

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο «υπηρεσίες υγείας», προσδιορίζονται όχι μόνο οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης αλλά γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες (Κυριόπουλος Γ., 1985). Επομένως κυρίαρχες έννοιες στον σχεδιασμό και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της ανάγκης και της ζήτησης.

3.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

Ο Bradshaw (Bradshaw J., 1972) διέκρινε 4 είδη αναγκών: α) την διαπιστωμένη ανάγκη, β) την αισθανόμενη, γ) την εκφραζόμενη και δ) την συγκριτική ανάγκη. Διαπιστωμένη είναι αυτή, που ο επαγγελματίας υγείας ορίζει ως ανάγκη ανάλογα με την κατάσταση που εξετάζει, μπορεί δε να μεταβάλλεται λόγω της εξέλιξης της γνώσης ή κοινωνικών αλλαγών.

Αισθανόμενη (συνειδητή) ανάγκη είναι αυτή που αντιλαμβάνεται το άτομο ή το στενό του περιβάλλον.

Εκφραζόμενη, είναι η αισθανόμενη ανάγκη όταν μετατρέπεται σε ζήτηση.

Τέλος, συγκριτική είναι αυτή που προκύπτει όταν οι ανάγκες ενός πληθυσμού που χρησιμοποιεί συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας αντιστοιχισθούν σε έναν πληθυσμό με παρόμοια χαρακτηριστικά.

Η διάκριση σε «συνειδητές» (αντιληπτές) και «μη συνειδητές» (μη αντιληπτές) ανάγκες είναι χρήσιμη λόγω του γεγονότος ότι η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών προκύπτει από τις «συνειδητές» ιατρικές ανάγκες παρ'όλο που η αντιστοιχία των δύο όρων δεν είναι απόλυτη, αφού αφενός άτομα με «συνειδητές» ιατρικές ανάγκες συχνά δεν προσφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου η ζήτηση δεν σημαίνει πάντα την ύπαρξη αναγκών αλλά μπορεί να

υπαγορεύεται από κοινωνικά κίνητρα, διαφήμιση ή νευρωσικές διαταραχές (Τριχόπουλος Δ., 1982).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις ιατρικές ανάγκες μπορεί να είναι επιδημιολογικοί, οικολογικοί, κοινωνιολογικοί και οικονομικοί (Κυριόπουλος Γ. και συν., 1999).

Η προσέγγισή τους επομένως επιτυγχάνεται μέσω δεικτών επιπολασμού ή επιπτώσεως της νόσου, μετρήσεις για τις σύγχρονες και μελλοντικές επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης στα οικοσυστήματα, κοινωνιολογικές έρευνες και οικονομετρικά υποδείγματα σχετικά με την προσφορά, ζήτηση, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επομένως «ανάγκη» είναι οι καταστάσεις που πιθανώς να γίνουν «ζήτηση», οπότε οι ανάγκες υγείας μπορούν να ορισθούν ως η διαφορά μεταξύ παρατηρούμενων και ιδεωδών επιπέδων υγείας.

Σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας το «ισοδύναμο της ανάγκης» μπορεί να εκφραστεί από τους απαιτούμενους πόρους για να προσφερθούν υπηρεσίες που θα ικανοποιούν αυτή την ανάγκη. Επομένως ισχύει η σχέση:

πηλίκο αναγκών=απαιτούμενοι πόροι/κόστος ικανοποίησης αναγκών (Donabedian A., 1973).

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας μέσω της προσέγγισης των αναγκών καταφέρνει να ανταποκρίνεται στο ενδιαφέρον του ατόμου ως ασθενή και ως φορολογούμενου (Mc.Ewin R. et al., 1976).

Ο σχεδιασμός μέσω της «μεθόδου εκτίμησης των αναγκών» (Hall T., Mejia A., 1978; Hornby P. et al., 1980) προσδιορίζει το είδος των υπηρεσιών που είναι απαραίτητο για την διατήρηση του καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσω του προσδιορισμού των δεικτών ειδικής κατά αιτίας νοσηρότητας και θνησιμότητας σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο, επεξεργασίας του αριθμού, της φύσης, της συχνότητας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, υπολογισμού του συνολικού χρόνου απασχόλησης του ιατρονοσηλευτικού δυναμικού και του υπολογισμού του ετήσιου αριθμού ωρών εργασίας, θεωρώντας πως το επίπεδο υγείας βασίζεται σε ιατροτεχνικές προϋποθέσεις,

κόστος, δυνατότητα παροχής υπηρεσιών και επιθυμία του πληθυσμού να τις αναζητήσει.

Η επικράτηση του ιατροκεντρικού υποδείγματος στην διανομή των υπηρεσιών που υιοθετείται στην συγκεκριμένη μέθοδο, καθρεφτίζει τους στόχους της ιατρικής κοινότητας, που προσβλέπει μέσω της εκτίμησης των ιατρικών αναγκών σε αποκάλυψη ειδικών υγειονομικών προβλημάτων, σε επισήμανση πληθυσμιακών ομάδων «υψηλού κινδύνου» για ένα ή περισσότερα νοσήματα και ορθολογικό καθορισμό υγειονομικών προτεραιοτήτων.

Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα πάντα με την έκθεση του Υπουργείου Υγείας (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, 2000) κύριες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού για το 1995 ήταν κατά σειρά τα νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος, τα νεοπλάσματα, τα ατυχήματα και οι δηλητηριάσεις.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η δημογραφική γήρανση έχουν αυξήσει τον επιπολασμό χρόνιων νοσημάτων όπως η αρτηριακή πίεση, οι εκφυλιστικές αρθροπάθειες και άλλα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι παθήσεις των αισθητηρίων οργάνων.

Σε σχέση με την ψυχική υγεία των Ελλήνων, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (1978-1980) σε δείγμα 4.083 ενηλίκων ατόμων, προέκυψε πως το 24% των γυναικών του δείγματος και το 11,1% των αντρών θα μπορούσαν να θεωρηθούν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι κάτοικοι δε της Αθήνας φαίνεται να εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημίου Αθηνών (1984) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 34,1% και 18,7% και αποδόθηκαν στις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές.

Σχετικά με την στοματική υγεία των Ελλήνων, το επίπεδο της παραμένει χαμηλό, αν και έχει βελτιωθεί λόγω της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου.

Το συμπέρασμα είναι πως οι κύριοι παράγοντες διαμόρφωσης των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού είναι οι δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις.

Είναι χαρακτηριστικό δε πως η ανεργία, η αύξηση των διαζυγίων, η υπερπροσφορά καταναλωτικών αγαθών και ο υπερκορεσμός σε υλικές απολαβές ατόμων εύπορων οικογενειών οδηγεί σε ομάδες που κινούνται έξω από τα καθορισμένα κοινωνικά πρότυπα και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που συνδέονται με κατάχρηση οινόπνευματος, καπνού, χρήση ναρκωτικών, αφροδίσια νοσήματα, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ατυχήματα που συνδέονται με την βία καθώς και ψυχολογικά προβλήματα σιγουριάς και ασφάλειας λόγω χαλάρωσης των οικογενειακών θεσμών.

3.2. ΖΗΤΗΣΗ

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, εκφράζει την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας που μετατρέπεται σε ενεργή αναζήτηση αυτών των φροντίδων. Η ζήτηση προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα, η ασφαλιστική κάλυψη, το μορφωτικό επίπεδο, το επιδημιολογικό πρότυπο, το προσδόκιμο επιβίωσης, ο τόπος κατοικίας και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1999).

Γενικά ισχύει η σχέση: $Dy=f(I,P,L)$, όπου Dy η ζήτηση, I το εισόδημα, P οι τιμές και L η κρισιμότητα της ασθένειας (Σουλιώτης Κ., 2000).

Η δυνατότητα που έχει το ιατρικό σώμα να προκαλεί αύξηση των ζητούμενων ως «αναγκαίων» υπηρεσιών υγείας ή οι διοικητικοί παράγοντες, καθιερώνοντας υποχρεωτικές διαδικασίες, ονομάζεται «προκλητή ζήτηση» (Evans R.G., 1974).

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε «φανερή» και «βουβή» (Alderson M., 1976).

Αν και η «φανερή» ζήτηση μπορεί να υπολογισθεί με βάση τους δείκτες χρησιμοποίησης, η «βουβή» μπορεί να εκτιμηθεί αν η φανερή ζήτηση αφαιρεθεί από την «αναμενόμενη ολική ζήτηση» που υπολογίζεται από ένα άλλο πληθυσμό με συγκρίσιμες ανάγκες, σωστή διαφώτιση και απόλυτη επάρκεια στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας (Τριχόπουλος Δ., 1982).

Ωστόσο οι δείκτες χρησιμοποίησης δε επαρκούν πάντα για τον υπολογισμό της φανερής ζήτησης. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ζήτηση αν και φανερή δεν οδηγεί σε χρησιμοποίηση υγειονομικών υπηρεσιών λόγω ποσοτικής ανεπαρκείας τους.

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας μέσω της μεθόδου της ζήτησης προσδιορίζει τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών υγείας που θα χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά ο πληθυσμός αναφορικά με το κόστος (Hall T., Mejia A., 1978; Hornby et al., 1980). Επιτυγχάνεται λοιπόν εκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης των υπηρεσιών υγείας συσχετίζοντας την ποσότητα με μεταβλητές όπως το εισόδημα το φύλο και η ηλικία. Ωστόσο αυτή η μέθοδος κρίνεται λιγότερο αποτελεσματική συγκρινόμενη με την μέθοδο εκτίμησης αναγκών (McEwin R., Hall J., 1976).

Στην χώρα μας η μεταβολή της σύνθεσης του πληθυσμού δεν μπορεί παρά να επιφέρει μεταβολές στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Αναμένεται λοιπόν αύξηση των ζητούμενων υπηρεσιών υγείας, λόγω της μεγαλύτερης νοσηρότητας των ομάδων του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών αλλά και διαφοροποίηση του είδους των ζητούμενων υπηρεσιών όπου παρατηρείται στροφή σε υπηρεσίες που σχετίζονται με νοσήματα φθοράς. Επίσης η μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας που έχει ως αποτέλεσμα την επιβίωση νεογνών με ολοένα και μικρότερο βάρος αυξάνει την ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000).

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, πέρα από την σοβαρότητα της ασθένειας και την διαισθανόμενη και εκφραζόμενη νοσηρότητα (Σούλης Σ., 1994) που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, είναι σημαντικοί αφού

θεωρείται πλέον δεδομένο πως άτομα υψηλού πολιτισμικού επιπέδου εκφράζουν κυρίως ζήτηση για προληπτικές υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με άτομα χαμηλότερου πολιτισμικού επιπέδου που στρέφονται στην νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., 1997).