, V. (2005). Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction. *European Journal of Scientific Research*, 11(2), pp. 131-144. (Available at: www.curojournals.com/EJSR%2011%20NO%201.pdf)

³¹ Lovelock, C. (1996), "Services Marketing". Prentice – Hall, N.J

³² Berry, L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. (1990) "Achieving Service Quality: Balancing Perceptions and expectations" New York: The free press

³³ Kotler, P. (2003) "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

Σύμφωνα με τον Berry (1991) υπάρχουν πέντε παράγοντες της ποιότητας της υπηρεσίας. Αυτοί είναι οι εξής³⁴:

1. **Εμπιστοσύνη.** Η ικανότητα να γίνει σωστά η παρεχόμενη υπηρεσία.
2. **Ανταπόκριση.** Η διάθεση του προσωπικού να ανταποκριθεί και να δώσει την κατάλληλη υπηρεσία.
3. **Σιγουριά.** Οι γνώσεις του προσωπικού ώστε να μπορούν να νιώθουν σιγουριά οι ασθενείς.
4. **Κατανόηση.** Να υπάρχει ατομικό ενδιαφέρον για κάθε ασθενή.

Συνεπώς διαπιστώνουμε ότι 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

³⁴ Berry.L. & Parasuraman (1991) "Marketing Services: Competing through quality" New York:Free Press

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.

4. 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 ρόλο³⁵.

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 κόστος³⁶.

3.5.2. ΈΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

"Η μελέτη στηρίζεται σε προκαταρκτική έρευνα και συνιστά την πρώτη απόπειρα στον ελληνικό χώρο προς την κατεύθυνση αυτή. Η έρευνα αποσκοπεί να αναδείξει πλευρές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και ταυτόχρονα να συμβάλει στην ανάδειξη τέτοιων μετρήσεων ως χρήσιμων διαδικασιών καθημερινής χρήσης, ώστε με τις πληροφορίες που παρέχονται να παρακινούν τα διευθυντικά στελέχη για βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων.

³⁵ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο

³⁶ Polyzos, N., Mpartzokas, D., Mylonakis, J., Yfantopoulos, J., Mougia, V. (2005). Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction. *European Journal of Scientific Research*, 11(2), pp. 131-144. (Available at: www.eurojournals.com/EJSR%2011%20NO%201.pdf)

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγιο, το οποίο λήφθηκε ταυτόχρονα σε τυχαίο δείγμα νοσοκομειακού πληθυσμού 583 ατόμων από 17 νοσηλευτήρια της επικράτειας. Το ερωτηματολόγιο 24 ερωτήσεων, ήταν ανώνυμο και κλειστού τύπου.

Από την έρευνα συνάγεται ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφοροποιείται στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας και επίσης διαφοροποιούνται οι διάφορες συνιστώσες των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο. Είναι γεγονός ότι επιβεβαιώνονται εμπειρικές διαπιστώσεις σχετικά με το χαμηλό δείκτη ικανοποίησης σε κύριες νοσοκομειακές λειτουργίες, όπως κατάσταση θαλάμου, διατροφή, καθαριότητα, επικοινωνία, οργάνωση κ.τ.λ., ενώ ο δείκτης από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού³⁷.

3.5.3. ΈΡΕΥΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας ήταν να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

Ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με δημογραφικά- κοινωνικά στοιχεία, παραδιδόταν κατά την έξοδο ασθενών και επιστρεφόταν, από όσους ήθελαν συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου. Συγκεντρώθηκαν 300 ερωτηματολόγια, όπου φάνηκε ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι ικανοποιημένοι με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα όχι τόσο με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης³⁸.

³⁷ Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. (2012) Ασθενής και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα

³⁸ Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. (2012) Ασθενής και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα

3.5.4. ΈΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

"Η έρευνα βασίστηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Οι πληροφορίες είχαν να κάνουν με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τη μέτρηση ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που έχουν να κάνουν με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας³⁹.

Σύμφωνα με σειρά δημοσιευμένων εργασιών ικανοποίησης ασθενών στον Ελληνικό χώρο είναι γεγονός ότι αν και η συνολική εντύπωση που υφίσταται είναι ότι τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους, τα αποτελέσματα των ερευνών υποστηρίζουν, σε υψηλό επίπεδο στο αντίθετο.

Η ικανοποίηση φαίνεται να είναι χαμηλού βαθμού και σχετίζεται ίσως με τις απόψεις - στάσεις του γενικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει ως δυνητικός χρήστης όλες τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές και όχι με την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών που μελετούν οι υπάρχουσες μελέτες⁴⁰.

³⁹ Νιάκας Δ. , Γαρδέλης Χ. (2012) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας

⁴⁰ Νιάκας Δ. , Γαρδέλης Χ.(2012) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας

3.5.5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ QUEENSLAND

Μέσα από προσπάθειες να ερευνηθούν οι αντιλήψεις των αρρώστων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία του Queensland, έγινε έρευνα για την ικανοποίηση ασθενών τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2001.

Όσοι πήραν μέρος ήταν όσοι πέρασαν το λιγότερο μία νύχτα στα νοσοκομεία που έκαναν στην έρευνα μεταξύ διαστήματος Μαΐου - Ιουνίου 2001 και είχαν πάρει εξιτήριο. Τυχαίο δείγμα ασθενών που έκαναν χρήση στις υπηρεσίες των νοσοκομείων που έλαβαν μέρος στην έρευνα πήραν ταχυδρομικά ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν φτιαγμένο έτσι ώστε να εκτιμήσει τις αντιλήψεις για συγκεκριμένες πλευρές της νοσοκομειακής φροντίδας. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν πίσω συμπληρωμένα ανώνυμα.

Στο σύνολο ελήφθησαν 23.644 ερωτηματολόγια που στάλθηκαν μέσω ταχυδρομείου σε ασθενείς με διαμονή μιας νύχτας, που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας στα συμμετέχοντα (στην έρευνα) δημόσια νοσοκομεία στο Queensland. Τα 10.414 ήταν έγκυρα συμπληρωμένα. Οι ερωτήσεις ήταν 27 και ποίκιλλαν από υπηρεσίες πριν την εισαγωγή έως τις υπηρεσίες διακανονισμού μετά το εξιτήριο.

Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία στο Queensland παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα για την υγεία. Οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι με την παραμονή τους συνολικά και βαθμολογούν συγκεκριμένες πλευρές της φροντίδας ευνοϊκά. Η περιοχή με την ουσιαστικότερη απόδοση των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι οι γενικές πληροφορίες στους ασθενείς και η πιο αδύναμη είναι αυτή της εξόδου και το τι ακολουθεί μετά⁴¹.

3.5.6. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΣΥΔΝΕΪ

⁴¹ Νίσικας Δ., Γαρδέλης Χ.(2012) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας

Η έρευνα έγινε για να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και έγινε Ιουνίο - Οκτώβρη 1993 στο χειρουργείο. Εκατό ερωτηματολόγια μοιράστηκαν τυχαία στους ασθενείς στο θάλαμο. Το ερωτηματολόγιο είχε 24 ερωτήσεις που οι πιο πολλές ήταν κλειστές. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι οι απαντήσεις θα παρέμεναν ανώνυμες.

"Στο σύνολο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει στους ασθενείς ικανοποιητικές εξηγήσεις και την εκπαίδευση στους περισσότερους τομείς. Ακόμη τόνισαν την ανάγκη να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών / οικογενειών τους στο θάλαμο τις περιόδους επικοινωνίας και εκπαίδευσης.

3.5.7. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗ ΒΙΚΤΟΡΙΑ

"Η έρευνα περιλαμβάνει 92 δημόσια νοσοκομεία στη Βικτόρια . Έχει σκοπό να παρέχει μια ακριβή αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς.

Στο σύνολο, υπάρχουν πολλά ισχυρά αποτελέσματα και μερικές περιοχές που προσδιορίζονται για την περαιτέρω βελτίωση. Αρκετά αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι το περισσότερο προσωπικό που εργάζεται στα Βικτοριανά δημόσια νοσοκομεία εκτελεί τα καθήκοντα του σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Οι περιοχές που προσδιορίζονται για την αναθεώρηση ή την πιθανή βελτίωση περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τους νεώτερους ασθενείς (ιδιαίτερα άτομα 18 - 24 ετών), την ενημέρωση στην απαλλαγή, την επικοινωνία με τους αρρώστους χειρουργικών επεμβάσεων μη - έκτακτης ανάγκης για τον πιθανό πόνο, τις διαδικασίες και τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης.

Εμφανίζονται κάποια σημάδια ότι οι θελκτικότητες και οι δυνατότητες δεν συναντούν τις προσδοκίες σε μερικά νοσοκομεία και μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετα στοιχεία συμπεριφοράς και εξοπλισμό για βελτίωση. Εντούτοις, αρκετές από τις περιοχές που τονίζονται για τη βελτίωση δεν πρέπει να απαιτήσουν είσοδο

των στοιχείων συμπεριφοράς για να κάνουν τη βελτίωση, ιδιαίτερα στις περιοχές παροχής μέθεξης.

Οι πιο πολλές έρευνες καταλήγουν σε ένα συνειρμικό μοντέλο, που διατείνεται ότι η ικανοποίηση εκπορεύεται και συμπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή.

Υπάρχουν ερευνητές που ισχυρίζονται ότι δεν υφίστανται καμία απολύτως σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες και στην ικανοποίηση, αφού εξακολουθούν να υπάρχουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ακόμη και όταν δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες των ασθενών.

Γενικότερα, θεωρείται, ότι η ικανοποίηση είναι η έκφραση της σχέσης μεταξύ εμπειρίας και προσδοκιών των ασθενών από τη φροντίδα"⁴².

3.6. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Αναφορικά με έρευνες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη από τους νοσηλευτές σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία και από τους ασθενείς σε όλα τα νοσοκομεία ασχέτως φύλου και ηλικίας των ασθενών⁴³.

Οι πιο πάνω ερευνητές, το 1998 έκαναν έρευνα στο Κουβέιτ σε σχέση με τις Αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο Κουβέιτ, με δείγμα 259 ατόμων. Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στην αντίληψη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες των πέντε νοσοκομείων της μελέτης.

Σε γνώση του ότι η ηλικία του ασθενούς είναι ο κύριος κοινωνικό-δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη

⁴² www.clininfohealthnsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995/a03.html

⁴³ Al-Kandari F., Ogundeyin W. Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(5): 914-921.

νοσηλευτική φροντίδα, αλλά η φύση της σχέσης μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης των ασθενών είναι αμφιλεγόμενη, είχαν ως σκοπό να διευκρινίσουν εάν η σχέση της ικανοποίησης με την ηλικία είναι γραμμική ή δείχνει κάποια άλλη ρύθμιση.

Στοιχεία πάρθηκαν από δυο διαφορετικές μελέτες ικανοποίησης που διεξήχθησαν σε 27 πανεπιστημιακά νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας. Στη πρώτη περιλαμβάνονται 1547 νοσηλευθέντες, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA κατά το χρόνο του εξιτηρίου. Στη δεύτερη μελέτη περιλαμβάνονται 7624 νοσηλευθέντες οι οποίοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA με συνέντευξη από το τηλέφωνο στο σπίτι μετά το εξιτήριο. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας η ηλικία των ασθενών ήταν γραμμικά και θετικά με την ικανοποίηση πριν από τα 65 χρόνια και αρνητικά στη συνέχεια αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες προκειμένου να αποδειχθεί ότι πέρα από το όριο των 65 χρόνων, η ικανοποίηση από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης μειώνονται⁴⁴.

Όσον αφορά στον τομέα της πληροφόρησης, από μελέτη σε μελέτη, βλέπουμε πως η εκτίμηση σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τη σημαντικότητα για τους χειρουργικούς ασθενείς διαφέρουν. Οι ασθενείς έχουν ειδικές ανάγκες επιμόρφωσης κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου.

Βέβαια, κάποιες μελέτες έδειξαν ότι στους ασθενείς δεν είχαν δοθεί οι απαιτούμενες πληροφορίες και πως πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση των ατομικών τους αναγκών. Αυτό είναι ένα σοβαρό θέμα, γιατί οι ασθενείς έχουν αναλάβει να φροντίζουν μόνοι τον εαυτό τους μετά το εξιτήριο. Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αποδεικνύεται ότι οι πληροφορίες, οι οποίες προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε ασθενούς, παίζουν σπουδαίο ρόλο για τους χειρουργικούς ασθενείς⁴⁵.

⁴⁴ Moret L., Nguyen J.M., Pillet N., Falissard B., Lombrail P., Gasquet I. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 2007; 7: 197.

⁴⁵ Suhonen R., Leino-Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review, *Patient Education and Counseling*, 2004; 61(1): 5-15.

Το 2004, οι Alasad και Ahmad ⁴⁶ εκπόνησαν μια έρευνα σε ένα νοσοκομείο της Ιορδανίας για να προσδιορίσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους. Το δείγμα της μελέτης ήταν 225 ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ιορδανία.

Τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων είχαν θετική εμπειρία σχετικά με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε αλλά και από το σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές τόσο σε συγγενείς όσο και φίλους των ασθενών. Ακόμα, προσδιορισμός των παραγόντων που ενισχύουν τις απόψεις των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι κρίσιμος, δεδομένου ότι βοηθά τους νοσηλευτές για να παρέχουν την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

"Το 2005 στο Ηνωμένο Βασίλειο έγινε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση από τον Currie και συν.,⁴⁷ με θέμα τη σχέση της νοσηλευτικής φροντίδας με τα επίπεδα του προσωπικού, του μίγματος ικανότητας και της αυτονομίας των νοσηλευτών.

Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και των επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών και εάν οι αλλαγές στη στελέχωση του προσωπικού, το μίγμα ικανότητας και την αυτονομία έχουν επιπτώσεις στις αντιλήψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιώντας το CINAHL και τις βάσεις δεδομένων Medline και Embase.

Αλλά και πληροφορίες που συγκρούονται για τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές και οι ασθενείς σκέφτονται για την ποιότητα."⁴⁸

⁴⁶ Ahmad M.M., Alasad J.A. Predictors of patients experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, 2004; 10: 235-241.

⁴⁷ Currie V., Harvey G., West E., McKenna H., Keency S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs.*, 2005;51(1):73-82.

⁴⁸ Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 1997; 11:1145-1150.

Ο Avedis Donabedian⁴⁹ κάνει μια προσπάθεια περιγραφής και αποτίμησης των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αναφέρει ότι η ιατρική τεχνολογία δεν αποδίδει πλήρως που μπορεί να επιτευχθεί σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, πολλές φορές δεν είναι γνωστή με ακρίβεια. Για το συγκεκριμένο λόγο υποστηρίζει ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκριτικές μελέτες των αποτελεσμάτων, κάτω από ελεγχόμενες καταστάσεις⁵⁰.

Παράλληλα αντικείμενο μελέτης του αποτελούν οι πηγές και οι μέθοδοι απόκτησης πληροφοριών και δεδομένων που θα συμβάλλουν στην εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αντίστοιχες μέθοδοι είναι οι κλινικοί δείκτες, η απευθείας παρατήρηση των δραστηριοτήτων των γιατρών, καθώς και η μελέτη απόψεων, των ασθενών.

Αρκετές φορές, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση ποιότητας έχουν ελλείψεις σε ακρίβεια.

Το Υπουργείο Υγείας του Queensland πραγματοποίησε μια δημοσίευση στο διαδίκτυο μιας μελέτης που έγινε το 1993 σε ένα νοσοκομείο του Σύδνεϊ, στην οποία μετρήθηκε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και που πραγματοποιήθηκε σε ένα χειρουργικό τμήμα. Εκατό ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τυχαία στους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο αποτελούσαν 24 ερωτήσεις που στην πλειοψηφία τους ήταν κλειστές ερωτήσεις. Ακόμη έκριναν αναγκαίο να αυξηθεί η συμμετοχή τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους στο θάλαμο τις περιόδους επικοινωνίας και εκπαίδευσης.

⁴⁹ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 1998; 260(12): 1743-1748.

⁵⁰ Donabedian A. Quality improvement through monitoring health care. Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care. 1996; Seoul, 29 March.

3.7.ΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τους Δ. Νιάκα -Χ. Γναδρέλλη σε νοσοκομείο της Αθήνας όπου και έγινε έρευνα το 2000 τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή περισσότερο για τις ιατρικές και φαρμακευτικές παροχές παρά για τις παροχές των δωματίων. Ήταν ικανοποιημένοι ως προς τις παροχές και γενικότερα οι παράγοντες που επηρέασαν την ικανοποίηση των ασθενών ήταν κυρίως η ηλικία και ο τόπος διαμονής τους. Οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης δεν ήταν σημαντικής βαρύτητας χωρίς διαφοροποιήσεις. Από την έρευνα λοιπόν που διεξήχθη φάνηκε ότι οι χρήστες του νοσοκομείου ήταν ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και παρά το ότι είναι γνώστες των προβλημάτων του νοσοκομείου δεν τα συνέδεσαν με τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες. Όσοι ήταν νεότεροι ηλικιακά είχαν πολύ περισσότερες προσδοκίες.

Όσον αφορά έρευνα που έγινε σε κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες και οι κάτοικοι της επαρχίας έδειξαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από ότι εκείνοι της πόλης. Αρκετοί είναι ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά της γραμματείας και του λοιπού προσωπικού και δήλωσαν ότι υπάρχει καλή επικοινωνία και κατανόηση του θεραπευτικού προσωπικού.

Σε έρευνα που έγινε από τα τακτά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. - Παπαγεωργίου, οι χρήστες των υπηρεσιών ήταν πολύ ικανοποιημένοι για το έργο και τη συμπεριφορά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σε έρευνα που έγινε σε εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, τα συμπεράσματα ήταν ιδιαίτερος ικανοποιητικά από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ δυσαρέσκεια εκφράστηκε για την εξυπηρέτηση της γραμματείας και τη χρονοτριβή στα διαδικαστικά των ραντεβού.

Τέλος σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε ασφαλισμένους του ΙΚΑ φάνηκε ότι οι μισοί είχαν καλή υγεία και πάνω από τους μισούς προτιμούν πρώτα να ζητούν τη γνώμη του ιατρού και οι πιο πολλοί επισκέπτονται το γιατρό με δική τους επιθυμία. Σε γενικές γραμμές οι μισοί αξιολόγησαν ως θετικές τις υπηρεσίες του ΙΚΑ.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια επέλαση του ιδιωτικού τομέα στον κλάδο της υγείας, που είναι πρωτοφανής ακριβώς επειδή οι ιδιώτες εκτιμούν ότι υπάρχουν πολλά περιθώρια.

Η όξυνση του ανταγωνισμού στον χώρο οδηγεί στην δημιουργία πολυδύναμων μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που έχουν την δυνατότητα να παρέχουν ανταγωνιστικά επίπεδα τιμών, άρτια ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση και ποικιλία υψηλής ποιότητας.

Η προσέγγιση της Ασφάλειας Ποιότητας έχει την βάση της στην προσέγγιση του ελέγχου ποιότητας, επιπλέον όμως βάζει επί τάπητος την προσέγγιση «να ενεργήσουμε με ορθό τρόπο από την πρώτη φορά, ευθύς εξαρχής».

Ο στόχος της ασφάλειας ποιότητας σε μια μονάδα υγείας είναι η οργάνωση στο εσωτερικό της διαδικασιών που να συμπορεύονται και να είναι εναρμονισμένες με τις προδιαγραφές και ταυτόχρονα μία εντατική προσπάθεια για συνεχή βελτίωση. Αυτό πραγματοποιείται με το λεπτομερή σχεδιασμό (blueprinting) των επιχειρηματικών λειτουργιών, έχοντας ως στοιχείο-κλειδί την ποιότητα.

Το ανθρώπινο δυναμικό καθίσταται πλέον ένα ζωτικό μέρος του συστήματος ποιότητας αφού τα άτομα θα πρέπει να εργάζονται για την επίτευξη των στόχων και των αποτελεσμάτων που έχουν τεθεί και να μην τα παραβλέπουν προς χάρη της δικής τους προσωπικής επαγγελματικής ανέλιξης. Όσο οι εργαζόμενοι θα αναπτύσσουν τις επιχειρηματικές, τεχνικές και κοινωνικές τους δεξιότητες, τόσο πιο έτοιμοι θα είναι για να συμμετέχουν στην ποιοτική διάσταση.

Όσο περισσότερο θα συμμετέχουν τόσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη θα αποκτούν για τον εαυτό τους και οι δυνατότητες τους να κάνουν μια πελατοκεντρική προσέγγιση θα μεγαλώνουν. Θα είναι πρόθυμοι να κάνουν κινήσεις που αφορούν το μέλλον, να δοκιμάζουν καινοτόμες ιδέες, και όσο πιο πολύ θα πειραματίζονται τόσο πιο ευέλικτοι θα είναι.

Επίσης, ο κεντρικός στόχος της ανάπτυξης των νοσοκομειακών υπηρεσιών θα

πρέπει να επικεντρώνεται στην παροχή των σωστών προϋποθέσεων, ώστε να επιτυγχάνονται ποιότητα και προστιθέμενη αξία στα μάτια των πελατών της.

Η υπόθεση ότι οι πελάτες είναι συμπαραγωγικοί στην παροχή των υπηρεσιών, σημαίνει ότι μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό ή ένα διασπαστικό παράγοντα. Ταυτόχρονα, σημαίνει ότι πολλές από αυτές τις προϋποθέσεις υπάρχουν έξω από τα πλαίσια της εταιρίας και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να επηρεαστούν και να ελεγχθούν.

Παρ' όλα αυτά, με σωστούς ελιγμούς οι υπάρχουσες προϋποθέσεις μέσα στην επιχείρηση μπορούν να αλληλεπιδράσουν με αυτές των πελατών, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι είναι πολύ σημαντικό για έναν οργανισμό να καθορίζει τα επίπεδα της ποιότητας στα οποία θα δράσει. Στη βάση αυτή είναι προτιμότερο για την εταιρία να δηλώνει πως θα προσφέρει τη σωστή ποιότητα, από το ευαγγελίζεται την παροχή της υψηλότερης ποιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmad M.M., Alasad J.A. Predictors of patients experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, 2004; 10: 235-241.
- Albana, M., Piechulet, H. And Al-Sabir, A. (2001). Client Satisfaction and An Employee- Level Analysis. *Journal of Business Research*, 23, 252- 278.
- Al-Kandari F., Ogundeyin W. Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, 1998;27(5): 914-921.
- Ammentrop I, Rarmannd, Mainzj, Larsen L. (2001), Measurement of the quality of care in paediatric department *Ugeskr Laeger*, 163: 7048--63.
- 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
- Conner MJ, and Nelson EC. (1999), Neonatal intensive care satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics*; 103: 336-3335,
- Coombs, C.,(2003) "Quality of Personal Life",<http://www.nlta.nf.ca/HTML Files>, pp 1-2
- Currie V., Harvey G., West E., McKenna H., Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs.*, 2005;51(1):73-82.
- Donabedian A. (1987). Quality improvement through monitoring health care, Annual Meeting of the
- Donabedian A. (1997) The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*; 11:1145–1150.
- Gross, R. (2003). A Costumer-Based Tool for Evaluating the Quality of Health Services in the Israel Health Care System Following Reform. *Health Policy*, 68, 143-158.
- Hendriks, J. A. A., Oort,J. F., Vrieling, R. M., Smets, A. M. E. (2002). Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *International*

- Journal for Quality in Health Care*, 14(6), pp. 471-482. (Available at: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/6/471>)
- Kotler, P. (2003) "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall
- Locke, E. A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In *The Book of: Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (Pages: 1279- 1349). Chicago: Rand McNally.
- Lovelock, C. (1996), "Services Marketing", Prentice – Hall, N.J
- Lu, H., While, A. And Bariball, L. (2004). Job Satisfaction among Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 211- 227.
- Luthans, F., "Organizational Behaviour", (1995), 7th edition, International edition, McGraw Hill
- Marino B. & Ganser CC. (1997). Sensitivity of Patient Report of Care to Organizational Change. *Journal of Nursing Administration* 27(4), 32- 36.
- Maxwell, J. R. (1984). Quality assessment in health. *BMJ*, 288:1470-72. (Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1441041&blobtype=pdf>)
- Maynard, A.K. (2002). *The Regulation of Public and Private Health Care Markets*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust
- Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999). Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nursing Management*, 7 (2), pp. 91-100. (Available at: doi: 10.1046/j.1365-2834.1999.00104.x)
- Moret L., Nguyen J.M., Pillet N., Falissard B., Lombraill P., Gasquet I. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 2007; 7: 197.
- Polyzos, N., Mpartzokas, D., Mylonakis, J., Yfantopoulos, J., Mougia, V. (2005). Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction. *European Journal of Scientific Research*, 11(2), pp. 131-144. (Available at: www.eurojournals.com/EJSR%2011%20NO%201.pdf)

- Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? *World Health Organization, Health Evidence Network*. (Available at: www.euro.who.int/document/e82975.pdf)
- Smith, A.B.(1986), "The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of Balance". *Health Policy and Planning*, vol.1, p p 309-316.
- Society of the Quality Assurance in Health Care, 1996; Seoul, 29 March.
- Suhonen R., Leino-Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review, *Patient Education and Counseling*, 2004; 61(1): 5-15.
- Ware, E., Snyder, K., Wright, R., Davies, R. (1983). Defining and measuring Patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.
- Wayne, F. C., (1998), "Managing Human Resources", 5th edition, International edition, McGraw Hill, pp. 19
- Lewis, D., Brazil, K., (2001), "Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life", *Leadership in Health Services*, pp. 9-15
- Wolf, H. et al., (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4):391-401).
- www.clininfohealthnsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995/a03.html
- Ανδριώτης, Δ. (1998), *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εξάντας.
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης, Σ., (2001) *Συστήματα υγείας*. Παπαζήση
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο
- Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. (2012)*Ασθενής και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Βελτίωση Ποιότητας*, (β έκδοση) Αθήνα: Μπένου
- Κυριόπουλος, Γ.(2008)*Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας (1980-2003)*, Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα: Τμήμα Οικονομικών της Υγείας
- Κωνσταντοπούλου Α(2006), *Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*, <http://www.archive.gr>
- Μωραϊτης, Ε. Γεωργούση Ε. Ζηλίδης Χ. Θεοδώρου Μ. Πολύζος Ν., (2005), *Μελέτη*

για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας. Υπ. Υγείας και Πρόνοιας

Νιάκας Δ. , Γαρδέλης Χ. (2012) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας

Τριχόπουλος, Δ.(2002), *Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές*. Αθήνα: Παρισιάνος

Graeme S. (2001). *Understanding Business Organisations*. Routledge

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine* 16(5): 577-582,

Tragakes E. (1996), *Health Care Systems in Transition. Production Template and Questionnaire*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen

Κυριόπουλος Γ., (1996), *Επίκαιρα και Διαχρονικά, Κείμενα για την Υγεία και την Κοινωνική Πολιτική, Εξάντας/Πολιτικές Υγείας*

Υγειονομικός Χάρτης. (2008), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από

<http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

Υγειονομικός Χάρτης.(2005), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps>

Υγειονομικός Χάρτης.(2010), Στοιχεία κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, Ανάκτηση στις 24-4-2012 από

<http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

OECD.(2009). *Health Data*, Ανάκτηση στις 20-4-2012 από <http://www.oecd.org/health/healthdata>