
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Πρώιου Δήμητρα

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

Πειραιάς, 2022

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Πρώιου Δήμητρα, Α.Μ.: ΟΔΥ/1942

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2022

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE

Proiou Dimitra

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 and Management

Piraeus, Greece, 2022

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Στην οικογένειά μου

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στον Τομέα της Υγείας

Σημαντικοί Όροι: Διοίκηση Μονάδων Υγείας, δημόσια υγεία, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ηγεσία, διοίκηση, Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώνεται στα ζητήματα τα οποία αφορούν τη διοίκηση των δημοσίων οργανισμών και, πιο συγκεκριμένα και αναλυτικά, τις μονάδες υγείας. Για τις μονάδες υγείας επισημαίνεται πως θεωρούνται ως οργανισμοί οι οποίοι προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας και έχουν ως θεμέλιο τους την ασφάλεια των ασθενών. Η ασφάλεια μαζί με την αποφυγή των λαθών, θεωρούνται, λοιπόν, προϋποθέσεις για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας. Χωρίς να υπάρχει εστίαση στις δύο αυτές διαστάσεις της ποιότητας των οργανισμών υγείας, δεν υπάρχει και ανάπτυξη αυτών καθώς και ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, η ποιότητα αποτελεί, μεν, μία ευρεία έννοια, αλλά τυποποιείται. Τα διεθνή πρότυπα ποιότητας τα οποία εφαρμόζονται ακολουθούν τις αρχές της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας που επικεντρώνεται στην υγιεινή και την ασφάλεια των χώρων και των εγκαταστάσεων όσο και στην ικανοποίηση των πελατών, ο οποίοι στην περίπτωση των δημοσίων οργανισμών είναι οι πολίτες. Για μία μονάδα υγείας, η εφαρμογή των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας οδηγεί στην αύξηση της ποιότητας της διοίκησης, σε βελτιώσεις στη διαχείριση του προϋπολογισμού, στην έγκαιρη αντιμετώπιση των κρίσεων καθώς και στην αύξηση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, όπως συζητείται και σε όλο το εύρος της διπλωματικής, δηλαδή το κυρίως μέρος αυτής, το να μιλά κανείς για διασφάλιση της ποιότητας δεν σημαίνει απαραίτητα πως αυτή διασφαλίζεται. Ως εκ τούτου, απαιτείται να εφαρμόζεται και μια σαφής στρατηγική αξιολόγησης της απόδοσης, της αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους αποτελεσματικότητα στις μονάδες υγείας. Χαρακτηριστικά, συζητούνται οι βασικές ποσοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση των μονάδων υγείας και, έπειτα, προτείνεται η εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης που είναι ένα σαφές μεθοδολογικό πλαίσιο που βασίζεται στις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης εφαρμόζει εννέα κριτήρια της

ποιότητας και βασίζεται στην εσωτερική αξιολόγηση. Η εσωτερική αξιολόγηση λαμβάνει χώρα από μία Ομάδα Έργου / Αξιολόγησης που συγκρίνουν τις δικές τους εκτιμήσεις για τα εννέα κριτήρια και τα επιμέρους υποκριτήρια του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης και αυτές των ασθενών (πολίτες) ή των εργαζόμενων ή και των δύο. Η διοίκηση των μονάδων υγείας, έτσι, με την εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης καθίσταται ένα πιο ολοκληρωμένο και σαφές έργο με συγκεκριμένα βήματα και προϋποθέσεις. Η ανάλυση, δε, δεν είναι μόνο θεωρητική αλλά και επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα παραδείγματα τα οποία αφορούν την ελληνική πραγματικότητα.

Total Quality Management in Healthcare

Keywords: Health Unit Management, public health, Total Quality Management, leadership, administration, New Public Management, Common Assessment Framework

Abstract

This dissertation focuses on issues concerning the administration of public bodies and, more specifically and in detail, the health units. For the health units it is pointed out that they are considered as organizations that offer high quality health care that is based on patient safety. Safety, together with the avoidance of mistakes, are therefore considered prerequisites for the proper operation of the health units. Without a focus on these two dimensions of the quality of health organizations, there is no growth and patient satisfaction. Also, quality is a broad concept, but it is standardized. The international quality standards that are applied follow the principles of the philosophy of Total Quality Management that focuses on the hygiene and safety of the premises and facilities as well as customer satisfaction, ie in the case of public organizations of citizens. For a health unit, the application of the principles of Total Quality Management leads to an increase in the quality of management, to improvements in budget management, to the timely response to crises as well as to the increase of efficiency. However, as discussed in the whole range of diplomacy, ie the main part of it, talking about quality assurance does not necessarily mean that it is guaranteed. Therefore, a clear strategy for evaluating the efficiency, effectiveness and cost-effectiveness of health facilities is required. Typically, the basic quantitative methods used in the management of health units are discussed and then the implementation of the Common Evaluation Framework is proposed, which is a clear methodological framework based on the principles of Total Quality Management and New Public Management. The Common Evaluation Framework applies nine quality criteria and is based on internal evaluation. The internal evaluation takes place by a Project / Evaluation Team that compares their own assessments of the nine criteria and sub-criteria of the Common Evaluation Framework and those of patients (citizens) or

employees or both. The management of the health units, thus, with the implementation of the Common Evaluation Framework becomes a more complete and clearer task with specific steps and conditions. The analysis, however, is not only theoretical but also focuses on specific examples which concern the Greek case.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Εικόνων.....	xvii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Πίνακας Συντομογραφιών.....	xxi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	7
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	7
1.1. Η έννοια της ποιότητας γενικά.....	7
1.2. Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.....	8
1.3. Η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	11
1.4. Η έννοια της ασφάλειας στη φροντίδα υγείας.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	15
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.1. Διοίκηση πόρων.....	15
2.2. Διαχείριση κρίσεων.....	18
2.3. Προϋπολογισμός.....	20
2.4. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	29

3.1. Διοίκηση Δημοσίων Οργανισμών.....	29
3.1.1. Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ	30
3.1.2. Κύκλος Δημόσιας Πολιτικής	32
3.2. Βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	34
3.1.2. Προϋποθέσεις εφαρμογής	37
3.1.3. Έλεγχος και αξιολόγηση	40
3.1.4. Ηγεσία.....	44
3.3. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στα συστήματα υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα ..	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	49
ΚΟΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
4.1. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης	49
4.1.1. Ορισμός	49
4.1.2. Σημασία	51
4.2. Προϋποθέσεις και αποτελέσματα	54
4.3. Ομάδες αξιολόγησης.....	57
4.4. Η σημασία του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στα νοσοκομεία	65
4.5. Πρακτικά παραδείγματα εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1, ο κύκλος δημόσιας πολιτικής, πηγή Λαδή & Νταλάκου (2016, σ. 24).....	33
Εικόνα 2, βασικές διαστάσεις της ΔΟΠ βάσει της μελέτης των Das, Kumar & Kumar, 2011, pp. 199-200.	35
Εικόνα 3, μοντέλο ΚΠΑ, πηγή Αναστασόπουλος, 2010, σ. 10.....	50
Εικόνα 4, κύκλοι εφαρμογής ΚΠΑ, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 11.	52
Εικόνα 5, αξιολόγηση του κριτηρίου «ηγεσία» με επιμέρους υποκριτήρια, πηγή Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 21.....	56
Εικόνα 6, πρότυπο κενής έκθεσης, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 72.....	59
Εικόνα 7, σχεδιάγραμμα βαθμολόγησης, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 55.....	59
Εικόνα 8, τελική έκθεση αξιολόγησης Ομάδας Έργου, πηγή Υπουργείο Εσωτερικών,, 2013, σ. 98.	64
Εικόνα 9, παράδειγμα παρουσίασης αποτελεσμάτων της εφαρμογής του ΚΠΑ ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου Αμαλία – Φλέμινγκ, πηγή Κουταλάς, κ. συν. (2019, σ. 838).....	67
Εικόνα 10, αποτελέσματα αξιολόγησης ενός πραγματικού νοσοκομείου (ΤΕΙ), πηγή Κορούλα κ. συν. (2020, σ. 242).....	70
Εικόνα 11, διάγραμμα των Κουτούλα κ. συν (2020, σ. 242) για τη μελέτη περίπτωσης τους.	72
Εικόνα 12, άλλες κατηγορίες ISO, πηγή: (ISO, 2022)	85
Εικόνα 13, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 12.....	86
Εικόνα 14, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 13.....	87
Εικόνα 15, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 14.....	88

Εικόνα 16, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 15.....89

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1, παράδειγμα ερωτήσεων που μπορούν να τεθούν για την αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό βάσει της μελέτης των Vouzas & Psychogios, 2007, p. 68.	41
--	----

Πίνακας Συντομογραφιών

EFQM	European Foundation Quality Management
ISO	International Standards Organization
OHSAS	Occupational Health and Safety Assessment Series
p.	Page
SQA	Speyer Quality Award
ΔΜΥ	Διοίκηση Μονάδων Υγείας
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚ	Ελαχιστοποίησης Κόστους
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Κ-Α	Κόστους Αποτελεσματικότητας
Κ-Ο	Κόστους Οφέλους
ΚΠΑ	Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης
Κ-Χ	Κόστους Χρησιμότητας
ΝΔΜ	Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν κανείς αναφέρεται τυπικά στον όρο υγεία, τότε εννοεί είτε την ατομική είτε τη δημόσια. Για την ατομική υγεία, έμφαση δίνεται στο πως ένα άτομο βιώνει την καθημερινότητά του, δηλαδή το συνολικό επίπεδο ευεξίας του. Πράγματι, ο κοινός ορισμός της υγείας ως απουσία νόσων δεν είναι αποδεκτός στον 21^ο αιώνα και, αντίθετα, η υγεία νοείται ως το να απολαμβάνει ένας άνθρωπος μία γενικά καλή ποιότητα ζωής, χωρίς να βιώνει προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας (Misselbrook, 2014, p. 582).

Η δημόσια υγεία, ωστόσο, αφορά το σύνολο των πολιτών, δηλαδή την υγεία των κατοίκων μίας περιοχής, χώρας ακόμα και όλου του πλανήτη. Ως πεδίο, βρίσκεται διαρκώς στο επίκεντρο της δημόσιας διαβούλευσης, όσο και στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των ακαδημαϊκών. Ιδίως σήμερα, την περίοδο της πανδημίας, η δημόσια υγεία έχει αποτελέσει ένα από τα αντικείμενα συζήτησης που απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τους πολίτες και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και το σύνολο των κρατικών φορέων. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, στην παρούσα διπλωματική επιχειρείται το να αναλυθεί μία σημαντική διάσταση της προστασίας της δημόσιας υγείας - η ποιότητα.

Η ποιότητα, ως έννοια, σχετίζεται με πολλές επιμέρους διαστάσεις της εξυπηρέτησης των ασθενών, ως καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Ονομαστικά, όταν κανείς αναφέρεται στην έννοια της ποιότητας της φροντίδας, μπορεί να αναφέρεται στο σύστημα υγείας, στην οργάνωση των μονάδων υγείας, στη θεραπευτική προσέγγιση ή την ασφάλεια των ασθενών. Επίσης, μπορεί να αναφέρεται σε πιο απτές διαστάσεις της ποιότητας όπως αυτές αξιολογούνται με ποσοτικά κριτήρια. Για παράδειγμα, μπορεί να αναλύει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των οργανισμών ή το αν ο οργανισμός πετυχαίνει τους ποσοτικούς του στόχους. Επιπλέον, μπορεί να μιλά για την αποδοτικότητα των εργαζομένων ξεχωριστά, για την κερδοφορία των οργανισμών ή και για τη σχέση τιμής – απόδοσης (Braithwaite, και συν., 2019; Carinci, και συν., 2015; Hamdi, Oweis, Abu Zraiq, & Abu Sammour, 2012; McCarthy, και συν., 2016).

Στην παρούσα διπλωματική, στόχος αποτελεί η μελέτη της ποιότητας ως κριτήριο καλής λειτουργίας των οργανισμών, με έμφαση στις επιμέρους διαστάσεις της και αναγνωρίζοντας τη συνθετότητα του όρου. Ωστόσο, η ποιότητα προσεγγίζεται στο κυρίως μέρος της διπλωματικής στα πλαίσια της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Το ζήτημα αυτό προσδιορίζεται, αρχικά, σε επίπεδο αμιγώς εννοιολογικό. Η εννοιολογική αποτύπωση της σημασίας της ΔΟΠ γίνεται αρχικά σε σχέση με την ποιότητα και την ασφάλεια λόγω του ότι, και με βάση τις αρχές του μάνατζμεντ και τη φιλοσοφία της ΔΟΠ η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και αγαθών υγείας τίθενται σε προτεραιότητα όπως και η ασφάλεια των ασθενών. Ο ορισμός της ασφάλειας και της ποιότητας εξετάζονται, δε, αφενός, γενικά, και έπειτα ειδικά με έμφαση στη δημόσια υγεία και τη φροντίδα υγείας.

Η φροντίδα υγείας μελετάται με έμφαση στις υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως εντός των μονάδων υγείας. Η έμφαση αυτή στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα, γίνεται διότι, ως αγαθό, η υγεία, δεν εξασφαλίζεται μόνο μέσω της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας αλλά με διαφορετικά μέσα και στρατηγικές. Ωστόσο, όταν κανείς αναφέρεται στη διοίκηση των μονάδων υγείας και τη ΔΟΠ στην υγεία, τότε πρέπει να διαθέτει τη δυνατότητα να εκτιμήσει με συγκεκριμένα κριτήρια και δείκτες το κατά πόσο οι υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας που προσφέρονται σε μία μονάδα είναι ποιοτικά.

Βιβλιογραφικά, δε, διαπιστώνεται, ακόμα, πως η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας / απόδοσης των μονάδων υγείας σχετίζεται με την ποιότητα και την καταλληλότητα των μοντέλων ηγεσίας ή των εφαρμοσμένων στρατηγικών. Έτσι, προκύπτει ως υπόθεση της εργασίας πως, η αξιολόγηση της φροντίδας υγείας βάσει του μοντέλου της ΔΟΠ θα προϋποθέτει το να υπάρχουν μετρήσιμοι δείκτες και αποτελέσματα σε σχέση με το ποσοστό σφαλμάτων και το λόγο κόστους και οφέλους (Cardinaels & Soderstrom, 2013; Chiarini & Vagnoni, 2017; Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002; Oakland, 2011; Ulle & Kumar, 2014).

Ακόμα, η διπλωματική αυτή, επικεντρώνει το ενδιαφέρον της σε ένα πρακτικό παράδειγμα αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μία μονάδα υγείας, δηλαδή το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ). Το ΚΠΑ, αντανακλά τη

φιλοσοφία διοίκησης του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ, καθώς και της ΔΟΠ. Ως πρότυπο / πλαίσιο είναι εξαιρετικά εκτενές και λεπτομερές. Το ειδοποιό στοιχείο του ΚΠΑ ως μοντέλο και φιλοσοφία διοίκησης σε σχέση με άλλα εργαλεία της διοίκησης στις μονάδες υγείας, είναι πως, βάσει αυτού, είναι τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού που πραγματοποιούν τις αναλύσεις και τις αξιολογήσεις (Macur & Radej, 2017; Papalazarou & Tsoulfas, 2018; Saranto, και συν., 2019; Αναστασόπουλος, 2010; Κορούλη, Καπάκη, Εγγλεζοπούλου, & Γαλάνης, 2020; Κουταλάς, και συν., 2019; Νοσοκομείο ΚΑΤ, 2021).

Ως αποτέλεσμα, η διπλωματική αυτή προσεγγίζει και με απτά παραδείγματα τη σημασία της ΔΟΠ και της εφαρμογής της στη διοίκηση των μονάδων υγείας. Στόχος είναι να απαντηθούν τέσσερα (4) διαφορετικά ερωτήματα, κάθε ένα εκ των οποίων απαντάται και σε ένα ξεχωριστό κεφάλαιο της μελέτης. Τα ερωτήματα αυτά έχουν ως εξής:

Ερώτημα 1: Πως ορίζεται η ποιότητα στη φροντίδα υγείας και πως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας;

Ερώτημα 2: Ποιες είναι οι βασικές αρχές της Διοίκησης Μονάδων Υγείας και ποιος ο ρόλος των διοικητών / στελεχών των νοσοκομείων στη διασφάλιση της χρηστής διοίκησης στην κλινική διακυβέρνηση;

Ερώτημα 3: Πως εφαρμόζεται στην πράξη η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας;

Ερώτημα 4: Τι είναι το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης και ποιες οι εφαρμογές του σε πρακτικό επίπεδο;

Η διπλωματική, λοιπόν, δομείται ως εξής:

Στο παρόν, εισαγωγικό κεφάλαιο γίνεται μία ανάλυση του σκοπού και των στόχων του συγκεκριμένου πονήματος με ιδιαίτερη έμφαση σε διαστάσεις όπως τη θέση των ερευνητικών ερωτημάτων και τη διασαφήνιση της δομής της εργασίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της μελέτης παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες και οι όροι που χρησιμοποιούνται στη διπλωματική με έμφαση στο να απαντηθεί το πρώτο

ερώτημα της μελέτης, δηλαδή, το πως ορίζεται η ποιότητα, η ασφάλεια, η φροντίδα και η ΔΟΠ. Επίσης, στο πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας εξετάζεται η σχέση της ασφάλειας της φροντίδας υγείας με την ποιότητα ως προϋπόθεση αυτής.

Στο δεύτερο, εν συνεχεία, κεφάλαιο της μελέτης, γίνεται μία ανάλυση και συζήτηση σχετικά με την ηγεσία και τους ανθρώπους οι οποίοι στελεχώνουν τη διοίκηση των εκάστοτε μονάδων υγείας. Μεταξύ των σημαντικότερων καθηκόντων τους αναλύονται η σημασία της διοίκησης των πόρων των μονάδων υγείας, κυρίως του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και αυτή της διαχείρισης κρίσεων, τόσο στο εξωτερικό περιβάλλον των οργανισμών όσο και στο εσωτερικό τους περιβάλλον. Ως παραδείγματα διαχείρισης των κρίσεων στο εξωτερικό περιβάλλον των νοσοκομείων δίνονται αυτά των συστημικών κρίσεων όπως είναι οι οικονομικές κρίσεις και η πρόσφατη υγειονομική κρίση που προκλήθηκε από την πανδημία της covid 19. Επιπρόσθετα, αναλύεται η αξία της διαχείρισης του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας αλλά και αυτή της αξιολόγησης με διάφορα μοντέλα και εργαλεία εκτίμησης της αποδοτικότητας των οργανισμών. Συνεπώς, απαντάται με τον τρόπο αυτό το δεύτερο ερώτημα της εργασίας.

Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας, μελετάται συγκεκριμένα, η φιλοσοφία της ΔΟΠ ως λογική διοίκησης που εφαρμόζεται στη δημόσια υγεία συγκεκριμένα και όχι στους οργανισμούς γενικότερα. Λόγω της άρρηκτης σύνδεσής της με το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (NDM) ως μοντέλο διοίκησης στο δημόσιο τομέα, η ανάλυση ξεκινά με το NDM και εξετάζει τη σημασία της εφαρμογής των κύκλων δημόσιας πολιτικής και των αρχών της ΔΟΠ στη δημόσια διοίκηση. Επιπρόσθετα προσεγγίζονται θεωρητικά ορισμένες από τις πλέον σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας βάσει της ΔΟΠ όπως είναι ο έλεγχος και η ηγεσία. Κατόπιν μελετώνται οι εφαρμογές της ΔΟΠ στα διεθνή συστήματα υγείας και, παράλληλα, στο ελληνικό κράτος και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με τον τρόπο αυτό απαντάται το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της εργασίας.

Στη συνέχεια, στο τέταρτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας, το σημείο εστίασης είναι το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης. Για το ΚΠΑ μελετώνται διάφορες επιμέρους διαστάσεις του, δηλαδή, τι αφορά, ποια είναι η σημασία του, οι προϋποθέσεις εφαρμογής και τα αποτελέσματά του. Μετέπειτα, μελετάται η σημασία

της ανάθεσης του έργου της αξιολόγησης για τα νοσοκομεία, ανεξαρτήτως περιοχής ή συστήματος διοίκησης το οποίο και εφαρμόζουν. Στο κεφάλαιο αυτό, κατ' αντιστοιχία, απαντάται και το τέταρτο ερώτημα της μελέτης.

Η διπλωματική ολοκληρώνεται με ένα κεφάλαιο συμπερασμάτων. Στο εν λόγω κεφάλαιο συνοψίζονται τα κυριότερα ευρήματα της σύνθεσης της διαθέσιμης βιβλιογραφίας και αναφέρονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες βάσει των εντοπισθέντων βιβλιογραφικών κενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Στο πρώτο αυτό κεφάλαιο της μελέτης εξετάζεται η έννοια της ποιότητας και της ασφάλειας κριτικά, έννοιες αλληλένδετες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι το παρόν κεφάλαιο να αποτελέσει τη θεωρητική βάση της μελέτης και να αναδειχθεί η σημασία της διατήρησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζοντας τη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

1.1. Η έννοια της ποιότητας γενικά

Η ποιότητα αποτελεί έναν όρο ο οποίος απαντάται σε πολλά πεδία - από αυτό της παραγωγής των βιομηχανικών ειδών μέχρι αυτό της εξυπηρέτησης των πελατών. Τυπικά, όταν κανείς αναφέρεται στην ποιότητα, τότε εννοεί την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων σε μία βιομηχανική μονάδα, δηλαδή την απουσία σφαλμάτων στην παραγωγή του (Wicks & Roethlein, 2009).

Ωστόσο, οι Seawright & Young (1996, p. 108) αναφέρουν πως υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της ποιότητας, και περισσότερο αντικειμενικοί και περισσότερο υποκειμενικοί. Σε ό,τι αφορά τη διάκριση αυτών, οι «αντικειμενικοί» ορισμοί της ποιότητας αφορούν την παραγωγική διαδικασία και επικεντρώνονται στα εσωτερικά χαρακτηριστικά της παραγωγής του προϊόντος. Οι «υποκειμενικοί» ορισμοί της ποιότητας, εστιάζουν, έπειτα, στα εξωτερικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών και σχετίζονται με την παροχή των αγαθών, τις αξίες ή και την εμπειρία του χρήστη.

Ακόμα, για την ποιότητα, οι Wicks & Roethlein (2009, p. 84-85), εξηγούν πως συνδέεται κατά κύριο λόγο με την εξυπηρέτηση των πελατών. Η ικανοποίηση του πελάτη κρίνεται ως ο πλέον σημαντικός στόχος για έναν οργανισμό, ανεξαρτήτως του τομέα του, και αυτό συμβαίνει διότι, από την ικανοποίηση του καταναλωτή των αγαθών ή των υπηρεσιών, καθορίζεται και το αν ο συγκεκριμένος πελάτης θα αγοράσει ξανά το αγαθό και αν θα είναι σταθερός στις επιλογές του.

Ωστόσο, ταυτόχρονα, οι Wicks & Roehlein (2009, pp. 85-86) επιχειρούν να πραγματοποιήσουν μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με έμφαση στο να επισημάνουν τις διαφορετικές διακρίσεις και ερμηνείες του όρου. Καταλήγουν, έτσι, στο συμπέρασμα πως, η ποιότητα, σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του αγαθού ή της υπηρεσίας και την αριστεία του. Επίσης, διαπιστώνουν πως, με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας είναι οι παρακάτω:

- ο Feigenbaum (cited in Wicks & Roehlein, 2009) αναφέρει πως η ποιότητα είναι συνώνυμη της αριστείας

- ο Crosby (cited in Wicks & Roehlein, 2009) πως είναι σχετική με τα εξειδικευμένα χαρακτηριστικά του προϊόντος

- ο Garvin (cited in Wicks & Roehlein, 2009) ότι η ποιότητα έχει οκτώ διαστάσεις: την απόδοση, τα χαρακτηριστικά του αγαθού, την αξιοπιστία, την ανθεκτικότητα, τη συμμόρφωσή του με τα διεθνή πρότυπα ποιότητας, τη χρηστικότητα, την εμφάνιση (αισθητική διάσταση) και την αντιλαμβανόμενη (από τον πελάτη) αξία του.

Από τα παραπάνω, διαπιστώνει κανείς πως, σε σχέση με την έννοια της ποιότητας, δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός που γίνεται καθολικά αποδεκτός. Έτσι, αποκτά ενδιαφέρον το να επικεντρωθεί κανείς στην έννοια της ποιότητας στον τομέα της φροντίδας υγείας ώστε να τον εξειδικεύσει και να τον αναλύσει.

1.2. Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας

Η φροντίδα υγείας αποτελεί έναν επίσης απροσδιόριστο όρο, ο οποίος, θεωρείται στενά συνδεδεμένος νοηματικά με αυτόν της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη των υπηρεσιών υγείας και, την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Για να είναι αποτελεσματική η φροντίδα υγείας και, συνεπαγωγικά, καλής ποιότητας, απαιτείται να υφίσταται επικοινωνία ανάμεσα στον θεράποντα ιατρό και τον ασθενή. Επίσης, σε επίπεδο διοίκησης απαιτείται το να εφαρμόζεται ένα σύστημα αποφάσεων που να βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ των μελών του ανθρώπινου δυναμικού και στο σεβασμό των απόψεων του συνόλου αυτών. Έπειτα, σε επίπεδο σχέσης του ιατρικού

και νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή, είναι σημαντικό να γίνεται ενημέρωση των ασθενών για ζητήματα που τους αφορούν, να υπάρχει συνεργασία και εκπαίδευση αυτών για τη διαχείριση της νόσου τους (Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008).

Η ποιότητα, έτσι, στη φροντίδα υγείας, θα αφορά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αυτή της διοίκησης. Η διοίκηση, για να είναι υψηλής ποιότητας, θα πρέπει να γίνεται με έμφαση στο να μπορεί ο οργανισμός να αποκρίνεται στις ανάγκες του ίδιου του οργανισμού, των ασθενών και των μελών του ανθρώπινου δυναμικού. (Mosaddeghrad, 2013).

Βάση της αναφοράς της ΕΕ για την ποιότητα στη δημόσια διοίκηση, διαπιστώνεται η μεγάλη σημασία που έχει το να είναι σε θέση ο οργανισμός να αντιμετωπίζει τις διάφορες προκλήσεις που εντοπίζονται στο εξωτερικό και το εσωτερικό του περιβάλλον. Αναλυτικά, οι προκλήσεις αυτές, τυπικά, αφορούν την ανάγκη για εισαγωγή μεταρρυθμίσεων, όσο και την αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με έμφαση στη δίκαιη μεταχείριση των πολιτών. Σημαντικό είναι να διασφαλιστεί και ένας θετικός λόγος κόστους - αποδοτικότητας όπως και το να υπάρχει διαφάνεια και αξιοκρατία (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2014).

Ακόμα, στη δημόσια διοίκηση, μεγάλη σημασία αποκτά η αξιολόγηση της συμπεριφοράς των δημοσίων υπαλλήλων, η μείωση των προβλημάτων τα οποία σχετίζονται με την αρνητική διάσταση της γραφειοκρατίας που αφορά, κυρίως, την τυπολατρία και οι πολιτικές που εφαρμόζονται να είναι αποτελεσματικές, καθώς και το να υπάρχει συνοχή και συντονισμός των πολιτικών αυτών. Η συνοχή αυτή πρέπει να είναι και κοινωνική, καθώς είναι σημαντικό να υπάρχει μέριμνα για ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους πολίτες σε αγαθά και υπηρεσίες. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2014).

Για να εξασφαλίζεται η ποιότητα στη φροντίδα υγείας, σύμφωνα με τους Faloudah, Qasim & Bahumayd (2015) θα πρέπει το σύστημα υγείας να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο για να εξασφαλίζει την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και αγαθά υγείας στους πολίτες. Η ερμηνεία αυτή της ποιότητας, συμπεριλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τη διάσταση της πληροφόρησης, της οργάνωσης και των παρεμβάσεων υγείας που λαμβάνουν χώρα. Έτσι, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αν κανείς επικεντρώνεται στις διαστάσεις που αφορούν το σύστημα υγείας, θα καθορίζεται από

το αν η φροντίδα υγείας επικεντρώνεται στον ασθενή, στην πληροφόρηση, στην εξέλιξη και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν, ωστόσο, επιλέξει κανείς μία εστιασμένη στους οργανισμούς προσέγγιση, τότε η ποιότητα φροντίδας υγείας θα καθορίζεται από το βαθμό της εφαρμογής αποτελεσματικών μεθόδων διοίκησης, από το αν το ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας είναι έμπειρο και καταρτισμένο και το αν τηρείται το πρωτόκολλο της λειτουργίας των οργανισμών. Άρα, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα σχετίζεται και με το αν τα συστήματα είναι ασφαλή, αν υπάρχει εμπιστευτικότητα και σεβασμός στα δικαιώματα των ασθενών (Faloudah, Qasim, & Bahumayd, 2015).

Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας εξασφαλίζεται με διαρκείς και «κυκλικές» διαδικασίες. Για να εξασφαλιστεί η ποιότητα στη φροντίδα υγείας, η διαδικασία που ακολουθείται αφορά (Taylor, και συν., 2014):

- ανάγκη
- σχεδιασμός
- δράση
- μελέτη

Η διαδικασία, λοιπόν, εξασφάλισης της ποιότητας, ξεκινά με τη διαπίστωση μιας συγκεκριμένης ανάγκης, συνεχίζεται με τη διαδικασία του σχεδιασμού, έπειτα, πραγματοποιείται η διαδικασία της λήψης αποφάσεων, η οποία προϋποθέτει πάλι μία ενέργεια, δηλαδή μία δράση και τέλος ακολουθεί η μελέτη των δεδομένων της αγοράς δηλαδή του εξωτερικού περιβάλλοντος των οργανισμών και λαμβάνεται εκ νέου δράση (Taylor, και συν., 2014).

Ακόμα, η ποιότητα ορίζεται και ως «οτιδήποτε συνδράμει στην αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών» (Papalazarou & Tsoulfas, 2018, σ. 51). Ο ορισμός αυτός είναι αξιοποιήσιμος σε πεδία όπου η εξυπηρέτηση των καταναλωτών συνιστά προαπαιτούμενο καθώς και όπου η εμπειρία του καταναλωτή από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών θα καθορίζεται από την ικανοποίησή του από κάθε επιμέρους στάδιο της εξυπηρέτησής του. Ωστόσο, όταν ακολουθείται μία τέτοια προσέγγιση για

την ποιότητα, το πρόβλημα το οποίο ανακύπτει είναι πως αυξάνεται και η δυσκολία της ικανοποίησης του καταναλωτή και της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και αγαθών (Papalazarou & Tsoulfas, 2018).

1.3. Η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως έννοια, σχετίζεται με την απόδοση και την επίδοση των οργανισμών. Αναλυτικά, αφορά μία έννοια που απαντάται στο πεδίο της διοίκησης των επιχειρήσεων και σχετίζεται με τη διαχείριση των πόρων. Η φιλοσοφία της ΔΟΠ διέπεται από το σύνολο της λειτουργίας των οργανισμών - από τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού μέχρι την εξυπηρέτηση των καταναλωτών, όσο και από τη διοίκηση των πόρων μέχρι την εφαρμογή βελτιώσεων σε όλους τους τομείς για τη μείωση του κόστους λειτουργίας των φορέων (Argia & Ismail, 2013).

Η ΔΟΠ, επίσης, συνδέεται με το στόχο της εξασφάλισης της αριστείας στη διοίκηση. Η αριστεία σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα σε όλα τα επίπεδα και αποτελεί κριτήριο και προϋπόθεση αυτής. Για τους οργανισμούς, η συμπεριφορά των διοικητικών στελεχών, των μελών του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και των πελατών παίζει ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα λειτουργήσει ο οργανισμός και θα αποδώσει (Chan, Ng, & Jee, 2012).

Βάσει των παραπάνω, η ΔΟΠ ορίζεται ως η συμμόρφωση στις ανάγκες των καταναλωτών όπως αυτές καθορίζονται και πριν από τη διαδικασία της παραγωγής, κατά τον σχεδιασμό και αργότερα, στο στάδιο της παροχής υπηρεσιών. Η συμμόρφωση αυτή θα πρέπει να γίνεται σε ένα συγκεκριμένο βαθμό και με βάση τα όρια που, και σε αυτή την περίπτωση, τίθενται από τον πελάτη. Άρα, η διοίκηση διαθέτει ένα επίπεδο αντίληψης των αναγκών αυτών, μπορεί σε ένα βαθμό να προβλέψει το ποιες θα είναι οι ανάγκες των καταναλωτών και είναι σε θέση να προγραμματίσει την παραγωγή για να εξασφαλίσει μία καλή σχέση κόστους-ποιότητας (Chan, Ng, & Jee, 2012, p. 40).

Στα όσα αναφέρονται ανωτέρω, προστίθενται και οι παρατηρήσεις των Vouzas & Pyschogios (2007, p. 62), οι οποίοι υπογραμμίζουν πως, ο ορισμός και η έννοια της

ΔΟΠ, διακρίνονται στις «σκληρές» και «ήπιες» διαστάσεις τους. Ο σκληρός ορισμός της ΔΟΠ αφορά τα τεχνικά χαρακτηριστικά και ο ήπιος τη φιλοσοφία και τις αρχές της. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα, θα πρέπει, ωστόσο, να συνδυάζονται και τα δύο. Η ΔΟΠ μετριέται, δε, κυρίως με κριτήριο τα σκληρά της χαρακτηριστικά, αν και διαπιστώνεται η μεγάλη σημασία που έχουν τα ήπια στη διασφάλιση της χρηστής διοίκησης σε οργανισμούς στους οποίους εφαρμόζεται.

Στη ΔΟΠ, η ποιότητα παραμένει, βεβαίως, κεντρική έννοια. Σύμφωνα με τον Mosadeghrad (2013), η ποιότητα, όταν κανείς αναφέρεται στη φροντίδα υγείας, αφορά, κατά κύριο λόγο, το πως παράγεται το έργο στις μονάδες υγείας. Συνεπώς, μελετώντας την ποιότητα της φροντίδας υγείας, εξετάζονται πτυχές της διοίκησης όπως είναι το αν γίνεται ομαδική εργασία, το αν υπάρχει συνεργασία, καλή χρήση των διαθέσιμων πόρων όπως και αν γίνεται εφαρμογή των ισχυόντων θεσμικών πλαισίων και προτύπων της κλινικής διακυβέρνησης.

Σύμφωνα με τους Papalazarou & Tsoulfas (2018, p. 52) η εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ σε ένα σύστημα είναι μια διαδικασία προσαρμογής του συστήματος αυτού σε προγραμματισμένες δράσεις και στρατηγικές. Ως εκ τούτου, η ΔΟΠ ορίζεται ως μία προσέγγιση της διοίκησης των οργανισμών που εστιάζει στην ποιότητα. Η ποιότητα στα πλαίσια της ΔΟΠ, όμως, γίνεται αντιληπτή γενικά ως μία διαδικασία συμμετοχής όλων των μελών της κοινωνίας ή όλων των ληπτών των υπηρεσιών στα πεπραγμένα των οργανισμών. Έτσι, η ΔΟΠ θεωρείται, ταυτόχρονα, και ως μία ολιστική προσέγγιση στη διοίκηση των οργανισμών που ωθεί προς την ποιότητα γενικά και σε όλα τα επίπεδα.

Ταυτόχρονα, ως καινοτόμα μορφή οργάνωσης των δημόσιων οργανισμών, η ΔΟΠ χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο αρχών και προτεραιοτήτων. Αυτές είναι οι κάτωθι (Papalazarou & Tsoulfas, 2018, pp. 52-53):

- η ΔΟΠ υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή αύξηση της ποιότητας με μακροχρόνιες δεσμεύσεις προς τον πολίτη,
- η ΔΟΠ προϋποθέτει πως η ποιότητα θα υπάρχει σε όλα τα στάδια της παροχής δημοσίων υπηρεσιών,

- η ΔΟΠ θα στοχεύει στην εξυπηρέτηση, μεν, των αναγκών των πολιτών χωρίς, ωστόσο, να αγνοεί η διοίκηση των οργανισμών τα δικαιώματα, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των εργαζομένων τους,

Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται πως, η ΔΟΠ, ως φιλοσοφία, επικεντρώνεται σε συγκεκριμένους και μεμονωμένους τομείς της λειτουργίας των οργανισμών, ωστόσο, δεν βασίζεται στη λογική πως οι τομείς αυτοί είναι αυτόνομοι. Αυτό σημαίνει πως ο οργανισμός αναγνωρίζεται ως ένα ενιαίο και αδιάσπαστο σύνολο. Για τον κάθε οργανισμό, δε, είτε αυτός εντάσσεται στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα ισχύει το γεγονός πως η προσφορά και η ζήτηση επηρεάζουν την παραγωγή του (Papalazarou & Tsoulfas, 2018).

1.4. Η έννοια της ασφάλειας στη φροντίδα υγείας

Σύμφωνα με τον Vincent (2011, p. 3), η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κριτήριο της φροντίδας υγείας. Σε ένα πρώτο επίπεδο, η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται με την αποφυγή των ιατρικών λαθών. Τα ιατρικά λάθη αποτελούν παράδειγμα ακούσιας πρόκλησης βλαβών στον ασθενή που μπορούν να προκύψουν σε διαφορετικά στάδια της εξυπηρέτησης των ασθενών. Χαρακτηριστικά, ιατρικά λάθη προκύπτουν κατά τη διάγνωση, κατά την επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, στη θεραπεία και στις χειρουργικές επεμβάσεις. Ένα πολύ απτό παράδειγμα πρόκλησης σοβαρών προβλημάτων υγείας στους ασθενείς σε φαινομενικά ασφαλείς συνθήκες παροχής υπηρεσιών φροντίδας είναι η επέμβαση «λοβοτομή» που επιλεγόταν ως θεραπεία σε πολλές νόσους και καταστάσεις στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα.

Η ασφάλεια στη φροντίδα υγείας, συνδέεται με την αναγνώριση της ευθύνης των οργανισμών για την εξασφάλισή της. Μέχρι και τον 20^ο αιώνα, διαπιστώνεται ερευνητικά πως, η ασφάλεια και η προστασία της ατομικής υγείας και η διατήρηση της ευημερίας, αποτελούσε ατομική ευθύνη. Με τη μετάβαση σε μία εποχή ανάπτυξης, σταδιακά, η ευθύνη αυτή εναπόκειται ολοένα και περισσότερο στις μονάδες και τους οργανισμούς υγείας. Έτσι, η ασφάλεια αποτελεί, σήμερα, ευθύνη των οργανισμών και

κάθε μέλους του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας ξεχωριστά (Vincent, 2011).

Επίσης, ο όρος αυτός έχει εξελιχθεί και αναλύεται με έμφαση στις επιμέρους ερμηνείες του. Σύμφωνα με τους Emanuel και συν. (2009), η ασφάλεια στη φροντίδα υγείας αναφέρεται ως μία έννοια με τρεις επιμέρους διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν (1) τη φιλοσοφία της διοίκησης, (2) την απαλλαγή των ιατρικών λαθών, (3) την προστασία των ασθενών με έμφαση στην ποιότητα. Έτσι, η ασφάλεια συνδέεται θεωρητικά και πρακτικά με την ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Για τους ερευνητές, η πιο αποδεκτή ερμηνεία της ασφάλειας είναι ως η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας που γίνεται με έμφαση στο ποια θα είναι τα επιθυμητά αποτελέσματα και το πως θα αξιοποιηθούν οι γνώσεις και η εμπειρία των εργαζομένων στις μονάδες υγείας για να προσφερθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται σε ζητήματα τα οποία αφορούν τη διοίκηση των μονάδων υγείας και πρόνοιας, τόσο ιδιωτικών όσο και δημόσιων. Στόχος είναι να συζητηθούν οι επιμέρους ρόλοι των διοικητικών στελεχών σε μονάδες υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην οικονομική διαχείριση (διοίκηση πόρων), τη διαχείριση κρίσεων, τον προϋπολογισμό του κόστους καθώς και την αξιολόγηση.

2.1. Διοίκηση πόρων

Όπως αναφέρει ο Patel (2009), η διοίκηση των νοσοκομείων αποτελεί ένα σύνθετο έργο, ιδίως δεδομένου πως οι πόροι που διαθέτουν οι μονάδες υγείας είναι περιορισμένοι. Ο ερευνητής, τονίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των μονάδων υγείας ως ανταγωνιστικών οργανισμών οι οποίοι εξυπηρετούν τα συμφέροντα και τις ανάγκες των ασθενών και της κοινωνίας. Τέτοιοι οργανισμοί, είτε είναι ιδιωτικοί είτε είναι δημόσιοι, θέτουν ως προτεραιότητα την προστασία των πολιτών και το να διαχειρίζονται με κατάλληλο τρόπο τους πόρους τους. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι, όπως στην περίπτωση του εθνικού συστήματος υγείας, και για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο η διαχείριση των πόρων να αποτελεί προτεραιότητα των διοικητών των μονάδων υγείας.

Για τη διοίκηση των μονάδων υγείας, σημειώνεται, δε, η σημασία την οποία έχει η εξασφάλιση της αποδοτικότητας των μονάδων αυτών με έμφαση στην εφαρμογή των αρχών της ποιότητας. Οι μονάδες υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από την ευελιξία τους, την αξιοπιστία τους και την αποδοτικότητά τους. Η αποδοτικότητα μελετάται με κριτήριο το αν λαμβάνονται υπόψη τα δεδομένα για την αγορά καθώς και το αν οι οργανισμοί εκμεταλλεύονται την πληθώρα των διαθέσιμων εναλλακτικών για να παράγουν ένα αγαθό ή μια υπηρεσία υψηλής ποιότητας (Cardinaels & Soderstrom, 2013).

Μελετώντας το παράδειγμα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, οι Mitropoulos, Mitropoulos & Sissouras (2013) υπογραμμίζουν πως η διοίκηση με έμφαση στην αποτελεσματικότητα και τη μείωση του κόστους αποτελεί κομβικής σημασίας προτεραιότητα για τα δημόσια νοσοκομεία. Οι δαπάνες υγείας εκτιμώνται με κριτήριο τη ζήτηση καθώς και με έμφαση στις διαδικασίες. Αυτό σημαίνει πως, κατά το σχεδιασμό του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας και την κατάρτιση αυτών, εξετάζεται το ποιες δυνατότητες διαθέτει μία μονάδα υγείας, το τι περιστατικά εξυπηρετεί, πόση είναι η ζήτηση και ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των καταναλωτών.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά, για τις μονάδες υγείας, η διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων. Σύμφωνα με τους Elarabi & Johari (2014), η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, και στους οργανισμούς υγείας και σε οργανισμούς γενικά, διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες. Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού γίνεται με έμφαση σε δύο συγκεκριμένες λειτουργίες του:

- τις διοικητικές
- τις διαχειριστικές

Οι διοικητικές λειτουργίες της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι πέντε (5). Οι πέντε αυτές λειτουργίες είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η στελέχωση, η κατεύθυνση και ο έλεγχος. Οι διαχειριστικές λειτουργίες της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι έξι (6). Αυτές οι έξι λειτουργίες είναι: η προμήθεια, η ανάπτυξη, η αποζημίωση, η παρακίνηση, η εσωμάτωση και η δημιουργία σχέσεων. Επομένως, τα στελέχη των μονάδων υγείας καλούνται να συνδυάσουν τις έντεκα (11) συνολικά αυτές λειτουργίες για να αυξήσουν τη λειτουργικότητα, την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των οργανισμών αυτών (Elarabi & Johari, 2014).

Στη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας, μεγάλη αξία αποκτά και η διαχείριση της γνώσης. Σύμφωνα με τους El Morr & Subercaze (2010), η φροντίδα υγείας γίνεται με έμφαση στην αξιοποίηση των διαθέσιμων γνώσεων και η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να επικεντρώνεται στο να αξιοποιείται το γνωστικό κεφάλαιο των μελών του ανθρώπινου δυναμικού για να παραχθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Για να γίνει αυτό, θα πρέπει οι διοικητές / διαχειριστές / ηγέτες των μονάδων υγείας να επενδύουν στα κάτωθι (El Morr & Subercaze, 2010):

- η αξιοποίηση των τεχνολογικών αλλαγών για τη βελτίωση των μεθόδων διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού

- οι οργανισμοί θα πρέπει να μπορούν να προσαρμόζονται στα δεδομένα ενός διαρκώς εξελισσόμενου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος

- οι ηγέτες θα πρέπει να παρακινούν και να ενδυναμώνουν το ανθρώπινο δυναμικό με στόχο το να συνδράμουν στην αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων

- τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην αξιοποίηση των διαθέσιμων εξοπλισμών για να παραχθεί το μέγιστο / βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

- τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους

- οι στόχοι θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι.

Ειδικά στα κράτη στα οποία το σύστημα παρουσιάζει περιορισμούς σε σχέση με τη διαθεσιμότητα των πόρων, δηλαδή τα κράτη μέσου και χαμηλού εισοδήματος ο σχεδιασμός των προγραμμάτων, η επιλογή των μέτρων, η στοχοθεσία και η οργάνωση των μονάδων υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους υφιστάμενους περιορισμούς. Ως εκ τούτου, σε χώρες όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι, απαιτείται να γίνουν ακόμη περισσότερες προσπάθειες από τους ηγέτες των οργανισμών για να εξασφαλίζουν την αποδοτικότητα των οργανισμών που διοικούν (Linnander, Mantopoulos, Allen, Nembhard, & Bradley, 2017).

Ωστόσο, ταυτόχρονα, υφίσταται ο περιορισμός ότι, σε κράτη με πολλά προβλήματα στη λειτουργία του δημόσιου τομέα, πολλοί ηγέτες οργανισμών δεν διαθέτουν την πείρα και την εκπαίδευση στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, όχι λόγω παιδείας, αλλά λόγω της απουσίας των εναλλακτικών και του χρόνου που απαιτείται. Πράγματι, σε χώρες που οι ευθύνες των διοικητικών στελεχών είναι πολυάριθμες, είναι κοινό οι πόροι να μην επαρκούν για την κάλυψη των πολυάριθμων

αναγκών του πληθυσμού (Linnander, Mantopoulos, Allen, Nembhard, & Bradley, 2017).

2.2. Διαχείριση κρίσεων

Σύμφωνα με τους Afthonidis & Tsiotras (2014), για να μπορέσει ένας οργανισμός να ανταπεξέλθει στις ευρείες προκλήσεις που αντιμετωπίζει στο εσωτερικό και το εξωτερικό του περιβάλλον, θα πρέπει να είναι και σε θέση να διαχειρίζεται τις κρίσεις που εμφανίζονται με τρόπο προδραστικό. Η προδραστικότητα αποτελεί κριτήριο της ικανότητας των διοικητικών στελεχών να διαχειρίζονται τις προκλήσεις στον οργανισμό καθώς και της ικανότητάς τους να επιβιώνουν σε ένα ανταγωνιστικό εξωτερικό περιβάλλον.

Η διαχείριση κρίσεων, επιπρόσθετα, στις μονάδες υγείας, επικεντρώνεται, μεταξύ άλλων, και στην εξασφάλιση της ισότητας της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για το κοινωνικό σύνολο. Η διοίκηση των μονάδων υγείας αφορά, έτσι, και την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των πολιτών, μέσω της αποδοχής της διαφορετικότητας, την ανάδειξη ευκαιριών για πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των πολιτών. (Sarfraz, et al., 2021).

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί και το γεγονός πως, η διαχείριση κρίσεων στις μονάδες υγείας αποτελεί αντικείμενο μελέτης γενικότερα για τους ακαδημαϊκούς και ερευνητές που ασχολούνται με τα ζητήματα της διοίκησης των μονάδων υγείας. Ωστόσο, ειδικά λόγω της πανδημίας, το ζήτημα της διαχείρισης κρίσεων στις μονάδες υγείας γίνεται ολοένα και πιο επίκαιρο. Η διαχείριση κρίσεων συνιστά μία πρόκληση που συμπεριλαμβάνει ζητήματα που σχετίζονται με την προστασία της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας, την άρση των περιορισμών της διοίκησης στις μονάδες υγείας και άλλα συναφή ζητήματα (Abbas, 2021).

Σύμφωνα με τον Abbas (2021), η διαχείριση κρίσεων για τις μονάδες υγείας συνιστά μία διαδικασία η οποία περιλαμβάνει διάφορες λειτουργίες. Η πρώτη εξ αυτών αφορά τη μη φαρμακευτική διαχείριση των νόσων. Η μη φαρμακευτική διαχείριση των κρίσεων αποτελεί μία σύνθετη πρόκληση η οποία απαιτεί, από μέρους

των υπεύθυνων της διοίκησης, το να αντιμετωπιστεί εγκαίρως μία κρίση, ούτως ώστε, τελικά, να καταστεί εφικτό το να μειωθεί ο κίνδυνος του να αναχθεί μία νόσος σε επιδημία ή πανδημία.

Η δεύτερη βασική στόχευση αφορά την υποστήριξη των εργαζόμενων στις μονάδες υγείας σε όλα τα επίπεδα. Η υποστήριξη αυτή πρέπει να είναι και υλική και ψυχολογική. Αυτό σημαίνει πως τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να διαθέτουν τα απαραίτητα μέσα και τις υποδομές που θα τους καθιστούν απαραίτητα για να διεκπεραιώσουν το έργο τους σε συνθήκες κρίσης και ανασφάλειας. Η ψυχολογική υποστήριξη σχετίζεται, δε, με την ενδυνάμωση, τη μείωση της αντίστασης στην αλλαγή, του στρες και των επιπτώσεων αυτών στην επίδοση και απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού (Abbas, 2021).

Η τρίτη στόχευση και προτεραιότητα των μελών της διοίκησης για την αντιμετώπιση των κρίσεων στις μονάδες υγείας, αφορά την προστασία των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των ασθενών, από τις επιπτώσεις μίας υγειονομικής κρίσης όπως αυτή που προκάλεσε η πανδημία covid-19. Για τα πρόσωπα αυτά, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελούν τα πρόσωπα που θα υποστηρίξουν τις ανάγκες τους, θα τους παράσχουν την απαραίτητη βοήθεια για να διαχειριστούν την υγειονομική κρίση και θα τους συμβουλεύσουν. Άρα, η έμφαση στη μείωση του ψυχολογικού αντικτύπου δεν περιορίζεται μόνο εντός του οργανισμού αλλά αφορά και το σύνολο του πληθυσμού (Abbas, 2021).

Ακόμα, οι διοικητές και οι ηγέτες στις μονάδες υγείας θα πρέπει να λειτουργούν ως άτομα τα οποία αναλαμβάνουν καθοδηγητικό ρόλο, ή ρόλο ενός προτύπου για το ανθρώπινο δυναμικό. Επειδή οι κρίσεις είναι απρόβλεπτες, τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού θα βασιστούν στους έχοντες την ευθύνη, ούτως ώστε να τους δώσουν την απαραίτητη κατεύθυνση για το πως να διαχειριστούν τις επερχόμενες κρίσεις. Και σε αυτή την περίπτωση, το γεγονός πως ο ηγέτης θα αναλαμβάνει την ευθύνη λήψης αποφάσεων, συνδράμει στο να αισθάνονται οι εργαζόμενοι μεγαλύτερη συναισθηματική ασφάλεια και σταθερότητα (Jankelová, Joniaková, Blštáková, Skorková, & Procházková, 2021).

Σημειώνεται πως, κατά κύριο λόγο, η διοίκηση και η ηγεσία ενός οργανισμού θα πρέπει να επικεντρώνεται στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αν οι

υπηρεσίες που προσφέρονται είναι υψηλής ποιότητας, τότε θα επιτυγχάνεται και ο στόχος της μείωσης του αντικτύπου των νόσων καθώς και η διασπορά αυτών (Jankelová, Joniaková, Blštáková, Skorková, & Procházková, 2021).

2.3. Προϋπολογισμός

Σε ό,τι αφορά τον προϋπολογισμό των δημοσίων κατά κύριο λόγο μονάδων υγείας, σημειώνεται από τον Patel (2009), πως, παρότι τα νοσοκομεία είναι, κατά βάση, μη κερδοσκοπικά, παραμένουν ανταγωνιστικοί οργανισμοί που απαιτούν πόρους και κεφάλαια για να λειτουργήσουν. Σε μία μονάδα υγείας και, εφαρμόζοντας τα πρότυπα ποιότητας της ΔΟΠ, διαπιστώνεται πως η στρατηγική θα πρέπει να προσανατολίζεται στην αξιοποίηση των διαθέσιμων κεφαλαίων με το βέλτιστο δυνατό τρόπο προκειμένου, αρχικά, να καλύπτονται τα άμεσα ιατρικά κόστη και, έπειτα, να καλύπτεται το συνολικό κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σε αυτά τα κόστη συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ πολλών, το κόστος των υποδομών, των πρώτων υλών, των φαρμάκων και το κόστος των μισθών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η διοίκηση των μονάδων υγείας, όμως, προϋποθέτει το να ληφθούν υπόψη στον προϋπολογισμό και έμμεσα κόστη, όπως είναι τα κόστη της εισαγωγής μεταρρυθμίσεων, συντήρησης, αναβάθμισης και ασφάλειας, όπως και άλλα κόστη τα οποία είναι μεταβλητά και προκύπτουν λόγω των δυσλειτουργιών των μονάδων υγείας. Μεταξύ άλλων, τα κόστη αυτά συμπεριλαμβάνουν τις αποζημιώσεις των ασθενών σε περίπτωση λαθών, τα εργατικά ατυχήματα, τα κόστη που προκύπτουν από τις αναμονές και ούτω καθεξής. Τόσο στον προϋπολογισμό, όσο και στην τιμολόγηση των αγαθών υγείας, οι υπεύθυνοι της διοίκησης μονάδων υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εν λόγω κόστη (Patel, 2009).

Η υγεία αποτελεί ένα αγαθό το οποίο είναι, ταυτόχρονα, ατομικό και δημόσιο. Ως αγαθό αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας και λόγω αυτής της ιδιότητας της υγείας υφίσταται και αγορά ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών, εξοπλισμών και σκευασμάτων. Στα σύγχρονα και ώριμα συστήματα υγείας, ωστόσο, υπάρχει κοινωνική πρόνοια ούτως ώστε να διασφαλίζεται πως κανείς πολίτης δεν αποκλείεται από τη βασική φροντίδα υγείας (Levesque, Harris, & Russell, 2013; Weale, 2012).

Ανά τον κόσμο υφίστανται διάφορα συστήματα υγείας τα οποία και χαρακτηρίζονται από τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η φροντίδα, στα σοσιαλδημοκρατικά, για παράδειγμα, κράτη όπως είναι τα Σκανδιναβικά, παρέχεται καθολικά, δηλαδή σε όλους τους πολίτες χρησιμοποιώντας τους δημόσιους πόρους. Οι πολίτες καλύπτουν τα κόστη της πρόνοιας και φροντίδας μέσω της εργασίας τους και μέσω της φορολογίας, έμμεσα αντί για άμεσα όπως γίνεται σε κορπορατιστικά συστήματα υγείας (Ahgren, 2014; Wendt, 2014).

Έπειτα, στην Κεντρική Ευρώπη χρησιμοποιείται ένα σύστημα διοίκησης των συστημάτων υγείας που καλείται, τυπικά, Μπίσμαρκ ή / και κορπορατιστικό. Τα συστήματα αυτά υγείας συνδυάζουν στοιχεία από τη φιλελεύθερη θεωρία που βασίζεται στην αρχή πως, σε μία ελεύθερη αγορά, οι πολίτες συνεισφέρουν με διάφορους τρόπους στην παροχή δημόσιων αγαθών, όπως και στο ότι όλοι οι πολίτες διαθέτουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις όπως γίνεται στα σοσιαλδημοκρατικά κράτη. Η κάλυψη του κόστους της ασφάλισης υγείας γίνεται, έτσι, μέσω των δαπανών των εργαζομένων άμεσα ενώ δεν είναι αυτονόητο πως όλα τα μέλη της κοινωνίας λαμβάνουν την ίδια φροντίδα υγείας, χωρίς, ωστόσο, το σύστημα υγείας να μη φροντίζει για την ευημερία και την ασφάλεια των κοινωνικά ευπαθών ομάδων (Kos, 2019).

Στη συνέχεια, τα φιλελεύθερα συστήματα που βασίζονται στη λογική της ελεύθερης αγοράς, κατά κύριο λόγο κράτη όπως τις ΗΠΑ. Στις ΗΠΑ το σύστημα υγείας λειτουργεί με συγκεκριμένο τρόπο, ιδίως με άμεσες αποζημιώσεις των νοσοκομείων από τους ανασφάλιστους πολίτες ή με μερική κάλυψη του κόστους της περίθαλψης από αυτούς που διαθέτουν μία μέση ασφάλιση υγείας. Η λογική του συστήματος υγείας των ΗΠΑ είναι πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα είναι άριστη αλλά, για να διασφαλιστεί πως αυτό θα ισχύει, τότε και οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας θα γίνονται με όρους ελεύθερης αγοράς (Kos, 2019; Marjouna & Bozic, 2012).

Μία διακριτή περίπτωση αποτελούν τα κράτη της νοτιοανατολικής Ευρώπης όπως είναι η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Στα κράτη αυτά, εφαρμόζεται ένα μικτό σύστημα υγείας το οποίο συνδυάζει όλα τα παραπάνω στοιχεία. Στα μεσογειακά κράτη, υφίστανται τόσο ιδιωτικά όσο και δημόσια νοσοκομεία ενώ, ταυτόχρονα, οι

ανασφάλιστοι απολαμβάνουν δωρεάν αγαθά υγείας σε δημόσιες μονάδες υγείας. (Κουλούρη, 2019).

Τα συστήματα αυτά βασίζονται στη φιλοσοφία πως κάθε πολίτης πρέπει να απολαμβάνει τα αγαθά αυτά που απαιτούνται για να απολαύσει μία καλή ποιότητα ζωής. Η σωματική και η ψυχική υγεία συνιστούν δικαιώματα που αναγνωρίζονται από τα συντάγματα των κρατών, ενώ οι πολίτες διαθέτουν τη δυνατότητα να επιλέξουν αν θα καταναλώσουν ιδιωτικά ή δημόσια αγαθά υγείας. Έτσι, στη μελέτη του προϋπολογισμού των νοσοκομείων, τα χαρακτηριστικά του συστήματος είναι βασικό να λαμβάνονται υπόψη (Κουλούρη, 2019).

Η διοίκηση των πόρων είναι σημαντική στη ΔΜΥ ασχέτως του μεγέθους του οργανισμού. Ειδικά, ωστόσο, στα μικρά νοσοκομεία που οι πόροι, οι εξοπλισμοί και τα κεφάλαια είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, υφίσταται ακόμα το ζήτημα της κάλυψης των αυξημένων αναγκών των πολιτών με συγκεκριμένα μέσα. Για τους διαχειριστές, η διοίκηση γίνεται με τη χρήση ποσοτικών μεθόδων αξιολόγησης του κατά πόσο η προσφορά καλύπτει τη ζήτηση. Εφαρμόζονται, λοιπόν, ανάλογες αρχές με αυτές που προτιμώνται στη διοίκηση των ιδιωτικών οργανισμών, προσαρμοσμένων όμως στα δεδομένα μιας μικρής μονάδας υγείας (Castro, Pereira, Sá, & Santos, 2020).

Επίσης, για τα νοσοκομεία, η κάλυψη της ζήτησης δεν συνιστά μόνο ένα διαχειριστικό ζήτημα αλλά και μια προτεραιότητα στον τομέα της δημόσιας διοίκησης. Αυτό συμβαίνει διότι οι μονάδες υγείας δεν είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί αλλά αντίθετα επικεντρώνουν τη διοίκησή τους στο να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των μελών της κοινωνίας (Castro, Pereira, Sá, & Santos, 2020). Τα δικαιώματα του ανθρώπου, το δικαίωμα στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες παραμένει το πλέον κομβικό στοιχείο της διοίκησης και το σημείο εστίασης για την ηγεσία των μονάδων υγείας (Castro, Pereira, Sá, & Santos, 2020; Peritogiannis, et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Peritogiannis et al. (2011) η ανάγκη αυτή εμφανίζεται, δε, με μεγάλη συχνότητα σε περιοχές οι οποίες είναι επαρχιακές ή απέχουν αρκετά από τα μεγάλα αστικά κέντρα ή / και είναι αραιοκατοικημένες. Στην Ελλάδα, υφίστατο, για παράδειγμα, έντονο πρόβλημα σε σχέση με την κάλυψη των πολυάριθμων αναγκών για φροντίδα ψυχικής υγείας σε περιοχές της επαρχίας. Λόγω και του γεγονότος πως στην

Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχει ζήτημα ελλειπούς συνοχής ανάμεσα στις διάφορες περιοχές της χώρας, διαπιστώνεται πως το πρόβλημα της κάλυψης των αναγκών των πολιτών σε περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο οδηγεί στον πολλαπλασιασμό των προκλήσεων για τους πολίτες. Χαρακτηριστικά, περιοχές με χαμηλή βιομηχανική δραστηριότητα ή περιορισμένη ανάπτυξη του τριτογενούς τομέα στην ΕΕ τείνουν να παρουσιάζουν και περισσότερα προβλήματα στην εξυπηρέτηση των αναγκών των πολιτών από τους δημόσιους οργανισμούς (Veselinova & Gogova Samonikov, 2012).

Ο τομέας της υγείας δεν στερείται αντίστοιχων προβλημάτων και προκλήσεων. Όπως έδειξε και η εμπειρία της οικονομικής κρίσης του 2009-2019, η ποιότητα της δημόσιας υγείας πρέπει να τίθεται σε προτεραιότητα ανεξαρτήτως του αν υφίστανται ή όχι προβλήματα δημόσιου χρέους. Στην ΕΕ, το πρόβλημα της διαχείρισης των ήδη περιορισμένων πόρων των μονάδων υγείας ήταν τόσο έντονο που πολλά κράτη μέλη βίωσαν έντονα προβλήματα τα οποία σχετιζόνταν, μεταξύ άλλων, με την αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων πολιτών ή την επανεμφάνιση σοβαρών λοιμωδών νόσων που είχαν ήδη αντιμετωπιστεί (Economou, Kaitelidou, Katsikas, Siskou, & Zafirovouli).

Για τις μονάδες υγείας αποκτά σημασία επιπλέον το να αξιοποιούνται με ορθολογικό τρόπο οι διαθέσιμοι πόροι προκειμένου να μη γίνεται κακοδιαχείριση αυτών και να επιτυγχάνουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με συγκεκριμένα κεφάλαια. Το πρόβλημα το οποίο βιώνεται, ωστόσο, ρεαλιστικά από τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού είναι πως, όταν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει πως οι πόροι του νοσοκομείου είναι περιορισμένοι, τότε βιώνουν ένα έντονο ηθικό δίλημμα (Cacchione, 2020).

Το ηθικό δίλημμα για τα στελέχη και τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας σχετίζεται άμεσα με τις δυσκολίες της άσκησης του επαγγέλματος του ιατρού ή του νοσηλευτή. Τα πρόσωπα αυτά γνωρίζουν πως οι ασθενείς διαθέτουν ανάγκες οι οποίες δεν είναι πάντα δυνατό να καλυφθούν. Έτσι, αυτό το οποίο συμβαίνει είναι πως οι ίδιοι καλούνται να δράσουν με ένα συγκεκριμένο τρόπο παρότι γνωρίζουν πως δεν θα είναι εφικτό να εξυπηρετηθούν όλοι οι ασθενείς με ισότιμο τρόπο και να λάβουν την άριστη δυνατή φροντίδα διότι δεν υφίστανται επαρκείς πόροι για να είναι

άριστη η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Cacchione, 2020; Cardinaels & Soderstrom, 2013; Corley, 2002)

Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα επιβλαβής για την ψυχική υγεία των μελών του ανθρώπινου δυναμικού. Οι ηγέτες / τα διοικητικά στελέχη των μονάδων υγείας, λοιπόν, όταν πραγματοποιούν το στρατηγικό σχεδιασμό με έμφαση στον προϋπολογισμό των μονάδων υγείας, καλούνται να συμπεριλάβουν διάφορες παραμέτρους στην ανάλυσή τους. Η παράμετρος της ικανοποίησης των αναγκών και των επιθυμιών των μελών του ανθρώπινου δυναμικού θεωρείται εξίσου σημαντική με αυτή της ικανοποίησης των μελών της κοινωνίας (πολιτών / πελατών) (Das, Kumar, & Kumar, 2011).

2.4. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας

Σύμφωνα με τον Vincent (2011), η διοίκηση των μονάδων υγείας, ιδίως από το 1970 και έπειτα, επικεντρώνεται ολοένα και περισσότερο στη διασφάλιση αποτελεσματικών και ασφαλών υπηρεσιών φροντίδας. Οι οργανισμοί, διοικούνται, πλέον, με συγκεκριμένους στόχους οι οποίοι τίθενται κατόπιν προσεκτικής ανάλυσης των δεδομένων εντός και εκτός του οργανισμού. Επίσης, η ΔΜΥ γίνεται εισάγοντας πρακτικές και μεθόδους που προέρχονται από άλλους τομείς. Πράγματι, στον 20^ο και 21^ο αιώνα, εισήχθησαν καινοτομίες που προέρχονταν από αναπτυγμένες βιομηχανικές μονάδες, υιοθετήθηκαν μέθοδοι προσέγγισης του ανθρώπου που προτείνονται από την επιστήμη της ψυχολογίας και υπήρξε προσαρμογή των μονάδων υγείας για να γίνεται καλύτερη διαχείριση των αναμονών, να μειωθεί η πίεση στα συστήματα υγείας και να εξορθολογιστεί το σύστημα διαχείρισης των πόρων.

Ακόμα, οι μονάδες υγείας, επικεντρώθηκαν στην αποτελεσματικότητα έχοντας πάντα ως επίκεντρο την ασφάλεια των ασθενών. Για παράδειγμα, κατά τη δεκαετία του 1980, δόθηκε έμφαση στη μείωση περιστατικών όπως οι θάνατοι των νεογνών και των μητέρων που μόλις γέννησαν. Η θνησιμότητα των νέων μητέρων αποτελεί ακόμα και σήμερα κριτήριο της ασφάλειας, της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων υγείας (Vincent, 2011).

Επίσης, υπάρχουν και εξειδικευμένες μέθοδοι αποτίμησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας. Οι Drummond, O'Brien & Torrance (2002), αναφέρονται σε τέσσερις (4) διαφορετικές μεθόδους αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση μονάδων υγείας. Αυτές είναι: (1) η Ανάλυση Ελαχιστοποίησης του Κόστους (EK), (2) η Ανάλυση Κόστους – Αποτελεσματικότητας (K-A), (3) η Ανάλυση Κόστους – Χρησιμότητας (K-X) και, (4) η Ανάλυση Κόστους – Οφέλους (K-O).

Αναλυτικά, η Ανάλυση EK, αποτελεί μία μέθοδο βάσει της οποίας αποτιμάται το ποια εναλλακτική παρέμβαση θα χρησιμοποιηθεί. Προαπαιτούμενο για την εφαρμογή της είναι τα αποτελέσματα των δύο παρεμβάσεων να είναι παρόμοια (ισοδύναμα). Εφόσον η θεραπεία οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα, αυτό το οποίο θα πρέπει να πράξουν οι υπεύθυνοι της διοίκησης των μονάδων υγείας θα είναι να επιλέξουν την εναλλακτική που είναι λιγότερο κοστοβόρα (Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002).

Η Ανάλυση EK, παράλληλα, έχει εφαρμογή όταν υπάρχουν ενδείξεις για την ισοδυναμία δύο παρεμβάσεων και όταν ο αμιγής στόχος της διοίκησης είναι το να περιοριστεί το κόστος της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Ωστόσο, λόγω του ότι η μέθοδος αυτή ανάλυσης εστιάζει στον οικονομικό παράγοντα, είναι λιγότερο αξιοποιήσιμη όταν κανείς προσπαθεί να αναλύσει το όφελος για τον ασθενή (Konopka, και συν., 2012; Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002).

Έπειτα, η Ανάλυση K-A αποτελεί μία προσέγγιση πιο ευρεία και προσαρμοσμένη στις πραγματικές συνθήκες ενός συστήματος ή μιας μονάδας υγείας. Βάσει της ανάλυσης αυτής, αυτό το οποίο στοχεύει να πράξει κανείς είναι να εκφράσει σε μία κοινή μονάδα (π.χ. το κόστος σε \$), το κόστος σε σχέση με την αποτελεσματικότητα. Η αποτελεσματικότητα, με τη σειρά της, μπορεί να αποτιμάται με κλινικούς όρους, με χρήμα ή και με τη μείωση των δαπανών που θα επέλθει (Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002).

Η Ανάλυση K-A αποτιμά, λοιπόν, το πόσο κοστίζει κάθε παρέμβαση και, επειδή, είναι εστιασμένη στο κόστος, επικεντρώνεται και στο σχεδιασμό του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας και πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την εκτίμηση των κλινικών αποτελεσμάτων διαφορετικών παρεμβάσεων (Drummond, O'Brien, G, & Torrance,

2002) (Ramsey, et al., 2015). Η μέθοδος εκτίμησης της αποτελεσματικότητας αυτής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στο να αποτιμηθεί ποιος θα εξυπηρετηθεί από ποια μονάδα υγείας και ποιο νοσοκομείο ή ποιος θα πρέπει να λάβει μία θεραπεία ή όχι (Greving, Visseren, De Wit, & Algra, 2011). Η απόφαση αυτή λαμβάνεται με στόχο τη προστασία της ζωής και την ασφάλεια του ασθενούς.

Στη συνέχεια, η Ανάλυση Κ-Χ βασίζεται στην αποτίμηση της αξίας ενός ή περισσοτέρων παρεμβάσεων υγείας με κριτήριο την ποιότητα ζωής που κερδίζεται. Το κόστος (σε χρήμα) των παρεμβάσεων συγκρίνεται με το κέρδος (τη χρησιμότητα) που μετριέται με τη χρήση ερωτηματολογίων που αποτιμούν τα κερδισμένα έτη ζωής, τα έτη ποιοτικού βίου με αναπηρία, τα έτη υγιούς βίου κ.ο.κ. Η χρησιμότητα, όπως μετριέται σε αυτή την ανάλυση, έχει σημασία στη μελέτη των πρακτικών ΔΜΥ διότι εξετάζει το πώς μία παρέμβαση υγείας μπορεί να έχει οφέλη στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002).

Στην Ανάλυση Κ-Χ γίνεται χρήση ως μέτρου σύγκρισης των QALY ή των ποιοτικά σταθμισμένων χρόνων ζωής (Quality Adjusted Life Years). Τα QALY μετρούνται με ερωτηματολόγια ή με άλλες μεθόδους που αποτελούν προέκταση της Ανάλυσης Κ-Ε. Για την διοίκηση των μονάδων υγείας, διαπιστώνεται πως, η ασθένεια, έχει κόστος, και σε χρήμα και σε ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Ιδανικά, η ανάλυση Κ-Χ γίνεται με κριτήριο την αποτελεσματικότητα, τις δυνατότητες, τις αδυναμίες και τις προκλήσεις για τις μονάδες υγείας (Nuijten & Dubois, 2011).

Κατόπιν, η Ανάλυση Κ-Ο έχει σημασία διότι αποτιμά με όρους χρηματικούς το λόγο του Κόστους προς το Όφελος. Το όφελος αυτό εκφράζεται με ποσοτικούς όρους. Η σχέση του Κόστους με το Όφελος μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Ευθύνη των διοικητικών στελεχών στις μονάδες υγείας αποτελεί το να εξετάσουν τη ζήτηση σε σχέση με την προσφορά (Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002).

Αυτές οι μέθοδοι εκτίμησης, ωστόσο, της αποδοτικότητας / της αποτελεσματικότητας ή και του τρόπου με τον οποίο διοικούνται τα νοσοκομεία, διαθέτουν πολλούς περιορισμούς. Ο σημαντικότερος εξ αυτών αφορά το ότι επιλέγονται και είναι χρήσιμες σε πολύ συγκεκριμένες περιστάσεις. Οι περιστάσεις αυτές διαφέρουν ανάλογα με το επιλεγθέν εργαλείο αξιολόγησης ή το σημείο εστίασης των αναλύσεων. Ωστόσο, κατά βάση, αυτό το οποίο διαπιστώνεται βάσει της

ανάλυσης της βιβλιογραφίας είναι πως οι μορφές αυτές της αξιολόγησης έχουν νόημα όταν συγκρίνονται δύο αντίστοιχου χαρακτήρα παρεμβάσεις (Drummond, O'Brien, G, & Torrance, 2002; Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008).

Ιδίως σε σχέση με τις μεθόδους αξιολόγησης σημειώνεται, δε, πως υφίστανται διαφορετικές προσεγγίσεις της ποιότητας με έμφαση στο κοινωνικό κέρδος σε σχέση με το κοινωνικό κόστος. Η μέθοδος, για παράδειγμα, του ανθρώπινου κεφαλαίου επικεντρώνεται στη λογική πως, το άτομο, θα πρέπει να προστατεύεται και να αποκτά πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για να παραμείνει υγιές. Όσα περισσότερα κέρδη υγιούς βίου κερδίζει το εν λόγω άτομο, τόσο πιο πολλά χρόνια θα συνεχίσει να είναι ενεργό στην αγορά εργασίας.

Συνολικά, σε επίπεδο κοινωνίας, η διασφάλιση ενός υψηλού, έτσι, βιοτικού επιπέδου, θα συνδράμει στο να είναι σε θέση όλα τα μέλη της κοινωνίας να εργαστούν και να παράξουν πλούτο. Ο πλούτος αυτός συγκεντρώνεται τόσο στα χέρια συγκεκριμένων ατόμων (δικαίωμα στην ιδιωτική ιδιοκτησία) όσο και στα ταμεία του κράτους. Ένα κράτος που είναι απαλλαγμένο από σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας θα διαθέτει μία πιο ανταγωνιστική βιομηχανία και οικονομία.

Εν μέρει κανείς μπορεί να ερμηνεύσει, για παράδειγμα, το γεγονός πως στα κράτη με υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης είναι αυξημένη η έμφαση στην ανοσοποίηση μέσω του εμβολιασμού. Η απουσία προβλημάτων στη δημόσια υγεία οδηγεί, μακροπρόθεσμα, στο να επιστραφεί το σύνολο των επενδύσεων στη δημόσια υγεία στο κράτος. Αυτό συμβαίνει επειδή, λόγω του ότι το γενικό επίπεδο υγείας είναι καλό:

- μειώνονται τα κόστη της περίθαλψης
- αυξάνεται η ποιότητα ζωής
- μειώνονται τα κόστη της αποζημίωσης των προσώπων που αδυνατούν να εργαστούν λόγω αναπηρίας και σοβαρών προβλημάτων υγείας
- αυξάνονται τα έτη ποιοτικού βίου των πολιτών
- βελτιώνεται η παραγωγικότητα του ατόμου

- αυξάνεται η συνολική παραγωγικότητα της οικονομίας.

Σε μεγάλο βαθμό, στα κράτη που εφαρμόζουν ένα σύστημα δημόσιας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, άλλωστε, διαπιστώνεται πως οι πολίτες, σε μεγάλο ποσοστό, είναι εμβολιασμένοι, διαθέτουν ένα καλό επίπεδο προσωπικής υγιεινής και αυξημένο επίπεδο και προσδόκιμο ζωής. Ενώ τίθεται, έτσι, σε ορισμένες περιπτώσεις το δίλημμα του αντικτύπου της αύξησης του προσδόκιμου ζωής στη μακροπρόθεσμη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας λόγω του ότι ο πληθυσμός είναι γηράσκων, διαπιστώνεται πως, όσο πιο καλή η ποιότητα ζωής και η φροντίδας υγείας, τόσο χαμηλότερο θα είναι και το κόστος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας στο σύνολο της ζωής του ατόμου.

Έτσι, για να διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια της ΔΜΥ απαιτείται, ταυτόχρονα, η εφαρμογή ενός εργαλείου το οποίο θα είναι συγκεκριμένο, σαφές και εύχρηστο. Ιδανικά, το εργαλείο αυτό θα πρέπει να επικεντρώνεται σε διαφορετικά κριτήρια και διαστάσεις της ποιότητας. Το ΚΠΑ, το οποίο μελετάται στο κεφάλαιο 4, αποτελεί το προτεινόμενο αυτό εργαλείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το τρίτο αυτό κεφάλαιο της μελέτης εξειδικεύει την ανάλυση περί ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δίνοντας έμφαση στην εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ. Η ανάλυση ξεκινά με μία επισκόπηση των διαθέσιμων πηγών σε σχέση με τη δημόσια διοίκηση για να επικεντρωθεί, έπειτα, στη ΔΟΠ, τις προϋποθέσεις και τις επιμέρους διαστάσεις της εφαρμογής της στους δημόσιους οργανισμούς.

3.1. Διοίκηση Δημοσίων Οργανισμών

Η διοίκηση, στο δημόσιο τομέα, διαφέρει σε πολλά σημεία από αυτό της διοίκησης σε ιδιωτικούς φορείς. Για τους οργανισμούς του δημοσίου, η διοίκηση απαιτεί την εξυπηρέτηση του δημόσιου συμφέροντος καθώς και την κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Ακόμα, απαιτεί την πλήρη αναγνώριση των προκλήσεων που υφίστανται, σε συνδυασμό, όμως, με τη θέση που διατηρεί το κράτος έναντι των ζητημάτων που αντιμετωπίζει ο οργανισμός και η κοινωνία. Η έμφαση στο εθνικό και δημόσιο συμφέρον υπάρχει σε ένα βαθμό και στους ιδιωτικούς φορείς, αλλά είναι πολύ εντονότερη στους δημόσιους (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2014).

Οι Λαδής & Νταλάκου (2016, σ. 27), διακρίνουν εννέα (9) βασικές διαφορές στην οργάνωση και διοίκηση των δημοσίων οργανισμών σε σχέση με τους ιδιωτικούς. Αυτές συνοψίζονται ως εξής:

**Διαφορές
δημοσίων
οργανισμών
έναντι
ιδιωτικών**

Η μεγαλύτερη πολυπλοκότητα των ζητημάτων που διαχειρίζεται ο δημόσιος τομέας

Υφίστανται περισσότερα εμπόδια στη διαδικασία της εφαρμογής των αποφάσεων

Η προσπάθεια που απαιτείται για την εξασφάλιση ευκαιριών και δυνατοτήτων είναι μεγαλύτερη

Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κατά κόρον στην αντιστάθμιση των προβλημάτων στην αγορά / την κοινωνία / την οικονομία

Οι δραστηριότητές τους ενδέχεται να έχουν συμβολική αξία

Τα όρια αφοσίωσης για το ανθρώπινο δυναμικό είναι αυστηρότερα

Αν υφίστανται κοινωνικές ανισότητες που επηρεάζουν τη λειτουργία ενός οργανισμού, τότε διαθέτει περισσότερα περιθώρια δράσης

Η δράση των δημοσίων οργανισμών γίνεται με κριτήριο το αν εξυπηρετείται το δημόσιο συμφέρον

Είναι απαραίτητη η ύπαρξη δημόσιας στήριξης για την εφαρμογή των μέτρων πολιτικής και των αποφάσεων πολιτικής που λαμβάνονται

3.1.1. Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ

Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ ή ΝΔΜ αποτελεί μία φιλοσοφία που εφαρμόζεται στη διοίκηση των δημοσίων οργανισμών. Ως πλαίσιο, φιλοσοφία και λογική της διοίκησης, βασίζεται στην αντίληψη πως, ο δημόσιος τομέας, παρουσιάζει πολλές δυσλειτουργίες λόγω της γραφειοκρατίας, των προβλημάτων στην ποιότητα και την αποδοτικότητα των οργανισμών. Έτσι, στοχεύει στο να εφαρμοστούν οι αρχές και οι πρακτικές της διοίκησης των ιδιωτικών οργανισμών στο δημόσιο τομέα (Hood, 1995).

Η πρώτη προσπάθεια για μία ανάλογη μετάβαση του δημοσίου τομέα και την εισαγωγή ανάλογων μεταρρυθμίσεων, έγινε το 1980 στη Βρετανία, ως αποτέλεσμα της κατανόησης του γεγονότος πως, ο δημόσιος τομέας, υπολειποφόρος. Το 1980,

αντίστοιχη μετάβαση σε ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του δημόσιου τομέα έγινε στη Γαλλία και σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Pollitt, Van Thiel, & Homburg, 2007).

Επίσης, το ΝΔΜ βασίζεται στη λογική πως, ο καταναλωτής των δημόσιων υπηρεσιών, δηλαδή ο πολίτης, θα αντιμετωπίζεται ως πελάτης. Η νοοτροπία αυτή δεν σημαίνει πως εφαρμόζεται μία λογική κερδοφορίας στο δημόσιο τομέα ή πως θα αλλάξει η στάση των δημόσιων οργανισμών σε σχέση με τις υποχρεώσεις τους. Αντίθετα, το ΝΔΜ επικεντρώνεται στο να εξετάζονται οι ανάγκες, οι επιθυμίες, τα θέλω και οι προσδοκίες των πολιτών και, με ανάλογο τρόπο, να διαμορφώνεται η ατζέντα πολιτικής και να παρέχονται οι υπηρεσίες και τα αγαθά του δημοσίου τομέα (Kaboolian, 1998).

Έπειτα, σημειώνεται πως, σύμφωνα με τους Schedler & Proeller (2000), το ΝΔΜ συνδέεται με τη λογική του να παρέχονται στους πολίτες οι απαραίτητες ευκαιρίες για να αποκτήσουν την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση. Έτσι, η θεωρία του ΝΔΜ συνδέεται με τη θεωρία της ώθησης από τον πάροχο των δημοσίων υπηρεσιών. Έξι (6) είναι οι βασικές αρχές του ΝΔΜ: (1) η επικέντρωση στον πελάτη, (2) η αναδιάρθρωση των δημοσίων οργανισμών, (3) η συμμετοχή, (4) ο προϋπολογισμός, (5) ο ανταγωνισμός και, (6) η ιδιωτικοποίηση.

Οι παραπάνω αρχές εφαρμόζονται με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό ανά ευρωπαϊκό κράτος. Αντιστοιχίζοντάς τες με πρακτικές εφαρμογές του ΝΔΜ σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη (Schedler & Proeller, 2000, p. 166):

- Στη Γερμανία, στόχος είναι η μείωση της εξάντλησης των πολιτών και των εργαζόμενων στο δημόσιο τομέα λόγω των πρακτικών προβλημάτων στη λειτουργία του δημοσίου. Από τις παραπάνω αρχές, εφαρμόζονται κατά κόρον, η επικέντρωση στον πολίτη / πελάτη και ο στόχος της αναδιάρθρωσης των δημοσίων οργανισμών.
- στην Ισπανία, εστίαση γίνεται στην ελκυστικότητα των δημοσίων οργανισμών. Από τις παραπάνω αρχές του ΝΔΜ εφαρμόζεται αυτή της επικέντρωσης στον πελάτη, καθώς και η αρχή του σχεδιασμού του προϋπολογισμού με έμφαση στη δημιουργία συμβολαίων και συνεργασιών με ιδιωτικούς και μη παρόχους.

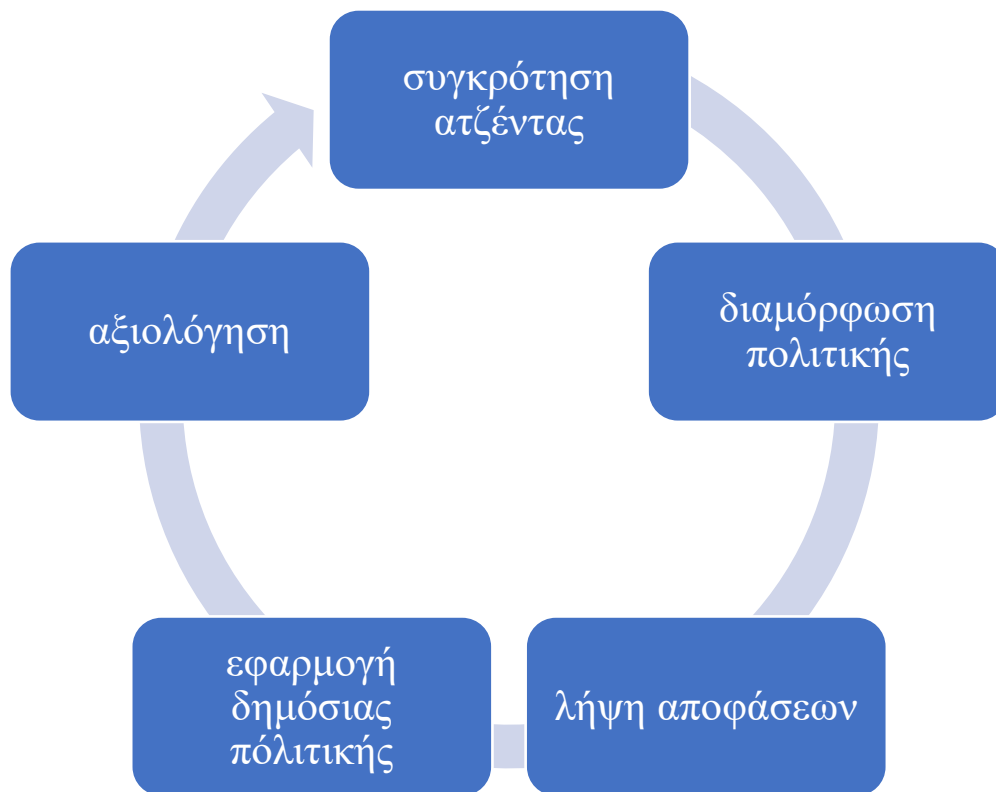
- στην Ολλανδία, τα εργαλεία του ΝΔΜ εφαρμόστηκαν για λόγους αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης και για την επίλυση ζητημάτων νομιμότητας. Από τις προαναφερθείσες αρχές του ΝΔΜ, εφαρμόζονται αυτή της μεταρρύθμισης, της συμμετοχής των πολιτών στη δημόσια διοίκηση, του ανταγωνισμού καθώς και της ιδιωτικοποίησης.

- στη Γαλλία, οι αρχές του ΝΔΜ εφαρμόστηκαν με έμφαση στην αποκέντρωση και την ενίσχυση των τοπικών δημοκρατικών θεσμών. Από τις αναφερόμενες αρχές του ΝΔΜ εφαρμόστηκε, κατά κύριο λόγο, αυτή των ιδιωτικοποιήσεων.

3.1.2. Κύκλος Δημόσιας Πολιτικής

Εξίσου σημαντικό, όμως, στην εφαρμογή των παραπάνω, είναι να αντιλαμβάνεται η διοίκηση το πότε ξεκινά και το πότε τελειώνει ένας κύκλος δημόσιας πολιτικής. Οι κύκλοι δημόσιας πολιτικής ξεκινάνε πάντα με μία ανάγκη και ολοκληρώνονται με την εμπέδωση και την αποδοχή της αλλαγής και της ενσωμάτωσής της στην καθημερινή λειτουργία του οργανισμού. Αναλυτικά, οι κύκλοι δημόσιας πολιτικής συνιστούν μία έννοια που χρησιμοποιείται συχνά στη δημόσια διοίκηση. Ωστόσο, ως κύκλος, είναι διαρκής και δεν σταματά μόλις ολοκληρωθεί ένα στάδιο αλλά, αντίθετα, παράγεται και αναπαράγεται (Λαδή & Νταλάκου, 2016).

Τα βήματα τα οποία, τυπικά, ακολουθούνται στην εφαρμογή ενός κύκλου δημόσιας πολιτικής είναι τα παρακάτω:



Εικόνα 1, ο κύκλος δημόσιας πολιτικής, πηγή Λαδή & Νταλάκου (2016, σ. 24).

Σύμφωνα με τις Λαδή & Νταλάκου (2016), τα στάδια αυτά έχουν μεγάλη σημασία στη διοίκηση και τη λειτουργία του δημοσίου τομέα. Στο πρώτο στάδιο, αυτό της συγκρότησης της ατζέντας, οι δημόσιοι λειτουργοί μετατρέπουν τα αιτήματα των πολιτών σε προβλήματα τα οποία καλείται να διαχειριστεί ο δημόσιος τομέας. Έτσι, επιλέγουν αυτά τα οποία κρίνουν πως είναι απαραίτητο να επιλυθούν και συγκροτούν το σύνολο των προτεραιοτήτων αυτών, άρα, την ατζέντα τους. Έπειτα, στο δεύτερο στάδιο, γίνεται η διαμόρφωση της δημόσιας πολιτικής, η οποία και περιλαμβάνει την ανάπτυξη προτάσεων που θα μπορούσαν να υλοποιηθούν για την επίλυση των προβλημάτων του δημοσίου τομέα, όπως αυτά καθορίστηκαν στο στάδιο της συγκρότησης της κυβερνητικής ατζέντας.

Στη συνέχεια, στο τρίτο στάδιο, λαμβάνονται αποφάσεις. Ενώ τα παραπάνω δύο στάδια είναι περισσότερο παθητικά, δηλαδή δε βασίζονται στη λήψη μίας δράσης ή σε ενέργειες, το τρίτο στάδιο είναι δυναμικό και ενεργητικό και επικεντρώνεται στην εξέταση διαφόρων λύσεων. Κατόπιν, για το τέταρτο στάδιο, αυτό της υλοποίησης /

εφαρμογής μίας δημόσιας πολιτικής, όσες αποφάσεις ελήφθησαν στο προηγούμενο στάδιο εφαρμόζονται. Τέλος, στο πέμπτο στάδιο, αυτό της αξιολόγησης, αποτιμάται το κατά πόσο ήταν αποτελεσματική η εφαρμογή των μέτρων για τη βελτίωση των προβλημάτων της δημόσιας πολιτικής (Λαδή & Νταλάκου, 2016).

3.2. Βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Στην πράξη, η ΔΟΠ εφαρμόζεται στο σύνολο του οργανισμού και επικεντρώνεται σε διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας. Συμμετέχουν, δε, όλα τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού, ασχέτως της θέσης τους στην ιεραρχία. Η ΔΟΠ δίνει έμφαση στο να εισαχθούν στοιχεία και πρακτικές που θα επιφέρουν μία βελτίωση στην άποψη του πελάτη, δηλαδή του καταναλωτή των υπηρεσιών, για τις υπηρεσίες που λαμβάνει, όσο και για τον οργανισμό. Τρεις είναι οι βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής της ΔΟΠ (Gomes, Small, & Yasin, 2019, p. 208):

- ο προσανατολισμός στον πελάτη
- η συμμετοχή των υπαλλήλων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
- η έμφαση στη συνεχή ανάπτυξη.

Ωστόσο, οι προϋποθέσεις αυτές δεν αποτελούν το σύνολο των διαστάσεων στις οποίες επικεντρώνεται η ΔΟΠ. Σύμφωνα με τους Das, Kumar & Kumar (2011, pp. 199-200), δέκα είναι οι βασικές αρχές της ΔΟΠ που εφαρμόζουν γενικά οι οργανισμοί:



Εικόνα 2, βασικές διαστάσεις της ΔΟΠ βάσει της μελέτης των Das, Kumar & Kumar, 2011, pp. 199-200.

Αναλύοντας περαιτέρω τα παραπάνω, ο Patel (2009), αναφέρει πως, για κάθε μία από τις επιμέρους αρχές της ΔΟΠ, υφίστανται διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους διασφαλίζεται η ικανοποίηση αυτών των αρχών. Έτσι, αναφορικά με την πρώτη αρχή της ΔΟΠ, την εστίαση στον πελάτη (δηλ. τον καταναλωτή των αγαθών και υπηρεσιών

υγείας), θα πρέπει η διοίκηση να διαθέτει επαρκή πληροφόρηση για τα δεδομένα της αγοράς, τις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τα θέλω των καταναλωτών. Εφόσον υπάρχουν οι πληροφορίες αυτές και γίνονται αντιληπτές οι ανάγκες των ασθενών, οι διοικητές των μονάδων υγείας θα πρέπει να προσαρμόζουν πλήρως τις μεθόδους διοίκησης στο να ικανοποιούνται και να ξεπερνώνονται οι προσδοκίες των καταναλωτών. Στην ίδια λογική, η δεύτερη αρχή της ΔΟΠ, η ηγεσία, θα πρέπει να συνιστά προτεραιότητα των στελεχών και θα ασκείται με το να δημιουργείται ένα ιδανικό εσωτερικό περιβάλλον στον οργανισμό το οποίο να είναι προσοδοφόρο.

Έπειτα, αναφορικά με την τρίτη αρχή της ΔΟΠ, τη συμμετοχή των μελών του ανθρώπινου δυναμικού στη διοίκηση, θα πρέπει η διοίκηση του οργανισμού να διασφαλίζει πως όλα τα πρόσωπα έχουν αντιληφθεί το ρόλο τους και λειτουργούν με έμφαση στο συμφέρον του οργανισμού. Κατόπιν, για την τέταρτη αρχή της ΔΟΠ, την προσέγγιση των διαδικασιών, σημειώνεται πως τα προσδοκώμενα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το να προσεγγίζονται όλα τα έργα και οι στόχοι των μονάδων υγείας ως διαδικασίες. Ενώ, για την πέμπτη αρχή, δηλαδή τη συστημική προσέγγιση του μάνατζμεντ, αναλύεται η σημασία της αναγνώρισης, κατανόησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας ως συστήματα. Μέσω αυτής της διαδικασίας και εφαρμόζοντας αυτή τη φιλοσοφία διοίκησης, οι μονάδες υγείας θα είναι αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες στην προσπάθεια διεκπεραίωσης των στρατηγικών τους στόχων (Patel, 2009).

Επιπροσθέτως, σε σχέση με την έκτη αρχή, αυτή της συνεχούς βελτίωσης, οι διοικητές των μονάδων υγείας θα στοχεύουν στη συνεχή βελτίωση της συνολικής απόδοσης του οργανισμού. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει, όμως, να εφαρμόζεται και ένα σαφές, σταθερό και κατάλληλα διαμορφωμένο πλαίσιο αξιολόγησης και μέτρησης της απόδοσης του οργανισμού με κριτήρια σαφείς στόχους. Έπειτα, για την έβδομη αρχή, που είναι η εστίαση σε πραγματικά δεδομένα που επηρεάζουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναφέρεται πως, μία αποτελεσματική διαδικασία λήψης αποφάσεων χαρακτηρίζεται από την έμφαση σε πραγματικά δεδομένα. Τέλος, για την όγδοη αρχή της ΔΟΠ, την απόκτηση αμοιβαίου οφέλους με τον προμηθευτή, για έναν οργανισμό υγείας, είναι κομβικής σημασίας το να υπάρχει διαρκής επικοινωνία, αλληλεπίδραση και έμφαση στην παραγωγή κέρδους και αξίας με τους προμηθευτές των αγαθών και πρώτων υλών στις μονάδες υγείας από μέρους των διοικητών στελεχών (Patel, 2009).

3.1.2. Προϋποθέσεις εφαρμογής

Η ΔΟΠ συνιστά μία φιλοσοφία η οποία, συγκεκριμένα, εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα με μεγάλη επιτυχία. Η εφαρμογή της, σε ένα δημόσιο οργανισμό, προϋποθέτει τον κατάλληλο σχεδιασμό, την οργάνωση και την προετοιμασία του φορέα. Συγκεκριμένα, η αρχή της επικέντρωσης στον καταναλωτή, αυτή της συμμετοχής του ανθρώπινου δυναμικού και αυτή της συνεχούς βελτίωσης πρέπει να αποτελούν βάση για το σχεδιασμό και τη διοίκηση των δημοσίων φορέων ενώ, για να υπάρξουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχία της, ταυτόχρονα, θα πρέπει η ΔΟΠ να εφαρμόζεται σε όλα τα στάδια της διοίκησης. Άρα, η φιλοσοφία της ΔΟΠ και οι αρχές της θα πρέπει να εφαρμόζονται (Gomes, Small, & Yasin, 2019):

- στο στάδιο της επιλογής του ανθρώπινου δυναμικού
- στον προγραμματισμό
- τον έλεγχο
- την εφαρμογή των εργαλείων της ΔΟΠ.

Αναφορικά με τις παραπάνω αρχές και τα σημεία εστίασης της ΔΟΠ, όμως, οι Duggirala, Rajendran & Anantharaman (2008) προσθέτουν πως, για να εφαρμοστούν οι αρχές της ΔΟΠ στα νοσοκομεία, προαπαιτείται κατάλληλη προετοιμασία. Οι κριτικές διαστάσεις της εφαρμογής της ΔΟΠ αναλύονται με έμφαση στη σχέση των διοικητικών στελεχών με τους παρόχους υγείας. Έτσι, τα νοσοκομεία θα πρέπει, ταυτόχρονα, να διαθέτουν ιδίους πόρους, να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με άλλες μονάδες υγείας και να επικεντρώνονται στην αριστεία. Σημαντικό ρόλο επιτελεί, δε, και ο βαθμός στον οποίο τα στελέχη αντιλαμβάνονται τις υφιστάμενες προκλήσεις στον οργανισμό και τις διαδικασίες που περιλαμβάνονται στη διοίκηση των μονάδων υγείας.

Οι Duggirala, Rajendran & Anantharaman (2008), συγκεκριμένα, αναφέρονται σε δεκατέσσερις (14) διαφορετικές κατηγορίες κριτηρίων επιτυχούς εφαρμογής της ΔΟΠ. Αυτές, αναλυτικά, είναι οι παρακάτω (p. 694):

- 1) η αφοσίωση της ανώτατης διοίκησης και ηγεσίας στην εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ
- 2) η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον σε τρεις επιμέρους διαδικασίες: την επιλογή, την εκπαίδευση και τη συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού στη διοίκηση των μονάδων υγείας και την εφαρμογή της ΔΟΠ
- 3) την διοίκηση των διαδικασιών με έμφαση στο να καθίστανται οι υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες με ισότιμο τρόπο από το σύνολο των ασθενών. Επίσης, ουσιαστικής σημασίας κρίνεται το να υπάρχει κατανομή των ευθυνών στο σύνολο των μελών του οργανισμού καθώς και να υπάρχει συλλογή κλινικών και μη δεδομένων για τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα αυτών.
- 4) οι υποδομές των νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ποιοτικές και κατάλληλες για την εξυπηρέτηση των ασθενών
- 5) η έμφαση στον ασθενή,
- 6) η εμφαση στον εργαζόμενο
- 7) η μέτρηση της απόδοσης με σαφείς κλίμακες και κριτήρια
- 8) η εφαρμογή των τεχνολογιών της πληροφορικής και των σύγχρονων συστημάτων διοίκησης
- 9) η διαχείριση με εστίαση στην ασφάλεια των ασθενών, δηλαδή την αποφυγή λαθών
- 10) η διοίκηση με εφαρμογή μιας κουλτούρας εξυπηρέτησης
- 11) η εισαγωγή αλλαγών και καινοτομιών με στόχο τη διαρκή βελτίωση
- 12) η καινοτομία και η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών
- 13) η κατανόηση της επιρροής των ενώσεων, σωματείων και ομάδων πολιτών
- 14) η επένδυση στην κλινική διακυβέρνηση.

Σχετικά με την εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ διεθνώς, ο Mosadeghrad (2013), αναφέρεται στα εμπόδια της εφαρμογής αυτών στα συστήματα υγείας και αποσκοπεί στο να εντοπίσει τα κύρια αίτια για τα οποία δεν καθίσταται πλήρως επιτυχής η διαδικασία της υιοθέτησης των προτύπων αυτών στη ΔΜΥ. Τα αίτια αυτά κατηγοριοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Έτσι, ένας πιθανός λόγος αποτυχίας της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ στη δημόσια υγεία είναι το γεγονός πως το μοντέλο ΔΟΠ το οποίο εφαρμόζεται είναι ακατάλληλο για τον οργανισμό. Ο δεύτερος πιθανός λόγος είναι πως παρουσιάστηκαν προβλήματα στην εφαρμογή της μεθόδου προσαρμογής του μοντέλου ΔΟΠ στον οργανισμό και, ο τρίτος, πως το περιβάλλον εργασίας δεν είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο ή διαμορφωμένο για να είναι η ΔΟΠ το κατάλληλο εργαλείο διοίκησης αυτού.

Ο Mosadeghrad (2013), συμβάλλει, δε, στη διαθέσιμη έρευνα και γραμματεία για τη ΔΟΠ διαχωρίζοντας τα πιθανά εμπόδια στην εφαρμογή της ΔΟΠ σε πέντε κατηγορίες. Με τον τρόπο αυτό συνδράμει στο να διαπιστωθεί, ταυτόχρονα, πως τα προβλήματα αυτά θα επιλυθούν. Έτσι, για κάθε μία από τις επιμέρους κατηγορίες εμποδίων σημειώνονται συγκεκριμένα προβλήματα τα οποία ανακύπτουν ως εξής (Mosadeghrad, 2013):

(1) Στρατηγικά εμπόδια. Τα εμπόδια αυτά σχετίζονται άμεσα με την ηγεσία και συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την κακή ποιότητα και οργάνωση της διοίκησης, την έλλειψη υποστήριξης των εργαζομένων από τα πρόσωπα που βρίσκονται υψηλά στην ιεραρχία καθώς και την τάση αποχώρησης των μάνατζερ από τον οργανισμό. Ακόμα, σχετίζονται με την αντίσταση στην αλλαγή, ιδίως των μεσαίων στην ιεραρχία εργαζομένων (προϊστάμενοι/ες), τον κακό προγραμματισμό, την μικρή έμφαση στην ποιότητα και την μεγάλη ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες υγείας, ιδίως αν δεν μπορεί να καλυφθεί από τους διαθέσιμους πόρους από μέρους του οργανισμού.

(2) Εμπόδια στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Τα εμπόδια αυτά συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ΔΟΠ από τους εργαζόμενους, την ελλιπή αφοσίωση και παρακίνηση και την αδιαφορία, ειδικά των ιατρών, απέναντι στην εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ. Ακόμα, μπορεί να αφορά την επιθυμία των εργαζομένων για αυτονομία, την έλλειψη ικανοτήτων, την αντίσταση στην αλλαγή καθώς και τις ελλείψεις σε προσωπικό. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι σε

μία μονάδα υγείας μπορούν να στερούνται εξειδίκευσης, να μην έχουν εμπεδώσει τις αρχές της ΔΟΠ ή και να μην υποστηρίζονται στο έργο τους από τους υπεύθυνους της διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων.

(3) Εμπόδια επικοινωνίας και περιεχομένου της επικοινωνίας. Έπειτα, η επόμενη κατηγορία εμποδίων που αναλύεται αφορά την ακατάλληλη οργανωσιακή κουλτούρα καθώς και τα εμπόδια εντός των τμημάτων ή κατά μήκος των τμημάτων (δηλ. ανάμεσα σε αυτά). Ακόμα, μπορεί να αφορούν τις δυσκολίες στην αποδοχή της εισαγωγή αλλαγών, την έλλειψη προσανατολισμού για τις ομάδες εργασίας, την κακή επικοινωνία και τις θεμελιωμένες αντιλήψεις που μπορούν να συνδράμουν στο να μην γίνεται αποδοχή η αλλαγή.

(4) Εμπόδια που σχετίζονται με τις διαδικασίες. Η κατηγορία που ακολουθεί αφορά τα εμπόδια τα οποία αφορούν, μεταξύ πολλών, την έλλειψη εστίασης στις διαδικασίες ή στην ικανοποίηση των ασθενών. Επιπροσθέτως, μπορούν να σχετίζονται με την ελλιπή επίγνωση των αναγκών των καταναλωτών, ή και τη συνθετότητα των διαδικασιών, π.χ. λόγω της μεγάλης εξειδίκευσης που οδηγεί, τελικά, στο να επιμερίζονται οι ευθύνες σε τέτοιο επίπεδο που, τελικά, οι διαδικασίες δεν ολοκληρώνονται. Επιπλέον, τέτοιου είδους προβλήματα ανακύπτουν από τη μεγάλη έμφαση στις γραφειοκρατικές διαδικασίες, την έλλειψη αξιολόγησης όπως και την έλλειψη εφαρμογής μέτρων αξιολόγησης και εκτίμησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

(5) Δομικά εμπόδια. Έπειτα, τα κυριότερα δομικά εμπόδια που εντοπίζονται για τις μονάδες υγείας συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, όπως και την έλλειψη πρώτων υλών, πληροφοριακών συστημάτων και οικονομικής υποστήριξης. Οι ελλείψεις σε κεφάλαιο συνιστούν επίσης ένα δομικό εμπόδιο στην εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ.

3.1.3. Έλεγχος και αξιολόγηση

Από την έρευνα, ωστόσο, των Vouzas & Psychogios (2007, pp. 64-65), διαπιστώνεται πως οι βασικές αρχές της ΔΟΠ μπορεί να διαφέρουν όταν αλλάζει το

ερευνητικό πεδίο και ανάλογα με τη μελέτη η οποία εστιάζει σε αυτή. Έτσι, οι ερευνητές, με έμφαση στην αρχική διάκριση την οποία κάνουν ανάμεσα στα ήπια και σκληρά χαρακτηριστικά της ΔΟΠ, εξηγούν ακόμη πως μπορεί κανείς να αναφερθεί σε διαφορετικά κριτήρια της επιτυχίας της εφαρμογής της εν λόγω φιλοσοφίας σε οργανισμούς.

Αναλυτικά, σε σχέση με τα ήπια χαρακτηριστικά της, δηλαδή τη φιλοσοφία και τα εργαλεία της διοίκησης, αυτά μετριούνται κυρίως με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων. Αυτό σημαίνει πως, όταν κανείς εξετάζει τις προϋποθέσεις της εφαρμογής του εν λόγω προτύπου / μοντέλου ή, ορθότερα, αυτής της φιλοσοφίας διοίκησης σε έναν πραγματικό οργανισμό, τότε, θα εξετάζει το αν (1) όλοι οι υπάλληλοι μετέχουν εξίσου στη διοίκηση, (2) αν υπάρχει έμφαση στη συνεχή βελτίωση και (3) συνεχή ανάπτυξη, καθώς και αν (4) υπάρχει επικέντρωση στην ομαδική εργασία. Επίσης, (5) το αν οι εργαζόμενοι ενδυναμώνονται από τη διοίκηση για να κατορθώσουν να παράξουν όσο το δυνατό καλύτερης ποιότητας έργο και αν, (6) υποστηρίζονται στην προσπάθειά τους αυτή από τα ανώτατα μέλη της διοίκησης. Επιπλέον, θα εξετάζεται (7) το στυλ ηγεσίας, με έμφαση στο αν οι μέθοδοι που εφαρμόζονται είναι δημοκρατικές, (8) το επίπεδο ικανοποίησης του καταναλωτή των υπηρεσιών / αγαθών υγείας και, τέλος, (9) το αν αλλάζει ή όχι προς μία θετική κατεύθυνση η κουλτούρα του οργανισμού (Vouzaz & Psychogios, 2007).

Βάσει των όσων αναφέρθηκαν και παραπάνω, οι Vouzas & Psychogios (2007) προτείνουν, επίσης, μία σειρά από ερωτήσεις τις οποίες μπορεί να θέσει ο ηγέτης ή το στέλεχος του οργανισμού στον εαυτό του για να αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι αρχές της ΔΟΠ με επιτυχία. Για την αξιολόγηση, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στις εννέα (9) προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ΔΟΠ που αναφέρουν, ορίζουν τις παρακάτω ερωτήσεις που μπορούν να τεθούν προς απάντηση:

Πίνακας 1, παράδειγμα ερωτήσεων που μπορούν να τεθούν για την αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό βάσει της μελέτης των Vouzas & Psychogios, 2007, p. 68.

Προϋπόθεση / κριτήριο	Ερώτηση
Συμμετοχή όλων των υπαλλήλων στη διοίκηση	Η ΔΟΠ στον οργανισμό οδηγεί στη συμμετοχή όλων των μελών του οργανισμού στη διοίκηση;
Συνεχής βελτίωση	Στον οργανισμό, η ΔΟΠ σχετίζεται με τη συνεχή βελτίωση;
Συνεχής ανάπτυξη	Απαιτεί η εφαρμογή της ΔΟΠ στον οργανισμό αυξημένη και διαρκή επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού;
Ομαδική εργασία	Στον οργανισμό η ΔΟΠ βασίζεται στην ομαδική εργασία;
Ενδυνάμωση	Η ΔΟΠ οδηγεί στην ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού στον οργανισμό;
Υποστήριξη από ανώτατα στελέχη	Στον οργανισμό, η ΔΟΠ απαιτεί την ισχυρή / σταθερή ηγεσία και τη συμμετοχή των ανώτατων στελεχών στη διοίκηση;
Δημοκρατικό στυλ ηγεσίας	Το στυλ ηγεσίας το οποίο εφαρμόζεται στον οργανισμό σε σχέση με τη ΔΟΠ είναι δημοκρατικό ή/και συμμετοχικό;
Ικανοποίηση καταναλωτών	Το βασικό μέλημα του οργανισμού είναι η ικανοποίηση των ληπτών των υπηρεσιών;
Κουλτούρα αλλαγής	Σχετίζεται η ΔΟΠ στον οργανισμό με την προώθηση της αλλαγής;

Πέραν της αξιολόγησης ωστόσο, η εφαρμογή και η υιοθέτηση της ΔΟΠ συνιστά και την υιοθέτηση των αντίστοιχων προτύπων, τόσο ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών, όσο και ως προς την αποτελεσματική εφαρμογή των πρακτικών. Σύμφωνα

με την Διεύθυνση Εργασιακής Ασφάλειας και Υγείας (Occupational Safety and Health Administration, OSHA), κατά την εφαρμογή της ΔΟΠ, απαιτείται η διασφάλιση της προστασίας του προσωπικού, προκειμένου αυτό με τη σειρά του να είναι σε θέση να εκτελέσει τα καθήκοντά του (Toha, Akter, & Uddin, 2022; Parsons, Beck, & Moss, 2019).

Το κύριο πρότυπο στον συγκεκριμένο τομέα αποτελεί το OSHA 1910, το οποίο περιλαμβάνει προβλέψεις για την διασφάλιση της υγιεινής και της ασφάλειας στον χώρο εργασίας. Για το προσωπικό υγείας το πρότυπο αναφοράς αποτελεί το OSHA 1910.151 (Medical Services and first aid). Συγκεκριμένα το πρότυπο περιλαμβάνει τις ακόλουθες προβλέψεις (Coble, 2018; Pate & Wilke, 2020):

- Την συνεχή χρήση προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού (PPE) από το σύνολο του υγειονομικού προσωπικού και καθόλη τη διάρκεια της εκάστοτε βάρδιας.
- Η διάκριση των εγκαταστάσεων υγιεινής μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών με σαφή και κατανοητή σήμανση.
- Η αποφυγή επαφής με ουσίες, σωματικά υγρά, τραύματα και ασθενείς, χωρίς την χρήση προστατευτικού εξοπλισμού.
- Η διατήρηση των χώρων διαλείμματος και ανάπαυσης του υγειονομικού προσωπικού σε καθαρή κατάσταση.
- Η σαφής δήλωση του εν υπηρεσία προσωπικού, σε σχέση με τους ασθενείς με τους οποίους έρχονται σε επαφή (ανάλογα και με τις απαιτήσεις του εκάστοτε συστήματος υγείας).

Το ανωτέρω πρότυπο ενσωματώνει και το ISO 45001: 2018. Ωστόσο η ISO (International Standards Organisation), έχει εμβαθύνει στον τομέα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναπτύσσοντας το πρότυπο ISO 13485, το οποίο αναφέρει πως για την διασφάλιση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις (Morgado, Silva, & Fonseca, 2019; Karanikas, Weber, Bruschi, & Brown, 2022; Lie, Sánchez-Gordón, & Colomo-Palacios, 2020; Bos, 2018):

- Διασφάλιση των κατάλληλων υποδομών, τόσο για την παραγωγή όσο και την αποθήκευση υγειονομικών εργαλείων και συσκευών. Στο πλαίσιο αυτό το πρότυπο αναφέρει πως θα πρέπει να διασφαλίζονται τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία του εξοπλισμού, την απολύμανσή του και την διατήρηση σε κατάλληλες συνθήκες για την αποφυγή επιπλοκών.
- Έμφαση στις απαραίτητες διαδικασίες για την διασφάλιση των κατάλληλων στοιχείων καθόλα τα στάδια της παροχής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και των διαδικασιών που αφορούν την χρηματοοικονομική και υλική διαχείριση εντός του τομέα υγείας.
- Έμφαση και σχεδιασμός στους παράγοντες που προκύπτουν μετά την διαδικασία παροχής υπηρεσίας, όπως η διαχείριση παραπόνων, η επανεξέταση των διαδικασιών, και η θέσπιση στόχων για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη εργαλείων για την συμμετοχή κατά το δυνατόν περισσότερων υγειονομικών φορέων στην διαδικασία παροχής των υπηρεσιών. Αυτό περιλαμβάνει:
 - Φορείς σχεδιασμού και ανάπτυξης υγειονομικών συσκευών.
 - Φορείς παροχής υγειονομικού υλικού.
 - Φορείς παροχής παραϊατρικών και ιατρικών υπηρεσιών κατόπιν σύναψης συμβολαίου.
 - Φορείς διακίνησης φαρμακευτικού υλικού.

3.1.4. Ηγεςία

Κατόπιν, οι Chiarini & Vagnoni (2017) αναφέρουν πως, στον τομέα της υγείας, οι αρχές της εφαρμόζονται σε όλα τα επίπεδα. Η ηγεςια, αποτελεί το πρώτο κριτήριο της ΔΟΠ και συνιστά προϋπόθεση για την εφαρμογή της, λόγω του ότι είναι οι ηγέτες του οργανισμού που εμπλέκονται άμεσα στην αντίχνευση των αναγκών του

ανθρώπινου δυναμικού και τη θέση ενός οράματος. Τυπικά, το στυλ ηγεσίας που σχετίζεται περισσότερο, όμως, με την ΔΟΠ, είναι αυτό της μετασχηματιστικής ηγεσίας, αφού ο μετασχηματιστικός ηγέτης εμπνέει τους ακολούθους του και λειτουργεί ως πρότυπο συμπεριφοράς. Οι ακόλουθοί του μετασχηματιστικού ηγέτη τείνουν να τον εμπιστεύονται και να λαμβάνουν υπόψη τις συστάσεις του, αφού υπάρχει μεταξύ ηγέτη και ακολούθων μία σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Chan, Ng, & Jee, 2012).

Ειδικότερα, για την ηγεσία, σημειώνεται πως, διαθέτει την ευθύνη της πληροφόρησης για τις συνθήκες που επικρατούν στο εσωτερικό και το εξωτερικό του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών, πολιτικών, νομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών πλαισίων εν ισχύ. Επίσης, ο ηγέτης θα πρέπει να διαθέτει επίγνωση του τι συμβαίνει εντός του οργανισμού, των αναγκών των μελών του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινωνία συνολικά (Das, Kumar, & Kumar, 2011).

Ωστόσο, απαιτείται να διευκρινιστεί πως, ο ρόλος του ηγέτη, διαφέρει σημαντικά από αυτόν του υπεύθυνου του ανθρώπινου δυναμικού. Ο ηγέτης εμπνέει, δίνει ώθηση στους ακολούθους, λειτουργεί ως παράδειγμα, ενδυναμώνει και εισάγει καινοτομίες. Για τη ΔΟΠ, ο ρόλος του ηγέτη αφορά, επίσης, την ενθάρρυνση των μελών του ανθρώπινου δυναμικού να σέβονται αυτά τα πρότυπα και τη φιλοσοφία της ΔΟΠ και να συνεργάζονται μεταξύ τους (Chan, Ng, & Jee, 2012; Das, Kumar, & Kumar, 2011).

Από την άλλη, τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού συνεργάζονται με τα διοικητικά στελέχη σε διάφορα επίπεδα αλλά σε πιο καθημερινή και βραχυπρόθεσμη βάση από ότι οι ηγέτες. Ο μάνατζερ ασχολείται, λοιπόν, με τις καθημερινές δραστηριότητες του οργανισμού, ενώ υπάρχουν ήπιες και σκληρές διαστάσεις στη διοίκηση όπως και στη ΔΟΠ. Η σκληρή διοίκηση, αντιμετωπίζει τον εργαζόμενο ως κόστος και επικεντρώνεται λιγότερο στην ανθρώπινη διάσταση ενώ η ήπια τον αντιμετωπίζει ως πόρο και σέβεται τη διαφορετικότητά του. Στη σκληρή διοίκηση το στέλεχος απαιτεί συμμόρφωση και σεβασμό ενώ, στην ήπια, δέσμευση και συνεργασία (Ακριβός, 2021). Από αυτά, διαπιστώνεται πως η ΔΟΠ θα σχετίζεται περισσότερο με την ήπια διοίκηση και την ηγεσία.

3.3. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στα συστήματα υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα

Αναλύοντας διεθνή παραδείγματα της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ για τη διοίκηση των μονάδων υγείας, αναφέρεται πως, σύμφωνα με τον Patel (2009), οι πρώτες σχετικές προσπάθειες αναφέρονται στην περίοδο του Κριμαϊκού Πολέμου όταν και έγινε αντιληπτή η σημασία της καλής διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Ωστόσο, μέχρι και τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, η ποιότητα αποτελούσε έναν ευρύ όρο χωρίς να υπάρχουν σαφείς μέθοδοι για την εφαρμογή προτύπων ποιότητας στην υγεία. Απαιτήθηκε, λοιπόν, αρχικά, το να τεθούν διεθνή και κοινά πρότυπα στη ΔΜΥ, με έμφαση στην ικανοποίηση των πελατών και στην μείωση του κόστους, για να υπάρξουν βελτιώσεις στον τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας.

Η ΔΟΠ στα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, σύμφωνα με τα όσα ορίζει ο ΠΟΥ είναι απαραίτητη για να διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, τα Υπουργεία Υγείας ανά τον κόσμο έχουν επιλέξει την αναθεώρηση των εφαρμοζόμενων συστημάτων με στόχο το να προσαρμόζονται στις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Ακόμα, οι εθνικές αρχές θέτουν σαφείς στόχους και τους εισάγουν στην ατζέντα πολιτικής τους (Veillard, Brown, Baris, Permanand, & Klazinga, 2011).

Στο ΕΣΥ, οι αρχές και η φιλοσοφία της ΔΟΠ γίνονται αποδεκτές διότι έμφαση δίνεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών και των αιτημάτων του πολίτη ενώ, ταυτόχρονα, τα στελέχη των μονάδων υγείας επενδύουν στο να βρουν τρόπους να συνδράμουν στην εισαγωγή βελτιώσεων στο σύστημα υγείας. Επίσης, η αποδοχή και εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ προϋποθέτει την εναρμόνιση του εθνικού δικαίου με το ευρωπαϊκό καθώς και την εφαρμογή των συστάσεων της ΕΕ σε σχέση με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας στις μονάδες υγείας (Papalazarou & Tsouflias, 2018).

Ωστόσο, παρότι η ανάγκη για προσαρμογή του ΕΣΥ στα πρότυπα της ΔΟΠ αναγνωρίζεται διεθνώς, παραμένει γεγονός πως οι βελτιώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι εστιασμένες κυρίως στην μεταρρύθμιση του νομικού πλαισίου και λιγότερα στο διαχειριστικό κομμάτι. Διαπιστώνεται, έτσι, πως δεν επαρκεί απλώς το να παρέχονται οδηγίες και κατευθυντήριες για την εισαγωγή αλλαγών στα συστήματα

διοίκησης αλλά, αντίθετα, απαιτείται το να προσαρμοστεί το υφιστάμενο πλαίσιο ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ελληνικού δημόσιου τομέα (Papalazarou & Tsoulfas, 2018).

Πρόκειται για ένα κοινό φαινόμενο στον ευρύτερο ελληνικό δημόσιο τομέα, όπου η έμφαση δίδεται στην γραφειοκρατική έναντι της πρακτικής διάστασης των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα τόσο κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, όσο και πριν αυτής, το ΕΣΥ αποτελούσε το βασικό πεδίο υλοποίησης διοικητικών μεταρρυθμίσεων και μεταβολών, ιδίως σε τομείς και ζητήματα που αφορούσαν (Feretzakis, et al., 2020; Bouranta, Psomas, Suárez-Barraza, & Jaca, 2019):

- Την διοίκηση των μονάδων.
- Την διοίκηση προσωπικού.
- Την οικονομική διαχείριση.
- Την διαχείριση υλικοτεχνικού εξοπλισμού.

Ωστόσο παρά τις εκτενείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα, ήδη από την πρώτη περίοδο της ίδρυσής του, εξακολουθούν να παρατηρούνται ελλείψεις και προβλήματα στους παραπάνω τομείς. Ένα από τα βασικότερα ζητήματα στο ΕΣΥ αποτελεί η διαχείριση προσωπικού, και συγκεκριμένα η εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων διοίκησης, με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Η βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της ΔΟΠ στο ΕΣΥ αποτελεί η ύπαρξη υποδομών ελέγχου και αξιολόγηση του προσωπικού και των υπηρεσιών (Drosos, Tsotsolas, Skordoulis, & Chalikias, 2018; Voskaridou, et al., 2019).

Η ύπαρξη των υποδομών αυτών μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας, μέσω της παράλληλης εφαρμογής βασικών αρχών μανάτζμεντ και διοίκησης προσωπικού. Παράλληλα για την εφαρμογή της ΔΟΠ στο ΕΣΥ απαιτείται ο προσδιορισμός των βασικών στοιχείων που χαρακτηρίζουν το πλαίσιο ποιότητας. Τα κύρια στοιχεία στον τομέα της υγείας αποτελούν (Κουκουφίλιππου, Μπόμπος, Μπόγρη, Βασιλακοπούλου, & Κοϊνης, 2017; Touloumi, et al., 2020):

- Οι εισροές (δηλαδή τα βασικά δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας)

- Οι διαδικασίες (δηλαδή οι διαδικασίες που ακολουθούνται για την επίτευξη του αποτελέσματος)
- Οι εκροές (δηλαδή η έκβαση της εφαρμογής των διαδικασιών)

Ο παράγοντας σύνδεσης των παραπάνω αποτελεί η ανατροφοδότηση πληροφοριών, καθώς μέσω αυτής λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις για την αναδιαμόρφωση των ενδιάμεσων διαδικασιών, και τον γενικότερο σχεδιασμό των υπηρεσιών. Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζεται το μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, με βάση την έρευνα του Donabedian (Κουκουφιλίππου, Μπόμπος, Μπόγρη, Βασιλακοπούλου, & Κοΐνης, 2017):



Εικόνα 1 Μοντέλο προσδιορισμού ποιότητας υγείας με βάση τον Donabedian, πηγή (Κουκουφιλίππου, Μπόμπος, Μπόγρη, Βασιλακοπούλου, & Κοΐνης, 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΟΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται η έννοια, η σημασία, οι προϋποθέσεις εφαρμογής καθώς και ο τρόπος εφαρμογής ενός σημαντικού εργαλείου της διοίκησης των δημοσίων οργανισμών και, ειδικά, και των μονάδων υγείας. Το εργαλείο αυτό είναι το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) που βασίζεται στην εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔΟΠ που συζητήθηκε και παραπάνω.

4.1. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

4.1.1. Ορισμός

Το ΚΠΑ αποτελεί ένα εργαλείο της ΔΟΠ το οποίο επηρεάζεται από διεθνή πρότυπα αριστείας όπως, για παράδειγμα, αυτό του European Foundation Quality Management – EFQM. Ως τέτοιο εργαλείο, βασίζεται στην ενσωμάτωση των βασικών αρχών της ΔΟΠ και επιδιώκει το να είναι ένα εύχρηστο πλαίσιο το οποίο να μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε οργανισμό χωρίς να απαιτούνται ιδιαίτερες προσαρμογές (Αναστασόπουλος, 2010, σσ. 8-9).

Το ΚΠΑ, στοχεύει σε τέσσερα βασικά σημεία. Το πρώτο, αφορά το να εισάγει τις αρχές της ΔΟΠ στη διοίκηση, με έμφαση στο να εφαρμόζεται ένας ολοκληρωμένος κύκλος ποιότητας με την αλληλουχία τεσσάρων δραστηριοτήτων. Αυτές είναι ο Προγραμματισμός, η Εκτέλεση, ο Έλεγχος και η Ανάδραση. Το δεύτερο είναι το να επιτρέπει την αξιολόγηση στο εσωτερικό του οργανισμού (αυτό-αξιολόγηση) χωρίς εμπόδια, επιπλέον κόστος και δυσκολία. Το τρίτο είναι το να καταστήσει εφικτή τη γεφύρωση των διαφορετικών μοντέλων διοίκησης που εφαρμόζονται στους δημόσιους οργανισμούς και, το τέταρτο, να βοηθήσει τα μέλη των οργανισμών του δημοσίου να μάθουν μέσω της σύγκρισής τους με άλλους οργανισμούς (Αναστασόπουλος, 2010, σ. 9).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Εσωτερικών (2013), το ΚΠΑ δομείται με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Η δομή αυτή είναι τέτοια που, σε κάθε στάδιο, προϋπόθεση και αποτέλεσμά του, η καινοτομία και η μάθηση παραμένουν στο επίκεντρο. Αναλυτικά, οι προϋποθέσεις εφαρμογής του ΚΠΑ είναι η ηγεσία, το ανθρώπινο δυναμικό, η στρατηγική/ο προγραμματισμός, οι συνεργασίες /οι πόροι και οι διαδικασίες. Έπειτα, τα αποτελέσματα είναι σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό, τον πολίτη, την κοινωνία και τη γενικότερη επίδοση. Σχηματικά:



Εικόνα 3, μοντέλο ΚΠΑ, πηγή Αναστασόπουλος, 2010, σ. 10.

Έπειτα, το ΚΠΑ νοείται ως ένα αυτό-ρυθμιζόμενο και ανεξάρτητο με άλλες μεθόδους αξιολόγησης εργαλείο μέτρησης της ποιότητας και της απόδοσης σε ένα δημόσιο οργανισμό. Η αξιολόγηση προκύπτει από την εισαγωγή των αρχών της ΔΟΠ στη δημόσια διοίκηση και προέκυψε ως ανάγκη στην ΕΕ διότι ήταν απαραίτητη η σύγκριση των κρατών μελών μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, το πρότυπο του ΚΠΑ που εφαρμόζεται σήμερα στην ΕΕ βασίζεται σε δύο μοντέλα- το EFQM και στα SQA (Speyer Quality Award) κριτήρια του Γερμανικού Πανεπιστημίου Speyer (Papalazarou & Tsoulfas, 2018, p. 53).

4.1.2. Σημασία

Η σημασία της εφαρμογής του ΚΠΑ έγκειται στο ότι, ως εργαλείο, είναι, όπως τονίζει και ο Αναστασόπουλος (2010), πλήρες και εύχρηστο. Ωστόσο, τα πλεονεκτήματα του ΚΠΑ αναλύονται περαιτέρω στον Οδηγό Εφαρμογής του Υπουργείου Εσωτερικών του 2013. Αυτά είναι, ονομαστικά, τα παρακάτω (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 10):

(1) είναι ένα από τα πρώτα εργαλεία που μπορούν να εφαρμοστούν σε όλους τους δημόσιους οργανισμούς στην ΕΕ για να τεθεί ένα κοινό πλαίσιο / μια κοινή μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητας με συγκρίσιμα αποτελέσματα.

(2) επιτρέπει τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των οργανισμών, ιδίως σε σχέση με την διοικητική τους οργάνωση καθώς και τη λειτουργία τους.

(3) δημιουργεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την αναγνώριση του έργου των οργανισμών που το εφαρμόζουν καθώς και για την εφαρμογή ευρωπαϊκής εμβέλειας σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας.

(4) συνδράμει στο να εφαρμοστεί μία φιλοσοφία στη δημόσια διοίκηση που να βασίζεται στις αρχές της ΔΟΠ.

(5) συνεισφέρει στο να ενθαρρύνεται περαιτέρω το ανθρώπινο δυναμικό να συμμετάσχει στη διοίκηση (σε όλα τα στάδια αυτής) και, ειδικά, στην εφαρμογή των αρχών και προτύπων της ΔΟΠ στη δημόσια διοίκηση.

(6) είναι ένα εργαλείο το οποίο, όταν εφαρμόζεται, παρέχει πλήρη εικόνα της κατάστασης εντός του οργανισμού, ενώ, επειδή γίνεται αυτοαξιολόγηση, τα αποτελέσματά του δεν αμφισβητούνται.

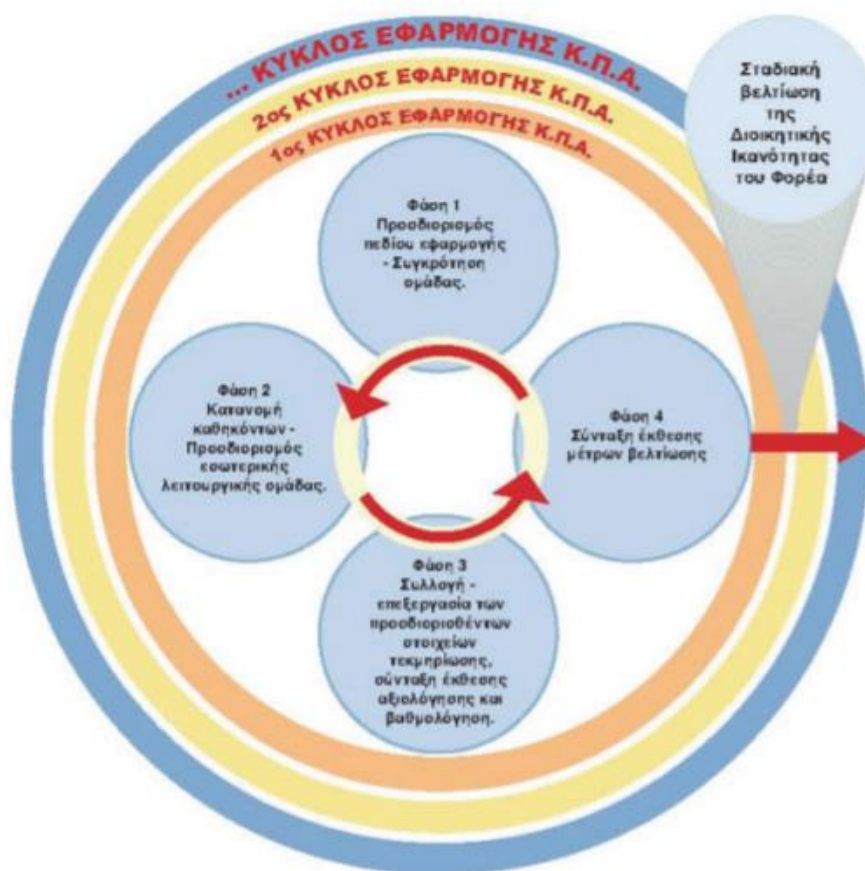
(7) η εφαρμογή του συνδράμει στη διαρκή διοικητική βελτίωση και με την εφαρμογή και χωρίς σχεδίων που στοχεύουν στην καλύτερη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης.

(8) το ΚΠΑ δεν αφορά το έργο ή την ουσία των δημοσίων υπαλλήλων αλλά το πως γίνεται η δημόσια διοίκηση.

(9) δεν αποτελεί μία προέκταση της διαδικασίας της αξιολόγησης των υπαλλήλων και, άρα, δεν αντιμετωπίζεται με ανάλογο σκεπτικισμό και επιφύλαξη από το ανθρώπινο δυναμικό.

(10) εφαρμόζεται και στο σύνολο του οργανισμού και σε επιμέρους μονάδες του.

Βάσει των κύκλων, λοιπόν, εφαρμογής του ΚΠΑ τα παραπάνω συνοψίζονται ως εξής:



Εικόνα 4, κύκλοι εφαρμογής ΚΠΑ, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 11.

Εξετάζοντας, δε, τα όσα αναφέρουν διάφορες μελέτες διεθνώς σε σχέση με την αξία, τη σημασία και τη συμβολή του ΚΠΑ στην εισαγωγή διαρθρωτικών βελτιώσεων στη διοίκηση των δημοσίων οργανισμών, κατανοεί κανείς το πρόσθετο όφελος για τον πολίτη από την εφαρμογή του. Έτσι, ξεκινώντας από το άρθρο των Saranto et al.

(2019) διαπιστώνει κανείς πως, το ΚΠΑ, αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη σύγχρονη, ψηφιοποιημένη, παγκοσμιοποιημένη αγορά, στο εσωτερικό της οποίας οι οργανισμοί ανταγωνίζονται μεταξύ τους.

Η ύπαρξη ενός κοινά συμφωνηθέντος πλαισίου αξιολόγησης καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για τις ιδιωτικές μονάδες αλλά και τις δημόσιες. Ειδικά για την υγεία και ΔΜΥ, διαπιστώνεται πως, πολλές μονάδες υγείας παρουσιάζουν πολλά προβλήματα σε σχέση με τη διοίκηση και τη λειτουργία τους, ιδίως αναφορικά με τη διαχείριση των πόρων και την ανάπτυξη ευκαιριών για εξέλιξη των οργανισμών. Επίσης, εφαρμόζεται για να μπορέσουν οι οργανισμοί να αξιοποιήσουν τα νέα μέσα στις συνδιαλλαγές τους με το κοινό, όπως μέσω ψηφιακών ραντεβού (Saranto, και συν., 2019).

Έπειτα, για τη μέτρηση της απόδοσης των μονάδων υγείας με τη χρήση του ΚΠΑ, οι Matei & Bălăceanu (2014) αναφέρουν πως το εργαλείο αυτό έχει μεγάλη σημασία διότι διευκολύνει την αξιολόγηση τόσο συγκριτικά με άλλους οργανισμούς όσο και σε σχέση με τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού. Ακόμα, είναι χρήσιμο στη διοίκηση των δημοσίων οργανισμών διότι εξετάζει ποια θα ήταν τα ιδανικά και βέλτιστα μέτρα για την επίλυση προβλημάτων που εντοπίζονται στον οργανισμό.

Παράλληλα, είναι ένα κομβικής σημασίας εργαλείο στη διοίκηση των δημοσίων οργανισμών, διότι δεν επικεντρώνεται μόνο σε μία ή σε μερικές παραμέτρους της διοίκησης αλλά, αντίθετα, εξειδικεύεται για να αξιολογηθεί η επίδοση του οργανισμού με βάση συγκεκριμένες υποκατηγορίες κριτηρίων. Η μέτρηση αυτών γίνεται, δε, με ερωτηματολόγια τα οποία απευθύνονται σε μέλη του οργανισμού που γνωρίζουν σε βάθος τα δεδομένα του οργανισμού στον οποίο εργάζονται (Matei & Bălăceanu, 2014).

Για τη σημασία του ΚΠΑ, οι Κουταλάς κ. συν. (2019) προσθέτουν πως το πλεονέκτημά του είναι πως εισάγει στη φιλοσοφία της διοίκησης του δημοσίου τομέα τη λογική της ενσωμάτωσης εργαλείων που οδηγούν σε μία ολοκληρωμένη εφαρμογή μεθόδων αριστείας. Η αριστεία, στα πλαίσια της διοίκησης, δεν περιορίζεται στη διάσταση του ελέγχου αλλά περιλαμβάνει και τη μάθηση, την εισαγωγή αλλαγών και την εφαρμογή των κύκλων ποιότητας της ΔΟΠ στη δημόσια διοίκηση.

4.2. Προϋποθέσεις και αποτελέσματα

Σε ό,τι σχετίζεται με τις προϋποθέσεις και τα αποτελέσματα του ΚΠΑ, σύμφωνα με τους Papalazarou & Tsoulfas (2018, pp. 53-54), τέσσερα είναι τα βασικά προαπαιτούμενα εφαρμογής του. Το πρώτο αφορά το ότι οι οργανισμοί εφαρμόζουν τις αρχές της ΔΟΠ, το δεύτερο πως η αξιολόγηση γίνεται και διευκολύνεται από το υφιστάμενο πλαίσιο. Έπειτα, το τρίτο κριτήριο είναι το αν υφίστανται «γέφυρες» και τρόποι σύνδεσης της εφαρμογής του ΚΠΑ με τα εργαλεία της ΔΟΠ, ενώ, το τέταρτο, αφορά το αν ο οργανισμός είναι σε θέση να «μάθει» και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της κοινωνίας.

Τα κριτήρια, δε, του ΚΠΑ είναι εννέα και κάθε ένα από αυτά κατηγοριοποιείται σε επιμέρους υποκριτήρια τα οποία, στον αριθμό τους, είναι είκοσι οκτώ. Τα βασικότερα από αυτά τα στοιχεία του ΚΠΑ βάσει των Papalazarou & Tsoulfas (2018, p. 54) είναι τα παρακάτω:

→ προϋποθέσεις:

- ηγεσία
- στρατηγικός σχεδιασμός
- ανθρώπινοι πόροι
- συνεργασίες
- διαδικασίες.

→ αποτελέσματα:

- εστίαση στον πελάτη
- αποτελέσματα ανθρώπινου δυναμικού
- κοινωνικές επιπτώσεις
- βασικά αποτελέσματα σε σχέση με την επίδοση των οργανισμών.

Έπειτα, σε ό,τι αφορά τα επιμέρους υποκριτήρια, φέροντας ως παράδειγμα την ηγεσία, σύμφωνα με το σχετικό οδηγό εφαρμογής του ΚΠΑ στο ελληνικό νοσοκομείο, η αξιολόγηση θα γινόταν ως εξής (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 21):

Κριτήριο 1: Ηγεσία

Σκεφτείτε τι κάνει η ηγεσία της οργάνωσης για να...

Υποκριτήριο 1.1**Δώσει μια σαφή κατεύθυνση στην οργάνωση αναπτύσσοντας την αποστολή, το όραμα και τις αξίες της**

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση											
		Καθόλου	(0)	Πολύ Λίγο	(1)	Λίγο	(2)	Πολύ	(3)	Πάρα Πολύ	(4)	Απόλυτα	(5)
1	Σε ποιο βαθμό η ηγεσία της Δημόσιας Οργάνωσης έχει προσδιορίσει την αποστολή της (ποιοι είναι οι στόχοι μας), το όραμα της (που θέλουμε να πάμε) με τη συμμετοχή και των άλλων εμπλεκόμενων φορέων στη λειτουργία της καθώς και των υπαλλήλων της;	0	1	2	3	4	5						
2	Σε ποιο βαθμό η ηγεσία της Δημόσιας Οργάνωσης έχει καθορίσει τους στρατηγικούς στόχους και την εξειδίκευση τους σε επιχειρησιακούς στόχους και επίσης έχει διασφαλίσει την κοινοποίηση τους στους υπαλλήλους της και στους άλλους μετόχους;	0	1	2	3	4	5						
3	Σε ποιο βαθμό η ηγεσία της Δημόσιας Οργάνωσης έχει καθορίσει πλαίσιο αξιών και συμπεριφοράς των υπαλλήλων της;	0	1	2	3	4	5						
4	Σε ποιο βαθμό η ηγεσία της Δημόσιας Οργάνωσης δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης και συνθήκες αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων κατά τον καθορισμό του οράματος, των αξιών, των στρατηγικών και επιχειρησιακών στόχων;	0	1	2	3	4	5						
5	Σε ποιο βαθμό αναθεωρεί περιοδικά η ηγεσία την αποστολή, το όραμα, τις αξίες, τους στρατηγικούς και επιχειρησιακούς στόχους, βάσει των αλλαγών του επιχειρησιακού περιβάλλοντος;	0	1	2	3	4	5						
6	Σε ποιο βαθμό επιλύονται τυχόν συγκρούσεις συμφερόντων με την παροχή των κατάλληλων οδηγιών ή παρεμβάσεων και γενικά με τη βελτίωση της επικοινωνίας με όλους τους υπαλλήλους καθώς και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς στη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης;	0	1	2	3	4	5						

Εικόνα 5, αξιολόγηση του κριτηρίου «ηγεσία» με επιμέρους υποκριτήρια, πηγή Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 21.

Όπως αντιλαμβάνεται κανείς, οι υπεύθυνοι της αξιολόγησης θα κληθούν να χρησιμοποιήσουν μία πενταβάθμια κλίμακα αξιολόγησης από το 0 έως και το 5 για να εξετάσουν το κατά πόσο, εδώ, χαρακτηριστικά η ηγεσία, (1) προσδιορίζει σαφώς την αποστολή της, (2) έχει καθορίσει τους στρατηγικούς της στόχους, (3) διαθέτει ένα σαφές πλαίσιο αξιών που προτείνει προς εφαρμογή για το ανθρώπινο δυναμικό της, (4) δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης με το ανθρώπινο δυναμικό, (5) αναθεωρεί περιοδικά τα παραπάνω, (6) επιλύει συγκρούσεις κοκ. (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013).

Επομένως, η εφαρμογή του ΚΠΑ αποτελεί ένα πολύ πιο σύνθετο και σημαντικό έργο αφού, όπως αναφέρεται και στο σχετικό εγχειρίδιο του Υπουργείου Εσωτερικών (2013) η εφαρμογή του θα επιφέρει πολλά θετικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά, πέραν των μετρήσιμων με ειδικά ερωτηματολόγια πέντε (5) που προαναφέρονται, αφορούν και τις γενικές βελτιώσεις στο στρατηγικό σχεδιασμό που α επιφέρει η αξιολόγηση.

4.3. Ομάδες αξιολόγησης

Σε ό,τι αφορά την ομάδα που θα πραγματοποιήσει την αξιολόγηση βάσει του ΚΠΑ, τυπικά τα πρόσωπα αυτά αποτελούν εργαζόμενους στις δημόσιες υπηρεσίες διαφόρων βαθμίδων. Τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού θα συνδράμουν στην αξιολόγηση με το να παρέχουν ανατροφοδότηση σε σχέση με τη λειτουργικότητα κάθε επιμέρους τομέα, την αποτίμηση της επιτυχίας της διοίκησης των μονάδων αυτών σε κάθε τομέα και την συνολική απόδοση του οργανισμού (Truong, Paradies, & Priest, 2014).

Λόγω του ότι η αξιολόγηση γίνεται εσωτερικά από μέλη του οργανισμού, υπάρχει μία σχετική μείωση της έντασης και του άγχους, περιορίζονται τα αρνητικά επακόλουθα της αξιολόγησης και αυξάνεται η ικανοποίηση των μελών του ανθρώπινου δυναμικού από την ηγεσία. Πράγματι, η διασφάλιση της συμμετοχής των μελών του ανθρώπινου δυναμικού στη διοίκηση και την αξιολόγηση αυτών έχει πολλά θετικά οφέλη (Berdud, Cabasés, & Nieto, 2016).

Μεταξύ αυτών τα οφέλη που διαπιστώνονται αφορούν τη μείωση φαινομένων όπως την αντίσταση στην αλλαγή, της πρόκλησης εργασιακού στρες και της ψυχικής εξουθένωσης αυτών. Ακόμα, τα άτομα τα οποία πραγματοποιούν την αξιολόγηση στα πλαίσια της εφαρμογής του ΚΠΑ θα ενδυναμώνονται, θα γίνονται πιο υπεύθυνοι, θα αναλαμβάνουν επιπλέον ρόλους και θα είναι σε θέση να αυξήσουν τις ευκαιρίες τους για συμμετοχή στη διοίκηση (Li, Ray, Seale, & MacIntyre, 2012).

Το μεγαλύτερο, όμως, ίσως όφελος από την επιλογή ομάδων αξιολόγησης για έναν οργανισμό κατά την εφαρμογή του ΚΠΑ είναι το γεγονός πως τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού γνωρίζουν πολύ καλά και εκ των έσω τα δυνατά και αδύνατα σημεία ενός οργανισμού. Σε αντίθεση με τους εξωτερικούς αξιολογητές, οι εργαζόμενοι σε ένα τομέα, μπορούν να συνεισφέρουν με την κριτική τους επί των διαφόρων ζητημάτων που τους απασχολούν και να προτείνουν βελτιώσεις που να είναι ρεαλιστικές και βιώσιμες (Truong, Paradies, & Priest, 2014).





Σε πρακτικό επίπεδο, η σύσταση των ομάδων αξιολόγησης γίνεται με έμφαση στο να εκπροσωπούνται σε αυτές τις ομάδες όλα τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού. Η συμμετοχή αυτή είναι απαραίτητο να είναι εκούσια και εθελοντική, να μην επιβαρύνει περαιτέρω τον εργαζόμενο και να γίνεται κατά την αρχική φάση της εφαρμογής του ΚΠΑ. Επίσης, τα μέλη της ομάδας αυτοαξιολόγησης, σε αριθμό, θα είναι ανάλογα με το εύρος και το πεδίο εφαρμογής του ΚΠΑ καθώς και του αριθμού των υπαλλήλων στον οργανισμό που το εφαρμόζει (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013).

Η έκθεση αξιολόγησης θα συμπληρώνεται με ένα τέτοιο πρότυπο:

A. ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ
...
B. ΑΝΑΦΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ:
1
2
...
Γ. ΠΕΔΙΑ ΟΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ:
1
2
...
Δ. ΠΕΔΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ:
1
2
...
E. ΒΑΘΜΟΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ:
...

Εικόνα 6, πρότυπο κενής έκθεσης, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 72.

Ουσιαστικά, η Ομάδα Έργου θα χρησιμοποιήσει ως βάση το παρακάτω σχεδιάγραμμα:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ 6-9: Κριτήρια Αποτελεσμάτων						
ΚΛΙΜΑΚΑ	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΤΑΣΕΩΝ	Καμία Μέτρηση	Αρνητική τάση 	Σταθερή τάση ή ελαφρά πρόοδος 	Σταθερά ανοδική τάση 	Σημαντική πρόοδος 	Θετικές συγκρίσεις με ομοειδείς οργανισμούς σε όλα τα αποτελέσματα
Βαθμολογία						
ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ	Καμία ή ελλιπής πληροφoρία	Αποτελέσματα που δεν επιτυγχάνουν τους στόχους	Ελάχιστοι στόχοι επιτυγχάνονται	Μερικοί σχετικοί στόχοι επιτυγχάνονται	Οι περισσότεροι σχετικοί στόχοι επιτυγχάνονται	Όλοι οι στόχοι επιτυγχάνονται
					Σύνολο/200	
					Βαθμός/100	

Εικόνα 7, σχεδιάγραμμα βαθμολόγησης, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 55.

Η σύσταση των ομάδων αυτοαξιολόγησης γίνεται κατά την πρώτη φάση της εφαρμογής του ΚΠΑ, όταν και γίνεται ένας ρεαλιστικός σχεδιασμός των επιμέρους βημάτων που θα επιλεγθούν για να είναι επιτυχής η εφαρμογή του Πλαισίου. Οι λειτουργικές προϋποθέσεις για την έναρξη της πρώτης φάσης της εφαρμογής του ΚΠΑ είναι ο δημόσιος οργανισμός να πράξει τα παρακάτω (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 12):

- (1) Να προσδιορίσει το πεδίο εφαρμογής του ΚΠΑ με λεπτομέρεια είτε για το σύνολο του οργανισμού είτε για συγκεκριμένες μονάδες του. Σε αυτό το στάδιο είναι σημαντικό να διασφαλιστεί η υποστήριξη των ανώτερων στελεχών του οργανισμού.
- (2) να συγκροτηθούν ομάδες έργου που θα αναλάβουν την εφαρμογή του ΚΠΑ στο σύνολο του οργανισμού.
- (3) να καθοριστεί ο τρόπος με τον οποίο θα λειτουργεί η ομάδα, το πως θα επικοινωνούν και το ποια θα είναι τα επιμέρους καθήκοντα αυτών. Συγκεκριμένα, θα διευκρινιστεί το πότε θα συναντιούνται τα μέλη της ομάδας αξιολόγησης συνολικά είτε σε υπό-ομάδες.
- (4) να διασφαλιστεί η άμεση επικοινωνία των μελών των ομάδων αξιολόγησης αξιοποιώντας τις σύγχρονες τεχνολογίες.
- (5) να οριστεί το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των δραστηριοτήτων αξιολόγησης που θα λάμβαν χώρα σε κάθε διακριτή φάση του.

Έπειτα, στη δεύτερη φάση εφαρμογής του ΚΠΑ, γίνεται ο προσδιορισμός των επιμέρους και συγκεκριμένων δραστηριοτήτων / ενεργειών που θα κληθούν να φέρουν εις πέρας τα μέλη της ομάδας αξιολόγησης. Έτσι, θα γίνει ο προγραμματισμός των ενεργειών τους, η κατανομή των καθηκόντων τους και ορισμός του τρόπου της λειτουργίας της ομάδας στο εσωτερικό της. Επτά είναι οι κύριες ενέργειες στις οποίες θα δοθεί έμφαση (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 13):

- (1) η καθολική ενημέρωση των μελών της ομάδας αξιολόγησης χρησιμοποιώντας τους αντίστοιχους οδηγούς αξιολόγησης που δίνονται από

τις αρμόδιες αρχές στους οργανισμούς που επιλέγουν ως στρατηγική την εφαρμογή του ΚΠΑ,

- (2) τη διανομή πιθανού χρήσιμου και, σε κάθε περίπτωση, του απαραίτητου έντυπου υλικού στα μέλη των ομάδων αξιολόγησης,
- (3) θα γίνει μία αρχική συζήτηση σε επίπεδο ομάδας για το πως αποδίδει ο οργανισμός ανάλογα με τα κριτήρια και τα υποκριτήρια που αναφέρουν οι οδηγοί εφαρμογής του ΚΠΑ. Αυτή η συζήτηση θα γίνει έχοντας υπόψη το ισχύον νομικό και θεσμικό πλαίσιο σε εθνικό επίπεδο,
- (4) ανάλογα με την ιδιότητα και την εξειδίκευση κάθε προσώπου, θα γίνει μια προσπάθεια για επιλογή των ενεργειών, των ρόλων και των καθηκόντων κάθε μέλους της ομάδας αξιολόγησης,
- (5) στη συνέχεια, θα συζητηθεί ο τρόπος με τον οποίο θα συλλεχθούν τα στοιχεία που απαιτούνται για να είναι ακριβής και πλήρης η αξιολόγηση του οργανισμού,
- (6) παράλληλα, θα προσδιοριστεί το ποιος είναι ο αριθμός των ατόμων που απαντούν στα ερωτηματολόγια που θα δοθούν από τα μέλη της ομάδας αξιολόγησης στους εργαζόμενους στον οργανισμό,
- (7) τέλος, θα ελεγχθούν εκ νέου τα στοιχεία προς αξιολόγηση πριν την εφαρμογή της Τρίτης Φάσης.

Έχοντας ολοκληρώσει τα παραπάνω, έπειτα, στην επόμενη φάση της αξιολόγησης θα γίνει η συλλογή και, κατόπιν, η επεξεργασία των στοιχείων υπό τεκμηρίωση. Στόχος είναι η σύνταξη μίας έκθεσης αξιολόγησης και το να δοθεί βαθμολογία ανά κριτήριο αξιολόγησης. Έτσι, σε αυτή την Τρίτη Φάση της αξιολόγησης, οκτώ είναι οι κύριες ενέργειες τις οποίες θα αναλάβει να περατώσει η Ομάδα Αξιολόγησης (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 14):

- (1) θα συλλέξει πρωτογενή δεδομένα με τη χρήση Οδηγών Συνέντευξης και Δομημένων Ερωτηματολογίων. Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη

συμμετοχή των εργαζομένων που επιλέχθηκαν στη Δεύτερη Φάση της εφαρμογής του ΚΠΑ,

- (2) τα μέλη της ομάδας αξιολόγησης θα επεξεργαστούν, έπειτα, τα ερωτηματολόγια τα οποία έχουν συλλέξει
- (3) θα ταξινομήσουν τα στοιχεία τα οποία έχουν επεξεργαστεί για να μπορέσουν να βαθμολογήσουν τον οργανισμό ανά κριτήριο και υποκριτήριο,
- (4) συγγράψουν μία αρχική έκθεση που θα λειτουργεί ως προσχέδιο για τη συγγραφή της τελικής έκθεσης που θα υποβληθεί,
- (5) οι εργαζόμενοι που είναι μέλη της ομάδας αξιολόγησης, επ' αφορμή των όσων αναφέρουν στο προσχέδιο της Έκθεσης θα συζητήσουν τα αποτελέσματα της αξιολόγησής τους ανά κριτήριο και υποκριτήριο της εφαρμογής του ΚΠΑ,
- (6) στη συνέχεια, οι υπό-ομάδες και οι εργαζόμενοι, θα συνθέσουν τα αποτελέσματα των επιμέρους προσχεδίων αξιολόγησης σε μία ομογενή, ολοκληρωμένη, και έτοιμη προς υποβολή Έκθεση που θα καλύπτει όλα τα στοιχεία που απαιτούνται στην αξιολόγηση βάσει του ΚΠΑ,
- (7) έπειτα, η προς υποβολή Έκθεση, θα οριστικοποιηθεί,
- (8) τέλος, θα ολοκληρωθεί η απόδοση βαθμολογιών ανά κριτήριο και υποκριτήριο.

Μετά και την Τρίτη Φάση, η Ομάδα Αξιολόγησης θα αναλάβει την εφαρμογή της Τέταρτης Φάσης. Η Τέταρτη Φάση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς, κατά τη διάρκεια αυτής, τα μέλη της Ομάδας Αξιολόγησης χρησιμοποιούν την τελική Έκθεση αξιολόγησης για να προτείνουν συγκεκριμένα μέτρα βελτίωσης για τον οργανισμό. Τα κύρια και πιο ουσιαστικά βήματα που θα περιλαμβάνει αυτή η τελική φάση της αξιολόγησης θα είναι τέσσερα (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 15):

- (1) η Ομάδα θα εξάγει συμπεράσματα για τα Δυνατά και τα Σημεζία προς βελτίωση του οργανισμού ανά κριτήριο και ανά υποκριτήριο. Επίσης, θα αναλογιστεί το ποια προκύπτουν πως είναι τα μειονεκτήματα και τα

πλεονεκτήματα του οργανισμού συνολικά βάσει της Έκθεσης. Μεταξύ άλλων θα εξετάσει το μεσοπρόθεσμο και το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό του οργανισμού, το ποιες διοικητικές βελτιώσεις θα ήταν θεμιτό να εφαρμοστούν, το πως θα επηρέαζαν αυτές οι αλλαγές την απόδοση και την ευελιξία του οργανισμού, καθώς και το πως θα βελτιωνόταν η δημόσια διοίκηση συνολικά μέσω της εφαρμογής αυτών των βελτιώσεων.

- (2) στο δεύτερο στάδιο, η Ομάδα θα καθορίσει τα πεδία στα οποία είναι βασικό αν εισαχθούν αλλαγές και θα τις ταξινομήσει ανάλογα με τη σημασία και τη βαρύτητά τους. Στόχος της θα είναι η λειτουργική και η ουσιαστική (ταυτόχρονα) αναβάθμιση του οργανισμού.
- (3) κατόπιν, αφού έχουν οριστεί προτεραιότητες συνολικά, ανά ειδικό πεδίο και στόχο θα επιλεγθούν ενέργειες που θα οδηγήσουν σε πραγματικές βελτιώσεις τον οργανισμό.
- (4) παράλληλα, η Ομάδα Αξιολόγηση θα αναλάβει το έργο της επιλογής των ενεργειών πόνυ, συνολικά, θα αποτελέσουν τη στρατηγική βελτιώσεων που θα εφαρμοστούν στον οργανισμό αξιοποιώντας τα κριτήρια και τα υποκριτήρια του ΚΠΑ.

Η τελική αναφορά θα συμπληρωθεί σε μία τέτοια σελίδα:

είναι αμιγώς εθελοντικό, Ωστόσο, είναι σημαντικό γιατί τους φέρει σε θέση ευθύνης, κάτι το οποίο συζητήθηκε πως είναι και απαραίτητο για την εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ με επιτυχία. Έτσι, σημαίνει πως τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού μετέχουν ενεργά στη διοίκηση του οργανισμού (Bouranta, Psomas, Suárez-Barraza, & Jaca, 2019; Chiarini & Vagnoni, 2017; Taylor, και συν., 2014).

4.4. Η σημασία του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στα νοσοκομεία

Εστιάζοντας, έπειτα, στις θετικές συνέπειες από την εφαρμογή του ΚΠΑ στα συστήματα ανά την ΕΕ, ο Kalfa (2019) προσθέτει πως, η εμπειρία της αξιοποίησής του δείχνει πως, τα συστήματα υγείας που το αξιοποιούν είναι, κατά βάση, τα πλέον επιτυχημένα, οργανωμένα και καλά συντονισμένα. Σε μεγάλο βαθμό, αυτό οφείλεται και στο γεγονός πως, η εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ στις οποίες βασίζεται η εφαρμογή του ΚΠΑ, συνδράμει στη βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών.

Πράγματι, η εισαγωγή διοικητικών και οργανωτικών βελτιώσεων σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, μπορεί να επιφέρει πολλά θετικά οφέλη επειδή οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας της διοίκησης καθώς και της διαχείρισης των πόρων. Τα νοσοκομεία που το εφαρμόζουν τείνουν να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στο να δίνεται έμφαση στην επιμόρφωση των μελών του ανθρώπινου δυναμικού τους καθώς και στο να αναζητούν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Berdud, Cabasés, & Nieto, 2016).

Σε μία κριτική των υφιστάμενων πλαισίων εφαρμογής του ΚΠΑ στο δημόσιο τομέα, ωστόσο, οι Macur & Radej (2017) αναφέρουν πως, το πλαίσιο το οποίο εφαρμόζεται σήμερα έχει πολλές αδυναμίες. Παρά τη μεγάλη του χρησιμότητα και τα οφέλη της εφαρμογής του, θεωρούν πως θα πρέπει να εξελιχθεί για να μπορεί κανείς να το αξιοποιήσει για την ουσιαστική αναβάθμιση του δημοσίου τομέα και τη διασφάλιση των βελτιώσεων σε όλους τους τομείς του.

Το ΚΠΑ, σύμφωνα με την κριτική τους, είναι περίπλοκο και, παρά τη συνθετότητά του, δεν είναι καν βέβαιο πως οδηγεί έναν οργανισμό σε σαφή αποτελέσματα και συμπεράσματα για τη λειτουργία του. Για παράδειγμα, τονίζουν πως, οι συνολικές βαθμολογίες για τα περισσότερα κριτήρια και τα αποτελέσματα να

είναι πολύ υψηλές, αλλά, για συγκεκριμένα, τα οποία πιθανώς να είναι και ιδιαίτερα σημαντικά, πολύ χαμηλές. Πρακτικά, ένας τέτοιος οργανισμός θα παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην απόδοσή και τη λειτουργία του παρότι, θεωρητικά, συγκεντρώνει υψηλά σκορ κατά την αξιολόγησή του (Macur & Radej, 2017).

Η λύση στο πρόβλημα αυτό είναι το να προταθεί ένα αναθεωρημένο ΚΠΑ το οποίο θα συνδυάζει διαφορετικά στοιχεία και κριτήρια αξιολόγησης και θα εμπλέκει (Macur & Radej, 2017):

- τους εργαζόμενους
- μέλη οργανισμών – εταιρών του υπό αξιολόγηση οργανισμού
- μέλη της κοινωνίας των πολιτών.

4.5. Πρακτικά παραδείγματα εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

Σε ό,τι αφορά τις εφαρμογές του ΚΠΑ στο ΕΣΥ, σύμφωνα με τους Papalazarou & Tsoulfas (2018) αρμόδιος φορέας της εφαρμογής του ΚΠΑ στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο Εσωτερικών και, συγκεκριμένα, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης. Στην Ελλάδα είναι ουσιαστικής σημασίας το ΚΠΑ να γίνεται κατανοητό ως εργαλείο σε όλα τα μέλη της διοίκησης των νοσοκομείων και, για το λόγο αυτό ο Οδηγός και το Πλαίσιο Αξιολόγησης διανέμονται σε έντυπη μορφή και μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα σε όλους τους εργαζόμενους.

Για την Ελλάδα, ειδικά, οι Κουταλάς κ. συν. (2019), αναφέρουν πως το εν λόγω εργαλείο της αξιολόγησης στο δημόσιο τομέα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό στη διοίκηση των ελληνικών νοσοκομείων για μία σειρά από λόγους. Ο πρώτος εξ αυτών είναι πως είναι απλό στη σύλληψή του, ανέξοδο, εύχρηστο, αποτελεσματικό και ευθυγραμμισμένο με το ισχύον ευρωπαϊκό και (συνεπαγωγικά) εθνικό δίκαιο. Επίσης, είναι σχετικό με τις αρχές της ΔΟΠ και με τους στόχους της ελληνικής δημόσιας διοίκησης σε σχέση με την αύξηση της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και της ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Εξειδικεύοντας την ανάλυσή τους για το νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ», οι Κουταλάς κ. συν. (2019) αναφέρουν τα ευρήματά τους σε σχέση με την εφαρμογή του ΚΠΑ στη μονάδα αυτή υγείας. Έτσι, οι ερευνητές συγκρίνουν τα αποτελέσματα ανά κριτήριο (γενικό) αξιολόγησης της ομάδας αυτοαξιολόγησης και της κοινωνίας:



Εικόνα 9, παράδειγμα παρουσίασης αποτελεσμάτων της εφαρμογής του ΚΠΑ ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου Αμαλία – Φλέμινγκ, πηγή Κουταλάς, κ. συν. (2019, σ. 838).

Ειδικά για το παράδειγμα των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου Αμαλία – Φλέμινγκ όπως παρουσιάζεται στο άρθρο των Κουταλάς κ. συν. (2019) διαπιστώνεται πως οι αξιολογήσεις των μελών της Ομάδας Αξιολόγησης και των

εργαζόμενων στη μονάδα υγείας μπορούν να διαφέρουν σημαντικά. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα 1-5 που περιλαμβάνεται στον οδηγό εφαρμογής του ΚΠΑ (Υπουργείο Εσωτερικών, 2013), η αξιολόγηση για το Αμαλία – Φλέμινγκ θα είχε ως εξής:

- για το κριτήριο 1 (ηγεσία) οι εργαζόμενοι αξιολογούν την επίδοση των ηγετών τους με 2/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5 .

- για το κριτήριο 2 (στρατηγική και προγραμματισμός), οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 2/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5 .

- για το κριτήριο 3 (διοίκηση ανθρωπίνων πόρων), οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 3/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 4/5 .

- για το κριτήριο 4 (εξωτερικές συνεργασίες και πόροι), οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 3/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5 .

- για το κριτήριο 5 (διαδικασίες) οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 2/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5.

- για το κριτήριο 6 (αποτελέσματα για τον πολίτη) οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 2/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5.

- για το κριτήριο 7 (αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό), οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 4/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 3/5.

- το κριτήριο 8 δεν βαθμολογήθηκε.

- για το κριτήριο 9 (συνολικά αποτελέσματα), οι εργαζόμενοι αξιολογούν την απόδοση με 4/5 ενώ η ομάδα αυτοαξιολόγησης με 4/5.

Από το παραπάνω παράδειγμα διαπιστώνει κανείς πως η αξιολόγηση δείχνει τις αδυναμίες ενός νοσοκομείου σε συγκεκριμένα πεδία αλλά και τις πραγματικές απόψεις των εργαζομένων. Χαρακτηριστικό είναι πως, σε κανένα από τα κριτήρια, οι εργαζόμενοι δε βαθμολόγησαν την αποτελεσματικότητα και την επίδοση των εξωτερικών εργαλείων του Αμαλία – Φλέμινγκ υψηλότερα από ότι η ομάδα αξιολόγησης. Παρόλα ταύτα, οι επιδόσεις συνολικά ήταν πολύ υψηλές (/5) και από τις δύο ομάδες αξιολόγησης (Κουταλάς, και συν., 2019).

Έτσι, η κριτική των Macur & Radej (2017) μπορεί να έχει βάση και εφαρμογή και στα ελληνικά νοσοκομεία αφού, στο παράδειγμα αυτό, γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα της συγκέντρωσης μιας γενικά υψηλής βαθμολογίας από έναν οργανισμό με εσωτερικά προβλήματα. Ωστόσο, κανένα εργαλείο και καμία φιλοσοφία της διοίκησης δεν είναι αλάνθαστα και απόλυτα κατάλληλα προς εφαρμογή σε κάθε μονάδα υγείας.

Σε ό,τι αφορά ένα εναλλακτικό παράδειγμα, αυτό του Τμήματος Εξωτερικών Ιατρείου ενός μικρότερου νοσοκομείου στην περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, οι Κορούλη, Καπάκη, Εγγλεζοπούλου & Γαλάνης (2020) αναφέρουν πως, η αξιολόγηση των κριτηρίων αυτών μπορεί να ωθήσει στην εισαγωγή γενικών βελτιώσεων. Στο εν λόγω παράδειγμα, η αξιολόγηση είχε ως εξής:

<i>1ο κριτήριο: Ηγεία</i>	
Υποκριτήριο 1.1	2,5 (3,0)
Υποκριτήριο 1.2	2,6 (3,6)
Υποκριτήριο 1.3	2,2 (3,7)
Υποκριτήριο 1.4	2,4 (3,4)
Συνολική μέση βαθμολογία 1ου κριτηρίου	2,4 (3,4)
<i>2ο κριτήριο: Στρατηγική και προγραμματισμός</i>	
Υποκριτήριο 2.1	2,3 (3,3)
Υποκριτήριο 2.2	2,2 (3,2)
Υποκριτήριο 2.3	2,1 (3,2)
Υποκριτήριο 2.4	2,3 (3,6)
Συνολική μέση βαθμολογία 2ου κριτηρίου	2,2 (3,3)
<i>3ο κριτήριο: Διαχείριση ανθρώπινων πόρων</i>	
Υποκριτήριο 3.1	2,1 (3,4)
Υποκριτήριο 3.2	2,2 (2,4)
Υποκριτήριο 3.3	2,1 (3,0)
Συνολική μέση βαθμολογία 3ου κριτηρίου	2,2 (2,9)
<i>4ο κριτήριο: Συνεργασίες και πόροι</i>	
Υποκριτήριο 4.1	2,1 (1,4)
Υποκριτήριο 4.2	2,0 (4,0)
Υποκριτήριο 4.3	2,4 (4,0)
Υποκριτήριο 4.4	2,2 (3,0)
Υποκριτήριο 4.5	2,4 (3,2)
Υποκριτήριο 4.6	2,5 (4,5)
Συνολική μέση βαθμολογία 4ου κριτηρίου	2,3 (3,35)
<i>5ο κριτήριο: Διαδικασίες</i>	
Υποκριτήριο 5.1	2,2 (2,5)
Υποκριτήριο 5.2	2,0 (3,8)
Υποκριτήριο 5.3	2,0 (3,2)
Συνολική μέση βαθμολογία 5ου κριτηρίου	2,1 (3,2)
<i>6ο κριτήριο: Αποτελέσματα προς τον πολίτη</i>	
Υποκριτήριο 6.1	3,1 (3,1)
Υποκριτήριο 6.2	2,3 (3,1)
Συνολική μέση βαθμολογία 6ου κριτηρίου	2,7 (3,1)
<i>7ο κριτήριο: Αποτελέσματα προς το ανθρώπινο δυναμικό</i>	
Υποκριτήριο 7.1	2,5 (3,6)
Υποκριτήριο 7.2	2,4 (2,9)
Συνολική μέση βαθμολογία 7ου κριτηρίου	2,5 (3,25)
<i>8ο κριτήριο: Αποτελέσματα προς την κοινωνία</i>	
Υποκριτήριο 8.1	
Υποκριτήριο 8.2	
Συνολική μέση βαθμολογία 8ου κριτηρίου	
<i>9ο κριτήριο: Κύρια αποτελέσματα επίδοσης</i>	
Υποκριτήριο 9.1	3,1 (3,5)
Υποκριτήριο 9.2	2,7 (2,7)
Συνολική μέση βαθμολογία 9ου κριτηρίου	2,9 (3,1)
Συνολική μέση βαθμολογία όλων των κριτηρίων (εξαιρείται το κριτήριο 8)	2,1 (3,2)

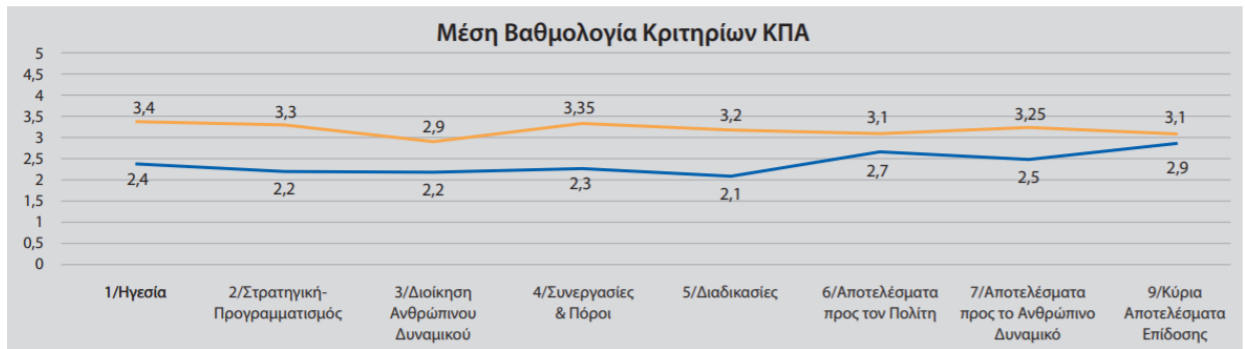
Παρατήρηση ως προς τη βαθμολογία:

Καθώς το κριτήριο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από έναν κοινωνικό φορέα, οι αντίστοιχες απαντήσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων και δεν είναι δυνατή η εξαγωγή μέσης βαθμολογίας από την πλευρά των κοινωνικών εταίρων

Εικόνα 10, αποτελέσματα αξιολόγησης ενός πραγματικού νοσοκομείου (TEI), πηγή Κορούλα κ. συν. (2020, σ. 242).

Το παράδειγμα αυτό παρέχει την ευκαιρία στον αναγνώστη να κατανοήσει την ακριβή εφαρμογή του ΚΠΑ. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η βαθμολογία γίνεται με βάση τη μέση βαθμολογία των εργαζόμενων που συμμετέχουν στην αξιολόγηση ως δείγμα και των πολιτών συγκριτικά με τη βαθμολογία της Ομάδας Έργου (εντός παρένθεσης). Για το παράδειγμα αυτό (Κορούλη, Καπάκη, Εγγλεζοπούλου, & Γαλάνης, 2020):

- το επίπεδο επάρκειας του οργανισμού ήταν μέτριο βάσει της αξιολόγησης των ασθενών και των εργαζόμενων (2,9/5) και καλό βάσει της αντίστοιχης βαθμολογίας της Ομάδας Έργου (3,2/5).
- σε σχέση με την ηγεσία, με 2,4/5 βαθμολόγησαν το νοσοκομείο οι ασθενείς και πολίτες και με 3,4/5 η Ομάδα Έργου,
- αναφορικά με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό, με 2,2/5 βαθμολόγησαν τη γενική επίδοση του νοσοκομείου οι ασθενείς και οι εργαζόμενοι και με 3,3/5 τα μέλη της Ομάδας Έργου,
- έπειτα, σε σχέση με τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, 2,2/5 έδωσαν τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού και οι πολίτες ως βαθμολογία και 2,9/5 η Ομάδα Έργου,
- για το κριτήριο των συνεργασιών, 2,3/5 έδωσαν στο νοσοκομείο οι εργαζόμενοι και οι ασθενείς και 3,35/5 τα μέλη της Ομάδας Έργου,
- σε ό,τι αφορά τις διαδικασίες, 2,1/5 έδωσαν στο νοσοκομείο τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού και οι ασθενείς και 3,2/5 τα μέλη της Ομάδας Έργου,
- επίσης, αναφορικά με τα αποτελέσματα για τον πολίτη, 2,7/5 δόθηκε από τους πολίτες και τους εργαζόμενους και 3,1/5 από την Ομάδα Έργου,
- σε ό,τι αφορά τα αποτελέσματα για τον άνθρωπο γενικά, 2,5/5 έδωσαν ως γενική βαθμολογία οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο μαζί με τους πολίτες και 3,25/5 η Ομάδα Έργου,
- τέλος, για την κύρια επίδοση, 2,9/5 έδωσαν οι εργαζόμενοι / καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο και 3,1/5 τα μέλη της Ομάδας Έργου:



Εικόνα 11, διάγραμμα των Κουτούλα κ. συν (2020, σ. 242) για τη μελέτη περίπτωσης τους.

Τόσο βάσει του παραδείγματος των Κουταλά κ. συν. (2019) όσο και αυτό των Κοτούλα κ. συν. (2020) διαπιστώνεται πως υπάρχουν αποκλίσεις στον τρόπο βαθμολόγησης των επιμέρους κριτηρίων του ΚΠΑ ανάμεσα στους εργαζόμενους και την Ομάδα Έργου. Οι διαφορές αυτές είναι κομβικής σημασίας να λαμβάνονται υπόψη τόσο σε ερευνητικές εργασίες και άρθρα όσο και στη ΔΜΥ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διπλωματική αυτή εργασία συνιστά μία προσπάθεια διερεύνησης της σημασίας της ποιότητας ως μία ευρεία έννοια στην υγεία. Η ποιότητα μελετάται με αντικείμενο την φροντίδα υγείας και, ως εκ τούτου, το σημείο εστίασης της διπλωματικής εργασίας αφορά το κατά πόσο ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν και διοικούνται οι μονάδες υγείας θα διασφαλίζει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον πολίτη / πελάτη. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας εφαρμόζοντας τις αρχές της λογικής του ΝΔΜ στις δημόσιες υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό, ωθείται ο κάθε οργανισμός υγείας στην αύξηση της αποδοτικότητάς του.

Η φροντίδα υγείας, έπειτα, μελετάται με κριτήρια την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας. Ενώ η ποιότητα, τυπικά, συνδέεται με την απουσία λαθών και σφαλμάτων και στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, θα συνδυάζει την υποχρέωση και τη δέσμευση των μονάδων και επαγγελματιών υγείας να προστατεύουν τον ασθενή από τα αρνητικά επακόλουθα ενός ιατρικού λάθους και, ταυτόχρονα, την ανάγκη για ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων σε μία μονάδα υγείας.

Αυτή η φιλοσοφία της διοίκησης βρίσκεται πολύ κοντά στη φιλοσοφία της ΔΟΠ. Η υγεία, στα συστήματα υγείας που εφαρμόζουν τις αρχές της ΔΟΠ αναγνωρίζουν, άλλωστε, το γεγονός πως η υγεία είναι αγαθό και, ως αγαθό, αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας. Ο καταναλωτής του, λοιπόν, θα έχει απαιτήσεις, πρότυπα και επιλογές. Οι απαιτήσεις του, σε ένα φιλελεύθερο σύστημα υγείας θα καθορίζονται από το βαθμό στον οποίο μπορεί να καλύπτει τα κόστη της περίθαλψης. Σε άλλα συστήματα υγείας, όμως, όπως αυτά των μεσογειακών κρατών (μικτά συστήματα), αυτό το οποίο συμβαίνει είναι πως τα δημόσια νοσοκομεία εφαρμόζουν τη ΔΟΠ με στόχο το να μπορούν να ανταγωνιστούν ευθέως τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στην Ευρώπη, πράγματι, από το 1980 και έπειτα, και, σε μεγάλο βαθμό λόγω της αναγνώρισης των αδυναμιών των συστημάτων υγείας και του τρόπου με τον οποίο λειτουργούσε ο δημόσιος τομέας γενικά, ελήφθησαν μέτρα για τον εκσυγχρονισμό του τρόπου με τον οποίο πραγματοποιούνται η διοίκηση στους δημόσιους οργανισμούς. Οι πρωτοβουλίες που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται στην Αγγλία και τη Γαλλία,

επικεντρώνονταν στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της γραφειοκρατίας, στον έλεγχο και την αξιολόγηση στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού τους. Η εφαρμογή, έτσι, του ΝΔΜ αποτέλεσε την ευκαιρία για εκ νέου θέση στρατηγικών στόχων από μέρους των οργανισμών.

Για τη δημόσια υγεία, η επιβολή ενός νέου συστήματος το οποίο ήταν επικεντρωμένο στην ανάλυση, εκτίμηση, σύνθεση και αξιοποίηση ποσοτικών δεδομένων ήταν μια πολύ σημαντική εξέλιξη. Η ποιότητα μετριέται, σήμερα, πλέον με βάση τα κλινικά αποτελέσματα, τα δεδομένα για τον προϋπολογισμό των μονάδων υγείας καθώς και ορισμένα κοινά κριτήρια σε σχέση με τις εναλλακτικές που διατίθενται για τα προγράμματα υγείας που εφαρμόζουν οι μονάδες υγείας.

Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν και τα πρότυπα των διεθνών οργανισμών για την εξασφάλιση της ποιότητας όπως είναι τα πρότυπα ISO και OHSAS. Τα πρότυπα ISO αφορούν πιστοποιήσεις της ποιότητας από έναν εξωτερικό αξιολογητή. Η αξιολόγηση γίνεται με σαφείς προϋποθέσεις και έμφαση στην ασφάλεια των χώρων, των υλικών, των εξοπλισμών κ.ο.κ. Έπειτα, τα πρότυπα OHSAS, αποτελούν διεθνή πρότυπα που εφαρμόζονται στη ΔΜΥ που εστιάζουν στην ασφάλεια, την ποιότητα και την καταλληλότητα των μεθόδων διοίκησης αυτών.

Η σημασία ύπαρξης προτύπων είναι πολυδιάστατη και γίνεται κατανοητή αν κανείς λάβει υπόψη το γεγονός πως, ακόμα και αν τα αγαθά υγείας προσφέρονται από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, απαιτείται οι οργανισμοί αυτοί να ελέγχονται σε σχέση με τα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Ακόμα, πρέπει κανείς να αναλογιστεί πως, το να διαθέτει κανείς ένα καλό επίπεδο υγείας σημαίνει, συνολικά, πως θα είναι ικανός να εργαστεί και να παράξει. Έτσι, σε επίπεδο κοινωνίας, το να διασφαλιστεί ένα συνολικά καλό επίπεδο δημόσιας υγείας, σημαίνει και πως η κοινωνία θα είναι δυνατό να οδηγείται στην πρόοδο και την εξέλιξη.

Η διασφάλιση ενός καλού επιπέδου δημόσιας υγείας αποτελεί, ως εκ τούτου, ένα θεμελιώδη στόχο για κάθε αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Το πεδίο της ΔΜΥ επικεντρώνεται για το λόγο αυτό στη δημόσια διαβούλευση, στη θέση κοινών στόχων πολιτικής που εντάσσονται στην ατζέντα πολιτικής και στο στρατηγικό σχεδιασμό. Για τις μονάδες υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας το να γίνεται βραχυπρόθεσμος,

μεσοπρόθεσμος και μακροπρόθεσμος σχεδιασμός με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και τις αρχές της ΔΟΠ.

Ακόμα, σε ό,τι αφορά την ποιότητα και τη φροντίδα υγείας, εννοιολογικά, η διαθέσιμη βιβλιογραφία προσεγγίζει την ποιότητα με διαφορετικούς τρόπους. Η αναφορά στην ποιότητα, τυπικά, αφορά την απουσία, μεν, σφαλμάτων, ωστόσο, προκύπτει πως αφορά και το βαθμό κάλυψης των αντικειμενικών στόχων των οργανισμών. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα θα εκτιμάται, κατά κύριο λόγο, με κριτήρια αυτής.

Βιβλιογραφικά και από το σύνολο της μελέτης ανακύπτει το συμπέρασμα πως η φροντίδα και η ποιότητα υγείας, κατά κύριο λόγο, θα αξιολογούνται ανάλογα με το πόσο ικανοποιημένος είναι ο λήπτης των υπηρεσιών ή ο καταναλωτής των αγαθών υγείας από την εμπειρία του. Αυτό σημαίνει πως, πλέον, δεν επαρκεί κανείς να μιλήσει για τα εξωτερικά χαρακτηριστικά της ποιότητας, αλλά, αντίθετα, θα πρέπει να επικεντρωθεί και στα εσωτερικά χαρακτηριστικά της.

Επιπλέον, η ποιότητα θα μελετάται και σε σχέση με το σύστημα και σε σχέση με τον οργανισμό. Αυτό μεταφράζεται στο γεγονός πως θα ακολουθείται μία λογική της οικονομικής επιστήμης, δηλαδή η διοίκηση θα εξετάζει και τα μικροοικονομικά δεδομένα της διοίκησης και το μακρο-οικονομικό περιβάλλον. Στα πλαίσια, έτσι, της αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, θα δίνεται έμφαση στο κατά πόσο ο οργανισμός αποδίδει σε σχέση με τον ανταγωνισμό όσο και ανάλογα με τους στόχους που θέτει η διοίκηση / η ηγεσία του οργανισμού. Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων και σημείων εστίασης της αξιολόγησης αποδίδει και προσφέρει μία πιο ευρεία εικόνα στους διοικητές των οργανισμών σε σχέση με την επίδοση των οργανισμών.

Για τη φροντίδα υγείας, επιπροσθέτως, αναφέρεται στη βιβλιογραφία πως, αυτή προϋποθέτει τη συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα υγείας. Η συνεργασία αυτών γίνεται με τους θεράποντες ιατρούς ενώ, ταυτόχρονα, απαιτείται να υφίσταται προκειμένου η φροντίδα υγείας να είναι εξατομικευμένη. Αν δεν υπάρχει προσαρμογή της φροντίδας υγείας στις ανάγκες των ασθενών τότε, πιθανότατα, θα προκύψουν και προβλήματα στην εξυπηρέτησή τους και, συνεπαγωγικά, στην ικανοποίησή τους.

Με έμφαση στις απόψεις και τις αξιολογήσεις των ασθενών, οι σύγχρονοι οργανισμοί υγείας είναι σε θέση να εντοπίσουν τυχόν αδυναμίες αυτών σε σχέση με τη διοίκηση, την προσφορά υπηρεσιών και την προσφορά των υπηρεσιών τους. Ακόμα, τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών αντιλαμβάνονται το κατά πόσο η προσφορά αυτή ανταποκρίνεται στη ζήτηση. Αν η ζήτηση είναι μεγαλύτερη από την προσφορά, τότε, σύμφωνα με την κλασική οικονομική θεωρία, όπως αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια του ΝΔΜ και της ΔΟΠ, αποτυγχάνει ο οργανισμός στο στόχο του εξορθολογισμού των δαπανών του.

Η ποιότητα και η ασφάλεια της φροντίδας υγείας, ωστόσο, πέραν του επιπέδου της ικανοποίησης των ασθενών θα σχετίζεται και με την ικανοποίηση των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι συνιστούν τη βάση της λειτουργίας των οργανισμών. Χωρίς το ανθρώπινο δυναμικό τους, οι μονάδες υγείας δεν θα είναι σε θέση, άλλωστε, να συνεχίσουν να προσφέρουν φροντίδα υγείας. Η φροντίδα υγείας, λοιπόν, θα καθορίζεται και από το βαθμό στον οποίο αξιοποιούνται οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και οι δεξιότητες των μελών του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων.

Επιπροσθέτως, και βάση όλων των παραπάνω, διαπιστώνεται πως η ΔΜΥ θα θέτει στο επίκεντρό της την διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων. Το ISO διαφέρει, δε, από το OHSAS λόγω του ότι, από τη μία, το ISO, αποτελεί ένα πρότυπο διοίκησης με έμφαση στην ασφάλεια των χώρων και το OHSAS με έμφαση στη διοίκηση των οργανισμών γενικά. Για τους οργανισμούς, ο συνδυασμός των προτύπων ISO και OHSAS, θα επιτρέψει το να παρέχονται όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Η φροντίδα υγείας, επιπλέον, στη δημόσια διοίκηση, θα γίνεται με αντικείμενο το κατά πόσο τα δικαιώματα των πολιτών τηρούνται. Όπως διαπιστώνεται στην ανάλυση που γίνεται παραπάνω στο σύνολο της διπλωματικής, η ποιότητα της φροντίδας υγείας σχετίζεται και με το κατά πόσο ο πολίτης, ανεξαρτήτως των ατομικών του χαρακτηριστικών, απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Στα νοσοκομεία, το να εξασφαλίζεται αυτό, σημαίνει πως, σε επίπεδο οργανισμού, η διοίκηση πετυχαίνει τους στόχους της ενώ, σε επίπεδο συστήματος, η δημόσια διοίκηση είναι αποτελεσματική.

Έχοντας αναφερθεί, λοιπόν, εκτενώς στην ασφάλεια και την ποιότητα φροντίδας, είναι σε θέση κανείς να αναφερθεί και στη ΔΟΠ. Η ΔΟΠ είναι μια φιλοσοφία διοίκησης επικεντρωμένη, αρχικά, στην απόδοση και την επίδοση των δημόσιων επιχειρήσεων, άρα σε ποσοτικά δεδομένα. Επιπλέον, η ΔΟΠ επικεντρώνεται στην προστασία του ανθρώπινου δυναμικού από τα προβλήματα ή τις κρίσεις που μπορούν να εκδηλωθούν στο εσωτερικό του οργανισμού, καθώς και το να εφαρμοστούν βέλτιστες πρακτικές και αλλαγές που θα συνδράμουν στην περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, η ΔΟΠ εφαρμόζεται σε όλο το φάσμα της δημόσιας διοίκησης και θέτει ως στόχο το να εμπλακούν στη δημόσια διοίκηση έμπρακτα τα στελέχη της. Η έμπρακτη συμμετοχή τους στη διοίκηση των οργανισμών σημαίνει πως θα υπάρχει και πρόσθεση, βούληση και λογική εισαγωγής βελτιώσεων στο δημόσιο τομέα. Η διοίκηση και η ηγεσία, άλλωστε, συνιστούν προϋποθέσεις εφαρμογής της ΔΟΠ με επιτυχία στο δημόσιο τομέα.

Ο ορισμός στον οποίο καταλήγει κανείς για τη ΔΟΠ βάσει της συνολικής ανάλυσης του κυρίως σώματος της διπλωματικής εργασίας είναι πως η ΔΟΠ συνιστά μία φιλοσοφία της διοίκησης του δημοσίου τομέα εστιασμένη στη συμμόρφωση των οργανισμών στα πρότυπα ποιότητας που θα οδηγήσουν στο να παραχθούν όσο το δυνατό πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Επίσης, η ΔΟΠ βασίζεται στη λογική της διατήρησης μίας καλής σχέσης κόστους και οφέλους.

Η ΔΟΠ, επιπροσθέτως, διαπιστώνεται βιβλιογραφικά πως διαθέτει ήπιες και σκληρές πτυχές και διαστάσεις. Η ΔΟΠ βασίζεται, λοιπόν, στα τεχνικά χαρακτηριστικά της και σε χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη φιλοσοφία της εφαρμογής της. Μεταξύ αυτών, τα ζητήματα που προσεγγίζονται όταν αναφέρεται κανείς σε ήπιες διαστάσεις της ποιότητας αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, την επικοινωνία καθώς και την πρόθεση της ηγεσίας να αναλάβει πρωτοβουλίες για να προωθήσει τη συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού.

Έπειτα, όταν γίνεται αναφορά στη ΔΟΠ, μπορεί κανείς να θεωρήσει πως η φιλοσοφία της διοίκησης προσαρμόζεται στους υφιστάμενους στόχους των οργανισμών. Η ΔΟΠ, έτσι, αποτελεί όχι πανάκεια ή ένα εργαλείο διασφάλισης της

ποιότητας που να είναι κοινό για όλους τους οργανισμούς αλλά μία προσέγγιση της ποιότητας. Συνολικά, οι αρχές της ΔΟΠ επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα αυτό.

Πράγματι, η πρώτη αρχή της ΔΟΠ είναι πως οι οργανισμοί πρέπει να επενδύουν και να στοχεύουν διαρκώς στην αύξηση της ποιότητας, αναγνωρίζοντας πως η επίτευξη ενός άριστου επίπεδου διοίκησης είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Η δεύτερη αφορά το ότι η ΔΟΠ στοχεύει στο να ικανοποιήσει τις ανθρώπινες ανάγκες- είτε αυτές είναι των ασθενών, είτε των εργαζομένων είτε των μελών, γενικά, της κοινωνίας. Η τρίτη θεμελιώδης αρχή / προϋπόθεση εφαρμογής της ΔΟΠ είναι πως, τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών θα επικεντρώνονται στη προστασία πρωτίστως των εργαζομένων τους.

Έπειτα, έχοντας συζητήσει τα αμιγώς θεωρητικά ζητήματα που σχετίζονται με την απόδοση των βασικών όρων της μελέτης, δίνεται έμφαση στην ΔΜΥ όπως εφαρμόζεται σε πραγματικά παραδείγματα οργανισμών. Στο αντίστοιχο, δεύτερο κεφάλαιο της μελέτης, διαπιστώνεται πως η ΔΜΥ γίνεται με έμφαση στο να μην υπάρχουν προβλήματα στο εσωτερικό του οργανισμού, αρχικά, και, έπειτα, στο να κατανεμηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πόροι των οργανισμών για να παραχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Οι υπεύθυνοι της διοίκησης των μονάδων υγείας, έτσι, θα χρησιμοποιούν συστήματα και θα εφαρμόζουν στρατηγικές διοίκησης που θα καθορίζονται από τη διαθεσιμότητα των πόρων στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, η διοίκηση των πόρων είναι μεγάλης σημασίας στη ΔΜΥ, ωστόσο, ο σημαντικότερος πόρος των οργανισμών αυτών παραμένει το ανθρώπινο δυναμικό. Υπό αυτή την έννοια, η φιλοσοφία της ΔΟΠ φαίνεται πως εφαρμόζεται κατά βάση στη διοίκηση των μονάδων υγείας, λόγω του ότι οι οργανισμοί αυτοί είναι ανθρωποκεντρικοί.

Πράγματι, στη ΔΜΥ μεγαλύτερη σημασία έχουν οι γνώσεις και οι πληροφορίες, οι δεξιότητες και οι ικανότητες και όχι οι πόροι. Αυτό σημαίνει πως, στη ΔΜΥ, ο προϋπολογισμός θα πρέπει να γίνεται με έμφαση στο να αυξηθεί το διανοητικό κεφάλαιο των εργαζομένων. Ανάλογες προσπάθειες εισαγωγής βελτιώσεων εφαρμόστηκαν, για παράδειγμα, και στο ΕΣΥ, με έμφαση στην εξειδίκευση και την κατάρτιση των μελών του ανθρώπινου δυναμικού.

Η επένδυση στον άνθρωπο και στη βελτίωση αυτού σημαίνει πως, μακροπρόθεσμα θα βελτιωθεί και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε μία μονάδα υγείας, πράγματι, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα δεν είναι σταθερές αλλά καθορίζονται από τα προγράμματα που εφαρμόζονται, τις στρατηγικές, τις μεθόδους, τα μέσα και τα εργαλεία της διοίκησης. Επιπροσθέτως, η αποτελεσματικότητα καθορίζεται και από τη στάση που έχουν οι εργαζόμενοι απέναντι στον οργανισμό και την εργασία τους.

Όταν οι εργαζόμενοι σε μία μονάδα υγείας είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο με τον οποίο ασκείται η διοίκηση, αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του οργανισμού και επιδεικνύουν ενσυναίσθηση στον ασθενή, τότε η αποτελεσματικότητα είναι αυξημένη. Ωστόσο, πολλές φορές, δεν αρκεί το να υπάρχει πρόθεση για ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών από μέρους των μελών του ανθρώπινου δυναμικού.

Όπως έγινε αντιληπτό τόσο την περίοδο της οικονομικής κρίσης όσο και μετά την έναρξη της πανδημίας, παρά την ύπαρξη ενός καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού σε ένα σύστημα υγείας, υφίσταται το ενδεχόμενο μια δραματική αύξηση της πίεσης στο σύστημα υγείας να οδηγήσει σε μειωμένη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό συμβάλλει, συχνά, το γεγονός πως πολλά συστήματα υγείας διαθέτουν περιορισμένο ανθρώπινο δυναμικό, απαρχαιωμένα συστήματα και εξοπλισμούς και σταθερό προϋπολογισμό ανά έτος.

Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, για παράδειγμα, η ΔΟΠ εφαρμόζεται με έμφαση τόσο στη βελτίωση της ποιότητας όσο και στην εισαγωγή βελτιώσεων στον τρόπο με το οποίο πραγματοποιείται η κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Η ΔΜΥ με βάση τη ΔΟΠ θα γίνεται, έτσι, με αντικείμενο τη διαχείριση και τη διοίκηση και, άρα, και η αξιολόγηση θα γίνεται με άξονες τα προβλήματα και τα πλεονεκτήματα μιας μονάδας υγείας. Ωστόσο, διεθνώς, η ΔΟΠ δεν συνιστά μόνο ένα από τα επιμέρους εργαλεία της διοίκησης αλλά βάση της όλης λειτουργίας των δημοσίων οργανισμών.

Περνώντας στο εν λόγω ζήτημα, η διοίκηση των δημοσίων οργανισμών συμπεραίνεται από την κριτική επισκόπηση των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή της εργασίας πως είναι βασικό να γίνεται με ρεαλιστικό τρόπο. Σε επίπεδο κράτους, πολλές φορές, οι στόχοι που τίθενται είναι γενικοί και μη άμεσα εφαρμόσιμοι σε πραγματικές συνθήκες λειτουργίας ενός οργανισμού. Η διοίκηση των οργανισμών

καλείται να διακρίνει τον τρόπο με τον οποίο θα βρεθεί η ισορροπία ανάμεσα στην κλινική διακυβέρνηση με έμφαση στον ασθενή και τη συνεισφορά της στην επίτευξη των εθνικών στόχων.

Επίσης, οι δημόσιες και μη μονάδες υγείας, ιδίως σε κράτη όπως τα μεσογειακά και τα σκανδιναβικά, εποπτεύονται από τους αρμόδιους εθνικούς φορείς. Στόχος των μονάδων υγείας στα συστήματα υγείας αυτών των κρατών είναι η εξυπηρέτηση πρωτίστως του δημοσίου συμφέροντος. Με όρους δημόσιας πολιτικής, το δημόσιο συμφέρον εξυπηρετείται όταν διασφαλίζεται το μεγαλύτερο δυνατό όφελος για τους οργανισμούς, το κράτος, την κοινωνία και κάθε άτομο ξεχωριστά.

Ως αποτέλεσμα, η έμπρακτη εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔΟΠ θα γίνεται με τρεις τρόπους σε ένα δημόσιο οργανισμό. Ο πρώτος είναι με το να παρέχεται στον πελάτη η υπηρεσία εκείνη που θα τον βοηθήσει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό να επιτύχει ένα καλό επίπεδο υγείας. Ο δεύτερος είναι με το να εξασφαλίζεται πως όλα τα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού εισακούονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο τρίτος είναι με το να μη μένει στάσιμος ο οργανισμός αλλά, αντίθετα, εφαρμόζει μεθόδους αύξησης της ποιότητας και ανάπτυξης / βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών του.

Βάσει των παραπάνω, αναφέρονται και οι βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία των προσπαθειών για εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ σε ένα νοσοκομείο. Η πρώτη προϋπόθεση είναι πως η επιλογή των μελών του ανθρώπινου δυναμικού θα είναι εξαρχής κατάλληλη. Αυτό σημαίνει πως θα λαμβάνεται υπόψη το πως είναι δομημένες οι ομάδες του ανθρώπινου δυναμικού, το ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ τους και ποιες ανάγκες υφίστανται σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού στη μονάδα υγείας.

Η δεύτερη αφορά τον προγραμματισμό που θα γίνεται βάσει όλων όσων προαναφέρθηκαν ως συμπεράσματα σε σχέση με τη ΔΜΥ σε ένα σύγχρονο οργανισμό. Οι ηγέτες, έτσι, και τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων θα πρέπει να θέτουν ως προτεραιότητα τη διοίκηση των πόρων, την προετοιμασία των οργανισμών για να αναπτύσσουν την ευελιξία και την ανθεκτικότητά τους απέναντι σε συστημικές κρίσεις και να εφαρμόζουν τις αρχές της ΔΟΠ.

Σε ό,τι αφορά την τρίτη προϋπόθεση επιτυχούς τον έλεγχο, αυτός συνιστά σημαντική πτυχή και λειτουργία της διοίκησης, ωστόσο, πολύ συχνά συγχέεται με την αρνητική διάσταση της εποπτείας που αφορά τον τιμωρητικό έλεγχο. Η αξιολόγηση, ωστόσο, σε μία μονάδα υγείας, δεν πρέπει και, τυπικά, δεν έχει ως στόχο την απόδοση ευθυνών για λάθη που έχουν λάβει χώρα στα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού αλλά τον εντοπισμό των δυνατών και αδύναμων σημείων της ΔΜΥ. Έπειτα, και βάσει αυτών, τα διοικητικά στελέχη θα κατορθώσουν να εισάγουν βελτιώσεις που θα έχουν πολλά θετικά επακόλουθα για όλο τον οργανισμό.

Η τέταρτη και τελευταία προϋπόθεση που εντοπίζεται βιβλιογραφικά για την επιτυχή εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ σε έναν πραγματικό οργανισμό είναι το να αξιοποιηθούν τα διαθέσιμα εργαλεία της ΔΟΠ. Η φιλοσοφία αυτή, άλλωστε, της διοίκησης δεν είναι μόνο ένα θεωρητικό κατασκεύασμα αλλά εφαρμόζεται εδώ και πάνω από τέσσερις δεκαετίες ανά τον πλανήτη. Έχει, δε, αποδειχθεί πως είναι αποτελεσματική σε πολλές περιπτώσεις οργανισμών και πως, ειδικά στην υγεία, συνδράμει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των οργανισμών.

Ωστόσο, η εφαρμογή της ΔΟΠ μπορεί να συνεπάγεται και εμπόδια. Στο θεωρητικό μέρος της μελέτης διαπιστώνεται πως πιθανά εμπόδια που μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι οργανισμοί είναι, αρχικά, τα στρατηγικά, έπειτα, τα διαδικαστικά, αυτά που αφορούν τη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων, τα δομικά εμπόδια και αυτά τα οποία σχετίζονται με την επικοινωνία.

Αναφορικά με το έμπρακτο παράδειγμα εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ σε πραγματικές συνθήκες λειτουργίας και ΔΜΥ, επιλέχθηκε το ΚΠΑ. Το ΚΠΑ είναι ιδανικό για εφαρμογή σε μία μονάδα υγείας διότι συνιστά ένα απλό, οικονομικό και πρακτικό εργαλείο αξιολόγησης. Βάσει του ΚΠΑ η αξιολόγηση γίνεται σε στάδια, με συγκεκριμένα βήματα και σημεία εστίασης. Το ΚΠΑ είναι σημαντικό, δε, επειδή αναγνωρίζεται για την αξία και τη χρησιμότητά του στο σύνολο των κρατών μελών της ΕΕ.

Όπως και η ΔΟΠ ως φιλοσοφία διοίκησης, έτσι και το ΚΠΑ ως εργαλείο διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας έχει συγκεκριμένους στόχους. Ο πρώτος εξ αυτών αφορά το να γίνει προγραμματισμός των δραστηριοτήτων /

ενεργειών στον οργανισμό όπου εφαρμόζεται βοηθά στο να τεθούν συγκεκριμένες προτεραιότητες. Ο δεύτερος εξ αυτών σχετίζεται άμεσα με τον πρώτο και την εκτέλεση των έργων στον οργανισμό. Έπειτα, ο τρίτος, είναι ο έλεγχος και, ο τέταρτος, η αντίδραση στα αποτελέσματα της αξιολόγησης με στόχο την εισαγωγή συνολικών βελτιώσεων στον οργανισμό.

Το εργαλείο αυτό έχει μεγάλη σημασία στη ΔΜΥ για πολλούς λόγους, όμως, κατά κύριο λόγο διότι επιτρέπει τη σύγκριση της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων σε ενωσιακό επίπεδο. Ακόμα, διαφοροποιείται από άλλα, πιο τεχνικά μοντέλα και εργαλεία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας διότι επικεντρώνεται και στις διαδικασίες και στον άνθρωπο, άρα και στην επικοινωνία.

Η διπλωματική αυτή, συμβάλλει, λοιπόν, βάσει όλων των παραπάνω στο να εντοπιστούν σύγχρονα, καινοτόμα, συνοπτικά και συγκεκριμένα συμπεράσματα για τη σημασία της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ σε ένα πραγματικό σύστημα υγείας. Πέραν των κυριότερων συμπερασμάτων, ωστόσο, που εξήχθησαν, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στοχεύει στο να συμβάλλει στην κάλυψη των βιβλιογραφικών κενών που εντοπίστηκαν. Αυτά είναι τα παρακάτω:

- (1) τα διαθέσιμα άρθρα δεν προσεγγίζουν κριτικά το ρόλο της ΔΟΠ στην αλλαγή των αντιλήψεων των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας υγείας.
- (2) δεν υφίστανται αρκετές έρευνες οι οποίες και να συγκρίνουν τις απόψεις των πολιτών / ασθενών με αυτές των μελών του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας,
- (3) λόγω της πανδημίας, εντοπίζεται μία αντιπαράθεση ανάμεσα στους ερευνητές σε σχέση με το αν η ΔΟΠ είναι ή όχι το κατάλληλο μοντέλο ΔΜΥ, ωστόσο, οι απόψεις αυτών βασίζονται σε υποθέσεις και όχι τεκμηριωμένα δεδομένα.

Έχοντας ως βάση τα παραπάνω, λοιπόν, διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Αυτές είναι οι εξής:

- (1) να γίνει μια έρευνα συγκριτικά ανάμεσα σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας αξιοποιώντας το πρότυπο του ΚΠΑ,
- (2) να γίνει μια αντίστοιχη σύγκριση ενός νοσοκομείου με ένα νοσοκομείο του εξωτερικού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πρόσθετες κατηγορίες προτύπων ISO

RELATED ISO TECHNICAL COMMITTEES

ISO/TC 106

Dentistry

ISO/TC 170

Surgical instruments

ISO/TC 215

Health informatics

ISO/TC 249

Traditional Chinese medicine

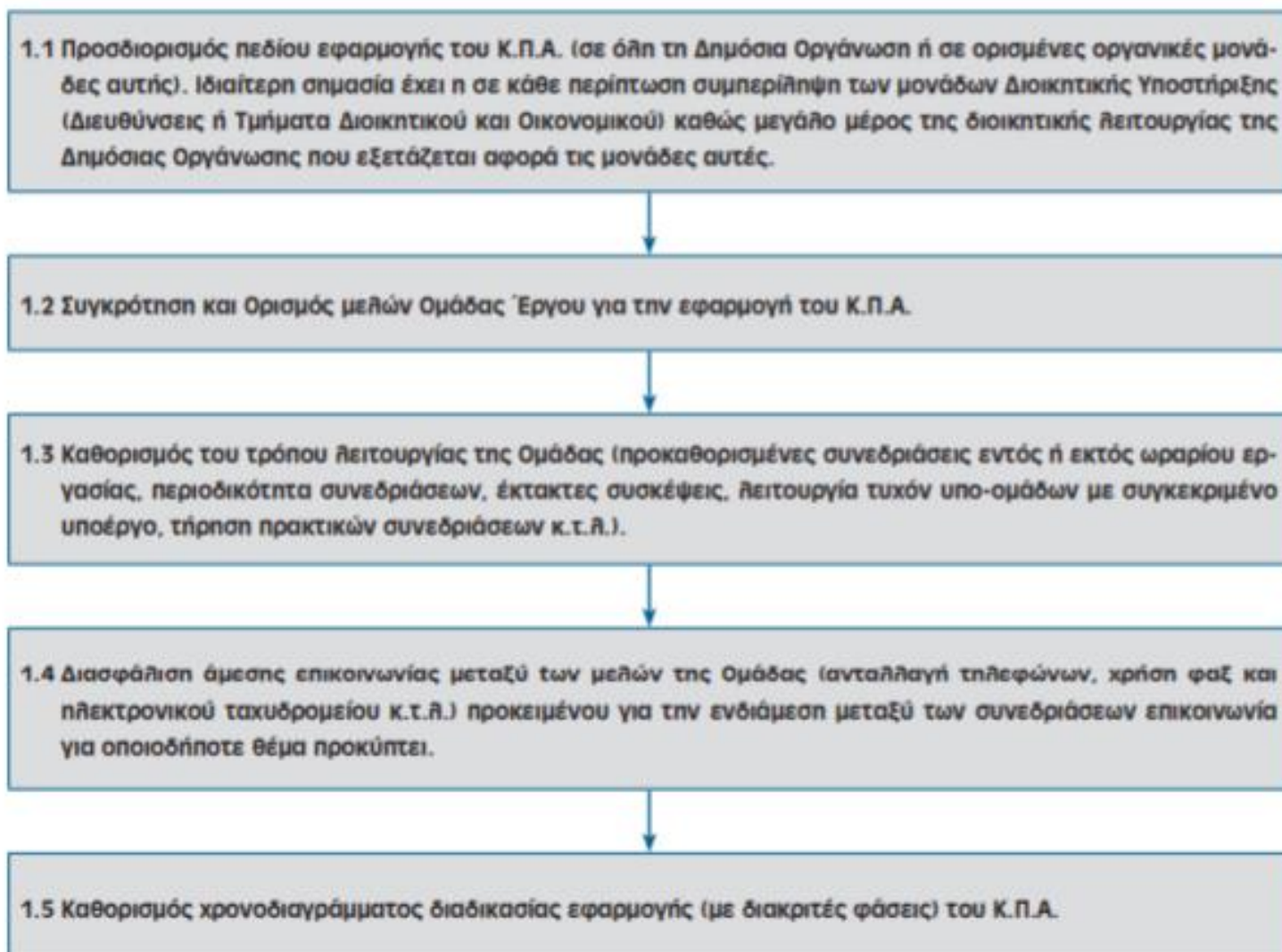
ISO/TC 283

Occupational health and safety management

Εικόνα 12, άλλες κατηγορίες ISO, πηγή: (ISO, 2022)

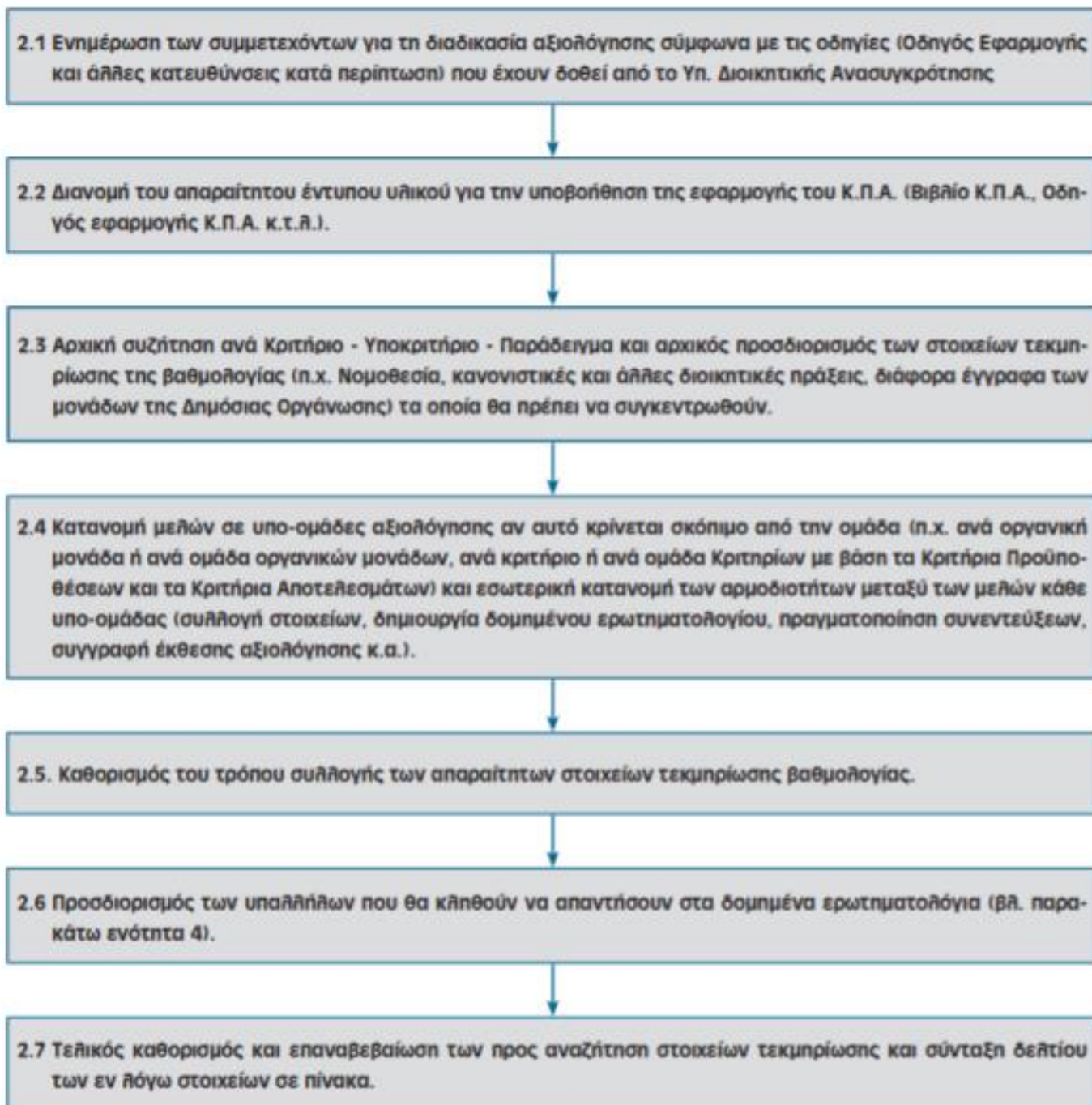
Βήματα ανά στάδιο εφαρμογής του ΚΠΑ

Στάδιο 1:



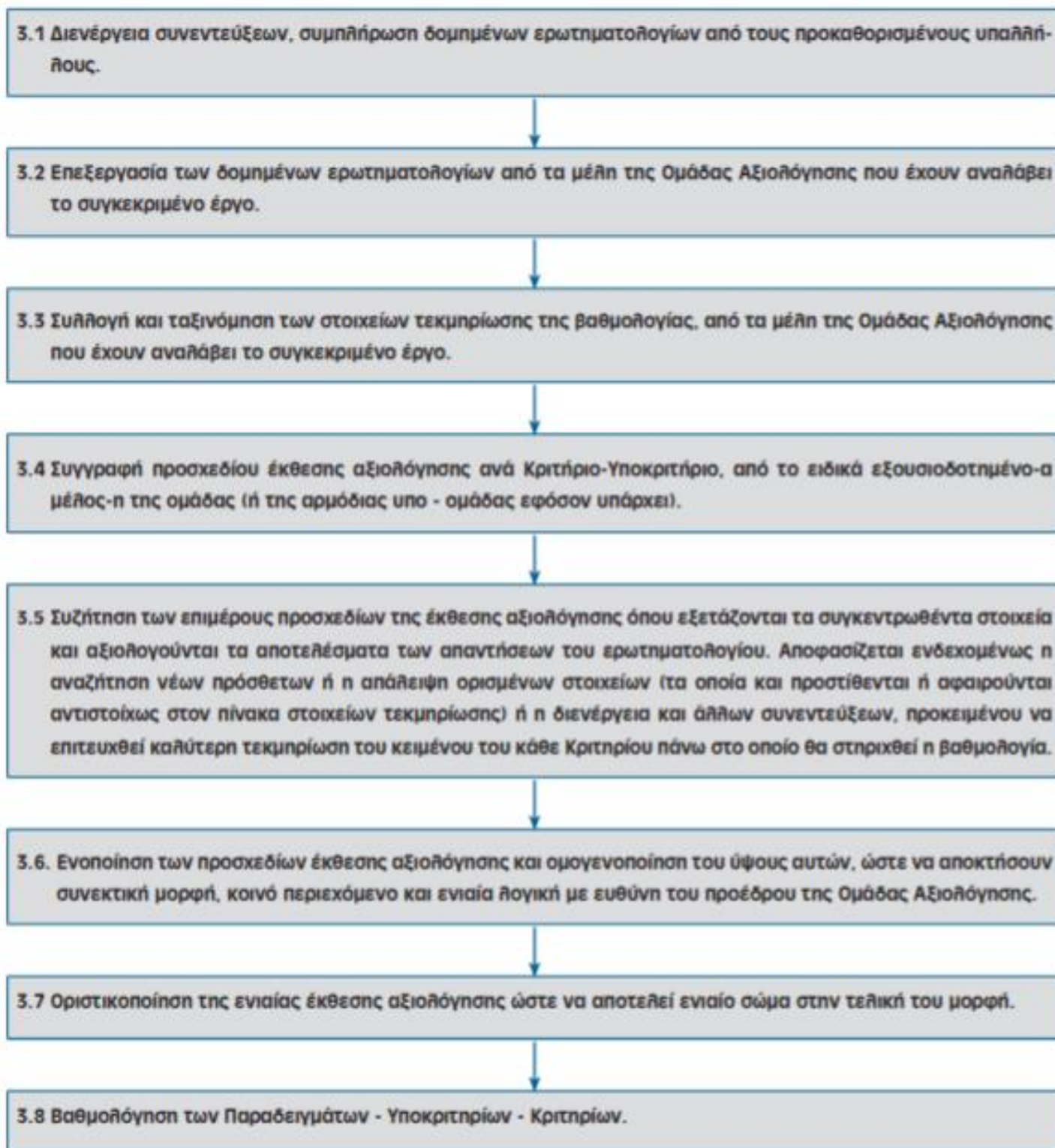
Εικόνα 13, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 12

Στάδιο 2:



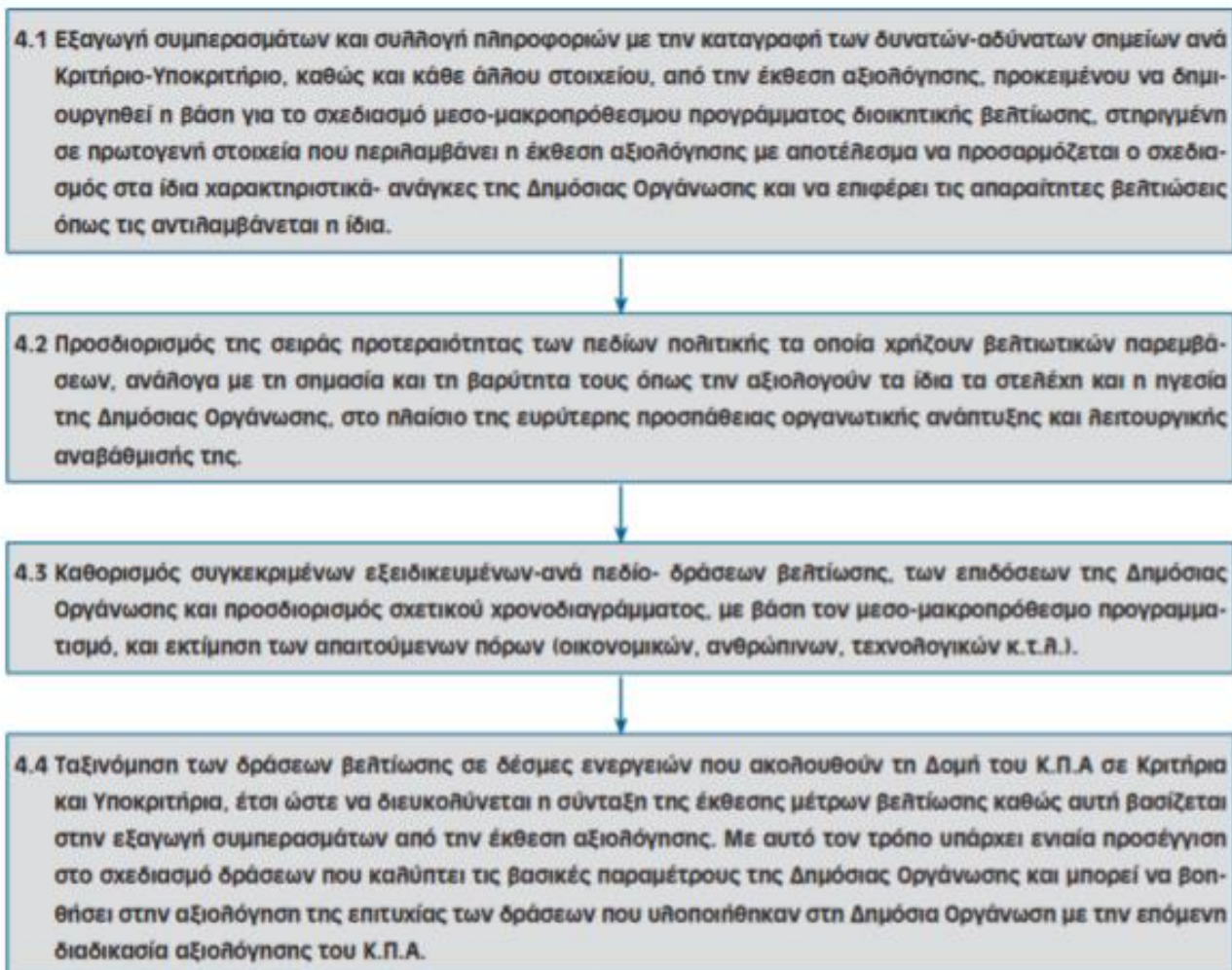
Εικόνα 14, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 13

Στάδιο 3:



Εικόνα 15, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 14

Στάδιο 4:



Εικόνα 16, Υπουργείο Εσωτερικών, 2013, σ. 15.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbas, J. (2021). Crisis management, transnational healthcare challenges and opportunities: The intersection of COVID-19 pandemic and global mental health. *Research in Globalization*, 3.
- Afthonidis, E., & Tsiotras, G. (2014). Strategies for business excellence under an economic crisis. *The TQM Journal*, 26(6), σσ. 610-624.
- Ahgren, B. (2014). The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination*, 17(1-2), σσ. 52-58.
- Argia, H. A., & Ismail, A. (2013). The Influence of Transformational Leadership on the Level of TQM Implementation in the Higher Education Sector. *Higher Education Studies*, 3(1), σσ. 136-146.
- Berdud, M., Cabasés, J. M., & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gaceta sanitaria*, 30, σσ. 408-414.
- Bos, G. (2018). ISO 13485: 2003/2016—Medical Devices—Quality Management Systems—Requirements for Regulatory Purposes. *Handbook of Medical Device Regulatory Affairs in Asia* (σσ. 153-174). Jenny Stanford Publishing.
- Bouranta, N., Psomas, E., Suárez-Barraza, M. F., & Jaca, C. (2019). The key factors of total quality management in the service sector: a cross-cultural study. *Benchmarking: An International Journal*.
- Braithwaite, J., Zurynski, Y., Ludlow, K., Holt, J., Augustsson, H., & Campbell, M. (2019). Towards sustainable healthcare system performance in the 21st century in high-income countries: a protocol for a systematic review of the grey literature. *BMJ open*, 9(1).

- Cacchione, P. Z. (2020). Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Clin Nurs Res*, 29(4), σσ. 215-216. Ανάκτηση από <https://doi.org/10.1177/1054773820920385>
- Cardinaels, E., & Soderstrom, N. (2013). Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals. *European Accounting Review*, 22(4), σσ. 647-684.
- Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., . . . Raleigh, V. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Healthcare*, 27(2), σσ. 137-146.
- Castro, C., Pereira, T., Sá, J. C., & Santos, G. (2020). Logistics reorganization and management of the ambulatory pharmacy of a local health unit in Portugal. *Evaluation and Program Planning*, 80, 101801.
- Chan, P. H., Ng, P. K., & Jee, K. S. (2012, Oct.). Identifying the link between leadership styles and TQM practices: A conceptual framework. *2nd International Conference on Design and Concurrent Engineering. Melaka*, σσ. 40-44.
- Chiarini, A., & Vagnoni, E. (2017). TQM implementation for the healthcare sector. *Leadership in Health Services*.
- Coble, D. F. (2018). Standards incorporated by reference: Little-known secrets. *Professional Safety*, 63(05), σσ. 50-56.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), σσ. 636-650.
- Das, A., Kumar, V., & Kumar, U. (2011). The role of leadership competencies for implementing TQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*.

- Drosos, D., Tsotsolas, N., Skordoulis, M., & Chalikias, M. (2018). Patient satisfaction analysis using a multi-criteria analysis method: The case of the NHS in Greece. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 25(4), σσ. 491-505.
- Drummond, M., O'Brien, B., G, S., & Torrance, G. (2002). *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (χ.χ.). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2).
- El Morr, C., & Subercaze, J. (2010). Knowledge management in healthcare. Στο *Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: technological and social perspectives* (σσ. 490-510). IGI Global.
- Elarabi, H. M., & Johari, F. (2014). The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian journal of management sciences & education*, 3(1), σσ. 13-22.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., . . . Walton, M. (2009). What exactly is patient safety? *Journal of Medical Regulation*, 95(1), σσ. 13-24.
- Faloudah, A. A., Qasim, S., & Bahumayd, M. (2015). Total quality management in healthcare. *International Journal of Computer Applications*, 120(12).
- Feretzakis, G., Loupelis, E., Sakagianni, A., Kalles, D., Martsoukou, M., Lada, M., & Alexiou, K. (2020). Using machine learning techniques to aid empirical

antibiotic therapy decisions in the intensive care unit of a general hospital in Greece. *Antibiotics*, 9(2), σ. 50.

Gomes, C. F., Small, M. H., & Yasin, M. M. (2019). Towards excellence in managing the public-sector project cycle: a TQM context. *International Journal of Public Sector Management*.

Greving, J. P., Visseren, F. L., De Wit, G. A., & Algra, A. (2011). Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *Bmj*, 342.

Hamdi, N., Oweis, R., Abu Zriq, H., & Abu Sammour, D. (2012). An intelligent healthcare management system: a new approach in work-order prioritization for medical equipment maintenance requests. *Journal of medical systems*, 36(2), σσ. 557-567.

Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3), σσ. 93-109.

ISO. (2022). Caring about health and safety. <https://www.iso.org/caring-about-health-and-safety.html>.

Jankelová, N., Joniaková, Z., Blštáková, J., Skorková, Z., & Procházková, K. (2021). Leading employees through the crises: Key competences of crises management in healthcare facilities in coronavirus pandemic. *Risk management and healthcare policy*, 14.

Kaboolian, L. .. (1998). The new public management: Challenging the boundaries of the management vs. administration debate. *Public Administration Review*, 58(3), σσ. 189-193.

Kalfa, M. .. (2018). The effect of Europe Union common assessment framework on organisational commitment with role of job satisfaction. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(5-6), σσ. 704-726.

- Karanikas, N., Weber, D., Bruschi, K., & Brown, S. (2022). Identification of systems thinking aspects in ISO 45001: 2018 on occupational health & safety management. *Safety Science*, *148*, σ. 105671.
- Konnopka, A., Schaefert, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lupp, M., Herzog, W., & König, H. H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, *81(5)*, σσ. 265-275.
- Kos, M. (2019). Introduction to healthcare systems. Στο *The pharmacist guide to implementing pharmaceutical care* (σσ. 437-441). Springer, Cham.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, *12(1)*, σσ. 1-9.
- Li, J., Ray, P., Seale, H., & MacIntyre, R. (2012, January). An E-Health readiness assessment framework for public health services--Pandemic perspective. *45th Hawaii International Conference on System Sciences*, σσ. 2800-2809.
- Lie, M. F., Sánchez-Gordón, M., & Colomo-Palacios, R. (2020). Devops in an iso 13485 regulated environment: a multivocal literature review. *Proceedings of the 14th ACM/IEEE International Symposium on empirical software engineering and measurement (ESEM)*, (σσ. 1-11).
- Linnander, E. L., Mantopoulos, J. M., Allen, N., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2017). Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. *International journal of health policy and management*, *6(10)*.
- Macur, M., & Radej, B. (2017). New model of quality assessment in public administration-upgrading the common assessment framework (CAF). *Peer-reviewed academic journal Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*.

- Marjoua, Y., & Bozic, K. J. (2012). Brief history of quality movement in US healthcare. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 5(4), σσ. 265-273.
- Matei, A., & Bălăceanu, E. B. (2014). Performance through the Common Assessment Framework. A critical review for Romania. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 143, σσ. 862-866.
- McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y. L., Kenny, L. C., & Adam, F. (2016). An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform. *Journal of Decision Systems*, 25(sup1), σσ. 354-368.
- Misselbrook, D. (2014). W is for wellbeing and the WHO definition of health. *British Journal of General Practice*, 64(628), σσ. 582-584.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., & Sissouras, A. (2013). Managing for efficiency in health care: the case of Greek public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 14(6), σσ. 929-938.
- Morgado, L., Silva, F. J., & Fonseca, L. M. (2019). Mapping occupational health and safety management systems in Portugal: outlook for ISO 45001: 2018 adoption. *Procedia manufacturing*, 38, σσ. 755-764.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Nuijten, M. J., & Dubois, D. J. (2011). Cost-utility analysis: current methodological issues and future perspectives. *Frontiers in pharmacology*, 2, σσ. 29-40.
- Oakland, J. (2011). Leadership and policy deployment: the backbone of TQM. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(5), σσ. 517-534.
- Papalazarou, I., & Tsoulfas, G. T. (2018). Principal management concepts in Greek public sector: Part I—the Common Assessment Framework. *HOLISTICA—Journal of Business and Public Administration*, 9(1), σσ. 49-64.

- Parsons, P. E., Beck, J. M., & Moss, M. (2019). General Industry Secretary Acosta: On behalf of the American Thoracic Society (ATS), we appreciate the opportunity to comment on the Office of Occupational Safety and Health Administration's 29 CFR Part 1910 Revising the Beryllium standard for.
- Pate, W. J., & Wilke, J. (2020). Development and Implementation of a Clinical Eyewash and Safety Shower Risk Assessment Process in an Academic Medical Center. *ACS Chemical Health & Safety, 27(1)*, σσ. 15-19.
- Patel, G. (2009). Total quality management in healthcare. *The Midas Journal, 23*, σσ. 1-4.
- Peritogiannis, V., Mantas, C., Alexiou, D., Fotopoulou, V., Mouka, V., & Hyphantis, T. (2011). The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas in Greece: a 2-year follow-up. *European Psychiatry, 26(7)*, σσ. 425-427.
- Pollitt, C., Van Thiel, S., & Homburg, V. (2007). *New public management in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ramsey, S. D., Willke, R. J., Glick, H., Reed, S. D., Augustovski, F., Jonsson, B., . . . Sullivan, S. D. (2015). Cost-effectiveness analysis alongside clinical trials II—an ISPOR Good Research Practices Task Force report. *Value in Health, 18(2)*, σσ. 161-172.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(12)*, σσ. 600-607.
- Rushton, C. H. (2017). Cultivating moral resilience. *AJN The American Journal of Nursing, 117(2)*, σσ. 11-15.
- Saranto, K., Kivekäs, E., Rosenlund, M., Jylhä, V., Liljamo, P., Arvonen, S., & Kinnunen, U. M. (2019). How to Assess Success of HIT Project Management: An Example

of the Use of the Common Assessment Framework (CAF). *MEDINFO 2019: Health and Wellbeing e-Networks for All*, σσ. pp. 783-787.

Sarfraz, A., Sarfraz, Z., Barrios, A., Agadi, K., Thevuthasan, S., Pandav, K., . . . Michel, G. (2021). Understanding and promoting racial diversity in healthcare settings to address disparities in pandemic crisis management. *Journal of primary care & community health*, 12.

Schedler, K., & Proeller, I. (2000). The New Public ManagementA perspective from mainland Europe. Στο K. Mc Laughlin, S. P. Osborne, & E. Ferlie, *New Public Management - Current trends and future prospects* (σσ. 163-180). Stuttgart/Wien: Routledge, διαθέσιμο πλήρες ηλεκτρονικά στο https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4626057/mod_resource/content/1/Book%20New_Public_Management_Current_Trends%20%281%29.pdf#page=176.

Seawright, K. W., & Young, S. T. (1996). A quality definition continuum. *Interfaces*, 26(3), σσ. 107-113.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety*, 23(4), σσ. 290-298.

Toha, M. A., Akter, R., & Uddin, M. S. (2022). Paradigm of sustainable process safety management for industrial revolution 4.0: A circular economy and sustainability perspective. *Process Safety Progress*.

Touloumi, G., Kalpourtzi, N., Papastamopoulos, V., Pappas, V., Adamis, G., Antoniadou, A., & EMENO, A. a. (2020). Cardiovascular risk factors in HIV infected individuals: Comparison with general adult control population in Greece. *PLoS One*, 15(3), σ. e0230730.

- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research, 14(1)*, σσ. 1-17.
- Ulle, R. S., & Kumar, A. S. (2014). A Review on Total Quality Leadership in TQM Practices-Industrial Management and Organizations. *International Journal of Emerging Research in Management & Technology, 3(5)*, σσ. 152-155.
- Veillard, J. H., Brown, A. D., Barış, E., Permanand, G., & Klazinga, N. S. (2011). Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy, 103(2-3)*, σσ. 191-199.
- Veselinova, E., & Gogova Samonikov, M. (2012). SMEs innovation and growth in EU. *Management Journal for Theory and Practice Management, (64)*, σσ. 87-94.
- Vincent, C. (2011). *Patient safety*. John Wiley & Sons, πλήρες βιβλίο διαθέσιμο σε; http://www.siakadkh.com/admin/files_ebook/Patient_Safety__2nd_Edition.pdf.
- Voskaridou, E., Kattamis, A., Fragodimitri, C., Kourakli, A., Chalkia, P., Diamantidis, M., & Papassotiriou, I. (2019). National registry of hemoglobinopathies in Greece: updated demographics, current trends in affected births, and causes of mortality. *Annals of hematology, 98(1)*, σσ. 55-66.
- Vouzas, F., & Psychogios, A. G. (2007). Assessing managers' awareness of TQM. *The TQM magazine*, σσ. 1-17.
- Weale, A. (2012). The right to health versus good medical care? *Critical Review of International Social and Political Philosophy, 15(4)*, σσ. 473-493.
- Wendt, C. (2014). Changing healthcare system types. *Social policy & administration, 48(7)*, σσ. 864-882.

- Wicks, A. M., & Roethlein, C. J. (2009). A satisfaction-based definition of quality. *The Journal of Business and Economic Studies*, 15(1), σσ. 82-112.
- Ακριβός, Χ. (2021). Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού - ΔΑΔ- και Ηγεσία στη Δημόσια Διοίκηση. *Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης*, 26η Εκπαιδευτική Σειρά.
- Αναστασόπουλος, Α. (2010). Κοινό πλαίσιο αξιολόγησης (ΚΠΑ) Εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στη Δημόσια Διοίκηση Βελτιώνοντας μία δημόσια οργάνωση μέσω της αυτό-αξιολόγησης Κ.Π.Α. *Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό μεταπτυχιακό στη διοίκηση των επιχειρήσεων*.
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2014). Θεματικό Δελτίο: Ποιότητα της Δημόσιας Διοίκησης. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_quality-public-administration_el.pdf.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2017). Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίου Ευρωπαϊκού Εξαμήνου - Συστήματα Υγείας. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf, έγινε πρόσβαση 26 Νοεμβρίου 2020.
- Κορούλη, Σ., Καπάκη, Β., Εγγλεζοπούλου, Α., & Γαλάνης, Π. (2020). Εφαρμόζοντας το κοινό πλαίσιο αξιολόγησης σε ένα γενικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(2), σσ. 237-246.
- Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., & Κοΐνης, Α. (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Archives of Hellenic Medicine/Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3).
- Κουλούρη, Φ. (2019). Η δυναμική των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση: η περίπτωση της Ελλάδας. (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ) Σχολή Οικονομικών και

*Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης.
Τομέας Διοικητικής Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου).*

Κουταλάς, Ε., Εγγλεζοπούλου, Α., Λιλής, Δ., Μπέγκος, Κ., Δημητριάδης, Γ., Απίστολας, Σ., . . . Μιχαλακούκος, Ι. (2019). Εφαρμογή κοινού πλαισίου αξιολόγησης, ως εργαλείο διοίκησης ολικής ποιότητας, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(6), σσ. 835-839.

Λαδή, Σ., & Νταλάκου, Β. (2016). *Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής (Β' Έκδ.)*. Αθήνα: Παπαζήση.

Νοσοκομείο ΚΑΤ. (2021). Τί είναι το ΚΠΑ. https://www.kat-hosp.gr/ti_einai_to_kpa/kpa/.

Τζανετάκος, Π. (2012). το κοινό πλαίσιο αξιολόγησης (ΚΠΑ) ως μέσο εκσυγχρονισμού, καινοτομίας και αλλαγής της δημόσιας διοίκησης. *Πάντερμος*
<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:4558>.

Υπουργείο Εσωτερικών. (2013). Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ): Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτο-αξιολόγησης.
https://www.ypes.gr/wp-content/uploads/2019/11/20160408_poiotita_axiologisi.pdf.