



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ & ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΜΟΝΑΔΩΝ & ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Επιβλέπων καθηγητής: Νικόλαος ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ

Αλίσ Μ. ΦΑΡΑΤΖΙΑΝ

Πτυχιούχος Τμήματος Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστημίου Πειραιώς

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2007

Αφιερώνεται στις γιαγιάδες μου,
Αλίσ και Χαρά...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό, η ποιότητα υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς.

Πρωταρχικός σκοπός της εργασίας είναι να αντιληφθούμε τον καθοριστικό ρόλο της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για κάθε άνθρωπο, κυρίως όμως για τους ασθενείς, για τους χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών και τις οικογένειές τους, για τους παραγωγούς – προμηθευτές τους (γιατρούς, νοσηλευτές, νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λπ.), αλλά και για τους ασφαλιστικούς φορείς, το κράτος και την ίδια κοινωνία στο σύνολό της. Επιπλέον, επιχειρούμε να αναδείξουμε τις παραμέτρους που διαμορφώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και προσδιορίζουν τον ρόλο των μονάδων παροχής τους, των χρηστών – καταναλωτών αυτών των υπηρεσιών και της κοινωνίας. Τέλος, επιχειρούμε να σας εισαγάγουμε στις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ακόμη να σας παρουσιάσουμε τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους.

Προκειμένου να αναλύσουμε τον ρόλο της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, έχουμε διαιρέσει την εργασία σε τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναφερόμαστε σε βασικές έννοιες που αφορούν την υγεία

και τις υπηρεσίες και μονάδες υγείας. Στη δεύτερη ενότητα αναλύουμε την έννοια της ποιότητας και τη στρατηγική διοίκηση των μονάδων υγείας. Στην τρίτη ενότητα παρουσιάζουμε την έννοια, τη σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τους τρόπους αξιολόγησης και τις μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξάχθηκε σε ένα δημόσιο και σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο για το αν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται συστήματα διασφάλισης ποιότητας και για τη θέση που κατέχει η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά
τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Νικόλαο Γεωργόπουλο
για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και βοήθειά του,
καθώς και όλους τους καθηγητές μου
που κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου μετέδωσαν
πολύτιμη γνώση και εμπειρία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

II. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Περί Υγείας...

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	2
2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	2
3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
4. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	9
5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	12
6. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	14
6.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή	14
6.2 Στην Ελλάδα	17
6.3 Οργανωτική δομή	21
6.4 Διακρίσεις	25
7. MANAGEMENT ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	26
7.1 Εισαγωγή	26
7.2 Το έργο του manager: λειτουργίες και δεξιότητες	27
7.3 Η ανάγκη του management στα επαγγέλματα υγείας	28
8. MANAGEMENT ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	29
9. Ο ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	29
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Περί Ποιότητας και Στρατηγικής...

1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	34
1.1 Γενικές αρχές της ΔΟΠ	34
1.2 Αντικειμενικοί σκοποί της ΔΟΠ	34
2. ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	35
3. Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	41
4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	44
4.1 Ο ορισμός του σχεδιασμού	45
4.2 Διαμόρφωση στρατηγικής	45
4.3 Τα βασικά στοιχεία της λειτουργίας του σχεδιασμού	46
4.4 Η ανάπτυξη μεθόδων επίτευξης των σκοπών	47
4.5 Management με αντικειμενικούς σκοπούς	48
4.6 Τα αποτελέσματα του επιτυχούς σχεδιασμού	48
5. ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΟΠ	49
6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΛΙΣΣΑΒΟΝΑΣ	52
7. ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 2	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Περί Ποιότητας και Υγείας...

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	65
1.1 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	65
1.1.1 Οι λόγοι για τους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγείας	66
1.1.2 Οι προσδοκίες των χρηστών - καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας	66

1.1.3 Αναζήτηση ποιότητας: μια διαχρονική προσδοκία	67
1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	70
1.2.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα	70
1.2.2 Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	71
1.2.3 Οι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	73
1.2.4 Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας	75
1.2.5 Συστατικά ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	76
1.2.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ελληνική οικονομία	77
1.3 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	78
1.3.1 Εισαγωγή	78
1.3.2 Οφέλη για τον ασθενή	78
1.3.3 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας	79
1.3.4 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας	80
1.3.5 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία	80
1.3.6 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο	81
2. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	82
2.1 Εισαγωγή	82
2.2 Τύποι αξιολόγησης	84
2.3 Μεθοδολογία αξιολόγησης	87
2.4 Δείκτες Αξιολόγησης – Δείκτες απόδοσης μονάδας	87
2.5 Αξιολόγηση μέσω κριτηρίων	89
2.6 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων	91
3. ΔΟΠ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	93
3.1 Γιατί ΔΟΠ στην υγεία;	93
3.2 ΔΟΠ και επαγγελματίες υγείας	94
4. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	95
4.1 Εισαγωγή	95

4.2 Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών στο νοσοκομείο	97
5. ΕΠΕΝΔΥΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	102
5.1 Το κόστος της ποιότητας στις μονάδες υγείας	102
5.2 Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	104
6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	106
6.1 Εισαγωγή	106
6.2 Ποιοτικός έλεγχος	106
6.3 Η διασφάλιση της ποιότητας	107
6.4 Οι κύκλοι ποιότητας	109
6.5 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	111
6.6 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής	112
7. ΠΟΙΟΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	113
8. ISO ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	114
8.1 Εισαγωγή	114
8.2 Η εφαρμογή του ISO στις υπηρεσίες υγείας	114
8.3 Οι απαιτήσεις του προτύπου	115
8.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας	121
9. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	122
10. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	126
10.1 Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και ανθρώπινο Δυναμικό	127
10.2 Ο ρόλος της ηγεσίας	128
10.3 Ιατρικές σχολές	132
10.4 Ο ρόλος του γιατρού, του νοσηλευτή και του κοινωνικού λειτουργού	132
10.5 Επικοινωνία στις υπηρεσίες υγείας	133

11. ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΟΠ	142
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 3	146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η έρευνα...

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	149
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	150
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	150
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	156
5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 4	161
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	167
Ερωτηματολόγιο	167

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή κλινών στα ελληνικά νοσοκομεία

Πίνακας 2: Τάσεις στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Πίνακας 3: Σύγκριση παλιού και νέου νοσοκομείου

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά ποιότητας

Πίνακας 5: Σύνοψη των αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία Δ και Ι

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Υπηρεσίες νοσοκομείου

Διάγραμμα 2: Διάκριση γενικών νοσοκομείων

Διάγραμμα 3: Διαδικασία και management

Διάγραμμα 4: Διάγραμμα ροής

Διάγραμμα 5: Διάγραμμα διασποράς

Διάγραμμα 6: Ψαροκόκαλο

Διάγραμμα 7: Μοντέλο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

Διάγραμμα 8: Παράγοντες που καθορίζουν την χρησιμότητα ενός πληροφοριακού συστήματος

Διάγραμμα 9: Σχέσεις επικοινωνίας σε έναν οργανισμό υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Περί Υγείας...

... Δεχόμαστε ότι ο χρόνος δεν μπορεί να πάρει αρνητικές τιμές. Συνεπώς, η ζωή, οριζόμενη ως συνδυασμός διάρκειας και ποιότητας, δεν μπορεί να πάρει αρνητικές τιμές εξαιτίας της διάρκειάς της. Μπορεί όμως να πάρει αρνητικές τιμές εξαιτίας της ποιότητάς της, όταν αυτή μεταπέσει σε αρνητική (Δημολιάτης 2003).

Η Υγεία, φυσικό και κοινωνικό αγαθό ανυπέρβλητης σημασίας για κάθε άνθρωπο, είναι, σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου. Η άμεση σύνδεσή της με την ίδια την ύπαρξη και επιβίωση του ανθρώπου, με τη ζωή, έχει ως αποτέλεσμα να κατέχει πρωταρχική θέση στην κλίμακα των αξιών-αναγκών του ανθρώπου (Σιγάλας 1990).

1. Ορισμός της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης

Υγεία είναι η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής ευρωστίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας. Η έννοια της υγείας έχει φυσικές, πνευματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις.

Υγειονομική Περίθαλψη είναι η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης και των τεχνικών για την επίλυση των φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων του ανθρώπου. Η υγειονομική περίθαλψη ουσιαστικά αποτελεί το σύνολο των διαδικασιών και των τεχνικών (ιατρικών, νοσηλευτικών κ.ά.) που απαιτούνται έτσι ώστε το άτομο να περάσει από τη φάση της ασθένειας στη φάση της υγείας. Η φροντίδα υγείας, όπως αλλιώς θα μπορούσε να ονομαστεί η υγειονομική περίθαλψη, διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, όταν σχετίζεται με την προληπτική ιατρική και αγωγή υγείας και σε δευτεροβάθμια όταν σχετίζεται με τη νοσηλεία στα υγειονομικά ιδρύματα. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τους νοσηλευτικούς οργανισμούς που διαθέτουν υψηλή τεχνολογία (Περλέγκος 2004).

2. Υπηρεσίες υγείας

Οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των κατοίκων για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει:

α. Κατ' αρχήν να υπάρχουν και να είναι καλά οργανωμένες και επομένως διαθέσιμες στον πληθυσμό σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

β. Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η επόμενη παράμετρος που χαρακτηρίζει την χρησιμότητά τους είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιήσουν.

γ. Η ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα προσπέλασής τους δεν σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων του χρήστη της ιατρικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν επίσης να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:

- στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων και
- στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων.

Ο όρος Υπηρεσίες Υγείας ή Υγειονομικές Υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Ο όρος αυτός εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας όσο και αυτήν της περίθαλψης. Πολύ συνοπτικά, μπορεί να αναφερθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η φροντίδα, αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια, αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα (Καριώτης 1992).

Οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται τόσο καταναλωτικά όσο και παραγωγικά αγαθά. Η περίθαλψη είναι καταναλωτικό αγαθό όσο ικανοποιεί την ανάγκη των ανθρώπων για επιβίωση και μακροζωία και επενδυτικό αγαθό διότι ενισχύει την παραγωγικότητα και τα προσοδοφόρα έτη μέσω της καλής υγείας. Για αυτόν το λόγο, οι δαπάνες της υγείας μπορούν να θεωρηθούν και επένδυση.

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται στις μονάδες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας που μπορεί να είναι ιδιωτικά γραφεία και πολυιατρεία, ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.ά. Η ειδίκευση των μονάδων αυτών καθορίζει το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι πόροι που χρησιμοποιούν οι μονάδες παραγωγής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή το προσωπικό και ο εξοπλισμός, αλλά και η οργάνωση τους, καθορίζουν την ποσότητα και την ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών (Φαμέλη 2005).

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρεις επιλογές. Η *πρώτη* επιλογή είναι ο καθορισμός των ποσών που θα διατεθούν στην υγεία και στις υγειονομικές υπηρεσίες και η σύνθεση αυτών των υπηρεσιών. Η *δεύτερη* επιλογή περιλαμβάνει την επιλογή των άριστων μεθόδων για την παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι επιλογές αυτές πρέπει να γίνονται με γνώμονα τον ορθολογικό συνδυασμό της ποσότητας του χρησιμοποιούμενου κεφαλαίου και εξοπλισμού με τον κατάλληλο τύπο και ποσότητα του χρησιμοποιούμενου εργατικού δυναμικού. Η *τρίτη* επιλογή σχετίζεται με την επιλογή των μεθόδων κατανομής των υπηρεσιών υγείας ανά τον πληθυσμό. Οι δύο πρώτες επιλογές σχετίζονται με την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας και η τρίτη με την δικαιοσύνη στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Περλέγκος 2004).

3. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα εξαρτώνται από την προσφορά και την ζήτηση και υποδιαιρούνται κατά είδος ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό καθώς και σε σχέση με το μέρος κατανάλωσής τους. Προκειμένου να γίνουν αξιολογήσεις και αναλύσεις, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι εξωτερικές δομές της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας (περιοχή εξυπηρέτησης, απόσταση της πλησιέστερης

μονάδας υπηρεσιών υγείας) όσο και οι εσωτερικές (φάσμα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, πόροι, οργάνωση).

Ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης:

- **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Ασκείται με τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς που ιδρύθηκαν με τον νόμο 3487/55, καθώς και με τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου που ιδρύθηκαν με τον νόμο 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Σήμερα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (ΙΚΑ), την ιδιωτική πρωτοβουλία και τα εξωτερικά ιατρεία.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στο τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

- α) μικροβιολογικά εργαστήρια
- β) διαγνωστικά κέντρα
- γ) εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων

- **Δευτεροβάθμια Περίθαλψη**

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

- α) δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.
- β) ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος,

γ) ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως 30% περίπου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των κλινών στα ιδιωτικά και δημόσια ελληνικά νοσοκομεία.

Πίνακας 1: Κατανομή κλινών στα ελληνικά νοσοκομεία

	Σύνολο	Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία	340	60%	40%
Αττική	110	62,5%	37,5%
Κλίνες Ασθενών	50.000	30%	70%
Αττική	23.000	34%	66%

(Πηγή: www.mohaw.gr)

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε ΕΣΥ. Ειδικότερα, με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων.

Μία δεκαετία αργότερα, με το Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ) 247/91, επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα, με το παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Σήμερα, τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά, ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των

νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των δημόσιων μονάδων. Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός κυρίως περιφερειακών νοσοκομείων, λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%), όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των λιστών αναμονής.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές, ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στη ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δύο κατηγοριών. Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα, υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που

αντιμετωπίζουν, δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν στην αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας. Επίσης, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Τέλος, η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι τάσεις στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Πίνακας 2: Τάσεις στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

- Μέγεθος αγοράς: 270 εκ. ευρώ
- Ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος
- Τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα από την δευτεροβάθμια περίθαλψη
- Υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός μικρών μονάδων
- Η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή

Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία
- Ιδιωτική υγεία δύο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο νέων νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

(Πηγή: www.iatriko.gr)

4. Σύστημα υγείας

Η συστημική μεθοδολογία αποτελεί μια μακροσκοπική και ολιστική επιστημονική προσέγγιση των διάφορων σύγχρονων προβλημάτων. Σύμφωνα με την ορολογία που έχουν αναπτύξει οι θεωρητικοί, ως Σύστημα χαρακτηρίζεται το σύνολο των μονάδων ή ομάδων ή υποσυστημάτων οργανωμένων με βάση συγκεκριμένο σχέδιο παραγωγής που επιδιώκει συγκεκριμένους στόχους (Παπαπαναγιώτου 2000).

Ως Σύστημα Υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν σήμερα έναν από τους περισσότερο δυναμικούς κλάδους της οικονομίας και στις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες απασχολούν το 6-8% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 8-12% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) τους.

Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας οφείλει να πληροί τις παρακάτω προϋποθέσεις ή αρχές λειτουργίας:

- α. ύπαρξη συγκεκριμένης πολιτικής υγείας με ευδιάκριτους στόχους,
- β. καθορισμός της διαδικασίας ή των μέτρων πολιτικής για την επίτευξη των στόχων,
- γ. συνεχής εκτίμηση-αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων ως προς την επίτευξη των στόχων και τη λήψη συμπληρωματικών διορθωτικών μέτρων όποτε αυτό χρειάζεται.

Η διαδικασία μέσα από την οποία αναπτύσσεται το σύστημα υγείας απαιτεί την εκπλήρωση και ορισμένων ακόμη προϋποθέσεων όπως: (Λιαρόπουλος, 1989)

- α. διαφάνεια και συνέπεια της πολιτικής των στόχων,
- β. κοινωνική συναίνεση,
- γ. οικονομικό ρεαλισμό.

Με βάση τη διεθνή εμπειρία, οι κλασικές μορφές συστημάτων υγείας είναι:

- α. Το πρότυπο της **Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας** (Beveridge model), του οποίου αντιπροσωπευτική χώρα είναι η Μεγάλη Βρετανία με το National

Health Service και η Ιταλία. Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- πλήρη κάλυψη του πληθυσμού,
- χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας (κρατικού προϋπολογισμού),
- ο έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών ανήκει στο κράτος.

β. Το πρότυπο της **Κοινωνικής Ασφάλισης** (Bismark model), με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, τη Γαλλία και το Βέλγιο και το οποίο έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- η χρηματοδότησή του γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων και από το κράτος,
- υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς,
- η κυριότητα των μέσων παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

γ. Το πρότυπο της **Ιδιωτικής Ασφάλισης**, με αντιπροσωπευτική χώρα τις ΗΠΑ και βασικότερα χαρακτηριστικά τα εξής:

- ελεύθερη επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα,
- οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες,
- η ατομική ή εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.

Είναι κατανοητό ότι το σύστημα υγείας δεν είναι τίποτα άλλο από μία παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια «αγορά», η οποία λίγο διαφέρει από τις κλασικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Το προϊόν, δηλαδή η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν επιθυμητά αγαθά. Όπως κάθε παραγωγική διαδικασία, έτσι και η διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών

υγείας χαρακτηρίζεται από μια συνάρτηση, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει τη γενική μορφή:

$$Y = A (X_1)$$

όπου Y: η στάθμη υγεία του πληθυσμού ή οι υπηρεσίες υγείας,

X₁: οι συντελεστές παραγωγής των υπηρεσιών υγείας,

A: το οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η διαδικασία παραγωγής.

Ο ρόλος της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία και απόδοση του συστήματος υγείας είναι πρωταρχικός και το οργανωτικό πλαίσιο της παραγωγικής διαδικασίας επηρεάζει σημαντικά το μέγεθος της στάθμης της υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση: α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους, β) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας και γ) την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στη χώρα μας, επιπλέον των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, ιδιαίτερα μεγάλη πρόκληση - πρόβλημα αποτελεί η ανάγκη εφαρμογής ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Η προσπάθεια για την εφαρμογή του ξεκίνησε το 1983 με το Ν. 1379/1983 περί ΕΣΥ (Παπαπαναγιώτου 2000).

5. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες οι οποίες αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία εκτός νοσοκομείου και στην κλειστή ή νοσοκομειακή

περίθαλψη που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας.

Η κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη διακρίνεται στην:

α. Πρωτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει:

- τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία για διάγνωση και θεραπεία ασθενών,
- τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών,
- τις δραστηριότητες που αφορούν την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στα πλαίσια εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

β. Δευτεροβάθμια περίθαλψη που προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία και περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

γ. Τριτοβάθμια περίθαλψη, που και αυτή προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία, επιπλέον όμως απαιτεί:

- την ύπαρξη υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων,
- υψηλά εξειδικευμένων ικανοτήτων προσπέλασης,
- υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό,
- τη συνεργασία και υποστήριξη άλλων, εκτός της κύριας, ιατρικών ειδικοτήτων (Σιγάλας 1990).

Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους. Η **πρώτη** περίοδος έχει την αφετηρία της στη σύσταση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή, το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των δήμων,

των κοινοτήτων και των φιλάνθρωπων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Η **δεύτερη** περίοδος (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούσαν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.ά.). Στην **τρίτη** περίοδο (1953-1982) η νοσοκομειακή περίθαλψη εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίνεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ, νοσοκομεία που αποτελούν ΝΠΙΔ και ιδιωτικές κλινικές. Η **τέταρτη** χρονική περίοδος ξεκινά το 1983 και φτάνει μέχρι σήμερα και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός ΕΣΥ.

6. Το νοσοκομείο

6.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή

Η καταπολέμηση της ασθένειας και η προστασία της υγείας υπήρξαν πάντοτε στο επίκεντρο τη ανθρώπινης δραστηριότητας. Στην ιστορία όλων των αρχαίων λαών ανευρίσκονται κανονισμοί και μέσα που αποσκοπούσαν στην προστασία της υγείας του ατόμου και του συνόλου. Η ιδέα της Ιατρικής ταυτιζόταν ή ήταν σε πολύ στενή επαφή με τις θρησκευτικές δοξασίες.

Στην αρχαία Ελλάδα, ο Θεός της Ιατρικής και γιατρός των Θεών ήταν αρχικά ο Απόλλων. Η λατρεία του Ασκληπιού ως Θεού είναι αρκετά μεταγενέστερη και ανάγεται στον 7^ο αιώνα π.Χ. Τους επόμενους αιώνες (6^ο και 5^ο π.Χ.) η λατρεία του Ασκληπιού και η άσκηση της ιατρικής γίνεται αποκλειστικά σε ειδικά νοσηλευτήρια-ναούς, τα Ασκληπιεία. Στη συνέχεια, με τον Ιπποκράτη (5^ο αιώνα π.Χ.), η Ιατρική βγαίνει από τα μισοσκόταδα

των ναών και περνά στα χέρια επαγγελματιών με ειδική εκπαίδευση, οπότε και σημειώνει την περίοδο αυτή μεγάλη άνθηση.

Τα πρώτα νοσοκομεία εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του Χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4^{ου} μ. Χ. αιώνα και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών ιδρυμάτων, πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων.

Μέχρι τις αρχές του προηγούμενου αιώνα, η βασική αιτία θνησιμότητας στα νοσοκομεία ήταν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ότι οι άρρωστοι που εισάγονταν στα νοσοκομεία είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από κάποια αρρώστια παρά από αυτήν που ήταν η αιτία εισαγωγής τους σε αυτά.

Από το τέλος του 18^{ου} αιώνα σημειώνονται ουσιαστικές μεταβολές στα θεραπευτήρια και στα νοσοκομεία. Η ανάγκη για καθορισμό κριτηρίων στο σχεδιασμό νοσοκομείων τέθηκε για πρώτη φορά από τους Aiken (1777, Βρετανία) και Lavoisier (1788, Γαλλία) και υποστηρίχθηκε από τη Nightingale στο βιβλίο της “Notes on Hospitals”.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι τη δεκαετία του '30 ο υγειονομικός τομέας ήταν μερικώς αποτελεσματικός, μιας και οι δυνατές ιατρικές παρεμβάσεις ήταν ελάχιστες. Η αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση εμφανίστηκε στη δεκαετία του '30 και έγινε προσιτή σε όλους στο τέλος της δεκαετίας του '40 και στις αρχές της δεκαετίας του '50 με την ταχεία εξέλιξη της απαραίτητης τεχνολογίας.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '50, παράλληλα με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης των βιομηχανικών χωρών, που το 1961 ίδρυσαν τον ΟΟΣΑ, παρατηρείται ταυτόχρονα μια επεκτατική κοινωνική πολιτική και σημαντική ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα. Οι σπουδαιότεροι παράγοντες

οι οποίοι συνέβαλαν στην παραπάνω εξέλιξη και ανάπτυξη και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό, πολιτιστικό και υγειονομικό περιβάλλον της ίδιας περιόδου. Συνοπτικά, μπορούν να αναφερθούν:

- οι ανθρωπιστικές ιδέες και αντιλήψεις, οι οποίες διαπνέουν τους λαούς και τις κυβερνήσεις των χωρών μετά τις καταστροφικές συνέπειες του Β' Παγκόσμιου Πολέμου,
- η ευρεία κοινωνική αποδοχή που απολαμβάνει η αντίληψη ότι η υγεία είναι δημόσιο κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη το κράτους, σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών και ανεξάρτητα από το εισόδημα και την κοινωνική τους θέση,
- ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης,
- ο αυξημένος παρεμβατικός ρόλος και η ενεργός συμμετοχή του κράτους στην οικονομική δραστηριότητα,
- ο προσανατολισμός της ιατρικής επιστήμης και συνακόλουθα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς τη θεραπευτική κατεύθυνση, που είχε ως αποτέλεσμα την οργάνωση νοσοκομειακών συστημάτων υψηλής τεχνολογίας, τα οποία απαιτούν αυξημένους πόρους.

Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα τις τελευταίες δεκαετίες είχε μια θεαματική εξέλιξη σε όλες τις βιομηχανικές κυρίως χώρες και αποτέλεσε ένα δυναμικό κλάδο παραγωγής και απασχόλησης, ενώ παράλληλα κινητοποίησε οικονομικά συμπληρωματικούς βιομηχανικούς κλάδους (φαρμακοβιομηχανία, βιομηχανίες ιατρικού εξοπλισμού κ.ά.). Τα συστήματα περίθαλψης αποτελούν σήμερα δυναμικούς κλάδους της οικονομίας, απασχολούν 5-8% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες. Τα μεγέθη αυτά ασκούν σημαντική επίδραση στο σύνολο της οικονομίας και

για το λόγο αυτό βρίσκονται στο επίκεντρο της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη (δημόσια και ιδιωτική) αποτελούν το μεγαλύτερο και με ταχύτερο αυξανόμενο ρυθμό τμήμα των δαπανών υγείας.

Τέλος, η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής, των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας και γενικά οι αυξημένες απαιτήσεις για την υγεία έχουν μετατρέψει σήμερα τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Οι πολλές και διάφορες λειτουργίες που πραγματοποιούνται σε αυτά όχι μόνο διαφοροποιούνται συνεχώς με την πάροδο του χρόνου, αλλά και πολλές φορές είναι συγκρουόμενες. Έτσι, ουσιαστική προϋπόθεση για την εκπλήρωση της αποστολής τους, που είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, αποτελεί η ύπαρξη σωστής οργάνωσης και διαχείρισης, καθώς και η συμμετοχή στη διαχείριση όχι μόνο των διαχειριστών και των γιατρών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στο νοσοκομειακό σύστημα και συμβάλλουν στην περίθαλψη των ασθενών.

6.2 Στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν γενικά, ειδικά και στρατιωτικά νοσοκομεία.

Εξετάζοντας τα ελληνικά νοσοκομεία ως οργανισμούς, διαπιστώνουμε ότι τυπικά πρόκειται για ΝΠΔΔ. Είναι δηλαδή εξ' ορισμού αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί, ενταγμένοι στο κράτος, οι οποίοι αυτοδιαχειριζόμενοι τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους που κατέχουν, αναπτύσσουν ποικίλες δραστηριότητες για την ικανοποίηση

αναγκών γενικού συμφέροντος κατά τρόπο διαρκή. Ουσιαστικά, όμως, δηλαδή στην πραγματικότητα:

1. Τα νοσοκομεία δεν είναι αυτόνομα, ούτε αυτοδιοικούμενα. Οι παρεμβάσεις της κεντρικής εξουσίας στον τρόπο λειτουργίας τους είναι έντονες και συχνά αλληλοσυγκρουόμενες.
2. Η χωροθέτηση των νοσοκομείων δεν ήταν πάντα η καλύτερη δυνατή και οι κτιριακές εγκαταστάσεις των περισσότερων νοσοκομείων εξακολουθούν να παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις. Εάν ξεκινήσουμε καταρχήν από τη θέση που έχει επιλεγεί για την εγκατάσταση των νοσοκομείων, διαπιστώνουμε τον ευκαιριακό τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το θέμα.
3. Ο εξοπλισμός σήμερα των νοσοκομείων με μηχανήματα, όργανα και συσκευές υψηλής τεχνολογίας, παρά τον εκσυγχρονισμό που σημείωσε με την ταχεία διάδοση και στην Ελλάδα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, δεν κρίνεται ως ικανοποιητικός, αφού τα νοσοκομεία βρίσκονται συχνά σε αδυναμία να καλύψουν από μόνα τους πλήρως τις απαιτήσεις για διάγνωση και θεραπεία των ασθενών τους και αναγκάζονται να προσφεύγουν στη βοήθεια του ιδιωτικού τομέα (Παπαπαναγιώτου 2000)
4. Στα νοσοκομεία, δεν υπάρχουν περιθώρια ουσιαστικής διαχείρισης από μέρους τους των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, αφού:
 - οι προσλήψεις προσωπικού, οι σχέσεις εργασίας του, οι αμοιβές του, η εξέλιξή του και άλλα θέματα που έχουν σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού ρυθμίζονται από το δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα και απομένουν ελάχιστα περιθώρια για άσκηση οποιασδήποτε πολιτικής από τις διοικήσεις και διευθύνσεις των νοσοκομείων,

- οι οικονομικοί πόροι και τα έσοδα εξαρτώνται από την κεντρική εξουσία.
5. Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεκώνει τα νοσοκομεία είναι αριθμητικά περισσότερο σε σχέση με παλιότερα, εξακολουθεί όμως να μην επαρκεί, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, για την κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επιμόρφωση του προσωπικού, σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη και εξέλιξη τόσο του ίδιου του προσωπικού όσο και της λειτουργίας του οργανισμού-νοσοκομείου, βασίζεται ακόμη στην καλή διάθεση και τις οικονομικές δυνατότητες των υπαλλήλων μιας και δεν υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός και ουσιαστικά κίνητρα.

Το σύγχρονο νοσοκομείο, αναφέρθηκε ήδη, γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο. Η επέκταση των δραστηριοτήτων και η αύξηση των μεγεθών του, οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό, εξοπλισμό, αλλά και σε σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας. Η εισαγωγή νέων, σύγχρονων μεθόδων διοίκησης-διαχείρισης, με παράλληλη ανάπτυξη εκείνων των λειτουργικών διασυνδέσεων που θα επιτρέψουν τη συνεχή ροή υπηρεσιών και πληροφοριών, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ποιοτική αναβάθμιση του παραγόμενου έργου και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς του (Σιγάλας 1993).

6. Τεράστια είναι τα χρηματοδοτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα τα ελληνικά νοσοκομεία.
7. Η έλλειψη, τέλος, κεντρικών επιτελικών οργάνων, κατάλληλα στελεχωμένων, τα οποία θα έπαιζαν καθοδηγητικό ρόλο στη διαμόρφωση και υλοποίηση της πολιτικής ηγεσίας είναι ιδιαίτερα

έντονη. Η αδυναμία αυτή, που αφορά την ελληνική δημόσια διοίκηση γενικότερα, είναι φυσικό να αντανakλά και στο χώρο της εποπτείας και καθοδήγησης του νοσοκομειακού τομέα.

Για να λειτουργήσουν εύρυθμα και αποτελεσματικά τα νοσοκομεία στη χώρα μας είναι επιτακτική η ανάγκη εκσυγχρονισμού τους, με την εισαγωγή νέων μεθόδων ορθολογικής διοίκησης-διαχείρισης. Είναι αναγκαία η αναδιάρθρωση για την επιτυχία της οποίας όμως επιβάλλεται:

- ο καθορισμός σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, την οποία θα κληθούν να εφαρμόσουν τα νοσοκομεία με βάση έναν συγκεκριμένο ετήσιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους,
- η αλλαγή του σημερινού νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων, κατά τρόπο που αφενός δεν θα στερεί από αυτά τον δημόσιο τους χαρακτήρα και αφετέρου θα επιτρέπει τη διοικητική και διαχειριστική τους ευελιξία,
- η αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων, με την ανάθεση της διοίκησης-διαχείρισής τους σε ικανούς manager, που η επιλογή τους θα γίνει αποκλειστικά με επαγγελματικά κριτήρια και στους οποίους θα δοθούν ουσιαστικά κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων,
- ο περιορισμός των αρμοδιοτήτων των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων αποκλειστικά και μόνο στη λήψη αποφάσεων εφαρμογής πολιτικής υγείας, αποκλειόμενης οποιασδήποτε δυνατότητας παρέμβασης τους στην άσκηση του management,

- η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος και η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία με βάση την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους, αλλά και τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού που καλούνται αυτά να καλύψουν,
- η ευαισθητοποίηση των γιατρών, νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ως προς το κόστος των ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικών αγωγών,
- η θέσπιση κινήτρων τόσο για το προσωπικό όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας, αλλά και το ποιοτικό επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών (Παπαπαναγιώτου 2000).

6.3 Οργανωτική δομή

Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις που υπάρχουν στον οργανισμό που δημιουργείται κατά τη σύστασή τους. Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται επακριβώς:

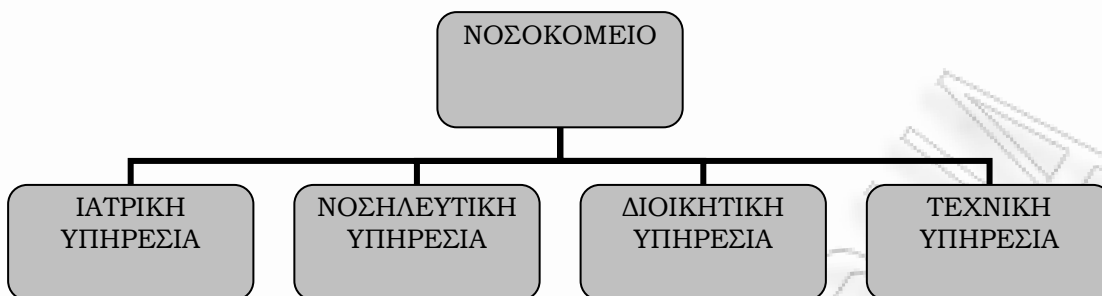
- Η επωνυμία του
- Ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους
- Οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, καθώς και τα εργαστήριά της

- Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής – Οικονομικής και Τεχνικής – Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους
- Οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους
- Ο αριθμός και οι ειδικότητες του προσωπικού
- Η οργάνωση του νοσοκομειακού φαρμακείου

Σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται υποχρεωτικά ειδικό γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», το οποίο στελεκώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνίσταται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Κάθε νοσοκομείο, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη, απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

- α) Ιατρική
- β) Νοσηλευτική
- γ) Διοικητική – Οικονομική
- δ) Τεχνική – Ξενοδοχειακή



Διάγραμμα 1: Υπηρεσίες νοσοκομείου

Τέλος, στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται στον Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Προμηθειών.

α) Ιατρική Υπηρεσία

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι – ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας. Ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της υπηρεσίας, της οποίας είναι και διοικητικός προϊστάμενος. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς και τμήματα. Οι βασικοί τομείς είναι:

1. Παθολογικός
2. Χειρουργικός
3. Εργαστηριακός
4. Ψυχικής Υγείας

β) Νοσηλευτική Υπηρεσία

Οι δραστηριότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας διακρίνονται σε νοσηλευτικές, διοικητικές και εκπαιδευτικές.

1. Νοσηλευτικές

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και τη τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
- Η παροχή φροντίδας για τη διαβίωση των αρρώστων στο νοσοκομείο, κάτω από γενικά παραδεκτές ανθρώπινες συνθήκες.

2. Διοικητικές

- Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης σε όλο το προσωπικό.
- Η επαρκής στελέχωση των τομέων, τμημάτων και μονάδων για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων σε 24ωρη βάση.
- Ο έλεγχος των παρεχόμενων από το προσωπικό υπηρεσιών.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών.
- Η από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

3. Εκπαιδευτικές

- Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Η υποστήριξη των εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων.
- Η κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

γ) Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία

Οι δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι οι εξής:

- Συντονισμός των λειτουργιών των άλλων υπηρεσιών

- Υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών
- Διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας
- Εκπαίδευση στελεχών σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης

Η Οικονομική Υπηρεσία ασχολείται με θέματα λογιστικά, μισθοδοσίας, διαχείρισης υλικών, προμηθειών, διαχείρισης περιουσίας και δωρεών, διατροφής, επιστάσις, συγκέντρωσης και ανάλυσης στατιστικών στοιχείων, εκπαίδευσης και επιμόρφωσης κ.τ.λ.

δ) Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Οι αρμοδιότητες της συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι οι μελέτες έργων και κατασκευές, οι εγκαταστάσεις, οι συντηρήσεις και επισκευές κ.ά. (Περλέγκος 2004)

6.4 Διακρίσεις

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά ανάλογα με τον αριθμό ειδικοτήτων που υπάρχουν σε αυτά. Έτσι, γενικά είναι τα νοσοκομεία που διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες και ειδικά όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία ειδικότητα.

Τα γενικά νοσοκομεία με τη σειρά τους διακρίνονται σε Περιφερειακά και Νομαρχιακά.

Διάγραμμα 2: Διάκριση γενικών νοσοκομείων

Γενικά Νοσοκομεία

Περιφερειακά

- λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας και καλύπτουν τις ανάγκες της
- παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες
- συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας

Νομαρχιακά

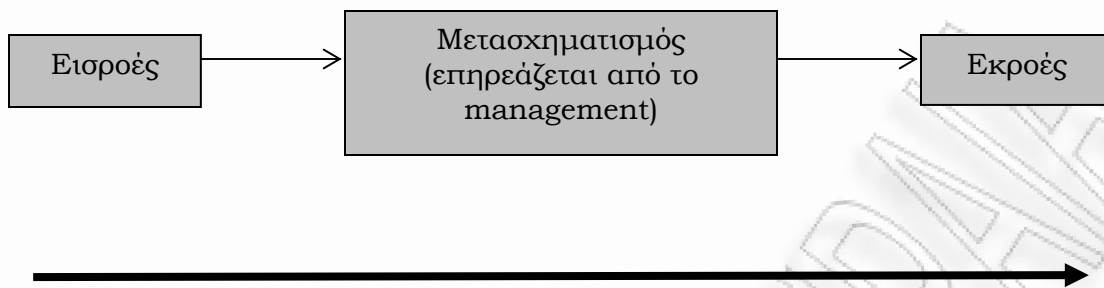
- λειτουργούν σε κάθε νομό και καλύπτουν ανάγκες κύρια του νομού
- παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε μερικές μόνο ειδικότητες και όχι πάντα πλήρη
- συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας

7. Management για τα επαγγέλματα υγείας

7.1 Εισαγωγή

Σε πολλές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λειτουργούν σαν managers. Η λήψη ορθολογικών αποφάσεων αποτελεί μια φυσική ανθρώπινη προσπάθεια, η οποία ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται και άλλα πρόσωπα απαιτεί ικανότητες management.

Επί του παρόντος, το management ορίζεται σαν μια διαδικασία με ιδιαίτερο διαπροσωπικά και τεχνικά χαρακτήρα, μέσω της οποίας καθορίζονται και επιτυγχάνονται οι στόχοι των οργανισμών (μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας), με τη χρησιμοποίηση ανθρώπων, φυσικών πόρων και της τεχνολογίας.



Διάγραμμα 3: Διαδικασία και management

7.2 Το έργο του manager: λειτουργίες και δεξιότητες

Ένας τρόπος προσέγγισης της εργασίας του manager είναι η ταξινόμηση του φάσματος των δραστηριοτήτων του σε βασικές λειτουργίες/κατηγορίες:

1. **ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ** (planning): Καθορισμός των αντικειμενικών στόχων της συλλογικής δραστηριότητας και των μέσων επίτευξής τους.
2. **ΟΡΓΑΝΩΣΗ** (organizing): Μεθόδευση του οργανικού συνόλου από ανθρώπους και αντικείμενα για την εκτέλεση της εργασίας που απαιτείται προς επίτευξη των στόχων.
3. **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** (directing): Δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος στο οποίο τα άτομα μπορούν να ικανοποιήσουν τους στόχους τους καθώς εργάζονται, ώστε να ικανοποιηθούν εν τέλει οι προκαθορισμένοι στόχοι του οργανισμού.
4. **ΕΛΕΓΧΟΣ** (controlling): Σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τους στόχους ώστε να προκύπτει ένα μέτρο επιτυχίας ή αποτυχίας.
5. **ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ** (coordinating): Συνειδητές προσπάθειες σύγκλισης και συγχρονισμού των διαφόρων δραστηριοτήτων και συμμετεχόντων

ώστε να λειτουργήσουν αρμονικά προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού.

Οι δεξιότητες του manager διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. *Τεχνικές δεξιότητες*: Είναι οι ικανότητες χρησιμοποίησης αντικειμένων, μεθόδων, διεργασιών, μηχανισμών, τεχνικών.
2. *Δεξιότητες συμπεριφοράς*: Συνίστανται στην ικανότητα αρμονικής συνύπαρξης με άλλους ανθρώπους, κατανόησής τους, καθώς και στη καθοδήγηση και δημιουργία κινήτρων στους χώρους εργασίας.
3. *Διανοητικές δεξιότητες*: Είναι οι διανοητικές ικανότητες αντίληψης όλων των σύνθετων αλληλεπιδράσεων που υφίστανται σε έναν χώρο αλληλεπιδράσεων μεταξύ ανθρώπων, τμημάτων ή μονάδων μιας οργάνωσης και ακόμη μεταξύ ενός οργανισμού και του περιβάλλοντός του.

7.3 Η ανάγκη του management στα επαγγέλματα υγείας

Βασικός σκοπός των επαγγελματιών υγείας είναι η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει πλέον να αντιμετωπίζουν όχι μόνο το πρόβλημα της παραγωγής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και αυτό που αφορά την αποδοτικότητα της παραγωγής των υπηρεσιών αυτών. Η διπλή μέριμνα για ποιότητα και αποδοτικότητα αποτελεί τεράστια ευθύνη για τους επαγγελματίες υγείας και για αυτούς που την διοικούν. Είναι μια ευθύνη που πρέπει να αντιμετωπιστεί επιτυχώς εάν θέλουμε να έχουμε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, επωφελείς και οικονομικά ανεκτές.

8. Management νοσοκομείου

Το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται ως κοινωνικό ίδρυμα με προορισμό την εκπλήρωση συγκεκριμένου σκοπού. Ο όρος «σκοπός» περιγράφει το φάσμα των υπηρεσιών τις οποίες το νοσοκομείο παρέχει ή οφείλει να παρέχει στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένες κοινωνικές ανάγκες. Αποτελεί, λοιπόν, ευθύνη και αντικείμενο του management μιας νοσοκομειακής μονάδας η εξασφάλιση εκείνων των δομών και η ενεργοποίηση εκείνων των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν βέλτιστα τις κατά περίπτωση κοινωνικές ανάγκες.

Το management του νοσοκομείου σχετίζεται με δύο αλληλένδετα συστήματα, αυτό καθ' αυτό το νοσοκομείο και το περιβάλλον του. Αντικείμενο του management είναι να επιδρά στα δύο αυτά συστήματα με τέτοιο τρόπο ώστε να καθίσταται δυνατή η εκπλήρωση του σκοπού των νοσοκομειακών μονάδων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τόσο όμως το νοσοκομείο, όσο και το περιβάλλον του είναι δύο ιδιαίτερα πολύπλοκα συστήματα. Τέτοια συστήματα καθορίζονται από ιατρικά, τεχνολογικά, οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πολιτικά καταστατικά μεγέθη, είναι ασταθή και δύσκολα επιτρέπουν προβλέψεις (Καριώτης 1992).

9. Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Εκσυγχρονισμός είναι η βελτίωση των συνθηκών οργάνωσης και λειτουργίας ενός διοικητικού συστήματος, η οποία επέρχεται διαμέσου της ανανέωσης ορισμένων βασικών αρχών-λειτουργιών, στις οποίες στηρίζεται το σύστημα διοίκησης. Είναι, δηλαδή, η μετάβαση της διοίκησης των νοσοκομείων από το «παλιό» στο «νέο», από την προβληματική στην εύρυθμη λειτουργία (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

Πίνακας 3: Σύγκριση παλιού και νέου νοσοκομείου

ΠΑΛΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
<ol style="list-style-type: none">1. Λειτουργία υπηρεσιών βάσει αναχρονιστικού γραφειοκρατικού συστήματος.2. Παροχή ιατρικών υπηρεσιών με μεθόδους παλιάς τεχνολογίας.3. Έλλειψη ενημέρωσης του πολίτη σε θέματα λειτουργίας του νοσοκομείου.4. Έλλειψη εκπαίδευσης στελεχών νοσοκομείου.	<ol style="list-style-type: none">1. Λειτουργία υπηρεσιών βάσει νέων συστημάτων πληροφορικής.2. Παροχή ιατρικών υπηρεσιών με μεθόδους προηγμένης τεχνολογίας.3. Εφαρμογή μέτρων διαφάνειας στη λειτουργία του νοσοκομείου.4. Εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης προσωπικού.

(Πηγή: www.mohaw.gr)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1

1. **Δημολιάτης Γ.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
2. **Σιγάλας Ι.**, *Οργάνωση και Λειτουργία Περιφερειακού Νοσοκομείου*, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1990
3. **Περλέγκος Β.**, *Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στις Μονάδες Υγείας*, 2004 (Διπλωματική Εργασία)
4. **Καριώτης Π.**, *Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωση του Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
5. **Φαμέλη Α.**, *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)
6. www.iatriko.gr
7. **Παπαπαναγιώτου Μ.**, *Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Πειραιάς 2000
8. **Λιαρόπουλος Λ.**, *Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωσή του*, Σημειώσεις από Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1989
9. **Σιγάλας Ι.**, *Το Νοσοκομείο στην Ελλάδα Σήμερα*, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1993
10. **Σιγάλας Ι. και Αλεξιάδης Δ.**, *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Περί Ποιότητας και Στρατηγικής...

... Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό, η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται από τον «βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς». Το ενδιαφέρον για την ποιοτική διασφάλιση των υγειονομικών μπορεί να οφείλεται σε οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά αίτια, καθώς και σε επαγγελματικούς παράγοντες (World Health Organization 1985). Τα οικονομικά αίτια σχετίζονται με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και την αδυναμία κάλυψής της από τους σχετικά περιορισμένους πόρους. Κατά συνέπεια, αποδίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ορθολογική διαχείριση και υιοθέτηση οικονομικά αποδοτικών επιλογών, ενώ και η συγκράτηση των πόρων πολλές φορές συνδυάζεται με την ανάγκη ποιοτικής διασφάλισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από κοινωνικής και πολιτικής σκοπιάς, στενά συνυφασμένη με την προαναφερθείσα οικονομική διάσταση είναι η γενικότερη τάση για την προστασία των δικαιωμάτων των καταναλωτών. Τέλος, από την πλευρά των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, η υιοθέτηση διαδικασιών και μεθόδων διασφάλισης ποιότητας μπορεί να αποτελέσει υπόβαθρο επιστημονικής βελτίωσης και επαγγελματικής εξέλιξης.

Διάφορες στρατηγικές μπορούν να ακολουθηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν: η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα (quality initiatives), η συγκριτική προτυποποίηση (benchmarking), οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation), ο κλινικός και ιατρικός έλεγχος (clinical-medical audit) κ.ά.

1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι ένας σχετικά νέος τρόπος διοίκησης, μια νέα προσέγγιση για την αποτελεσματική ανάπτυξη μιας επιχείρησης και την αύξηση της ανταγωνιστικότητάς της. Ως βασικό προσανατολισμό, η ΔΟΠ έχει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Η έννοια του πελάτη είναι διευρυμένη, ώστε να καλύπτει και τους εξωτερικούς και τους εσωτερικούς πελάτες. *Εξωτερικοί πελάτες* είναι οι τελικοί καταναλωτές και χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών. *Εσωτερικοί πελάτες* είναι τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα συμβάλλουν στη δημιουργία των προϊόντων και επηρεάζουν την προσφερόμενη ποιότητα.

1.1 Γενικές αρχές της ΔΟΠ

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση ορισμένων αρχών στη διοίκηση των διάφορων λειτουργιών της επιχείρησης.

Αρχή 1^η: Υποστήριξη και ενεργός συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης, με πρώτη προτεραιότητα στην ποιότητα και τη συνεχή βελτίωσή της.

Αρχή 2^η: Εστίαση στις ανάγκες και προσδοκίες πελατών και εργαζομένων.

Αρχή 3^η: Έμφαση σε συνεχείς βελτιώσεις.

Αρχή 4^η: Συνολική και συστηματική συμμετοχή εργαζομένων.

Αρχή 5^η: Λήψη αποφάσεων με αντικειμενικά κριτήρια (Δερβιτσιώτης 2001).

1.2 Αντικειμενικοί σκοποί της ΔΟΠ

Η πρωτοβουλία για την εφαρμογή της ΔΟΠ στηρίζεται στην πεποίθηση ότι με το νέο τρόπο διοίκησης ο οργανισμός θα είναι σε θέση να γίνει πιο αποτελεσματικός στην επίτευξη των στρατηγικών του στόχων. Οι

αντικειμενικοί σκοποί που εξυπηρετούνται με την εφαρμογή της ΔΟΠ είναι οι ακόλουθοι (Johnson και Omachonu 1995):

1. Η αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη.
2. Η διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του οργανισμού σε σχέση με το κόστος λειτουργίας του.
3. Η αύξηση της ικανότητας της επιχείρησης για καινοτομίες και ευελιξία στις αναγκαίες προσαρμογές.
4. Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού.
5. Η αξιοποίηση νέας τεχνολογίας, δηλαδή νέου εξοπλισμού και λογισμικού, όταν αυτά ενισχύουν τους στρατηγικούς στόχους.

2. Βασικά εργαλεία ποιότητας

Για την ανάπτυξη και εφαρμογή της ΔΟΠ οι υπεύθυνοι είναι σκόπιμο να χρησιμοποιούν ορισμένες τεχνικές και εργαλεία που έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Τα εργαλεία ποιότητας είναι καθοριστικά για την επιτυχή λειτουργία της ΔΟΠ. Το σύνολο των μεθόδων, τεχνικών και εργαλείων για τη ΔΟΠ προσφέρει στη διοίκηση και στους εργαζόμενους τα μέσα ή «εργαλεία» εκείνα για την:

1. σωστή διάγνωση της παρούσας κατάστασης και των προβλημάτων που επηρεάζουν την ποιότητα,
2. περιγραφή, τις απαραίτητες μετρήσεις των σχετικών μεγεθών και την αναγκαία ανάλυση,
3. διαμόρφωση των κατάλληλων λύσεων για την εξουδετέρωσή τους.

Ανάλογα με τη φύση και την εμβέλεια του προβλήματος, διαφέρει και ο συνδυασμός των τεχνικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας.

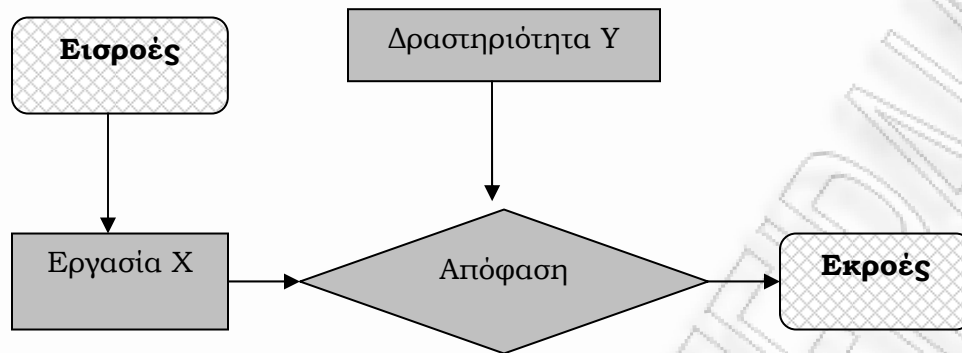
Διάγραμμα Ροής

Ένα διάγραμμα ροής απεικονίζει γραφικά τα διαδοχικά στάδια στην παραγωγή ενός προϊόντος. Στο διάγραμμα ροής παρουσιάζονται:

- Οι επεξεργασίες παραγωγής του προϊόντος, οι απαραίτητες ενέργειες σε διαδοχικές φάσεις ή διαδοχικά στάδια εξυπηρέτησης πελατών κ.ά. Το ίδιο ισχύει και για άλλες εσωτερικές διαδικασίες υποστήριξης, όπως η συντήρηση του εξοπλισμού.
- Οι πληροφορίες, τα υλικά ή εξαρτήματα και τα προϊόντα που περιγράφουν τις εισροές και εκροές μιας διαδικασίας.
- Οι εργαζόμενοι ή τα διοικητικά στελέχη και ο τρόπος με τον οποίο εμπλέκονται σε διαδικασίες για τις επεξεργασίες ή τη λήψη αποφάσεων.

Το διάγραμμα ροής εξυπηρετεί τις ειδικές ομάδες βελτίωσης, τη διοίκηση και τους εργαζόμενους με πολλούς τρόπους:

- Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ όλων σχετικά με το τι κάνει μια διαδικασία και πώς, ώστε να γίνεται κατανοητός ο τρόπος εμπλοκής και συμβολής του προσωπικού, ατομικά ή ομαδικά.
- Βελτιώνει τον τρόπο κατανόησης της διαδικασίας ως προς τα επιμέρους στοιχεία και τις αλληλεξαρτήσεις τους, από τους ενδιαφερόμενους για την αποτελεσματική λειτουργία της.
- Διευκολύνει τον εντοπισμό σημείων ή φάσεων, όπου η διαδικασία εμφανίζει δυσλειτουργίες, π.χ. κακή ποιότητα, καθυστερήσεις κ.ά.
- Παρέχει μια συνολική εικόνα για μια δραστηριότητα και τη βάση για την έναρξη διερεύνησης τρόπων για εφικτές επιθυμητές βελτιώσεις.



Διάγραμμα 4: Διάγραμμα ροής

Ιστόγραμμα

Το ιστόγραμμα είναι μια γραφική απεικόνιση της συχνότητας με την οποία παρατηρείται ένα σύνολο από τις τιμές κάποιας μεταβλητής που μας ενδιαφέρει. Ένα ιστόγραμμα μας επιτρέπει να γνωρίζουμε:

- αν υπάρχει αισθητή αλλαγή της μεταβλητότητας, δηλαδή των διακυμάνσεων μιας διαδικασίας από τη μία περίοδο στην άλλη,
- αν από την παρεχόμενη εικόνα μπορούμε να προσδιορίσουμε το βαθμό στον οποίο η διαδικασία ικανοποιεί τις απαιτήσεις πελατών,
- αν η κατανομή για διαφορετικές τιμές της μεταβλητής είναι ή όχι συμμετρική.

Λίστα ή Κατάλογος Ελέγχου

Μία λίστα ή ένας κατάλογος ελέγχου είναι ένα προσεκτικό δομημένο έντυπο για τη συλλογή και την ανάλυση στοιχείων από άμεση παρατήρηση ή από μέτρηση ορισμένων χαρακτηριστικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μια λίστα ελέγχου χρησιμοποιείται για τη διασφάλιση της εκτέλεσης όλων των ενεργειών που προβλέπονται σε κάποια συγκεκριμένη διαδικασία. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για τη χρήση μιας λίστας ελέγχου είναι οι εξής:

- Η συλλογή στοιχείων για τον προσδιορισμό της συχνότητας κάποιου συμβάντος ή του τρόπου διάθεσης του χρόνου ενός διοικητικού στελέχους ή κάποιου πολύ εξειδικευμένου τεχνικού.
- Η καταγραφή των όσων συμβαίνουν κατά τη λειτουργία μιας διαδικασίας παραγωγής ή παραλαβής υλικών.
- Η τυποποίηση μιας σειράς ενεργειών σε μια πολύπλοκη διαδικασία.

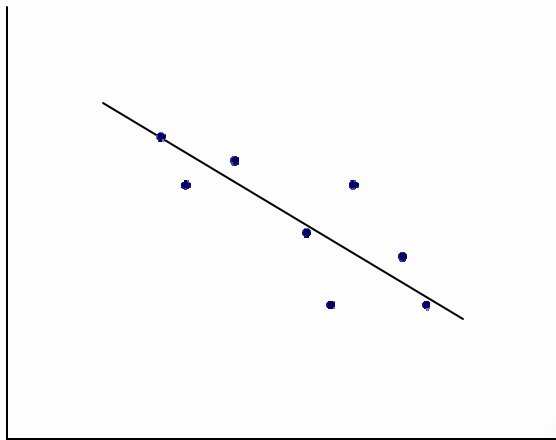
Ανάλογα με το λόγο ή τον τρόπο χρήσης μιας λίστας ελέγχου, η προετοιμασία της συνήθως περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Προσδιορισμό του αντικειμένου παρατήρησης ή μέτρησης, με σαφή καθορισμό των χαρακτηριστικών που μας ενδιαφέρουν.
- Επιλογή του υπεύθυνου για τη συμπλήρωση της λίστας, με σαφή προσδιορισμό του κατάλληλου χρόνου και χώρου για τις επιθυμητές παρατηρήσεις ή μετρήσεις.
- Σχεδίαση της κατάλληλης φόρμας και διάταξης του εντύπου, ώστε να είναι εύκολο στη χρήση και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Διάγραμμα Διασποράς

Το διάγραμμα διασποράς απεικονίζει τον τρόπο με τον οποίο μία μεταβλητή συσχετίζεται με κάποια άλλη. Σε μία ανάλυση συσχέτισης στις τιμές δύο μεταβλητών η οποία γίνεται με τη βοήθεια ενός διαγράμματος διασποράς, οι λόγοι μπορεί να είναι οι εξής:

- Η κατανόηση των επιρροών που ορισμένες μεταβλητές ασκούν σε άλλες.
- Η διερεύνηση των αιτιών που δημιουργούν προβλήματα στην ποιότητα.
- Η διαμόρφωση μιας, όσο γίνεται πληρέστερης, συστημικής εικόνας του υπό μελέτη προβλήματος.



Διάγραμμα 5: Διάγραμμα διασποράς

Όσο πιο ευθυγραμμισμένα είναι τα σημεία που αντιστοιχούν σε διαφορετικά ζεύγη, τόσο πιο δυνατή είναι η μεταξύ τους σχέση.

Χάρτης Ελέγχου

Ο χάρτης ελέγχου είναι ένα διάγραμμα στο οποίο απεικονίζονται οι διακυμάνσεις σε ένα κρίσιμο για την ποιότητα χαρακτηριστικό μιας διαδικασίας. Σε κάθε παραγωγική διαδικασία παρατηρούνται ορισμένες διακυμάνσεις στα προϊόντα ή στις υπηρεσίες όσον αφορά τα κρίσιμα για την ποιότητα χαρακτηριστικά. Ορισμένες φορές, οι διακυμάνσεις αυτές είναι τόσο μεγάλες που καθιστούν το προϊόν ή την υπηρεσία ελαττωματική. Επειδή οι παρατηρούμενες διακυμάνσεις σε κρίσιμα χαρακτηριστικά είναι ο κύριος «εχθρός» της ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες, είναι χρήσιμο για τη διοίκηση να τις παρακολουθεί διαχρονικά με χάρτες ελέγχου.

Ανάλυση Pareto

Το διάγραμμα Pareto είναι η ποσοστιαία ταξινόμηση των σφαλμάτων μιας διαδικασίας ανάλογα με τις αιτίες που τα δημιουργούν. Με το διάγραμμα

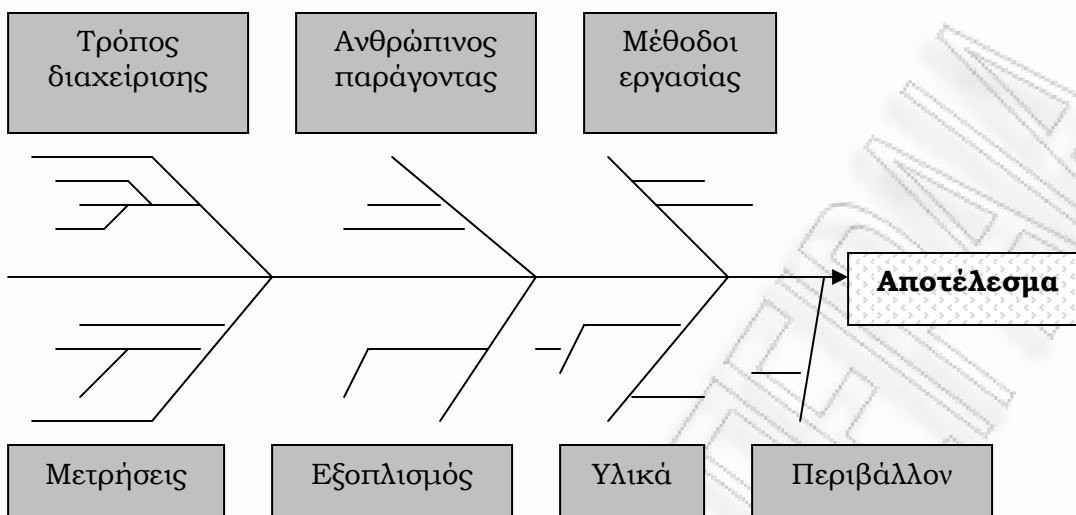
Pareto γίνεται σαφές πως ορισμένοι παράγοντες έχουν δυσανάλογα μεγαλύτερη συμβολή στο τελικό αποτέλεσμα από άλλους. Η ανάλυση Pareto επιτρέπει να προσδιορίσουμε εκείνο το σχετικά μικρό αριθμό αιτιών ή παραγόντων, ως ποσοστό συνήθως 20%, που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό συμβολής, συνήθως 80%, στο τελικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, το διάγραμμα Pareto:

1. Επικεντρώνεται στα πιο κρίσιμα θέματα κατηγοριοποιώντας τα με βάση την σπουδαιότητα και συχνότητα εμφάνισής τους.
2. Θέτει σε προτεραιότητα τα προβλήματα ή τις αιτίες που τα προκαλούν έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η επίλυσή τους.
3. Αναλύει την επιρροή των αλλαγών πριν και μετά την εμφάνισή τους.

Διάγραμμα Αιτιών-Αποτελεσμάτων (Ψαροκόκαλο)

Με το διάγραμμα αιτιών-αποτελεσμάτων γίνεται η απεικόνιση των σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας. Οι βασικές αιτίες που συνθέτουν συνήθως ένα πρόβλημα είναι οι εξής:

1. Τρόπος διαχείρισης
2. Ανθρώπινος παράγοντας
3. Μέθοδοι εργασίας
4. Μειρήσεις
5. Εξοπλισμός
6. Υλικά
7. Περιβάλλον (Δερβιτσιώτης 2001)



Διάγραμμα 6: Ψαροκόκαλο

3. Η στρατηγική σημασία της ποιότητας

Για την άρτια παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς, είναι απαραίτητος ο στρατηγικός σχεδιασμός, η ομαδική εργασία, η συνεχής βελτίωση και διαχείριση της ποιότητας καθώς και ο τεχνολογικός εκσυγχρονισμός. Πιο συγκεκριμένα (www.healthcaremanaging.com):

1. Οι μονάδες υγείας είναι απαραίτητο να έχουν στρατηγικό σχεδιασμό, για να είναι ικανές να αντιμετωπίσουν τις επερχόμενες αλλαγές στο χώρο των δραστηριοτήτων τους. Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανάπτυξης τους επιτυγχάνεται με τη βαθιά γνώση και τη συνδυασμένη εφαρμογή της επιστήμης του management με τις επιστήμες της υγείας.

2. Παρότι είναι δύσκολη η εφαρμογή του ομαδικού τρόπου εργασίας στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, με τη σωστή λειτουργία ομάδων εργασίας επιτυγχάνεται καλύτερη απόδοση σε πολύπλοκους στόχους, ευελιξία, υποκίνηση, ανταποκρισιμότητα και ολική αξιοποίηση των δεξιοτήτων των μελών τους.

3. Η αξιολόγηση των στελεχών στο χώρο της υγείας παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες, κυρίως λόγω της σύνθεσης του προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, κ.λπ.). Όταν όμως η μέτρηση των ιδιοτήτων και των συμπεριφορών γίνεται έπειτα από συνεχή παρατήρηση και προσωπική μελέτη, στο ευαίσθητο περιβάλλον της υγείας, επιτυγχάνεται η ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους, οι οποίοι αξιοποιούνται αποτελεσματικότερα, ώστε να υποστηρίξουν με επιτυχία τα συστήματα.

4. Οι διαστάσεις της ποιότητας υγείας, σύμφωνα με τον John Onretveit, είναι τρεις: η ποιότητα του ασθενούς, η ποιότητα των επαγγελματιών της υγείας και η διαχείριση της ποιότητας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μετρήσιμη με πληθώρα δεικτών μέτρησης και, επομένως, επιδέχεται βελτίωσης. Βεβαίως, η εθνική κουλτούρα και το τοπικό περιβάλλον επηρεάζουν σημαντικά τις προσπάθειες μέτρησης της ποιότητας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

5. Κάθε μονάδα υγείας πρέπει να αποτελεί το φορέα της υπεύθυνης ενημέρωσης της κοινωνίας και του πολίτη και να έχει σχεδιασμό πιθανών κρίσεων σε επίπεδο διοίκησης και ασθενών.

6. Για την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας απαιτούνται η εφαρμογή ενός συστήματος ολιστικής ποιότητας, η ικανοποίηση των εξωτερικών και των εσωτερικών πελατών.

7. Ο κλάδος της υγείας είναι στενά συνδεδεμένος με το σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον της πολυπλοκότητας και των αλλαγών. Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, τα νέα φαρμακευτικά και άλλα προϊόντα, η έντονη επιρροή των ΜΜΕ και η διαπίστωση της ανάγκης για αναδιοργάνωση, ασκούν καθοριστική επίδραση.

8. Για την απόκτηση γνώσεων και νέων εμπειριών, την ανάπτυξη προσωπικών και επαγγελματικών ικανοτήτων και την απόκτηση ή μετατροπή συγκεκριμένων συμπεριφορών, απαιτείται η συμμετοχή των στελεχών της υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, στελεχών του χώρου της υγείας, κ.λπ.), σε κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης. Ένα τέτοιο πρόγραμμα, που συνδυάζει τη διοίκηση με την επιστήμη και την πρακτική της υγείας, είναι το Μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (MBA in Health Services Management).

9. Στο δημόσιο τομέα απαιτείται η ρύθμιση χρεών των νοσηλευτικών μονάδων, η καταπολέμηση της διαπλοκής και η ορθολογιστική διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων.

10. Η υιοθέτηση της νέας τεχνολογίας στη λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων είναι αναγκαία και άμεση. Οι σύγχρονες τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων αυτών της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών, αποτελούν σήμερα βασική συνιστώσα για την αποτελεσματική παροχή της φροντίδας και μπορούν να δώσουν λύσεις σε σημαντικά προβλήματα διάγνωσης και θεραπείας, αφού καθίστανται άμεσα προσβάσιμες οι εμπλεκόμενες αιτούμενες πληροφορίες και η γνώση. Οι μονάδες υγείας της χώρας μας παρουσιάζουν ουσιαστικές αδυναμίες αφομοίωσης και ενσωμάτωσης των τεχνολογιών αυτών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, καθώς η είσοδος τους εμφανίζεται να εισάγει πολυπλοκότητα και απαιτήσεις για την διαχείριση των αλλαγών που αυτές συνεπάγονται. Η πρόκληση για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν είναι πλέον η απόκτηση της τεχνολογίας μόνο, αλλά και η δυνατότητα αφομοίωσής της. Το κέντρο βάρους της ευθύνης για τη βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται έτσι κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές, με παράλληλη ανάπτυξη και εξέλιξη των αντιλήψεων και την ταυτόχρονη εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού και τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας.

11. Η λειτουργία του «οργανισμού που μαθαίνει» (learning organization) πρέπει να υιοθετηθεί.

Οι ευεργετικές επιπτώσεις από τη βελτίωση της ποιότητας εκδηλώνονται τόσο στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, όσο και μέσα στον οργανισμό. Οι επιπτώσεις μέσα στον οργανισμό έχουν σχέση όχι μόνο με τη μείωση του κόστους, αλλά κυρίως με τη δημιουργία ενός κλίματος που συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία και συντονισμό των εργαζομένων, αλλά και στη δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος που ικανοποιεί βαθύτερες ανάγκες.

Μαζί με τη βελτίωση της ποιότητας, είναι συχνά δυνατόν να έχουμε και ταυτόχρονη μείωση του κόστους, διότι η βελτίωση της ποιότητας μεταφράζεται αυτομάτως σε μείωση του ποσοστού των λαθών. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα την άμεση αύξηση της παραγωγικότητας, διότι για την ίδια ποσότητα τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας ο οργανισμός χρησιμοποιεί λιγότερες ώρες εργασίας και μηχανών, λιγότερη ενέργεια κ.ά.

Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών γενικά, και ειδικότερα του τομέα υγείας, αποτελεί θεμελιώδη απαίτηση της κοινωνίας (www.mohaw.gr).

4. Στρατηγική διοίκηση και σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας

Τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά προκειμένου να μπορούν να εκπληρώνουν την αποστολή τους, δηλαδή να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της ασθένειας και στην προστασία και προαγωγή της υγείας (Williams και Torens 1980).

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργούν σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και πρέπει να έχουν την ικανότητα να προετοιμάζονται ώστε να αποδέχονται τις αλλαγές σαν αναπόφευκτο επακόλουθο της λειτουργίας τους. Η συνέχιση της επιτυχούς λειτουργίας και ανάπτυξής τους απαιτεί καινοτομίες και προσαρμογή στο μεταβαλλόμενο πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και τεχνολογικό περιβάλλον.

4.1 Ο ορισμός του σχεδιασμού

Ο Σχεδιασμός μπορεί να οριστεί σαν η λήψη αποφάσεων για το **τι** πρέπει να γίνει και **πως** πρέπει να γίνει. Οι αποφάσεις για το τι πρέπει να γίνει οδηγούν στον καθορισμό των σκοπών, και για το πως πρέπει να γίνει καταλήγουν στον καθορισμό των μεθόδων επίτευξης των στόχων αυτών. Η αξία του στρατηγικού σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας έγκειται στο ότι προσφέρει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, ιδιαίτερα στην εποχή μας η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη αβεβαιότητα, αυξανόμενη πολυπλοκότητα, αλληλεξάρτηση και έντονο ανταγωνισμό. Ταυτόχρονα, προσφέρει δυνατότητες για αποδοτικότερη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και έλεγχο όλων των δραστηριοτήτων με σκοπό την καλύτερη αξιοποίηση μέσων και πόρων (Παπούλιας 2002).

4.2 Διαμόρφωση στρατηγικής

Στρατηγική είναι το σύνολο των αποφάσεων που καθορίζουν τον χαρακτήρα μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και της δίνουν έναν προσανατολισμό. Ο χαρακτήρας για παράδειγμα της επιχειρησιακής στρατηγικής μπορεί να της προσδώσει ιδιαίτερες ονομασίες, όπως στρατηγική ανάπτυξης, στρατηγική σταθεροποίησης ή στρατηγική περισυλλογής. Η στρατηγική ενός οργανισμού δεν χαράσσεται ευκαιριακά,

αλλά διαμορφώνεται συστηματικά, εκτιμώντας τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

4.3 Τα βασικά στοιχεία της λειτουργίας του σχεδιασμού

Η θεώρηση των βασικών στοιχείων του σχεδιασμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας επικεντρώνεται σε τέσσερα σημεία (Καριώτης 1992):

- α) Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης
- β) Ο παράγοντας χρόνος
- γ) Συλλογή και ανάλυση δεδομένων
- δ) Ιεράρχηση των σχεδίων

α) Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης

Το κεντρικό στοιχείο του σχεδιασμού είναι η εξεύρεση στην επικρατούσα κατάσταση κάθε αδυναμίας που χρήζει αλλαγής. Μόλις απομονωθούν αυτές οι ανεπιθύμητες καταστάσεις, τίθεται το ερώτημα «τι κάνουμε με αυτές;». Οι εναλλακτικές απαντήσεις στο ερώτημα αυτό δίνουν και το έναυσμα στη λειτουργία του σχεδιασμού.

β) Ο παράγοντας χρόνος

Η χρονική έκβαση των γεγονότων έχει μεγάλη σημασία για τη λειτουργία του σχεδιασμού. Έστω, για παράδειγμα, ότι ένας ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο για κάποια χειρουργική επέμβαση. Για την εξασφάλιση της ομαλής έκβασης της όλης διαδικασίας και προκειμένου ο ασθενής να επωφεληθεί τα μέγιστα από τη διαμονή του στο νοσοκομείο, απαιτείται η λήψη πολλών αποφάσεων. Η όλη διαδικασία γίνεται συνθετότερη δεδομένου ότι τα γεγονότα πρέπει να συμβούν με μια δεδομένη σειρά και δεδομένου ότι οι περισσότερες δραστηριότητες στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζονται και εξαρτώνται από άλλες δραστηριότητες, διαφόρων άλλων τμημάτων ή λειτουργικών μονάδων.

γ) Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Η αποτελεσματικότητα του σχεδιασμού εξαρτάται από την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που διαθέτει το στέλεχος. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να σχετίζονται με καταστάσεις του παρελθόντος και του παρόντος, ενώ θα πρέπει να αξιολογούνται και τα πιθανά μελλοντικά συμβάντα.

δ) Ιεράρχηση των σχεδίων

Τα σχέδια υφίστανται μέσα σε μια ιεράρχηση η οποία καλύπτει όλα τα επίπεδα μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα διάφορα σχέδια σε έναν οργανισμό είναι αλληλοεξαρτώμενα και επιτάσσεται να είναι συμβατά και αλληλοϋποστηριζόμενα.

4.4 Η ανάπτυξη μεθόδων επίτευξης των σκοπών

Ο καθορισμός των σκοπών είναι εξ' ορισμού το πρώτο βήμα της λειτουργίας του σχεδιασμού. Κατά τον καθορισμό των σκοπών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

1. Οι σκοποί των εργαζομένων και των διαφόρων τμημάτων πρέπει να είναι συμβατοί με τους σκοπούς της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Οι σκοποί πρέπει να τίθενται βαθμιαία.
3. Οι σκοποί πρέπει να είναι κατά το δυνατόν μετρήσιμοι, έτσι ώστε να προάγεται η ρεαλιστική εκτίμηση του βαθμού επίτευξής τους.
4. Οι σκοποί πρέπει να χαρακτηρίζονται από ευελιξία.
5. Προέχουν οι σκοποί και έπονται οι μέθοδοι επίτευξής τους.

Το δίλημμα των στελεχών, οι οποίοι πρέπει να αναπτύξουν μεθόδους επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων, έγκειται στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών δυνατοτήτων. Η πρώτη εργασία είναι η δημιουργία ενός

καταλόγου πιθανών μεθόδων προς επιλογή. Όταν το στέλεχος επιλέγει μεταξύ πολλών εναλλακτικών μεθόδων για την επίτευξη κάποιων σκοπών, θα πρέπει να σταθμίζει το κόστος κάθε μεθόδου με τα αντίστοιχα οφέλη. Αυτό το κόστος δεν είναι μόνο οικονομικό, αλλά και κοινωνικό ή/και ψυχολογικό. Συσχετίζοντας το κόστος και τα οφέλη όλων των μεθόδων, το στέλεχος επιλέγει εν τέλει τη βέλτιστη μέθοδο.

4.5 Management με αντικειμενικούς σκοπούς

Ο Peter Drucker, προκειμένου να καταδείξει τη ζωτική σημασία των σκοπών στο αποτελεσματικό management, επινόησε τη φράση «Management By Objectives» (MBO). Η διοικητική θεωρία MBO περιγράφει ότι κάθε άτομο ενός οργανισμού έχει ειδικούς, εφικτούς και μετρήσιμους σκοπούς και ότι η απόδοσή του αξιολογείται αντικειμενικά με βάση το βαθμό επίτευξης των σκοπών αυτών. Τα οφέλη του MBO είναι τα εξής:

1. Επιτρέπει στους εργαζόμενους να κατανοήσουν τι αναμένει ο οργανισμός από αυτούς.
2. Βοηθά τη λειτουργία του σχεδιασμού.
3. Βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων.
4. Ενημερώνει καλύτερα τους εργαζόμενους για τους σκοπούς του οργανισμού στον οποίο εργάζονται.
5. Αυξάνει την εγκυρότητα της διαδικασίας αξιολόγησης, επικεντρώνοντας την κρίση σε συγκεκριμένα επιτεύγματα.

4.6 Τα αποτελέσματα του επιτυχούς σχεδιασμού

Η επιτυχής άσκηση της λειτουργίας του σχεδιασμού από τα στελέχη, επιφέρει συγκεκριμένα οφέλη στους οργανισμούς. Η λειτουργία του σχεδιασμού αποφέρει νέα δεδομένα που σχετίζονται με τις εσωτερικές λειτουργίες του νοσοκομείου, αλλά και τις τάσεις που εμφανίζονται στο

περιβάλλον του, ενώ παράλληλα ευνοεί τη συμμετοχή περισσότερων ανθρώπων στη διαμόρφωση μακροπρόθεσμων πλάνων. Ακόμη, επιβάλλει έναν ορθολογισμό στη λήψη αποφάσεων και εφοδιάζει το νοσοκομείο με μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, έναντι των οποίων είναι δυνατό να καταγραφεί και να μετρηθεί η πρόοδος (Καριώτης 1992).

Γενικά, το αποτελεσματικό στρατηγικό management:

- βελτιώνει το συντονισμό μεταξύ των ιατρικών και μη ιατρικών τμημάτων και βοηθά σε μια καλύτερη αντίληψη της αποστολής του καθενός,
- φέρνει πιο κοντά τους εργαζόμενους και τα στελέχη σε μια προσπάθεια να επιδιώξουν κοινούς στόχους,
- βελτιώνει την κάθετη και οριζόντια επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο,
- βοηθά τα στελέχη των νοσοκομείων να αντιληφθούν παρούσες και να προλαμβάνουν μελλοντικές τάσεις και να προετοιμάζουν τον οργανισμό για το μέλλον,
- βοηθά τα τμήματα να ασκήσουν επιρροή στη διαδικασία της στρατηγικής ανάπτυξης του νοσοκομείου και στη στρατηγική υλοποίησης (Zouko 2001).

5. Τρόποι εφαρμογής της στρατηγικής στην ΔΟΠ

Ένας οργανισμός προκειμένου να εξασφαλίσει ότι διαθέτει τα χαρακτηριστικά της ΔΟΠ, πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες δραστηριότητες:

1. Ορατή παρουσία και συμμετοχή του διευθυντικού στελέχους

Η Jackson (2001) υποστηρίζει ότι η συμμετοχή της ηγεσίας πρέπει να γίνεται «εμμονή». Επιπλέον, αυτή η συμμετοχή πρέπει να είναι ορατή, διότι οι άνθρωποι του οργανισμού θα ανταποκριθούν καλύτερα αν δουν ότι οι

ηγέτες εφαρμόζουν έμπρακτα τις ίδιες αρχές της ΔΟΠ που και οι ίδιοι αναμένεται να εφαρμόσουν. Ομοίως, ο Onretveit (1999) υποστηρίζει ότι οι ηγέτες μέσα σε έναν οργανισμό πρέπει να καταστήσουν ορατές τις συνεχείς προσπάθειες για βελτίωση εάν θέλουν και οι συνεργάτες τους να δεσμευτούν με τις ίδιες αξίες.

2. Προώθηση του προγράμματος

Η Jackson παρατήρησε ότι μέσα στην υγειονομική περίθαλψη που προωθεί μια πρωτοβουλία σχετική με ΔΟΠ συνδέθηκε με τις επιτυχείς και ανεπιτυχείς προσεγγίσεις εφαρμογής, για αυτό το λόγο ο προγραμματισμός είναι μια δραστηριότητα που οι ηγέτες πρέπει να εξετάσουν λαμβάνοντας υπόψη τους κανόνες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις της οργάνωσης.

3. Δέσμευση των τρεχόντων πόρων

Οι σημαντικότεροι πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν εφαρμόζοντας τη ΔΟΠ στην καθημερινή πρακτική είναι η ενέργεια, η δημιουργικότητα και ο χρόνος. Εντούτοις, η εμπειρία έχει δείξει ότι οι ανάγκες σε πληροφορίες είναι κυρίαρχες για την επιτυχία. Αντιθέτως με τη δημοφιλή άποψη, η ΔΟΠ δεν απαιτεί πάντοτε πολλά χρήματα. Πράγματι, βέβαια το να γίνεται κάτι σωστά από την πρώτη φορά οδηγεί σαφέστατα στην καλύτερη διαχείριση των χρημάτων (Jackson 2001).

4. Συντονισμός για τη σωστή εισαγωγή των εργαλείων της ΔΟΠ

Ο Wright (1997) παρατήρησε ότι οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να θεωρήσουν ότι ελάχιστα μπορούν να μαθευτούν από άλλους τομείς, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν δέχονται εύκολα τη δυνατότητα εκμάθησης από άλλους οργανισμούς.

5. Ενσωμάτωση των εργαλείων ΔΟΠ στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον Onretveit (1999), αν δεν υπάρχει ενοποίηση ένας οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους του στο μέγιστο

βαθμό και με την καλύτερη αποδοτικότητα. Έτσι λοιπόν, όταν υπάρχουν ενοποιημένες δραστηριότητες που αντανakλούν τις επιθυμητές αξίες που πρέπει να έχει ένας οργανισμός επιτρέπουν στους ανθρώπους να συνεχίζουν μέσα σε ένα κλίμα «άνεσης» και λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις νέες έννοιες και τους νέους τρόπους εργασίας.

6. Γρήγορες επιτυχίες

Δεδομένου ότι η επίτευξη των χαρακτηριστικών που συνδέονται με τη ΔΟΠ απαιτεί χρόνο, είναι σημαντικό να εξασφαλιστούν οι γρήγορες και εύκολες ενέργειες που θα οδηγήσουν στην επιτυχία. Η Jackson αναφέρει ότι ο τομέας αυτός είναι πολύ σημαντικός κατά την εφαρμογή των εννοιών της αυτοαξιολόγησης και της συνεχούς βελτίωσης μέσα στις κλινικές υπηρεσίες υποστήριξης ενός νοσοκομείου.

7. Παροχή καλής πληροφόρησης

Οι άνθρωποι που σχετίζονται με την εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ είναι σημαντικό να παραμένουν ενήμεροι για την πρόοδο που επιτελείται. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται η αντίσταση ως προς αυτό και παράγεται ένα αίσθημα συμμετοχής. Η καλή επικοινωνία πρέπει να είναι έγκαιρη, ακριβής, συνεπής και κατάλληλη. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται καλύτερα με τη χρησιμοποίηση ποικίλων μεθόδων που μπορεί να είναι προφορικές, γραπτές, διάφορες τελετές για επιβράβευση, συνέδρια κ.ά. (Brannan 1998)

9. Εξασφάλιση ότι όλοι συμμετέχουν

Στην προσπάθεια για την επίτευξη της κουλτούρας σε έναν οργανισμό, ως ενδεικτικό της ΔΟΠ είναι η συμμετοχή όλων. Ως εκ τούτου, εξαρτάται από τους ηγέτες του προγράμματος και τους διευθυντές οργάνωσης. Οι δραστηριότητες που υποστηρίζουν κάτι τέτοιο περιλαμβάνουν, αναγνώριση του προσωπικού, καλή επικοινωνία, κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, κοινοποίηση της επιτυχίας και ένα κατάλληλο σύστημα για την διασφάλιση της προόδου (Dayton 2003).

10. Αναγνώριση του προσωπικού

Η αναγνώριση του προσωπικού είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας σε ένα πρόγραμμα εφαρμογής ΔΟΠ δεδομένου ότι αυτό είναι μια από τις κεντρικές αξίες του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διάφορα γεγονότα αναγνώρισης (επίσημα ή άτυπα), όπως τις τελετές επιβραβεύσεων και τα εργαλεία δημοσιοποίησης (Jackson 2001).

11. Χρήση εργαλείων ποιότητας

Ενώ η ΔΟΠ είναι μια ολιστική έννοια, για την επιτυχία των χαρακτηριστικών της είναι απαιτούμενη η χρήση των γενικών ποιοτικών εργαλείων. Θα αναμενόταν ότι κάποιος ειδικός εξοικειώνεται με τη χρησιμοποίηση αυτών των εννοιών στην υγειονομική περίθαλψη και οι ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης θα ευθυγραμμίζονταν αναλόγως. Εντούτοις, η κοινή αίσθηση για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης δεν πρέπει να είναι αγνοημένη, καθώς αυτή μπορεί συχνά να αποτελεί την καλύτερη, και αποτελεσματικότερη μέθοδο που εφαρμόζεται (Φαμέλη 2005).

6. Στρατηγική της Λισσαβόνας

ο ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

Η επιτήρηση της αγοράς, βάσει της προόδου εφαρμογής όλων των τομεακών για την υγεία κοινοτικών οδηγιών, η καταγραφή κάθε στοιχείου που σχετίζεται με την αξιολόγηση ιατρικών πράξεων και πρακτικών, η πλήρης καταγραφή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και η υιοθέτηση πλαισίου περιοδικών ελέγχων όλου του εξοπλισμού που υπάγεται σε ευρωπαϊκές οδηγίες είναι οι πρώτες προτεραιότητες του υπό κατάρτιση νέου νομικού πλαισίου για την ποιότητα.

Το νέο νομικό πλαίσιο για την ποιότητα περιλαμβάνει σε γενικές γραμμές:

- Ορισμό αρμόδιου υφιστάμενου φορέα για την επιτήρηση της αγοράς και διαδικασίες επιτήρησης (περιοδικοί έλεγχοι, μητρώο ιατροτεχνολογικών προϊόντων κ.λπ.)
- Ορισμό χειριστή για την ιατρική πληροφορία και γενικότερα για κάθε πληροφορία που κυκλοφορεί εντός του ΕΣΥ
- Ορισμό φορέα για την έκδοση και υιοθέτηση των προτύπων ποιότητας
- Ορισμό πλαισίου για την ανάπτυξη όλων των τάσεων της αγοράς σχετικά με την διαμόρφωση κειμένων για την βελτίωση της ποιότητας
- Διαδικασίες για όλα τα παραπάνω

Το νέο νομοσχέδιο περί προμηθειών θα θέσει τέλος στη διασπορά των παραγγελιών και θα συστηματοποιήσει τις προμήθειες. Η παντελής έλλειψη πληροφοριακού συστήματος εμποδίζει κάθε δυνατότητα παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση, αφού διατηρείται και ενδυναμώνεται η αναντιστοιχία μεταξύ πραγματικών και πλασματικών αναγκών. Η αποτελεσματική λειτουργία ενός συστήματος προμήθειας υλικών και υπηρεσιών βασίζεται πάνω στην αντικειμενική καταγραφή των αναγκών, η οποία εξαρτάται άμεσα από την ποιότητα των πληροφοριών που θα προσδιορίζουν αυτές τις ανάγκες. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων πληροφοριών είναι:

- Ακρίβεια
- Χρόνος ανταπόκρισης

Και τα δύο αυτά ποιοτικά χαρακτηριστικά είναι αδύνατον να προκύψουν από μόνα τους χωρίς τη λειτουργία ενός ενιαίου Συστήματος Πληροφορικής. Για το λόγο αυτό, εάν δεν υιοθετηθεί πλήρως ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης της πληροφορίας στο χώρο του ΕΣΥ, δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να λειτουργήσει ένα επαρκές σύστημα εφοδιαστικής. Επιπλέον, ένα τέτοιο σύστημα θα είναι σε θέση να υποστηρίξει την εφαρμογή των Κεντρικών Διεθνών Διαγωνισμών, αλλά ταυτόχρονα και να προσκομίσει όφελος πολλών εκατομμυρίων ευρώ κάθε

έτος από τον περιορισμό των κερδών που χάνονται λόγω του υπάρχοντος κατακερματισμού των προμηθειών.

Το χαρακτηριστικό ενός τέτοιου συστήματος είναι η διαλειτουργικότητα των συστημάτων του Κεντρικού Φορέα Προμηθειών (ΚΦΠ) με τα συστήματα προμηθειών των μονάδων υγείας. Η θέσπιση ΚΦΠ στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στοχεύει στην ορθολογικοποίηση των προμηθειών και επιπλέον θα επιβάλει τη στενή συνεργασία των μονάδων υγείας με τον φορέα αυτό. Στο πλαίσιο αυτοματοποίησης και σύγχρονης διαχείρισης των σχετικών διαδικασιών προμήθειας, θα αξιοποιηθούν οι δυνατότητες της πληροφορικής. Τα πληροφορικά συστήματα των μονάδων υγείας θα πρέπει να διαλειτουργούν σε αυτοματοποιημένο πλαίσιο με το πληροφορικό σύστημα του ΚΦΠ.

Το σύστημα προμηθειών θα πρέπει να υποστηρίζει την αδιάκοπη ροή πληροφοριών μεταξύ των διευθύνσεων προμηθειών των μονάδων υγείας και του ΚΦΠ. Προβλέπεται, δηλαδή, η αμφίδρομη αποστολή μηνυμάτων ενημέρωσης των συστημάτων, κάτι που απαιτεί περίπλοκη υλοποίηση. Επιπλέον, οι μονάδες υγείας θα συλλέγουν και θα στέλνουν στον ΚΦΠ στατιστικά στοιχεία κατανάλωσης υλικών, ώστε να γίνεται ενοποίηση των στοιχείων σε επίπεδο επικράτειας και εκτίμηση αναγκών κεντρικής προμήθειας για την επόμενη περίοδο αναφοράς.

ο **ΠΡΟΣΦΟΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑ**

Η ενεργοποίηση πλαισίου Συμπράξεων Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα θεωρείται απολύτως απαραίτητη για την ανάπτυξη τομέων στον χώρο της υγείας που έχουν μείνει πίσω από άποψη υποδομών περισσότερο. Επειδή, λοιπόν, στα επόμενα χρόνια τα διαρκώς μειούμενα κοινοτικά κονδύλια, η αύξηση της ανεργίας και οι νέες συνθήκες που θα δημιουργηθούν, θα οδηγήσουν στην ανάγκη εξεύρεσης νέων πηγών χρηματοδότησης

προκειμένου να συνεχισθεί η ανάπτυξη, το πλαίσιο αυτό θα αποτελέσει εργαλείο πρώτης γραμμής.

Πρόκειται για ένα σύστημα το οποίο εφαρμόζεται εδώ και χρόνια στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης όπως την Αγγλία, τη Γαλλία, την Ολλανδία κ.ά. Η εμπειρία από αυτές τις χώρες έχει δείξει ότι επιτυγχάνεται ένα χαμηλό κόστος λειτουργικότητας, ενώ εξασφαλίζεται βελτιωμένο επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας, σε συνεννοήσεις και με την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων, προγραμματίζει πιλοτικές εφαρμογές. Σε κάθε περίπτωση θα διατηρηθεί ο δημόσιος χαρακτήρας της εκμετάλλευσης των έργων, αφού για τα έργα της υγείας τουλάχιστον θα εκχωρηθούν μόνο οι υποστηρικτικές δραστηριότητες, ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων κ.τ.λ. που ούτως ή άλλως και σήμερα ήδη εκχωρούνται σε ιδιώτες, αλλά με μη ελέγξιμο και ασύμφορο πολλές φορές τρόπο. Οι οργανισμοί που θα υπαχθούν σε ανάλογες μορφές χρηματοδότησης, θα καταβάλλουν για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες μηνιαίο ή ετήσιο προκαθορισμένο τίμημα που θα προκύψει από διαγωνισμό τραπεζικών οίκων σε συνεργασία με κατασκευαστικές εταιρείες. Παράλληλα όμως πρόκειται να μπουν αυστηρά ποιοτικά κριτήρια για να διασφαλιστεί ότι η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών θα είναι υψηλή.

ο **ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Στα σχέδια του Υπουργείου Υγείας, μέσω του Δ' ΚΠΣ είναι να αναδείξουμε την Ελλάδα ως υγειονομικό και ιατρικό κέντρο της Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Με την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού σε συνδυασμό με άλλα έργα και κατευθύνσεις στον χώρο της υγείας, θα επιδιωχθεί η αύξηση του συνολικά παραγόμενου ιατρικού προϊόντος της χώρας με παράλληλο στόχο την μείωση της ανεργίας και την βελτίωση της διεπαγγελματικής κινητικότητας της χώρας.

Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα εκτονώσει την προσέλευση στα νοσηλευτικά ιδρύματα τριτοβάθμιας περίθαλψης, αναβαθμίζοντας το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών συνολικά στην χώρα, εκτονώνοντας την πίεση στους τουριστικούς προορισμούς κατά τέτοιο τρόπο που να θεωρείται καθοριστικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι γειτονικών χωρών με χαμηλότερο κόστος διαβίωσης. Με τον τρόπο αυτό, θα δοθεί η δυνατότητα στην τριτοβάθμια περίθαλψη να αναδιοργανώσει ριζικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες και να απευθυνθεί αποκλειστικά στους πληθυσμούς των γειτονικών και όχι μόνο χωρών, για παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Στη βάση όλων των ανωτέρω, τόσο κατά την φάση υλοποίησης αλλά και μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων, θα αυξηθεί σημαντικά η απορρόφηση ανέργων στα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα με ταυτόχρονη αύξηση του ΑΕΠ.

ο **ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ - R & D - ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ**

Η εκπαίδευση αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα για την επίτευξη του στόχου της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση έργων έρευνας και ανάπτυξης στον χώρο της υγείας αποτελεί επίσης βασική πολιτική επιδίωξη. Ο στόχος χρηματοδότησης της έρευνας στα επίπεδα του 1,5% από το εγκεκριμένο πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων εντός του 2010 είναι εφικτός.

Προτείνεται ενιαίο πληροφοριακό σύστημα για το ΕΣΥ, το λεγόμενο IASYS, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Χρήση ενιαίων υποσυστημάτων εφαρμογών που θα έχουν κοινή και τυποποιημένη λειτουργικότητα, καθώς και τυποποιημένες και απόλυτα συμβατές δομές διαχείρισης των επιχειρησιακών δεδομένων.

- Ανάπτυξη ενιαίας τεχνολογικής πλατφόρμας που θα περιορίζει την τεχνολογική πολυπλοκότητα και τις ανάγκες για περίπλοκη ολοκλήρωση συστημάτων. Αυτό θα επιτυγχάνεται με μια σειρά από ενέργειες, όπως για παράδειγμα με λειτουργικό σύστημα κεντρικών servers και με σύστημα διαχείρισης βάσης δεδομένων. Έτσι, θα διευκολύνεται η διαλειτουργικότητα των συστημάτων. Η ύπαρξη της συγκεκριμένης πλατφόρμας θα διαμορφώσει τις προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν στα κάτωθι:

1) ενιαίο πλαίσιο διοικητικής πληροφόρησης των περιφερειών και του Υπουργείου με τη συστηματική άντληση επιχειρησιακών δεδομένων από τις μονάδες υγείας,

2) τυποποιημένο πλαίσιο αναπαραγωγής της εφαρμοσμένης τεχνολογικής λύσης σε μεγάλο αριθμό μονάδων υγείας διασφαλίζοντας ενιαίο επίπεδο ποιότητας,

3) τυποποιημένο πρόγραμμα εκπαίδευσης προσωπικού,

4) τυποποιημένο πλαίσιο τεχνικής υποστήριξης ή outsourcing κάποιων υποδομών,

5) ενιαίο σχεδιασμό στην πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών, δυνατότητα εξέλιξης/επέκτασης του συστήματος σε βάθος χρόνου,

6) οικονομίες κλίμακας που προκύπτουν από την τυποποίηση των δεδομένων και τη συμβατότητα σε επίπεδο πληροφορικής.

Ένας ανάδοχος αναλαμβάνει το σύνολο της ανάπτυξης και ολοκλήρωσης της εφαρμογής που θα υλοποιηθεί στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ. Παράλληλα, και σε κατάλληλο χρόνο, θα γίνουν περιφερειακές προμήθειες εξοπλισμού, κυρίως για τη θέση εργασίας. Οι προμήθειες αυτές και ειδικά αυτές των προσωπικών υπολογιστών, θα γίνουν σε πλαίσιο που να διασφαλίζει: α) τη συμβατότητα των τεχνικών προδιαγραφών και β) το αποτελεσματικό πλαίσιο τοπικής υποστήριξης και συντήρησης.

Το Επιχειρησιακό Κέντρο Διαχείρισης Κρίσεων, τέθηκε σε ικανοποιητική λειτουργία πριν τους Ολυμπιακούς Αγώνες και σήμερα διαχειρίζεται το θέμα των επικουρικών κλινών (ράντζων) με σημαντική μείωση, της τάξεως του 90%, καθώς και τρέχοντα θέματα διαχείρισης κρίσεων. Το Επιχειρησιακό Κέντρο Διαχείρισης Κρίσεων δε μπορεί να λειτουργήσει επαρκώς εάν δεν υποστηρίζεται από βάσεις δεδομένων που να ενημερώνονται σε πραγματικό χρόνο (real time), που επίσης να έχουν αναφορά σε ένα ομοιογενές ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα. Η διαθεσιμότητα έγκυρης επιχειρησιακής πληροφορίας με ηλεκτρονικό τρόπο, σε σχεδόν πραγματικό χρόνο από το σύνολο των μονάδων υγείας είναι βασικός παράγοντας επιτυχίας.

ο ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Προτείνεται και επιβάλλεται η εξοικονόμηση ενέργειας με εναλλακτικές μορφές παρεμβάσεων, όπως μείωση του συντελεστή θερμοπερατότητας, αξιοποίηση ηλιακής ενέργειας, ανακύκλωση καυσίμων αερίων σε υφιστάμενες μονάδες καύσης, συμπαραγωγή και με κάθε κόστος σύνδεση όλων των νοσοκομείων με φυσικό αέριο (όπου υπάρχει φυσικά δίκτυο χαμηλής πίεσης).

Η διασφάλιση συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων είναι εξαιρετικά σημαντικό ζήτημα, αφού αναγνωρίζουμε ως διαθέσιμο πόρο με τη μεγαλύτερη προστιθέμενη αξία το ανθρώπινο κεφάλαιο, τους εργαζόμενους δηλαδή του ΕΣΥ.

Η διασφάλιση των περιβαλλοντικών συνθηκών με θετικές επιπτώσεις τόσο για τους εργαζόμενους αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, θεωρείται απόλυτη προτεραιότητα μαζί με την ορθολογική διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων. Το εξαιρετικά υψηλό ποσό μολυσματικών αποβλήτων, ανάγεται στο γεγονός ότι δεν προβλέπεται διαχωρισμός στην

πηγή, αλλά και γιατί η τιμή ανά κιλό επεξεργασίας διαμορφώνεται μέσω διαγωνισμών και άρα αυξάνονται οι διαχειριζόμενες ποσότητες.

Η σίτιση των ασθενών των νοσηλευτικών μονάδων, αποτελεί επίσης βασική προτεραιότητα, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις, λόγω έλλειψης υποδομών, δεν τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής των τροφίμων και δεν εποπτεύεται επαρκώς η παραγωγική διαδικασία με αποτέλεσμα να κινδυνεύει η δημόσια υγεία. Ο εκσυγχρονισμός των εγκαταστάσεων, η αναβάθμιση της ποιότητας των προμηθευομένων υλών, η εκπαίδευση του προσωπικού παραγωγής και διανομής φαγητού, ο έλεγχος ποιότητας, η πιστοποίηση και η μείωση του κόστους παραγωγής, αποτελούν τους βασικούς στόχους στον τομέα της σίτισης.

7. Μοντέλα ποιότητας στην Ευρώπη

Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής δημιουργήθηκε από τον Αύγουστο του 1996 το ExPeRt Project (External Peer Review Techniques) με σκοπό να αξιολογήσει τη χρήση και την ανάπτυξη των εξωτερικών επιθεωρήσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Heaton 2000).

Η ομάδα ExPeRt καθόρισε μια σειρά από αποστολές σε όλα τα έθνη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην πορεία αναγνωρίστηκαν τέσσερα κύρια μοντέλα για την μέτρηση των υπηρεσιών που παρέχονταν στις υπηρεσίες και είναι τα ακόλουθα:

1. Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO-International Organization for Standardization)
2. Το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM
3. Η Εξωτερική Επιθεώρηση
4. Η Διαπίστευση

Πολλές χώρες έχουν εθελοντικούς και νομικούς μηχανισμούς για την εξωτερική αξιολόγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης ενάντια στα καθορισμένα πρότυπα. Ο καθένας από αυτούς τους μηχανισμούς προορίζεται να βεβαιώσει στοιχεία της ποιότητας. Οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνονται με κάποιες μικρές παραλλαγές σε τέσσερις κύριες προσεγγίσεις.

Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO-International Organization for Standardization), που έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση συγκεκριμένων θεμάτων στις υπηρεσίες υγείας, παρέχει τα πρότυπα ενάντια στα οποία οι οργανισμοί ή οι λειτουργίες μπορούν να πιστοποιηθούν από τους αρμόδιους ελεγκτές. Πιο συγκεκριμένα, το ISO έχει χρησιμοποιηθεί σε συστήματα ακτινολογίας και εργαστηρίων και γενικότερα σε συστήματα ποιότητας σε κλινικά τμήματα άλλα και σε ολόκληρα νοσοκομεία.

Τα κριτήρια Baldrige έχουν αναπτυχθεί στις ΗΠΑ για την βελτίωση της ποιότητας στις διάφορες βιομηχανίες και αποτελούν βασική πηγή έμπνευσης του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM (Nabitz 2000). Το EFQM το χρησιμοποιούν στο χώρο της υγείας οι οργανισμοί που αναζητούν τη συνεχή βελτίωση και το Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας. Βασίζεται σε κριτήρια απόδοσης που έχουν σχέση με κλινικά αποτελέσματα, ικανοποίηση ασθενών, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, ηγεσία.

Η εξωτερική επιθεώρηση είναι βασισμένη στο συλλογικά προγράμματα για την αξιολόγηση και την παροχή επίσημης επικύρωσης σε επιμορφωτικά προγράμματα και τώρα επίσης επεκτείνεται στην κλινική πιστοποίηση των υπηρεσιών.

Η διαπίστευση αποτελεί την αρχή των αξιολογήσεων στα νοσοκομεία βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων. Αναπτύχθηκε το 1917 στις ΗΠΑ ως ένας

μηχανισμός αναγνώρισης της κατάρτισης στις διεπιστημονικές αξιολογήσεις των λειτουργιών, των οργανώσεων και των δικτύων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι οργανώσεις έχουν εξαπλωθεί από τις δυτικές χώρες στη Λατινική Αμερική, Αφρική και το νοτιοανατολικό τμήμα Ασίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και πιο πρόσφατα στη Γαλλία, στην Ιταλία και στη Σκωτία (Φαμέλη 2005).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 2

1. **Δερβιτσιώτης Κ.**, *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις “Interbooks”, 2001
2. **Johnson J. and Omachonu V.**, “*Total Quality Management as a Health Care Corporate Strategy*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.8, No.6, 1995, p. 23-28
3. www.healthcaremanaging.com
4. www.mohaw.gr
5. **Williams S.J., Torrens P.R.**, *Introduction to Health Services*, John Wiley and Sons, 1980
6. **Παπούλιας Δ.**, *Η Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων και Αλλαγών*, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2002
7. **Καριώτης Π.**, *Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
8. **Zouko V.**, *Η Διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας*, 2001
9. **Jackson S.**, “*Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance*”, **Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.14, No.4, 2001, p. 157-163
10. **Ovretveit J.**, “*The Economics of Quality*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13 No.5, 1995, p. 20-27
11. **Wright A.**, “*Public Service Quality: Lessons not Learned*”, **Total Quality Management**, Vol.8, No.5, 1997, p. 313-320
12. **Brannan K.**, “*Total Quality in Healthcare*”, **Hospital Material Management Quarterly**, Vol.19, No.4, 1998, p. 1-8
13. **Dayton N.**, “*The Demise of Total Quality Management*”, **The TQM Magazine**, Vol.15, No.6, 2003, p. 391-396
14. **Φαμέλη Α.**, *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)

15. **Heaton C.**, “*External Peer Review in Europe: An Overview from the Expert Project*”, **International Journal for Quality in Healthcare**, Vol.12, No.3, 2000, p. 177-183

16. **Nabitz U.**, “*The EFQM Excellence Model: European and Dutch Experiences with the EFQM Approach in Healthcare*”, **International Journal for Quality in Healthcare**, Vol.12, 2000, No.3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Περί Ποιότητας και Υγείας...

... Το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας άρχισε να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στη διεθνή βιβλιογραφία κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60. Παράλληλα, το επίκεντρο της σχετικής δημόσιας συζήτησης μετακινήθηκε από τον τεχνικό –κυρίως ιατρικό- στον κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό χώρο. Βασικοί παράγοντες αυτών των φαινομένων ήταν η επιταχυνόμενη αύξηση της ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας και των δημόσιων επενδύσεων σε αμφισβητούμενους δαπανηρούς τεχνολογικούς νεωτερισμούς, η γενική αύξηση του κόστους θεραπείας, η συνεχιζόμενη υπερεξειδίκευση της ιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής, ακόμη δε σημαντικότερα η δημοσιονομική κρίση των βιομηχανικών χωρών στην ανατολή της παγκοσμιοποίησης. Μέχρι την παραπάνω στροφή, τα θέματα ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ιατρικής δεοντολογίας ήταν στην αποκλειστική σχεδόν δικαιοδοσία του ιατρικού επαγγέλματος. Τέλος, η αλματώδης ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες και η αντίστοιχη αύξηση των δαπανών υγείας έθεσαν το πρόβλημα της αξιολόγησης του προϊόντος του τομέα των υπηρεσιών υγείας (Τσαλίκης 2003).

1. Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

1.1 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν την τελευταία εικοσαετία μια τριπλή πρόκληση:

- α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους,
- β) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και
- γ) την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητα.

Απάντηση στην τριπλή αυτή πρόκληση επιχειρείται να δοθεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή και εφαρμογή διάφορων πολιτικών, όπως με:

- την εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγεία, σε συνδυασμό με την προσπάθεια περιφερειακής ανάπτυξης,
- την εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας,
- τη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.ά.

Σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις αυτές διαδραμάτισε και η επιδίωξη των οργανωμένων κοινωνιών να συμμορφωθούν με τον στόχο 31 της πολιτικής «Υγεία για όλους ως το 2000» που υιοθέτησε ο ΠΟΥ το 1980. Σύμφωνα με τον στόχο αυτό, όλα τα κράτη-μέλη θα έπρεπε, στο πλαίσιο των υγειονομικών συστημάτων, να είχαν εγκαταστήσει μέχρι το 1990 αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (WHO 1980).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απασχολεί σήμερα όλο και πιο έντονα τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών αλλά και τους ίδιους τους χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών. Το αίτημα για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διαχρονικό, αλλά τόσο η διεκδίκηση/απόκτησή της όσο και η προσφορά της ήταν περιορισμένες γεωγραφικά, διαφοροποιούνταν ανάλογα με την κοινωνική τάξη στην οποία απευθύνονταν και σχετιζόνταν άμεσα με το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό). Σήμερα, το αίτημα αυτό είναι καθολικό, καθώς διαπιστώνεται από όλες τις κοινωνικές τάξεις στις αναπτυσσόμενες οικονομικά χώρες.

1.1.1 Οι λόγοι για τους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγείας

Το αίτημα για ποιότητα επεκτείνεται σήμερα σε ολοένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενό του διευρύνεται διαρκώς. Εξελικτικά, οι προσδοκίες των ατόμων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους αναφέρονται στη διατήρηση της καλής υγείας με προληπτικές δράσεις, στην αποκατάσταση της υγείας που διαταράχτηκε περιοδικά, στη βελτίωση των λειτουργιών που διαταράσσονται με την πάροδο του χρόνου, στην παράταση του ορίου ζωής, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και στην αλλαγή/βελτίωση ατομικών χαρακτηριστικών (αισθητική εμφάνιση, ύψος, παχυσαρκία κ.ά.)

1.1.2 Οι προσδοκίες των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς και οι οικείοι τους και κατ' επέκταση η κοινωνία έχουν σήμερα κάποιες βασικές προσδοκίες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας,

που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έτσι, οι πολίτες πρέπει να:

- έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
- βρίσκουν αποτελεσματική ανταπόκριση (διαγνωστική, θεραπευτική ή συμβουλευτική) από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος και σύμφωνα πάντοτε με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας,
- έχουν επαρκή πληροφόρηση και δικαίωμα επιλογής,
- έχουν εξασφαλίσει ότι το κόστος δεν είναι για αυτούς απαγορευτικό ή ότι καλύπτεται από το κράτος ή από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Οι προσδοκίες αυτές είναι διαχρονικές, σήμερα όμως έχουν διευρυνθεί. Έτσι, είναι πλέον καθολική κοινωνική απαίτηση να εξασφαλίζονται για τους ασθενείς:

- ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους,
- πολιτισμένες – άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους διανομής – διατροφής, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.1.3 Αναζήτηση ποιότητας: μια διαχρονική προσδοκία

Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ παλιά. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τους σημαντικότερους «σταθμούς» στη πορεία της ανθρώπινης εξέλιξης.

Από την εποχή του Ιπποκράτη (5^{ος} αιώνας) οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων στους ασθενείς υπηρεσιών.

Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, η F. Nightingale κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών και επιχείρησε με τα στοιχεία που συνέλεξε να αποτιμήσει και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες στους τραυματίες υγειονομικές φροντίδες (Smith 1982).

Το 1908, ο Groves, έπειτα από πολλές έρευνες και συλλογή στοιχείων από πενήντα νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας επισήμανε την ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων, έτσι ώστε να μπορούν να γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις τόσο σε επίπεδο θνησιμότητας όσο και σε επίπεδο ανικανότητας.

Λίγο αργότερα, το 1915, ο Godman, χειρουργός στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ασχολήθηκε συστηματικά με τον έλεγχο των χειρουργικών επεμβάσεων. Σύμφωνα με το πρόγραμμα του Godman, ο ασθενής ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση εξεταζόταν ξανά για να διαπιστωθεί αν η διάγνωση που του είχε γίνει ήταν η σωστή, αν η εγχείρηση είχε επιτυχία, αν ο ασθενής ωφελήθηκε από αυτή και ακόμη αν παρουσιάστηκαν στον ασθενή μετεγχειρητικά προβλήματα και ποια από αυτά μπορούσαν να αποδοθούν στην εγχείρηση (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

Στις επόμενες περίπου τέσσερις δεκαετίες, η μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και έρευνας καθώς και η ταχεία ανάπτυξη και διάδοση της βιοϊατρικής τεχνολογίας είχαν ως αποτέλεσμα να βελτιωθούν θεαματικά όλοι οι δείκτες υγείας του πληθυσμού και να δημιουργηθεί κλίμα ασφαλείας και εφησυχασμού. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο έλεγχος ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ατόνησε.

Οι εμπειρίες, όμως, από τους καταστροφικούς παγκόσμιους πολέμους και η καθιέρωση μεταπολεμικά στην Μεγάλη Βρετανία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) οδήγησαν στην αναζήτηση

τρόπων για την εξασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας διαδοχικά σε όλο τον κόσμο και στη συστηματοποίηση παραμέτρων όπως η οργάνωση των μονάδων και των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων της οικονομικής επιστήμης κ.λπ.

Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται και πάλι στη δεκαετία του '50, αρχικά στις ΗΠΑ και μετά στην Ευρώπη, ενώ το ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας γίνεται όλο και πιο έντονο στις επόμενες δεκαετίες, με την επικράτηση διεθνώς της οικονομικής ύφεσης. Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας οφείλεται κυρίως (Θεοδώρου 1992):

- στην αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων,
- στη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού δεν συνοδευόταν πάντοτε από αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού,
- στην άνοδο του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων,
- στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών να ενημερώνονται πληρέστερα και να αντιμετωπίζονται καλύτερα.

Τη δεκαετία του '70 οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προσανατολίστηκαν στον αναδρομικό διαχειριστικό έλεγχο, ενώ στη δεκαετία του '80 η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί την επιλογή που όλοι προτιμούν και είναι αυτή που προωθείται έντονα. Οι τάσεις που αναπτύσσονται στις επιχειρήσεις και τους βιομηχανικούς οργανισμούς στη δεκαετία του '90 για εφαρμογή της ΔΟΠ φαίνεται να βρίσκουν πρόσφορο έδαφος και στον υγειονομικό τομέα (Παπανικολάου 1995).

Σήμερα, οι στόχοι των πολιτικών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες κοινωνίες συνοψίζονται στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα. Τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες (Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία και Δανία) έχουν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την προώθηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ άλλες χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία) έχουν συμπεριλάβει σχετικές διατάξεις στη νομοθεσία τους για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες αυτές.

Στην Ελλάδα η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού καθυστέρησε σημαντικά σε σχέση με άλλες αναπτυγμένες χώρες. Η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται στα διάφορα προβλήματα που αντιμετώπιζε η χώρα μας μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Μόλις το 1974, με καθυστέρηση δεκαετιών, καθιερώνεται ως συνταγματικό δικαίωμα η ισότητα πολιτών απέναντι στο αγαθό «υγεία». Η προσπάθεια για την εφαρμογή ενός σύγχρονου ΕΣΥ ξεκινά το 1983 με τον Ν. 1397, όταν δηλαδή τα δημόσια συστήματα υγείας στην Ευρώπη, έχοντας ιστορία αρκετών δεκαετιών, διέρχονταν ήδη μεγάλη κρίση λόγω της έκρηξης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και μελετούσαν τις μεταρρυθμίσεις που έπρεπε να κάνουν.

1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

1.2.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια αγορά που, παρά τις ιδιομορφίες της σε σχέση με τις κλασικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών, δεν παύει να είναι αγορά. Το προϊόν, δηλαδή η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελεί επιθυμητό αγαθό (Παπαπαναγιώτου 2000).

Η πρόληψη των ασθενειών, η αποκατάσταση, η βελτίωση ή η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών προϋποθέτουν την ύπαρξη αποτελεσματικών υπηρεσιών. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και επιβίωση του ανθρώπου έχει ως αποτέλεσμα οι ανάγκες για φροντίδα υγείας να θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας και ο άνθρωπος να προσπαθεί να τις ικανοποιεί με κάθε τρόπο.

Αν επομένως, η ποιότητα αποτελεί σήμερα βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει η εξασφάλιση ποιότητας σε υπηρεσίες οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του, όπως οι υπηρεσίες υγείας.

1.2.2 Ποιοι και πως αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η αντίληψη που έχουν για την ποιότητα όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (θεσμικά όργανα, φορείς, επαγγελματίες υγείας, χρήστες), αλλά και τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν ή τα κίνητρα με τα οποία την επιδιώκουν δεν είναι ενιαία. Συγκεκριμένα:

- Οι *χρήστες - καταναλωτές* των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν τη γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, επιθυμούν τη χρήση για το σκοπό αυτό της σύγχρονης τεχνολογίας, συχνά έλκονται από τη φήμη των ιδρυμάτων ή ειδικών επιστημόνων, ακόμη πιο συχνά παρακάμπτουν τις νόμιμες διαδικασίες, έχουν την εντύπωση ότι «δικαιούνται τα πάντα», συχνά αναστατώνουν τους χώρους υγείας και πάντοτε «κινδυνεύουν» προκειμένου να ικανοποιήσουν με κάθε μέσο τις παράλογες απαιτήσεις τους.

- Οι *επαγγελματίες υγείας* επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας, κάποτε υποκύπτουν σε ανορθόδοξες διαδικασίες, μερικές φορές αυξάνουν το κόστος παροχής υπηρεσιών και συχνά δεν έχουν την οργανωτική στήριξη που είναι απαραίτητη για τον επιδιωκόμενο στόχο τους.
- Τα *νοσηλευτικά ιδρύματα*, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν την ποιότητα αφενός με την έννοια της καλής λειτουργίας, της «έξωθεν καλής μαρτυρίας» και αφετέρου με την έννοια του περιορισμού της σπατάλης των δυσλειτουργιών.
- Η *κοινωνία* αναζητά την ποιότητα παντού και συνήθως έχει πολλές απαιτήσεις, συχνά μεγιστοποιεί ατέλειες και πολλές φορές δεν είναι το ίδιο πρόθυμη ή αδυνατεί να συνεισφέρει στο κόστος που απαιτείται για την ικανοποίηση των προσδοκιών της.
- Η *πολιτεία* πρέπει να συνδυάσει όλες τις παραμέτρους, να δεχτεί την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ως καθολικές προσδοκίες και να συντονίσει τις λειτουργίες του συστήματος υγείας προγραμματισμένα και συστηματικά.
- Οι *διεθνείς προδιαγραφές* τόσο της ΠΟΥ, όσο και τη Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και των διεθνών συνδιασκέψεων συνεχώς διευρύνονται, η τήρησή τους όμως εξαρτάται από το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό).

1.2.3 Οι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει, επίσης, δυσκολίες, που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Από μερικούς υποστηρίζεται ότι η ποιότητα στην περίπτωση των φροντίδων υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και για αυτό δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μπορεί βέβαια να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές, είναι όμως απροσδιόριστη από άλλες (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή (Donabedian 1980)
- το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών (Thomson 1980)
- ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία είναι αποδέκτες με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson 1996)

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά ποιότητας

Καταλληλότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
Διαθεσιμότητα	Βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες τους ασθενούς που εξυπηρετείται
Συνέχεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου
Αποτελεσματικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή
Δραστικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
Αποδοτικότητα	Αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας
Σεβασμός και φροντίδα	Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του
Ασφάλεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

(Πηγή: Onretveit 2003)

1.2.4 Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας

Πρέπει να σημειωθεί ότι το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο καταναλωτής – χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η πείρα, η υψηλή τεχνολογία, η λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων, ο άμεμπτος επαγγελματισμός, το αίσθημα και η αξιοπρέπεια είναι έννοιες που αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελούν ουσιαστική αναγκαιότητα και έχουν προτεραιότητα.

Στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας συνυπάρχουν δύο βασικές αντιλήψεις: η μία σχετίζεται με την ποιότητα στην *τεχνική διάταξη* της φροντίδας (technical care) και η άλλη με την ποιότητα στη *διάσταση της τέχνης* (art of care). Η τεχνική διάσταση της φροντίδας αναφέρεται στην επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ η τέχνη της φροντίδας αναφέρεται στο περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, στη στάση και συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες κ.λπ. (Πετσετάκη 1995)

Σύμφωνα με τον Donabedian τρία είναι τα βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας κάθε συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας:

- η *δομή* του συστήματος, δηλαδή οι κτιριακές του εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός του, το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολεί, οι οικονομικοί πόροι που διατίθενται κ.λπ., αλλά και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του,

- οι *διαδικασίες* που εφαρμόζονται για την παραγωγή/παροχή της υγειονομικής φροντίδας και περιλαμβάνουν τη λήψη του ιστορικού, τις εξετάσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανεξέταση,
- τα *αποτελέσματα* του συστήματος, που συγκροτούν και τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων που παρέχονται.

1.2.5 Συστατικά ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα. Οι κυριότεροι από αυτούς 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, 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.
- Η προσβασιμότητα του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας.
- Η ταχύτητα στη επίλυση προβλήματος υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού.
- Η χρήση νέας τεχνολογίας.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής ιατρικής φροντίδας.

- Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής.
- 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.
- 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.λπ. (Τζανετάκη 2006)

1.2.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ελληνική οικονομία

Συνοψίζοντας τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητά τους καταγράφεται στην ελληνική κοινωνία ως:

- αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας,
- μειωμένη γραφειοκρατία όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
- δημόσια αναγνώριση (φήμη) της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και των συγκεκριμένων φορέων της (κυρίως των γιατρών),
- αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας
- γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, κυρίως όσον αφορά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τον ασθενή,
- ξενοδοχειακή υποδομή, η οποία εξαρτάται από το μέγεθος των θαλάμων, το είδος και την κατάσταση του εξοπλισμού, τη διατροφή, την καθαριότητα, τον ελεύθερο χώρο,
- πολιτισμένο περιβάλλον, γενικότερα.

1.3 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

1.3.1 Εισαγωγή

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει αρχικά τους ασθενείς, που είναι χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και βέβαια τις οικογένειές τους, ενδιαφέρει επίσης τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κ.ά.), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας και τέλος την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της. Είναι φανερό ότι η ποιότητα μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον ασθενή και διαφορετικά από τον γιατρό, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα ή τον ερευνητή – επιστήμονα.

Θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η προσέγγιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κατά τρόπο που να ικανοποιεί όλους όσοι εμπλέκονται σε αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση, αφού συχνά οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις τους μπορεί να είναι αλληλοσυγκρουόμενες. Έτσι, είναι αυτονόητο ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή, δηλαδή του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σε κάθε περίπτωση, αποτελεί σήμερα κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους τους ενδιαφερόμενους ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

1.3.2 Οφέλη για τον ασθενή

Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας για τον ασθενή είναι τα εξής:

- **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 κ.λπ.
- **Ψυχολογικά οφέλη.** Έχουν σχέση με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σε 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 εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περιθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

1.3.3 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

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

- στην αποτελεσματικότητα του έργου τους,
- στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους,
- στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους,
- στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους,

- στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος,
- στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

1.3.4 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποκομίζουν τα παρακάτω οφέλη από την ποιότητα:

- **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. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών οδηγεί σε περιορισμό του συνολικού χρόνου νοσηλείας και στην αποφυγή διενέργειας περιττών εξετάσεων ή θεραπευτικών αγωγών που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες, αφού τα προβλήματα των ασθενών αφενός εντοπίζονται γρήγορα και με ακρίβεια και αφετέρου αντιμετωπίζονται άμεσα. Έτσι, οι πόροι που εξοικονομούνται μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για έρευνα, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού κ.ά.
- **Λειτουργικά οφέλη.** Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας.
- **Αναγνώριση και φήμη.**

1.3.5 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων από ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι:

- **Υγειονομικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων ασθενών.
- **Οικονομικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τον περιορισμό του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή 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 κ.λπ.
- **Κοινωνικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- **Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.**

1.3.6 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας για την κοινωνία και το κράτος είναι τα παρακάτω:

- **Οικονομικά οφέλη.** Οφείλονται στην περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα υγείας και στον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, δηλαδή στη συντόμευση του χρόνου παραμονής τους ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικά στη συντόμευση της διάρκειας της ασθένειάς τους.
- **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.

- ***Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας.***
- ***Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.***

2. Η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

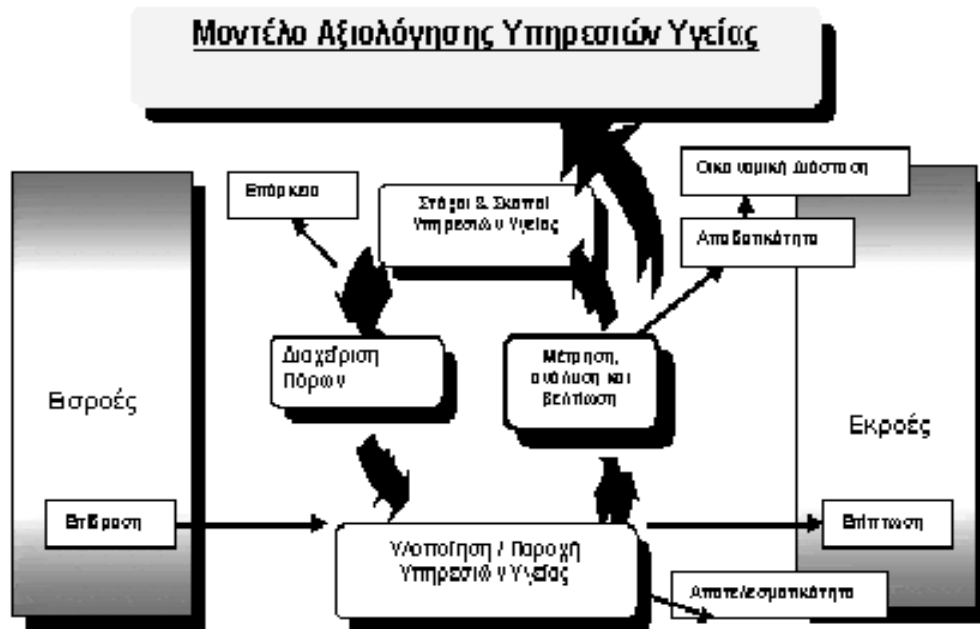
2.1 Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια της εξελικτικής διαδρομής της επιστήμης της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα κατά την τελευταία εικοσαετία, έχει καταστεί αναγκαίος ο καθορισμός ενός μεθοδολογικού πλαισίου το οποίο θα είναι σε θέση να παρέχει στοιχεία, που θα επιτρέψουν την ασφαλή εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων που άπτονται των υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας στον οποίο δίδεται μεγαλύτερη βαρύτητα, είναι κατά πόσο οι προσφερόμενες υπηρεσίες δύνανται να ανταποκριθούν στους προσχεδιασμένους σκοπούς και στόχους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Με τον όρο Αξιολόγηση, νοείται η εκτίμηση, με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και των μέσων και των διεργασιών που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αυτή. Το τελικό ζητούμενο της έννοιας της αξιολόγησης, αποτελεί η βελτίωση, στον βαθμό στον οποίο αυτή ορίζεται, των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επιστήμη της διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, έχει παραθέσει ένα πλήθος

τυπολογιών, οι οποίες κατηγοριοποιούν τα βασικά στοιχεία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά στοιχεία που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν είναι τα ακόλουθα:

- Αποδοτικότητα (Efficiency)
- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)
- Επιστημονική και τεχνική ποιότητα (Scientific and technical quality level)
- Επάρκεια (Adequacy)
- Επίδραση (Aspect)
- Επίπτωση (Impact)
- Οικονομική διάσταση (Economic proportion)



Διάγραμμα 7: Μοντέλο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

(Πηγή: www.mohaw.gr)

2.2 Τύποι αξιολόγησης

Οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι τύποι αξιολόγησης των επιδράσεων, των επιπτώσεων, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας επικεντρώνονται στα μοντέλα:

A) Ανάλυση Κόστους - Ωφέλειας (Cost - Benefit Analysis)

B) Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας (Cost - Effectiveness Analysis)

Γ) Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας (Cost - Utility Analysis)

Δ) Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους (Cost - Minimization Analysis)

E) Ανάλυση Κόστους - Ασθένειας (Cost of Illness)

ΣΤ) Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής (Analysis of Quality of Life)

A) Ανάλυση Κόστους - Ωφέλειας

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ανάλυση, το κόστος μεταφράζεται σε οικονομικές μονάδες, πράγμα το οποίο επιτρέπει στον αναλυτή - αξιολογητή τη σύγκριση ανόμοιων στοιχείων και καταστάσεων. Έτσι, είναι δυνατό να υπολογιστεί το κόστος για την ανέγερση ενός γενικού νοσοκομείου και να συγκριθούν με την αντίστοιχη ανέγερση μιας κλινικής ή ενός διαγνωστικού κέντρου. Αντίθετα, το κύριο μειονέκτημα της συγκεκριμένης ανάλυσης, είναι ότι δεν είναι δυνατό να συγκριθούν μεγέθη τα οποία αποσκοπούν στη βελτίωση καταστάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας, συγκρίνοντας στοιχεία τα οποία στηρίζονται στην ανάλυση κόστους. Στο παραπάνω κενό, έρχεται να δώσει απαντήσεις το μοντέλο αξιολόγησης Ανάλυσης Κόστους - Αποτελεσματικότητας.

B) Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο ανάλυσης, τα διαφορετικά είδη κόστους μεταφράζονται σε οικονομικές μονάδες, οι οποίες στην συνέχεια συγκρίνονται και αποτιμώνται σε φυσικές μονάδες. Για να διεξαχθεί Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας θα πρέπει να ισχύει μια από τις δύο παρακάτω συνθήκες: α) η παρέμβαση έχει αναμφισβήτητο αντικειμενικό στόχο, άρα και σαφή διάσταση, με βάση την οποία μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της ή β) υπάρχουν πολλοί αντικειμενικοί στόχοι, αλλά θεωρείται ότι κάθε εναλλακτική παρέμβασή τους επιτυγχάνει στον ίδιο βαθμό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το κόστος νοσηλείας ενός τραυματία μέσης ηλικίας για χρονική περίοδο άνω των είκοσι (20) ημερών είναι αυξημένα σε όρους αξίας χρήματος, όμως την αποτελεσματικότητα της νοσηλείας αυτής είναι δυνατό να αποτελέσει ο αριθμός των διασωθέντων χρόνων ζωής του τραυματία αυτού.

Γ) Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας

Με το μοντέλο Ανάλυσης Κόστους – Χρησιμότητας, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν αρχικά οικονομικές μονάδες κόστους, οι οποίες στη συνέχεια θα συγκριθούν και θα μεταφραστούν σε φυσικές μονάδες οι οποίες περικλείουν ποιότητα και χρηστικότητα ως τελικό εξερχόμενο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παράδειγμα το οποίο χρησιμοποιήθηκε στο παραπάνω μοντέλο, αυτό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το κόστος νοσηλείας σε οικονομικές μονάδες κόστους συγκρίνεται τώρα όχι με τον αριθμό των διασωθέντων χρόνων, αλλά με την προσφερόμενη πλέον ποιότητα ζωής, τα κερδισμένα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής QUALY. (Quality Adjusted Life Years). Το QUALY δηλαδή, στοχεύει στη μέτρηση αποτελεσμάτων θεραπείας. Με αυτή την έννοια, αναγνωρίζονται δύο σκοποί των υπηρεσιών υγείας που είναι το να αυξηθούν τα έτη ζωής και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής κατά τη διάρκειά τους.

Δ) Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους

Η συγκεκριμένη ανάλυση χρησιμοποιείται κυρίως στις περιπτώσεις κατά τις οποίες προσχεδιασμένα αποτελέσματα είναι δυνατόν να επιτευχθούν με ισοδύναμη μεθοδολογία και με κριτήριο το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Παράδειγμα: Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους για ομοειδή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης πάθησης.

Ε) Ανάλυση Κόστους - Ασθένειας

Στη συγκεκριμένη ανάλυση, λαμβάνεται υπ' όψιν το κόστος το οποίο απαιτείται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης νόσου, σε σχέση με τις οικονομικές επιπτώσεις αυτής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αντιμετώπιση μορφών καρκίνου και οι οικονομικές επιπτώσεις οι οποίες προκύπτουν από αυτήν τόσο στο εξωτερικό περιβάλλον (κοινωνικές επιπτώσεις), όσο και στην καθ' αυτή παροχή υπηρεσιών υγείας.

ΣΤ) Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής

Η Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής ουσιαστικά μετρά την αξιολόγηση των επιπτώσεων της παροχής υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς η οποία αποτελεί το βασικό εξερχόμενο και ζητούμενο από το μοντέλο αυτό. Όπως σε όλες τις πολυδιάστατες έννοιες, έτσι και στην έννοια της ποιότητας ζωής, η ανάλυση είναι δυνατό να επιτευχθεί μέσω πολλαπλών μετρήσεων της κάθε διάστασης της ποιότητας ζωής ξεχωριστά, μέσω της διάκρισης αλλά και της συσχέτισης μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων και μέσω της συνδυασμένης χρήσης πηγών συλλογής στοιχείων. Μεταξύ των πλέον διαδεδομένων εργαλείων, που θεωρούνται διεθνώς αποδεκτά για την μέτρηση της ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού ως σύνολο ή για ειδικές κατηγορίες ασθενών, είναι τα: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*, *EuroQol (EQ-5D)*, *SF-36* και *SF-12*.

2.3 Μεθοδολογία αξιολόγησης

Τα βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του πλαισίου αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον καθορισμό του πεδίου αξιολόγησης, δηλαδή το κύριο αντικείμενο αυτής, τους προσχεδιασμένους στόχους της αξιολόγησης, τον καθορισμό της μεθοδολογίας η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί και τέλος τη συλλογή και ανάλυση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά στους προσχεδιασμένους στόχους στις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, αυτοί μπορεί να διακριθούν σε κύριους και σε υποστηρικτικούς - ειδικούς. Στους μεν πρώτους, καθορίζονται τα προσχεδιασμένα αποτελέσματα τα οποία θα πρέπει να προκύψουν από την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να επεκταθούν σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες. Όσον αφορά στους υποστηρικτικούς - ειδικούς στόχους, αυτοί θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από λεπτομερείς περιγραφές και εξειδίκευση ανά κατηγορία και τομέα.

Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι οι οποίοι θα έχουν τεθεί θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

2.4 Δείκτες Αξιολόγησης - Δείκτες απόδοσης μονάδας

Οι Δείκτες Αξιολόγησης (ΔΑ) θεωρούνται τα κύρια εργαλεία για την διενέργεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση και ανάλυση των στοιχείων και την εξαγωγή αποτελεσμάτων τα οποία προκύπτουν από την αξιολόγηση αυτών. Οι ΔΑ θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Υπάρχει μεγάλο πλήθος ΔΑ, οι οποίοι με βάση τον ΠΟΥ ταξινομούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες:

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Όσον αφορά τη μέτρηση της απόδοσης μεμονωμένων υγειονομικών μονάδων, οι Δείκτες Απόδοσης Μονάδας (ΔΑΜ), αποτελούν μέτρο για τη συσχέτιση της υφιστάμενης (πραγματικής) και της μέγιστης δυνατής προσφοράς υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής μονάδας. Στην πραγματικότητα, ο καθορισμός της μέτρησης απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας καθορίζεται από μια σειρά διαδοχικών αλληλεπιδράσεων διαφορετικών παραγόντων, οι οποίες ξεκινούν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και την εξειδίκευση των προσφερόμενων υπηρεσιών και φτάνουν στον αριθμό και στη δομή του προσωπικού και στην άσκηση της διαχείρισης.

Σήμερα, κύριοι δείκτες οι οποίοι χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα για τη μέτρηση της απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας, αποτελούν η μέση διάρκεια νοσηλείας, ο μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης, η μέση κάλυψη κλινών, το ποσοστό μείωσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, το ποσοστό μείωσης επανεισαγωγών, η ικανοποίηση ασθενών, ο αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή ανά νοσηλεύτη κ.λπ.

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου

αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση ΔΑ.

Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων. (www.nosokomia.gr)

2.5 Αξιολόγηση μέσω κριτηρίων

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αξιολογείται με βάση τα δεδομένα και τα χαρακτηριστικά που έχουν τα συστατικά στοιχεία του συστήματος παραγωγής και διάθεσής τους, δηλαδή η δομή της υγειονομικής φροντίδας, οι διαδικασίες παροχής και τα αποτελέσματά της.

Απαραίτητο εργαλείο σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης αποτελούν τα κριτήρια τα οποία τίθενται εκ των προτέρων από τον αρμόδιο φορέα σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό σώμα (Θεοδώρου 1992). Βάσει των κριτηρίων αυτών προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και καθορίζονται συγκεκριμένα πρότυπα (standards) με τα οποία στη συνέχεια συγκρίνεται και αξιολογείται η πραγματική κατάσταση που επικρατεί σε μία μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η ποιότητα αξιολογείται με βάση τον βαθμό ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα προκαθορισμένα αυτά κριτήρια. Τα κριτήρια, ανάλογα με τους στόχους της αξιολόγησης, μπορεί να είναι:

α) Κριτήρια δομικά, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομικής υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνεται η επάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρώπινων πόρων που διαθέτει η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή κρίνεται η επάρκεια των κλινών, το είδος και η κατάσταση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού, ο αριθμός και η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και η κατανομή του στα διάφορα τμήματα, ο τρόπος και το μέγεθος της χρηματοδότησής, ο τρόπος άσκησης της διοίκησης και διεύθυνσής κ.ά.

β) Κριτήρια διαδικασιών, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Ελέγχεται κατά πόσο οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις. Για παράδειγμα, αν ο γιατρός έχει πάρει το ιστορικό του ασθενή και αν οι πληροφορίες που προσέφερε το ιστορικό ήταν αρκετές, αν η διάγνωση ήταν η σωστή, αν έγιναν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, αν έγινε η σωστή θεραπεία, αν υπήρξε συντονισμός και συνέχεια στη φροντίδα του κ.λπ.

γ) Κριτήρια αποτελεσμάτων, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται οι ίδιες οι ιατρικές φροντίδες που παρέχονται σε έναν ασθενή, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα τη βελτίωση, τη σταθεροποίηση ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του.

Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Τα παράπονα των ασθενών, οι αντιδικίες των ασθενών και των συγγενών τους με τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές κ.ά.), οι προσωπικές παρατηρήσεις των γιατρών ή της

διοίκησης του νοσοκομείου, οι ψίθυροι στους διαδρόμους κ.λπ. δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση στοιχεία αρκετά και ικανά να αξιολογήσουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας. Ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας για συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασίας στοιχείων και πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο σίγουρα θα βοηθούσε στη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση. Συμπληρωματικές πηγές πληροφοριών μπορεί να είναι:

- α) οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών, με την προϋπόθεση ότι θα είναι πλήρως και σωστά ενημερωμένοι,
- β) οι φάκελοι που τηρούν οι ασφαλιστικές εταιρίες,
- γ) τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις ασθενών οι οποίοι βγήκαν πρόσφατα από τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που να είναι τελείως απαλλαγμένη από λάθη. Το γεγονός αυτό επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης, αφού τα αποτελέσματα σχετίζονται θετικά ή αρνητικά τόσο με την επάρκεια των μονάδων παροχής των υπηρεσιών όσο και με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, σε περίπτωση που η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας γίνεται με βάση τα στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του αποτελέσματός της, χρησιμοποιούνται δηλαδή κριτήρια αποτελεσμάτων, θα πρέπει να έχουμε πάντοτε υπόψη μας ότι η μη επιθυμητή ή κακή έκβαση δεν είναι οπωσδήποτε αποτέλεσμα κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

2.6 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων

Δύο τρόποι υπάρχουν για να παρακολουθούμε τα πρότυπα:

- 1) αναδρομική αξιολόγηση των ενεργειών και
- 2) ταυτόχρονη αξιολόγηση ενεργειών.

Η **αναδρομική αξιολόγηση** περιλαμβάνει όλους τους μηχανισμούς αποτίμησης και διενεργείται μετά το εξιτήριο του ασθενούς. Περιλαμβάνει:

- *Παρακολούθηση κλειστού κύκλου*, που είναι μια ανασκόπηση των αρχείων του ασθενούς και αναγνώριση των δυνάμεων και ελλείψεων της φροντίδας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με δομημένο έλεγχο των αρχείων του ασθενούς.
- *Συνέντευξη ασθενούς μετά τη φροντίδα*, η οποία διενεργείται όταν ο ασθενής φύγει από το νοσοκομείο ή σταματήσει τη θεραπεία και περιλαμβάνει τη πρόσκληση του ασθενούς και/ή των μελών της οικογένειάς του για συζήτηση των εμπειριών τους. Η συνέντευξη μπορεί να είναι μη δομημένη, ημι-δομημένη ή δομημένη χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια ή λίστα.
- *Ερωτηματολόγιο μετά τη φροντίδα*, το οποίο πρέπει να συμπληρώνεται με το εξιτήριο του ασθενούς. Είναι συνήθως σχεδιασμένο να μετρά την ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η **ταυτόχρονη αξιολόγηση** περιλαμβάνει όλες τις αποτιμήσεις που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια που ο ασθενής είναι μέσα στο νοσοκομείο. Περιλαμβάνει συγκεκριμένα:

- *Παρακολούθηση ανοικτού κύκλου*, που είναι ο έλεγχος των αρχείων και γραφημάτων του ασθενούς με τα προκαθορισμένα κριτήρια. Όσο ο ασθενής συνεχίζει να λαμβάνει φροντίδα, αυτή η διαδικασία δίνει στο προσωπικό άμεσο feedback.
- *Συνέντευξη ή παρακολούθηση του ασθενούς*, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση με τον ασθενή για συγκεκριμένα ζητήματα φροντίδας ή παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς έναντι προκαθορισμένων κριτηρίων.
- *Συνέντευξη ή παρατήρηση του προσωπικού*, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση και παρατήρηση της κλινικής συμπεριφοράς σχετικά με τα προκαθορισμένα κριτήρια.

- *Ομαδικές συναντήσεις* με τον ασθενή ή/και την οικογένειά του σε από κοινού συζητήσεις με το προσωπικό σχετικά με την ασθένεια και την πορεία της (Παπανικολάου 2003).

3. ΔΟΠ και υπηρεσίες υγείας

3.1 Γιατί ΔΟΠ στην υγεία;

Το οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αντιμετωπίσει αρκετά προβλήματα, τα οποία εμφανίζονται να ξεπερνούν τον ιστορικό προορισμό της υγείας, που είναι η παροχή φροντίδας στους ανθρώπους που χρήζουν ανάγκης.

Η γενική πρόοδος που σημειώνεται στην ιατρική και στην τεχνολογία, η αύξηση των προϋπολογισμών και οι υψηλότερες προσδοκίες των καταναλωτών υγείας, η γήρανση των πληθυσμών και το περιορισμένο ποσό κεφαλαίων που μπορούν να διατεθούν για την υγεία, θέτουν συνεχώς νέα διλήμματα. Τα παραπάνω ζητήματα αποτελούν την κύρια ανησυχία της επιστήμης της οργάνωσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Αναμφισβήτητα, οι σημερινές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη απαιτούν περισσότερο από ποτέ καινοτόμες προσεγγίσεις και έγκαιρη δράση. Στην υγειονομική περίθαλψη, οι διοικητικές αποφάσεις γίνονται όλο και πιο περίπλοκες και απαιτητικές. Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ολοένα αυξάνονται, ενώ οι απαιτήσεις για επέκταση της τεχνολογίας ασκούν πιέσεις να βελτιστοποιηθεί η σύνδεση των πόρων – αποτελέσματος.

Οι ασθενείς και γενικά οι πολίτες έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται έντονα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και απαιτούν τη βελτίωσή τους. Οι πολιτικοί και οι υγειονομικές αρχές απαιτούν τη μέτρηση της ποιότητας καθώς και τη συνεχή της βελτίωση (Φαμέλη 2005).

3.2 ΔΟΠ και επαγγελματίες υγείας

Παραδοσιακά, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησε από τις τεχνικές γνώσεις των ιατρικών και νοσηλευτικών επαγγελματιών που χρειαζόταν να την χρησιμοποιήσουν ως προς το συμφέρον των ασθενών. Για αυτό το λόγο, λοιπόν, παγκοσμίως η απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούσε να αξιολογηθεί μόνο μέσω των κλινικών δεικτών.

Εντούτοις, σήμερα τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης είναι σύνθετες οργανώσεις όπου η εργασία κάθε επαγγελματία είναι μέρος ενός συστήματος που πρέπει να είναι συνεχώς σε μια κατάσταση πλήρους ετοιμότητας προς όφελος του ασθενή. Η οργανωσιακή αλλαγή θεωρείται κλειδί στη βελτίωση της ποιότητας και πρέπει να δώσει έμφαση στις σχέσεις μεταξύ σωστών πρακτικών εργασίας και της κατάλληλης φροντίδας προς τους ασθενείς. Για αυτό τον λόγο, σε όλη την Ευρώπη, μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας στοχεύουν στην επίτευξη της δικαιοσύνης στον τρόπο μεταχείρισης των ασθενών, της αποδοτικότητας, της ικανοποίησης των ασθενών, της αυτονομίας προμηθευτών και στην επιτυχία βελτιωμένων αποτελεσμάτων σε θέματα υγείας και ζητούν όλο και περισσότερο την ενεργό συμμετοχή των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης.

Συχνά, οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, είτε ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που παρέχουν φροντίδα είτε σε αυτούς που διοικούν αντίστοιχες μονάδες, έρχονται αντιμέτωποι με ένα από τα πλέον περίπλοκα ζητήματα στη σημερινή υγειονομική περίθαλψη. Ειδικότερα, η συζήτηση σχετικά με το πώς θα επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς το φόβο να καθούν οι παραδοσιακοί ρόλοι και ευθύνες, καθώς και η αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις

και τις αξίες των ασθενών τους είναι υψίστης σημασίας (Ruiz, Simon, Molina, Limelez and Grandal 1999).

4. Οργανωτική δομή και τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων και ποιότητα

4.1 Εισαγωγή

Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής, η εξέλιξη των μεθόδων θεραπείας και οι αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, διαρκώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Το σύγχρονο νοσοκομείο γίνεται όλο και πιο πολύπλοκο. Η συνεχής επέκταση των δραστηριοτήτων του και η αύξηση των μεγεθών του δημιούργησαν αυξημένες ανάγκες για προσωπικό και εξοπλισμό και οδήγησαν σε σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας. (Μάινα και Αγραφιώτης 1997)

Η σωστή και αποτελεσματική λειτουργία και κατ' επέκταση η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η διαδικασία παραγωγής – διανομής των υπηρεσιών αυτών. Το νομικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η πληρότητα των εγκαταστάσεών τους, το είδος του εξοπλισμού που διαθέτουν και η λειτουργικότητά του, η σύνθεση των επιμέρους υπηρεσιών τους, οι όροι και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού που απασχολούν και το σύστημα αμοιβής του, ο τρόπος μεταβίβασης της εξουσίας και ευθύνης, ο τρόπος αποζημίωσης των νοσοκομείων για το έργο που παράγουν, οι διαδικασίες μέτρησης – αξιολόγησης του πραγματικού τελικού προϊόντος κ.λπ. αποτελούν ουσιαστικά στοιχεία του οργανωτικού πλαισίου της παραγωγικής

διαδικασίας των υπηρεσιών περίθαλψης και επηρεάζουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους.

Τα σύγχρονα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετες μονάδες παραγωγής υπηρεσιών, εκπαίδευσης και έρευνας. Η οργάνωση και η λειτουργία οργανισμών τέτοιου μεγέθους και πολυπλοκότητας απαιτεί:

- θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο, το οποίο θα επιτρέπει τη διοικητική, οικονομική και διαχειριστική τους αυτοτέλεια και ευελιξία,
- κτιριακή υποδομή, η οποία θα πληροί όλες τις λειτουργικές προδιαγραφές,
- σύγχρονο εξοπλισμό με μηχανήματα και συσκευές υψηλής τεχνολογίας,
- επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, κατάλληλα εκπαιδευμένο που θα επιμορφώνεται συνεχώς,
- εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης – διαχείρισης,
- εφαρμογή μεθόδων συνεχούς αξιολόγησης του παραγόμενου έργου.

Η αδυναμία των νοσοκομείων να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις δεν μπορεί παρά να οδηγεί σε:

- αναποτελεσματική λειτουργία,
- υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης,
- δυσαρέσκεια των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας,
- σπατάλη πολύτιμων πόρων (ανθρώπινων και υλικών),
- φαινόμενα παραοικονομίας,
- αρνητικές επιπτώσεις στην ορθολογική ανάπτυξη και εξέλιξη του όλου συστήματος υγείας.

4.2 Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών στο νοσοκομείο

Όλες οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά στο νοσοκομείο συνδέονται άμεσα με τους αντικειμενικούς στόχους που είναι η σωστή διάγνωση των ασθενειών, η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών και η πλήρης ξενοδοχειακή τους υποστήριξη κατά τη διάρκεια της παραμονής τους σε αυτό. Ουσιαστική παράμετρος στην προσπάθεια οργάνωσης και συντονισμού των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται στο νοσοκομείο αποτελεί η ορθολογική διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών – εφοδίων στις εγκαταστάσεις του.

Ο αριθμός των ανθρώπων που διακινούνται σήμερα στο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα μεγάλος και κατατάσσεται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- *Εσωτερικοί ασθενείς*, δηλαδή ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και πρέπει να μεταφερθούν σε κάποιο εργαστήριο για τη διενέργεια εξετάσεων, στα χειρουργεία για επέμβαση, σε άλλη κλινική του νοσοκομείου για συνέχιση της νοσηλείας τους, ή ακόμη πρέπει να μεταβούν οι ίδιοι σε κάποια υπηρεσία του νοσοκομείου.
- *Εξωτερικοί ασθενείς*, δηλαδή ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ημέρας για διάφορες εξετάσεις ή και θεραπεία, δεν χρειάζεται όμως να εισαχθούν για νοσηλεία.
- *Προμηθευτές* του νοσοκομείου (υγειονομικού υλικού, φαρμακευτικού υλικού, τροφίμων, τεχνικών και άλλων υλικών).
- *Εξωτερικοί συνεργάτες* του νοσοκομείου (σύμβουλοι, αντιπρόσωποι φαρμακευτικών και άλλων εταιριών, εξωτερικά συνεργεία συντήρησης των εγκαταστάσεων και μηχανημάτων του κ.λπ.).
- *Επισκέπτες* των ασθενών που νοσηλεύονται.
- *Συνοδοί* των ασθενών, που είναι συνήθως και συγγενείς τους.

- *Φοιτητές και σπουδαστές* επιστημών υγείας, στην περίπτωση που το νοσοκομείο είναι εκπαιδευτικό (πανεπιστημιακό).

Εξίσου μεγάλος είναι ο όγκος των υλικών που διακινούνται κάθε μέρα στο νοσοκομείο. Υγειονομικό υλικό, φάρμακα, τεχνικά υλικά, υλικά καθαριότητας κ.λπ. παραδίδονται από τους προμηθευτές στις κατά είδος αποθήκες του νοσοκομείου και στη συνέχεια διανέμονται από εκεί στις διάφορες κλινικές και στα τμήματα που τα χρειάζονται για την λειτουργία τους. Ακόμη, η τροφοδοσία από τα μαγειρεία των κλινικών για τη σίτιση των ασθενών, η μεταφορά του ακάθαρτου και καθαρού ιματισμού, η απομάκρυνση των απορριμμάτων και άλλες παρόμοιες λειτουργίες απαιτούν, επίσης, τη διακίνηση μεγάλου όγκου υλικών.

Η ελλιπής ή κακή διαχείριση της διακίνησης ανθρώπων και υλικών οδηγεί αναπόφευκτα σε:

- συμφόρηση,
- παρεμπόδιση της ανάπτυξης δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή,
- δημιουργία πολλών «νεκρών» χρόνων,
- κακής ποιότητας υπηρεσίες,
- κακή εξυπηρέτηση όλων εκείνων που έρχονται σε επαφή με το νοσοκομείο.

Ένας σωστός σχεδιασμός συνεπάγεται ότι η κατασκευή του νοσοκομείου έχει γίνει κατά τέτοιο τρόπο ώστε να:

- επιτρέπει την ανάπτυξη όλων εκείνων των δραστηριοτήτων που συνθέτουν τις λειτουργίες του (ιατρική, νοσηλευτική, ερευνητική, εκπαιδευτική, ξενοδοχειακή, διοικητική, οικονομική, τεχνική κ.λπ.),
- εξασφαλίζει ταχύτητα, αποφυγή σύγχυσης και ομαλότητα κατά την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών,

- εξασφαλίζει τη δυνατότητα «επικοινωνίας» μεταξύ των δραστηριοτήτων,
- επιτρέπει τη συνεχή ροή των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τη λήψη των αποφάσεων, επιτρέπει την απρόσκοπτη διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων, κάθε φορά που αυτό επιβάλλεται από την εξέλιξη είτε της ιατρικής και τεχνολογίας, είτε των αντιλήψεων για την υγεία.

Ο αριθμός των κλινών που μπορεί να υπάρχουν σε ένα θάλαμο νοσηλείας ασθενών, σε σχέση με την επιφάνειά του σε τετραγωνικά μέτρα, ο συνολικός αριθμός των κλινών που θα πρέπει να διαθέτει κάθε κλινική του νοσοκομείου, επίσης σε σχέση με τη συνολική επιφάνεια του σε τετραγωνικά μέτρα που πρέπει να αναλογεί σε κάθε κλίνη, η απόσταση του χώρου νοσηλείας της κάθε κλινικής από τους θαλάμους νοσηλείας των ασθενών της, η κατάλληλη χωροθέτηση των βοηθητικών χώρων της κλινικής, η χωροθέτηση των τμημάτων του νοσοκομείου με κριτήριο την ελαχιστοποίηση των διαδρομών κ.λπ. αποτελούν ουσιαστικές παραμέτρους, οι οποίες πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά τον σχεδιασμό των κτιριακών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, ώστε οι συνθήκες περίθαλψης και διαβίωσης των ασθενών να είναι οι καλύτερες δυνατές, να αποφεύγονται περιττές ή μεγάλες και μη αναγκαίες μετακινήσεις του προσωπικού και να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του νοσοκομείου.

Ειδικότερα, σε σχέση με τη διακίνηση των ανθρώπων και των υλικών, ο κτιριακός σχεδιασμός του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει σε όλους όσους χρησιμοποιούν τους χώρους του τη γρήγορη και εύκολη πρόσβαση στα διάφορα τμήματά του, κυρίως στα τμήματα εκείνα που επισκέπτονται πολλοί ασθενείς και κοινό (π.χ. το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρειών). Ο σωστός σχεδιασμός θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη γρήγορη και εύκολη διακίνηση μεταξύ των

διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου, ειδικά μεταξύ αυτών που έχουν ισχυρές αλληλεξαρτήσεις (π.χ. των κλινικών με τα διάφορα εργαστήρια, της χειρουργικής κλινικής με τα χειρουργεία και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Ακόμη, ο σχεδιασμός πρέπει να προβλέπει την τήρηση των απαραίτητων προδιαγραφών για την ασφάλεια των ασθενών, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (π.χ. σεισμού, πυρκαγιάς) όπως και πυροδιαμερίσματα, τις οδούς και εξόδους ασφαλούς και γρήγορης διαφυγής κ.λπ.

Η κατάλληλη σήμανση και οι σωστές οδηγίες είναι στοιχεία απολύτως απαραίτητα σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου. Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που επισκέπτονται το νοσοκομείο είναι ασθενείς, δηλαδή άτομα με προβλήματα, εξαιτίας των οποίων μπορούν να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν μόνο τις απλούστερες οδηγίες. Επίσης, οι επισκέπτες δεν είναι εξοικειωμένοι ούτε με τους χώρους του νοσοκομείου ούτε με τον τρόπο λειτουργίας του. Επόμενο είναι λοιπόν σε ένα νοσοκομείο με κακή αρχιτεκτονική, όπου δεν υπάρχει και η σωστή σήμανση, να δημιουργούνται προβλήματα όπως συμφόρηση και εκνευρισμός, δυσαρέσκεια και επιπρόσθετη απασχόληση του προσωπικού να κατευθύνει τους επισκέπτες στον προορισμό τους.

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, η σωστή οργάνωση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στα νοσοκομεία δε φαίνεται να είχε απασχολήσει τους αρμόδιους φορείς (Υπουργείο Υγείας, διοικήσεις νοσοκομείων κ.ά.), παρόλο που τα προβλήματα εξαιτίας της απουσίας της ήταν και εξακολουθούν να είναι έντονα. Η απουσία από τα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία σωστού σχεδιασμού στις κτιριακές τους εγκαταστάσεις και απρογραμμάτιστες επεμβάσεις που έγιναν και εξακολουθούν να γίνονται ακόμη και σήμερα ενοχοποιούνται για την κακή διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα σε αυτά.

Η συμφόρηση που επικρατεί συνήθως στα τακτικά και επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία των ελληνικών νοσοκομείων, η απροειδοποίητη και αυθαίρετη εμφάνιση και εισαγωγή ασθενών (κυρίως σε περιφερειακά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης), οι προσπάθειες για παραβίαση της σειράς ή για την επιλογή συγκεκριμένης κλινικής ή γιατρού της προτίμησης του ασθενή ή των συγγενών του, οι παρεμβάσεις με «πλάγια» μέσα για επιτάχυνση των διαδικασιών (π.χ. της χειρουργικής επέμβασης) ή για «καλύτερη» αντιμετώπιση, οι καθυστερήσεις στη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων ή των χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες πρέπει να υποβληθούν οι ασθενείς, ο απρογραμμάτιστος και συχνά ελλιπής εφοδιασμός των κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου με υλικά, η πλημμελής τροφοδοσία των κλινικών κ.λπ. είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα νοσοκομεία στη χώρα μας. Επίσης, είναι γνωστή σε όλους η εικόνα της συμφόρησης των νοσοκομείων από συγγενείς που πηγαινοέρχονται στους διαδρόμους ή καταλαμβάνουν τους θαλάμους των ασθενών, εικόνα που πολύ συχνά χαρακτηρίζεται ως τριτοκοσμική.

Για να αντιμετωπιστούν σωστά όλα αυτά τα προβλήματα και για να αποκτήσουν τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αποτελεσματική λειτουργία και πολιτισμένη εμφάνιση, απαιτούνται:

- Κεντρική απόφαση και θέσπιση συγκεκριμένων προδιαγραφών και κανόνων, που θα αφορούν στη διακίνηση των ανθρώπων και των υλικών μέσα στα νοσοκομεία.
- Βούληση των υπευθύνων οργάνων της πολιτείας και των νοσοκομείων για την εφαρμογή τους.
- Απαγόρευση των αυθαίρετων και απρογραμμάτιστων επεμβάσεων στις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Οι επεμβάσεις που τυχόν απαιτούνται θα μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο εφόσον

ενταχθούν στον συνολικό σχεδιασμό του νοσοκομείου και εγκριθούν από επιτροπή ειδικών επιστημόνων.

- Καθιέρωση στα νοσοκομεία συγκεκριμένου χρόνου για την ενημέρωση των συγγενών των ασθενών και αυστηρή τήρησή του. Οι συγγενείς των ασθενών ζητούν να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας των δικών τους και την πορεία της θεραπείας τους. Αυτό όμως θα πρέπει να γίνεται από τους θεράποντες γιατρούς σε συγκεκριμένες ώρες και σε συγκεκριμένο χώρο.
- Ενημέρωση όλων των πολιτών για το πλαίσιο της αγωγής υγείας, για το πόσο βλαβερό αλλά και άσκοπο είναι να επισκέπτονται τα νοσοκομεία οποιαδήποτε ώρα της ημέρας (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

5. Επενδύοντας στην ποιότητα

5.1 Το κόστος της ποιότητας στις μονάδες υγείας

Ενδεχομένως να φαίνεται αντιφατικό το γεγονός ότι ποιότητα σημαίνει τελικά μικρότερο κόστος. Κάτι τέτοιο μπορεί να υποστηριχτεί με τα εξής επιχειρήματα:

1) Τη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών έχει δύο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια που μπορεί να έχει η φροντίδα. Η δεύτερη, αντίθετα, αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις (επεμβάσεις, εξετάσεις κ.λπ.). Η έλλειψη επαρκών φροντίδων σαφώς περιορίζει το επίπεδο της ποιότητας, εξίσου όμως επικίνδυνη και τελικά εις βάρος της ποιότητας είναι και η πρακτική των περιττών και κυρίως μη τεκμηριωμένων εξετάσεων και γενικώς ιατρικών πράξεων.

2) Το οικονομικό κόστος της ποιότητας. Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαδικασία διαπίστευσης κ.λπ. Αυτή είναι η μία πλευρά και η μία παράμετρος του κόστους ποιότητας, δηλαδή το κόστος επίτευξης της ποιότητας. Η στρατηγική σημασία όμως της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό το κόστος επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία και ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως το «υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Έτσι, το κόστος ποιότητας αναλύεται σε κόστος επίτευξης της ποιότητας και σε κόστος έλλειψης ποιότητας.

A) Κόστος επίτευξης της ποιότητας

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες:

- Εκπαίδευσης
- Βελτίωσης υποδομής
- Εισαγωγής συστημάτων ποιότητας
- Μέτρησης και γενικότερα αξιολόγησης επιπέδου ποιότητας
- Εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας
- Εξάλειψης αιτίων κακής ποιότητας

B) Κόστος έλλειψης ποιότητας

Το κόστος έλλειψης ποιότητας κατά τον Philip Crosby, είναι αυτό που θα απέφυγε ο οργανισμός εάν κάθε προϊόν ή υπηρεσία που προσφέρει ή και κάθε δραστηριότητα για την παραγωγή και διάθεσή τους ή κάθε δραστηριότητα υποστήριξης εκτελείται άψογα κάθε φορά την πρώτη φορά. Μερικά παραδείγματα κόστους έλλειψης ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου είναι:

- Παράταση νοσηλείας

- Επανάληψη εξετάσεων
- Ακύρωση χειρουργικής επέμβασης
- Μη προγραμματισμένη επανεγχείρηση
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- Ανεπιθύμητα συμβάντα από λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή από μετάγγιση (Φαμέλη 2005)

5.2 Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες –χωρίς να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα-, σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησε στην ανάληψη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικού ελέγχου των δαπανών τους για την υγεία, δημόσιων και ιδιωτικών, και γενικότερα των κοινωνικών τους δαπανών. Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του επιμέρους κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Το κόστος έχει αναδειχτεί τις τελευταίες δεκαετίες σε καθοριστική παράμετρο για τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και αποτελεί το βασικό είδος πληροφορίας για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση κάθε δραστηριότητας.

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι το κόστος που δημιουργείται είτε επειδή δεν πραγματοποιούνται εξαρχής οι ενδεδειγμένες και σωστές ενέργειες για την παροχή της υπηρεσίας, είτε επειδή εφαρμόζονται λανθασμένα.

Η χαμηλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει επιπτώσεις στην έγκαιρη αντιμετώπιση και γρήγορη θεραπεία του ασθενή, καθώς και στο λειτουργικό κόστος της μονάδας παροχής των υπηρεσιών αυτών. Η παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή εξαιτίας της χαμηλής ή κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνεπάγεται και επιπλέον αρνητικές επιπτώσεις. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν:

- τον ίδιο τον ασθενή, π.χ. πιθανή εμπλοκή του υγειονομικού του προβλήματος εξαιτίας νοσοκομειακής λοίμωξης, οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της μακράς απουσίας του από την εργασία, ψυχολογική επιβάρυνση κ.λπ.,
- τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, π.χ. δέσμευση των διαθέσιμων κλινών της και γενικά περιορισμός των δραστηριοτήτων της εις βάρος της ικανοποίησης των αναγκών άλλων ασθενών,
- το κοινωνικό σύνολο, π.χ. άσκοπη αύξηση των νοσοκομειακών δαπανών, απώλεια παραγωγικότητας κ.λπ.

Επιπλέον, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερο, ακόμη και ανυπολόγιστο, σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί σωματική βλάβη ή χάσει τη ζωή του, εξαιτίας εσφαλμένης ή καθυστερημένης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.

Επιστήμονες, ειδικοί σε θέματα ποιότητας, υπολογίζουν ότι σε οργανισμούς με καλή διοίκηση και διαχείριση, το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών μπορεί να φτάσει μέχρι και ποσοστό 30% των εσόδων τους. Ακόμη, επισημαίνουν ότι περίπου το 1/4 του προσωπικού τους απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν είτε την επανάληψη των ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή είτε στην

πραγματοποίηση νέων ενεργειών και δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα, αλλά επεκτείνεται και στον περιορισμό που προκαλεί η χαμηλή ποιότητα στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους είναι αναγκασμένο να διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή, θα μπορούσε σίγουρα να παράγει και να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή άλλους ασθενείς. Κάθε βελτίωση, επομένως, της ποιότητας των υπηρεσιών του έχει ως αποτέλεσμα και την άμεση αύξηση της παραγωγικότητάς του.

6. Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

6.1 Εισαγωγή

Τις συνηθέστερες πρωτοβουλίες για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούμε να τις κατατάξουμε στις παρακάτω μεθόδους:

- Ποιοτικός Έλεγχος
- Διασφάλιση της Ποιότητας
- Κύκλοι Ποιότητας
- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs)

6.2 Ποιοτικός έλεγχος

Ο Ποιοτικός Έλεγχος ορίζεται ως η συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια. Η προσπάθεια για την οργάνωση ενός προγράμματος

ποιοτικού ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια, 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 των παρεμβάσεων αυτών και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής – διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, μετά δηλαδή την παραγωγή τους. Η διόρθωση σε αυτό το στάδιο είναι πολύ δύσκολη και κοστίζει φυσικά πολύ περισσότερο, αφού ο οργανισμός έχει ήδη επιβαρυνθεί με το κόστος του ελαττωματικού προϊόντος ή της υπηρεσίας και κάθε διορθωτική ενέργεια προϋποθέτει πρόσθετες δαπάνες. Επίσης, ο ποιοτικός έλεγχος διασφαλίζει βέβαια τον εντοπισμό των αδυναμιών και τη διόρθωσή τους –όπου αυτό είναι δυνατό-, δεν εγγυάται όμως ότι δεν θα παρουσιαστούν ξανά (Θεοδώρου 1992).

6.3 Η διασφάλιση της ποιότητας

Ως Διασφάλιση Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές. (Μέριανου-Μιχαήλ και Ζαχαράκη-Σαββοπούλου 1993)

Η διαφορά 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 της ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Είναι ευνόητο ότι για την εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας θα πρέπει κατ' αρχάς όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν την παραγωγή και διάθεση ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή μιας υπηρεσίας να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές από όλους εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις πρέπει να προσδιορίζονται και να παρουσιάζονται με κάθε λεπτομέρεια και ακρίβεια, ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια για αμφιβολίες και παρεξηγήσεις.

Ο τελικός στόχος της διασφάλισης της ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω αλλαγών που ενισχύουν όλα τα θετικά στοιχεία, όπως αυτά διαμορφώνονται από την επιστήμη, την έρευνα και την επιμόρφωση, αποτρέπουν στην αφετηρία τα πιθανά λάθη και ελέγχουν τα αποτελέσματα σύμφωνα με αποδεκτά πρότυπα.

Για να βοηθηθούν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που επιδιώκουν τη διασφάλιση της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών τους, αλλά και για να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών, τα οποία χρησιμοποιούνται τόσο ως οδηγός στην πορεία ενός οργανισμού για τη διασφάλιση της ποιότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών που παράγει/παρέχει, όσο και ως μέτρο για την αξιολόγησή του. Τέτοια διεθνή πρότυπα είναι αυτά που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standard Organization), τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000, τα πρότυπα ισοδύναμης σειράς EN 29000 που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ.

6.4 Οι κύκλοι ποιότητας

Ως Κύκλος Ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων/στελεχών, κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 και 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιους τομείς ενός οργανισμού και εθελοντικά συναντώνται τακτικά, με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι δυνατό να επιλυθούν με συμβατικές μεθόδους. Οι δικές τους προσπάθειες πρέπει να είναι προσανατολισμένες στο μικρότερο δυνατό κόστος και στις όσο το δυνατό λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό.

Ο κύκλος ποιότητας λειτουργεί μέχρι την οριστική επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων, οπότε διαλύεται και δημιουργείται πάλι, με την ίδια ή με άλλη σύνθεση, για να επιλύσει άλλα προβλήματα που πιθανώς να έχουν εμφανιστεί. Έτσι, σε μία επιχείρηση ή σε έναν οργανισμό μπορεί να λειτουργούν ταυτόχρονα δύο, τρεις ή περισσότεροι κύκλοι ποιότητας, καθένας από τους οποίους ασχολείται με την αντιμετώπιση του δικού του προβλήματος.

Οι συχνότερα αναφερόμενοι σκοποί των κύκλων ποιότητας είναι (Παπανικολάου 1995):

- η βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- η αύξηση της παραγωγικότητας,
- η μείωση του κόστους,
- η αύξηση του ενδιαφέροντος των εργαζομένων,
- η ενίσχυση του ηθικού των εργαζομένων.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της λειτουργίας των κύκλων ποιότητας είναι:

- Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν εθελοντικά.
- Η συμμετοχή προϋσταμένου στην ομάδα του κύκλου ποιότητας είναι επιθυμητή και χρήσιμη, με την προϋπόθεση ότι συμμετέχει στην ομάδα ως απλό μέλος.
- Οι εργαζόμενοι, μέλη της ομάδας του κύκλου ποιότητας, εκλέγουν μεταξύ τους τον υπεύθυνο της ομάδας, με βάση τα ηγετικά του χαρακτηριστικά, τη δημιουργικότητά του, το πνεύμα συνεργασίας και την ευελιξία που τον διακρίνουν. Ο υπεύθυνος που θα εκλεγεί, αφού εκπαιδευτεί κατάλληλα από τον συντονιστή όσον αφορά τις τεχνικές λειτουργίας της ομάδας, εκπαιδεύει τα υπόλοιπα μέλη, τα ενθαρρύνει, συντονίζει τη δραστηριότητά τους, έχει την ευθύνη για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ομάδας και είναι αυτός που παρουσιάζει στην διοίκηση του οργανισμού τα αποτελέσματα της εργασίας του κύκλου ποιότητας.
- Τα μέλη ενός κύκλου ποιότητας εργάζονται όλα μαζί, ως ομάδα, με σκοπό να λύνουν τα προβλήματα και όχι μόνο να τα προσδιορίζουν.
- Οι συναντήσεις της ομάδας γίνονται τακτικά, σε ώρες εργασίας, καταβάλλεται όμως ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε το γεγονός αυτό να μην έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία του οργανισμού.
- Όλα τα προβλήματα που απασχολούν την ομάδα του κύκλου ποιότητας επιλέγονται από τα μέλη της. Τα μέλη της ομάδας είναι στη συνέχεια υποχρεωμένα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά σε σχέση μόνο με το αντικείμενο της εργασίας τους.
- Η διοίκηση, σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας, πρέπει να δείχνει με κάθε τρόπο το ενδιαφέρον της για το πρόγραμμα και να το υποστηρίζει έμπρακτα (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

6.5 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί σύστημα διοίκησης βάσει του οποίου επιδιώκεται μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αυτή αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών - αξιωμάτων, οι οποίες είναι οι εξής (Λογοθέτης 1992):

α) 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. Ταυτόχρονα, καθήκον και υποχρέωση της ηγεσίας του οργανισμού είναι αφενός να διαθέσει όλα τα αναγκαία μέσα για την επίτευξη της βελτίωσης και αφετέρου να δημιουργήσει τις απαιτούμενες συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρησή της.

β) Επιστημονική γνώση. 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 δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση.

γ) Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Η εφαρμογή της ΔΟΠ είναι αδύνατη χωρίς τη συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων. Η εφαρμογή της απαιτεί την ενεργό ανάμιξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Άλλωστε, για αυτό χαρακτηρίζεται «ολική».

6.6 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής

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 οποία είναι μια από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής. Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους.

Συγκεκριμένα, με τη μέθοδο αυτή μπορούν αφενός να καταγραφούν οι αλλαγές που επέρχονται στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενή, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής και αφετέρου να μετρηθεί η υποκειμενική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενή, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως «προστιθέμενη» σε αυτό αξία, συσχετίζεται στη συνέχεια με τα δεδομένα του προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζεται σε QALYs, που είναι το σύνολο των ποιοτικώς σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Επικεντρώνεται δηλαδή η μέθοδος αυτή στην ποιότητα της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας (Γείτονα και Κυριόπουλος 1996).

Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η έννοια των QALYs, πολύ συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι για κάθε άτομο ένα έτος της ζωής του, με πολύ καλή υγεία και καλή ποιότητα ζωής, αντιστοιχεί σε μία μονάδα QALY.

Επομένως, κάθε έτος ζωής του ασθενή με κακή κατάσταση ζωής και κακή ποιότητα υγείας, που εκφράζεται ως q (όπου $q < Q$, άρα < 1), αντιστοιχεί σε μέρη ενός QALY. Με δεδομένο το προσδόκιμο της επιβίωσης συγκεκριμένου ασθενή, είναι στη συνέχεια δυνατή η μετατροπή σε τρέχουσες τιμές (q) των αναμενόμενων για αυτόν μελλοντικών ετών ζωής. Ιατρικές παρεμβάσεις αλλά και διαδικασίες επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα, τη διάρκεια και ποιότητα ζωής του ασθενή και δημιουργούν κάθε φορά ένα διαφορετικό q .

Με την Ανάλυση του Κόστους – Χρησιμότητας συγκρίνονται δύο διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες χρησιμεύουν για την αντιμετώπιση του ίδιου υγειονομικού προβλήματος (π.χ. φαρμακευτική αγωγή και χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του ίδιου καρδιολογικού προβλήματος) και με βάση το αποτέλεσμα της σύγκρισης, καλείται ο ασθενής, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας να επιλέξει. Είναι ευνόητο ότι οι ιατρικές επεμβάσεις και διαδικασίες που παράγουν καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και καλύτερη ποιότητα ζωής θα πρέπει να προτιμηθούν από άλλες με λιγότερο καλό αποτέλεσμα και κατώτερη ποιότητα ζωής.

7. Ποιοτικοί στόχοι υγειονομικής περίθαλψης

Προκειμένου να επιτευχθεί υψηλή ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να επιτευχθούν έξι βασικοί ποιοτικοί στόχοι. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι:

- **ασφαλής**, αποφεύγοντας τους τραυματισμούς στους ασθενείς από την φροντίδα που τους παρέχεται με σκοπό να τους βοηθήσει,
- **αποτελεσματική**, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες σε όλους τους τομείς και προωθώντας την επιστημονική γνώση,

- **προσανατολισμένη στον ασθενή**, παρέχοντας την προσοχή και την φροντίδα που είναι πλήρης σεβασμού και ανταποκρίνεται στις μεμονωμένες προτιμήσεις, ανάγκες, αξίες του ασθενή και επιπλέον εξασφαλίζει ότι οι αξίες για τον ασθενή είναι αυτές που επηρεάζουν όλες τις αποφάσεις του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης,
- **έγκαιρη**, μειώνοντας την αναμονή και μερικές φορές τις επιβλαβείς καθυστερήσεις, τόσο για εκείνους που λαμβάνουν την φροντίδα όσο και για εκείνους που την παρέχουν,
- **αποδοτική**, αποφεύγοντας τα προβλήματα και ελαττώματα,
- **δίκαιη**, παρέχοντας φροντίδα που δεν ποικίλλει σε ποιότητα αναλόγως με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή.

8. ISO και ποιότητα μονάδων και υπηρεσιών υγείας

8.1 Εισαγωγή

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO (International Organization for Standardization) είναι μια διεθνής ομοσπονδία των εθνικών οργανισμών τυποποίησης αποτελούμενη από 147 οργανισμούς. Τα διεθνή πρότυπα συστημάτων ποιότητας της σειράς ISO 9000 πρωτοεκδόθηκαν το 1987 σαν αποτέλεσμα πολυετούς προσπάθειας καθιέρωσης διεθνών προτύπων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η αρχική αναθεώρηση έγινε το 1994 και το 2000, όπου το αναθεωρημένο πρότυπο ISO-9001/2000 αντικατέστησε τα επιμέρους πρότυπα ISO-9001-3/94.

8.2 Η εφαρμογή του ISO στις υπηρεσίες υγείας

Τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες σχετιζόμενους με τις οργανωτικές δομές των φορέων, τον τύπο του ιδρύματος υγείας, τη φύση των

υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές. Οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες καθώς το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000 αποτελεί μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, κάθε φορέας θα πρέπει να αναπτύξει και εφαρμόσει ένα σύστημα για την ποιότητα, προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και δομημένο έτσι ώστε να καλύπτει και να χαρακτηρίζει το εύρος των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών.

Ανεξάρτητα από το πεδίο αναφοράς του, το σύστημα για την ποιότητα θα πρέπει να καλύπτει όλα τα στάδια της παροχής των υπηρεσιών, από το σχεδιασμό μέχρι την αξιολόγησή τους και να αναφέρεται επαρκώς στις τρεις βασικές συνιστώσες:

- *Υποδομή:* άνθρωποι, τεχνογνωσία, περιβάλλον χώρος, ιατροτεχνολογική υποδομή, εγκαταστάσεις κ.λπ.
- *Διεργασίες:* σύνολο μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κ.λπ., αλλά και διατομεακά με εμπλοκή περισσότερων τμημάτων, τομέων και υπηρεσιών.
- *Αποτελέσματα:* δείκτες παρακολούθησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

8.3 Οι απαιτήσεις του προτύπου

Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από 20 απαιτήσεις, οι οποίες ανήκουν σε δύο ενότητες, τις κύριες και τις υποστηρικτικές διαδικασίες ποιότητας.

A. ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

1. Ανασκόπηση συμβάσεων

Ο όρος Σύμβαση αναφέρεται σε δεοντολογικούς κανόνες που διέπουν τη σχέση των παρεχόντων υπηρεσιών υγείας με τους πολίτες. Ο φορέας θα πρέπει να διατηρεί διαδικασίες για την εκτίμηση της επάρκειας της υποδομής και των πόρων. Οι διαδικασίες με τη σειρά τους θα πρέπει να αποσαφηνίζουν στους ασθενείς και τους συγγενείς τους όρους, το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

2. Έλεγχος σχεδιασμού

Η απαίτηση αυτή θα πρέπει να εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου οι φορείς σχεδιάζουν υπηρεσίες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα πρωτογενούς έρευνας και κατόπιν πλήρους κλινικής αξιολόγησης υπό την ευθύνη τους.

3. Προμήθειες

Οι προμήθειες αφορούν τα πάσης φύσεως προϊόντα που χρειάζονται οι μονάδες υγείας προκειμένου να λειτουργήσουν ομαλά, όπως ιατροφαρμακευτικά προϊόντα, αναλώσιμα υγειονομικά υλικά, τρόφιμα, ξενοδοχειακά είδη, αλλά και τις υπηρεσίες συμβούλων, εργαστηρίων, αποκατάστασης κ.λπ. Οι προμήθειες επεκτείνονται και στην αγορά ζωτικών ιστών, ζωτικών οργάνων και αίματος.

4. Έλεγχος προϊόντων που προμηθεύει ο πελάτης

Η απαίτηση αναφέρεται σε υλικά που παρέχονται από ασθενείς, τα οποία θα πρέπει να διαφυλάσσονται από την φθορά, την απώλεια ή την καταστροφή. Πιο συγκεκριμένα, εξετάσεις, ιατρικά σημειώματα ή άλλα προσωπικά στοιχεία που παρέχονται από τον ασθενή και πρόκειται να αποτελέσουν μέρος της βάσης δεδομένων στην οποία θα στηριχτεί η

διάγνωση και θεραπευτική αγωγή ή αποκατάσταση θα πρέπει να προστατεύονται πολύ καλά.

5. Έλεγχος διεργασιών

Είναι σημαντικό οι διεργασίες σε μία μονάδα υγείας να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει συνέχεια στην περίθαλψη και να συγκροτούν μια ενιαία υπηρεσία. Παράλληλα, θα πρέπει να σχεδιάζονται οι μηχανισμοί παρακολούθησης της διαδικασίας. Ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της κάθε διαδικασίας.

6. Έλεγχος και δοκιμές

Ο φορέας θα πρέπει να διατηρεί τις διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι ο εξοπλισμός ή τα υλικά που είναι κρίσιμα για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού δεν χρησιμοποιούνται μέχρι να ελεγχθεί ότι συμμορφώνονται σε καθορισμένες απαιτήσεις.

7. Έλεγχος μη συμμορφώσεων

Για ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, ο όρος μη συμμόρφωση αναφέρεται σε οποιοδήποτε αποτέλεσμα ή μέτρηση που προκύπτει κατά την παροχή της υπηρεσίας, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις. Παραδείγματα μπορεί να είναι:

- αδυναμία εξυπηρέτησης ασθενών λόγω λίστας αναμονής,
- ανεπάρκεια μέτρων ασφάλειας,
- ληγμένα τρόφιμα ή φάρμακα κ.ά.

8. Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες

Η ανάγκη για διορθωτική ενέργεια προκύπτει από την εμφάνιση μιας μη συμμόρφωσης ή παραπόνων πελάτη. Οι προληπτικές ενέργειες αφορούν την ανάλυση του συστήματος και τον προσδιορισμό πιθανών προβλημάτων για να εξαλειφθούν οι αιτίες μη συμμόρφωσης ή παραπόνων του πελάτη.

9. Χειρισμός – Αποθήκευση – Συσσκευασία – Παράδοση προϊόντων

Αφορά την διαχείριση, αποθήκευση, συσκευασία, συντήρηση και διανομή υλικών, τα οποία έχουν άμεση επίπτωση στην παρεχόμενη υπηρεσία υγείας. Παραδείγματα μπορεί να είναι:

- συσκευασία και αποστείρωση εργαλείων χειρουργείου,
- απόρριψη αιχμηρών ή ραδιενεργών αντικειμένων κ.ά.

10. Εξυπηρέτηση

Η μονάδα υγείας πρέπει να καθιερώνει και να τηρεί διαδικασίες ώστε να εκτελεί, να επαληθεύει και να αναφέρει ότι η εξυπηρέτηση ικανοποιεί τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.

B. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

1. Ευθύνη της διοίκησης

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες απαιτήσεων:

- α) Πολιτική ποιότητας: Καθορίζει τους γενικούς στόχους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων.
- β) Οργάνωση: Απαιτείται ο σαφής προσδιορισμός της οργανωτικής δομής, της διοικητικής ιεραρχίας, της διασύνδεσης μεταξύ των λειτουργικών μονάδων και της αλληλεπίδρασης με το εξωτερικό περιβάλλον του φορέα (π.χ. αρμόδιες αρχές, προμηθευτές, ασφαλιστικούς φορείς, Υπουργεία κ.ά.)
- γ) Ανασκόπηση της διοίκησης: Περιλαμβάνει την ανασκόπηση της πολιτικής, των προτεραιοτήτων, της κατανομής των πόρων και την κριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους στόχους. Στηρίζεται στα ευρήματα εσωτερικών επιθεωρήσεων και στην ανάλυση δεικτών ποιότητας.

2. Σύστημα ποιότητας

Όλες οι διαδικασίες του συστήματος θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένες και θα πρέπει να υπάρχει και αν εφαρμόζεται ένα Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας.

3. Έλεγχος εγγράφων

Ο φορέας θα πρέπει να εφαρμόζει τεκμηριωμένες διαδικασίες για τον έλεγχο όλων των εγγράφων και δεδομένων που σχετίζονται με το σύστημα ποιότητας. Παραδείγματα εγγράφων που θα πρέπει να ελέγχονται είναι:

- εγχειρίδιο ποιότητας,
- περιγραφή διαδικασιών,
- οδηγίες εργασίας,
- πρότυπα και πρωτόκολλα θεραπείας,
- πρότυπα ελέγχου ποιότητας του εξοπλισμού κ.ά.

4. Αναγνώριση - Ικνηλασιμότητα

Η απαίτηση αυτή αφορά την δυνατότητα ταυτοποίησης και αξιοποίησης πληροφοριών που αφορούν κάθε ασθενή (π.χ. διαγνωστικά αποτελέσματα, θεραπευτικές αγωγές, ιστορικό παρακολούθησης κ.λπ.).

5. Έλεγχος εξοπλισμού ελέγχων, μετρήσεων και δοκιμών

Οι απαιτήσεις αυτές στοχεύουν να εξασφαλίσουν ότι ο εξοπλισμός που μπορεί να επηρεάσει το τελικό προϊόν είναι ο κατάλληλος, συντηρείται, βαθμονομείται.

6. Κατάσταση ελέγχων και δοκιμών

Κάθε φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλει να καθορίζει δραστηριότητες, υλικά ή συνιστώσες που προσδιορίζουν την κατάσταση του ελέγχου και των δοκιμών. Οφείλει, επίσης, να καθορίζει τυποποιημένη σήμανση της κατάστασης των ελέγχων (π.χ. σήμανση «ελέγχθηκε», «εγκρίθηκε», «επικυρώθηκε»).

7. Αρχεία ποιότητας

Η απαίτηση αυτή αναφέρεται στη διαχείριση των αρχείων ποιότητας από την δημιουργία μέχρι την καταστροφή τους που απαιτείται για νομικούς, επιστημονικούς ή διοικητικούς λόγους.

8. Εσωτερικές επιθεωρήσεις

Η εσωτερική επιθεώρηση ποιότητας στοχεύει να επιβεβαιώσει ότι το σύστημα και οι διαδικασίες του εφαρμόζονται όπως περιγράφονται στην τεκμηρίωση του συστήματος, ότι επανεξετάζονται τακτικά και ότι υλοποιούνται διορθωτικές ενέργειες όπου και όταν αυτό απαιτείται.

9. Εκπαίδευση

Οι δεξιότητες, η επάρκεια και η γενικότερη παιδεία του προσωπικού σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα της παρεχόμενης προς τον ασθενή φροντίδας. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να προσδιορίζονται οι απαιτήσεις σε γνώσεις, δεξιότητες και αξίες του ανθρώπινου δυναμικού.

10. Στατιστικές τεχνικές

Ο οργανισμός πρέπει να εντοπίσει τις ανάγκες σε τεχνικές στατιστικής που απαιτούνται. Οι στατιστικές τεχνικές είναι δυνατό να εφαρμοστούν στις παρακάτω περιοχές:

- ανάλυση ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών,
- προληπτικές ενέργειες,
- συλλογή και ανάλυση δεικτών ποιότητας κ.ά.

8.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας

Τα *οφέλη* που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001/2000 είναι τα εξής:

- Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών
- Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση λειτουργικού κόστους
- Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών
- Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας
- Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης
- Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων
- Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων από τη λειτουργία των νοσοκομείων στο περιβάλλον

Οι *αδυναμίες* του ISO 9001 είναι οι εξής:

- Εμπλέκει αρκετή γραφειοκρατία
- Είναι χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών που χρησιμοποιεί το πρότυπο
- Καθορίζει την περιγραφή των θέσεων εργασίας, γεγονός που δημιουργεί ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό
- Είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας
- Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίησή του και απαιτεί αναδιοργάνωση του οργανισμού και εκπαίδευση του προσωπικού.

9. Πληροφοριακά συστήματα στην υγεία

Στις μέρες μας η πληροφοριακή τεχνολογία έχει αποδειχθεί ως ο μεγαλύτερος διευκολυντής των επιχειρησιακών δραστηριοτήτων χάρη στις δυνατότητες των πληροφοριακών συστημάτων, οι οποίες συνοψίζονται στις ακόλουθες:

- Εκτελούν ταχύτατα μεγάλου όγκου αριθμητικούς υπολογισμούς.
- Αποθηκεύουν τεράστιες ποσότητες πληροφοριών.
- Αυτοματοποιούν επιχειρησιακές διαδικασίες και καθήκοντα.
- Επιταχύνουν την επεξεργασία και καταχώρηση δεδομένων.
- Παρέχουν γρήγορη, ορθή και φθηνή επικοινωνία τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό ενός οργανισμού.
- Αυξάνουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των ατόμων.

Άλλωστε, η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει την ύπαρξη μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης διαδικασιών. Αν λάβει κανείς υπόψη τον όγκο πληροφοριών και δεδομένων που αντιστοιχούν σε έναν μόνο ασθενή και την αδυναμία συλλογής, καταγραφής και αξιολόγησής τους από μεμονωμένα άτομα, αντιλαμβάνεται την σπουδαιότητα της χρησιμοποίησης ηλεκτρονικών υπολογιστών και της μηχανογράφησης γενικότερα. (Rosser and Kleiner 1995)

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών του τομέα Υγείας (ΕΣΠΥ), το οποίο θα αποτελέσει τον κρίκο της αξιόπιστης διάθεσης πληροφοριών του τομέα υγείας και της επικοινωνίας ανάμεσα στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες και τις μονάδες υγείας. Ο στόχος του ΕΣΠΥ είναι να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ομάδων που αναφέρονται παρακάτω:

1. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι διοικήσεις εποπτευόμενων από αυτό φορέων: Η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την

ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα, επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν την υγεία του πληθυσμού και στη λειτουργία του ΕΣΥ και των μονάδων του.

2. Επαγγελματίες Υγείας: Η πληροφορία πρέπει να στοχεύει στην υποστήριξη του κλινικού τους έργου με τη δημιουργία συνθηκών ολοκλήρωσης και συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις διαδικασίες κλινικών αποφάσεων και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, καθιστώντας διαθέσιμους οδηγούς, αποτελέσματα αξιολόγησης ιατρικής τεχνολογίας, βάσεις δεδομένων, υλικό κλινικής τεκμηρίωσης της φροντίδας, βέλτιστες πρακτικές, κλινικές οδηγίες και συστάσεις.

3. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, ασφαλιστικοί οργανισμοί και λοιποί φορείς χρηματοδότησης του ΕΣΥ: Η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν τις ανάγκες κάλυψης και το κόστος της περίθαλψης του πληθυσμού, καθώς και στοιχεία μέσω των οποίων μπορεί να ελέγχεται η χρήση των υπηρεσιών τομέα υγείας και των πόρων κοινωνικής ασφάλισης.

4. Πολίτες: Η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει τους πολίτες στις αποφάσεις τους που αφορούν στη διαχείριση της προσωπικής υγείας και να παρέχει αντικειμενικά στοιχεία για τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις πολιτικές αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να διαμορφώνει το βέλτιστο πλαίσιο για την ατομική φροντίδα.

5. *Διεθνείς και Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί:* Η πληροφορία πρέπει να καλύπτει όλες τις απαιτήσεις για ανταλλαγή πληροφοριών του τομέα υγείας με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (www.mohaw.gr - Σχέδιο Νόμου).

Ένα πλήρες μηχανογραφικό σύστημα περιλαμβάνει:

- μηχανογράφηση νοσηλευτικών τμημάτων με δημιουργία φακέλου νοσηλείας ανά ασθενή,
- μηχανογράφηση φαρμακείου,
- μηχανογράφηση εργαστηρίων και
- μηχανογράφηση διοικητικών υπηρεσιών.

Με το *μηχανογραφικό σύστημα* εξασφαλίζεται ο ποιοτικός και ποσοτικός έλεγχος λειτουργίας τόσο των τμημάτων του νοσοκομείου όσο και του νοσοκομείου ως ολότητα και παρέχεται η δυνατότητα συγκρίσεων τόσο μεταξύ ομοίων τμημάτων του νοσοκομείου όσο και αντίστοιχων άλλων τμημάτων αναφορικά με την διάρκεια και το κόστος νοσηλείας σε ίδια περιστατικά (ποιοτικό κριτήριο) καθώς και η δυνατότητα ελέγχου της ανάλωσης αντιδραστηρίων, φαρμάκων και λοιπού υγειονομικού υλικού για την αντιμετώπιση των ασθενών (ποσοτικό κριτήριο).

Όσον αφορά την *μηχανογράφηση του φαρμακείου*, πρόκειται για ένα σύστημα διανομής φαρμάκων, το οποίο συνίσταται από τη συσκευασία και την αποστολή για κάθε ασθενή των φαρμακευτικών δόσεων του 24ωρου που συνταγογραφεί ο γιατρός, με στόχο τη χορήγηση του κατάλληλου φαρμάκου στον συγκεκριμένο ασθενή, την σωστή ώρα. Μειώνει τα λάθη στη φαρμακοθεραπεία και βελτιώνει την παροχή υπηρεσιών του νοσοκομείου στους ασθενείς από ιατρική και οικονομική πλευρά. Επιπλέον και σε ό,τι αφορά τη διακίνηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, γίνεται εφικτή η χρέωση φαρμάκων ανά ασθενή, η παρακολούθηση του κόστους ανά πάθηση, η ανανέωση stock ανά σκεύασμα και σχεδόν μηδενίζεται η απώλεια εσόδων.

Η μηχανογράφηση των εργαστηρίων προσφέρει τη δυνατότητα ελέγχου της ανάλωσης των αντιδραστηρίων σε συνδυασμό με τον αριθμό των εξετάσεων που προκύπτουν από τους φακέλους των ασθενών, της προμήθειας και ανάλωσης των υλικών με τη δημιουργία αποθεμάτων ασφαλείας ανά υλικό.

Στην μηχανογράφηση των διοικητικών υπηρεσιών η εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος δίνει την πλήρη εικόνα της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων πέρα του δημοσίου λογιστικού και επιτρέπει την ανάπτυξη συστημάτων κοστολόγησης ανά τμήμα όπως προβλέπεται στο Ν. 2889/01, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας του κάθε τμήματος και μέσω αυτών την ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών της υγείας. (www.mohaw.gr)

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι παράγοντες χρησιμότητας ενός μηχανογραφικού συστήματος.

Διάγραμμα 8: Παράγοντες που καθορίζουν την χρησιμότητα ενός πληροφοριακού συστήματος

Παράγοντες χρησιμότητας

- (1) Learnability: Το σύστημα πρέπει να μαθαίνεται εύκολα.
- (2) Efficiency: Τα επίπεδα παραγωγικότητας του συστήματος πρέπει να είναι υψηλά.
- (3) Memorability: Το σύστημα πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να μπορεί ο χρήστης να το απομνημονεύσει γρήγορα και εύκολα.
- (4) Errors: Η πιθανότητα για λάθη πρέπει να είναι μηδαμινή.
- (5) Satisfaction: Το σύστημα πρέπει να είναι ευχάριστο στη χρήση του.

(Πηγή: Strawderman and Koubek 2006)

10. Ανθρώπινοι πόροι στον τομέα της υγείας

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι εντάσεως εργασίας. Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύτιμοι και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας. Η αποτελεσματική διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας προϋποθέτει την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόδοση του κάθε εργαζόμενου (Siddiqui and Kleiner 1998).

Η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί είναι η αυξημένη εκπαίδευση. Η εκπαίδευση θα πρέπει να κατευθύνεται στην απόκτηση και τελειοποίηση ειδικών ικανοτήτων για κάθε εργασία και να κινείται βάσει των αρχών και των τεχνικών βελτίωσης της ποιότητας. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν σαφείς δηλώσεις της δέσμευσης του οργανισμού στη βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου 2003).

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη των υπηρεσιών του τομέα υγείας. Είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των μονάδων υγείας να προβαίνουν σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται για τη διαρκή εκπαίδευση, επιμόρφωση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού των μονάδων υγείας. Αυτό απαιτεί:

- α. συστηματική συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών οργανισμών, των μονάδων υγείας και των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων,
- β. οργάνωση των μονάδων υγείας, ώστε να συνιστούν παράλληλα περιβάλλον μάθησης, εξειδίκευσης και διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού,
- γ. συστηματική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των προγραμμάτων, των γνώσεων και δεξιοτήτων και εν γένει του συστήματος ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας,

- δ. πιστοποίηση δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω των δράσεων κατάρτισης και επιμόρφωσης.

10.1 Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Τομέα Υγείας και ανθρώπινο δυναμικό

Το **Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Τομέα Υγείας** (ΕΚΕΠΥΥ) έχει την ευθύνη για τη διάθεση και διατήρηση των μέσων για την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα υγείας και ασχολείται και με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας. Συγκεκριμένα:

- καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας,
- εγκρίνει το σχεδιασμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης,
- συνεργάζεται με το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας, τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και με άλλους εκπαιδευτικούς οργανισμούς της χώρας σε θέματα προσδιορισμού των αναγκών της αγοράς εργασίας του τομέα υγείας, καθώς και των απαιτούμενων γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών, στη βάση του διαρκούς εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και των στοιχείων και πληροφοριών του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών του τομέα υγείας,
- λαμβάνει μέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών εξειδίκευσης, συνεχιζόμενης κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της πιστοποίησης των αντίστοιχων εκπαιδευτικών συστημάτων και δεξιοτήτων,
- αξιολογεί τα προγράμματα εξειδίκευσης, συνεχιζόμενης κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στη βάση των στοιχείων και αναφορών του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Υγείας,

- συνεργάζεται με εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε θέματα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας,
- αξιοποιεί πόρους που διατίθενται για δράσεις επιμόρφωσης στον τομέα υγείας από κοινοτικά και εθνικά επιχειρησιακά προγράμματα και άλλες πηγές χρηματοδότησης.

Στο ΕΚΕΠΥΥ συνιστάται και λειτουργεί αυτοτελής οργανική μονάδα με την επωνυμία «Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας» (ΙΚΕΑΔΥ). Σκοπός της μονάδας αυτής είναι να αποτελέσει ουσιαστικό μηχανισμό υποστήριξης του ΕΚΕΠΥΥ, για την υλοποίηση του σχεδιασμού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας στα πρότυπα βέλτιστων πρακτικών σχεδιασμού, υλοποίησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης των προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης και των δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω αυτών. Οι αρμοδιότητες του ΙΚΕΑΔΥ αφορούν στο σύνολο των δραστηριοτήτων κατάρτισης και επιμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας, ανεξαρτήτως της απασχόλησής τους στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, το Ινστιτούτο μεριμνά για την εισαγωγική, αρχική, διαρκή και προαγωγική κατάρτιση και επιμόρφωση για την απόκτηση, βελτίωση, αναβάθμιση, επικαιροποίηση και πιστοποίηση των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας (www.mohaw.gr).

10.2 Ο ρόλος της ηγεσίας

Ηγεσία είναι η ικανότητα ενός ατόμου να καθοδηγεί, να κατευθύνει και να διευθύνει άλλους ανθρώπους, καθώς και να επηρεάζει θετικά τη συμπεριφορά τους (Κανελλόπουλος 1994). Σήμερα, είναι πλέον αποδεκτό ότι η ικανότητα της ηγεσίας καθορίζεται από τις προσωπικές δεξιότητες και εξειδικευμένες γνώσεις του ηγέτη, η επιτυχής άσκησή της όμως εξαρτάται κάθε φορά από τους υφιστάμενούς του, τους κοινούς στόχους των συμμετεχόντων και το περιβάλλον του οργανισμού. Η εκπλήρωση των

στόχων κάθε επιχείρησης και οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα ηγετικά του στελέχη.

Το νοσοκομείο έχει όλα τα χαρακτηριστικά ενός μεγάλου οργανισμού, ο οποίος απασχολεί πολυάριθμο προσωπικό, με σαφώς καθορισμένους ρόλους και διαφορετική εκπαίδευση. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, που είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, απαραίτητη είναι η ενεργός συμμετοχή όλων των κατηγοριών των εργαζομένων του στη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών του. Στο νοσοκομείο, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο οργανισμό, απαιτείται συντονισμός των πολλών και διαφορετικών επαγγελματιών που απασχολεί. Οι αλληλεπιδράσεις όλου του προσωπικού επηρεάζουν την παροχή της υγειονομικής φροντίδας, ενώ και άλλες σημαντικές μεταβλητές, στις οποίες περιλαμβάνονται τα μεγάλα οικονομικά μεγέθη, η συνεχής εξέλιξη και ανανέωση της τεχνολογίας, τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι μεταβολές στις μεθόδους χρηματοδότησης, οι μεταβολές στο σύστημα ασφάλισης της υγείας κ.λπ., εμπλέκονται στις διαδικασίες παραγωγής και παροχής των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η επίδρασή τους είναι εξίσου σημαντική.

Παραθέτουμε, στη συνέχεια, τις βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται κατά την άσκηση της ηγεσίας σε ένα νοσοκομείο που επιθυμεί τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του.

- *Διαμόρφωση σαφούς και κοινής σε όλους αντίληψης για την έννοια της ποιότητας.* Η ανώτατη ηγεσία του νοσοκομείου, δηλαδή η διοίκησή του, όπως και όλα τα ηγετικά στελέχη θα πρέπει να έχουν σαφή και κοινή αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο.

- *Αναγνώριση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων από το νοσοκομείο υπηρεσιών.*
- *Σωστός σχεδιασμός των ενεργειών και των διαδικασιών που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.* Η βελτίωση της ποιότητας δεν είναι κάτι που μπορεί να επιτευχθεί τυχαία. Χρειάζεται να προσδιοριστούν επακριβώς οι στόχοι, τα μέσα επίτευξής τους, οι διαδικασίες που πρέπει να εφαρμοστούν, όπως και οι υπεύθυνοι που θα υλοποιήσουν αυτούς τους στόχους.
- *Δέσμευση της διοίκησης και όλων των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου ότι θα στηρίξουν την προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας.* Όταν έχει ήδη αναγνωριστεί η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, η δέσμευση της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου εύκολα μπορεί να εξασφαλιστεί. Η δέσμευση αυτή από μόνη της δεν είναι αρκετή, είναι απαραίτητη και η έμπρακτη επιβεβαίωσή της. Η συμφωνία σε στόχους και μετρήσεις, η εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων, ο καθορισμός προθεσμιών, η παρακολούθηση της προόδου και η επιβράβευση της επίτευξης των στόχων, καθώς και η στάση απέναντι στις αλλαγές που είναι αναγκαίες κ.λπ. αποτελούν στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη δέσμευση της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου.
- *Επιμόρφωση του προσωπικού.* Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών εξαρτάται κυρίως από το ανθρώπινο δυναμικό. Η κατάλληλη, επομένως, εκπαίδευση και επιμόρφωση όλου του προσωπικού του νοσοκομείου, με στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων του, την εκμάθηση νέων τεχνικών και δεξιοτήτων που θα βελτιώνουν την ποιότητα της εργασίας του κ.λπ. είναι απολύτως απαραίτητη.

- *Δημιουργία κατάλληλου εργασιακού κλίματος.* Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία των μέτρων βελτίωσης της ποιότητας είναι το κατάλληλο εργασιακό κλίμα, η διάθεση των εργαζομένων. Το θετικό κλίμα στον χώρο εργασίας καλλιεργεί το αίσθημα εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος όχι μόνο να εκπληρώνει τις επίσημες υποχρεώσεις του, αλλά και να τολμά να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για νέες μεθόδους βελτίωσης. Επίσης, δημιουργεί κλίμα αλληλοϋποστήριξης και αποδοτικής συνεργασίας, καθιστά ευκολότερο τον εντοπισμό των προβλημάτων, αυξάνει την προθυμία για συμμετοχή στην προσπάθεια εξεύρεσης λύσεων στα προβλήματα που ανακύπτουν στην πορεία και ενθαρρύνει την έκφραση γνώμης και ιδεών.
- *Περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.* Οι υπηρεσίες υγείας, εκτός από την πολυπλοκότητά τους, χαρακτηρίζονται από συνεχείς αλλαγές, οι οποίες οφείλονται στην εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας, σε αλλαγές του επιδημιολογικού προτύπου, σε μεταβολές του ασφαλιστικού συστήματος, σε ανακατατάξεις στο υγειονομικό προσωπικό κ.λπ. Η ανάγκη, συνεπώς, για περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειας που αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι προφανής και στοχεύει στην πρόληψη προβλημάτων, στην κατάλληλη αναπροσαρμογή του προγράμματος βελτίωσης και τέλος στη λήψη διορθωτικών μέτρων που πιθανώς απαιτούνται.
- *Συστηματική και συνεχής προσπάθεια για βελτίωση των υπηρεσιών.* Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας και οι συχνές διαφοροποιήσεις και αλλαγές που τις χαρακτηρίζουν επιβάλλουν, περισσότερο από ότι

σε οποιοδήποτε άλλο είδος υπηρεσιών, τη συστηματική και μόνιμη προσπάθεια βελτίωσής τους. Η προσπάθεια αυτή δεν πρέπει να σταματά ποτέ, αφού όση πρόοδος και αν επιτευχθεί, υπάρχουν πάντοτε τομείς που επιδέχονται ακόμη μεγαλύτερες βελτιώσεις.

10.3 Ιατρικές σχολές

Η αίγλη του ιατρικού επαγγέλματος που εξακολουθεί να επιβάλλει το επάγγελμα, το θέτει στην πρώτη θέση μεταξύ των προτιμήσεων των νέων όλων των χωρών. Στην χώρα μας αν και η τυπικά παρεχόμενη ιατρική εκπαίδευση δεν διαφέρει από τις άλλες χώρες της ΕΕ ως προς τα διδασκόμενα μαθήματα, παρουσιάζει ωστόσο διαφοροποίηση στην ποιότητα που αναφέρεται στην αναλογία του διδακτικού προσωπικού και των φοιτητών, στη διαθεσιμότητα κατάλληλου εξοπλισμού και αιθουσών διδασκαλίας. Για να υπάρξει όμως αναβάθμιση των σχολών υγείας, πρέπει να υπάρξει δραστική μείωση του αριθμού των εισαγόμενων φοιτητών, επαναπροσδιορισμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και αξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων.

10.4 Ο ρόλος του γιατρού, του νοσηλευτή και του κοινωνικού λειτουργού

Σε κάθε σύστημα υγείας υπάρχει η ανάγκη από την πλευρά του χρήστη να μπορεί να έχει εύκολη και γρήγορα πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα τον βοηθήσουν στα προβλήματα υγείας του, κατευθύνοντας τον στο όλο σύστημα υγείας και ενημερώνοντάς τον με τις κατάλληλες οδηγίες για την πρόληψη της αρρώστιάς του και την γενικότερη αγωγή υγείας του.

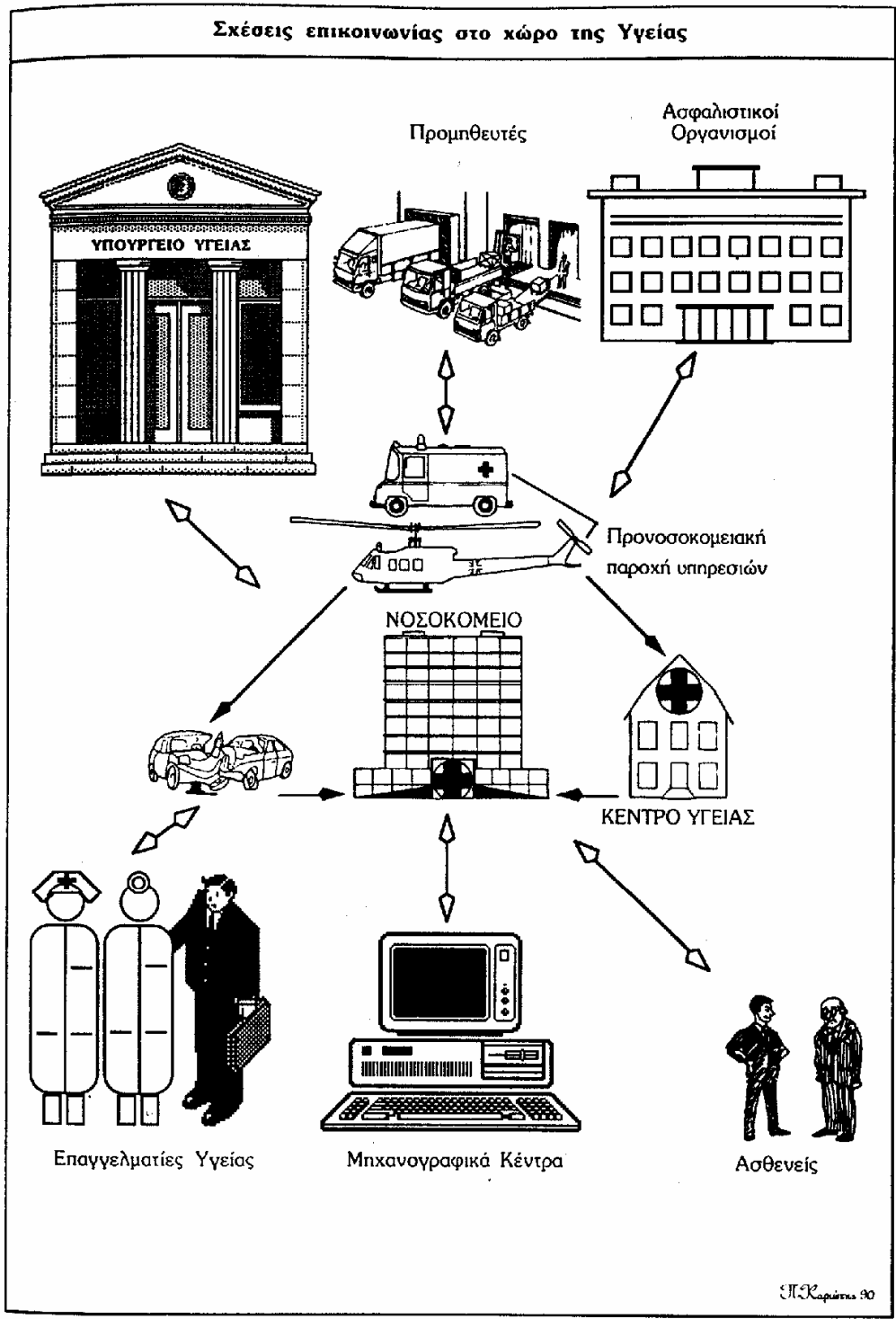
Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σπουδαίος στον χώρο της υγείας. Απαιτείται:

- Κεντρικός σχεδιασμός των αναγκών της χώρας σε νοσηλευτικό δυναμικό
- Καταγραφή ολόκληρου του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας
- Αναβάθμιση του επαγγέλματος μέσω ευρύτατης κοινωνικής καταξίωσης
- Βελτίωση της επαγγελματικής εικόνας των νοσηλευτών
- Παροχή εκπαίδευσης πανεπιστημιακού επιπέδου, συνεχής εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των νοσηλευτών
- Επαναπροσδιορισμών των αμοιβών
- Τήρηση του υπάρχοντος και δημιουργία νέου καθηκοντολογίου για όλες τις ειδικότητες της νοσηλευτικής

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ξεκάθαρος. Αναλαμβάνει την κοινωνική αποκατάσταση και την ψυχολογική στήριξη τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και της οικογένειάς του (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

10.5 Επικοινωνία στις υπηρεσίες υγείας

Οι σχέσεις επικοινωνίας στο χώρο της υγείας παρουσιάζονται παραστατικά στην παρακάτω εικόνα.



Διάγραμμα 9: Σχέσεις επικοινωνίας σε έναν οργανισμό υγείας

Η ιδανική επικοινωνία προϋποθέτει τη λήψη και πλήρη κατανόηση των μηνυμάτων. Κάτι τέτοιο όμως είναι δύσκολο να συμβεί στην πραγματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι στην επικοινωνία παρεμβάλλονται συνήθως εμπόδια διαφόρων μορφών και προελεύσεων τα οποία διακρίνονται σε:

- Φυσικά
- Κοινωνικοψυχολογικά
- Εννοιολογικά

Τα φυσικά εμπόδια δημιουργούνται κυρίως από παράγοντες του φυσικού περιβάλλοντος, οι οποίοι παρεμποδίζουν ή περιορίζουν την αποστολή και λήψη διαφόρων μηνυμάτων. Τέτοια εμπόδια είναι π.χ. οι αποστάσεις, ο θόρυβος, η υψηλή θερμοκρασία και άλλες παρόμοιες παρεμβολές. Η μορφή των κοινωνικοψυχολογικών εμποδίων, από την άλλη, δημιουργείται συνήθως από τις κρίσεις, τις συγκινήσεις και τις κοινωνικές αξίες των ανθρώπων. Τα εμπόδια αυτά δημιουργούν ψυχολογική απόσταση μεταξύ των ατόμων, η οποία δρα σαν φίλτρο σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις επικοινωνίας. Τα εννοιολογικά εμπόδια προκύπτουν από την ανάγκη για χρησιμοποίηση συμβόλων, πάνω στα οποία βασίζεται ολόκληρο το σύστημα αξιών. Η χρήση των συμβόλων παρεμβάλλει συνήθως εμπόδια στην επικοινωνία, λόγω της ποικιλίας των εννοιών που περικλείουν και από τις οποίες έννοιες πρέπει να επιλέξουμε μόνο μία.

Μια άλλη διάκριση των εμποδίων που υπάρχουν στο περιβάλλον των οργανισμών υγείας είναι ανάμεσα στα (1) εμπόδια από το περιβάλλον και τα (2) εμπόδια από την ανθρώπινη φύση. Τα εμπόδια από το περιβάλλον περιλαμβάνουν όλους εκείνους τους παράγοντες και τα μέσα που είναι δυνατό να ελαχιστοποιήσουν τις ευκαιρίες επικοινωνίας, π.χ. η πίεση χρόνου και εξαλείφονται σχετικά εύκολα μόλις διαπιστωθούν. Αντίθετα, τα εμπόδια που οφείλονται στην ανθρώπινη φύση αντιμετωπίζονται πιο

δύσκολα. Πολλά προβλήματα δημιουργούνται από τις ιδιαίτερες απόψεις ή «πιστεύω» του πομπού ή του δέκτη. Για παράδειγμα, οι πομποί καθορίζουν τι μήνυμα θα μεταβιβάσουν και πως αυτό θα διατυπωθεί, σύμφωνα με τις απόψεις τους για τον εαυτό τους, για τους δέκτες, για τον ρόλο τους στον οργανισμό και τις αναμενόμενες ανταπαντήσεις και αντιδράσεις από την επικείμενη επικοινωνία.

Στην επικοινωνία προς τα κάτω, ένα βασικό πρόβλημα είναι οι απώλειες ή οι παραποιήσεις και η «ανακοπή» της πορείας του μηνύματος σε κάποιο σημείο, κυρίως όταν η επικοινωνία είναι προφορική. Το φαινόμενο του «φιλτραρίσματος», όπως ονομάζεται, έχει διάφορες αιτίες. Μια βασική αιτία βρίσκεται στην πηγή του μηνύματος. Όταν ο προϊστάμενος δεν στέλνει συνειδητά επαρκείς πληροφορίες στους υφισταμένους του, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι δεν τους έχει εμπιστοσύνη ή ότι επιδιώκει την εξάρτησή τους από εκείνον. Αν κάποιο στέλεχος δεν έχει επιχειρήματα που να δικαιολογούν την έλλειψη εμπιστοσύνης του, τότε αυτό το στέλεχος θα πρέπει να θεωρηθεί ανίκανο. Η ανεπαρκής παροχή πληροφοριών εξαιτίας κάποιας αδικαιολόγητης έλλειψης εμπιστοσύνης εμποδίζει τον υπάλληλο να ολοκληρώσει την εργασία που έχει αναλάβει.

Ένα άλλο πρόβλημα που παρατηρείται είναι η υπερφόρτωση μηνυμάτων. Σε αρκετούς οργανισμούς οι εργαζόμενοι «κατακλύζονται» από υπομνήματα, υπενθυμίσεις, υπηρεσιακά σημειώματα, ανακοινώσεις κ.τ.λ.. Το αποτέλεσμα είναι να υποβαθμίζεται αυτού του είδους η επικοινωνία και αρκετά από τα μηνύματα να καταλήγουν στον «κάδο ανακύκλωσης».

Το φαινόμενο της καθυστέρησης, από την άλλη, παρατηρείται σε μεγάλους οργανισμούς και είναι αρκετά συνηθισμένο. Μέχρι να καταλήξει το μήνυμα

σε όλους τους αποδέκτες μπορεί να είναι πλέον αργά για οποιαδήποτε αντίδραση.

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που υπάρχει στην επικοινωνία κυρίως των επιστημόνων - ιατρών και των απλών ασθενών είναι το θέμα του κοινού γνωστικού πεδίου. Για να καταλάβει ο ασθενής το μήνυμα του ιατρού πρέπει να έχει κάποιο αντίστοιχο γνωστικό πεδίο. Για να κατανοήσει όμως εκείνο το οποίο εννοούσε ο ιατρός, πρέπει να κατέχει με εκείνον κοινό γνωστικό πεδίο.

Τέλος, θεωρείται απαραίτητη η αναφορά της γραφειοκρατίας ως παράγοντα που δυσκολεύει την επικοινωνία σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Η γραφειοκρατία, όρος ο οποίος υιοθετήθηκε από τον Max Weber, περιορίζει την ικανότητα του ανθρώπου και καταπιέζει τις δυνατότητες ανάπτυξης κάθε δημιουργικής πρωτοβουλίας. Ακριβώς αυτή είναι η εικόνα της γραφειοκρατίας μέσα στα ελληνικά νοσοκομεία. Υδροκέφαλη και καταπιεστική κάθε δυνατότητας πρωτοβουλίας καθώς δημιουργεί συνθήκες συγκεντρωτικής εξουσίας και εξυπηρετεί πολλές φορές προσωπικά συμφέροντα. Όλες αυτές οι συνθήκες και καταστάσεις δεν επιτρέπουν την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου και την καλή επικοινωνία ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και νοσηλεύονται σε αυτό.

Η αποτυχία στην επικοινωνία αποτελεί το κεντρικό πρόβλημα σε πολλές επιχειρήσεις. Αποτέλεσμα της μη καλής επικοινωνίας είναι η μειωμένη αποτελεσματικότητα της εργασίας και συνεπώς η αύξηση του κόστους, χωρίς όμως αυτό να είναι εμφανές. Ειδικά σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι το δημόσιο νοσοκομείο, η ανάγκη για σωστή και αποτελεσματική επικοινωνία είναι πολύ μεγάλη λόγω της φύσης και του σκοπού του.

Ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία για την αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων επικοινωνίας είναι η ανατροφοδότηση. Η ανατροφοδότηση λειτουργεί μέσα από την αντίδραση του δέκτη στο μήνυμα. Αν η αντίδραση δεν είναι η αναμενόμενη, τότε υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η επικοινωνία δεν ήταν επιτυχημένη, με άλλα λόγια ο δέκτης δεν έλαβε την πληροφορία που μεταδόθηκε. Η ανατροφοδότηση είναι δυνατό να είναι λεκτική ή μη. Για παράδειγμα, μπορεί ο δέκτης να απαντήσει σε σχετικές με το μήνυμα ερωτήσεις ή να εκφράσει κάποιο συναίσθημα (οργή, λύπη, θυμό, χαρά, απογοήτευση) ή να εκδηλώσει κάποια συμπεριφορά (Φαναριώτη 1996).

Πέρα όμως από την εξασφάλιση της διαδικασίας ανατροφοδότησης, υπάρχουν και ορισμένοι άλλοι τρόποι με τους οποίους μπορούν να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αναπτύχθηκαν στις προηγούμενες σελίδες. Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένες αρχές που αν ακολουθηθούν μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική επικοινωνία ή να σημειωθεί έστω βελτίωσή της:

- Το μήνυμα να είναι απλό, καθαρό και περιεκτικό και να χρησιμοποιούνται λέξεις απλές και εύκολα κατανοητές, ώστε να μην υπάρχουν παρερμηνείες.
- Να υπάρχει προσαρμογή των εκφράσεων και του τόνου της φωνής, ανάλογα με τον στόχο του αποστολέα, αλλά και ανάλογα με τον δέκτη. Είναι γεγονός ότι δεν αντιμετωπίζουν όλοι οι άνθρωποι ένα θέμα ή ένα πρόβλημα με τον ίδιο τρόπο.
- Πρέπει να αποφεύγεται η βιαστική επικοινωνία. Ο χρόνος είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική επικοινωνία.

- Η πιο αποτελεσματική επικοινωνία είναι εκείνη η οποία συνοδεύεται από ανάλογες πράξεις.
- Η επικοινωνία πρέπει να έχει συγκεκριμένο σκοπό. Αν ο σκοπός δεν έχει προσδιοριστεί, τότε οποιαδήποτε επικοινωνία είναι άσκοπη.
- Όταν η επικοινωνία δεν χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια γίνεται επικίνδυνη, επειδή εξαφανίζει την ουσία της αποστολής της, εφόσον αποβλέπει στην αποκατάσταση της καλής πίστεως και της αμοιβαίας κατανόησης.
- Το μήνυμα να είναι πειστικό και προπαντός να εκφράζει την καλή πίστη του αποστολέα και τη θέλησή του για προσφορά κάθε δυνατής εξυπηρέτησης.
- Πολλές φορές είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται περισσότεροι από έναν τρόποι διαβίβασης του μηνύματος και όλα τα μέσα για την μετάδοση των πληροφοριών και την κατανόηση των μηνυμάτων.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών γίνεται πολύς λόγος για την αναγκαιότητα της εισαγωγής και εφαρμογής μεθόδων ανταγωνισμού στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η εισαγωγή του ανταγωνισμού, σύμφωνα με τη γνώμη των υποστηρικτών του, θα μπορέσει να βελτιώσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των λειτουργιών του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση την επικοινωνία στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Μια άλλη λύση η οποία θα μπορούσε να προταθεί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων επικοινωνίας στον χώρο των νοσοκομείων είναι η εισαγωγή του θεσμού manager, με στόχο τον καλύτερο προγραμματισμό, οργάνωση, διοίκηση και έλεγχο των δραστηριοτήτων τους. Η αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων, με την

ανάθεση της διοίκησης - διαχείρισης τους σε ικανούς manager, που η επιλογή τους όμως θα γίνει αποκλειστικά με κριτήρια επαγγελματικά και στους οποίους θα δοθούν ουσιαστικά κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων, θα συμβάλλει στην βελτίωση της επικοινωνίας, αφού μία από τις κύριες δραστηριότητες των manager είναι η επικοινωνία. Προκύπτει να είναι αναγκαία, ακόμη, η διεξαγωγή επιμορφωτικών σεμιναρίων, όπου ειδικοί στο θέμα θα προσπαθήσουν να μεταδώσουν τις βασικές έστω αρχές που διέπουν τις επικοινωνιακές σχέσεις, διότι ο όποιος βαθμός μόρφωσης δεν τεκμηριώνει αυτομάτως την ικανότητα επικοινωνίας και τη συνειδητοποίηση της αναγκαιότητάς της. Μεγάλης σημασίας θα ήταν και η θέσπιση κινήτρων για το προσωπικό των νοσοκομείων, μέσω της αύξησης μισθών, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας αλλά και το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, αποτελεσματική θα ήταν και η σωστή λειτουργία της υπηρεσίας υποδοχής των ασθενών, αν ήταν στελεχωμένη με ειδικό προσωπικό για την καταγραφή, πληροφόρηση και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Λανάρα 1993).

Με στόχο την εξέταση στην πράξη προβλημάτων επικοινωνίας, επιχειρήθηκε μια συνάντηση και ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων με εργαζόμενους στο **Ασκληπιείο Νοσοκομείο** της Βούλας.

Στο ερώτημα εάν εντοπίζονται προβλήματα επικοινωνίας στο χώρο εργασίας ο νευροχειρουργός απάντησε ότι το σημαντικότερο πρόβλημα είναι ότι η μόρφωση δεν συμβαδίζει με την κοινωνική καλλιέργεια. Μεταθέτοντας το θέμα της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων στον χώρο στον ευρύτερο πληθυσμό της νοσηλευτικής μονάδας, οι αδελφές νοσοκόμες επέμεναν στο θέμα της επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, ίσως διότι αυτό το πρόβλημα ήταν πολύ σημαντικό κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Έτσι, χαρακτηριστικά, δύο νοσοκόμες απάντησαν. Με το ίδιο σκεπτικό

απάντησαν και οι υπάλληλοι του τμήματος παραλαβής αιτήσεων, λέγοντας ότι η επικοινωνία με το υπόλοιπο προσωπικό είναι άριστη και ότι η επικοινωνία με το κοινό είναι δύσκολη, κυρίως όταν αυτό γίνεται απαιτητικό.

Στην ερώτηση ποια είναι τα περιθώρια βελτίωσης της, σύμφωνα με τον νευροχειρουργό είναι θέμα αγωγής και παιδείας, σύμφωνα με τις αδελφές νοσοκόμες και τους υπαλλήλους παραλαβής αιτήσεων και σύμφωνα με τον χειρουργό είναι θέμα παιδείας, ενημέρωσης και πληροφόρησης.

Το επόμενο ερώτημα ζητούσε να αναφερθούν τα πιο αποτελεσματικά μέσα επικοινωνίας και ο λόγος για τον οποίο θεωρούνται αποτελεσματικά. Για τις αδελφές νοσοκόμες η άμεση επαφή είναι πολύ σημαντική, για τους υπαλλήλους παραλαβής αιτήσεων τα γραπτά μέσα είναι τα καλύτερα, για τον χειρουργό το τηλέφωνο, οι διαπροσωπικές επαφές και οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές αν υπήρχαν και για τον βοηθό φαρμακοποιού το καλύτερο μέσο είναι το δίκτυο ηλεκτρονικής πληροφόρησης.

Η τελευταία ερώτηση ήταν γενική και αφορούσε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους. Οι αδελφές νοσοκόμες αντιμετωπίζουν προβλήματα περιποίησης των ασθενών και αντιμετώπισης των συνοδών τους, έλλειψης λειτουργικότητας χώρου, καθηκοντολογίου και σωστά διαμορφωμένων χώρων. Οι υπάλληλοι παραλαβής αιτήσεων αντιμετωπίζουν προβλήματα χώρου και άμεσης εξυπηρέτησης του κοινού και για τον βοηθό φαρμακοποιού ο μεγάλος αριθμός ασθενών οδηγεί σε αυξημένο άγχος και πίεση.

Συμπεράσματα...

Φαίνεται να προκύπτει ότι ένας παράγοντας που επηρεάζει αισθητά την επικοινωνία είναι η έλλειψη ορθολογικού καταμερισμού εργασίας, η πίεση χρόνου, ακόμα και η έλλειψη σωστά εξοπλισμένων χώρων. Προκύπτει ακόμη ένα άλλο στοιχείο που ίσως αξίζει να εξεταστεί. Σε αρκετές περιπτώσεις, αρκετοί από τους ερωτηθέντες για προβλήματα οριζόντιας και κάθετης επικοινωνίας, ανέφεραν ότι δεν είχαν προβλήματα οριζόντιας επικοινωνίας, δηλαδή συνεργάζονται καλά με τους συναδέλφους τους κατά κατηγορία. Όμως, θεωρούσαν προβληματική την επικοινωνία με τους ασθενείς χωρίς να αναφερθούν καθόλου στο θέμα της κάθετης επικοινωνίας με προϊσταμένους ή υφισταμένους, που δεν φαινόταν να τους απασχολεί. Το σύνθετο πρόβλημα της επικοινωνίας δεν φαίνεται να συνειδητοποιείται με τον τρόπο που θα έπρεπε. Πέρα από το γεγονός ότι συχνά ερμηνεύεται μέσα από τις προσλαμβάνουσες και τις επιμέρους δυσκολίες του κάθε εργαζόμενου, δεν γίνεται κατανοητή η σημασία του θέματος και η ανάγκη χρήσης ενδεδειγμένων επικοινωνιακών μεθόδων με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στον εργασιακό χώρο.

11. Εμπόδια κατά την διάρκεια ενός προγράμματος ΔΟΠ

Η επιτυχής εφαρμογή της ΔΟΠ θα μπορούσε να επιφέρει μερικά άμεσα και έμμεσα οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της ενισχυμένης ανταγωνιστικής θέσης, της υψηλότερης παραγωγικότητας, των μειωμένων δαπανών και της καλύτερης διαχείρισης δαπανών, της αυξανόμενης πίστης από πλευράς πελατών και διατήρησης ή και βελτίωσης του ηθικού των υπαλλήλων (Forza and Filippini 1998).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εφαρμογής, τα λάθη και τα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν συνοψίζονται ως εξής:

1. Έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης: Χωρίς την υποστήριξη από την κορυφαία διαχείριση, οι προσπάθειες θα είναι μάταιες (Brashier and Sower 1996).

2. Δυσκολία αλλαγής της φιλοσοφίας που επικρατεί στον οργανισμό.

3. Προβλήματα εφαρμογής: Πριν από την εφαρμογή της ΔΟΠ, η διαχείριση οφείλει:

- να λαμβάνει επιχειρησιακή δέσμευση για τη διαδικασία,
- να επικοινωνεί το όραμα, την αποστολή, και τους στόχους του οργανισμού και
- να παρέχει ανοικτή επικοινωνία

4. Έλλιπής χρήση των στοιχείων: Για την επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ, τα στοιχεία πρέπει να είναι αξιόπιστα, η διαδικασία μέτρησης πρέπει να είναι συνεπής και οι μέθοδοι ανάκτησης στοιχείων πρέπει να είναι ικανοποιητικές (Chen and Lin 2004).

5. Έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης: Η οργανωμένη πληροφόρηση θα βοηθούσε στην αξιολόγηση των προβλημάτων και στη σύγκριση της απόδοσης με τα δεδομένα πρότυπα αξιολόγησης (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).

Επιπλέον, τα εμπόδια που πρέπει να προσπελαθούν κατά την έναρξη ενός προγράμματος ΔΟΠ είναι:

1) Ευδιαφέρον από πλευράς των υπαλλήλων: Να υπάρχει η βεβαιότητα ότι οι υπάλληλοι γνωρίζουν πως η επιτυχία σε αυτό το πρόγραμμα έχει επιπτώσεις στη θέση εργασίας τους δεδομένου ότι πολλοί μπορούν να θεωρήσουν ότι ένα επιτυχές πρόγραμμα ΔΟΠ θα αποβάλει την εργασία τους, θα τους απομακρύνει, και θα είναι λιγότερο ενθουσιώδεις στη

προσπάθεια να αποδώσουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Είναι πολύ βασικό η ηγεσία να ενημερώνει συχνά το προσωπικό μιας και η αλλαγή πάντα συνοδεύεται από κάποιο βαθμό φοβίας.

2) Μη ενεργή ανάμειξη των γιατρών: Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο κάθε οργανισμός να επενδύει χρήματα προκειμένου να διαθέτει τους κατάλληλους γιατρούς οι οποίοι θα ενδιαφέρονται και θα ασχολούνται με τους ασθενείς. Γιατροί με ενδιαφέρον και ιδιαίτερο ζήλο για αυτό που κάνουν, αποτελούν ουσιαστικά ένα τεράστιο μέρος οποιουδήποτε επιτυχούς προγράμματος ΔΟΠ.

3) Έλλειψη ενός καλού μελλοντικού σχεδίου: Η εφαρμογή ΔΟΠ μπορεί να χρειαστεί αρκετά έτη και ανεξαρτήτως με το πόσο καλά έχει σχεδιαστεί έχει να αντιμετωπίσει παγίδες.

4) Έλλειψη εστίασης στη διαδικασία: Ο Edwards Deming έχει δηλώσει ότι το σύστημα είναι αρμόδιο για 85% σε κάτι που πηγαίνει στραβά. Η εστίαση στη διαδικασία και όχι στο άτομο αποτελεί το κλειδί για σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων.

5) Χρησιμοποίηση του υψηλού κόστους ως δικαιολογία για την μη εφαρμογή ΔΟΠ: Συχνά αναφέρεται από νοσοκομεία που εφαρμόζουν ΔΟΠ ότι είναι καλύτερα να αποκρύβεται το κόστος της εφαρμογής του, έτσι ώστε οι διευθυντές τμημάτων να μην το χρησιμοποιούν ως δικαιολογία για την μη εφαρμογή των εργαλείων και τεχνικών ΔΟΠ (Brashier and Sower 1996).

6) Τέλος, η κατάρτιση είναι ένα άλλο σημαντικό μέρος της ΔΟΠ που είναι σημαντικό να αναφερθεί. Για να είναι επιτυχές ένα TQM πρόγραμμα, πρέπει σε κάθε υπάλληλο να παρασχεθεί κατάρτιση. Αυτή η κατάρτιση μπορεί να παρασχεθεί είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά. Η εκπαίδευση που γίνεται εκ των έσω σε έναν οργανισμό είναι προφανώς λιγότερο ακριβή από

την χρησιμοποίηση εξωτερικών συμβούλων, αλλά διάφοροι οργανισμοί προτιμούν αρχικά τη δεύτερη λύση γιατί προσθέτει μεγαλύτερη αξιοπιστία στη TQM διαδικασία. Άλλοι οργανισμοί απασχολούν τους εξωτερικούς συμβούλους απλά για την εκπαίδευση των ανώτερων διευθυντών, οι οποίοι έπειτα αναμένεται να εκπαιδεύσουν τους άμεσους υφισταμένους τους, οι οποίοι εν συνεχεία θα εκπαιδεύσουν τους υπαλλήλους τους. Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο που προσφέρεται η ύπαρξη μιας ουσιαστικής εκπαίδευσης αποτελεί κεντρικό παράγοντα για την σωστή επιτυχία και λειτουργία οποιουδήποτε οργανισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 3

1. **Τσαλίκη Γ.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
2. **WHO**, “*Health for All by Year 2000*”, 1980
3. **Smith F.**, *Florence Nightingale: Reputation with Power*, Εκδόσεις St. Martin Press, 1982
4. **Σιγάλας Ι. και Αλεξιάδης Α.**, *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999
5. **Θεοδώρου Μ.**, «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας», **Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
6. **Παπανικολάου Β.**, «Η Εφαρμογή των Κύκλων Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία Δημιουργεί Ευκαιρίες για τη Διοίκηση και το Προσωπικό», **Επιθεώρηση Υγείας**, Τόμος 10, Τεύχος 5, 1995
7. **Παπαπαναγιώτου Μ.**, *Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Πειραιάς 2000
8. **Donabedian A.**, *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, **Health Administration Press**, 1980
9. **Thomson R.**, *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals*, Εκδόσεις Thomson, 1980
10. **Nelson A.**, *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling Publications, 1996
11. **Ovretveit J.**, “*The Quality of Health Purchasing*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.16, No.3, 2003, p. 116-127
12. **Πετσετάκη Ε.**, «Εξασφάλιση Φροντίδας Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», **Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία**, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 13-25
13. **Τζανετάκη Θ.**, *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, 2006 (Διπλωματική Εργασία)
14. www.nosokomia.gr

15. **Παπανικολάου Β.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
16. **Φαμέλη Α.**, *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)
17. **Ruiz U., Simon J., Molina P., Limelez J. And Grandal J.**, “A Two Level Integrated Approach to Self-Assessment in Healthcare Organizations”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, No.4, 1996, p. 135-142
18. **Μάινα Α., Αγραφιώτης Δ.**, «*Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση*», **Το Σύγχρονο Νοσοκομείο**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1997
19. **Μέριανου-Μιχαήλ Β. και Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ.**, «*Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία*», **Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία**, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993
20. **Λογοθέτης Ν.**, *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*, Interbooks, 1992
21. **Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ.**, «*Κριτήρια και Τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης*», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1999
22. **Rosser L. and J. and B. Kleiner**, “Using Management Information Systems to Enhance Health Care Quality Assurance”, **Journal of Management in Medicine**, Vol.9, No.1, 1995, p. 27-36
23. www.mohaw.gr
24. **Strawderman L. and Koubel R.**, “Quality and Usability in a Student Health Clinic”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.19, No.3, 2006, p. 225-236
25. **Siddiqui J. and Kleiner B.**, “Human Resource Management in the Health Care Industry”, **Health Manpower Management**, Vol.24, No.4, 1998, p. 143-147
26. **Κανελλόπουλος Χ.**, *Εισαγωγή στην Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων*, 1994
27. **Φαναριώτη Π.**, *Επιχειρησιακή Επικοινωνία*, Εκδόσεις Σταμούλης, 1996

28. **Λανάρα Β.**, *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, 1993
29. **Forza C. and Filippini R.**, “*TQM Impact on Quality Conformance and Customer Satisfaction: A Casual Model*”, **International Journal of Production Economics**, 1998, p. 1-20
30. **Brashier L. and Sower V.**, “*Implementation of TQM in the Health-care Industry: A Comprehensive Model*”, **Benchmarking for Quality Management and Technology**, Vol.3, No.2, 1996

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η Έρευνα...

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της έρευνας υπηρεσιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο γύρω από το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας. Οι σχετικές έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν πολλαπλασιαστεί, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα μπορούν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Σουλιώτης, Δόλγερας και Κυριόπουλος 2003).

Το κέντρο βάρους της ευθύνης για τη βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές, με παράλληλη ανάπτυξη και εξέλιξη των αντιλήψεων και την ταυτόχρονη εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού και τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας (Παπατζάνης 2005).

Η έρευνα που ακολουθεί αποτελεί μια συγκριτική μελέτη ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού νοσοκομείου της Αθήνας όσον αφορά την υιοθέτηση και εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης ποιότητας σε αυτά. Οι στόχοι της έρευνας ήταν:

- να εξεταστούν οι διαφορετικές προσεγγίσεις διασφάλισης ποιότητας στα επιλεγμένα νοσοκομεία,
- να διαπιστωθεί η ενδεχόμενη σύγκλιση των απόψεων, μεθόδων και πρακτικών των συγκεκριμένων νοσοκομείων.

2. Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα έγινε μέσω συνεντεύξεων και βάσει ενός ημιδομημένου ερωτηματολογίου, αποτελούμενου από 24 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για να λάβει τα στοιχεία και τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση της ποιότητας, την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας και για την έρευνα της θέσης που κατέχει η ποιότητα στα δύο νοσοκομεία. Τα άτομα που πήραν μέρος στη συνέντευξη επιλέχτηκαν κατόπιν επικοινωνίας με τα νοσοκομεία. Στις συνεντεύξεις, οι ερωτήσεις αφορούσαν κυρίως τα παρακάτω θέματα:

- το είδος των συστημάτων ποιότητας που έχουν υιοθετηθεί,
- τη στρατηγική εφαρμογής των συστημάτων ποιότητας,
- την εκπαίδευση και εμπλοκή του προσωπικού στην στρατηγική ποιότητας,
- τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται το νοσηρό κλίμα στα νοσοκομεία,
- τον έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων ποιότητας,
- τα πλεονεκτήματα από την υιοθέτηση μεθόδων και πρακτικών που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Hore 1994).

3. Αποτελέσματα και συζήτηση

Για ευνόητους λόγους, θα τηρηθεί το απόρρητο των νοσοκομείων και των συνεντευξιαστών. Το γράμμα «Δ» θα συμβολίζει στο εξής το δημόσιο νοσοκομείο και το γράμμα «Ι» το ιδιωτικό. Ακολουθεί ο συνοπτικός πίνακας των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Πίνακας 5: Σύνοψη των αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία Δ και Ι.

	Νοσοκομείο Δ	Νοσοκομείο Ι
Σαφήνεια σκοπού, αποστολής και οράματος	Αρκετά	Πολύ
Γραπτή πολιτική επί της φιλοσοφίας του μοντέλου ιατρικής περίθαλψης	Όχι	Ναι
Σαφής πολιτική ποιότητας	Λίγο	Πολύ
Προϋπολογισμός ποιότητας	Όχι	Ναι
Συμμετοχή ηγεσίας στον προγραμματισμό	Λίγο	Πολύ
Τήρηση σειράς προτεραιότητας	Αρκετά	Πολύ
Προθυμία και ευγένεια προσωπικού	Αρκετά	Πολύ
Διαδικασίες διαχείρισης παραπόνων ασθενών	Όχι	Ναι
Γνώση προσωπικού για ISO	Λίγο	Πολύ
Διαθέσιμες γραπτές πολιτικές συνθηκών εργασίας προσωπικού	Όχι	Ναι
Συμμετοχή προσωπικού σε εκπαιδευτικά προγράμματα	Λίγο	Πολύ
Εκπαιδευτικά προγράμματα σε ζητήματα ποιότητας	Ναι	Ναι
Σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα	Λίγο	Πολύ
Προληπτική συντήρηση μηχανημάτων	Συχνά	Συχνά

Χρήση πληροφοριακών συστημάτων	Λίγο	Πολύ
Διαφορά παρεχόμενης ποιότητας ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία	Αρκετά	Πολύ
Μέθοδοι αξιολόγησης και βελτίωσης ποιότητας	Λίγο	Πολύ
Δείκτες ποιότητας	Όχι	Ναι
Εξωτερικός έλεγχος	Όχι	Ναι

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιληπτός ο σκοπός, η αποστολή και το όραμα και των δύο νοσοκομειακών μονάδων.

Όσον αφορά τη διοίκηση των νοσοκομείων, γίνεται σαφές ότι στο Δ καθορίζει σε μέτριο βαθμό τις αξίες του νοσοκομείου, δεν σχεδιάζει πολύ αποτελεσματικά όλες τις ενέργειες του νοσοκομείου, δεν διακρίνεται για την άρτια οργάνωσή του και δεν μεταδίδει σε ικανοποιητικό βαθμό προς όλους τους εργαζόμενους τη στρατηγική που ακολουθεί και τους στόχους που θέλει να εκπληρώσει. Η διοίκηση του Ι, από την άλλη, πραγματοποιεί όλα τα παραπάνω σε μεγάλο βαθμό.

Η δομή των νοσοκομειακών μονάδων Δ και Ι έχει επιθεωρηθεί από αρμόδιες αρχές και συμμορφώνεται στο ισχύον θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο για θέματα υγιεινής και ασφάλειας των ασθενών και του προσωπικού που εργάζεται σε αυτές.

Επιπλέον, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία εμφανίζονται να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα, τα οποία εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία και τις κινήσεις τους για βελτίωση της ποιότητας. Στο Δ η έλλειψη οργανωτικής

δομής, ο κομματισμός, το πρόβλημα των προτεραιοτήτων και η νοοτροπία των διοικούντων και διοικουμένων αποτελούν παράγοντες αρκετά σημαντικούς στους οποίους οφείλεται το νοσηρό κλίμα του νοσοκομείου. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο αντιμετωπίζει και τα προβλήματα ανεπαρκούς στελέχωσης, ελλιπούς οικονομικής διαχείρισης, βραδείας εισαγωγής πληροφοριακών συστημάτων και έλλειψης οργάνωσης γενικότερα, θέματα τα οποία δεν φαίνεται να απασχολούν το Δ νοσοκομείο.

Η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η πείρα, η υψηλή τεχνολογία, ο άμεμπτος επαγγελματισμός, η ευαισθησία και η αξιοπρέπεια αποτελούν έννοιες που έχουν πολύ μεγάλη βαρύτητα και ουσιαστική σημασία για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων Δ και Ι.

Το νοσοκομείο Δ η πολιτική ποιότητας δεν είναι πολύ σαφής και δεν αποτελεί καθοριστικό μέρος της αποστολής και από τους πρωταρχικούς στόχους του οργανωτικού προγραμματισμού του νοσοκομείου, σε αντίθεση με το νοσοκομείο Ι στο οποίο η πολιτική ποιότητας είναι πολύ σαφής και επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την αποστολή και τον οργανωτικό προγραμματισμό της μονάδας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη των εκπροσώπων των δύο νοσοκομειακών μονάδων όσον αφορά τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από την ικανοποίηση του αιτήματος για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στο Δ την πρώτη θέση κατέχουν η αποτελεσματικότητα του έργου, η ικανοποίηση, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, ακολουθούν η νομική κατοχύρωση και η απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος και τέλος η μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή. Στο Ι η νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου είναι το κυριότερο όφελος, ακολουθούν η αποτελεσματικότητα του έργου, η ικανοποίηση, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από τους ασθενείς και τους

συγγενείς τους, η απαλλαγή από αδικαιολόγητο άγχος και εκνευρισμό και τέλος η μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή.

Μεμονωμένες ή συλλογικές προσπάθειες για ποιότητα ανταμείβονται μόνο ηθικά στο νοσοκομείο Δ καθώς δεν έχει ειδικό προϋπολογισμό και επομένως στερείται τα χρήματα για ανταμοιβή και αναγνώριση των υπαλλήλων. Στο νοσοκομείο Ι, από την άλλη, οι προσπάθειες για ποιότητα ανταμείβονται τόσο ηθικά όσο και οικονομικά καθώς υπάρχει ειδικός προϋπολογισμός που να αναφέρεται στα έργα και στα προγράμματα ποιότητας.

Όσον αφορά την εξυπηρέτηση των ασθενών, η σειρά προτεραιότητας τηρείται μερικώς στο νοσοκομείο Δ, ενώ στο Ι πολύ. Επίσης, το προσωπικό του Δ είναι αρκετά πρόθυμο να εξυπηρετήσει, έχει αρκετά ευπρεπή εμφάνιση και είναι αρκετά ευγενικό σε αντίθεση με το προσωπικό του Ι το οποίο είναι πολύ πρόθυμο να εξυπηρετήσει, έχει πολύ ευπρεπή εμφάνιση και διακρίνεται για την ευγένειά του.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών, η επικοινωνία με τους ασθενείς και ο χειρισμός παραπόνων των ασθενών δείχνουν να διαφέρουν ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία, καθώς στο Δ δεν υπάρχουν σαφείς διαδικασίες παραπόνων των ασθενών, ενώ στο Ι υπάρχουν τέτοιες και είναι σαφέστερες.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου Δ, έχει μερική γνώση σχετικά με την πιστοποίηση του ISO, δεν έχει αρκετές ευκαιρίες να συζητά με τους προϊσταμένους επί των δυσκολιών που συναντά στην εργασία του, δεν έχει στη διαθεσιμότητά του γραπτές πολιτικές επί των συνθηκών εργασίας του και του ρόλου του μέσα στη μονάδα και ενώ συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα για ζητήματα ποιότητας, γενικότερα το πλήθος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, εσωτερικών και εξωτερικών είναι μικρό.

Το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου Ι γνωρίζει πολύ την πιστοποίηση ISO, έχει ευκαιρίες να συζητά με τους προϊσταμένους επί των δυσκολιών που συναντά στην εργασία του, γνωρίζει και έχει στη διάθεσή του γραπτές πολιτικές επί των συνθηκών εργασίας του και του ρόλου του και συμμετέχει σε πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα, εσωτερικά ή εξωτερικά, για ζητήματα ποιότητας ή γενικής φύσεως.

Είναι χαρακτηριστικές οι διαφορές της φύσης και των μεθόδων εκπαίδευσης του προσωπικού των υπό έρευνα νοσοκομειακών μονάδων. Το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό του Δ συμμετέχει αρκετά σε συνέδρια και σεμινάρια και λίγο σε έρευνες και ομαδικές εργασίες, ενώ η εκπαίδευση πάνω στη δουλειά εφαρμόζεται λίγο. Στο Ι, από την άλλη όλες οι προηγούμενες μέθοδοι εφαρμόζονται σε μεγάλο βαθμό εκτός από τη συμμετοχή σε έρευνες, η οποία εφαρμόζεται μερικώς.

Τα ιατρικά μηχανήματα του Δ είναι επαρκώς σύγχρονα, αλλά η προληπτική συντήρησή τους γίνεται συχνά. Στο Ι τα μηχανήματα είναι πολύ σύγχρονα και η προληπτική συντήρησή τους γίνεται επίσης συχνά.

Η χρήση των πληροφοριακών συστημάτων στο νοσοκομείο Δ είναι περιορισμένη, ενώ στο Ι τα πληροφοριακά συστήματα χρησιμοποιούνται πολύ. Γενικότερα, οι μονάδες του ιδιωτικού τομέα είναι εξοπλισμένες με διαχειριστικά πληροφοριακά συστήματα, ενώ η εισαγωγή αντίστοιχων συστημάτων στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας προχωρεί με εξαιρετική βραδύτητα. Τα ιατρικά πληροφοριακά συστήματα βρίσκονται στη φάση της βασικής ανάπτυξης και δεν έχουν δοκιμασθεί σε αξιολογή έκταση στην παραγωγική διαδικασία (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006).

Όσον αφορά τους προμηθευτές, το Δ τους επιλέγει ανάλογα με το «μέγεθος» του ονόματος και την υποστήριξη (service) που παρέχουν, ενώ στο Ι υπάρχει γραπτή διαδικασία επιλογής και αξιολόγησης των προμηθευτών. Η τελική επιλογή είναι βασισμένη στα εξής κριτήρια:

ταχύτητα ανταπόκρισης και αποτελεσματικότητα, διαθεσιμότητα, συμπεριφορά, ποιότητα και ύπαρξη πιστοποιητικών ISO, εξυπηρέτηση μετά την πώληση, συστάσεις και τιμές.

Μέθοδοι αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας εφαρμόζονται σε μικρό βαθμό στο νοσοκομείο Δ και πολύ στο Ι και δείκτες ποιότητας προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση της μονάδας υπάρχουν και αναθεωρούνται τακτικά μόνο στο Ι.

Τέλος, το νοσοκομείο Δ, σε αντίθεση με το Ι, δεν υποβάλλεται σε εξωτερικό έλεγχο.

4. Συμπεράσματα

Η υγεία, αποτελεί ύψιστο κοινωνικό αγαθό και το επίπεδό της χαρακτηρίζει το βαθμό ανάπτυξης των κοινωνιών, καθώς οι δείκτες υγείας ενός λαού, συνδέονται άμεσα με την οικονομική ευρωστία και την ανάπτυξη της χώρας (www.difitalhealthcare.gr).

Η πρόσφατη δημοσκόπηση του Ευρωβαρόμετρου καταδεικνύει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα χαμηλή, αφού μόνον ένας στους τέσσερις πολίτες στη χώρα μας εμπιστεύεται την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, επτά στους δέκα Έλληνες ζουν με το φόβο ενός ιατρικού λάθους, ενώ είμαστε οι πρώτοι μεταξύ των υπολοίπων Ευρωπαίων στην έλλειψη εμπιστοσύνης στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα ευρήματα αυτά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρούνται παράξενα ή μη αναμενόμενα (www.helspor.gr).

Τα κυρίαρχα προβλήματα συνδέονται περισσότερο με τα παρακάτω (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006):

- την ανεπαρκή οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία του συστήματος και των μονάδων υγείας,

- τη χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, έστω και αν οι δείκτες υγείας είναι στη χώρα μας σχετικά καλοί, έστω και αν ο ΠΟΥ μας κατατάσσει σε ζηλευτή θέση στον κατάλογο των χωρών με τα καλύτερα συστήματα υγείας,
- τη σχετικά χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την απουσία μηχανισμού μέτρησης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- τον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος και την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των επαγγελματιών της υγείας,
- την ταχύτατη και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας, που εκμεταλλεύεται τα κενά και τις αδυναμίες του ΕΣΥ, αλλά και την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου που να διέπει τη λειτουργία του και μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησής του,
- τον βραδύ ρυθμό εισαγωγής των εφαρμογών της πληροφορικής αλλά και των τηλεπικοινωνιών στην υγεία,
- την παλαιότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού,
- τις υποδομές των νοσοκομειακών μονάδων.

5. Προτάσεις

Η υιοθέτηση συστημάτων και μεθόδων ποιότητας έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Η

ΔΟΠ έχει τη δυναμική να προσφέρει τα απαραίτητα εφόδια που χρειάζονται τα νοσοκομεία για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας της ΔΟΠ μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία, αλλά να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και στην αναβάθμιση των σχέσεων μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.

Οι ποιοτικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καταστήσουν τις υπηρεσίες ασφαλέστερες, αποτελεσματικότερες και να μειώσουν το συνολικό κόστος. Η εξασφάλιση ποιότητας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια επένδυση.

Μια υγειονομική υπηρεσία καλής ποιότητας δεν αποτελεί πολυτέλεια για τους ανθρώπους, αλλά ανάγκη. Η βελτίωση της ποιότητας στην υγεία απαιτεί χρόνο. Χρειάζεται προγραμματισμός, σωστή στρατηγική και μια πολιτική ποιότητας που να προσδιορίζει τι μπορεί να γίνει και τι θα επιφέρει μεγαλύτερο όφελος.

Είναι όχι μόνο αναγκαίο, αλλά και επιβεβλημένο να παρέμβουμε σε μια σειρά από τομείς και επίπεδα του υγειονομικού μας συστήματος και να δρομολογήσουμε εκείνες τις αλλαγές που θα το θέσουν σε μια σταθερά ανοδική πορεία. Στόχος είναι να διασφαλίσουμε και ενδυναμώσουμε το δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ. Πρέπει να καταλάβουμε ότι τα συστήματα υγείας δεν μπορούν να λειτουργούν ως απολιθώματα έξω και μακριά από το κοινωνικό γίνεσθαι. Είναι ανάγκη να συνειδητοποιήσουμε ότι οι μονάδες υγείας είναι ζωντανοί οργανισμοί, που δικαιώνουν το λόγο ύπαρξης τους και εκπληρώνουν τους στόχους τους όταν λειτουργούν με κανόνες αλλά και χωρίς γραφειοκρατία, όταν έχουν διοίκηση με στόχους και προτεραιότητες, όταν υπάρχει υπευθυνότητα και έλεγχος από τη κορυφή μέχρι τη βάση της διοικητικής πυραμίδας.

Είναι αναγκαίο να αντιστοιχίσουμε το υγειονομικό μας σύστημα, τις μονάδες και το προσωπικό, με τις πραγματικές ανάγκες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Πρέπει να κάνουμε το σύστημα περισσότερο ευέλικτο και αποκεντρωμένο, να το «μπολιάσουμε» με μηχανισμούς εσωτερικής αξιολόγησης και αυτοέλεγχου, να του βάλουμε αρχές και κανόνες που θα υπηρετούν συγκεκριμένους στόχους και πολιτικές. Μόνο τότε μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών, να γίνει όχι μόνο περισσότερο αποτελεσματικό, αλλά και κοινωνικά δικαιότερο απέναντι στους πολίτες.

Πιο συγκεκριμένα πρέπει:

- Να ασκείται ευέλικτη και αποτελεσματική διοίκηση με στόχους και πραγματικούς ελέγχους.
- Να γνωρίζουμε από κοντά και να αποτυπώσουμε πληρέστερα τα επιδημιολογικά δεδομένα και τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να θέτουμε συγκεκριμένους στόχους και προτεραιότητες σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Να εκπονείται με ακρίβεια και εγκυρότητα ο υγειονομικός χάρτης, που θα αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για την άσκηση της εθνικής και περιφερειακής πολιτικής υγείας.

Η σύσταση και λειτουργία των νέων επιτελικών ομάδων και εξειδικευμένων τμημάτων όπως αυτά της πληροφορικής, των προμηθειών, του ποιοτικού ελέγχου κ.λπ., η ανάπτυξη του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος και η ολοκλήρωση του ενιαίου διπλογραφικού-λογιστικού συστήματος, αναβαθμίζουν τη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα και διαχέουν σε όλο το μήκος και το πλάτος των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων στοιχεία ελέγχου, τεκμηρίωσης και αξιολόγησης.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, χρειάζεται συνεχής επαγγελματική και επιστημονική αναβάθμιση των εργαζομένων, στην κατοχύρωση ενιαίων εργασιακών σχέσεων για όλους τους γιατρούς του ΕΣΥ και στη δυνατότητα προσφοράς, εφόσον το επιθυμούν, εντός του νοσοκομείου και κάτω από αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες υπηρεσίες κατά τις απογευματινές ώρες. Αξιοποιούμε έτσι περισσότερο τον ακριβό και σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, σ' ένα νοσοκομείο ανοικτό πρωί και απόγευμα, ενώ συγχρόνως αυξάνουμε νόμιμα το εισόδημα των γιατρών και προσφέρουμε στους πολίτες μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής, περισσότερη ευκολία στην πρόσβαση και ανετότερες συνθήκες στην παροχή. Επίσης, πρέπει να εξασφαλίσουμε μηχανισμούς, συνθήκες και κίνητρα για την προαγωγή της συνεχούς εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των μονάδων υγείας και βέβαια αξιόπιστα όργανα κρίσης και αξιολόγησης.

Η ποιότητα είναι μία συνεχής διαδικασία, χρειάζεται διαρκή ετοιμότητα, απαιτεί αδιάλειπτη προσπάθεια κι αποτελεσματικότητα. Επίσης, τόσο η ανθρώπινη ζωή όσο και η ποιότητά της δεν μπορεί να αποτιμώνται με χρηματικές μονάδες εντός του στενού πλαισίου κόστους - οφέλους. Αντίθετα, οι αρμόδιοι πρέπει να στοχεύουν, με βάση την αρχή της ανταποδοτικότητας, στο μεγαλύτερο όφελος για όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς.

BIBΛIOΓPAΦIA KEΦAΛAIOY 4

1. **Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.,** *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
2. **Παπατζάνης Γ.,** «Παρουσίαση – Πρόταση Νόμου για την Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας», **Εφημερίδα Πατρύς**, 2005
3. **Hore J.,** “*Quality Management Initiatives in Health Care: Diagnostic Imaging and Quality Management Case Study*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.7, No.7, 1994, p. 18-21
4. **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»**
5. www.difitalhealthcare.gr
6. www.helspor.gr

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. **Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ.**, «Κριτήρια και Τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1999
2. **Δερβιτσιώτης Κ.**, *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις "Interbooks", 2001
3. **Δημολιάτης Γ.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
4. **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»**
5. **Θεοδώρου Μ.**, «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας», **Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
6. **Κανελλόπουλος Χ.**, *Εισαγωγή στην Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων*, 1994
7. **Καριώτης Π.**, *Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωση του Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
8. **Καριώτης Π.**, *Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
9. **Λανάρα Β.**, *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, 1993
10. **Λιαρόπουλος Λ.**, *Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωσή του*, Σημειώσεις από Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1989
11. **Λογοθέτης Ν.**, *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*, Interbooks, 1992
12. **Μάινα Α., Αγραφιώτης Δ.**, «*Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση*», **Το Σύγχρονο Νοσοκομείο**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1997
13. **Μέριανου-Μιχαήλ Β. και Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ.**, «*Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία*», **Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία**, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993

14. **Παπανικολάου Β.**, «*Η Εφαρμογή των Κύκλων Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία Δημιουργεί Ευκαιρίες για τη Διοίκηση και το Προσωπικό*», **Επιθεώρηση Υγείας**, Τόμος 10, Τεύχος 5, 1995
15. **Παπανικολάου Β.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
16. **Παπαπαναγιώτου Μ.**, *Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Πειραιάς 2000
17. **Παπατζάνης Γ.**, «*Παρουσίαση – Πρόταση Νόμου για την Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας*», **Εφημερίδα Πατρύς**, 2005
18. **Παπούλιας Δ.**, *Η Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων και Αλλαγών*, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2002
19. **Περλέγκος Β.**, *Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας*, 2004 (Διπλωματική Εργασία)
20. **Πετσετάκη Ε.**, «*Εξασφάλιση Φροντίδας Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*», **Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία**, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 13-25
21. **Σιγάλας Ι.**, *Οργάνωση και Λειτουργία Περιφερειακού Νοσοκομείου*, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1990
22. **Σιγάλας Ι.**, *Το Νοσοκομείο στην Ελλάδα Σήμερα*, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1993
23. **Σιγάλας Ι. και Αλεξιάδης Δ.**, *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999
24. **Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
25. **Τζανετάκη Θ.**, *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, 2006 (Διπλωματική Εργασία)
26. **Τσαλίκης Γ.**, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
27. **Φαμέλη Α.**, *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)

28. **Φαναριώτη Π.**, *Επιχειρησιακή Επικοινωνία*, Εκδόσεις Σταμούλης, 1996
29. www.difitalhealthcare.gr
30. www.helspor.gr
31. www.iatriko.gr
32. www.mohaw.gr
33. www.nosokomia.gr

ΞΕΝΗ

1. **Brannan K.**, “*Total Quality in Healthcare*”, **Hospital Material Management Quarterly**, Vol.19, No.4, 1998, p. 1-8
2. **Brashier L. and Sower V.**, “*Implementation of TQM in the Healthcare Industry: A Comprehensive Model*”, **Benchmarking for Quality Management and Technology**, Vol.3, No.2, 1996
3. **Dayton N.**, “*The Demise of Total Quality Management*”, **The TQM Magazine**, Vol.15, No.6, 2003, p. 391-396
4. **Donabedian A.**, *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, **Health Administration Press**, 1980
5. **Forza C. and Filippini R.**, “*TQM Impact on Quality Conformance and Customer Satisfaction: A Casual Model*”, **International Journal of Production Economics**, 1998, p. 1-20
6. **Jackson S.**, “*Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance*”, **Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.14, No.4, 2001, p. 157-163
7. **Heaton C.**, “*External Peer Review in Europe: An Overview from the Expert Project*”, **International Journal for Quality in Healthcare**, Vol.12, No.3, 2000, p. 177-183
8. **Hore J.**, “*Quality Management Initiatives in Health Care: Diagnostic Imaging and Quality Management Case Study*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.7, No.7, 1994, p. 18-21

9. **Johnson J. and Omachonu V.**, *“Total Quality Management as a Health Care Corporate Strategy”*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.8, No.6, 1995, p. 23-28
10. **Nabitz U.**, *“The EFQM Excellence Model: European and Dutch Experiences with the EFQM Approach in Healthcare”*, **International Journal for Quality in Healthcare**, Vol.12, No.3, 2000
11. **Nelson A.**, *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling Publications, 1996
12. **Ovretveit J.**, *“The Economics of Quality”*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13 No.5, 1995, p. 20-27
13. **Ovretveit J.**, *“The Quality of Health Purchasing”*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.16, No.3, 2003, p. 116-127
14. **Rosser L. and J. and B. Kleiner**, *“Using Management Information Systems to Enhance Health Care Quality Assurance”*, **Journal of Management in Medicine**, Vol.9, No.1, 1995, p. 27-36
15. **Ruiz U., Simon J., Molina P., Limelez J. And Grandal J.**, *“A Two Level Integrated Approach to Self-Assessment in Healthcare Organizations”*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, No.4, 1996, p. 135-142
16. **Siddiqui J. and Kleiner B.**, *“Human Resource Management in the Health Care Industry”*, **Health Manpower Management**, Vol.24, No.4, 1998, p. 143-147
17. **Smith F.**, *Florence Nightingale: Reputation with Power*, Εκδόσεις St. Maretin Press, 1982
18. **Strawderman L. and Koubel R.**, *“Quality and Usability in a Student Health Clinic”*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.19, No.3, 2006, p. 225-236
19. **Thomson R.**, *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals*, Εκδόσεις Thomson, 1980
20. **WHO**, *“Health for All by Year 2000”*, 1980
21. **Williams S.J., Torrens P.R.**, *Introduction to Health Services*, John Wiley and Sons, 1980

22. **Wright A.**, *“Public Service Quality: Lessons not Learned”*, **Total Quality Management**, Vol.8, No.5, 1997, p. 313-320
23. **Zouko V.**, *Η Διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, 2001
24. www.healthcaremanaging.com



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί το βασικό εργαλείο πάνω στο οποίο στηρίζεται η έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας σχετικά με την στρατηγική και την ποιότητα μονάδων και υπηρεσιών υγείας.

Στόχος της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας και η θέση που κατέχει η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από διάφορα τμήματα, στα οποία καλείστε είτε να απαντήσετε σημειώνοντας το αντίστοιχο κουτάκι που εκφράζει την άποψή σας είτε να εκφράσετε σύντομα τη γνώμη σας.

Μετά το πέρας της έρευνας και εφόσον το επιθυμείτε, θα σας γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία και το χρόνο σας.

Αλίσ Φαρατζιάν

I. ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

1. Είναι αντιληπτός ο σκοπός, η αποστολή και το όραμα της νοσοκομειακής μονάδας;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

2. Πιστεύετε πως η διοίκηση του νοσοκομείου:

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
A. Καθορίζει σε απόλυτο βαθμό τις αξίες του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Σχεδιάζει αποτελεσματικά όλες τις ενέργειες του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Διακρίνεται για την άρτια οργάνωσή του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Μεταδίδει προς όλους τους εργαζόμενους την στρατηγική που ακολουθεί και τους στόχους που θέλει να εκπληρώσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Η δομή του νοσοκομείου έχει επιθεωρηθεί από αρμόδιες αρχές και συμμορφώνεται στο ισχύον θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο για τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας των ασθενών και του προσωπικού;

Ναι Όχι

4. Οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται το νοσηρό κλίμα το οποίο έχει δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια στα νοσοκομεία είναι οι εξής:

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
A. Ο κομματισμός στον χώρο του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Η έλλειψη οργανωτικής δομής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Το πρόβλημα των προτεραιοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Η νοοτροπία των διοικούντων και των διοικουμένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. Το συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Υπάρχει διαθέσιμη μια γραπτή πολιτική επί της φιλοσοφίας και του μοντέλου ιατρικής περίθαλψης;

Ναι Όχι

6. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα 4 σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χώρος των υπηρεσιών υγείας:

1. Ανεπαρκής στελέχωση σε προσωπικό
2. Ελλιπείς γνώσεις των εργαζομένων
3. Δυσκολία στη συλλογή πληροφοριών για την αντιμετώπιση προβλημάτων
4. Αδυναμία στην παρεχόμενη ποιότητα απέναντι στον ασθενή
5. Ελλιπής οικονομική διαχείριση
6. Βραδεία εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων
7. Έλλειψη οργάνωσης
8. Έλλειψη κινήτρων προς όλους τους εργαζόμενους
9. Παλαιότητα εγκαταστάσεων και εξοπλισμού

7. Ποιες προτάσεις θα είχατε να κάνετε σχετικά με τη βελτίωση στον τρόπο διοίκησης των ελληνικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ

1. Οι έννοιες που έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα, ουσιαστική σημασία και προτεραιότητα για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι:

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
A. Έγκαιρη και σωστή διάγνωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Πείρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Υψηλή τεχνολογία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. Άμεστος επαγγελματισμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. Ευαισθησία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. Αξιοπρέπεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Υπάρχει σαφής πολιτική ποιότητας; Αποτελεί μέρος της αποστολής και στόχος του οργανωτικού προγραμματισμού του νοσοκομείου;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

3. Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας από την ικανοποίηση του αιτήματος για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι:

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
A. Η αποτελεσματικότητα του έργου τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Η νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Η ικανοποίηση που παίρνουν από το έργο τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη που τους δείχνουν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. Η απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. Η μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ανταμείβονται μεμονωμένες ή συλλογικές προσπάθειες για ποιότητα; Υπάρχει ειδικός προϋπολογισμός που να αναφέρεται στα έργα και στα προγράμματα ποιότητας;

Ναι Όχι

5. Η ηγεσία συμμετέχει στη θέσπιση και στον προγραμματισμό των στόχων της μονάδας;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

6. Τηρείται η σειρά προτεραιότητας;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

7. Το προσωπικό είναι πρόθυμο να εξυπηρετήσει;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

8. Το προσωπικό έχει ευπρεπή εμφάνιση;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

9. Το προσωπικό είναι ευγενικό;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

10. Υπάρχουν διαδικασίες διαχείρισης παραπόνων των ασθενών;

Ναι Όχι

11. Το ανθρώπινο δυναμικό έχει γνώση σχετικά με την πιστοποίηση του ISO;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

12. Παρέχονται ευκαιρίες στο προσωπικό να συζητά με τους προϊσταμένους επί των δυσκολιών που συναντά στην εργασία του;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

13. Γραπτές πολιτικές επί των συνθηκών εργασίας και του ρόλου του προσωπικού είναι διαθέσιμες για κάθε μέλος του προσωπικού;

Ναι Όχι

14. Το προσωπικό συμμετέχει σε προγράμματα εκπαίδευσης, εσωτερικά και εξωτερικά;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

15. Υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα για ζητήματα ποιότητας;

Ναι Όχι

16. Ποια από τα παρακάτω εφαρμόζονται σχετικά με την εκπαίδευση του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού:

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
A. Συμμετοχή σε έρευνες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Παρακολούθηση σεμιναρίων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Συμμετοχή σε συνέδρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Εκπαίδευση πάνω στη δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. Συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες για τη βελτίωση του συνεργατικού πνεύματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Τα ιατρικά μηχανήματα είναι σύγχρονα;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

18. Η προληπτική συντήρηση των μηχανημάτων γίνεται:

Συχνά Σπάνια Καθόλου

19. Χρησιμοποιούνται πληροφοριακά συστήματα;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

20. Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η επιλογή των προμηθευτών;

.....
.....
.....

21. Θεωρείτε πως η παρεχόμενη ποιότητα προς τους ασθενείς διαφέρει ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

.....
.....
.....

22. Εφαρμόζονται μέθοδοι αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

23. Υπάρχουν δείκτες ποιότητας προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση του οργανισμού; Αναθεωρούνται τακτικά;

Ναι Όχι

24. Υπόκειται η μονάδα υγείας σε εξωτερικό έλεγχο;

Ναι Όχι

Σας ευχαριστούμε πολύ.