|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ** | **papei** | **ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ** |

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο Αγγλικό σύστημα υγείας και η εφαρμογή των θετικών της στο Ελληνικό σύστημα υγείας.**

**Αγγελάκος Δημήτριος**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και τη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ** | **papei** | **ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ** |

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η διοίκηση ολικής ποιότητας στο Αγγλικό σύστημα υγείας και η εφαρμογή των θετικών της στο Ελληνικό σύστημα υγείας.**

**Αγγελάκος Δημήτριος, Α.Μ.:ΟΔΥ** **1601**

Κoτταρίδη Κωνσταντίνα, Καθηγήτρια, Παν.Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και τη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIVERSITY of PIRAEUS** | **papei** | **DEPARTMENT of ECONOMICS** |

**M.Sc. in Health Economics & Management**

**Total Quality Management in the** **English Health System and the application of this benefits to the Greek Health System**

**Angelakos Dimitrios**

Master Thesis submitted to the Department of Economics

of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements

for the degree of M.Sc. in Health Economics & Management

Piraeus, Greece, 2019

*Στους γονείς μου Αναστάσιο και Ειρήνη,*

*για την υποστήριξη τους,*

*την υπομονή τους*

*και την αμέριστη στήριξη*

*που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια.*

**Ευχαριστίες**

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διπλωματική εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια του Πανεπιστήμιου Πειραιώς κ. Κ. Κoτταρίδη για την ανάθεση και την επίβλεψη της διπλωματικής μου εργασίας καθώς και για την καθοδήγηση της σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της.

**Η διοίκηση ολικής ποιότητας στο Αγγλικό σύστημα υγείας και η εφαρμογή των θετικών της στο Ελληνικό σύστημα υγείας.**

**Σημαντικοί Όροι: Ποιότητα στην υγεία, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, EFQM, εθνικό σύστημα υγείας Ηνωμένου Βασιλείου, εθνικό σύστημα υγείας Ελλάδας.**

**Περίληψη**

Το δυναμικά μεταβαλλόμενο περιβάλλον, καθώς και η σταδιακή βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, έχουν αναδείξει την υγεία σε έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της σύγχρονης κοινωνίας. Ποιότητα και υγεία αναπόφευκτα συμβαδίζουν. Παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια και σε ένα ευρύ φάσμα τομέων και διαδικασιών, έχει παρατηρηθεί μία συνεχής προσπάθεια για απόκτηση ποιότητας. Ειδικότερα στη χώρα μας, ο κλάδος της υγείας μαστίζεται από σοβαρά προβλήματα, με τη φιλοσοφία περί ποιότητας να συναντά αντιστάσεις κατά την ενσωμάτωσή της στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας, παρέχουν τη δυνατότητα, υπό προϋποθέσεις, για σταθερή και υγιή βάση, πάνω στην οποία μπορεί να οικοδομηθεί ένα ποιοτικότερο σύστημα υγείας.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, επιχειρείται να προσεγγιστεί και να παρουσιαστεί η Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, μέσω της παρουσίασης ενός πλαισίου, στο οποίο πρέπει να κυμαίνεται η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Θα γίνει εκτενής αναφορά στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Ουσιαστικά, το εξεταζόμενο Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης (National Health System, NHS), αποτελεί παγκόσμιο σημείο αναφοράς των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας για την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Επιπλέον, θα παρουσιαστεί το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας και το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (EFQM) στο οποίο αυτό στηρίζεται. Αναφέρεται η σχέση του με τις υπηρεσίες υγείας και τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα επιχειρείται ανάλυση των κριτηρίων του μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM.

Το Βρετανικό σύστημα υγείας, αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα, το οποίο παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού. Στόχος της παρούσας μελέτης, είναι η ανάδειξη των βασικών χαρακτηριστικών του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, εφόσον αποτελεί τον βασικότερο εκπρόσωπο των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (NHS). Η ανάλυση θα εστιαστεί στις βασικές μεταρρυθμίσεις, ο οποίες έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας στη Βρετανία, καθώς και στην οργανωτική δομή και λειτουργία του βρετανικού υγειονομικού συστήματος.

Θα γίνει εκτενής ανάλυση, αναφορικά με την ανάγκη για εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη. Παράλληλα, γίνεται αναφορά σε ενέργειες που έχουν γίνει στο παρελθόν από την ελληνική κυβέρνηση για ποιοτική αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ παρουσιάζονται συνοπτικά σχέδια που πρόκειται να τεθούν σε εφαρμογή για αναβάθμιση του ΕΣΥ το έτος 2005 με Σχέδιο Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας».

**Total Quality Management in the English Health System and the application of this benefits to the Greek Health System.**

**Keywords: Quality in Health, Total Quality Management, EFQM, UK National Health System, National Health System of Greece.**

**Abstract**

The dynamically changing environment, as well as the gradual improvement of living standards, have made health one of the most important sectors of modern society. Quality and health are inevitably maintained. Worldwide, in the last few years and across a wide range of sectors and processes, there has been a continuous effort to achieve quality. Particularly in our country, the health sector is facing serious problems, with the philosophy of quality tackling resilience when integrated into the health care system. Quality management systems provide, under certain conditions, a solid and sound basis on which a better-quality health system can be built.

In this thesis, it is attempted to approach and present Total Quality Management in Greece and abroad, by presenting a framework in which the functioning of health services should vary. There will be extensive reference to the British health system. In essence, the British National Health System (NHS) under consideration is a global benchmark of national public health systems for the implementation of Total Quality Management.

In addition, the European Quality Award and the EFQM European Business Excellence Model (EFQM) business excellence model will be presented. It relates to health services and healthcare professionals, while attempting to analyze the criteria of the EFQM Business Excellence model.

The British health system is the first comprehensive system to provide universal and free population coverage. The purpose of this study is to highlight the key features of the UK healthcare system as it is the primary representative of the National Health Systems (NHS). The analysis will focus on the key reforms that have taken place in the UK health sector, as well as the organizational structure and functioning of the UK health care system.

An extensive analysis will be carried out on the need for the introduction of Total Quality Management in Greek Health Care. At the same time, reference is made to actions previously undertaken by the Greek government for quality upgrading of the National Health System, while outlining plans to be implemented for upgrading the NHS in 2005 with a Draft Law on Quality and Safety of Health Services and the National Health Information System ».

**Περιεχόμενα**

**Περίληψη**

**Abstract**

**Κατάλογος Διαγραμμάτων**

* 1. **Διαγραμματική αποτύπωση της σημασίας της ποιότητας. Σελ.23**

1. **Διαγραμματική απεικόνιση του μοντέλου της συνεχούς βελτίωσης (Σχεδιάζω-Ενεργώ-Ελέγχω-Βελτιώνω, A-P-D-C). Σελ.28**
2. **Διαγραμματική μορφή διάταξης N.H.S. Σελ.48**
3. **Διαγραμματική απεικόνιση με τις απαντήσεις στην έρευνα σχετικά µε την ικανοποίηση των ασθενών. Σελ.59**
4. **Διαγραμματική απεικόνιση της εφαρμογής των ποιοτικών προσεγγίσεων στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη. Σελ.77**
5. **Διαγραμματική απεικόνιση**

**κατάστασης πόρων στα Ελληνικά νοσοκομεία. Σελ.78**

1. **Διαγραμματική απεικόνιση πολιτική ποιότητας. Σελ.79**
2. **Διαγραμματική απεικόνιση**

**κατάρτισης προσωπικού σε θέματα ποιότητας. Σελ.80**

1. **Διαγραμματική απεικόνιση γνώσης**

**προσωπικού σε θέματα ποιότητας. Σελ.81**

1. **Διαγραμματική απεικόνιση χρήσης τεχνικών**

**& εργαλείων ποιότητας. Σελ.82**

1. **Διαγραμματική απεικόνιση επάρκειας προσωπικού. Σελ.84**
2. **Διαγραμματική απεικόνιση ειδών της χρηματοδότησης της υγείας. Σελ.99**
3. **Διαγραμματική απεικόνιση των ποσοστιαίων μεταβολών των ιδιωτικών πληρωμών. Σελ.100**
4. **Διαγραμματική απεικόνιση για τον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015. Σελ.102**
5. **Διαγραμματική απεικόνιση για την εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015. Σελ.103**
6. **Διαγραμματική απεικόνιση τον αριθμό των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015. Σελ.104**
7. **Διαγραμματική απεικόνιση νοσηλευτών ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015. Σελ.105**
8. **Διαγραμματική απεικόνιση αριθμού των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 έως 2015. Σελ.106**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Ορισμός της Ποιότητας**

* 1. **Εισαγωγή Σελ.19**
  2. **Εννοιολογία της Ποιότητας Σελ.20**
  3. **Η σημασία της Ποιότητας. Σελ.22**
  4. **Βασικές Ποιοτικές Διαστάσεις. Σελ.24**
  5. **Αξιολόγηση των μετρήσεων της Ποιότητας. Σελ.24**
  6. **ISO πρότυπα. Σελ.25**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.**

* 1. **Εισαγωγή στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Σελ.27**
  2. **Τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Σελ.28**
  3. **Βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Σελ.30**
  4. **Αξιώματα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Σελ.31**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.**

* 1. **Ορισμός της ποιότητας στην υγεία. Σελ.33**
  2. **Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Σελ.34**
  3. **Παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας της υγείας. Σελ.35**
  4. **Ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας. Σελ.36**
  5. **Έλεγχος και παράγοντες επιτυχίας της ποιότητας**

**στις υπηρεσίες υγείας. Σελ.37**

* 1. **Μετρήσεις της ποιότητας στην υγεία. Σελ.39**

**3.6.1 Δείκτες αποτίμησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Σελ.39**

* 1. **Κριτήρια επιλογής δεικτών Αξιολόγησης. Σελ.41**
  2. **Το Μοντέλο Αριστείας EFQM**

**(European Foundation for Quality Management). Σελ.43**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Το σύστημα υγείας της Αγγλίας.**

# Εισαγωγή. Σελ.45

# Παρουσίαση του Αγγλικού συστήματος υγείας. Σελ.46

* 1. **Δομή και λειτουργία του συστήματος της Αγγλίας σήμερα. Σελ.49**
  2. **Χρηματοδότηση του συστήματος της Αγγλίας. Σελ.53**
  3. **Η διαδικασία αποκέντρωσης του συστήματος της Αγγλίας. Σελ.55**
  4. **Η καταλληλότητα του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM να στηρίξει την ∆ιαχείριση Κλινικής Φροντίδας. Σελ.58**
  5. **Η εφαρμογή του EFQM στα Νοσοκομεία της Περιφέρειας**

**του Wakefield και Pontefract του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Σελ.59**

**4.7.1 Ποια ήταν η πρόκληση για την σωστή εφαρμογή του και ο τρόπος που χρησιμοποιήθηκε. Σελ.60**

**4.7.2 Κέρδη της εφαρμογής του EFQM στην Περιφέρεια του**

**Wakefield και Pontefract Σελ.62**

* 1. **Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της εφαρμογής του μοντέλου**

**στα Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία. Σελ.63**

**4.9 Πώς το Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας βοήθησε. Σελ.64**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Το σύστημα υγείας της Ελλάδας.**

**5.1 Εισαγωγή και παρουσίαση του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Σελ.65**

**5.2** **Μορφή Συστήματος Υγείας Ελλάδας. Σελ.66**

* 1. **Διακρίσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Σελ.71**
  2. **Διαπιστώσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Σελ.72**
  3. **Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Σελ.73**
  4. **Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία. Σελ.74**
  5. **Υγεία και ποιότητα των ελληνικών νοσοκομείων. Σελ76**
  6. **Η ανάγκη για εισαγωγή της ∆ιοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη. Σελ.76**
  7. **Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Σελ.77**
     1. **Υπόθεση πάνω στην οποία στηρίχτηκε η έρευνα. Σελ.78**
     2. **Αποτελέσματα της έρευνας. Σελ.78**
  8. **Προτάσεις προς βελτίωση. Σελ.86**
  9. **Προσπάθεια Μεταρρύθμισης- Μάνατζερ υπηρεσιών υγείας - Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη». Σελ.88**
  10. **Ενέργειες Ποιοτικής Αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σελ.89**
      1. **Σχέδια επί χάρτου για την αναβάθμιση του ΕΣΥ το έτος 2005. Σελ.91**
      2. **Συνοπτική Παρουσίαση του Σχεδίου Νόμου για**

**την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας» και**

**«το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας». Σελ.92**

* + 1. **Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας. Σελ.94**
    2. **Το Κέντρο ∆ιαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής**

**Υποστήριξης Συστηµάτων τοµέα Υγείας και το Ινστιτούτο**

**Κατάρτισης και Επιµόρφωσης Ανθρώπινου ∆υναµικού**

**τοµέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.∆.Υ.). Σελ.95**

* + 1. **Εξωτερική Αξιολόγηση της Ποιότητας και της**

**Ασφάλειας των Υπηρεσιών του**

**τοµέα της Υγείας. Σελ.96**

* 1. **∆ιαπιστώσεις - συμπεράσματα. Σελ.96**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Σύγκριση συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας και αποτελέσματα.**

**6.1 Εισαγωγή. Σελ.97**

**6.2** **Υλικό και μέθοδος σύγκρισης. Σελ.97**

**6.3** **Σύγκριση των χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας. Σελ.98**

**6.4 Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας. Σελ.100**

**6.5 Σύγκριση των υγειονομικών υποδομών και προσωπικού των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας. Σελ.103**

**6.6 Παθογένειες Συστήματος Ελλάδας. Σελ.109**

**6.7 Κριτική του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας. Σελ.111**

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Σελ.115**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. Σελ.117**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

* 1. **Εισαγωγή.**

Στο κεφάλαιο παρακάτω θα γίνει μια γενική εισαγωγή στο τι καλείται ποιότητα πως προσδιορίζεται και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της. Με τον ορισμό της ποιότητας περιγράφονται συνήθως υλικά αγαθά ή παροχή υπηρεσιών ενώ με τον απόλυτο ορισμό της έννοιας ποιότητα έχει να κάνει ότι έχει σχέση με το κάλος και την ομορφιά. Τα ποιοτικά προϊόντα έχουν σαν χαρακτηριστικό γνώρισμα την τελειότητα κατασκευής καθώς και την αξία και το κύρος που προσδίδουν στον κάτοχο τους, ειδικά όσο πιο σπάνια και δυσεύρετα είναι.

Στην εποχή μας με την αύξηση του βιοτικού επιπέδου δίνεται πλέον περισσότερη σημασία στην ποιότητα ενός προϊόντος, με τον καταναλωτή να είναι περισσότερο απαιτητικός απ’ ότι σε παλιότερες εποχές όπου δινόταν σημασία κυρίως στην διατήρηση χαμηλής προσιτής τιμής προς το καταναλωτικό κοινό και στην παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων. Αυτή η τάση αναδεικνύεται με την επίδραση που έχει ο καταναλωτής με το αν μείνει ευχαριστημένος ή όχι από την χρήση μιας υπηρεσίας όπου ανάλογα με τον βαθμό ικανοποίησης του λειτουργεί σαν διαφημιστικός παράγοντας ή αποτρεπτικός προς άλλους καταναλωτές ως το να χρησιμοποιήσουν το συγκεκριμένο προϊόν. Αυτό φαίνεται στην εποχή μας από την τάση των εταιριών να ρίχνουν περισσότερο βάρος και να διαφημίζουν την ποιότητα που παρέχουν καθώς έχουν διαπιστώσει και οι ίδιες μέσω ερευνών ότι οι υποψήφιοι πελάτες και καταναλωτές των προιοντων τους είναι διατεθειμένοι να ξοδέψουν παραπάνω χρήματα για την απόκτηση του σε σχέση με τον υπόλοιπο ανταγωνισμό καθώς επίσης και το όφελος εφαρμόζοντας διάφορα υψηλά πρότυπα ποιότητας έχει εκλείψει η ανάγκη για περαιτέρω ελέγχους όπως και για διορθώσεις στην βιομηχανική παραγωγή που σημαίνει περισσότερο κόστος για την εταιρία. Αυτό έχει και σαν αποτέλεσμα, όπως αναφέρει ο Ψωμάς (2015) την μείωση των καθυστερήσεων στην παράδοση ενός προϊόντος, την βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος των εργαζομένων και την μείωση της ανασφάλειας για το μέλλον των θέσεων εργασίας τους σε αντίθεση με μια επιχείρηση που δεν δίνει τόσο βάρος στην ποιότητα και με την αγορά να συνδέεται σε παγκόσμιο επίπεδο πλέον να έχει σαν αποτέλεσμα ν’ αυξάνεται συνεχώς το κόστος παραγωγής με ταυτόχρονα μείωση του μεριδίου της στην αγορά.

Η ποιότητα όπως αναφέρει ο Κουππάρης (2015) είναι ένας δείκτης που ορίζει την ικανοποίηση από την χρήση ενός προϊόντος κατά την διάρκεια της χρήσης του, είναι ένα δείκτης δηλαδή που δεν αφορά μόνο την στιγμή της απόκτησης του αλλά και την μετέπειτα εμπειρία από την χρήση του.

Για την ποιότητα μπορεί να ειπωθεί ότι χωρίζεται σε δυο κατευθύνσεις όπως αναφέρει ο Ταγαράς (2001). Η πρώτη έχει να κάνει με την ποιότητα υλικών και τον τρόπο κατασκευής ενός προϊόντος και πόσο πλησιάζει τις αρχικές προδιαγραφές και η δεύτερη κατεύθυνση αφορά την ποιότητα σχεδιασμού.

* 1. **Εννοιολογία της ποιότητας.**

Από την λατινική λέξη «qualita» προέρχεται η εννοιολογική σημασία της λέξης «quality» που σημαίνει «ποιότητα» και σημαίνει «από τι». Όπως αναφέρει ο Klefsjo (2003) χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Ρωμαίο ρήτορα Cicero (106 – 43 π.Χ.). Βέβαια όπως αναφέρουν οι Brocka & Brocka (1992) οι αρχές χωρίς να έχει προσδιοριστεί ο ορισμός από πιο αρχαίους χρόνους. Στην σημερινή εποχή με την καθιέρωση της και την ποικιλόμορφη εφαρμογή της σε διαφορετικούς χώρους υπάρχουν και οι αντίστοιχοι ορισμοί και προσεγγίσεις στο τι αφορά. Κατά το διεθνές αποδεκτό πρότυπο εφαρμογής ποιότητας ISO 8402 (1986) η ποιότητα ορίζεται ως «το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος, διαδικασίας ή υπηρεσίας που καθορίζουν την ικανότητα ανταπόκρισης σε δηλωμένες ή εννοούμενες ανάγκες».

Σύμφωνα με τον οργανισμό American Society for Quality Control (ASQ, 1999), η ποιότητα αποτελεί έναν υποκειμενικό όρο όπου ο καθένας μπορεί να δώσει διαφορετική ερμηνεία. Ενώ στο τεχνικό επίπεδο μπορεί να πάρει δυο ερμηνείες. Η πρώτη αφορά ένα προϊόν που δεν εμφανίζει κάποια δυσλειτουργία και η δεύτερη αφορά ένα προϊόν που ικανοποιεί τις ανάγκες ή μη του καταναλωτικού κοινού.

Η αξία ενός προϊόντος μπορεί να βασιστεί στην ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας για τον χρόνο που το/την χρησιμοποιεί σύμφωνα με τον Δερβίτσιωτη (2001) σε σχέση με το συνολικό οικονομικό κόστος για τον κύκλο λειτουργίας του. Η ποιότητα προσδιορίζετε ως μια ιδιότητα που θα πρέπει να ταιριάζει μ’ ένα προϊόν ή υπηρεσία ανάλογα για τον σκοπό που προορίζεται να χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τον Juran (1950). Ενώ σύμφωνα με τον Drucker (1985) ποιότητα είναι αυτό που αντιλαμβάνεται ο πελάτης και είναι διατεθειμένος να διαθέσει παραπάνω χρήματα απ’ ότι αυτό που αντιλαμβάνεται και παρέχει ο προμηθευτής. Άλλοι ορισμοί που έχουν δοθεί για την ποιότητα είναι όπως ορίζει ο Rogerson (1987) “Ως ποιότητα ορίζεται οτιδήποτε ορίζει το άτομο, όπως είναι η γεύση, το χρώμα, μια μέτρηση, μια προθεσμία κτλ.”, ενώ κατά τον Garvin (1988) “η ποιότητα προσδιορίζεται από τις προβλεπόμενες επιθυμίες του καταναλωτή”. Ο Kane (1996) πιο πρόσφατα υποστηρίζει ότι “Η ποιότητα των προιοντων επηρεάζεται σημαντικά από τις επιλογές αλλά και από τα συναισθήματα των ανθρώπων που κατασκευάζουν το προϊόν”, επίσης ορίζει την ποιότητα ως “Μια έννοια που κάθε φορά επαναπροσδιορίζεται ανάλογα με τα δεδομένα που υπάρχουν”.

Όπως αναφέρει ο Garvin (1988) υπάρχουν πέντε διαφορετικές προσεγγίσεις που ορίζουν την έννοια της ποιότητας. Η πρώτη προσέγγιση αφορά την υπερβατικότητα όπου σύμφωνα με την θεωρία αποτελεί κάτι ανώτερο ενώ ταυτίζεται με την τελειότητα που παρουσιάζει ένα προϊόν. Σ’ αυτήν ο πελάτης μπορεί να διακρίνει την αξία σε σχέση με τον ανταγωνισμό και την ανωτερότητα του προϊόντος με υποκειμενικό τρόπο. Η δεύτερη προσέγγιση έχει να κάνει με τα τεχνικά χαρακτηριστικά κατασκευής ενός προϊόντος και σ’ αυτήν δημιουργούνται παρερμηνείες καθώς συγχέεται αρκετές φορές ότι όσο υψηλότερη τιμή τόσο πιο υψηλή είναι και η ποιότητα. Η τρίτη προσέγγιση αφορά την διαδικασία πριν το προϊόν φτάσει στην τελική του μορφή, δηλαδή το στάδιο που βρίσκεται στην γραμμή παραγωγής του. Αυτή είναι τεχνική διαφήμισης εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια από τις εταιρίες παρουσιάζοντας τα πρότυπα που χρησιμοποιούν στην παραγωγική διαδικασία. Η τέταρτη προσέγγιση αφορά αποκλειστικά τον χρήστη. Σ’ αυτή την προσέγγιση φαίνεται ότι οι ανάγκες, οι απαιτήσεις και το χρηματικό ποσό που είναι διατεθειμένος να πληρώσει ο πελάτης καθορίζουν το πόσο ποιοτικό θα είναι ένα προϊόν. Είναι κατανοητό ότι δεν γίνεται να έχουν όλοι τις ίδιες απαιτήσεις άρα αυτή η συμπεριφορά των καταναλωτών δημιουργεί και διαφορετικά πρότυπα. Αυτή η τάση πλησιάζει τον ορισμό ποιότητας σύμφωνα με το πρότυπο ISO 8402 και εστιάζει προς τον πελάτη. Ενώ όπως αναφέρουν οι Juran & Gryna (1988), «η ποιότητα ορίζεται ως η καταλληλότητα για χρήση». Η πέμπτη και τελευταία προσέγγιση αναφέρεται στην ωφέλεια/αξία που προσφέρεται. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην άποψη ότι η ποιότητα ορίζεται βάσει των τιμών προϊόντων ή υπηρεσιών καθώς και την τιμή κόστους τους.

Σύμφωνα με αυτή την θεωρία ένα προϊόν ή υπηρεσία θεωρείται ότι έχει ποιότητα όταν παρέχει την απόδοση που επιθυμείται μέσα σε ένα εύρος τιμών οι οποίες είναι αποδεκτές ή όταν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία έχει προσαρμοστεί σύμφωνα με τις απαιτήσεις των πελατών ή των προδιαγραφών σένα κόστος που είναι κοινά αποδεκτό. Συμπερασματικά λοιπόν, υπάρχει μια σχέση μεταξύ της ποιότητας ενός προϊόντος ή υπηρεσίας που προσφέρεται στον πελάτη και της σχέσης κόστους προς όφελος. Η ωφέλεια που έχει ο πελάτης (P) ορίζεται βάσει της συνάρτησης της ποιότητας (Q) και της τιμής (P): V=F(Q,P).

Για την έννοια ‘ ποιότητα’ έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί από διάφορους συγγραφείς.

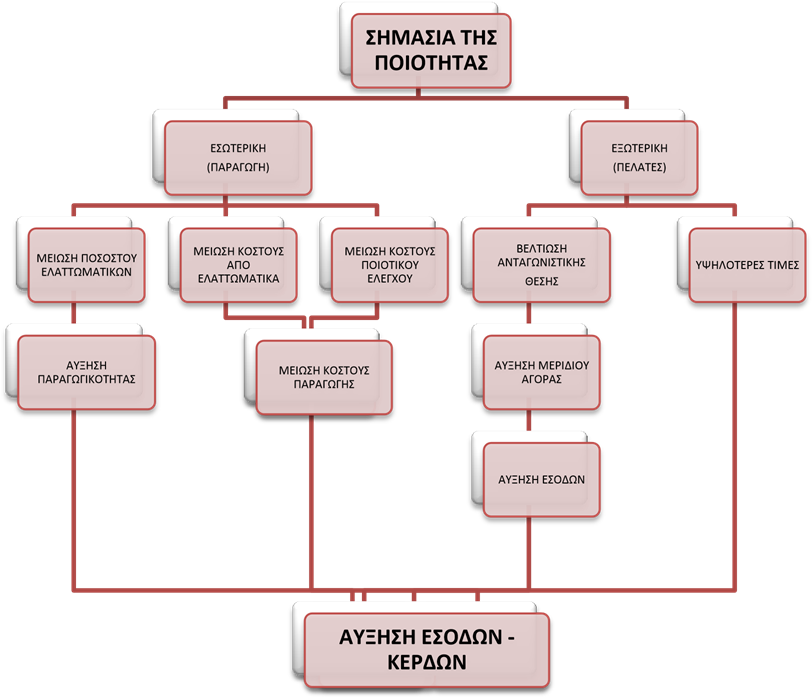
Συγκεκριμένα:

Σύμφωνα με τον Shewhart η ποιότητα έχει δύο πλευρές: *την υποκειμενική* η οποία αφορά τι θέλουν οι πελάτες από ένα προϊόν ή υπηρεσία και *την αντικειμενική* η οποία αναφέρεται στα φυσικά και στα χαρακτηριστικά που μετρούνται των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών. Κατά τον Deming η ποιότητα έχει πολλές διαστάσεις και σχετίζεται με την ικανοποίηση των πελατών. Κατά τον Juran η ποιότητα αναφέρεται στο κατά πόσο ένα προϊόν είναι κατάλληλο προς χρήση. Επίσης σύμφωνα με τον Feigenbaum η έννοια της ποιότητας πρέπει να ορίζεται με όρους που σχετίζονται με την ικανοποίηση των πελατών. Θα πρέπει να έχει πολλές διαστάσεις και να είναι δυναμική. Κατά τον Crosby η ποιότητα θα πρέπει να συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές ενός προϊόντος ή υπηρεσιών και να χρησιμοποιούνται όροι οι οποίοι θα συμβάλλουν στην διοίκηση της και κατά τον Taguchi η έλλειψη της ποιότητας αποτελεί απώλεια στην κοινωνία.

Ως σύστημα ποιότητας σύμφωνα με τον Ψωμά (2015), θεωρείται εκείνο όπου αποτελείτε από διαφόρους μεθόδους, ενέργειες, υλικά καθώς και καταρτισμένο προσωπικό που λειτουργεί μέσα σε σαφή πλαίσια οδηγιών. Πρόκειται δηλαδή για ένα σύνολο όπου όλα τα στοιχεία αλληλοσυνδέονται ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των αποτελεσμάτων που προκύπτουν, από ότι αυτά θα λαμβάνονταν μεμονωμένα. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της συντονισμένης ενέργειας είναι η δημιουργία μιας υποδομής η οποία θα διαμορφώνει και θα βελτιώνει συνεχώς μέσα από τον καθορισμό των προσδοκιών και επιθυμιών των πελατών. Ο όρος διεργασία απευθύνεται σ ένα σύνολο λειτουργιών που αφορούν μετρήσιμα αποτελέσματα, ενώ η διαδικασία αφορά την διαδικασία με συγκεκριμένη αρχή και τέλος και που μπορεί να διακοπεί ανά πάσα στιγμή χωρίς να υπάρχουν μετρήσιμα αποτελέσματα.

* 1. **Η σημασία της ποιότητας.**

Οι επιχειρήσεις που προσανατολίζονται σύμφωνα με τον Αδαμίδη (2015), στην δημιουργία προιοντων υψηλής ποιότητας έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη του αγοραστικού κοινού με σταθερή πελατεία, παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα σε ότι αφορά την παραγωγή του προϊόντος τους και αυτό τους δίνει την δυνατότητα να διαθέτουν τα προϊόντα τους σε υψηλότερες τιμές με αποτέλεσμα μεγαλύτερο κέρδος και να κατέχουν και να διατηρούν μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς. Όλα αυτά σε αντίθεση με μια εταιρεία που ταλανίζεται από συνεχής προβλήματα την ποιότητα των προιοντων της που διακρίνεται από την συνεχής απώλεια πελατών της και κατ’ επέκταση την μείωση του μεριδίου αγοράς.



**Πηγή:** **Ζαβλανός, Μ. (2005). *Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα .* Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.**

**Διάγραμμα 1.1**

**Διαγραμματική αποτύπωση της σημασίας της ποιότητας.**

Άλλη σημαντική παράμετρος είναι ότι προϊόντα χαμηλής ποιότητας πέρα των δυσλειτουργιών τους, υπάρχει η πιθανότητα να προκαλέσουν προβλήματα στους χρήστες με αυτό να συνεπάγεται αγωγές για αποζημιώσεις, κάτι που πέρα από το οικονομικό κόστος έχει αντίκτυπο και στην φήμη της εταιρείας παραγωγής. Μια άλλη πλευρά της παραγωγής προιοντων χαμηλής ποιότητας είναι ότι αυξάνεται το κόστος λόγο των ελαττωματικών προιοντων που δεν μπορούν να διορθωθούν, είτε μπορούν. Αξιοσημείωτο είναι ότι η καθυστέρηση στον εντοπισμό ενός ελαττωματικού προϊόντος δημιουργούνται πολλά προβλήματα, ενώ έρευνες έχουν δείξει ότι εάν αυτό εντοπιστεί ενώ έχει περάσει στο καταναλωτικό κοινό το κόστος του αυξάνει πέντε φορές περισσότερο για την αντιμετώπιση σε σχέση με το ότι αν εντοπιζόταν στην φάση σχεδιασμού του λόγο των πόρων που έχουν καταναλωθεί και το πλήγμα της φήμης της εταιρείας.

* 1. **Βασικές ποιοτικές διαστάσεις.**

Σύμφωνα με την διατύπωση του Garvin (1988) η ποιότητα μπορεί να διακριθεί σε 8 βασικές διαστάσεις. Αυτές είναι σημαντικές στο κομμάτι σχεδιασμού ενός προϊόντος και αυτό γιατί σε αυτή την συγκεκριμένη φάση επιβάλλεται η λήψη καθοριστικών αποφάσεων που θα οδηγήσουν στο βέλτιστο αποτέλεσμα.

Αυτές αφορούν την επίδοση, όπου έχει να κάνει με χαρακτηριστικά που πρέπει να παρουσιάζει ένα προϊόν. Αυτή έχει να κάνει με μετρήσιμα, κοινά αποδεκτά και μη αμφισβητήσιμα αποτελέσματα που βασίζονται σε διεθνές σταθερές μονάδες μέτρησης. Η δεύτερη διάσταση αφορά τα χαρακτηριστικά, όπου με αυτά εννοούνται δευτερεύοντα χαρακτηριστικά που διακρίνονται σε ένα προϊόν και συνοδεύουν και εξυπηρετούν τα βασικά χαρακτηριστικά του προϊόντος. Η τρίτη διάσταση αφορά την συμμόρφωση σε συγκεκριμένες προδιαγραφές κατασκευής και συμμορφώνονται με συγκεκριμένα νομοθετικά πλαίσια και πρότυπα. Η τέταρτη διάσταση αφορά την καλή λειτουργία του προϊόντος σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Δηλαδή ο μέσος χρόνος ζωής καλής λειτουργίας ενός προϊόντος χωρίς να εμφανίσει κάποια δυσλειτουργία ορίζει την αξιοπιστία του. Η πέμπτη και έκτη διάσταση έχει να κάνει με τον χρόνο διάρκειας καλής λειτουργίας έως το τέλος της ωφέλιμης χρήσης του.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την διάσταση έχουν να κάνουν με την καλή ή όχι χρήση του, την συχνότητα και την ένταση χρήσης του και κατά πόσο έχει ακολουθηθεί το χρονοδιάγραμμα προγραμματισμένων συντηρήσεων του. Η έβδομη διάσταση αφορά τον σχεδιασμό και την αισθητική της εξωτερικής εμφάνισης που διαθέτει ένα προϊόν και κατά πόσο αυτή ανταποκρίνεται στην εκάστοτε τάση της εποχής. Τέλος η όγδοη διάσταση αφορά την γνώμη του καταναλωτικού κοινού για το προϊόν και τα πιστεύω του για την ποιότητα που έχει. Σ αυτήν την φαινόμενη ποιότητα ρόλο έχει η φήμη που έχει δημιουργήσει ο κατασκευαστής για την επιχείρηση του και κατά πόσο αυτή έχει ανταποκριθεί σε αυτό που πρεσβεύει.

* 1. **Αξιολόγηση των μετρήσεων της ποιότητας.**

Για να υπάρχει ένα αξιόλογο αποτέλεσμα λαμβάνονται υπόψη μετρήσιμοι αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες. Στην κατηγορία των αντικειμενικών παραγόντων ανήκουν τα χαρακτηριστικά που αφορούν λεπτομέρειες τεχνικής φύσεως, χρονικές και τυπικά χαρακτηριστικά. Οι υποκειμενικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με την γνώμη που έχει ο πελάτης για την ποιότητα και από την στιγμή που δεν είναι δυνατόν να έχουν όλοι την ίδια γνώμη στον ίδιο βαθμό αυτό από μόνο του αποτελεί μια δυσκολία καθώς έχει να κάνει με την προσωπικότητα του καθενός και την διαφορετική προσέγγιση και αίσθημα ικανοποίησης από την χρήση του προϊόντος. Όπως αναφέρουν οι Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) «η ποιότητα μιας προσφερόμενης υπηρεσίας και η ποιότητα που αντιλαμβάνεται ο πελάτης, διαφέρουν» δηλαδή θα πρέπει να τονίζεται στον πελάτη ο βαθμός ποιότητας που του προσφέρεται και όχι αυτός που αντιλαμβάνεται.

* 1. **ISO πρότυπα.**

Το ISO (International Organization for Standardization) σύμφωνα με τους Χυτήρης & Άννινος (2015) είναι μια σειρά προτύπων. Το πρότυπο περιλαμβάνει προδιαγραφές, οδηγίες και χαρακτηριστικά ενώ η συνεχής εφαρμογή του εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παραγωγής θα εξυπηρετεί τους σκοπούς που έχουν οριστεί. Άρα τα πρότυπα ISO εξασφαλίζουν τις απαιτήσεις του πελάτη και συμβάλλουν στο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα των εταιριών που έχουν πιστοποιηθεί έναντι στον ανταγωνισμό.

Σύμφωνα με τους Evans & Dean (2000) οι σκοποί τους είναι πέντε. Πρώτος σκοπός είναι να φτάσουν την ποιότητα των προιοντων και να την διατηρήσουν ανάλογα με τις απαιτήσεις που υπάρχουν κάθε φορά. Δεύτερος σκοπός να βελτιώσουν τις λειτουργίες και την ποιότητα αυτών ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των πελατών σ ένα ευρύ φάσμα. Τρίτη, να δημιουργήσουν ένα κύκλο εμπιστοσύνης ανάμεσα στην ιεραρχία της εταιρίας ώστε να είναι όλοι προσανατολισμένοι σε έναν κοινό σκοπό που δεν είναι άλλος από την από την ποιότητα. Τέταρτη, να δημιουργήσουν δεσμούς εμπιστοσύνης με τους πελάτες ώστε να νιώθουν ότι τα προϊόντα που αγοράζουν είναι ανάλογα των απαιτήσεων τους. Πέμπτος, να παρέχουν εμπιστοσύνη στην κάλυψη των απαιτήσεων του συστήματος που εξασφαλίζει την ποιότητα.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

**2.1 Εισαγωγή στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.**

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας με την σύγχρονη μορφή της, εφαρμόστηκε μεταπολεμικά από τους Αμερικανούς J. M. Juran και W. E. Deming κυρίως στις αυτοκινητοβιομηχανίες. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) είναι ένα σύστημα διοίκησης στο οποίο στόχος είναι η βέλτιστη αξία του προϊόντος που παρέχεται όπως αυτή είναι αντιληπτή από τον πελάτη. Κατά μια διαφορετική προσέγγιση, ως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ορίζονται όλες εκείνες οι δραστηριότητες οι οποίες στόχο τους έχουν την συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων των καταναλωτών με το μικρότερο κόστος και την συμμετοχή του συνόλου του ανθρωπίνου δυναμικού σε όλη την αλυσίδα παραγωγής.

Σύμφωνα με τη Βρετανική Ένωση Ποιότητας (British Quality Association) όπως αναφέρουν οι Δημητριάδης & Μιχιώτης (2007), «ως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να οριστεί η επιχειρηματική φιλοσοφία διοίκησης, η οποία αναγνωρίζει ότι οι ανάγκες των πελατών και οι στόχοι της εταιρεία είναι έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες και εφαρμόζεται τόσο στη βιομηχανία όσο και στο εμπόριο. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, διασφαλίζει μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στις δραστηριότητες της επιχείρησης και εγγυάται ηγετική θέση της εταιρείας στον κλάδο της, εφαρμόζοντας διαδικασίες και συστήματα, τα οποία προάγουν την τελειότητα, προλαμβάνουν τα λάθη και εξασφαλίζουν ότι κάθε δραστηριότητα αποσκοπεί τόσο στην απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη όσο και στην συνεχή αναβάθμιση των στόχων της εταιρείας με το ελάχιστο κόστος, δηλαδή χωρίς περιττές, άσκοπες ή αλληλεπικαλυπτόμενες ενέργειες, χωρίς διπλές προσπάθειες επίτευξης στόχων/αποτελεσμάτων και με τις ελάχιστες δυνατές απώλειες για την εταιρεία».

Κατά το πρότυπο ISO 8402, όπως αναφέρουν οι Δημητριάδης & Μιχιώτης (2007), ως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να οριστεί «ο τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού, ο οποίος εστιάζει στην ποιότητα, βασίζεται στη συμμετοχή μελών του και στοχεύει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης του πελάτη καθώς και στην παροχή ωφελειών σε όλα τα μέλη του οργανισμού αλλά και στην κοινωνία».

Στόχος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι να υπηρετήσει τους ανθρώπους, στηριζόμενη πάντα στο ανθρώπινο δυναμικό. Οι δραστηριότητες, τα μέσα παραγωγής καθώς και οι μέθοδοι, αποτελούν τα εργαλεία εκείνα τα οποία θα οδηγήσουν στην επίτευξη της ικανοποίησης του πελάτη, των προμηθευτών καθώς και των εργαζομένων. Πρόκειται για μία ομαδική προσπάθεια, με τους πελάτες να αποτελούν την προέκταση της επιχείρησης, έχοντας ως δεδομένο ότι οι παρατηρήσεις τους, οι απαιτήσεις τους και γενικότερα η γνώμη τους, λαμβάνεται υπόψη στην εξέλιξη του συστήματος. Στόχος είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του πελάτη, μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών. Απαραίτητα προϋπόθεση όμως για να γίνει αυτό, είναι η γνώση να μοιραστεί σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, από τα ανώτατα στελέχη έως και τους εργάτες παραγωγής. Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί επιλογή της ανώτατης διοίκησης και μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν έχει γίνει αποδεκτή από όλα τα μέλη του οργανισμού. Σκοπός της είναι η δημιουργία μιας οργανωτικής κουλτούρας, όπου το κάθε μέλος της επιχείρησης είναι υπεύθυνο στον τομέα ευθύνης του για ένα κοινό τελικό αποτέλεσμα.

Βάσει των όσων αναφέρουν οι Πετρίδου (2011) και Μπουραντάς (2002), θεμέλιος λίθος της λογικής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, είναι το γεγονός ότι η ποιότητα του τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας αλλά και η εξυπηρέτηση των πελατών, δεν είναι εφικτά εάν δεν υπάρχει ποιότητα σε όλα τα προηγούμενα στάδια επιχειρησιακών διεργασιών-λειτουργιών. Έχοντας αυτό ως δεδομένο η έννοια του πελάτη διευρύνεται, ούτως ώστε να μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών της πελατών, οι οποίοι αποτελούνται από τους εργαζομένους στην παραγωγή και στο σύνολο της επιχείρησης γενικότερα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εταιρεία κατασκευής μοτοσυκλετών Harley-Davidson, όπου οι εργαζόμενοι εκτός του ότι είναι και οι ίδιοι πελάτες, στην πλειοψηφία τους φέρουν δερματοστιξία το λογότυπο της εταιρείας.

**2.2 Τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.**

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία συνθέτουν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και παρά την ποικιλία απόψεων που επικρατούν στη διεθνή βιβλιογραφία, τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα ακόλουθα:

* Η επικέντρωση στην ικανοποίηση των πελατών, αλλά και όλων των ενδιαφερόμενων μελών ( στελέχη, εργατικό δυναμικό, προμηθευτές)
* Το ομαδικό πνεύμα εργασίας και συνεργασίας με τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων και τέλος
* Η έμφαση στις διαδικασίες εκείνες που σαν στόχο έχουν τη συνεχή βελτίωση.

Στην Ολική Ποιότητα, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.1, βασικός στόχος του οργανισμού είναι να ταυτοποιήσει το σύνολο των αναγκών και προσδοκιών των πελατών της. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενσωμάτωση της ποιότητας στις παραγωγικές εκείνες διαδικασίες και αξιοποιώντας στο μέγιστο την εμπειρία αλλά και τη γνώση του προσωπικού, στοχεύοντας στη συνεχή βελτίωση του συνόλου των λειτουργιών του εκάστοτε οργανισμού.



**Πηγή:** [**http://www.mednet.gr/archives/2018-5/pdf/649.pdf**](http://www.mednet.gr/archives/2018-5/pdf/649.pdf)

**Διάγραμμα 2.1**

**Διαγραμματική απεικόνιση του μοντέλου της συνεχούς βελτίωσης (Σχεδιάζω-Ενεργώ-Ελέγχω-Βελτιώνω, A-P-D-C).**

Επικέντρωση στον πελάτη και στα ενδιαφερόμενα μέρη: προκειμένου οι οργανισμοί να καταφέρουν να προσφέρουν στον πελάτη τα προϊόντα και τις υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες θα ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του και παράλληλα θα υπερβούν τις προσδοκίες του, οφείλουν να εντοπίσουν τα χαρακτηριστικά εκείνα των προϊόντων τα οποία θα προσδώσουν αξία στον πελάτη και ακολούθως θα οδηγήσουν στην ικανοποίηση και αφοσίωσή του.

Συμμετοχή και ομαδική εργασία: Βασική επιδίωξη του οργανισμού αποτελεί η συμμετοχή των εργαζομένων, ανεξαρτήτου βαθμίδας, στη λήψη των αποφάσεων, στην επίλυση όλων των προβλημάτων καθώς επίσης και στη μείωση των αστοχιών, με βασικό μοχλό των ενθάρρυνση και τον αυτοέλεγχό τους σε κάθε δραστηριότητα που προσθέτει αξία. Ως εκ τούτου, παρατηρείται η συγκρότηση ομάδων εργασίες, που σαν στόχο έχουν την άριστη συνεργασία και το συντονισμό των τμημάτων σε όλα τα επίπεδα. Η συνεργασία αυτή περιλαμβάνεται στην κάθετη αλλά και στην οριζόντια δομή του οργανισμού.

Επικέντρωση στις διαδικασίες: Με τον όρο διαδικασία, ορίζεται μία αλληλουχία από δραστηριότητες, που σκοπό τους έχουν την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Ο στόχος της κάθε διαδικασίας στην εσωτερική δομή ενός οργανισμού έγκειται στον τρόπο με το οποίο θα καταφέρει να δημιουργήσει αξία για τον πελάτη. Κρίνεται απαραίτητο η έμφαση να δίνεται στο σύνολο των διαδικασιών και όχι μόνο στο στάδιο της παραγωγής.

Διαρκής βελτίωση και μάθηση: Η Ολική Ποιότητα στοχεύει στη συνεχή προσπάθεια βελτίωσης, περιλαμβάνοντας το ανθρώπινο δυναμικό, τον εξοπλισμό, τους προμηθευτές, τα υλικά καθώς και τις διαδικασίες. Βασική παραδοχή, αποτελεί το γεγονός ότι οποιαδήποτε λειτουργία ενός οργανισμού μπορεί να βελτιωθεί. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), ο τελικός στόχος, που πάντα επιδιώκεται, αποτελεί αριστεία, ωστόσο ποτέ δεν επιτυγχάνεται.

**2.3 Βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.**

Οι θεμελιώδεις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στοιχειοθετούν το βασικό κορμό της φιλοσοφίας αυτής της διοίκησης. Πρωταρχικό μέλημα των επιχειρήσεων, είναι να κατανοήσουν τι είδους προϊόν θέλει ο πελάτης και στη συνέχεια να γίνει η παραγωγή του προϊόντος. Με άλλα λόγια θα πρέπει η έρευνα των αναγκών, των επιθυμιών και των προτάσεων του πελάτη να προϋπάρχει της παραγωγής. Κατά συνέπεια, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας προκαλεί αυτή την αλλαγή φιλοσοφίας και πολιτικής των επιχειρήσεων απέναντι στον πελάτη.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στοχεύει διαρκώς στη βελτίωση όλων των απαραίτητων διαδικασιών, λειτουργιών, ενεργειών, μεθόδων αλλά και πρακτικών, οι οποίες αφορούν στη συνεχή ικανοποίηση του πελάτη και όχι μόνο στην εξασφάλιση και διατήρηση ενός συγκεκριμένου επιπέδου ποιότητας και συγκεκριμένων προδιαγραφών. Ως εκ τούτου, όλοι οι εργαζόμενοι οφείλουν να κατανοήσουν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ενώ παράλληλα η συμμετοχή τους στο σχεδιασμό, στην ανάπτυξη, στην υλοποίηση και στη βελτίωση αποτελούν κινητήρια δύναμη για τη υλοποίηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Κρίνεται απαραίτητη η αποτελεσματική εκπαίδευση και επιμόρφωση όλων σε θέματα που αφορούν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, καθώς και η επικοινωνία μεταξύ όλων των βαθμίδων των εργαζομένων, ώστε να μπορέσουν να δεχθούν τη νέα φιλοσοφία που αφορά την ποιότητα και να μπορούν όλοι να συμμετέχουν.

Μία σημαντική παράμετρος, αποτελεί η ανάπτυξη υγιών μακροχρόνιων σχέσεων με τους προμηθευτές. Όπως αναφέρει η Πετρίδου (2011), οι προμηθευτές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία μίας επιχείρησης, καθώς η ποιότητα των πρώτων υλών, ο χρόνος παράδοσης και η εξυπηρέτηση των πελατών, έχουν άμεση συνάφεια με το σχεδιασμό του προϊόντος, τις μεθόδους παραγωγής, τη μείωση των ελαττωματικών προϊόντων και φυσικά την ικανοποίηση του πελάτη.

Η βελτίωση της ποιότητας, από την πλευρά της, μπορεί να πραγματοποιηθεί με συνεχείς μετρήσεις και εκτιμήσεις των προσπαθειών, μέσω της χρήσης στατιστικών μεθόδων αλλά και πρακτικών, με τη χρήση αναπληροφόρησης και ερωτηματολογίων για τη συνεχή παρακολούθηση των αποτελεσμάτων και φυσικά με την πλήρη αφοσίωση και δέσμευση του ανώτερου management.

**2.4 Αξιώματα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.**

Όλοι ανεξαιρέτως στο εσωτερικό της επιχείρησης, από τα ανώτερα στελέχη μέχρι και τους περιστασιακά εργαζομένους, δεσμεύονται για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων. Οι διαρκώς αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες απαιτήσεις των πελατών, καθιστούν αναγκαία τη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων από τις επιχειρήσεις υπηρεσιών και προϊόντων. Γίνεται αντιληπτό ότι με τα δεδομένα αυτά παρατηρείται, μία μεταστροφή των επιχειρήσεων από την κλασική διοίκηση στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η διοίκηση οφείλει να συμμετέχει στην όλη διαδικασία με παραδειγματική συμπεριφορά και ειλικρίνεια απέναντι στο εργατικό δυναμικό.

Για να μπορέσει να εδραιωθεί η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι απαραίτητη η γνώση, καθώς μέσω αυτής θα διαμορφωθούν οι κατάλληλες συνθήκες τόσο για τη διοίκηση όσο και για το σύνολο των εργαζομένων. Τα όποια προβλήματα παρουσιάζονται στο εσωτερικό της επιχείρησης, μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς με τα κατάλληλα εργαλεία επιστημονικής γνώσης, μέσω της οποίας δημιουργείται ένας κοινός κώδικας επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί εκ νέου, το πόσο σημαντική είναι η κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης, μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, προκειμένου να αποτελέσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για την επιχείρηση.

Προκειμένου όλοι οι εργαζόμενοι να έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής στην όλη διαδικασία, με τη συνεργασία της διοίκησης, δεν θα πρέπει να υπάρχει το αίσθημα του φόβου, ενώ όλα τα προβλήματα πρέπει να έχουν επιλυθεί. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Λογοθέτης (1992), την πλήρη απελευθέρωση της δυναμικότητας των εργαζομένων, προς όφελος τόσο για τους ίδιους όσο και για το σύνολο του οργανισμού ή της επιχείρησης. Με άλλα λόγια το ομαδικό πνεύμα που καλλιεργείται, συμβάλλει στην επίλυση του συνόλου των προβλημάτων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

**Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**3.1 Ορισμός της ποιότητας στην υγεία.**

Όταν αναφερόμαστε στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι δεν μπορεί να δοθεί ένας σαφής και αποδεκτός ορισμός, δεδομένου ότι οι υπηρεσίες αυτές είναι ιδιαίτερες. Σύμφωνα με όσα αναφέρουν οι Σιγάλας & Αλεξιάδης (1999), υπάρχουν κάποιες απόψεις που υποστηρίζουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή, ενώ σύμφωνα με κάποιες άλλες απόψεις αυτή μπορεί να ποσοτικοποιηθεί υπό κάποιες συνθήκες.

Παρόλα αυτά, παρακάτω παρατίθενται οι επικρατέστεροι ορισμοί, που έχουν δοθεί αναφορικά με τον προσδιορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ο πρώτος εξ’ αυτών αναφέρεται στην όσο το δυνατόν καλύτερη ικανοποίηση των πελατών (Donabedian, The Definition of Quality and Approaches to it’s Assessment, 1980). Σύμφωνα με τον δεύτερο, όπως τον περιγράφει ο Thomson (1980), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως το μέγιστο αποτέλεσμα που επιδιώκεται για τον κάθε ασθενή, εστιαζόμενη στην ευαισθητοποίηση αλλά και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας, στοχεύοντας στην αποτελεσματικότητα και το κόστος των υπηρεσιών αυτών. Ακολούθως, σύμφωνα με μία πιο σύγχρονη προσέγγιση από τον Nelson (1996), ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ο βαθμός εκείνος με τον οποίο οι υπηρεσίες αυξάνουν τις πιθανότητες των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, τόσο για τα άτομα όσο και για ολόκληρους πληθυσμούς και είναι αποδεκτές σύμφωνα με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Μερικά από τα βασικότερα χαρακτηριστικά της ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας αφορούν στην καταλληλότητα, η οποία αφορά την φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς συγκριτικά με τις κλινικές τους ανάγκες. Η διαθεσιμότητα αναφέρεται στο βαθμό εκείνο κατά τον οποίο η σωστή φροντίδα είναι άμεσα διαθέσιμη, προκειμένου να ανταποκριθεί στο σύνολο των αναγκών των ασθενών, τους οποίους οφείλει να εξυπηρετήσει. Σημαντικό παράγοντα, αποτελεί ο σεβασμός και η φροντίδα των ασθενών. Εδώ ο ασθενής δύναται να εμπλακεί στις αποφάσεις οι οποίες αφορούν τη δική του φροντίδα, έχοντας τη δυνατότητα επιλογών με βάση τη σωστή πληροφόρηση, ενώ παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες τους, το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό απέναντι στις προσωπικές ανάγκες και προσδοκίες του ασθενούς.

Ο τρόπος εκείνος με τον οποίο παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα στην εκάστοτε κλινική κατάσταση του ασθενούς, έχοντας σαν στόχο την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, με το μικρότερο φυσικά δυνατό «κόστος», ορίζεται ως αποτελεσματικότητα. Επιπροσθέτως, η δραστικότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, κατορθώνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του επιτυχώς και σε συγκεκριμένο χρόνο, με σκοπό ο ασθενής να λάβει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Αυτό το τελευταίο επιτυγχάνεται με το σωστό συντονισμό του συνόλου των επαγγελματιών υγείας. Εν κατακλείδι, εκείνο το οποίο έχει σημασία είναι η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή να δοθεί την κατάλληλη στιγμή και με ασφάλεια.

**3.2 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.**

Από τα χρόνια εμφάνισης της επιστήμης της ιατρικής εισήχθη η έννοια της ποιότητας στην υγεία. Τα πρώτα κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας έχουν αποτυπωθεί πάνω σε λίθινες πλάκες και αφορούν την περίθαλψη, την παρατήρηση και την άρνηση νοσηλείας. Αργότερα, κατά το 2000 π. Χ. γίνεται αναφορά στην χειρουργική πρακτική και στις βλάβη που μπορεί να προκύψει από τυχόν πλημμελή χειρουργική φροντίδα. Στον όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π. Χ.) καθιερώθηκε κώδικας καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας όπως αναφέρουν οι Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, (2012).

Ουσιαστικά ο ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας έκανε την εμφάνιση του κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα από την Αγγλίδα Florence Nightingale, που υπήρξε θεμελιωτής της νοσηλευτικής και πρωτοπόρος στην διατήρηση επιδημιολογικών στοιχείων από την θνητότητα των τραυματιών που προέρχονταν από τον πόλεμο της Κριμαίας. Αργότερα, κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, ο Ernest Avery Codman, που ήταν γενικός χειρούργος στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, τόνισε ιδιαίτερα το τελικό αποτέλεσμα της περίθαλψης. Ο Codman προχωρούσε στην επανεξέταση των ασθενών του μετά του χειρουργείο, έτσι ώστε να αξιολογήσει τα οφέλη που προέκυψαν από την επέμβαση και τις τυχόν παρενέργειες που εμφανίστηκαν. Ο ίδιος ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την παρακολούθηση του ασθενούς μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα επόμενα χρόνια, ο A. Flexner, πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς είχε γίνει αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών σχετιζόταν άμεσα με την παρεχόμενη φροντίδα. Το 1918, δημιουργήθηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρούργων, που αποτέλεσε την βάση για την δημιουργία της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων, η οποία ιδρύθηκε το 1952, ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος είχε ως αντικείμενο να αξιολογεί τα νοσοκομεία σύμφωνα με τους Beck & Jama, (2004).

Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1960-1970, στην Αμερική καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση, μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης ποιότητας, το οποίο είχε υποχρεωτικό χαρακτήρα. Όλοι οι οργανισμοί ήταν υποχρεωμένοι να διαθέτουν πιστοποίηση από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζοντας ως δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια της νοσηλείας. Τα επόμενα χρόνια, έως και τα τέλη της δεκαετίας του 1970, ολοκληρώθηκε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, δείχνοντας μια σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με τον τομέα της βιομηχανίας, όπου εφαρμοζόταν από τη δεκαετία του 1930. Ο Avedis Donabedian, μελετώντας την κατάσταση που επικρατούσε στην ποιότητας ως τότε, διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας το οποίο στηρίχθηκε στις ακόλουθες θέσεις σύμφωνα με τους Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, (2012).

* Σωστές δομές.
* Καλές διαδικασίες.
* Κατάλληλα αποτελέσματα.

**3.3 Παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας της υγείας.**

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το μέγιστο αποτέλεσμα. Η μελέτη της ποιότητας της υγείας κατά κύριο λόγο αφορά τις υπηρεσίες των νοσοκομείων.

Σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας της υγείας, αποτελεί η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομειακών μονάδων απέναντι στους ασθενείς. Οφείλουν να είναι ευγενικοί, φιλικοί, να τους αντιμετωπίζουν με σεβασμό, ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι πλήρως καταρτισμένοι, με εμπειρίες, ικανότητες και προπάντων επαγγελματική δεοντολογία. Τότε μόνο το ιατρικό προσωπικό θα καταφέρει να επιτύχει έγκαιρη διάγνωση, πράγμα το οποίο θα οδηγήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας. Είναι αυτονόητο, ότι τόσο το νοσηλευτικό όσο και το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων πρέπει να υπόκειται σε συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση.

Οι ασθενείς πρέπει να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη οποιαδήποτε στιγμή αυτό κριθεί αναγκαίο, διασφαλίζοντας ποιότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η χρήση προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού, η προθυμία σωστής και κατάλληλης ιατρικής φροντίδας από την πλευρά των επαγγελματιών της υγείας, η αξιοπιστία και η καλή λειτουργία του συνόλου μιας μονάδας υγείας και φυσικά η επάρκεια της κατάλληλης κάθε φορά υλικοτεχνικής υποδομής εξασφαλίζουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στην ποιότητα της υγείας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ο σημαντικός ρόλος του σχεδιασμού των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων), των κλινικών και πρωτοβάθμιων δομών υγείας, προκειμένου η μετακίνηση των ασθενών και η μεταφορά των υλικών να μπορούν να πραγματοποιηθούν με ασφάλεια, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την ποιότητα στην υγεία. Η παροχή αναλυτικών οδηγιών από την πλευρά των κλινικών ιατρών, με την πλήρη υποστήριξη και καθοδήγησή τους. Όλα αυτά οδηγούν στην αποφυγή, επίσης, νοσοκομειακών λοιμώξεων και σοβαρών επιπλοκών.

**3.4 Ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας.**

Λόγω της μοναδικότητας του κλάδου της υγείας ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αξίζουν ιδιαίτερη ανάλυση. Η παροχή όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας, αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων μερών. Η περίπτωση του κάθε ασθενούς είναι μοναδική και ιδιαίτερη, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι οι δυνατότητες θεραπείας του είναι κάθε φορά διαφορετικές. Η παρεχόμενη κάθε περίπτωση υπηρεσία στον ασθενή, οφείλει να είναι καθαρά προσωπική και εξατομικευμένη. Ωστόσο είναι δύσκολο να μετρηθεί η απόδοση της υπηρεσίας αυτής με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας.

Εξαιτίας της ψυχολογικής φόρτισης του ασθενούς, είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τον ίδιο να καταφέρει να εκτιμήσει σωστά την κατάστασής του, καθώς δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τη σοβαρότητα ή μη αυτής. Σύμφωνα με τον Breedlove, οι ασθενείς νιώθουν την ανάγκη να εισέλθουν σε οργανισμούς, οι οποίοι είναι περισσότερο ανθρώπινοι και είναι σε θέση να τους παράσχουν πλήρη ψυχολογική υποστήριξη, ευγένεια, κατανόηση και την απαραίτητη φροντίδα την οποία και έχουν ανάγκη τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα, παρουσιάζει πολυπλοκότητα στην οργάνωσή της, καθώς παρατηρούνται δύο ξεχωριστές γραμμές εξουσίας. Πρόκειται για την διοικητική και την ιατρική, πράγμα το οποίο δε συναντάται σε καμία άλλη βιομηχανία, σύμφωνα με την Σκόρδη (1997). Γίνεται επομένως εύκολα αντιληπτό, πώς τα χαρακτηριστικά αυτά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του τομέα της υγείας και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητά του.

**3.5 Έλεγχος και παράγοντες επιτυχίας της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.**

Ο έλεγχος αποτελεί «την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας». Αυτό επιτυγχάνεται, σύμφωνα με τον Marinker (1995), «με τη μέτρηση της απόδοσης των προμηθευτών υγείας, της σύγκριση της απόδοσης με τα επιθυμητά πρότυπα και τελικά τη βελτίωσή της». Ο σκοπός του κλινικού ελέγχου, εστιάζεται στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας και κατά συνέπεια, στη βελτίωση του συνολικού υγειονομικού αποτελέσματος και της υγείας των χρηστών γενικότερα. Ειδικότερα, εντοπίστηκαν οι ακόλουθοι τρείς βασικοί στόχοι αυτής της διαδικασίας:

* Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς,
* Η διαβεβαίωση όλων των εμπλεκόμενων μερών (ιατρών, ασθενών, διοίκησης υγειονομικών σχηματισμών), ότι επιτυγχάνεται το βέλτιστο επίπεδο φροντίδας στα πλαίσια των υφιστάμενων πόρων και
* Ο εντοπισμός και υποστήριξη των ιατρικών και κλινικών αναγκών, σε μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση.

Αναφορικά με τη δομή και το περιεχόμενό του, ο κλινικός έλεγχος έχει χαρακτήρα μιας επαναλαμβανόμενης κυκλικής διαδικασίας. Πιο συγκεκριμένα, η εκκίνηση της διαδικασίας γίνεται με την επιλογή του θέματος που θα αποτελέσει αντικείμενο ελέγχου. Ακολουθεί η θέσπιση ή υιοθέτηση προτύπων, ενώ κατόπιν εξετάζεται η υφιστάμενη πρακτική και αντιπαραβάλλεται με τα προκαθορισμένα πρότυπα. Το στάδιο αυτό θα υποβοηθήσει την ανίχνευση περιοχών πιθανής βελτίωσης και την οριοθέτηση και υλοποίηση αντίστοιχων αλλαγών. Τέλος, η κυκλική διαδικασία ολοκληρώνεται με την εξέταση και αξιολόγηση των ήδη βελτιωμένων πρακτικών, ενώ η επαναλαμβανόμενη εφαρμογή της, οδηγεί στην τροποποίηση των υφιστάμενων και στην υιοθέτηση νέων προτύπων στη σύγκρισή τους με την υφιστάμενη πράξη και στη συνεχόμενη διαδοχική επανάληψη των προηγούμενων σταδίων.

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία του κλινικού ελέγχου, είναι η εμπιστευτικότητα στη διαχείριση των πληροφοριών και των αποτελεσμάτων της όλης διαδικασίας. Η ύπαρξη εμπιστευτικότητας όχι μόνο είναι αναγκαία, αλλά πολύ περισσότερο η ύπαρξη αυτή πρέπει να καθίσταται εμφανής, ώστε να καθησυχάζονται οι συμμετέχοντες υγειονομικοί και να μην αισθάνονται ότι απειλούνται επαγγελματικά από τη συμμετοχή τους στη διαδικασία του ελέγχου. Αυτό, σε πρώτη φάση, συνεπάγεται την προσεκτική και σε καμία περίπτωση εξατομικευμένη διαχείριση και αναφορά των αποτελεσμάτων του κλινικού ελέγχου, εκτός της ομάδας των συμμετεχόντων.

Η εμπιστευτικότητα στη διαχείριση πληροφοριών, δε μπορεί να περιορίζεται μόνο στους συμμετέχοντες υγειονομικούς, αλλά πρέπει να επεκτείνεται και σε όλα τα δεδομένα που αφορούν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Πέρα από την κατοχύρωση της εμπιστευτικότητας, αυτή η προσέγγιση διασφαλίζει ακόμα την αποφυγή της διατάραξης της σχέσης ιατρού-ασθενή, που αποτελεί κρίσιμη παράμετρο στο γενικότερο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ως γενική αρχή, ένα ιδανικό σύστημα κλινικού ελέγχου, πρέπει να είναι ιδιαίτερα απλό. Η απλότητα στον σχεδιασμό, πρέπει να συνδυάζεται και με περιορισμό των συλλεγόμενων πληροφοριών στις απολύτως αναγκαίες, καλύπτοντας τις απαιτήσεις και ανάγκες των χρηστών. Με αυτό τον τρόπο, περιορίζεται σημαντικά και το συνολικό κόστος της όλης διαδικασίας. Βασική συνιστώσα επιτυχίας, αποτελεί η ενσωμάτωση του κλινικού ελέγχου στην καθημερινή εργασιακή ρουτίνα. Για να γίνει όμως αυτό, πρέπει η διαδικασία να μην επιβαρύνει σημαντικά τον εργασιακό φόρτο των συμμετεχόντων. Επομένως, η κατάρτιση και εφαρμογή συστήματος κλινικού ελέγχου, αποφέρει σημαντικά οφέλη σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι από την πρώτη εμφάνισή του το 1989 μέχρι σήμερα, ο κλινικός έλεγχος διαδόθηκε με μεγάλη ταχύτητα στις υπηρεσίες υγείας. Η αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων κλινικού ελέγχου, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γενικότερη τάση για άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής και την επίτευξη του ευρύτερου στόχου της ποιοτική διασφάλισης της παρεχόμενης φροντίδας. Αν εφαρμοστεί σωστά και γίνει κατάλληλη διαχείριση των αποτελεσμάτων του, ο κλινικός έλεγχος θα αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο, στην προσπάθεια του υγειονομικού κόσμου να αξιοποιήσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του, για την παροχή κατάλληλης φροντίδας και, σε τελική ανάλυση, να συνεισφέρει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, η μεγαλύτερη απαιτούμενη αλλαγή για την επίτευξη πρακτικού αποτελέσματος, σχετίζεται με την αλλαγή της γενικότερης «κουλτούρας» της ιατρικής πράξης, ώστε να ενσωματωθεί ο έλεγχος στην καθημερινή δραστηριότητα των επαγγελματιών του χώρου της υγείας.

**3.6 Μετρήσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.**

Η εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας, που θέτουν τους αναγκαίους κανόνες, για τη διασφάλιση μίας σταθερής και καλής ποιότητας των εκτελούμενων έργων, των προσφερόμενων προϊόντων, αλλά και των παρεχόμενων υπηρεσιών, έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η ποιότητα στη φροντίδα υγείας, έχει αναδειχθεί ως υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής σε διεθνή κλίμακα.

Η ποιότητα είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Avedis Donabedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία: α) η δομή (ανθρώπινοι πόροι, εγκαταστάσεις/υποδομές), β) οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας) και γ) τα αποτελέσματα (τόσο των δράσεων, όσο και των υπηρεσιών).

Σε κάθε κατηγορία, υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά.. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλή πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης.

**3.6.1 Δείκτες αποτίμησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.**

Στο πλαίσιο της ανασκόπησης ενός συστήματος διαχείρισης της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, γίνεται επιλογή συγκεκριμένων διεργασιών, οι οποίες όμως χρήζουν εξέτασης, μέτρησης και παρακολούθησης των επιδόσεών τους. Ο βασικός σκοπός της καθιέρωσης μετρήσεων των διεργασιών, αφορά στην απόκτηση της δυνατότητας ελέγχου όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη διεργασία, όπως για παράδειγμα του ανθρωπίνου δυναμικού, των μεθόδων εκτέλεσης των διεργασιών, της εισροής πληροφόρησης και του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.

Οι δείκτες, δεν έχουν σαν στόχο τους τη θεραπεία των συμπτωμάτων ενός προβλήματος, αλλά στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών που τα προκάλεσε. Ως δείκτης ποιότητας (quality indicator) στις υπηρεσίες υγείας, ορίζεται το εργαλείο εκείνο μέτρησης, μέσω του οποίου παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις, οι οποίες αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας. Δεν αποτελεί άμεσο μέτρο ποιότητας, αλλά σηματοδοτεί το κέντρο προσοχής σε ειδικά θέματα απόδοσης σε έναν οργανισμό.

Περισσότερο συχνοί είναι οι δείκτες αναλογίας (rate-based). Η ποιοτική φροντίδα, είναι σημαντικό να είναι μετρήσιμη, ώστε να αποδεικνύεται η αξία εφαρμογής της συγκρινόμενη με το κόστος. Οι μετρήσεις αυτές, δε βασίζονται απλά σε συγκρίσεις εφαρμογής ή μη της τεκμηριωμένης φροντίδας, αλλά λαμβάνουν υπόψη όλους τους προσδιοριστικούς παράγοντες εφαρμογής σε επίπεδο δομής (structure), διεργασίας (process) και έκβασης (outcome) μίας πράξης ή/και ενός συνόλου ενεργειών, προκειμένου να καταστεί εφικτή και η συγκριτική αξιολόγηση διαφορετικών οργανισμών. Κατ’ αναλογία ορίζονται οι σχετικοί δείκτες ποιότητας, οι οποίοι αναφέρονται στους πόρους απαιτούνται, όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, η ποιότητα και η σύνθεση του επιπέδου εμπειρίας καθώς και ο εξοπλισμός και ο φυσικός χώρος).

Οι δείκτες αποτελούν εργαλεία, μέσω των οποίων παρέχεται μία εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι εξαιρετικά σημαντικοί για τη σύγκριση, τόσο μεταξύ των τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Οι δείκτες είναι εκείνοι, μέσω των οποίων γίνεται ποσοτικοποίηση του αποτελέσματος των ενεργειών μίας χρονικής περιόδου και με τον τρόπο αυτό μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια διαρκούς βελτίωσης, μέσω της ανάδειξης των πλεονεκτημάτων, καθώς και των αδυναμιών ενός τμήματος. Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

α. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

* τα κτίρια, ο εξοπλισμός, τα υλικά και οι διαθέσιμοι χρηματικοί πόροι
* ο αριθμός των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορίες, αλλά και η κατάρτισή τους
* η οργανωτική δομή, η οποία περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων αλλά και τη διαδικασία επιλογής προσωπικού.

Γίνεται αντιληπτό, ότι η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, ωστόσο δε μπορεί να θεωρηθεί ως ασφαλές και επαρκές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της, η επαρκής και κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

β. Δείκτες διαδικασιών

* όλες οι ενέργειες που κάνει ο ασθενής, στην αναζήτηση περίθαλψης και στο τρόπο με τον οποίο του παρέχεται η συγκεκριμένη κάθε φορά περίθαλψη
* το σύνολο των ενεργειών του γιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει διαφορετική κάθε φορά διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση
* η αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
* ο αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ώρα
* η μέση διάρκεια νοσηλείας
* η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας
* η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους
* πληρότητα του ιατρικού φακέλου του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του

Ορισμένοι από τους δείκτες διαδικασίας είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ παράλληλα η ελλιπής ή προβληματική καταγραφή των δεδομένων, δύναται να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

γ. Δείκτες αποτελέσματος (δηλαδή τη μεταβολή – τρέχουσα ή μελλοντική – στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενούς)

* ικανοποίηση του ασθενούς, καθώς και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του, όπως αυτά αποτυπώνονται μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων
* η αξία του αποτελέσματος αναφορικά με τους πόρους που δαπανήθηκαν
* ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
* Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών

Πολλές φορές ένας δείκτης αποτελέσματος, μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, πέραν της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς (ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συν-νοσηρότητα).

**3.7 Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης.**

Η μέτρηση, όπως αυτή αναλύθηκε παραπάνω, προϋποθέτει τα δεδομένα (data), τα πρότυπα (standards) και τα κριτήρια (criteria). Όταν αναφερόμαστε στα κριτήρια, εννοούμε προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας, απέναντι στα οποία έχουμε τη δυνατότητα να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μιας ιατρικής υπηρεσίας. Αυτά μπορεί να είναι ρητά καθορισμένα, επομένως δεν παρέχουν περιθώρια κρίσεων στον εκάστοτε κριτή. Υπάρχει, όμως, η πιθανότητα να μην ορίζονται με ακρίβεια ή να υπονοούνται, με αποτέλεσμα να αφήνονται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε κάθε φορά εκτιμητή, ο οποίος βασιζόμενος στην πείρα και την εξειδίκευσή του, διαθέτει ικανότητα αντικειμενικής κρίσης.

Οι δείκτες αποτελούν τα κύρια εργαλεία αξιολόγησης της πολιτικής της υγείας, των οποίων η χρησιμότητα και η αξία εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των υγειονομικών οργανισμών. Βασικά κριτήρια, για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι τα παρακάτω:

**Αξιοπιστία (reliability):** Οι δείκτες είναι αξιόπιστοι, εάν και εφόσον επανειλημμένες έρευνες κατά την ίδια χρονική περίοδο δίνουν το ίδιο αποτέλεσμα.

**Ακρίβεια (precision):** Οι δείκτες είναι ακριβείς, όταν η μέτρηση μπορεί να προχωρήσει στον απαραίτητο βαθμό λεπτομέρειας.

**Εγκυρότητα (validity):** Οι δείκτες θεωρούνται αληθείς, μόνο όταν αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια την κατάσταση για την οποία προορίζονται.

**Ευαισθησία (sensitivity):** Οι δείκτες είναι ευαίσθητοι, στην περίπτωση όπου οι μεταβολές στην υπό μελέτη κατάσταση, αντανακλώνται πλήρως σε ταυτόχρονες μεταβολές στους δείκτες.

**Πληρότητα (comprehensiveness):** Οι δείκτες είναι πλήρεις, όταν υπάρχουν σε όλα τα κράτη-μέλη ή τις ομάδες πληθυσμού στις οποίες εφαρμόζονται.

**Συγκρισιμότητα (comparability):** Οι δείκτες θεωρούνται συγκρίσιμοι, στην περίπτωσης όπου οι ορισμοί τους, η μεθοδολογία συγκέντρωσης των δεδομένων καθώς και η μέθοδος των μετρήσεων, είναι οι ίδιες ή βασίζονται στις ίδιες αρχές στο σύνολο των κρατών-μελών.

**Συνέπεια (consistency):** Οι δείκτες θεωρούνται συνεπείς, όταν διαχρονικά είναι συγκρίσιμοι.

**Επικαιρότητα (timeliness):** Οι δείκτες είναι επίκαιροι, αν η συγκέντρωση και επεξεργασία των στοιχείων και η δημοσιοποίηση των δεικτών, γίνονται σε ένα χρονικό διάστημα από την περίοδο στην οποία αναφέρονται. Το χρονικό αυτό διάστημα, θα πρέπει να αντιστοιχεί στην χρήση για την οποία προορίζεται ο δείκτης.

**Ομοιογένεια (homogeneity):** Οι δείκτες κρίνονται ομοιογενείς, σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει διαχρονική μεταβολή στη γεωγραφική περιοχή την οποία καλύπτουν.

**3.8** **Το Μοντέλο Αριστείας EFQM (European Foundation for Quality Management).**

Αν και υπάρχουν πολλά εργαλεία διαχείρισης και τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως, το Μοντέλο Αριστείας EFQM, παρέχει μία ολιστική εικόνα της επιχείρησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει το πώς αυτές οι διαφορετικές μέθοδοι συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Επομένως, το Μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί συνδυαστικά με πλήθος τέτοιων εργαλείων, ανάλογα με τις ανάγκες και τη λειτουργία της επιχείρησης, ως πλαίσιο που επιστεγάζει την ανάπτυξη βιώσιμης επιχειρηματικής αριστείας.

Ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος, τη δομή ή την ωριμότητα, το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM, αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο που βοηθά όλους τους οργανισμούς να εντοπίσουν τα ισχυρά τους σημεία και τις περιοχές που επιδέχονται βελτίωση. Το Μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις επιχειρήσεις με διάφορους τρόπους, με σκοπό πάντα την επιτυχία των στόχων τους.

Έρευνα, η οποία έλαβε χώρα κατά κύριο λόγο στην Ευρώπη, στα πλαίσια του προγράμματος ExPert (1996), κατέδειξε το Μοντέλο Αριστείας EFQM, ως έναν από τους τέσσερις βασικούς τύπους εξωτερικής αξιολόγησης στον τομέα της υγείας. Η προσέγγιση EFQM, καλύπτει το κομμάτι της διαχείρισης της ποιότητας, ως αναπόσπαστο μέρος των επαγγελματικών και διαχειριστικών λειτουργιών, σε όλα τα επίπεδα των οργανισμών παροχής υγείας, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό, στην οργανωτική ανάπτυξη και συνεχή βελτίωση. Μάλιστα, το ανανεωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) του Ηνωμένου Βασιλείου, επικεντρωμένο στην ποιότητα, υιοθέτησε από το 1999 το μοντέλο EFQM, το εννοιολογικό πλαίσιο του οποίου συνδέεται στενά με την κλινική διακυβέρνηση. Πιο συγκεκριμένα, δύο βασικές κοινές αρχές της κλινικής διακυβέρνησης με το μοντέλο, είναι ότι η ποιότητα αποτελεί βάση για την αριστεία καθώς και το ότι η επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων απαιτεί χρόνο, συστηματική και οργανωμένη προσπάθεια.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι ο οργανισμός EFQM, δε έχει αναπτύξει ειδική έκδοση για τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το εν λόγω μοντέλο, απευθύνεται σε επιχειρήσεις και οργανισμούς, ανεξαρτήτου κλάδου, ενώ το θεωρητικό του πλαίσιο, δηλαδή τα κριτήρια και υποκριτήρια, είναι κοινό και αδιαμφισβήτητο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ**

**4.1 Εισαγωγή.**

Αρχικά στη Βρετανία μέχρι το 1900, δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση, με την έννοια του πληθυσμού, παρεχόταν μέσω της Εκκλησίας. Λίγο αργότερα, το 1911, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης, ο οποίος χρηματοδοτείτο από τις εισφορές των εργαζομένων, προκειμένου να μπορέσουν να επιτύχουν την ασφάλισή τους στο σύστημα υγείας (τη συγκεκριμένη περίοδο, η κρατική χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν κυριολεκτικά ανύπαρκτη).

Τον Δεκέμβριο του 1997, σύμφωνα με τους Jackson (2001) και Rowland (2003), η Βρετανική κυβέρνηση κοινοποίησε την υποχρέωσή της προς τους πολίτες της χώρας για την παροχή ενός από τα καλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο. Για να επιτύχει αυτόν τον στόχο, η κυβέρνηση υποστήριξε ότι επρόκειτο να «επιβιβαστεί» επάνω σε ένα πρόγραµµα δέκα ετών, το οποίο με τη σειρά του θα οδηγούσε σε μεγάλη επιτυχία και κέρδη όσον αφορά στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα στο σύνολο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έτσι, µία σειρά από ενέργειες προσδιορίστηκαν στη Λευκή Βίβλο -White Paper- το νέο μοντέρνο Εθνικό Σύστημα Υγείας – NHS (βλέπε Jackson, 2001, Crowing et al., 1999, West 2001).

Η κυβέρνηση ανέλαβε μια δέσμευση για να παραδώσει μέχρι το τέλος του 1998 τα έγγραφα των διαβουλεύσεων, για ζητήματα σχετικά µε την ποιότητα και να αναπτύξει µια υποδομή σχετικά µε την τοπική διαχείριση κλινικής φροντίδας -local clinical governance- μέχρι το τέλος του 1999. Σύμφωνα µε αυτές τις υποσχέσεις, διάφορα έγγραφα διανεμήθηκαν. Τα έγγραφα αυτά, άρχισαν να περιγράφουν ένα πλαίσιο για την ποιότητα. Ένα τέτοιο έγγραφο ήταν κυκλική διαχείριση κλινικής φροντίδας υγειονομικών υπηρεσιών – Health Service Circular Clinical Governance (HSC) 1999:065: στο νέο NHS όπου η κλινική διακυβέρνηση ορίστηκε ως:

*«Ένα πλαίσιο, µέσω του οποίου οι οργανισμοί NHS είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και της προστασίας των υψηλών προτύπων φροντίδας, µε τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο η τελειότητα στην κλινική φροντίδα θα ακμάσει ».*

Επίσης μέσα σε εκείνο το έγγραφο, σύμφωνα με όσα αναφέρει ο Jackson,S (2001), υπογραµµιζόταν το εξής:

*«Η πρόκληση που τίθεται από το νέο νομικό καθήκον της ποιότητας στο NHS είναι να μεταμορφωθεί η παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, του νοσοκομείου και της κοινοτικής φροντίδας, ώστε να αποδώσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους ασθενείς»*.

Καθώς επίσης και ότι

*«η κλινική διακυβέρνηση θα σημάνει τη δημιουργία ενός συστηματικού συνόλου μηχανισμών που θα υποστηρίζει το προσωπικό και θα αναπτύσσει όλους τους οργανισμούς υγείας προκειμένου να παραδώσει µια νέα προσέγγιση στην ποιότητα».*

**4.2 Παρουσίαση του Αγγλικού συστήματος υγείας.**

Το Αγγλικό Σύστημα Υγείας (National Health Service England), είναι από τα σημαντικότερα συστήματα και ο κυριότερος αντιπρόσωπος του εθνικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Αναφορικά με τους Υφαντόπουλο Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκη Ι. (2004), το αγγλικό σύστημα υγείας, έχει ως κύρια χαρακτηριστικά του τον αυξημένο κρατικό παρεμβατισμό, την κοινωνική αλληλεγγύη, την πλήρη και καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, την ισότιμη πρόσβαση για όλους τους πολίτες στις υπηρεσίες υγείας, την δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για όλο το πληθυσμό και όλα τα παραπάνω μέσω ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας με αποδοτικό και αποτελεσματικό χαρακτήρα.

Στο παρόν κεφάλαιο, αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος, που όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αποτελεί τον βασικότερο εκπρόσωπο του εθνικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Η ανάλυση θα εστιάσει στην ιστορική αναδρομή των μεταρρυθμίσεων οι οποίες έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας της Αγγλίας, με αφορμή την έκθεση του Beveridge το 1942 στην σημερινή μορφή και δομή του αγγλικού συστήματος υγείας, στις πηγές χρηματοδότησης του, στις προσπάθειες αποκέντρωσης του και στην κριτική που του έχει ασκηθεί.

Το 1999 ακολούθησαν νέες μεταρρυθμίσεις στη δομή του συστήματος. Οι υγειονομικές επαρχίες μετονομάστηκαν σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities), ενώ υπήρχαν και αλλαγές στην διοίκηση με την κατάργηση των fundholders και την δημιουργία των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups). Οι αρμοδιότητες των υγειονομικών αρχών, περιορίστηκαν στην στρατηγική σχεδίαση, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι ευθύνες για τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα των πολιτών της περιφέρειας. Οι υγειονομικές αρχές, βάσει των όσων αναφέρουν οι Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. και Σούλης Σ. (2001), ευθύνονταν για την πραγματοποίηση προγραμμάτων, με σκοπό να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας των πολιτών με την βοήθεια των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (N.H.S.Trusts) και των τοπικών αρχών.

Η μεταρρύθμιση που έγινε, είχε σαν στόχο να περιοριστεί ο εσωτερικός ανταγωνισμός στην αγορά και να ωθήσει την συνεργασία των μετόχων του συστήματος υγείας, δηλαδή των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, των προμηθευτών και των υγειονομικών αρχών. Η δομή του νέου εθνικού συστήματος υγείας της Αγγλίας, όπως αναφέρουν οι Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ. και Τακουμάκης Ι. (2004), χωρίζεται σε Περιφερειακά γραφεία Εθνικού Συστήματος Υγείας (N.H.S.executive regional offices), Υγειονομικές Αρχές (health authorities), Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups), Τοπικές Αρχές (local authorities) και Εσωτερική αγορά (NHS trusts).

Εν συνεχεία, το 2002 καταργούνται τα Περιφερειακά Γραφεία, οι 96 Υγειονομικές Αρχές μειώνονται και μετατρέπονται σε 28 Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities), ενώ παράλληλα θεσπίστηκε και η συμμετοχή του κοινού στην υγεία. Η πληρωμή ανάλογα με το αποτέλεσμα, δηλαδή η πληρωμή αντίστοιχη με τη παροχή υπηρεσιών, εισάγεται ως τρόπος πληρωμής για τα N.H.S.Trusts και τους υπόλοιπους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Το 2004 θεσπίζεται ένα νέο είδος οργάνωσης για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, οι Foundation Trusts, που αποτελούν μία μορφή κοινωνικής επιχείρησης και έχει μεγαλύτερη αυτονομία από τα N.H.S.Trusts. Αναφορικά με τους Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π. (2007), το 2006 οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές, μειώθηκαν σε 10 και οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας από 303 σε 152.

Το 2009 δημοσιεύεται το Καταστατικό του N.H.S. (N.H.S.Constitution), σύμφωνα με το οποίο καθορίζονται οι αρχές και οι αξίες του εθνικού συστήματος υγείας, τα δικαιώματα και οι ευθύνες των ασθενών, των πολιτών και του προσωπικού του. Γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην δίκαιη και ίση αντιμετώπιση των ασθενών και την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Οι επτά αρχές του N.H.S., σύμφωνα με το N.H.S. Constitution (2013) και το National Health Service (2017), συνοψίζονται ως εξής:

* Το εθνικό σύστημα υγείας, παρέχει πλήρεις υπηρεσίες, οι οποίες δύνανται να είναι διαθέσιμες για όλους.
* Η πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την ιατρική ανάγκη του ατόμου και όχι από την δυνατότητά του να πληρώνει.
* Το εθνικό σύστημα υγείας, αποσκοπεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματισμού και έχει ως προτεραιότητά του πάντα τον ασθενή.
* Το εθνικό σύστημα υγείας, λειτουργεί εκτός των οργανωτικών του ορίων και συνεργάζεται με άλλους οργανισμούς προς το συμφέρον των ασθενών, των τοπικών κοινοτήτων και του συνόλου του πληθυσμού.
* Το εθνικό σύστημα υγείας, δεσμεύεται να παρέχει τη μέγιστη αξία για τα χρήματα των φορολογούμενων και την πιο αποτελεσματική και δίκαιη χρήση των περιορισμένων πόρων και τέλος,
* Το εθνικό σύστημα υγείας, είναι υπόλογο στο κοινό και τους ασθενείς που εξυπηρετεί.

Το 2010 η τωρινή κυβέρνηση ανακοίνωσε την Λευκή Βίβλο, Equity and excellence: Liberating the N.H.S., που διατηρεί τις βασικές αρχές του εθνικού συστήματος υγείας και αποσκοπεί στην βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό του. Όπως αναφέρει το Equity and excellence: Liberating the N.H.S. (2010), βασικά σημεία της είναι:

* Οι ασθενείς και οι πολίτες, είναι προτεραιότητα του συστήματος υγείας και θα έχουν άνετη πρόσβαση στις πληροφορίες που χρειάζονται, από τους καλύτερους γενικούς γιατρούς και τα καλύτερα νοσοκομεία. Επιπλέον, θα έχουν περισσότερες επιλογές και θα μπορούν να αποφασίζουν για την υγεία τους.
* Θα δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στα κλινικά αποτελέσματα. Η επιτυχία θα μετριέται σύμφωνα με τα αποτελέσματα στους ασθενείς.
* Ενδυνάμωση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες, θα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν την κρίση τους σχετικά με την εφαρμογή της πιο κατάλληλης θεραπείας για τον κάθε ασθενή. Η λήψη αποφάσεων θα γίνεται συνδυαστικά από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.

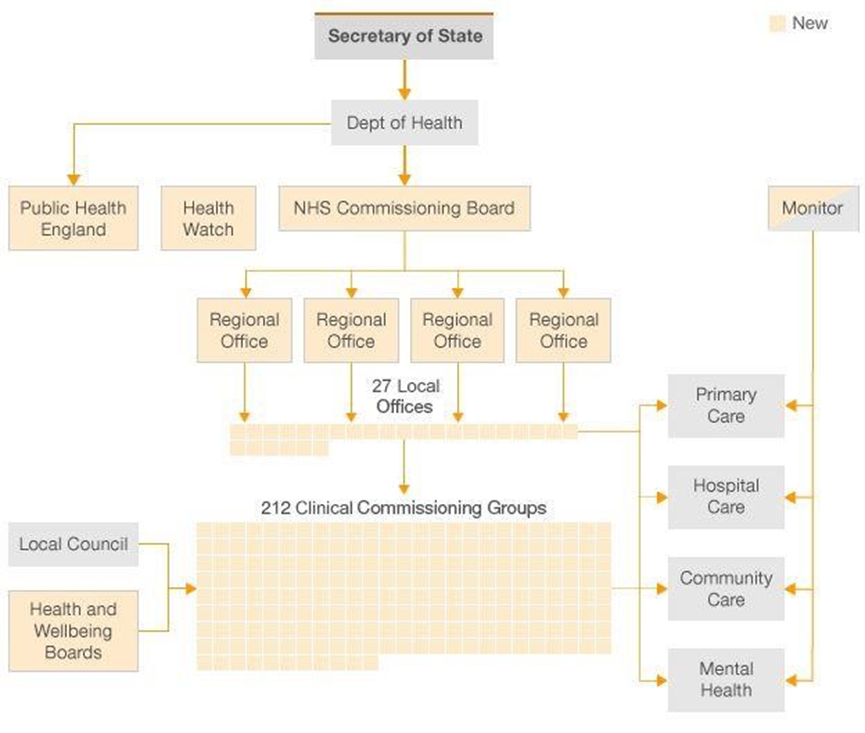
Το 2011 δημοσιεύτηκε το νομοσχέδιο περί Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Το εν λόγω νομοσχέδιο, πρότεινε σημαντικές μεταρρυθμίσεις για τη μεγέθυνση του ρόλου των γενικών γιατρών και την επέκταση του ανταγωνισμού. Επίσης, περιλαμβάνει την αναδιοργάνωση των Primary Care Trusts σε ομάδες. Οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities), ομαδοποιούνται σε εθνικές οργανώσεις. Το 2012, σε συνέχεια των παραπάνω, θεσπίστηκε ο νόμος Healthand Social Care, ο οποίος αποτέλεσε τη μεγαλύτερη αναδιοργάνωση στην ιστορία του εθνικού συστήματος υγείας. Στο επίκεντρο της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας, όπως αναφέρει το U.K. Parliament (2011), βρίσκεται η αυξημένη δυνατότητα επιλογής στους ασθενείς, οι αυξημένες ευθύνες στους γιατρούς και η μεγαλύτερη αυτονομία των οργανισμών από τον κεντρικό έλεγχο και τις πολιτικές παρεμβάσεις.

**4.3 Δομή και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας σήμερα.**

Η κεντρική κυβέρνηση, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας καθώς και οι φορολογούμενοι ασθενείς, αποτελούν τα βασικά μέρη του συστήματος υγείας της Αγγλίας. Πιο συγκεκριμένα, οι τοπικές αρχές συγκεντρώνουν τους απαιτούμενους πόρους από τον προϋπολογισμό του κράτους και υπογράφουν συμβάσεις με τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες πληρώνουν τους φόρους, ώστε οι προμηθευτές με την σειρά τους να προσφέρουν τις υπηρεσίες υγειονομικού χαρακτήρα. Το αγγλικό σύστημα υγείας, δημιουργεί ένα κύκλωμα, μέσα στο οποίο τα μέλη του καθορίζουν το πόσο αποτελεσματικό και βιώσιμο μπορεί να είναι το σύστημα υγείας. Η χρηματοδότησή από τον κρατικό προϋπολογισμό και η δωρεάν περίθαλψη για όλους, ακόμα και για τους επισκέπτες στην χώρα, αποτελούν βασικές παραμέτρους του βρετανικού συστήματος υγείας (βλέπε Χλέτσος Μ., 2011, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007).

Το σύστημα υγείας της Αγγλίας, χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο μέσω της φορολογίας και διοικείται από το κράτος. Σκοπός του είναι η παροχή πλήρους και καθολικής κάλυψης υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ανεξαρτήτου εισοδήματος και εθνικότητας. Η συμμετοχή στο εθνικό σύστημα υγείας είναι υποχρεωτική, εν αντίθεση με την ιδιωτική ασφάλεια η οποία είναι προαιρετική. Το σύστημα υγείας, παρέχει όλες τις υπηρεσίες που απαιτούνται από τους γενικούς γιατρούς και τους ειδικευόμενους. Παράλληλα και σύμφωνα με το National Health Service (2017), προσφέρεται το σύνολο των πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η μακροχρόνια περίθαλψη με κατ’ οίκο φροντίδα.

Το 2013, πραγματοποιήθηκε μια ακόμα μεγάλη αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4.1. Το υπουργείο υγείας, καθόρισε πέντε βασικές προτεραιότητες. Πρόκειται για τη βελτίωση του επιπέδου φροντίδας, τη περίθαλψη των ηλικιωμένων, την άνοια, τις μακροχρόνιες ασθένειες και την πρόληψη και καταπολέμηση των κύριων αιτίων θανάτου. Όπως παρατηρείται σε αναφορές του BBC News (2013), oι Primary Care Trusts και οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές, αντικαταστάθηκαν από το N.H.S.Commissioning Board ενώ 212 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, κατευθύνονται προς τη δημόσια υγεία. Με βάση την παραπάνω αναδιοργάνωση, η σημερινή μορφή του εθνικού συστήματος της Αγγλίας είναι η εξής:



**Πηγή: BBC NEWs (2013).**

**Διάγραμμα 4.1  
Διαγραμματική μορφή διάταξης N.H.S.**

Το N.H.S. Commissioning Board, αποτελεί ανεξάρτητο σώμα και αναλαμβάνει πολλές από τις δραστηριότητες του υπουργείου υγείας και των στρατηγικών υγειονομικών αρχών που αντικατέστησε. Παράλληλα, από αναφορές του N.H.S. History (2015), είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση του προϋπολογισμού του εθνικού συστήματος υγείας. Παράλληλα, αναφορικά με το BBC News (2013), είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης, τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο και οι οποίες λογοδοτούν σε αυτό για τις αποφάσεις που λαμβάνουν, αν και ο βασικός του ρόλος είναι κυρίως συμβουλευτικός.

Οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης που αντικαθιστούν τα Primary Care Trusts, απαρτίζονται από γενικούς γιατρούς και αναλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Συνεργάζονται με το N.H.S.Commissioning Board και την Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England). Ο Γραμματέας του κράτους (Secretary of State), έχει την ευθύνη της εφαρμογής της πολιτικής, η οποία και θα ορίσει το εθνικό σύστημα υγείας για την αξιολόγηση της απόδοσης των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης. Με αναφορές που γίνονται στο BBC News (2013) και στο National Health Service (2017), στο N.H.S. Commissioning Board, υπάγονται τέσσερα Περιφερειακά Γραφεία (Regional Offices) και επιπλέον σε αυτά 27 Τοπικά Γραφεία (Local Offices ).

Βασικός ρυθμιστής του συστήματος, είναι το Monitor και η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission). Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας, είναι υπεύθυνη για την εξασφάλιση των απαιτούμενων κριτηρίων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το Monitor είναι υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση και τον ανταγωνισμό. Το Monitor, επιβλέπει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και την ομαλή εκτέλεση των καθηκόντων τους, προκειμένου για τη διασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ τους. Το Monitor είναι εκείνο που είναι υπεύθυνο για την προστασία των συμφερόντων των ασθενών, ενώ παράλληλα οφείλει να διασφαλίζει ότι οι συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των παροχών είναι θεμιτές και προς το συμφέρον των ασθενών. Τέλος και βάσει εκτεταμένων αναφορών που έχουν γίνει στο BBC News (2013), καθορίζει τις τιμές των υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος και τα National Health Service Trusts, ώστε να έχουν επαρκή χρηματοδότηση και σωστή οργάνωση.

Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας, είναι εκείνη η οποία εξασφαλίζει την ποιότητα στην υγεία και ελέγχει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, για την τήρηση των απαιτούμενων κριτηρίων ασφάλειας και ποιότητας, σύμφωνα με πληροφορίες από τις Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης. Όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, χρειάζονται άδεια για την επίτευξη των απαιτούμενων κριτηρίων ασφάλειας και ποιότητας από το Monitor και την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας, ενώ αν δεν εκπληρώνουν αυτές τις υποχρεώσεις υπάρχουν ποινές, όπως η επιβολή προστίμων και αναστολής των υπηρεσιών (βλέπε για παράδειγμα BBC News, 2013).

Η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England), σύμφωνα με τα N.H.S. History (2015) και National Health Service (2017), έχει ως βασικό της σκοπό την προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας και τον περιορισμό των ανισοτήτων. Επιπλέον, έχει εποπτικά καθήκοντα και συμβουλεύει το εθνικό σύστημα υγείας για προγράμματα που πρέπει να γίνουν αναφορικά με θέματα υγείας. Παράλληλα, ιδρύθηκε η Health Watch, η οποία αποτελεί σημείο επαφής για άτομα και κοινοτικές και εθελοντικές οργανώσεις, με αντικείμενο την υγεία και την κοινωνική φροντίδα των ενηλίκων. Δραστηριοποιείται, κατά κύριο λόγο, σε τοπικό επίπεδο ως HeaIth Watch και σε εθνικό επίπεδο ως HeaIth Watch England. Είναι εκείνη η οποία, σύμφωνα πάντα με τα όσα αναφέρει το BBC News (2013), παρέχει συμβουλές στο NHS Commissioning Board, το Monitor και στον Γραμματέα του κράτους, για τις πληροφορίες που χρειάζονται οι ασθενείς σχετικές με τη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας (Health and Well being Boards), πρωταρχικός τους σκοπός τους είναι η επίβλεψη της ποιότητας των τοπικών υπηρεσιών, η σχεδίαση προγραμμάτων αξιολόγησης των αναγκών και μιας ενιαίας στρατηγικής για την υγεία. Τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας, πρέπει να επιτρέπουν στα HeaIth Watch να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, ώστε με τον τρόπο αυτό, να διασφαλίζεται το δικαίωμα του λόγου των ασθενών στο εθνικό σύστημα υγείας. Τα τοπικά συμβούλια έχουν το καθήκον της αντιμετώπισης των προβλημάτων δημόσιας υγείας, στην περιοχή ευθύνης τους. από την άλλη, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας, συνδέουν το έργο των τοπικών συμβουλίων με αυτό των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης (βλέπε για παράδειγμα BBC News, 2013 και National Health Service, 2017).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα National Health Service Trusts, έχουν την ευθύνη να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μια συγκεκριμένη περιοχή, με τα Foundation Trusts, βάσει αναφορών του Bourn J. (2007), να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία από αυτά. Το Υπουργείο Υγείας είχε θέσει ως στόχο, η πλειοψηφία των National Health Service Trusts, να μετατραπεί σε Foundation Trusts μέσα στο 2014, με τον Γραμματέα του κράτους να έχει το δικαίωμα κατάργησης των υπολοίπων National Health Service Trusts στο μέλλον. Παρά τα διαδοχικά χρονοδιαγράμματα που έχουν τεθεί από τις διάφορες κυβερνήσεις για την ολοκλήρωση της παραπάνω διαδικασίας, ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, ενώ πολλά από τα National Health Service Trusts δεν έχουν την δυνατότητα να μετατραπούν σε Foundation Trusts. Για το λόγο αυτό και όπως αναφέρεται στο National Health Service (2017), ιδρύθηκε ένας νέος οργανισμός, το NHS Trust Developmentt Authority, με σκοπό να έχει υπό την εποπτεία του τα Trusts που δεν έχουν μετατραπεί ακόμα σε Foundation.

Το 2016, η διάκριση μεταξύ Foundation Trusts και National Health Service Trusts άρχισε να διαβρώνεται. Η προσπάθεια κάθε Trust να μετατραπεί σε Foundation Trust εγκαταλείφθηκε, επειδή η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση υπονόμευε την υποτιθέμενη αυτονομία των Foundation Trusts, καθώς σχεδόν όλοι οι οργανισμοί έπρεπε να βασίζονται σε χρήματα που δανείζονταν από το Υπουργείο Υγείας, με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Έτσι, λοιπόν, το 2016 και σύμφωνα με τον Collins Ben (2016), ιδρύθηκε το National Health Service Improvement, που αποτελεί έναν γενικό οργανισμό, υπό την αιγίδα του οποίου βρίσκονται το Monitor, το NHS Trust Development Authority, το Patient Safety, το National Reporting and Learning System, η Advancing Change Team και οι Intensive Support Teams. Το National Health Service Improvement έχει ως αρμοδιότητα την εποπτεία και υποστήριξη των Foundation Trusts, National Health Service Trusts και των ανεξάρτητων παροχών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, χρηματοδοτούμενων από το εθνικό σύστημα υγείας.

**4.4 Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας.**

Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας, γίνεται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού αλλά και των ιδιωτικών δαπανών. Σύμφωνα με τον BoyleSean (2011), ο κρατικός προϋπολογισμός, περιλαμβάνει τη γενική φορολογία, τα National Insurance Contributions και την τοπική φορολογία, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση αλλά και την ιδιωτικές πληρωμές.

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγείας, προέρχεται από τη γενική φορολογία, δηλαδή ο φόρος εισοδήματος, ο Φ.Π.Α., οι εταιρικοί φόροι και οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης σε προϊόντα όπως τα καύσιμα, το αλκοόλ και τα τσιγάρα. Με βάση τον φόρο εισοδήματος, φορολογείται τόσο το δεδουλευμένο όσο και το μη δεδουλευμένο εισόδημα και δεν υπάρχει ανώτατο όριο στο εισόδημα που φορολογείται. Ο Φ.Π.Α., αποτελεί έναν φόρο επί των πωλήσεων, ο οποίος επιβάλλεται στις περισσότερες εμπορικές συναλλαγές. Περιλαμβάνει τα περισσότερα έξοδα κατανάλωσης, εισαγωγής και εξαγωγής καθώς και μεταφοράς αγαθών και υπηρεσιών μεταξύ των επιχειρήσεων. Ο συνηθισμένος Φ.Π.Α. είναι 17,5%, στην πλειονότητα των αγαθών και των υπηρεσιών. Οι εταιρικοί φόροι επιβάλλονται στα κέρδη των εταιρειών (βλέπε για παράδειγμα τους McKenna H, Dunn P.,Northern E., Buckley T., 2017 και το National Health Service, 2017).

Τα National Insurance Contributions, αφορούν υποχρεωτικές εισφορές που πληρώνονται από τους εργοδότες, τους υπαλλήλους και τους ελεύθερους επαγγελματίες, μόνο όμως επί των δεδουλευμένων εισοδημάτων. Βάσει των όσων αναφέρουν οι McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T. (2017), περίπου το 10% του συνόλου των National Insurance Contributions χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας, αν και η πρόσβαση σε υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας δεν εξαρτάται στο εάν κάποιος έχει πληρώσει το National Insurance Contribution. Οι κοινωνικές υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν τη φροντίδα κατ’ οίκο και σε ιδρύματα, χρηματοδοτούνται κατά ένα ποσοστό από την τοπική φορολογία (δημοτικά τέλη και φόροι τοπικών επιχειρήσεων). Οι τοπικοί φόροι, δεν χρηματοδοτούν την υγειονομική φροντίδα. Τα δημοτικά τέλη, διαφέρουν ανάλογα με την περιοχή και υπολογίζονται αναλογικά με βάση την αξία της περιουσίας. Επιπλέον και οι φόροι των τοπικών επιχειρήσεων διαφέρουν μεταξύ των τοπικών αρχών.

Στην Αγγλία, η ιδιωτική ασφάλιση (Private Medical Insurance) έχει κυρίως συμπληρωματικό ρόλο. Καλύπτει υπηρεσίες, που δεν παρέχονται ή δεν καλύπτονται πλήρως από το κράτος ή για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών με βάση την ταχύτερη πρόσβαση και την αύξηση των επιλογών των ασθενών. Η προσφερόμενη κάλυψη, βασίζεται σε ένα ιδιωτικό συμβόλαιο που υπογράφεται ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστή. Με την παροχή της θεραπείας, υπάρχει ένα συμβόλαιο ανάμεσα στον ασφαλιστή και στον πάροχο της υπηρεσίας και ένα ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ειδικευμένο γιατρό ή χειρούργο.

Η συνηθισμένη ιδιωτική ασφάλιση, είναι εκείνη η οποία καλύπτει τα κόστη της ιδιωτικής ιατρικής θεραπείας, σε περιπτώσεις οξέων περιστατικών. Αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες, δεν προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη των οξέων περιστατικών, αλλά επεκτείνουν την κάλυψη χρεώνοντας συγχρόνως μεγαλύτερα κόστη. Άλλες ασφαλιστικές εταιρείες, προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη, με αποτέλεσμα να περιορίζουν σημαντικά την πρόσβαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα όσον αφορά τη βασική κάλυψη. Ανάλογα με την ασφάλεια και όπως αναφέρουν οι McKenna H, Dunn P.,Northern E., Buckley T. (2017), μπορεί να υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή του νοσοκομείου ή να παρέχεται κάλυψη μόνο σε περιπτώσεις που η λίστα αναμονής είναι πάνω από έξι εβδομάδες. Σε τέτοιες περιπτώσεις το κόστος ασφάλισης είναι μειωμένο.

Οι πληρωμές στα ιδιωτικά νοσοκομεία, υπολογίζονται με βάση τη χρέωση για τις εγκαταστάσεις που πληρώνονται απευθείας στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστή και την αμοιβή των ειδικών γιατρών, η οποία με τη σειρά της πληρώνεται από τους ασθενείς και στη συνέχεια αποζημιώνονται από τον ασφαλιστή. Σύμφωνα με τον Boyle Sean (2011), αν ο ειδικευμένος γιατρός χρεώσει τον ασθενή παραπάνω από την προβλεπόμενη αμοιβή για τη συγκεκριμένη διαδικασία, ο ασφαλιστής θα πρέπει να καλύψει τη διαφορά.

Στην Αγγλία προσφέρονται μόνιμα συμβόλαια υγείας (Permanent Health Insurance). Τα συμβόλαια αυτά είναι ατομικά και παρέχουν εβδομαδιαίο ή μηνιαίο εισόδημα σε εκείνους που υποφέρουν από νόσους ή αναπηρίες. Τα μόνιμα συμβόλαια υγείας, παρέχουν προστασία και στην περίπτωση αδυναμίας εργασίας. Όπως αναφέρει ο Χατζόπουλος (2007), από την στιγμή που η ασφαλιστική εταιρεία προσφέρει ένα μόνιμο συμβόλαιο υγείας και καταβληθεί το πρώτο ασφάλιστρο, η εταιρεία δεν έχει την δυνατότητα ακύρωσής του, εφόσον ο κάτοχος του συμβολαίου εκπληρώνει όλες του τις υποχρεώσεις.

Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος υγείας, είναι κατά βάση δωρεάν. Σύμφωνα και πάλι με αναφορές του Boyle Sean (2011), για όσες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας, είτε θα πρέπει τα ίδια τα άτομα να καταβάλουν το αντίτιμο (άμεσες πληρωμές), είτε καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας ως κατανομή του κόστους, συνήθως με τη συμμετοχή του ίδιου του ασφαλισμένου στο κόστος. Οι άτυπες πληρωμές αποτελούν σπάνιο φαινόμενο στο αγγλικό σύστημα υγείας.

Οι άμεσες πληρωμές καλύπτουν την ιδιωτική θεραπεία, τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και την κοινωνική φροντίδα. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών είναι άμεσες, με ποσοστό 41% να αποτελεί δαπάνες σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ακολουθούν οι δαπάνες για ιδιωτική θεραπεία, που αφορά κυρίως εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι πληρωμές αυτές, το 2006, έφτασαν στο 18% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών. Αυτό οφείλεται στην χαμηλή σχετικά ποιότητα φροντίδας του εθνικού συστήματος υγείας, όπως με σαφήνεια αναφέρουν οι Harker R., 2012 και Boyle Sean, 2011, καθώς παρατηρούνταν ελλείψεις και μεγάλες λίστες αναμονής. Η συγκεκριμένη άποψη, άλλαξε χάρη στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις ουσιαστικές βελτιώσεις του εθνικού συστήματος υγείας σε χρόνους αναμονής.

Σήμερα, οι ιδιωτικές κλινικές έχουν κάνει πιο προσβάσιμες τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς εκείνους που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση, μέσω των πακέτων σταθερής τιμής, στα οποία το συνολικό κόστος της θεραπείας έχει προσυμφωνηθεί, ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα μη αναμενόμενων επιπλοκών. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζεται η αβεβαιότητα του ασθενούς όσον αφορά το ποσό εκείνο που θα κληθεί να πληρώσει. Όμως τα πακέτα σταθερής τιμής, ισχύουν συχνά μόνο σε χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας και συνήθως δεν παρέχονται για παθήσεις, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος (βλέπε αναφορές από τον Boyle Sean, 2011).

## **4.5 Η διαδικασία αποκέντρωσης του συστήματος υγείας της Αγγλίας.**

Η πολιτική αποκέντρωσης του συστήματος υγείας, που εφαρμόστηκε στην Αγγλία, έγινε κυρίως για πολιτικούς, χρηματοδοτικούς και τεχνικούς λόγους. Οι πολιτικοί λόγοι, είχαν ως κύριο στόχο, να επιτρέψουν την συμμετοχή περισσότερων πολιτών στο σύστημα υγείας, να κάνουν το σύστημα περισσότερο αυτόνομο σε τοπικό επίπεδο και επιπλέον να γίνει ανακατανομή της εξουσίας. Όσον αφορά τους χρηματοδοτικούς λόγους και σύμφωνα με αναφορές των SaltmanR., BankauskaiteV. Και VrangbaekK. (2007), η αποκέντρωση είχε σαν σκοπό να βελτιώσει την απόδοση του συστήματος υγείας και να δώσει μεγαλύτερο έλεγχο των υγειονομικών πόρων και των εσόδων στις τοπικές μονάδες υγείας.

Τέσσερις είναι οι τρόποι εκείνοι, μέσω των οποίων μπορεί να γίνει διάχυση της εξουσίας. Βάσει αναφορών από τους Rondinelli D. (1990), Mossialos E., Allin S. και Thomson S. (2007), ο πρώτος τρόπος αναφέρεται στην αποκέντρωση, δηλαδή όταν διαχειριστικές λειτουργίες μεταβιβάζονται σε πιο χαμηλά επίπεδα και εντός της ίδιας διοικητικής δομής από τις κεντρικές υπηρεσίες, χωρίς να αποκεντρώνεται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Ο δεύτερος τρόπος αναφέρεται στην εξουσιοδότηση, δηλαδή όταν η ευθύνη διαχείρισης δίνεται σε φορείς που δεν ελέγχονται από τη κεντρική εξουσία, όπως είναι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι περιφερειακές ή τοπικές αρχές. Ο τρίτος τρόπος διάχυσης εξουσίας αναφέρεται στην ανάθεση, δηλαδή όταν η εξουσία μεταφέρεται σε φορείς αυτόνομους από την κεντρική εξουσία στο διοικητικό επίπεδο της περιφέρειας, της νομαρχίας ή του δήμου και τέλος, τέταρτος τρόπος αναφέρεται στην ιδιωτικοποίηση, όταν δηλαδή παραχωρούνται σε ιδιωτικούς φορείς διοικητικές λειτουργίες, που τελούσαν υπό την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας.

Με την αποκέντρωση στο σύστημα υγείας, γίνεται μεταβίβαση λειτουργιών και εργασιών, από την κεντρική υπηρεσία σε περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες, που όμως η εξουσία της λήψης αποφάσεων δεν αποκεντρώνεται προς τις υπηρεσίες αυτές. Με τον τρόπο αυτό, το υπουργείο υγείας ενισχύει τη τοπική διαχείριση με διοικητικές αρμοδιότητες, παραχωρώντας και έναν βαθμό ελευθερίας, ο οποίος επιτρέπει στους τοπικούς αξιωματούχους να διοικούν χωρίς συνεχή αναφορά στη κεντρική υπηρεσία του υπουργείου (βλέπε για παράδειγμα τους Saltman R., Bankauskaite V. και Vrangbaek K., 2007).

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρουν οι Lyall S. (2010), Saltman R., Bankauskaite V. και Vrangbaek K. (2007), η αποκέντρωση έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

* Αυξημένη ανταπόκριση στις τοπικές προτεραιότητες και ανάγκες.
* Βελτίωση της ανταπόκρισης των αποκεντρωμένων δομών υγείας στις τοπικές υγειονομικές ανάγκες, διότι το προσωπικό τους επωμίζεται τη σχετική ευθύνη.
* Μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών και επακόλουθη αύξηση της τοπικής χρηματοδότησης και του ελέγχου των δαπανών.
* Οι αποφάσεις σε αποκεντρωμένο επίπεδο λαμβάνονται γρηγορότερα.
* Αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και προσέγγιση των οικονομικά αδύναμων πολιτών και τέλος
* Μείωση της συμφόρησης σε κεντρικό επίπεδο, ώστε οι κεντρικές υπηρεσίες να εστιάζουν στη διαμόρφωση πολιτικής, στην καθοδήγηση και σε εθνικές δραστηριότητες.

Ωστόσο, πέραν των πλεονεκτημάτων, η αποκέντρωση παρουσιάζει και μειονεκτήματα, τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

* Όταν υπάρξει αντίφαση μεταξύ τοπικών και εθνικών προτεραιοτήτων, οι τοπικές αρχές απορροφούν πόρους από εθνικούς στόχους.
* Τοπικοί πολιτικοί παράγοντες και ομάδες συμφερόντων, ασκούν μεγαλύτερη επιρροή στη διαμόρφωση αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο.
* Το προσωπικό, μπορεί να μην διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες προς τη βελτίωση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος.
* Η αποκέντρωση, απαιτεί αυξημένες δαπάνες σε εκπαίδευση και νέα συστήματα πληροφόρησης και μηχανογράφησης, ενώ η παραγωγικότητα, κατά τη μεταβατική περίοδο, κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Επομένως, με τον τρόπο αυτό, καθίσταται δαπανηρή και μπορεί τελικά να κοστίσει περισσότερο από τα αναμενόμενα οφέλη.
* Αν η διαδικασία της αποκέντρωσης σχεδιαστεί ελλιπώς, δύναται να οδηγήσει σε κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας και τέλος
* Αποκέντρωση των λειτουργιών που είναι κρίσιμες για την σχεδίαση των εθνικών πολιτικών υγείας, θέτουν σε κίνδυνο την επιτυχή έκβασή τους.

Οι διαφορετικοί τύποι αποκέντρωσης, επομένως, εφαρμόζονται ταυτόχρονα για διαφορετικές λειτουργίες, ενώ δεν είναι αναγκαίο να εφαρμόζονται στη καθαρή τους μορφή. Διοικητικά συστήματα συνδυάζουν συγκεντρωτικά και αποκεντρωμένα τμήματα, όπως για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες τα υπουργεία υγείας έχουν εξουσιοδοτήσει για ορισμένες βασικές τους λειτουργίες κεντρικά συμβούλια με διάφορα επίπεδα εξουσίας, ενώ παράλληλα έχουν αναθέσει και ευθύνες σε περιφερειακές οντότητες. Με τον τρόπο αυτό, η ευθύνη για την εθνική πολιτική δημόσιας υγείας και η εξουσία ρύθμισης του υγειονομικού συστήματος, παραμένει στα υπουργεία υγείας. Έτσι λοιπόν, όπως προκύπτει και από αναφορές των Saltman R., Bankauskaite V. και Vrangbaek K. (2007), η κεντρική αρχή χρειάζεται ακριβέστερη πληροφόρηση για το τι ακριβώς διαδραματίζεται σε τοπικό επίπεδο, πράγμα το οποίο θα τους επιτρέψει να αναπτύξουν συστήματα ελέγχου, αποσκοπώντας στην προσαρμογή του συνόλου των αποκεντρωμένων αρμοδιοτήτων και στην κατάλληλη χρήση της κεντρικής χρηματοδότησης, προς την επίτευξη των εθνικών υγειονομικών στόχων.

Οι πρόσφατες προσπάθειες για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας του αγγλικού συστήματος, αντιπροσωπεύουν την τάση για κατάργηση της αυστηρής ιεραρχίας του υπουργείου υγείας, ενώ αντίθετα προβάλλει πρότυπα βασισμένα στο μοντέλο προμηθευτή-αγοραστή, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά και βασιζόμενοι σε αναφορές των Mossialos E., Allin S., Thomson S. (2007), Boyle Sean (2011) και Peckham S. (2014), ο βαθμός αυτονομίας των δομών υγείας είναι αρκετά περιορισμένος, καθώς το σύνολό τους θα πρέπει να λογοδοτεί στο Γραμματέα του κράτους, στο National Health Service Commissioning Board και στον νεοϊδρυθέντα οργανισμό National Health Service Improvement. Ωστόσο, το αγγλικό σύστημα υγείας διαθέτει αρκετές δομές αποκέντρωσης, όπως είναι οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τα περιφερειακά και τοπικά γραφεία, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας και οι τοπικές αρχές. Καθεμιά από αυτές τις δομές, έχει έναν ιδιαίτερο και συγκεκριμένο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, προβλέπεται η συνεργασία μεταξύ τους, προκειμένου να επιτευχθούν συγκεκριμένοι στόχοι στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία. Τέλος, από τις δομές αποκέντρωσης στο αγγλικό σύστημα υγείας, εκείνες οι οποίες παρουσιάζουν δομικά χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά των περιφερειακών συστημάτων υγείας είναι οι Κλινικές Ομάδες.

Σήμερα, προκύπτει το συμπέρασμα, ότι ενώ οι πτυχές του εθνικού συστήματος υγείας έχουν αποκεντρωθεί, υπάρχουν συνεχιζόμενες δομές κεντρικής λογοδοσίας, οι οποίες, σε ένα διαφοροποιημένο και κατακερματισμένο σύστημα, δημιουργούν ένα πλαίσιο το οποίο τελικά ευνοεί την ισχυρότερη κεντρική λογοδοσία. Παράλληλα με τις παραπάνω τάσεις, εντείνονται και οι τάσεις για περισσότερο ανταγωνισμό και όρους αγοράς στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πολιτικές που τονίζουν την μεγαλύτερη ολοκλήρωση και την επιθυμία σε πολλές τοπικές περιοχές να αναπτύξουν και να διαχειριστούν υπηρεσίες. Παραδοσιακά, στα πλαίσια του αγγλικού συστήματος υγείας, η κεντρική λογοδοσία έχει παραμείνει κυρίαρχη και δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι η κατάσταση αυτή θα αλλάξει στο μέλλον (βλέπε για παράδειγμα Peckham S., 2014).

**4.6 Η καταλληλότητα του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM να στηρίξει την ∆ιαχείριση Κλινικής Φροντίδας.**

Από την άποψη της επιχειρησιακής φιλοσοφίας και σύμφωνα με αναφορές των Jackson, (1999) Stahr (2001) και Ritchie (2002), η βρετανική κυβέρνηση θέλει η ποιότητα να αποτελέσει την κατευθυντήρια δύναμη πίσω από τη λήψη αποφάσεων σε κάθε επίπεδο μιας υπηρεσίας και θέλουν καθένας που εργάζεται µέσα στο NHS, να νιώθει την ανάγκη και την ευθύνη για την βελτίωση της ποιότητας. Βασική λοιπόν απαίτηση, αποτελεί, η κλινική διακυβέρνηση και το πρότυπο του EFQM να ευθυγραµµίζονται. Προκειµένου αυτό να γίνει περισσότερο κατανοητό αναφέρουµε το εξής παράδειγµα: το µοντέλο τελειότητας EFQM, σχεδιάστηκε µε την πεποίθηση ότι η ποιότητα είναι θεµελιώδης για την επίτευξη της «επιχειρηµατικής» αριστείας. Σύµφωνα µε αυτήν την πεποίθηση, το πρότυπο παρέχει ένα πρακτικό εργαλείο, προκειμένου να βοηθήσει τους οργανισµούς να µετρήσουν σε ποια θέση βρίσκονται σχετικά µε την τελειότητα.

Μια περαιτέρω σηµαντική αρχή της κλινικής διακυβέρνησης και του προτύπου τελειότητας EFQM, είναι ότι η ποιότητα θέλει αρκετό χρόνο προκειµένου να εφαρµοστεί. Για να επιτύχει αυτόν τον στόχο, η βρετανική κυβέρνηση υποστήριξε επρόκειτο να «επιβιβαστεί» σε ένα πρόγραμμα 10 ετών, που θα οδηγήσει σε μεγάλη επιτυχία και κέρδη όσον αφορά στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα στο σύνολο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιπλέον, η χρήση του προτύπου τελειότητας EFQM, προτείνει ότι οι οργανώσεις πρέπει να έχουν εµβαθύνει στην έννοια της ποιότητας για τουλάχιστον 5 έτη προτού να καταδείξουν τις βιώσιµες θετικές τάσεις στα αποτελέσµατά τους, προϋπόθεση απαραίτητη για την κατάκτηση της αριστείας. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγµα της εφαρµογής του EFQM στη Μεγάλη Βρετανία, είναι αυτό της περιφέρειας του Wakefield και Pontefract.

**4.7** **Η εφαρµογή τoυ EFQM στα Νοσοκοµεία της Περιφέρειας του Wakefield και Pontefract του Εθνικού Συστήµατος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.**

Το Περιφερειακό Σύστηµα Υγείας του Wakefield και Pontefract καθιερώθηκε την 1η Απριλίου 1993. Το σύστηµα αυτό, παρέχει τις υπηρεσίες κυρίως στον πληθυσµό της περιοχής του Wakefield στο δυτικό Yorkshire της Μεγάλης Βρετανίας. Εκεί παρέχονται υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, νοσοκοµειακή φροντίδα, καθώς και υπηρεσίες για την φροντίδα της Κοινότητας.

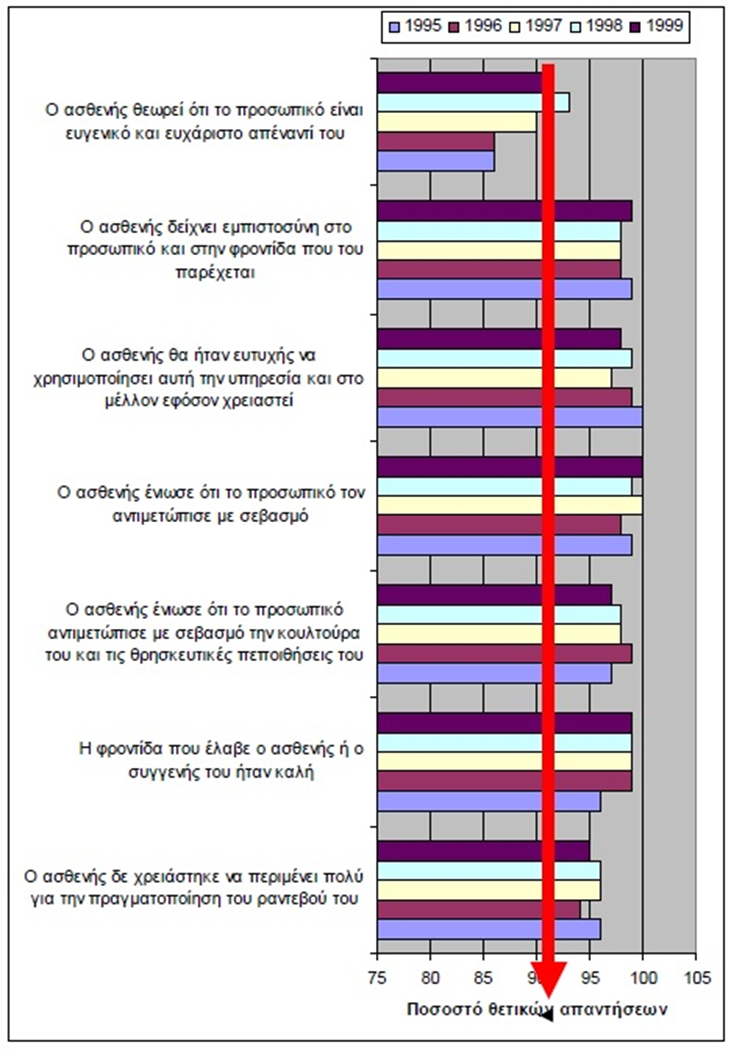
Πιο συγκεκριµένα, οι υπηρεσίες αυτές περιλαµβάνουν ψυχική υγεία (ειδικευµένες για όλες τις ηλικίες), υπηρεσίες δυσλεξίας καθώς και πρωτοβάθµια περίθαλψη υγείας. Η Περιφέρεια παρέχει αυτές τις υπηρεσίες σε περισσότερες από 50 περιοχές, συµπεριλαµβανοµένου των νοσοκοµείων, των κλινικών και των κέντρων υγείας, ενώ επιπλέον, παρέχονται υπηρεσίες σε σχολεία και προγράµµατα φροντίδας στο σπίτι. Προκειµένου να καλύψει το σύνολο των υπηρεσιών, η Περιφέρεια απασχολεί περίπου 2000 άτοµα προσωπικό, συµπεριλαµβανοµένων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των θεραπόντων, του διοικητικού προσωπικού καθώς και του προσωπικού υποστήριξης.

Η εµπιστοσύνη κυβερνάται από έναν πίνακα εµπιστοσύνης, φτιαγµένο επάνω από µη-ανώτερους διευθυντές, οι οποίοι διορίζονται από το γραμµατέα του κράτους για την υγεία και των εκτελεστικών διευθυντών, οι οποίοι είναι υπάλληλοι της εµπιστοσύνης µε τους συγκεκριµένους τοµείς ευθύνης τους. Ο ρόλος της επιτροπής, έγκειται στο να εξασφαλίσει ότι οι πόροι εµπιστοσύνης ρυθµίζονται κατάλληλα και ότι η εµπιστοσύνη είναι υπεύθυνη για τις ενέργειές της στο γραµµατέα του κράτους για την υγεία.

**4.7.1** **Ποια ήταν η πρόκληση για την σωστή εφαρμογή του και ο τρόπος που χρησιμοποιήθηκε.**

Η αλλαγή στην κουλτούρα, που εισήχθη από την κυβέρνηση, έφερε µία αποµάκρυνση από την κατάσταση που επικρατούσε µέχρι τότε. Σύμφωνα με την Price Waterhouse Coopers (2000), η εστίαση στον ανταγωνισµό, τις δυνάµεις αγοράς και την εταιρική διακυβέρνηση σε συνάρτηση με την εταιρική σχέση και συνεργασία καθώς και ένα νοµικό καθήκον για τους προµηθευτές υγειονοµικών υπηρεσιών, προκειμένου να καταδείξουν την ποιότητα της παρεχόμενης κλινικής φροντίδας.

Το 1995, όταν υιοθετήθηκε επισήµως από την Συγκεντρωτική δοµή εποπτείας των νοσοκοµείων του Wakefield και Pontefract, το πρότυπο τελειότητας του EFQM κατέστη σαφές ότι θα εφαρµοζόταν η αυτοαξιολόγηση σε όλους τους φορείς. Επτά ανώτερα στελέχη εκπαιδεύθηκαν ως εσωτερικοί αξιολογητές και πραγματοποίησαν ετήσιες αξιολογήσεις όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4.2. Αυτή η διαδικασία, περιελάµβανε αξιολόγηση των δεδοµένων που κατείχαν οι οργανισµοί εστίασης σε όλες τις οµάδες του προσωπικού και εκ βαθέων συνεντεύξεις. Η χρήση αυτού του προτύπου βαθµιαία ενσωµατώθηκε στην κουλτούρα του συνόλου των οργανισµών.



**Πηγή: Case studies, Price WaterhouseCoopers (2000).**

**Διάγραμμα 4.2**

**Διαγραμματική απεικόνιση με τις απαντήσεις στην έρευνα σχετικά µε την ικανοποίηση των ασθενών.**

Από τον Μάρτιο του 1995 µέχρι και το 2000, µια σειρά από σηµαντικά γεγονότα επιτεύχθηκαν. Τα κυριότερα σημεία αυτών είναι τα εξής:

* Εφαρµογή στρατηγικής ποιότητας, σύµφωνη µε την ηγεσία της συγκεντρωτικής δοµής της εποπτείας των νοσοκοµείων (Trust)
* ∆ιαµόρφωση Συµβουλίου Ποιότητας
* ∆ηµιουργία Εγχειριδίου µε οδηγίες για την ποιότητα
* Εφαρµογή στρατηγικής ποιότητας
* ∆ηµιουργία ειδικών διαµορφωµένων τµηµάτων ποιότητας, αξιολόγησης και ανάπτυξης
* Ετήσιες έρευνες για την γνώµη που έχει το προσωπικό και για το βαθµό ικανοποίησης
* Ετήσια εφαρµογή της αυτο-αξιολόγησης
* ∆ιασκέψεις, παρουσιάσεις, εξωτερικές επισκέψεις,
* Εφαρµογή εκπαιδευτικών προγραµµάτων.

Είναι πολύ πιθανό, ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση θα μπορέσει να καταστήσει το πρότυπο τελειότητας ευρέως «προσιτό» στις νέες οργανώσεις.

Το διαγράµµα 4.2 καταδεικνύει τον θετικό αντίκτυπο που είχε η εφαρµογή του µοντέλου του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract, στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ’ επέκταση στα αποτελέσµατα στην κοινωνία, το κόκκινο βέλος παρουσιάζει τον στόχο που η Περιφέρεια είχε θέσει και προσπαθούσε να ξεπεράσει σχετικά µε την ικανοποίηση των ασθενών.

###### **4.7.2 Κέρδη της εφαρμογής τoυ EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract.**

Από την εφαρµογή του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefractπροέκυψαν τα ακόλουθα:

* Ανέπτυξε το µέσο για τη µέτρηση της προόδου κατά τη διάρκεια του χρόνου.
* Αποτελεί τη βάση της εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης.
* Παρείχε µια βασισµένη σε δεδοµένα αξιολόγηση με πραγµατοποίηση διασκέψεων, παρουσιάσεων, εξωτερικών επισκέψεων µε σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και την εκµάθηση.
* Μείωση του χρόνου παραµονής από 24% που εµφανιζόταν κατά την περίοδο 1994/95 σε 4% κατά την περίοδο 1999/00.
* Η συχνότητα επανεισαγωγής των ασθενών, έχει µειωθεί αισθητά κατά τα χρόνια 1997, 1998, 1999 αγγίζοντας κατά µέσο όρο λιγότερο από το 10% ποσοστό χαµηλότερο συγκριτικά µε τον εθνικό µέσο όρο.
* Το πρόβληµα των κατειληµµένων κρεβατιών από ασθενείς που έχουν λάβει την απαραίτητη φροντίδα αλλά χρήζουν ακόµη κάποιας υποστήριξης, αντιµετωπίστηκε µε την βοήθεια των συνεργασιών- partnerships. ∆ουλεύοντας σε συνεργασία µε τις κοινωνικές υπηρεσίες, ήταν σε θέση να βελτιώσει αυτήν την κατάσταση. Μια ακόµη επιτυχία, σύμφωνα με την Price Waterhouse Coopers (2000), αναφέρεται στη µείωση του αριθµού των παρεµποδισµένων κρεβατιών, από 716 τον Σεπτέµβριο του 1997 σε 549 τον Σεπτέµβριο του 1999 και σε 500 το 2000.

##### **4.8 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της εφαρμογής του µοντέλου στα**

**Ευρωπαϊκά Νοσοκοµεία.**

Από την εξέταση όλων των περιπτώσεων που αναλύθηκαν παραπάνω, σχετικά με την εφαρµογή του µοντέλου EFQM στα νοσοκοµεία της Ευρώπης, προκύπτουν τα εξής:

* Η ενεργός συµµετοχή των ανώτερων στελεχών και του βασικού προσωπικού, είναι κρίσιµη για την επιτυχία του προγράµµατος.
* Μπορεί να υπάρξει η ανάγκη για την προσαρµογή στους διαφορετικούς τοµείς µιας οργάνωσης. Οι σειρές των βηµάτων στο πρόγραµµα εφαρµογής δεν ισχύουν γενικά. ∆εν υπάρχει απαραίτητα ένας σωστός τρόπος εφαρμογής του µοντέλου. Ο οργανισµός, οφείλει να αφιερώσει χρόνο προκειµένου να το κατανοήσει και να καταφέρει να το προσαρµόσει µε τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
* Η σχετική κατάρτιση σε όλα τα επίπεδα, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειµένου να εφαρµοστεί το πρότυπο πλήρως.
* Προτού εφαρµοστεί το πρότυπο σε ολόκληρο τον οργανισµό, είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί εµπιστοσύνη από την πλευρά των ανώτερων στελεχών απέναντι στο πρόγραµµα βελτίωσης.
* Σηµαντική κρίνεται η, από νωρίς, συµµετοχή όλων των επαγγελµατικών οµάδων και κυρίως των νοσοκομειακών γιατρών, στην κατάρτιση σχετικά µε το πρότυπο τελειότητας και τον τρόπο χρήσης της αυτό-αξιολόγησης.
* Αναγκαία κρίνεται η εξασφάλιση ότι η αποστολή, το όραµα και οι αξίες της οργάνωσης γίνεται ξεκάθαρη και κατανοητή.
* ∆ιαφαίνεται η ανάγκη καθιέρωσης ενός πεπειραµένου διοικητή-µάνατζερ, ο οποίος θα εφαρµόσει την αλλαγή και θα έχει την άµεση πρόσβαση και τον σεβασµό από την ανώτερη διοίκηση.
* Απαραίτητη είναι η εφαρµογή µιας διαδικασίας αναθεώρησης της αυτοαξιολόγησης. Κάτι τέτοιο είναι κρίσιµο για την παρακίνηση, την εστίαση, τη συνεργασία και τον προσδιορισµό των ζητηµάτων που χρειάζονται εταιρική ανάλυση.
* Βασικό στοιχείο για τη µακροπρόθεσµη επιτυχία του προγράµµατος, αποτελεί η εξασφάλιση ότι οι στρατηγικοί στόχοι, οι µ
* και οι αξιολογήσεις της απόδοσης ευθυγραµµίζονται.
* Άµεση δράση στις περιοχές προς βελτίωση µε τη βοήθεια τεχνικών επίλυσης προβληµάτων.
* ∆εν πρέπει να αναµένονται γρήγορα αποτελέσµατα. Αυτά θα προκύψουν µακροπρόθεσµα.
* Είναι αναγκαίο, το πρότυπο τελειότητας να µην αντιµετωπίζεται ως πρόσθετη δραστηριότητα ή ως ενέργεια που απλώς καταναλώνει χρόνο, αλλά ως πλαίσιο για την αποτελεσµατικότητα των πρακτικών που χρησιµοποιεί το προσωπικό.
* Αναπτύσσει κατάλληλες προσεγγίσεις, προκειμένου να βοηθήσει τους γιατρούς και τους διευθυντές να αναδείξουν τις αποδόσεις τους µέσα από µια διαδικασία αυτοαξιολόγησης και αναθεώρησης.
* Είναι απαραίτητο να εφαρµόζεται το πρότυπο τελειότητας µε απλή µορφή, έτσι ώστε να µην περιπλέκει τους επαγγελµατίες υγείας και τους µάνατζερ.
* Αντικαθιστά τις παραδοσιακές οµάδες καθοδήγησης και συµβάλλει στην συλλογική εργασία και ευθύνη της οµάδας.

**4.9 Πώς το Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας βοήθησε.**

Η εφαρµογή του µοντέλου επιχειρηµατικής τελειότητας EFQM, έχει αρχίσει να εφαρµόζεται όλο και πιο έντονα στις διευθύνσεις και τα τµήµατα των κλινικών. Σταδιακά όλο και περισσότερο προσωπικό, σε όλα τα επίπεδα, αναμειγνύεαι και εµπλέκεται ενεργά στην εφαρµογή του προτύπου. Τα βασικά οφέλη που προέκυψαν από την εφαρµογή του EFQM είναι τα ακόλουθα:

* παρείχε µία κοινή γλώσσα, στην οποία ήταν δυνατό να ενεργοποιηθεί ένα σύστηµα διαχείρισης, το οποίο με τη σειρά του θα ήταν κατά τρόπο όµοιο εύκολα αποδεκτό, στο κλινικό και διοικητικό προσωπικό
* παρείχε ένα κοινό πλαίσιο µέτρησης, εστιάζοντας και βελτιώνοντας τους βασικούς τοµείς από όπου απορρέουν τα αποτελέσµατα όλων των τµηµάτων του οργανισµού
* βοήθησε στην αποσαφήνιση των προβληµάτων και οδήγησε στη λύση µέσω της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης
* προώθησε την ευκαιρία να περιληφθεί όλο το προσωπικό στον καθορισµό των προτεραιοτήτων.
* βοήθησε στην δηµιουργία µιας κουλτούρας ποιότητας σε ολόκληρο τον οργανισµό.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

# ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**5.1 Εισαγωγή και παρουσίαση του συστήματος υγείας της Ελλάδας.**

Κατά τον Μάρδα Γ. (1993), το ορόσημο στην ιστορία του τομέα της υγείας, ο Ν.1397/1983 για το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) το 1983, που προσδιόριζε την ανάγκη για ριζική βελτίωση της υγείας, αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο αυτό και στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, αναφορικά με τους Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ. (1993), οι στόχοι του ήταν η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η προαγωγή της, η αποκέντρωση, ο ενιαίος προγραμματισμός, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο κοινωνικός έλεγχος, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση, η βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας, η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις, ο Ν. 2519/1997 και ο Ν. 2889/2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες δομές οργάνωσης και θεσμοί για την δημόσια υγεία ενώ δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης (βλέπε Τσαλίκης Γ., 2008).

Σήμερα, το σύστημα υγείας στη χώρα μας έχει υποστεί αρκετές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, της συμφωνίας της χώρας με την Τρόικα και της εφαρμογής του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής. Σύμφωνα με τους Pisani-Ferryetal (2013) και Economou C., et al. (2015), για το σχέδιο διάσωσης και τη λήψη της οικονομικής βοήθειας, απαιτήθηκε η Ελλάδα να εφαρμόσει μνημόνια κατανόησης και να προχωρήσει στην υλοποίηση μέτρων λιτότητας και περικοπών προς αποφυγή της χρεωκοπίας, αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης και εξορθολογισμό των δημόσιων οικονομικών μεγεθών. Τα μέτρα αυτά, είχαν σοβαρές συνέπειες στους τομείς της εργασίας, υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Έρευνες έδειξαν, ότι το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, επιβάλλει στις κυβερνήσεις των χωρών που δέχονται τη βοήθειά του, τη μείωση των δημοσίων κοινωνικών δαπανών και τη χρέωση της υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς, σύμφωνα με όσα αναφέρουν οι Γιωτάκος Ο., (2012) και Economou C., etal. (2015).

Ένα ακόμα σημαντικό σημείο, τομή στην εξέλιξη της υγείας και κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, αποτέλεσε η ίδρυση με τον Ν. 2456/2011, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Αναφορικά με τους Κωνσταντοπούλου Α. (2006), Θεοδωρουλάκη Μ. και Κουμαριανό Β. (2012), πρόκειται για τη δημιουργία ενός νέου Νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, το οποίο δημιουργήθηκε με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, ενοποιώντας έτσι τους τομείς υγείας των επιμέρους ταμείων.

Με τον νέο Ν. 4238/2014 για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το νέο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αλλάζει πλήρως η διαδικασία, σύμφωνα με την οποία θα πρέπει να απευθύνονται οι πολίτες στους γιατρούς. Ακόμη, αλλάζει ο τρόπος που εισάγονται οι ασθενείς στα νοσοκομεία, ενώ προβλέπονται ορισμένες υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις, που θα γίνονται σε συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Ο νέος φορέας με την ονομασία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και σύμφωνα με αναφορές από τους Οικονόμου Χ. (2014) και τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2017), θα έχει μαζί του όλες τις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Τέλος, με τον Ν. 4368/2016, αποφασίστηκε η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, καθώς και η πρόσβασή τους στο δημόσιο σύστημα και τις παροχές υγείας.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα, οι οποίες επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας (βλέπε Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β. 2012 και Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2017).

**5.2 Μορφή Συστήματος Υγείας Ελλάδας**.

Αν ληφθεί υπόψη η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας ουσιαστικά δεν ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο συστήματος υγείας. Αντίθετα, αποτελεί ένα μείγμα, στο οποίο ενσωματώνονται αρχές από διαφορετικά πρότυπα και συνδυάζονται στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο από τα ολοκληρωμένα εθνικά συστήματα υγείας όσο και από τα ασφαλιστικά συστήματα συμβολαίων αλλά και τα ασφαλιστικά συστήματα αποζημίωσης. Όπως αναφέρουν οι Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005) και Οικονόμου Χ. (2012), το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορετικά υποσυστήματα και οργανωτικά μοντέλα, σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών συντονισμού, συμβάλει στο να παρατηρείται κατακερματισμός αλλά και η αλληλοεπικάλυψη της φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οδηγεί στη δημιουργία σημαντικών δυσχερειών στη διαχείριση του συστήματος υγείας, αλλά και στην προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής μία εθνικής πολιτικής υγείας.

Σύμφωνα με αναφορές της Αντωνόπουλου Λ. (2002), το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στο μοντέλο Bismarck, μέχρι και το 1983, οπότε και θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Βασικός σκοπός του, είναι η καθολική ιατρική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και η παροχή υπηρεσιών υγείας αρίστης ποιότητας. Το ελληνικό σύστημα υγείας, χαρακτηρίζεται ως μεικτό.

Από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, το ελληνικό σύστημα ακολουθεί το μοντέλο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας από τα δημόσια νοσοκομεία και της εξωνοσοκομειακής από τα κέντρα υγείας. Από την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, το ελληνικό σύστημα ακολουθεί το μοντέλο Bismarck, με την ύπαρξη ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (βλέπε για παράδειγμα Σίσκου, κ.α. 2008). Σήμερα, το ελληνικό σύστημα υγείας, οδηγείται σταδιακά προς μια μορφή, η οποία από άποψη χρηματοδότησης εξαρτάται στο μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας τείνει να εξασθενίσει, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητό στόχο, ούτε της κυβέρνησης ούτε των ασφαλιστικών φορέων, αναφορικά με τον Οικονόμου Χ., 2012).

Με βάση το περιεχόμενο του Ν. 1397/83 και σύμφωνα με όσα αναφέρει ο Γεωργακόπουλος (2014), η παροχή φροντίδας υγείας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους και βασίζεται στο ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η περίθαλψη εγγυάται για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση, όπως και η ενεργή συμβολή του στον σχεδιασμό και προγραμματισμό των πολιτικών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, βάσει αναφορών του Χλέτσου Μ. (2016), το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει την κύρια ευθύνη για την σχεδίαση των πολιτικών υγείας στην χώρα. Αναφορικά με τους Κυριόπουλο κ.ά. (2003), η παροχή υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότησή τους είναι αντικείμενο του υπουργείου, προσδίδοντας έτσι στο ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριστικά υψηλού συγκεντρωτισμού και έντονης κρατικής παρέμβασης.

Κύριες αρμοδιότητες του υπουργείου υγείας, είναι η σχεδίαση της στρατηγικής για την υγεία με βάση προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και η εισήγηση θεσμικών αλλαγών μέσω θέσπισης νόμων και μεταρρυθμίσεων. Με την ίδρυση των Υγειονομικών Περιφερειών το 2001, κάποιες αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν σε αυτές, παραμένουν όμως στην ευθύνη του υπουργείου υγείας οι κύριες εκείνες αρμοδιότητες που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, την ρύθμιση και τη διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας (βλέπε αναφορές του Πολύζου, 2014).

Η ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών, είχε ως αφορμή αντίστοιχες προσπάθειες αποκέντρωσης των συστημάτων υγείας στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία και την Γαλλία. Σύμφωνα ωστόσο με το σχετικό θεσμικό πλαίσιο της ίδρυσής τους και βάσει αναφορών της Αντωνοπούλου Λ. (2008), στις αρμοδιότητές τους δεν περιλαμβάνονται ο καθορισμός στόχων και πολιτικών υγείας για τις περιοχές ευθύνης τους, η αξιολόγηση του έργου τους και η λήψη διορθωτικών μέτρων όταν κριθεί αναγκαίο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να θεωρηθούν αυτόνομες περιφερειακές διοικήσεις του εθνικού συστήματος υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, όπως προαναφέρθηκε, χαρακτηρίζεται ως μεικτό, καθώς ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος, κυρίως όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης, υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Με βάση τα παραπάνω, η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω άμεσης αλλά και έμμεσης φορολογίας, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Όπως αναφέρουν οι Κυριόπουλος Γ. και Σουλιώτης Κ. (2002), όλα αυτά συνθέτουν μια πολύπλοκη διαδικασία χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, ως ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα, κάτι το οποίο ισχύει σήμερα με τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα και στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά τις υποδομές, την διοίκηση και την χρηματοδότηση, ενώ η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία. Από την πλευρά του, ο εκτεταμένος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας. Ειδικότερα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται περίπου στο 39,1% των συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2015 (βλέπε αναφορές της ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Το εθνικό σύστημα υγείας παρέχει επείγουσα προ-νοσοκομειακή πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τους ασφαλιστικούς φορείς. Σύμφωνα με εκτενείς αναφορές των Οικονόμου Χ. (2012 και 2014) και της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2017), οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτά αμείβονται με μισθό, ενώ οι εργαζόμενοι στους ασφαλιστικούς φορείς πληρώνονται από τον ίδιο τον φορέα. Σύμφωνα με τον Ματσαγγάνη (2002), πολλοί Έλληνες πολίτες που έχουν την οικονομική δυνατότητα, συχνά απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη. Όπως αναφέρθηκε, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας πλαισιώνεται από έναν εξαιρετικά ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα, που δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ιδιωτικών γιατρών και διαγνωστικών κέντρων έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αυτό οφείλεται κυρίως και όπως παρατηρούμε σε αναφορές των Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. και Souliotis K. (2005), στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας χαμηλής ποιότητας, με μεγάλο μέρος του πληθυσμού να είναι δυσαρεστημένο από την γενικότερη κατάσταση στον τομέα της. Όπως αναφέρει ο Οικονόμου Χ. (2012) και σύμφωνα με τα παραπάνω, τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι τα εξής παρακάτω:

* Μεικτό σύστημα.
* Η χρηματοδότηση του συστήματος, γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
* Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
* Οι υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας, υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες.
* Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα υγείας.
* Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
* Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, ενώ των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία.
* Η αποζημίωση των νοσοκομείων, γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

* Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας.
* Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.
* Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
* Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος.
* Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Στον αντίποδα, τα βασικά μειονεκτήματα του εν λόγω συστήματος είναι:

* Υψηλές δαπάνες υγείας.
* Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
* Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς.
* Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού.
* Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.

Σημαντικό ρόλο, σύμφωνα πάντα με τον Οικονόμου Χ (2012), στην παροχή αλλά και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, παίζουν σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην φροντίδα υγείας και τα υποδείγματα που ακολουθούσαν μέχρι πριν μία πενταετία περίπου ήταν τα εξής:

* Ταμεία με ιδιόκτητες ιατρικές δομές, τα οποία κάλυπταν όλες τις ανάγκες που είχαν οι ασφαλισμένοι σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα οποία απασχολούσαν δικό τους ιατρικό προσωπικό, το οποίο αμειβόταν με μισθό.
* Ταμεία χωρίς ιδιόκτητες ιατρικές δομές, τα οποία έκαναν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, τους οποίους αποζημίωναν αναδρομικά, κατά πράξη και κατά περίπτωση, σε τιμές που είχαν καθοριστεί και συμφωνηθεί εκ των προτέρων. Το ύψος της αποζημίωσης αυτής, εγκρινόταν πρώτα από το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Εργασίας και το Υπουργείο Οικονομικών.
* Ως παραλλαγή του δεύτερου υποδείγματος, λειτουργούσε το υπόδειγμα που περιλάμβανε τη δυνατότητα στον ασφαλισμένο να επισκεφτεί οποιονδήποτε γιατρό είχε επιλέξει και να τον πληρώσει με βάση των τιμών της αγοράς. Στη συνέχεια, του επιστρεφόταν ένα ποσό από το ταμείο του, που είχε προβλεφθεί εκ των προτέρων, από το ποσό που είχε καταβάλλει. Το ποσό που καταβαλλόταν από το ταμείο στον ασφαλισμένο, αποτελούσε προϊόν συμφωνίας ανάμεσα στα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών.

Με τις μεταρρυθμίσεις που ξεκίνησαν από το 2012, επιχειρήθηκε η κατάργηση των υποδειγμάτων αυτών και η αντικατάστασή τους από τη μέθοδο που αποζημιώνει τους ιατρούς κατά κεφαλήν, με βάση κλιμάκια δικαιούχων φροντίδας.

**5.3 Διακρίσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.**

Οι μονάδες υγείας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αποτελούν τον κύριο φορέα παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ διακρίνονται σε διάφορα επίπεδα φροντίδας, τα οποία διαμορφώνονται ως εξής, αναφορικά με τους Γεωργούση Ε. και Κυριόπουλο Γ. (1991), Κυριόπουλο Γ. και Σουλιώτη Κ. (2002) και Σιγάλα Ι. (2008):

**Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:** Η κατηγορία αυτή ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και αναφέρεται σε υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη, διάγνωση και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας, χωρίς να είναι απαραίτητη η παραμονή του ατόμου για νοσηλεία σε νοσοκομείο. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία της χώρας, τα οποία παρέχουν άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα τα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, παρέχουν έκτακτη ιατρική παρέμβαση. Τα εξωτερικά ιατρεία, με πλήρη οργάνωση και λειτουργική αυτονομία, είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που απευθύνονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Αυτή η μορφή περίθαλψης, μπορεί να καλυφθεί τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στον δημόσιο τομέα, περιλαμβάνονται τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ο ιδιωτικός τομέας, από την άλλη, περιλαμβάνει τους εξής τομείς α) ιδιωτικά ιατρεία, β) μικροβιολογικά εργαστήρια, γ) διαγνωστικά κέντρα και δ) εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται στις μη αστικές περιοχές, καλύπτεται από 190 κέντρα υγείας και 1.351 περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία του εθνικού συστήματος υγείας. Σε αυτά τα κέντρα, πραγματοποιείται το 12,5% του συνόλου των επισκέψεων σε μονάδες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιοχές, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, είτε από ιδιώτες ιατρούς είτε από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα καθώς επίσης και από εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του συστήματος υγείας (βλέπε αναφορές των Λιόνη Χ. και Μερκούρη Μ., 2000 και Σιγάλα Ι., 2008).

**Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας:** Στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης, παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία εντός των τμημάτων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών και διεξάγονται εργαστηριακοί έλεγχοι, ενώ γίνονται και γενικές επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα γενικές εγχειρίσεις, γαστροσκοπήσεις κ.ά.. Στα πλαίσια της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται, βασίζεται σε ειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την συνεργασία μεταξύ γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Στην κατηγορία αυτή, παρέχονται υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται από 144 δημόσια νοσοκομεία του συστήματος υγείας, καθώς και από στρατιωτικά νοσοκομεία και 216 ιδιωτικές κλινικές. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη, χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη εκτεταμένων ιδιωτικών κλινικών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με σύγχρονες υποδομές και διαδικασίες οργάνωσης και λειτουργίας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Πολύζος Ν. (2005), η ίδρυση των ιδιωτικών κλινικών, έχει συμβάλλει σημαντικά στην αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας και την καλύτερη οργάνωση των ιδιωτικών υπηρεσιών.

**Επείγουσα προ-νοσοκομειακή ιατρική φροντίδα:** Στην προκειμένη περίπτωση και σύμφωνα με τον Σιγάλα Ι. (2008), η κατηγορία αυτή καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας. Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε το 1976 και μέσω αυτού πραγματοποιείται η μεταφορά των ασθενών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σε έκτακτες ανάγκες σε περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ανάγκης φροντίδας.

**5.4 Διαπιστώσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.**

∆ιαπιστώσεις σχετικά με την έλλειψη ποιότητας και ικανοποίησης των πολιτών, σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος, έχουν επανειληµµένα διατυπωθεί τόσο από απλούς πολίτες όσο και από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες. Οι κυριότερες επισημάνσεις έχουν να κάνουν µε:

* Μειωμένη εµπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους, σε όλες τις βαθµίδες του συστήµατος Υγείας.
* Έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δηµόσιο τοµέα.
* Έλλειψη υποδοµής σε εξοπλισµό, µέσα και εκπαιδευµένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή και συστηµατική αξιολόγηση των στοιχείων, των ιατρικών φακέλων και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων από τα νοσοκοµεία και τις άλλες υπηρεσίες Υγείας.
* Έλλειψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στις αρχές και την µεθοδολογία της ποιότητας.
* Έλλειψη προγραµµάτων ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις βαθµίδες του συστήµατος παροχής υπηρεσιών Υγείας.
* Έλλειψη µηχανισµού διακρίβωσης του βαθµού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις παρεχόµενες υπηρεσίες.

Βέβαια δεν έλειψαν και µεµονωµένες πρωτοβουλίες από επιστηµονικούς φορείς, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσµα την ευαισθητοποίηση των εργαζοµένων αλλά και του αρμοδίου υπουργείου. Στο Σχέδιο Μεταρρύθµισης «Υγεία για τον Πολίτη», πάνω στο οποίο γίνεται εκτενής αναφορά στη συνέχεια, τον Ιούλιο του 2000, γίνεται επανειληµµένα αναφορά στην ποιότητα καθώς και στον έλεγχο της ποιότητας, βάσει στοιχείων της Οικονομοπούλου (2002).

Η έρευνα που πραγµατοποίησαν οι Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000), παρουσιάζει το βαθµό εφαρµογής των συστηµάτων ποιοτικής διαχείρισης στα ελληνικά νοσοκοµεία και εξετάζει το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης. Προσπάθεια αυτής της έρευνας, ήταν να διαπιστωθούν οι κρίσιµοι εκείνοι παράγοντες για την προσαρµογή των αρχών ποιότητας στον ελληνικό δηµόσιο τοµέα των νοσοκοµείων.

**5.5** **Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας.**

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Π.Υ.), αποτελεί τον σημαντικότερο φορέα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Πρόκειται για έναν οργανισμό, ο οποίος προέκυψε από την συνένωση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ.) και έχει σαν στόχο να εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των δικαιούχων, όπου και όποτε τις έχουν ανάγκη. Αρχικός πρόεδρος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διορίστηκε ο γιατρός Γεράσιμος Βουδούρης, ωστόσο το Νοέμβριο του 2012 αντικαταστάθηκε από τον Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο. Μέχρι το 2015, καθήκοντα του διοικητή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ασκούσε ο πρώην διοικητής του Ο.Γ.Α., Δημήτριος Κοντός, οπότε και ανέλαβε ο λέκτορας Σωτήρης Μπερσίμης (βλέπε τη Newpost.gr, 2013 και το Protothema.gr, 2015).

Βάσει των όσων αναφέρουν οι Κωνσταντοπούλου Α. (2006), Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β. (2012), οι δικαιούχοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εξυπηρετούνται από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι με τη σειρά τους πληρώνονται κατά πράξη, από μη συμβεβλημένους αλλά πιστοποιημένους ιατρούς αποκλειστικά για τη συνταγογράφηση, ιατρεία του οργανισμού, κέντρα υγείας, περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας.

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχει δικά του φαρμακεία, τα οποία παρέχουν φάρμακα υψηλού κόστους στους πολίτες. Οι γιατροί γνωρίζουν τα παρεχόμενα φάρμακα και έτσι κατευθύνουν τους ασφαλισμένους αναλόγως. Οι γιατροί, είτε εκδίδουν ηλεκτρονικές συνταγές είτε, εάν είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., συνταγογραφούν στο συνταγολόγιο ενιαίου τύπου, εφόσον δεν είναι δυνατόν να συνταγογραφήσουν ηλεκτρονικά. Κάθε φάρμακο, πρέπει να συνταγογραφείται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας. Η συνταγή των φαρμάκων μπορεί να εκτελεστεί εντός πέντε ημερών, αφού προηγουμένως έχει θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, όπου αυτό προβλέπεται και σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ (2017).

Με τον Ν. 4238/2014, μετά από απαίτηση της Τρόικας, αλλάζει ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Πλέον θα είναι μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή στον ρόλο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αποτελεί και αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα πρόκειται για μία σημαντική επέκταση αναφορικά με τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος προσπαθεί να υποκαταστήσει σε πολλές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Σύμφωνα με ερευνητές και όπως αναφέρει ο Niakas D. (2013), η αλλαγή της λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αποτελεί μία προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και ο περιορισμός του ρόλου του μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, στοχεύει στο να γίνει συγκέντρωση των πόρων αποκλειστικά σε έναν και μόνο φορέα, να επιτευχθεί η βέλτιστη και ορθολογικότερη διαχείριση των χρημάτων και των δαπανών, καθώς και αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Γενικότερα και με σαφείς αναφορές που έχουν γίνει από τον Οικονόμου Χ. (2014), βασικός στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή τους.

**5.6 Τα προβλήµατα που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία**.

Σχετικά µε τη θεσµική τους µορφή, τα ελληνικά νοσοκοµεία είναι, χαρακτηριστικά, εταιρικό σώµα του δηµόσιου νόµου. Κατά συνέπεια, αν και αποτελούν τα ανεξάρτητα, αυτοδιαχειριζόµενα όργανα, ενσωµατωµένα στο κράτος, δηλαδή στον δηµόσιο τοµέα, ο κώδικας των δηµοσίων υπαλλήλων, που ορίζει τη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναµικού, τείνει να είναι συχνά αµφισβητούµενος, αφήνοντας µικρά περιθώρια για καλή διαχείριση (βλέπε αναφορές των Σιγάλας (1994), Παπανικολάου και Σιγάλας (1994). Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θέση των ελληνικών νοσοκοµείων έχει επιλεχτεί µε έναν µάλλον περιστασιακό τρόπο. Με εξαίρεση έναν περιορισµένο αριθµό νοσοκομείων, τα περισσότερα στεγάζονται σε παλαιά κτήρια ή στα κτήρια που κατασκευάστηκαν για άλλους λόγους αρχικά και κατέληξαν νοσοκοµεία.

Οι σταθερές αναδιοργανώσεις που έχουν πραγµατοποιηθεί δεν ήταν πάντα οι κατάλληλες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επηρεάζει την λειτουργία των νοσοκοµείων µε αρνητικό τρόπο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Σιγάλας (1994), Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000). Αν και σχετικά µε τα προηγούµενα έτη ο εξοπλισµός των νοσοκοµείων, όπως οι µηχανές, οι συσκευές και τα όργανα της υψηλής τεχνολογίας, έχουν αναβαθµιστεί λόγω της ταχείας διάδοσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα, ακόµα θεωρείται ανεπαρκής. Επιπλέον, η έλλειψη δηµοσιονοµικού ελέγχου, µαζί µε την απουσία ενός σύγχρονου νοσοκοµειακού προϋπολογισµού, δεν εξασφαλίζει τα απαραίτητα οικονοµικά κίνητρα από πλευράς προσωπικού με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να αναπτυχθούν αποδοτικές, από πλευράς κόστους, διεργασίες. Όπως ευκρινώς αναφέρουν οι Πολύζος (1994), Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000), το σύστηµα λογιστικής είναι ξεπερασµένο, ενώ µόνο µερικά νοσοκοµεία κατέχουν τα πληροφοριακά συστήµατα. Σήµερα, ο αριθµός υπαλλήλων που εργάζονται στα νοσοκοµεία, είναι σαφέστατα υψηλότερος σε σχέση µε το παρελθόν. Εντούτοις, αυτός ο αριθµός δεν µπορεί ακόµα να θεωρηθεί ικανοποιητικός, προκειμένου να καλύψει τις σύγχρονες απαιτήσεις στα νοσοκοµεία.

Οι εσωτερικές διαδικασίες λειτουργίας δεν έχουν καθιερωθεί ακόµα. Η συνηθισµένη έλλειψη εσωτερικών διαδικασιών, αυξάνει τα προβλήµατα στην συνεργασία και στις σχέσεις µεταξύ των µελών του προσωπικού ενώ παράλληλα παρατηρούνται πολυάριθµα προβλήµατα επικοινωνίας. Επίσης, παρατηρείται σχετική έλλειψη της επιθεώρησης και όλο αυτό έχει ως αποτέλεσµα να µην είναι εύκολο να εξασφαλιστεί η ποιότητα και η παραγωγικότητα στην εργασία.

Ακόµη, όσο ο ρόλος, οι ικανότητες και η λειτουργία της διοίκησης και της διαχείρισης δεν διαχωρίζονται πλήρως, η σύγχυση φαίνεται να αποτελεί ένα µόνιµο πρόβληµα. Ένας επιπλέον σηµαντικός παράγοντας, αποτελεί το γεγονός ότι τα ελληνικά νοσοκοµεία αντιµετωπίζουν τεράστια οικονοµικά προβλήµατα, µε αποτέλεσµα να µην εστιάζουν στην εφαρµογή της ποιότητας στο εσωτερικό του οργανισµού. Τέλος, η έλλειψη εξειδικευµένων υπαλλήλων, οι οποίοι θα µπορούσαν να καθοδηγήσουν και να εφαρµόσουν µία νέα πολιτική υγείας, δεν πρέπει να παραµεληθεί.

**5.7** **Υγεία και ποιότητα των ελληνικών νοσοκομείων.**

Τα ελληνικά νοσοκομεία, κατόπιν σχετικών αναφορών της Οικονομοπούλου (1991), καταναλώνουν αναλογικά το µεγαλύτερο µέρος του συνολικού κεφαλαίου, το οποίο με τη σειρά του απορροφάται για διαφορετικές δραστηριότητες της υγειονοµικής περίθαλψης. Για το λόγο αυτό, τα νοσοκοµεία είναι ο κύριος στόχος κάθε προσπάθειας που γίνεται, προκειμένου να αναβαθµιστεί το σύστηµα υγείας. Η ποιοτική και ποσοτική ανεπάρκεια των νοσοκομειακών μονάδων, αντανακλάται στην ανεπάρκεια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σήμερα, τα πολυάριθμα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από τα ελληνικά νοσοκοµεία οδηγούν σε ένα µη αποτελεσµατικό σύστηµα υγειονοµικής περίθαλψης, το οποίο χρειάζεται να µεταρρυθµιστεί. Αυτή η µεταρρύθµιση, µπορεί να επιτευχθεί µέσω της εφαρµογής των συστηµάτων διοίκησης ολικής ποιότητας. Η συµµετοχή της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, δεν θα µπορούσε να αφήσει τον τοµέα της υγείας ανεπηρέαστο. Στα πλαίσια της εφαρµογής της έννοιας για µια ενωµένη Ευρώπη, είναι δυνατό να παρατηρηθεί µία συνεργασία στον τοµέα της ιατρικής έρευνας και µίας σταθερής κυκλοφορίας των ιδεών, οι οποίες δεν επιτρέπουν στην Ελλάδα να παραµείνει µυωπική, ειδικά όσον αφορά στις υπηρεσίες υγειονοµικής περίθαλψης.

**5.8 Η ανάγκη για εισαγωγή της ∆ιοίκησης Oλικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη.**

Όπως εκτενώς έχει αναφερθεί στα προηγούµενα κεφάλαια, τα τελευταία χρόνια, η προσοχή έχει εστιαστεί περισσότερο στα ζητήµατα της ποιότητας στην υγειονοµική περίθαλψη, αλλά και στη διασφάλιση της ποιότητας στο τοµέα της οργάνωσης και της πολιτικής υγείας. Σήµερα, περισσότερο από ποτέ, τα νοσοκοµεία φαίνεται να δίνουν έµφαση στην ποιότητα και την βελτίωσή τους, σύμφωνα με αναφορές του Bradburry et al. (1998). Στο ανταγωνιστικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης, η επιτυχία στην παροχή των υψηλής ποιότητας υπηρεσιών καθώς και στην οικοδόµηση µιας αξιοσέβαστης φήµης, έχει γίνει µία ηθική και οργανωσιακή απαίτηση (βλέπε αναφορές από τους Lam και Simons (1997), Black (1990), Ovretveit (1990) και Curry et al. (1997).

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ετών, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν ιδρύσει και έχουν προωθήσει τα απαραίτητα όργανα, τις διαδικασίες, τις διεθνείς οργανώσεις και τις υπηρεσίες, που σαν σκοπό τυος έχουν να αξιολογήσουν και να διασφαλίσουν όλους τους παράγοντες που συνδέονται µε την ποιότητα (βλέπε σχετικές αναφορές από Champagne et al., 1997, Short και Rahim, 1995). Σε αντίθεση µε τις σημαντικές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί αναφορικά µε την εξασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης και την εφαρµογή των προγραµµάτων ποιότητας στην υγειονοµική περίθαλψη σε όλες τις αναπτυγµένες χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να µένει πίσω.

**5.9 Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε.**

Η έρευνα των Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρα σχετικά µε την εφαρµογή της διοίκησης ολικής ποιότητας στην ελληνική υγειονοµική περίθαλψη, πραγματοποιήθηκε βάσει ενός δοµηµένου ερωτηµατολόγιου, αποτελούµενο από 95 ερωτήσεις, σύµφωνα µε τις κατηγορίες του Ευρωπαϊκού µοντέλου ποιότητας. Το ερωτηµατολόγιο χρησιµοποιήθηκε για να λάβει τα στοιχεία και τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση της ποιότητας, την εφαρµογή των συστηµάτων διοίκησης ποιότητας και για την έρευνα της θέσης που κατέχει η διοίκηση ολικής ποιότητας στα ελληνικά δηµόσια νοσοκοµεία. Η έρευνα πραγµατοποιήθηκε στα ελληνικά νοσοκοµεία κατά τη διάρκεια έξι µηνών, από το Μάιο του 1998 µέχρι και τον Οκτώβριο του 1998. Η ανάλυση των αποτελεσµάτων της έρευνας, έγινε σύµφωνα µε το EFQM και εξετάστηκαν τα ακόλουθα στοιχεία:

* Ο ρόλος της ηγεσίας στην εφαρµογή των συστηµάτων διαχείρισης της ποιότητας,
* η επάρκεια των πόρων και η χρήση πληροφοριακών συστηµάτων καθώς και η πολιτική και στρατηγική ποιότητας των ελληνικών δηµόσιων νοσοκοµείων,
* η γνώση του ανθρώπινου δυναµικού σε ζητήµατα ποιότητας και επάρκειας του προσωπικού του νοσοκοµείου,
* η κατάσταση των διεργασιών όσον αφορά την οργανωτική δοµή, τους µηχανισµούς ποιότητας και την πιστοποίηση των διαδικασιών,
* η εφαρµογή διαδικασιών που θα µπορούσαν να οδηγήσουν στην ικανοποίηση των πελατών και το
* το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζοµένων.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ο αντίκτυπος στην κοινωνία δεν έχει αναλυθεί, διότι πηγάζει από την αποδοτική και αποτελεσµατική λειτουργία των νοσοκοµείων και έτσι αποτελεί ένα γενικό αποτέλεσµα της έρευνας. Επίσης, δε γίνεται αναφορά στα οικονοµικά αποτελέσµατα, λόγω έλλειψης στοιχείων σχετικά µε την οικονοµική απόδοση των νοσοκοµείων.

#### **5.9.1 Υπόθεση πάνω στην οποία στηρίχτηκε η έρευνα.**

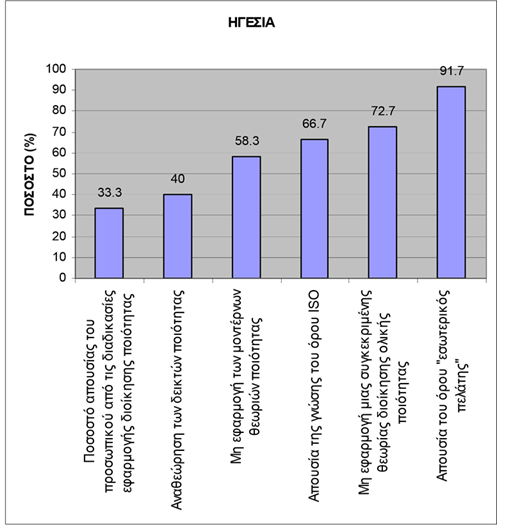
Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία, τα ελληνικά δηµόσια νοσοκοµεία δεν φαίνεται να ακολουθούν σε ικανοποιητικό βαθµό την παγκόσµια τάση της εφαρµογής των αρχών ποιότητας και των συστηµάτων διαχείρισης. Η έρευνα βασίστηκε σε αυτήν την υπόθεση και εξετάζει την οργανωµένη και επιστηµονική εφαρµογή των συστηµάτων διοίκησης ολικής ποιότητας στα ελληνικά δηµόσια νοσοκοµεία. Αρκετά είναι τα στοιχεία εκείνα, τα οποία παρουσιάζονται ως εµπόδιο στην παραγωγική και οµαλή λειτουργία των νοσοκοµείων. Αυτά αναλύονται ως εξής:

* Η γενική σύγχυση που επικρατεί αναφορικά µε την έννοια της ποιότητας.
* Η απουσία γραπτής πολιτικής ποιότητας.
* Η έλλειψη συστηµατικής κατάρτισης στην ποιότητα.
* Τα οικονοµικής φύσης προβλήµατα.
* Η έλλειψη των πόρων.
* Η απουσία µίας σαφούς πολιτικής υγείας σε κεντρικό επίπεδο.

**5.9.2 Αποτελέσµατα της έρευνας.**

Τα αποτελέσµατα της έρευνας όπως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 5.1, έδειξαν ότι στη µεγάλη πλειοψηφία των νοσοκοµείων που µελετήθηκαν, η εφαρµογή των ποιοτικών προσεγγίσεων στην ελληνική υγειονοµική περίθαλψη βρίσκεται σε αρχικό στάδιο. Ο κύριος παράγοντας που σταµατά την υιοθεσία των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας έγκειται στην άγνοια από την πλευρά της ηγεσίας των νοσοκοµείων, των θεµάτων που σχετίζονται µε την ποιότητα, δεδοµένου ότι οι µάνατζερ αυτών δεν φαίνονται να είναι σε θέση να εφαρµόσουν τις σύγχρονες µεθόδους διαχείρισης και συχνά δεν κατέχουν την απαιτούµενη πληροφόρηση. Πιο συγκεκριµένα:

* Το 58.3% των µάνατζερ δεν είναι έτοιµο να εφαρµόσει θεωρίες διοίκησης που να επηρεάζουν ενεργά την δοµή του νοσοκοµείου.
* Το 91.7% των µάνατζερ δεν είναι καλά πληροφορηµένο σχετικά µε τον όρο εσωτερικός πελάτης, ενώ το 66.7% έχει χαµηλή γνώση σχετικά µε την πιστοποίηση τoυ ISO.
* Μόνο το 40% της ηγεσίας αναθεωρεί τακτικά τους βασικούς δείκτες ποιότητας προκειµένου να αξιολογήσει την απόδοση του οργανισµού.
* Το 33.3% της ηγεσίας δεν έχει ενεργό προσωπική συµµετοχή σε όλες τις δραστηριότητας τις σχετικές µε την ποιότητα, όπως η θέσπιση και ο προγραµµατισµός στόχων.
* Το 72.7% της ηγεσίας δεν εφαρµόζει µια συγκεκριµένη θεωρία ή ένα πρόγραµµα διοίκησης ολικής ποιότητας.



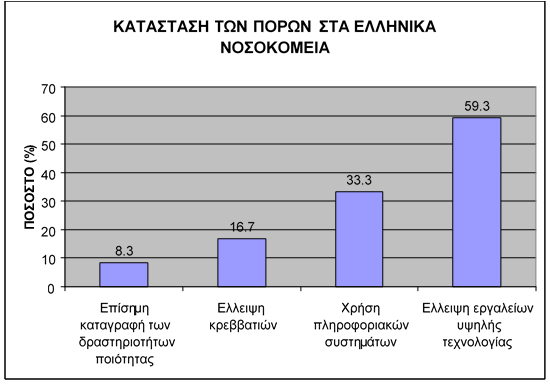
**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

**Διάγραμμα 5.1**

**Διαγραμματική απεικόνιση της εφαρμογής των ποιοτικών προσεγγίσεων στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη.**

Τα ελληνικά νοσοκομεία εμφανίζονται να αντιµετωπίζουν σηµαντικά προβλήµατα, τα οποία εµποδίζουν την οµαλή λειτουργία τους και τις κινήσεις τους για βελτίωση της ποιότητας. Η έλλειψη πόρων όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.2, είναι ένα βασικό πρόβληµα. Παρόλο τον εκσυγχρονισµό που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε συστήµατα και όργανα υψηλής τεχνολογίας, το 59.3% των νοσοκοµείων στερούνται αυτών των οργάνων που θα βοηθούσαν σηµαντικά να καλύψουν πλήρως τις απαιτήσεις των ασθενών τους για διάγνωση και θεραπεία. Όσον αφορά στο πρόβληµα µε τα κρεβάτια των νοσοκοµείων, δηλώθηκε ότι το έλλειµµα δεν είναι ιδιαίτερα µεγάλο αλλά απαιτείται καλύτερη διαχείριση.

Η χρήση των πληροφοριακών συστηµάτων στα ελληνικά νοσοκοµεία είναι περιορισµένη. Μόνο το ένα τρίτο (1/3) των νοσοκοµείων, που αποκρίθηκαν στην έρευνα, χρησιµοποιεί κάποιο πληροφοριακό σύστηµα. Εντούτοις, αυτά τα πληροφοριακά συστήµατα δεν καλύπτουν όλο το φάσµα των διαδικασιών. Τέλος, µόνο το 8.3% των νοσοκοµείων ανέφεραν ότι κρατούν µία επίσηµη έκθεση σχετικά µε τις δραστηριότητες ποιότητας. Τα αποτελέσµατα αυτά, παρουσιάζονται γραφικά στο διάγραμμα 7.



**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

**Διάγραμμα 5.2**

**Διαγραμματική απεικόνιση κατάστασης πόρων στα Ελληνικά νοσοκομεία.**

Όσον αφορά στη στρατηγική και πολιτική, η ποιότητα δεν εφαρµόζεται ενεργά και δεν αποτελεί στόχο του οργανωτικού προγραµµατισµού και µέρος της αποστολής, στη µεγάλη πλειοψηφία των νοσοκοµείων όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.3. Μόνο µερικά νοσοκοµεία έχουν µία σαφή πολιτική ποιότητας. Πιο συγκεκριµένα:

* µόνο 8.3% των νοσοκοµείων, δήλωσε ότι η ποιότητα αποτελεί µέρος της αποστολής τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι στόχοι των νοσοκοµείων αναφορικά µε την ενηµέρωση των µονάδων τους ή την κατασκευή νέων µονάδων είναι περιορισµένοι,
* µόνο το 8.3% των νοσοκοµείων δήλωσε ότι έχουν καθιερωθεί σηµαντικοί στόχοι ποιότητας,
* µόνο το 16.7% των νοσοκοµείων ανέφερε ότι εφαρµόζουν µεθόδους αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας,
* η επιστηµονική εφαρµογή των θεωριών ποιότητας είναι σπάνια (83.3% των νοσοκοµείων δεν έχουν µια επίσηµη υιοθετηµένη πολιτική ποιότητας),
* η εµπειρική εφαρµογή τους είναι µάλλον κοινή. Μόνο το 58.3% των νοσοκοµείων δήλωσε ότι σκοπεύουν να ακολουθήσουν συγκεκριµένη πολιτική ποιότητας στο µέλλον. Αυτό το ποσοστό, θεωρείται χαµηλό σχετικά µε την ανάγκη για τη βελτίωση της ποιότητας στην ελληνική υγειονοµική περίθαλψη.

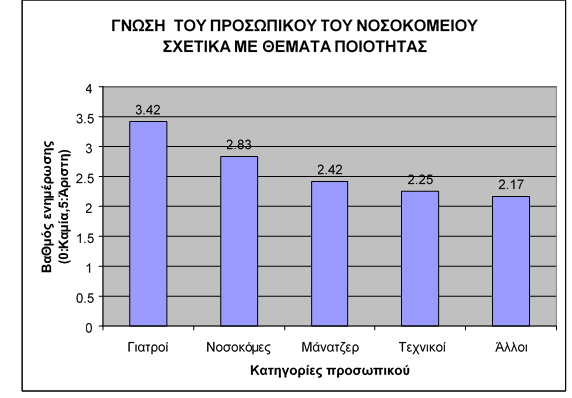


**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

**Διάγραμμα 5.3**

**Διαγραμματική απεικόνιση πολιτική ποιότητας.**

Στην περίπτωση του ανθρώπινου δυναμικού, η απουσία των εκπαιδευτικών προγραµµάτων για ζητήµατα ποιότητας είναι χαρακτηριστική. Οποιεσδήποτε υπάρχουσες µορφές κατάρτισης, αφορά, τις περισσότερες φορές, κατάρτιση σχετική µε το επάγγελµα όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.4. Αυτό το είδος κατάρτισης, απευθύνεται κυρίως στο ιατρικό (100% των περιπτώσεων) και νοσηλευτικό προσωπικό (81.8%). Οι µάνατζερ και οι τεχνικοί, είναι οι λιγότερο συχνά εκπαιδευόµενοι, ενώ σε άλλες κατηγορίες του προσωπικού, σπάνια παρέχεται οποιαδήποτε µορφή κατάρτισης. Επιπλέον, µόνο το 16.67% των νοσοκοµείων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, συλλέγουν τακτικά και ανανεώνουν πληροφορίες σχετικές µε την ποιότητα. Εποµένως, η συνειδητοποίηση των ζητηµάτων ποιότητας από το προσωπικό των νοσοκοµείων, δεν µπορεί να θεωρηθεί επαρκής.

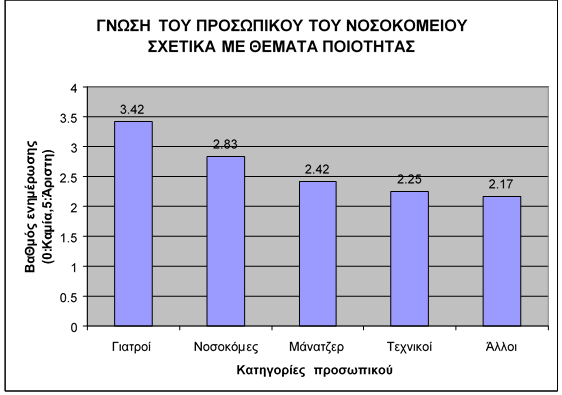


**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000)**

**Διάγραμμα 5.4**

**Διαγραμματική απεικόνιση κατάρτισης προσωπικού σε θέματα ποιότητας.**

***Γνώση του προσωπικού του νοσοκοµείου σχετικά µε θέµατα ποιότητας***: Η χρήση των εργαλείων και των τεχνικών διοίκησης ολικής ποιότητας, όπως για παράδειγμα οι κύκλοι ποιότητας και διάφορες έρευνες και οµάδες εισήγησης είναι σπάνια, όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 5.5. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εφαρµογή των προγραµµάτων ποιότητας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις πρωτοβουλίες των υπαλλήλων και δεν προέρχεται από ένα οργανωµένο, κεντρικό σχέδιο ή από µία επίσηµη πολιτική ποιότητας. Μεµονωµένες ή συλλογικές προσπάθειες για ποιότητα, ανταµείβονται µόνο ηθικά, καθώς το 91.7% των νοσοκοµείων δεν έχουν έναν ειδικό προϋπολογισµό που να αναφέρεται στα έργα και στα προγράµµατα ποιότητας. Εποµένως, στερούνται τα χρήµατα για ανταµοιβή και αναγνώριση των υπαλλήλων. Τα αποτελέσµατα της έρευνας, έδειξαν ότι το εργατικό δυναµικό, παρόλο που έχει αυξηθεί συγκριτικά µε το παρελθόν, δεν είναι επαρκές.



**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

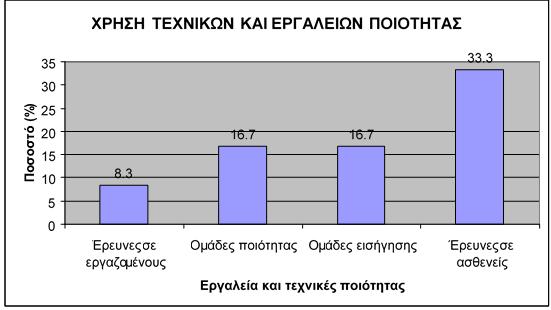
**Διάγραμμα 5.5**

**Διαγραμματική απεικόνιση γνώσης προσωπικού σε θέματα ποιότητας.**

Η έλλειψη εσωτερικών οδηγιών λειτουργίας αποτελεί ένα άλλο κρίσιµο πρόβληµα. Το 66,7% των νοσοκοµείων δήλωσε ότι δεν κάνουν γραπτές αναφορές. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, να δημιουργείται µία σύγχυση µεταξύ των µελών του προσωπικού και χρησιµοποιείται συχνά ως δικαιολογία για την αποφυγή της εργασίας. Σε πολλά νοσοκοµεία, η διοικητική οργάνωση εµφανίστηκε να είναι προβληµατική. Η µελέτη των διεργασιών στα ελληνικά νοσοκοµεία, αποκάλυψε την έλλειψη µίας οργανωτικής δοµής, κατάλληλης να υποστηρίξει την εφαρμογή βελτιώσεων όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.6.

Πιο συγκεκριµένα:

* παρατηρείται απουσία διευθυντών ποιότητας
* οι «επιτροπές ποιότητας» είναι αρµόδιες µόνο για θέµατα επιθεώρησης και δεν ακολουθούν κάποια πολιτική ποιότητας
* η µέτρηση της ποιότητας στα συστήµατα, στις διαδικασίες, στα προϊόντα και στις υπηρεσίες των νοσοκοµείων είναι µέτρια.



**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

**Διάγραμμα 5.6**

**Διαγραμματική απεικόνιση χρήσης τεχνικών & εργαλείων ποιότητας.**

Ένα ποσοστό της τάξης του 27.3% των νοσοκοµείων, έχουν έναν συγκεκριµένο µηχανισµό που να προσδιορίζει σηµαντικές µεταβολές στις διαδικασίες και τα αποτελέσµατα και µια µεθοδολογία, σύμφωνα με την οποία μπορεί να ορίζει και να διορθώνει τις πρωταρχικές αιτίες. Η προληπτική συντήρηση του εξοπλισµού, γίνεται κυρίως από άτοµα που δεν απασχολούνται εσωτερικά από τα νοσοκοµεία. Η έλλειψη ειδικευµένου τεχνικού προσωπικού, οδηγεί σε σπατάλη χρηµάτων, δεδοµένου ότι τα νοσοκοµεία υποχρεώνονται να αναζητήσουν εξωτερική βοήθεια, η οποία τις περισσότερες φορές είναι ακριβή. Επιπλέον, η πιστοποίηση της διαδικασίας είναι σπάνια.

Το υπόβαθρο για την εφαρµογή των προγραµµάτων ποιότητας - όπως για παράδειγμα είναι το υπόβαθρο για την πιστοποίηση των υπηρεσιών - απουσιάζει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Μόνο το 8.3% των νοσοκοµείων, συµµετέχουν σε οποιαδήποτε περιφερειακά ή εθνικά εξωτερικά προγράµµατα διασφάλισης της ποιότητας, όπως τα προγράµµατα πιστοποίησης για ειδικές κατηγορίες του νοσοκοµείου. Ο οµοτεχνειακός έλεγχος (peer review), εφαρµόζεται σπάνια και είναι περιορισµένος µέσα στα νοσοκοµεία. Πιο συγκεκριµένα, κανένα από τα νοσοκοµεία δεν αποδίδει ή υποβάλλεται σε εξωτερικό οµοτεχνειακό έλεγχο - external peer review - ενώ µόνο το 54.5% των νοσοκοµείων διευθύνουν εσωτερικό οµοτεχνειακό έλεγχο.

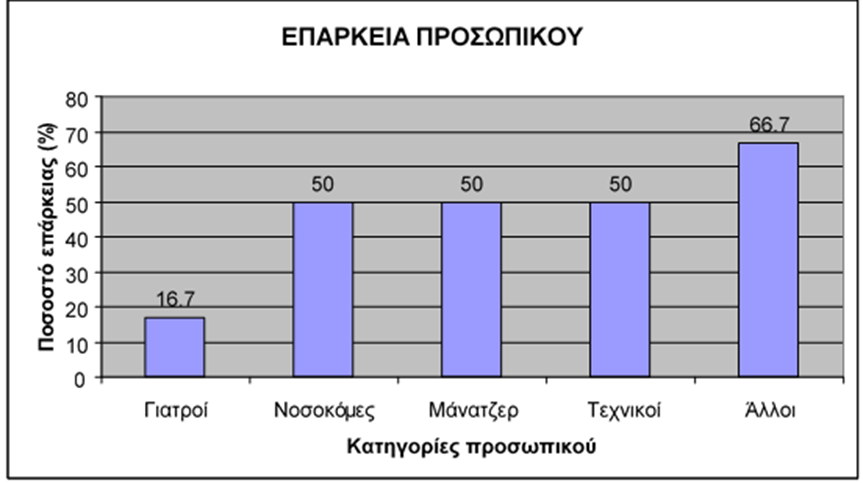
Η έλλειψη µίας δηµιουργικής ανταλλαγής απόψεων και ιδεών σε κρίσιµα θέµατα, παρακωλύει την ανάπτυξη και την εφαρµογή των τεχνικών βελτίωσης της ποιότητας. Όσον αφορά στους προµηθευτές, τα ελληνικά νοσοκοµεία φαίνονται να διατηρούν έναν παραδοσιακό τρόπο της διαχείρισης. Αν και το 83.3% των νοσοκοµείων αναφέρει ότι υιοθετούν µία πολιτική ποιότητας σχετικά µε τους προµηθευτές, η τελική επιλογή των προµηθευτών βασίζεται µόνο στις προσφερόµενες από τους προµηθευτές τιµές, οι οποίες με τη σειρά τους ικανοποιούν τα βασικά κριτήρια της ποιότητας.

Αναφορικά με την ικανοποίηση πελατών, η επικοινωνία µε τους ασθενείς και ο χειρισµός παραπόνων των ασθενών, διευθύνονται µέσω διαφορετικών υπηρεσιών - Γραφείο επικοινωνίας, Επιτροπή για την προστασία των δικαιωµάτων των ασθενών - το όργανο το οποίο επιβάλλεται ή καθιερώνεται µε κυβερνητική νοµοθεσία. Επομένως, το 91.7% των νοσοκοµείων δήλωσε ότι έχουν µία επίσηµη διαδικασία για το χειρισµό των παραπόνων. Εντούτοις, οι πρωτοβουλίες και οι περαιτέρω διαδικασίες επικοινωνίας καθώς και οι έρευνες για το µέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών, είναι λιγοστές. Επιπλέον, µόνο το 25% των νοσοκοµείων ανέφερε ότι χρησιµοποιούν συστηµατικά τα αποτελέσματα των ερευνών για βελτίωση της ποιότητας. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι, η εκπαίδευση και οι πληροφορίες σε θέµατα που αφορούν τους ασθενείς, δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικές. Το 75% των νοσοκοµείων ανέφερε, ότι δεν υπάρχει µία ειδική υπηρεσία από όπου οι ασθενείς µπορούν να πληροφορηθούν σχετικά µε τις δυνατότητες θεραπείας που παρέχει το νοσοκοµείο.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των εργαζομένων, η πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκοµείων δεν ερευνά το επίπεδο ικανοποίησής τους.

Τα κύρια προβλήματα που τα νοσοκομεία όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.7, αντιμετωπίζουν σχετικά µε τους υπαλλήλους τους είναι:

* απουσία των υπαλλήλων (75%)
* καταγγελίες (41.7%)
* απεργίες (33.3%)



**Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας (2000).**

**Διάγραμμα 5.7**

**Διαγραμματική απεικόνιση επάρκειας προσωπικού.**

Επομένως, γίνεται εύκολα αντιληπτό, οτι υπάλληλοι των νοσοκοµείων δεν παρουσιάζονται ικανοποιηµένοι. Η έλλειψη σύγχρονων διοικητικών µεθόδων, τα λιγοστά κίνητρα, η µη ικανοποιητική αµοιβή και οι περιορισµένες ευκαιρίες ανέλιξης, συνδυαζόµενα συχνά µε το κακό εργασιακό περιβάλλον, είναι παράγοντες που οδηγούν στη δυσαρέσκειά τους.

Τέλος, εκτός από την έλλειψη των πόρων (ανθρώπινο δυναµικό, βιοϊατρικός εξοπλισµός), τα ελληνικά νοσοκοµεία αντιµετωπίζουν άλλα κρίσιµα προβλήµατα. Ένα από τα προβλήματα αυτά είναι η τοποθεσία τους, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις έχει επιλεγεί τυχαία. Ένα άλλο σηµαντικό πρόβληµα αφορά τις εγκαταστάσεις τους, οι οποίες δεν καλύπτουν τις λειτουργικές απαιτήσεις, δεδοµένου ότι είναι παλαιές. Αυτά τα προβλήµατα εµποδίζουν την αποτελεσµατική λειτουργία των νοσοκοµείων και την επέκταση των δραστηριοτήτων τους.

**5.10 Προτάσεις προς βελτίωση.**

Η ανάγκη για ανανέωση και νέες µεθόδους διαχείρισης-διοίκησης και πολύπλευρης αναδόµησης των ελληνικών νοσοκομείων, είναι επιτακτική. Προκειµένου να εξασφαλιστεί µία επιτυχής εφαρµογή των ανωτέρω ενεργειών, οι οποίες αναµένεται να οδηγήσουν σε µία αποδοτική και αποτελεσµατική λειτουργία των συστηµάτων υγείας, οι ακόλουθες ενέργειες όπως αυτές αναφέρονται στους Οικονοµοπούλου (1991) και Σιγάλα (1994), κρίνονται ουσιαστικής σηµασίας:

* Ο προσδιορισμός µίας σαφούς, λεπτοµερούς και συγκεκριµένης πολιτικής υγείας σε κεντρικό επίπεδο.
* Η αλλαγή του νοµικού και νοµοθετικού πλαισίου των ελληνικών νοσοκοµείων, µε τέτοιο τρόπο που δεν θα στερήσει τα νοσοκοµεία από το δηµόσιο χαρακτήρα τους, αλλά αυτό θα οδηγήσει σε διοικητική ευελιξία, και αποτελεσµατική διαχείριση του ανθρώπινου δυναµικού.
* Η επιµόρφωση των µάνατζερ των νοσοκοµείων σε θέµατα ποιότητας
* Η εφαρµογή ενός σύγχρονου λογιστικού σχεδίου, το οποίο σαφώς θα περιγράφει ικανοποιητικά την υπάρχουσα οικονοµική κατάσταση των νοσοκοµείων.
* Η εισαγωγή σύγχρονων µεθόδων µέτρησης και αξιολόγησης, σε συνδυασμό με την κατανοµή των διαθέσιµων πόρων στα νοσοκοµεία, για την προώθηση της ποιότητας στα νοσοκοµεία.
* Η εκτεταµένη χρήση καλά σχεδιασµένων πληροφοριακών συστηµάτων.
* Η αύξηση των κινήτρων των υπαλλήλων, έτσι ώστε να αυξηθεί η παραγωγικότητά τους και κατά συνέπεια να βελτιωθεί το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ίδιους.
* Η διαθεσιµότητα των πληροφοριών σχετικά µε ζητήµατα ποιότητας, σε όλα τα τµήµατα και τα επίπεδα των εργαζοµένων.
* Η προώθηση µεθόδων και διαδικασιών, έτσι ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης να αποτελεί το κεντρικό σηµείο διαφορετικών δραστηριοτήτων της υγειονοµικής πολιτικής.

Η ουσιαστική οργανωτική και διοικητική αναδιάρθρωση των ελληνικών νοσοκοµείων, αποτελεί τον βασικότερο τρόπο που θα οδηγήσει στην βελτίωση των ελληνικών νοσοκοµείων. Το ελληνικό σύστηµα υγειονοµικής περίθαλψης, απαιτεί την εφαρµογή των σύγχρονων διοικητικών µεθόδων, με τέτοιο τρόπο ώστε να λειτουργήσει σε υψηλά πρότυπα. Με το ίδιο ποσοστό δαπανών υγείας, αλλά µε µία νέα οργανωτική δοµή και κατάλληλες διευθυντικές και διοικητικές επεµβάσεις,, µπορεί να υπάρξει ένα σύστηµα υγειονοµικής περίθαλψης κορυφαίας ποιότητας. Η διοίκηση ολικής ποιότητας, αποτελεί µία ελπιδοφόρο προσέγγιση, η οποία, µε τη σωστή χρήση των αρχών της και µια αποτελεσµατική εφαρµογή, µπορεί να θεραπεύσει πολλά από τα προβλήµατα που αντιµετωπίζονται στο σύστηµα υγειονοµικής περίθαλψης.

**5.11 Προσπάθεια Μεταρρύθµισης - Μάνατζερ υπηρεσιών υγείας -** **Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη».**

Μια πρώτη προσπάθεια µεταρρύθµισης στην χώρα µας, μίας προσέγγισης ποιότητας και εισαγωγή µίας καλύτερης διοίκησης έγινε στο ελληνικό σύστηµα υγείας το 2000. Βασικός σκοπός της μεταρρύθμισης αυτής, ήταν η µετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσµατικό σύστηµα υγείας, το οποίο θα είχε τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στις πραγµατικές ανάγκες και προσδοκίες τον Έλληνα πολίτη και θα παρείχε αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Κεντρικός στόχος αυτής της ενέργειας, ήταν η άσκηση εθνικής πολιτικής, µε έµφαση κυρίως στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσµού, καθώς και η προσπάθεια κατοχύρωσης ισότιµης πρόσβασης στο σύστηµα υγείας και αξιοπρεπούς αντιµετώπισης των Ελλήνων πολιτών. Αυτή η αλλαγή, θα διατηρούσε και θα διασφάλιζε το δηµόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ, ενώ βασικό µέλημα θα αποτελούσε η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκοµείων.

Για την αποτελεσµατικότητα του συστήµατος και την ποιότητα των παρεχόµενων υπηρεσιών, καθοριστικός θα ήταν ο ρόλος όλων των εργαζοµένων στο ΕΣΥ. Το νέο περιβάλλον της µεταρρύθµισης ευνοούσε την καταξίωση του ανθρώπινου παράγοντα µέσα από νέους κανόνες, αρχές και λειτουργίες στο σύστηµα.

Με το Σχέδιο Μεταρρύθµισης «Υγεία για τον Πολίτη», δόθηκε έµφαση στην ανάγκη ανάληψης της διοίκησης των νοσοκοµείων από έναν ∆ιοικητή - Manager, ο οποίος θα είχε και τη γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας, στα πλαίσια σαφώς καθορισµένων από το νόµο αρµοδιοτήτων, σε συνεργασία µε το Συντονιστικό Συµβούλιο ∆ιοίκησης (∆ιοικητής και 4 ∆ιευθυντές Ιατρικών, Νοσηλευτικών, ∆ιοικητικών - Οικονοµικών και Τεχνικών - Ξενοδοχειακών Υπηρεσιών). Παράλληλα, για τη νέα διοικητική δοµή και λειτουργική συγκρότηση των Νοσοκοµείων, θεωρήθηκε χρήσιµη η εκπόνηση νέων και σύγχρονων κανονισµών και οργανισµών, που θα λειτουργούσαν τα Νοσοκοµεία. Με βάση τους νέους οργανισµούς, η κατανοµή ή ανακατανοµή σε κλίνες, εργαστήρια, ιατροτεχνολογικό εξοπλισµό και ανθρώπινο δυναµικό ήταν επιβεβληµένη.

Ένας ακόµη στόχος της µετεξέλιξης του ΕΣΥ, αποτελεί η συγκρότηση νέων τµηµάτων και υπηρεσιών για την υποστήριξη του έργου της διοίκησης των Νοσοκοµείων, δηµιουργώντας με τον τρόπο αυτό τµήµατα ποιοτικού ελέγχου, πληροφορικής, στατιστικής, κοστολόγησης κ.ά.. Σε αυτό το σηµείο θα πρέπει να αναφερθεί, ότι η ανάγκη ανάληψης της διοίκησης των νοσοκοµείων από έναν ∆ιοικητή, η εκπόνηση νέων και σύγχρονων κανονισµών και η δηµιουργία τµηµάτων, αποτελούν τα µόνα µέτρα αυτής της µεταρρύθµισης που εξελίχτηκαν και σε ένα βαθµό εφαρµόστηκαν.

Οι επιλογές που υιοθετήθηκαν για τους όρους και τις προϋποθέσεις της µεταρρύθµισης, βασίστηκαν στα ισχύοντα πρότυπα από ετών στις Ευρωπαϊκές χώρες, µε προσαρµογή στην Ελληνική πραγµατικότητα. ∆υστυχώς όµως, η εφαρµογή του δεν επιτεύχθηκε εξ’ ολοκλήρου.

Όπως αναφέρει ο Ματσαγγάνης, όσον αφορά την σηµασία των µεταρρυθµίσεων στην χώρα µας στο ελληνικό κράτος πρόνοιας, βασικό µέληµα είναι η εξέταση και υιοθέτηση προτεραιοτήτων. Ο θεσµός της διοίκησης ολικής ποιότητας, µπορεί να έχει εφαρµοστεί µε επιτυχία σε άλλες χώρες της Ευρώπης, αλλά κάθε χώρα έχει να αντιµετωπίσει τα δικά της προβλήµατα και να δώσει λύσεις σε αυτά, σύµφωνα µε τα δικά της µέτρα. Εποµένως, λύσεις που δίνονται σε διαφορετικά προβλήµατα, όσο επιτυχηµένες και αν είναι, δεν µπορούν να έχουν την ίδια απόδοση, αποτελεσµατικότητα και εποµένως επιτυχία όταν εφαρµόζονται σε διαφορετικά δεδοµένα. Έτσι, µία αποσπασµατική χρήση των αρχών ποιότητας που θα µπορούσαν να συµπεριλαµβάνονται σε ένα γενικότερο µοντέλο ανάπλασης του ελληνικού Εθνικού Συστήµατος Υγείας, θα µπορούσε να επιφέρει µεγαλύτερη αποδιοργάνωση στο σηµερινό σύστηµα υγείας. Προκειµένου λοιπόν να στεφθούν µε επιτυχία όλες αυτές οι µεταρρυθµιστικές αλλαγές, θα πρέπει πρώτα να δοκιµαστούν ολοκληρωµένα αποτελεσµατικές µέθοδοι προγραµµατισµού, διαχείρισης και ποιότητας.

**5.12 Ενέργειες Ποιοτικής Αναβάθµισης του Εθνικού Συστήµατος Υγείας.**

Σήµερα, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει κατανοήσει πως προκειµένου να βελτιώσει το επίπεδο των παρεχοµένων υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης, οφείλει να θέσει σε εφαρµογή µία σειρά από συντονισµένες ενέργειες και µέτρα. Ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, είναι να τεθούν σε εφαρµογή όλες οι συστηµατικές ενέργειες που απαιτούνται προκειµένου:

* να διασφαλιστεί η αποτελεσµατικότητα των υπηρεσιών του τοµέα της Υγείας και η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων του Εθνικού Συστήµατος Υγείας,
* να βελτιωθούν, σε διαρκή βάση, η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανότητα του Εθνικού Συστήµατος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσµού,
* να εγγυηθεί την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας, σύµφωνα µε τις προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας και µε τους όρους και τις προϋποθέσεις της άδειας λειτουργίας τους και
* να αναγνωριστεί, να εκτιµηθεί και να διαχειριστεί κινδύνους για τη δηµόσια υγεία, τους ασθενείς, τους εργαζοµένους στις Μονάδες Υγείας και τον πληθυσµό, καθώς και την ασφαλή παροχή υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, θεωρεί ότι αποτελεί κρίσιµο παράγοντα βελτίωσης η γνωστοποίηση, σύµφωνα µε τις προδιαγεγραµµένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας, στοιχείων απαραίτητων για την ενηµέρωση των πολιτών, ασφαλιστικών οργανισµών και άλλων καταναλωτών και ενδιαφεροµένων µερών, σχετικά µε το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά των παρεχοµένων υπηρεσιών του τοµέα Υγείας, σε όρους κόστους, οφέλους και ποιότητας. Ακόµη, βασική είναι η γνωστοποίηση στοιχείων σχετικά µε την αποτελεσµατικότητα του Εθνικού Συστήµατος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ένας ακόµη τοµέας που το Υπουργείο ενδιαφέρεται να εστιάσει, αποτελεί η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Το ανθρώπινο δυναµικό, αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη των υπηρεσιών του τοµέα της Υγείας. Είναι λοιπόν ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αλλά και των Μονάδων Υγείας, να προβαίνουν σε όλες τις συστηµατικές εκείνες ενέργειες που απαιτούνται για τη διαρκή εκπαίδευση, επιµόρφωση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελµατιών υγείας και του λοιπού προσωπικού των Μονάδων Υγείας, ως θεµελιώδους προϋπόθεσης για την ασφάλεια και διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Αυτό απαιτεί:

* συστηµατική συνεργασία µεταξύ των εκπαιδευτικών οργανισµών, των Μονάδων Υγείας και των επιστηµονικών και επαγγελµατικών φορέων,
* οργάνωση των Μονάδων Υγείας, ώστε να συνιστούν παράλληλα περιβάλλον µάθησης, εξειδίκευσης και διαρκούς επαγγελµατικής ανάπτυξης των επαγγελµατιών υγείας και του λοιπού προσωπικού,
* συστηµατική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των προγραµµάτων, των γνώσεων και δεξιοτήτων και εν γένει του συστήµατος ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναµικού του τοµέα Υγείας και τέλος
* πιστοποίηση δεξιοτήτων, που αποκτώνται µέσω των δράσεων κατάρτισης και επιµόρφωσης.

Ένας άλλος τοµέας που το Υπουργείο δεν ξεχνά να αναφέρει, είναι εκείνος της επιστηµονικής έρευνας και καινοτοµίας στον τοµέα της Υγείας. Πρόκειται για τον τομέα εκείνο, ο οποίος οδηγεί στην ανάπτυξη της γνώσης και κατ’ επέκταση στη βελτίωση των παρεµβάσεων και των τεχνικών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά και όλων των εποπτευοµένων µονάδων του, να προωθούν και να υποστηρίζουν την ανάπτυξη ερευνητικής δραστηριότητας στο πλαίσιο των κανόνων ασφαλείας, ηθικής και δεοντολογίας και να ενθαρρύνουν την ενσωµάτωση στην κλινική πράξη των επικυρωµένων επιστηµονικών εξελίξεων.

Τέλος, για την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας, κρίνεται αναγκαία η προδιαγραφή αυτών σε Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας. Τα Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας, θα δηµιουργούνται και θα αναθεωρούνται συστηµατικά, µέσα από διαδικασίες τυποποίησης που τα καθιστούν ανά πάσα στιγµή κανόνες της τέχνης και της επιστήµης (state-of-theart). Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης µέσω των αρµοδίων οργάνων του, µε την εφαρµογή του Νόµου, θα ελέγχει και θα επαληθεύει την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών του τοµέα Υγείας (βλέπε www.ypyg.gr).

**5.12.1** **Σχέδια επί χάρτου για την αναβάθµιση του ΕΣΥ το έτος 2005.**

Σε ασκήσεις ποιοτικής αναβάθµισης του ΕΣΥ επί χάρτου, έχει ήδη αρχίσει από το Μάρτιο του 2005 να επιδίδεται το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πρόκειται για το Σχέδιο Νόµου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών Υγείας».

Οι στόχοι του σχεδίου είναι εξαιρετικά φιλόδοξοι, καθώς προβλέπεται η δηµιουργία σηµαντικών οργάνων για τη διασφάλιση της ποιότητας και την προαγωγή της επιστηµονικής έρευνας. Πρόκειται για το «Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών Τοµέα Υγείας», το οποίο παρέχει πληροφορίες στους επαγγελµατίες του ΕΣΥ, το «Παρατηρητήριο ΕΣΥ», το οποίο θα εξυπηρετεί τους πολίτες και θα ανταλλάσσει στοιχεία µε αντίστοιχους φορείς του εξωτερικού και το «Ανοιχτό Φόρουµ Υγείας», ως µηχανισµός µελέτης και διαβούλευσης ειδικών θεµάτων. Για την διασφάλιση της ποιότητας θεσπίζεται το «Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας» και για την εκπαίδευση του προσωπικού το «Ινστιτούτο κατάρτισης και Επιµόρφωσης Ανθρώπινου ∆υναµικού Τοµέα Υγείας». Προβλέπεται, επίσης, η καθιέρωση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή, η πρόσβαση στον οποίο θα γίνεται ύστερα από εξουσιοδότηση.

**5.12.2 Συνοπτική Παρουσίαση του Σχεδίου Νόµου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας» και «το Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών Υγείας».**

Η Ποιότητα και η Ασφάλεια των υπηρεσιών γενικά και ειδικότερα του τοµέα Υγείας, αποτελεί θεµελιώδη απαίτηση της κοινωνίας. Σήµερα η ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, εδράζεται πάνω στην γνώση και την οργάνωση του συστήµατος παροχής τους, ώστε να αποτελούν ένα ενιαίο, διαλειτουργικό σύµπλεγµα διεργασιών. Οι σύγχρονες τεχνολογίες, συµπεριλαµβανοµένων αυτών της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών, αποτελούν βασική συνιστώσα για την αποτελεσµατική παροχή της φροντίδας και µπορούν να δώσουν λύσεις σε σηµαντικά προβλήµατα διάγνωσης και θεραπείας, αφού καθίστανται άµεσα προσβάσιµες οι εµπλεκόµενες αιτούµενες πληροφορίες και Γνώση.

Οι Μονάδες Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν ουσιαστικές αδυναµίες αφοµοίωσης και ενσωµάτωσης των τεχνολογιών αυτών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, καθώς η είσοδός τους εµφανίζεται να εισάγει πολυπλοκότητα και απαιτήσεις για την διαχείριση των αλλαγών που αυτές συνεπάγονται. Η πρόκληση για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν είναι πλέον η απόκτηση της τεχνολογίας µόνο, αλλά η δυνατότητα αφοµοίωσής της. Το κέντρο βάρους της ευθύνης για την βελτίωση της ποιότητας, µεταφέρεται με τον τρόπο αυτό κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται µε οργανωτικές και πολιτισµικές αλλαγές, µε παράλληλη ανάπτυξη και εξέλιξη των αντιλήψεων και την ταυτόχρονη εισαγωγή σύγχρονων µεθόδων σχεδιασµού και τυποποίησης των υπηρεσιών Υγείας.

Το σχέδιο νόµου «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας» και «το Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών Υγείας», έχουν ως κύριο στόχο τη θέσπιση ενός θεσµικού πλαισίου, για πρώτη φορά στην χώρα µας, που να αναφέρεται στην Ποιότητα και την Ασφάλεια των υπηρεσιών του τοµέα Υγείας στο νέο, ταχέως εξελισσόµενο περιβάλλον των σύγχρονων τεχνολογιών Υγείας, επικοινωνιών και πληροφορικής. Προβλέπει την δηµιουργία, πρόσβαση και διάθεση, στις Μονάδες Υγείας, του βασικού ιστού των απαραίτητων υποδοµών που απαιτούνται για την διαρκή ανάπτυξη της ποιότητας και την ασφάλεια των υπηρεσιών, καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναµικού του τοµέα της Υγείας, αξιοποιώντας παράλληλα τις εθνικές υποδοµές για την Ποιότητα.

Αποτελεί το πλέον εξελιγµένο θεσµικό πλαίσιο σήµερα στην Ευρώπη, αφού έχουν ληφθεί υπόψη οι υφιστάµενες καταστάσεις των περισσοτέρων Ευρωπαϊκών χωρών και έχουν εξειδικευτεί στις ελληνικές ανάγκες και προϋποθέσεις. Βασική φιλοδοξία είναι να αποτελέσει πιλότο (αρωγό) και για άλλες πρωτοβουλίες στον κλάδο, διαµορφώνοντας συνθήκες προαγωγής του ανταγωνισµού και βελτίωσης της ανάπτυξης, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας για την χώρα µας.

Ο Νόµος δεν έχει ως στόχο τον καθορισµό λεπτοµερών κανόνων, αλλά τον καθορισµό των ουσιωδών απαιτήσεων και υποχρεώσεων. Οι τεχνικές και τα µέσα για την υλοποίησή τους, χαρακτηρίζονται από την ανάγκη για διαρκή επικαιροποίηση και προβλέπονται να λαµβάνουν την µορφή Εθνικών Προτύπων και / ή Προδιαγραφών Υγείας. Η ένταξή τους σε πλαίσιο Τυποποίησης Υγείας, προσδίδει την απαιτούµενη ευελιξία και αξιοπιστία.

Το Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών τοµέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.), προβλέπεται ως µία εκ των βασικών Υποδοµών για την Ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του µε στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας. Οι επαγγελµατίες Υγείας, θα αναζητούν και θα αξιοποιούν πληροφορίες του Εθνικού Συστήµατος Πληροφοριών, προκειµένου να υποστηρίζονται στην παροχή των υπηρεσιών τους, να βελτιστοποιούν το έργο τους και να συνεισφέρουν στοιχεία σε αυτό. Έτσι θα αρχίσει µία σοβαρή προσπάθεια διαρκούς βελτίωσης του Εθνικού Συστήµατος Υγείας.

Παράλληλα, συνδεδεµένο µε το Εθνικό Σύστηµα Πληροφοριών Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ) είναι το Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήµατος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο θα αξιοποιεί τους πόρους του Ε.Σ.Π.Υ., για την συστηµατική παρακολούθηση του Εθνικού Συστήµατος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και την αξιολόγηση της ικανότητάς του να εξυπηρετεί τους στόχους και τις πολιτικές για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη. Θα αποτελεί επίσης τον κόµβο, µέσω του οποίου θα γίνεται η ανταλλαγή πληροφοριών Υγείας µε τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισµούς.

Η υλοποίηση και συνεχιζόµενη υποστήριξή του Εθνικού Συστήµατος Πληροφοριών τοµέα Υγείας και του Ανθρώπινου ∆υναµικού τοµέα Υγείας στο νέο περιβάλλον των Τεχνολογιών Επικοινωνιών και Πληροφορικής, απαιτεί την ενεργοποίηση του επιστηµονικού δυναµικού της Υγείας, µέσα σε ένα συνεκτικό οργανωτικό και επιχειρησιακό πλαίσιο. Θεσµοθετείται το Ανοικτό Φόρουµ Υγείας, ως βασικός µηχανισµός µελέτης, ανάπτυξης και διαβούλευσης επί θεµάτων που αφορούν στο περιεχόµενο του Εθνικού Συστήµατος Πληροφοριών τοµέα Υγείας, µε την µορφή οδηγών, προδιαγραφών, κωδικοποιήσεων και ταξινοµήσεων, τυποποίησης διεργασιών, κλινικών εγγράφων, πληροφορίας και ανταλλασσόµενων µηνυµάτων, βέλτιστων πρακτικών, κλινικών οδηγιών και συστάσεων. Μέλη του Ανοικτού Φόρουµ Υγείας, θα είναι επιστηµονικές οργανώσεις, επαγγελµατικές εταιρείες, σύλλογοι και άλλες επιστηµονικές Οµάδες Ειδικού Ενδιαφέροντος. Αρµόδιο όργανο για την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης µε το Ανοιχτό Φόρουµ Υγείας και τα µέλη του είναι το Κεντρικό Συµβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (βλέπε αναφορές στο [www.ypyg.gr](http://www.ypyg.gr)). Για την υποστήριξη του Ε.Σ.Π.Υ. και την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας, δηµιουργούνται επιπλέον οι παρακάτω υποδοµές.

**5.12.3** **Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.**

ΤοπροβλεπόµενοΕθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, µετονοµάζεται σε «ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ - Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ» και προβλέπεται να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης. Ο Τοµέας Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, στον οποίο εκχωρείται η συνολική ευθύνη της εκπόνησης του εθνικού σχεδιασµού για την ποιότητα, την προώθηση πρακτικών διοίκησης ποιότητας και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών του τοµέα Υγείας ([www.ypyg.gr](http://www.ypyg.gr)):

* καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες της τυποποίησης για τον τοµέα της Υγείας,
* κοινοποιεί, διαχέει και προωθεί τα εθνικά πρότυπα και τις ελληνικές προδιαγραφές του τοµέα Υγείας και υποστηρίζει τις Μονάδες Υγείας κατά την εφαρµογή τους,
* λαµβάνει µέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της πιστοποίησης των συστηµάτων ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών από ανεξάρτητους οργανισµούς,
* αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών του τοµέα Υγείας στη βάση των στοιχείων και αναφορών του Εθνικού Συστήµατος Πληροφοριών του τοµέα Υγείας,
* δηµοσιοποιεί στοιχεία αναφορικά µε την ποιότητα των υπηρεσιών του τοµέα Υγείας,
* συνεργάζεται µε εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισµούς, σε θέµατα ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών και των τεχνολογιών του τοµέα Υγείας.

**5.12.4 Το Κέντρο ∆ιαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστηµάτων τοµέα Υγείας και το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιµόρφωσης Ανθρώπινου ∆υναµικού τοµέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.∆.Υ.).**

Το Κέντρο ∆ιαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστηµάτων τοµέα Υγείας µε τη µορφή της Ανώνυµης εταιρείας κοινής ωφελείας «Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. Α.Ε.», επιφορτίζεται µε την ευθύνη να φέρει σε πέρας το δύσκολο επιχειρησιακό έργο υλοποίησης του προγράµµατος εκσυγχρονισµού των Μονάδων Υγείας και του ΕΣΥ, στο περιβάλλον της Κοινωνίας της Πληροφορίας και της Γνώσης. Σκοπός του Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ., είναι η ανάπτυξη, διατήρηση και διαθεσιµότητα των πόρων του Εθνικού Συστήµατος Πληροφοριών Τοµέα Υγείας και η αποτελεσµατική υποστήριξη των φορέων παροχής υπηρεσιών τοµέα Υγείας και των επαγγελµατιών τοµέα Υγείας για την ενεργό συµµετοχή τους σε αυτό.

Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιµόρφωσης Ανθρώπινου ∆υναµικού τοµέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.∆.Υ.), συνιστάται και λειτουργεί ως ουσιαστικός µηχανισµός υλοποίησης του σχεδιασµού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναµικού του τοµέα Υγείας, στα πρότυπα βέλτιστων πρακτικών σχεδιασµού, υλοποίησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης των προγραµµάτων κατάρτισης και επιµόρφωσης και των δεξιοτήτων που αποκτώνται µέσω αυτών.

Το Υ.Υ.Κ.Α., έχει ξεκινήσει ήδη να θέτει τις βάσεις πάνω στις οποίες θα µπορεί να στηριχθεί η εφαρµογή του θεσµικού αυτού πλαισίου. Πιο συγκεκριμένα, έχει ολοκληρωθεί η επεξεργασία της συνεργασίας του Κ.Ε.Σ.Υ µε τον ΕΛΟΤ για την συγκρότηση του οργανωτικού πλαισίου Τυποποίησης Υγείας, το οποίο αναµένεται να ξεκινήσει την λειτουργία του άµεσα. Έχουν, παράλληλα, προωθηθεί προς ένταξη στα Ε.Π. της Κ.τ.Π και «Υγεία-Πρόνοια», αναπτυξιακά έργα για την τυποποίηση Υγείας, τόσο σε επίπεδο διαδικασιών όσο και σε επίπεδο κωδικοποιήσεων - ταξινοµήσεων. Σύµφωνα µε το Υπουργείο, µία πρώτη καταγραφή της εκδήλωσης ενδιαφέροντος εκ µέρους των επαγγελµατιών υγείας για την συµµετοχή τους στην τυποποίηση Υγείας και την συγκρότηση του ΕΣΠΥ, ανέδειξε την ύπαρξη του πλέον σηµαντικού κεφαλαίου και προϋπόθεσης, για την επιτυχή υλοποίηση των προβλεποµένων ρυθµίσεων, που είναι η ουσιαστική και αποτελεσµατική συµµετοχή των βασικών µετόχων του συστήµατος, στον σχεδιασµό και την ανάπτυξή του.

**5.12.5 Εξωτερική Αξιολόγηση της Ποιότητας και της Ασφάλειας των Υπηρεσιών του τοµέα της Υγείας.**

Όλοι οι εποπτευόµενοι από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς, µπορούν να επωφελούνται της εξωτερικής αξιολόγησης από διαπιστευµένους, ανεξάρτητους φορείς πιστοποίησης, ως µηχανισµοί βελτίωσης της ποιότητας και ενίσχυσης της αξιοπιστίας τους προς τους καταναλωτές των υπηρεσιών τους. σύμφωνα με αναφορές του [www.ypyg.gr](http://www.ypyg.gr), οι φορείς πιστοποίησης υπηρεσιών του τοµέα Υγείας, θα µπορούν να διαπιστεύονται από το Εθνικό Συµβούλιο ∆ιαπίστευσης (Ε.ΣΥ.∆.) ή άλλους ισοδύναµους φορείς, µέλη της Ευρωπαϊκής ∆ιαπίστευσης (European Accreditation) ή του διαδόχου της φορέα.

Ωστόσο κρίνεται απαραίτητο να επισηµανθεί, ότι η ύπαρξη ενός νοµοθετικού έργου δεν διασφαλίζει πάντα και την ουσία της εφαρµογής. Η βελτίωση της ποιότητας, πέρα από την πιστή ακολουθία του νόµου, απαιτεί δέσµευση από πλευράς της ηγεσίας και προϋποθέτει όραµα, επίκεντρο του οποίου είναι ο ασθενής ή ο χρήστης των υγειονοµικών υπηρεσιών και η ικανοποίησή του.

**5.13 ∆ιαπιστώσεις - Συμπεράσματα.**

Η δέσµευση αυτή στην πράξη µεταφράζεται:

* Σε ηθική και υλική στήριξη και διάθεση των απαραίτητων πόρων, για την έναρξη και υλοποίηση αυτού του οράµατος.
* Εκπαίδευση των εργαζοµένων, για απόκτηση γνώσεων και το κυρίως για την απόκτηση «ήθους ποιότητας» (quality ethos).
* Σαφή επικοινωνιακή πολιτική του Υπουργείου Υγείας και άµεση συστράτευση όλων των επαγγελµατικών και επιστηµονικών φορέων, οι οποίοι µπορούν να συµβάλλουν καταλυτικά µε την αξιοποίηση της εµπειρίας και την ευαισθητοποίηση των µελών τους.
* Οι εργαζόµενοι είναι δεκτικοί στην βελτίωση µε κίνητρα, στην ανησυχία, στην αναζήτηση νέων ιδεών και στον αυτοέλεγχο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

**6.1 Εισαγωγή**.

Εξετάζοντας τα συστήματα υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας, διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη, στη διοίκηση και στον τρόπο χρηματοδότησής τους. Αν και οι βασικοί στόχοι των κρατών είναι κοινοί, σκοπεύουν δηλαδή στη βελτίωση της υγείας των πολιτών τους, οι πολιτικές που έχουν αναπτυχθεί για την επίτευξη των στόχων αυτών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές από κράτος σε κράτος.

Στις χώρες της Ευρώπης, έχουν αναπτυχθεί διαφορετικά συστήματα υγείας, με το καθένα να ακολουθεί τις αρχές πάνω στις οποίες βασίστηκε. Εκτός από αυτό, τα χαρακτηριστικά των βασικών συστημάτων υγείας, αντικατοπτρίζουν τόσο τις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας όσο και την ιεράρχηση που υπάρχει στην πολιτική πρωτοβουλία, για τη δημιουργία κρατών ευνομίας και ευζωίας.

Με τη λήξη του 2ου Παγκόσμιου Πολέμου, οι ευρωπαϊκές χώρες στα πλαίσια της ανασυγκρότησής τους, στόχευσαν στη δημιουργία συστημάτων υγείας, ικανών να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών τους. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960 μόνο η Αγγλία, η Γαλλία και η Γερμανία είχαν αναπτύξει προγράμματα νοσοκομειακού προγραμματισμού. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές του 1980, οι περισσότερες χώρες της δυτικής και της ανατολικής Ευρώπης είχαν διαμορφώσει αναλυτικά προγράμματα, που απέβλεπαν στο συντονισμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Η Ελλάδα αρκετά καθυστερημένα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, εξαιτίας κυρίως ιστορικών γεγονότων, αρχίζει να διαμορφώνει σιγά σιγά, σύμφωνα με τον Γεωργακόπουλο (2014) και Χλέτσο Μ. (2016), τα πρώτα δικά της προγράμματα υγείας. Το 1983 με το Ν. 1397/1983, γίνεται το πρώτο ουσιαστικό και σοβαρότερο βήμα στον τομέα της υγείας.

**6.2 Υλικό και μέθοδος σύγκρισης.**

Η δευτερογενής έρευνα, έγινε με βάση την υπάρχουσα ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, επιστημονικά περιοδικά και πηγές μέσω του διαδικτύου για την συγκέντρωση των πληροφοριών, ώστε να πραγματοποιηθεί η απαραίτητη θεωρητική προσέγγιση της θεωρίας των συστημάτων υγείας, με την παρουσίαση των ορισμών που υπάρχουν, μιας σύντομης και περιεκτικής ιστορικής αναδρομής των κυριότερων σκοπών των συστημάτων υγείας, των πηγών χρηματοδότησής τους, των βασικών μοντέλων συστημάτων υγείας που υπάρχουν, καθώς και την παρουσίαση των δύο συστημάτων υγείας της Αγγλίας και της Ελλάδας όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους, την ιστορία τους, τη δομή και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Για την εκτενέστερη σύγκριση των δυο συστημάτων υγείας, αντλήθηκαν πληροφορίες από τον Ο.Ο.Σ.Α., την ΕΛ.ΣΤΑΤ. και την Παγκόσμια Τράπεζα. Για την σύγκριση αυτή, χρησιμοποιήθηκαν πέντε διακριτά στοιχεία. Πρόκειται για τις πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (είδη χρηματοδότησης της υγείας για το έτος 2015 και οι ποσοστιαίες μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών για την περίοδο 2009 έως 2015), τις δαπάνες για την υγεία στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για το έτος 2016, μέση ετήσια αύξηση δαπανών υγείας ανά άτομο για τα έτη από 2003 έως 2016, δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για το έτος 2016 και εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2003 έως 2016), στις υποδομές και το προσωπικό υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015, εξέλιξη του αριθμού των γιατρών για τα έτη 2000 με 2015, αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015, νοσηλευτές ανά γιατρό για το έτος 2015 και αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 έως 2015), στους τρόπους αμοιβής των γιατρών στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (αμοιβή των γιατρών σε σχέση με τον μέσο μισθό για το έτος 2015,αμοιβή των νοσοκόμων σε σχέση με τον μέσο μισθό για το 2015 και ημι-μεταβολή των μισθών των νοσοκόμων για τα έτη από 2005 έως 2015) καθώς και στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, που παρέχει το κάθε σύστημα υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.

**6.3 Σύγκριση των χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας.**

Όπως προαναφέρθηκε, η σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας θα γίνει με βάση πέντε διακριτά στοιχεία, δηλαδή τις πηγές χρηματοδότησης, τις δαπάνες για την υγεία, τις υποδομές και το προσωπικό υγείας, τους τρόπους αμοιβής των γιατρών και την κάλυψη του πληθυσμού αναφορικά με ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω. Τα συστήματα υγείας της Αγγλίας και της Ελλάδας, διαφέρουν στην πλειονότητα των σημείων τους.

Η διάρθρωση του συστήματος υγείας στην Αγγλία, έχει ως επικεφαλή τον εκάστοτε υπουργό υγείας, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας στον τομέα της υγείας. Ο ρόλος του είναι στρατηγικός, καθορίζει τη χρηματοδότηση και συνδέει το κοινοβούλιο με τον τομέα της υγείας. Άλλες ανώτατες δομές είναι ο Γραμματέας του κράτους, το National Health Service Commissioning Board και ο νεοϊδρυθείς οργανισμός National Health Service Improvement. Σύμφωνα με αναφορές των BBC News (2013), Collins Ben (2016) και National Health Service (2017), το αγγλικό σύστημα υγείας, διαθέτει αρκετές περιφερειακές και τοπικές δομές υγείας, όπως είναι οι 202 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τα 4 περιφερειακά και 27 τοπικά γραφεία, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας και οι τοπικές αρχές. Θεμέλιο του παραπάνω συστήματος αποτελεί ο οικογενειακός γιατρός.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει και κάποιες ομοιότητες με την Αγγλία. Σύμφωνα με τα όσα αναφέρουν οι Πολύζος και Γεωργακόπουλος (2014) και η Αντωνοπούλου Λ. (2002), και στην Ελλάδα υπεύθυνος για την εφαρμοζόμενη πολιτική είναι ο εκάστοτε υπουργός υγείας, που όμως εξαρτάται απόλυτα από τον υπουργό οικονομικών, για την έγκριση και διάθεση των οικονομικών κονδυλίων. Η χώρα είναι χωρισμένη σε υγειονομικές περιφέρειες, με τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις, μέσω της σύστασης και λειτουργίας των περιφερειακών συμβουλίων υγείας και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα νομαρχιακά συμβούλια. Η βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ακολουθούν τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών, η τοπική αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία. Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας, με τους ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, άλλοι που δεν είναι συμβεβλημένοι με κανένα ταμείο και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια.

Κύρια παρατήρηση από τα παραπάνω, είναι η σπουδαιότητα του θεσμού του οικογενειακού γιατρού που αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας της Αγγλίας. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου έχει διασαφηνιστεί η αναγκαιότητα ανάδειξης του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, χωρίς όμως να έχει καθιερωθεί ακόμα στο σύστημα υγείας της χώρας μας, όπως με σαφήνεια αναφέρουν οι Yφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ. και Τακουμάκης Ι., 2004. Στην Ελλάδα, η δραστικότερη απόφαση για την υγεία λήφθηκε με τον Ν. 1397/1983, με τον οποίο άρχισε ουσιαστικά να δημιουργείται το σύστημα υγείας. Μισό αιώνα δηλαδή αργότερα από την Αγγλία. Το Αγγλικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Εμφανίζει χαμηλό κόστος, καλή οργάνωση, αποτελεσματικότητα και έχει την εμπιστοσύνη του μεγαλύτερου μέρους του αγγλικού λαού (βλέπε αναφορές των Χλέτσος Μ. και BoyleSean, 2011). Παρόλα αυτά χαρακτηρίζεται και αυτό από τις μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις.

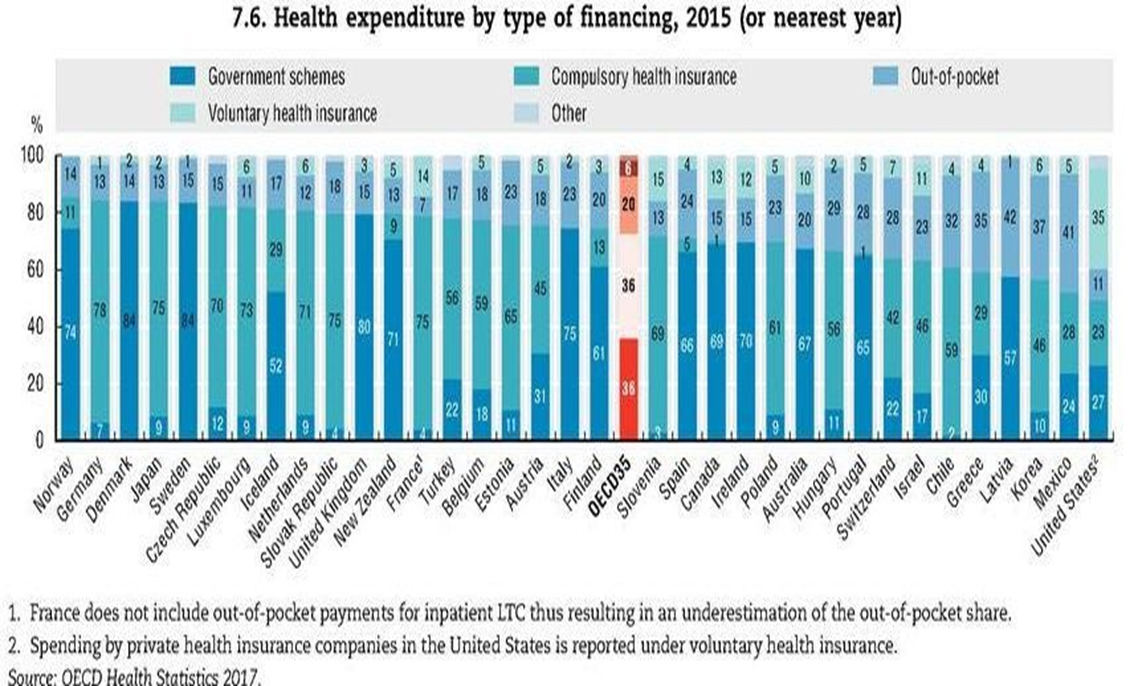
**6.4 Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας.**

Τα συστήματα υγείας, έπειτα από εκτενείς αναφορές που έγιναν παραπάνω, χρηματοδοτούνται κυρίως από τον δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και την εξωτερική βοήθεια. Ο τρόπος χρηματοδότησης όμως διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Στην Αγγλία έχουμε το μοντέλο Beveridge, που παρέχει καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από το κρατικό προϋπολογισμό, με σχεδόν πλήρη την απουσία των ασφαλιστικών ταμείων. Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας, γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω της γενικής φορολογίας, αλλά και των ιδιωτικών δαπανών. Η εθνική υπηρεσία υγείας της Αγγλίας, όπως έχει επισημανθεί από τους BoyleSean (2011), BBC News (2013) και National Health service (2017), έχει επιτύχει κυρίως σε οικονομικό επίπεδο, μέσα από την ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους, της επαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείας ανεξάρτητα του εισοδήματος, την εξασφάλιση της ισότητας στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σχεδόν εξολοκλήρου χωρίς χρέωση.

Στην Ελλάδα, με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 θεσμοθετείται το εθνικό σύστημα υγείας, γεγονός που διακηρύσσει τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία και μεταφέρει όλη την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες στο κράτος. Σύμφωνα με τον Οικονόμου Χ. (2012), αποτελεί ένα εθνικό σύστημα, το οποίο χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση σχεδόν εξίσου και σε μικρότερο βαθμό από τις ιδιωτικές δαπάνες.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2017), η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να πληρωθεί μέσω ποικίλων χρηματοδοτικών μεθόδων. Σε ορισμένες χώρες, η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να καλύπτεται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό, βάσει του οποίου τα άτομα έχουν αυτόματα δικαίωμα στην φροντίδα. Σε άλλες περιπτώσεις, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (είτε μέσω δημόσιων είτε μέσω ιδιωτικών φορέων), χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία. Εκτός των παραπάνω, ένα ποσοστό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.1, αποτελείται από πληρωμές από τα νοικοκυριά καθώς και διάφορες μορφές εθελοντικής ασφάλισης υγείας, που προορίζονται να αντικαταστήσουν ή να συμπληρώσουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.



**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.1**

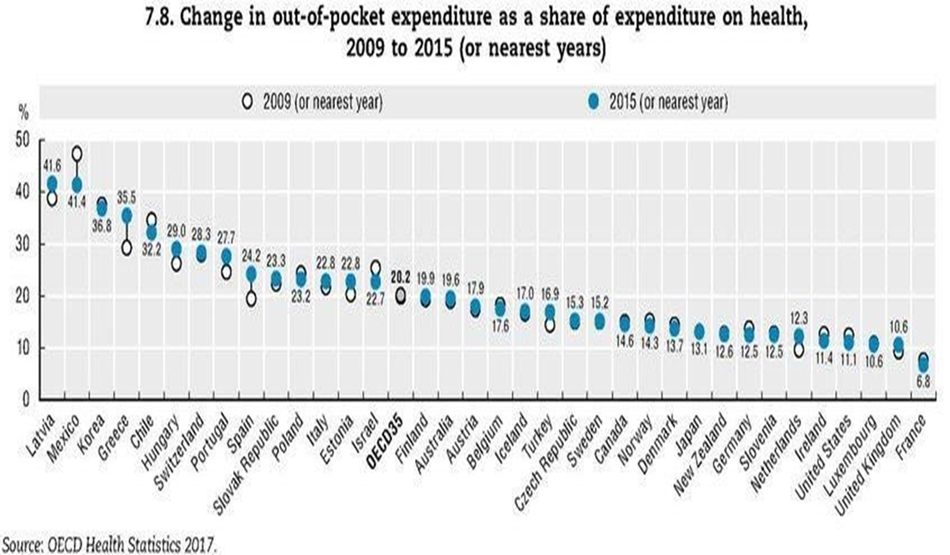
**Διαγραμματική απεικόνιση ειδών της χρηματοδότησης της υγείας.**

Αρχικά και σύμφωνα με τον μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015, οι χώρες χρηματοδοτούν τα συστήματα υγείας τους κατά ένα ποσοστό 36% μέσω κρατικού προϋπολογισμού, κατά 36% μέσω υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, κατά 20% μέσω ιδιωτικών πληρωμών, κατά 6% μέσω εθελοντικής ασφάλισης υγείας και το υπόλοιπο 2% με άλλες μεθόδους.

Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας για το έτος 2015 από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται περίπου στο 80% της συνολικής χρηματοδότησής του, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές συμβάλλουν στη συνολική χρηματοδότηση κατά 15% και οι διάφορες μορφές εθελοντικής ασφάλισης υγείας κατά 3%.(βλέπε αναφορές των McKennaH, DunnP., NorthernE., BuckleyT., 2017, National Health Service, 2017 και O.E.C.D., 2017).

Εξετάζοντας τη διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας για το έτος 2015, διαπιστώνεται ότι το μερίδιο συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού φτάνει το ποσοστό του 30%, με το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης να είναι 29%, ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών είναι 35% και της εθελοντικής ασφάλισης υγείας 4%. Αυτό οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα, ότι το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος υγέιας, όπου υπάρχει περίπου η ίδια ποσοστιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

Μετά από τον κρατικό προϋπολογισμό και την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, τρίτη κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τείνουν να είναι οι ιδιωτικές πληρωμές. Σε ορισμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, υπήρξαν σημαντικές μειώσεις του ποσοστού των ιδιωτικών πληρωμών όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.2.



**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.2**

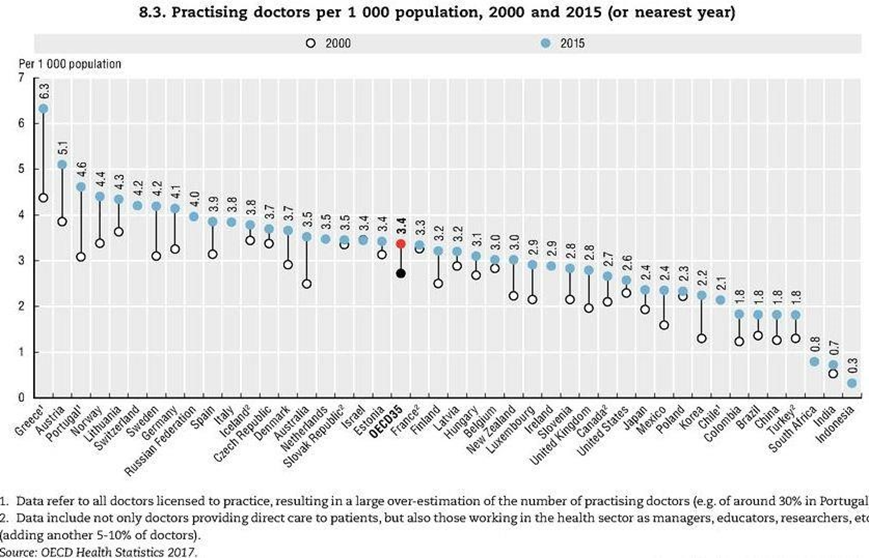
**Διαγραμματική απεικόνιση των ποσοστιαίων μεταβολών των ιδιωτικών πληρωμών.**

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών ήταν γενικά σταθερό, με εξαίρεση ορισμένων αξιοσημείωτων αυξήσεων όπως στην Ελλάδα (συν 6,2 ποσοστιαίες μονάδες). Το ποσοστό των πληρωμών που καταβάλλουν τα νοικοκυριά, αυξήθηκε από το 2009 λόγω της εφαρμογής μεταρρυθμίσεων για την εξισορρόπηση των δημόσιων προϋπολογισμών, με αποτέλεσμα να μετατοπιστούν κάποια χρηματοδοτικά βάρη προς τους ασθενείς. Από την άλλη, στην Αγγλία η αύξηση είναι ελάχιστη.

**6.5 Σύγκριση των υγειονομικών υποδομών και προσωπικού των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας.**

Ο τομέας της υγείας, αποτελεί διεθνώς έναν από τους βασικούς τομείς της οικονομίας και έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες. Με βάσει τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., παρατηρούμε ότι η χώρα μας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στους δείκτες του υγειονομικού προσωπικού και της νοσοκομειακής υποδομής σε σχέση με την Αγγλία.

Ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο ποικίλλει ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.. Το 2015, η Ελλάδα είχε τον υψηλότερο αριθμό με 6,3 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, αλλά αυτός ο αριθμός αποτελεί υπερβολική εκτίμηση, καθώς περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς στους οποίους έχει χορηγηθεί άδεια άσκησης, αλλά δεν ασκούν πλέον το επάγγελμα για διάφορους λόγους. Πρέπει να αναφερθεί, ότι η υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού δημιουργεί σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, όπως για παράδειγμα υπερβολική αύξηση των ιατρικών απόψεων και υπερβολική χρήση της ιατρικής τεχνολογίας. Ο μέσος όρος του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 3,4 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, ενώ για την Αγγλία ήταν 2,8 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.3.

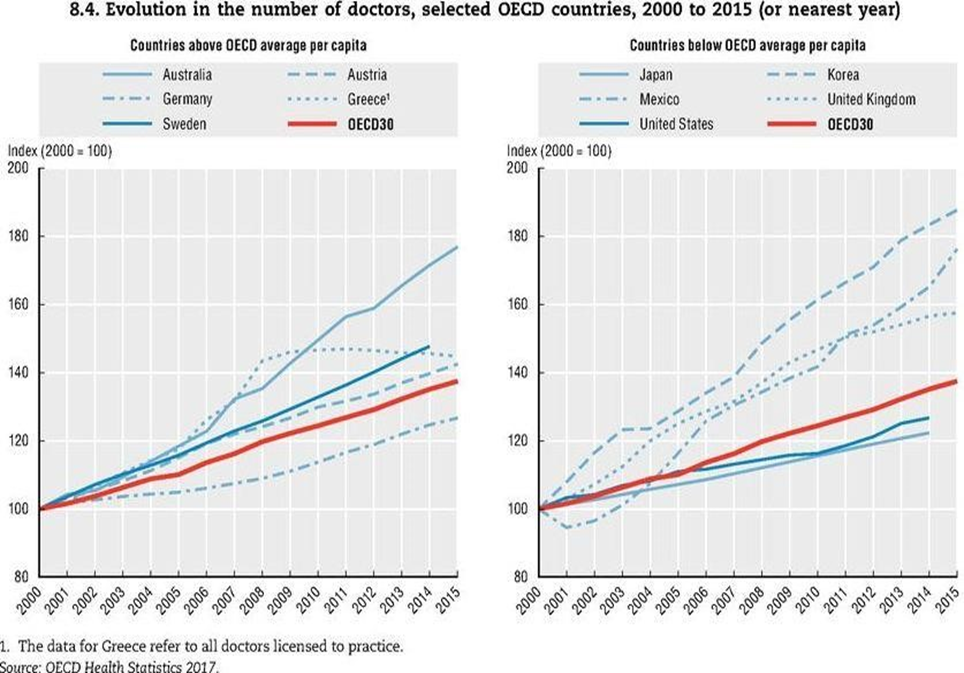


**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.3**

**Διαγραμματική απεικόνιση για τον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015.**

Συνολικά, οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. παρουσίασαν σταθερή αύξηση στον αριθμό των γιατρών και δεν φάνηκε να επηρεάζονται από την παγκόσμια ύφεση. Εξαίρεση αποτελεί η Ελλάδα, όπου ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε μεταξύ του 2000 και του 2008, αλλά σταμάτησε να αναπτύσσεται στη συνέχεια και έχει δείξει και κάποια μείωση από το 2012. Αντιθέτως, η Αγγλία παρουσίασε σταδιακή αύξηση τα έτη 2000 με 2015. Ακολουθεί το Διάγραμμα 6.4 βάσει αναφορών του O.E.C.D. (2017), για την εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015.



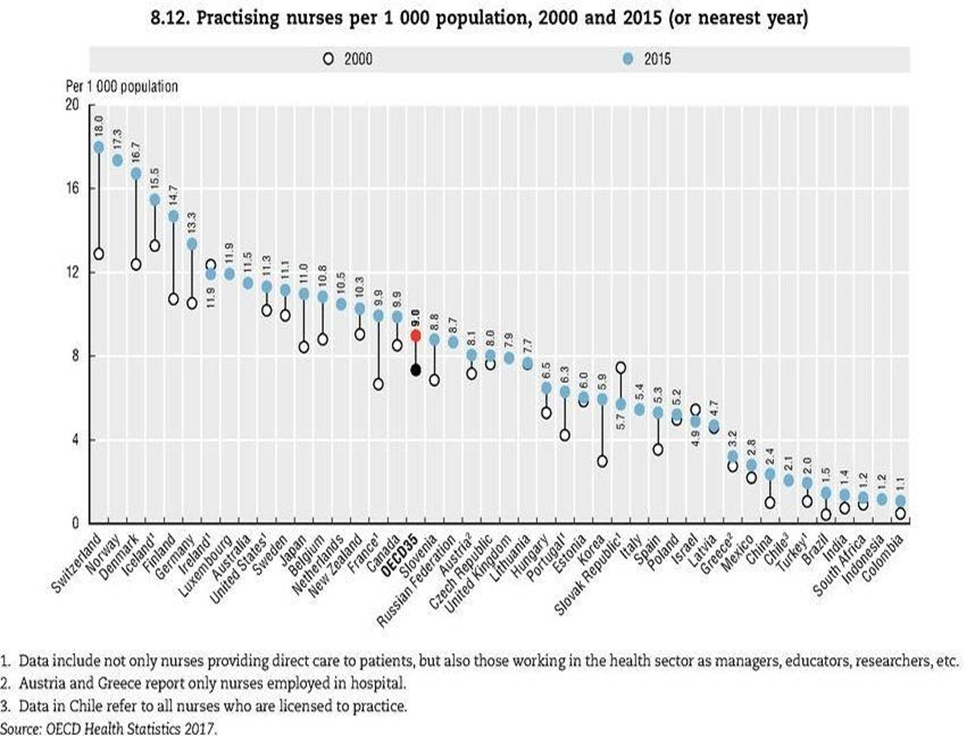
**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.4**

**Διαγραμματική απεικόνιση για την εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015.**

Το νοσηλευτικό προσωπικό, ξεπερνά τους γιατρούς στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., και διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας, όχι μόνο σε νοσοκομεία αλλά όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις περιστάσεις οικιακής φροντίδας. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ο αριθμός των νοσοκόμων ανά κάτοικο αυξήθηκε από 7,3 ανά 1.000 κατοίκους το 2000 σε 9,0 ανά 1.000 κατοίκους το 2015. Η Ελλάδα, είχε 3,2 νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους το 2015, ενώ η Αγγλία είχε 7,9 νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους.

Γενικότερα, ο αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους αυξήθηκε σχεδόν σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. από το 2000. Παρακάτω παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 6.5, για τον αριθμό των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015.

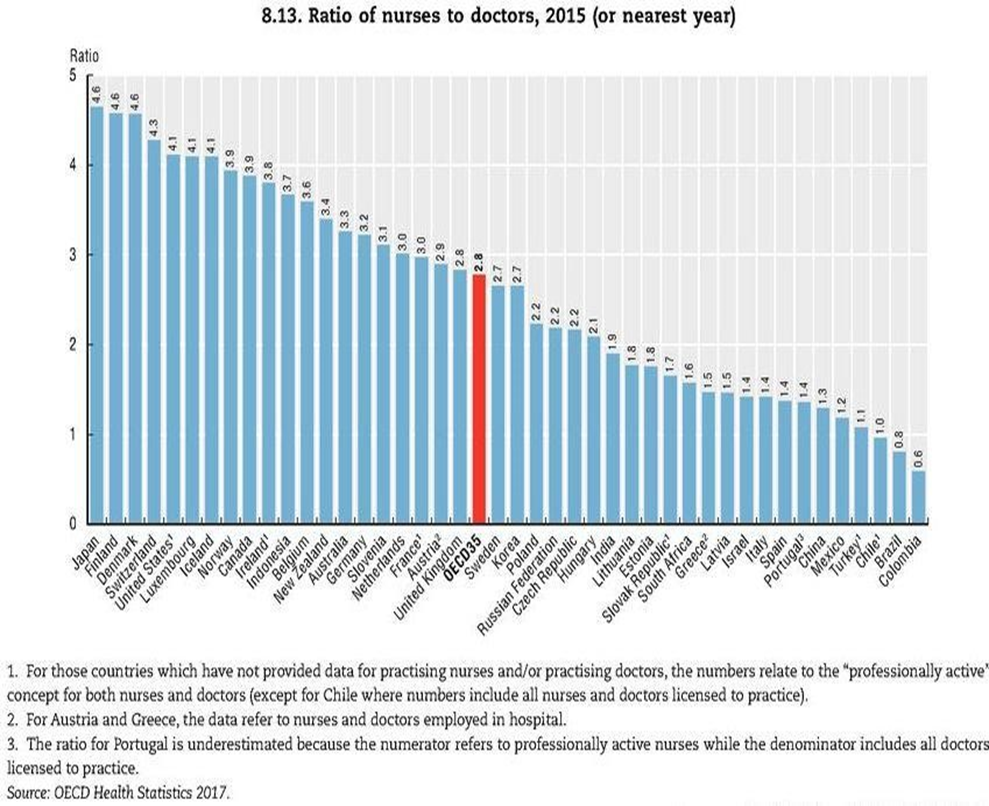


**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.5**

**Διαγραμματική απεικόνιση τον αριθμό των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015.**

Το 2015, υπήρχαν περίπου 2,8 νοσηλευτές ανά γιατρό κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., με περίπου τις μισές χώρες να έχουν μεταξύ 2 έως 4 νοσηλευτών ανά ιατρό. Στην Ελλάδα υπήρχαν 1,5 νοσηλευτές ανά γιατρό το έτος 2015, ενώ στην Αγγλία υπήρχαν 2,8 νοσηλευτές ανά γιατρό το ίδιο με τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Στο Διάγραμμα 6.6 που ακολουθεί, απεικονίζονται οι νοσηλευτές ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.



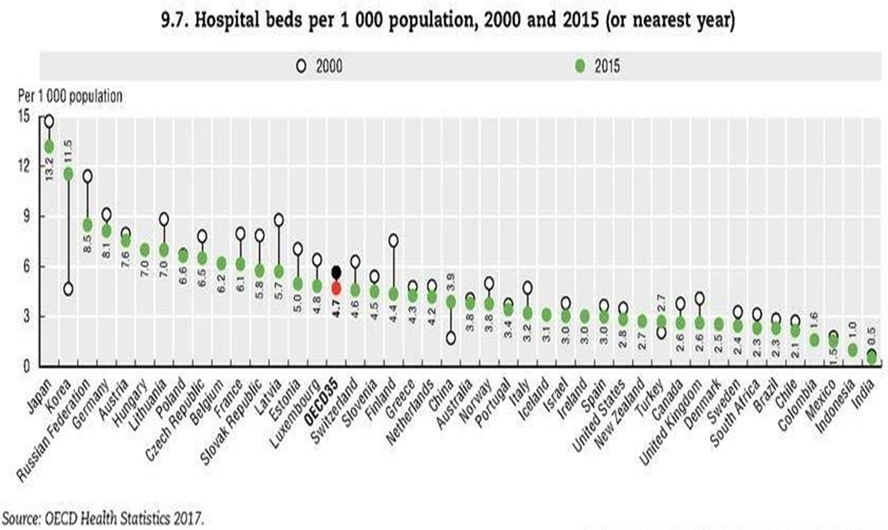
**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.6**

**Διαγραμματική απεικόνιση νοσηλευτών ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.**

Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.. Η σύγκριση του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα, αποδεικνύει την δυσαναλογία των επαγγελματιών υγείας, καθώς και την προφανή υπό-στελέχωση και έλλειψη νοσηλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Οικονόμου Χ. (2012), η υγειονομική πολιτική, θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στον προσδιορισμό των κατάλληλων κινήτρων για την εκπαίδευση και επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ θα πρέπει επίσης να παρέχει πληροφορίες στους υποψήφιους γιατρούς για τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της χώρας, για να μπορούν να δοθούν λύσεις στις σύγχρονες απαιτήσεις.

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.7, παρέχει την δυνατότητα μέτρησης των διαθέσιμων πόρων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους εσωτερικούς ασθενείς στα νοσοκομεία. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά κάτοικο, έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., κατά μέσο όρο από 5,6 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους το 2000 σε 4,7 το 2015.



**Πηγή: O.E.C.D. (2017).**

**Διάγραμμα 6.7**

**Διαγραμματική απεικόνιση αριθμού των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 έως 2015.**

Αυτή η μείωση, είναι μέρος μιας εθελοντικής προσπάθειας στις περισσότερες χώρες, εν μέρει λόγω της προόδου στην ιατρική τεχνολογία, η οποία έχει επιτρέψει τη στροφή στην ημερήσια χειρουργική επέμβαση και μια μειωμένη ανάγκη για νοσηλεία. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η οικονομική κρίση, παρείχε ένα πρόσθετο κίνητρο για τη μείωση της χωρητικότητας των νοσοκομείων σύμφωνα με τις πολιτικές για τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών στην υγεία. Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα για το έτος 2015 είναι 4,3 ενώ για την Αγγλία είναι 2,6 όπως αναφέρει ο O.E.C.D. (2017).

**6.6 Παθογένειες Συστήματος Ελλάδας**.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Οικονόμου Χ. (2012), αποτελεί ένα σύστημα υγείας το οποίο τοποθετείται ανάμεσα στους θεσμούς της ελεύθερης αγοράς και της κρατικής παρέμβασης και σχεδιασμού, δρώντας όμως χωρίς συγκεκριμένους κανόνες. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου λειτουργίας, είναι η παρουσία μιας σειράς προβλημάτων, μερικά από τα οποία αφορούν ελλείψεις στον δημόσιο τομέα, στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μη σωστή κατανομή των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, εμφάνιση έντονης παραοικονομικής δραστηριότητας, δημιουργία πλασματικής ζήτησης και υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών.

Πριν την κρίση ακόμα, το ελληνικό σύστημα υγείας μαστιζόταν από πολλές ελλείψεις και αδυναμίες, όπως υψηλό συγκεντρωτισμό στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη προγραμματισμού και οργάνωσης και άνιση κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Η κρίση, επιδείνωσε τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στην διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος και πολλά από τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν δυσχέραιναν την κατάσταση. Η μείωση των δαπανών υγείας, είχε ως αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να πρέπει να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με περιορισμένους πόρους (βλέπε αναφορές του Greer, et al, 2016). Επιπλέον, η αυξημένη ανεργία, η μερική απασχόληση, η μαύρη εργασία και τα μέτρα λιτότητας, οδήγησαν στη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, με αποτέλεσμα να μην έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν για τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. Όλο αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολίτες με ανεπαρκή εισοδήματα να μην μπορούν να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και να πρέπει να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας μέσω ενός κατακερματισμένου και συνωστισμένου δημόσιου συστήματος (βλέπε αναφορές του Economou C., et al., 2015).

Λόγω των προαναφερθέντων, το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα, τα οποία απειλούν την ίδια την υπόστασή του και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας, έχει να αντιμετωπίσει τρία κύρια προβλήματα κατά τον Χλέτσο Μ. (2011). Το πρώτο πρόβλημα, σχετίζεται με τα οικονομικά θέματα του συστήματος υγείας. Το δεύτερο πρόβλημα, σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα στη λειτουργία του και το τρίτο πρόβλημα, σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ο οποίος είναι χαμηλότερος του πραγματικού κόστους, οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου ιατρικού υλικού εξοπλισμού, οι σημαντικές σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της μαύρης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο τομέα της υγείας. Είναι βασικό το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα και τον περιορισμό των δαπανών, διαφορετικά απειλείται η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα, έγκειται η έλλειψη αποτελεσματικότητας στη λειτουργία του. Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας, δεν είναι πάντα δυνατή και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από ότι θα έπρεπε, εξαιτίας της ολοένα και διογκωμένης γραφειοκρατίας.

Το τρίτο πρόβλημα, σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το συγκεκριμένο πρόβλημα, συνδέεται άμεσα με τα προηγούμενα, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η δυσαρέσκεια των πολιτών. Αν ληφθούν υπόψη φαινόμενα όπως παράνομες αμοιβές ως χρηματισμό του ιατρικού προσωπικού, αλλά και το ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο πολίτης αναγκάζεται να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα για την εξυπηρέτησή του, το πρόβλημα της περιορισμένης ικανοποίησης του μέσου Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας γίνεται προφανές.

Πέρα από τα παραπάνω βασικά προβλήματα, το ελληνικό σύστημα υγείας μαστίζεται και από κάποια επιμέρους προβλήματα όπως (βλέπε αναφορές από τον Economou C., et al., 2015 και Χλέτσο Μ., 2016) :

* Λόγω του κατακερματισμού της ασφάλισης υγείας, δημιουργούνται πολλές ανισότητες στην πρόσβαση και στην επιβάρυνση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η συνύπαρξη πολλών υπηρεσιών υγείας, όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ασφαλιστικοί φορείς και τοπική αυτοδιοίκηση που έχουν διακριτή οργανωτική και διοικητική δομή, έχει ως συνέπεια την παροχή μη συντονισμένων υπηρεσιών.
* Η λάθος κατανομή του ανθρώπινου προσωπικού σε όλα τα επίπεδα υγείας, έχει δημιουργήσει ένα νοσοκομειακό-κεντρικό σύστημα υγείας.
* Η απουσία οικογενειακού γιατρού, έχει δημιουργήσει μια ανεξέλεγκτη εισροή των πολιτών χωρίς περιορισμούς στο σύστημα υγείας για νοσοκομειακή περίθαλψη.
* Η λάθος κατανομή του υγειονομικού δυναμικού και γενικότερα η απουσία προγραμματισμού, έχουν επιφέρει υπερπροσφορά των γιατρών, σε έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων και ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού.
* Ο μη διορισμός κατάλληλα εκπαιδευμένων ατόμων στις διοικητικές θέσεις, με αποτέλεσμα να μην επιτρέπεται ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων του συστήματος υγείας.
* Η μη αναγνώριση των ικανοτήτων αξιόλογων εργαζομένων, καθώς υπάρχει έλλειψη μισθολογικών και επιστημονικών κινήτρων, προκαλεί αρνητική επίπτωση στο βαθμό ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού.
* Η απουσία συστήματος πιστοποίησης διαδικασιών και λειτουργιών, η έλλειψη διασφάλισης της ποιότητας, η απουσία μηχανισμού εφαρμογής κλινικών διαδικασιών, η έλλειψη προγραμμάτων κλινικού ελέγχου, η απουσία σχεδίου ανάλυσης των παραμέτρων ικανοποίησης των πολιτών, η καταστρατήγηση λίστας αναμονής, η απουσία μηχανισμού ελέγχου και αντιμετώπισης των αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και τέλος η απουσία προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού για τα δικαιώματα των ασθενών και το σεβασμό προς αυτούς.
* Όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες και μέσα από αναφορές της ΕΛΣΤΑΤ (2017), παρατηρείται πως αυτές αγγίζουν το 39% των συνολικών δαπανών και είναι διπλάσιες του μέσου όρου των Ευρωπαϊκών χωρών. Αυτό το ποσοστό απεικονίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, όπως την ανισότητα στις παροχές υγείας και στην πρόσβαση σε αυτές, την απουσία οικογενειακού γιατρού και την περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
* Μεγάλη παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη παράνομων οικονομικών συναλλαγών και αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, που επιβαρύνουν οικονομικά τον ασθενή.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, πως το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει αρκετά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Επιπλέον, προβλήματα προκύπτουν από την συγκέντρωση στα αστικά κέντρα πολιτών και επαγγελματιών υγείας και την ιδιαίτερη γεωμορφολογία της χώρας (βλέπε αναφορές των Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007, Μητρόπουλος Α., 2008, Economou C., et al., 2015).

**6.7 Κριτική του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας**.

Το αγγλικό εθνικό σύστημα υγείας, αποτελεί ένα εθνικό σύστημα που στηρίζεται στην κρατική παρέμβαση και τον κρατικό προϋπολογισμό, παρέχοντας υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας για το σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, για την επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ίσης πρόσβασης και της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιήθηκαν πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες είχαν αφετηρία την έκθεση του Beveridge, κατά τους Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π. (2007) και Χλέτσος Μ. (2011).

Η εθνική υπηρεσία υγείας, έχει επιτύχει κυρίως σε οικονομικό επίπεδο, μέσα από την ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους: της επαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείας ανεξαρτήτου εισοδήματος, έναν ενιαίο κατάλογο υπηρεσιών που εξασφαλίζει την ισότητα στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σχεδόν χωρίς χρέωση, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο BoyleSean (2011). Ο σφαιρικός προϋπολογισμός, ο οποίος αποφασίζεται από την κυβέρνηση, αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους, αλλά περιορίζεται σε ένα οικονομικό πλαίσιο το σύστημα υγείας, μέσα στο οποίο δεν υπάρχουν πόροι ούτε για την βελτίωση των υποδομών υγείας, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ούτε για την κάλυψη των ελλείψεων προσωπικού, παρά τις άμεσες και επείγουσες ανάγκες (βλέπε αναφορές των McKenna H, Dunn P., Northern E. και Buckley T., 2017).

Καθώς γίνεται η παροχή των κρατικών υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικούς παράγοντες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, εισάγονται ορισμένες έννοιες αγοράς και στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού μέσα στο εθνικό σύστημα υγείας. Παραμένει όμως αμφίβολο, εάν μετά την κατάργηση του καθεστώτος της κρατικής χρηματοδότησης στις δομές υγείας, την αυτονομία στον σχεδιασμό των υποδομών σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες από τις Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τη διαχείριση του προϋπολογισμού από αυτές και τις ελεύθερες διαπραγματεύσεις για συμφωνίες, θα δημιουργηθεί μια πιο αποτελεσματική δομή του συστήματος υγείας σε σχέση με την κεντρικά διοικούμενη. Οι μεγάλες αυξήσεις των διοικητικών και των διαπραγματευτικών εξόδων που προέκυψαν από την αποκέντρωση των δομών του συστήματος υγείας, οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι πρέπει να κινηθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση, αλλά είναι ακόμη πολύ νωρίς για συμπεράσματα (βλέπε αναφορές των Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007 και Peckham S., 2014).

Οι οικονομικές πιέσεις, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, το οδηγούν στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Οι προσπάθειες για την επίτευξη του στόχου αυτού, υποστηρίζονται από την ευρύτερη ανάπτυξη και εφαρμογή της θέσπισης προδιαγραφών για την ιατρική φροντίδα και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Οι δομές που δημιουργήθηκαν για αυτό το σκοπό, σύμφωνα με τον Boyle Sean (2011), έχουν αποδειχθεί πολύ πιο προηγμένες σε σχέση με αυτές άλλων χωρών. Το ίδιο ισχύει και για την εξισορρόπηση του εξω-νοσοκομειακού και του νοσοκομειακού τομέα.

Από την άλλη πλευρά, η ελευθερία στη λήψη αποφάσεων και η νομική κάλυψη των ασθενών στην Αγγλία φαίνονται παραμελημμένες. Οι ασθενείς δεν έχουν νομικά μέσα για να έχουν ουσιαστική άποψη στη διαδικασία θεραπείας τους ή να ζητήσουν αποζημίωση για βλάβες. Το δικαίωμα επιλογής γιατρού, ισχύει μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υποτίθεται, ότι οι ασθενείς έχουν γνώμη για ειδικά θέματα, αλλά το δικαίωμα αυτό ακυρώνεται λόγω του χρόνου αναμονής που απαιτείται για τη θεραπεία τους. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί έμφαση στην δημιουργία Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης, οι οποίες αποτελούνται από γενικούς γιατρούς και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ορισμένες περιοχές, έχουν λειτουργήσει με επιτυχία αλλά σε άλλες έχουν σημειωθεί προβλήματα συνεργασίας και διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων μεταξύ των γενικών γιατρών.

Όπως αναφέρει ο Peckham S. (2014), όσον αφορά την ανεξάρτητη αξιολόγηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, αντίθετα με πολλές άλλες αναπτυγμένες χώρες όπου ο θεσμός του ανεξάρτητου αξιολογητή νοσοκομείων της κυβέρνησης εφαρμόζεται, η αγγλική κυβέρνηση παίρνει και το ρόλο των προμηθευτών της υγειονομικής περίθαλψης και της αξιολόγησης της ποιότητας της παροχής της, μέσω των δομών που οργανώνονται μέσα από το εθνικό σύστημα υγείας.

Σκάνδαλα και άλλα προβλήματα στον τομέα της υγείας γίνονται συχνά πολιτικά θέματα, ως αποτέλεσμα της ευρείας κάλυψης των μέσων ενημέρωσης, ενώ η απάντηση καθορίζεται συχνά από πολιτικές αποφάσεις και όχι από την επιστήμη και την ιατρική. Επιπλέον, οι δυσχέρειες στην ποιότητα και στη βελτίωση στον εκτεταμένο ιδιωτικό τομέα στο αγγλικό σύστημα υγείας, δεν έχουν ξεπεραστεί ακόμα. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί αναφορικά με όσα σημειώνει ο Dalrymple T. (2017), ότι το αγγλικό εθνικό σύστημα υγείας, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα σχετικά με τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της αντιμετώπισης της μεγάλης ζήτησής τους, αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, στις εισαγωγές των νοσοκομείων και στις χειρουργικές επεμβάσεις.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.**

Η ∆ιοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήµα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισµούς της υγειονοµικής περίθαλψης. Η ∆ιοίκηση Ολικής Ποιότητας, έχει τη δυναµική να προσφέρει τα απαραίτητα εφόδια που χρειάζονται τα νοσοκοµεία, για την επίλυση των προβληµάτων που αντιµετωπίζουν. Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας της ∆ιοίκησης Ολικής Ποιότητας, µπορεί να βοηθήσει όχι µόνο την αντιµετώπιση της οικονοµικής κρίσης που αντιµετωπίζουν τα νοσοκοµεία, αλλά να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και στην αναβάθµιση των σχέσεων µεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.

Παρόλα αυτά, η εφαρµογή της ∆ιοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, αποτελεί µία µακρά και σύνθετη διαδικασία, που επηρεάζει κάθε όψη των νοσοκοµειακών λειτουργιών. Μέσα σε κάθε υπηρεσία υγείας, πολύ συχνά παρατηρούνται νόρµες, κουλτούρα, φιλοσοφία διοίκησης και οργανωσιακή δοµή, οι οποίες είναι εχθρικές προς τις αρχές της ποιότητας. Η επιτυχής εφαρµογή της ∆ιοίκησης Ολικής Ποιότητας σε ένα τέτοιο εχθρικό περιβάλλον, είναι δύσκολη και απαιτεί από την αρχή ενότητα και κλίµα συνεργασίας από όλους.

Το πρότυπο του EFQM, αποτελεί ένα χρήσιµο εργαλείο για την προσπάθεια να υπάρξει αλλαγή κουλτούρας ενός οργανισµού προς µια στρατηγική διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονοµικής περίθαλψης. Συµπληρώνει άλλες προσεγγίσεις στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στην φροντίδα, όπως την πιστοποίηση, την διαπίστευση, τους κλινικούς ελέγχους. Προκειµένου να µπορέσει το µοντέλο να αφοµοιωθεί και να εφαρµοστεί επιτυχώς στον τοµέα της υγείας, αλλά και να επεκταθεί σε λειτουργικό επίπεδο, απαραίτητο είναι να τεθούν οι επιθυµητοί στόχοι και να υπάρξει χρόνος, ώστε ο οργανισµός να προσαρµοστεί στα νέα δεδοµένα που το µοντέλο επιτάσσει.

Οι ποιοτικές µέθοδοι, µπορούν να χρησιµοποιηθούν για να καταστήσουν τις υπηρεσίες ασφαλέστερες, αποτελεσµατικότερες και να µειώσουν όλων των ειδών τα κόστη. Η ποιότητα θα µπορούσε να θεωρηθεί και ως µία επένδυση ρίσκου. Δεν υπάρχει καµία εγγύηση ότι επενδύοντας ένας οργανισµός σε ποιοτικές προσεγγίσεις, θα οδηγηθεί στην υψηλότερη ποιότητα. Κάθε οργάνωση, ανάλογα µε το επίπεδο ποιότητας στο οποίο βρίσκεται, θα πρέπει να διαχειριστεί τη διαδικασία προσεκτικά. Βασική προϋπόθεση αποτελεί το ότι οι οργανισµοί υγειονοµικής περίθαλψης πρέπει να έχουν την ωριµότητα να µη µεταφέρουν την πολιτική ποιότητας στο εσωτερικό τους, αλλά να την µεταφράσουν και να την προσαρµόσουν. Οι χώρες που θέλουν να εισαγάγουν την διοίκηση ολικής ποιότητας στο σύστηµα υγείας, είναι απαραίτητο να δηµιουργήσουν ένα πρόγραµµα, που να είναι συµβατό και να ταιριάζει στην κουλτούρα και τις ειδικές περιστάσεις της χώρας.

Μία υγειονοµική υπηρεσία καλής ποιότητας, δεν αποτελεί πολυτέλεια για τους ανθρώπους, αλλά ανάγκη. Η βελτίωση της ποιότητας στην υγεία απαιτεί χρόνο. ∆εν µπορούν να πραγµατωθούν όλα άµεσα, χρειάζεται πλάνο, σωστή στρατηγική και µία πολιτική ποιότητας που να προσδιορίζει τι µπορεί να γίνει και τι θα επιφέρει µεγαλύτερο όφελος. Ως εκ τούτου, η ποιοτική διαχείριση αποτελεί όχι µόνο τη σηµαντικότερη στρατηγική στην εξασφάλιση της επιβίωσης των οργανώσεων, αλλά και θεµελιώδη διαδροµή για να οδηγήσει στην επιχειρησιακή τελειότητα.

**Βιβλιογραφία**

**Ελληνική Βιβλιογραφία:**

•      Αδαμίδης, Ε. (2015). Διοίκηση Ποιότητας. Σχεδιασμός και Διοίκηση Βιομηχανικών Μονάδων. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

•      Γείτονα, Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σίσσουρας, Α., & Υφαντόπουλος, Γ. (2004). Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και την φροντίδα υγείας-Κείμενα ομοφωνίας . Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.

•      Γεωργακόπουλος Ν., (2014), Ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Ε.Σ.Υ. : Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση.

•      Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., (1991), Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

•      Γιωτάκος, (2010), Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία, Αθήνα, Ψυχιατρική.

•      Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας 2η έκδοση. Αθήνα : INTERBOOKS.

•      Δημητριάδης, Σ. Γ., & Μιχιώτης, Α. Ν. (2007). Διοίκηση Παραγωγικών Συστημάτων. Αθήνα : Κριτική.

•      ΕΛΣΤΑΤ (2017), Δελτίο Τύπου, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) για το έτος 2015.

•      Ζαβλανός, Μ. (2005). Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα . Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

•      Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). "Συστήματα Υγείας". Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

•      Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β., (2012), Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης, Ινστιτούτο Έρευνας ΓΣΕΕ.

•      Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

•      Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007), Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

•      Κουππάρης, Μ. (2015). Έλεγχος και Διασφάλιση Ποιότητας - Ενότητα 1: Εισαγωγή στην ποιότητα. Αθήνα : Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τμήμα Χημείας - Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας.

•      Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α., Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο.

•      Κωνσταντοπούλου Α.,(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα.

•      Λογοθέτης, Ν. (1992). Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας . Αθήνα : Εκδόσεις Interbooks.

•      Μάρδας Γ., (1993), Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα, Εκδόσεις Το οικονομικό.

•      Ματσαγγάνης Μ.,(2002), Δημόσια παρέμβαση στον τομέα υγείας, Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρας.

•      Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ, Θεωρητικό Υπόβαθρο-Σύγχρονες Πρακτικές . Αθήνα : Εκδόσεις Γ. Μπένου.

•      Μπουρσανίδης Χ., (2000), Αποκεντρωμένο υπόδειγμα διαχείρισης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σκέψεις για μια νέα αρχιτεκτονική και διοικητική κουλτούρα στο σύστημα υγείας.

•      Οικονόμου Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας, Αθήνα, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

•      Οικονόμου, Χ., (2014), Η πολιτική και το Σύστημα Υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα, πανεπιστημιακές σημειώσεις.

•      Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , σσ. 480-488.

•      Πετρίδου, Ε. (2011). Διοίκηση- Management -Μια εισαγωγική προσέγγιση. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις Σοφία .

•      Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., (1993), Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α., Αθήνα, ΙΝΕ-ΓΕΣΕΕ.

•      Πολύζος Ν.,(2005), Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη, στο: Μελέτη για το Σχεδίασμά και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

•      Σιγάλας Ι., (2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές.

•      Σιγάλας, Ι., & Αλεξιάδης, Α. (1999). Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Πάτρα: Ε.Α.Π.

•      Σίσκου Ό.,(2007), Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

•      Ταγαράς, Γ. Ν. (2001). Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις ΖΗΤΗ.

•      Τσαλίκης Γ., (2008), Η θεμελίωση της Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

•      Yφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., (2004), Οικονομικά της Υγείας, Health Economics.

•      Χλέτσος Μ., (2011), Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Πατάκη.

•      Χυτήρης, Λ. Σ., & Άννινος, Λ. Ν. (2015). Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών . Αθήνα : Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

•      Ψωμάς Ε. (2015). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας & Επιχειρηματική Αριστεία - Ενότητα 1.1.1: Εισαγωγή στην ποιότητα. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών - Σχολή Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων-Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων Αγροτικών Προϊόντων & Τροφίμων (Δ.Ε.Α.Π.Τ.).

**Ξένη Βιβλιογραφία:**

•      American Society for Quality Control ASQ. (1999). Quality Costs Committee, Principles of Quality Cost:Principles, Implementation and Use, Third Edition . ASQ Quality Press , σσ. 3-5.

•      BBCNews, (2013), the changing health service.

•      Beck, A. H., & Jama, S. (2004). The Flexner report and the standardiazation of American medical education, JAMA , σ.σ. 2139-2140.

•      Black, N. (1990), “Quality assurance of medical care”, Journal of Public Health Medicine, 12, pp. 97-104.

•      Bourn J., (2007), Report on the NHS, Summarised Accounts 2006-07: Achieving Financial Balance

•      BoyleS., (2011), United Kingdom (England), Health Systems in Transition, Vol 13 No. 1, European Observatory on Health Systems and Policies

•      Brocka, B., & Brocka, D. (1992). Quality Management: Implementing the ideas of master's. Irwin.

•      Champagne, F., Langley, A., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cazale, L. & Rivard, M. (1997), “Resource constraints and strategic change in a public hospital system”, Health Services Management Research, 10, pp. 146-162.

•      Collins B., (2016), the foundation trust model: death by a thousand cuts.

•      Curry, A.C., Keogh, W. & Hogg, G.M. (1997), “Promoting a quality of service culture in health care: review of a Scottish initiative”, Health Services Management Research, 10, pp. 69- 78.

•      Dalrymple T., (2017), The British National Health Service Is in Crisis: What Else Is New?. Law and Liberty.

•      Economou, C., (2010), Greece Health System Review, Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies.

•      Economou C., Kaitelidou D.,  Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A., (2015), The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece, In: Thomson S., Jowett M., Evetovitis T., Mladovsky P., Maresso A., Figueras J. (eds.),The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

•      Evans, J. R., & Dean, J. W. (2000). Total quality: Management, organization and strategy. Cincinnati, Ohio: Sound Western.

•      Garvin, D. A. (1988). Managing Quality. The Free Press.

•      Greer S., (2016), introduction: strengthening governance amidst changing governance, in GreerS., et al., eds. Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance.

•      Harker R., (2012), NHS funding and expenditure, House of Commons Library.

•      Heaton, C., (2000), “External peer review in Europe: an overview from the Expert Project”, International Journal for quality in health care, Vol., 12, No.3, pp.177-183.

•      ISO 8402. (1986). Quality-Vocabulary International Organization for Standardization.

•      Jackson, S., (1999), “Improving organisational culture through innovative development programmes International, Journal of Health Care Quality Assurance”,  v.12, n.4 pp.143-148.

•      Jackson, S., (2001), “Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service”, Quality Assurance Journal, Vol.5, pp 19-31.

•      Juran, J., & Gryna, F. (1988). Juran's Quality Control Handbook. McGraw Hill.

•      Karokis A. και Sissouras A., (1994), The Greek Health Care System, in Health care systems in Seventeen Countries, Paris, O.E.C.D.

•      Klefsjo, B. (2003). Total Quality Management. Encyclopedia of Information Systems Elsevier .

•      Lam, S.K. & Simons (1997), “SERVQUAL: a tool of measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong”, Total Quality Management, 8, pp. 145- 152.

•      Lyall S., (2010), Britain Plans to Decentralize Health Care, The New York Times.

•      McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., (2017), How Health care is funded.

•      Mossialos E., Allin S., Davaki K., (2005), Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia, Health Economics.

•      Mossialos E., Allin S., Thomson S., (2007), Health systems in transition: template for analysis, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

•      Nelson, A. (1996). Measuring Performance and Improving Quality. Sterling Publications.

•      Niakas D., (2013), Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription, International Journal of Health Services, vol 43, No 4.

•      Ovretveit, J. (1990) What is quality in health services?. Health Services Management, 86, pp. 131-133.

•      Peckham S., (2014), Accountability in the UK Healthcare System: An Overview Centre for Health Services Studies, University of Kent, Canterbury, U.K.

•      Pisani-Ferry J., Sapir A., Wolff G.B., (2013), EU-IMF Assistance to Euro-area Countries: An Early Assessment, Bruegel Blueprint Series, Volume XIX.

•      Price WaterhouseCoopers, (2000), Case studies.

•      Ritchie, (2002), “Driving quality clinical governance in the National Health Service”, Managing Service quality, V.12, N. 2, pp. 117-128.

•      Rondinelli D., (1990), Decentralization, Territorial Power and the State: A Critical Response, Institute of Social Studies.

•      Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., (2007), Decentralization in health care, Strategies and outcomes, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

•      Stahr, H., (2001), “Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 14, n.4, pp.174-180.

•      Thomson, R. (1980). Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals. Thomson.

•      Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K., (2005), The unexpected growth of the private health sector in Greece, Health Policy.

•      U.K. Parliament, (2010), Equity and excellence: Liberating the NHS,

•      U.K. Parliament, (2011), Bill stages - Health and Social Care Act 2012.

•      West, E., (2001), “Management matters: the link between the hospital organisation and the quality of patient care”, Quality Health Care, Vol.10, pp. 40-48.