
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Π.Μ.Σ. ΣΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΤΖΑΒΕΛΛΑ ΛΥΔΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος στα Οικονομικά και Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Πειραιάς, Έτος 2020

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Π.Μ.Σ. ΣΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΤΖΑΒΕΛΛΑ ΛΥΔΙΑ, Α.Μ. ΟΔΥ/1753

Επιβλέπων: Καρκαλάκος Σωτήριος, Δρ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος στα Οικονομικά και Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Πειραιάς, Έτος 2020

UNIVERSITY
of PIRAEUS



DEPARTMENT
of ECONOMICS

M.Sc. in Economics and Health Unit Management

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES: EXPERIENCED ANALYSIS

TZAVELLA LYDIA

Supervisor : Karkalakos Sotirios, Dr. Professor at the University of Piraeus

Diploma Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus for the acquisition postgraduate diploma in Economics and Health Unit Management

Piraeus, Greece, 2020

Στους αγαπημένους μου γονείς,

Δημήτρης-Βασιλική

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Σωτήρη Καρκαλάκο, κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, και την υπομονή που έκανε καθ' όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών καθώς και για την σημαντική βοήθεια και την καθοδήγηση του στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους σε κάθε βήμα της ζωής μου.

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σημαντικοί όροι : Ικανοποίηση ασθενών, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αξία υπηρεσιών υγείας, αριθμός επισκέψεων ασθενούς, κόστος ιατρικής εξέτασης

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει στόχο την διερεύνηση της συχνότητας των ιατρικών υπηρεσιών (αξονική τομογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας, μαστογραφία και υπερηχοκαρδιολογική μελέτη) σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, από συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ παρόχους. Κριτήριο επιλογής του συγκεκριμένου θέματος ήταν η ανταγωνιστικότητα των ιατρικών εξετάσεων των τελευταίων ετών στη χώρα μας και ο βαθμός στον οποίο επηρέασε τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα το κομμάτι της αξίας τους .

Το Ελληνικό σύστημα υγείας τα τελευταία είκοσι χρόνια προσπαθεί με βασικό συστατικό στοιχείο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να διατυπώσει σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών. Τα επιχειρήματα που αναπτύχθηκαν για τις συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα(ΣΔΙΤ) συνίστανται στην παροχή βελτιωμένων ποιοτικά και αποδοτικότερων οικονομικά υπηρεσιών στους πολίτες σε συντομότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους παραδοσιακούς τρόπους χρηματοδότησης έργων. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να πραγματοποιούνται αποτιμήσεις των ιατρικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την απεικόνιση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας έναντι της προσφοράς των παρόχων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Γενικότερα, η μελέτη της συχνότητας επισκέψεων των ασθενών στις παραπάνω ιατρικές εξετάσεις στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση στην αύξηση της ικανοποίησης τους από την φροντίδα που λαμβάνουν. Η ποιότητα καθορίζεται κυρίως από το κόστος της εξέτασης που υποχρεούται να πληρώσει ο ασθενής .Η αξία της ιατρικής εξέτασης αποτελεί βασικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Οι εκτιμήσεις των ασθενών αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες και προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες υγείας και τον βαθμό επίτευξης αυτών.

Η μεθοδολογία που ακολούθησε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και η πραγματοποίηση μιας έρευνας σχετικά με την συχνότητα ιατρικών εξετάσεων των χρηστών σ' ένα διαγνωστικό κέντρο του Δήμου Καλλιθέα μέσω τυχαίου δείγματος. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες είναι αρκετά ικανοποιητικά, δίνοντας το μήνυμα ότι η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος εξετάστηκε), έχει πρωτεύοντα ρόλο.

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES: EXPERIENCED ANALYSIS

Keywords: patient satisfaction, quality of health services, value of health services, number of patient visits, medical examination costs

Abstract

The present work aims to investigate the frequency of medical services (computed tomography, bone density measurement, mammography and ultrasound cardiology study) in relation to quality of care provided by contractors with EOPYY providers. The criterion for selecting this topic was the competitiveness of the medical examinations of the last years in our country and the degree to which it influence the field of health services and especially the part of their value.

For the last twenty years, the Greek healthcare system has been trying with basic health care as a key component, to formulate plans and proposals that could give the system the characteristics that would allow the satisfaction of the health needs of citizens. The arguments developed for Public-Private Sector Partnerships (PPPs) consist of providing better quality and more cost-effective services to citizens in a shorter period of time than traditional ways of financing projects. For this reason, evaluations of medical services should be carried out, with the ultimate goal of reflecting the demand for health services over the supply of primary care providers.

In general, the study of the frequency of patients' visits to the above medical examinations aims to improve the quality of the services provided and consequently to increase their satisfaction with the care they receive. The quality is mainly determined by the cost of the examination that the patient is required to pay. The value of the medical examination is a key indicator of the quality of health services. Patient assessments reflect their needs and expectations from health services and the degree to which they are achieved.

The methodology that followed was the bibliographic review as well as the conduct of a survey on the frequency of medical examinations of users in a diagnostic center of the Municipality of Kallithea through a random sample. The results obtained in terms of patient satisfaction with medical services are quite satisfactory, giving the message that quality in primary health care (in terms of the private sector which was examined), has a primary role.

Περιεχόμενα

Περίληψη	ix
Abstract	xi
Κατάλογος διαγραμμάτων	xivv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
2.1 Ανασκόπηση των υπηρεσιών υγείας	2
2.1.1.Γενικά για την υγεία	2
2.1.2 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας	4
2.1.3Συμπράξεις δημοσίου –ιδιωτικού τομέα για την παροχή υπηρεσιών υγείας	7
2.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας	9
2.2.1 Ορισμός της ποιότητας	9
2.2.2 Η ποιότητα στον τομέα της υγείας	11
2.2.3 Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην υγεία	16
2.2.4 Δείκτες ποιότητας	18
2.2.5 Το κόστος της ποιότητας	20

2.3	Ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας	22
2.3.1	Ικανοποίηση ασθενών	22
2.3.2	Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	24
2.3.3	Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα οφέλη της	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1	Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	29
3.1.1	Κρατική χρηματοδότηση	29
3.1.2	Ιδιωτική χρηματοδότηση	30
3.2	Έσοδα και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	32
3.2.1	Φορολογία	32
3.2.2	Κοινωνική ασφάλιση	33
3.2.3	Ιδιωτικές πληρωμές	34
3.2.3.1	Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας	34
3.2.3.2	Άμεσες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία	35
3.2.3.3	Επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων	36
3.2.3.4	Φάρμακα	37
3.2.3.5	Επισκέψεις σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαγνωστικά κέντρα	37

3.2.3.6 Οδοντιατρική φροντίδα	38
3.2.3.7 Το πρόβλημα της παραοικονομίας	38
3.3 Μορφές της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας	40
3.3.1 Κρατήσεις	42
3.3.2 Συνεισφορά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία	42
3.3.3 Ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας	43
3.3.4 Όριο μέγιστων παροχών	43
3.3.5 Ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης	44
3.3.6 Συμπληρωματικές αμοιβές	44
3.3.7 Λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων	44
3.3.8 Αποκλεισμοί από την κάλυψη	45
3.4 Οι δαπάνες υγείας	46
3.4.1 Αιτίες αύξησης των δαπανών	47
3.4.2 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	
4.1 Εισαγωγή	49
4.2 Ανάλυση παραγόντων	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΕΜΠΕΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Εισαγωγή	88
5.2 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, αξονική τομογραφία	89
5.3 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, μέτρηση οστικής πυκνότητας	90
5.4 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, μαστογραφίας	91
5.5 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, triplex καρδιάς	92
5.6 Εκτίμηση πόσο θα πληρώσει ο ένας ασθενής από τους εκατό που κάνουν αυτές τις ιατρικές εξετάσεις τα πέντε τελευταία χρόνια.	93
5.7 Εκτίμηση πόσα θα κερδίσει το διαγνωστικό κέντρο από τους 100 ασθενής στην κάθε εξέταση.	93
5.8 Εκτίμηση πόσες φορές θα επισκεφτεί ο ένας ασθενής από τους εκατό στα πέντε χρόνια το διαγνωστικό κέντρο.	94
5.9 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν την κάθε εξέταση σε πέντε χρόνια	94
5.10 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν τα ιατρικά τμήματα αξονικός τομογράφος και triplex καρδιάς τα τελευταία πέντε χρόνια	95
5.11 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκεφτήκαν τα ιατρικά τμήματα μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας τα τελευταία πέντε χρόνια	95
5.12 Σύγκριση αποτελεσμάτων	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση	97
6.2 Περιορισμοί έρευνας	98
6.3 Συμπεράσματα	99
6.4 Προτάσεις	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

Κατάλογος Διαγραμμάτων και πινάκων

Διαγράμματα

- 4.1 Ποσοστό ηλικίας του δείγματος
- 4.2 Ποσοστό κριτήρια επιλογής παρόχου ιατρικών εξετάσεων
- 4.3 Ποσοστό ηλικίας σε σχέση με τα κριτήρια του παρόχου

4.4 Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας αξονική τομογραφία τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

4.5 Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

4.6 Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

4.7 Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

4.8 Συχνότητα περισσότερες από δυο φορές στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

4.9 Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μέτρηση οστική πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

4.10 Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

4.11 Συχνότητα δυο φορές στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

4.12 Συχνότητα μια φορά στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

4.13 Συχνότητα περισσότερες από δυο φορές στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

- 4.14 Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μαστογραφία τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά
- 4.15 Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία
- 4.16 Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία
- 4.17 Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία
- 4.18 Συχνότητα περισσότερες από 2 φορές στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία
- 4.19 Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας triplex καρδιάς τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά
- 4.20 Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία
- 4.21 Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία
- 4.22 Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία
- 4.23 Συχνότητα περισσότερες από 2 φορές στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία
- 4.24 Η αξία της ιατρικής εξέτασης αξονική τομογραφία στα πέντε έτη
- 4.25 Η αξία της ιατρικής εξέτασης μέτρηση οστικής πυκνότητας στα πέντε έτη
- 4.26 Η αξία της ιατρικής εξέτασης μαστογραφίας στα πέντε έτη
- 4.27 Η αξία της ιατρικής εξέτασης triplex καρδιάς στα πέντε έτη

4.28 Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2015

4.29 Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2016

4.30 Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2017

4.31 Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2018

4.32 Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2019

4.33 Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2015

4.34 Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2016

4.35 Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2017

4.36 Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2018

4.37 Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2019

Πίνακες

Πίνακας.1 Εκτίμηση αξονικής τομογραφίας για την συνολική της αξία

Πίνακας.2 Εκτίμηση μέτρηση οστικής πυκνότητας για την συνολική αξία

Πίνακας.3 Εκτίμηση μαστογραφίας για την συνολική της αξία

Πίνακας.4 Εκτίμηση triplex καρδιάς για την συνολική της αξία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες όλων των Οργανισμών, για βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών υγείας, επωφελήθηκαν σημαντικά από τις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρονται.

Παρόλα αυτά ο κατάλογος που καλείται να απαντήσει ο κάθε ασθενής αυξήθηκε και έτσι εκτός από το λόγο πρόσβασης, την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας, προστεθήκαν η πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον, τα δικαιώματα και η προσωπικότητα των ασθενών καθώς και η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού. Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να την δούμε ως ένα μέτρο, το οποίο δείχνει κατά πόσο αυτοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας πέτυχαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις προσδοκίες του ασθενή. Η μέτρηση της ικανοποίησης έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αναζήτηση των πληροφοριών αυτών μέσα από το κόστος της παρεχόμενης υπηρεσίας και τον αριθμό επισκέψεων του κάθε ασθενή είναι και ο σκοπός της παρούσας εργασίας.

Στην αρχή της εργασίας αναφέρεται στην έννοια της ποιότητας και στις διαστάσεις αυτής συγκεκριμένα στο χώρο της υγείας. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όπου διακρίνεται σε κρατική και ιδιωτική χρηματοδότηση. Επίσης, και στις μορφές της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που αποτελεί ο κύριος στόχος για την μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την συγκράτηση του κόστους ή την αύξηση των πρόσθετων εσόδων για την στήριξη της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Από την άλλη πλευρά με τις δαπάνες υγείας μπορεί να μετρηθούν οι οικονομικές δραστηριότητες αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας.

Τέλος, παρουσιάζεται το ερευνητικό κομμάτι που έχει ως στόχο να περιγράψει την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από την ποιότητα των ιατρικών εξετάσεων η οποία σχετίζεται με το κόστος αυτών και τον αριθμό επισκέψεων του ασθενή.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες λόγω της δυσχερούς οικονομικής κατάστασης της χώρας και του μεγάλου ανταγωνισμού των παρόχων οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν υποστεί αλλαγές που έχουν ως σκοπό τον έλεγχο του κόστους και τον περιορισμό της δαπάνης εκ μέρους του δημοσίου.

Οι αλλαγές αυτές αφορούν την μείωση της τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων που καλύπτει ο ΕΟΠΠΥ ανά έτος. Ο περιορισμός των παρόχων στον τομέα αυτό, ήταν και ο βασικός λόγος για την διερεύνηση της συχνότητας των ιατρικών εξετάσεων από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, σχετικά με την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Ανασκόπηση των υπηρεσιών υγείας

2.1.1 Γενικά για την υγεία

Η υγεία είναι ένα από τα βασικότερα δικαιώματα του ανθρώπου. Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 1946, δόθηκε μια γενική τάση του ορισμού της υγείας βάσει κοινωνικών παρά ιατρικών όρων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως μια “κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Ο ορισμός της “υγείας” εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.

Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και ασθένειας.

- Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αποτελεί μια νέα προσέγγιση

Η σύλληψη της έννοιας της υγείας έγινε αμέσως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και τόνιζε πως η ειρήνη και η υγεία είναι αδιαχώριστες. Από την αρχή ξεκαθαρίστηκε ότι η ασθένεια και η αναπηρία δεν μπορούν να απομονωθούν από την υποκειμενική εμπειρία και πως ο κάθε ορισμός της υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει και μια κοινωνική και ψυχολογική διάσταση. Δύσκολα θα συμπίπταμε όλοι σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό για τη Υγεία. Συνήθως, αντιλαμβανόμαστε την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου, όταν αυτά μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας.

Συχνά, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με χαρακτηριστικά όπως η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κλπ. Όμως μπορούμε να πούμε ότι ένα υπέρβαρο άτομο ή μια καπνίστρια είναι όντως υγιείς, ακόμα και αν αυτή τη στιγμή δεν έχουν παρουσιάσει κάποια συμπτώματα; Και αν υποθέσουμε πως είναι υγιείς, σε ποιο βαθμό;

Η υγεία και η ασθένεια δεν πρέπει να θεωρηθούν ως αντίθετοι πόλοι, θα λέγαμε ότι υπάρχουν διαβαθμίσεις ασθένειας και ευεξίας, όπου στο ένα άκρο βρίσκεται ο θάνατος και στο άλλο η μέγιστη ευεξία. Λοιπόν, η υγεία αποτελεί το τμήμα εκείνο του συνεχούς που λιγότερο ή περισσότερο αντιστοιχεί προς την ευεξία. Πέρα από την ύπαρξη ή όχι κάποιας ασθένειας, σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση του πάσχοντα παίζει και το επίπεδο ποιότητας ζωής που κατέχει.

Ο όρος “ποιότητα ζωής” ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας(World Health Organization-WHO), ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών που ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες , τα κριτήρια που έχει θέσει και τα ενδιαφέροντα του. Ευσεβή στόχο αποτελεί η προσπάθεια αύξησης του επιπέδου ποιότητας ζωής στους πάσχοντες.

2.1.2 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένα περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανενεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, ο οποίος αποτελεί ένα πρώτο βήμα για την διαμόρφωση ενός ενιαίου τόσο οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά, συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Από την άλλη πλευρά, η επιλογή αυτή βρίσκει ιδεολογικό και τεχνικό υπόβαθρο στο γεγονός ότι η διοικητική παρέμβαση, δηλαδή η προσπάθεια ενιαιοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών, πέρα από ότι προσκρούει σε πολιτικά, κοινωνικά και εμπόδια, δεν προσφέρει επιχειρήματα με βάση τα κριτήρια της ισότητας της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Το σύστημα, το οποίο προτείνεται θα πρέπει να ικανοποιεί τις παρακάτω αρχές:

- Τη συνέχεια στη φροντίδα, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο γιατρό ή ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου.
- Την ολοκληρωμένη φροντίδα, δηλαδή τη διαχείριση των συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο μοναδικό κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς.
- Τον προσανατολισμό στον ασθενή και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Βασικό στοιχείο αποτελεί η εξασφάλιση σε όλους τους πολίτες μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών, σε σχεδόν μηδενικές τιμές κατά τη στιγμή της ανταλλαγής και με ευχερή πρόσβαση σε ισότιμη βάση.

Σε ένα τέτοιο σύστημα ο προσωπικός γιατρός έχει κεντρικό ρόλο εφόσον η δέσμη υπηρεσιών που θα προσφέρει σε κάθε συμβεβλημένο με το σύστημα είναι :

- Διαχείριση των περισσότερο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας που συναντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με βάση και το τοπικό επιδημιολογικό πρότυπο, συμπεριλαμβανομένων της αρτηριακής υπέρτασης, του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη, του βρογχικού άσθματος, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, της καρδιακής ανεπάρκειας, της στεφανιαίας νόσου, των εκφυλιστικών παθήσεων των οστών, της οστεοπόρωσης, των κοινών λοιμώξεων της κοινότητας, της άνοιας και της μείζονος κατάθλιψης.
- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διαταραχές των λιπιδίων, παχυσαρκία
- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διαταραχές των λιπιδίων, παχυσαρκία
- Διενέργεια εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων

- Έγκαιρη διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και παχέος εντέρου.
- Εκτίμηση κατάστασης υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των γνωσιακών και συναισθηματικών διαταραχών) ηλικιωμένων και ατόμων με χρόνια νοσήματα αναπηρίες.
- Παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών , παρακολούθηση εγκύων .
- Φροντίδα μικρών τραυμάτων και κακώσεων, εκτέλεση μικρών χειρουργικών πράξεων και παροχή πρώτων βοηθειών, συμπεριλαμβανομένης της βασικής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο.
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο σπίτι.

Επίσης, ο προσωπικός αυτός γιατρός θα μπορεί να είναι ειδικευμένος στη Γενική Ιατρική ή σε απουσία του, γιατρός άλλης κλινικής ειδικότητας, που θα μπορεί να εκπληρώσει τα ορισθέντα εκ των προτέρων καθήκοντα.

Τέλος, στο νέο σύστημα την ευθύνη παραπομπής σε άλλους ειδικευμένους ή σε άλλες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να την αναλάβει ο προσωπικός γιατρός. Η παράκαμψη της διαδικασίας αυτής προτείνεται σε πρώτη φάση να μη συνεπάγεται συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, αλλά να αντιμετωπιστεί με μια σχετική προβολή της σκοπιμότητας και της χρησιμότητας του θεσμού του προσωπικού γιατρού. (Κ.Σουλιώτης,Χ.Λιονής,2003)

2.1.3 Συμπράξεις δημοσίου –ιδιωτικού τομέα για την παροχή υπηρεσιών υγείας

Οι Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) αποτελούν συμβατικές σχέσεις μακράς διάρκειας, οι οποίες συνάπτονται μεταξύ ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού φορέα για την εκτέλεση παροχής υπηρεσιών. Στα πλαίσια μιας σύμπραξης, ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει το σχεδιασμό του έργου και την χρηματοδότηση της επένδυσης, ενώ ο δημόσιος τομέας εγκρίνει τον αναλυτικό σχεδιασμό του έργου, καθορίζει και εποπτεύει την τήρηση των προδιαγραφών του και παρακολουθεί την εκτέλεση του. Η αμοιβή του ιδιωτικού φορέα προέρχεται είτε από τον δημόσιο τομέα, είτε από τους τελικούς χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας, είτε και από τους δυο, εφάπαξ ή τμηματικά.

Τα κυριότερα επιχειρήματα που αναπτύχθηκαν υπέρ του θεσμού των ΣΔΙΤ συνίστανται στην παροχή βελτιωμένων ποιοτικά και αποδοτικότερων οικονομικά υπηρεσιών στους πολίτες, σε συντομότερο χρονικό διάστημα (σε σχέση με τους παραδοσιακούς τρόπους χρηματοδότησης έργων).Υποστηρίζεται ότι μέσα από τις συμπράξεις επιτυγχάνεται ταυτόχρονα η εκμετάλλευση της επειρίας, της τεχνογνωσίας και των πόρων του ιδιωτικού φορέα και η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του δημόσιου φορέα.

Ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει ένα μέρος των κινδύνων (π.χ. κατασκευαστικού, χρηματοδοτικού κινδύνου κ.λπ.) που συνδέονται με την υλοποίηση του αντικειμένου των συμπράξεων. Το κόστος κατασκευής των υποδομών επιμερίζεται σε πολλούς μελλοντικούς προϋπολογισμούς, καθώς η αποπληρωμή των έργων πραγματοποιείται τμηματικά και μακροχρόνια, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα ταυτόχρονης εκτέλεσης περισσότερων έργων. Από την δημοσιονομική πλευρά, συναλλαγή δεν εμφανίζεται στον ισολογισμό του δημόσιου φορέα και δεν επιβαρύνεται το δημόσιο χρέος. Μάλιστα, οι υπέρμαχοι του θεσμού των ΣΔΙΤ υποστηρίζουν ότι σε περιόδους ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας οι συμπράξεις αποτελούν ένα αναγκαίο εργαλείο υλοποίησης έργων και παροχής υπηρεσιών.

Στην πράξη, όμως, τα περισσότερα από τα παραπάνω επιχειρήματα δεν επιβεβαιώνονται από τα εμπειρικά δεδομένα. Ο θεσμός των ΣΔΙΤ αναπτύχθηκε στα πλαίσια της γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημόσιου τομέα και η εφαρμογή τους συνεπάγεται τη συρρίκνωση της δημόσιας παρουσίας και την ιδιωτικοποίηση δημοσίων δραστηριοτήτων. Ωστόσο, οι ΣΔΙΤ επιβαρύνουν υπέρμετρα τον δημόσιο προϋπολογισμό και συμβάλλουν στη διεύρυνση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και στην διόγκωση του δημόσιου χρέους. Η παρουσία μιας καλύτερης εικόνας των δημοσιονομικών μεγεθών μιας χώρας είναι φαινομενική και βραχυχρόνια. Το κόστος αποπληρωμής των υποδομών δεσμεύονται να καλύψουν οι μελλοντικές γενιές φορολογουμένων, ενώ οι κίνδυνοι που αναλαμβάνουν οι ιδιωτικοί φορείς είναι αμφίβολοι. Ταυτόχρονα, τα έργα που υλοποιούνται μέσω ΣΔΙΤ συνεπάγονται ένα υψηλότερο διοικητικό, κατασκευαστικό και χρονικό κόστος, συγκριτικά με τους συμβατικούς τρόπους χρηματοδότησης των έργων, χωρίς να εξασφαλίζουν αναβάθμιση των υπηρεσιών τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική, αντικρούοντας το επιχείρημα εγγύησης καλύτερης σχέσης ποιότητας/τιμής. Η υλοποίηση έργων μέσω συμπράξεων χαρακτηρίζεται από έλλειψη διαφάνειας και παρουσία φαινομένων διαφθοράς.

Ο ισχυρισμός περί ανάπτυξης του ανταγωνισμού μέσω των συμπράξεων φαίνεται ότι καταρρέει, δεδομένου ότι τα έργα που αναλαμβάνονται είναι τόσο ευμεγέθη που μόνο ένας περιορισμένος αριθμός ιδιωτικών οργανισμών μπορεί να τα διεκδικήσει και να τα υλοποιήσει. Το επιχείρημα δε περί αναγκαιότητας υιοθέτησης τους σε περιόδους ύφεσης δεν φαίνεται να επαληθεύεται στις παρούσες οικονομικές συνθήκες.(ΓΣΕΕ, Οκτώβριος 2015)

2.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

2.2.1 Ορισμός της ποιότητας

Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις στις μέρες μας, υπάρχει αφθονία τόσο αγαθών όσο και υπηρεσιών προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των καταναλωτών. Η έννοια της ποιότητας αναφέρεται σε αυτό ακριβώς το στοιχείο που έχει την δύναμη να διαφοροποιήσει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παρέχουν οι διάφορες επιχειρήσεις από τα αντίστοιχα των ανταγωνιστών .

Τα τελευταία χρόνια στη ζωή μας ορισμός αυτής έχει προκαλέσει αναστάτωση ,απορίες ,συζητήσεις και διαφωνίες. Είναι η μαγική λέξη που κοιτάζουν με δέος όλες οι επιχειρήσεις. Το λεξιλόγιο ISO 8402(1986) δίνει τον εξής ορισμό : “ Ποιότητα είναι το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που συμβάλλουν στην ικανότητα του να ικανοποιεί εκφρασμένες ή υπονοούμενες ανάγκες.”

Κατά καιρούς οι “ειδικοί” της ποιότητας, ανάλογα με τη φιλοσοφία του ο καθένας, έχουν δώσει τους δικούς τους ορισμούς, για να προσδιορίσουν καλύτερα τη σημασία ενός ομολογουμένως “πολυδιάστατου” όρου.

Ο Juran (1950) υποστηρίζει πως η ποιότητα σημαίνει να ταιριάζει το προϊόν ή η υπηρεσία στο σκοπό ή τη χρήση για την οποία προορίζεται. Ο βαθμός ικανοποίησης του πελάτη είναι που καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με τον Crosby (1979) και είναι διατεθειμένος να πληρώσει μόνο γι’ αυτό που είναι χρήσιμο σ’ αυτόν και προσφέρει σ’ αυτόν αξία συμμερίζεται την άποψη αυτή ο Peter Drucker (1985).

Υποστηρίζοντας ότι είναι η διαφοροποίηση των προϊόντων και των υπηρεσιών δηλαδή το κάτι καλύτερο από αυτό των ανταγωνιστών σου (JohnOakland 1989) και δείχνοντας τον σωστό τρόπο διεύθυνσης της εταιρείας (Armand V. Feigenbaum (1991)

Σε αντίθεση με την άποψη του Richard Sullivan (1996) όπου η ποιότητα δεν είναι πια η απλή διαφοροποίηση της ανταγωνιστικότητας, είναι καθαρά ένα χαρακτηριστικό εισόδου στην αγορά. Συγκεκριμένα για τον CliveButler (1997) είναι για τους κατασκευαστές να προσπαθούν ενώ για τους πελάτες να κρίνουν. Δεν είναι κάτι το απόλυτο αλλά η αντανάκλαση των προσδοκιών του ατόμου , οι οποίες με τη σειρά τους καθορίζονται από την κοινωνία και την κατάσταση του Έθνους σε μια δεδομένη στιγμή.

Μια χρονική περίοδο πενήντα ετών, μέσα στην οποία η εξέλιξη της ζωής και της τεχνολογίας αλλάζει συνεχώς τη σημασία της ποιότητας. Για κάθε εταιρεία ο ορισμός της ποιότητας δεν πρέπει να ορίζεται βιαστικά και πρόχειρα δεν είναι εύκολο πράγμα, αυτοί που θα προβλέψουν ή θα αντιληφθούν έγκαιρα τη σημασία της ποιότητας θα είναι εκείνοι που θα επιζήσουν στην αγορά.

2.2.2 Η ποιότητα στον τομέα της υγείας

Ο όρος ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει τις ρίζες του από την αρχαιότητα με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη(5^{ος} αιώνας π.χ.), ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας. Αναφέρεται πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση <<ωφελείν ή μη βλάπτειν>>. Εντούτοις, μόλις στα τέλη της δεκαετίας του 1980 άρχισε το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας να στρέφεται προς την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών στην καθημερινή κλινική πράξη καθώς και στη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Osterfield 1994). Η υιοθέτηση μέτρων αξιολόγησης για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας αποτέλεσε επανάσταση στον κλάδο της υγείας (Cronin & Taylor,1992). Η Αγγλίδα Florence Nightingale , η οποία θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική, υπήρξε πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων για τη βελτίωση της περίθαλψης. Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο <<τελικό αποτέλεσμα>> της περίθαλψης. Στην συνέχεια το 1910, ο Abraham Flexner δημοσίευσε την έκθεση Flexner, η οποία αποτελεί την πρώτη καταγραφή των κακών συνθηκών που επικρατούσαν στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Μερικά χρόνια αργότερα ,το 1915 , Ernest Codman ακολούθησε το παράδειγμα του Groves και επικεντρώθηκε στον έλεγχο των χειρουργικών επεμβάσεων. Το πρόγραμμα του όπως και αυτό της Florence Nightingale, εστιάστηκε κυρίως στο νοσοκομείο. Ο Codman έγινε γνωστός για την ανάπτυξη μιας φόρμουλας αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, την οποία ονόμασε << η ιδέα του τελικού αποτελέσματος>>.

Σύμφωνα με το σύστημα του Codman , σε κάθε ασθενή έναν χρόνο μετά την εγχείρηση πραγματοποιούνται επανέλεγχος για να διαπιστωθεί αν η αρχική του διάγνωση ήταν σωστή, αν η χειρουργική επέμβαση ήταν επιτυχής, τι όφελος είχε ο ασθενής από αυτή και αν είχε παρουσιαστεί κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή τη βελτίωση της σχετιζόμενη ή όχι με την επέμβαση. Με βάση τα δεδομένα που συνέλεξε από την παραπάνω μελέτη , πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας. Το 1918 Η επιρροή του Codman συνέβαλε στη διαμόρφωση του Προγράμματος Προτυποποίησης Νοσοκομείων (Hospital Standardization Program), το οποίο εισήχθη από το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons). Με τη σειρά του ο Juran εξέλιξε ακόμα περισσότερο τον ποιοτικό έλεγχο και τις στατιστικές τεχνικές σε μια ολοκληρωμένη διαδικασία της διαχείρισης ολικής ποιότητας. Το 1930, στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Juran ήταν ο πρώτος που διατύπωσε τον κανόνα << των σημαντικών ολίγων και των ασήμαντων πολλών>>. Ωστόσο, η ονομασία Αρχή του Pareto επεκράτησε, ίσως επειδή ακουγόταν καλύτερα από Αρχή του Juran. Η αρχή του Pareto μπορεί και βρίσκει εφαρμογή σχεδόν παντού : σε πληθυσμό, σε ενεργειακά αποθέματα και κατανάλωση αυτών, βιβλία, εγκληματικότητα, ατυχήματα, ρουχισμός , επίτευξη στόχων και υποστηρίζει ότι το 80% των αποτελεσμάτων, προέρχεται από το 20% των προσπαθειών μας. Με άλλα λόγια, ο Κανόνας 80-20 σημαίνει ότι, σε κάθε κατάσταση, λίγοι παράγοντες (20%) είναι ζωτικοί και πολλοί (80%) είναι επουσιώδεις.

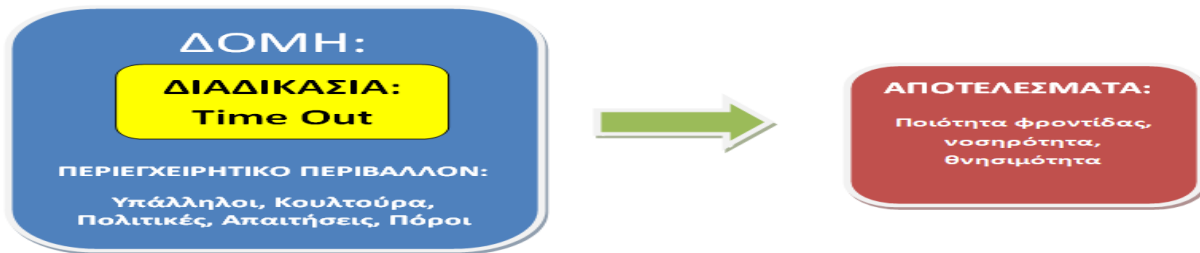
Επίσης, ανέπτυξε την τριλογία του Juran , η οποία αναφέρεται σε τρεις διαδικασίες με τις οποίες η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα(Εικόνα 2.2.1)



Εικόνα 2.2.1 Η τριλογία του Juran

Τέλος , ο Juran πίστευε ότι η ποιότητα σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια των πελατών. Γι αυτό το λόγο υποστήριζε πως υπάρχουν δυο κατηγορίες πελατών, οι εξωτερικοί και οι εσωτερικοί (όσοι εμπλέκονται με την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας). Πολλές από τις θεωρίες και τις απόψεις του Juran αποτελούν μέχρι και σήμερα μέρος των προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας.

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian , η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν κατά την διαδικασία περίθαλψης. Επίσης αναφέρει πως η ποιότητα της περίθαλψης μετράται σε τρεις τομείς, στη δομή, στη διαδικασία και στην έκβαση, και η βασική επιδίωξη των επιστημόνων υγείας είναι η εξασφάλιση της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.



Εικόνα2.2.2 Το Μοντέλο του Donabedian <<Δομή, Διαδικασία, Αποτέλεσμα>> στο χώρο του νοσοκομείου

Βασικοί παράγοντες για την αναζήτηση μοντέλων αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της περίθαλψης, η βελτίωση του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου των χρηστών, η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και η πίεση της παγκόσμιας κοινότητας για ισότιμη πρόσβαση και παροχή υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες.

Στην Ελλάδα, το κίνημα βελτίωσης της ποιότητας του υγειονομικού τομέα αναπτύχθηκε με καθυστέρηση σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη του δυτικού κόσμου. Μόλις το 1983 ξεκίνησε ο σχηματισμός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με το Νόμο 1397. Την ίδια στιγμή τα ήδη αναπτυγμένα συστήματα υγείας του δυτικού κόσμου είχαν περάσει από το στάδιο της ανάπτυξης στην κρίση και αναζητούσαν τρόπους αντιμετώπισης αυτής. Επομένως, είναι δικαιολογημένο το γεγονός ότι σε μετρήσεις εκείνης της εποχής η Ελλάδα εμφάνιζε αρκετά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα μια μεγάλη μερίδα πολιτών τοις έκριναν ανεπαρκείς σε σύγκριση με αυτές άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το γεγονός αυτό οδήγησε το Υπουργείο Υγείας να εξουσιοδοτήσει εμπειρογνώμονες ώστε να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στην έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομένων σχετικά με τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας αναφέρεται ότι << δεν υφίσταται στην ουσία κανένα σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών>> (Abel-Smith et al. 1994,1995).Έτσι , στα τέλη της δεκαετίας του 1990, συμπεριέλαβαν την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο αλλά και σε ειδικές παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν (Ν.2519/97).Παρ' όλα αυτά, έλλειψη ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας και η συσσώρευση των προβλημάτων οδήγησαν την κατάσταση σε αδιέξοδο. Η τότε κυβέρνηση έθεσε την υγεία στις προτεραιότητες της και το Υπουργείο Υγείας προχώρησε σε σαρωτικές αλλαγές με το Νόμο 2889/01,όπου συμπεριλαμβάνει δύο ουσιαστικές ρυθμίσεις στην ίδρυση διοικητικών τμημάτων σε επίπεδο περιφέρειας και νοσοκομείου όπου θα ασχολούνται αποκλειστικά με την διατήρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Με βάση όλα τα παραπάνω, και σχεδόν είκοσι χρόνια μετά τη δημοσίευση του Ν.2889/01 η κατάσταση στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει αλλάξει προς το καλύτερο, καθώς οι αδυναμίες στον υγειονομικό τομέα έχουν περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό. Η αλλαγή αυτή οφείλεται κυρίως στην τοποθέτηση ικανών ατόμων με προσόντα σε διοικητικές θέσεις, ώστε να ελέγχουν το κόστος, την αύξηση αποδοτικότητας, τον προγραμματισμό και να αξιολογούν τις διαδικασίες ενίσχυσης της ποιότητας.

2.2.3 Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την ευκολία πρόσβασης σε αυτήν, αλλά και την υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν της διάθεσης της. Στην περίπτωση όμως των υγειονομικών υπηρεσιών, η έννοια της ποιότητας περιπλέκεται, καθώς εκτός από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν υπάρχουν αρκετοί επιπλέον παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να την επηρεάσουν. Η μελέτη που αναφέρεται με την ποιότητα στον χώρο της υγείας σχετίζεται ως επί το πλείστον με τα νοσοκομεία, καθώς αυτά βρίσκονται στο επίκεντρο κάθε συστήματος υγείας. Οι βασικότεροι εκ των οποίων είναι οι παρακάτω :

- Η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς. Το προσωπικό στα νοσοκομεία θα πρέπει να φέρεται ευγενικά, φιλικά, και να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Η ταχύτητα στην επίλυση προβλημάτων υγείας.
- Η επάρκεια του προσωπικού εξαρτάται από την ετοιμότητα στην οποία αυτό βρίσκεται και από την ταχύτητα που λαμβάνει δράση.
- Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία των μονάδων που προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς. Εάν το ιατρικό προσωπικό διαθέτει επαρκείς και υψηλού επιπέδου γνώσεις τότε επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η ασθένεια.
- Η συνεχής εκπαίδευση νοσηλευτικού διοικητικού τεχνικού προσωπικού που συνδέεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

- Η σωστή επιλογή θεραπευτικής αγωγής.
- Η υποστήριξη και μετά από την παροχή των υπηρεσιών που αρχίζει με αναλυτικές οδηγίες που δίνονται από τους ιατρούς και η ολοκλήρωσή της γίνεται με τον έλεγχο των ασθενών.
- Επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο σωστός σχεδιασμός των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων και των κλινικών έτσι ώστε να διευκολύνεται η μετακίνηση των ασθενών και η μεταφορά υλικών.
- Η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού
- Η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών και η καλή λειτουργία των μονάδων υγείας.
- Η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Η διασφάλιση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

(Περιεγχειρητική νοσηλευτική 2015, τόμος 4,τεύχος 3)

2.2.4 Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες είναι τα εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος. Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση , λειτουργικότητα , υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
- Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία /έτος

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά παρά το ότι δίνουν λύσεις σε αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, όμως δεν αποτελούν τις ικανές συνθήκες για την διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

2. Δείκτες διαδικασιών

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
- Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του
- Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου(multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών / έτος
- Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό
- Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ώρα
Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance).

Οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών , ωστόσο ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι. Η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα.

3. Δείκτες αποτελέσματος

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων

Ωστόσο, πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν ένα δείκτη αποτελέσματος παράδειγμα η ηλικία ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο)(Τσουκαλάς Ν., Παπακωστίδη Α.,2012)

2.2.5 Το κόστος της ποιότητας

Για την εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, προστίθεται ένα επιπλέον κόστος στη λειτουργία της επιχείρησης το οποίο δεν συνεπάγεται απαραίτητα βελτίωση της ποιότητας, αλλά ούτε και η ποιότητα σημαίνει απαραίτητα πρόσθετο κόστος, τουλάχιστον όχι μακροπρόθεσμα. Οι οικονομικοί πόροι είναι απαραίτητοι για την εκπαίδευση του προσωπικού, την εφαρμογή ελέγχων, τις μετρήσεις των αποτελεσμάτων καθώς και για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής, αυξάνουν αρχικά το κόστος. Στην πορεία όμως, εφόσον έχει υιοθετηθεί το σύστημα ποιότητας και έχει εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή, οι διαδικασίες αυτοματοποιούνται με αποτέλεσμα το κόστος αυτό να ελαχιστοποιείται. Στο επίπεδο πλέον που υπάρχει αρμονική ροή των διαδικασιών, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα και έτσι επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας.

Συνοψίζοντας, το κόστος ποιότητας μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σύμφωνα με τον Feigenbaum (1956) σε κόστος πρόληψης – εκτίμησης και αστοχιών (PAF), το σύστημα PAF έχει γίνει σχεδόν καθολικά αποδεκτό σε παγκόσμια κλίμακα. Το κόστος αστοχιών σε αυτό το σύστημα μπορεί να ταξινομηθεί περαιτέρω σε δυο σημαντικές υποκατηγορίες : Κόστος εσωτερικών και εξωτερικών αστοχιών.(Oakland 1993,pp.186-9),(Behdad Kiani , Hadi Shirouyehzad ,2009),(Goulden and Rawlins,1995)

- **Κόστος πρόληψης-(Prevention Costs)** : Οι δαπάνες που σχετίζονται με το σχεδιασμό, την υλοποίηση και τη διατήρηση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Τα κόστη που λαμβάνουν χώρα πριν την έναρξη της παραγωγικής διαδικασίας.
- **Κόστος εκτίμησης- (Appraisal Costs)** : Οι δαπάνες που σχετίζονται με τους προμηθευτές και τους πελάτες για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αγορασθέντων υλικών, των διεργασιών, των ενδιάμεσων προϊόντων, των τελικά παραγόμενων προϊόντων-υπηρεσιών για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης με τις καθορισμένες απαιτήσεις.
- **Κόστος Εσωτερικών Αστοχιών-(Internal Failure Costs)** : Οι δαπάνες που προκύπτουν όταν τα αποτελέσματα των διεργασιών αδυνατούν να ικανοποιήσουν τα σχεδιασμένα πρότυπα ποιότητας και εντοπίζονται πριν την παράδοσή τους στον πελάτη.(Eagle and Brennan,2007)
- **Κόστος Εξωτερικών Αστοχιών – (External Failure Costs)** : Οι δαπάνες που προκύπτουν όταν τα παραγόμενα προϊόντα-υπηρεσίες αδυνατούν να ικανοποιήσουν τα σχεδιασμένα πρότυπα ποιότητας , και εντοπίζονται μετά την παράδοση τους στον πελάτη.(Tsai,1998)

2.3 Ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

2.3.1 Ικανοποίηση των ασθενών

Μία από τις γνωστότερες θεωρίες του Abraham H. Maslow είναι η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών. Σύμφωνα με τον A.Maslow μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες:

- Οι φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες της επιβίωσης, αυτές που με την ικανοποίηση τους κρατιόμαστε στην ζωή.
- Οι ανάγκες ασφάλειας. Είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης.
- Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία.
- Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους(Φήμη, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός)
- Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και στον τόπο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, οι κοινωνικές δομές, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές. Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών, έχει πολλές φορές χρησιμοποιηθεί στον χώρο της υγείας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης.

Οι Bond και Thomas (1992) προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν ότι << οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες>> Επίσης, μπορεί να επηρεάσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που παρέχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και η εξέλιξη της αρρώστιας η οποία επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Smith(1992), η ικανοποίηση είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών καθώς και της εμπειρίας του ασθενή από την φροντίδα υγείας. Την άποψη αυτή συμμερίζονται οι Sitzia και Wood (1997), οι οποίοι υποστηρίζουν πως η ικανοποίηση αντανάκλα τη γνωστική κατάσταση που προκαλεί στον ασθενή η λήψη της υπηρεσίας, και είναι άμεσα εξαρτώμενη από τις προηγούμενες εμπειρίες και τις προσδοκίες του ατόμου

Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μια βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας , καθώς οι ασθενείς δεν έχουν εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και ίσως εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες.(περιεγχειρητική νοσηλευτική 2014,τόμος 1,τεύχος 1)

2.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Στη βιβλιογραφία Irish Society for quality & Safety in Healthcare, 2005, υπάρχουν αρκετές αναφορές στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και βοηθούν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μετρήσεων. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών είναι οι εξής:

- Η ασθένεια : Όσο σοβαρότερη είναι η κατάσταση του τόσο πιο πιεσμένος είναι ψυχολογικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας.
- Το φύλο : αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί ακόμη, συνήθως οι γυναίκες νοσηλεύονται πιο συχνά σε νοσηλευτικές κλινικές με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Σύμφωνα με την έρευνα του Grondahl και συν (2012), δεν εντοπίστηκε καμία διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών , όσον αφορά την φροντίδα σε πραγματικά επεισόδια αλλά οι γυναίκες τείνουν να δίνουν υψηλότερη υποκειμενική σημασία σε διαφορετικές πτυχές της φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες.
- Η ηλικία: Σε όλες τις έρευνες, τα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τα νεότερα εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και πολλές φορές επαινούν το προσωπικό υγείας(Megiven,1992). Πιθανώς , οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν περισσότερες προσδοκίες από τους γιατρούς γιατί τους κυριεύει ο φόβος του θανάτου, ίσως δεν έχουν την κατάλληλη εμπειρία και δεν μπορούν να διαμορφώσουν μια πλήρης άποψη.

- Προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες: οι προσδοκίες του κάθε ασθενή για το αποτέλεσμα της κατάστασης του επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του το οποίο το κρίνει ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: Πρώτον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρονται. Δεύτερον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Τρίτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Τέταρτον, στη διαφορά μεταξύ υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται η υπηρεσία υγείας στους ασθενείς και των υπηρεσιών που τελικά προσφέρει (Williams 1994)
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Το μορφωτικό επίπεδο και η εκπαίδευση επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών και παρουσιάζουν σημαντικό αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης. Είναι φανερό πως ηλικιωμένοι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με νεότερους ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης, πιθανώς οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas και συν 2004, Gwozdz και Poza 2009).
- Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή: η εμπειρία κάθε ασθενή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών του νοσοκομείου.

- Σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη πρόγνωση της ικανοποίησης. Διαπιστώνεται πως όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου. Ακόμα έρευνες αναφέρουν πως η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που έχουν αναπτύξει μια διαρκή σχέση εμπιστοσύνης με το θεράποντα ιατρό τους (Τσελέπη, 2002)
- Περιβάλλον περίθαλψης: Έχει αποδεχθεί πως όταν το περιβάλλον παροχής της ιατρικής περίθαλψης είναι καθαρό, άνετο και κατάλληλα διαμορφωμένο οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι(Scotto και συν, 2009)

Μια άλλη ευρεία κατηγοριοποίηση των παραπάνω παραγόντων διακρίνεται σε δυο ευρείες κατηγορίες:

- Οι παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο για παράδειγμα ηλικία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η σωματική ψυχική υγεία, η συμπεριφορά και οι προσδοκίες(Cleary,1988)
- Οι εξωτερικές αντικειμενικές συνθήκες φροντίδας που εμπεριέχουν θέματα σχετικά με τους παρόχους υγείας, το νοσοκομείο, τη μονάδα και τον αριθμό των κλινών (Grondahl, 2012).

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και οι ερευνητές θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να τους λαμβάνουν υπόψη τους κατά τη διενέργεια των ερευνών.

2.3.3 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα οφέλη της

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί την καταγραφή της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών απέναντι στον ασθενή (Nelson & Niederbeger, 1990).

Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται για να διακρίνουμε την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ανθρώπινο δυναμικό κάθε νοσοκομείου καθώς και το νοσοκομειακό περιβάλλον (Barnett, 2001)

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών εφαρμόζεται προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Εάν κάθε ασθενής δώσει πληροφορίες και αυτές αξιοποιηθούν με σωστό τρόπο τότε θα είναι δυνατό να συντελέσουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Επομένως, αποτελεί έναν από τους βασικούς σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης, αφού εκτιμάται η ικανοποίηση όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Πρόκειται για μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά των ασθενών , την οποία οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λάβουν υπόψη τους ανεξάρτητα από το αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή δεν είναι. Μεγαλύτερη σημασία έχει το πώς αισθάνεται ο ασθενής και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, διότι η συμπεριφορά του συνδέεται με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς και κατά συνέπεια αν είναι δυνατό να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών.

Οι τρόποι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών επιτυγχάνεται με την μέθοδο του ερωτηματολογίου στο οποίο καταγράφονται απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών αναφορικά με το νοσοκομείο και την νοσηλεία που οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν όταν εισέρχονται ή όταν εξέρχονται από το νοσοκομείο.

Τα τελευταία χρόνια ο κατάλογος που καλείται να απαντήσει ο κάθε ασθενής αυξήθηκε και έτσι εκτός από το λόγο πρόσβασης, την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας, προστεθήκαν η πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον(φαγητό, καθαριότητα κτλ) τα δικαιώματα και η προσωπικότητα των ασθενών καθώς και η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (Baider et al, 1997)

Το να μετρήσει κάποιος την ικανοποίηση ενός ασθενή αποτελεί πολύ σημαντικό κριτήριο ποιότητας. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό ή τις υπηρεσίες και να επισημάνει τις προβληματικές περιοχές, οι οποίες συχνά δεν είναι εύκολα αντιληπτές από τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας.

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης θα βγουν αποτελέσματα που θα δείξουν το που υστερεί το σύστημα υγείας στις υπηρεσίες υγείας με στόχο την βελτίωση αυτών των υπηρεσιών.

Μερικά από τα σημαντικότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης των ασθενών θα μπορούσαν να είναι :

- Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διαπίστωση της ασθένειας, τη μείωση του πόνου, την αποφυγή επιπλοκών που κάνουν την νοσηλεία να διαρκεί περισσότερο και αυξάνουν το κόστος (Μερκούρης,1996).
- Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενή , η οποία οδηγεί σε γρηγορότερη ίαση και άρα μικρότερο χρόνο νοσηλείας (Μερκούρης,1996)
- Με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να συλλεχτούν πληροφορίες που αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συλλεχτούν πληροφορίες που αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την έρευνα και αποτελεί βασικό σκοπό για την περίθαλψη υγείας.

- Αποτελεί ευκαιρία για την αποδοτικότητα του προσωπικού κι δίνει το δικαίωμα στη διοίκηση να επιβραβεύσει ή όχι τους εργαζομένους.(Μερκούρης, 1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

3.1 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας της χώρα μας χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα σχεδόν ισόποσα και γι' αυτό το λόγο κατονομάζεται ως μεικτό σύστημα. Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει κυβερνητικές επιδοτήσεις και υποχρεωτική χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελείται από τις ίδιες πληρωμές των νοικοκυριών (ΟΟΡ), δωρεές- φιλανθρωπίες και χρηματοδοτήσεις, με τις τελευταίες βέβαια να φτάνουν σε αμελητέα επίπεδα με την πάροδο των χρόνων (Σίσκου και συν 2008). Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται στα μοντέλα Bismarck και Beveridge .

3.1.1 Η κρατική χρηματοδότηση

Οι πιο σημαντικές πηγές της κρατικής χρηματοδότησης είναι τα έσοδα που προκύπτουν από τη φορολογία, ιδίως οι άμεσοι και οι έμμεσοι φόροι, που εμπεριέχονται στις αγορές των πολιτών , είτε πρόκειται για προϊόντα είτε για παροχή υπηρεσιών.

Κύρια πηγή χρηματοδότησης, εκτός από τις προαναφερθέντες αποτελεί και η κοινωνική ασφάλιση, η οποία περιλαμβάνει υγειονομική, συνταξιοδοτική και προνοιακή κάλυψη στους παρόχους της μέσω των τριάντα εννιά ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης που διαθέτει. Τα έσοδα των εν λόγω ταμείων προκύπτουν από τις καθολικές συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Από τις αρχές του 2012 έως και σήμερα , υπεύθυνος για την αγορά και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους ασφάλισης των πρώην κοινωνικών ασφαλιστικών φορέων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Ο τελευταίος αποτελεί τον μεγαλύτερο αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο Οργανισμός συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου 2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα.

3.1.2 Η ιδιωτική χρηματοδότηση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη και πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι συμπληρωματική και για αυτό την επιλέγουν πολίτες μεσαίας ή ανώτερης κοινωνικής οικονομικής τάξης. Το κύριο προνόμιο της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ανταποδοτικότητα που παρέχει, καθώς αποζημιώνει τους ασφαλιζόμενους. Η εισαγωγή της κάρτας νοσηλείας το 1990 , που είχε ως αποτέλεσμα την πρόσβαση των πολιτών στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία και τη δραματική αύξηση του κόστους των αποζημιώσεων. Για την αποφυγή του φαινομένου κρίθηκε αναγκαία η συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα. Οι απευθείας ή ίδιες πληρωμές των χρηστών υγείας αποτελούν σημαντικό παράγοντα της ιδιωτική χρηματοδότησης, όπως έχει ήδη προαναφερθεί.

Σε αυτόν τον τομέα, των πληρωμών, συμπεριλαμβάνονται οι άμεσες και οι άτυπες πληρωμές των χρηστών ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως. Βάσει του Εθνικού Συστήματος Υγείας όλοι οι πολίτες, ανεξαιρέτως, έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και όλοι οι ασφαλισμένοι οφείλουν να τις λαμβάνουν δωρεάν. Παρόλα αυτά υπάρχει ένα χαμηλό κόστος συμμετοχής κατά την πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες. Παλαιότερα, το εν λόγω κόστος διαφοροποιούταν ανά ασφαλιστικό ταμείο/φορέα αναφορικά με το επίπεδο κάλυψης, τη δυνατότητα επιλογής προμηθευτή υγείας, και το ύψος της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Όπως αναφέραμε και προηγουμένως από την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και μετά η θεσμοθετημένες ποσοστιαίες συμμετοχές είναι όμοιες για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι εντάχθηκαν στο νέο Οργανισμό(π.χ. Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α. , Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε, Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω κτλ).

Γενικότερα, η ιδιωτική ασφάλιση έχει σε γενικές γραμμές καθαρά συμπληρωματικό χαρακτήρα στην Ελλάδα, κάτι που έγκειται στην έλλειψη εμπιστοσύνης και στη γενικότερη απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία(Οικονόμου κ.ά. , 2001), ή ακόμη και στην έλλειψη οικονομικής δυνατότητας τους να προβούν σε μια τέτοια ενέργεια, πόσο δε μάλλον από τη στιγμή που η κοινωνική ασφάλιση θεωρείται δωρεάν και καθολική. Όμως από την έναρξη της κρίσης και έπειτα παρουσιάστηκε μια απρόσμενη αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση λόγω των περικοπών που πραγματοποιήθηκαν σε όλους τους τομείς υγείας, άρα αναπόφευκτα και στο Ε.Σ.Υ. . Έτσι, οδήγησαν στη μείωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός πολιτών να στραφεί συνειδητά σε μια πιο σίγουρη λύση για την εξασφάλιση της αρμόζουσας υγειονομικής του περίθαλψης, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει μια επιπλέον οικονομική επιβάρυνση, και ιδιαίτερα σε εποχές κρίσης.

3.2 Έσοδα και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

3.2.1 Φορολογία

Το 1983 η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας άλλαξε τον τρόπο χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα με τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενο από τη φορολογία. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία που υπήρξε τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 χρηματοδοτήθηκε σχεδόν εξ ολοκλήρου από τη φορολογία. Ως αποτέλεσμα, στα μέσα της δεκαετίας του 1990, το 75% της δημόσιας χρηματοδότησης προήλθε από φορολογικά έσοδα. Αυτό οδήγησε στις μεγάλες κρατικές επιδοτήσεις που αποσκοπούσα στο να διατηρήσουν τις τιμές των υπηρεσιών υγείας όσο το δυνατόν χαμηλότερα, προκειμένου να μετριαστούν οι πιέσεις που ασκούσαν στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και να αποθαρρυνθεί η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Παρόλα αυτά, η ισορροπία μεταξύ της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης άλλαξε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, μετά το διπλασιασμό των επίσημων ημερήσιων κλειστών νοσηλίων των νοσοκομείων και την ως εκ τούτου αύξηση της χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση. Σήμερα, η φορολογία αποτελεί μόνο το 29,1% των συνολικών δαπανών για την υγεία και το 48,2% των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Στην Ελλάδα, τα φορολογικά έσοδα προέρχονται από άμεσους φόρους, κυρίως εισοδήματος, και έμμεσους φόρους στα αγαθά και στις υπηρεσίες. Χαρακτηριστικό του ελληνικού φορολογικού συστήματος είναι ότι οι έμμεσοι φόροι αποτελούν περίπου το 60% των συνολικών εσόδων. Ωστόσο, η εξάρτηση από τους έμμεσους φόρους, των οποίων η επίπτωση είναι αντιστρόφως προοδευτική, υπονομεύει την οριζόντια και κάθετη ισότητα (Bronchi,2001)

3.2.2 Κοινωνική ασφάλιση

Το 2007, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση για την υγεία αντιπροσώπευαν το 31,2% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών. Οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων οι οποίες διαφέρουν μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Για παράδειγμα, το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθαρίστου μισθού, από το οποίο το 2,55% επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και το 5,10% τον εργοδότη. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι. Στην ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%. Στην περίπτωση του ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται. Επιπλέον, οι εισφορές για την ασφάλιση ασθενείας των συνταξιούχων των φορέων κύριας ασφάλισης ποικίλλουν. Στην πλειοψηφία τους όμως οι συνταξιούχοι καταβάλλουν 4% επί το ποσού της συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού. Στο ενιαίο σύστημα του ΕΟΠΠΥ, οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπονται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας(7,65%:5,1% εργοδότης και 2,555 εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ, που για τους νέους ασφαλισμένους-εργαζομένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές.

3.2.3 Ιδιωτικές πληρωμές

Το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι οι ιδιωτικές πληρωμές που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για την υγεία. Αυτό το γεγονός εξηγείται από τη διαφορά μεταξύ του επίσημου ποσοστού αποζημίωσης και του πραγματικού ποσού που καταβάλλεται στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Την ώρα της συνδιαλλαγής οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι σε υψηλές άμεσες πληρωμές, με συνέπεια να τίθεται σε δοκιμασία το κριτήριο της ισότητας και η καθολική ασφάλιση με μηδενικές τιμές να υπομονεύεται, καθώς υπάρχει σημαντικό ποσοστό συνασφάλισης, παρά το γεγονός ότι, τυπικά, οι θεσμικές χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ θεωρούνταν χαμηλές (Κυριόπουλος κ.α. 2001). Η μόνη σημαντική πηγή εσόδων από τη χρήση των υπηρεσιών ΕΣΥ προέρχονταν μέχρι πρόσφατα από τα φαρμακευτικά προϊόντα, για τα οποία τα ποσά συμμετοχής/συνασφάλισης διαφέρουν από 0-25% ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη χρονική διάρκεια της νόσου, καθώς και το εισόδημα των ασθενών. Έπειτα όμως από τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι επίσημες επιβαρύνσεις των πολιτών αυξήθηκαν. Συγκεκριμένα οι πιο συνηθισμένες ρυθμίσεις συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης είναι οι ακόλουθες:

3.2.3.1 Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας

Οι ασθενείς που προσέρχονται στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για μια ιατρική εξέταση καταβάλλουν από 1/1/2011 το ποσό των 5 ευρώ, το οποίο μέχρι τότε ήταν 3 ευρώ. Το ποσό αυτό καταβάλλεται απευθείας από τον ασθενή και δεν βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα.

Από αυτή την καταβολή εξαιρούνται μόνο οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά, οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, καθώς και οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί.

Συμπληρωματικώς, από 1/1/2011 η συμμετοχή των 5 ευρώ θεσμοθετήθηκε και για κέντρα υγείας στο πλαίσιο προγράμματος προληπτικού ελέγχου, τα άτομα που έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67% τα άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, καθώς και άτομα που πάσχουν από Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS).

3.2.3.2 Άμεσες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία

Δεν υπάρχουν χρεώσεις για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα δημόσια νοσοκομεία ωστόσο ορισμένες ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες περιλαμβάνουν έξοδα για νοσηλεία σε ανώτερη θέση από αυτή που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας, πληρωμές για ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα ιδιωτικές πληρωμές για λοιπές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως ορισμένες εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις.

3.2.3.3 Επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων

Την 1^η Ιανουαρίου 2002, η κυβέρνηση εισήγαγε την ιδιωτική πρακτική ιατρών σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, με την καθιέρωση των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ιατροί πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη, η οποία στον αρχικό νόμο κυμαίνονταν από 25 ευρώ για τους επιμελητές β' σε νοσοκομεία της περιφέρειας έως 90 ευρώ για ιατρούς-καθηγητές σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Αυτές οι πληρωμές αποτελούσαν άμεσες γιατί δεν επιστρέφονταν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο θεσμός της εισαγωγής των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων σε δημόσια νοσοκομεία ήταν για να αυξηθούν τα έσοδα των νοσοκομείων από δαπάνες που ούτως ή άλλως θα διοχετεύονταν στον ιδιωτικό τομέα, για να περιοριστεί η φοροδιαφυγή και η παραοικονομία, καθώς και για να ενισχυθεί η δυνατότητα επιλογής του ασθενή. Ωστόσο, αυτό το μέτρο είναι πιθανό να συνέβαλε στην αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Το 2010, επεκτάθηκε ο θεσμός αυτός με την ολόημερη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπου μπορούν πλέον να πραγματοποιούνται επισκέψεις σε εξειδικευμένους γιατρούς, επεμβατικές πράξεις κι διαγνωστικές εξετάσεις. Οι αμοιβές των ιατρών κυμαίνονται στο ίδιο εύρος με πριν. Η μόνη διαφορά σε σχέση με την αρχική εφαρμογή του θεσμού το 2002 είναι ότι η δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις που πραγματοποιούνται πέραν του τακτικού ωραρίου στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας επιβαρύνουν τον ασθενή. Όμως, κάθε ασφαλιστικός φορέας αποζημιώνει την ιατρική απογευματινή δαπάνη με το ίδιο καθεστώς που ισχύει για τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία. Το ύψος όμως της αποζημίωσης αυτής είναι πολύ χαμηλότερο από αυτό που καλείται να πληρώσει ο ασθενής στα ιατρεία των νοσοκομείων. Στο τέλος καλείται ο ασθενής να καλύψει ο ίδιος τη διαφορά.

3.2.3.4 Φάρμακα

Το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανέρχεται στο 25% για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Ποσοστό 10% προβλέπεται για τους συνταξιούχους που είναι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ και για την αγορά φαρμάκων υψηλού κόστους που χορηγούνται για ορισμένες χρόνιες παθήσεις. Δωρεάν, χωρίς ποσοστό συμμετοχής, χορηγούνται τα φάρμακα για τη μητρότητα, το εργατικό ατύχημα, τις επιπλοκές της μεσογειακής αναιμίας, για ορισμένες χρόνιες παθήσεις, τα φάρμακα για τους φορείς και ασθενείς με AIDS και για τους μεταμοσχευθέντες. Επίσης, δωρεάν παρέχονται ορισμένα ακριβά φάρμακα από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καθώς και τα ιδιωτικά φαρμακεία.

ο ασθενής να καλύψει ο ίδιος τη διαφορά.

3.2.3.5 Επισκέψεις σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαγνωστικά κέντρα.

Όλες οι επισκέψεις σε ιατρούς και σε διαγνωστικά κέντρα που έχουν σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία είναι δωρεάν για τον ασθενή. Ωστόσο, λόγω των διαρθρωτικών και οικονομικών προβλημάτων, οι ασθενείς συχνά είναι αναγκασμένοι να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη όχι μόνο δημόσια αλλά και ιδιωτική.

Κάποια ασφαλιστικά ταμεία επιτρέπουν στους ασφαλισμένους τους να επισκεφθούν μη συμβεβλημένο ιατρό πληρώνοντας τον οι ίδιοι άμεσα, σύμφωνα με τις τιμές που επικρατούν στην αγορά, ενώ στη συνέχεια λαμβάνουν από το ταμείο τους ένα συγκεκριμένο ποσό ως επιστροφή. Το ποσό αυτό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από την τιμή της αγοράς.

Ανάλογα με τη δέσμη ασφάλισης που προσφέρει το κάθε ασφαλιστικό ταμείο, η συμμετοχή για τις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις κυμαίνεται από 0-30% .

3.2.3.6 Οδοντιατρική φροντίδα

Πολλές οδοντιατρικές υπηρεσίες έχουν αφαιρεθεί από τη λίστα των ασφαλιστικών ταμείων και σε θεραπείες έχει αυξηθεί σημαντικά το κόστος τους.

Τα ποσοστά συμμετοχής κυμαίνονται από 0-40% ενώ η ορθοδοντική φροντίδα για παιδιά καλύπτεται από ορισμένα μόνο ασφαλιστικά ταμεία. Το πεδίο της οδοντιατρικής περίθαλψης χρήζει άμεσης ενίσχυσης, καθώς υπάρχει έλλειψη πλήρους κάλυψης από ασφαλιστικά ταμεία αλλά και από την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ πάνω από το 30% των άμεσων πληρωμών οφείλεται σε δαπάνες για οδοντιατρική θεραπεία.

3.2.3.7 Το πρόβλημα της παραοικονομίας

Ο ελληνικός τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη παραοικονομία και άτυπες πληρωμές. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη ορθολογικής πολιτικής ως προς την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας.

Οι ανήθικες συναλλαγές αφορούν κυρίως την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις πληρωμές προς τους ιατρούς, κυρίως χειρουργούς, προκειμένου ο ασθενής να πετύχει την παράκαμψη της λίστας αναμονής, την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και τη μέγιστη προσοχή από την πλευρά του ιατρού.

Σε έρευνα που διενεργήθηκε σε δείγμα 4738 ατόμων, διαπιστώθηκε ότι το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσιο νοσοκομείο κατέβαλαν τουλάχιστον μια φορά άτυπες πληρωμές σε κάποιον ιατρό.

Από αυτούς που κατέβαλαν άτυπες πληρωμές, το 42% δήλωσε ότι το έκανε από φόβο μήπως δεν λάβει επαρκούς ποιότητας υπηρεσίες και το 20% το έκανε επειδή το απαίτησε ο ιατρός. Από την ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η πιθανότητα καταβολής άτυπων πληρωμών είναι 72% υψηλότερη σε αυτούς που επιθυμούν να παρακάμψουν τη λίστα αναμονής από αυτούς που εισάγονται για νοσηλεία με την κανονική διαδικασία. Επιπλέον, τα χειρουργικά περιστατικά εμφανίζουν 137% υψηλότερες πιθανότητες να προβούν σε άτυπες πληρωμές σε σύγκριση με τα υπόλοιπα περιστατικά(Liagorou et al. ,2008). Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 20% της νοσοκομειακής φροντίδας που χρηματοδοτείται με ιδιωτικούς πόρους αφορά τις άτυπες πληρωμές που καταβάλλονται στα δημόσια νοσοκομεία(Siskou et al.,2008). Επιπροσθέτως, υπάρχουν αυξημένα περιστατικά όπου ιατροί που εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραπέμπουν τους ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η ανεπαρκή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα συντελεί στην υπερβολική παρακλινική συνταγογραφία και στην κερδοσκοπία μέσω εκτεταμένων παραπομπών των ασθενών σε ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Κατά το παρελθόν έχουν γίνει προσπάθειες για την εκτίμηση της έκτασης της παραοικονομίας στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Σε μια από αυτές υπολογίστηκε ότι το 1994 αυτή ανερχόταν στο 1,13% του ΑΕΠ ή στο 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας(Kyrgiopoulos, 2004). Μια πιο πρόσφατη μελέτη για την εκτίμηση της παραοικονομίας και της φοροδιαφυγής στην Ελλάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στον τομέα της υγείας οι περισσότερες άτυπες πληρωμές εντοπίζονται στον τομέα της καρδιοχειρουργικής και το ύψος του καταβαλλόμενου ποσού είναι η συνάρτηση της φήμης του ιατρού και της κοινωνικό-οικονομικής θέσης του ασθενή.

Η μελέτη εκτίμησε ότι η παραοικονομία στην υγεία στην Ελλάδα το 1999 πλησίαζε τα 1,5 δις ευρώ, δηλαδή το 14% των συνολικών δαπανών υγείας(Τάτσος 2001).Συνοψίζοντας από τα αποτελέσματα ερευνών που έχουν δείξει ότι μεγάλη μερίδα των πολιτών που έχουν διαθέσιμο εισόδημα εκφράζουν τη διάθεση να πληρώνουν πρόσθετο ποσό μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας.(Δόλγερας κ.α. 2001 Zavras et al. 2004)

3.3 Μορφές της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας

Η συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή αναφέρεται σε ένα σύνολο από ειδικά εργαλεία πολιτικής, τα οποία ενεργούν πάνω στην πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Οι τρεις βασικές μορφές της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή που εφαρμόζονται σε διάφορα συστήματα υγείας είναι οι εξής :

- **Οι κρατήσεις :** Η δαπάνη που ανέρχεται στο ποσό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής πριν το πρόγραμμα ασφάλισης γίνει ενεργό.
- **Η συνεισφορά:** Η πληρωμή από τον ασθενή ενός ποσού που ισοδυναμεί με συγκεκριμένη τιμή για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία
- **Η ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος:** Ένα ποσοστό στην συνολική δαπάνη για μια υπηρεσία το οποίο πρέπει να πληρωθεί από τον ασθενή .
- **Το όριο μεγίστων παροχών:** Ένα καθορισμένο όριο μεγίστων παροχών για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μέσα στο οποίο θα πληρώνει ο ασφαλιστικός φορέας.

Ο ασθενής θα είναι εξολοκλήρου υπεύθυνος για την πληρωμή υπηρεσιών πάνω από το όριο αυτό.

- **Το ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης μετά από το όριο μέγιστων δαπανών:** Το ασφαλισμένο άτομο ή οικογένεια έχει εξολοκλήρου την ευθύνη της πληρωμής των υπηρεσιών ενός καθορισμένου ορίου δαπανών, που γίνονται σε μια συγκεκριμένη περίοδο, επιπροσθέτως όλα τα έξοδα πληρώνονται από τον ασφαλιστικό φορέα.
- **Οι συμπληρωματικές αμοιβές:** Η διαφορά που υπάρχει στις αμοιβές των προμηθευτών, όταν είναι υψηλότερες από τα όρια μέγιστων δαπανών που τέθηκαν από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την οποία είναι υπεύθυνοι να πληρώσουν οι ασθενείς.
- **Η λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων:** Η σύνταξη περιορισμένης λίστας φαρμάκων , για θεραπευτικά παρόμοια φάρμακα, η οποία καθορίζει τη μέγιστη τιμή για κάθε τεμάχιο. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής είναι υπεύθυνος να διαλέξει ανάμεσα σε αυτά που καλύπτονται ή κάποια άλλα που πρέπει να πληρώσει εξολοκλήρου.
- **Οι αποκλεισμοί από την κάλυψη:** Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πακέτο παροχών της ασφάλισης, αφήνοντας τους ασθενείς υπεύθυνους για το συνολικό κόστος των υπηρεσιών ή το επιπρόσθετο κόστος αυτών που δεν καλύπτονται εξολοκλήρου.

Γενικότερα, οι διάφορες αυτές μορφές της συμμετοχής στο κόστος για κάποιες χώρες αποτελεί ο κύριος στόχος για την μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την συγκράτηση του κόστους όμως για άλλες είναι η αύξηση των πρόσθετων εσόδων για την στήριξη της λειτουργίας του συστήματος υγείας.(Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.1 Κρατήσεις

Οι κρατήσεις είναι ένα καθορισμένο ποσό από άμεσες πληρωμές, το οποίο καλύπτεται από τον ασθενή πριν ισχύσει το ασφαλιστικό του πρόγραμμα. Η πολιτική αυτή λειτουργεί συνήθως σε ετήσια βάση. Δεν προτιμήθηκε από πολλές χώρες αυτή η μορφή συμμετοχής στο κόστος, ίσως γιατί δεν καταφέρνει να μειώσει την ροπή προς κατανάλωση των ασθενών. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί ως πολιτική μετατόπιση μέρους του κόστους των υπηρεσιών, από το σύστημα υγείας στον ασθενή ή συγκέντρωση πρόσθετων εσόδων για τον τομέα της υγείας. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.2 Συνεισφορά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία

Αυτή η πολιτική έχει ως σκοπό να ελέγξει τις ιατρικές πράξεις από την πλευρά του χρήστη για να μειώσει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας με την επιβολή ενός σταθερού χρηματικού ποσού συμμετοχής στον καταναλωτή-ασθενή. Η συνεισφορά του χρήστη στο κόστος της προσφερόμενης φροντίδας οδηγεί στη μείωση του εισοδήματος του με σκοπό να κάνει τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας πιο υπεύθυνο και να επιβάλλει κάποιο φραγμό στην υπερβάλλουσα ζήτηση φροντίδων υγείας. Η συνεισφορά του χρήστη στο κόστος της προσφερόμενης υπηρεσίας οπωσδήποτε επηρεάζει τον ιατρό ο οποίος ως τελικός διανεμητής και ρυθμιστής της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, εφόσον επιβαρύνεται ο ασθενής του και καταστρατηγούνται τα φαινόμενα της ηθικής βλάβης δηλαδή αποφυγή της υπερβάλλουσας προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.3 Ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας

Η πολιτική αυτή έχει χρησιμοποιηθεί από πολλές χώρες και σε όλα τα επίπεδα του τομέα της υγείας. Τα συνηθέστερα ποσοστά, που είναι υπεύθυνα οι ασθενείς να συμμετέχουν, στο κόστος περίθαλψης είναι αρκετά χαμηλά(10-25%). Όταν η ποσοστιαία συμμετοχή βρίσκεται σε αυτά τα επίπεδα δεν είναι τόσο αποτελεσματική ως μέθοδος μείωσης της κατανάλωσης, γιατί δεν <<ενοχλεί>> τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Εκεί που είναι πιο αποτελεσματική ως πολιτική μείωσης της κατανάλωσης είναι στη χρησιμοποίηση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας για διαγνωστικές εξετάσεις όταν δεν είναι απαραίτητες(αλλά κοστίζουν ακριβά). (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.4 Όριο μέγιστων παροχών

Σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό απομακρυσμένα συνήθως εφαρμόζεται αυτή η μορφή συμμετοχής. Οι αποφάσεις πάνω στο θέμα αυτό λαμβάνονται από τις τοπικές αρχές, αλλά τα μέγιστα και τα κατώτατα όρια ρυθμίζονται σε εθνικό επίπεδο. Με σκοπό να περιορίσει την κατανάλωση του ασθενή σε ένα επίπεδο ανεκτό από το σύστημα υγείας γνωρίζοντας το μέγιστο όριο παροχών και έτσι προσπαθεί να μην εξαντλεί το περιθώριο με άσκοπη κατανάλωση υπηρεσιών. Εξ ολοκλήρου ο ίδιος ευθύνεται για την πληρωμή του κόστους κάθε υπηρεσίας υγείας αν υπερβεί το όριο. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.5 Ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης

Ο ασθενής μπαίνει σε λειτουργία όταν έχει συμπληρώσει ένα καθορισμένο όριο δαπανών. Η πολιτική αυτή μπορεί να θεωρηθεί μετατόπιση οικονομικού βάρους από το σύστημα υγείας στους ασθενείς ή και αύξηση των συμπληρωματικών εσόδων για το κεφάλαιο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως μέγιστη δαπάνη καθορίζεται το ποσό, το οποίο πρέπει να πληρώνεται από τους ασθενείς και επηρεάζει αυτούς που είναι με χαμηλό εισόδημα. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.6 Συμπληρωματικές αμοιβές

Οι συμπληρωματικές αμοιβές υπάρχουν όπου υπάρχει υπέρβαση στα μέγιστα όρια κάλυψης που έχουν καθοριστεί από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Είναι ένα εργαλείο συγκράτησης του κόστους, το οποίο εφαρμόζεται σε πολλά είδη προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή αυτής επέφερε ελάφρυνση στα οικονομικά των ασφαλιστικών μέσω της διαπραγμάτευσης των τιμών των ιατρικών πράξεων. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.7 Λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων

Οι κατάλογοι εγκεκριμένων φαρμάκων εφαρμόστηκαν σε συνδυασμό με περιορισμούς στην προώθηση των πωλήσεων και στη διαφήμιση των φαρμάκων. Ελέγχονται οι τιμές που θέτουν οι βιομηχανίες με σκοπό την συγκράτηση των δαπανών της φαρμακευτική κατανάλωσης. Οι λίστες γίνονται σύμφωνα με τις θεραπευτικές ιδιότητες των φαρμάκων και προτιμούνται

τα φαρμακευτικά προϊόντα των εγχώριων βιομηχανιών έναντι των εισαγομένων. Το σύστημα υγείας δεν επιβαρύνεται όποια και αν είναι η επιλογή των ασθενών, είτε προτιμούν τα φαρμακευτικά προϊόντα που βρίσκονται στη λίστα και κοστίζουν (για το σύστημα) χαμηλότερα, είτε επειδή προτιμούν αυτά που δεν καλύπτονται αλλά τα πληρώνουν οι ίδιοι, όπου καθιστά το μέτρο αρκετά αποτελεσματικό. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

3.3.8 Αποκλεισμοί από την κάλυψη

Οι υπηρεσίες υγείας που τα οφέλη τους δεν περιορίζονται μόνο στα άτομα τα οποία τις καταναλώνουν θεωρούνται μικτά αγαθά και επιδέχονται αποκλεισμούς από την κάλυψη. Ένα παράδειγμα είναι η θεραπεία μιας μεταδοτικής ασθένειας όπως φυματίωση. Τέτοια θεραπεία δεν προστατεύει μόνο το άτομο που θεραπεύεται. (Κοντούλη- Γείτονα Μαρία, Αθήνα 1992)

Υπάρχουν και άλλου είδους θεραπείες που δεν έχουν σχέση με τις χαρακτηριζόμενες ως χρόνιες ασθένειες πολλές φορές αποκλείονται από την κάλυψη. Τέτοιες μπορεί να είναι οι λουτροθεραπείες, οι φυσικοθεραπείες κα

Το σύστημα υγείας δεν επιβαρύνεται χωρίς να κινδυνεύει η ζωή των ασθενών από τη μη χρησιμοποίησή τους.

3.4 Οι δαπάνες υγείας

Όταν αναφερόμαστε στις δαπάνες υγείας περιγράφουμε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με κύριο σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με το πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Οι δραστηριότητες αφορούν τόσο στον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετείται ο κύριος σκοπός που έχει ένα σύστημα υγείας, όσο όμως και τις δράσεις που λαμβάνουν χώρα με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση των επιπέδων υγείας. (Canadian Institute for Health Information, 2002)

Οι δαπάνες υγείας μπορούν σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- Τις ιατρικές δαπάνες, που σχετίζονται με τις αμοιβές των γιατρών, τα έξοδα που απαιτούνται για τη μεταφορά ασθενών , και τα έξοδα για διαφορετικών μορφών θεραπείες
- Τις νοσοκομειακές δαπάνες, που σχετίζονται με τα έξοδα για τα νοσηλεία, τις δαπάνες για τα χειρουργεία και τις επεμβάσεις, τις δαπάνες των φαρμάκων, και τις δαπάνες για τις παρακλινικές εξετάσεις.
- Τις φαρμακευτικές δαπάνες, που σχετίζονται με δαπάνες για ορθοπεδικά και οπτικά.

Αν τώρα σε αυτές τις τρεις κατηγορίες προσθέσουμε και τις δαπάνες για τις υγειονομικές υπηρεσίες στο στρατό, για εκπαιδευτική ιατρική, για εργασιακή ιατρική, για πρόληψη, για κατάρτιση και έρευνα, αλλά και λειτουργικές δαπάνες, το αποτέλεσμα που έχουμε είναι αυτό που ορίζουμε ως σύνολο δαπανών για την υγεία.

Από όσα ήδη αναφέρθηκαν, γίνεται φανερό ότι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων. Δημόσια κατανάλωση είναι τα έξοδα που έχει ένα σύστημα υγείας, τα οποία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ιδιωτική κατανάλωση είναι η συμμετοχή στο υγειονομικό κόστος που γίνεται με ίδια κεφάλαια των πολιτών. Το κράτος μπορεί να συμμετέχει στο σύστημα υγείας και μέσα από δημόσιες επενδύσεις, ενώ η ιδιωτική επένδυση αφορά στις επενδύσεις, σε υποδομές και παροχές υπηρεσιών, από ιδιώτες (Soulis, 1998). Επιπρόσθετα παρατηρείται μία δυσκολία στην εκτίμηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία, καθώς τα έξοδα δε διακρίνονται σε κάθε βαθμίδα περίθαλψης, καθώς σε πολλές περιπτώσεις ένας ασθενής έχει ανάγκη την ίδια στιγμή τόσο από ενδονοσοκομειακή περίθαλψη όσο και από εξωνοσοκομειακή.

3.4.1 Αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγεία έχουν παρουσιάσει μια σχετική αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μία σειρά από παράγοντες (Mack, 2016):

- Γήρανση του πληθυσμού
- Αύξηση χρόνιων παθήσεων
- Αυξημένο κόστος περίθαλψης, περιλαμβανομένων των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης εξωτερικού ιατρού και φροντίδας στα δωμάτια έκτακτης ανάγκης

- Αυξημένα ασφάλιστρα υγείας
- Υψηλότερο ιδιωτικό κόστος για παροχή υπηρεσιών
- Ανεπάρκεια και έλλειψη διαφάνειας
- Αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων
- Η εξέλιξη της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τον τομέα υγείας
- Ο τρόπος ζωής

3.4.2 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Σε αυτόν τον προϋπολογισμό περιλαμβάνεται η ασφάλεια υγείας του αγροτικού δυναμικού, μέρος της ασφάλειας του δημόσιου τομέα, το σύνολο των δαπανών για τη δημόσια υγεία, οι επενδύσεις που απαιτείται να γίνουν στην υγεία, η έρευνα και η εκπαίδευση του προσωπικού. Οι πόροι που διαθέτει ο κρατικός προϋπολογισμός για τον τομέα της υγείας κατηγοριοποιείται στις ακόλουθες δαπάνες:

- Κάλυψη ετήσιου προϋπολογισμού νοσοκομείων και κέντρων υγείας
- Επενδύσεις στον τομέα της υγείας
- Έρευνα και κατάρτιση
- Δημόσια υγεία
- Λειτουργία κεντρικής διοίκησης
- Κάλυψη οικονομικών αναγκών ασφαλιστικών ταμείων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

4.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το στάδιο της εργασίας γίνεται προσπάθεια διαγραμματικής απεικόνισης μεταξύ του συνόλου των ασθενών που επισκέπτονται καθημερινά ένα από τα πιο γνωστά συνοικιακά διαγνωστικά κέντρα ιδιωτικό πολυιατρείο του Δήμου Καλλιθέας. Για τον σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 100 μόνιμων ασθενών γυναικών, όπου πραγματοποίησαν εξετάσεις στα τμήματα αξονικός τομογράφος, μέτρηση οστικής πυκνότητας, μαστογραφίας και καρδιολογικό ,ειδικότερα στην εξέταση υπερηχοκαρδιολογική μελέτη τα τελευταία πέντε χρόνια. Οι εξετάσεις αυτές καλύπτονται από τον ενιαίο ασφαλιστικό ταμείο τον ΕΟΠΠΥ με συμμετοχή του ασφαλισμένου στο μικρότερο κόστος. Κατά τη διάρκεια της συλλογής των στοιχείων, καταβλήθηκε η μέγιστη προσπάθεια να τηρηθούν όλες οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα και την ανωνυμία.

Με βάση την εμπειρική ανάλυση η αξία των ιατρικών εξετάσεων ανά ασθενή σε χρονικό διάστημα ενός έτους υπολογίζεται από το παρακάτω δείκτη:

Αξία = κόστος εξέτασης * αριθμός επισκέψεων (Value=cost of service * number of cases)

Χρησιμοποιήθηκε το κόστος της κάθε εξέτασης ώστε να μπορέσουμε να ορίσουμε την ποιότητα της, η οποία συσχετίζεται με αυτό. Επίσης, ο αριθμός επισκέψεων καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών όπου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι άμεσα συνδεδεμένες αλλά όχι ταυτόσημες. Το μέγεθος της αξίας των ιατρικών εξετάσεων αποδεικνύει την άμεση σχέση των παραπάνω εννοιών χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι ταυτόσημες, εφόσον υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση.

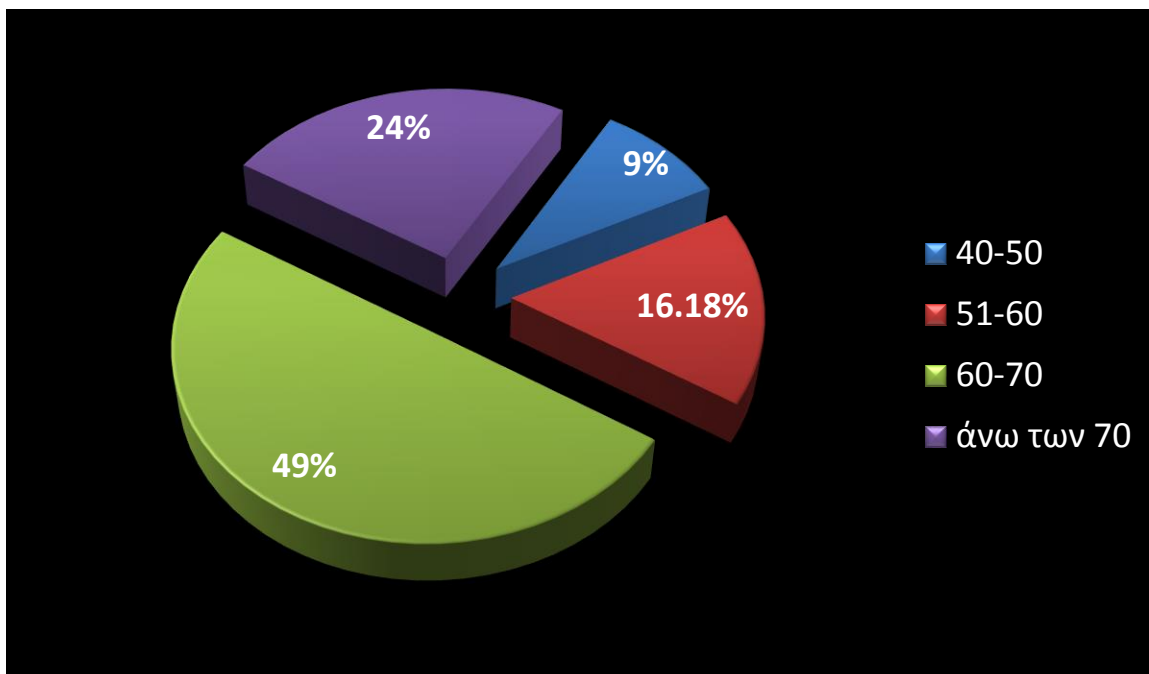
Όπως είναι φανερό, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, αναλύονται είναι τόσο διαχρονικά καθώς παρατηρούνται σε διαφορετικούς χρόνους, όσο και διαστρωματικά, καθώς αναλύονται οι αξίες των τεσσάρων ιατρικών εξετάσεων και όχι μόνο μίας.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, θα αναφερθούμε σε διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, τα κριτήρια παρόχου των ιατρικών εξετάσεων, τον αριθμό των επισκέψεων των ασθενών δηλαδή την συχνότητα ανά έτος και ανά τελευταία πενταετία και το κόστος εξέτασης, προκειμένου να αποσαφηνίσουμε όσο το δυνατόν το ρόλο των συγκεκριμένων παραγόντων σε σχέση με την αξία των ιατρικών εξετάσεων.

4.2Ανάλυση Παραγόντων

Η ηλικία του δείγματος

Οι ασθενείς που πραγματοποίησαν τις παραπάνω ιατρικές εξετάσεις ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες των 40 έως 70 ετών και άνω γιατί σ' αυτές τις ηλικίες γίνεται η μαστογραφία πάνω στην οποία βασίστηκε η δειγματοληψία. Από την ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων παρατηρήσαμε πως μόνο το 9 % των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν από 40-50, το 16,18% βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών , ενώ το 24% ήταν σε ηλικία από 70 ετών και άνω. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό 49%, αφορούν ηλικίες από 60-70 ετών

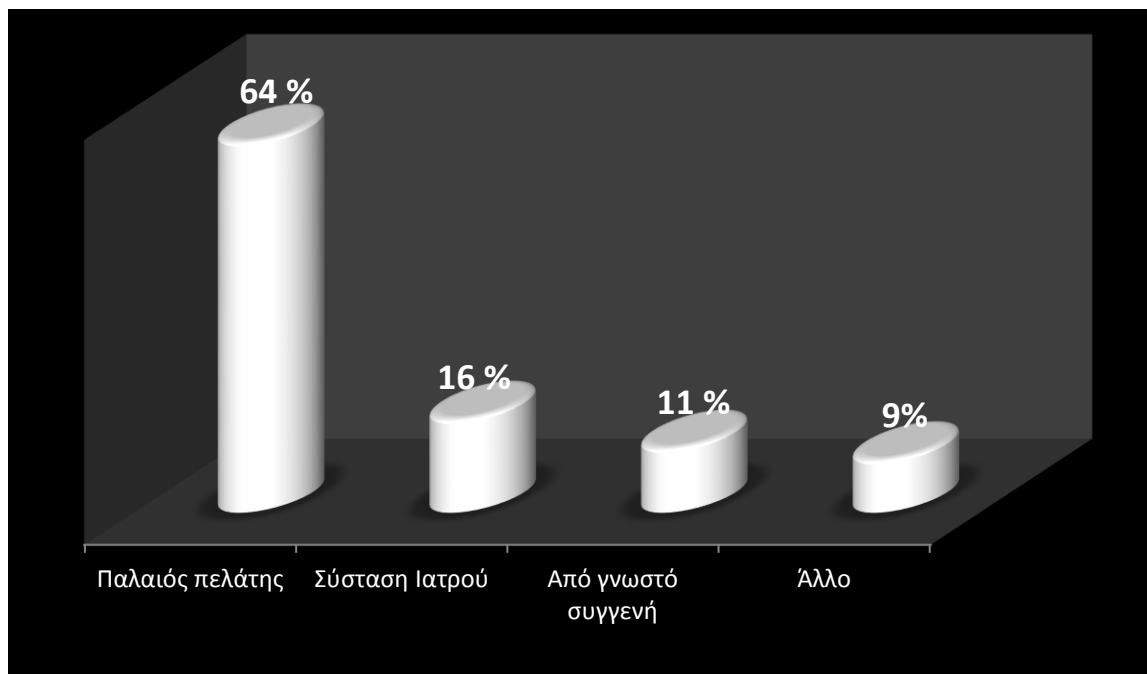


Διάγραμμα 4.1

Ποσοστό ηλικίας του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής παρόχου των ιατρικών εξετάσεων

Τα κριτήρια επιλογής παρόχου υγειονομικής περίθαλψης είναι πολλά αλλά η αξιοπιστία του διαγνωστικού κέντρου αναγνωρίζετε από το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών όπως αποδεικνύουν οι προτιμήσεις τους στον παρακάτω πίνακα. Ως παλαιοί πελάτες χαρακτηρίζεται το 64% του δείγματος οι υπόλοιποι παράγοντες σε μειοψηφία το 16% από σύσταση ιατρού, το 11% από γνωστό συγγενή και το 9% από άλλο φορέα κυρίως τυχαίας επιλογής.

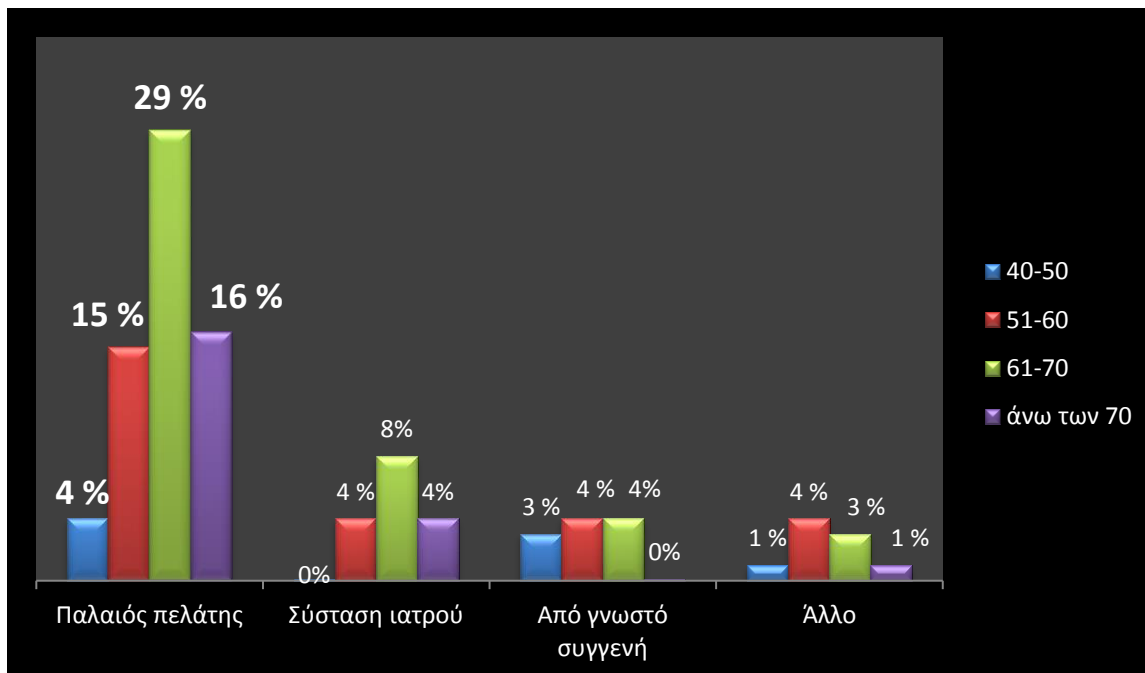


Διάγραμμα 4.2

Ποσοστό κριτήρια επιλογής παρόχου ιατρικών εξετάσεων

Η ηλικία του δείγματος σε σχέση με τα κριτήρια παρόχου ιατρικών εξετάσεων τα τελευταία πέντε έτη.

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο ακόλουθο διάγραμμα παρατηρούμε πως τα κριτήρια παρόχου των ιατρικών εξετάσεων τα τελευταία έτη είναι μεγαλύτερος στις ηλικίες από 61 έως 70 ετών με ποσοστά 29% σε παλαιούς πελάτες, 8% σε σύσταση ιατρού, 4% από γνωστό συγγενή και τέλος ένα μικρότερο ποσοστό 3% σε άλλο κριτήριο.



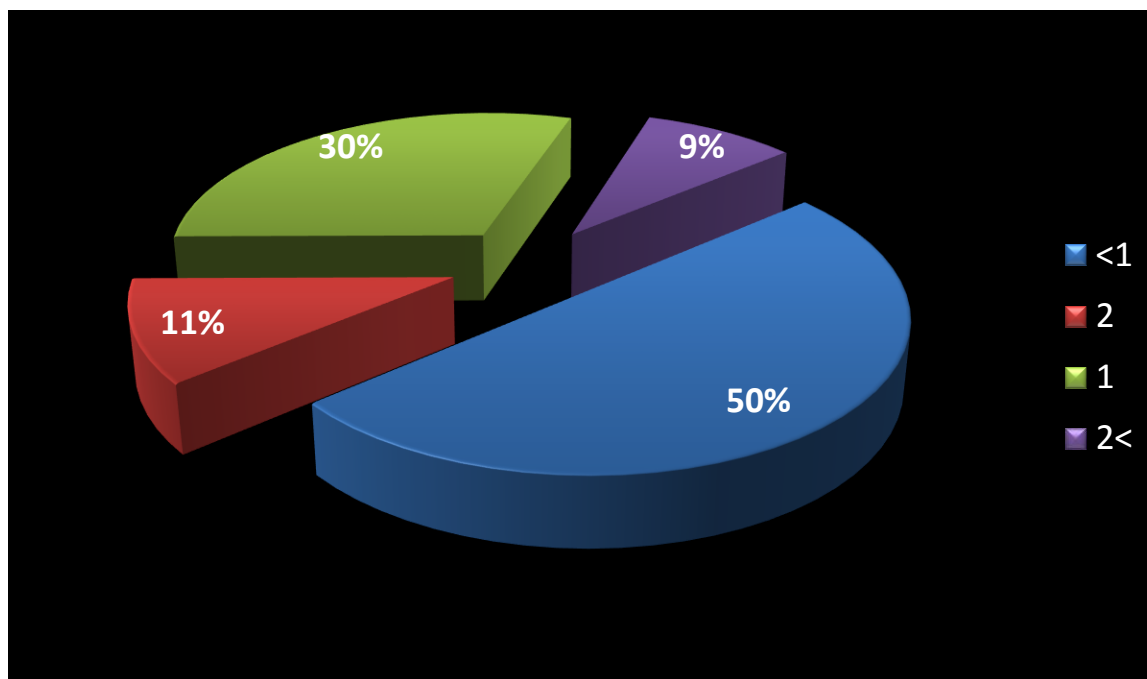
Διάγραμμα 4.3

Ποσοστό ηλικίας σε σχέση με τα κριτήρια του παρόχου

*Η κατηγορία παλιός πελάτης σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος πελάτης έρχεται στον πάροχο πολλά χρόνια, σε πολλές περιπτώσεις 10 και 20 χρόνια συνεχώς.

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας αξονικής τομογραφίας τα πέντε τελευταία έτη

Όσο αναφορά την εξέταση της αξονικής τομογραφίας είναι ότι για να την κάνουν κάποιο πρόβλημα έχουν και το ελέγχουν. Ίσως έχουν περάσει καρκίνο και κάνουν τον έλεγχο μετά με αξονικές άνω –κάτω κοιλίας και θώρακος. Επίσης, άλλες παθήσεις που μπορούν να έχουν είναι οσφυοϊεράς μοίρας ή κάποιο κρύωμα που όπου γίνεται ο έλεγχος με αξονική θώρακος και κεφαλαλγίες και ημικρανίες όπου γίνεται με αξονική εγκεφάλου. Σε αυτή την αξιολόγηση ήταν γενικά μοιρασμένες το 50% χρησιμοποίησαν την αξονική υπηρεσία λιγότερο από μια φορά τα πέντε έτη. Με μεγάλη διαφορά, το 11% επισκέπτεται τον διαγνωστικό κέντρο για αυτήν την εξέταση δύο φορές τα πέντε έτη και το 9% περισσότερο από δύο φορές τα πέντε έτη. Τέλος, το 30% χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες μια φορά τα πέντε έτη.

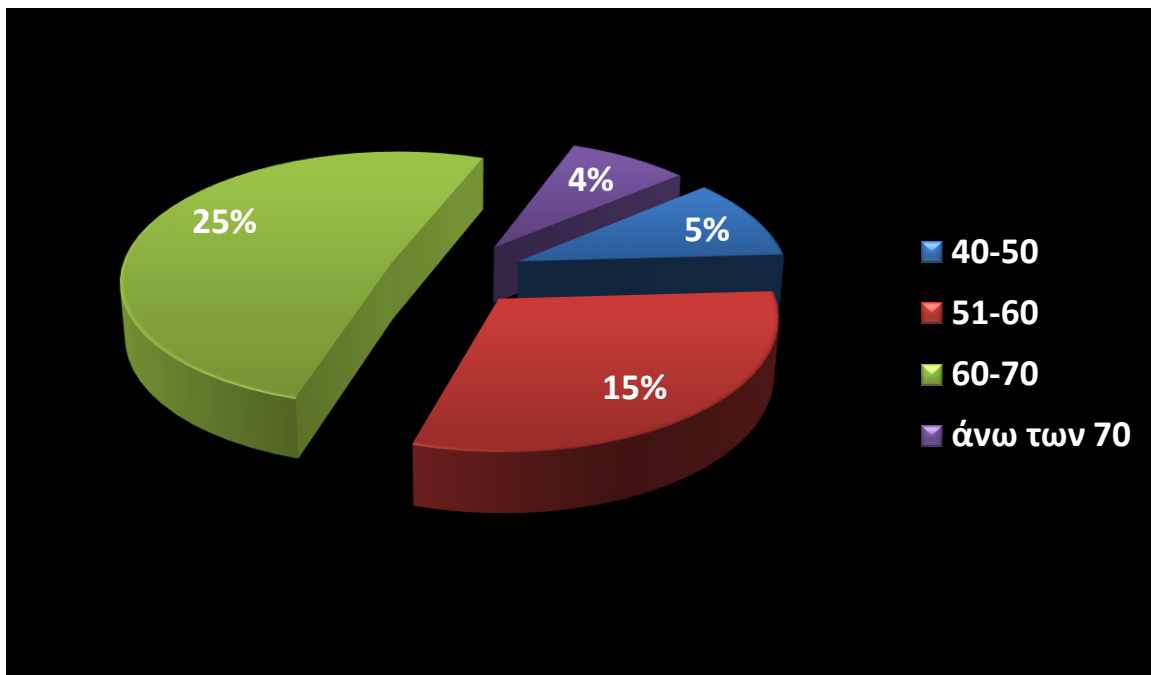


Διάγραμμα 4.4

Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας αξονικής τομογραφίας τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας αξονικής τομογραφίας σε σχέση με την ηλικία στα πέντε έτη.

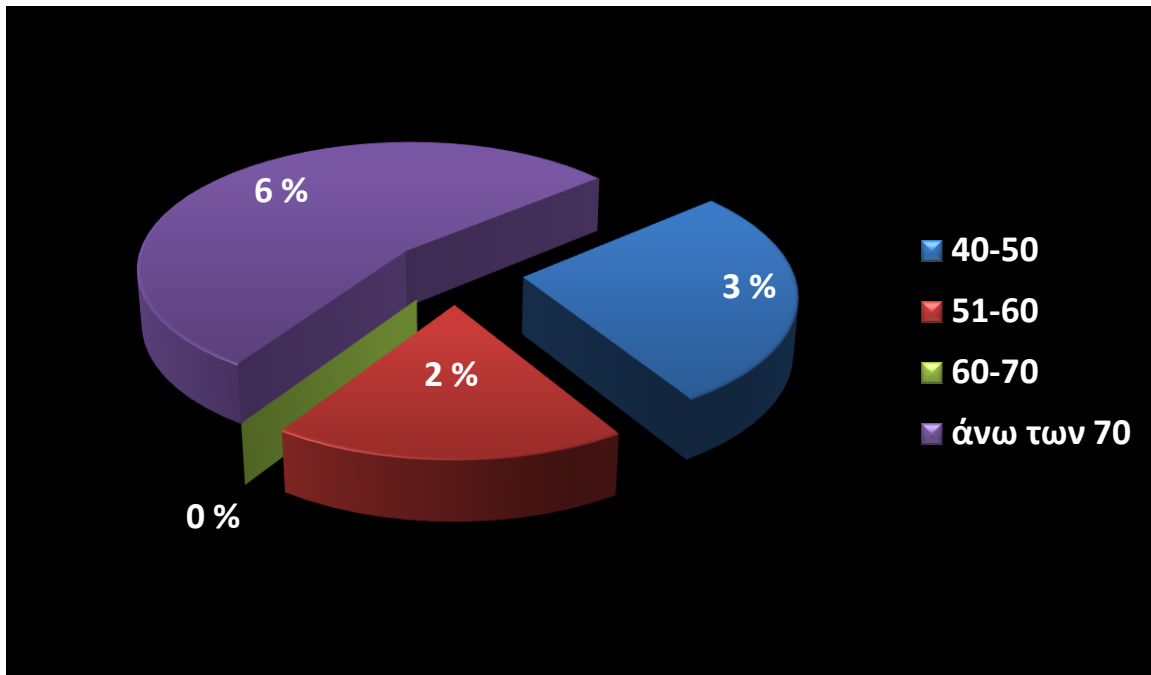
Όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα από την πλειοψηφία του 50% όπου η συχνότητα εξέτασης της αξονικής τομογραφίας ήταν λιγότερο από μία φορά στα πέντε έτη το 25% είναι ηλικίες μεταξύ 60 και 70 ετών.



Διάγραμμα 4.5

Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

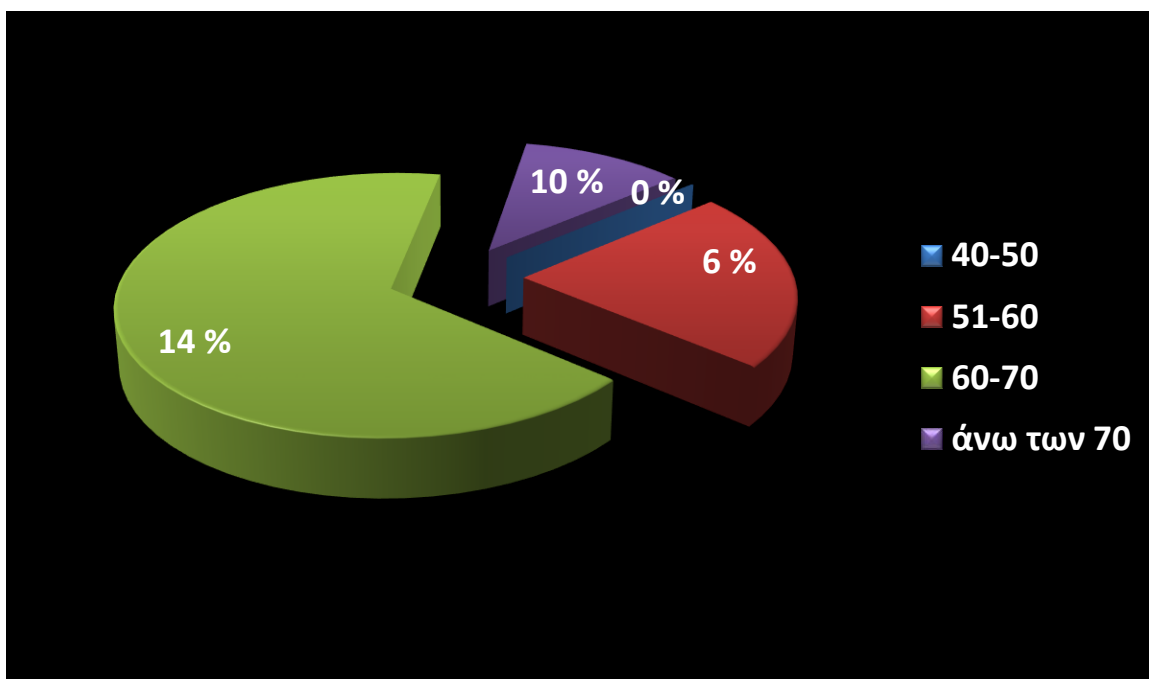
Από το παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι από το 11% όπου η συχνότητα εξέτασης της αξονικής τομογραφίας ήταν δυο φορές στα πέντε έτη το 6% είναι ηλικίες άνω των 70 ετών.



Διάγραμμα 4.6

Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

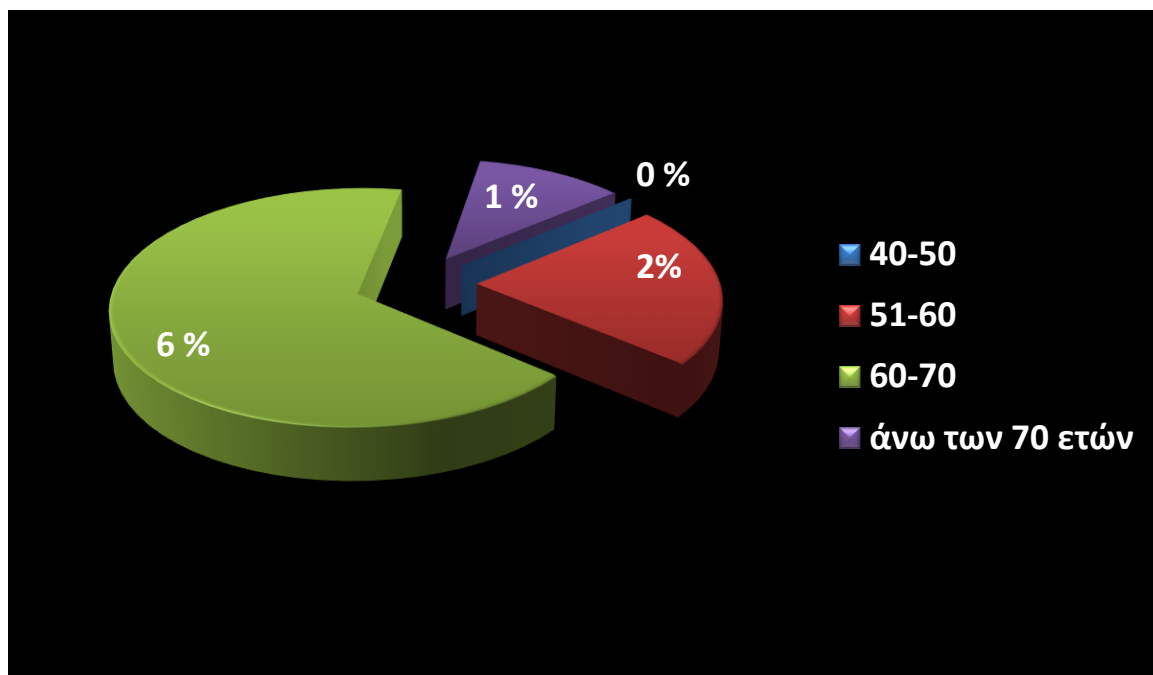
Στην συνέχεια βλέπουμε από το 30% όπου η συχνότητα εξέτασης της αξονικής τομογραφίας ήταν μια φορά στα πέντε έτη το 14% είναι ηλικίες μεταξύ των ηλικιών 60-70 ετών.



Διάγραμμα 4.7

Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

Τέλος βλέπουμε στο παρακάτω διάγραμμα ότι από το 9% του δείγματος όπου η συχνότητα εξέτασης της αξονικής τομογραφίας ήταν περισσότερες φορές στα πέντε έτη το 6% είναι ηλικίες μεταξύ των ηλικιών 60-70 ετών.

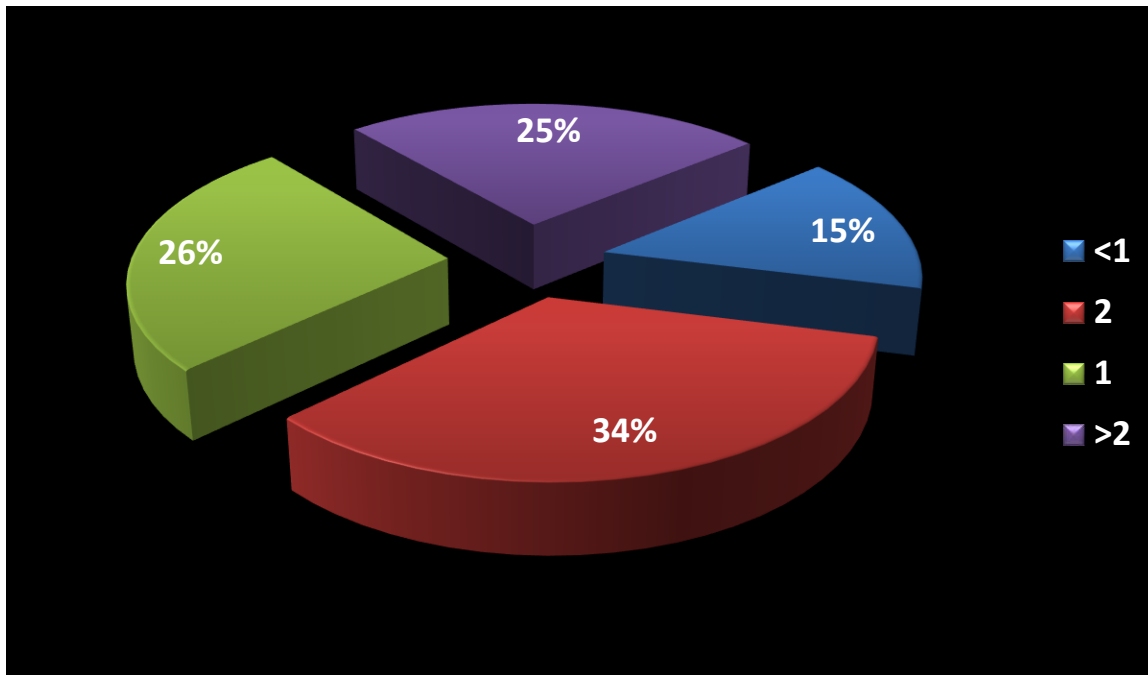


Διάγραμμα 4.8

Συχνότητα περισσότερες από δύο φορές στα πέντε έτη αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μέτρηση οστικής πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη

Όταν κάνουν μέτρηση οστικής πυκνότητας κάθε 2 χρόνια, τότε τηρούν τον τακτικό έλεγχο(Check-up) ανάλογα αν έχουν οστεοπενία ή οστεοπόρωση. Βοηθάει και στον τακτικό έλεγχο που γίνεται 1-2 χρόνια σύμφωνα με την εξέταση της μαστογραφίας όπου συνήθως ξεκινάει μετά τα 40 έτη. Από το δείγμα προέκυψε πως γίνεται ο τακτικός έλεγχος για οστεοπενία ή οστεοπόρωση σε ποσοστό 34%, όπου χρησιμοποίησαν την υπηρεσία δύο φορές τα πέντε έτη, το 26% ανέφερε ότι επισκέπτεται το διαγνωστικό κέντρο μία φορά στα πέντε έτη., ενώ το 25% χρησιμοποίησαν την υπηρεσία περισσότερο από δύο φορές τα πέντε έτη .Τέλος, ένα μικρό ποσοστό της του 15% απεικονίζεται πως χρησιμοποίησαν την υπηρεσία μέτρηση οστικής πυκνότητας λιγότερο από μία φορά στα πέντε έτη.

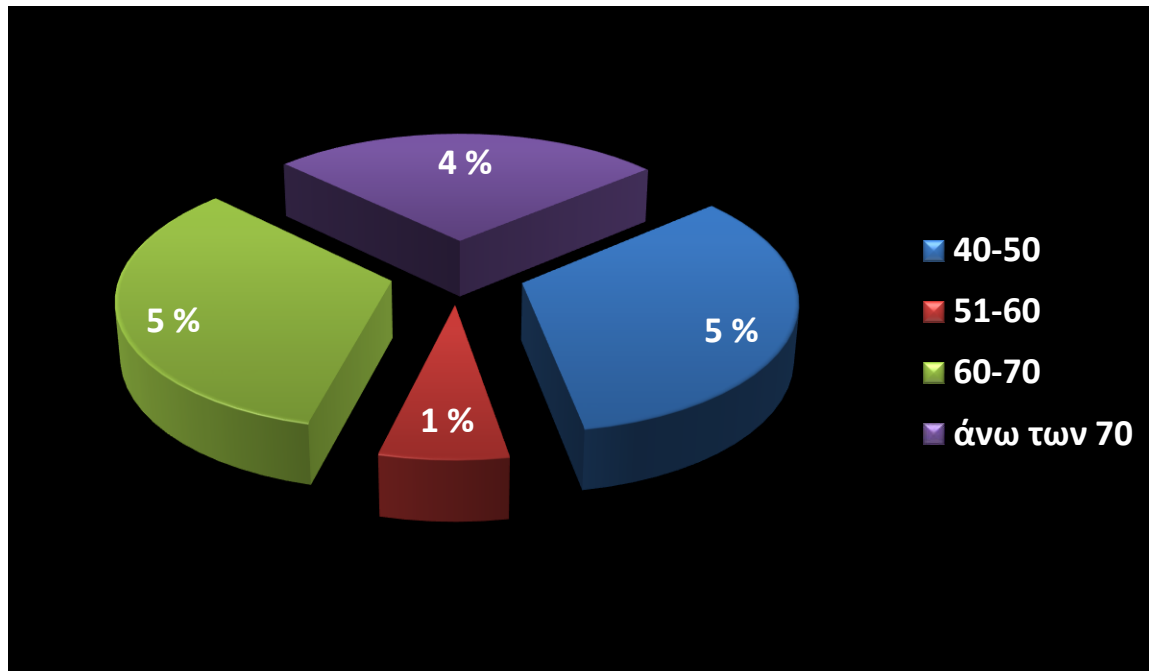


Διάγραμμα 4.9

Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μέτρηση οστικής πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μέτρησης οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία στα πέντε έτη.

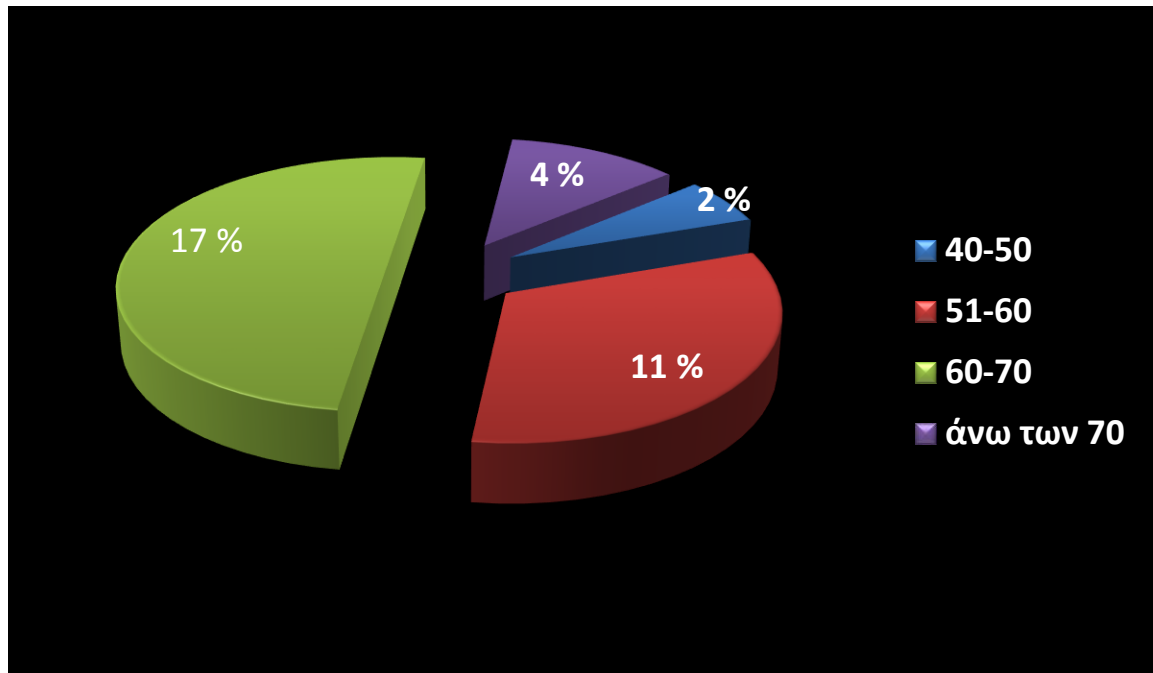
Όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα από το μικρότερο ποσοστό που δεν κάνουν καθόλου την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας το 15% τα πέντε τελευταία έτη το 5% είναι ηλικίες μεταξύ 40 και 50 ετών και το άλλο 5% είναι ηλικίες μεταξύ 60-70 ετών



Διάγραμμα 4.10

Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

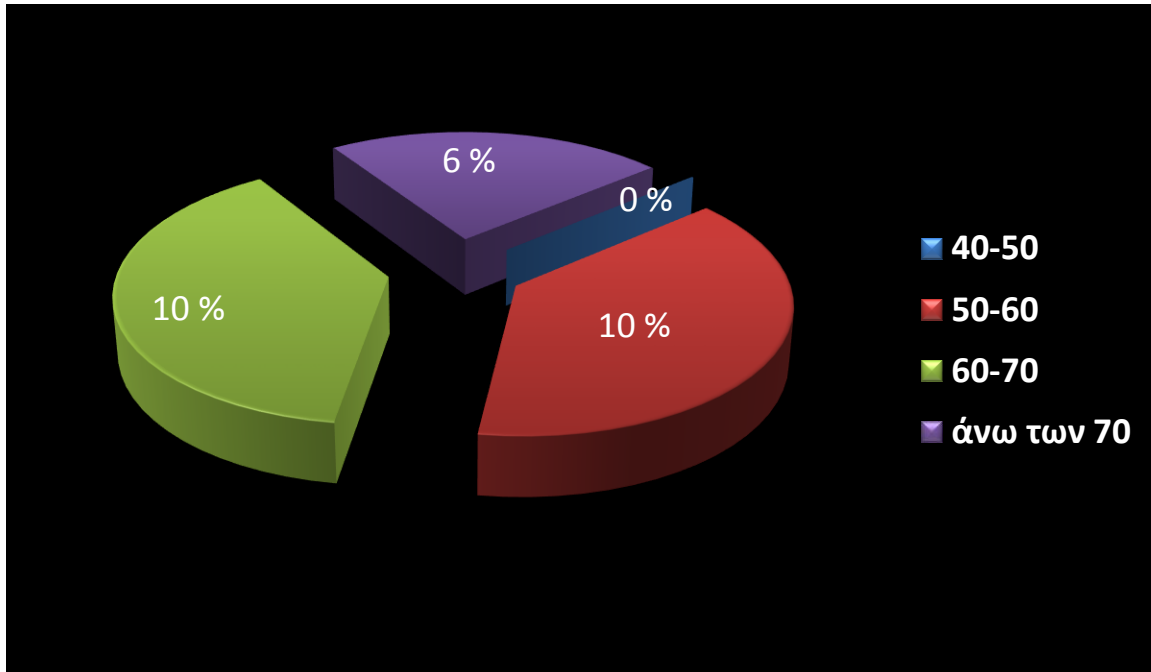
Στην συνέχεια από την πλειοψηφία του δείγματος το 34% που κάνει την εξέταση δυο φορές τα πέντε τελευταία έτη ,το 17% είναι ηλικίες μεταξύ 60 και 70 ετών και το μόνο το 2% αυτού είναι ηλικίες μεταξύ 40-50 ετών.



Διάγραμμα 4.11

Συχνότητα δυο φορές στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

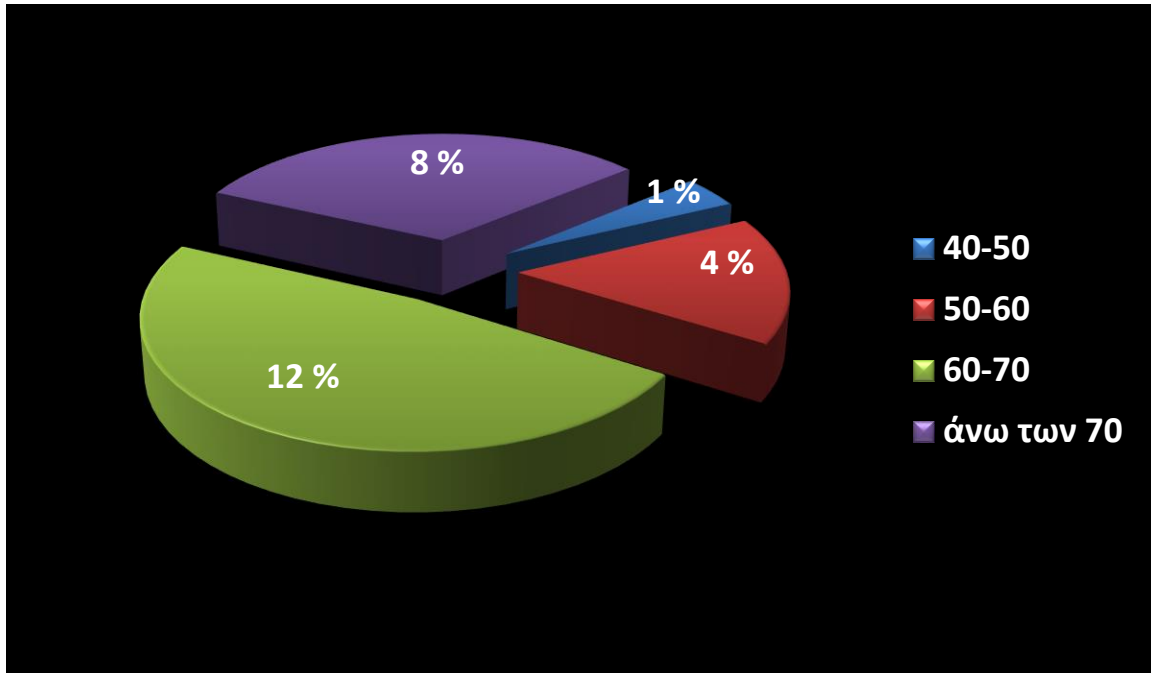
Έπειτα από το 26% του δείγματος που κάνει την εξέταση μια φορά τα πέντε τελευταία έτη ,το 10% είναι ηλικίες μεταξύ 50 έως 60 ετών και το άλλο 10% είναι ηλικίες μεταξύ 60 έως 70 ετών. Μόνο το 6% αυτού είναι ηλικίες άνω των 70 ετών.



Διάγραμμα 4.12

Συχνότητα μια φορά στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

Τέλος από το 25% του δείγματος που κάνει την εξέταση περισσότερο από δύο φορές τα πέντε τελευταία έτη ,σχεδόν το μισό αυτού το 12% είναι ηλικίες μεταξύ 60 έως 70 ετών.

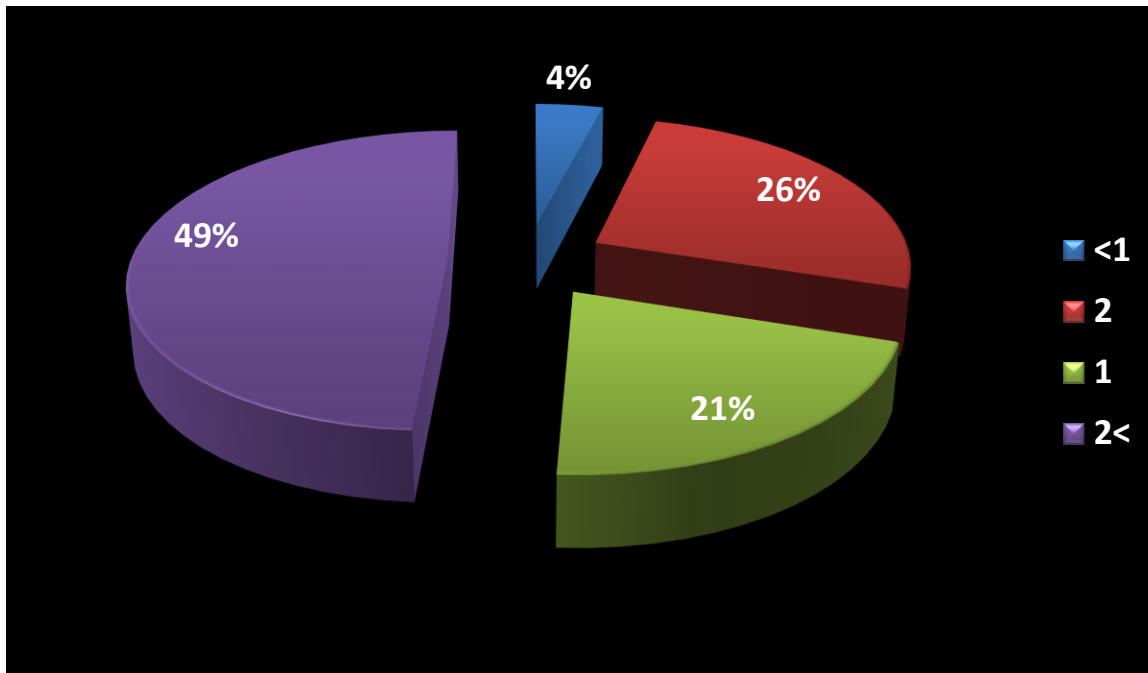


Διάγραμμα 4.13

Συχνότητα περισσότερες από δυο φορές στα πέντε έτη μέτρηση οστικής πυκνότητας σε σχέση με την ηλικία

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μαστογραφίας τα πέντε τελευταία έτη

Όπως προαναφέραμε η μαστογραφία ως παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η εξέταση στην οποία βασίστηκε το δείγμα λόγω του τακτικού ελέγχου που πρέπει να γίνει σε ηλικίες 40-85 ετών. Η εξέταση αυτή είναι αλληλοεξαρτώμενη με την προαναφερόμενη μέτρηση οστικής πυκνότητας όπου εξίσου πρέπει να γίνεται ο τακτικός έλεγχος κάθε 1-2 χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν γυναίκες σε ηλικία 70-85 ετών όπου δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία. Η πλειοψηφία του δείγματος (49%) έχει καταγραφεί ότι κάνουν περισσότερο από δύο φορές τα πέντε έτη και το 26% ότι κάνανε την εξέταση δυο φορές στα πέντε έτη. Μόνο μία φορά στα πέντε έτη έκανε την εξέταση το 21% και τέλος το 4% έκανε την εξέταση λιγότερο από μία φορά στα πέντε έτη.

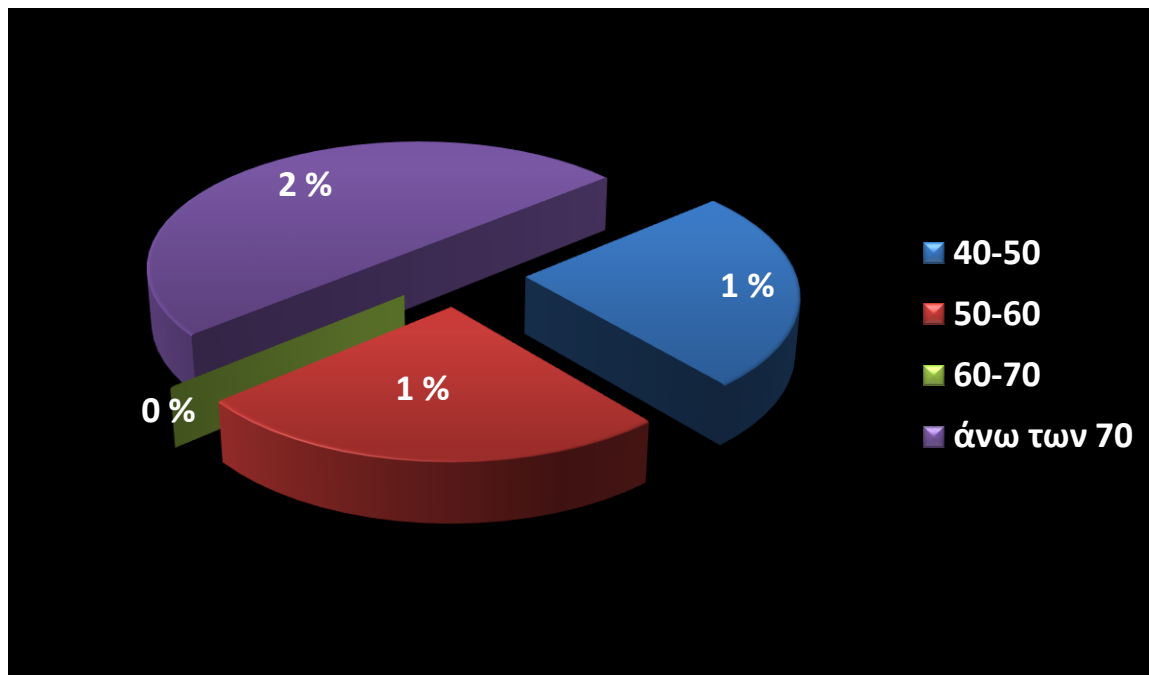


Διάγραμμα 4.14

Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μαστογραφίας τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας μαστογραφίας σε σχέση με την ηλικία στα πέντε έτη.

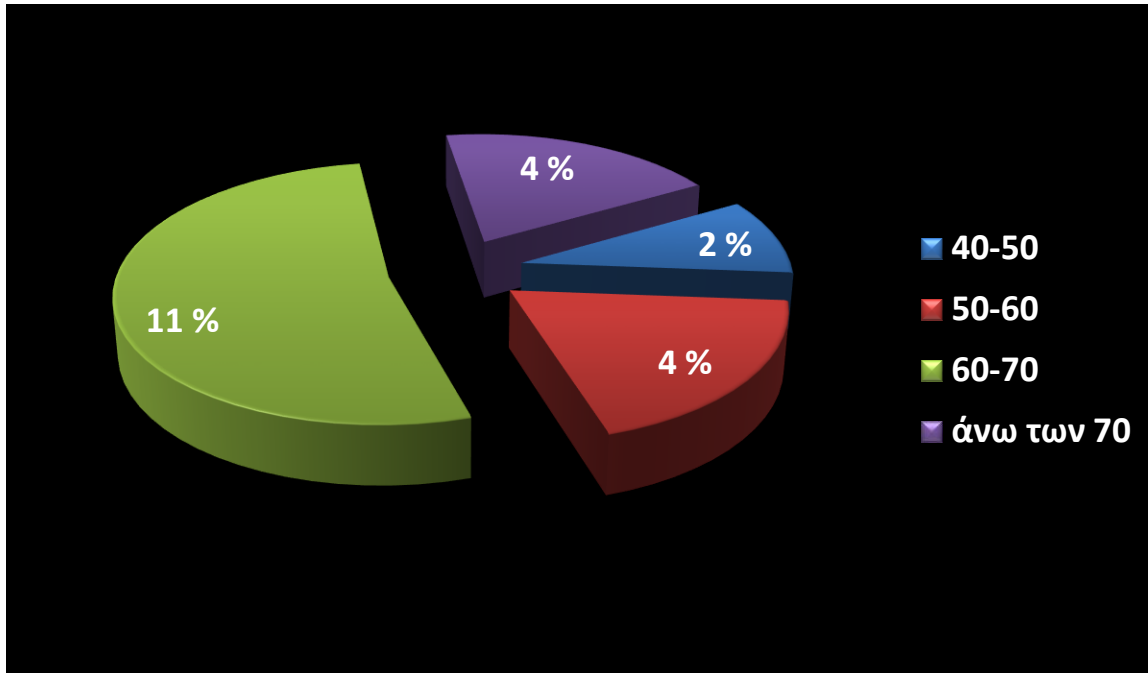
Από το παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι από το 4% του δείγματος όπου δεν κάνει την εξέταση της μαστογραφίας τα πέντε τελευταία χρόνια το 0% είναι ηλικίες μεταξύ 60-70 ετών.



Διάγραμμα 4.15

Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία

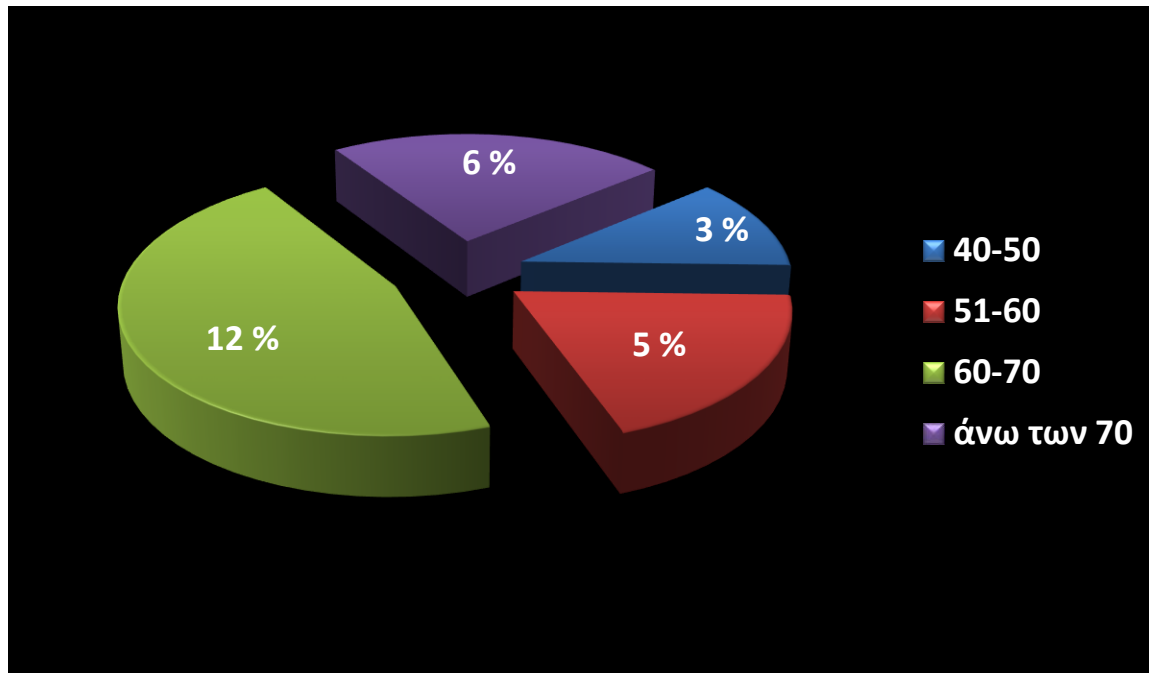
Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι από το 21% του δείγματος όπου κάνει την εξέταση μαστογραφίας μια φορά στα πέντε έτη το 11% είναι ηλικίας μεταξύ 60-70 ετών, μόνο ένα μικρό ποσοστό το 2% είναι μεταξύ 40-50 ετών.



Διάγραμμα 4.16

Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία

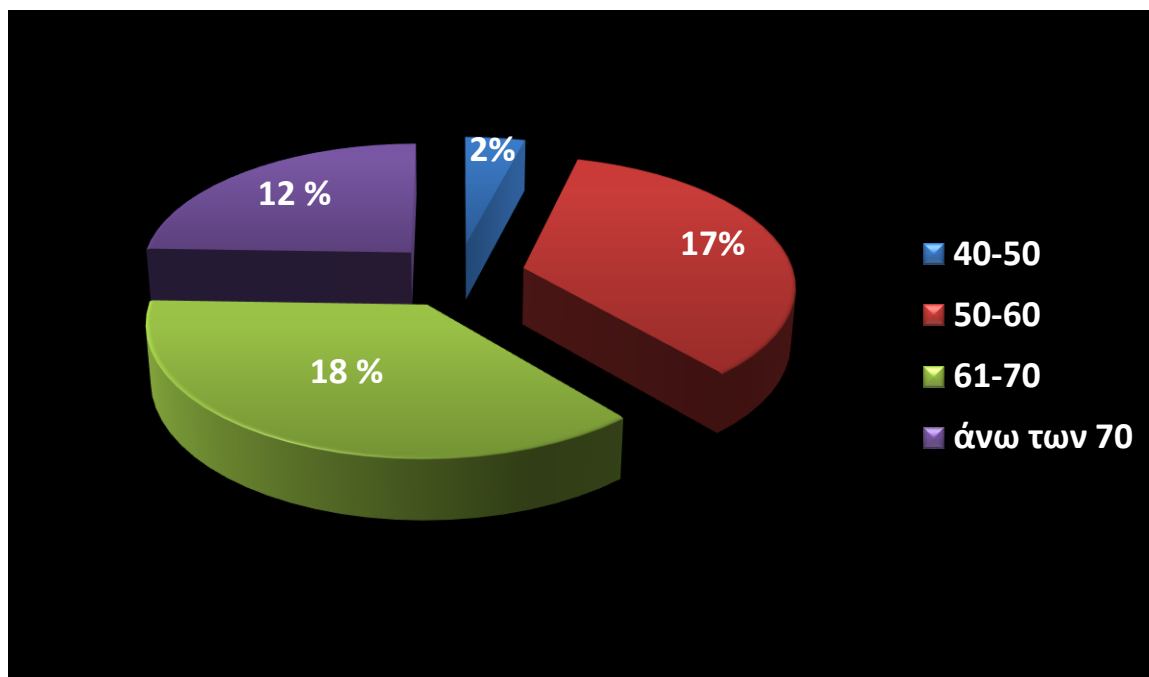
Από το 26% του δείγματος όπου κάνουν την εξέταση μαστογραφίας δυο φορές στα πέντε έτη οι μισοί το 12% είναι ηλικίες μεταξύ 60-70 ετών ενώ μόνο το 3% είναι ηλικίες μεταξύ 40-50 ετών.



Διάγραμμα 4.17

Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη μαστογραφία σχέση με την ηλικία

Τέλος βλέπουμε ότι από την πλειοψηφία του δείγματος 49% κάνουν εξετάσεις περισσότερο από δύο φορές στα πέντε τελευταία έτη όπου το 18% είναι ηλικίες μεταξύ 61-70 ετών και το 17% είναι μεταξύ 50-60 ετών. Μόνο το 2% είναι μεταξύ ηλικιών 40-50 ετών.

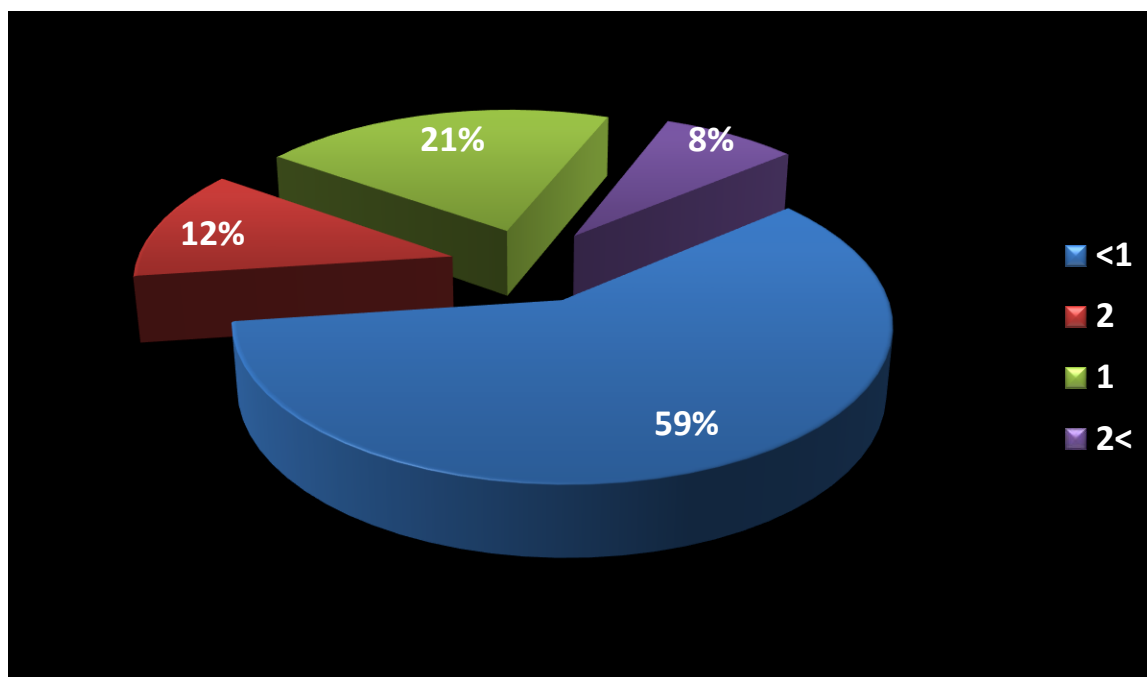


Διάγραμμα 4.18

Συχνότητα περισσότερες από 2 φορές στα πέντε έτη μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας triplex καρδιάς μελέτης τα πέντε τελευταία έτη

Πριν αναλύσουμε το παρακάτω διάγραμμα αξίζει να αναφέρουμε ότι το triplex καρδιάς είναι απαραίτητο να γίνει εφόσον ο ασθενής έχει περάσει έμφραγμα ή κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο , έπειτα από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου για μεγαλύτερη αξιοπιστία του αποτελέσματος. Η πλειοψηφία των ασθενών 59% λιγότερο από μια φορά στα πέντε έτη κάνει την εξέταση και το 21% θα την κάνει μια φορά στα πέντε έτη. Σε συχνότητα δύο φορές τα πέντε έτη την κάνουν το 12% και τέλος το 8% την κάνουν περισσότερο από δύο φορές.

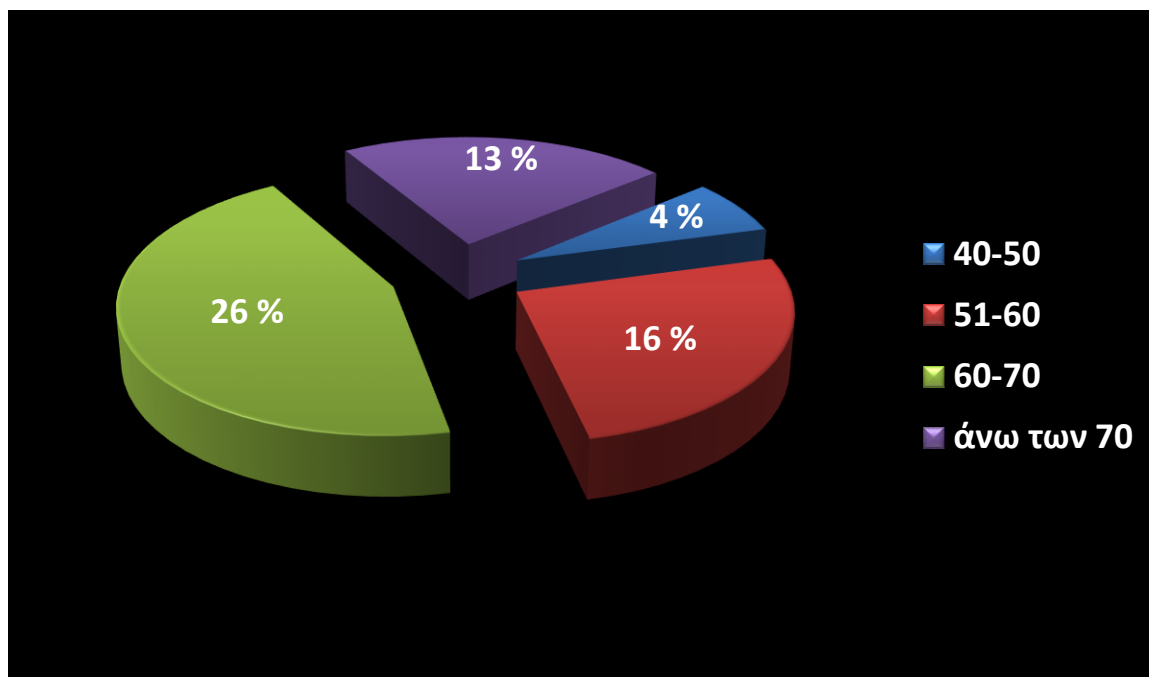


Διάγραμμα 4.19

Η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας triplex καρδιάς τα πέντε τελευταία έτη σε ποσοστά

Συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία στα πέντε έτη

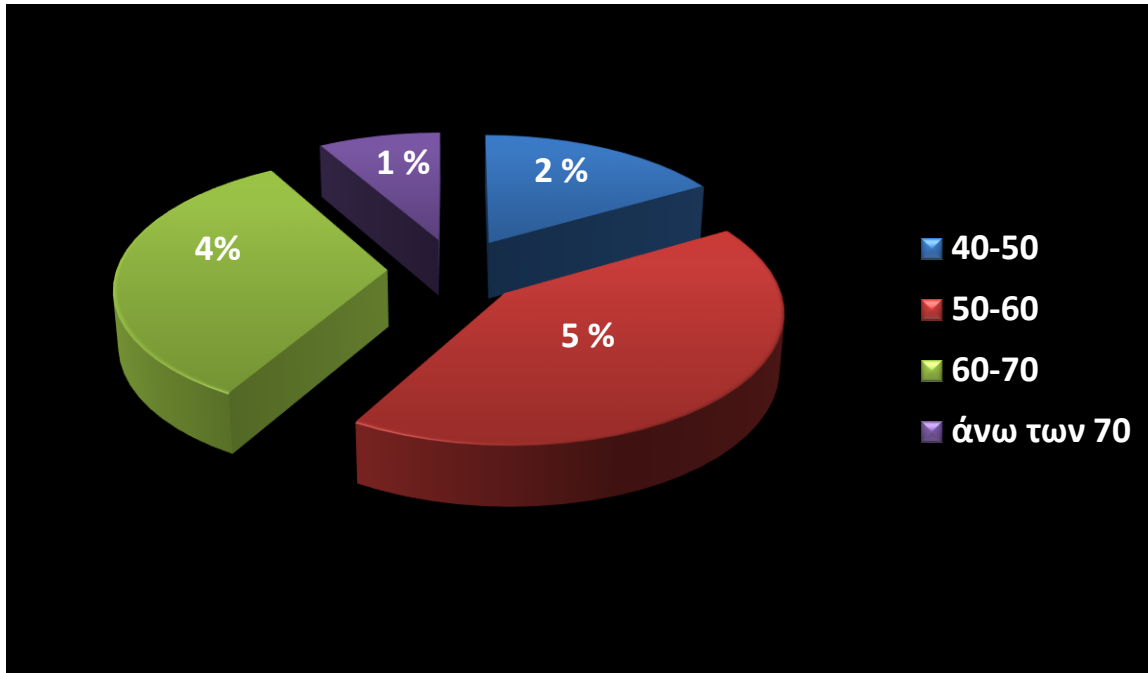
Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι η πλειοψηφία το 59% του δείγματος που δεν κάνει καθόλου την εξέταση triplex καρδιάς τα τελευταία πέντε έτη, το 26% είναι μεταξύ 60-70 ετών, μόνο το 4% είναι μεταξύ 40-50 ετών.



Διάγραμμα 4.20

Συχνότητα λιγότερο από 1 φορά στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία

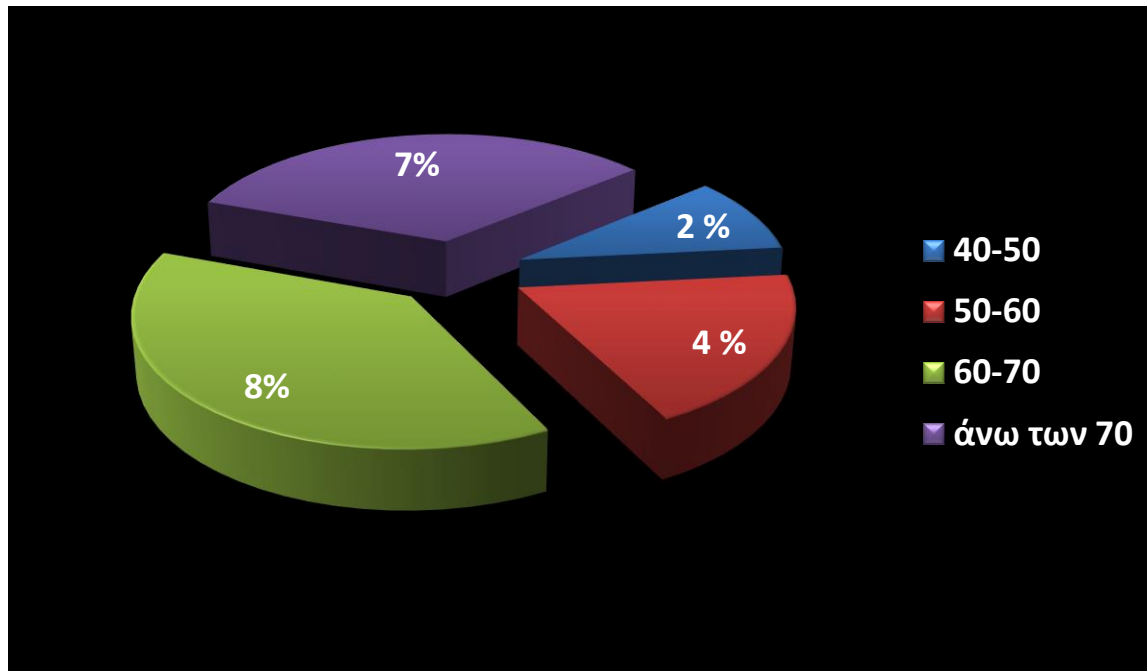
Βλέπουμε ότι από το 12% του δείγματος όπου έκανε την εξέταση triplex καρδιάς δύο φορές τα τελευταία πέντε έτη το 5% ήταν ηλικίες μεταξύ 50-60 ετών , μόνο το 1% ήταν άνω των 70 ετών.



Διάγραμμα 4.21

Συχνότητα 2 φορές στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία

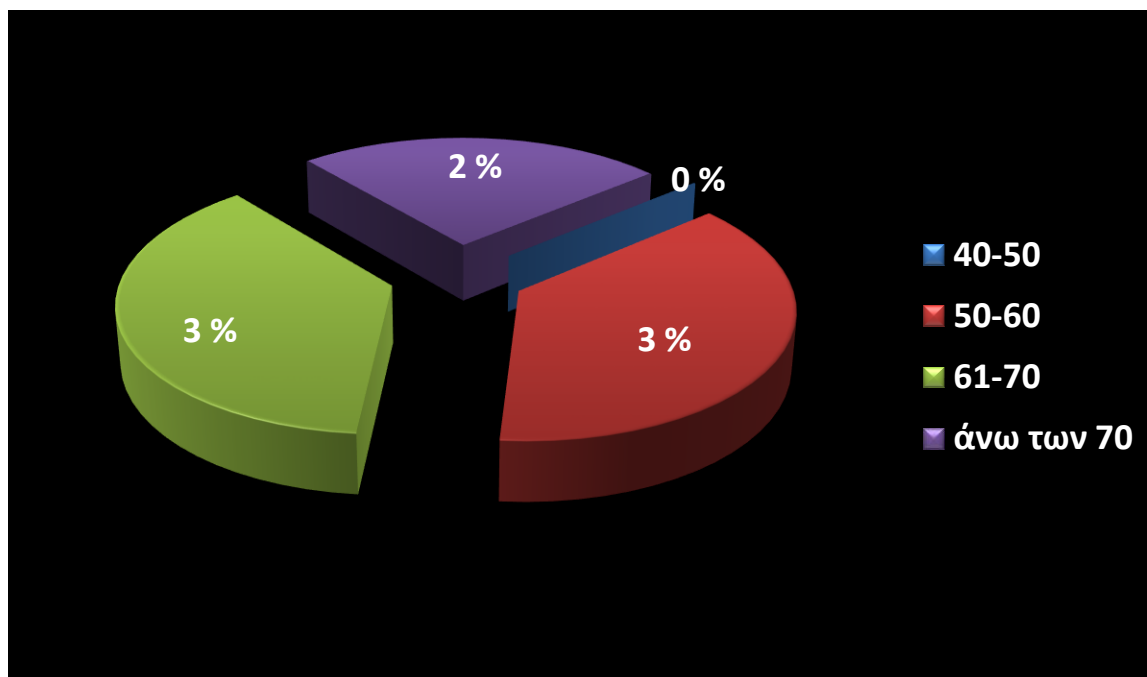
Όπως προέκυψε από το δείγμα το 21% πήγε μια φορά στα πέντε έτη για την εξέταση triplex καρδιάς από το οποίο το 8% είναι μεταξύ 60-70 ετών, μόνο το 2% είναι ηλικίες από 40 μέχρι 50 ετών.



Διάγραμμα 4.22

Συχνότητα 1 φορά στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία

Τέλος , στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι από το μικρό ποσοστό του δείγματος 8% όπου κάνει την εξέταση triplex καρδιάς περισσότερο από δυο φορές στα πέντε έτη το 6% είναι ηλικίες μεταξύ 50-60 και 61-70, μόνο το 2% είναι άνω των 70 ετών.

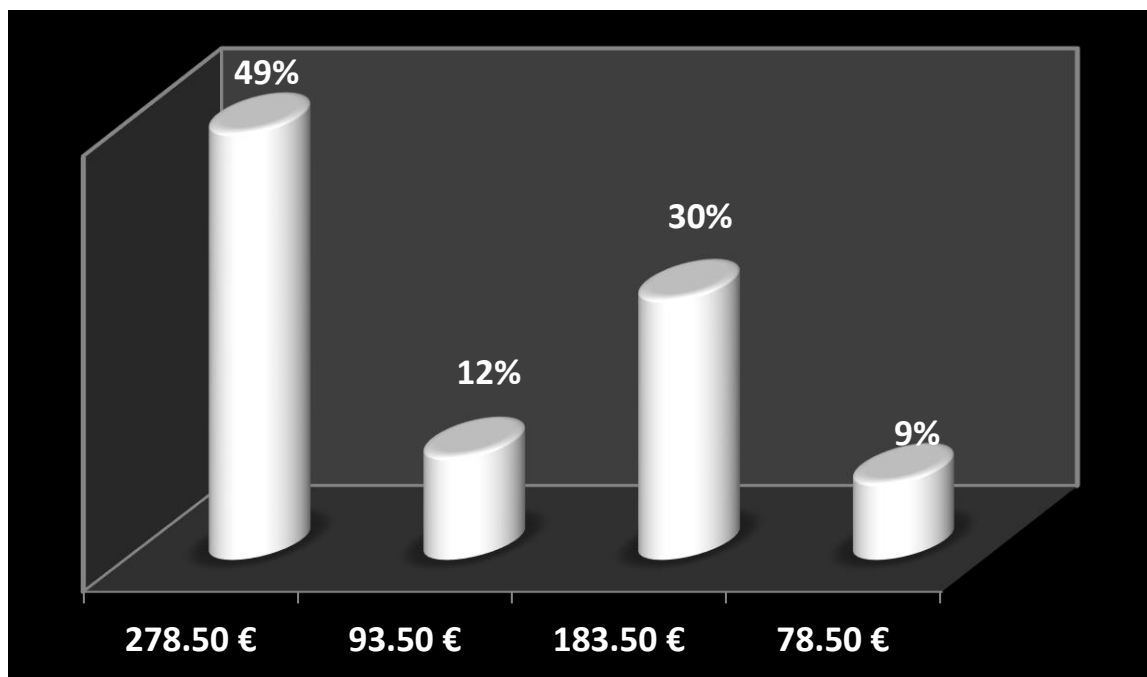


Διάγραμμα 4.23

Συχνότητα περισσότερες από 2 φορές στα πέντε έτη triplex καρδιάς σε σχέση με την ηλικία

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρική εξέταση αξονική τομογραφία στα πέντε έτη

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτει την ιατρική εξέταση αξονικής τομογραφίας με κόστος συμμετοχής ανά ασθενή 10,67 ευρώ. Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι το 49% του δείγματος πλήρωσε 278,50 ευρώ στα πέντε έτη και το 30% πλήρωσε 183,50 ευρώ. Τέλος, με μικρή διαφορά το 12% πλήρωσε 93,50 ευρώ και το 9% πλήρωσε 78,50 ευρώ.

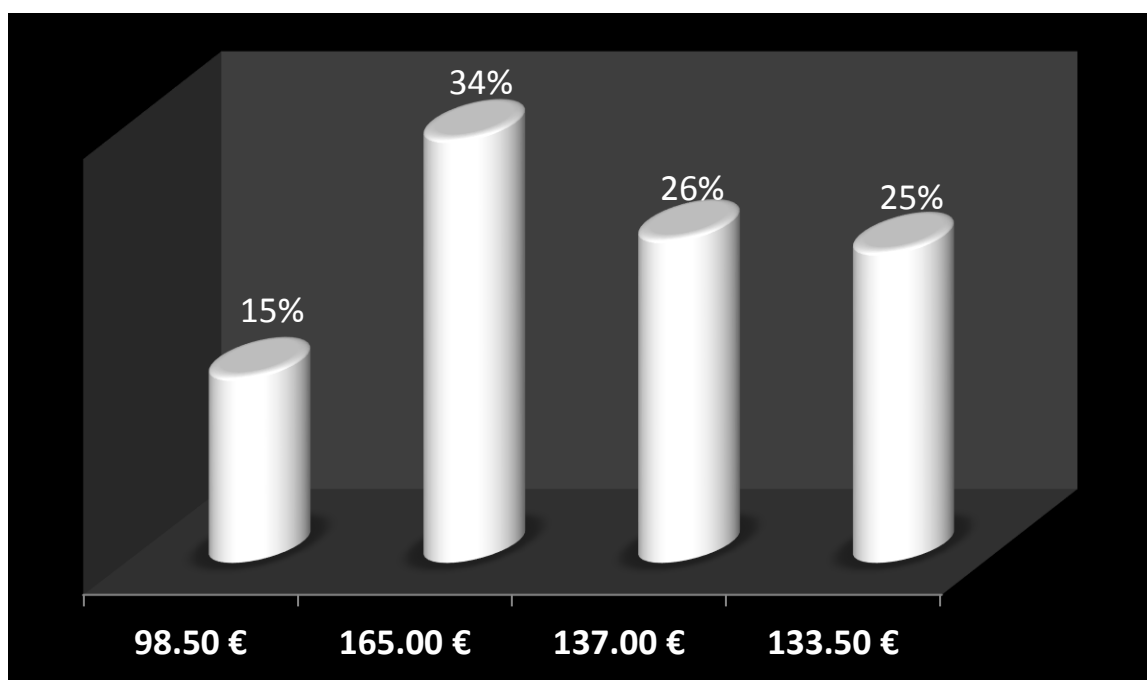


Διάγραμμα 4.24

Η αξία της ιατρικής εξέτασης αξονική τομογραφία στα πέντε έτη

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρική εξέταση μέτρηση οστική πυκνότητα

Το κόστος για την ιατρική εξέταση μέτρηση οστική πυκνότητα ανέρχεται στο ποσό 7,92ευρώ με συμμετοχή συμβεβλημένου ασφαλισμένου στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Όπως φαίνεται στο παρακάτω δείγμα η πλειοψηφία το 34% του δείγματος πλήρωσε 165,00 ευρώ στα πέντε έτη ενώ με μικρή διαφορά το 26% και το 25% πλήρωσαν 137,00ευρώ και 133,50 ευρώ αντίστοιχα. Τέλος, το 15% πλήρωσε 98,50ευρώ.

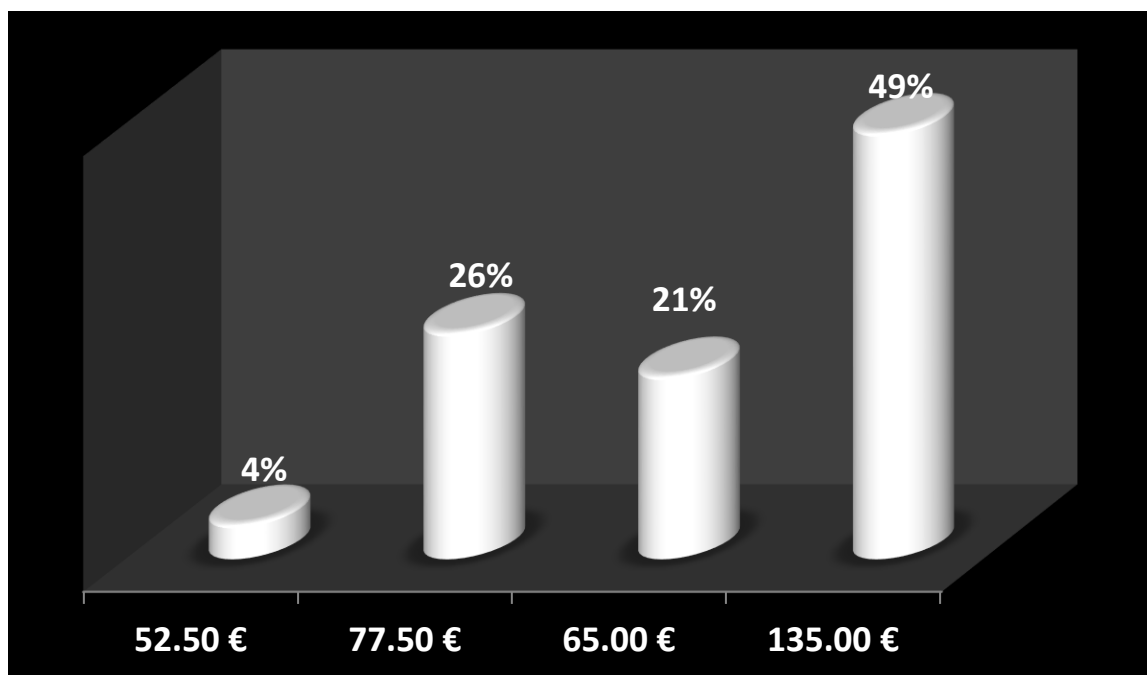


Διάγραμμα 4.25

Η αξία της ιατρικής εξέτασης μέτρηση οστικής πυκνότητας στα πέντε έτη

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρική εξέταση μαστογραφίας

Σύμφωνα με την συμμετοχή του ασφαλισμένου στο Ε.Ο.Π.Υ.Υ η ιατρική εξέταση της μαστογραφία είναι στα 5,25 ευρώ ανά ασθενή. Αξιολογώντας το παρακάτω δείγμα η πλειοψηφία το 49% πλήρωσε 135,00ευρώ στα πέντε έτη ακολουθεί το 26% με ποσό 77,50ευρώ και το 21% το ποσό που πλήρωσε ανέρχεται στα 65,00ευρώ. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό 4% πλήρωσε 52,50ευρώ.

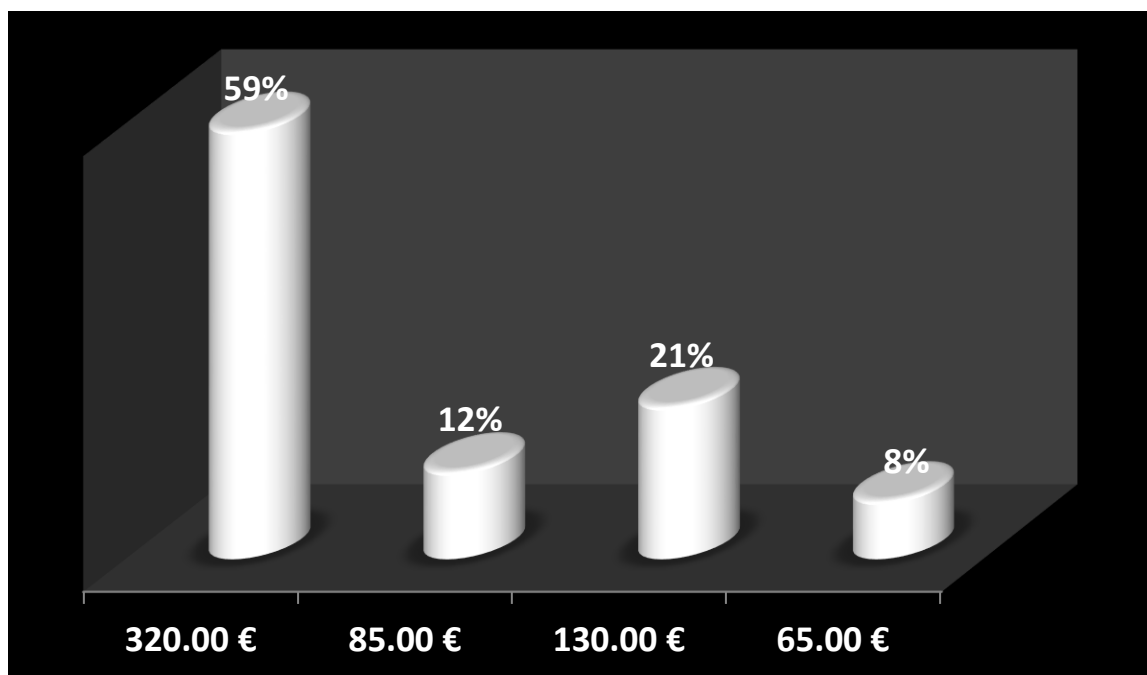


Διάγραμμα 4.26

Η αξία της ιατρικής εξέτασης μαστογραφίας στα πέντε έτη

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρική εξέταση triplex καρδιάς

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ καλύπτει την ιατρική εξέταση της triplex καρδιάς με κόστος συμμετοχής στα 10,50 ευρώ ανά ασθενή. Αξιολογώντας το παρακάτω δείγμα η πλειοψηφία το 59% πλήρωσε 320,00ευρώ στα πέντε έτη ακολουθεί το 21% με ποσό 130,00ευρώ και το 12% το ποσό που πλήρωσε ανέρχεται στα 85,00ευρώ. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό 8% πλήρωσε 65,00ευρώ.

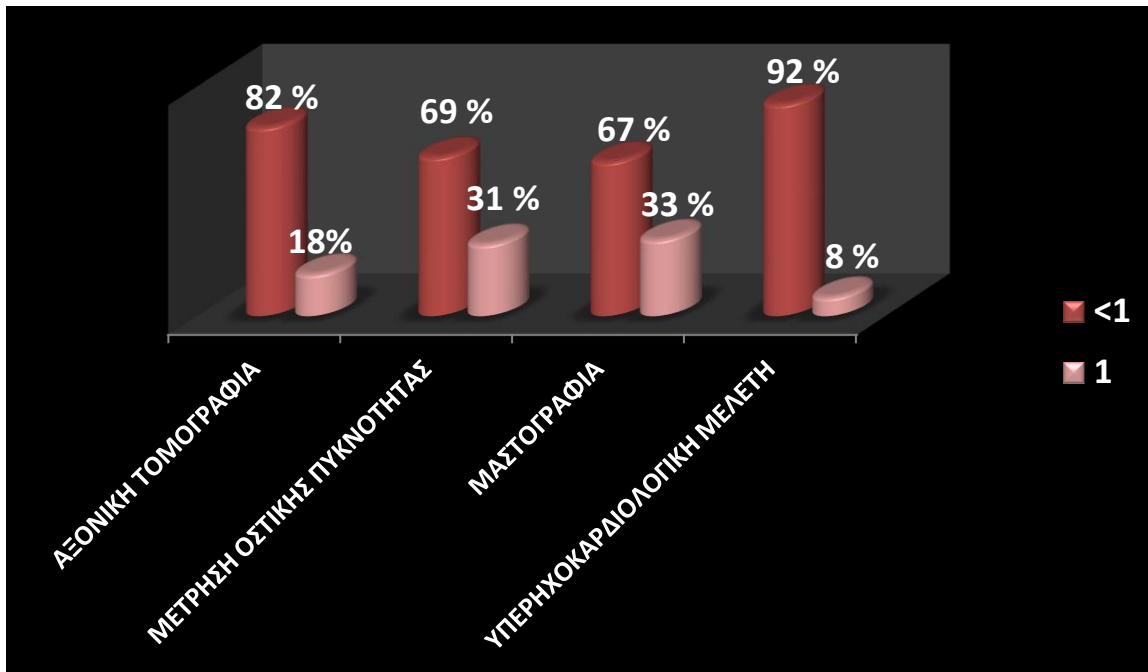


Διάγραμμα 4.27

Η αξία της ιατρικής εξέτασης triplex καρδιάς στα πέντε έτη

Συχνότητα χρήσης της ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2015

Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε την πλειοψηφία του δείγματος να μην έχει συμμετοχή στις ιατρικές εξετάσεις το έτος 2015 . Όμως από το μικρό ποσοστό συμμετοχής ασθενών που προκύπτει από κάθε εξέταση παρατηρούμε ότι έχουμε την περίπου ισοψηφία των εξετάσεων μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας με 31% και 33% αντίστοιχα.

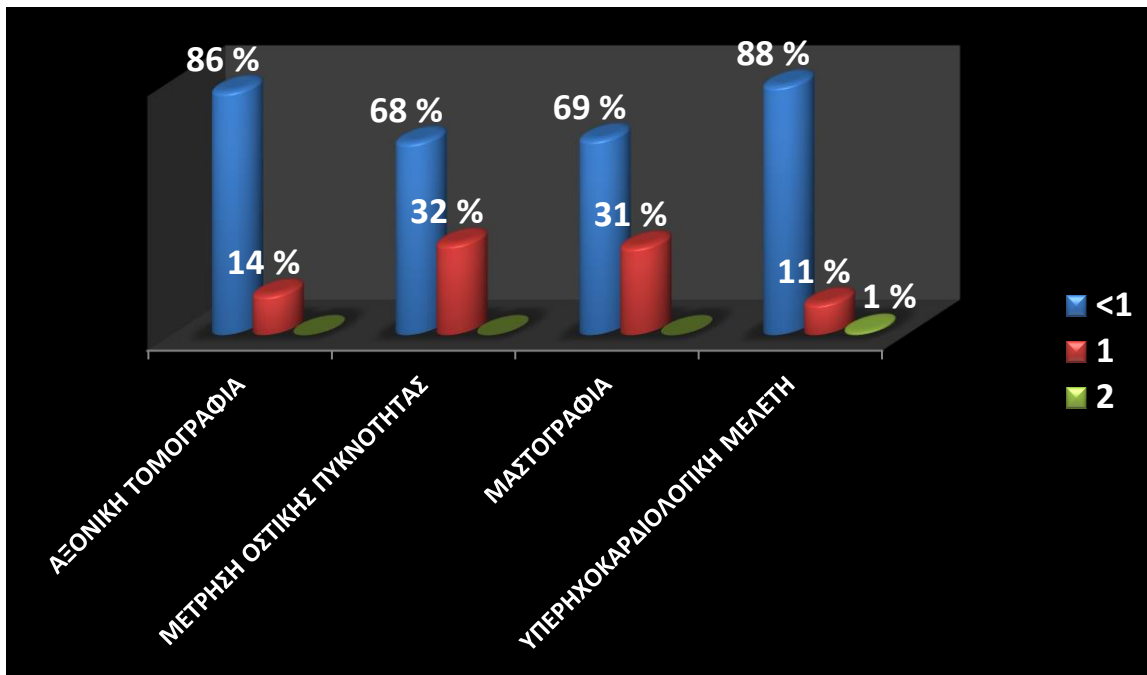


Διάγραμμα 4.28

Συχνότητα χρήσης των ιατρικών το έτος υπηρεσιών 2015

Συχνότητα χρήσης της ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2016

Παρατηρούμε πάλι την πλειοψηφία του δείγματος να μην έχει συμμετοχή στις ιατρικές εξετάσεις το έτος 2016 . Όμως από το μικρό ποσοστό συμμετοχής ασθενών που προκύπτει από κάθε εξέταση παρατηρούμε ότι έχουμε την περίπου ισοψηφία των εξετάσεων μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας με 32% και 31% αντίστοιχα , την αύξηση της υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης από 8% σε 11% και την μείωση της αξονικής τομογραφίας από 18% σε 14%. Να επισημάνουμε ότι στην εξέταση της υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης υπήρχε ασθενής που έκανε την εξέταση δυο φορές τον ίδιο χρόνο.

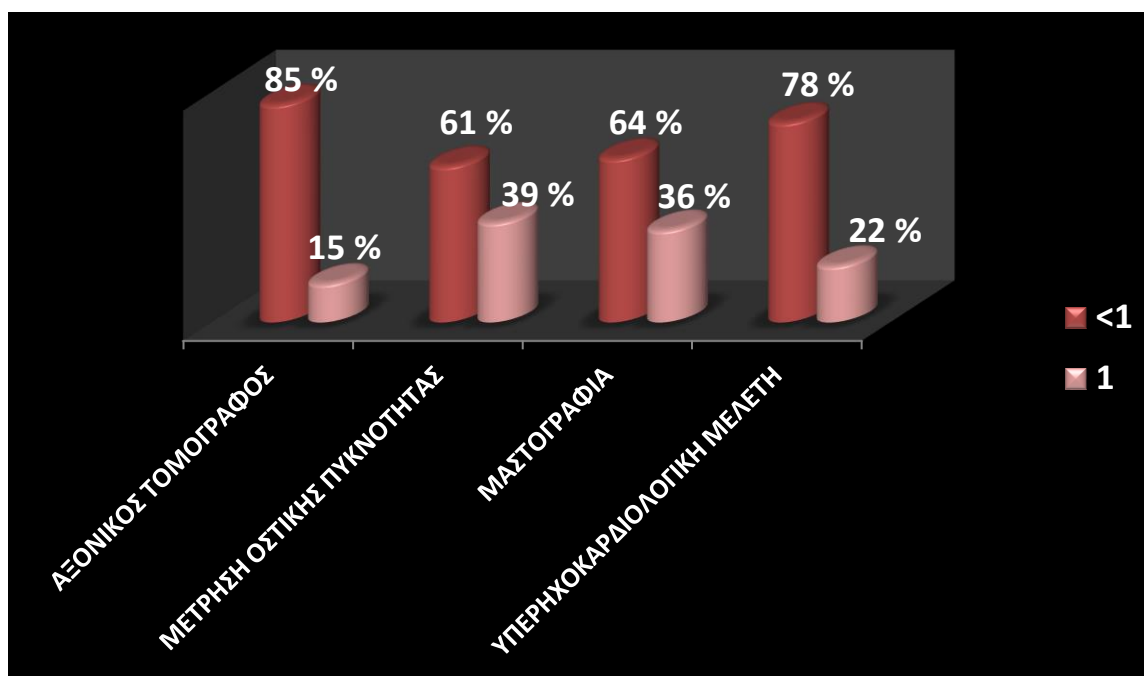


Διάγραμμα 4.29

Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2016

Συχνότητα χρήσης της ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2017

Βλέπουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος να μην έχει συμμετοχή στις ιατρικές εξετάσεις το έτος 2017. Όμως από το μικρό ποσοστό συμμετοχής ασθενών που προκύπτει από κάθε εξέταση παρατηρούμε ότι εξίσου και σε αυτό το έτος έχουμε την περίπου ισοψηφία των εξετάσεων μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας με 39% και 36% αντίστοιχα. Παρατηρείται μια ανοδική τάση στον αριθμό συχνότητας σε όλες τις ιατρικές εξετάσεις σε σχέση τα δυο προηγούμενα έτη 2015 και 2016. Η αξονική τομογραφία αυξήθηκε από 14% στα 15% και η υπερηχοκαρδιολογική μελέτη από 11% σε 22%.

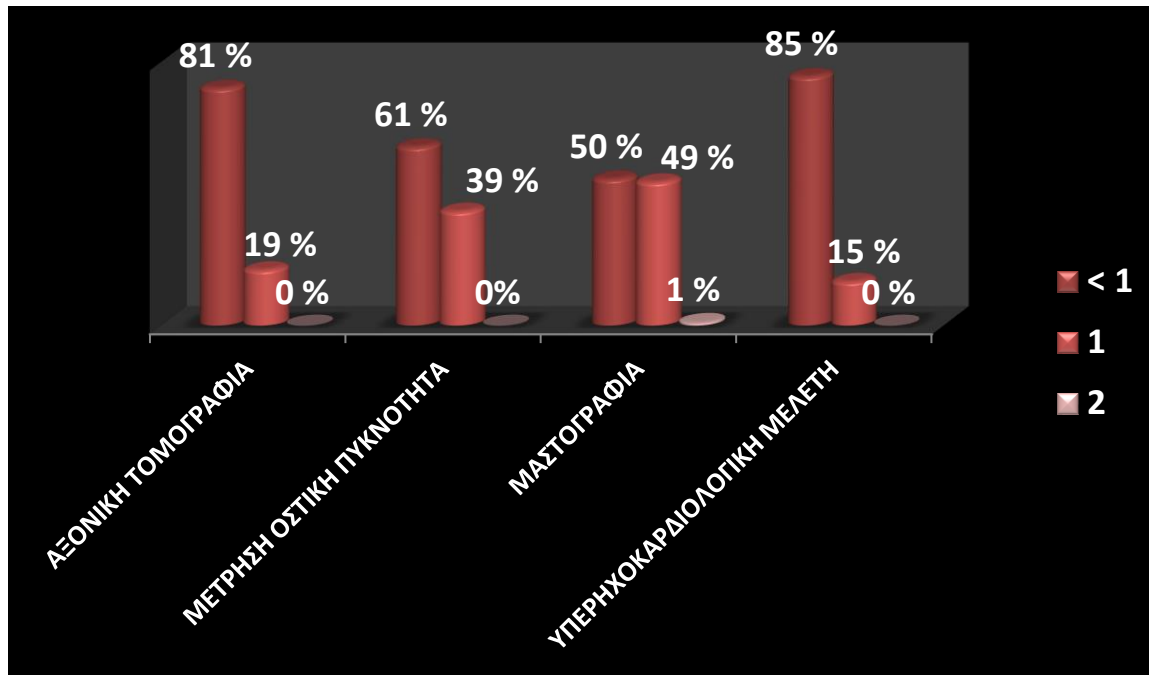


Διάγραμμα 4.30

Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2017

Συχνότητα χρήσης της ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2018

Βλέπουμε την άνοδο των ιατρικών εξετάσεων καθώς και των δυο εξετάσεων όπου εδώ δεν ισοψηφούν αλλά οι διαφορά τους είναι μεγάλη με μέτρηση οστικής πυκνότητας 39% και μαστογραφία 50% αντίστοιχα. Τέλος, έχουμε μια αύξηση στην εξέταση αξονική τομογραφία από 15% σε 19%.

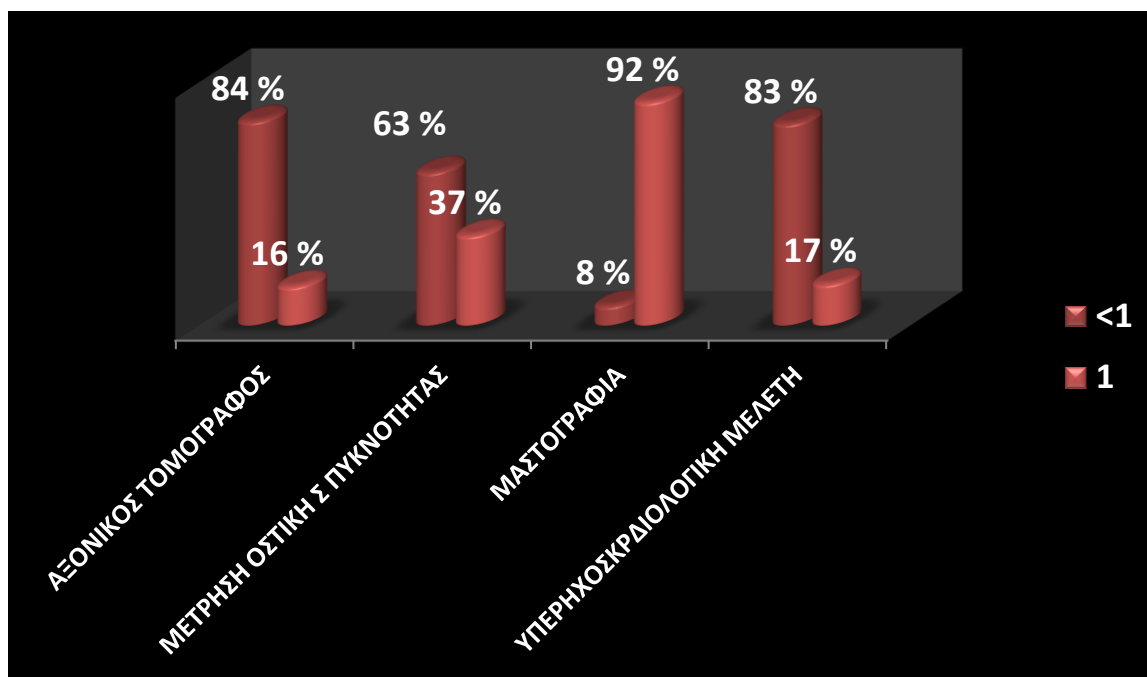


Διάγραμμα 4.31

Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2018

Συχνότητα χρήσης της ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2019

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα υπάρχει πλειοψηφία στην εξέταση της μαστογραφίας με 92% να έχουν εξεταστεί μια φορά μόνο μέσα στο έτος. Με ποσοστό 37% έρχεται η μέτρηση οστικής πυκνότητας, με ποσοστό 16% η αξονική τομογραφία και 17% η υπερηχοκαρδιολογική μελέτη.

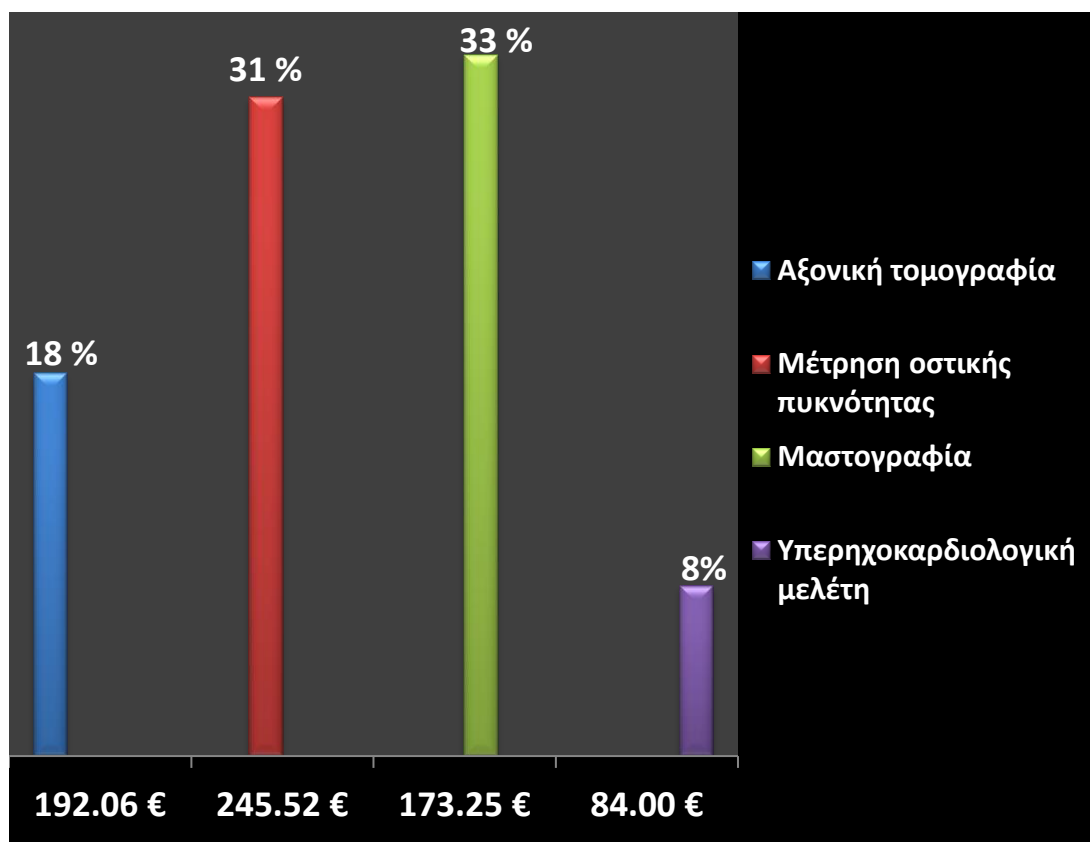


Διάγραμμα 4.32

Συχνότητα χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών το έτος 2019

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρικές υπηρεσίες το έτος 2015

Το κόστος με συμμετοχή συμβεβλημένου ασφαλισμένου στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ για την εξέταση αξονική τομογραφία ανέρχεται στο ποσό 10,67 ευρώ, για τη εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας 7,92 ευρώ, για την εξέταση μαστογραφίας 5,25 ευρώ και υπερηχοκαρδιολογική μελέτη 10,50 ευρώ. Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 18% του δείγματος πλήρωσε 192,06 ευρώ για συχνότητα μια φορά για την εξέταση αξονικής τομογραφίας, το 31% εξίσου για μια φορά πλήρωσε 245,52 για την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας, το 33% πλήρωσε 173,25 ευρώ για την εξέταση μαστογραφίας και το 8% πλήρωσε 84,00 ευρώ για την εξέταση υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης.

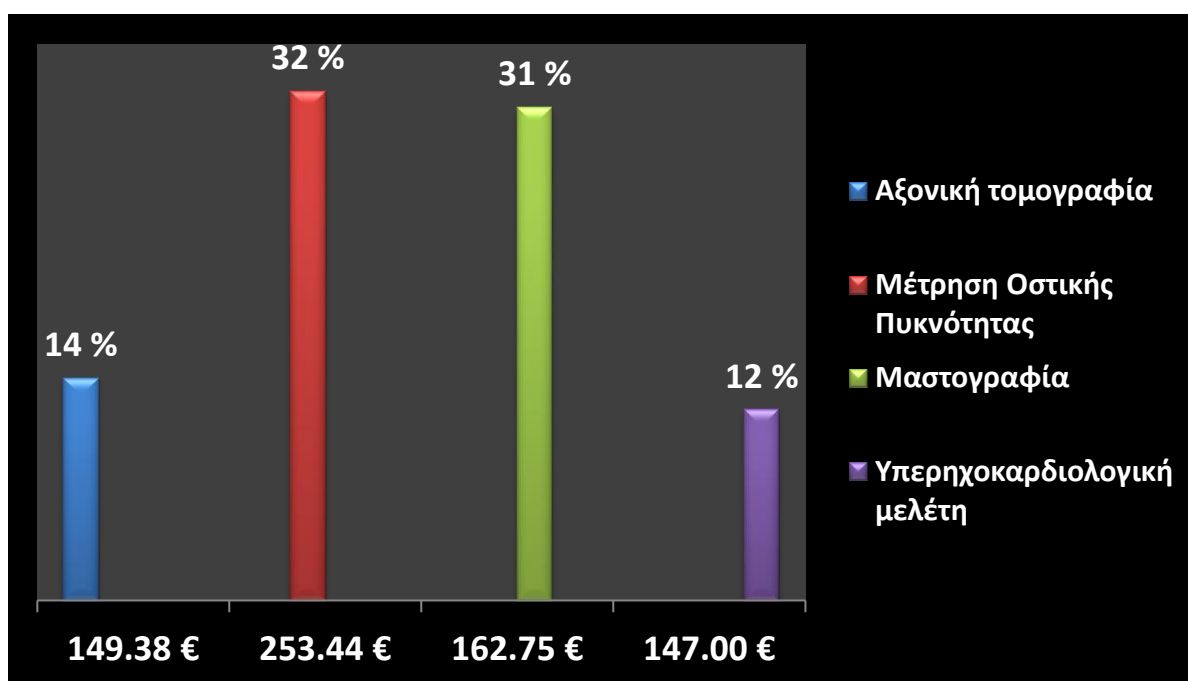


Διάγραμμα 4.33

Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2015

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρικές υπηρεσίες το έτος 2016

Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 14% του δείγματος πλήρωσε 149,38 ευρώ με συχνότητα μια φορά για την εξέταση αξονικής τομογραφίας, το 32% εξίσου για μια φορά πλήρωσε 253,44 ευρώ για την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας, το 31% πλήρωσε 162,75 ευρώ για την εξέταση μαστογραφίας και το 12% πλήρωσε 147,00 ευρώ για την εξέταση υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης.

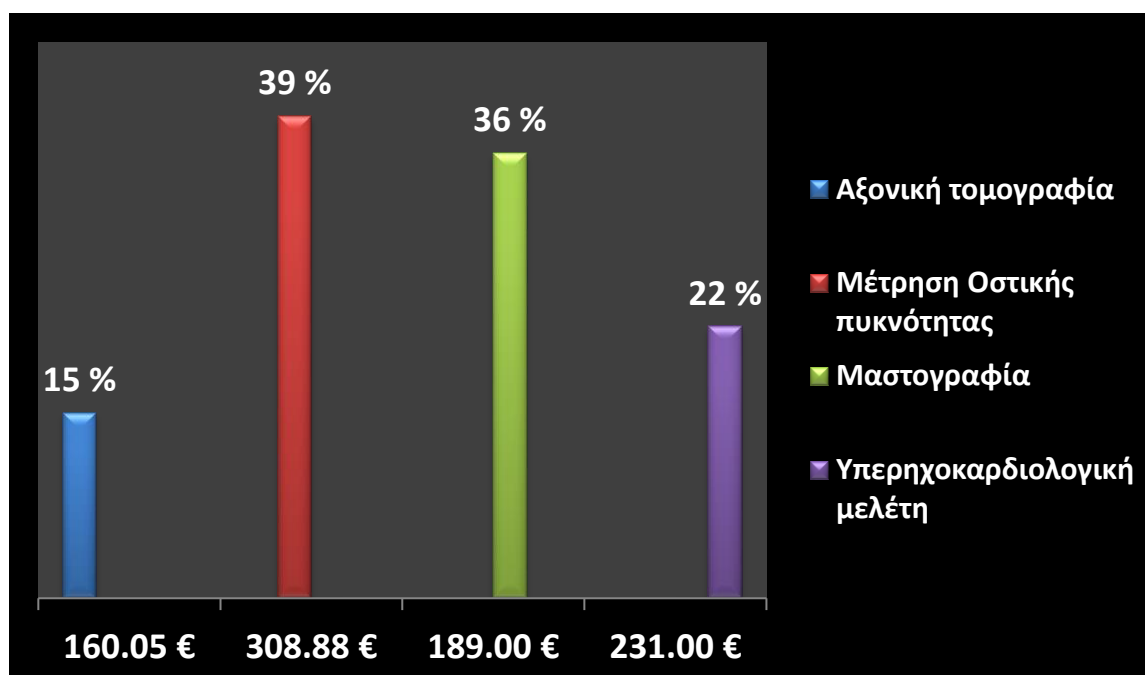


Διάγραμμα 4.34

Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2016

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρικές υπηρεσίες το έτος 2017

Παρατηρούμε ότι το 15% του δείγματος πλήρωσε 160.05 ευρώ με συχνότητα μια φορά για την εξέταση αξονικής τομογραφίας, το 39% εξίσου για μια φορά πλήρωσε 308.88 ευρώ για την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας, το 36% πλήρωσε 189,00 ευρώ για την εξέταση μαστογραφίας και το 22% πλήρωσε 231,00 ευρώ για την εξέταση υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης.

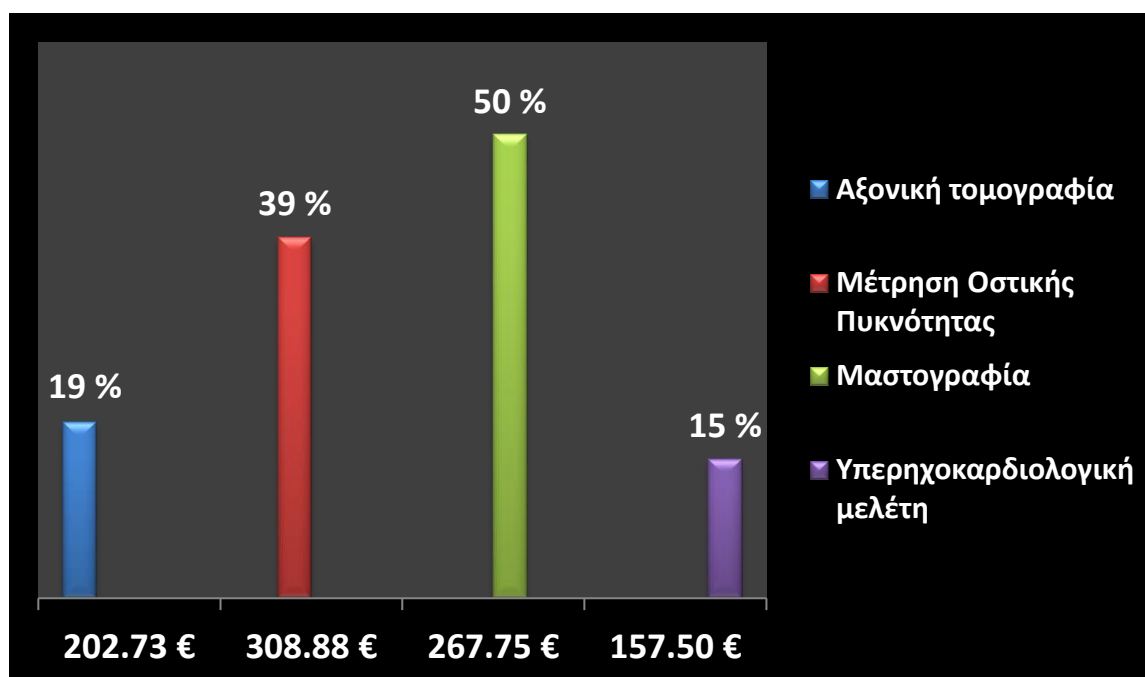


Διάγραμμα 4.35

Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2017

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρικές υπηρεσίες το έτος 2018

Παρατηρούμε ότι το 19% του δείγματος πλήρωσε 202,73 ευρώ με συχνότητα μια φορά για την εξέταση αξονικής τομογραφίας, το 39% εξίσου για μια φορά πλήρωσε 308.88 ευρώ για την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας, το 50% πλήρωσε 267,75 ευρώ για την εξέταση μαστογραφίας και το 15% πλήρωσε 157,50 ευρώ για την εξέταση υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης.

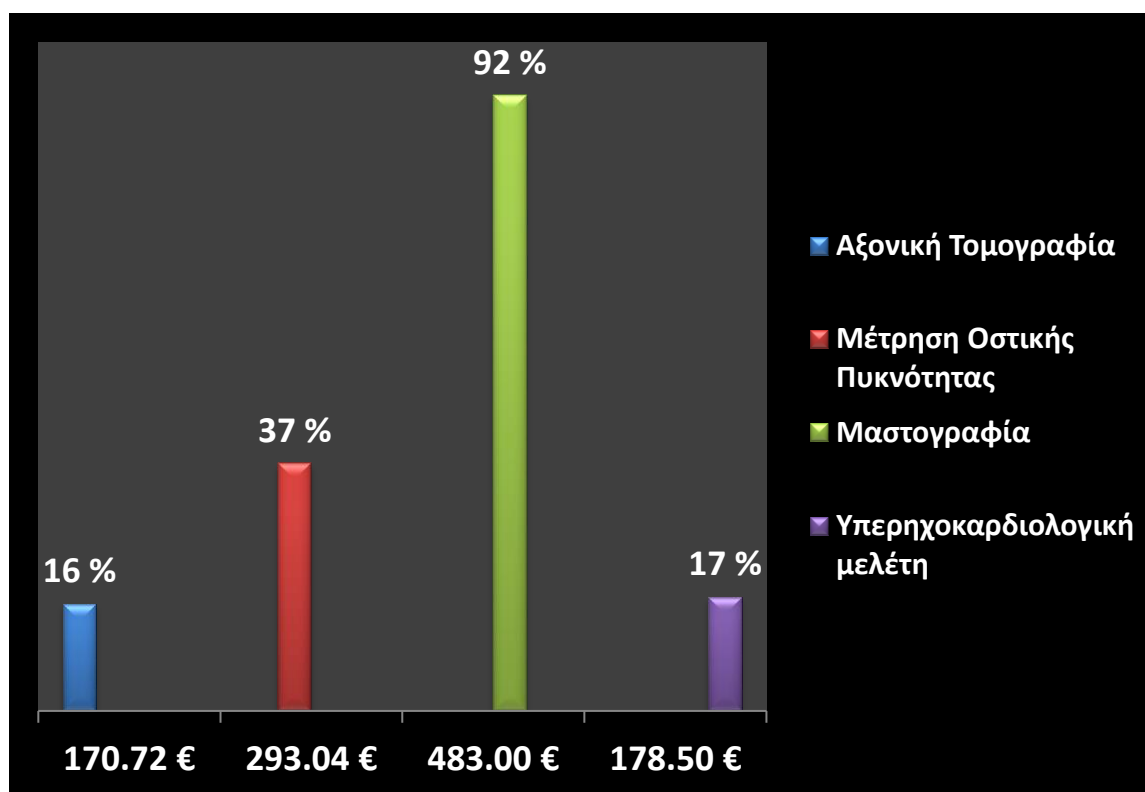


Διάγραμμα 4.36

Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2018

Η υπολογιζόμενη αξία για την ιατρικές υπηρεσίες το έτος 2019

Η πλειοψηφία του δείγματος το 92% πλήρωσε 483,00 ευρώ με συχνότητα μια φορά για την εξέταση μαστογραφίας , το 37% για μια φορά το έτος πλήρωσε 293,04 ευρώ για την εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας , το 16% πλήρωσε 170,92 ευρώ για την εξέταση αξονικής τομογραφίας και το 17% πλήρωσε 178,50 ευρώ για την εξέταση υπερηχοκαρδιολογικής μελέτης.



Διάγραμμα 4.37

Η αξία των ιατρικών εξετάσεων το έτος 2019

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Εισαγωγή

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης της αξίας των ιατρικών εξετάσεων, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τη συσχέτιση της συνολικής αξίας με τις μεταβλητές ηλικία, κριτήρια παρόχου ιατρικών εξετάσεων, των αριθμό επισκέψεων, κόστος εξέτασης ως ποσοστό επί τις εκατό. Στους πίνακες των αποτελεσμάτων αναλύονται τα δεδομένα 4 τμημάτων των υπηρεσιών υγείας, αξονική τομογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας, μαστογραφία και υπερηχοκαρδιολογική μελέτη σε χρόνο 5 τελευταία έτη, από το 2015 ως και το 2019.

Ο δείκτης Αξία = κόστος εξέτασης * αριθμός επισκέψεων (Value=cost of service * number of cases) κρίθηκε κατάλληλος λόγω του ότι αναφέρεται στο σταθερό κόστος της εξέτασης του συμβεβλημένου με το Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρόχου όπου είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών υγείας και αυτή με την ικανοποίηση του ασθενούς.

5.2 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, αξονική τομογραφία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Εκτίμηση αξονικής τομογραφίας για την συνολική της αξία

Μεταβλητές	
Ηλικία	60 και άνω ετών
Κριτήρια παρόχου	Παλαιός πελάτης
Αριθμός επισκέψεων	29 <1/5έτη
Κόστος εξέτασης	10,67ευρώ
Συνολική αξία	309,43 ευρώ

Κατά την εκτίμηση αυτή, η συνολική αξία της υπηρεσίας υγείας αξονική τομογραφία τα πέντε τελευταία έτη είναι μόνο 309,43 ευρώ. Η χαμηλή τιμή δηλώνει το μικρό ποσοστό αριθμό επισκέψεων ,το 29% του δείγματος που στην πλειοψηφία είναι ηλικίες από 60 και άνω ετών με κριτήριο παρόχου παλαιοί πελάτες.

5.3 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, μέτρηση οστικής πυκνότητας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Εκτίμηση μέτρησης οστικής πυκνότητας για την συνολική της αξία

Μεταβλητές	
Ηλικία	60 και άνω ετών
Κριτήρια Παρόχου	Παλιός πελάτης
Αριθμός επισκέψεων	51 1> / 5 έτη
Κόστος εξέτασης	7,92 ευρώ
Συνολική αξία	403,92 ευρώ

Κατά την εκτίμηση αυτή, η συνολική αξία της υπηρεσίας υγείας μέτρηση οστικής πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη είναι 403,92 ευρώ. Η υψηλή τιμή δηλώνει το μεγάλο ποσοστό αριθμό επισκέψεων ,το 51% του δείγματος που στην πλειοψηφία είναι ηλικίες από 60 ετών και άνω με κριτήριο παρόχου παλαιοί πελάτες.

5.4 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, μαστογραφίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Εκτίμηση μαστογραφίας για την συνολική της αξία

Μεταβλητές	
Ηλικία	60 άνω ετών
Κριτήρια παρόχου	Παλαιός πελάτης
Αριθμός επισκέψεων	70 φορές 1< /5 έτη
Κόστος εξέτασης	5,25 ευρώ
Συνολική αξία	367,50 ευρώ

Κατά την εκτίμηση αυτή, η συνολική αξία της υπηρεσίας υγείας μέτρηση οστικής πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη είναι 367,50 ευρώ. Η υψηλή τιμή δηλώνει το μεγάλο ποσοστό αριθμό επισκέψεων ,το 70% του δείγματος που στην πλειοψηφία είναι ηλικίες από 60 ετών και άνω με κριτήριο παρόχου παλαιοί πελάτες.

5.5 Εκτίμηση συνολικής αξίας της ιατρικής υπηρεσίας, triplex καρδιάς

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Εκτίμηση triplex καρδιάς για την συνολική της αξία

Μεταβλητές	
Ηλικία	60 και άνω ετών
Κριτήρια παρόχου	Παλιός πελάτης
Αριθμός επισκέψεων	49 >1/ 5 έτη
Κόστος εξέτασης	10,50 ευρώ
Συνολική αξία	514,50 ευρώ

Κατά την εκτίμηση αυτή, η συνολική αξία της υπηρεσίας υγείας μέτρηση οστικής πυκνότητας τα πέντε τελευταία έτη είναι 514,50 ευρώ. Η υψηλή τιμή δηλώνει το μεγάλο ποσοστό αριθμό επισκέψεων ,το 59% του δείγματος που στην πλειοψηφία είναι ηλικίες από 60 ετών και άνω με κριτήριο παρόχου παλαιοί πελάτες.

5.6 Εκτίμηση πόσο θα πληρώσει ο ένας ασθενής από τους εκατό που κάνουν αυτές τις ιατρικές εξετάσεις τα πέντε τελευταία χρόνια.

Αξιολογήθηκε ότι ο ένας ασθενής από τους εκατό που κάνουν αυτές τις ιατρικές εξετάσεις τα τελευταία πέντε χρόνια θα πληρώσει 15,95 ευρώ όπου υπολογίστηκε από το παρακάτω γινόμενο :

$$(29*10,65€)+(51*7,92€)+(70*5,25 €)+(49*10,50 €)/100$$

5.7 Εκτίμηση πόσα θα κερδίσει το διαγνωστικό κέντρο από τους 100 ασθενής στην κάθε εξέταση.

Αξιολογήθηκε ότι το διαγνωστικό κέντρο από τους 100 ασθενής στην κάθε εξέταση τα τελευταία πέντε χρόνια θα κερδίσει 398,84€ όπου υπολογίστηκε από το παρακάτω γινόμενο :

$$309,43€ + 403,92€+367.50€+514,50€/4 = 398,84€$$

5.8 Εκτίμηση πόσες φορές θα επισκεφτεί ο ένας ασθενής από τους εκατό στα πέντε χρόνια το διαγνωστικό κέντρο.

Αξιολογήθηκε ότι ο ένας ασθενής από τους εκατό στα τελευταία πέντε χρόνια θα επισκεφτεί το διαγνωστικό κέντρο 1,99 φορές όπου υπολογίστηκε από το παρακάτω γινόμενο :

$$29+51+70+49/100 = 1,99 \text{ φορές}$$

5.9 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν την κάθε εξέταση σε πέντε χρόνια

Αξιολογήθηκε ότι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν την κάθε εξέταση στα τελευταία πέντε χρόνια στο διαγνωστικό κέντρο 49,75 φορές όπου υπολογίστηκε από το παρακάτω γινόμενο :

$$29+51+70+49/4=49,75 \text{ φορές}$$

5.10 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν τα ιατρικά τμήματα αξονικός τομογράφος και triplex καρδιάς τα τελευταία πέντε χρόνια

Αξιολογήθηκε ότι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν τον αξονικό τομογράφο και το triplex καρδιάς τα τελευταία πέντε χρόνια στο διαγνωστικό κέντρο 39 φορές όπου υπολογίστηκε :

$$29+49/2 = 39 \text{ φορές}$$

5.11 Εκτίμηση πόσοι από τους εκατό ασθενείς επισκεφτήκαν τα ιατρικά τμήματα μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας τα τελευταία πέντε χρόνια

Αξιολογήθηκε ότι από τους εκατό ασθενείς επισκέφτηκαν τον μέτρηση οστικής πυκνότητας και το μαστογραφίας τα τελευταία πέντε χρόνια στο διαγνωστικό κέντρο 60,5 φορές όπου υπολογίστηκε :

$$70+51/2 = 61(60,5) \text{ φορές}$$

5.12 Σύγκριση αποτελεσμάτων

Αξιολογήθηκε ότι οι γυναίκες από 60 ετών και άνω ως παλαιοί πελάτες του διαγνωστικού κέντρου έφεραν τα εξής αποτελέσματα. Αρχικά, η εξέταση της αξονικής τομογραφίας έχει συνολική αξία 309,43 ευρώ με συχνότητα εξέτασης λιγότερη από μια φορά το χρόνο. Όπως εξηγήσαμε και παραπάνω για να κάνει κάποιος την συγκεκριμένη εξέταση πρέπει να έχει κάποιο πρόβλημα και το ελέγχει. Ίσως έχουν περάσει καρκίνο και κάνουν τον έλεγχο μετά με αξονικές άνω-κάτω κοιλίας και θώρακος. Επίσης, άλλες παθήσεις που μπορούν να έχουν είναι οσφυοϊεράς μοίρας ή κάποιο κρύωμα που όπου γίνεται ο έλεγχος με αξονική θώρακος και κεφαλαλγίες και ημικρανίες όπου γίνεται με αξονική εγκεφάλου. Αυτή η εξέταση έχει το μικρότερο αριθμό επισκέψεων και την μικρότερη αξία. Ακολουθεί η εξέταση της μαστογραφίας με συνολική αξία 367,50 ευρώ, συμμετοχή ασφαλισμένου στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ανά άτομο 5,25 ευρώ. Το δείγμα σε πλήρη σχεδόν πλειοψηφία ανταποκρίθηκε στην εξέταση με θετικό αριθμό επισκέψεων 70% πάνω από μια φορά και δυο φορές μέσα στα πέντε έτη. Η εξέταση αυτή έχει αλληλοεξάρτηση με την επόμενη εξέταση που είναι η μέτρηση οστικής πυκνότητας με συνολική αξία 403,92 και αριθμός επισκέψεων 51% και πρέπει να γίνεται κάθε 2 χρόνια. Επίσης, βοηθάει και στον τακτικό έλεγχο που γίνεται 1-2 χρόνια μέσω της εξέτασης μαστογραφία όπου συνήθως ξεκινάει μετά τα 40 έτη.

Τέλος, η υψηλότερη αξία της εξέτασης triplex καρδιάς είναι 514,50 ευρώ και αριθμό επισκέψεων 49% συχνότητα λιγότερη από μια φορά το χρόνο. Αν ο ασθενής έχει περάσει έμφραγμα ή κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο γίνεται απαραίτητως η εξέταση αυτή μετά από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου για μεγαλύτερη αξιοπιστία του αποτελέσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη αποτιμήθηκε η αξία των ιατρικών εξετάσεων σε δείγμα εκατό ασθενών σε έναν ιδιωτικό πάροχο συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η αξία από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παρατηρήθηκε από την πλειοψηφία των ασθενών αρκετά υψηλή, διότι η συχνότητα των επισκέψεων του κάθε ασθενή ήταν μεγάλη.

Το κόστος εξέτασης που είναι υποχρεωμένος να καταβάλει στον πάροχο ο ασθενής είναι άμεσα συνδεδεμένο αλλά όχι ταυτόσημο με την ποιότητα. Αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών πραγματοποίησε μέσα στην πενταετία τις ίδιες εξετάσεις με το ίδιο κόστος, γεγονός που αποδεικνύει την άμεση σχέση των δυο παραπάνω εννοιών χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι ταυτόσημες, εφόσον υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των ιατρικών εξετάσεων.

Το φύλο είχε καθοριστικό ρόλο εφόσον το δείγμα επιλέχθηκε με βάση την ιατρική εξέταση της μαστογραφίας που σχετίζεται με την ιατρική εξέταση μέτρηση οστικής πυκνότητας. Πληθώρα ερευνών έχουν καταλήξει πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Στην συγκεκριμένη εργασία διαπιστώθηκε τέτοιου είδους σχέση εφόσον η πλειοψηφία του δείγματος ήταν από εξήντα χρονών και πάνω.

Από την άλλη πλευρά, το επίπεδο υγείας των ασθενών φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα των ιατρικών εξετάσεων καθώς όσο υψηλότερο είναι τόσο μεγαλύτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχουμε. Ωστόσο στην συγκεκριμένη εργασία δεν μπορούσαμε να ξέρουμε το επίπεδο υγείας των ασθενών αλλά υποθέτουμε ότι ανάλογα με το μέσο όρο ηλικίας του δείγματος και με την συχνότητα των ιατρικών εξετάσεων μπορούμε να αποδείξουμε ότι τηρείται

ο απαραίτητος ετήσιος τακτικός έλεγχος των ιατρικών εξετάσεων με την καταβολή του κόστους .Γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο καλύτερο επίπεδο υγείας που ίσως έχουν τα άτομα αυτά. Στις ιατρικές εξετάσεις που μελετήθηκε το δείγμα αξονική τομογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας, μαστογραφίας και υπερηχοκαρδιολογική μελέτη, το κόστος γίνεται σταθερός μεταβλητής, εφόσον τα άτομα καλύπτουν το κόστος μέσω Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Συνεπώς δεν μπορούμε να εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα για την άποψη των ασθενών για την συμμετοχή στο κόστος όπου σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με την ποιότητα των ιατρικών εξετάσεων.

Τέλος, ο παράγοντας κριτήρια επιλογής παρόχου δείχνουν την αξιοπιστία του συγκεκριμένου ιδιωτικού παρόχου συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. χαρακτηρίζοντας την πλειοψηφία του δείγματος ως παλαιοί πελάτες.

6.2 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη σε ιδιωτικό πολυιατρείο, διαγνωστικό κέντρο, συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επομένως αξιολογήθηκε η αποτίμηση των ιατρικών εξετάσεων μόνο από πάροχο του ιδιωτικού τομέα.

Εξίσου σημαντικό περιορισμό αποτελεί το γεγονός πως το δείγμα επιλέχθηκε με βάση την ζήτηση των ιατρικών εξετάσεων μαστογραφίας και μέτρηση οστικής πυκνότητας. Το γεγονός αυτό ίσως έπαιξε ρόλο στην αυξημένη συχνότητα επισκέψεων αυτών των εξετάσεων καθώς και στην αξία τους. Δεν ήταν δυνατό να αναλυθεί το δείγμα σε άλλες κατηγορίες εξετάσεων του συγκεκριμένου παρόχου όπως μικροβιολογικές, υπερήχου, ακτινολογικές, πανοραμικές και ηλετρομυογραφήματος λόγω της ιδιαιτερότητας αυτών.

6.3 Συμπεράσματα

Η συνολική αξία που θα κερδίσει το συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο είναι 398,84€ από το δείγμα των εκατό ασθενών τα τελευταία πέντε χρόνια με σταθερά κόστη συμμετοχής συμβεβλημένου παρόχου μέσω Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Πιο συγκεκριμένα θα προχωρήσουμε στην συχνότητα των εξετάσεων όπου τα συμπεράσματα είναι συνδυαστικά στις ιατρικές εξετάσεις αξονική τομογραφία και υπερηχοκαρδιολογική μελέτη όπου οι εκατό ασθενείς τα τελευταία πέντε έτη τα επισκέφτηκαν 39 φορές λόγω ότι θα έχουν περάσει έμφραγμα ή κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο όπου γίνεται απαραίτητως η υπερηχοκαρδιολογική μελέτη μετά από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου για μεγαλύτερη αξιοπιστία του αποτελέσματος. Στην συνέχεια, στον συνδυασμός των ιατρικών εξετάσεων μέτρηση οστικής πυκνότητας και μαστογραφίας οι εκατό ασθενείς τα τελευταία πέντε έτη τα επισκεφτήκανε 61 φορές. Αυτές οι ιατρικές εξετάσεις είναι αλληλοεξαρτώμενες όπου εξίσου πρέπει να γίνεται ο τακτικός έλεγχος κάθε 1-2 χρόνια για την οστεοπόρωση και η ιατρική πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού. Γεγονός που οι ασθενείς του δείγματος δείχνουν να είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες εφόσον χαρακτηρίζονται αρχικά παλαιοί πελάτες και η συχνότητα των επισκέψεων είναι αυξημένη. Το κόστος των εξετάσεων δείχνει να μην απασχολεί το δείγμα των εκατό ατόμων στο να επιλέξουν να μην κάνουν την εξέταση με ιδιωτική ασφάλιση αλλά ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

6.4 Προτάσεις

Η αποτίμηση των ιατρικών υπηρεσιών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέσα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η σωστή αξιολόγηση των ιατρικών εξετάσεων και η ερμηνεία του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών δηλαδή την ποιότητα αυτών που μπορεί να βρεθεί από το κόστος της ιατρικής εξέτασης είναι ο μόνος τρόπος να εντοπιστούν οι αδυναμίες και τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στην διαδικασία της πρωτογενής φροντίδας, έτσι ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από τους αρμόδιους φορείς για την επίλυση τους.

Η παροχή μέτρηση οστικής πυκνότητας να είναι ανάλογη με την κατάσταση υγείας και τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Παράγοντες κινδύνου που επιδέχονται παρέμβαση για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης είναι η διατροφή φτωχή σε ασβέστιο και βιταμίνη D, διατροφή φτωχή σε φρούτα και λαχανικά, κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων πρωτεΐνης, νατρίου και καφεΐνης, ο <<καθιστικός τρόπος ζωής >>, κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και απώλεια βάρους.

Σημαντική είναι η ιατρική πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού όπου αυξάνεται όσο μεγαλώνει μια γυναίκα μέχρι την ηλικία των 75 ετών και μετά αρχίζει να μειώνεται. Παρ' ότι όμως είναι πιο σπάνιος στις νέες γυναίκες, είναι πιο επιθετικός από ότι στις ηλικιωμένες αποτελώντας την συχνότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 35-45 ετών. Όμως υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού είναι όσες γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο της μήτρας έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο και οι γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του ενός μαστού έχουν λίγο αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν και στον άλλο. Συνεπώς, η κάλυψη του κόστους με αμοιβές που αντιστοιχούν σε εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις, θα ήταν μέσο για την αναβάθμιση της ποιότητας του πρωτογενή τομέα που παρέχει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και έχει επέκταση στην αύξηση της καλής κατάστασης υγείας των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αντεριώτη Παρασκευή, Αντωνίου Γεώργιος, 2014, **Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας**, Τόμος 1, Τεύχος 1

Δόλγερας Α. , Οικονόμου Χ. , Κυριόπουλος Γ. και Κοντός Δ. , (2001) , **Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής** , στο Κυριόπουλος Γ. , Λιαρόπουλος Λ. , Μπουρσανίδης Χ. και Οικονόμου Χ. , **Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα**, Αθήνα : Θεμέλιο.

Κοντούλη Μαρία-Γείτονα, (Αθήνα 1992), **Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων** , Διδακτική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κυριόπουλος Γ. , Οικονόμου Χ. και Γεωργούση Ε. , (2001) , **Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας**, στο Κυριόπουλος Γ. , Λιαρόπουλος Λ. , Μπουρδανίδης Χ. και Οικονόμου Χ. , **Η Ασφάλεια Υγείας στην Ελλάδα**, Αθήνα: Θεμέλιο

Μερκούρης Α. , (1996) , **Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών**, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα

Μπαλάσκα, Δ. , Μπιτσώρη, Ζωή, (2015) , **Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών**, Τόμος 4, Τεύχος 3

Οικονόμου Χαράλαμπος, (Μάρτιος 2012) , **Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα : Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Οικονόμου Χ. , Καραλής Γ. και Κυριόπουλος Γ. (2001) , **Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα : Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου**, στο Κυριόπουλος Γ. , Λιαρόπουλος Λ. , Μπουρσανίδης Χ. και Οικονόμου Χ. , **Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα** , Αθήνα: Θεμέλιο

Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς ,Ν. , (2012) , **Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της 29(4):480-488**

Πετμεζίδου ,Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου Μ. , Παπαθεοδώρου Χ. και Πολυζωίδης, Π. ,(2015), **Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα**, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Σουλιώτης Κ., Λιόνης Χ. , (2003) , **Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας 20(5) : 466-476**

Τάτσος Ν. (2001), **Υπολογισμός Καθαρών Δαπανών Κοινωνικής Προστασίας**, Αθήνα : ΕΣΥΕ.

Τσελέπη Χ. , (2000), **Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας**, (1): 158-164

Ξένη

Abel- Smith B. , Calttorp J., Dixon M. , Dunning A. , Evans R. , Holland W. , Jarman B. και Μόσιαλος, Η. , (1994), **Έκθεση της ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας**, Αθήνα : Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Armand Vallin Feigenbaum, (1991) , **Total Quality Control**

Baider C. & Peres C.A. ,(1997) , **Seed dispersal, spatial distribution and population structure of Brazilnut trees (Bertholletia excelsa)in of southeaster Amazonia. Journal of Tropical Ecology 13, 595-616.**

Barnett S. (2001) **Manaakitanga : Maori hospitality- A case Study of Maori Accommodation Providers. Tourism Management, 22, 83-92**

Behdad Kiani, Hadi Shirouyehzad , (2009) , **System dynamics approach to analyzing the cost factors effects on cost of quality**

Bond, S. , & Thomas , L. H. , (1992), **Measuring patients satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing, 17, 52-63**

Bronchi Chiara and Herd Richard (2001) , **Increasing Efficiency and Reducing Complexity in the Tax System in the Unites States, OECD Working Paper. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris**

Butler Clive , 1997 , **Advances in microbial physiology**

Canadian Institute for Health Information,(2002), **Canada's Health Care Providers Ottawa, ON, Canadian Institute for Health Information.**

Cleary D. και McNeil B., 1988 , **Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 25 : 25-36**

Cronin, J.J. Jr, & Taylor, S.A. 1992, **Measuring service quality : A reexamination and extension. Journal of Marketing**, 56(3), 55-68.

Crosby, P.B , 1979, **Quality is Free. McGraw-Hill, New York**

Drucker, Peter , (1985) , **Innovation and Entrepreneurship, Heinemann**

Eagle L. & Brennan R. , (2007) , **Are students customers ? TQM and marketing perspectives Quality Assurance in Education**, 15(1), 44-60

Feigenbaum David, 1956, **Clinical Instructor in General Practice, Medicine, M.D.**
1951, Tulane

Juran, J. M. , (1989), **Juran on leadership for quality. New York : The Free Press.**

Goulden, C. and Rawlins, L. , (1995), **A hybrid model for process quality costing International Journal of Quality & Reliability Management**

Grondahl V., (2012) , **Patient perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care in hospital**, 7-77

Gwozdz W. & Poza A. , (2009), **Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany** 10(3): 3-37

Liaropoulos L. , (1998), **Ethics and the management of health care in Greece : A health economist's perspective**, in Dracopoulou S.(ed), **Ethics and Values in Health Care Management**, London : Routledge

Kyriopoulos J. , (2004) , **Informal payments in the health sector : Some evidence and research issues**, in Kyriopoulos J. (ed.) , **Health Systems in the World : From Evidence to Policy**, Athens : Papazisis Publishers.

Mack Kathy, Sharyn and Anleu Roach ,(2016), **Managing Work and Family in the Australian Judiciary : Metaphors and Strategies. Flinders Law Journal** 18(2):213-240

Megiven K. & Jones G. (1992) **Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care** , **Journal of Nursing Quality Assurance**, 6(4) : 9-24

Nelson, C.W. & Niederberger , J. (1990), **Patient satisfaction surveys : An opportunity for total quality improvement. Hosp Health Serv Adm** , 35:409-427

Niakas D., Gnardellis C. , & Theodorou M. (2004) **Is there a problem with quality in the Greek hospital sector Preliminary results from a patient satisfaction survey. Health Services Management Research**, 17(1) : 62-69

Oakland, John S, (1989), **Total quality management**

Osterfield David , (1994) , **The Liberating Potential of Multinational Corporations**

Scotto F. De Ceglie , Guerra A. , Misciagna V. & Pellecchia G. (2009), **Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. Clinical Governance International Journal**, 114(2):86-97

Siskou O et al. (2008) **Private Health Expenditure in the Greek Health Care System : Where Truth Ends and the Myth Begins, Health Policy, Article in Press, Elsevier**

Smith, C. (1992), **Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care**, 4(3), 171-177

Soulis Rick, Joe Paul, Donaldson Norman, Ritchie Harold, Kouwen Nick, Pellerin Pierre και Benoit R. (1998), **On the Use of Coupled Atmospheric and Hydrologic Models at Regional Scale. Mon. Wea. Rev.** , submitted

Sullivan Richard , (1996) , **Investigation of illegal or improper activities in connection with**

Tsai, P. , (1998) , **Development of a middle-range theory of caregiver stress from the Roy adaptation model (Doctoral dissertation, Wayne State University)**

WHO , (1993) , **Continuous quality development A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe Copenhagen**

WHO/ EURO , (2010), **European Health for All Database, Copenhagen : WHO**

Williams B. , (1994), **Patient satisfaction : a valid concept ? SocSci Med, 38(4):509-516**

Zavras D. , Geitona M. , and Kyriopoulos J. , (2004), **Paying more money for better health care ? Searching for willingness to accept to pay in Greece, in Tavakoli M. and Davies H. (eds.) , Reforming Health Systems : Analysis and Evidence. Strategic Issues in Health care**