

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΜΒΑ –ΤQM)**

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΖΑΝΕΤΑΚΗ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΑΜ: ΜΔΕ – ΟΠ / 0332

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	12
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.2 ΟΙ «GURU» ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
1.2.1 Ernest Codman	14
1.2.2 W. Edwards Deming.....	14
1.2.3 Joseph M. Juran.....	15
1.2.4 Avedis Donabedian.....	16
1.2.5 Donald Berwick.....	17
1.2.6 John Wennberg.....	17
Άλλοι.....	18
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	18
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
1.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
1.6 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	26
1.6.1 Οφέλη για τον ασθενή.....	27
1.6.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας	27
1.6.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.....	28
1.6.4 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.....	28
1.6.5 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο	29
1.7 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	29
1.7.1 Διάγραμμα Pareto	29
1.7.2 Διάγραμμα αιτίας – αποτελέσματος	30
1.7.3 Φύλλο καταγραφής δεδομένων	32
1.7.4 Διάγραμμα Ροής	32
1.7.5 Διάγραμμα Ελέγχου.....	33
1.7.6 Διάγραμμα Διασποράς.....	34
1.7.7 Ιστόγραμμα.....	35
1.8 ΚΟΣΤΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	35
1.8.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας	36
1.8.2 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας	37
1.9 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	38
1.9.1 Κοστολόγηση της Ποιότητας με την «κλασική μέθοδο»	38
1.9.2 Κοστολόγηση της Ποιότητας με τη «μέθοδο ABC»	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 1 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	44
ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	44
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	44
2.2 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	44
2.2.1 Πρωτοβάθμια και Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα	45
2.2.2 Η Νοσοκομειακή περίθαλψη.....	52

2.3 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	54
2.4 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 2 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^Ο	64
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ.....	64
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	64
3.2 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	65
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	67
3.4 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	69
3.5 Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 3ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^Ο	76
Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ... 76	
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	76
4.2 Ο ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	76
4.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	77
4.4 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ.....	79
4.5 Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	79
4.6 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ [ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ(ΑΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) – ΔΙΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ]	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 4 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^Ο	88
ΙΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	88
5.1 Η ΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 5 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^Ο	92
ΑΣΘΕΝΕΙΣ –ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	92
6.1 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ – ΧΡΗΣΤΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 6 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^Ο	97
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	97
7.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ – ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	97
7.1.1 Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μακρο-επίπεδο	98
7.1.2 Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο	100
7.2 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 7 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^Ο	104
ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	104
8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	104
8.2 ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ.....	104
8.3 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	105
8.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	106
8.6 ΠΟΙΟΤΙΚΩΣ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ (QALYS)	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 8 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9Ο	113
Η ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΑ ΠΙΟ ΓΝΩΣΤΑ ΒΡΑΒΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ISO 9000	113
9.1 Η ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	113

9.2 Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	116
9.3 ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	118
9.4 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ISO 9000.....	121
9.5 ΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ MALCOLM BALDRIDGE.....	123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 9 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^Ο	128
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	128
10.1 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	128
10.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	130
10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	133
10.3.1 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	133
10.3.2 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα	135
10.3.3 Προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.....	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 10 ^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1: Η ΤΡΙΛΟΓΙΑ ΤΟΥ JURAN.....	16
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΟΜΗΣ	24
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	25
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	26
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.5:ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PARETO	30
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.6: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΙΤΙΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	31
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.7: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	34
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.8: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ	34
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.9: ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ	35
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.10: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΙΤΙΑΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	38
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1: Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	45
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2: Η ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3: ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 : ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1999).....	68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	93
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1 : ΤΟ ΤΡΙΠΤΥΧΟ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΔΟΠ.....	107
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2: ΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΥΚΛΟΥΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	109

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Πιν. 2.1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΥ (2002) 53

Πίνακας 2: Πιν. 3.1: ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ (1979 -2000) 65

Πίνακας 3: Πιν. 3.2: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 2001 67

Πίνακας 4: ΠΙΝ. 9.1 ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΤΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ISO ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΒΡΑΒΕΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (E.Q.A.)..... 123

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια νέα εποχή ανατέλλει για τους Οργανισμούς παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Είναι μια εποχή γεμάτη προκλήσεις και απαιτήσεις, όπου επιβάλλεται να είναι κανείς ικανός να προβλέψει τις επιπτώσεις των ουσιαστών αλλαγών που θα προκύψουν στο Σύστημα Υγείας λόγω του διεθνούς ανταγωνισμού.

Πιέσεις ήδη διαφαίνονται που έχουν στόχο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, από το οποίο απαιτείται η παροχή του μεγαλύτερου δυνατού φάσματος υπηρεσιών στις ισχύουσες οικονομικές δυνατότητες, με την μεγαλύτερη δυνατή ικανότητα για ακριβείς διαγνώσεις και πετυχημένες επεμβάσεις, όπου και όταν αυτές χρειάζονται.

Η Υπηρεσία Υγείας είναι μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικής υπηρεσίας, ο αποδέκτης της οποίας αναμένει πολλά περισσότερα από ό,τι σε άλλες προσωπικές υπηρεσίες. Ενώ για τις περισσότερες περιπτώσεις παροχής υπηρεσιών ή προϊόντων η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί με την ανθεκτικότητα και αξιοπιστία του προϊόντος, την διαθεσιμότητα και ταχύτητα παροχής του, την εύκολη πρόσβαση, την καταλληλότητα για χρήση και επαρκή υποστήριξη μετά την πώληση, στον τομέα της Υγείας, εκτός όλων των ανωτέρω που εξ' ορισμού πρέπει να παρέχονται, έννοιες όπως άμεπτος επαγγελματισμός, υψηλή τεχνολογία, επιτυχημένη προϊστορία, αναμφίβολη διάγνωση, λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων, αίσθημα και αξιοπρέπεια, αποκτούν ιδιαίτερη έμφαση, αναγκαιότητα και προτεραιότητα.

Με άλλα λόγια, οι νέοι αποδέκτες των Υπηρεσιών Υγείας αναζητούν πλέον ιατρικούς οργανισμούς που έχουν την δυνατότητα να δεχθούν τους ασθενείς άμεσα, να τους μεταχειρισθούν με ευγένεια, διακριτικότητα και αξιοπρέπεια και που έχουν την καλύτερη προϊστορία επιτυχημένων ιατρικών διαγνώσεων και επεμβάσεων.

Εφ' όσον λοιπόν είμαστε σε θέση να ξέρουμε τι είναι αυτό που πραγματικά θέλει ο πελάτης στον Τομέα Υγείας είναι θέμα κοινής λογικής να επικεντρωθούμε σ' αυτά και να προσπαθούμε να τα βελτιώνουμε συνεχώς.

Μια συνεχής προσπάθεια τέτοιου είδους βελτίωσης είναι η ψυχή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αφορά όλες τις δραστηριότητες ενός οργανισμού – σχεδιασμό, οργάνωση, διεύθυνση, έλεγχο – που αποσκοπούν στην παραγωγή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών, δηλαδή προϊόντων και υπηρεσιών που ανταποκρίνονται ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες των καταναλωτών.

Ο όρος Διοίκηση Ολικής Ποιότητας βασίζεται στις τρεις σημαντικές αρχές της ποιότητας που είναι οι εξής:

- ❌ Έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη
- ❌ Συμμετοχή όλου του ανθρώπινου δυναμικού
- ❌ Συνεχή βελτίωση των διαδικασιών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αφορμή για την συγγραφή της συγκεκριμένης Διπλωματικής εργασίας στάθηκε κατά κύριο λόγο η ενασχόληση της συγγραφέως με τον τομέα της Υγείας μέσα από το όργανο, που είναι το πλέον αρμόδιο για την οργάνωση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά (στο κεφάλαιο 1) μια προσπάθεια να δοθεί μια ερμηνεία στην έννοια της ποιότητας ειδικά στον χώρο της Υγείας. Για το σκοπό αυτό έχουν επιστρατευθεί οι απόψεις και οι ορισμοί των σημαντικότερων Guru της Ποιότητας, ανθρώπων δηλαδή που έχουν συνεισφέρει τα μέγιστα στην ποιοτική διαδικασία στον τομέα της Υγείας όπως ο Deming, ο Donabedian και ο Berwick.

Το αίτημα για την Ποιότητα στην Υγεία δεν είναι μια νέα μόδα όπως φαίνεται και από την Ιστορική αναδρομή που ακολουθεί, αλλά έχει τις ρίζες του πολλές δεκαετίες πριν αφού το πρώτο ενδιαφέρον εκδηλώθηκε κάπου το 1950. Στην πορεία αυτής της ιστορικής αναδρομής επισημαίνονται και τα στάδια ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα μέσω των νόμων που ψηφίστηκαν.

Για να ολοκληρωθεί όμως ένας ορισμός για την ποιότητα στην υγεία πρέπει να προσδιοριστούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς και οι διαστάσεις της και αυτά ακριβώς είναι που παρατίθενται στη συνέχεια της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Γιατί όμως τόση φασαρία για την ποιότητα; Ποιους ωφελεί και πως; Οφέλη απορρέουν όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για άλλες ομάδες ανθρώπων όπως για τους επαγγελματίες υγείας καθώς επίσης και για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και το ίδιο το κράτος.

Η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επίπεδου ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διευκολυνθεί με την χρησιμοποίηση των εργαλείων της ποιότητας όπως το διάγραμμα Pareto και το διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος που επίσης παρατίθενται στο κεφάλαιο 1.

Και το ερώτημα είναι, αφού η ποιότητα στο χώρο της υγείας προσφέρει τόσα οφέλη και υπάρχουν και τόσα εργαλεία που μπορούν να λειτουργήσουν ως αρωγοί στην προσπάθεια επίτευξης ενός ποιοτικού επιπέδου στην παροχή των υπηρεσιών Υγείας, γιατί αυτή δεν έχει στεφθεί ακόμη με επιτυχία;

Η απάντηση είναι ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά όσο παρουσιάζονται μέχρι στιγμής. Η ποιότητα συνεπάγεται ένα κόστος, το κόστος ποιότητας, το οποίο διακρίνεται σε κόστος έλλειψης ποιότητας και κόστος βελτίωσης της ποιότητας. Το κόστος αυτό δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο και για τον υπολογισμό του ο οποίος δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση χρησιμοποιούνται η κλασική μέθοδος και η μέθοδος ABC.

Μετά την λεπτομερή ανάλυση της έννοιας της ποιότητας που έγινε στο κεφάλαιο 1 σκόπιμο θεωρήθηκε να γίνει και μια παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο είναι δομημένο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Έτσι το κεφάλαιο 2 ξεκινάει από την πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή φροντίδα και καταλήγει στην τριτοβάθμια πανεπιστημιακή περίθαλψη αλλά και στην πληροφοριακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ.

Το σύστημα Υγείας είναι εντάσεως εργασίας, γι' αυτό και από την συγκεκριμένη εργασία δεν θα μπορούσε να λείπει ένα κεφάλαιο για το ανθρώπινο δυναμικό. Αυτό είναι το κεφάλαιο 3. Το ανθρώπινο δυναμικό που ασχολείται με την παροχή των υπηρεσιών Υγείας διακρίνεται σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται και ορισμένες θεωρίες υποκίνησης του προσωπικού και ειδικά στο δημόσιο νοσοκομείο.

Η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας απαιτεί υψηλά χρηματικά ποσά τα οποία στην Ελλάδα πηγάζουν κυρίως από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, την Κοινωνική Ασφάλιση και τις Ιδιωτικές πληρωμές. Μια δευτερεύουσα πηγή

χρηματοδότησης που με το πέρασμα, όμως, του χρόνου κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος είναι η Ιδιωτική Ασφάλιση. Η καταγραφή και η απεικόνιση της ροής και εκροής χρημάτων από και προς τους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας γίνεται είτε με το Απλογραφικό είτε με το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα. Στο κεφάλαιο 4 λοιπόν της εργασίας αυτής παρουσιάζονται οι σημαντικότερες πηγές χρηματοδότησης και η λογιστική οργάνωση στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο κεφάλαιο 5 αναλύεται μια έννοια που είναι τόσο αλληλένδετη με την έννοια της ποιότητας στο χώρο της Υγείας που αποτελεί ταυτόχρονα τόσο απαραίτητη προϋπόθεση όσο και όφελος από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, η Ισότητα.

Στο κεφάλαιο 3 έγινε αναφορά στο ανθρώπινο δυναμικό που αποτελεί τους υποδοχείς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, μιας άλλης ομάδας ανθρώπων που έχουν εξίσου σημαντικό ρόλο στο όλο σύστημα, των ασθενών - πελατών. Έτσι το κεφάλαιο 6 επικεντρώνεται στους ασθενείς και συγκεκριμένα στην ικανοποίησή τους.

Πως όμως μπορούμε να πούμε ότι το επίπεδο ποιότητας σε ένα σύστημα Υγείας είναι υψηλό ή χαμηλό και αν οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι ή όχι; Θα πρέπει με κάποιο τρόπο να μετρηθεί, όμως κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο. Μπορούμε όμως να εξάγουμε σημαντικά συμπεράσματα χρησιμοποιώντας δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας. Οι βασικότεροι δείκτες αξιολόγησης αναφέρονται στο κεφάλαιο 7. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού γίνεται επίσης μια συνοπτική παρουσίαση των οφελών που απορρέουν από την εφαρμογή των δεικτών αξιολόγησης.

Στο κεφάλαιο 8 της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται οι πλέον καθιερωμένες μέθοδοι αποτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας. Αυτές είναι: α) ο Ποιοτικός έλεγχος, β) η Διασφάλιση της Ποιότητας, γ) η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, δ) οι Κύκλοι Ποιότητας και ε) τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (QALY's).

Για την επίτευξη της συνεχούς ποιοτικής αναβάθμισης σε επίπεδο οργανισμού και συστήματος, ένας από τους ευρύτερα εφαρμοσμένους μηχανισμούς είναι η διαπίστευση των υπηρεσιών. Έτσι στο κεφάλαιο 9 αναλύεται η όλη διαδικασία της διαπίστευσης. Στο κεφάλαιο αυτό επίσης αναφέρονται πληροφοριακά στοιχεία για τον Ελληνικό Οργανισμό Πιστοποίησης, τα πιο γνωστά βραβεία Ποιότητας και τα πρότυπα ISO 9000.

Τέλος στο κεφάλαιο 10 αναφέρονται οι τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και συμπεράσματα για την κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προτάσεις για την βελτίωση του σε όλα τα επίπεδα δόμησης του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ποιότητας είχε πάντοτε πολλές και αμφιλεγόμενες ερμηνείες οι οποίες προσπαθούσαν να εξηγήσουν μια ποικιλία φαινομένων. Η ιδέα της ποιότητας είναι δύσκολο να διευκρινιστεί με σαφήνεια στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας αφού οι συμμετέχοντες σε αυτόν είναι πολλοί και καθένας έχει την δική του άποψη. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί και εξαρτώνται σε κάποιον βαθμό απ' αυτόν που τους επεξηγεί.

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους που επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. «Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»(1980).

Την ίδια χρονιά ο Thompson όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «σαν το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή - , είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση – στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητά και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων.

Δέκα χρόνια αργότερα (1990) το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. ορίζει την ποιότητα στην Υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για

άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση».

Ένα απλούστερο ορισμό έδωσε ο Harvey το 1996. «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας».

Ενώ το 2000 η American Medical Association θεωρεί ότι: «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή / και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής, η αποτελεσματική χρήση των πόρων».

Η πολυπλοκότητα και η ποικιλία που παρουσιάζουν οι παραπάνω – και πολλοί άλλοι ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι φυσικό να προκαλούν σύγχυση ακόμη και στους ειδικούς, πολύ περισσότερο σε αυτούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με τους ειδικούς όρους που χρησιμοποιούνται για την ποιότητα και τις υπηρεσίες υγείας. Κατά τον Donabedian, ο οποίος καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης, ο διαφορετικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δυνατός και δικαιολογημένος, καθώς εξαρτάται τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας, όσο και από το είδος και την έκταση των ευθυνών του (Donabedian 1988). Οι διαφορετικές απόψεις και οι διαφορετικοί ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας οδηγούν, όπως είναι επόμενο και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και της βελτίωσης της.

1.2 ΟΙ «GURU» ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί άνθρωποι έχουν συνεισφέρει στην ποιοτική διαδικασία στον τομέα της υγείας, όμως κάποια ονόματα ακούγονται επανειλημμένως. Για την κατανόηση των θεμελίων και της προόδου της ποιότητας είναι αναγκαία η αναγνώριση αυτών των ονομάτων και των ιδεών που προσέφεραν.

1.2.1 Ernest Codman

Ο Ernest Codman ήταν χειρουργός, απόφοιτος της ιατρικής σχολής του Harvard και εργάστηκε στο γενικό νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης για 15 χρόνια, μέχρι που οι ιδέες που προκάλεσαν τέτοιες διαφωνίες στα πλαίσια της ιατρικής κοινότητας της Βοστώνης, που τον οδήγησαν σε παραίτηση. Παρ' όλα αυτά δεν υπαναχώρησε από τις θέσεις του, τις οποίες θεωρούσε απλώς ως την «κοινή λογική που υπαγορεύει ότι κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρακολουθεί κάθε ασθενή για αρκετό χρονικό διάστημα, ώστε να προσδιορίζεται αν η αγωγή ήταν επιτυχής ή όχι και μετά να τίθεται το ερώτημα «αν όχι, γιατί όχι;» με σκοπό την αποφυγή παρόμοιας αποτυχίας στο μέλλον». Ο Codman παρακολουθούσε και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της κλινικής περίθαλψης που παρείχαν οι γιατροί και το νοσοκομείο. Εξέταζε δείκτες (1) για να προσδιορίσει αν τα προβλήματα σχετιζόνταν με τον ασθενή, το σύστημα ή το γιατρό, (2) για να εκτιμήσει τη συχνότητα κάθε προβλήματος και (3) για να αξιολογήσει και να διορθώσει τις μεταβλητές, ώστε να μην επαναλαμβάνονται προβλήματα που μπορούν να προληφθούν.

1.2.2 W. Edwards Deming

Αντίθετα με τον Codman, η εργασία του W. Edwards Deming δεν ήταν στον τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι διδασχές του επηρέασαν ουσιαστικά την ανάπτυξη ποιοτικών πρακτικών στην υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Deming, που συχνά αποκαλείται ο θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ήταν στατιστικός από τον οποίο ζήτησαν οι Ιάπωνες να τους βοηθήσει να αλλάξουν την εργασιακή διαδικασία στην Ιαπωνία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο

σκοπός τους ήταν να αναπτύξουν ποιοτικά προϊόντα ώστε να μετατρέψουν την άποψη ότι η Ιαπωνία ήταν προμηθευτής φθηνών και χαμηλής ποιότητας εμπορευμάτων. Ο Deming ανέπτυξε ένα σύστημα διαχείρισης που ενθάρρυνε τη συμμετοχή των εργαζομένων, βασιζόταν στα δεδομένα και στην εκπαίδευση και ανέλυε την απόδοση του συστήματος και τα προβλήματα για να προτείνει αλλαγές. Οι προτάσεις του συνοψίστηκαν στα 14 σημεία, τα οποία χρησιμοποίησε ως τη βάση για τη διδασκαλία και τη φιλοσοφία του. Τα 14 σημεία περιλαμβάνουν οδηγίες όπως :

- ❌ Δημιουργήστε συνεχή εστίαση στη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας.
- ❌ Βελτιώνετε συνεχώς και εις το διηνεκές το σύστημα παραγωγής και υπηρεσιών.
- ❌ Εξαλείψτε το φόβο.
- ❌ Αντικαταστήστε τη διοίκηση με διαχείριση ανά στόχο.

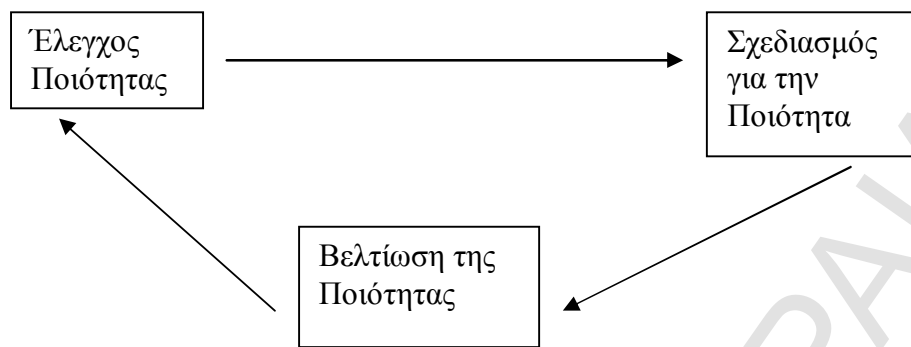
1.2.3 Joseph M. Juran

Ένας άλλος θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ο Joseph M. Juran εργάστηκε επίσης στη βιομηχανία παρά στην υγεία. Ο Juran εξέλιξε τον ποιοτικό έλεγχο και τις στατιστικές τεχνικές σε μια πιο ολοκληρωμένη διαδικασία της διαχείρισης ολικής ποιότητας. Όπως και στην περίπτωση του Deming, οι γνώσεις του στην ανάλυση διαδικασιών και δεδομένων αποτέλεσαν τα θεμέλια των διαχειριστικών τεχνικών που διακήρυττε.

Ο Juran ανέπτυξε την αρχή Pareto, σύμφωνα με την οποία το 80% ενός προβλήματος οφείλεται μόνο στο 20% των πιθανών αιτιών ενώ μόνο το 20% του συγκεκριμένου προβλήματος οφείλεται στο 80% των πιθανών αιτιών.

Επίσης ανέπτυξε την τριλογία του Juran σύμφωνα με την οποία ο σχεδιασμός για την Ποιότητα αποτελεί μέρος ενός αέναου κύκλου, ο οποίος περιλαμβάνει επίσης τη Βελτίωση της Ποιότητας και τον Έλεγχο Ποιότητας, απεικονίζοντας έτσι σχηματικά τη λεγόμενη τριλογία του Juran:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1: Η ΤΡΙΛΟΓΙΑ ΤΟΥ JURAN



Τέλος ο Juran υποστήριζε ότι η Ποιότητα συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια του πελάτη από το προϊόν / υπηρεσία και διέκρινε δύο κατηγορίες πελατών τους εξωτερικούς πελάτες και εσωτερικούς πελάτες (οι εμπλεκόμενοι με την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας).

Πολλές από τις αρχές που είτε διατυπώθηκαν είτε προωθήθηκαν από τον Juran αποτελούν ακόμα και σήμερα μέρος των προσπαθειών των υγειονομικών οργανισμών για βελτίωση της ποιότητας.

1.2.4 Avedis Donabedian

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας σε σχέση με το χώρο της υγείας. Όπως και ο Juran, ο Donabedian, εστίασε στη διαχείριση ολικής ποιότητας αλλά η πρωταρχική μέθοδος του ήταν ο διαχωρισμός της ποιότητας της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα.

Μια από τις κυριότερες διαφορές στην προσέγγιση του Donabedian οφείλεται στο γεγονός ότι είναι γιατρός. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι διαδικασίες που ανέπτυξε για βελτίωση της ποιότητας να λαμβάνουν υπ' όψιν τη δυσκολία τυποποίησης της περίθαλψης εξ αιτίας των αποκλίσεων όχι μόνο στον πληθυσμό των ασθενών αλλά και σε αυτόν των προμηθευτών της περίθαλψης.

Ο Donabedian αναγνώρισε ότι διαφορετικές κλινικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και ότι ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης είναι να βρίσκει τις πιο αποτελεσματικές, αποδεκτές και νόμιμες διαδικασίες για να επιτυγχάνει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

1.2.5 Donald Berwick

Άλλος ένας ιατρός που έκανε παράλληλη καριέρα στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι ο Donald Berwick. Παιδίατρος και μέλος του διδακτικού προσωπικού της Ιατρικής Σχολής και της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Harvard για αρκετά χρόνια, ο Berwick είναι σήμερα πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος (CEO) του The Institute for Healthcare Improvement.

Όπως και ο Donabedian, ο Berwick εστίασε το ενδιαφέρον του στην εφαρμογή γνωστών μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ένα από τα πεδία των ενδιαφερόντων του είναι οι οργανωτικές λύσεις για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Έχει προτείνει ότι τα ιδρύματα πρέπει να θέτουν σαφείς στόχους, να μετρούν την πρόοδό τους και να χρησιμοποιούν πολλαπλούς πόρους για να ορίζουν τις βέλτιστες πρακτικές.

Ο Berwick παρατήρησε ότι οι προσπάθειες για ποιοτική βελτίωση εφαρμόζονται πιο εύκολα στο επιχειρησιακό και οργανωτικό μέρος της περίθαλψης από ό,τι στο κλινικό. Το ενδιαφέρον του Berwick στην εκτίμηση της ποιότητας εστιάζεται στην ανταπόκριση του ασθενούς / καταναλωτή στις προσπάθειες που κάνει ο υγειονομικός οργανισμός για βελτίωση της ποιότητας, ανταπόκριση που σήμερα είναι το επίκεντρο της εκτίμησης της ποιότητας σε πολλά ιδρύματα.

1.2.6 John Wennberg

Παρ' ότι η δουλειά του John Wennberg δεν είναι τόσο ευρεία και πλήρης όσο αυτή κάποιων από τους προαναφερθέντες, έχει επηρεάσει σημαντικά το κίνημα της ποιότητας. Ο Wennberg ειδικεύεται στην ανάλυση μικρών περιοχών, μια στατιστική μέθοδο προσδιορισμού των τάσεων πρακτικής και χρήσης μέσω της

αξιολόγησης των ενεργειών σε μικρές γεωγραφικές περιοχές. Όταν οι πληθυσμοί των ασθενών είναι ελεγχόμενοι ως προς κάποιες μεταβλητές, οι συγκρίσεις των ενεργειών σε μικρές περιοχές μπορούν να αποκαλύψουν διαφορές στη χρήση και στην παροχή που δεν οφείλονται στους ασθενείς. Η υποτιθέμενη αιτία της διαφοράς καθίστανται τότε χαρακτηριστικό του ιατρού ή του νοσοκομείου.

Άλλοι

Πολλοί άλλοι έχουν συνεισφέρει στο κίνημα της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ο Robert Brook στη RAND Corporation, ο Dennis O'Leary στη Joint Commission, ο Paul Cleary με την εργασία του σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και εκατοντάδες άλλοι έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση και τη διευκρίνιση της διαδικασίας ποιοτικής βελτίωσης. Το αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών είναι ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας απολαμβάνει σημαντικής λαϊκής και οικονομικής υποστήριξης.

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ομάδα υπηρεσιών στις οποίες η εξασφάλιση της ποιότητας αποκτά πολύ μεγαλύτερη σημασία, γιατί επιδιώκουν τη φροντίδα του πολυτιμότερου ανθρώπινου αγαθού, της υγείας.

Το αίτημα για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διαχρονικό, αποτελώντας στην ουσία επιταγή σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας. Αρχής γενομένης από τη δεκαετία του '50 στην Αμερική, το ενδιαφέρον για ποιότητα γινόταν όλο και πιο έντονο στον αναπτυσσόμενο κόσμο και σταδιακά οι οργανισμοί υγείας υιοθετούσαν πρακτικές των υπολοίπων επιχειρήσεων για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Βασικοί λόγοι για την αναζήτηση αυτής της ποιότητας ήταν το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η άνοδος του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου των χρηστών / καταναλωτών, η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και η πίεση της παγκόσμιας κοινότητας και των κοινωνιών για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας στους πολίτες.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα ξεκίνησε με μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Η προσπάθεια για δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκινά με το νόμο 1397 μόλις το 1983, σε μια περίοδο που τα συστήματα υγείας στον δυτικό κόσμο είχαν περάσει από την ανάπτυξη στην κρίση και μελετούσαν τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την έξοδο από την κρίση αυτή. Όπως ήταν φυσικό, το ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας πέρασε σε δεύτερη μοίρα και στους τέσσερις βασικούς μεταπολιτευτικούς νόμους του χώρου της υγείας (1397/83, 1579/85, 2071//92, 2194/94) δεν γινόταν πουθενά νύξη γι' αυτή.

Έτσι ενώ από τις αρχές της δεκαετίας του '90 σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία, Δανία) είχαν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την προώθηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ή / και είχαν συμπεριληφθεί διατάξεις για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις εθνικές νομοθεσίες (Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία και Ιταλία), στην Ελλάδα δεν υπήρχε κανένα σύστημα εξασφάλισης της ποιότητας. Αντίθετα στο Ε.Σ.Υ. χρόνιζαν μια σειρά από αδυναμίες που οδηγούσαν σε κακή ποιότητα των υπηρεσιών.

Είναι λοιπόν απόλυτα δικαιολογημένο το γεγονός ότι την περίοδο αυτή σε διάφορες μετρήσεις στην Ελλάδα παρουσιάζεται το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες και το υψηλότερο ποσοστό πολιτών που τις κρίνουν ανεπαρκείς μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες χώρες. Η διαπίστωση αυτή της χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών οδήγησε τους εμπειρογνώμονες που εξουσιοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας να εντοπίσουν τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. στα μέσα της δεκαετίας του 90' να συμπεριλάβουν τη βελτίωση της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο και σε ειδικές παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν. Έτσι ορισμένες από τις αλλαγές αυτές συμπεριλήφθηκαν στο νόμο 2519/97.

Ο νόμος 2519/97 περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα που θα περιόριζαν ορισμένα από τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν και θα βελτίωναν έμμεσα την ποιότητα, όπως η ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των

ασθενών. Η συμβολή του όμως στο θέμα της ποιότητας έγκειται κυρίως στη δημιουργία ειδικού φορέα στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγιεινής (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.), που σκοπό έχει τη στατιστική ανάλυση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας τους, τη χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας, τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και τη σύνταξη εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες. Οι περισσότερες προτάσεις του 2519/97 δεν εφαρμόστηκαν, η ίδρυση όμως του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. αποτέλεσε θετικό βήμα γιατί σηματοδότησε την έναρξη του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Η απουσία ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα και η συσσώρευση των προβλημάτων έκαναν την κατάσταση στην στροφή του αιώνα ασφυκτική. Η κυβέρνηση έθεσε την υγεία στις πρώτες προτεραιότητες της και ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξήγγειλε σαρωτικές αλλαγές, το πρώτο μέρος των οποίων μετουσιώθηκε στο νόμο 2889/01.

Ο νόμος αυτός περιλαμβάνει δύο ρυθμίσεις που στοχεύουν άμεσα στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με αυτές τις ρυθμίσεις ουσιαστικά ιδρύονται σε επίπεδο περιφέρειας και νοσοκομείου διοικητικά τμήματα που θα ασχολούνται αποκλειστικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε συνεργασία με την κεντρική υπηρεσία. Παρέχει δηλαδή στην ηγεσία των οργανισμών αυτών την οργανωτική υποδομή για εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Εκτός όμως από τη δημιουργία των διοικητικών αυτών δομών υπάρχουν και πολλές άλλες ρυθμίσεις του 2889/01 που μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην εξάλειψη χρόνιων προβλημάτων και έμμεσα στη βελτίωση της ποιότητας. Για παράδειγμα η ίδια η ίδρυση των ΠΕ.Σ.Υ. με τις αυξημένες αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται, τη σαφή διάκριση σε τμήματα, τη σύνθεση του προσωπικού τους κ.τ.λ., αποτέλεσε μέτρο που αλλάζει το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος, εισάγοντας την ορθολογική διοίκηση.

Σήμερα 3 χρόνια μετά τη δημοσίευση του 2889/01 η κατάσταση στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν φαίνεται να έχει αλλάξει δραματικά, αφενός γιατί συνεχίζουν να υπάρχουν οι βασικές αδυναμίες στον υγειονομικό τομέα, αφετέρου γιατί ορισμένες μεταρρυθμίσεις του 2889/01 δεν στηρίχθηκαν όσο έπρεπε. Θα ήταν όμως άδικο αν δεν σημειώσουμε ορισμένα βήματα προς τα εμπρός που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ύπαρξη ανθρώπων με ουσιαστικά προσόντα σε διοικητικές θέσεις εισάγει με αργά αλλά σταθερά βήματα έννοιες όπως ο έλεγχος του κόστους, η αύξηση της αποδοτικότητας, ο προγραμματισμός και η αξιολόγηση των ενεργειών.

1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας υπολογίζεται με βάση την ετοιμότητα παροχής της, τη δυνατότητα πρόσβασης των χρηστών σ' αυτή, την καταλληλότητά της, την αξιοπιστία της, τη φιλικότητα στην παροχή της και την επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσή της. Στην περίπτωση όμως των υπηρεσιών υγείας, τα πράγματα περιπλέκονται, καθώς, εκτός από τους παραπάνω, πολλοί άλλοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων σε όλες τις διαστάσεις τους και ότι η συζήτηση για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιστρέφεται γύρω απ' τα νοσοκομεία καθώς αυτά αποτελούν το κέντρο βάρους κάθε συστήματος υγείας. Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- ❌ Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των γιατρών που παρέχουν την ιατρική φροντίδα. Το υψηλό επίπεδο των γιατρών είναι η βασικότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία κάθε προβλήματος υγείας.
- ❌ Οι ικανότητες και η εκπαίδευση του υπόλοιπου προσωπικού, νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού κ.τ.λ.

- ∅ Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του χρήστη / ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- ∅ Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας (24 ώρες το 24ωρο).
- ∅ Η προσβασιμότητα του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας (χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές και με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής).
- ∅ Η ταχύτητα στην επίλυση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.
- ∅ Η ορθότητα στην επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- ∅ Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανέλεγχου των ασθενών.
- ∅ Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού, που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας.
- ∅ Η χρήση της νέα τεχνολογίας.
- ∅ Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής ιατρικών φροντίδων (π.χ. αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών, ρύθμιση όλων των θεμάτων για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας).
- ∅ Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής (κλινών, μηχανημάτων, χώρων, αναλώσιμων υλικών).
- ∅ Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- ∅ Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- ∅ Το κόστος. Η ικανοποίηση των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνει χωρίς να αυξηθεί υπέρμετρα το κόστος των υπηρεσιών.
- ∅ Ο βαθμός στον οποίο η ηγεσία του οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισης της κ.λ.π.

1.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι τρεις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με βάση τις οποίες αξιολογείται το επίπεδο της ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

1) Δομή (Structure): ο όρος αυτός αναφέρεται στο υπόβαθρο με βάση το οποίο λαμβάνουν χώρα οι υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του συστήματος των παραγωγών υγείας (νοσοκομεία, κλινικές κ.α.) και σε ατομικό επίπεδο, τα άμεσα γνωρίσματα των επαγγελματιών της υγείας. Είναι ουσιαστικό μέτρο της δυνατότητας για παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά οι ελλείψεις στη δομή δε συνεπάγονται κατ' ανάγκη και χαμηλή ποιότητα της φροντίδας και αντίστροφα (Slater, 1997). Η ποιότητα της δομής αναφέρεται σε παράγοντες όπως:

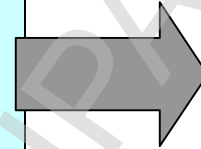
- ∅ Σε επίπεδο συστήματος: η οργάνωση, οι οικονομικοί και υλικοί πόροι, οι όροι εκπαίδευσης, η σύνθεση των ειδικοτήτων, η επάρκεια των υπηρεσιών, η ευκολία πρόσβασης και εξυπηρέτησης του πληθυσμού.
- ∅ Σε επίπεδο οργανισμού: η οργάνωση, η διοίκηση και το μέγεθος του οργανισμού (επάρκεια κλινών, κατανομή ανά τμήμα, κλπ), οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η υλικοτεχνική υποδομή, το μέγεθος και η μέθοδος χρηματοδότησης, καθώς και οι διαδικασίες ελέγχου, συντήρησης, επισκευών και διάθεσης των παραπάνω.
- ∅ Σε ατομικό επίπεδο: ο αριθμός των επαγγελματιών της υγείας, η σύνθεση, η στελέχωση των τμημάτων, η ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας και οι μέθοδοι υποκίνησης, το επίπεδο κατάρτισης σε θέματα ποιότητας.

Στην διαμόρφωση της δομής είναι επίσης σημαντικό το προφίλ του πληθυσμού γενικότερα, και του ασθενούς ειδικότερα προκειμένου να προσδιορισθούν οι ανάγκες για ανάπτυξη και βελτίωση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΟΜΗΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Διοίκηση Οργάνωση Μέγεθος Κτίρια Υλικοτεχνική Υποδομή Χρηματοδότηση	Αριθμός Σύνθεση Κατάρτιση Ικανοποίηση Υποκίνηση



ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΟΜΗΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το διάγραμμα 1.2 αποτελεί στην ουσία περίληψη των όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως για την δομή του συστήματος υγείας και τους παράγοντες που την διαμορφώνουν.

- 2) Διαδικασία (Process): αφορά την αξιολόγηση της πορείας του ασθενή, με άλλα λόγια τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν την φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις για την ποιότητα των διαδικασιών στοχεύουν στον εντοπισμό και την βελτίωση των περιοχών που υστερούν κατά την διάρκεια της παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας και εξετάζονται σε δύο διαστάσεις (Slater, 1997):

- ∅ Τεχνική διάσταση: Αφορά την εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας στο χειρισμό ενός προσωπικού προβλήματος υγείας με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται ο επιθυμητός συνδυασμός οφέλους – κινδύνου (επισκέψεις, φαρμακευτική αγωγή, διαγνωστικές εξετάσεις, νοσοκομειακή περίθαλψη, πρότυπα αναφοράς).
- ∅ Διαπροσωπική διάσταση: Σχετίζεται με την κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του

θεραπευμένου, του επαγγελματία και του χρήστη και αφορά το βαθμό επικοινωνίας, πληροφόρησης και υποστήριξης.

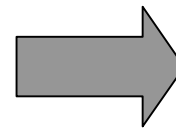
Εξίσου σημαντική παράμετρος στην εξέταση των διαδικασιών είναι η επιστημονική έρευνα, η ροή των πληροφοριών μεταξύ ίδιων ή διαφορετικών επαγγελματικών κλάδων, ο συντονισμός και η συνεργασία σε επίπεδο οργανισμού ή συστήματος.

Στο διάγραμμα 1.3 που ακολουθεί συνοψίζονται οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας της εκάστοτε διαδικασίας αναφερόμενοι πάντα στον τομέα της υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ
Πληροφόρηση	Ιατρική & Φαρμακευτική αγωγή
Επικοινωνία	Διαγνωστικές Εξετάσεις
Ψυχολογική Υποστήριξη	Παρακολούθηση
Φυσικό Περιβάλλον	Περίθαλψη
	Παραπομπές



ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

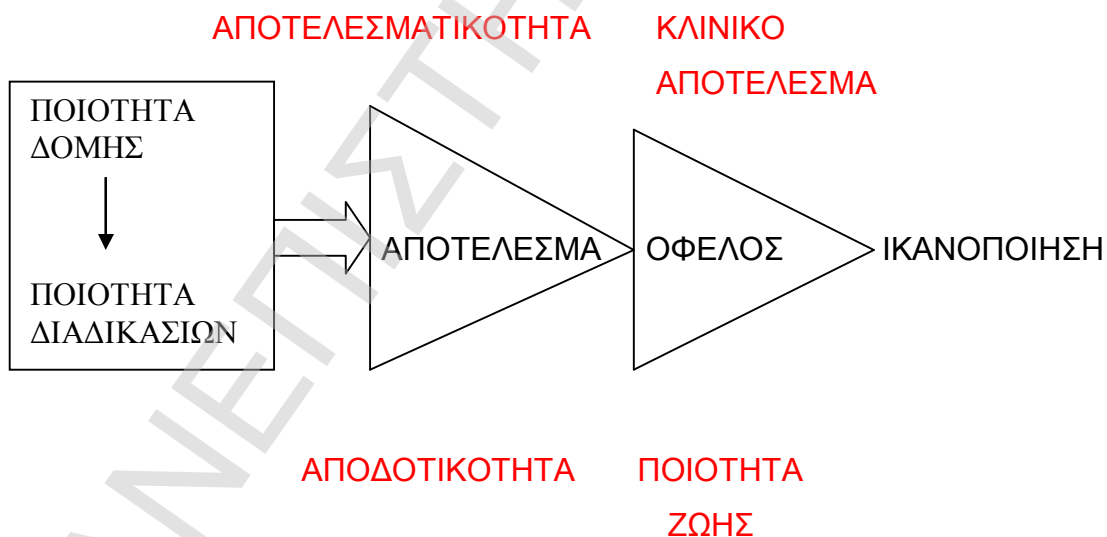
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ - ΣΥΜΠΑΡΑΓΩΓΗ

- 3) Αποτελέσματα (Outcomes) αναφέρονται στην συνολική επίδραση της προσφερόμενης φροντίδας στην υγεία και ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών. Η ποιότητα των αποτελεσμάτων μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με την προοπτική εξέτασης. Κάθε «μέτοχος» του συστήματος υγείας αντιλαμβάνεται διαφορετικά το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σε πρώτο επίπεδο τα αποτελέσματα προσδιορίζονται από την Αποδοτικότητα της υπηρεσίας, την Αποτελεσματικότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και το Όφελος που τελικά αποκόμισε ο ασθενής σε σχέση με την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών του. Το Όφελος μπορεί να αναλυθεί περαιτέρω ως προς το Κλινικό αποτέλεσμα, την Ποιότητα Ζωής (ως μέτρο σύγκρισης του επιπέδου υγείας και διαβίωσης του ασθενούς πριν και μετά την λήψη της φροντίδας) και την Ικανοποίηση του ασθενούς από την απόδοση μιας υπηρεσίας.

Τα Αποτελέσματα διαμορφώνουν την εικόνα της ποιότητας του συστήματος υγείας στο εξωτερικό περιβάλλον. Η βελτίωση τους δεν είναι δυνατή με άμεσες επεμβάσεις παρά μόνο μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των δομών και των διαδικασιών. Αυτό γίνεται φανερό στο διάγραμμα 1.4 που παρουσιάζει την διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας του αποτελέσματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ



1.6 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μας ενδιαφέρει άμεσα όλους. Πρώτα ενδιαφέρει τους ασθενείς, που είναι χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και βέβαια τις οικογένειές τους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

ενδιαφέρει, επίσης τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κ.α.), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς) και τέλος, την ίδια την κοινωνία στο σύνολο της. Το ενδιαφέρον αυτό είναι δικαιολογημένο αφού η βελτίωση της ποιότητας συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για όλους τους παραπάνω συμμετέχοντες στο υγειονομικό σύστημα.

1.6.1 Οφέλη για τον ασθενή

Υγειονομικά οφέλη: Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, λοιμώξεων.

Ψυχολογικά οφέλη: Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη.

Οικονομικά οφέλη: Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη αφού με την βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

1.6.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κ.α.) συνίστανται κυρίως:

- ❌ στην αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- ❌ στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους.

- ∅ στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους.
- ∅ στον σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την ευγνωμοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- ∅ στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

1.6.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οικονομικά οφέλη: Οφείλονται στη μείωση του λειτουργικού κόστους, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων.

Λειτουργικά οφέλη: Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας (μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας).

1.6.4 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Υγειονομικά οφέλη: Έχουν σχέση με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών.

Οικονομικά οφέλη: Έχουν σχέση με τον περιορισμό του ύψους των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, με τον περιορισμό του ύψους των επιδομάτων ασθένειας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους.

Κοινωνικά οφέλη: Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους τους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

1.6.5 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

Οικονομικά οφέλη: Οφείλονται στην περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα υγείας και στον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών λόγω της συντόμευσης της παραμονής τους στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Υγειονομικά οφέλη: Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και περιορίζεται συνακόλουθα ο χρόνος αναμονής των ασθενών για την αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.

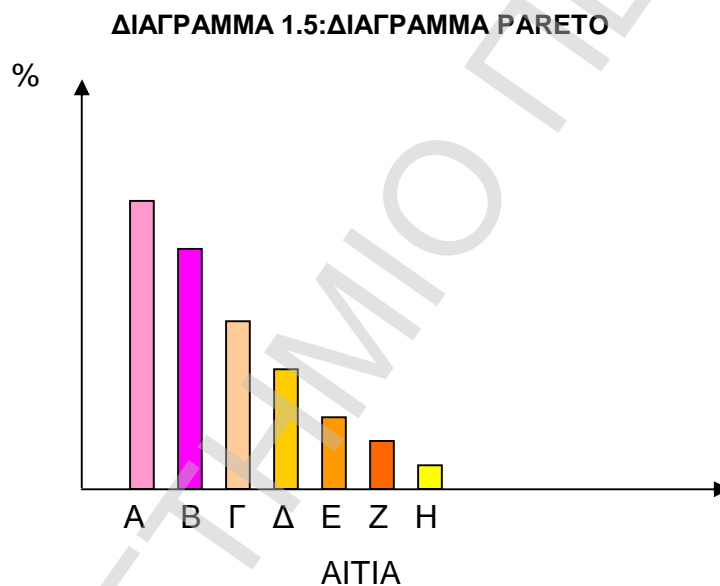
1.7 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με όσα αναφέρουν οι σημαντικότεροι από τους γκουρού της ποιότητας, επτά είναι τα εργαλεία που μπορεί να επιστρατεύσει μια επιχείρηση για τη βελτίωση της ποιότητας σε όλες τις διαδικασίες της. Αυτά παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

1.7.1 Διάγραμμα Pareto

Μια ανάλυση Pareto (Pareto, 1848 – 1923, Ιταλός πολιτικός οικονομολόγος) είναι η γραφική αναπαράσταση των αιτιών του προβλήματος, ταξινομημένων ανάλογα με τη σημασία και τις επιπτώσεις τους. Με αυτόν τον τρόπο, το διάγραμμα Pareto είναι ιδιαίτερα βοηθητικό κατά τη λήψη αποφάσεων, αφού δείχνει ξεκάθαρα τα αίτια που έχουν τις μεγαλύτερες επιδράσεις, που αποφέρουν, δηλαδή, τα μεγαλύτερα κόστη. Η αρχή του Pareto βασίζεται στον κανόνα “80 – 20”, όπου 80% των επιδράσεων θεωρούνται το αποτέλεσμα ενός 20% πιθανών αιτιών ή επιδρώντων παραγόντων.

Κατά τη σχεδίαση ενός διαγράμματος Pareto, όλα τα φαινόμενα του υπό ανάλυση προβλήματος που παρατηρούνται (π.χ. είδη ή τρόποι λαθών) καταγράφονται και κατηγοριοποιούνται, για παράδειγμα, στην κατηγορία συγκεκριμένου είδους λαθών. Στη συνέχεια, πρέπει να εντοπισθούν τα κριτήρια που θα καθορίσουν τη σειρά ιεράρχησης των μεμονωμένων κατηγοριών. Συχνά, επιλέγεται η σχετική συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων. Τυπική μορφή του διαγράμματος Pareto παρουσιάζεται στο διάγραμμα 1.5 που ακολουθεί.



Η χρήση του διαγράμματος Pareto γίνεται συνήθως σε συνδυασμό με το διάγραμμα αιτίας – αποτελέσματος.

1.7.2 Διάγραμμα αιτίας – αποτελέσματος

Ένα διάγραμμα αιτίας – αποτελέσματος (γνωστό και ως διάγραμμα Ishikawa ή διάγραμμα – ψαροκόκαλο) είναι μια γραφική συνοπτική και λογική αναπαράσταση αιτιών / αποτελεσμάτων. Τη μέθοδο εισήγαγε στην ιαπωνική βιομηχανία χάλυβα, ο Kaoru Ishikawa κατά τη δεκαετία του 1950. Η εμπειρία του έδειξε πως ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα σπανίως έχει μια μοναδική αιτία.

Στην πρακτική εφαρμογή αυτής της μεθόδου, μπορεί κανείς να επιλέξει τα συγκεκριμένα πεδία που σχετίζονται με τα αίτια που πρόκειται να αναλυθούν.

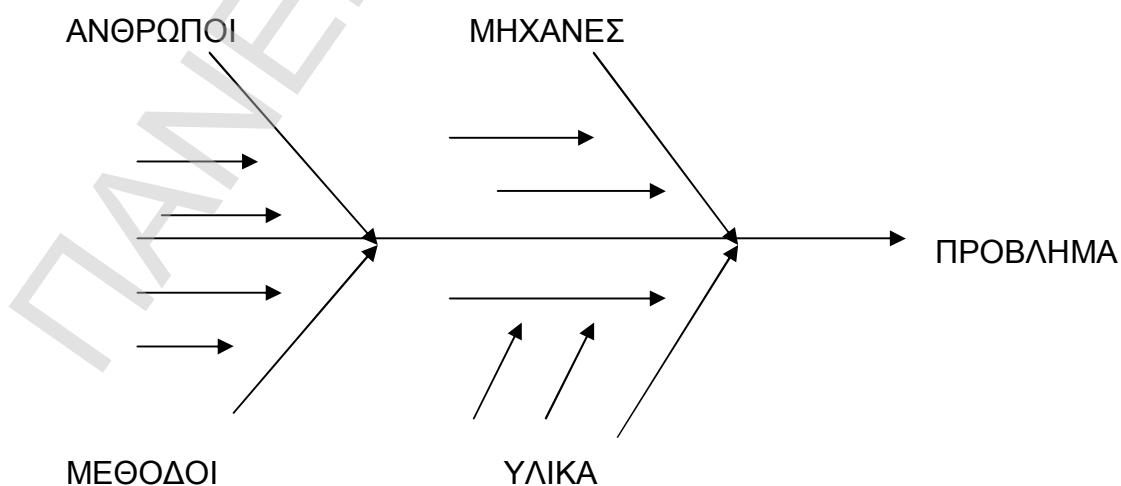
Συχνά, επιλέγονται τα πεδία “Ανθρωποι”, “Μηχανές”, “Μέθοδοι” και “Υλικά”, όμως σημαντικά είναι και τα πεδία “Περιβάλλον” και “Διαχείριση”.

Για να αναλυθούν τα αίτια ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος, είναι απαραίτητο να κάνουμε μια λίστα με όλους τους παράγοντες που πιθανώς συνδέονται με το πρόβλημα που εντοπίστηκε, που να αναφέρεται ο ρόλος και οι επιπτώσεις τους, και σιγά – σιγά να αφαιρούμε αυτά τα αίτια που δεν μπορούν να ισχύουν.

Το επόμενο βήμα είναι να τοποθετήσουμε το αποτέλεσμα που αναλύεται στο δεξί μέρος μιας οριζόντιας γραμμής κατά μήκος του διαγράμματος. Τα κύρια αίτια, τοποθετούνται, έτσι σε σχηματισμό ψαροκόκαλου, παράλληλα προς την οριζόντια γραμμή. Τα πιθανά αίτια θα πρέπει να εντοπίζονται από μια ομάδα ειδικών. Στη διεργασία, πρέπει να χρησιμοποιούνται δημιουργικές τεχνικές, όπως το brainstorming. Τα μεμονωμένα αίτια τοποθετούνται στο διάγραμμα με βέλη που κατευθύνονται προς τα κύρια αίτια.

Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να παρατηρηθεί ότι κάποιο αίτιο μπορεί με τη σειρά του να αποτελεί το αποτέλεσμα κάποιου άλλου παράγοντα. Αυτό μπορεί να αναπαρασταθεί με μεγαλύτερη διακλάδωση στο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.6: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΙΤΙΑΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ



1.7.3 Φύλλο καταγραφής δεδομένων

Ένα φύλλο συγκέντρωσης δεδομένων βοηθά στη συστηματική συλλογή δεδομένων, στον εντοπισμό των τάσεων και των ομοιοτήτων, στη δημιουργία μιας ξεκάθαρης εικόνας για την κατάσταση. Αποτελεί τη βάση, για παράδειγμα, των γραφικών αναπαραστάσεων και των αναλύσεων.

Με αυτή την απλή μέθοδο, μπορούν να καθορισθούν οι κατηγορίες λαθών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και η συχνότητα εμφάνισής τους μπορούν να καταγραφούν στο φύλλο συγκέντρωσης δεδομένων.

Η μορφή αυτού του εντύπου αποφασίζεται ανάλογα με τις ανάγκες της παραγωγικής λειτουργίας της επιχείρησης και πρέπει να περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή αποτύπωση και παρακολούθησή της. Ενδεικτικά ένα φύλλο καταγραφής δεδομένων μπορεί να περιλαμβάνει το είδος, τη χρονική διάρκεια και τον αριθμό συγκεκριμένων συμβάντων, το κόστος και τα παρακολουθούμενα χαρακτηριστικά μιας διαδικασίας κ.λπ.

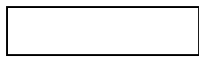
1.7.4 Διάγραμμα Ροής

Το διάγραμμα ροής έχει ως στόχο την απεικόνιση μιας περίπλοκης διεργασίας που αποτελείται από ποικίλες αρμοδιότητες και δραστηριότητες, με έναν απλό και σαφή τρόπο, ώστε να διασαφηνισθεί η δομή και η λογική της. Οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη διεργασία είναι σε θέση να εντοπίσουν τα καθήκοντά τους ευκολότερα από ό,τι αν έπρεπε να διαβάσουν μια γραπτή περιγραφή της διεργασίας.

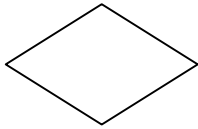
Με τη βοήθεια πέντε μόνο διαφορετικών συμβόλων αναγνωρίζονται οι βασικές πτυχές μιας διεργασίας.



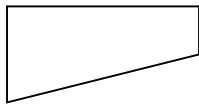
Όρια / πλαίσια (π.χ. έναρξη / λήξη)



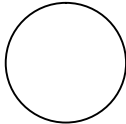
Επεξεργασία(π.χ. δραστηριότητα)



Διακλάδωση (π.χ. απόφαση ναι /όχι)



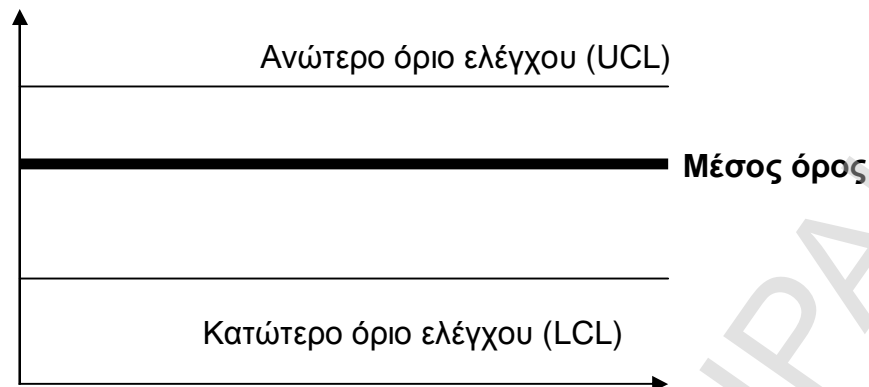
Δεδομένα τεκμηριωμένα (π.χ. έγγραφα)



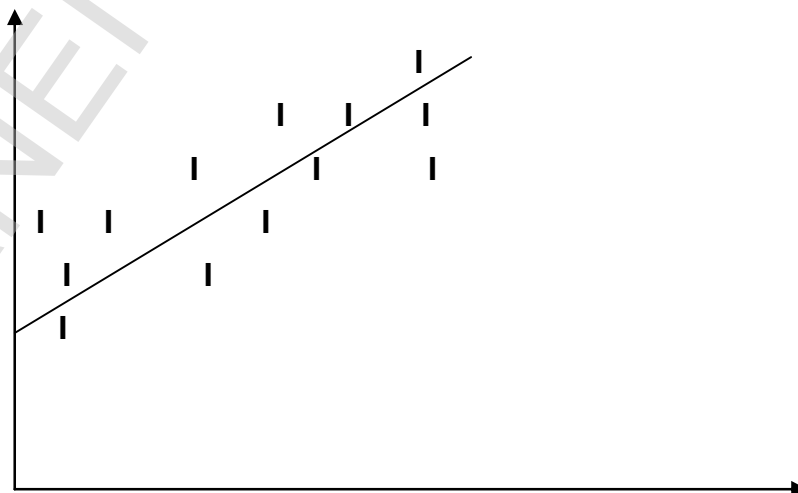
Αλληλεπίδραση (π.χ. μετάβαση σε άλλη διαδικασία)

1.7.5 Διάγραμμα Ελέγχου

Το διάγραμμα ελέγχου ποιότητας είναι ένα έντυπο που χρησιμοποιείται για την γραφική αναπαράσταση των τιμών που καταγράφονται κατά τη διάρκεια μιας σειράς τυχαίων ελέγχων. Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι απεικονίζουν το αποδεκτό εύρος της απόκλισης ενός ποιοτικού ή άλλου χαρακτηριστικού. Τα όρια αυτού του εύρους καθορίζονται στο διάγραμμα από δύο παράλληλες γραμμές που απεικονίζουν αντίστοιχα το ανώτερο και κατώτερο όριο ελέγχου. Η γραμμή που βρίσκεται ανάμεσα στα όρια ελέγχου παριστάνει το μέσο όρο. Μια τυπική μορφή διαγράμματος ελέγχου παρουσιάζεται στο διάγραμμα 1.7 που έπεται

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.7: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ**1.7.6 Διάγραμμα Διασποράς**

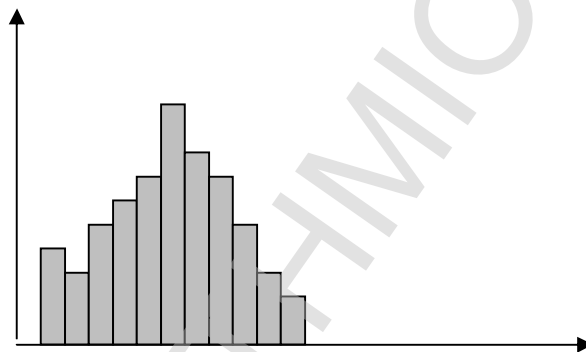
Η διασπορά ή διάγραμμα συσχέτισμού είναι μια γραφική αναπαράσταση της σχέσης των συσχετιζόμενων μεταβλητών, ώστε να εντοπισθούν οι συσχετισμοί ανάμεσα στις τιμές τους. Μπορεί να δείξει πως μια ανεξάρτητη μεταβλητή Y μεταβάλλεται όταν μεταβάλλεται μια ανεξάρτητη μεταβλητή X . Η σχέση αυτή μπορεί να έχει τις εξής τρεις μορφές: θετική, αρνητική και απροσδιόριστη. Θετική είναι η σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών όταν αυξανόμενη της μιας αυξάνεται και η άλλη. Όταν συμβαίνει το αντίστροφο, η σχέση είναι αρνητική και τέλος όταν η μεταβολή της μιας δεν επηρεάζει την άλλη η σχέση είναι απροσδιόριστη. Τυπική μορφή διαγράμματος διασποράς παρουσιάζεται στο διάγραμμα 1.8.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.8: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ

1.7.7 Ιστόγραμμα

Το ιστόγραμμα είναι μια κλασική γραφική αναπαράσταση της κατανομής συχνότητας υπό τη μορφή στηλών που αντιστοιχούν στις συχνότητες των μετρούμενων αξιών. Η απεικόνιση της σχετικής συχνότητας των χαρακτηριστικών τιμών (μετρούμενες αξίες) μιας διεργασίας δείχνει το εύρος της κατανομής τους και του κύριους τομείς (θέση, μορφή). Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να εντοπισθούν ευκολότερα οι τάσεις. Τυπική μορφή ιστογράμματος παρουσιάζεται στο διάγραμμα 1.9.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.9: ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ



1.8 ΚΟΣΤΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το κόστος έχει τεκμηριωθεί από την επιστήμη της Διοίκησης ως ένας βασικός παράγοντας της κάθε διαδικασίας προγραμματισμού και ελέγχου. Το ότι δόθηκε έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της υγείας ήταν μια προσπάθεια για την έξοδο από την κρίση των σημερινών συστημάτων υγείας, που χαρακτηρίζονται από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Το κόστος στην ποιότητα διακρίνεται σε δύο μορφές:

- ∅ Το κόστος που υφίσταται λόγω έλλειψης ποιότητας και

- ∅ Το κόστος που δημιουργεί η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

Δύο είναι τα βασικά πλεονεκτήματα της γνώσης του κόστους ποιότητας:

- ∅ Παρέχει τη δυνατότητα διάγνωσης και ιεράρχησης των προβλημάτων που δημιουργεί η έλλειψη ποιότητας και την κατανομή αυτής της έλλειψης σε διαφορετικές υπηρεσίες υγείας.
- ∅ Παρέχει τη δυνατότητα ανάπτυξης αποτελεσματικών προγραμμάτων για βελτίωση στην υπάρχουσα ποιότητα.

1.8.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας

Το κόστος έλλειψης της ποιότητας δημιουργείται από την αδυναμία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να ικανοποιούν τους πελάτες – ασθενείς. Το κόστος έλλειψης ποιότητας δεν εκφράζεται ως λογιστικό κόστος αλλά ως οικονομικό κόστος που σημαίνει απώλεια δραστηριότητας – απώλεια ευκαιριών.

Αν δεχθούμε ως ορισμό της ποιότητας την ικανοποίηση μιας σειράς αποδεκτών προτύπων το κόστος μη ικανοποίησης των πελατών – ασθενών περιλαμβάνει το κόστος εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας και πηγάζει από την μη συμμόρφωση στις προδιαγραφές.

- ∅ **Κόστος εσωτερικών αστοχιών:** σχετίζονται με τα λάθη που συμβαίνουν και διορθώνονται πριν από την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή. Είναι αποτρέψιμα και υπό τον έλεγχο της διοίκησης (π.χ. λάθος εργαστηριακή εξέταση η οποία γίνεται αντιληπτή πριν την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής)
- ∅ **Κόστος εξωτερικών αστοχιών:** είναι αποτέλεσμα της χαμηλής ποιότητας εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας. Σχετίζονται με την παροχή ελλιπούς ή λανθασμένης υπηρεσίας στον ασθενή. Συμβαίνουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ή μετά από αυτήν

(π.χ. παροχή λάθους φαρμάκου ή λανθασμένης δοσολογίας στον ασθενή).

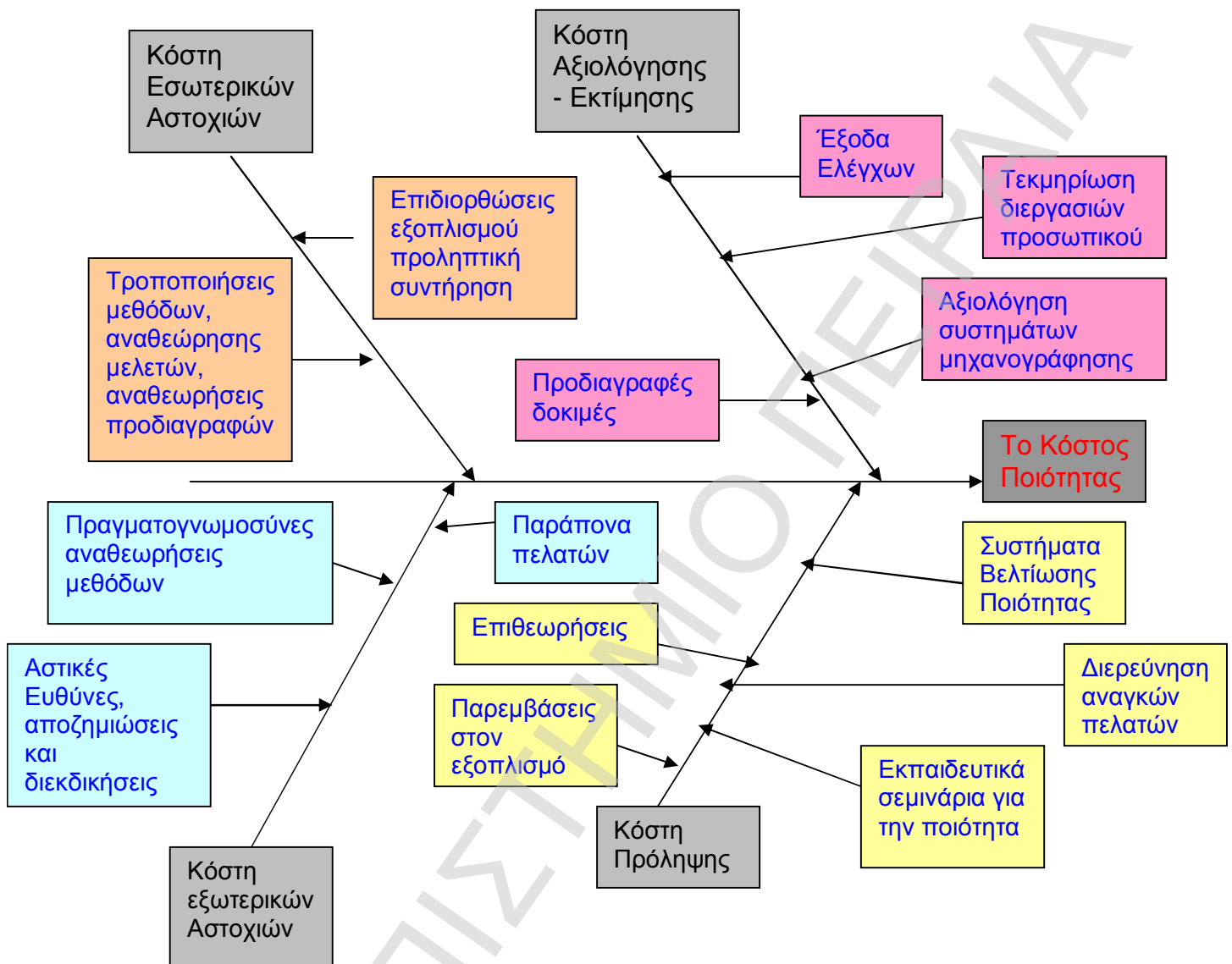
1.8.2 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας

Αντίθετα με το κόστος έλλειψης της ποιότητας, το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι κατά κύριο λόγο λογιστικό (αποτιμητέο). Περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης και αξιολόγησης και αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές.

Κόστος Πρόληψης: Περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας και σχετίζονται με την προσπάθεια αποφυγής σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Γενικά περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που προάγουν την άποψη “Do it right the first time” ή “Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά”.

Κόστος Αξιολόγησης: Σχετίζεται με ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση του επιπέδου ποιότητας και την βελτίωση του μέσω ελέγχων και μετρήσεων (“Checking it is right” ή “Έλεγχος για την ορθότητα”)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.10: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΙΤΙΑΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



1.9 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.9.1 Κοστολόγηση της Ποιότητας με την «κλασική μέθοδο»

Η κλασική μέθοδος κοστολόγησης στηρίζεται στην αρχή ότι το κόστος κάθε προϊόντος ή υπηρεσίας μπορεί να υπολογιστεί από το άθροισμα:

- ∅ του κόστους των άμεσων υλικών,
- ∅ του κόστους των άμεσων εργατικών και

∅ του επιμερισμού του κόστους των λοιπών γενικών εξόδων (Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα).

Το κόστος των άμεσων υλικών είναι το κόστος των υλικών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Το κόστος των άμεσων εργατικών είναι το κόστος των ανθρωποωρών που απαιτούνται για την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Στο κόστος αυτό πολλές φορές συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του προσωπικού του Ποιοτικού Ελέγχου, εφόσον αυτό ασχολείται άμεσα με το παραγόμενο προϊόν.

Το κόστος των γενικών εξόδων είναι το κόστος των γενικών λειτουργιών, όπως, π.χ., μισθών του προσωπικού γραμματείας – λογιστηρίου, υλικών, χρηματοοικονομικών και λοιπών υπηρεσιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την λειτουργία της επιχείρησης. Επειδή κάθε επιχείρηση μπορεί να παράγει πέραν του ενός προϊόντος ή της μιας υπηρεσίας, στα πλαίσια της κοστολόγησης γίνεται επιμερισμός των γενικών εξόδων αναλογικά.

Η κοστολόγηση με την κλασική μέθοδο γίνεται χρησιμοποιώντας την έννοια του Κέντρου Κόστους. Κέντρα Κόστους θεωρούνται, κατά κύριο λόγο, τα οργανωτικά ή ακόμη και τα λειτουργικά τμήματα κάθε επιχείρησης.

Για να λειτουργήσει ένα Σύστημα Κοστολόγησης της Ποιότητας χρησιμοποιώντας την «κλασική κοστολόγηση», θα πρέπει, σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους λοιπόν στην επιχείρηση (π.χ. τους υπεύθυνους των τμημάτων), να οριστούν συγκεκριμένα Κέντρα Κόστους, τα οποία θα αφορούν τομείς και δραστηριότητες της Ποιότητας. Διαμέσου αυτών των Κέντρων θα είναι δυνατό να καταγράφονται σε ξεχωριστούς λογαριασμούς δραστηριότητες που συμβάλλουν στη δημιουργία του Κόστους Ποιότητας.

Το κόστος της Ποιότητας που υπολογίζεται σε κάθε Κέντρο Κόστους είναι δυνατό να διαχωριστεί στις προαναφερόμενες τέσσερις κατηγορίες Κόστους της Ποιότητας, δηλαδή στο Κόστος των Εσωτερικών και Εξωτερικών Αστοχιών, στο Κόστος Εκτίμησης και στο Κόστος Πρόληψης.

1.9.2 Κοστολόγηση της Ποιότητας με τη «μέθοδο ABC»

Η ανάπτυξη αυτής της μεθόδου ήταν αναγκαιότητα, τόσο λόγω της διαπίστωσης των αδυναμιών τις οποίες είχε η «κλασική κοστολόγηση» όσο και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας. Η «κλασική κοστολόγηση» δεν μπορεί να παρουσιάσει με ακρίβεια εξειδικευμένα στοιχεία κόστους, τα οποία δίνουν τη γενική εικόνα λειτουργίας της όλης επιχείρησης και τα οποία ενδιαφέρουν ιδιαίτερα σήμερα τις διοικήσεις των επιχειρήσεων στη λήψη άμεσων αποφάσεων στην πολύ γρήγορα εξελισσόμενη και συνεχώς μεταβαλλόμενη αγορά.

Η κοστολόγηση με τη μέθοδο ABC στηρίζεται, κατά κύριο λόγο, στην κοστολόγηση δραστηριοτήτων και όχι οργανωτικών τμημάτων και ασχολείται με την λεπτομερή παρακολούθηση όλων των δραστηριοτήτων, οι οποίες δημιουργούν προστιθέμενη αξία και οι οποίες επηρεάζουν το συνολικό κόστος κάθε συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας. Οι δραστηριότητες για την παραγωγή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αναφέρονται στο φασεολόγιο της παραγωγής αυτού / αυτής. Καθεμία από τις φάσεις της παραγωγής μπορεί να αποτελέσει ένα Κέντρο Κόστους, ενώ τα βασικότερα Κέντρα Κόστους της Ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι αυτά που αναφέρονται στο Σχέδιο ή στο Πρόγραμμα Ποιότητας.

Για κάθε Κέντρο Κόστους καθορίζονται τα στοιχεία κόστους, τα οποία μπορεί να είναι και πέραν του ενός. Με κριτήριο το εκτιμώμενο μέγεθος της προσπάθειας, της ενέργειας κτλ., για κάθε στοιχείο κόστους να καθορίζεται το κόστος κάθε μονάδας. Το συνολικό κόστος κάθε δραστηριότητας αποτελείται από το άθροισμα των γινομένων των στοιχείων του κόστους αυτού με το κόστος ανά μονάδα κάθε επιμέρους Κέντρου Κόστους.

Η μέθοδος κοστολόγησης ABC είναι απλή τόσο στη μεθοδολογία ανάπτυξης όσο και στην εφαρμογή της. Βασικά στοιχεία για τη διατήρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της είναι ο σωστός σχεδιασμός

και επιλογή των Κέντρων Κόστους, καθώς επίσης και ο σωστός καθορισμός του κόστους κάθε μετρούμενης μονάδας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 1^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., (1999): «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)», Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 2) Σεμετζίδης Χ., (2002): «Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα», Σελ. 24 – 37, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 3) Μπινιώρης Σ. : «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία», Σελ. 27 – 31, 85 – 89, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 4) Γκούρα Π., (Νοέμβριος 2000): «Οικονομικές Διαστάσεις της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 2 – 7, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 5) Πέτρου Α., (2003): « Διοίκηση Ολικής Ποιότητας / Προοπτικές και Προβλήματα για την εφαρμογή της στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 68 – 69, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΔ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 6) Σπηλιοπούλου Σ.: «Διασφάλιση της Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Σελ. 34 – 39, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 7) Στεφανάτος Σ., (2000): «Προγραμματισμός για την Ποιότητα», Τόμος Β Σελ. 57 – 75, 97 – 116, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 8) Τζόγιος Α., (2000): «Το Κόστος της Ποιότητα», Τόμος Δ, Σελ. 26 – 38, 58 – 68, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- 9) Kelly M. John., Alexander Hamilton Institute: «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Σελ. 79 – 82, 100 – 123, κριτήριο.
- 10) Lawrence F. Wolper, (2001): «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας / Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας», Τόμος Β΄, Σελ. 765 – 795, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

- 11) Κυριόπουλος Γ. – Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν. – Σισσούρας Α., (2000): «Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης – Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 142 –146, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία
- 12) Τσούγκα Μ.: «Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 41 – 42, Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004.
- 13) Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.: «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01», Σελ. 27 – 30, Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2006.
- 14) Τσιότρα Δ., (2002): «Βελτίωση Ποιότητας», Σελ. 32 – 40, 42 – 46, 146 – 152, 299 – 300, 307 – 309, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- 15) Αδαμαντίδου Τ.: «Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 29 – 31, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2004.
- 16) Σημειώσεις του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Deutsche Gesellschaft für Qualität: Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας και Εσωτερικές Επιθεωρήσεις.
- 17) Διαμαντής Ι., (2001): «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 69 – 70, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 18) Γραφανάκης Δ., (2000): «Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας», Σελ. 31 – 62, Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

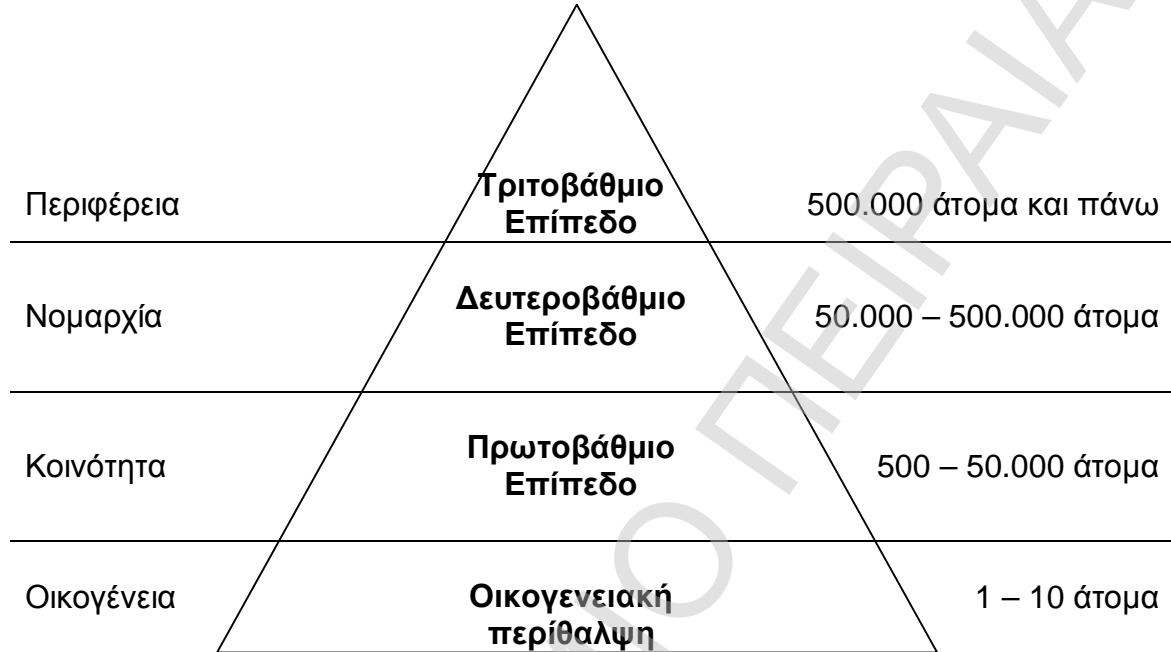
Το «Σύστημα Υγείας» κάθε χώρας αποτελεί το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας. Σκοπός του είναι η διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνεται. Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει δομές – δημόσιες και ιδιωτικές – που προσφέρουν Α΄βάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, δημόσια υγεία κ.λπ.

2.2 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η υγειονομική περίθαλψη χωρίζεται σε τρία οργανωτικά επίπεδα – στο πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο. Το πρωτοβάθμιο αναφέρεται στην πρώτη επαφή των πολιτών με το σύστημα, όπου παρέχονται κυρίως εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Το δευτεροβάθμιο συνίσταται στην παροχή νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων υγειονομικών προβλημάτων που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποδομή και ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις. Το κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, σε μια συγκεκριμένη δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών και στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών (Υφαντόπουλος 1988). Τα επίπεδα αυτά λειτουργούν κάτω από συντονισμένη δράση και συνεργασία,

σχηματίζοντας μια διοικητική πυραμίδα που στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια, έχει την παρακάτω μορφή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1: Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



(Πηγή: Σουλιώτης, 2000 σελ. 53)

Στην Ελλάδα, επομένως, οι παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται σε αυτές τις πρωτοβάθμιας – εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και τις νοσοκομειακής (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) οι οποίες παρέχονται από τις αντίστοιχες μονάδες υγείας του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα.

2.2.1 Πρωτοβάθμια και Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί, τις αναφέρθηκε και προηγουμένως, το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τις γενικούς και ειδικούς στόχους του.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- ∅ τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- ∅ την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- ∅ τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- ∅ τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- ∅ την οδοντιατρική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- ∅ τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- ∅ την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τις οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
- ∅ τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- ∅ τις ισότητες στην πρόσβαση τις υπηρεσίες υγείας για όλους τις κατοίκους τις χώρας,
- ∅ τις ισότητες στην φροντίδα, που επιτρέπει την διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στην διάρκεια του χρόνου.
- ∅ τις ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή τις διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου τις υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου,

- ⊘ του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- ⊘ τις διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τις,
- ⊘ τις διαφύλαξης του δικαιώματος τις ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από ένα μωσαϊκό φορέων, οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια τεσσάρων βασικών δομών:

- ⊘ Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- ⊘ Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, τις ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
- ⊘ Την Τοπική Αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα από προνοιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό Δημοτικών Ιατρείων, τα οποία χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
- ⊘ Τον ιδιωτικό τομέα, που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι

αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

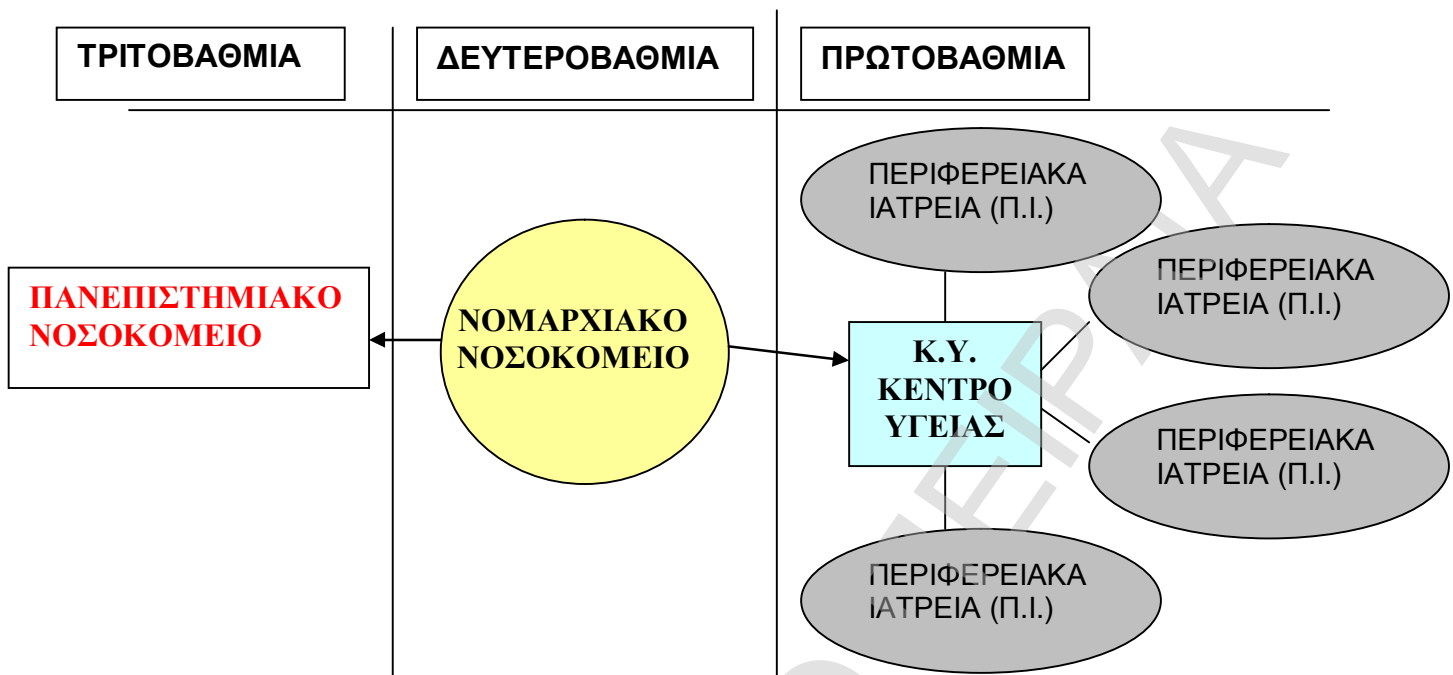
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2: Η ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΠΗΓΗ: Θεοδώρου 1994

Ο κεντρικός υγειονομικός πυρήνας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι το κέντρο υγείας, το οποίο συνδέεται διοικητικά και λειτουργικά με το δευτεροβάθμιο κέντρο, που είναι το νομαρχιακό νοσοκομείο, και το οποίο στη συνέχεια συνδέεται με το τριτοβάθμιο κέντρο, που είναι το πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Επίσης, το κέντρο υγείας συνδέεται λειτουργικά με τα περιφερειακά ιατρεία και προσφέρει ιατρικές, νοσηλευτικές, προληπτικές, κοινωνικές και ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3: ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



ΠΗΓΗ: Υφαντόπουλος 1985

Σύμφωνα με το Ν. 1397 /83, τα κέντρα υγείας ιδρύθηκαν σε αγροτικές περιοχές με πρόθεση να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, ισότιμα και χωρίς οικονομική επιβάρυνση του πληθυσμού. Με εξαίρεση την περίοδο 1992 – 94, οπότε εντάχθηκαν στις διοικητικές υπηρεσίες των νομαρχιών, τα κέντρα υγείας υπάγονταν στο αντίστοιχο νομαρχιακό νοσοκομείο. Η πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση μετέτρεψε τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (κυρίως παθολόγους, παιδίατρους, οδοντίατρους και γενικούς γιατρούς), νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς. Όλοι είναι δημόσιοι υπάλληλοι με πλήρη απασχόληση και αμείβονται με μισθό από το κράτος.

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το 2003 λειτουργούσαν 201 κέντρα Υγείας σε όλη τη χώρα, στα οποία υπάγονταν διοικητικά 1.478 περιφερειακά ιατρεία, στελεχωμένα με αγροτικούς γιατρούς και μερικές φορές και νοσηλευτικό ή μαιευτικό προσωπικό. Εκτός αυτών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στον αστικό κυρίως πληθυσμό, με δυνατότητα ωστόσο πρόσβασης σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από ασφαλιστική κάλυψη.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989 (Ν. 1579 /85, ΦΕΚ 217 /Α/85 και Π.Δ. 376/88, ΦΕΚ 169/Α/88). Παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιότητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσυκλέτες, αεροπορικά μέσα. Ετησίως εξυπηρετεί 480.000 περίπου ασθενείς, εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό αφορά την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας.

Το ΙΚΑ και μικρός αριθμός άλλων ασφαλιστικών ταμείων διαθέτουν δική τους υγειονομική υποδομή, όπου γιατροί ειδικοτήτων οι οποίοι αμείβονται με μισθό, παρέχουν χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασφαλισμένου τη στιγμή της χρήση προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες στα μέλη των Ταμείων αυτών. Τα υπόλοιπα Ταμεία συνάπτουν συμβόλαια με ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές. Τέσσερα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ (μισθωτοί), ο ΟΓΑ (αγρότες), ο ΟΑΕΕ (ελεύθεροι επαγγελματίες) και ο ΟΠΑΔ (δημόσιοι υπάλληλοι), καλύπτουν το 95% του πληθυσμού της χώρας.

Ειδικότερα το ΙΚΑ είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας και διαθέτει 364 μονάδες υγείας. Παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους στις δικές του νομαρχιακές, τοπικές κ.λπ. μονάδες υγείας, απασχολώντας γιατρούς ειδικοτήτων που αμείβονται με μισθό. Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις. Επιπροσθέτως, το ΙΚΑ παρέχει υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής με τη σύσταση μονάδων όπως το Κέντρο Προγενετικού Ελέγχου, το Κέντρο Μαστού κ.λπ. Όπου οι ανάγκες των ασφαλισμένων δεν μπορούν να

καλυφθούν από τις μονάδες του ΙΚΑ, το ίδρυμα συνάπτει συμβάσεις με ιδιωτικά εργαστήρια.

Ο ΟΓΑ παρέχει στους ασφαλισμένους του, οι οποίοι ανέρχονται σε 2.150.000 άτομα, χωρίς δική τους οικονομική συμμετοχή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των αγροτικών ιατρείων, των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των κρατικών νοσοκομείων. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει ιατρικές φροντίδες, μικροβιολογικές, παρακλινικές και λοιπές εξετάσεις και θεραπείες, χορήγηση συνταγών φαρμάκων, χορήγηση φαρμάκων για αντιμετώπιση ορισμένων χρόνιων παθήσεων και διενέργεια ορισμένων ειδικών εξετάσεων σε ιδιωτικά εργαστήρια.

Ο ΟΑΕΕ παρέχει στους 1.442.000 ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων, προληπτική ιατρική, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Για τις παρακλινικές εξετάσεις υπάρχουν συμβεβλημένα με τον ΟΑΕΕ εργαστήρια, νοσοκομεία ή κλινικές και υποχρεωτικά εκτελούνται σ' αυτά με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 25% της τιμής του κρατικού τιμολογίου. Επίσης παρέχεται φαρμακευτική περίθαλψη και τα φάρμακα χορηγούνται από τα συμβεβλημένα φαρμακεία. Η παροχή των φαρμάκων γίνεται με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 25%.

Οι 1.289.000 ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ έχουν δικαίωμα σε περίπτωση ασθένειας να επισκεφθούν γιατρό συμβεβλημένο με το Δημόσιο και σε εξαιρετική περίπτωση να τον καλέσουν στο σπίτι. Ο ασφαλισμένος μπορεί επίσης να επισκεφθεί επίσης γιατρό μη συμβεβλημένο, τον οποίο πληρώνει ο ίδιος και στη συνέχεια αφού θεωρήσει την εντολή επίσκεψης την καταθέτει μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την πληρωμή της με τιμολόγιο Δημοσίου. Η προμήθεια των απαραίτητων φαρμάκων γίνεται από τα συμβεβλημένα φαρμακεία με ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου 25% το οποίο μειώνεται κατά περίπτωση.

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία των οποίων η λειτουργία

ξεκινά σε εθελοντική βάση με κάποιες από τις βασικές ειδικότητες, όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες της εβδομάδας και παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφηση κ.λπ. δωρεάν για τους δημότες. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας. Εκτός των ιατρείων, οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

2.2.2 Η Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από:

- 1) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος,
- 2) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ, στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ, και τα νοσοκομεία του υπουργείου Δικαιοσύνης και
- 3) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό, παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές, που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας Υπηρεσιών υγείας.

Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα και σε ειδικά, τα οποία

διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Επιπροσθέτως, ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και παρέχουν εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο, και σε νομαρχιακά, που λειτουργούν σε κάθε νομό. Ο Ν. 2889 / 2001 κατήργησε τη διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά και περιφερειακά ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά.

Πιν. 2.1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΥ (2002)

Πε.Σ.Υ.	Πληθυσμός Αναφοράς	Νοσοκομεία	Κλίνες	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Α' Αττικής	1.062.945	17	6.857	-	-
Β' Αττικής	1.509.417	9	5.170	9	9
Γ' Αττικής	1.189.448	7	3.221	5	13
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	786.963	9	3.435	20	113
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1.074.954	10	2.973	11	80
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	610.254	6	2.021	14	115
Δυτικής Μακεδονίας	302.750	5	745	7	88
Ηπείρου	352.420	5	1.706	16	109
Θεσσαλίας	754.393	5	1.903	20	158
Νησιών Ιονίου	214.274	5	502	8	53
Δυτικής Ελλάδας	739.118	11	2.160	18	140
Στερεάς Ελλάδας	607.855	8	1.040	15	148

Πελοποννήσου	632.955	8	1.280	26	186
Βορείου Αιγαίου	204.158	5	570	7	62
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181	2	242	7	41
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564	3	456	4	35
Κρήτης	601.159	8	2.340	14	127
ΣΥΝΟΛΟ	10.944.808	123	36.621	201	1.478

Πηγή: Ministry of Health and Welfare

* Δεν περιλαμβάνονται οι ψυχιατρικές δομές

2.3 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, η οποία συνοδεύεται από την επένδυση σημαντικών κεφαλαίων που κατά κύριο λόγο επενδύονται στην ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες και συνεπώς στη δημιουργία προοπτικών για σημαντικά κέρδη.

Τα δεδομένα στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκαν μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, οδήγησαν τους προσανατολισμούς του ιδιωτικού τομέα υγείας κατά κύριο λόγο στην πρωτοβάθμια φροντίδα με την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής. Ο προσανατολισμός του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη οφείλεται και στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε από το κράτος μετά τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ ως προς την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή φροντίδα και

αφετέρου στο υψηλό κόστος κατασκευής και εξοπλισμού που συνεπάγεται η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων.

Τα ιατρικά διαγνωστικά κέντρα λειτουργούν είτε ως αυτόνομες μονάδες, είτε ως ανεξάρτητες εταιρείες που αποτελούν τον εργαστηριακό τομέα ιδιωτικών κλινικών.

Σήμερα υπολογίζεται πως σε όλη τη χώρα λειτουργούν περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα, τα οποία διοικούνται κατά κύριο λόγο από γιατρούς, οι οποίοι συνήθως είναι και οι ιδιοκτήτες τους. Κατά κανόνα, διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό τον οποίο αντικαθιστούν σε μικρό σχετικά διάστημα - κυρίως μέσα από την πρακτική της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) – και απασχολούν εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό.

Βασικοί πελάτες των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων είναι τα διάφορα ταμεία υγείας και οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά αμείβοντας τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους κατά πράξη και περίπτωση.

Ένας άλλος παράγοντας που συνέβαλε στη μεγάλη ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, είναι η ελλιπής παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το δημόσιο σύστημα, που οφείλεται στις οργανωτικές του αδυναμίες οι οποίες συνδέονται με τον εξοπλισμό και τη στελέχωση των μονάδων, ειδικά στις αγροτικές περιοχές.

Από τα διαγνωστικά κέντρα που λειτουργού το 70% είναι συγκεντρωμένο στην Αθήνα, το 12,5% στη Θεσσαλονίκη και μόνο το 17,5% στα υπόλοιπα αστικά κέντρα της χώρας. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η κατανομή των φορέων παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας γενικότερα, συνδέονται με το επίπεδο ανάπτυξης των διαφόρων περιοχών και ειδικότερα με τις καταναλωτικές δυνατότητες του πληθυσμού.

Σχετικά με το προσωπικό που απασχολείται στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα δε μπορούμε να έχουμε σαφή εικόνα κυρίως λόγω της έλλειψης διαθέσιμων στοιχείων.

Όσο αφορά στον τεχνολογικό εξοπλισμό των διαγνωστικών κέντρων, σε γενικές γραμμές κρίνεται ικανοποιητικός και επεκτείνεται σε μια πληθώρα κατηγοριών ιατρικών μηχανημάτων, όπως αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι, μηχανήματα λιθοτριψίας, συστήματα αγγειογραφιών κλπ.

Όπως λοιπόν γίνεται αντιληπτό, η ραγδαία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας συνδυάστηκε με την αύξηση των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα, οι οποίες στράφηκαν κατά κύριο λόγο προς αυτή την κατεύθυνση, σε αντίθεση με τις δημόσιες επενδύσεις οι οποίες προσανατολίσθηκαν στην ανέγερση κτιρίων για την ίδρυση νέων νοσηλευτικών μονάδων. Με δεδομένη λοιπόν την έντονη δραστηριοποίηση του δημόσιου συστήματος στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, θα περιγράψουμε τα βασικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν την παρουσία του ιδιωτικού τομέα στον ίδιο χώρο, όπου τα τελευταία μάλιστα χρόνια κυριαρχεί η τάση της ολιγοπώλησης της αγοράς από μεγάλες και πολυτελείς ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες.

Στις αρχές τις δεκαετίας του 1990 η αλλαγή του νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών με το Π.Δ. 517 / 91 επέτρεψε στον ιδιωτικό τομέα να αρχίσει να επενδύει και πάλι στη νοσοκομειακή περίθαλψη, διαβλέποντας προφανώς ότι αυτή αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας με ευοίωνες μάλιστα προοπτικές για το μέλλον. Οι προσδοκίες μάλιστα για υψηλή κερδοφορία έγιναν ακόμη περισσότερες, λόγω της δυνατότητας ίδρυσης διαγνωστικών μονάδων εντός των κλινικών και συνεπώς της δραστηριοποίησης των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Χαρακτηριστική περίπτωση νοσηλευτικών μονάδων που επεκτάθηκαν στην ίδρυση σύγχρονων εξεταστικών κέντρων και παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες, αποτελούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια. Για το διάστημα μάλιστα 1995 – 1998 τα ιδιωτικά μαιευτήρια εμφανίζουν τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης.

Η μελέτη της γεωγραφικής κατανομής των γενικών ιδιωτικών κλινικών δείχνει μια έντονη συγκέντρωση στην περιφέρεια της Αθήνας στην οποία λειτουργεί

πάνω από το 60% των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της χώρας ενώ ακολουθεί η περιοχή της Θεσσαλονίκης.

Οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούν μια παράδοση στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην πορεία της εξέλιξής τους, μετατράπηκαν από μικρές μονάδες με 20 – 50 κλίνες μιας ή και περισσότερων ειδικοτήτων, σε μεγαλύτερες μονάδες δυναμικότητας άνω των 100 κλινών οι οποίες συνήθως προέκυπταν από συνεργασίες ομάδων ιατρών. Σήμερα, η πλειονότητα των ιδιωτικών κλινικών έχουν δυναμικότητα 41 – 100 κλίνες, ενώ σχετικά υψηλός είναι και ο αριθμός των κλινικών με δυναμικότητα άνω των 100 κλινών. Σχετικά με τις πολυδύναμες κλινικές (με περισσότερες από 300 κλίνες) είναι ελάχιστες και ακολουθούν την προαναφερθείσα γεωγραφική κατανομή.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές απαρτίζονται από τρεις βασικές υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική. Όμως η διάρθρωση αυτών των υπηρεσιών δεν έχει την έκταση και το εύρος της διάρθρωσης που έχουν οι υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων, με την ίδια δυναμικότητα σε κλίνες.

Η πλειονότητα των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Αυτοί οι γιατροί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς, έπειτα από ιδιαίτερη συμφωνία, και το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η ιδιωτική κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή τη μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών. Το γεγονός αυτό, όπως είναι ευνόητο, οδηγεί σε σημαντικό περιορισμό του λειτουργικού κόστους του ιδιωτικού νοσοκομείου ή της κλινικής. Για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, όταν στο νοσοκομείο ή στην κλινική δεν βρίσκονται οι επισκέπτες ή οι συνεργάτες γιατροί, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές διαθέτουν περιορισμένο αριθμό μόνιμων γιατρών.

Όσον αφορά τις μελλοντικές εξελίξεις, καταλυτικό ρόλο αναμένεται να διαδραματίσει η ραγδαία αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης και η προσπάθεια μεγάλων ασφαλιστικών εταιρειών να δημιουργήσουν δικές τους μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Εάν, επομένως, ο κρατικός τομέας δεν αναλάβει το

ρόλο που οφείλει να διαδραματίσει με τη ρύθμιση του θεσμικού πλαισίου, την αναβάθμιση των υποδομών και τη θέσπιση ποιοτικών ελέγχων, στο μέλλον θα δούμε λίγα και ισχυρά επιχειρηματικά σχήματα να διαχειρίζονται ένα μεγάλο τμήμα του χώρου της υγείας (Σουλιώτης, 2000).

2.4 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη της πληροφορικής στους δημόσιους φορείς υγείας της χώρας μας βασίσθηκε κατά κύριο λόγο στην ευρωπαϊκή χρηματοδότηση μέσω των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης. Πιο συγκεκριμένα στα Α' (ΜΟΠ) και Β' Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης (ΚΠΣ), επιχειρήθηκε η κάθετη ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων σε ένα υποσύνολο δημόσιων Νοσοκομείων.

Τα νοσοκομεία που δεν συμμετείχαν στα ΚΠΣ ξεκίνησαν με δική τους πρωτοβουλία και προχώρησαν την τελευταία πενταετία ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες που είχαν, στην εγκατάσταση διαχειριστικών εφαρμογών κορμού και στη μηχανογράφηση αναλυτικών εργαστηρίων.

Πιο συγκεκριμένα, η πληροφοριακή κατάσταση στους φορείς υγείας της χώρας συνοψίζεται στα:

❌ Σε σχέση με πληροφοριακά συστήματα εφαρμογών, έχουμε την παρακάτω κατάσταση: 82% των νοσοκομείων έχουν κάποιου είδους διοικητικό σύστημα, 44% κάποιου είδους κλινικό σύστημα, ενώ περίπου 30% διαθέτουν μηχανογράφηση στα αναλυτικά εργαστήριά τους. Παρ' όλ' αυτά τα ολοκληρωμένα συστήματα είναι ελάχιστα μια και στα παραπάνω ποσοστά έχουν συμπεριληφθεί και απλές εφαρμογές λογισμικού.

❌ Παρά το γεγονός ότι στα Νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους δε λειτουργούν ολοκληρωμένα κυκλώματα εφαρμογών, διαθέτουν βασικό υπολογιστικό εξοπλισμό γραφείου (PCs, εκτυπωτές, κ.λπ.). Παράλληλα αρκετά νοσοκομεία (περίπου 30%) έχουν εγκαταστήσει ολοκληρωμένα τοπικά δίκτυα δεδομένων που καλύπτουν σχεδόν όλους τους χώρους τους.

- ❌ Το 70% των Νοσοκομείων διαθέτει μεμονωμένες συνδέσεις στο διαδίκτυο (σε επίπεδο Τμήματος Πληροφορικής & Οργάνωσης, ή σε γραφεία ιατρών ή διοικητικού προσωπικού). Απουσιάζει η οργανωμένη και γενικευμένη πρόσβαση των χρηστών στο Internet εξαιτίας και της έλλειψης ολοκληρωμένων δικτύων δεδομένων κορμού. Ελάχιστα Νοσοκομεία έχουν αναπτύξει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο και όπου αυτό έχει γίνει, βασίζεται κυρίως σε μεμονωμένες πρωτοβουλίες.
- ❌ Τα κέντρα Υγείας δεν διαθέτουν σχεδόν καμία υποδομή με εξαίρεση μικρό αριθμό (<10) που συμμετείχαν σε πιλοτικά έργα (π.χ. στην Κρήτη) ή όπου βασίστηκαν σε προσωπικές πρωτοβουλίες (π.χ. Κέντρο Υγείας Πλωμαρίου).
- ❌ Απουσιάζουν συνολικά από το σύστημα υγείας προηγμένες τηλεπικοινωνιακές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι Η Ελλάδα έχει συμμετάσχει σε πλήθος ερευνητικών έργων τηλεϊατρικής, δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή κανένα θεσμοθετημένο δίκτυο τηλεϊατρικής.
- ❌ Με εξαίρεση ορισμένες πρωτοβουλίες του ιδιωτικού τομέα και κάποιων ιατρικών εταιριών δεν έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα ολοκληρωμένες πύλες διαδικτύου ή άλλες ηλεκτρονικές υπηρεσίες ενημέρωσης σε θέματα υγείας είτε των πολιτών ή των επαγγελματιών υγείας.

Το γενικό συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τα παραπάνω συνοψίζεται στο γεγονός ότι η πληροφορική στο δημόσιο σύστημα υγείας βρίσκεται ακόμα σε πρώιμο στάδιο αξιοποίησης.

Μια σειρά από παράγοντες απέτρεψαν την ταχύτερη ανάπτυξη της πληροφορικής στο χώρο της υγείας. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κωδικοποιηθούν στα:

- ❌ Έλλειψη τυποποιημένων διαδικασιών και ροών εργασίας.
- ❌ Συχνές αλλαγές και ασυνέχεια στην εφαρμογή των στρατηγικών για την ανάπτυξη της πληροφορικής.
- ❌ Σημαντικές ελλείψεις εκπαιδευμένου και εξειδικευμένου προσωπικού
- ❌ Υποστελεχωμένα Τμήματα Πληροφορικής και Οργάνωσης.

- ❌ Αδυναμία θέσπισης και τήρησης σαφούς καθκοντολογίου σχετικά με τη χρήση της πληροφορικής.
- ❌ Απουσία από τον τακτικό προϋπολογισμό των φορέων υγείας ικανού ποσοστού επενδύσεων για την ανάπτυξη της πληροφορικής
- ❌ Απουσία θεσμικού φορέα για θέματα ιατρικής πληροφορικής.

Για την περαιτέρω ανάπτυξη της πληροφορικής στους φορείς υγείας, απαιτείται η άρση των ανωτέρω αρνητικών παραγόντων. Επιπλέον θα πρέπει να αποτελέσει κοινή αντίληψη όλων των εμπλεκομένων, ότι η αξιοποίηση της πληροφορικής στην υγεία, θα βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς, θα βοηθήσει στην αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας των ίδιων των εργαζομένων και τέλος θα επιφέρει και οικονομία μεγάλης κλίμακας στο κόστος λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Συνεπώς η αξιοποίηση της πληροφορικής πρέπει να θεωρείται μονόδρομος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 2^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Καραγιάννη Β., (Οκτώμβριος 2004): «Ιστορική εξέλιξη και Παρούσα κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Σελ. 59 – 73, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 2) Σουλιώτης Κ., (2000): «Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Σελ 155 – 169, Εκδόσεις Παπαζήση, Σειρά Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα
- 3) Σπηλιοπούλου Σ.: «Διασφάλιση Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Σελ. 12 – 14, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 4) Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1991): «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 48 – 50, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- 5) Γρίβα Β., Κουκουμάς Ν., Ξανθόπουλος Κ., Σφυρής Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000): «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 361 – 378, Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 6) Οικονόμου Χ., (2004): « Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Σελ. 224 – 242, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- 7) Νιάκας Δ., (Ιούνιος 2004): «Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία», Επιλεγμένα κείμενα του 5^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Σελ. 227 – 239, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- 8) Μωραϊτής Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μάμας, Πολύζος Ν., (Αθήνα 1995): «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας», Σελ. 77 – 109, 199 – 221.
- 9) Αργυριάδου Σ., Θεοδώρου Μ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Καμπριάνη Ε., Κατοστάρας Θ., Κουρέα – Κρεμαστινού Τ., Λιαρόπουλος Λ., Μεράκου Κ., Πολίτης Θ., Σίσκου Ο.,

- Τούντας Γ., Τσάμης Ν., Φαραστέλη Ο., (Ιανουάριος 2005): «Θεωρία και πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Σελ. 23 –43, Πειραιάς.
- 10) Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ., (2003): «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια», Σελ. 50 –53, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- 11) Μάντη Π., Τσελέπη Χ., (2000): « Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας», Τόμος Α΄, Σελ. 155 – 157, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 12) Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., Κουτούζης Μ., Σιγάλας Ι., Πολύζος Ν., (1999): «Βασικές Αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης / Management Υπηρεσιών Υγείας», Σελ 104, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 13) Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α., (2004): «Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 87 – 92, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 2.
- 14) Βαγγελάτος Α., Σαριβουγιούκας Ι.: «Η Διείσδυση Πληροφοριακών Συστημάτων στα Νοσοκομεία», 27 – 30, Επιθεώρηση Υγείας Μάρτιος – Απρίλιος 2005.
- 15) Έλληνας Δ.: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα Υγείας», Σελ. 42 – 45, Επιθεώρηση Υγείας Μάιος – Ιούνιος 2005.
- 16) Λιόνης Χ., Μερκούρης Μ.: «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, τόμος 12, τεύχος 1 Σελ 7 – 9
- 17) Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.: «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1996, τόμος 8, τεύχος 3, Σελ. 137 – 140.
- 18) ΦΕΚ 53 (Τεύχος Α΄) ο Ν 3235/04 με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- 19) Κυριόπουλος Γ. (1995): «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», Σελ. 141 – 146, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- 20) Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Λοπατατζίδης Α., (1999): «Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Υγεία, Οριοθετήσεις και Προοπτικές)», Σελ. 31 – 35, Τόμος Α΄
- 21) Υφαντόπουλος Ι. : «Τα Οικονομικά της Υγείας / Θεωρία και Πολιτική», Σελ. 201 – 203, Βιβλιοθήκη Οικονομίας και Πολιτικής Υγείας, Αθήνα 2003
- 22) Θεοδώρου Μ., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Πούπας Θ., Σισσούρας Α., Υφαντόπουλος Ι. : «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας / Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Σελ. 70 – 74, 95 – 131, Αθήνα Ιούνιος 1994

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επειδή τα συστήματα υγείας βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους θεωρούνται εντάσεως εργασίας, σε αντίθεση με τους περισσότερους τομείς της βιομηχανικής παραγωγής που θεωρούνται εντάσεως κεφαλαίου. Ο συντελεστής εργασία (ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό) αποτελεί τη σημαντικότερη και μεγαλύτερη εισροή καθώς απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους. Δικαίως λοιπόν αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότητας και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο Baker (1980) αναφέρει ότι χρειάζονται περισσότερα χρόνια για να εκπαιδευτεί ένας γιατρός απ' ότι να χτιστεί ένα νοσοκομείο. Εκτός των άλλων, οι ανθρώπινοι πόροι απορροφούν το 60% του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας. Είναι όμως δυνατόν με σωστή διαχείριση, οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και τα άλλα επαγγέλματα υγείας να βελτιώσουν τόσο την ποιότητα, όσο και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του παραγόμενου έργου.

Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, η Ελλάδα παρουσίασε υπερδιπλασιασμό του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας, από 1,5% του συνόλου της απασχόλησης στις αρχές της δεκαετίας του 70' σε 3,8% σήμερα. Από το ποσοστό αυτό, το 29% είναι γιατροί και το 30% νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπροσθέτως, το 72% των γιατρών με ειδικότητα και το 89% του νοσηλευτικού δυναμικού απασχολούνται αποκλειστικά ή μερικά με κάποιας μορφής σύμβαση στο δημόσιο τομέα και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών ασκούν ελεύθερο επάγγελμα. Το υπόλοιπο προσωπικό

(28%), δηλαδή παραϊατρικό, διοικητικό, βοηθητικό και λοιπό επιστημονικό απασχολείται (σε ποσοστό 90%) στο δημόσιο τομέα ή στα ασφαλιστικά ταμεία που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

3.2 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρωπαϊκή Ένωση παρατηρείται μια υπερπροσφορά του ιατρικού δυναμικού. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό παγκοσμίως ως ιατρικός πληθωρισμός και έχει ως συνέπεια την αύξηση των δαπανών ενώ συχνά σχετίζεται αρνητικά και με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι έντονο, μια και οι Έλληνες ιατροί έφθαναν το 2000 περίπου τους 53.000, με αναλογία έναν ιατρό σε 238 κατοίκους (βλέπε πίνακα Ι). Η συνολική ετήσια παραγωγή ιατρών όπως προκύπτει από τα αρχεία του Πανελληνίου ιατρικού συλλόγου, ανέρχεται σε περίπου 2.000 άτομα, από τα οποία τα περίπου 1.300 αντιπροσωπεύουν απόφοιτους των ιατρικών σχολών ελληνικών πανεπιστημίων και τα υπόλοιπα απόφοιτους ξένων πανεπιστημίων. Οι χώρες που συνέβαλαν στην υπερπαραγωγή του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα ήταν η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η Ουγγαρία.

Πιν. 3.1:ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ (1979 -2000)

Έτος	Αριθμός εν ενεργεία ιατρών	Έτος	Αριθμός εν ενεργεία ιατρών
1979	23.903	1990	37.764
1980	25.274	1991	39.189
1981	26.473	1992	40.517
1982	27.585	1993	41.869
1983	28.807	1994	43.293
1984	29.956	1995	44.957
1985	31.212	1996	46.308
1986	32.434	1997	47.859
1987	33.763	1998	49.607
1988	35.104	1999	51.317
1989	36.423	2000	52.981

Ο ιατρικός πληθωρισμός επιδεινώνεται συνεχώς στην χώρα μας και υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση. Οι δύο σημαντικότεροι είναι οι ακόλουθοι:

- ❌ Στην ελληνική κοινωνία το ιατρικό επάγγελμα είναι ιδιαίτερα αναγνωρισμένο και εξακολουθεί να ελκύει πολλούς νέους.
- ❌ Πολλά πανεπιστήμια, ιδίως των ανατολικών χωρών της Ευρώπης ανάπτυξαν αγγλόφωνα προγράμματα σπουδών, προσελκύοντας τους νέους που απέτυχαν στις εξετάσεις στην Ελλάδα.

Αν συνεχιστεί αυτή η πορεία εξέλιξης του ιατρικού δυναμικού, χωρίς παρεμβάσεις από την πολιτεία, θα δημιουργήσει εκρήξεις ανεργίας όπως συμβαίνει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία του ΙΣΑ, τον Δεκέμβριο του 1990 το ποσοστό ανεργίας των Αθηναίων ιατρών ήταν 5,9%. Το 1997 το ποσοστό αυτό έφθασε το 8,1% και προβλέπεται να ανέλθει το 2007 στο 15%.

Παρά την αύξηση του ιατρικού δυναμικού και την ύπαρξη πληθωρισμού γιατρών στη χώρα μας, παρατηρούνται μεγάλες περιφερειακές ανισότητες λόγω της άνισης κατανομής τους. Περίπου το 50% των γιατρών βρίσκονται στην Αττική και το 25% σε άλλες μεγάλες πόλεις. Με σκοπό να μειωθούν τα προβλήματα της άνισης κατανομής του ιατρικού σώματος και της απροθυμίας του να εργασθεί σε απομονωμένες αγροτικές περιοχές, το 1968 ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο οι νέοι γιατροί υποχρεώνονται να υπηρετήσουν για 1 τουλάχιστον έτος σε αγροτικές περιοχές εκτός Αθηνών και Θεσ/νίκης. Ο νόμος αυτός για την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ισχύει μέχρι σήμερα. Οι γιατροί αυτοί στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι χωρίς ειδικότητα, με άτυπο ρόλο οικογενειακού ή γενικού γιατρού της περιοχής ευθύνης τους.

Ο πίνακας 3.2 που ακολουθεί μας δείχνει την περιφερειακή κατανομή των γιατρών στην Ελλάδα για το 2001. Διαπιστώνουμε λοιπόν αυτό που προαναφέρθηκε ότι δηλαδή το 45,9% των γιατρών βρίσκονται συγκεντρωμένοι

στην περιφέρεια της πρωτεύουσας. Επιπροσθέτως διακρίνουμε και τις περιφέρειες με τα περισσότερα προβλήματα έλλειψης γιατρών. Αυτές είναι η Θεσσαλία, τα νησιά του Αιγαίου, η Θράκη και τα νησιά του Ιονίου.

Πιν. 3.2: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 2001

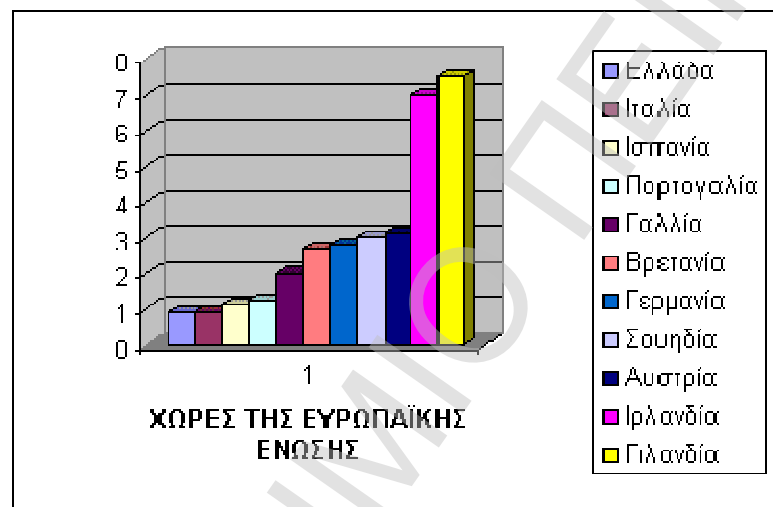
Περιφέρεια	Πληθυσμός	Γιατροί
Σύνολο χώρας	10.206.539	46.124
Πρωτεύουσας	3.002.980	21.168
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	871.232	2.661
Πελοπόννησος	1.174.916	3.567
Ιόνια Νησιά	214.911	633
Ήπειρος	396.732	1.386
Θεσσαλία	796.174	2.040
Μακεδονία	2.315.280	9.875
Θράκη	369.383	1.033
Νησιά Αιγαίου	486.680	1.284
Κρήτη	578.251	2.477

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Εκτός των γιατρών, εξίσου σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές – τριες αποτελούν περίπου το 30% του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Το 78,9% απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία, το 10,9% σε ιδιωτικά νοσοκομεία, το 3,6% σε κέντρα υγείας και το 6,6% στο ΙΚΑ και στα άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον υπάρχουν οι αποκλειστικοί νοσοκόμοι /μες που προσφέρουν υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς αλλά η καταγραφή τους δεν είναι εύκολη. Το πρόβλημα της άνιση κατανομής παρατηρείται όχι μόνο στους γιατρούς αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σημαντική είναι η συγκέντρωση νοσηλευτικού προσωπικού στην Αθήνα (45%), αλλά και στις άλλες μεγάλες πόλεις.

Η Ελλάδα παρουσιάζει τους χαμηλότερους δείκτες νοσηλευτικού δυναμικού σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ, οι οποίες έχουν αναλογικά υπερδιπλάσιο ή τριπλάσιο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στο σύστημα υγείας (βλέπε διάγραμμα 3.1). Η αναλογία νοσηλευτών προς τους ιατρούς είναι εξαιρετικά χαμηλή διαμορφώνοντας ένα σύστημα υγείας εντάσεως ιατρικού δυναμικού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 : ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1999)



Η έλλειψη πτυχιούχων νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα μεγάλη στη χώρα μας, δεδομένου ότι η αναλογία ανά πληθυσμό ανέρχεται σε ένα πτυχιούχο νοσηλευτή ανά 950 (1:950) κατοίκους, ενώ με τους νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης η αναλογία είναι 1:460 κατοίκους. Διαχρονικά ο αριθμός των διπλωματούχων νοσηλευτών /τριών αυξάνει με βραδύ ρυθμό παρά την ίδρυση αρκετών νέων σχολών νοσηλευτικής. Αυτό οφείλεται και στο γεγονός ότι πριν ή μετά την αποφοίτηση περίπου το 50% των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα λόγω των χαμηλών αποδοχών και των δυσμενών συνθηκών εργασίας(Ανδριώτη 1994).

Το αποτέλεσμα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού που αποτελεί δομικό πρόβλημα των νοσοκομείων στη χώρα μας, είναι η λειτουργία μέσα σε αυτά μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων. Οι αποκλειστικές νοσοκόμες ασκούν νοσηλευτικά καθήκοντα χωρίς να έχουν και την ανάλογη εκπαίδευση σε μεγάλο βαθμό. Πολλές φορές μάλιστα, και ιδιαίτερα στο παρελθόν δεν είχαν

ούτε την βασική εκπαίδευση. Φαίνεται ότι το επάγγελμα της αποκλειστικής αποτελεί διέξοδο για μια μερίδα του γυναικείου πληθυσμού που δεν έχει άλλες εξειδικεύσεις εκτός από τις παραδοσιακές γυναικείες ικανότητες φροντίδας. Τα κριτήρια χορήγησης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος άλλαξαν από το 1993.

Η επικρατούσα κατάσταση στο χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού δείχνει γενικά αδυναμία ανατροφοδότησης του συστήματος εκπαίδευσης – απασχόλησης και έλλειψη προγραμματισμού για τις μελλοντικές ανάγκες της χώρας.

Στα πλαίσια αυτά, η παρέμβαση στην αγορά εκπαίδευσης και απασχόλησης του νοσηλευτικού δυναμικού είναι αναγκαία ώστε να αρθεί η αρνητική σχέση επιστημόνων νοσηλευτών και κυρίως να εμποδιστεί η μεγάλη διαρροή σπουδαστών /τριών από τις σχολές.

3.4 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί το 5,7% του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Το 67,7% απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία, το 6,6% στα ιδιωτικά νοσοκομεία, το 4,4% σε κέντρα υγείας και το 18,6% στο ΙΚΑ.

Όσον αφορά τις άλλες κατηγορίες προσωπικού, το διοικητικό αποτελεί το 5,8% και το υπόλοιπο προσωπικό (τεχνικοί, καθαριστές, μάγειροι κ.λ.π.) το 15,6% του συνόλου των απασχολούμενων στις υπηρεσίες υγείας. Πάνω από το 80% απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία. Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή, το 60% του διοικητικού και άλλου προσωπικού απασχολείται στην Αττική και Κεντρική Μακεδονία (Θεσσαλονίκη) ενώ περιοχές όπως τα νησιά έχουν σαφώς μειωμένο προσωπικό.

Τα άλλα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν τις μικρότερες ελλείψεις σε σύγκριση με το νοσηλευτικό δυναμικό. Όμως παρ' όλα αυτά σήμερα υπάρχει μεγάλη ανάγκη δημιουργίας πυρήνων τεχνικών στελεχών, τα οποία θα είναι επιφορτισμένα με τη διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, και διοικητικών στελεχών, τα οποία θα έχουν τις βασικές διοικητικές ειδικότητες όπως επιλογή

και αξιολόγηση προσωπικού, κατάρτιση προϋπολογισμών, αξιολόγηση της απόδοσης της εργασίας, διαχείριση πληροφοριών.

Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η προετοιμασία διοικητικών στελεχών που θα ασχολούνται με γενική διοίκηση πολυκλαδικών τμημάτων ή οργανισμών με τον επιχειρησιακό σχεδιασμό, την υλοποίηση των αλλαγών και τις δημόσιες σχέσεις (Γεωργούση και συν. 1994). Στον τομέα της οικονομικής διαχείρισης χρειάζονται έμπειρα στελέχη τα οποία θα απασχολούνται στη λογιστική, στη διαχείριση διοικητικών και κλινικών προϋπολογισμών, στην κοστολόγηση και στη διαχείριση των πόρων. Προς αυτή την κατεύθυνση έχει συμβάλει η αναβάθμιση της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

3.5 Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

«Υποκίνηση είναι ένα σύνολο από ενεργητικές δυνάμεις, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το ίδιο το άτομα ή από το περιβάλλον του και να καθορίζουν τη στάση του απέναντι στην εργασία» (Pinder, 1984). Για τη δική μας περίπτωση, που εξετάζουμε την υποκίνηση ως διοικητική λειτουργία, μπορούμε να την ορίσουμε ως τη «διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των εργαζομένων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού».

Στο σύστημα της υποκίνησης υπάρχουν δύο αλληλεπιδρώσες δυνάμεις, ο υποκινούμενος και ο υποκινών. Από τις θεωρίες υποκίνησης που έχουν διατυπωθεί κάποιες αντιμετωπίζουν την υποκίνηση από την πλευρά του υποκινούμενου ενώ κάποιες άλλες από την πλευρά του υποκινούντος. Όλες όμως ανεξαιρέτως βασίζονται στο τετράπτυχο «Ανάγκη – Επιθυμία – Ενέργεια – Ικανοποίηση». Οι σημαντικότερες θεωρίες υποκίνησης είναι οι ακόλουθες:

- ❌ Θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών (Abraham Maslow)
- ❌ Θεωρία των δύο παραγόντων ή θεωρία υποκίνησης – συντήρησης (Frederick Herzberg)
- ❌ Θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών (Mc Clelland)
- ❌ Θεωρία των προσδοκιών (Vroom και μεταγενέστερα Porter και Lawler)

❌ Θεωρία της δικαιοσύνης (Stacy Adams)

Το προσωπικό ενός δημόσιου νοσοκομείου δεν είναι ένα συμπαγές, ομοιόμορφο σύνολο. Αποτελείται από ανθρώπους διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης, διαφορετικών εμπειριών και ικανοτήτων, που ασχολούνται με ένα μεγάλο εύρος εργασιών μέσα στο νοσοκομείο. Έτσι δεν πρέπει να εφαρμοστεί άκριτα το ίδιο μοντέλο υποκίνησης σε όλο το προσωπικό. Αντιθέτως, πρέπει να εξειδικευτεί η διαδικασία για κάθε ένα άτομο, ώστε να εντοπίσει τα προσωπικά κίνητρα του καθενός. Ο διοικητής του νοσοκομείου θα πρέπει λοιπόν να συνάψει, στο βαθμό που επιτρέπεται, καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό ώστε να μάθει κάποια στοιχεία για την προσωπικότητα των υπαλλήλων. Αρωγός στην προσπάθεια αυτή μπορούν να είναι συνοπτικά βιογραφικά των εργαζομένων ή ακόμη και ερωτηματολόγια. Στόχος όλων αυτών θα πρέπει να είναι η ποιοτική λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας του δημόσιου νοσοκομείου, η οποία με την σειρά της θα επιφέρει την ικανοποίηση τόσο του προσωπικού όσο και των τελικών χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Οι μέθοδοι που έχουν αξιολογηθεί ως οι πλέον αποτελεσματικοί στην υποκίνηση του προσωπικού ενός νοσοκομείου και οι οποίες βασίζονται σε μικρό ή μεγάλο βαθμό στις προαναφερόμενες θεωρίες σχετίζονται με:

❌ τη διαμόρφωση ενός υγιούς οργανωσιακού κλίματος. Το οργανωσιακό κλίμα αφορά την υποκειμενική αντίληψη των εργαζομένων για τον οργανισμό τους και φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην επιθυμία για συμμετοχή στην απόδοση έργου (Turnipseed)

❌ τη δημιουργία ομάδων εργασίας. Η παρακίνηση δημιουργίας ομάδων εργασίας θεωρείται σημαντική, δεδομένου ότι συνδυάζονται οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η εμπειρία πολλών ατόμων, υπάρχει κοινή δέσμευση προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, ενώ παράλληλα τονώνεται το ηθικό και ανεβαίνει η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων σε αυτές, καθώς υπάρχει αλληλοϋποστήριξη και αναγνώριση στους κόλπους της ομάδας (Λανάρα, 1994).

❌ την εφαρμογή του συμμετοχικού τρόπου διοίκησης. Η εφαρμογή των διαφόρων μοντέλων του συμμετοχικού management μεταξύ των

τμημάτων, κλινικών και υπηρεσιών του οργανισμού διευκολύνει περισσότερο την αποδοχή των αλλαγών του οργανισμού και εξασφαλίζει τη δέσμευση των εργαζόμενων στους νέους οργανωσιακούς στόχους (Turnipseed).

❌ τη διεύρυνση και τον εμπλουτισμό της εργασίας. Η τεχνική αυτή υποκίνησης αφορά τον επανασχεδιασμό μιας εργασιακής θέσης, έτσι ώστε αυτή να επεκταθεί οριζόντια, δηλαδή να περιλαμβάνει περισσότερα εργασιακά καθήκοντα του ίδιου επιπέδου υπευθυνότητας.

❌ τη θετική ενίσχυση των εργαζόμενων. Η μέθοδος για την εργασιακή παρακίνηση μέσω της θετικής ενίσχυσης στηρίζεται στην τεχνική της παροχής υλικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ανταμοιβών, με απώτερο στόχο την εκμάθηση και εφαρμογή από τους εργαζομένους της τεχνικής της αυτοενίσχυσης για την επίτευξη μόνιμα υψηλής επίδοσης.

Τέλος χρέος να υποκινήσει τους εργαζομένους έχει και ο εργοδότης τους, το Κράτος. Σχεδόν κανένα κίνητρο δεν παρέχεται και καμία τεχνική υποκίνησης δεν εφαρμοζόταν για το προσωπικό του νοσοκομείου ως και τα τελευταία χρόνια. Ακόμη και στα λίγα νοσοκομεία με ικανά στελέχη τα περιθώρια άσκησης αποτελεσματικής διοίκησης είναι περιορισμένα. Το θεσμικό πλαίσιο δεν επιτρέπει την παροχή οικονομικών κινήτρων και τη σύνδεση της παραγωγικότητας με τις οικονομικές απολαβές, τη διοίκηση με συγκεκριμένους στόχους και τη συμμετοχή των εργαζομένων στα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα του οργανισμού – νοσοκομείου, μεθόδους που αποτελούν τις πλέον συνηθισμένες τεχνικές υποκίνησης όπως αναφέρθηκε και προγενέστερα. Μελετώντας τους νόμους και τα προεδρικά διατάγματα των περασμένων δεκαετιών, διαπιστώνει κανείς σχεδόν την πλήρη απουσία διατάξεων που άμεσα ή έμμεσα επιτρέπουν, προωθούν ή επιβάλλουν κάποια στοιχειώδη έστω τεχνική υποκίνησης. Ακόμη και όταν γίνεται αυτό το μέτρο τελικά δεν εφαρμόζεται ή παρατηρούνται παραμορφωτικές στρεβλώσεις στην εφαρμογή που αναιρούν οποιαδήποτε θετική επίδραση θα μπορούσε να έχει στο μέλλον. Η αρχή του αναπτυξιακού εκσυγχρονισμού του χώρου της υγείας έγινε πρόσφατα με την Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού όπου θα είναι εφικτή η άσκηση πολιτικής κινήτρων και αντικινήτρων, αντί της ισοπεδωτικής λογικής του Δημοσίου. Μέχρι όμως τη ριζική αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας που

θα λύσει αυτά τα προβλήματα, είναι επιτακτική η ανάγκη να ανακοπεί η λογική της λιγότερης εργασίας με την όσο το δυνατό μεγαλύτερη αμοιβή που υιοθετείται από τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας και η αντικατάστασή της από εργασία πραγματικά υψηλής ποιότητας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 3^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Θεοδώρου Μ. Μητροσύλη Μ., (1999) : « Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Σελ.80 – 85, Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 2) Οικονόμου Χ., (2004): «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Σελ. 243 – 248, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- 3) Νιάκας Δ., (Ιούνιος 2003): «Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Σελ. 161 – 171, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- 4) Δερβένης Χ., Πολύζος Ν., (1995): « Μελέτη – Πρόταση για την Οργάνωση της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. και την ανάπτυξη του Ιατρικού δυναμικού», Σελ 83 – 87.
- 5) Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ., (2003): « Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια», Σελ. 54 – 56, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 6) Στάθης Γ., (1995): «Σημαντικά προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος», Σελ. 19 – 21, Έκδοση του περιοδικού Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα.
- 7) Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., Κουτούζης Μ., Σιγάλας Ι., Πολύζος Ν., (1999): « Βασικές Αρχές Διοίκησης – Διαχείρισης / Management Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 311 – 326, 370 – 372, 386 – 389, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 8) Ξηροτύρη – Κουφίδου Σ., (2001): «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων / Η πρόκληση του 21^{ου} αιώνα στο εργασιακό περιβάλλον», Σελ. 193 – 209, Εκδόσεις ΑΝΙΚΟΥΛΑ, Θεσσαλονίκη.
- 9) Καραπούλιας Δ.: «Η Υποκίνηση προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο», Σελ. 17 – 20, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2005.

- 10) Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων : « Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας / Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Σελ 215 – 227, Αθήνα Ιούνιος 1994
- 11) Ανδριώτη Δ. : «Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 39 –53, Εξάντας / Πολιτικές Υγείας 1998.
- 12) Υφαντόπουλος Ι. : «Τα οικονομικά της Υγείας / Θεωρία και Πολιτική», Σελ. 521 – 538, Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας, Αθήνα 2003

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έχει την ιδιαιτερότητα της συνύπαρξης σε αυτό στοιχείων που παραπέμπουν σε συστήματα με δημόσια αντίληψη, όσο και στοιχείων που εντάσσονται στη φιλελεύθερη άποψη για την υγεία, η οποία ευνοεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Η πολυσυνθετότητα αυτή σε συνδυασμό με την ανορθόδοξη παρουσία του κράτους (π.χ. με τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων που δεν ανταποκρίνονται στο πραγματικό κόστος) δεν αφήνει περιθώρια διαπραγμάτευσης μεταξύ των εταίρων του συστήματος (προμηθευτές υπηρεσιών, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κράτος, χρήστες), γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τις χρηματοδοτικές παραμέτρους του. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού από το οποίο όμως απουσιάζουν οι απαραίτητοι κανόνες δράσης που θα ρυθμίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία του.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια λειτουργίας του συστήματος, οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας που εντοπίζονται, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση).

4.2 Ο ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Πλεονεκτήματα της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι ότι έχει μικρό διοικητικό κόστος, αλλά κυρίως ότι οι ιατρικοί

– νοσηλευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν λαμβάνουν υπόψη το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και ταυτόχρονα δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού από τις παροχές, αφού πρόκειται περί λειτουργίας ενός συστήματος που εξυπηρετεί την παραγωγή ενός δημόσιου αγαθού. Μειονεκτήματα του εν λόγω συστήματος είναι η έλλειψη πλήρους οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού – προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του καταναλωτή – ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων, την πληρωμή των μισθών του νοσοκομειακού προσωπικού, τη χορήγηση επιδοτήσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, τις επενδύσεις κεφαλαίου κ.λπ. Ο γενικός προϋπολογισμός του κράτους είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Μέσω των τακτικών και έκτακτων επιχορηγήσεων καθώς και του προϋπολογισμού των δημόσιων επενδύσεων πραγματοποιούνται οι εισροές πόρων στα δημόσια νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων παραμένει σταθερά πάνω από το 70% παρουσιάζοντας μάλιστα αυξητικές τάσεις.

4.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα στην χώρα μας, είναι η κοινωνική ασφάλιση και πιο συγκεκριμένα οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών.

Η κύρια πηγή εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Στις εισφορές των εργοδοτών περιλαμβάνονται επίσης και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων. Γενικότερη διαπίστωση είναι ότι υφίστανται μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης όσον αφορά την αναλογία της εισφοράς ή τις εισφορές από διάφορες πηγές προς τα Ταμεία.

Ενώ οι πηγές χρηματοδότησης του ΙΚΑ, του ΤΕΒΕ και των Ταμείων Τραπεζικών υπαλλήλων προέρχονται κυρίως από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, οι πηγές άλλων ταμείων προέρχονται από τη γενική φορολογία, (όπως ο ΟΓΑ) ή από κοινωνικούς πόρους.

Η επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ως έσοδο της κοινωνικής ασφάλισης συνεχώς αυξάνεται, εξαιτίας του αυξανόμενου ελλείμματος των ασφαλιστικών ταμείων, ιδιαίτερα στον κλάδο των συντάξεων. Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80 αποδίδεται σε μια σειρά από παράγοντες όπως:

- ❌ Οι δημογραφικές εξελίξεις.
- ❌ Οι αλλαγές στην απασχόληση.
- ❌ Η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης.
- ❌ Η αύξηση των επιδομάτων χωρίς αντίστοιχη αύξηση των εισφορών.

Σχεδόν το σύνολο των κρατικών επιχορηγήσεων απορροφήθηκε από τους κλάδους συντάξεων. Οι κλάδοι υγείας παρέμειναν πλεονασματικοί διότι η κυβέρνηση ακολούθησε πολιτική χαμηλών αμοιβών προς τους παραγωγούς των υπηρεσιών.

Από το 1992 όμως και έπειτα, λόγω της αύξησης των νοσηλίων που πληρώνουν οι οργανισμοί στα δημόσια και ιδιωτικά συμβεβλημένα νοσοκομεία, άρχισαν να εμφανίζονται ελλείμματα και στους κλάδους υγείας. Έτσι η άντληση πρόσθετων εσόδων από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης γίνεται περισσότερο δύσκολη και θέτει ένα ολοένα μεγαλύτερο βάρος στο Κράτος το οποίο θα πρέπει να επιχορηγεί εκτός από τους κλάδους συντάξεων και τους κλάδους υγείας.

Τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών από τις αρχές του 1993 οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για τη μείωση της συμμετοχής του κράτους στην νοσοκομειακή χρηματοδότηση.

4.4 ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ

Την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν τα ατομικά ή τα οικογενειακά τους εισοδήματα. Οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών. Η λογική αυτής της συμμετοχής έχει δύο πτυχές: Αφενός να μειώσει την άσκοπη χρήση και αφετέρου να συγκεντρώσει επιπλέον πόρους. Είναι μια λογικά αντιφατική, αφού από τη μία επιβάλλουμε συμμετοχή για να περιορίσουμε την άσκοπη κατανάλωση, και από την άλλη προσπαθούμε να αυξήσουμε τα έσοδα μας. Η αλόγιστη επιβολή συμμετοχής στους χρήστες τείνει να αποτρέψει τη χρήση τόσο των απαραίτητων όσο και των λιγότερο απαραίτητων υπηρεσιών υγείας.

Ένα κομμάτι των πληρωμών που γίνονται από τους χρήστες, προορίζεται να καλύψει μέρος του κόστους των υπηρεσιών που παρέχονται από τη δημόσια ή την ιδιωτική ασφάλιση, και ένα άλλο κομμάτι τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται απ' αυτές. Επίσης, μέρος τους προορίζεται για υπηρεσίες που θεωρητικά καλύπτονται, αλλά στις οποίες η πρόσβαση είναι δύσκολη εξαιτίας της μεγάλης λίστας αναμονής ή της άνισης γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών αυτών. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες, οι ασθενείς μπορεί να επιλέξουν να αγοράσουν υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα. Τέλος οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν επιπλέον χρήματα στο δημόσιο τομέα για υπηρεσίες που λογικά θα πρέπει να καλύπτονται πλήρως. Πρόκειται γι' αυτές που είναι γνωστές ως «ανεπίσημες πληρωμές», «φακελάκια», «πληρωμές κάτω από το τραπέζι».

4.5 Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η Ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης συστημάτων υγείας, όπου το αγαθό υγεία θεωρείται ως ένα οποιοδήποτε καταναλωτικό αγαθό σε μια οικονομία όπου οι νόμοι της αγοράς και η θεωρία του ανταγωνισμού δημιουργούν και τους όρους διαμόρφωσης των τιμών και της γενικότερης ισορροπίας της. Ο μηχανισμός αυτός χρηματοδότησης είναι αρκετά

διαδεδομένος στις ΗΠΑ ενώ αποτελεί και μια δευτερεύουσα συμπληρωματική πηγή χρηματοδότησης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες , μεταξύ αυτών και στην Ελλάδα. Η εν λόγω πηγή χρηματοδότησης και το ποσοστό συμμετοχής της στο σύνολο των εσόδων για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας εξαρτάται πρώτον από τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των προσφερόμενων δημόσιων παροχών και το επίπεδο ικανοποίησης των καταναλωτών - ασθενών και δεύτερον από την πολιτική που ακολουθούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

Η ιδιωτική ασφάλιση δίνει την δυνατότητα επιλογής του ασφαλιστικού προγράμματος στα άτομα, τα οποία επιλέγουν μεταξύ διαφορετικών ανταγωνιστών, που πασχίζουν να προσφέρουν ποιότητα και καλές υπηρεσίες για να αυξήσουν τους πελάτες τους ώστε να διατηρηθούν στην αγορά. Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει πρόσθετους πόρους στο σύστημα υγείας και ενισχύει την καινοτομία στην παροχή των υπηρεσιών και την εισαγωγή νέας τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική για όλους (Chollet, Lewis, 1997).

Ταυτόχρονα όμως μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο αφορά τη διαφοροποίηση των προϊόντων που η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να προσφέρει, με αποτέλεσμα οι προσφεύγοντες σε αυτή να μην έχουν τη γνώση και τη δυνατότητα να συγκρίνουν τις τιμές και, συνεπώς, να είναι αβέβαιοι για τις επιλογές τους.

Επιπλέον, ένα σημαντικό πρόβλημα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι αυτό της δυσμενούς επιλογής το οποίο αφορά τον καθορισμό των ασφαλιστρων ανάλογα με τον κίνδυνο. Το πρόβλημα αυτό οδηγεί τις ασφαλιστικές εταιρείες σε αποκλεισμό από την ασφάλιση ατόμων υψηλού κινδύνου (ηλικιωμένοι, χρόνια πάσχοντες κτλ.) οι οποίοι παραμένουν εκτός ασφαλιστικής κάλυψης.

Τέλος δύο άλλα μειονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι το υψηλό διοικητικό της κόστος και η αδυναμία της να πραγματοποιήσει οικονομίες κλίμακας, στοιχείο που χαρακτηρίζει μεγάλους δημόσιους οργανισμούς που

έχουν μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων και κατορθώνουν να μειώνουν το λειτουργικό κόστος (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991).

4.6 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ [ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ(ΑΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) – ΔΙΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ]

Το δημόσιο λογιστικό σύστημα είναι ένα σύνολο νομικών κανόνων και διατάξεων που υιοθετεί κάποιες έννοιες απολογιστικής και ταμειακής λογιστικής. Τα πάντα βασίζονται στην κατάρτιση προϋπολογισμών, δηλαδή ελέγχονται οι αποκλίσεις προϋπολογιστικών και πραγματικών μεγεθών.

Οι δημόσιοι οργανισμοί, εφαρμόζοντας τις αρχές του δημόσιου λογιστικού δεν είναι σε θέση να παρουσιάσουν σε δεδομένη χρονική στιγμή την ακριβή οικονομική κατάσταση, τα περιουσιακά στοιχεία καθώς και τις διάφορες υποχρεώσεις – απαιτήσεις τους, αφού το ισχύον απλογραφικό σύστημα δεν παρέχει την δυνατότητα σύνταξης Ισολογισμού και Αποτελεσμάτων Χρήσεως. Επίσης, δεν πραγματοποιείται απογραφή τέλους.

Με το απλογραφικό σύστημα οι προϋπολογισμοί και απολογισμοί των δημόσιων οργανισμών στηρίζονται στην αρχή είσπραξης και πληρωμής, δηλαδή λαμβάνεται υπόψη μόνο ό,τι εισπράττεται και πληρώνεται (Παπαζάχος, 2003). Το δημόσιο λογιστικό σύστημα υιοθετεί μια απλογραφική μέθοδο καταγραφής των οικονομικών στοιχείων, πράγμα που σημαίνει ότι η κάθε πληροφορία καταγράφεται μονοσήμαντα. Η συγκεκριμένη μέθοδος αρχίζει κάθε έτος από μηδενική βάση, δηλαδή για κάθε κατηγορία εσόδων και εξόδων καταγράφει, αρχίζοντας κάθε χρόνο από το μηδέν, τι ποσά εισπράχθηκαν ή δαπανήθηκαν. Με τον τρόπο αυτό, όμως, δεν αποτυπώνεται η ιστορική συνέχεια, η οποία είναι απολύτως απαραίτητη. Η έννοια της δεδουλευμένης δαπάνης δεν υφίσταται στο απλογραφικό λογιστικό σύστημα και το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται ως δαπάνη η ενταλματοποιηθείσα και όχι η πραγματοποιηθείσα. Το συγκεκριμένο λογιστικό σύστημα δεν λειτουργεί ως μέσο άσκησης διοίκησης, προγραμματισμού και παρακολούθησης των

δραστηριοτήτων των δημόσιων οργανισμών, αλλά έχει σχεδιαστεί και λειτουργεί απλώς ως ένα σύστημα ταμειακής διαχείρισης, καλύπτοντας τα τυπικά ζητήματα της νομοθεσίας του δημόσιου λογιστικού. Ενδεικτικό της σοβαρότητας της κατάστασης είναι το γεγονός ότι το Υπουργείο Υγείας ουσιαστικά απευθύνεται στις φαρμακοβιομηχανίες για να διαπιστώσει το χρέος των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς τα νοσοκομεία δεν γνωρίζουν το ακριβές ύψος του χρέους τους.

Η απλογραφική λογιστική μέθοδος παρουσιάζει σημαντικά μειονεκτήματα, το κυριότερο εκ των οποίων είναι ότι οι οργανισμοί δημοσίου δικαίου δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν την οικονομική τους κατάσταση σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Διαπιστώνεται, λοιπόν, απουσία απαραίτητων οικονομικών και λογιστικών εννοιών στη λειτουργία των δημόσιων οργανισμών (π.χ. ισολογισμός, οικονομική εκμετάλλευση, κέντρα κόστους).

Περαιτέρω, μειονεκτήματα του απλογραφικού λογιστικού συστήματος είναι ότι δεν προβλέπεται κατηγοριοποίηση των εξόδων (όπως δαπάνες που αφορούν την εξυπηρέτηση των πολιτών και δαπάνες που αφορούν την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών των υπηρεσιών), δεν υφίσταται διαχωρισμός βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων και δεν παρέχεται η δυνατότητα της συνέχειας στην παρακολούθηση των έργων διαχρονικά.

Σε γενικές γραμμές το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι το Δημόσιο Λογιστικό είναι ένα εργαλείο καθαρά ταμειακής διαχείρισης και δεν διαθέτει τις δυνατότητες μιας ολοκληρωμένης και αξιόπιστης λογιστικής παρακολούθησης.

Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που καθιστά απαραίτητη την εφαρμογή και χρήση του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, το οποίο ονομάζεται έτσι γιατί για κάθε οικονομική πράξη που αποτυπώνει, καταγράφει και αναλύει σε δύο διαφορετικά σημεία ταυτόχρονα την πληροφορία.

Η κυριότερη διαφορά μεταξύ απλογραφικής και διπλογραφικής λογιστικής είναι ότι στην πρώτη υπάρχει μόνο ένας λογαριασμός που αυξομειώνεται, δηλαδή το ταμείο, ενώ στη δεύτερη υφίσταται μια πλειάδα λογαριασμών. Στο απλογραφικό

λογιστικό σύστημα τα έσοδα και τα έξοδα παρακολουθούνται από τις αντίστοιχες ταμειακές κινήσεις.

Άλλη ουσιώδης διαφορά είναι ότι στο απλογραφικό σύστημα το έσοδο θεωρείται ότι πραγματοποιείται ενώ στο διπλογραφικό όταν βεβαιώνεται. Επιπλέον υπάρχει χρονική υστέρηση ανάμεσα στις λογιστικές εγγραφές του απλογραφικού και του διπλογραφικού συστήματος, δηλαδή σύμφωνα με το πρώτο έχουμε λογιστική εγγραφή με την ενταλματοποίηση ή την είσπραξη, ενώ σύμφωνα με το δεύτερο έχουμε 2 εγγραφές ,μια με τη λήψη του παραστατικού και μια με την πληρωμή του.

Στο απλογραφικό σύστημα οι λογαριασμοί (εσόδων και εξόδων) αυξάνονται. Αντίθετα, στο διπλογραφικό οι λογαριασμοί έχουν διπλή έκφραση (τη χρέωση και την πίστωση), με αποτέλεσμα να αυξομειώνονται. Επίσης, στο διπλογραφικό σύστημα υπάρχουν λογαριασμοί που συστηματικά αυξομειώνονται, όπως των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων, ενώ στο απλογραφικό δεν υπάρχουν οι λογαριασμοί αυτοί.

Η ύπαρξη ενιαίου λογιστικού συστήματος στο διπλογραφικό αποτελεί μια πρόσθετη διαφορά σε σχέση με την απλογραφική λογιστική. Είναι γεγονός ότι το απλογραφικό λογιστικό σύστημα δίνει μεν τη δυνατότητα να παρακολουθείται κάθε οικονομική δραστηριότητα του δημόσιου οργανισμού, αλλά αυτό γίνεται με την τήρηση ενός μεγάλου αριθμού βιβλίων, ασύνδετων μεταξύ τους. Το διπλογραφικό σύστημα παρέχει αντίθετα, τη δυνατότητα να παρακολουθούνται όλα αυτά τα στοιχεία μέσα από ενιαίο λογιστικό κύκλωμα.

Επιπλέον, από το απλογραφικό σύστημα δεν προκύπτουν στοιχεία για το ετήσιο αποτέλεσμα της δραστηριότητας του οργανισμού, ενώ από το διπλογραφικό προκύπτει το αποτέλεσμα με λογιστικές εγγραφές και εμφανίζεται μέσω ειδικής ομάδας λογαριασμών.

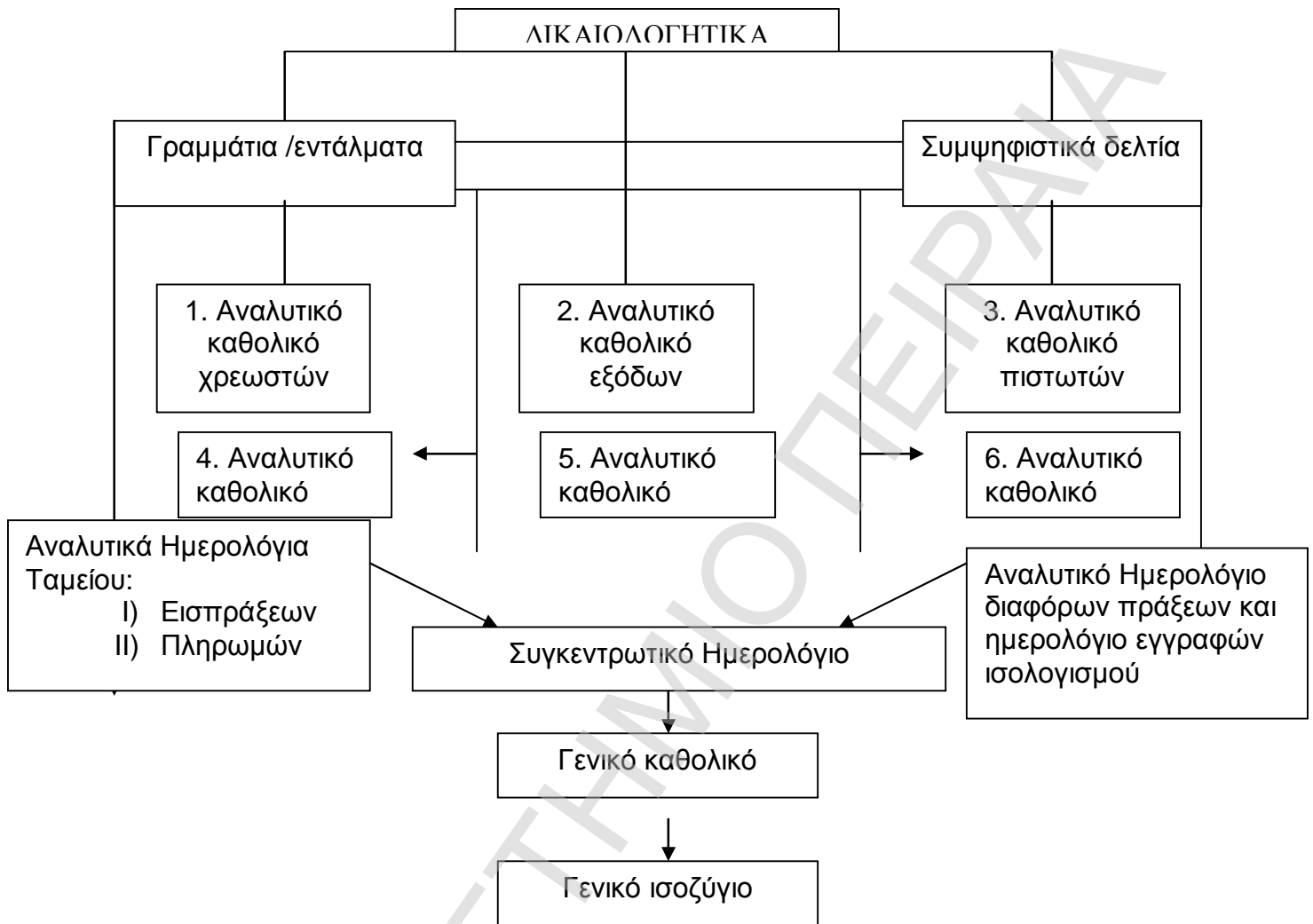
Επιπρόσθετα, το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα εμφανίζει αναλυτικά την περιουσιακή κατάσταση του οργανισμού, ενώ το απλογραφικό απαιτεί γι' αυτό ξεχωριστό βιβλίο, άσχετο με το σύστημα οικονομικής διαχείρισης. Ο

ισολογισμός που δημοσιεύουν οι οικονομικές μονάδες, οι οποίες τηρούν διπλογραφικό σύστημα, εμφανίζει την περιουσία τους κατά κατηγορία.

Τέλος το απλογραφικό σύστημα δεν έχει την δυνατότητα διαχωρισμού των χρήσεων , καθώς αντιμετωπίζει την είσπραξη σαν έσοδο της χρήσης που εισπράττεται και την πληρωμή σαν έξοδο της χρήσης που πληρώνεται. Από την άλλη πλευρά, το διπλογραφικό σύστημα αντιμετωπίζει το έσοδο και το έξοδο ότι πραγματοποιείται την χρήση που πραγματοποιείται ανεξάρτητα εάν πληρώνεται ή εισπράττεται.

Από την παραπάνω παράθεση των διαφορών μεταξύ απλογραφικού και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος γίνονται παράλληλα εμφανή και τα πλεονεκτήματα του διπλογραφικού συστήματος. Για την υλοποίηση όμως της εισαγωγής του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, κάθε δημόσιος οργανισμός θα πρέπει να εκτιμήσει τις δυνατότητες του προσωπικού, τις ανάγκες σε εκπαίδευση, τη δυνατότητα αξιοποίησης ορισμένων στελεχών σε νέες θέσεις και την πορεία ολοκλήρωσης της μηχανογράφησης του οργανισμού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Πηγή: Π.Δ. 146/

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 4^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Πανοσκάλτση Ι., (Οκτώμβριος 2004): «Ιστορική εξέλιξη και Παρούσα κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Σελ. 74 – 78, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 2) Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000): «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Τόμος Β, Σελ. 78 – 84, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- 3) Αλέτρας Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., (2002): «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 47 – 59, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 4) Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002): «Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα / Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας», Σελ. 22 – 23, Εκδόσεις Παπαζήση, Σειρά Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα.
- 5) Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1991): « Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 16 – 24, 51 – 58, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- 6) Τσάκωνας Α., (Ιανουάριος 2001): « Απλογραφικό και Διπλογραφικό Σύστημα – Σύγκριση και Δημόσιο Λογιστικό», Σελ 3 – 7, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 7) Οικονόμου Χ., (2004) : « Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Σελ. 248 – 256, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- 8) Σουλιώτης Κ., (2000): « Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Σελ. 63 – 67, Σειρά Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Εκδόσεις Παπαζήση.
- 9) Νιάκας Δ., (Ιούνιος 2003): « Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Σελ. 25 – 36, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

- 10) (Μαΐος 2001): « Πρακτικά ζητήματα Νοσοκομειακού Management», τα πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου, Σελ. 120 – 123, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα
- 11) Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μάμας, (1995): «Ενιαίος Φορέας Υγείας / Η οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 36 – 37, Αθήνα.
- 12) Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (1997): «Ενιαίος Φορέας Υγείας / Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Σελ. 285 – 288, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- 13) Σούλης Σ., (1998): « Οικονομική της Υγείας», Σελ. 297 – 299, Εκδόσεις Παπαζήση.
- 14) Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1994): « Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Σελ. 106 – 115, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- 15) Τριβυζαβάκης Ν., (2004): «Λογιστική Αλλαγή στο Δημόσιο Τομέα με έμφαση στο Ε.Σ.Υ.», Σελ. 70 – 78, 79, Διατμηματικό MBA, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 16) Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων : « Μελέτη για το Σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας / Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Σελ. 75 – 83, Αθήνα Ιούνιος 1994.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΙΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

5.1 Η ΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία είναι ένα αγαθό που δημιουργεί εξωτερικές επιδράσεις (Culyer A.J., 1980), επομένως, για το καλό ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου, θα πρέπει να εξυπηρετούνται όλοι με τον ίδιο τρόπο από τις υπηρεσίες υγείας (είτε αυτοί είναι πλούσιοι είτε είναι φτωχοί, είτε ζουν σε αστικά κέντρα είτε ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές). Είναι σημαντικό λοιπόν να υπάρχει ισότητα τόσο στην υγεία γενικότερα όσο και στις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα.

Η ισότητα στην υγεία αναφέρεται στη δημιουργία ίσων ευκαιριών στην υγεία και στην κατά το δυνατόν άμβλυνση των εκάστοτε διαφοροποιήσεων. Από την άλλη πλευρά η ισότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται σαν ίση πρόσβαση στη διαθέσιμα φροντίδα για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και ίδιο επίπεδο φροντίδας – ποιότητας στην φροντίδα – για όλους (Leeman H., 1985).

Η προσέγγιση της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας προκύπτει από την άποψη του Αριστοτέλη για τη δικαιοσύνη, που ουσιαστικά δηλώνει ότι πρέπει να παρέχεται ίση φροντίδα για ίσους και άνιση φροντίδα για μη ίσους, αλλά σε αναλογία με τις σχετικές διαφοροποιήσεις και ανισότητές τους. Αυτή η άποψη σχηματίζει τη βάση για τη διάκριση ανάμεσα σε οριζόντια ισότητα (ίση φροντίδα για άτομα με ίσες ανάγκες ή ίση ικανότητα για πληρωμή) και κάθετη ισότητα (άνιση φροντίδα για άτομα με άνισες ανάγκες ή άνιση ικανότητα για πληρωμή), αλλά πάντα σε σχέση με τις ανάλογες ανισότητες.

Η έννοια της ισότητας συνδέεται και με την έννοια της δίκαιης κατανομής των πόρων και υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο λοιπόν των υπηρεσιών υγείας το ζήτημα της ισότιμης κατανομής των δαπανών μεταφράζεται ως χρηματοδότηση

ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής (ισότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας). Η ισότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας προσεγγίζεται περισσότερο από την άποψη της κάθετης ισότητας.

Η ισότητα στη χρηματοδότηση έχει άμεση σχέση με το εισόδημα των πολιτών, καθώς συνδέεται με τη δυνατότητά τους για πληρωμή. Παράγοντες που καθορίζουν την ισότητα στη χρηματοδότηση είναι οι ακόλουθοι:

- ❌ **Το σύστημα χρηματοδότησης** δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτείται κάθε σύστημα υγείας.

Η σχέση κράτους και συστήματος υγείας

- ❌ **Ιστορικό προηγούμενο** δηλαδή το πώς και το που είχαν καταμεληθεί οι πόροι στο παρελθόν.
- ❌ **Αξιολόγηση αναγκών.** Οι τρέχουσες ανάγκες που καταγράφονται σε παγκόσμιο αλλά και σε εθνικό επίπεδο παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της διανομής χρηματοδότησης.
- ❌ **Δυνατότητα επιχορηγήσεων.** Το ύψος και η κατεύθυνση των επιχορηγήσεων είναι πολλές φορές δεσμευτικά για τις δραστηριότητες των υπηρεσιών υγείας.

Οι διαστάσεις της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία προσεγγίζεται περισσότερο από την άποψη της οριζόντιας ισότητας, περιλαμβάνουν ισότητα στην πρόσβαση και ισότητα στη χρησιμοποίηση.

Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την απουσία οποιουδήποτε οικονομικού, κοινωνικού ή άλλου κριτηρίου για την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και την κατανομή των πόρων μεταξύ των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Η ισότητα στην πρόσβαση θα μπορούσε να αναλυθεί σε :

- ❌ **Οικονομική ισότητα στην πρόσβαση.** Θα πρέπει να έχουν όλοι τη δυνατότητα για ίση πρόσβαση σε καλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής.

- ❌ **Γεωγραφική ισότητα στην πρόσβαση** (π.χ. να είναι ίδιες οι αποστάσεις προς τις εγκαταστάσεις των υπηρεσιών υγείας).
- ❌ **Λειτουργική ισότητα.** Θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι το κατάλληλο είδος φροντίδας θα είναι διαθέσιμο σε μια συνεχή βάση σε αυτούς που το χρειάζονται.

Πολιτιστική ισότητα στην πρόσβαση. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τεχνικές και διοικητικές μέθοδοι για την αποφυγή διακρίσεων όσον αφορά πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των πληθυσμών.

Ισότητα στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας σημαίνει ισότιμη μεταχείριση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρησιμοποιούν. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα, το μέγεθος της κοινότητας στην οποία εκδηλώνεται η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση του ασθενή, έχουν σημαντικές επιδράσεις στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει να υπάρχει συνδυασμός ισότητας στην πρόσβαση και ισότητας στη χρησιμοποίηση.

Τέλος θέλοντας να περιγράψουμε την κατάσταση στην Ελλάδα πάνω στο σημαντικότερο ζήτημα της ισότητας στις Υπηρεσίες Υγείας μπορούμε να αναφέρουμε ότι παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει την τελευταία εικοσαετία, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες τόσο όσον αφορά τη χρηματοδότηση, όσο και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις ασφαλιστικές παροχές μεταξύ των διαφόρων ασφαλιστικών φορέων και κατ' επέκταση διαφορετικές είναι και οι εισφορές αλλά και η ασφαλιστική κάλυψη για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον υφίστανται γεωγραφικές ανισότητες στην παροχή νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης οικονομικές και πολιτιστικές διαφοροποιήσεις που δυσχεραίνουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 5^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (2000): « Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 45 – 47, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- 2) Νιάκας Δ., (1993): « Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη / Η περιφερειακή πολιτική Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 43 – 69, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- 3) Μάντη Π., Τσελέπη Χ., (2000): « Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας», Τόμος Α, Σελ. 115 – 125, 140, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 4) Καραβέλα Ε., (2002): « Ισότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 2 – 19, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Επιστήμης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 5) Υφαντόπουλος Ι. : «Τα οικονομικά της Υγείας / Θεωρία και Πολιτική», Σελ. 146 – 151, Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας, Αθήνα 2003.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΣΘΕΝΕΙΣ –ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

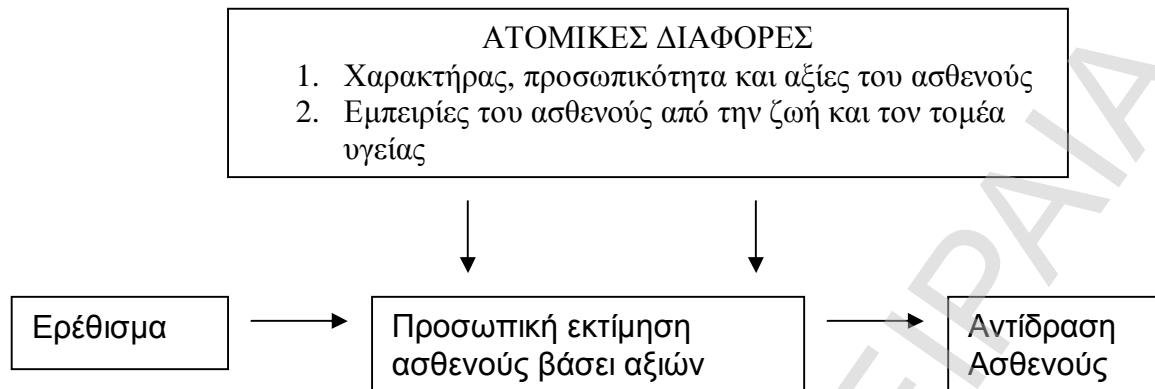
6.1 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ – ΧΡΗΣΤΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Αυτές είναι τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής, οι αντιδράσεις και οι ατομικές διαφορές (Παπανικολάου 1995).

Το πρώτο μέρος του ορισμού εστιάζει στην προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία οι ασθενείς κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Το δεύτερο μέρος του ορισμού εστιάζει στο πως η ψυχοσύνθεση, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας, μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα αυτά.

Συνολικά, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, η ικανοποίηση των ασθενών εννοιολογικά ορίζεται ως: οι προσωπικές εκτιμήσεις τους και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής καθώς και από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του και από τον τομέα της Υγείας (Διάγραμμα 6.1)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



Η ικανοποίηση του ασθενή – χρήστη καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από δύο ομάδες παραγόντων:

- 1) Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας,
- 2) Τις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή

Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας αφορούν:

- ❌ Τη διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο και την παροχή πρώτων φροντίδων.
- ❌ Τη φροντίδα στον θάλαμο και την ιατρική φροντίδα.
- ❌ Τη ζωή του ασθενή στο θάλαμο.
- ❌ Τη διαδικασία της αναχώρησης.
- ❌ Τη διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων, χρηματικών απαιτήσεων, τη συμπλήρωση εγγράφων.

Μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος της κριτικής που ασκείται για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι η έντονη δυσαρέσκεια του κοινού για την ανθρωπιστική διάσταση της προσφερόμενης ιατρικής φροντίδας. Σωστές σχέσεις μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας διαμορφώνονται μόνο όταν ο δεύτερος, εκτός των άλλων, είναι σωστά εκπαιδευμένος, ειδικά σε

θέματα επικοινωνίας. Έτσι, αξιοποιώντας και την πείρα του, θα εμπνεύσει εμπιστοσύνη στον «πελάτη» για κάθε βοήθεια που θα χρειαστεί.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε την περιορισμένη δυνατότητα δημιουργίας διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον ειδικό γιατρό στην περίπτωση που ο ασθενής επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία, όπου συνήθως εξυπηρετείται από διαφορετικό γιατρό κάθε φορά.

Με άλλα λόγια, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ψάχνουν υπηρεσίες που αφενός φροντίζουν για τους ασθενείς χωρίς χρονοτριβές και θα τους μεταχειρίζονται αξιοπρεπώς και αφετέρου για υπηρεσίες που θα έχουν το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό επιτυχίας και επίτευξης των επιθυμητών διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Βέβαια όσο υψηλή και αν είναι η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, όσο επιτυχημένη προϋστορία και αν έχει, μια υπηρεσία που παρέχεται χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση είναι απίθανο να ικανοποιήσει τα ποιοτικά κριτήρια των ασθενών – χρηστών.

Στην χώρα μας σε αντίθεση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη, όπου υπάρχει πληθώρα πληροφοριών, οι ερευνητικές προσπάθειες για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας είναι ελάχιστες. Πρόκειται για έρευνες βασισμένες σε ποσοτικές μεθόδους: η συλλογή των στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν από τους ερευνητές και που απευθύνονταν σε ασθενείς που νοσηλεύονταν σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια δεν ήταν τα ίδια, παρά το γεγονός ότι η θεματολογία τους ήταν παρεμφερής. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τις συνθήκες νοσηλείας, για την οργάνωση του θεραπευτηρίου, για τις σχέσεις τους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα ερωτηματολόγια αυτά λοιπόν έδωσαν την αφορμή για την εξαγωγή πλήθους σημαντικών συμπερασμάτων. Τα σημαντικότερα από αυτά παρουσιάζονται συνοπτικά στην συνέχεια.

Μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας εμφανίζουν οι γυναίκες, τα άτομα με μέση και ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση και τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα, σε αντίθεση με τους άνδρες, τις εργαζόμενες γυναίκες και

τα άτομα ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης (Γεωργούση και συν., 1994, Παπανικολάου 1995).

Οι ασθενείς δείχνουν αρκετή εμπιστοσύνη στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι ευχαριστημένοι από το επίπεδο της νοσηλείας, από την ιατρική παρακολούθηση και από την ευρύτερη υποστήριξη. Οι ασθενείς πιστεύουν πως η κατάρτιση του προσωπικού και των γιατρών είναι άρτια, συμφωνώντας κατά μεγάλη πλειοψηφία πως το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του νοσοκομείου είναι οι γιατροί (Γιαννούτσος και συν., 1993, Κυριόπουλος και συν., 1993, Γεωργούση και συν., 1994).

Μπορεί τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα του νοσοκομείου να πηγάζουν από τον ανθρώπινο παράγοντα, όμως τα μεγαλύτερα και περισσότερα παράπονα των ασθενών κατευθύνονται προς το ξενοδοχειακό μέρος του νοσοκομείου. Τέλος ικανοποιημένοι φάνηκαν οι ασθενείς που είχαν πλήρη ενημέρωση για την κλινική εικόνα τους πριν από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο χωρίς να έχουν πάρει πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 6^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Μάντη Π., Τσελέπη Χ., (2000): « Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας», Τόμος Α', Σελ. 166 – 170, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 2) Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (2003): «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 264 – 268, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

7.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ – ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι, θα λέγαμε, μεταβλητές που βοηθούν στην μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης.

Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να μετράνε με σαφήνεια το προσδιορισμένο αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μίας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχουμε οριοθετήσει για μελέτη.

Ένας συνηθισμένος τρόπος μέτρησης αλλά και εξέλιξης των δεικτών αξιολόγησης είναι η χρησιμοποίηση τριών διαστάσεων: Οικονομία – αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα.

Τα βασικά μέτρα κατασκευής αυτών των τριών διαστάσεων είναι:

- ❌ Κόστος: Τα χρήματα που ξοδεύονται για την απόκτηση των πηγών
- ❌ Εισροές: Οι πηγές (προσωπικό – υλικό) που χρησιμοποιούνται για την παροχή υπηρεσιών.
- ❌ Εκροές: Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες.

- ∅ Αποτελέσματα: Οι πραγματικές συνέπειες και η αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις απόδοσης καθορίζονται ως εξής:

- ∅ **Οικονομία:** Η απόκτηση ανθρώπινου προσωπικού και υλικών πηγών για την κατάλληλη ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- ∅ **Αποδοτικότητα:** Η παραγωγή maximum εκροών για οποιοδήποτε σύνολο εισροών ή για τη χρησιμοποίηση των ελάχιστων εισροών για την απαιτούμενη ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ∅ **Αποτελεσματικότητα:** Η αποτελεσματικότητα του οργανισμού όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

Οι δείκτες αξιολόγησης πρέπει να είναι ποιοτικοί και ποσοτικοί, δηλαδή να μετρώνται η ποιότητα του οργανισμού και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7.1.1 Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μακρο-επίπεδο

Δείκτες εισροών και επάρκειας

- ∅ **A. Υλικοί πόροι**
 - § Νοσοκομεία
 - § Αναλογία κλινών / κατοίκων
 - § Περιφερειακή κατανομή Νοσοκομειακών κλινών γενικά
 - § Κέντρα Υγείας
 - § Περιφερειακά ιατρεία
 - § Αγροτικά ιατρεία
 - § Φαρμακεία
 - § Αναλογία ασθενοφόρων / κατοίκους

∅ Ανθρώπινοι πόροι

- § Σύνολο Απασχολουμένων Επαγγελματιών Υγείας
(Αναλογία απασχολουμένων / κλίνες).
- § Αναλογία ιατρών / κλίνες
- § Αναλογία νοσηλευτών / κλίνες
- § Αναλογία διοικητικών / κλίνες

∅ Οικονομικοί πόροι

- § Δαπάνες υγείας στο Α.Ε.Π.
- § Δαπάνες υγείας / κάτοικο
- § Δαπάνες υγείας / περιφέρεια
- § Δαπάνες υγείας / Ασφαλιστικό Οργανισμό και ασφαλισμένο
- § Δημόσιες – Ιδιωτικές δαπάνες

Δείκτες εκροών**∅ Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος**

- § Μέση κάλυψη Νοσηλευτικών Κλινών
- § Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- § Αριθμός ασθενών – εισαγωγών
- § Αριθμός επείγουσών περιστατικών

∅ Δείκτες χρησιμοποίησης κατανάλωσης

- § Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών
- § Εισαγωγές
- § Ιατρικές επισκέψεις
- § Κατανάλωση φαρμάκων

Δείκτες αποτελεσμάτων

- Ø Δείκτες Νοσηρότητας
- Ø Δείκτες Θνησιμότητας
- Ø Δείκτες διασωθέντων ετών ζωής
- Ø Δείκτες ποιότητας ζωής – Ικανοποίησης Ασθενών (π.χ. μείωση των εσφαλμένων διαγνώσεων)

7.1.2 Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο**Δείκτες εισροών και επάρκειας**

- Ø **Υλικοί πόροι**
 - § Αριθμός κλινών
 - § Αριθμός κλινών ανά τμήμα
 - § Αριθμός ακτινολογικών Μηχ/των
 - § Μονάδες τεχνητού νεφρού
- Ø **Ανθρώπινοι πόροι**
 - § Απασχολούμενοι / κλίνη
 - § Γιατροί / κλίνη
 - § Νοσηλευτές / κλίνη
 - § Διοικητικοί / κλίνη
 - § Τεχνικοί / κλίνη
- Ø **Οικονομικοί πόροι**
 - § Συνολικό κόστος νοσοκομείου
 - § Σταθερό κόστος νοσοκομείου
 - § Μεταβλητό κόστος νοσοκομείου
 - § Μέσο κόστος ανά ασθενή
 - § Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή
- Ø **Άλλοι δείκτες**
 - § Λίστες αναμονής ανά κατηγορία νόσου
 - § Περιστατικά που δεν έγινε εισαγωγή

Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας – παραγωγικότητας**∅ Απλοί δείκτες**

- § Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- § Αριθμός Εισαγωγών – Νοσηλευθέντων
- § Μέση κάλυψη κλινών (%)

∅ Σύνθετοι δείκτες

- § Δείκτες παραγωγικότητας
- § Δείκτες αποδοτικότητας
- § Δείκτες λειτουργικότητας

∅ Δείκτες αποτελεσμάτων

- § Ποσοστό μείωσης επαναεισαγωγών
- § Ποσοστό μείωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων
- § Ποσοστό μείωσης λανθασμένων διαγνώσεων
- § Ποσοστό ικανοποίησης νοσηλείας

∅ Δείκτες αποδοτικότητας

- § Σχέση εισροών / αποτελέσματος – εκροών
- § ανά κλίνη
- § ανά κατηγορία νόσου
- § ανά ιατρική πράξη

Η παραπάνω ανάλυση δεν εξαντλεί τους δείκτες απλά αναφέρονται οι πιο σημαντικοί.

Η σημασία των δεικτών για την μέτρηση της ποιότητας και την αξιολόγηση της είναι πολύ μεγάλη οι συνεχείς συγκρίσεις, μετρήσεις και δημιουργία νέων δεικτών οδηγεί συνεχώς στο να προσδιορίζεται ο όρος ποιότητα.

7.2 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η εφαρμογή των δεικτών μέτρησης:

- ❌ Μεγενθύνει τις δυνατότητες των διαδικασιών λήψης απόφασης
- ❌ Επιτρέπει να προσδιορισθεί αντικειμενικά η αποδοτική χρήση των διατιθέμενων πόρων.
- ❌ Υποδεικνύει τις περιοχές όπου προκύπτει ανάγκη βελτίωσης και παρακολουθεί τα αποτελέσματα των εφαρμοζόμενων ενεργειών
- ❌ Παρέχει τη δυνατότητα δημιουργίας συγκριτικής βάσης δεδομένων σε εθνικό επίπεδο, η οποία μπορεί να υποστηρίξει τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων αλλά και την ανάπτυξη εσωτερικών διαδικασιών βελτίωσης της Ποιότητας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 7^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Τσάκωνας Α., (Νοέμβριος 2000): «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Δείκτες Ποιότητας», Σελ. 7 – 9, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 2) (Μάιος 2001): «Πρακτικά ζητήματα Νοσοκομειακού Management», τα πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου, Σελ. 311 - 312 Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- 3) Σούλης Σ., (1998): «Οικονομική της Υγείας», Σελ. 338 – 345, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 4) Χρόνης Σ.: «Δείκτες Δραστηριότητας: Management των Αλλαγών και Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στο Χώρο των Νοσοκομείων», Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2003.
- 5) Αδαμαντίδου Τ. : «Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας», Σελ. 31 – 32, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2004.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι προφανές ότι κάθε δράση ή μέτρο που θα επιλύει ένα από τα προβλήματα και θα βελτιώνει έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα βελτιώνει και την ποιότητα συνολικά. Οι δράσεις αυτές είναι πάρα πολλές και διαφέρουν ανάλογα με την μονάδα υγείας. Οι πλέον καθιερωμένες μέθοδοι αποτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

- ∅ Ποιοτικός Έλεγχος
- ∅ Διασφάλιση της Ποιότητας
- ∅ Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- ∅ Κύκλοι Ποιότητας
- ∅ Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (QALYs).

Η εφαρμογή τους θα διαμορφώσει ένα γενικό πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας από το οποίο θα εκπορεύονται οι επιμέρους δράσεις.

8.2 ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ

Είναι το σύνολο των τεχνικών διαδικασιών που επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών. Ο έλεγχος αυτός ενώ αποτελεί πολύ εύκολη υπόθεση για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών.

Η αδυναμία του ποιοτικού ελέγχου έγκειται στο γεγονός ότι ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής - διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, μετά δηλαδή την παραγωγή τους και αυτό συνεπάγεται πρόσθετες δαπάνες. Επίσης ο ποιοτικός έλεγχος διασφαλίζει βέβαια τον εντοπισμό των αδυναμιών όπου αυτό είναι δυνατό, δεν προεξοφλεί όμως ότι δεν θα παρουσιαστούν ξανά.

Η προσπάθεια λοιπόν για την οργάνωση ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει αναμφισβήτητα να ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια θα πρέπει να αποφασιστεί σε ποιο από τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος (δομή, διαδικασίες ή αποτελέσματα) θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις, ποια θα είναι η μορφή τους και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

8.3 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Διασφάλιση της Ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές. Με απλά λόγια, σωστή και οργανωμένη διαχείριση.

Η διαφορά της από τον ποιοτικό έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ ο ποιοτικός έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η διασφάλιση ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας ονομάζουμε την οργάνωση, τα αναγκαία μέσα και το προσωπικό που απαιτούνται για τη διεκπεραίωση της διασφάλισης ποιότητας.

Για να διασφαλισθεί η ποιότητα είναι απαραίτητο αρχικά να εξασφαλισθεί ότι όλες οι προδιαγραφές και απαιτήσεις που αφορούν ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία είναι επαρκώς γνωστές και κατανοητές από όλους όσους θα κληθούν να εφαρμόσουν ένα τέτοιο σύστημα. Ο τελικός στόχος της διασφάλισης ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Η εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας καθιστά πολύ δύσκολο – αν όχι αδύνατο – τον ακριβή και λεπτομερή προσδιορισμό των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου, αφού κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος δε σχετίζεται ούτε υπόσχεται βελτίωση της ποιότητας. Το ουσιαστικό κέρδος της επιχείρησης που θα εγκαθιδρύσει ένα τέτοιο σύστημα θα είναι η σταθερότητα της ποιότητας και η αξιοπιστία των προϊόντων ή υπηρεσιών της. Και αυτό σίγουρα είναι το πρώτο βήμα για βελτίωση της ποιότητας.

8.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management – TQM) είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμπυχου και άψυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει ως βασικό προσανατολισμό την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Στο πλαίσιο της ΔΟΠ οι πελάτες διακρίνονται σε :

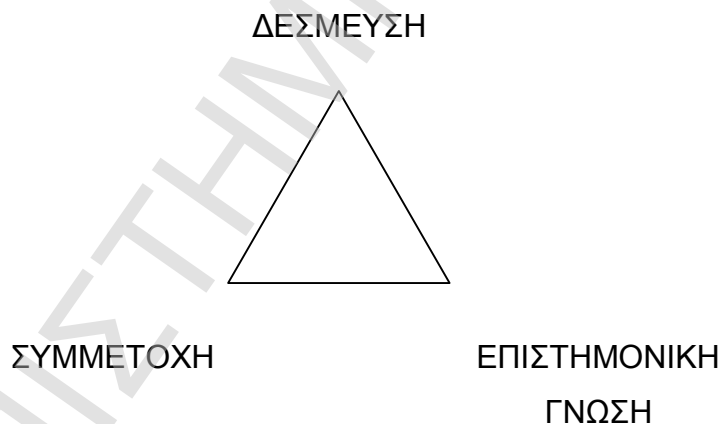
- ❌ Εξωτερικούς πελάτες : είναι οι τελικοί καταναλωτές ή χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών

- ∅ Εσωτερικοί πελάτες είναι τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των προϊόντων ή συμμετέχουν στην παροχή των υπηρεσιών.

Είναι ευνόητο ότι οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες. Η τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, προϋποθέτει πρώτα απ' όλα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού.

Τα βασικά αξιώματα - προϋποθέσεις για την επιτυχία της ΔΟΠ είναι το τρίπτυχο Δέσμευση, Συμμετοχή, Επιστημονική Γνώση, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω ισόπλευρο τρίγωνο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1 : ΤΟ ΤΡΙΠΤΥΧΟ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΔΟΠ



- ∅ Η δέσμευση της ηγεσίας. Η απόλυτη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας και όλων των ηγετικών στελεχών του οργανισμού για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι απολύτως απαραίτητη και πρέπει να επιβεβαιώνεται διαρκώς στην πράξη. Χωρίς τη δική τους δέσμευση δεν είναι δυνατή καμιά αλλαγή στον οργανισμό.
- ∅ Επιστημονική Γνώση. Η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού όλων των βαθμίδων και κατηγοριών του οργανισμού είναι απαραίτητη. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν όλες εκείνες τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε

το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητα τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση.

Ø Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι αδύνατη χωρίς τη συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων. Η εφαρμογή τους απαιτεί την ενεργό ανάμιξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Άλλωστε, γι' αυτό χαρακτηρίζεται και «ολική».

Τα οφέλη που μπορεί να απεικονίσει ένας οργανισμός από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων που παράγει ή των υπηρεσιών που παρέχει, η αύξηση της ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών του πελατών, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών του, η αύξηση της παραγωγικότητας του, η μείωση του κόστους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σ' αυτόν. Όλα τα παραπάνω οφέλη όμως είναι στην πραγματικότητα απόρροια της καλλιέργειας πνεύματος συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στον οργανισμό.

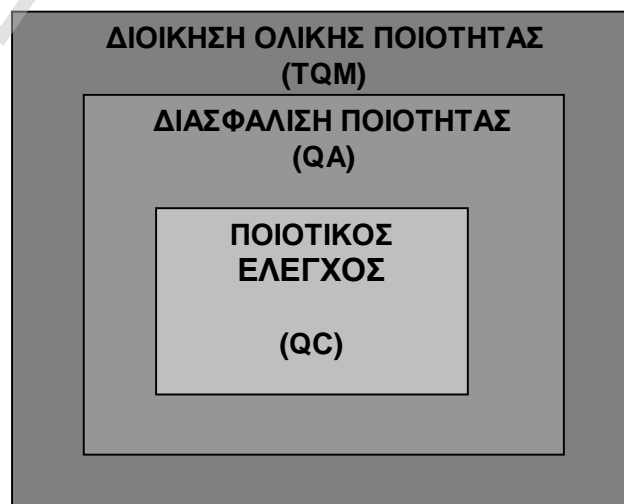
Η σχέση που συνδέει τον ποιοτικό έλεγχο, την διασφάλιση ποιότητας και την διοίκηση ολικής ποιότητας μπορεί να διατυπωθεί με την ακόλουθη εξίσωση:

$$TQM = QA + QC$$

ή

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας = Διασφάλιση Ποιότητας + Ποιοτικός Έλεγχος

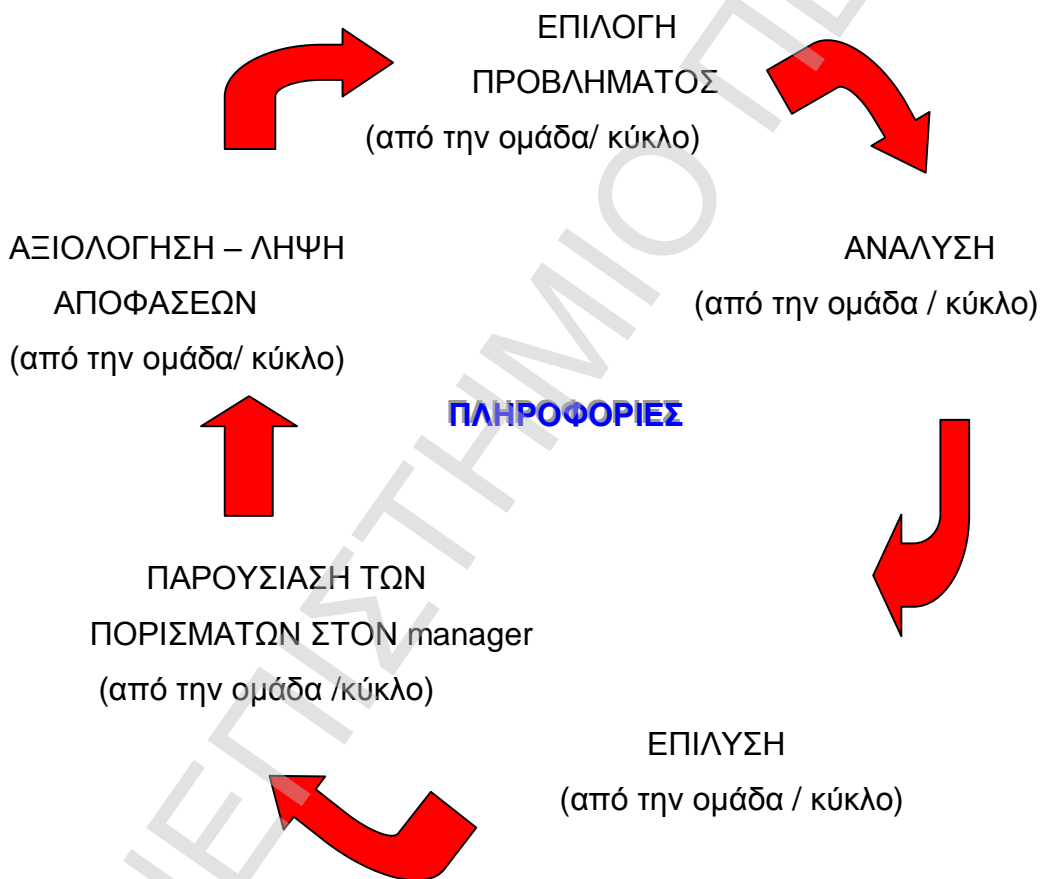
Μπορεί επίσης να απεικονισθεί με το παρακάτω διάγραμμα:



8.5 ΚΥΚΛΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (QUALITY CIRCLE)

Ως κύκλος ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 και 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιου τομείς του οργανισμού και εθελοντικά συναντώνται τακτικά με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι πάντα δυνατό να επιλυθούν με συμβατικές μεθόδους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2: ΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΥΚΛΟΥΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



(ΠΗΓΗ: Καριωτάκης 1992)

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της λειτουργίας των κύκλων ποιότητας είναι:

- ❌ Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν εθελοντικά και κατά κανόνα δεν αμείβονται για την ιδιαίτερη αυτή εργασία τους, ενώ η συμμετοχή προϊσταμένου ως απλού μέλους είναι επιθυμητή και χρήσιμη.
- ❌ Οι εργαζόμενοι μέλη της ομάδας του κύκλου ποιότητας, εκλέγουν μεταξύ τους τον Υπεύθυνο της ομάδας, με βάση τα ηγετικά του χαρακτηριστικά, την δημιουργικότητα του, το πνεύμα συνεργασίας και την ευελιξία του.
- ❌ Υπάρχει Συντονιστής που εποπτεύει και συντονίζει τις δραστηριότητες των διαφόρων Κύκλων Ποιότητας, εκπαιδεύει τους υπεύθυνους, εξασφαλίζει τους απαραίτητους χώρους – εξοπλισμό και αποτελεί τον σύνδεσμο με την διοίκηση.
- ❌ Ο υπεύθυνος εκπαιδεύεται κατάλληλα από τον συντονιστή, εκπαιδεύει τα άλλα μέλη, έχει την ευθύνη για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ομάδας και παρουσιάζει στην διοίκηση τα αποτελέσματα της εργασίας του κύκλου.
- ❌ Οι συναντήσεις – συνεδριάσεις της ομάδας γίνονται τακτικά (2-3 φορές το μήνα) και εντός του ωραρίου εργασίας.

Το πλεονέκτημα της εφαρμογής ενός προγράμματος κύκλων ποιότητας είναι η δυνατότητα ανάλυσης και επίλυσης των επιμέρους ειδικών προβλημάτων του χώρου εργασίας, που μπορεί πολύ πιο εύκολα να επιτευχθεί στα πλαίσια της λειτουργίας μικρών ομάδων στελεχών. Έτσι στα πλαίσια αυτών των ομάδων τα μέλη επιδεικνύουν αυξημένο ενδιαφέρον, καθώς η συμμετοχή τους είναι εθελοντική με την υποστήριξη των προϊσταμένων τους και χωρίς τον εξαναγκασμό της διοίκησης, ενώ τέλος είναι δυνατή και η αξιοποίηση των ικανοτήτων – δυνατοτήτων τους σε μεγάλο βαθμό.

8.6 ΠΟΙΟΤΙΚΩΣ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ (QALYS)

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς QALYs (Quality Adjusted Life Years) αποτελούν τα τελευταία χρόνια έναν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας.

Η μέθοδος αυτή που σχετίζεται με τη Διασφάλιση της Ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί, με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης των ασθενών, να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους.

Έτσι με την ανάλυση του κόστους – χρησιμότητας μπορεί να γίνει σύγκριση δύο διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών, οι οποίες χρησιμεύουν για την αντιμετώπιση του ίδιου υγειονομικού προβλήματος.

Η μέθοδος αυτή μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε επίπεδο κράτους για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους ορισμένων θεραπειών, συνεπώς και για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την κατανομή των πόρων στο τομέα της υγείας.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μέθοδος της ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας ανταποκρίνεται και στη σημερινή φιλοσοφία και τάση να συμμετέχουν ο ασθενής και οι δικοί του στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην αντιμετώπιση του υγειονομικού του προβλήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 8^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Κάτσικα Σ., (Μάρτιος 2002): «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας (EFQM Model)», Σελ. 2 – 4, 9 - 11 Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 2) Μπινιώρης Σ. : «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία», Σελ. 45 - 59, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 3) Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.: «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01», Σελ. 30 – 31, Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2005.
- 4) Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. : «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοφυπτιές και προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)», Σελ. 73 – 82, τόμος Δ, Πάτρα
- 5) Michael F. Drummond, Bernie J. O' Brien, Greg L. Stoddart, George W. Torrance : « Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υγείας», Σελ. 252 – 263, Εκδόσεις Κριτική 2002

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Η ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΑ ΠΙΟ ΓΝΩΣΤΑ ΒΡΑΒΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ISO 9000

9.1 Η ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Για την επίτευξη της συνεχούς ποιοτικής αναβάθμισης έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετοί μηχανισμοί, άλλοι σε επίπεδο ατομικής αντιμετώπισης, άλλοι σε επίπεδο οργανισμού και άλλοι σε επίπεδο συστήματος. Ένας από τους ευρύτερα εφαρμοσμένους μηχανισμούς στο επίπεδο του οργανισμού και του συστήματος είναι η διαπίστευση των υπηρεσιών, η οποία αποτελεί έναν μηχανισμό ποιοτικού ελέγχου και συνεχούς βελτίωσης με ιστορία σχεδόν ενός αιώνα (Scrivens – Klein –Steiner 1995).

Δύο είναι τα βασικά γνωρίσματα της διαπίστευσης (Scrivens, 1995α). Το πρώτο είναι η εθελοντική βάση της αξιολόγησης, εφόσον οι οργανισμοί υποβάλλουν αίτηση για τη διαπίστευση των υπηρεσιών τους με δική τους πρωτοβουλία. Το δεύτερο γνώρισμά της είναι η έμφαση στο μέγιστο και η μέτρηση του βαθμού που ένας οργανισμός υγείας υπολείπεται από αυτόν.

Η διαπίστευση μπορεί να εφαρμοστεί πρακτικά σε κάθε τομέα του συστήματος υγείας. Αν και η πλέον εξελιγμένη της μορφή αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπάρχουν οργανωμένα συστήματα διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα ιδιωτικά ιατρεία, τα εργαστήρια των νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων αλλά και τις ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Η διαπίστευση των υπηρεσιών της υγείας προϋποθέτει τη σύσταση ενός ανεξάρτητου φορέα που θα την υλοποιήσει. Στο φορέα αυτόν συμμετέχουν

εκπρόσωποι από τις ενώσεις των επαγγελματιών της υγείας, εκπρόσωποι από τον κεντρικό ρυθμιστικό φορέα του συστήματος, ενώ όλο και συχνότερη είναι τελευταία και η συμμετοχή εκπροσώπων των χρηστών του συστήματος μέσω οργανώσεων καταναλωτών ή ενώσεων εργαζομένων και συνταξιούχων.

Στον τομέα της υγείας είναι βέβαια γνωστό, ότι η τελική έκβαση ενός ασθενούς δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την περίθαλψη που έλαβε. Για το λόγο αυτόν η αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης απαιτεί την εκτίμηση τόσο των διαδικασιών που χρησιμοποιήθηκαν όσο και της τελικής έκβασης που σημειώθηκε.

Στα πλαίσια αυτά, η διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών με δύο διαφορετικούς και συμπληρωματικούς μηχανισμούς. Ο πρώτος είναι η εξέταση της δυνατότητας του οργανισμού να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες με βάση την υπάρχουσα οργανωτική του σύνθεση (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, 1999) και ο δεύτερος που παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, είναι η απευθείας αξιολόγηση της τελικής ποιότητας της περίθαλψης που παρέχει στην πράξη ο οργανισμός (Skolnick, 1997).

Η αξιολόγηση της περίθαλψης στα πλαίσια της διαπίστευσης δε γίνεται στη βάση υποκειμενικής γνώμης, αλλά με μέτρηση ως προς συγκεκριμένα κριτήρια που χαρακτηρίζουν την παροχή περίθαλψης υψηλής ποιότητας.

Ο καθορισμός των αναγκαίων κριτηρίων γίνεται με τη συνεισφορά των συλλογών των επαγγελματιών της υγείας καθώς και των ενώσεων των οργανισμών που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές κάτω από την καθοδήγηση του φορέα διαπίστευσης.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των κριτηρίων πρέπει να είναι η επιτευξιμότητά τους. Πράγματι, δεν προσφέρει κανένα ποιοτικό όφελος η σύνθεση κριτηρίων που απαιτούν απόδοση που βρίσκεται εκτός των ορίων του συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος μέσα στο οποίο εφαρμόζεται η διαπίστευση.

Ένα δεύτερο αναγκαίο χαρακτηριστικό των κριτηρίων είναι η αντικειμενική εκτίμηση και μέτρηση τους, διότι αλλιώς η όλη προσπάθεια εξαντλείται σε απλό ευχολόγιο χωρίς ουσιαστική επίδραση στη διαδικασία της ποιοτικής βελτίωσης.

Σημαντικό είναι ακόμα, τα κριτήρια διαπίστευσης να αξιολογούν το σύστημα και όχι τις πράξεις μεμονωμένων ατόμων. Σκοπός της διαπίστευσης δεν είναι να κρίνει και να επιβραβεύσει την εξαίρετη ή υποδεέστερη ατομική απόδοση, αλλά να διακρίνει και να ενισχύσει εκείνες τις παραμέτρους του συστήματος που θα μπορέσουν να οδηγήσουν σε υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της συνηθισμένης καθημερινής ατομικής απόδοσης.

Αφού διατυπωθούν τα κριτήρια αυτά υποβάλλονται στους παροχείς των υπηρεσιών ώστε οι οργανισμοί να μπορέσουν να αυτοαξιολογηθούν και να ξεκινήσουν την εφαρμογή βελτιώσεων όπου απαιτείται.

Στη συνέχεια, ο φορέας διαπίστευσης προχωρά στην αξιολόγηση του οργανισμού σε χρονικό διάστημα που είναι εκ των προτέρων γνωστό. Ως αξιολογητές χρησιμοποιούνται άτομα με αναγνωρισμένη εμπειρία και κύρος στον τομέα τους. Η επίσκεψη των αξιολογητών επαναλαμβάνεται τακτικά, με περίοδο που ποικίλλει στα διάφορα συστήματα από ένα έως τέσσερα χρόνια. Στις περισσότερες περιπτώσεις η συχνότητα της αξιολόγησης εξαρτάται αντίστροφα από το βαθμό συμμόρφωσης του οργανισμού.

Ο φορέας διαπίστευσης αξιολογεί στη συνέχεια το πόρισμα των αξιολογητών και αποφασίζει κατά πόσον πρέπει να αποδοθεί καθεστώς διαπίστευσης στο συγκεκριμένο οργανισμό. Πρέπει να τονιστεί ότι η απόδοση καθεστώτος διαπίστευσης δεν απαιτεί την πλήρη τήρηση όλων των κριτηρίων. Αντίθετα, αναμένεται ότι κανείς οργανισμός δε θα επιτυγχάνει πλήρη συμμόρφωση με τα κριτήρια, εφόσον αυτά εκφράζουν το μέγιστο επιτεύξιμο επίπεδο απόδοσης. Για το λόγο αυτόν αξιολογείται ο βαθμός συμμόρφωσης σε συνδυασμό και με τη βαρύτητα του κάθε κριτηρίου.

Τελικά λοιπόν, το πόρισμα της διαπίστευσης αποδίδει αναγνώριση και επιβράβευση σε όσους οργανισμούς υγείας διαθέτουν άρτια συστήματα οργάνωσης της παροχής των υπηρεσιών τους.

Ένας δεύτερος πυλώνας της διαπίστευσης είναι η αξιολόγηση του επιπέδου της περιθάλψης που πραγματικά παρέχει ο οργανισμός υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με δύο ξεχωριστούς μηχανισμούς. Ο πρώτος είναι η πραγματοποίηση απροειδοποίητων επισκέψεων όπου αξιολογείται σε ποιο βαθμό ο διαπιστευθείς οργανισμός εφαρμόζει τις διαδικασίες στην καθημερινή πράξη.

Η σημαντικότερη όμως εξέλιξη σ' αυτόν το δεύτερο πυλώνα της διαπίστευσης είναι η συνεχής αξιολόγηση της τελικής έκβασης των περιστατικών που ένας οργανισμός υγείας περιθάλπει. Η αξιολόγηση της έκβασης απαιτεί τη σύνθεση συγκεκριμένων κλινικών δεικτών και τη συνεχή συλλογή στοιχείων για την απόδοση του οργανισμού σε σχέση με τους υπό εξέταση δείκτες.

9.2 Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο Ελληνικός εθνικός φορέας πιστοποίησης είναι ο ΕΛΟΤ (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης). Ο ΕΛΟΤ ιδρύθηκε το 1976 ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιχορηγούμενο από το Κράτος και εποπτευόμενο από τον Υπουργό Βιομηχανίας. Από το 1997 ο ΕΛΟΤ λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρεία με το διακριτικό τίτλο ΕΛΟΤ Α.Ε., υπό την εποπτεία του Υπουργού Ανάπτυξης.

Ο ΕΛΟΤ δραστηριοποιείται με στόχο την ανάπτυξη, προαγωγή και εφαρμογή της τυποποίησης στην Ελλάδα και των δραστηριοτήτων που είναι συναφείς και απορρέουν από αυτή, όπως η πιστοποίηση, οι έλεγχοι και οι δοκιμές, και η πληροφόρηση.

Ο ΕΛΟΤ εκπονεί Πρότυπα είτε αυτά είναι πρωτογενώς ελληνικά είτε είναι εναρμονισμένα με τα Ευρωπαϊκά / Διεθνή Πρότυπα και συμμετέχει ως αποκλειστικός εκπρόσωπος της Ελλάδας σε μια σειρά από Οργανισμούς

Τυποποίησης όπως ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (CEN).

Η εκπόνηση Εθνικών Προτύπων και Προδιαγραφών καθώς και η συμμετοχή του ΕΛΟΤ στην Ευρωπαϊκή και Διεθνή Τυποποίηση συμβάλλει αποτελεσματικά στην ανάπτυξη και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας, την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των πολιτών και του περιβάλλοντος.

Τα πρότυπα αποτελούν το τεχνολογικό υπόβαθρο που επιτρέπει την παραγωγή αγαθών, υπηρεσιών και συστημάτων, συνιστούν κριτήριο για την τεχνολογική ανάπτυξη μιας χώρας ενώ ταυτόχρονα είναι , για το χρήστη, εγγύηση του αποδεκτού επιπέδου ποιότητας.

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία ο ΕΛΟΤ αναπτύσσει και εφαρμόζει διαδικασίες και συστήματα επιθεώρησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης. Στο πλαίσιο των διαδικασιών αυτών, το ενδεκαμελές αντιπροσωπευτικό Συμβούλιο Πιστοποίησης του ΕΛΟΤ απονέμει σήματα συμμόρφωσης και χορηγεί πιστοποιητικά συμμόρφωσης που υποδηλώνουν τη συμμόρφωση προϊόντων, διεργασιών, δραστηριοτήτων, οργανισμών, συστημάτων και προσώπων ή και συνδυασμό αυτών με τις απαιτήσεις Προτύπων και τυποποιητικών εγγράφων.

Ο ΕΛΟΤ είναι ο μοναδικός οργανισμός Πιστοποίησης από την Ελλάδα που συμμετέχει με τους Εθνικούς Οργανισμούς άλλων 30 χωρών στο Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης (IQNet), χορηγώντας παράλληλα με το πιστοποιητικό ΕΛΟΤ και το Πιστοποιητικό IQNet, εξασφαλίζοντας έτσι την αμοιβαία αναγνώριση και αποδοχή των πιστοποιητικών του.

Ο ΕΛΟΤ είναι διαπιστευμένος για την πιστοποίηση των Συστημάτων Διαχείρισης από τον Ιταλικό Φορέα Διαπίστευσης (SINCERT) και το Εθνικό Συμβούλιο (ΕΣΥΔ) και για την Πιστοποίηση προϊόντων από το ΕΣΥΔ.

Στην υλοποίηση των δραστηριοτήτων πιστοποίησης συμμετέχουν πάνω από 100 άριστα εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι επιθεωρητές.

Αναφορικά με την δραστηριότητα των ελέγχων και δοκιμών θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο ΕΛΟΤ διαθέτει 4 εργαστήρια δοκιμών. Αυτά είναι:

- ❌ Το Εργαστήριο Χαμηλής Τάσης
- ❌ Το Εργαστήριο Ηλεκτρικών Καλωδίων
- ❌ Το Εργαστήριο παιδικών παιχνιδιών και παιχνιδότοπων
- ❌ Το Εργαστήριο Ελέγχου Πολυμερών και Ελαστικών

Σημαντικό είναι επίσης να επισημανθεί το γεγονός ότι ο ΕΛΟΤ συνεργάζεται με εργαστήρια του εσωτερικού και του εξωτερικού για έκδοση εκθέσεων δοκιμής σε είδη που δεν καλύπτονται από τα εργαστήριά του.

Τέλος πολύτιμη είναι η παροχή από τον ΕΛΟΤ πληροφόρησης σχετικά με τα Εθνικά, Ευρωπαϊκά και Διεθνή Πρότυπα, τα Συστήματα Πιστοποίησης κ.α., καθώς επίσης και εξειδικευμένης και πιστοποιούμενης εκπαίδευσης σε Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας, Εργαλεία Ποιότητας, Εσωτερικές και Εξωτερικές επιθεωρήσεις κ.α.

9.3 ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας, γνωστό και ως E.Q.M. Award (European Quality Management Award), απονέμεται μια φορά το χρόνο στους οργανισμούς εκείνους οι οποίοι αποδεικνύονται οι καλύτεροι εκφραστές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ευρώπη. Το Βραβείο αυτό απονέμεται σε τέσσερις κατηγορίες οργανισμών, που είναι οι ακόλουθες: μεγάλες εταιρείες, παραγωγικές μονάδες εταιρειών, δημόσιοι οργανισμοί και μικρομεσαίες επιχειρήσεις.

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας απονέμεται από τον οργανισμό E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management), ο οποίος ιδρύθηκε το 1988 από την Ευρωπαϊκή ένωση με στόχο τη διασφάλιση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για τις ευρωπαϊκές εταιρείες μέσω της επίτευξης ποιότητας στην εξυπηρέτηση των πελατών τους. Ο E.F.Q.M. δημιούργησε και εποπτεύει

από το 1990 το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας, το οποίο είναι πρότυπο αυτοαξιολόγησης των ευρωπαϊκών οργανισμών σε σχέση με τα 9 Κριτήρια ενός ιδανικού Μοντέλου.

Τα κριτήρια αυτά ανήκουν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες: (α) τις προϋποθέσεις (enablers) όπου περιλαμβάνονται πέντε κριτήρια που καλύπτουν το: «τι κάνει ένας οργανισμός» και (β) τα αποτελέσματα (results) με τα τέσσερα επόμενα κριτήρια που εξετάζουν: «τι έχει επιτύχει και τι επιτυγχάνει ο οργανισμός με την πιστή εφαρμογή των 5 κριτηρίων προϋποθέσεων». Το κάθε ένα από τα εννέα κριτήρια του μοντέλου περιέχει έναν αριθμό υποκριτηρίων, που συνολικά φθάνουν τα 32.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ (ΚΡΙΤΗΡΙΑ 1-5)

Κριτήριο 1: Ηγεσία (περιλαμβάνει 4 υποκριτήρια)

Αναφέρεται στην συμπεριφορά όλων των προϊσταμένων, στο να οδηγήσουν τον οργανισμό προς την ολική ποιότητα. Δηλαδή, πως η ομάδα των ανώτατων στελεχών και άλλων διευθυντών, εμπνέουν και καθοδηγούν την ολική ποιότητα σαν την βασική διαδικασία του οργανισμού για συνεχή βελτίωση.

Κριτήριο 2: Πολιτική και στρατηγική (περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια)

Αφορά τις αξίες, το όραμα, την στρατηγική κατεύθυνση, καθώς και τον τρόπο που ο οργανισμός τα κάνει πραγματικότητα. Δηλαδή το πως ο οργανισμός ενσωματώνει στην δράση του, την ιδέα της Ολικής Ποιότητας για το προσδιορισμό, τη μετάδοση, την υλοποίηση, την αξιολόγηση και την αναθεώρηση της Πολιτικής και της Στρατηγικής του.

Κριτήριο 3: Ανθρώπινο Δυναμικό (περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια)

Πως ο οργανισμός απελευθερώνει το μέγιστο των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού μέσα από την ανάπτυξη κοινών αξιών καθώς και την ανάπτυξη κουλτούρα εμπιστοσύνης και ενδυνάμωσης των εργαζομένων, η οποία ενθαρρύνει την συμμετοχή όλων.

Κριτήριο 4: Συνεργασίες και Πόροι (περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια)

Αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός διαχειρίζεται τις εξωτερικές συνεργασίες του και τους εσωτερικούς πόρους του (οικονομικούς, υλικούς, πληροφορίες και τεχνολογία) με σκοπό να υποστηρίξει την πολιτική και στρατηγική του και την αποτελεσματική λειτουργία των διεργασιών του.

Κριτήριο 5: Διαδικασίες (περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια)

Αξιολογείται το πώς οι βασικές και υποστηρικτικές διαδικασίες ορίζονται, αξιολογούνται και, εφόσον είναι σκόπιμο, αναθεωρούνται, προκειμένου να εγγυώνται τη συνεχή βελτίωση των δραστηριοτήτων και την πλήρη ικανοποίηση των πελατών εσωτερικών και εξωτερικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΚΡΙΤΗΡΙΑ 6-9)

Κριτήριο 6: Ικανοποίηση Πελατών (περιλαμβάνει 2 υποκριτήρια)

Ποια είναι η εντύπωση των εξωτερικών πελατών για τον οργανισμό, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες του. Απαιτείται απόδειξη της επιτυχίας του οργανισμού στην ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών και η επιτυχία αυτή πρέπει να μετράται με δείκτες που αφορούν κάθε παράγοντα ικανοποίησής τους. Οι μετρούμενοι παράγοντες ικανοποίησης των πελατών μπορεί να είναι πολλές δεκάδες και πρέπει να υπάρχει αρχείο εξέλιξης για τουλάχιστον 3-5 χρόνια όπου θα αποδεικνύεται η συνεχή και σταθερή βελτίωση των περισσότερων από αυτούς.

Κριτήριο 7: Ικανοποίηση Εργαζομένων (περιλαμβάνει 2 υποκριτήρια)

Ποια είναι τα αισθήματα του προσωπικού απέναντι στον οργανισμό. Χρειάζεται ένδειξη της επιτυχίας του οργανισμού, ως προς την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ανθρώπων του. Η επιτυχία αυτή πρέπει να μετράται με δείκτες που αφορούν τόσο παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ανθρώπους του οργανισμού π.χ. εκτίμηση της εκπαίδευσης, όσο και δείκτες που αφορούν την ικανοποίηση με βάση τα επίπεδα ασθένειας – απουσίας από την εργασία κ.ά.

Κριτήριο 8: Επίδραση στο Κοινωνικό Σύνολο (περιλαμβάνει 2 υποκριτήρια)

Τι επιτυγχάνει ένας οργανισμός σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών της τοπικής, εθνικής ή και διεθνής κοινότητας και πως αντιλαμβάνεται τον οργανισμό το περιβάλλον κοινωνικό σύνολο. Εδώ περιλαμβάνονται οι απόψεις του κοινού σχετικά με το πώς ο οργανισμός προσεγγίζει θέματα όπως η ποιότητα ζωής, η διατήρηση πόρων κ.ά.

Κριτήριο 9: Επιχειρηματικά Αποτελέσματα (περιλαμβάνει 2 υποκριτήρια)

Αξιολογείται η επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων που έχουν τεθεί από τον οργανισμό. Επίσης, αξιολογείται η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών όσων έχουν οικονομικά οφέλη (π.χ. μέτοχοι) από τον οργανισμό. Κεντρική θέση στη λογική του Ευρωπαϊκού Μοντέλου κατέχει το τετράπτυχο γνωστό ως RADAR: Results (Αποτελέσματα), Approach (Προσέγγιση), Deployment (Ανάπτυξη), Assessment (Αξιολόγηση) & Review (Ανασκόπηση). Σύμφωνα με αυτή την λογική ο οργανισμός χρειάζεται:

1. Να καθορίζει τα αποτελέσματα στα οποία στοχεύει, ως μέρος της στρατηγικής τακτικής του.
2. Να σχεδιάζει μια ολοκληρωμένη ομάδα βασικών προσεγγίσεων για τα απαιτούμενα αποτελέσματα τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.
3. Να αναπτύσσει τις προσεγγίσεις αυτές με έναν συστηματικό τρόπο έτσι ώστε να εξασφαλίζεται πλήρης εφαρμογή.
4. Να αξιολογεί και να επανεξετάζει τις προσεγγίσεις και την ανάπτυξή τους, μέσα από την παρακολούθηση, την ανάλυση και την μέτρηση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων και με βάση δραστηριότητες συνεχούς εκμάθησης.

9.4 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ISO 9000

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 έχουν υιοθετηθεί από τον ΕΛΟΤ με την ονομασία ΕΛΟΤ EN ISO 9000. Τα πρότυπα αυτά περιλαμβάνουν μια σειρά από απαιτήσεις, η ικανοποίηση των οποίων πιστοποιείται από κάποιο διαπιστευμένο, για το σκοπό αυτό φορέα π.χ. ΕΛΟΤ. Η εφαρμογή και η

πιστοποίηση ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας ενός οργανισμού παραγωγής προϊόντων ή παροχής υπηρεσιών αποτελούν για τον πελάτη του οργανισμού διασφάλιση ότι το προϊόν θα ικανοποιεί συγκεκριμένες προδιαγραφές και ότι η ποιότητα του θα είναι σταθερή ή ότι θα λάβει υποσχεθέν επίπεδο υπηρεσιών. Διασφαλίζεται, λοιπόν, μέσω της εφαρμογής των προτύπων ένα επίπεδο Ποιότητας «γενικής αποδοχής».

Η σειρά ISO 9000 αποτελείται από διάφορες κατηγορίες. Μια εταιρεία που επιδιώκει την πιστοποίηση θα επιλέξει ένα από τα τρία επίπεδα που αντιπροσωπεύουν το ISO 9001, 9002, 9003.

ISO 9000. Ορισμοί και έννοιες.

ISO 9001. Το πιο ολοκληρωμένο πρότυπο. Διασφαλίζει την ποιότητα από όλες τις πλευρές, από το στάδιο του σχεδιασμού μέχρι την παραγωγή και την υποστήριξη.

ISO 9002. Το πρότυπο αυτό δεν περιλαμβάνει τη φάση σχεδιασμού του ISO 9001. Επικεντρώνεται στην παραγωγή και την παράδοση.

ISO 9003. Το πρότυπο αυτό είναι λιγότερο λεπτομερές από τα προηγούμενα. Δεν περιλαμβάνει ένα καθολικό σύστημα ποιότητας αλλά επικεντρώνεται στη δοκιμή και την επιθεώρηση.

ISO 9004. Το πρότυπο αυτό δεν αφορά τις σχέσεις με τους εξωτερικούς πελάτες αλλά προτείνει εσωτερικές μεθόδους για την εξασφάλιση των ποιοτικών κριτηρίων που περιλαμβάνονται στα προηγούμενα πρότυπα. Περιγράφει μεθόδους για την αντιμετώπιση τομέων όπως οι προμήθειες, η λήψη διορθωτικών μέτρων και η χρήση στατιστικών μεθόδων στις διαδικασίες ελέγχου .

Όλα τα πρότυπα ISO είναι γενικής εφαρμογής. Μπορούν να προσαρμοστούν σε κάθε κλάδο δραστηριότητας και σε κάθε τομέα παραγωγής αγαθών ή υπηρεσιών.

Η διαδικασία πιστοποίησης ISO 9000 συνήθως εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες εγκαταστάσεις παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών.

Στη συνέχεια παρατίθενται μερικές από τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των προτύπων της σειράς ISO 9000 και του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας (European Quality Award).

**ΠΙΝ. 9.1 ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ
ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΤΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ISO ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΒΡΑΒΕΙΟΥ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (E.Q.A.)**

Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας	ISO 9000
Ευρωπαϊκό	Ευρωπαϊκό – Διεθνές
Ποιότητα του «καλύτερου στο είδος του»	Ποιότητα κοινού παρανομαστή
Προσανατολισμένο στον άνθρωπο και το Σύστημα	Προσανατολισμένο στο Σύστημα
Έμφαση στη συμμετοχή και στη Συνεχή Βελτίωση	Έμφαση στον Έλεγχο
Αποθκλειστικό: 3 νικητές κάθε χρόνο, ένας σε κάθε κατηγορία	Ανοιχτό σε όλες τις επιχειρήσεις
Αυστηρά κριτήρια: <ul style="list-style-type: none"> § Ικανοποίηση πελατών § Μείωση κόστους § Συνεχής Βελτίωση § Ικανοποίηση προσωπικού 	Γενικά κριτήρια: <ul style="list-style-type: none"> § Ικανοποίηση Πελατών
Πρόληψη	Διόρθωση μετά από παράπονα των πελατών
Ο ανταγωνισμός είναι το μέτρο σύγκρισης	
Συνεχής Βελτίωση της σχέσης κόστους / απόδοσης	

9.5 ΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ MALCOLM BALDRIDGE

Το βραβείο Malcolm Baldrige National Quality Award καθιερώθηκε από την αμερικανική κυβέρνηση, προς τιμή του Αμερικανού Γραμματέα Εμπορίου Malcolm Baldrige, το 1987 επί θητείας του Προέδρου Ronald Reagan. Έκτοτε η απόκτηση του βραβείου αυτού από κάποια επιχείρηση αποτελεί εγγύηση

επαγγελματικής υπεροχής και αριστείας. Το Εθνικό Ινστιτούτο Προτύπων και Τεχνολογίας (National Institute of Standards and Technology) του Υπουργείου Εμπορίου των ΗΠΑ διατηρεί το δικαίωμα παροχής αυτού του βραβείου, το οποίο καθιερώθηκε για τους εξής σκοπούς:

- ❌ να συμβάλει στην ενημέρωση για τη βελτίωση της ποιότητας
- ❌ να αναγνωρίσει την επίτευξη βελτίωσης της ποιότητας, και τέλος
- ❌ να μεταφέρει και να διαχέει πληροφορίες σχετικά με τη σημασία της βελτίωσης της ποιότητας (Maxwell, 1984).

Τα βασικά σημεία της φιλοσοφίας που στηρίζεται το βραβείο Malcolm Baldrige National Quality Award είναι (Hart, 1992):

- ❌ Η ποιότητα ορίζεται από τον πελάτη
- ❌ Η ηγεσία της επιχείρησης είναι δεσμευμένη όσον αφορά στην ποιότητα και τις αξίες που αυτή πρεσβεύει
- ❌ Η επαγγελματική υπεροχή προέρχεται από σαφώς προδιαγεγραμμένα και σωστά εκτελούμενα συστήματα και διαδικασίες
- ❌ Η συνεχής βελτίωση πρέπει να αποτελεί μέρος της διαχείρισης όλων των συστημάτων και διαδικασιών
- ❌ Οι επιχειρήσεις πρέπει να θέτουν στόχους και να αναπτύσσουν επιχειρησιακά σχέδια προκειμένου να είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό το management
- ❌ Η συνέπεια στις χρονικές προθεσμίες και γενικότερα η συντόμευση του χρόνου εκτέλεσης των λειτουργιών και διαδικασιών αποτελεί μέρος της βελτίωσης της ποιότητας
- ❌ Οι λειτουργίες και αποφάσεις της επιχείρησης πρέπει να βασίζονται σε γεγονότα και στοιχεία.
- ❌ Όλο το προσωπικό θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και να εμπλέκεται ενεργά σε δραστηριότητες που αφορούν στην ποιότητα
- ❌ Η πρόληψη μη επιθυμητών αποτελεσμάτων και λαθών πρέπει να είναι κύρια στοιχεία του συστήματος ποιότητας.

Το 1998, το Baldrige εξέδωσε κριτήρια που αφορούν στη φροντίδα υγείας. Τα κριτήρια αυτά επικεντρώνονται στη συνεχή βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και της λειτουργικής απόδοσης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η λίστα αυτών των κριτηρίων περιλαμβάνει επτά (7) μεγάλες κατηγορίες.

1. Ηγεσία
2. Διαχείριση της πληροφορίας
3. Στρατηγικός σχεδιασμός
4. Ανάπτυξη και διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού
5. Διαχείριση διαδικασιών
6. Αποτελέσματα διαδικασιών
7. Επικέντρωση στον ασθενή και ικανοποίηση αυτού

Η απόκτηση του Βραβείου Baldrige δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση αφού προϋποθέτει την αυστηρή αξιολόγηση των υποψηφίων για το βραβείο επιχειρήσεων από ομάδα ειδικών εμπειρογνομόνων μέσα από την εκπόνηση επιτόπιων επιθεωρήσεων, συνεντεύξεων, υποβολή εκθέσεων και άλλων σχετικών ενεργειών που δεν αφήνουν περιθώρια ελλείψεων, 'εστω και σε ελάχιστο βαθμό.

Μετά την απόκτηση του βραβείου οι επιχειρήσεις υποχρεούνται στην κοινοποίηση πληροφοριών σχετικών με τα σημεία εκείνα που αποτελούν τις αιτίες της υπεροχής τους και τις διακρίνουν από τις υπόλοιπες επιχειρήσεις. Το βραβείο Baldrige δίδεται σε κάθε μία από τις παρακάτω κατηγορίες επιχειρήσεων:

- ❌ στις κατασκευαστικές επιχειρήσεις
- ❌ στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, και
- ❌ στις μικρές επιχειρήσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 9^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Σπανός Α., (1997): «Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας», 2ο Συνέδριο Ποιότητας Ε.Ε.Δ.Ε., Αθήνα 20,21 και 22 Φεβρουαρίου 1997, Σελ.401 – 407
- 2) Κάσικα Σ., (Μάρτιος 2002): «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας (EFQM Model)», Σελ. 15 –19, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά
- 3) Σεμετζίδης Χ., (2002): «Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα», Σελ. 50 – 72, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 4) Μπινιώρης Σ. : «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία», Σελ. 107 - 109, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 5) Πέτρου Α., (2003): «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας / Προοπτικές και Προβλήματα για την εφαρμογή της στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Σελ. 72 – 73, 75 – 84, 92 –100, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΔ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.
- 6) Στεφανάτος Σ., (2000): «Προγραμματισμός για την Ποιότητα», Σελ. 120 – 129, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 7) Kelly M. J., Alexander Hamilton Institute : «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Σελ. 253 – 270, κριτήριο.
- 8) Κατακουζηνός Γ., (2001): « Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας – Διαπίστευση Νοσοκομείων», Σελ. 36 – 37, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 9) www.elot.gr
- 10) Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (2003): «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 99 – 111, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- 11) www.iso.org

- 12) Τρίλιζας Ν., (2001): «Ειδικά θέματα για την Ποιότητα / Επιθεώρηση Συστημάτων Ποιότητας», Σελ. 92, Τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

10.1 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Νομοσχέδιο που στοχεύει για πρώτη φορά στη χώρα μας στη θέσπιση ενός θεσμικού πλαισίου για την ασφάλεια των υπηρεσιών στον τομέα της Υγείας στο νέο ταχέως εξελισσόμενο περιβάλλον των σύγχρονων τεχνολογιών Υγείας, επικοινωνιών και πληροφορικής ετοίμασε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το εν λόγω σχέδιο νόμου προβλέπει τη δημιουργία, πρόσβαση και διάθεση στις μονάδες Υγείας του βασικού ιστού των απαραίτητων υποδομών που απαιτούνται για την διαρκή ανάπτυξη της ποιότητας και την ασφάλεια των υπηρεσιών, καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της Υγείας, αξιοποιώντας παράλληλα τις εθνικές υποδομές για την ποιότητα.

Συγκεκριμένα το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (ΕΣΠΥ) προβλέπεται ως μια από τις βασικές υποδομές για την ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του με στοιχεία από τις μονάδες Υγείας.

Συνδεδεμένο με το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας είναι το Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο θα αξιοποιεί τους πόρους του ΕΣΠΥ και τη συστηματική παρακολούθηση του ΕΣΥΚΑ και την αξιολόγηση της ικανότητας του να εξυπηρετεί τους στόχους και τις πολιτικές για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη. Θα αποτελέσει

επίσης τον κόμβο μέσω του οποίου θα γίνεται η ανταλλαγή πληροφοριών Υγείας με τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς.

Θεσμοθετείται το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, ως βασικός μηχανισμός μελέτης, ανάπτυξης και διαβούλευσης επί θεμάτων που αφορούν το περιεχόμενο του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας, με τη μορφή οδηγιών, προδιαγραφών, κωδικοποιήσεων και ταξινομήσεων, τυποποίησης διεργασιών, κλινικών εγγράφων, πληροφορίας και ανταλλασσόμενων μηνυμάτων, βέλτιστων πρακτικών, κλινικών οδηγιών και συστάσεων. Μέλη του Ανοικτού Φόρουμ είναι επιστημονικές οργανώσεις, επαγγελματικές εταιρείες, σύλλογοι και άλλες επιστημονικές ομάδες ειδικού ενδιαφέροντος. Αρμόδιο όργανο για τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας και τα μέλη του είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ).

Οι διατάξεις του παρόντος νόμου οι οποίες αφορούν στην ασφάλεια των υπηρεσιών συμπληρώνουν το θεσμικό πλαίσιο για τη Δημόσια Υγεία. Εισάγεται επίσης δια του νόμου αυτού, για πρώτη φορά ένα ενιαίο πλαίσιο για την ασφάλεια σε ό,τι αφορά στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και στα ιατρικά μηχανήματα και προβλέπεται η ενεργοποίηση του ΕΚΕΒΥΛ ΑΕ σε ρόλο εποπτείας της αγοράς των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, αξιοποιώντας το νομικό καθεστώς ως ΑΕ θυγατρικής εταιρείας του ΕΟΦ.

Για την υποστήριξη του ΕΣΠΥ και την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών Υγείας, δημιουργούνται επιπλέον οι παρακάτω υποδομές:

Το Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΕΚΕΠΥΥ) προβλέπεται να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης πολιτικής και στρατηγικών ποιότητας και αρχή πληροφοριών τομέα Υγείας.

Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας με τη μορφή της ανώνυμης εταιρείας κοινής ωφέλειας ΚΕΠΥΣΥ ΑΕ, θυγατρικής του ΕΚΕΠΥΥ, επιφορτίζεται με την ευθύνη να φέρει σε πέρας το δύσκολο επιχειρησιακό έργο υλοποίησης του προγράμματος εκσυγχρονισμού

των μονάδων Υγείας και του ΕΣΥ στο περιβάλλον της κοινωνίας της πληροφορίας και της γνώσης.

Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (ΙΚΕΑΔΥ) συστήνεται και λειτουργεί ως αυτοτελής οργανική μονάδα του ΕΚΕΠΥΥ.

10.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων σ' αυτούς υπηρεσιών, αποτελούν πλέον καθολική κοινωνική απαίτηση και έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες της λειτουργίας των μονάδων παραγωγής και παροχής τους (νοσοκομείων, κέντρων υγείας, πολυϊατρείων).

Κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη των προσδοκιών αυτών δημιουργεί την αίσθηση της κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα η υπερβολή και η κακή χρήση, που συχνά παρατηρείται, συνεισφέρει μαζί με την τεχνολογική έκρηξη στην αύξηση του κόστους, παραμέτρου που τις τελευταίες δεκαετίες επηρεάζει δραστικά τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας όλων των χωρών. Παράλληλα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει εξίσου έντονα και τους επαγγελματίες υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε άμεσα ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί, σε κάθε περίπτωση, πρώτη προτεραιότητα και έχει για όλους ξεχωριστή και μεγάλη σημασία.

Στην Ελλάδα η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας παρουσίασε υστέρηση σε σχέση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες. Το γεγονός αυτός αποδίδεται σε διαφορές κοινωνικό – οικονομικής ανάπτυξης αλλά κυρίως στα προβλήματα που αντιμετώπιζε η χώρα μας μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, γεγονός που επηρέασε όπως ήταν φυσικό και τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του υγειονομικού της τομέα.

Βασικά προβλήματα ακόμα και σήμερα παρουσιάζονται στην οργάνωση του υγειονομικού χώρου και αφορούν στις ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από τη γεωμορφολογία της χώρας, καθώς και την οικονομικό – κοινωνική ανισότητα των περιφερειών. Γεγονός είναι η ύπαρξη πολλών νησιών απομακρυσμένων μεταξύ τους αλλά και από την ηπειρωτική χώρα, χωρίς επαρκή συγκοινωνιακή κάλυψη αλλά και πολλών ορεινών περιοχών με δύσκολη πρόσβαση στα αστικά κέντρα. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, όπου υπάρχουν, έχουν μεγάλες ελλείψεις σε εξειδικευμένο προσωπικό και σε υποδομές και πολλά από αυτά υπολειπουργούν, ενώ το ιατρικό προσωπικό που τα πλαισιώνει είναι συνήθως αναποτελεσματικό.

Η συγκέντρωση του μεγαλύτερου μέρους των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ασθενών – χρηστών των ΦΠΥΥ εμφανίζεται στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως είναι αναμενόμενο λόγω της υπερσυγκέντρωσης του πληθυσμού, με αποτέλεσμα την άναρχη χωροταξική κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ευκαιρίες για εξέλιξη των επαγγελματιών υγείας σε όλους τους τομείς είναι περισσότερες στα μεγάλα αστικά κέντρα όπου η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι μεγαλύτερη. Επισφράγιση όλων αποτελεί η νοοτροπία των κατοίκων της χώρας να μεταβαίνουν σε μεγάλα αστικά κέντρα ή στην πρωτεύουσα όταν χρήζουν ανάγκης ιατρικής φροντίδας προκαλώντας μεγάλη επιβάρυνση στους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που καλούνται να τους υποδεχθούν.

Επιπλέον η πολυδιάσπαση και απουσία μηχανισμών συντονισμού και ελέγχου των ΦΠΥΥ αλλά και των πηγών χρηματοδότησης τους, προκαλούν μη ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών πόρων, προκαλώντας ελλιπή κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας, σπατάλη και αδιαφάνεια των συστημάτων προμηθειών και προβληματική χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Κοινή διαπίστωση αποτελεί η ύπαρξη μεγάλου αριθμού γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, που λόγω της αδυναμίας του εκπαιδευτικού συστήματος για επαγγελματικό προσανατολισμό αλλά και της νοοτροπίας της ελληνικής

οικογένειας, αυξάνει την παραγωγή μεγαλύτερου από τον αναγκαίο αριθμό γιατρών. Η πληθώρα αυτή των γιατρών έχει ως συνέπειες την αύξηση της προκλητής ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας, το μεγάλο κόστος για την εθνική οικονομία σε παραγωγή επιστημονικού προσωπικού, το οποίο δεν είναι δυνατόν να απορροφηθεί. Ταυτόχρονα η χώρα μας παρουσιάζει τους χαμηλότερους δείκτες νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε.. Επίσης παρατηρείται έλλειψη επαρκούς και εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας.

Όλα αυτά αποτελούν μέρος μιας αλυσίδας προβλημάτων που αντιμετωπίζει η ελληνική κοινωνία και ξεκινούν από την αδυναμία προγραμματισμού του εκπαιδευτικού συστήματος και την έλλειψη δια βίου εκπαίδευσης όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών πάνω σε θέματα νέων κλινικών πρακτικών, νέας τεχνολογίας και διοίκησης.

Στη βάση αυτών των προβλημάτων εντοπίζεται η αδυναμία του Δημόσιου τομέα και η αδράνεια της Δημόσιας Διοίκησης για εύκολη αποδοχή και γρήγορη αφομοίωση των νέων αντιλήψεων και δομών. Η έλλειψη ικανοποιητικού θεσμικού πλαισίου προκαλεί μεγάλη καθυστέρηση στην αφομοίωση όλων των αλλαγών. Έτσι δημιουργούνται παγιωμένες συμπεριφορές και συμφέροντα τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, που αντιστέκονται σε κάθε νέα πρόταση βελτίωσης. Έτσι ενώ η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πραγματικότητα εδώ και πενήντα χρόνια, στον ελλαδικό χώρο αποτελεί ακόμα στόχο.

Στην Ελλάδα έννοιες όπως η Διασφάλιση Ποιότητας, η Πιστοποίηση των υπηρεσιών Υγείας και η Ολική Ποιότητα, άρχισαν να κερδίζουν έδαφος μόνο όταν οι συντελεστές της οικονομικής ζωής σταδιακά συνειδητοποίησαν ότι οι πιέσεις από τον διεθνή ανταγωνισμό θα συνεχισθούν και θα ενταθούν και μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία μόνον με την ποιοτική αναβάθμιση των προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το Ελληνικό σύστημα Υγείας έχει άμεση ανάγκη εφαρμογής σύγχρονων μεθόδων διαχείρισης ώστε να λειτουργήσει με ορθολογικά πρότυπα. Με το ίδιο

ποσοστό δαπανών Υγείας, αλλά με νέο πνεύμα οργανωτικών, διοικητικών και διαχειριστικών παρεμβάσεων μπορεί να προσφερθεί ένα υψηλού επιπέδου Σύστημα Υγείας στον Έλληνα πολίτη. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια ελπιδοφόρα προσέγγιση η οποία φέρεται ικανή, με σωστή χρήση των αρχών της και αποτελεσματική εφαρμογή, να θεραπεύσει πολλά από τα χρόνια προβλήματα του Συστήματος Υγείας.

Κάθε προσπάθεια αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα για να αποδώσει αποτελέσματα θα πρέπει να στηριχθεί στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των παρακάτω βασικών προτάσεων.

10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

10.3.1 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστειας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την πιστοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχόμενα αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώσει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα υγείας.

Για να είναι λοιπόν αποτελεσματική η ΠΦΥ θα πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά:

1. Να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας,

θεραπείας και αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, δηλαδή να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

3. Να στηρίζεται στην ομαδική εργασία του προσωπικού (team – work), με βάση την «ομάδα υγείας» (health team), στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων και την εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίας.

4. Να προωθεί τη συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών όσο και μέσα από τη συγκεκριμένη ανάθεση στον πληθυσμό ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών.

Η οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα στα αστικά κέντρα, αναμένεται να ωφελήσει πολλαπλά, δεδομένου ότι θα συμβάλει τόσο στη μείωση των δαπανών υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και κατά συνέπεια στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το σημαντικότερο ρόλο θα παίξει το Κέντρο Υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα «Υγείας» που συγκροτείται από εκπροσώπους των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών επιστημών, και στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Με αυτό τον τρόπο το Κέντρο Υγείας μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και το συντονισμό της Δημόσιας Υγείας και να αποτελέσει το βασικό συντονιστή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο.

Η συνεχής μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα του νοσηλευτικού με έμφαση στην κοινοτική νοσηλευτική και η αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας είναι απαραίτητα για την καλύτερη απόδοση του συστήματος.

Η ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλου για ΠΦΥ και Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στη καθιέρωση της αναμφισβήτητα πολύτιμης κάρτας υγείας του πολίτη. Η ύπαρξη της κάρτας υγείας θα συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα θα βοηθήσει σημαντικά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος.

Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητα τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Μόνο μ' αυτό τον τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επακόλουθο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα πραγματικό σύστημα που να στοχεύει στην υγεία των πολιτών και όχι απλά στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας.

10.3.2 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα

Η συνεχής ανάπτυξη της ποιότητας στην υγεία αποτελεί στόχο τόσο των πολιτών, οι οποίοι απαιτούν καλύτερο επίπεδο υγείας, όσο και της πολιτικής εξουσίας, η οποία εφαρμόζει προγράμματα εξασφάλισης της ποιοτικής απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Για να επιτευχθεί η προαγωγή της υγείας και να προωθηθούν διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας είναι απαραίτητο:

- ❌ Να θεσπιστούν στόχοι για ανάπτυξη της ποιότητας, οι οποίοι θα πείθουν για την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας.
- ❌ Να αναπτυχθεί εθνική πολιτική που θα προωθήσει:
 - § Νομοθεσία που θα κατοχυρώνει την εφαρμογή προγραμμάτων,

§ Τον σχεδιασμό στην ποιότητα όπου θα καθοριστούν οι στόχοι, τα μέσα επίτευξης και οι υπεύθυνοι υλοποίησης των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας,

§ Την εγκατάσταση βάσεων δεδομένων που θα βοηθήσουν στην εφαρμογή μεθόδων μέτρησης της ποιότητας,

§ Την έρευνα ικανοποίησης των πελατών.

∅ Να εκτιμηθεί το επίπεδο της ποιοτικής απόδοσης των υπηρεσιών και να προσδιοριστούν τα αποτελέσματα. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να αφορά: α) την καταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, την επάρκεια των οικονομικών και υλικών πόρων, την επάρκεια και καταλληλότητα του ανθρώπινου δυναμικού, β) τις τεχνικές και τα είδη των διαγνωστικών και χειρουργικών εξετάσεων και επεμβάσεων, τους τρόπους θεραπείας και τη χρήση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, γ) το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς.

∅ Να ερευνηθεί πιο συστηματικά ο τομέας της ικανοποίησης του ασθενούς και να δοθούν λύσεις που να αφορούν:

§ Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του ασθενούς

§ Την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών

§ Την εύκολη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης

§ Την επαρκή πληροφόρηση

§ Τις συνθήκες διαμονής, διατροφής και καθαριότητας

§ Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

§ Την αξιοπρεπή συμπεριφορά.

∅ Να προωθηθεί η δημιουργία κύκλων ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, οι οποίοι θα συμβάλλουν: α) στην εκδήλωση ενδιαφέροντος των εργαζομένων, β) στην προσπάθεια για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και γ) στον εντοπισμό των προβλημάτων που δημιουργούν συνθήκες χαμηλής ποιότητας.

∅ Να εφαρμοστούν διατομεακά προγράμματα εκπαίδευσης των στελεχών, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας και να συμβάλλουν στην προώθηση της ανάπτυξης προγραμμάτων ποιότητας.

- ∅ Να προσδιοριστεί το κόστος ποιότητας σε σχέση με την βελτίωση.
- ∅ Να εφαρμοστεί ο έλεγχος και η αξιολόγηση των προγραμμάτων ποιότητας, προκειμένου να υπάρχει ανατροφοδότηση.

10.3.3 Προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας

Τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευσης, επιλογής, λειτουργίας) που απασχολούνται στον υγειονομικό τομέα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες και συγκεκριμένα σε:

- ∅ Προβλήματα ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού, τα οποία σχετίζονται με την επάρκεια των γνώσεων και δεξιοτήτων που πρέπει αυτό να διαθέτει.
- ∅ Προβλήματα υπερπροσφοράς ή έλλειψης του ανθρώπινου δυναμικού, σε κάποιες κατηγορίες και ειδικότητες προσωπικού και
- ∅ Προβλήματα ανισοκατανομής του ανθρώπινου δυναμικού, τόσο γεωγραφικά όσο και κατά βαθμίδα περίθαλψης.

Τέτοιου είδους προβλήματα μπορούν έγκαιρα να αποφευχθούν μόνο με τον σωστό σχεδιασμό – προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού και την κατάλληλη κυβερνητική πολιτική σε θέματα εκπαίδευσης.

Στην Ελλάδα καθυστέρησε ο σχεδιασμός – προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας καθώς και η εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής στα θέματα εκπαίδευσης που άπτονται αυτού του τομέα. Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού – προγραμματισμού οδήγησε στη δημιουργία πολλών προβλημάτων, που επιδρούν αρνητικά στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, και διαμόρφωσε τελικά μια κατάσταση που σήμερα δεν είναι εύκολα αναστρέψιμη.

Για μια ελπιδοφόρα λοιπόν προσπάθεια επίλυσης των παραπάνω σοβαρών προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας, απαιτούνται άμεσες κρατικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να αφορούν :

1. στην ανακατανομή του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού, με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού
2. στην κατάλληλη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει σήμερα τις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του
3. στον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων παραγωγικών σχολών και των προγραμμάτων εκπαίδευσης που αυτές εφαρμόζουν, καθώς και στη δημιουργία νέων σχολών για την παραγωγή στελεχών σε ειδικότητες που σήμερα απουσιάζουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 10^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Σεμετζίδης Χ., (2002): «Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα», Σελ. 102 – 111, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- 2) Τσούγκα Μ.: « Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», Σελ. 44, Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004.
- 3) Παπαδοπούλου Ε.: « Συστήματα Πιστοποίησης σε Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τα Μοντέλα ANAES – MALCOLM BALDRIGE, Σελ. 172 – 176, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Αρχών Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας.
- 4) «Θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα και ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών Υγείας», Σελ. 54, Ιατρικό Βήμα.
- 5) Έλληνας Δ.: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα Υγείας», Σελ. 45 – 46, Επιθεώρηση Υγείας Μάιος – Ιούνιος 2005.
- 6) «Θωρακίζεται η Δημόσια Υγεία», Σελ. 56, Ιατρικό Βήμα Μάρτιος – Απρίλιος 2005.
- 7) www.yrgyp.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

Ανδριώτη Δ., (1998): Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εξάντας / Πολιτικές υγείας, Αθήνα

Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., (1999): «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Υφαντόπουλος Ι. , (2003): Τα Οικονομικά της Υγείας / Θεωρία και πολιτική, τυπωθήτω Δαρδανός Γιώργος (βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας), Αθήνα

Θεοδώρου Μ., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Πούπας Θ., Σισσούρας Α., Υφαντόπουλος Ι., (1994): «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας / Ανάλυση και δομή του συστήματος», Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., (1995): Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

Οικονόμου Χ., (2004): Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα

Σουλιώτης Κ., (2000): Ο Ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα

Τσιότρας Δ., (2002): Βελτίωση Ποιότητας (Β΄ έκδοση), Μπένου, Αθήνα

Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ., (1994): Θέματα Οικονομικών και πολιτικής της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

Αλέτρας Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., (2002): Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000): Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας (Νοσοκομείων), τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., (1999): Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Γρίβα Β., Κουκουμάς Ν., Ξανθόπουλος Κ., Σφυρής Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000): Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας / Διαχείριση Καινοτομίας και Τεχνολογίας, Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Τζόγιος Α., (2000): Διασφάλιση Ποιότητας / Το Κόστος της Ποιότητας / Προγραμματισμός για την Ποιότητα, Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Λοπατατζίδης Α., (1999): Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Υγεία : Οριοθετήσεις και Προοπτικές), τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Μπινιώρας Σ. : Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Κυριόπουλος Ι., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (2003): Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ., (1991): Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. : Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές), τόμος Δ, Πάτρα

Κυριόπουλος Ι., Σισσούρας Α., (1997): Ενιαίος Φορέας Υγείας: αναγκαιότητα και αυταπάτη, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Σούλης Σ., (1998): Οικονομική της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., (2000): Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Δόλγερρας Α., Κυριόπουλος Γ., (2000): Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Τσελέπη Χ., Μάντη Π., (2000): Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας (Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

John M. Kelly, (2001): Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Alexander Hamilton Institute, Κρήριον

Γραφανάκης Δ., (2000): «Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας», Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Στεφανάτος Σ., (2000): «Προγραμματισμός για την Ποιότητα», Τόμος Β' Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Τρίλιζας Ν., (2001): Ειδικά θέματα για την Ποιότητα / Επιθεώρηση Συστημάτων Ποιότητας, Τόμος Β', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Lawrence F. Wolper, (2001): «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας / Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας», Τόμος Β', Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

Νιάκας Δ., (Ιούνιος 2004): «Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία», Επιλεγμένα κείμενα του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου

Management Υπηρεσιών Υγείας, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Αργυριάδου Σ., Θεοδώρου Μ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Καμπριάνη Ε., Κατοστάρας Θ., Κουρέα – Κρεμαστινού Τ., Λιαρόπουλος Λ., Μεράκου Κ., Πολίτης Θ., Σίσκου Ο., Τούντας Γ., Τσάμης Ν., Φαραστέλη Ο., (Ιανουάριος 2005): «Θεωρία και πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πειραιάς.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ., (2003): «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

(Μαΐος 2001): « Πρακτικά ζητήματα Νοσοκομειακού Management», τα πρακτικά του 2ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Νιάκας Δ., (1993): « Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη / Η περιφερειακή πολιτική Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μάμας, Πολύζος Ν., (Αθήνα 1995) : «Μελέτη για την Οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας».

Δερβένης Χ., Πολύζος Ν., (1995): «Μελέτη – Πρόταση για την Οργάνωση της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. και την ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού».

Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μάμας , (1995): «Ενιαίος Φορέας Υγείας / Η οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα.

Ξηροτύρη – Κουφίδου Σ., (2001): Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων / Η πρόκληση του 21^{ου} αιώνα στο εργασιακό περιβάλλον», Εκδόσεις ΑΝΙΚΟΥΛΑ Θεσσαλονίκη.

Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002): «Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα / Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Σείρα Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα.

Νιάκας Δ., (Ιούνιος 2003): « Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Εκδοτική Σειρά Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Michael F.Drummond, Greg L Stoddart, Bernie J O' Brien, George W. Torrance: «Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των προγραμμάτων Υγείας», Εκδόσεις Κριτική 2002.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ / ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ - ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ

Σπανός Α., (1997): «Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας», 2ο Συνέδριο Ποιότητας Ε.Ε.Δ.Ε., Αθήνα 20,21 και 22 Φεβρουαρίου 1997.

Τσάκωνας Α., (2000): Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Δείκτες Ποιότητας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά

Γκούρα Π., (2000): Οικονομικές Διαστάσεις της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά

Κατακουζηνός Γ., (2001): Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας – Διαπίστευση Νοσοκομείων Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Διαμαντής Ι., (2001): Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Σεμετζίδης Χ., (2002): Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε. Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Καραβέλα Α., (2002): Ισότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά

Κατσίκια Σ., (2002): Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας (EFQM model), Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά

Πέτρου Α., (2003): Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Προοπτικές και Προβλήματα για την Εφαρμογή της στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΔ΄ Εκπαιδευτική Σειρά

Παπαδοπούλου Ε., (2003): Συστήματα πιστοποίησης σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα μοντέλα Anaes – Malcolm Baldrige. Τα Μοντέλα ANAES – MALCOLM BALDRIGE, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Αρχών Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας.

Πανοσκάλτση Ι., (Οκτώμβριος 2004): «Ιστορική εξέλιξη και Παρούσα κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης ΙΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά.

Καραγιάννη Β., (2004): Ιστορική Εξέλιξη και Παρούσα Κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά

Τριβυζαβάκης Ν., (2004): «Λογιστική Αλλαγή στο Δημόσιο Τομέα με έμφαση στο Ε.Σ.Υ.», Σελ. 70 – 78, 79, Διατμηματικό MBA, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σπηλιοπούλου Σπ. : Διασφάλιση της Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Σημειώσεις του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Deutsche Gesellschaft für Qualität: Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας και Εσωτερικές Επιθεωρήσεις ΦΕΚ 53 (Τεύχος Α΄) ο Ν 3235/04 με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

ΑΡΘΡΑ

Στάθης Γ., (1995): «Σημαντικά προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος», Έκδοση του περιοδικού Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.: Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1996, τόμος 8, τεύχος 3

Λιόνης Χ., Μερκούρης Μ.: «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Προτάσεις για τη βελτίωση της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, τόμος 12, τεύχος 1

Χρόνης ΣΤ.: Δείκτες Δραστηριότητας: Management των Αλλαγών και Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στο Χώρο των Νοσοκομείων, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2003

Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α.: Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 2, 2004

Τσούγκα Μ.: Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004

Αδαμαντίδου Τρ. : Παράγοντες που Προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2004

Σαραφίδης Π.: Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889 / 01, Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2005

Θωρακίζεται η Δημόσια Υγεία, Ιατρικό Βήμα Μάρτιος – Απρίλιος 2005

Θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών Υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών Υγείας, Ιατρικό Βήμα Μάρτιος – Απρίλιος 2005

Βαγγελάτος Α., Σαριβουγιούκας Ι.: Η Διείσδυση Πληροφοριακών συστημάτων στα Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας Μάρτιος – Απρίλιος 2005

Κοκκοβός Γ.: Ενεργοποίηση του Διοικητικού Προσωπικού σε ένα νοσοκομείο με βάση τις Θεωρίες Υποκίνησης, Επιθεώρηση Υγείας Μάιος – Ιούνιος 2005

Έλληνας Δ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας, Επιθεώρηση Υγείας Μάιος – Ιούνιος 2005

Καραπουλιός Δ. : Η Υποκίνηση Προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο, Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2005

ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

www.elot.gr

www.iso.org

www.yrgyp.gr