

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
Τμήμα: Νοσηλευτικής
Σχολή: ΣΕΥΠ

**Ικανοποίηση και φροντίδα ασθενών σε
δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.**

Της φοιτήτριας: Τσολάκη Ζαφειρούλα του Βασιλείου
Α.Μ.6192

Καθηγητής:
Θεοφανίδης Δημήτριος

Επόπτης:
Θεοφανίδης Δημήτριος

Πτυχιακή Εργασία

Θεσσαλονίκη 2007

Περιεχόμενα:

Θέμα εργασίας.....	σελ.1
Περιεχόμενα.....	σελ.2
Ευχαριστίες.....	σελ.4
Αφιέρωση.....	σελ.4
Πρόλογος.....	σελ.5
Εισαγωγή.....	σελ.5
<u>Ορισμοί:</u>	σελ.6

Κεφάλαιο 1^ο:

Τα Ιδιωτικά νοσοκομεία & η επικρατούσα σημερινή κατάσταση.....	σελ.7
1.1. Θέματα υγείας & αντιμετώπιση τους στον Ιδιωτικό φορέα.....	σελ.7
1.2. Ιδιωτικές κλινικές.....	σελ.9
1.3 Ανάπτυξη Ιδιωτικού Τομέα.....	σελ.9
1.4. Κίνδυνος για τη δημόσια υγεία.....	σελ.9
1.5. Εφαρμογή της Τηλεϊατρικής.....	σελ.10

Κεφάλαιο 2^ο:

Οικονομικά θέματα διαχείρισης υγείας.....	σελ.11
.Η εθνική πολιτική υγείας.....	σελ.11
2.1. Χρηματοδότηση.....	σελ.11
2.2. Εναλλακτικές μορφές οργάνωσης υπηρεσιών υγείας.....	σελ.13
2.3. Η ικανοποίηση των αναγκών και της ζήτησης.....	σελ.13
2.4. Προβλήματα σύγχρονων συστημάτων υγείας.....	σελ.14

Κεφάλαιο 3^ο:

Διοικητικά ζητήματα υγείας & θέματα management διαχείρισης των νοσοκομείων.....σελ.17	σελ.17
3.1. Οργάνωση – Διοίκηση – Μάνατζμεντ.....σελ.19	σελ.19
3.2.Εκροές νοσοκομείου.....σελ.20	σελ.20
3.3. Μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων, Μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων.....σελ.20	σελ.20
3.3.1. Πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο.....σελ.21	σελ.21
3.3.2. Πληρωμή με συνολικό σφαιρικό (ετήσιο) προϋπολογισμό.....σελ.22	σελ.22
3.3.3. Πληρωμή ανά περίπτωση με βάση τη διάγνωση (DRGs)σελ.23	σελ.23
3.3.4. Προτεινόμενη μέθοδος χρηματοδότησης των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων.....σελ.24	σελ.24

Κεφάλαιο 4^ο:

Συστήματα υγείας άλλων κρατών.....σελ.26	σελ.26
4.1. Η περίπτωση της Ιαπωνίαςσελ.26	σελ.26
4.2. Περίπτωση της Βουλγαρίας.....σελ.29	σελ.29
4.2.1. Υποχρεωτική υγειονομική ασφάλιση.....σελ.29	σελ.29
4.2.2. Εθελοντική υγειονομική ασφάλιση.....σελ.30	σελ.30
4.2.3. Τα θεραπευτικά ιδρύματα.....σελ.30	σελ.30

Κεφάλαιο 5^ο:

Μεθοδολογία της νοσηλευτικής έρευνας.....σελ.34	σελ.34
---	--------

Κεφάλαιο 6^ο:

Εξέταση παραγόντων προς μελέτη νοσηλευτικής έρευνας με στόχο την ικανοποίηση των ασθενών.....σελ.36	σελ.36
---	--------

Κεφάλαιο 7^ο:

Δημόσια Νοσοκομεία και ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών από αυτά.....σελ.37	σελ.37
--	--------

Κεφάλαιο 8^ο:

Θέσεις – απόψεις των κομμάτων για την υγεία.....σελ.48	σελ.48
--	--------

Επίλογος.....σελ.50	σελ.50
---------------------	--------

Βιβλιογραφία.....σελ.51	σελ.51
-------------------------	--------

Ευχαριστίες:

Βιβλιοθήκη νοσοκομείου Α.Χ.Ε.Π.Α.

Βιβλιοθήκη Γ.Π.Ν.Θ. Παπανικολάου.

Τους εργαζόμενους στις βιβλιοθήκες των νοσοκομείων για τη βοήθεια τους.

Τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής για τη σωστή, έγκαιρη αλλά και έγκυρη καθοδήγηση τους. Χωρίς την υποστήριξη και την ενθάρρυνση τους τίποτα από όλο αυτό δεν θα πετύχαινε. Και για την αμέριστη κατανόησή τους.

Αφιερώνεται:

Σε όλους τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας που πίστεψαν σε ένα αποδοτικότερο, ασφαλέστερο και χωρίς ανισότητες σύστημα υγείας, συνεχίζουν να πιστεύουν πως το όραμα τους θα υλοποιηθεί, εξακολουθούν να διεκδικούν χωρίς να υποτάσσονται...

Στους καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π. Θεσ/νίκης που μας δίδαξαν την επιστήμη αλλά το σημαντικότερο μάθημα που μας έδωσαν ήταν εκείνο της ανθρωπιάς, της συμπόνιας και του σεβασμού.

Πρόλογος:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση & η μελέτη ερευνητικών εργασιών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα από εμπειρογνώμονες με στόχο το βαθμό μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές. Να ασκηθεί κριτική σε συστήματα υγείας άλλων κρατών να κρατήσει προτάσεις, να απορρίψει μεθόδους, να εξετάσει διοικητικά και οικονομικά ζητήματα.

Εισαγωγή:

Τα θέματα που διαπραγματευόμαστε στην εργασία είναι:

- A) Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα.
- B) Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις ιδιωτικές κλινικές
- Γ) Οικονομικά ζητήματα υγείας με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών
- Δ) Διοικητικά ζητήματα υγείας & management υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη βελτίωση των παροχών προς τους νοσηλευόμενους
- Ε) Συστήματα υγείας άλλων κρατών, σύγκριση με το υπάρχον σύστημα υγείας της Ελλάδας, κατά πόσο αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση, τι πρέπει να υιοθετήσουμε, τι πρέπει να απορρίψουμε.
- Στ) Μεθόδους έτσι ώστε να γίνει η μεθοδολογία στην νοσηλευτική έρευνα πιο αποτελεσματική & πιο ποιοτική.
- Z) Προτάσεις προς διερεύνηση του τομέα της υγείας.

Ορισμοί:

1. Ποιότητα στην υγεία: αποσκοπεί στην ικανοποίηση των ασθενών, παρέχοντας αναγκαίες και αποτελεσματικές υπηρεσίες, ελέγχοντας πάντοτε το κόστος.
2. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: αποσκοπεί στην ολοένα αυξανόμενη ικανοποίηση του ασθενή εξισορροπώντας τα οφέλη και τις χρηματικές απώλειες που απαιτεί η νοσηλεία. (Avedis Donabedian Καθηγητής σχολή Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Michigan.)
3. Ποιότητα: εξελισσόμενη κατάσταση που οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη δυνατότητα βελτίωσης της υγείας σε άτομα και πληθυσμούς ανάλογα με την θεωρητική γνώση και επαγγελματική κατάρτιση που διαθέτουν.

(1. Γ. Τούντας Αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών)

4. Νοσηλευτική φροντίδα: Πρόγραμμα φροντίδας σκοπεύει να παρέχει ολοκληρωμένη υποστήριξη στο άτομο και την οικογένεια βάσει σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών, πολιτισμικών αναγκών. Η εφαρμογή του απαιτεί πλήρη επιστημονική κατάρτιση, γνώση της σύγχρονης & εφαρμοσμένης τεχνολογίας, οργάνωση, άριστες επικοινωνιακές και διαπροσωπικές σχέσεις. (2. Ραγιά 1995, Hickey 1990)

5. Ο Νοσηλευτής: επαγγελματίας κοντά στον γιατρό, προσφέρει:

A) Πρώτες βοήθειες στον ασθενή

B) Φροντίζει κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Νοσοκομείο.

Γ) Οι ενέργειες του μπορεί να περιορίζονται αλλά περνάει περισσότερη ώρα με τους ασθενείς και τους συμπαραστέκεται σθεναρά όπως και στην οικογένειά του.

(I.I.E.K. ΔΕΛΤΑ)

6. Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα:

1) Πρωτοβάθμια

2) Δευτεροβάθμια

3) Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Ορισμός Πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας: το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει τη πρόληψη , τη διάγνωση και τη θεραπεία για τις οποίες δεν χρειάζεται παραμονή κατά τη διάρκεια της νύχτας στο νοσοκομείο

Ορισμός Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας: Σύνολο διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, που για να εφαρμοστούν είναι απαραίτητη η νοσηλεία χωρίς την διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.
(Νέα Δημοκρατία « Το πρόγραμμα μας »)

Κεφάλαιο 1^ο:

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και η επικρατούσα σημερινή κατάσταση.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα εξεταστεί και θα αναλυθεί η κατάσταση και οι συνθήκες που επικρατούν στις ιδιωτικές κλινικές, ποιοι τις προτιμούν, και ποία τα κριτήρια τους για να καταφύγουν σε αυτές.

1.1. Θέματα υγείας και αντιμετώπιση τους στον Ιδιωτικό φορέα.

Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα όλων των πολιτών.

Ορισμός: η απόλυτη σωματική, ψυχική, πνευματική ευεξία.

Η υγεία διαταράσσεται και αυτό που οφείλουμε να συνειδητοποιήσουμε είναι πως η νοσηρότητα είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη και τα προβλήματα εξακολουθούν να παραμένουν.

Πέντε βασικοί τομείς χρήζουν βελτίωσης και μελέτης:

- α) η Πρόληψη,
- β) η Αντιμετώπιση των προβλημάτων
- γ) η Διεκπεραίωση των Επειγόντων περιστατικών,
- δ) η Εκπαίδευση
- ε) η Έρευνα.

A) Το θέμα της πρόληψης είναι καίριο για τη διατήρηση της υγείας.

Παράδειγμα αποτελεί η προσφορά των εμβολίων και άλλων προληπτικών μέτρων όπως η ενημέρωση για μολυσματικές ασθένειες για διασφάλιση υγείας των ανθρώπων και για τον αφανισμό της νοσηρότητας από τέτοιου είδους ενδημικά νοσήματα και επιδημικές νόσους.

Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν και να εισέλθουν σε κάποιο προγραμματισμό απαιτούν οργάνωση, το φορέα που θα αναλαμβάνει αυτό το έργο, και τα χρήματα που θα διατίθενται για το σκοπό αυτό, π.χ. ο καρκίνος του πνεύμονα, την μείωση προσβολής ανθρώπων από AIDS, κλπ. Όλα αυτά συνεπάγονται ένα συνδυασμό διαφόρων παραγόντων που θα υπάρχει διάθεση για το σκοπό αυτό σχολαστικότητα και διαθέσιμα ποσά. Σε ορισμένες χώρες επιτεύχθηκε αυτός ο στόχος για κάποια λοιμώδη νοσήματα μέχρι και τη τελική εξάλειψη της νόσου, όμως ακόμη και στα πιο μεγάλα υγειονομικά κέντρα δεν κατάφεραν να εξαλείψουν τελείως το πρόβλημα της νόσου απλά μείωσαν αρκετά το πρόβλημα σχετικά με άλλους αλλά και σε σύγκριση με τα υπάρχοντα επίπεδα πριν την έναρξη της προσπάθειας. Αν η προσπάθεια αποβεί ωφέλιμη τότε συνεχίζουν να διατίθενται ποσά. Ο ιδιωτικός φορέας δεν αναλαμβάνει κάτι τέτοιο και ίσως να μην αναλάβει γιατί το κέρδος δεν αφορά ορισμένους που θα ενδιαφερθούν να πληρώσουν για το σκοπό αυτό, αλλά ολόκληρο το πληθυσμό. Άρα τα ποσά διατίθενται από το κρατικό μηχανισμό και δαπανώνται για τη προσπάθεια εξάλειψης μιας νόσου των ατόμων μιας κοινωνίας.

B) Το άλλο ζήτημα που προκύπτει αφορά την εκτέλεση εντολής της στερεότυπης και μηχανικής επανάληψης των καταστάσεων. Πρόκειται για όλες τις θεσπισμένες τεχνικές εξετάσεις και για επιστημονικούς τρόπους έρευνας την αντιμετώπιση των γνωστών ή άγνωστων νοσολογικών καταστάσεων που έχουν

αρνητικές συνέπειές και επιρροές τόσο για τον άνθρωπο, όσο και για το περιβάλλον και για τη κοινωνία. Πρόκειται για μέτρα πρόληψης όσο και θεραπείας. Π.χ. οι προσπάθειες πρόληψης της νόσου του AIDS, αλλά και η αντιμετώπιση πασχόντων από αυτό. Η προσπάθεια αυτή γίνεται τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Υπάρχουν μέθοδοι εργαστηριακής διερεύνησης με τη βοήθεια σύγχρονης τεχνολογίας που προσφέρουν και στους δύο τομείς. Το κόστος νοσηλείας αυξάνει δυσανάλογα με τα αναμενόμενα κέρδη και η νοσηλεία τέτοιων περιστατικών και λόγω κόστους, αλλά και λόγω γοήτρου του ιδιωτικού θεραπευτηρίου δεν προτιμάται γιατί πλήγεται ο στόχος τους που είναι το όφελος.

Γ) Ένα άλλο θέμα είναι τα επείγοντα περιστατικά. Στην Ελλάδα η κατάσταση που επικρατεί είναι το τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου που λειτουργεί όλο το 24ωρο ευθύνεται για κάποια περιοχή με την εφημερία. Στον ιδιωτικό τομέα η κατάσταση είναι τελείως διαφορετική η νοοτροπία αυτή είναι ανύπαρκτη. Στο δημόσιο τομέα όλα είναι σε ετοιμότητα για ένα επείγον περιστατικό ενώ στην ιδιωτική κλινική είναι απροετοίμαστοι για ποικιλία επειγόντων περιστατικών όπως τροχαία, κάτι που συνεπάγεται θάνατο, απλά απευθύνονται εκεί μόνο σε ημέρες αργίας του δημοσίου και μη εργάσιμες.

Δ) Ακόμη ένα ζήτημα η διδασκαλία και η εκπαίδευση του κατώτερου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. Η οριστικοποίηση των γνώσεων γίνεται στα κρατικά νοσοκομεία, όλη η εμπειρία αποκτάται εκεί, ο ιδιωτικός τομέας κατά συνέπεια απαρτίζεται από εκπαιδευμένο στο δημόσιο τομέα προσωπικό.

Εκτός από εκπαίδευση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού το δημόσιο νοσοκομείο παρέχουν διδασκαλία και στο ιατρικό, στον ιδιωτικό τομέα κανείς δεν συμβάλλει στη προσπάθεια εκπαίδευσης. Το κόστος της προσπάθειας επιβαρύνει το δημόσιο τομέα. Γίνεται κατανοητό ότι τα δημόσια νοσοκομεία περά από την εξυπηρέτηση που παρέχουν στις εφημερίες, συμβάλλουν μέγιστα και στην εκπαίδευση του δυναμικού όλων των επιπέδων που ο ιδιωτικός τομέας εκμεταλλεύεται προς δικό του όφελος που αποσκοπεί στο κέρδος.

Ε) Το ζήτημα της έρευνας που τόσο στη χώρα μας όσο και μεταξύ των εθνών λαμβάνεται υπόψη και εκτελείται από το κράτος και τα ιδρύματα που ανήκουν στο δημόσιο ίσως η έρευνα για κάποια φαρμακευτικά βιομηχανικά προϊόντα ή ιατρικό μηχάνημα να ξεκινά από τα εργαστήρια ορισμένων πολυεθνικών ιδιωτικών φαρμακευτικών εταιριών αλλά η καθιέρωση της ή η απόρριψη της εφαρμόζεται από το νοσοκομείο του δημοσίου τομέα. Το πείραμα γίνεται σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, τα κονδύλια για την έρευνα θα πρέπει να προσφέρονται εκτός προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αλλά και χωρίς ενδοιασμό όταν πρόκειται να δαπανηθούν για το σκοπό αυτό. Το κόστος αναλαμβάνει ο κρατικός φορέας και ο ιδιωτικός ίσως συνεισφέρει ελάχιστα μέσω αύξησης εσόδων του δημοσίου.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι με αυτή τη κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει τα νοσοκομεία της χώρας, θα έχει απήχηση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στα επείγοντα και στους ασθενείς που τα χρησιμοποιούν αλλά και στην εκπαίδευση, όσο και στην έρευνα και θα έχουν αντίκτυπο και στον Ιδιωτικό τομέα.

(3. Ευάγγελος Παπαστεριάδης 1993)

1.2 Ιδιωτικές κλινικές

Είναι γεγονός ότι στις ιδιωτικές κλινικές και τα θεραπευτήρια προσφεύγουν ασθενείς προερχόμενοι από ανώτερα οικονομικά στρώματα. Κατά πόσο αξίζει να καταφεύγει κανείς βάσει των παραπάνω δεδομένων; Ερχόμαστε στο συμπέρασμα ότι η υψηλότερη οικονομικά τάξη αισθάνεται ασφαλής στον ιδιωτικό τομέα, γνωρίζει όμως τους κινδύνους; Δεν θα ήταν προτιμότερο ο ιδιωτικός τομέας να διαθέτει ένα ποσό ποσοστό της νοσηλείας και εξέτασης στους θεράποντες γιατρούς του δημοσίου τομέα και να παραπέμπει τους ασθενείς του εκεί αναβαθμίζοντας ταυτόχρονα και τις κτιριακές εγκαταστάσεις του δημοσίου και τα τεχνολογικά μέσα.

Ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε να ασχολείται με κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους γιατί αυτοί έχουν περισσότερη ανάγκη από σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα.

Επίσης μπορεί ο ιδιωτικός τομέας να στραφεί στη βοήθεια για την ανατροφή του παιδιού. Δεδομένου ότι σήμερα λόγω αυξημένων απαιτήσεων της κοινωνίας εργάζονται και οι δύο γονείς ο ιδιωτικός μπορεί να εξοπλιστεί με επαγγελματίες υγείας ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού εξειδικευμένου στη παιδιατρική και στη βρεφονηπιοκομία και τη παιδαγωγική, να βοηθήσει τις σημερινές οικογένειες που έχουν τόσες υποχρεώσεις.

1.3 Ανάπτυξη του Ιδιωτικού τομέα.

Οι επιχειρηματίες αποσκοπούν στο κέρδος και όχι στη πρόληψη και τη βελτίωση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που καθορίζουν την υγεία του λαού. Η ποιοτική νοσηλεία, εξαρτάται από το εισόδημα του καθενός. Ανεπτυγμένος ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη δευτεροβάθμια και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην επείγουσα βοήθεια, και υπάρχει ανάπτυξη της επιχειρηματικής δραστηριότητας των ασφαλιστικών εταιρειών.

(Λέτα Μεθωνιού)

1.4 Κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία.

Ο ιδιωτικός τομέας επιβαρύνει οικονομικά με υπέρογκα ποσά τις λαϊκές οικογένειες αποτελεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

Αναπτύσσονται υποτιθέμενες ιατρικές πράξεις και εσκεμμένη ζήτηση υπηρεσιών, θα ενισχυθεί ακόμη περισσότερο, με νομοθετικές παρεμβάσεις στο

σύστημα υγείας και ασφάλισης, αλλά και τις διαρκείς απαιτήσεις του κεφαλαίου. Η διαπλοκή εξαπλώνεται από γιατρούς είτε του ΕΣΥ είτε τους Πανεπιστημιακούς. Ύπαρξη συμφερόντων από τον ιδιωτικό τομέα, τόσο για εταιρίες αναλώσιμων ειδών με υπερτιμημένο κόστος, όσο και από τις φαρμακευτικές. Πολλές επεμβάσεις θα είχαν αποφευχθεί αν δεν είχαν αρχικό σκοπό το κέρδος η κατάσταση που επικρατεί ουσιαστικά είναι ένας φαύλος κύκλος γιατί οδηγεί στην υπερκατανάλωση ώστε να εξασφαλίζονται μεγαλύτερα ποσοστά και η αισχροκέρδια υπάρχει στις χρεώσεις των υλικών. Ο ιδιωτικός τομέας δεν μπορεί να καλύψει σημαντικά περιστατικά γι' αυτό τα παραπέμπει στον δημόσιο τομέα.

Οι μικρές κλινικές είναι άμεσα εξαρτημένες από τα ασφαλιστικά ταμεία που τους εξασφαλίζουν πελατεία. Εξαρτώνται από τις εικονικές νοσηλείες και την υπερχρέωση τιμολογίων, υπάρχει χαμηλή ποιότητα για την αποκατάσταση και την αποθεραπεία. Το δημόσιο πληρώνει ένα μέρος των νοσηλίων και το μεγαλύτερο η οικογένεια, πραγματικότητα αποτελεί το γεγονός ο ψυχολογικός έμμεσα καταναγκαστικός εκβιασμός των ασθενών από τους ιδιοκτήτες επιχειρηματίες επιδιώκοντας αύξηση του χρόνου νοσηλείας, της κατανάλωσης φαρμάκων και τη πίεση που ασκείται στο Δημόσιο για καταβολή οφειλών σε βιομηχανίες, φαρμακευτικές, αλλά και εταιρίες ιατρικού εξοπλισμού.

(Λ.Μεθωνιού)

1.5 Εφαρμογή της Τηλεϊατρικής

Ορισμός: Τηλειατρική αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υγείας και ανταλλαγή πληροφοριών εξ' απόστασεως με τηλεπικοινωνία.

Η τεχνολογική πρόοδος και η μείωση κόστους βοηθούν στη χρήση της. Η εφαρμογή της καλύπτει ειδικότερες διαδικασίες που συμπεριλαμβάνονται στη διάγνωση όπως στοιχεία ασθενή, συνέντευξη εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις, θεραπεία , εκπαίδευση, παρακολούθηση ασθενή κατ' οίκον.

Επιδράσεις που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της τηλεϊατρικής:
Λόγω κόστους δεν υπάρχει ανάγκη για μετακινήσεις ασθενών σε εξειδικευμένες μονάδες σε διάφορα γεωγραφικά σημεία. Ο εξοπλισμός που απαιτείται μπορεί να είναι ακριβός.

Ποιότητα Τηλειατρικής:

- Παρέχει δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης πρόσβαση σε συμβουλή γνώμη ειδικών από απόσταση .
- Δεν υπάρχει καλύτερη παροχή υγείας.
- Παρέχει ευκολία σε ασθενείς

Παράγοντες που πρέπει να συνεκτιμηθούν:

- Αποτίμηση των στόχων
- Συνολικό κόστος
- Κοινωνικοί – Ηθικοί παράγοντες.

(Ιατρική σχολή Α.Π.Θ. Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρική Πληροφορική II)

Κεφάλαιο 2^ο

Οικονομικά θέματα διαχείρισης υγείας.

Το σύστημα υγείας είναι ένα ανοικτό σύστημα, αυτό το σύστημα μπορεί να χαρακτηριστεί σύμφωνα με τον Donabedian σαν μια αλληλουχία δομών – διεργασιών – αποτελεσμάτων.

Όρος δομή: το σύνολο των μόνιμων χαρακτηριστικών των παροχών υγείας και η οργάνωση του.

Όρος διεργασία: εννοεί το σύνολο των δραστηριοτήτων που συμβαίνουν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών σχετίζονται με την τεχνολογία, τη διάγνωση, την αποτελεσματικότητα των φαρμακολογικών συνταγών.

(Π. Καρυώτης)

Η εθνική πολιτική υγείας.

Με τον όρο εθνική πολιτική υγείας εμπεριέχονται όλοι οι στόχοι που πρέπει να υλοποιηθούν για να βελτιωθεί η κατάσταση υγείας ορίζει τη σειρά προτεραιότητας των στόχων και τους κυριότερους τρόπους για να επιτευχθούν. Πρόκειται για μια εθνική τακτική που βασίζεται στην εθνική πολιτική υγείας περιέχει τις κυριότερες κατευθύνσεις δράσης που πρέπει να ακολουθηθούν για καταστεί αποτελεσματική η πολιτική αυτή.

Το εθνικό σχέδιο δράσης αποτελείται από ένα κατευθυντήριο σχέδιο και αποβλέπει στη πραγμάτωση εθνικών στόχων υγείας με την εφαρμογή της στρατηγικής. Υποδεικνύει τι πρέπει να γίνει, από ποιόν, σε τι χρονικό διάστημα και με τι πόρους. Πρόκειται για ένα διάγραμμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θέματα προγραμματισμού, προϋπολογισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης.

(4. Π.Καρυώτης 1992)

2.1 Χρηματοδότηση.

Οι πηγές και οι πόροι χρηματοδότησης αλλά και οι πιθανές επιλογές άρσης κεφαλαίου εξαρτώνται από ευρύ φάσμα εναλλακτικών επιλογών. Η αύξηση των δαπανών είναι το νοσοκομειακό κόστος που καλύπτει πάνω από το 50% των συνολικών δαπανών υγείας. Εως τώρα έχουν αναπτυχθεί δύο βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών δαπανών: α) η εκ των υστέρων (αναδρομική) και β) εκ των προτέρων ή προοπτική.

Η πρώτη μορφή χρηματοδότησης είναι ακατάλληλη για την άσκηση αποτελεσματικού management ,έχει εγκαταλειφθεί διότι έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει το έργο του νοσοκομείου, τη διάρκεια νοσηλείας, και το χρόνο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο.

Ο δεύτερος τρόπος προϋποθέτει ικανοποιητικό επίπεδο άσκησης νοσοκομειακού management και σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν δύο παραλλαγές:

α) Η αμερικάνικη παραλλαγή της εκ των προτέρων χρηματοδότησης των νοσοκομείων, βασίζεται στις κατηγορίες ασθενών που έχουν διάγνωση , εκτός από τη χρηματοδότηση, συνδυάζει και άλλα χαρακτηριστικά που βοηθούν το έργο του νοσοκομείου.

β) Η ευρωπαϊκή παραλλαγή τα νοσοκομεία, κυρίως αυτά του δημόσιου τομέα προσπαθούν να διενεργήσουν ένα συγκεκριμένο έργο με έναν εκ των προτέρων προσδιοριζόμενο προϋπολογισμό για ένα έτος. Η διαχείριση του προϋπολογισμού εξαρτάται από το νοσοκομείο. Δεν δικαιολογείται διαφυγή από τον αρχικό προκαθορισμένο προϋπολογισμό. Ονομάζεται και σφαιρικός προϋπολογισμός. Με τον σφαιρικό προϋπολογισμό εννοείται η εκ των προτέρων χρηματοδότηση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου, για ένα περίπου χρόνο και η ανάληψη της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ο οποίος καλύπτεται από το χρηματοδότη.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί τη δεύτερη μεγάλη δαπάνη για φροντίδες υγείας. Ο γιατρός κυριαρχεί. Πέντε τρόποι χρηματοδότησης υπάρχουν με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

α) αμοιβές με βάση τον αριθμό ατόμων που εγγράφονται στο κατάλογο του ιατρού.

β) αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση

γ) αποζημίωση με μισθό

δ) ελεύθερη ιδιωτική πρακτική

ε) ειδικές πληρωμές – συνδυασμός των (α) έως (δ).

(5. Π.Καρυώτης 1992)

2.2 Εναλλακτικές μορφές οργάνωσης υπηρεσιών υγείας.

Η απαίτηση και η ανάγκη για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και υπηρεσιών υγείας σε χαμηλό κόστος δημιούργησε τις κατάλληλες συνθήκες για την γέννηση και αρχή μιας σειράς εναλλακτικών προτύπων οργάνωσης, παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας.

Όλα βασίζονται σε μια αλληλουχία ενεργειών που απευθύνονται κυρίως στους γιατρούς και στους ασθενείς.

Πρωτοπόρος σ' αυτό το θέμα είναι οι Η.Π.Α. με τους **Οργανισμούς Προστασίας της Υγείας (health maintenance organizations – HMOs)** και ακολουθεί η Γαλλία με τα **Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Reseaux de Soins Coordonnes – RSCs)**

Οι οργανισμοί Προστασίας της Υγείας : ομάδες γιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ένα σύνολο σε εθελοντών, για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, περίπου ενός έτους, και αμείβονται βάση μιας ετήσιας προκαθορισμένης, εκ των προτέρων καταβαλλόμενης συνδρομής.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι HMO's. Με βάση όμως την οργανωτική τους δομή, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

α) Τις ομάδες Προπληρωμένης Άσκησης της Ιατρικής (Prepaid Group Practices – PGPs)

β) Τις Ενώσεις Ατομικής Άσκησης της Ιατρικής (Individual Practice Associations – IPAs)

γ) Τα Προγράμματα Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Programms – HMPs).

Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων λειτουργούν στη Γαλλία από το 1984 και αποτελούν εφαρμογή οργάνωσης των HMO's σ' ένα σύστημα υγείας μικτό και κυρίως ελεγχόμενο από την κοινωνική ασφάλιση και το κράτος.

Επιδίωξη είναι η βελτίωση της απόδοσης μέσω δημιουργίας ενδιάμεσων μορφών αγοράς (εισαγωγή στοιχείων της αγοράς – market elements) που κατευθύνουν προμηθευτές και καταναλωτές .

(6. Π. Καρυώτης 1992)

2.3 Η ικανοποίηση των αναγκών και της ζήτησης.

Η ανάγκη από του ατόμου διέπεται από δύο διαστάσεις, την προσωπική και τη συνολική. Τα συμπτώματα είναι μια υποκειμενική κατάσταση που οδηγεί στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Η ζήτηση μπορεί να προκύψει και από τη γνώμη που το άτομο έχει για τον εαυτό του και τη κατάσταση της υγείας του και το εξωθεί στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η πραγματική ανάγκη και η στάση του ατόμου σε σχετικά μ' αυτήν οδηγεί στη διάκριση μεταξύ δύο παράγωγων εννοιών:

A) οι συνειδητοποιημένες ανάγκες (felt needs) είναι πραγματικές ανάγκες που οδηγούν σε ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

B) οι μη συνειδητοποιημένες ανάγκες είναι πραγματικές ανάγκες, που δεν οδηγούν στην εκδήλωση τους μέσω ζήτησης.

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε δύο είδη, τα οποία διαφέρουν εννοιολογικά αλλά και ως προς το αποτέλεσμα τους:

A) Η φανερή ζήτηση (over demand) είναι αυτή που πραγματικά εκδηλώνεται σε μια δεδομένη στιγμή. Υπολογίζεται με τους δείκτες χρησιμότητας. Παραμένει ανικανοποίητη λόγω ανεπάρκειας υπηρεσιών. Δημιουργούνται ουρές αναμονής που δεν εξαρτώνται από τη ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά από οργανωτική και λειτουργική διάρθρωση τους καθώς και ποικίλους κοινωνικό-οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες των χρηστών.

B) Η βουβή ή μη φανερή ζήτηση (stiffed demand) είναι η « εν δυνάμει » ζήτηση που δεν εκδηλώνεται, είτε επειδή οι απαιτούμενες υπηρεσίες περίθαλψης δεν διατίθενται, είτε επειδή οι ασθενείς δεν γνωρίζουν την ύπαρξη τους. Συνεπώς έχουμε την ανικανοποίητη φανερή ζήτηση, που οι υπηρεσίες περίθαλψης είναι γνωστές και διαθέσιμες, αλλά σε σχετική ανεπαρκείς ποσοτικά είτε σε σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να τις προσεγγίσει. Η βουβή ζήτηση υπολογίζεται εμμέσως με ειδικές έρευνες. Το άθροισμα της φανερής και της βουβής ζήτησης καθορίζει την αναμενόμενη ολική ζήτηση.

Η ικανοποίηση των αναγκών και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως:

- 1) η προσπελασιμότητα,
- 2) η πληροφόρηση,
- 3) οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες του πληθυσμού
- 4) οι οικονομικές δυνατότητες,
- 5) ο συντονισμός των υπηρεσιών.

Σημαντικότερα παράγοντα αποτελούν τα αποτελέσματα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και το κόστος τους για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας, εξαρτάται κυρίως από την κρατούσα οικονομική κατάσταση και τον τρόπο λήψης αποφάσεων.

(7. Π. Καρυώτης 1992)

2.4 Τα προβλήματα των σύγχρονων Συστημάτων Υγείας.

Τα σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας έρχονται αντιμέτωπα με πολλά προβλήματα.. Τα περισσότερα είναι χρονοβόρα και δεν μπορούν να λυθούν με άμεσα και απλά. Λεπτομερής αναφορά των προβλημάτων αυτών δεν είναι απλή γιατί οι ομάδες που τα επεξεργάζονται συχνά μεταβάλλονται όσον αφορά το περιεχόμενο και τις προτεραιότητες. Αισιόδοξο είναι, ότι τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας θα επιλύσουν μερικά από τα προβλήματα τους και η απλούστερη ένδειξη της δύναμης των συστημάτων είναι το γεγονός ότι οι βασικές δομές και μηχανισμοί κεντρικού σχεδιασμού των Συστημάτων Υγείας, ασχολούνται με τον καθορισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν.

Το 1980 κατά τη διάρκεια του Συμποσίου που διοργάνωσε η « American Hospital Association » υπό την αιγίδα του « National Center for Health Services Research » έγινε μια από τις πιο ολοκληρωμένες διερευνήσεις. Το βιβλίο το οποίο

περιέλαβε τα συμπεράσματα του Συμπόσιου αυτού θέτει τα σημαντικότερα ερωτήματα / προβλήματα του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α., αλλά και όλων των σύγχρονων συστημάτων υγείας:

1. Κόστος. Πως θα δημιουργήσει η κοινωνία μέσα καθορισμού και περιορισμού των απαιτούμενων για την υγεία πόρων;
2. Υγεία : κοινωνικό αγαθό. Πως θα δημιουργήσει και θα διασφαλίσει η κοινωνία ένα ελάχιστο (minimum) υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες;
3. Τεχνολογία. Πως θα δημιουργήσει (και θα ενεργοποιήσει) η κοινωνία μεθόδους αξιολόγησης των νέων ιατρικών τεχνολογιών;
4. Λήψη αποφάσεων. Πως θα βελτιωθούν οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων από άτομα που δεν συμμετέχουν στην παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί ορθολογική κατανομή, διανομή και χρήση των υπηρεσιών αυτών;
5. Δομές. Με ποιόν τρόπο θα ασκήσει η κοινωνία ουσιαστικές πιέσεις για τον επαναπροσδιορισμό και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, της εκπαίδευσης, της χρηματοδότησης και τέλος του συστήματος υγείας, προκειμένου αυτό να γίνει αποδοτικότερο, αποτελεσματικότερο και οικονομικότερο;

Υπάρχουν 172 οργανισμοί που ασχολούνται με θέματα υγείας, συνεργάστηκαν προκειμένου να μελετήσουν τα σύγχρονα προβλήματα του τομέα της υγείας. Κατέληξαν στη διαμόρφωση της ατζέντας που ονομάζεται « the health policy agenda for the American people: Framework for the future » και η οποία περιέχει 195 οδηγίες που αναφέρουν προβλήματα όπως:

- ⇒ Το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ είναι σήμερα μεγαλύτερο από 1 δις \$ την ημέρα.
- ⇒ Σε πολλά εκατομμύρια αμερικάνων πολιτών δεν παρέχονται οι απαιτούμενες (σύμφωνα με τις ανάγκες) υγειονομικές υπηρεσίες.
- ⇒ Νέες τεχνολογίες δημιουργούν, όσον αφορά την εφαρμογή τους, έντονα ηθικά προβλήματα.
- ⇒ Ελλείπει η κατάλληλη πληροφόρηση, ώστε οι καταναλωτές των υγειονομικών υπηρεσιών να αποφασίζουν ορθολογικά, δεδομένων των πολλών δυνατοτήτων / εναλλακτικών μεθόδων που διαθέτει το Σύστημα Υγείας.

Το « Institute for the future », σε συνεργασία με το « Robert Wood Johnson Foundation », και το « Commonwealth Fund » (και τα δύο είναι μεγάλα ιδρύματα με ενδιαφέροντα στον χώρο της υγείας), προέβλεψαν με 11 θέσεις τους τις εξελίξεις στα Συστήματα Υγείας από τότε μέχρι το 2000.

1. Έλεγχος του κόστους
2. Ανασφάλιστοι και μερικώς ασφαλισμένοι
3. Πολυμερή περίθαλψη
4. Μητέρα – παιδί
5. AIDS
6. Ποιότητα του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος: Αύξηση του κόστους για το management και την εξασφάλιση ποιότητας.
7. Επαγγελματίες υγείας: επάρκεια του εκπαιδευμένου προσωπικού, για την αντιμετώπιση των μελλοντικών αναγκών.
8. Έρευνα και ανάπτυξη (R&D) στο χώρο της υγείας: Υποστήριξη της έρευνας και ανάπτυξης.

9. Αυξημένη εμπιστοσύνη, στην αγορά για τον καθορισμό του τόπου εγκατάστασης νέων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα.
10. Νομική: Ενδυνάμωση του ρόλου των δικαστηρίων στη διαμόρφωση προτύπων για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα.
11. Ηθική: προβληματισμοί για τον ρόλο και τις ευθύνες, συμφερόντων, των διαφόρων επαγγελματιών.

Η πρώτη θέση που κατέχει το κόστος υποδηλώνει την αστάθεια των δαπανών για την υγεία και την συνεχιζόμενη αύξηση. Καταδεικνύεται η συνθετότητα, η έκταση, και η αλληλοσυσχέτιση των προβλημάτων ενός Συστήματος Υγείας.

(8. Π. Καρυώτης 1992)

Κεφάλαιο 3^ο

Διοικητικά ζητήματα υγείας και θέματα management διαχείρισης των νοσοκομείων.

Η ανάπτυξη των διοικητικών υπηρεσιών υγείας έφερε στο προσκήνιο τη μελέτη της οργάνωσης τους προς το κοινωνικό σύνολο. Η ιδέα ξεκίνησε από την επιστήμη του management στον ιδιωτικό τομέα. Δεν είναι μόνο μια επιστημονική εξέλιξη έχει ιστορία περίπου 3 αιώνων στις δυτικές βιομηχανικές κοινωνίες, αλλά η εφαρμογή της στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα είναι σχετικά πρόσφατη.

Την ανάγκη νέας σκέψης επισήμανε η δημοσιονομική κρίση της δεκαετίας του '70 (γνωστή ως fiscal crisis of the state στην αριστερά ή fiscal maturity στη δεξιά) που απειλεί τα θεμέλια του κράτους-πρόνοιας τώρα. Κατά τη διάρκεια αντίληψης της λογικής ότι απαιτούνταν λαϊκές θυσίες για την ανάπτυξη του κρατικού μηχανισμού αναπτύχθηκαν οι δημόσιες υπηρεσίες χωρίς μέριμνα για το μέλλον.

Η κοινή ορολογία που έχει αναπτυχθεί από τους θεωρητικούς για την κατανόηση της υπόστασης, της ζωής και της εξέλιξης των συστημάτων:

Ορισμός συστήματος: σύνολο ομάδων ή υποσυστημάτων οργανωμένα σύμφωνα με ένα σχέδιο παραγωγής που επιδιώκει συγκεκριμένους στόχους. Κάθε σύστημα μπορεί να θεωρηθεί σαν υποσύστημα ενός μεγαλύτερου συστήματος.

Έτσι το νοσοκομείο είναι υποσύστημα του ΕΣΥ, οι διάφορες υπηρεσίες επιτροπές και το κέντρο υγείας υποσυστήματα του νοσοκομείου. Η ένταξη των νοσοκομείων στο ΕΣΥ σημαίνει πως η λειτουργία τους και οι στόχοι τους προδιαγράφονται από ένα ευρύτερο, εθνικό σχέδιο παραγωγής που ενσωματώνεται στη διαδικασία και στις εθνικές διατάξεις, κανονισμούς της κυβέρνησης.

Οι στόχοι των συστημάτων υγείας είναι στατικοί και επαρκώς εξελισσόμενοι. Με την ένταξη του στο ΕΣΥ το νοσοκομείο παύει να είναι μονάδα ιατρικής περίθαλψης, απευθύνεται στη κοινωνική ιατρική, πρόληψη, κοινωνική περίθαλψη. Η αλλαγή στόχων επηρεάζει την οργάνωση του συστήματος, την παραγωγική διαδικασία, την τεχνολογία παραγωγής και άλλα στοιχεία του συστήματος. Η ένταξη των νοσοκομείων στο ΕΣΥ επέφερε αλλαγές σε αυτούς τους τομείς χωρίς αυτό να σημαίνει πως έχει αλλάξει απόλυτα. Η οργανική ενσωμάτωση των θεσμικών αλλαγών συνήθως βρίσκεται αντιμέτωπη με οργανωμένα συμφέροντα υποομάδων μέσα στο σύστημα και στο περιβάλλον του. Στο νοσοκομείο η πιο ισχυρή υποομάδα είναι του ιατρικού κατεστημένου που εξακολουθεί να επηρεάζει σημαντικά τα στοιχεία του συστήματος.

Συνεργασία: Η έννοια του συστήματος δεν αναφέρεται απλώς στο σύνολο των μονάδων, υποομάδων που το αποτελούν αλλά και στις σχέσεις και την αλληλεξάρτηση των στοιχείων που δρουν μέσα στο χώρο του. Η επιβίωση και η ευεξία του συστήματος εξαρτώνται από το βαθμό συνεργασίας που έχει επιτύχει. Το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από χαμηλό βαθμό συνεργασίας λόγω του σημαντικού διαφορισμού των υποομάδων που το αποτελούν και της κοινωνικής ή επαγγελματικής απόστασης μεταξύ τους. Ενίοτε σε ακραία περιστατικά είναι οργανωμένο σε δεσποτικά πρότυπα. Δεν θα έπρεπε σε καμία περίπτωση να διαμορφώνονται κλίκες μέσα στο χώρο του να βρίσκονται σε διαρκή και σφοδρό ανταγωνισμό, επειδή το κόστος του επιβαρύνει τους ασθενείς και το κοινωνικό σύνολο.

Υποβελτιστοποίηση: Συντελεί στις προσπάθειες για την ανάπτυξη ή βελτιστοποίηση της λειτουργίας ενός των οργάνων του συστήματος συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα την εξασθένιση ή υποβελτιστοποίηση του όλου συστήματος. Στο

νοσοκομείο το μεγαλύτερο μέρος διατίθεται για τη αλλαγή προς το καλύτερο της ιατρικής υπηρεσίας. Η διοικητική και η νοσηλευτική υπηρεσία, η πρόληψη και η κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

Εντροπισμός: αναφέρεται στη τάση που έχουν όλα τα συστήματα προς τη κρίση, τη φθορά και το θάνατο. Αρνητικός εντροπισμός είναι οι προσπάθειες που κάνει ένα σύστημα για την αποφυγή ή μετριασμό των κρίσεων που οδηγούν στη φθορά του.

Κύκλος γεγονότων: Αναφέρεται στην παραγωγική διαδικασία του συστήματος και στη σχέση της με το περιβάλλον. Εισροές στο σύστημα συνδυάζονται σε μια διαδικασία του μετασχηματισμού που οδηγεί στην εκροή υπηρεσιών, ιδεών και πιέσεων προς το περιβάλλον του νοσοκομείου. Οι εκροές επηρεάζουν ακολούθως τις εισροές και το κύκλωμα επαναλαμβάνεται διαρκώς: εισροές – μετασχηματισμός – εκροές – εισροές.

Μηχανισμοί ανάδρασης: Αναφέρεται στους μηχανισμούς πληροφορικής που διαθέτει το σύστημα για τον έλεγχο των λειτουργιών του και τον εντοπισμό των παρεκκλίσεων από τους στόχους του. Το σύγχρονο νοσοκομείο είναι διαμορφωμένο έτσι ώστε δεν μπορεί να λειτουργήσει ομαλά χωρίς ανεπτυγμένα συστήματα πληροφορικής. Η ανάγκη αυτή είναι επιτακτική στις χώρες που λειτουργούν μηχανισμοί ανταγωνισμού μεταξύ των διαφόρων μονάδων παραγωγής στο τομέα υγείας.

Δυναμική ισορροπία των κατευθυνόμενων συστημάτων:

Αναφέρεται στη σχετική προσαρμογή του νοσοκομείου προς το περιβάλλον. Η ένταξη των νοσοκομείων στο ΕΣΥ έχει αυξήσει τις εισροές και απαιτεί μεγάλες προσπάθειες για τη προσαρμογή τους σε ένα ευρύτερο περιβάλλον. Διανοσοκομειακές σχέσεις, δημόσιες σχέσεις, τακτικές αξιολογήσεις, είναι μερικά από τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή του νοσοκομείου προς το περιβάλλον του. Η προσαρμογή απαιτεί ευελιξία στηριζόμενη στην συστηματική επιλογή εναλλακτικών λύσεων με βάση το αξίωμα ότι δεν υπάρχει μόνο ένας άριστος τρόπος για την επίτευξη του στόχου.

Διαφοροποίηση: Τα συστήματα χαρακτηρίζονται από την τάση που έχουν να αυξάνουν το καταμερισμό της εργασίας και των ειδικοτήτων των οργάνων που συμμετέχουν στη λειτουργία τους. Οι ειδικότητες των γιατρών, των νοσοκόμων και των διοικητικών υπαλλήλων που εργάζονται έχουν πολλαπλασιασθεί σε νέες ειδικότητες επιστημόνων. Με την επέκταση των νοσοκομείων στα πλαίσια του ΕΣΥ και στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα αυξηθεί σημαντικά η διαφοροποίηση αυτή. Με την αύξηση της διαφοροποίησης αυξάνεται και η απόσταση μεταξύ των κατηγοριών του προσωπικού και οργάνων του συστήματος καθώς και οι προστριβές τους. Αποτέλεσμα αυτής της πράξης έχει η καθεμία ειδικότητα να περιορίζεται στο δικό τους κύκλο εργασιών, να αρκείται στις δικές τις αρμοδιότητες και να μην κατανοεί η μια την άλλη. Πρέπει να καλλιεργηθεί μια κοινή νοοτροπία για τους στόχους και να αναπτυχθούν μηχανισμοί συντονισμού των διαφόρων μονάδων και κατηγοριών προσωπικού και να ακολουθηθεί μια κοινή στρατηγική. Υπάρχει λοιπόν η ανάγκη αύξησης βαθμού συνεργασίας μέσα στο σύστημα υγείας .

(9. Γ. Τσαλίκη 1992)

3.1. Οργάνωση – Διοίκηση – Μάνατζμεντ.

Το νοσοκομείο χωρίζεται σε υπομονάδες ο αριθμός των οποίων εξαρτάται από τη λειτουργία και τις υπηρεσίες και τον βαθμό διαφοροποίησης του προσωπικού του. Λειτουργικά τα υποσυστήματα κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

(α) Υποσυστήματα παραγωγής: προσφέρουν διαρκή παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς.

(β) Υποσυστήματα συντήρησης: εξασφαλίζουν πόρους, μηχανισμούς, ανθρώπινο υλικό και άλλα στοιχεία απαραίτητα για τη συνεχή παροχή προδιαγεγραμμένων υπηρεσιών.

(γ) Υποσυστήματα προσαρμογής: αποβλέπουν στην προσαρμογή του οργανισμού προς το περιβάλλον του και τις ανάγκες του καταναλωτικού κοινού.

(δ) Διοικητικά υποσυστήματα: επιβλέπουν, συντονίζουν και ελέγχουν τις σχέσεις και το έργο των συστημάτων.

Οι δύο τελευταίες κατηγορίες δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένες στα περισσότερα νοσοκομεία.

Για τα διοικητικά υποσυστήματα: Η οργάνωση, η διοίκηση και μάνατζμεντ λειτουργιών του νοσοκομείου απαιτεί γνώση όχι μόνο του τι κάνει κάθε μονάδα του και οι εργαζόμενοι σ' αυτήν, αλλά και του πώς συντονίζονται και λειτουργούν τα διάφορα όργανα του. Για την ανάλυση αυτών των απόψεων πρέπει να μελετηθούν τα παρακάτω στοιχεία:

(α) Η γενική νομοθεσία και κανονισμοί που αναφέρονται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου και των υπηρεσιών του.

(β) Οι εσωτερικοί κανονισμοί που έχει αναπτύξει το νοσοκομείο κατά την εξουσιοδότηση της εποπτεύουσας αρχής.

(γ) Οι σχέσεις μεταξύ του διοικητικού συμβουλίου και των μονάδων του, κυρίως εάν λειτουργούν με υψηλό βαθμό συνεργασίας και βελτιστοποίησης μέσα στο δεδομένο οργανικό πλαίσιο.

(δ) Οι διοικητικές δομές, σχέσεις και διαδικασίες στα διάφορα διαμερίσματα του οργανογράμματος του νοσοκομείου.

Ιδιαίτερα αναφέρονται: - Τη μελέτη του διοικητικού συμβουλίου. Κατά πόσο η σύνθεση του ανταποκρίνεται στους στόχους της πολιτικής του ΕΣΥ. Τι και κατά ποιο βαθμό αντιπροσωπεύουν τα μέλη του (από τις απόψεις εισροών, μετασχηματισμών και εκροών του νοσοκομείου). Ποία είναι η διαδικασία λειτουργίας του και εισροών, προς αυτό από το περιβάλλον του νοσοκομείου και τις μονάδες του. Ποιες είναι οι άτυπες υποομάδες μέσα στο συμβούλιο (φατρίες). Τι τακτικές για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων ή κρίσεων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

- Οι σχέσεις μεταξύ του διοικητικού συμβουλίου και των στελεχών του νοσοκομείου στα διάφορα επίπεδα μάνατζμεντ.

(ε) Ο προϋπολογισμός και απολογισμός του νοσοκομείου, κυρίως κατά πόσο οι δαπάνες ανταποκρίνονται στους γενικούς στόχους του ΕΣΥ. Πρέπει να μελετηθούν ιδιαίτερα:

- Οι δαπάνες υποδομής και εξοπλισμού, κυρίως η σχέση μεταξύ δαπανών στοιχειώδους της νέας τεχνολογίας.

- Η μέση διαμονή ασθενών στο νοσοκομείο.

- Το ημερήσιο κόστος ανά κρεβάτι.

- Η χρήση και το κόστος των εξωτερικών ιατρείων, της άμεσης βοήθειας και των εργαστηρίων.

- Η κοινή χρήση υποδομής ή εξοπλισμού με άλλα ιδιωτικά νοσοκομεία.
 - Οι ιδιωτικοί πόροι του νοσοκομείου.
 - Οι παράγοντες δημιουργίας ελλειμμάτων ή πλεονασμάτων.
- (10. Γ. Τσαλίκη 1992)

3.2. Εκροές του νοσοκομείου.

Οι εκροές του νοσοκομείου κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες που πρέπει να ανταποκρίνονται στους γενικούς στόχους του ΕΣΥ:

- (α) Νοσοκομειακή περίθαλψη σχετικά με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετεί το νοσοκομείο.
- (β) Ιατρική περίθαλψη μέσω των εξωτερικών ιατρείων και των κέντρων υγείας.
- (γ) Προγράμματα πρόληψης (προληπτική ιατρική και κοινωνική περίθαλψη).
- (δ) Εκροές προς τις ιατρικές ή άλλες σχολές υγείας.
- (ε) Εκροές προς άλλα νοσοκομεία (π.χ. διάθεση φυσικών πόρων και ανθρωπίνου δυναμικού, παροχή πληροφοριών που αφορούν τις λειτουργίες του νοσοκομείου, ασθένειες, νέα προγράμματα)
- (στ) Επαφές με το Υπουργείο και τα περιφερειακά όργανα του σχετιζόμενες με την αναθεώρηση της πολιτικής υγείας και της οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

(11. Γ. Τσαλίκη)

3.3.Μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων. Μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων.

Το κόστος κατανάλωσης Υπηρεσιών Υγείας κατανέμεται κυρίως σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- (α) την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας (πρωτοβάθμια περίθαλψη, κατ' οίκον νοσηλεία)
- (β) τη νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) και
- (γ) τη δαπάνη για τα φάρμακα.

Ο νοσοκομειακός τομέας αποτελεί την πλέον πολυδάπανη κατηγορία αφού απορροφά το 60-70% των συνολικών δαπανών υγείας. Οι φορείς χρηματοδότησης των νοσοκομείων (κρατικός προϋπολογισμός, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικός τομέας) ξεκίνησαν μια μεγάλη προσπάθεια περιορισμού των δαπανών και βελτίωσης της σχέσης των χρησιμοποιούμενων πόρων ως προς το παραγόμενο αποτέλεσμα.

Η χρηματοδότηση μπορεί να κινηθεί σε δύο άξονες:

- 1) είτε να γίνεται εκ των υστέρων (αναδρομική αποζημίωση),
- 2) είτε να γίνεται εκ των προτέρων (προοπτική αποζημίωση).

Στην 1^η περίπτωση η κύρια μέθοδος που εφαρμόζεται είναι η πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο, ενώ στη 2^η προτείνονται δύο κυρίως μέθοδοι: η πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό και η πληρωμή ανά περίπτωση κυρίως με βάση τη διάγνωση.
(11. Ι. Νεονάκης, Α. Διλίντας, Μ. Μπαριτάκη, Ε. Σεβαστάκη)

3.3.1. Πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο.

Ορισμός: Το ημερήσιο νοσήλιο περιλαμβάνει το κόστος του συνόλου των υπηρεσιών που προσφέρονται στον ασθενή. Είναι μια απλή μέθοδος που εφαρμόζοταν σε πολλά Εθνικά Συστήματα Υγείας. Σήμερα περιορίζεται λόγω πληθωρισμού και άλλων προβλημάτων που δημιουργεί η εφαρμογή της.

Διακρίνεται σε κλειστό όταν: για την διαμόρφωση της τιμής του δεν λαμβάνονται υπόψη η διάγνωση, η κατάσταση της υγείας, ο αριθμός και το είδος των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, πάγιο ημερήσιο ποσό ανεξαρτήτως διάρκειας και του είδους των υπηρεσιών.

Το ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο: όπου στο νοσήλιο υπάρχει ένα σταθερό μέρος, το οποίο καλύπτει το ξενοδοχειακό και διοικητικό κόστος, και ένα μεταβαλλόμενο όπου εντάσσονται οι δαπάνες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας οι οποίες κοστολογούνται και πληρώνονται κατά πράξη.

Το ΗΝ αποτελεί τη μέθοδο που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα για την χρηματοδότηση του Νοσοκομειακού Τομέα. Ως τρόπος αποζημίωσης το ΗΝ επελέγη από τα τέλη της δεκαετίας του '70 (Π.Δ. 95/1979) και εδραιώθηκε και παγιώθηκε κατά τη δεκαετία του '80. Ανάλογα με κοινωνικούς, τιμαριθμικούς και κοινωνικούς λόγους η Κεντρική Διοίκηση καθορίζει μέσω της Επιτροπής Τιμών και Εισοδημάτων ένα ΗΝ, που περιλαμβάνει την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών, ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων, φαρμάκων και εργαστηριακές και διαγνωστικές επεμβάσεις. Σύνθετες εργαστηριακές και διαγνωστικές επεμβάσεις και ακριβά και εξειδικευμένα φάρμακα δεν περιλαμβάνονται στο κλειστό νοσήλιο και επιπροστίθενται. Και όμως η τιμή των εξετάσεων υπολείπεται σημαντικά του πραγματικού κόστους. Στην Ελλάδα το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο ήταν απολύτως ενιαίο για όλες τις νοσηλείες μέχρι τις αρχές του '90. Μετά άρχισε να διαφοροποιείται ως προς τα παθολογικά, χειρουργικά, ψυχιατρικά και περιστατικά νοσηλείας στην Εντατική Μονάδα και ανάλογα με τη ξενοδοχειακή θέση νοσηλείας. Παρά τις διαφοροποιήσεις δεν υπήρξε εξομάλυνση του συστήματος. Τα δημόσια νοσοκομεία αποζημιώνονται με τη μέθοδο του κλειστού ΗΝ και πολλά ιδιωτικά θεραπευτήρια που αντιμετωπίζουν κυρίως χρόνια περιστατικά της τρίτης ηλικίας. Οι συμβάσεις που συνάπτουν με τα ταμεία αποβαίνουν επωφελείς λόγω της εσκεμμένης μεγάλης διάρκειας της νοσηλείας των ασθενών και του χαμηλού κόστους αντιμετώπισης των περιστατικών.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία που οι ασθενείς καλύπτονται κυρίως από ιδιωτικούς φορείς, αλλά οι ίδιοι έχουν τη δυνατότητα να δώσουν τα επιπλέον και μη καλυπτόμενα από τα ταμεία ποσά επικρατεί το ανοικτό ΗΝ. Πέρα από ένα συγκεκριμένο ποσό που καλύπτει τα ξενοδοχειακά και διοικητικά κόστη το νοσοκομείο χρεώνει στον ασθενή όλες τις επιμέρους ιατρικές υπηρεσίες (αμοιβές γιατρών, εξετάσεις, επεμβάσεις, υλικά που χρησιμοποιήθηκαν κ.λ.π.) Αξίζει να σημειωθεί ότι:

α) πολλές από τις υπηρεσίες αυτές δεν χρειάζονταν,

β) ότι οι κοστολογήσεις τους είναι εν πολλοίς αυθαίρετες και συνήθως υπερτιμημένες.

Το σύστημα του HN (ιδιαίτερα το κλειστό) μπορεί να είναι εύκολο στο διαχειρισμό αλλά κάποια σοβαρά του μειονεκτήματα είναι:

A) Δεν περιορίζει τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς. Οι τελευταίες ημέρες νοσηλείας κοστίζουν πολύ λιγότερο από τις πρώτες, το νοσοκομείο σκοπεύει να παρατείνει την παραμονή του ασθενή, σε βάρος του ασφαλιστικού φορέα που καλύπτει τον ασθενή, κερδίζοντας πλασματικά έσοδα.

B) Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του Νοσοκομείου με συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών.

Γ) Ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, διότι ταυτίζεται περισσότερο με τις ημέρες νοσηλείας και έτσι κυριαρχεί ο συντελεστής « παραμονή » και όχι άλλοι συντελεστές, που σχετίζονται με την ποιοτική παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Δ) Η διατήρηση του HN σε χαμηλές τιμές οδηγεί σε συσσώρευση ελλειμμάτων, που πρέπει να ισορροπήσει σταδιακά ο κρατικός προϋπολογισμός (ουσιαστικά δηλ. η έμμεση φορολογία) και οι ασθενείς, επιτείνοντας τις πληθωριστικές τάσεις και το ανεξέλεγκτο του όλου συστήματος.

E) Δεν εξασφαλίζει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και την ισότητα πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.

(12. Ι. Νεονάκης, Α. Διλίντας, Μ. Μπαριτάκη, Ε. Σεβαστάκη)

3.3.2. Πληρωμή με συνολικό σφαιρικό (ετήσιο) προϋπολογισμό.

Καθορίζεται από την αρχή του χρόνου ο προϋπολογισμός που πρέπει να παραχωρηθεί στο νοσοκομείο λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό ασφαλισμένων, επιπολασμό ασθενειών στη περιοχή ευθύνης, επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Το νοσοκομείο συνάπτει συμφωνία με το κράτος ή κοινωνική ασφάλιση, για την παροχή ενός συγκεκριμένου έργου (την ικανοποίηση των ιατρικών αναγκών ενός συγκεκριμένου πληθυσμού) με έναν εκ των προτέρων καθορισμένο προϋπολογισμό και με την καθορισμένη διάρκεια χρόνου.

Το νοσοκομείο πρέπει να κινηθεί με βάση το συμφωνηθέντα προϋπολογισμό. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός του νοσοκομείου διανέμεται σε σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανά τμήμα και κλινική.

Πλεονεκτήματα του συστήματος: 1) προσφέρει ισχυρά κίνητρα για την καλύτερη αξιοποίηση του προσωπικού και της υποδομής

2) απαιτεί υψηλού επιπέδου εσωτερικό management και διαχείριση βασισμένη στην πρόβλεψη.

Έτσι οδηγούμαστε σε δομικές αλλαγές στη διαχείριση του νοσοκομείου, ο διοικητικός συγκεντρωτισμός αντικαθίσταται από πολλά τμηματικά Κέντρα Ευθύνης που διαμορφώνουν και ισχυροποιούν ένα αποκεντρωμένο νοσοκομειακό μοντέλο με όλα τα επιμέρους πλεονεκτήματα που αυτό συνεπάγεται (καλύτερη γνώση και αντιμετώπιση της πραγματικότητας, ενίσχυση της ελευθερίας κινήσεων, πρωτοβουλιών και δημιουργικότητας, ανάπτυξη διατμηματικής συνεργασίας) οι γιατροί να περιορίζουν τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, γιατί όσο περιορίζεται ο χρόνος νοσηλείας, τόσο αυξάνεται ο αριθμός εισαγωγών. Οι πρώτες μέρες νοσηλείας έχουν αυξημένο κόστος και ο προϋπολογισμός θα βγει εκτός ορίων για τη κατάσταση αυτή υπάρχουν λύσεις όπως η καταβολή ολόκληρου του ποσού ανά εισαγωγή. Υπάρχουν όμως δυσλειτουργίες όπως η ενίσχυση της επιλογής των ασθενών ή και η κατάχρηση των εισαγωγών (επανεισαγωγές ίδιου ασθενούς, όχι απαραίτητες

εισαγωγές) Αυτή η μέθοδος δεν ενισχύει ιδιαίτερα την ανάπτυξη για νέες επενδύσεις, εκσυγχρονισμό της υποδομής, επιμόρφωση και βελτίωση του προσωπικού και οικονομικές κινήσεις με μακροχρόνια και χωρίς μέτρο απόδοση.

(13. Ι. Νεονάκης, Α. Διλίντας, Μ. Μπαριτάκη, Ε. Σεβαστάκη)

3.3.3. Πληρωμή ανά περίπτωση με βάση τη διάγνωση(DRGs).

Η μέθοδος DRGs ταξινομεί όλες τις ασθένειες σε παρόμοιες ομάδες, αναλόγως κόστους και την ομοιότητας της ιατρικής πράξης. Πληρώνονται οι ιατρικές πράξεις βάση αυτού του διαχωρισμού. Το νοσοκομείο προϋπολογίζει ένα συγκεκριμένο κοστολόγιο για κάθε αρρώστια, το οποίο και χρειάζεται την ασφάλεια του ασθενούς. Η ομαδοποίηση αυτή, στις Διαγνωστικές Κατηγορίες Ασθενών (Diagnostic Related Groups –DRGs) όπως ονομάζονται, γίνεται με διάφορες μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία, ενώ προστέθηκαν σταδιακά και άλλες παράμετροι όπως η 2^η διάγνωση, δευτερεύουσες ασθένειες, χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική κατάσταση.

Το σύστημα των DRGs παρουσιάζει δυσκολίες και μειονεκτήματα. Τα σημαντικότερα είναι:

α) Πολύπλοκο και δύσκολο όσον αφορά τη διαχείριση σύστημα, απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και σύγχρονες τεχνολογικές μεθόδους. Πριν από την αρχική εφαρμογή του συστήματος σε ένα νοσοκομείο, θα πρέπει να υπάρξει μια συνεχής μελέτη της κατάστασης, ανάλυση των περιστατικών που αντιμετωπίζει και κατά το δυνατόν ολοκληρωμένη προσέγγιση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών. Απαιτείται συστηματική καταγραφή των πόρων του συστήματος, καθώς και μελέτη της συμπεριφοράς και αποτελεσματικότητας όλων των συντελεστών παραγωγής (ανθρώπινων και υλικών) και της δυνατότητας βελτίωσης τους.

Β) Λάθη στην ταξινόμηση και η δυσκολία στην ακριβή προσέγγιση έκαστης ασθένειας και μετέπειτα κατάταξης της.

Γ) Η σύντομη έξοδος και επανεισαγωγή του ασθενή για διεκδίκηση επιπρόσθετης αμοιβής.

Δ) Όταν ο ασθενής πάσχει με περισσότερες από μια ασθένειες, κατατάσσεται σε αυτήν με το ακριβότερο κοστολόγιο.

Ε) Ανάγκη για χρήση πόρων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Πλεονέκτημα του συστήματος : Ο έλεγχος του κόστους, επειδή η αμοιβή του νοσοκομείου συνδέεται με το βαθμό ανάρρωσης και όχι με τη διάρκεια νοσηλείας. Επιβάλλεται η σύντομη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η προσπάθεια περιορισμού του κόστους νοσηλείας. Σε εφαρμογή του συστήματος υπήρξε μείωση των ημερών νοσηλείας και εισαγωγών με ενίσχυση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και χωρίς να επιβαρύνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Άρα οφείλει να υπάρχει συσχέτιση της ιατρικής διάγνωσης και αντιμετώπισης μιας ασθένειας με συγκεκριμένα ποσά και καθορισμένη χρήση των πόρων για να παρέχεται κατάλληλο μάνατζμεντ του νοσοκομείου.

Ο μάνατζερ θα πρέπει να κρίνει ,να ελέγξει και να πιστοποιήσει την καλή ή κακή χρήση των πόρων. Τα αποτελέσματα θα είναι καλύτερα εάν το σύστημα συνδέεται και συσχετίζεται με το έργο του γιατρού και την επαγγελματική εξέλιξη και οικονομική πρόοδο του.

Τα DRG's αποτελούν δομή για την ομαλή λειτουργία που μπορεί να στηριχθεί ένας υγιής ανταγωνισμός των νοσοκομείων με αξιολόγηση από τους χρηματοδότες επειδή γνωρίζουν τα οφέλη τους. Επειδή η χρηματοδότηση καθυστερεί θα ήταν προτιμότερο να αξιολογηθούν οι υπάρχοντες πόροι ώστε να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα λόγω του πειστικού ανταγωνισμού.

Σε περίπτωση επιτυχίας της μεθόδου της εκ των προτέρων χρηματοδότησης και των διαγνωστικών κατηγοριών, είχε ως αποτέλεσμα τόσο τη διερεύνηση των δυνατοτήτων επέκτασης του στην νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και στην εφαρμογή της ως μεθόδου αξιολόγησης της παραγωγικότητας, κατανομής των πόρων και προγραμματισμού των προσφερόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Παραλλαγή της μεθόδου των DRG's: η μέθοδος αποζημίωσης ανά περίπτωση νοσηλείας που ορίζεται ως την αποζημίωση που προϋπολογίζεται με βάση τη συγκεκριμένη νοσηλεία.

Στην Ελλάδα η παραλλαγή αυτή έχει εφαρμοστεί από το 1991 σε ορισμένες περιπτώσεις διαγνώσεων και ιατρικών παρεμβάσεων όπως είναι η καρδιοχειρουργική επέμβαση (by – pass), οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, ορισμένες επεμβατικές καρδιολογικές θεραπείες (βηματοδότης, αγγειοπλαστική) και ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις (λαπαροσκοπική αφαίρεση χολής, τοποθέτηση ορθοπεδικών υλικών). Οι τιμές των αποζημιώσεων δε φαίνεται να έχουν βασιστεί σε ανάλυση του κόστους παραγωγής των επεμβάσεων αυτών, σε συνδυασμό με την παραμονή των τιμών στα ίδια επίπεδα για πολλά χρόνια οδηγεί στην εγκατάλειψη της μεθόδου αυτής.

(14. Ι. Νεονάκης, Α. Διλίντας, Μ. Μπαριτάκη, Ε. Σεβαστάκη)

3.3.4. Προτεινόμενη μέθοδος χρηματοδότησης των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Η κατάσταση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων έχει ανάγκη μεγάλων παρεμβάσεων και αλλαγών. Τα μεγάλα ελλείμματα, η κακή διαχείριση των πόρων, η ανεπαρκής ποιότητα υπηρεσιών, η ανασφάλεια και η δυσαρέσκεια ωθούν το σύστημα προς την κατεύθυνση καθοριστικών αλλαγών. Η τροποποίηση της μεθόδου χρηματοδότησης των νοσοκομείων θα αποτελέσει μια από τις σημαντικότερες αλλαγές. Η μέθοδος του ημερήσιου νοσηλίου έχει πολλά μειονεκτήματα θεωρείται αναχρονιστική ενώ αντίθετα η μέθοδος των DRG's είναι η πιο εφαρμόσιμη και να προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα στην βελτίωση της ποιότητας και τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών. Δεν γνωρίζουμε εάν μπορεί να εφαρμοστεί αυτή η μέθοδος στον Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομειακό Τομέα.

Στην εφαρμογή των DRG's προκύπτουν πολλά προβλήματα αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να τα απορρίψουμε, απλώς καταδεικνύουν το μέγεθος των δυσκολιών που θα έχει η εφαρμογή τους άρα και η άμεση και πλήρης εφαρμογή τους είναι αδύνατη. Αλλά η απομάκρυνση από το πλαίσιο της εκ των υστέρων αποζημίωσης είναι σίγουρη.

Η πλέον προσιτή λύση είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί που θα μπορούν αρχικά να βασιστούν στους ήδη υπάρχοντες προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Θα πρέπει να υπάρξει μια αλλαγή του νομικού καθεστώτος των νοσοκομείων σε οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου με μοναδικό μέτοχο το κράτος. Σφαιρικοί προϋπολογισμοί τέτοιου είδους θα μπορούν να εφαρμοστούν για μια μεταβατική περίοδο, για να δοθεί περιθώριο στο σύστημα για την εφαρμογή των DRG's, θα υπάρξουν ανατροπές μεταξύ χρηματοδότησης –πραγματικού κόστους στα νοσοκομεία με συνέπειες. Η πιο κατάλληλη μορφή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων ύστερα από τη συγκεκριμένη περίοδο να είναι ένας συνδυασμός των δύο μορφών προοπτικής χρηματοδότησης. Δηλαδή να γίνεται η χρηματοδότηση με σφαιρικούς μεν προϋπολογισμούς, οι οποίοι θα διαμορφώνονται βάση των DRGs στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Το υπόλοιπο ποσοστό της χρηματοδότησης του νοσοκομείου θα επιστρέφει στο κράτος για να υλοποιήσει προγράμματα στο κάθε νοσοκομείο, μειώνοντας πιθανές ανισορροπίες.

(14. Ι. Νεονάκης – Α. Διλίντας – Μ. Μπαριτάκη – Ε. Σεβαστάκη)

Κεφάλαιο 4^ο

Συστήματα υγείας άλλων κρατών.

4.1. Περίπτωση της Ιαπωνίας.

Στην Ιαπωνία το υγειονομικό κόστος προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση, σαν σταθερό ποσοστό του εισοδήματος. Τρεις τύποι ασφαλιστικών προγραμμάτων διακρίνονται, καθένας από τους οποίους αντιστοιχεί στο 1/3 του συνολικού πληθυσμού.

1) Εργαζόμενοι σε μικρές επιχειρήσεις ασφαλιζονται από ενοποιημένο ασφαλιστικό πρόγραμμα που διαχειρίζεται η κεντρική κυβέρνηση της χώρας.

2) Αυτοαπασχολούμενοι & συνταξιούχοι ασφαλιζονται από τα κοινοτικά προγράμματα ασφάλισης των τοπικών αρχών.

3) Όλα τα εξαρτημένα μέλη οικογενειών ασφαλιζονται από το ίδιο πακέτο.

4) Εργαζόμενοι σε μεγάλες εταιρίες ασφαλιζονται με δικά τους προγράμματα.

Αν βασιστεί το σύστημα μόνο στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται δεν πρόκειται να υπάρξει ένα σύστημα ισότητας, επειδή τα μέσα επίπεδα εισοδήματος διαφέρουν σε κάθε μια από αυτές τις κατηγορίες.

Για να λυθεί το πρόβλημα η ιαπωνική κυβέρνηση παρέχει επιδόματα από το γενικό κρατικό προϋπολογισμό:

- 1) Οι ασφαλισμένοι του δημοσίου παίρνουν το 14% της συνολικής δαπάνης.
- 2) Οι ασφαλισμένοι της τοπικής αυτοδιοίκησης παίρνουν το 50% επειδή αυτή η κατηγορία εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα χαμηλών εισοδημάτων.
- 3) Οι ασφαλισμένοι των μεγάλων εταιριών δεν παίρνουν τέτοιο επίδομα επειδή λαμβάνουν μεγάλο εισόδημα.

Ανεξαρτήτως συστήματος ασφάλισης σχεδόν όλες οι πληρωμές, τόσο των γιατρών όσο και νοσοκομείων, γίνονται με τη μέθοδο fee-for-service (αμοιβή κατά περίπτωση), μέσα από ενοποιημένα τιμολόγια που προσδιορίζουν τις τιμές όλων των υπηρεσιών που παρέχονται. Τα τιμολόγια διαπραγματεύονται και συμφωνούν για αυτά κάθε δύο χρόνια οι προμηθευτές και η κυβέρνηση.

Η Ιαπωνική Κυβέρνηση εγγυάται ότι αυξήσεις που υπάρχουν στα τιμολόγια κρατούνται όσο το δυνατό χαμηλότερες. Η αναλογία του ποσού που δαπανάται για την υγειονομική φροντίδα είχε κρατηθεί στα ίδια επίπεδα γύρω στο 7%. Η κυβέρνηση αντιστέκεται στις αυξήσεις των τιμών λόγω άμεσου συσχετισμού αυξήσεων στις τιμές

και του ποσού των επιδομάτων που πρέπει να διανείμει. Σε αυτό σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής φροντίδας έχουν επιτευχθεί δύο στόχοι της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες και του χαμηλού κόστους περίθαλψης. Οι δύο στόχοι συνδέονται μεταξύ τους. Επειδή το σύστημα είναι ίσο, τα συνολικά κόστη, και όχι τα ποσά των επιδομάτων που πληρώνονται από το Δημόσιο, πρέπει να ελέγχονται. Η συνδιασμένη πληρωμή είναι σταθερή και η χρέωση στον ασθενή για περισσότερο από ότι έχει προσδιορίσει να πληρώσει, βάσει των τιμολογίων, απαγορεύεται αυστηρά.

Το αρνητικό σημείο είναι ότι για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, δηλαδή το σύστημα πληρωμών με τιμές υπηρεσιών, έχει γίνει πολύ άκαμπτο και δεν αποζημιώνει το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ειδικά εκείνων που απαιτούν φροντίδα υψηλής τεχνολογίας.

Η προσφορά υπηρεσιών, το 1/3 των νοσοκομειακών κλινικών υπάγονται ιδιοκτησία του δημόσιου τομέα. Αν και οι περισσότερες πληρωμές γίνονται με το παραπάνω σύστημα νοσηλείων, τα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα περιλαμβάνουν τα κονδύλια τους μέσα από ένα διαφορετικό σύστημα, όπως είναι οι άμεσες επιδοτήσεις από την κεντρική και τις τοπικές κυβερνήσεις της χώρας. Οι επιδοτήσεις χρηματοδοτούν όχι μόνο τις εξαρτώμενες από το κεφάλαιο και τις τρέχουσες δαπάνες των νοσοκομείων, αλλά και τα ελλείμματα τους. Τα νοσοκομεία στο δημόσιο τομέα διαθέτουν περισσότερους πόρους, από ότι εκείνα του ιδιωτικού τομέα και επίσης η ιατρική υψηλής τεχνολογίας τείνει να συγκεντρωθεί σ' αυτά.

Τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα επειδή παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες δεν εξοφλούνται πλήρως σύμφωνα με το σύστημα αποζημιώσεων, είναι όμως αναγκαίες από την πολιτική της υγείας, πρέπει να συνεχίσουν να δέχονται επιδοτήσεις. Οι υπηρεσίες οι οποίες ισχυρίζονται ότι είναι αναγκαίο να παρέχονται είναι η φροντίδα υψηλής τεχνολογίας και η θεραπεία μεταδοτικών ασθενειών. Αυτή η κατάσταση ότι παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες, οδηγεί τα νοσοκομεία να λειτουργούν με ελλείμματα και τώρα έχουν πολύ λίγα κίνητρα για να γίνουν παραγωγικά. Οι καλύτεροι φυσικοί πόροι για τα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα επιδρούν για να προσελκύσουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Ο συνωστισμός που προκύπτει, δημιουργεί πιέσεις στις τοπικές κοινότητες να δαπανήσουν ακόμη περισσότερες επιδοτήσεις σ' αυτά τα νοσοκομεία.

Σαν αρχή όλων αυτών των προβλημάτων είναι το σύστημα πληρωμών, σε όλους όσους παρέχουν υπηρεσίες, με ένα απόλυτα ομοιόμορφο τρόπο, μέσα από το σύστημα

fee-for-service. Επειδή όλοι οι προμηθευτές έχουν ίδια κίνητρα, προσπάθησαν να στραφούν σε πιο κερδοφόρες υπηρεσίες, όπως είναι η μεταφορά με ασθενοφόρα.

Όσο αυξάνεται η ανάγκη μείωσης των ελλειμάτων των νοσοκομείων του δημοσίου τομέα, εκείνα οδηγούνται σε νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα και των συμβούλων γιατρών. Τα νοσοκομεία στην Ιαπωνία αποτελούν κλειστό κύκλωμα και ότι οι ιδιωτεύοντες σύμβουλοι γιατροί δεν μπορούν να ασκήσουν καθήκοντα σε ένα νοσοκομείο.

Για να επιλυθεί το πρόβλημα είναι να μετακινούνται από το fee-for-service, σε ένα συγκεντρωτικό ημερήσιο νοσήλιο για εσωτερικούς ασθενείς και σε ένα συγκεντρωτικό ποσό περίθαλψης εξωτερικών ασθενών κατά επίσκεψη. Κάθε χρόνο, τόσο οι τιμές όσο και το ύψος της επιδότησης θα πρέπει να διαπραγματεύονται μεταξύ του νοσοκομείου και της τοπικής αυτοδιοίκησης και κάθε αλλαγή θα προσδιορίζεται από το δείκτη επιτυχίας που είχε παρουσιάσει το νοσοκομείο, σε προσδιορισμένους στόχους απόδοσης.

Παράδειγμα των δεικτών αυτών παρατίθεται παρακάτω:

1. Υπηρεσίες που καθορίζονται από την πολιτική υγείας. Εγχειρήσεις υψηλής τεχνολογίας, Διαγνώσεις .Επείγουσες επεμβάσεις, Αγωγή μεταδοτικών νοσημάτων.
2. Αλλαγή όμοιας λειτουργίας υπηρεσιών σε διαφορετικές. Ασθενείς που έρχονται με παραπεμπτικό. Ασθενών που στέλνονται αλλού με παραπεμπτικό.
3. Παραγωγικότητα: Απασχόληση κρεβατιών. Μέση διάρκεια παραμονής.
4. Απόδοση: Ικανοποίηση του ασθενή, των κοινοτικών γιατρών, πρόληψη αποφυγής θνησιμότητας στη περιοχή.

Η προσπάθεια για να επιτύχει κανείς τους δείκτες σημαίνει και μεγαλύτερη χρήση πόρων. Συνεπώς πρέπει να μετρούνται οι στόχοι. Τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να αποβάλλουν τις απαιτητικές απαιτήσεις, να παρέχουν επαρκή φροντίδα που θα αμοίβονται ικανοποιητικά.

(15. Naomi Ikekami Καθηγητής Πανεπιστημίου KEIO Ιαπωνίας)

4.2. Περίπτωση της Βουλγαρίας.

Στη Βουλγαρία η υγειονομική ασφάλιση διέπεται από τις εξής αρχές:

1. Συγκέντρωση εισφορών υγειονομικής ασφάλισης και ασφαλιστρα υγειονομικής ασφάλισης.
 2. Διαχείριση των συγκεντρωμένων εισφορών και ασφαλιστρων.
 3. Κατανάλωση αυτών για την πληρωμή υγειονομικών δραστηριοτήτων, υπηρεσιών και εμπορευμάτων.
- Διακρίνεται σε υποχρεωτική και σε εθελοντική.

(16. Ν.Μ. Εξαδάκτυλος – Ν.Β. Δαηιλίδου – Ε. Σωτηρίου)

4.2.1 Υποχρεωτική υγειονομική ασφάλιση.

Στη Βουλγαρία το Εθνικό Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης είναι αυτόνομος οργανισμός για υποχρεωτική ασφάλιση της υγείας, βάση της νομοθεσίας. Υπάρχει μόνο ένα ταμείο ασφάλισης και οι εισφορές των ασφαλισμένων εισπράττονται απευθείας από τις κρατήσεις του μισθού. Το Ε.Τ.Υ.Α. είναι ο μεγαλύτερος αγοραστής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας υπογράφοντας συμβόλαια με τους προμηθευτές. Έργο του Ε.Τ.Υ.Α. είναι

- 1)η διαχείριση των οικονομικών πόρων για τη φροντίδα υγείας των πολιτών,
- 2) για τη συνολική κάλυψη των αναγκών,
- 3)την εγγυημένη πρόσβαση και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Η διαχείριση και κατανάλωση των μέσων για τις υγειονομικές δραστηριότητες πραγματοποιείται από το Ε.Τ.Υ.Α. και τα περιφερειακά υποκαταστήματα, τα Περιφερειακά Ταμεία Υγειονομικής Ασφάλισης.

Το Ε.Τ.Υ.Α. είναι νομικό πρόσωπο με αυτόνομο προϋπολογισμό, ξεχωριστό από τον κρατικό. Αποτελείται:

- α) από την κεντρική διοίκηση,
- β) τα περιφερειακά ταμεία και τα
- γ) υποκαταστήματα τους στους δήμους.

Στους ασφαλισμένους παραχωρείται το βασικό πακέτο ιατρικών παροχών για την ιατρική βοήθεια μέσα από ένα συγκεκριμένο πακέτο ιατρικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και ελεύθερη εκλογή προμηθευτή, μεταξύ όσων έχουν συνάψει συμβόλαιο με το Π.Τ.Υ.Α .

(17. Ν.Μ. Εξαδάκτυλος – Ν.Β. Δανηλίδου – Ε. Σωτηρίου)

4.2.2. Εθελοντική υγειονομική ασφάλιση.

Η Εθελοντική Υγειονομική Ασφάλιση (Ε.Υ.Α.) είναι δευτερεύουσας σημασίας και πραγματοποιείται από ιδιωτικές ανώνυμες εταιρίες που είναι καταχωρημένες σύμφωνα με τον εμπορικό Νόμο και έχουν λάβει άδειες βάσει του Νόμου περί Υγειονομικής περίθαλψης. Με την τροποποίηση του νόμου ρυθμίζονται οι όροι για την ίδρυση εμπορικών εταιριών με αντικείμενο δραστηριότητας την εθελοντική υγειονομική ασφάλιση.

Η Ε.Υ.Α. δεν αποκλείει την υποχρεωτική ασφάλιση, αποτελεί δυνατότητα των ανθρώπων που διαθέτουν περισσότερα χρήματα για να ασφαλιστούν με περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες, πέρα από αυτές που τους προσφέρει το σύστημα ασφάλισης υγείας.

Η Ε.Υ.Α. περιλαμβάνει πακέτα ιατρικών υπηρεσιών που επιλέγονται από τους ιδιώτες και την ασφαλιστική εταιρία μαζί. Σύμφωνα με το Νόμο περί υγειονομικής ασφάλισης, οι ιατρικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν πέντε πακέτα:

1. Βελτίωση της υγείας και πρόληψη ασθενειών.
2. Εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
3. Νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
4. Κοινωνικές δραστηριότητες για την στήριξη της υγείας.
5. Αποζημίωση των εξόδων.

Καθένα από τα παραπάνω πακέτα δίνουν την ευκαιρία για την ευελιξία στην επιλογή ιατρικών υπηρεσιών.

(18. Ν.Μ. Εξαδάκτυλος – Ν.Β. Δανηλίδου – Ε. Σωτηρίου)

4.2.3. Τα θεραπευτικά ιδρύματα.

Το είδος των θεραπευτικών ιδρυμάτων που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες καθορίστηκε από το Νόμο περί θεραπευτικών ιδρυμάτων που δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως αρ.62/1999. Ανάλογα με το αντικείμενο και τον όγκο της πραγματοποιούμενης ιατρικής δραστηριότητας, διακρίνονται σε:

- θεραπευτικά ιδρύματα εξωνοσοκομειακής ή προνοσοκομειακής φροντίδας

- θεραπευτικά ιδρύματα νοσοκομειακής βοήθειας.

Η ομάδα της εξωνοσοκομειακής ή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπορεί να είναι κρατικά ή ιδιωτικά και διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Ιατρεία πρωταρχικής ιατρικής βοήθειας που μπορεί να είναι ατομικό ή ομαδικό που οργανώνεται και λειτουργεί από εμπορική εταιρία ή συνεταιρισμό που ιδρύθηκε από γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής.
2. Ιατρεία ειδικής ιατρικής βοήθειας που μπορεί να είναι ατομικό ιατρείο ειδικής εξωνοσοκομειακής ιατρικής βοήθειας, ομαδικό ιατρείο ειδικής ιατρικής βοήθειας, ιατρικό κέντρο- οδοντιατρικό κέντρο, διαγνωστικό- συμβουλευτικό κέντρο, αυτόνομο ιατρικό- διαγνωστικό εργαστήριο, αυτόνομο ιατρικό τεχνικό εργαστήριο.

Τα θεραπευτικά ιδρύματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και νοσοκομειακής συνάπτουν ατομικά συμβόλαια με το Ε.Τ.Υ.Α. το οποίο εκπροσωπείται σε αυτά τα συμβόλαια από τους διευθυντές των περιφερειακών ταμείων. Έτσι τα ιδρύματα γίνονται εκτελεστές της ιατρικής περίθαλψης στο σύστημα της υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης.

Κάθε ασφαλισμένος στο Ε.Τ.Υ.Α. επιλέγει ελεύθερο γιατρό από θεραπευτικό ίδρυμα που προσφέρει πρωταρχική εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αφού έχει συνάψει συμβόλαιο με το Ε.Τ.Υ.Α. και αυτός ο γιατρός γίνεται προσωπικός γιατρός του συγκεκριμένου ασφαλισμένου ατόμου. Απευθύνεται στο γιατρό του όποτε έχει πρόβλημα υγείας, δικαιούται από μόνο του να επιλέξει ίδρυμα ειδικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Με τον όρο πως το θεραπευτικό ίδρυμα έχει συμβατική σχέση με το Περιφερειακό Ταμείο και βρίσκεται στα όρια της περιφέρειας αυτής. Αν στη περιφέρεια δεν υπάρχει αυτή η ειδικότητα τότε ο γιατρός έχει το δικαίωμα να στείλει το άτομο σε ίδρυμα εκτός περιφέρειας. Όταν ο προσωπικός γιατρός κρίνει ότι απαιτείται εισαγωγή τότε εκδίδεται « κατεύθυνση εισαγωγής » στο νοσοκομείο. Ο προσωπικός γιατρός έχει την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

Η νοσοκομειακή ή δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι πολυπλοκότερη στην οργάνωση και άσκηση της ιατρικής απ' ότι στη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η Βουλγαρία διαθέτει εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες σε όλη τη χώρα, διαθέτοντας μεγαλύτερη παροχή νοσοκομειακής φροντίδας .

Ανάλογα με το είδος της ιατρικής περίθαλψης που παρέχεται κατά τη διάρκεια της παραμονής στα νοσοκομεία, αυτά χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- « Νοσοκομεία ενεργητικής θεραπείας », νοσηλεύονται άτομα με ασθένειες που απαιτούν εγχειρήσεις. Παρέχονται μαιευτικές υπηρεσίες και ιατρικές- κοσμητικές υπηρεσίες.
- « Νοσοκομεία για αποπεράτωση της θεραπείας και παρατεταμένη θεραπεία » νοσηλεύονται άτομα που χρειάζονται παρατεταμένες υπηρεσίες αποκατάστασης και με χρόνιες ασθένειες που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα με σκοπό τη διατήρηση ικανοποιητικής σωματικής και ψυχικής κατάστασης.
- « Νοσοκομεία αποκατάστασης », νοσηλεύονται άτομα που χρειάζονται σωματική θεραπεία, κινητική και ψυχική αποκατάσταση, φυσιοθεραπεία, λουτροθεραπεία και θαλασσοθεραπεία.
- « Νοσοκομεία για αποπεράτωση της θεραπείας, παρατεταμένη θεραπεία και αποκατάσταση ».

Ανάλογα με τις ειδικότητες της ιατρικής δραστηριότητας που παρέχεται στα νοσοκομεία διακρίνονται σε:

- α) « νοσοκομεία με πολλές ειδικότητες »,
- β) « ειδικευμένα »,
- γ) « μιας ειδικότητας ».

Ανάλογα με την περιοχή που εξυπηρετούν διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- α) Της « περιοχής », όταν στο νοσοκομείο νοσηλεύονται άτομα από ένα ή και γειτονικούς δήμους.
- β) « Περιφερειακά », όταν νοσηλεύονται άτομα από τους δήμους μιας περιοχής.
- γ) « Διαπεριφερειακά », όταν νοσηλεύονται άτομα από διαφορετικές περιφέρειες.
- δ) « Εθνικά », όταν πραγματοποιούνται μοναδικές για τη χώρα διαγνωστικές και θεραπευτικές δραστηριότητες και επιστημονικές έρευνες για την εφαρμογή ιατρικών τεχνολογιών ή εκτελούνται καθήκοντα για την επεξεργασία και εφαρμογή της εθνικής υγειονομικής πολιτικής.

Ανάλογα, με την ιδιοκτησία, τα νοσοκομεία ταξινομούνται σε

α) « δημόσια »

β) « ιδιωτικά ».

(19. Ν.Μ. Εξαδάκτυλος – Ν.Β. Δανηλίδου – Ε. Σωτηρίου)

Κεφάλαιο 5ο:

Μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα.

Σύμφωνα με τις Θ.Μπελλάλη, Ε.Παπάζογλου

Η ποιοτική μεθοδολογία είναι πολύ γνωστή στη ψυχολογία σε αντίθεση με τις επιστήμες υγείας που πριν λίγο καιρό αναπτύχθηκε το ενδιαφέρον για αυτήν.

Υπάρχουν διαφορές σχετικά με την ποσοτική :

- 1) ερευνητικό σχεδιασμό
- 2) δειγματοληψία
- 3) συλλογή και ανάλυση δεδομένων
- 4) σχέση ανάμεσα σε ερευνητή και υποκείμενα
- 5) τρόπο αξιολόγησης

Οι κοινωνιολόγοι και οι ερευνητές αυτού του πεδίου χρησιμοποιούν τις ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους για την περιγραφή, ανάλυση και ερμηνεία σύνθετων φαινομένων, γεγονότων και ανθρώπινων συμπεριφορών.

Στην Ιατρική επιστήμη χρησιμοποιούνται για να επεξηγηθούν κάποια φαινόμενα όπως η μη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Ορισμός:

Ποιοτική έρευνα: συστηματική διερεύνηση και όσο κατά το δυνατό πληρέστερη κατανόηση των ανθρώπινων υπάρξεων μέσα στο περιβάλλον το οποίο ανήκουν.

Η διαφορά ποιοτικής και ποσοτικής

1) η ποιοτική: αποσκοπεί στην αναγνώριση της παρουσίας ή της απουσίας ενός φαινομένου, καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του

2) ποσοτική: αποσκοπεί στην αναγνώριση της παρουσίας ή της απουσίας ενός φαινομένου, καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του, που αποσκοπεί στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο ένα χαρακτηριστικό υφίσταται ή όχι.

Άρα η ποιοτική επιχειρεί να απαντήσει στο τι συμβαίνει και όχι στη συχνότητα που συμβαίνει ένα γεγονός και ακολουθεί μια ολοκληρωμένη προοπτική που διαφυλάσσει τη πολυπλοκότητα της επιστημονικής συμπεριφοράς.

Είδη ποιοτικής έρευνας : Βασίστηκε σε θεωρητικές παραδόσεις που οδήγησαν σε ερευνητικές προσεγγίσεις και περιλαμβάνουν διάφορες παραλλαγές α) στο σχεδιασμό, β) τη συλλογή, γ) ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων.

Η πιο σύγχρονη και διαδεδομένη ποιοτική μέθοδος στο χώρο της νοσηλευτικής έρευνας είναι της θεμελιωμένης θεωρίας των Glaser&Strauss που τα αποτελέσματα και οι διαδικασίες αναδύονται από τα εμπειρικά δεδομένα και οι υποθέσεις διαμορφώνονται από τη συνεχή ανάλυση και έλεγχο των δεδομένων.

Η ποσοτική μεθοδολογία στην έρευνα προσδιορίζει συγκεκριμένα, μετρήσιμα, στατιστικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης εμπειρίας και διατυπώνει αρχικές υποθέσεις που βασίζονται σε υπάρχουσες θεωρίες τις οποίες καλείται να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει μέσα από μια παραγωγική-συμπερασματική διαδικασία.

Η ποιοτική έρευνα τονίζει με ολοκληρωτικό τρόπο τις μοναδικές και δυναμικές πλευρές των ανθρώπινων εμπειριών στο φυσικό πλαίσιο που συμβαίνουν, χωρίς να διατηρεί προσχηματισμένες ιδέες.

Η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα είναι διαφορετικές και παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα για διαφορετικούς σκοπούς. Οποιαδήποτε μέθοδος και αν επιλεγθεί θα έχει ατέλειες και περιορισμούς. Στη νοσηλευτική έρευνα πρέπει να συνδυαστούν τα δύο είδη της έρευνας προσφέροντας πλούσια και ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

(20. Θ. Μπελλάλη – Ε. Παπάζογλου 2004)

Κεφάλαιο 6ο:

Εξέταση παραγόντων προς μελέτη νοσηλευτικής έρευνας με στόχο την ικανοποίηση των ασθενών.

Με την συνεχόμενη ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα επιβάλλεται να μελετηθούν παράμετροι για την ικανοποίηση και φροντίδα των ασθενών που να αποσκοπούν στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα και την υλοποίηση των στόχων αυτών.

Πρωτίστως πρέπει να μελετηθεί ο οικονομικός τομέας, ο κοινωνικός τομέας και ο ψυχικός. Δηλαδή τα κονδύλια και οι οικονομικοί πόροι που επενδύονται στα δημόσια νοσοκομεία, να συγκριθούν με την οικονομική στήριξη και διαχείριση των ιδιωτικών κλινικών. Στον κοινωνικό τομέα πρέπει να μελετηθεί ποιές οικονομικά τάξεις απευθύνονται σε δημόσια ιδρύματα και ποιές απευθύνονται σε ιδιωτικές κλινικές.

Ως προς τη συμπεριφορά του προσωπικού θα προκαλούσε ενδιαφέρον η διαφοροποίηση προσέγγισης του ασθενούς στα δημόσια ιδρύματα και στα ιδιωτικά, Ποιες τεχνικές χρησιμοποιούνται, ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευομένων από αυτά, ποια τα παράπονα από τη παραμονή, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, την εξυπηρέτηση, αισθάνονται ασφαλέστεροι και σιγουρότεροι όταν νοσηλεύονται σε πανεπιστημιακό ή σε επιμελητικό νοσοκομείο, ποια είναι η συμπεριφορά των θεράποντων γιατρών;

Επίσης πρέπει να μελετηθεί οι αμοιβές του προσωπικού και στους δύο φορείς, ποία η επιρροή και η επίδραση τους στην εργασία; Τα ωράρια των εργαζομένων, τα προνόμια των εργαζομένων και των ασθενών τις περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν, τα τεχνολογικά μέσα που διατίθενται, οι χώροι υγιεινής, η διατροφή – η ύπαρξη εξειδικευμένου διαιτολογίου, τις διοικητικές διαφορές που υπάρχουν και κατά πόσο ευνοούν τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Κεφάλαιο 7^ο:

Τα Δημόσια νοσοκομεία & ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευθέντων σε αυτά.

Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών που δεν υπάρχει πάντα διάκριση μεταξύ τους.

- Την Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας με στόχο τη πρόληψη ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή υγειονομικών υπηρεσιών με στόχο τη διάγνωση και θεραπεία ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας – Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης της αιτίας της αρρώστιας (πρωτογενής πρόληψη) και την έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική πληροφόρηση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την εξάλειψη των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, και για ασθένειες-απειλές π.χ. AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας για την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.).
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, γιατί θα αποτραπεί η επιπλοκή για την υγεία, ειδικά στις νεότερες ηλικίες, και θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από νοσοκομεία:

- Κρατικά του ΕΣΥ, στελεχωμένα με γιατρούς του ΕΣΥ.
- Πανεπιστημιακά, στελεχωμένα από πανεπιστημιακούς αλλά και γιατρούς του ΕΣΥ. Ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά: υπαγόμενα στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και αποτελούνται από μόνιμους και στρατεύσιμους γιατρούς και πολίτες γιατρούς, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος: υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και μη ιδιωτικά. Απαρτίζονται από γιατρούς με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

(Νέα Δημοκρατία « Το πρόγραμμα μας »)

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και γενικότερα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία εξετάστηκαν οι ακόλουθες παράμετροι: ιατρικές – νοσηλευτικές – ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Οι έρευνες διεξάχθηκαν με ερωτηματολόγια που αποτελούνταν από ερωτήσεις με δημογραφικά και κοινωνικά κριτήρια.

Έρευνα σε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τους Δ. Νιάκα – Χ. Γναρδέλλης στο νοσοκομείο της Αθήνας όπου διεξάχθηκε η έρευνα τη χρονολογία του 2000 τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες ήταν υψηλές και εμφανώς μικρότερη για τις ξενοδοχειακές. Βάση στατιστικών δεδομένων παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς μεταβλητές, την ηλικία, το τόπο διαμονής, το φύλο, την εκπαίδευση, τον ασφαλιστικό φορέα.

Βάση μελέτης της έρευνας διαφαίνεται ότι περιλαμβάνει άτομα μέσης ηλικίας αφού το μεγαλύτερο ποσοστό είναι περίπου 45 ετών. Οι άνδρες που αποτελούσαν αρκετό ποσοστό, οι μισοί από αυτούς ήταν απόφοιτοι στοιχειώδους εκπαίδευσης και το μεγαλύτερο ποσοστό διέμενε μόνιμα στο λεκανοπέδιο, ενώ σαν κύριος ασφαλιστικός φορέας φαίνεται το ΙΚΑ.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τις υπηρεσίες και τη συμπεριφορά η ικανοποίηση είναι υψηλή καθώς και για την επιστημονική δεξιότητα.

Υπερέχει ελάχιστα η ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το νοσηλευτικό. Επιπροσθέτως αρκετά μεγάλη ικανοποίηση αναφέρουν οι νοσηλευόμενοι για την ενημέρωση και τις οδηγίες για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Όσον αφορά τις ξενοδοχειακές υποδομές τα ποσοστά διαφοροποιούνται, τα μικρότερα αναφέρονται στους χώρους υγιεινής και στις δυνατότητες επικοινωνίας μέσα στο νοσοκομείο.

Οι μέσες τιμές των δεικτών ικανοποίησης δεν διαφοροποιούνται ως προς το φύλο, διαφοροποιήσεις υπάρχουν ως προς την ηλικία ιδίως κάτω των 45 και των λοιπών. Μικρές διαφοροποιήσεις εμφανίζονται ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρείται ότι άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου είναι πιο ευχαριστημένα σε σύγκριση με εκείνα υψηλότερης μόρφωσης. Άλλη διαφοροποίηση παρατηρείται ανάμεσα στους κατοίκους του λεκανοπεδίου και κατοίκων άλλων περιοχών της χώρας. Οι κάτοικοι του λεκανοπεδίου είναι πιο απαιτητικοί ως προς τις παροχές ενώ οι κάτοικοι εκτός αυτού δηλώνουν ευχαριστημένοι. Όσο για τον ασφαλιστικό φορέα οι δείκτες δεν διαφοροποιούνται. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ και οι άποροι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις ξενοδοχειακές υποδομές. Όσο για τον αριθμό των νοσηλευθέντων που ζουν μαζί δεν διαφοροποιείται ο βαθμός ικανοποίησης.

Συμπερασματικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι η ηλικία και ο τόπος διαμονής. Σχετικά με την ηλικία, για κάθε χρόνο της ηλικίας των ασθενών η ικανοποίηση για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και οι προσφορές τους προς τους ασθενείς και η ξενοδοχειακή υποδομή και λειτουργικότητα του νοσοκομειακού χώρου αυξάνονται. Όσον αφορά το τόπο διαμονής οι ασθενείς από επαρχία εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με κατοίκους της Αττικής. Οι διαφορές βάσει επιπέδου εκπαίδευσης δεν είναι σημαντικές και χωρίς επίπεδο διαφοροποίησης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι πως παρόλο που η εντύπωση που επικρατεί είναι πως τα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους , τα αποτελέσματα της έρευνας συνηγορούν στο αντίθετο σε μεγάλο βαθμό. Η ικανοποίηση είναι υψηλή σχετικά με τις παρεχόμενες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες χωρίς να συμβαίνει και το ίδιο για τις ξενοδοχειακές. Συνεπώς αυτό σημαίνει ότι οι χρήστες του νοσοκομείου εμφανίζονται ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά και το έργο των θεραπειών τους ενώ αναγνωρίζουν τα προβλήματα στο νοσοκομείο που δεν συνδέονται άμεσα με το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο. Αντίθετα συνδέονται με τη ξενοδοχειακή υποδομή και το επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών που στηρίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Η δυσαρέσκεια ως προς τα συγκεκριμένα προβλήματα γίνεται εντονότερη στις νεότερες ηλικίες και στους κατοίκους του λεκανοπεδίου σχετικά με τους ηλικιωμένους της λοιπής Ελλάδας που προσέφυγαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Οι νεαρότερες ηλικίες και τα υψηλότερα οικονομικά στρώματα έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και μεγαλύτερες προσδοκίες και εκφράζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης.

(21. « Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας »)

Έρευνα σε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα.

Στην έρευνα των Μ. Καμπάνταη – Δ. Νιάκα μελετάται ο βαθμός ικανοποίησης που εξαρτάται από ένα δείγμα ατόμων και παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες και το μικρότερο είναι άνδρες. Οι μισοί και παραπάνω είναι 44 – 64 χρονών ενώ μόλις το μικρότερο ποσοστό είναι άνω των 65. Υπάρχουν απόφοιτοι της στοιχειώδους εκπαίδευσης, μέσης, και τριτοβάθμιας. Οι μισοί και παραπάνω ήταν έγγαμοι, λιγότεροι άγαμοι και το υπόλοιπο μικρό ποσοστό διαζευγμένοι ή χήροι. Οι περισσότεροι ζούσαν στη πόλη και οι υπόλοιποι στην ευρύτερη περιοχή.

Στην έρευνα που έγινε διερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών για την υποδομή, τις διοικητικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση και το λόγο επίσκεψης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο, αλλά υπήρξαν σύμφωνα με την ηλικία. Αντιστρόφως διαπιστώθηκαν αποτελέσματα βάσει εκπαίδευσης. Όσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μεγαλύτερη ήταν η ικανοποίηση για τα είδη των υπηρεσιών. Οι κάτοικοι της επαρχίας παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με αυτούς της πόλης. Οι έχοντες στο ενεργητικό τους διαζύγιο δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση, ενώ οι ανύπαντροι μικρότερη για τις παροχές του Κέντρου Υγείας. Όσο για το λόγο επίσκεψης οι επισκέπτες με ψυχιατρικό αίτημα υπήρξαν δυσαρεστημένοι ως προς τις διοικητικές υπηρεσίες.

Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε ο βαθμός βελτίωσης της κατάστασης υγείας, μελετήθηκε κατά φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, λόγο επίσκεψης και συμπεριλαμβάνει την ικανοποίηση από το κλινικό έργο. Στο σύνολό τους οι επισκέπτες παρουσίασαν βελτίωση στη κατάσταση της υγείας τους. Στις γυναίκες σημειώθηκε μεγαλύτερη διαφορά συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών. Η ίδια κατάσταση επικρατεί και για το υγειονομικό ανάλογο με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Όσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξανόταν η βελτίωση κατάστασης της υγείας. Οι κάτοικοι της υπαίθρου σημείωσαν μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με κατοίκους της πόλης. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση μεγαλύτερη βελτίωση δήλωσαν οι χήροι/ες και οι διαζευγμένοι/ες με σημαντική διαφορά σχετικά με τις άλλες κατηγορίες.

Υστερα από την επεξεργασία του δείγματος των απαντήσεων προκύπτει το αποτέλεσμα ότι αρκετοί είναι ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά της γραμματείας και την υποδοχή, λιγότεροι από τη συμπεριφορά του ειδικού και από την ενημέρωση και παροχή οδηγιών από τον ειδικό. Υπήρξε υψηλό ποσοστό που δεν υπήρξαν που δήλωσαν αδιαφορία σχετικά με τις υπηρεσίες.

Παράγοντες που δυσαρεστούσαν τους επισκέπτες ήταν: η λίστα αναμονής αναφερόμενοι στη πολυκοσμία, στο χρόνο αναμονής, και στην έκθεση σε άλλους. Οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν δυσαρεστήθηκαν από τίποτα.

Τα συμπεράσματα της έρευνας σύμφωνα με τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους πιθανούς χρήστες για τους οποίους έχουν σχεδιαστεί και προσφέρονται οι υπηρεσίες είναι αναγκαία. Οι χρήστες των υπηρεσιών δείχνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης και αυτό συνδυάζεται με την καλή επικοινωνία και κατανόηση του θεραπευτικού προσωπικού. Σχετικά με τη φροντίδα η ικανοποίηση των χρηστών είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με το κλινικό έργο (δηλ. το ιατρικό και το παραϊατρικό) και μικρότερη για την υποδομή και τις διοικητικές υπηρεσίες. Η δυσαρέσκεια που διαφαίνεται από την έρευνα αφορά διοικητικές και

διαχειριστικές λειτουργίες που αφορούν τις υπηρεσίες σχετικά με την πρόσβαση, τις λίστες αναμονής και την οργάνωση των υπηρεσιών.

Σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης και το τόπο διαμονής. Η ικανοποίηση μειώνεται στα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης και αυτά τα άτομα παρουσιάζουν διαφορετικές προσδοκίες.
(22.« Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής

Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα »)

Έρευνα σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. « Παπαγεωργίου»

Σε έρευνα των Α. Κουμανδάρη – Μ. Θεοδώρου – Δ. Καϊτελίδου που διεξήχθη το έτος του 2004 και στόχος ήταν η καταμέτρηση της γνώμης και ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. « Παπαγεωργίου ».

Οι χρήστες των υπηρεσιών φάνηκαν πολύ ικανοποιημένοι και για το έργο, αλλά και για τη συμπεριφορά του ιατρικού – νοσηλευτικού – διοικητικού προσωπικού, αλλά και για τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, την καθαριότητα, και τους κοινόχρηστους χώρους όπως προκύπτει από την επεξεργασία του δείγματος. Παρόλο που οι Έλληνες δηλώνουν δυσαρέσκεια και απογοήτευση από τα ελληνικά νοσοκομεία και τις υπηρεσίες υγείας ωστόσο όταν ερωτούνται ως ασθενείς τότε τα ποσοστά είναι ικανοποιητικά. Στη συγκεκριμένη μελέτη καταγράφηκε η ικανοποίηση των χρηστών και επιχειρήθηκε ο συσχετισμός της ικανοποίησης με την ηλικία του ασθενή, το χρόνο που διέθεσε ο γιατρός για την εξέταση, το συνολικό αριθμό των επισκέψεων και επιβεβαιώνεται ότι το Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου» είναι από τα πιο σύγχρονα και καλά οργανωμένα νοσοκομεία.

Στην έρευνα αξιολογήθηκαν οι δυνατότητες πρόσβασης ασθενών στα νοσοκομεία και η ικανοποίηση από τα Τ.Ε.Ι. του νοσοκομείου. Οι ερωτήσεις που έγιναν αφορούν:

- Το μέσο μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκε για να φτάσουν στο νοσοκομείο και τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν και ήρθαν αντιμέτωποι.
- Τον τρόπο με τον οποίο έκλεισαν ραντεβού και συνεννοήθηκαν για την επίσκεψη.
- Την επικοινωνία με την γραμματεία των Τ.Ε.Ι.
- Τον χρόνο αναμονής και τις λίστες για το ραντεβού και την εξέταση.
- Τη διάρκεια της εξέτασης
- Έργο και συμπεριφορά του ιατρικού – νοσηλευτικού – διοικητικού προσωπικού.
- Ξενοδοχειακή υποδομή.
- Διαδικασίες για επαναπρογραμματισμός των εξετάσεων.

Τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες και ακολουθούν οι άνδρες. Οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι και το μικρότερο ποσοστό είναι ανύπαντροι, έχουν σχετικά χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης γιατί δηλώνουν απόφοιτοι Δημοτικού και ελάχιστοι είχαν ανώτατες και μεταπτυχιακές σπουδές. Οι γυναίκες με μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσαν οικιακά, και οι λιγότεροι από τους μισούς άνδρες δήλωσαν συνταξιούχοι, εργαζόμενοι ήταν το 1/3 περίπου. Οι ασφάλειες ήταν κυρίως από το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ.

Για τη πρόσβαση στα Τ.Ε.Ι. το οι περισσότεροι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στη πρόσβαση, το 1/3 περίπου είχε δυσκολίες με την αστική συγκοινωνία, την εκτέλεση έργων στη περιφερειακή οδό, και τη μεγάλη απόσταση από την κατοικία τους, κανένας δεν αντιμετώπισε πρόβλημα στο παρκάρισμα. Όσοι έκλεισαν ραντεβού τηλεφωνικά με τη γραμματεία θεωρούν την επικοινωνία τους εύκολη εώς πολύ εύκολη, μόνο ένα μικρό ποσοστό χαρακτήρισε την επικοινωνία δύσκολη ισχυριζόμενο ότι οι τηλεφωνικές γραμμές είναι μονίμως κατειλημμένες και ότι μεσολαβεί πολύς χρόνος μέχρι να απαντηθεί η κλήση. Ο χρόνος αναμονής κυμαίνεται από: 1) 0 – 10 ημέρες, 2) από 11 – 30 ημέρες, 3) 31 – 60 ημέρες, 4) και πάνω από 60 ημέρες. Τα 3/4 αυτών δήλωσαν ο χρόνος αναμονής δεν ήταν επιλογή τους, αλλά ήταν

αδυναμία του νοσοκομείου. Σχεδόν οι μισοί παρέμειναν στην αίθουσα αναμονής έως και 15 λεπτά επιπλέον, και άλλοι λιγότεροι πάνω από μια ώρα.

Ο πραγματικός χρόνος που ο γιατρός αφιερώνει στην εξέταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης του ασθενούς, με τη σύγκριση του πραγματικού χρόνου ανά ραντεβού, βρέθηκε ότι ο πραγματικός χρόνος είναι τελικά μικρότερος από το προγραμματισμένο. Γενικότερα τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από το χρόνο εξέτασης, το περιεχόμενο ιατρικής φροντίδας, νοσηλευτικής φροντίδας, η συμπεριφορά του ιατρικού – νοσηλευτικού – διοικητικού προσωπικού, τη ξενοδοχειακή υποδομή, τη καθαριότητα κ.λ.π. όλα αυτά δικαιολογούνται λόγω του ότι το νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» είναι σχετικά καινούριο, με σύγχρονη τεχνολογία, καλή οργάνωση και διοίκηση.

Σε ευρήματα άλλων ερευνών και ύστερα από εύρεση και μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι ο χρόνος που ο γιατρός διαθέτει για τον ασθενή είναι ένας από τους μεγαλύτερα κριτήρια ικανοποίησης του. Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος της εξέτασης τόσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής.

Παρά τις υψηλές τιμές ικανοποίησης, υπάρχουν προβλήματα στις διαδικασίες διαχείρισης όπως: ταχύτητα εξυπηρέτησης, προγραμματισμός εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, ραντεβού με άλλα ιατρεία και εργαστήρια και στον διαθέσιμο χρόνο εξέτασης. Βελτίωση χρειάζεται και στη πρόσβαση για το νοσοκομείο, την επικοινωνία με τη γραμματεία των Τ.Ε.Ι. αλλά και της λίστας αναμονής ειδικά σε ορισμένες ειδικότητες και εργαστήρια.

(22. « Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του

Γ.Π.Ν.Θ. « Παπαγεωργίου».)

Έρευνα σε εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. (Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας)

Στην έρευνα των Β.Αλετρά – Φ.Ζαχαράκη – Δ. Νιάκα που διεξήχθη το πρώτο εξάμηνο του 2005, σε δείγμα 100 ασθενών, και το ποσοστό συμμετοχής ήταν 70% αναλύθηκαν παράγοντες όπως: το ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, χρόνο ραντεβού, νοσοκομειακοί χώροι και περιβάλλον. Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα τμήματα από τα οποία διέρχεται ο ασθενής και τις διαδικασίες τις οποίες κίνησε ο ασθενής για να έρθει σε επαφή με το νοσοκομείο και με τους θεράποντες γιατρούς του.

Εξετάστηκε:

- α) το κλείσιμο του ραντεβού
- β) η αναμονή για το κλείσιμο του ραντεβού
- γ) η γραμματεία και η εξυπηρέτηση προς τους ασθενείς.
- Δ) κτιριακή εγκαταστάσεις
- ε) καθαριότητα και άνεση νοσοκομείου
- στ) σχέση γιατρού – ασθενούς
- ζ) ενημέρωση – καθοδήγηση – αντιμετώπιση προβλήματος υγείας – υποστήριξη ασθενή, οικογένειας
- η) επικοινωνιακή σχέση – φροντίδας νοσηλευτή/τριας με ασθενή.

- Συγκεκριμένα:
1. Ευκολία και ταχύτητα κανονισμού ραντεβού στη γραμματεία.
 2. Προθυμία εξυπηρέτησης προσωπικού γραμματείας για ραντεβού
 3. Χρόνος αναμονής μέχρι την ημερομηνία πραγματοποίησης της επίσκεψης
 4. Επαρκής σηματοδότηση εξωτερικών χώρων νοσοκομείου.
 5. Καθαριότητα αίθουσας αναμονής
 6. Ευρυχωρία αίθουσας αναμονής.
 7. Ευκολία εύρεσης καθίσματος στην αίθουσα αναμονής.
 8. Θερμοκρασία αίθουσας αναμονής.
 9. Χρόνος αναμονής για την εξέταση στην αίθουσα αναμονής.
 10. Καθαριότητα χώρου ιατρείου.
 11. Ευρυχωρία χώρου εξέτασης ασθενών.
 12. Επάρκεια χρόνου που διέθεσε ο γιατρός για την εξέταση.
 13. Προθυμία γιατρού να ακούει όσα οι ασθενείς ήθελαν να περιγράψουν για την υγεία τους.
 14. Πληροφόρηση από γιατρό σε ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους.
 15. Εμπιστοσύνη στην ορθότητα της διάγνωσης και της θεραπείας του γιατρού.
 16. Επάρκεια εξηγήσεων – οδηγιών γιατρού για θεραπεία.
 17. Σεβασμός γιατρού από ασθενείς.
 18. Ευγένεια νοσηλευτριών.
 19. Προθυμία νοσηλευτριών να απαντούν σε ερωτήματα.
 20. Χρόνος αποπεράτωσης διαδικασιών πληρωμής – θεώρησης.
 21. Ευγένεια και προθυμία εξυπηρέτησης προσωπικού γραμματείας.

Τα συμπεράσματα ήταν πολύ ικανοποιητικά από το νοσηλευτικό προσωπικό των Ε.Ι. , δυσαρεστημένοι φάνηκαν από τη γραμματεία και υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία και για το χρόνο που απαιτείται για το κλείσιμο ραντεβού. Ανασταλτικό παράγοντα επίσης για την επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου αποτελεί και η μεγάλη αναμονή.

(24. « Ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου »)

Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ
από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες :

Σε έρευνα των:

Γ. Τούντα, Θ. Λοπατατζίδα, Λ. Χουλιάρα

πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 435 ασφαλισμένων με τυχαία επιλογή, στη σειρά αναμονής κάθε ιατρείου κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Μαΐος 2001 με βαθμό ανταπόκρισης 95,2%. Ερωτήθηκαν σχετικά με τη κατάσταση της υγείας, την οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης των ασφαλισμένων, ειδικότητες γιατρών που είχαν κλείσει ραντεβού, την ευκολία κανονισμού ραντεβού, χρόνο αναμονής, πρόσβαση στις υπηρεσίες, ικανοποίηση από υπηρεσίες του ΙΚΑ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου οι μισοί έχουν καλή υγεία, παραπάνω από τους μισούς προτιμούν να ζητούν πρώτα τη γνώμη ενός ειδικού, οι πλειονότητα σχεδόν επισκέπτονται το γιατρό με δική τους επιθυμία, οι ασφαλισμένοι του δείγματος πραγματοποίησαν 10 επισκέψεις κατά μέσο όρο το τελευταίο χρόνο στο ΙΚΑ, περίπου το 1/3 κλείνει ραντεβού την ίδια ή την επόμενη μέρα, ένα ελάχιστο ποσοστό μετά από ένα μήνα, οι μισοί από αυτούς αξιολογούν τις υπηρεσίες ικανοποιητικές, και το 1/3 ως κακές.

(«Έρευνα της γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.»)

Κεφάλαιο 8^ο:

Οι θέσεις των κομμάτων για την υγεία, οι απόψεις και οι διεκδικήσεις τους.

Στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα Υγείας : Δεν γίνεται:

- 1) Διάγνωση,
- 2) Καταγραφή
- 3) Αναγνώριση των επαγγελματικών ασθενειών,
- 4) Συστηματική καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων.
- 5) Υπάρχει πλήρης απουσία κρατικού ελέγχου (από την Επιθεώρηση Εργασίας) για τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας,
- 6) Ανυπαρξία υποδομών και επαρκούς επιστημονικού προσωπικού.

Οι επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων:

- 1) Είτε δεν υπάρχουν καθόλου,
- 2) Είτε λειτουργούν τυπικά
- 3) Οι διοικήσεις τις εμποδίζουν στο έργο τους.

Στα περισσότερα νοσοκομεία οι νοσηλεύτριες/τριες:

- 1) Δουλεύουν χωρίς εκπαίδευση στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας,
- 2) Με ελάχιστα ή και χωρίς ατομικά μέσα προστασίας (γάντια, γυαλιά, μάσκες),
- 3) Χωρίς ασφαλή εξοπλισμό (π.χ. προετοιμασία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων),
- 4) Χωρίς να έχουν γίνει οι κατάλληλοι εμβολιασμοί,
- 5) Χωρίς ιατρική παρακολούθηση της επαγγελματικής υγείας τους

Η υγεία των νοσηλευτριών :

(που αποτελούν και την πλειοψηφία των εργαζομένων στον κλάδο των νοσηλευτών) επιβαρύνεται από:

- 1) Το συνδυασμό της εργασίας με τις υποχρεώσεις του νοικοκυριού
- 2) Της φροντίδας των παιδιών και των ηλικιωμένων ατόμων.
- 3) Επιπλέον, παραβιάζονται οι θετικές διατάξεις για την προστασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών στους χώρους εργασίας, που απαγορεύουν τη νυχτερινή εργασία.

Σε αυτές τις ομάδες εργαζομένων γυναικών επιβάλλεται να γίνει μια αξιολόγηση των κινδύνων και να χορηγηθεί άδεια με αποδοχές για όλο το διάστημα της κύησης και λοχείας, αν δεν εξαιρεθούν οι κίνδυνοι

Οι ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού :

- 1) Οδηγούν σε εντατικοποίηση της εργασίας και
- 2) Παραβίαση κάθε ανθρώπινης αντοχής σε ό,τι αφορά την οργάνωση των ωραρίων (απόγευμα – πρωί – νύχτα).

Η μαζική πρόσληψη προσωρινού και μερικά απασχολούμενου προσωπικού (Stage, επικουρικοί, κλπ.) οδηγεί τους εργαζόμενους στο άγχος της εργασιακής ανασφάλειας και επιπλέον μειώνει τις δυνατότητες να εκπαιδευτούν στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας.

Έτσι οδηγούμαστε σε αύξηση των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Υπό τις παραπάνω συνθήκες η παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς από τους νοσηλευτές περιορίζεται στα εντελώς στοιχειώδη. Τίθεται σε κίνδυνο η υγεία και η ασφάλεια των ασθενών (λόγω λαθών, παραλείψεων κλπ.), υποβαθμίζονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες, επιφορτίζονται τα μέλη της οικογένειας του ασθενή με τη φροντίδα του.

Παράγοντες που επιδεινώνουν τις συνθήκες εργασίας:

- 1) Η εξάπλωση των ευέλικτων σχέσεων εργασίας.
- 2) Η κατάργηση του δωρου και του σταθερού χρόνου εργασίας.
- 3) Η αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης
- 4) Ο αποχαρκτηρισμός των Βαρέων και Ανθυγιεινών
- 5) Η εμπορευματοποίηση της Υγείας – Πρόνοιας – Κοινωνικής Ασφάλισης.

(εφημερίδα « Ριζοσπάστης »)

Σήμερα θα πρέπει το σύστημα υγείας να χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό των απαιτήσεων των χρηστών και από το σεβασμό στην προσωπικότητα τους. Επιτακτική ανάγκη κρίνεται το δικαίωμα όλων των πολιτών να τους παρέχονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, παράλληλα μπορεί να συνυπάρχει και η ιδιωτική δραστηριότητα και ανάπτυξη.

Θα πρέπει να υλοποιηθούν κάποιοι στόχοι:

- 1) Η προστασία της υγείας και όχι η αποπεράτωση της ασθένειας.
- 2) Ίση αντιμετώπιση προς όλους , με την εξασφάλιση ίδιων δυνατοτήτων πρόσβασης.
- 3) Πρέπει να συνδυάζεται η ποιότητα και η απόδοση
- 4) Ικανό να αντιμετωπίσει διαρκείς χρονοβόρες διαδικασίες που ταλαιπωρούν τον ασθενή.
- 5) Να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας μακριά από το κέντρο.
- 6) Ικανοποιητική λειτουργία και αμοιβές με σωστή διαχείριση.
- 7) Συνεχής παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.
- 8) Συνεχής έλεγχος κάθε μονάδας υγείας και αξιολόγηση συνθηκών του νοσοκομείου.
- 9) Προστασία του ασθενή και των δικαιωμάτων του από φαινόμενα αυθαιρεσίας.

(Νέα Δημοκρατία - « Το Πρόγραμμα μας »)

Επίλογος:

Εξετάζοντας όλα τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι η Ελλάδα οφείλει να αφουγκραστεί τις επιθυμίες των ασθενών, να παρακολουθεί τις εξελίξεις του υγειονομικού τομέα άλλων κρατών, να αναλύσει τις συνέπειες των εφαρμογών τους και να καταλήγει σε αποφάσεις που θα διατηρούν την ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων, του κόστους και του όφελους με κεντρικό γνώμονα τον ασθενή πάντοτε.

Βιβλιογραφία:

- ❖ Γ. Τούντας Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών. « Ποιότητα στην Υγεία. » (iatrotek-online)
- ❖ Dr.Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα Προϊσταμένη Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης : Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα Μια ολιστική προσέγγιση. Εκδόσεις Ελλην.
- ❖ www.iekdelta.gr
- ❖ Ευάγγελος Παπαστεριάδης Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραια « Το πρόβλημα της υγείας και η πρακτική προσέγγιση του. Δημόσιος – Ιδιωτικός ή Μικτός Φορέας; » Επιθεώρηση της Υγείας Μάιος – Ιούνιος 1993.
- ❖ Λέτα Μεθωνιού «Οι εξελίξεις στον Ιδιωτικό τομέα υγείας » www.google.com
- ❖ Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής – Ιατρική Πληροφορική ΙΙ Ιατρική σχολή Α.Π.Θ.
- ❖ Π. Καρυώτης: Management υπηρεσιών υγείας Βιοϊατρική και Τεχνολογία Euroclinica Αθήνα 1992
- ❖ Γ. Τσαλίκης Phd Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστημίου Ottawa Επισκέπτης Καθηγητής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, Τομέας Ιατρικής Οικονομίας. « Το νοσοκομείο σαν σύστημα: Θεωρία και ανάλυση » Επιθεώρηση της Υγείας Μάιος – Ιούνιος 1992.
- ❖ Ι. Νεονάκης, Α. Διλίντας, Μ. Μπαριτάκη, Ε. Σεβαστάκη « Μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων. Σκέψεις ως προς τη μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων. » Επιθεώρηση υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2007.
- ❖ Naoki Ikegami Καθηγητής Πανεπιστημίου ΚΕΙΟ Ιαπωνίας. « Επαναπροσδιορίζοντας τους Ρόλους του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα Υγείας στην Ιαπωνία. » Επιθεώρηση της Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 1995.
- ❖ Ν.Μ Εξαδάκτυλος, Ν.Β. Δανηλίδου, Ε.Σωτηρίου « Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.» Η περίπτωση της Βουλγαρίας. Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2007.
- ❖ Θ. Μπελλάλη, Ε. Παπάζογλου Πανεπιστήμιο Αθήνας Τμήμα Νοσηλευτικής. « Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα.» Νοσηλευτική Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2004.
- ❖ Δ. Νιάκας – Χ. Γναρδέλλης «Έρευνα σε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας.» Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Ιατρική 2000.
- ❖ Μ. Καμπάντα – Δ. Νιάκας « Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. » Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2004
- ❖ Α. Κουμανδράκη – Μ.Μ. Θεοδώρου, Δ. Καϊτελίδου « Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. « Παπαγεωργίου » Νοσηλευτική 2004 Απρίλιος – Ιούνιος 2004.
- ❖ Β. Αλετράς – Φ. Ζαχαράκη – Δ. Νιάκας « Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής

κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου.» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.

- ❖ Μ. Διομήδους – Θ. Διαμάντης – Ι. Λιάσκος –Ι. Πιστόλης – Ι. Μαντάς « Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου.» Νοσηλευτική Ιανουάριος – Μάρτιος 2005.
- ❖ Γ. Τούντας, -Θ. Λοπαταζίδης,- Λ. Χουλιάρας
« Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες » www.google.com
- ❖ Εφημερίδα Ριζοσπάστης www.rizospastis.gr
- ❖ Νέα Δημοκρατία « Το πρόγραμμα μας » www.nd.gr

