



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΜΒΑ - ΤQM)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Α. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ Ε.Κ.Π.Α.

ΑΜ: ΜΔΕ - ΟΠ / 0641

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2009

ΓΑΝΕΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝ

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

Περίληψη

*...η ποιότητα είναι ένας κινούμενος στόχος
(ίσως) που δεν επιτυγχάνεται τέλεια...*

Brooks (1989)

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, προσδιορίζεται διαφορετικά από ότι στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών οι προσπάθειες σχεδόν όλων των οργανισμών παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών επικεντρώθηκαν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα παραγόμενα αγαθά και τις υπηρεσίες. Ο στόχος του ελέγχου της ποιότητας προκάλεσε την αποδοχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας των Deming(1986) και Juran (1988) οι οποίες βασίζονται στην θετική ανατροφοδότηση από τους καταναλωτές υπηρεσιών η οποία με την σειρά της θα προκαλέσει με κατάλληλη αξιολόγηση οργάνωση βελτιστοποίησης διαδικασιών. Το ενδιαφέρον των υπηρεσιών υγείας στρέφεται όλο και περισσότερο σε θέματα τα οποία αφορούν την διασφάλιση της ποιότητας των φροντίδων (quality assurance) ενώ τον πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης διερεύνησής της αποτελεί ο δείκτης μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Η Υγεία αποτελεί έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους μιας και εξ ορισμού δεν αποτελεί μια μονοδιάστατη έννοια αλλά περιλαμβάνει σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ 1946) την κατάσταση απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά την απουσία νόσου ή ασθένειας. Οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις αλλά και οι σύνθετες απαιτήσεις για παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών προς τον πολίτη/ασθενή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους για τον πάροχο των υπηρεσιών αποτελούν μια μεγάλη πρόκληση για οποιοδήποτε οργανισμό αποφασίσει να αντιμετωπίσει το αντικείμενο. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του καταναλωτή υπηρεσιών αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να περιγράψει τη σχέση της ποιότητας με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική καθώς η πληθώρα των παρεχομένων υπηρεσιών απαιτεί συντονισμό και σωστή οργάνωση, ενώ οι απαιτήσεις τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο και από την πλευρά των εργαζομένων είναι συνεχώς αυξανόμενες.

Αρχικά, παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες και στον κλάδο της υγείας. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την ποιότητα στην υγειονομική

περίθαλψη. Ακολούθως τονίζονται η αναγκαιότητα για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη που προκύπτουν από την επίτευξη του στόχου.

Παρουσιάζονται διάφορες μέθοδοι - διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας, καθώς και τα στάδια εφαρμογής τους, οι δυσκολίες που ανακύπτουν, το κόστος, αλλά και τα πλεονεκτήματα των προγραμμάτων.

Η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στους οργανισμούς υγείας είναι δύσκολη, λόγω της πολύ-τμηματικής διάρθρωσης και της δυσκαμψίας των διοικητικών υπηρεσιών τους. Όμως, η εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα τους, θα βοηθήσει σημαντικά στην απόκτηση ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων και στη βελτίωση εν γένει της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους. Ακόμα ένα τμήμα της παρούσας εργασίας καταλαμβάνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου παραθέτουμε βασικά σημεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για τη διαπίστωση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, παρουσιάζουμε απόψεις επιστημόνων σχετικά με την εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών μεθόδων στους οργανισμούς υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν.

Ακολουθεί σύντομη περιγραφή της Ευρωπαϊκής πολιτικής σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ορισμένων Διεθνών Οργανισμών Πιστοποίησης και Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία. Στη συνέχεια, ακολουθεί η παράθεση ορισμένων, βασικών, μη χρηματοοικονομικών δεικτών μέτρησης της αποδοτικότητας και, κατ'επέκταση, της ποιότητας των παρεχόμενων, από νοσοκομειακούς οργανισμούς, υπηρεσιών υγείας.

Βασικό κομμάτι της παρούσης εργασίας αποτελεί η προσπάθεια μελέτης του Συνολικού Δείκτη Ικανοποίησης των ασθενών σε επιλεγμένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Ελληνικής Περιφέρειας και η προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια συγκέντρωσης ορισμένων και, όσο το δυνατόν, συγκεκριμένων προτάσεων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι προτάσεις αυτές, αναφέρονται κατά κύριο λόγο στην ελληνική πραγματικότητα, δεν αποκλείεται, όμως, η υιοθέτησή τους και από οποιοδήποτε άλλο σύστημα υγείας, το οποίο έχει σαν στόχο την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων, προς τους πολίτες, υπηρεσιών, αν και εφόσον, όλες ή μέρος αυτών δεν έχει ήδη υιοθετηθεί.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Αντικειμενικός σκοπός της εργασίας.....	2
1.3 Μεθοδολογία εργασίας.....	3
1.4. Διάρθρωση εργασίας.....	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ποια η διαφορά προϊόντος και υπηρεσίας.....	5
2.2 Τι είναι η ποιότητα.....	6
2.3 Αναδρομή της Ποιότητας στην Ελλάδα.....	9
2.4.1 Ο τομέας της Υγείας.....	11
2.4.2 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου.....	12
2.5 Ορισμός της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	14
2.6 Ποιοι και πως αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	17
2.7 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας - Περιγραφή Ελληνικής Πραγματικότητας.....	18
2.8 Οι ειδικοί της ποιότητας στο χώρο της υγείας.....	27
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	35
3.2 Οι προσδοκίες των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.....	36
3.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	37
3.4 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	39
3.5.1 Ποιότητα και Ικανοποίηση ασθενών.....	43
3.5.2 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.....	46
3.5.3 Μέτρηση της ικανοποίησης.....	47
3.5.4 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών.....	47
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία.....	52
4.2 Βελτίωση Ποιότητας.....	55
4.3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας.....	57
4.4 Εργαλεία για την βελτίωση της ποιότητας.....	60
4.4.1 Διάγραμμα Pareto.....	61
4.4.2 Διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος.....	62
4.4.3 Φύλλο καταγραφής δεδομένων.....	64
4.4.4 Διάγραμμα Ροής.....	65
4.4.5 Διάγραμμα Ελέγχου.....	66
4.4.6 Διάγραμμα Διασποράς.....	67
4.4.7 Ιστόγραμμα.....	67
4.5. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος.....	68
4.5.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας.....	71
4.5.2 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας.....	72
4.6 Κοστολόγηση ποιότητας.....	74
4.6.1 Κοστολόγηση της Ποιότητας με την «κλασική μέθοδο»	74
4.6.2 Κοστολόγηση της Ποιότητας με τη «μέθοδο ABC»	75
4.7. Κόστος Διασφάλισης Ποιότητας.....	76
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

5.1 Εισαγωγή.....	84
5.2. Ποιότητα και μετρήσεις.....	86
5.3 Τύποι αξιολόγησης.....	90
5.4 Μεθοδολογία αξιολόγησης.....	92
5.5 Δείκτες Αξιολόγησης - Δείκτες απόδοσης μονάδας.....	93
5.5.α Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μακρο-επίπεδο.....	95
5.5.β Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο.....	97
5.5.1 Μη-Χρηματοοικονομικοί Δείκτες Μέτρησης της Αποδοτικότητας στα Νοσοκομεία.....	99
5.6 Αξιολόγηση μέσω κριτηρίων.....	101
5.7 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων.....	104
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Εισαγωγή.....	108
6.2 Ποιοτικός έλεγχος.....	109
6.3 Η Διασφάλιση της ποιότητας.....	110
6.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	114
6.5. Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας.....	118
6.6 Κύκλοι ποιότητας (Quality Circle)	120
6.7 Ποιοτικός Σταθμισμένα έτη ζωής (QALYS)	121
6.8 <i>Ανασκόπηση ΔΟΠ στις Υπηρεσίες Υγείας</i>	123
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	128

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1.1 Ευρωπαϊκή πολιτική και υγεία.....	130
7.1.2 Διεθνείς Οργανισμοί Πιστοποίησης και Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία.....	131
7.2 Α Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.....	132
7.2 Β Το Ελληνικό παράδοξο στον τομέα Υγείας.....	144
7.3 Η Διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας.....	145
7.4 Μοντέλα και εργαλεία Ποιότητας προσανατολισμένα στο χώρο της Υγείας - Διεθνείς Οργανισμοί.....	146
7.5 Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας.....	151
7.5.1 Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα EFQM Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	157
7.5.2 Τα πρότυπα ISO 9000.....	158
7.5.3 Η εφαρμογή του ISO στις υπηρεσίες υγείας.....	161
7.5.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας	161
7.5.5 Διαφορές ISO & Ευρωπαϊκού Βραβείου ποιότητας	162
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου	163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

8.1 Εισαγωγή.....	166
8.2 Συλλογή στατιστικών στοιχείων.....	167
8.2.α Ανάλυση Ελλειπουσών Τιμών-Missing Values Analysis.....	170
8.2.β Ανάλυση Μεταβλητών Ερωτηματολογίου.....	171
8.2.γ Έλεγχος αξιοπιστίας.....	174
8.3 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος.....	175
8.4 Ανάλυση Διακύμανσης.....	180

8.5 Ανάλυση Συσχετίσεων.....	189
8.5.1 Συντελεστής Spearman.....	189
8.5.2. Συσχετίσεις.....	192
8.5.3 Συγκριτική Παρουσίαση Μελετών.....	193
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	197

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

9.1 Εισαγωγή.....	198
9.1α Ορισμός- Έννοια της Υγείας.....	198
9.1.β1 Κοινωνικοί Καθοριστές της Υγείας.....	199
9.1.β2 Κοινωνικοί Καθοριστές της Υγείας-Σύντομη Περιγραφή της Ελληνικής Πραγματικότητας.....	200
9.2 Οι συνθήκες παραγωγής και η λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας.....	201
9.3 Καθορισμός Στρατηγικής Μονάδων Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας.....	202
9.3.1 Οργανωτικές Παράμετροι του Νοσοκομείου.....	204
9.4 Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	205
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου.....	209

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	210
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	223
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	227
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	230

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

- Ευχαριστώ τον Καθηγητή κ. Μιχαήλ Σφακιανάκη για την καθοδήγηση και αρωγή του σε όλη την διάρκεια εκπόνησης της παρούσης διπλωματικής εργασίας.
- Ευχαριστώ τον Διευθυντή του Μ.Π.Σ. Αξιότιμο Καθηγητή κ. Γεώργιο Μποχώρη για την συνεχή καθοδήγηση και τα ερεθίσματα για περαιτέρω γνώση που μου παρείχε.
- Ευχαριστώ τον Αξιότιμο Καθηγητή και Πρύτανη κ. Σωτήριο Καρβούνη για την καθοριστική συνδρομή στην βελτιστοποίηση της παρούσης διπλωματικής.
- Ευχαριστώ το σύνολο των Καθηγητών του MBA-TQM για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν.
- Ευχαριστώ τον τ.Πρόεδρο του ΕΟΦ κ. Βασίλειο Κοντοζαμάνη, τον Διευθύνοντα Σύμβουλο του ΕΚΕΒΥΛ κ. Γεώργιο Παππού καθώς και το Τμήμα Στατιστικής Οργάνωσης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και προσωπικά την κ. Αφροδίτη Κατσαράκη, των οποίων η συμβολή στην εκτέλεση της συγκεκριμένης πτυχιακής ήταν καθοριστική.
- Ευχαριστώ την οικογένειά μου για την στήριξη που μου παρείχε σε όλο αυτό το διάστημα της προσπάθειας
- Ευχαριστώ όλους όσους με εμπιστεύτηκαν γιατί με έκαναν να πιστέψω ακόμα πιο πολύ στην προσπάθειά μου.
- Ευχαριστώ επίσης όλους όσους με αμφισβήτησαν γιατί μου παρείχαν σημαντικό κίνητρο να προσπαθήσω ακόμα περισσότερο.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	Σελίδες
Πίνακας 2.5 α: Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	16
Πίνακα 4.2α. Διαφορές Διασφάλισης - Βελτίωση Ποιότητας	55
Πίνακας 7.2.α1. Η Νοσοκομειακή Υποδομή του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (1999)	134
Πίνακας 7.2.α.2. Το μέγεθος (δυναμικότητα σε νοσηλευτικά κρεβάτια) των νοσοκομείων	136
Πίνακας 7.2.γ . Η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής «υποδομής» στην Ελλάδα	137
Πίνακας 7.2.δ. Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους	138
Πίνακας 7.2.ε. Χρησιμοποίηση των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών και λειτουργική αποδοτικότητα	139
Πίνακας 7.2.στ. Δείκτες «λειτουργικής απόδοσης» των νοσοκομείων, ανά υγειονομική περιφέρεια.	140
Πίνακας 7.5.6 –Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των προτύπων της σειράς ISO και του Ευρωπαϊκού Βραβείου ποιότητας (E.Q.A.)	162
Πίνακας 8.2.β Έλεγχος Αξιοπιστίας – Cronbach’s Alpha	175
Πίνακας 8.3.β Στατιστικά στοιχεία ανάλυσης ΣΙ/Q16 και ΣΔΙ	178
Πίνακας 8.3.β2 Μορφωτικό Επίπεδο	193
Πίνακας 8.3.γ Στατιστικά στοιχεία ανάλυσης δείγματος ερωτήσεων Q ₁ – Q ₁₅	179
Πίνακας 8.4.α Στατιστικά στοιχεία Ανάλυσης Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης	182
Πίνακας 8.4.β Έλεγχος Διασπορών Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης	183
Πίνακας 8.4.γ ANOVA για Ηλικιακή Διαστρωμάτωση	184
Πίνακας 8.4 δ Στατιστικά στοιχεία Μορφωτικού Υποβάθρου	185
Πίνακας 8.4 στ Έλεγχος Διασπορών Μορφωτικού Υποβάθρου	186
Πίνακας 8.4ε ANOVA πίνακας ως προς Μορφωτικό Υπόβαθρο	186
Πίνακας 8.4ζ Στατιστικά στοιχεία ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία	187
Πίνακας 8.4η Έλεγχος Διασπορών για Προηγούμενη Νοσηλεία	187
Πίνακας 8.4θ ANOVA πίνακας ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία	188

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	Σελίδες
Γράφημα 2.8 Γράφημα τριλογίας Juran	29
Γράφημα 6.4. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας = Διασφάλιση Ποιότητας + Ποιοτικός Έλεγχος	118
Γραφήματα 8.3.α Γραφήματα Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης	175
Γράφημα 8.3.β Κατανομή Μορφωτικού Υποβάθρου Δείγματος	176
Γράφημα 8.3 γ Προηγούμενη Νοσηλεία	177
Γράφημα 8.4.α Box & Whisker Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης	184
Γράφημα 8.4.β Box & Whisker ως προς Μορφωτικό Επίπεδο	186
Γράφημα 8.4γ Box & Whisker ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία	188

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	Σελίδες
Διάγραμμα 3.4.α: Ποιότητα Δομής	40
Διάγραμμα 3.4 β Ποιότητα Διαδικασίας	41
Διάγραμμα 3.4γ: Ποιότητα Αποτελέσματος	42
<i>Διάγραμμα 4.4.1 Pareto</i>	62
Διάγραμμα 4.4.2: Αιτίας - αποτελέσματος	64
Διάγραμμα 4.4.4: <i>Διάγραμμα Ροής</i>	65
Διάγραμμα 4.4.5: Διάγραμμα ελέγχου	66
Διάγραμμα 4.4.6: Διάγραμμα Διασποράς	67
Διάγραμμα 4.4.7: Ιστόγραμμα	68
Διάγραμμα 4.5.2 Απεικόνιση Κόστους Βελτίωσης Ποιότητας	73
Διάγραμμα 5.1: Μοντέλο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας	85

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	Σελίδες
Σχήμα 4.7α: Βασικές διαδικασίες ενός νοσοκομείου	78
Σχήμα 4.7.β: Η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας	79
<i>Σχήμα 7.5.1. Δομή του EFQM. Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας</i>	153

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Η ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων τόσο για άτομα όσο και για πληθυσμούς.

Στο μακρινό παρελθόν η υψηλή ποιότητα ήταν συνυφασμένη με τα έργα τέχνης, την αρχιτεκτονική, την λογοτεχνία, το θέατρο, όπως επίσης με τα μαθηματικά και την φιλοσοφία. Η ποιότητα αυτή έθεσε τα θεμέλια στον κλασικό ελληνικό πολιτισμό, υιοθετήθηκε από την Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία και συνεχίστηκε στο Βυζάντιο. Την ξανασυναντάμε στην Αναγέννηση ενώ η επιρροή της βρίσκεται ακόμα και σήμερα σε πολλούς Δυτικούς πολιτισμούς. Τόσο στην Ευρώπη, όσο στην Αμερική και την Ιαπωνία η έννοια της ποιότητας ταυτίστηκε με την επιθεώρηση των παραγόμενων προϊόντων και αργότερα με τη βελτίωση των μέσων παραγωγής. Το 1940 ο στατιστικός έλεγχος της ποιότητας ήταν το πρώτο βήμα που οδήγησε σταδιακά στη μετάβαση της ποιότητας στη διοίκηση ολικής ποιότητας.

Ο όρος ποιότητα βασίζεται σε τρεις σημαντικές αρχές:

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

Η ποιότητα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας στοχεύει σε βελτιωμένες παροχές υπηρεσιών αλλά και στην μείωση του κόστους. Στηρίζεται σε ένα σύστημα με οργανωτικές δομές, κατανομή ευθυνών, διεργασίες, διαδικασίες, πόρους (ανθρώπινους και υλικούς) και είναι απαραίτητη σε κάθε οργανισμό για να υλοποιήσει την πολιτική ποιότητας τόσο για τα προϊόντα όσο και για τις υπηρεσίες που παρέχει. Απαιτείται δε η συνεχής εξέλιξη και βελτίωση σύμφωνα με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας.

1.2 Αντικειμενικός σκοπός της εργασίας

Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας στα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Αλλαγές παρατηρούνται επίσης και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που σήμερα διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία, και διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα, τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και την προσβασιμότητα των φροντίδων, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και του συστήματος υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Σε κάθε περίπτωση πάντως, απαιτείται ο εντοπισμός των παραγόντων και των τεχνικών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την ενσωμάτωση της ποιότητας, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στο αποτέλεσμα αυτής.

Πρωταρχικός σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο καθοριστικός ρόλος της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για κάθε άνθρωπο, όχι μόνο για τους ασθενείς - καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών και τις οικογένειές τους, αλλά και για τους παραγωγούς - ιατρούς, νοσηλευτές, νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αλλά και για τους ασφαλιστικούς φορείς. Επιπλέον, επιχειρείται να αναδειχτούν οι παράμετροι που

διαμορφώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και προσδιορίζουν τον ρόλο των μονάδων παροχής τους, των χρηστών αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. Τέλος, επιχειρούμε να εισαγάγουμε τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ακόμη να παρουσιάσουμε τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους.

1.3 Μεθοδολογία εργασίας

Προκειμένου να αναλυθεί ο ρόλος της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γίνεται αναφορά σε βασικές έννοιες που αφορούν την υγεία και τις υπηρεσίες. Αναλύεται η έννοια, η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι τρόποι αξιολόγησης και οι μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Ακολούθως παρατίθενται τα ενδιαφέροντα αποτελέσματα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών όπως αυτά προκύπτουν από την συλλογή ερωτηματολογίου το οποίο αφορούσε την ικανοποίηση ασθενών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Ελληνικής επικράτειας.

1.4. Διάρθρωση εργασίας

Μετά την εισαγωγή και τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου θέματος, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι εισαγωγικές έννοιες της ποιότητας, δίνονται οι ορισμοί που αφορούν την Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, καταγράφονται οι ιδιαιτερότητες του κλάδου και γίνεται ιστορική αναδρομή της ποιότητας τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες αναζητούν ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, πώς αυτοί επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αναλύονται οι διαστάσεις της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και δίνεται έμφαση στον σαφή - κατά το δυνατό - ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα για ποιότητα στην Υγεία, για περαιτέρω βελτίωσή της καθώς και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτή την διαδικασία. Στο σημείο αυτό γίνεται αναφορά και σε οικονομοτεχνικούς όρους της ποιότητας όπως η κοστολόγηση τόσο αυτής όσο και της έλλειψής αυτής. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται οι τύποι και οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας και ακολουθεί ο προβλεπόμενος διαχωρισμός τους. Στο ακόλουθο κεφάλαιο - ήτοι το

έκτο- αφού γίνει σύντομη περιγραφή των μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας αναλύεται κατά το δυνατό η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα Υγείας ενώ ακολουθεί και ανασκόπηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο χώρο. Στο έβδομο κεφάλαιο αφού αναλύεται το Ελληνικό σύστημα Υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζονται τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, το μοντέλο της επιχειρηματικής αριστείας και το σύστημα πιστοποίησης ISO καθώς αποτελούν τα δύο βασικά συστήματα ποιότητας που χρησιμοποιούνται από την πλειοψηφία των νοσοκομείων στο εξωτερικό και στην Ελλάδα. Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μελέτη των αποτελεσμάτων από την στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων με τη χρήση του Συνολικού Δείκτη Ικανοποίησης -ΣΔΙ- που αντικατοπτρίζει το άθροισμα ικανοποίησης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου όπως αυτό παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας διπλωματικής. Τέλος το ένατο κεφάλαιο ανακεφαλαιώνει τα βασικά συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση και παρουσία του συγκεκριμένου θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ποια η διαφορά προϊόντος και υπηρεσίας

Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών όπως πληροφορία και γνώση. Μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς. Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών (after sales service). Η κυβέρνηση των ΗΠΑ ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, σε επιχειρήσεις και σε άλλους οργανισμούς. (Azzoloni and Shillader, 1993)¹.

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες :

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε. Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών.
- Μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.

- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της βέλτιστης υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

2.2. Τι είναι η ποιότητα

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεση του μία μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών της ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Πώς μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Ακολούθως παρατίθενται μερικοί από αυτούς.

Ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση, διότι ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τη σκοπιά από την οποία εξετάζεται. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα η ποιότητα ήταν συνδεδεμένη με την αρετή, την ηθική, την πνευματική και φυσική υπεροχή του ανθρώπου. Σήμερα ως ποιότητα θεωρείται η αίσθηση της υπεροχής (excellence) που προσδίδει η απόκτηση ενός αγαθού, απόλυτα αναγνωρίσιμου, για τα εξαιρετικά χαρακτηριστικά του.

Αρχικά ο ορισμός σήμαινε ένα αγαθό ή μια υπηρεσία που συμφωνούσε με τις προδιαγραφές. Αργότερα έγινε κατανοητό ότι ορισμένες φορές οι προδιαγραφές δεν ικανοποιούν ακριβώς και σαφώς την συγκεκριμένη ανάγκη του καταναλωτή χρήστη και

παρ' όλο που κάποιο αγαθό ή υπηρεσία μπορεί να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές είναι δυνατό να μην ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των χρηστών - καταναλωτών. (Centre for the Evaluation of Public Policy and Practice CEPPP 1991)

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει απαιτήσεις (ISO 9000:2001) χαρακτηριστικά ή ιδιότητες οποιουδήποτε προϊόντος που το καθιστά καλό ή κακό, αξιόπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει.

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay)².

Σύμφωνα δε με τους Glenn Laffel και David Blumental η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών³.

Σύμφωνα με τον John Onretneit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretneit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη που μετράει την ικανοποίησή του, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα δηλαδή τον βαθμό στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και τέλος την ποιότητα διαδικασιών, ήτοι τον σχεδιασμό και τη λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο στοχεύοντας στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών⁴.

Ο Abbot^{5,6} και Feigenbaum⁷ όρισαν την ποιότητα ως αξία (value-based criteria). Η αξία αυτή καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας και της

τιμής που προσφέρεται, τα οποία αποτελούν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης για τον πελάτη.

Σύμφωνα με τον Gilmore⁸, ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές (conformance to specifications manufacturing-based criteria). Αυτή η έννοια της ποιότητας αναφέρεται στο κατά πόσο ικανοποιούνται οι τεχνικές προδιαγραφές ενός προϊόντος, έτσι ώστε να αποφύγουμε οποιαδήποτε απώλεια (loss avoidance), όπως στηρίζει και ο Taguchi, προκειμένου να πετύχουμε καλύτερη ποιότητα με χαμηλότερο κόστος.

Καταλυτικό παράγοντα για τον πελατοκεντρικό ορισμό της ποιότητας αποτέλεσαν πολλές δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες οι οποίες θεώρησαν την ποιότητα συνώνυμη με την εκπλήρωση των προσδοκιών των πελατών (meeting and/or exceeding customers' expectations). Αντίστοιχα ο Crosby (1979)⁹ καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη (conformance to requirements), ενώ ο Juran (1988)^{10,11} θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση» (fitness for intended use-used based criteria).

Ο Deming θεωρεί την ποιότητα ως έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης (never ending cycle of continuous improvement ή PDCA-cycle). Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, πριν εφαρμοστεί μία διαδικασία σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες για να προχωρήσουμε σε νέο κύκλο βελτίωσης¹².

Οι Parasuraman et al. συμπεραίνουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

- Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- Ανταπόκριση: η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.
- Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- Ακρίβεια: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- Μοναδικότητα: η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη¹³.

Σύμφωνα με τον ορισμό που περιέχεται στο πρότυπο ISO 9000 ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητα του να ικανοποιεί τόσο τις δεδομένες όσο και τις και τις αναμενόμενες ανάγκες.

Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές

1. Η ποιότητα σχεδιασμού.
2. Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

(Brook, 1999)¹⁴

2.3. Αναδρομή της Ποιότητας στην Ελλάδα¹⁵

Στο μακρινό παρελθόν η υψηλή ποιότητα ήταν συνυφασμένη με τα έργα τέχνης, την αρχιτεκτονική, την λογοτεχνία, το θέατρο, όπως επίσης με τα μαθηματικά και την φιλοσοφία. Η ποιότητα αυτή έθεσε τα θεμέλια στον κλασσικό ελληνικό πολιτισμό, υιοθετήθηκε από την Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία και συνεχίστηκε στο Βυζάντιο. Την ξανασυναντάμε στην Αναγέννηση ενώ η επιρροή της βρίσκεται ακόμα και σήμερα σε πολλούς δυτικούς πολιτισμούς. Είναι ο συνδετικός κρίκος της αρχαίας και σύγχρονης Ελλάδας.

Η χρονική περίοδος της Τουρκικής κατοχής, ο Α΄ και ο Β΄ παγκόσμιος πόλεμος έδωσαν προτεραιότητα στην ανθρώπινη επιβίωση, ενώ το θέμα της ποιότητας επανεμφανίστηκε στα τέλη του 1950 ως άμεσα συνδεδεμένο με την παραγωγικότητα.

Η παρουσία Αμερικάνικων και Ευρωπαϊκών εταιριών στην μεταπολεμική Ελλάδα ανέπτυξε την αντίληψη των καταναλωτών για την ποιότητα στα εισαγόμενα προϊόντα. Το ίδιο συνέβη και στις υπηρεσίες με την εισροή ξένων τραπεζών και ασφαλιστικών εταιριών.

Η πρόοδος στη βελτίωση της ποιότητας, ως μέσο για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας των ελληνικών επιχειρήσεων επηρεάστηκε από μια σειρά λόγων όπως φαίνεται ακολούθως. Ένας πρώτος λόγος ήταν η αποφυγή της υψηλής

φορολογίας και ο τελωνειακός δασμός κατά εισαγωγή προϊόντων και υλικών. Δεύτερος λόγος ήταν η χαμηλή αποδοτικότητα του δημόσιου τομέα που υπολογίζεται περισσότερο από 60% του ΑΕΠ.

Η είσοδος της Ελλάδας στη Ευρωπαϊκή Ένωση το 1981 σαν οικονομική οντότητα οδήγησε σταδιακά και εντατικοποίησε τον ανταγωνισμό των Ελλήνων παραγωγών, δημιουργώντας έντονες πιέσεις για βελτιωμένη απόδοση στην παραγωγή και στις υπηρεσίες.

Κατά την περίοδο αυτή διακρίνουμε μικρά δείγματα εφαρμογής ποιότητας στις ελληνικές επιχειρήσεις. Η υπεροχή στην ποιότητά τους οφείλεται περισσότερο σε χαρισματικούς ηγέτες ή σε ικανούς τεχνίτες, παρά σε συστηματική προσπάθεια για την διαχείριση της ποιότητας με παραγωγικές δραστηριότητες. Με την ολοένα αυξανόμενη παγκοσμιοποίηση της αγοράς, η Ελλάδα συνειδητοποίησε την αναγκαιότητα της ποιότητας και της παραγωγικότητας.

Οι Έλληνες καταναλωτές προτιμούσαν την υψηλή ποιότητα των ξένων προϊόντων γεγονός που ώθησε το ενδιαφέρον των ελληνικών επιχειρήσεων για τα ποιοτικά προϊόντα και την παραγωγή.

Η απομόνωση από την πίεση του ανταγωνισμού της αγοράς, επηρέασαν τις επιλογές για βελτίωση της ποιότητας, της παραγωγικότητας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Η Ομοσπονδία Ελληνικών Βιομηχανιών, ο Ελληνικός Σύνδεσμος Διαχείρισης (Greek Management Association) και το Εθνικό Κέντρο Παραγωγής (National Productivity Center) ήταν ανάμεσα στους πρώτους που προσκάλεσαν ειδικούς και οργάνωσαν σεμινάρια για τη διαχείριση της ποιότητας στα τέλη του 1980.

Το 1990 αρκετές επιχειρήσεις έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πιστοποίηση του ISO 9000. Με αυτό τον τρόπο οι επιχειρήσεις είχαν την ευκαιρία να κατευθυνθούν ευκολότερα και γρηγορότερα σε θέματα ποιότητας ειδικότερα για εξαγόμενα προϊόντα.

Το 1992 ο Σύνδεσμος Ελληνικών Βιομηχανιών έθεσε το πρώτο βραβείο ποιότητας για την καλύτερη έρευνα φοιτητή καθώς και για το καλύτερο άρθρο εφημερίδας. Την ίδια χρονιά η εταιρία Ελαΐς εφάρμοσε το πρώτο ολοκληρωμένο πρόγραμμα διοίκησης ολικής ποιότητας.

Το 1993 δέκα ευρωπαϊκά πανεπιστήμια οργάνωσαν ένα διαδίκτυο για την ανάπτυξη του European Master's Program in Quality Management (EMP.TQM) με την στήριξη του EFQM (European Foundation for Quality Management) μεταξύ αυτών και το Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Το 1994 μία ομάδα ειδικών ποιότητας από τις μεγαλύτερες ελληνικές εταιρίες, επίσημα ίδρυσαν το πρώτο εθνικό επαγγελματικό οργανισμό ποιότητας (Greek Quality Forum). Την ίδια χρονική περίοδο δραστηριοποιήθηκε και ο σύνδεσμος Ελληνικών Βιομηχανιών και Εμπορίου Αθήνας (ΕΒΕΑ) ο οποίος περιελάμβανε μικρομεσαίες επιχειρήσεις.

Το 1995, το EFQM επέλεξε 35 καλύτερες εταιρίες από όλο τον κόσμο και μεταξύ αυτών και δύο ελληνικές.

Το 1997 ξεκίνησε η σιγά σιγά να αναγνωρίζεται η βελτίωση της ποιότητας και στο δημόσιο τομέα. Καθοριστικό ρόλο έπαιξε και η ένταξη της Ελλάδας στη οικονομική και νομισματική πολιτική της Ευρώπης το 2000 στην ανάπτυξη της αποδοτικότητας και της ποιότητας στο δημόσιο τομέα εφαρμόζοντας καλύτερα συστήματα στην εκπαίδευση, στις τηλεπικοινωνίες, στις υπηρεσίες υγείας και σε πολλούς άλλους φορείς στοχεύοντας στην ενδυνάμωση της ελληνικής οικονομίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

2.4.1 Ο τομέας της υγείας

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται. Η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν επιθυμητό αγαθό (Παπαπαναγιώτου 2000)¹⁶. Η υγεία είναι παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από ιατρούς με σύγχρονα ή μη μέσα. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση, από το προσωπικό εισόδημα ή

ακόμα από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman, 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεσή της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας¹⁷.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλαιότερα, οι διοικητές-managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία της ασθένειας (Angelorouli, 1999). Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς¹⁸.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως. Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιαστικής η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

2.4.2 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη αναφορά και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω της μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.

- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι το γεγονός αυτό αρχίζει προοδευτικά να τροποποιείται
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενούς, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει τη σοβαρότητα ή μη της υγείας του καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε πολλαπλά επίπεδα οργάνωσης σε αντίθεση με ό,τι συναντούμε στις βιομηχανίες. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.
- Η αναγκαιότητα για αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας.
- Η αναγκαιότητα για μειωμένη γραφειοκρατία αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Η αναγκαιότητα για αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας.
- Η αναγκαιότητα για γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

2.5.Ορισμός της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας είχε πάντοτε πολλούς και αμφιλεγόμενους ορισμούς που προσπαθούσαν να εξηγήσουν πλειάδα φαινομένων. Η έννοια της ποιότητας είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια στον τομέα της υγείας αφού οι συμμετέχοντες σε αυτόν είναι πολλοί και καθένας έχει την δική του άποψη. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πρόσωπο που τους επεξηγεί. 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)¹⁹.

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

Τον ίδιο χρόνο ο Thompson έδωσε τον ακόλουθο ορισμό για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή - είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση - στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητά και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων ²¹».

Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς (Donabedian 1980)²⁰ καθώς και το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει στην 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)²¹ αποτελούν πρόσθετους ορισμούς που χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα στην βιβλιογραφία.

Δέκα χρόνια μετά, περίπου το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. ορίζει την ποιότητα στην Υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση».

Έναν πιο απλό ορισμό έδωσε ο Harvey το 1996. «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας»²².

Το 1996 επίσης ο Nelson όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης (Nelson 1996)²³.

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

Η διαφορετικότητα και η ποικιλία που παρουσιάζουν οι παραπάνω - και πολλοί άλλοι ορισμοί για την ποιότητα στον τομέα υγείας είναι φυσικό να προκαλούν σύγχυση ακόμη και στους ειδικούς, πολύ δε περισσότερο σε αυτούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με την εξειδικευμένη ορολογία. Κατά τον Donabedian, ο οποίος καθιέρωσε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης στον ακαδημαϊκό χώρο, η ποικιλία στον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δικαιολογημένη, καθώς εξαρτάται τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγείας, όσο και από το είδος και το εύρος των ευθυνών του (Donabedian 1988). Τόσο οι διαφορετικές απόψεις όσο και η ποικιλία των ορισμών για την ποιότητα στην υγεία οδηγούν όπως είναι αναμενόμενο και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και της βελτίωσης της²⁴.

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

Πίνακας 2.5α: Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

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
Επικαιρότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητα

Πηγή: Ovretveit 2003⁴

2.6. Ποιοι και πώς 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.
- Οι *επαγγελματίες υγείας* επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας.
- 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 με όλους τους δυνατούς τρόπους .
- 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).

2.7 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας - Περιγραφή Ελληνικής Πραγματικότητας

Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ παλιά. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τους σημαντικότερους σταθμούς στη πορεία της. 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)²⁵.

Η Florence Nightingale, κατέγραψε τη θνητότητα των τραυματιών στις παρακάτω περιπτώσεις:

- κατά τη διάρκεια της μεταφοράς αυτών στο νοσοκομείο
- κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο
- κατά τη διάρκεια της παραμονής των τραυματιών στο νοσοκομείο μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Με βάση αυτά τα στοιχεία προχώρησε στην καταγραφή και αξιολόγηση των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών.

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. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999)¹⁹. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Δηλαδή κατά τον Codman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου.

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 ασφάλειας 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 στη 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

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:

- στην ελεγχόμενη αποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων,
- στη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως μπορεί να μην 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.

(Θεοδώρου 1992)²⁶

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)²⁷.

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

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

Είναι λοιπόν δικαιολογημένο το γεγονός ότι την περίοδο αυτή σε μετρήσεις στην Ελλάδα παρουσιάζεται χαμηλό σχετικά ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και συνάμα υψηλό ποσοστό πολιτών που τις κρίνουν μη επαρκείς μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε τους εμπειρογνώμονες που εξουσιοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας να εντοπίσουν τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. στα μέσα της δεκαετίας του 90' με απόρροια να συμπεριλάβουν τη βελτίωση της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο αλλά και σε ειδικές

παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν. Έτσι ορισμένες από τις αλλαγές αυτές συμπεριλήφθηκαν στο νόμο 2519/97²⁸.

Ο νόμος 2519/97 περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα που θα περιόριζαν ορισμένα από τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν και θα βελτίωναν έμμεσα την ποιότητα, όπως η ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Η συμβολή του όμως στο θέμα της ποιότητας έγκειται κυρίως στη δημιουργία ειδικού φορέα στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγιεινής (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.), που σκοπό είχε τη στατιστική ανάλυση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας τους, τη χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας, τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και τη σύνταξη εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες. Η Ίδρυση του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. αποτέλεσε θετικό βήμα γιατί σηματοδότησε την έναρξη του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας²⁸.

Η πολιτεία έθεσε την υγεία στις πρώτες προτεραιότητες της και μια σειρά αλλαγών στο στόχαστρο της βελτιστοποίησης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε να γίνεται με τον μεταρρυθμιστικό νόμο Ν2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37, 2 Μαρτίου 2001). Το ΠΔ 357/2001 θεσμοθετούσε τα Περιφερικά Συστήματα Υγείας ορίζοντας ως αποστολή τους την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών που θα εγγυώνταν πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) μέχρι και την νοσοκομειακή περίθαλψη και την μετανοσοκομειακή στήριξη, την αποκατάσταση και την κατ οίκον νοσηλεία αλλά και την πρωτογενή πρόληψη (αρ1). Η μεταρρύθμιση στόχευε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών, στην διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων και στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Στο πνεύμα των ρυθμίσεων αυτών θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες α) ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (αρ.3§4) β) τμήμα βελτίωσης και ελέγχου στα Πε.Σ.Υ με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών (αρ3 §5) γ) τμήμα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία άνω των τετρακοσίων κλινών (αρ.6§6) δ)

αξιολόγηση των ειδικών ερευνητικών ή κέντρων αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας και δυνατότητα ανάδειξής τους σε κέντρα αριστείας (αρ.10) ε) σύσταση τμήματος Περιφερικού χάρτη υγείας σε κάθε Πε.Σ.Υ. που καταγράφοντας τα ανθρωπομορφικά χαρακτηριστικά θα εκπονεί περιφερικό σχέδιο δράσης για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας (αρ.3 § 5) στ) υποχρεωτική σύσταση γραφείου υποδοχής ασθενών (αρ.6§4) ζ) σύσταση αυτοτελούς Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών σε κάθε νοσοκομείο άνω των διακοσίων κλινών (αρ.6§5) η) η υπογραφή Συμβολαίου Αποδοτικότητας ανάμεσα στους Διοικητές και τα Πε.Σ.Υ που θα αφορά την ορθολογική διαχείριση των πόρων (αρ.5§6). θ) τη σύσταση ειδικής επιτροπής από το Κ.Ε.Σ.Υ. για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (αρ.16§3).^{28Α}

Η επόμενη μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με τον νόμο Ν.3172/2003 για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Με βάση τον νόμο αυτό θεσμοθετείτο το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας όπως προβλέπεται στο άρθρο 6 το οποίο έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες : α) γνωμοδότηση και σύνταξη προτάσεων σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της δημόσιας υγείας β) υποβολή προτάσεων για την διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας γ) γνωμοδότηση για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δ) γνωμοδότηση για τις ερευνητικές προτεραιότητες στη δημόσια υγεία. Ο συντονισμός των πολιτικών και δράσεων της Δημόσιας Υγείας με αυτές άλλων φορέων απαιτούσε την σύσταση 1) της Διαγραμματειακής Συντονιστικής δημόσιας υγείας που στοχεύει στην διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης στην δημόσια υγεία και την επίλυση σχετικών θεμάτων διατομεακού χαρακτήρα (αρ.8§1) και της 2) Συντονιστικής Οργανισμών δημόσιας υγείας για την διατομεακή εφαρμογή της Εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας (αρ.8§3). Επιπρόσθετα γίνεται σύσταση της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας (αρ.9) η οποία όχι μόνο καθορίζει τις αρχές για τον ποιοτικό έλεγχο αλλά ελέγχει και την εφαρμογή της καθώς και μεριμνά για τον συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων δημόσιας υγείας. Στην Γ.Δ.Δ.Υ. υπάγονται και τα Περιφερειακά Συμβούλια δημόσιας υγείας κάθε Περιφέρειας (αρ.10).^{28Α}

Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια που σηματοδοτήθηκε από τον νόμο Ν3235/2004 στόχευε στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης, επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας Υγείας μέσω της παρακολούθησης της διακίνησής

τους από τον οικογενειακό ιατρό όπως αυτός θα ορίζονταν από το Ε.Σ.Υ. Η υλοποίηση αυτού του στόχου απαιτούσε την γεωγραφική τομεοποίηση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα στα όρια κάθε Πε.Σ.Υ.Π. με αυστηρά ανθρωπομετρικά κριτήρια (αρ.6 §1,2). Ο νόμος προέβλεπε την καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού ο οποίος καλείται να διαχειρίζεται συνολικά τα προβλήματα Υγείας των ασθενών που του αναλογούν με βάση τις ανάγκες του Ε.Σ.Υ.(αρ.8). Επίσης στο άρθρο 9 § 1 και 2 προβλέπεται η έναρξη τήρησης ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στους πολίτες με το σύνολο των δεδομένων που αφορούν την κατάσταση της Υγείας τους. Ο νόμος προβλέπει επίσης την σύσταση Φορέα πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας που ελέγχει τους φορείς παροχής Π.Φ.Υ(αρ.13). Η αξιολόγηση και η πιστοποίηση γίνεται όπως ορίζει το άρθρο 12 με βάση την στελέχωση, την ιατρική υποδομή και εξοπλισμό, την υποδομή μηχανοργάνωσης, τη τήρηση υγειονομικών διατάξεων και μέτρων προστασίας, την ποιότητα τήρησης των διαδικασιών, την εξυπηρέτηση του κοινού καθώς και την διασύνδεση των φορέων της Π.Φ.Υ μεταξύ τους και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης.^{28Α}

Στην προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια παρουσιάζονται ακολούθως και συνοπτικά τα κύρια σημεία των σχετικών νομοθετικών ρυθμίσεων. Να σημειωθεί ότι γίνεται αναφορά και στην βασική νομοθεσία σύστασης του ΕΣΥ.⁷²

- Ν. 1278/ΦΕΚ 105^Α/31.8.82 Σύσταση κεντρικού συμβούλιου υγείας
- Ν. 1397/Φ. 143^Α/7.10.83 Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Ν. 1316/Φ. 3^Α/11.1.83 Ίδρυση οργάνωση και αρμοδιότητες του εθνικού οργανισμού φαρμάκων (ΕΟΦ) της εθνικής φαρμακοβιομηχανίας (ΕΦ) της κρατικής φαρμακαποθήκης (Κ.Φ) και τροποποίηση και συμπλήρωση της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
- Ν.2889/Φ. 37^Α/2.3.01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»
 - σύσταση Πε.Σ.Υ.
 - οργάνωση, διοίκηση, στελέχωση, πηγές χρηματοδότησης

- νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων, διάρθρωσης της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους και λειτουργίας των απογευματινών ιατειρών
 - ρύθμιση νέων εργασιακών σχέσεων των ιατρών του ΕΣΥ
- Ν. 2920/Φ.131^Α/27.6.01 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας»
- Ν. 2955/Φ. 256^Α/1.11.01, «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.»
 - ενιαίες τεχνικές προδιαγραφές
 - διενέργεια προμηθειών από Υπ. Ανάπτυξης ή Πε.Σ.Υ.Π. ή νοσοκομεία
 - προγραμματισμός προμηθειών από τα Πε.Σ.Υ.Π.
 - μητρώο επιτρεπομένων ιατροτεχνολογικών προϊόντων
- Ν.3172/Φ.197^Α/6.8.03, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας»
 - Εθνικό και Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας
 - ΔΙΑ.ΣΥ.Δ.Υ. και ΣΥΝ.Ο.Δ.Υ.
 - Κεντρικό και Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας
 - Πολιτική ανθρώπινων πόρων δημόσιας υγείας
- Ν. 3204/Φ. 296^Α/23.12.04 Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το εθνικό σύστημα υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Ν.3293/Φ .231^Α/26.11.04 Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού, συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
- Ν. 3235/Φ. 53^Α/18.2.04 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
 - αστικά κέντρα υγείας
 - δυνατότητα εφαρμογής οικογενειακού ιατρού
 - δυνατότητα δημιουργίας δικτύων ΠΦΥ
 - ηλεκτρονικός φάκελος
 - νέες υπηρεσίες: αποκατάστασης, μετανοσοκομειακής φροντίδας

- 1 Ν. 3329/Φ. 81^Α/4.4.05: Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις
 - Δ.Υ.ΠΕ.
 - ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.
 - Αντικατάσταση του επαγγελματικού από το πολιτικό μάντζμεντ
 - Μετατροπή νοσοκομείων σε ΝΠΔΔ εποπτευόμενα από το Υπουργείο
- 2 Ν. 3370/2005: Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις
 - Ε.ΣΥ.Δ.Υ
 - Σώμα λειτουργών δημόσιας υγείας
- 3 Ν. 3457/2006: Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης
 - Κατάργηση λίστας
 - Τιμή ανάκτησης
- 1 Ν. 3580/2007: Προμήθειες φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις
 - Κεντρική διενέργεια προμηθειών από το Υπουργείο Υγείας
 - Επιτροπή Προμηθειών Υγείας
 - Ι.Φ.Ε.Τ., Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ., Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ.
- 1 Νομοσχέδιο για την οργάνωση και λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
 - Αύξηση ρόλου ιδιωτικού τομέα
 - Σύστημα παραπομπής
 - Ηλεκτρονική κάρτα
 - Κλινικά και φαρμακευτικά πρωτόκολλα

Η προσπάθεια της Πολιτείας για ανάδειξη και θωράκιση του χώρου της Ποιότητας στην Υγεία φαίνεται και από την προσπάθεια το 2005 σύνταξης και κατάθεσης Νομοσχεδίου που στόχευε στον καθορισμό από πλευράς της Πολιτείας λεπτομερών κανόνων και γενικότερου πλαισίου που θα χαρακτηρίζει τον χώρο της Ποιότητας. Οι τεχνικές και τα μέσα για την υλοποίησή τους χαρακτηρίζονταν από δυναμικότητα και ανάγκη για διαρκή επικαιροποίηση και ως εκ τούτου προβλέπονταν να λαμβάνουν την μορφή Εθνικών Προτύπων και/ή Προδιαγραφών Υγείας. Η ένταξή τους σε ένα πλαίσιο Τυποποίησης Υγείας θα πρόσδιδε την απαιτούμενη ευελιξία και αξιοπιστία. Πιο συγκεκριμένα το

Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.) προβλεπόταν να αποτελέσει μία εκ των βασικών Υποδομών για την Ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότηση του με στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας από τους επαγγελματίες της Υγείας. Άμεσα συνδεδεμένο με το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας θα ήταν το Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το οποίο θα αξιοποιούσε τους πόρους του Ε.Σ.Π.Υ. για τη συστηματική παρακολούθηση του ΕΣΥΚΑ και την αξιολόγηση της ικανότητάς του να εξυπηρετεί τους στόχους και τις πολιτικές για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη. Θα αποτελούσε επίσης τον κόμβο μέσω του οποίου θα λάμβανε χώρα η ανταλλαγή πληροφοριών Υγείας με τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς²⁹.

Προκειμένου να υλοποιούταν το πρόγραμμα αυτό απαιτείτο η ενεργοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της Υγείας μέσα σε ένα συνεκτικό οργανωτικό και επιχειρησιακό πλαίσιο. Δια τούτο υπήρχε η πρόταση να θεσμοθετηθεί το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, ως βασικός μηχανισμός μελέτης, ανάπτυξης και διαβούλευσης επί θεμάτων που αφορούσε στο περιεχόμενο του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας, με τη μορφή οδηγιών, προδιαγραφών, κωδικοποιήσεων και ταξινομήσεων, τυποποίησης διεργασιών, κλινικών εγγράφων, πληροφορίας και ανταλλασσόμενων μηνυμάτων, βέλτιστων πρακτικών, κλινικών οδηγιών και συστάσεων. Μέλη του Ανοικτού Φόρουμ Υγείας μπορεί να αποτελούσαν επιστημονικές οργανώσεις, επαγγελματικές εταιρείες, σύλλογοι και άλλες επιστημονικές Ομάδες Ειδικού Ενδιαφέροντος. Αρμόδιο όργανο για τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας και τα μέλη του είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)²⁹.

Επιπρόσθετα στο σχέδιο αυτό προβλεπόταν η δημιουργία των ακόλουθων φορέων Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) που προβλέπετο να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης πολιτικής και στρατηγικών ποιότητας και Αρχή Πληροφοριών τομέα Υγείας θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία του θα αποτελούσε η εξέλιξη του προβλεπομένου στο Ν. 2519/97 πλαισίου λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας (Ε.Κ.Ε.Υ.) και του Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.)²⁹.

Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ. θα λειτουργούσε ως αυτοτελής οργανική μονάδα του Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ. συμπληρωματικά με το Κ.Ε.Σ.Υ. ως ουσιαστικός μηχανισμός υλοποίησης του σχεδιασμού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας στα πρότυπα βέλτιστων πρακτικών σχεδιασμού, υλοποίησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης των προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης και των δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω αυτών^{27,29,30}.

Ωστόσο το σχέδιο νόμου «Ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών υγείας» δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα νόμος και συνεπώς δεν δημιουργήθηκαν τα ΕΣΠΥ και ΕΚΕΠΥΥ. Με εξαίρεση ίσως το πρωτόκολλο συνεργασίας ΚΕΣΥ-ΕΛΟΤ για την τυποποίηση στο χώρο της υγείας που υπογράφηκε τον Μάρτιο του 2005 – Ν.3429/2005 και που είχε ως σκοπό την εκπόνηση και έκδοση εθνικών τυποποιητικών κειμένων (πρότυπα, τεχνικές προδιαγραφές) στον τομέα της Υγείας, την παρακολούθηση και την ενεργό συμμετοχή στις τυποποιητικές δραστηριότητες της Διεθνούς και Ευρωπαϊκής τυποποίησης και τέλος την διαμόρφωση Ευρωπαϊκών και Διεθνών θέσεων διασφαλίζοντας αμοιβαία υποστήριξη σε διακυβερνητικά και τυποποιητικά φόρα³⁰.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών υπάρχει στη χώρα μας σημαντική πρόοδος. Ήδη από το 1992 έχουν κατοχυρωθεί νομοθετικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και το 1997 θεσπίστηκαν τα όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων. Τέλος στη χώρα μας λειτουργεί και ο θεσμός του Συνηγόρου του Πολίτη, στον οποίο μπορούν να προσφύγουν οι ασθενείς εκείνοι, οι οποίοι θεωρούν ότι παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα τους στην υγεία²⁹.

2.8 Οι ειδικοί της ποιότητας στον χώρο της υγείας³¹

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι θα γίνει μια ιδιαίτερη και ξεχωριστή αναφορά στους Guru της ποιότητας μιας και για την κατανόηση των θεμελίων και της προόδου της ποιότητας είναι αναγκαία η αναγνώριση αυτών των ονομάτων και των ιδεών που προσέφεραν.

Ernest Codman

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

W. Edwards Deming

Αντίθετα με τον Codman, η εργασία του W. Edwards Deming δεν ήταν στον τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι διδαχές του επηρέασαν ουσιαστικά την ανάπτυξη ποιοτικών πρακτικών στην υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Deming, που συχνά αποκαλείται ο θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ήταν στατιστικός από τον οποίο ζήτησαν οι Ιάπωνες να τους βοηθήσει να αλλάξουν την εργασιακή διαδικασία στην Ιαπωνία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο σκοπός τους ήταν να αναπτύξουν ποιοτικά προϊόντα ώστε να μετατρέψουν την άποψη ότι η Ιαπωνία ήταν προμηθευτής φθηνών και χαμηλής ποιότητας εμπορευμάτων. Ο Deming ανέπτυξε ένα σύστημα διαχείρισης που ενθάρρυνε τη συμμετοχή των εργαζομένων, βασιζόταν στα δεδομένα και στην εκπαίδευση και ανέλυε την απόδοση του συστήματος και τα προβλήματα για να προτείνει αλλαγές. Οι προτάσεις του συνοψίστηκαν στα 14 σημεία, τα οποία χρησιμοποίησε ως τη βάση για τη διδασκαλία και τη φιλοσοφία του. Τα 14 σημεία περιλαμβάνουν οδηγίες όπως:

- Δημιουργήστε συνεχή εστίαση στη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας.
- Βελτιώστε συνεχώς και εις το διηνεκές το σύστημα παραγωγής και υπηρεσιών.
- Εξαλείψτε το φόβο.

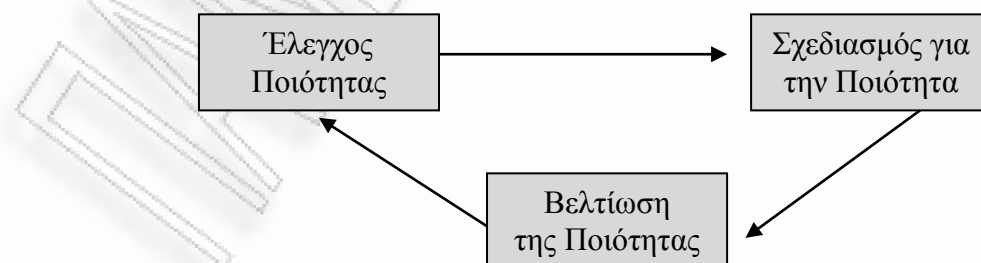
- Αντικαταστήστε τη διοίκηση με διαχείριση ανά στόχο.

Joseph M. Juran

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

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

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



Γράφημα 2.8 Γράφημα τριλογίας Juran

Τέλος ο Juran υποστήριζε ότι η Ποιότητα συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια του πελάτη από το προϊόν / υπηρεσία και διέκρινε δύο κατηγορίες πελατών τους εξωτερικούς πελάτες και εσωτερικούς πελάτες (οι εμπλεκόμενοι με την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας). Πολλές από τις αρχές που είτε διατυπώθηκαν είτε προωθήθηκαν από τον Juran αποτελούν ακόμα και σήμερα μέρος των προσπαθειών των υγειονομικών οργανισμών για βελτίωση της ποιότητας.

Avedis Donabedian

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

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

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

Donald Berwick

Ακόμα ένας ιατρός που έκανε παράλληλη καριέρα στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι ο Donald Berwick. Παιδίατρος και μέλος του διδακτικού προσωπικού της Ιατρικής Σχολής και της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Harvard για

αρκετά χρόνια, ο Berwick είναι σήμερα πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος (CEO) του The Institute for Healthcare Improvement.

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

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

John Wennberg

Παρ' ότι η δουλειά του John Wennberg δεν είναι τόσο ευρεία και πλήρης όσο αυτή κάποιων από τους προαναφερθέντες, έχει επηρεάσει σημαντικά το κίνημα της ποιότητας. Ο Wennberg ειδικεύεται στην ανάλυση μικρών περιοχών, μια στατιστική μέθοδο προσδιορισμού των τάσεων πρακτικής και χρήσης μέσω της αξιολόγησης των ενεργειών σε μικρές γεωγραφικές περιοχές. Όταν οι πληθυσμοί των ασθενών είναι ελεγχόμενοι ως προς κάποιες μεταβλητές, οι συγκρίσεις των ενεργειών σε μικρές περιοχές μπορούν να αποκαλύψουν διαφορές στη χρήση και στην παροχή που δεν οφείλονται στους ασθενείς. Η υποτιθέμενη αιτία της διαφοράς καθίστανται τότε χαρακτηριστικό του ιατρού ή του νοσοκομείου.

Άλλοι

Πολλοί άλλοι έχουν συνεισφέρει στο κίνημα της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ο Robert Brook στη RAND Corporation, ο Dennis O'Leary στη Joint Commission, ο Paul

Cleary με την εργασία του σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και εκατοντάδες άλλοι έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση και τη διευκρίνιση της διαδικασίας ποιοτικής βελτίωσης. Το αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών είναι ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας απολαμβάνει σημαντικής λαϊκής και οικονομικής υποστήριξης.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

1. **Azzolini M. , Shillader J.** “Internal service quality: winning from the inside out”. 1993
2. **Evans R. James, Lindsay M. William** “*The Management and Control of Quality*”.
3. **Glenn Laffel and David Blumental** “ *The case of using industrial Quality Management science in Health Care Organization*” **JAMA**,262;1989: 2869-2873
4. **Ovretveit J.** ‘*Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*’ **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 2004
5. **L.Abbot** ‘*From Quality and Competition by Lawrence*’ Comumbia University Press 1995
6. **L.Abbot** ‘*Vertical Equilibrium Under Pure Quality Competition*’ **American Economic Review** 43, no 3, pt 1: 826-845. American Economic Association
7. **V. Feigenbaum** *Total Quality Control : Engineering and Management*. 1951
8. **Gilmore H.L.** ‘*Product conformance cost*’ **Quality Progress**, June 16-19
9. **Crosby, P. B.** *Quality is free*. New York: 1979. McGraw-Hill.
10. **Juran J** ‘*Quality policies and Objectives*’ **Juran’s Quality Control Handbook** , 4th Edition, Mc Graw Hill, New York, 5.1-5.23

11. **Juran J M**, ‘ *Quality Handbook*’ 3rd Edition , Mc Graw Hill,1974, New York
12. **Deming W.E.** ‘ *Quality, Productivity and Competitive Position*’ Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982,Mass
13. **Berry, Parasuraman and Zeithaml**, " *Quality Counts in Services, Too*", *Business Horizons*, May-June 1985, pp. 44-52.
14. **Brook C.** “ *Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives*”, **International journal for Quality in Health Care** ,1999,Vol 11,1, pp 1-3
15. **Kostas N. Dervitsiotis**, “ *Quality management worldwide - Quality in Greece: past and present*”, **The TQM Magazine**, Vol 11, No 2, February 1999, pp 84- 87
16. **Παπαπαναγιώτου Μ.**, Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Πειραιάς 2000
17. **Freeman R.** “ *Competition in contex: the politics of health care reform in Europe*”, *International Journal for Quality in Health Care* 1998.
18. **Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George** “ *Private and public medicine: a comparison of quality perceptions*”, *International Journal of Health Quality Assurance* 1998.
19. **Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι.**, « *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)*», 1999: Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
20. **Donabedian A.**, “ *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*”, *Health Administration Press*, 1980
21. **R.E Thompson** ‘ *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals*’ Thompson, Mohr and Associates Inc 1980
22. **Gill Harvey** “ *Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future*” **Directions International Journal for Quality in Health Care** 8:341-350 (1996) International Society for Quality in Health Care
23. **Nelson A.**, “ *Measuring Peformance and Improving Quality*”, *Sterling Publications*, 1996
24. **Av. Donabedian**, " *The Quality of Care How Can It Be Assessed*" **JAMA**. 260; 12:Sep 23; 1988

25. **Smith F.**, *Florence Nightingale: Reputation with Power*, Pub St. Martin Press, 1982
26. **Θεοδώρου Μ.**, «*Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*», **Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
27. **Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι.** «*Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας*», **Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας**», Θεσσαλονίκη, 1994.
28. **Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.:** «*Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01*», Σελ. 27 - 30, **Επιθεώρηση Υγείας** , Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2006
- 28^α. **Παπανικολάου Β.** «*Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές - Μέθοδοι και Εφαρμογές*» Εκδ. Παπαζηση, 2007, 121-125.
29. **Μηνακούλη Θ., Τσιακατούρα Χ., Κολίτση Ζ., Χρηστάκης Μ.** «*Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους*», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ετήσια έκθεση για την Υγεία Ιούνιος 2005
30. **www.euroopa.eu.int**
31. **Τζανετάκη Θ.**, *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, 2006 (Διπλωματική Εργασία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τις τελευταίες δυο δεκαετίες τριπλή πρόκληση:

- α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των οργανισμών αλλά και των κοινωνιών για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους.
- β) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας .
- 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 σειράς 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 .

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 όφειλαν, στο πλαίσιο των υγειονομικών συστημάτων, να είχαν εγκαταστήσει μέχρι το

1990 αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (WHO 1980)³².

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, πόσο μάλλον 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 σχετίζονταν άμεσα με το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό). Σήμερα, το αίτημα αυτό είναι καθολικό, καθώς διαπιστώνεται από όλες τις κοινωνικές τάξεις στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες γεγονός και τοποθετεί την ευθύνη για Ποιότητα σε πέντε βασικές ομάδες:

- Τα κλινικά επίπεδα
- Το φυσικό περιβάλλον
- Την ικανοποίηση των χρηστών
- Την ανάπτυξη του προσωπικού
- Τις σχέσεις με τους χρήστες

Εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι η ποιότητα επεκτείνεται σήμερα σε ολοένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενό της διαρκώς αυξάνεται.

3.2 Οι προσδοκίες των χρηστών - καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς και κατ' επέκταση η κοινωνία, διατηρούν σήμερα βασικές προσδοκίες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έρευνα των Parasuraman, Zeithaml και Berry μας έδειξε ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών που αντιστοιχούν στα βασικά κριτήρια - παράγοντες της ποιότητας και δύναται να αντιστοιχίσουν στα ακόλουθα³³:

- Αξιοπιστία που αφορά τόσο την εκτέλεση της υπηρεσίας όσο και τη διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών
- Ανταπόκριση που αφορά την προθυμία και ετοιμότητα των εργαζομένων, εκτέλεσης υπηρεσιών. Οι πολίτες θέλουν να βρίσκουν αποτελεσματική ανταπόκριση (διαγνωστική, θεραπευτική ή συμβουλευτική) από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος και σύμφωνα πάντοτε με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.
- Ικανότητα που αφορά τα προσόντα και τις δεξιότητες των εργαζομένων για να ακολουθηθεί η προβλεπόμενη διαδικασία.
- Πρόσβαση μιας και όλοι οι πολίτες θέλουν να έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- Ευγένεια που φαίνεται σε όλες τις εκφράσεις της.
- Επικοινωνία και κατανοητοί τρόποι πληροφόρησης που θα τους εξασφαλίσουν δικαιώματα επιλογής.
- Επαγγελματική πίστη, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
- Ασφάλεια και όσο το δυνατό μικρότερο ρίσκο ή αμφιβολία.
- Κατανόηση που εξασφαλίζει ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους.
- Φυσικά χαρακτηριστικά που εξασφαλίζουν όμορφο και ζεστό κλίμα πολιτισμένες - άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους διανομής - διατροφής, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας^{33,34}.

3.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας³⁵

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας προσδιορίζεται βάσει της δυνατότητας άμεσης παροχής της, την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σ' αυτή, την καταλληλότητά της, την αξιοπιστία της καθώς και την παροχή και επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσή της. Στον τομέα υγείας, η έννοια της ποιότητας περιπλέκεται, καθώς, εκτός από τους παραπάνω, πολλοί άλλοι

παράγοντες μπορούν να την επηρεάσουν. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά το σύνολο των υπηρεσιών σε όλες τις διαστάσεις τους και ότι η μελέτη για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιστρέφεται γύρω απ' τα νοσοκομεία καθώς αυτά αποτελούν το κέντρο βάρους κάθε συστήματος υγείας. Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι ακόλουθοι:

- Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας. Το υψηλό επίπεδο των ιατρών είναι η βασικότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία κάθε προβλήματος υγείας.
- Οι ικανότητες, η εκπαίδευση συνολικά του νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού και γενικά όσων εμπλέκονται στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του χρήστη / ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας (24 ώρες το 24ωρο).
- Η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές και με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής.
- Η ταχύτητα στην επίλυση προβλήματος υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών οδηγιών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανέλεγχου των ασθενών.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας.
- Η χρήση νέας τεχνολογίας.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής φροντίδας, αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών, ρύθμιση όλων των θεμάτων για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας.
- 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 εκάστοτε οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισής της (Τζανετάκη 2006)³¹
- Το κόστος. Η ικανοποίηση των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνει με το μικρότερο δυνατό κόστος.

3.4 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας³⁶

Οι τρεις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βάσει των οποίων αξιολογείται το επίπεδο της ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

1) *Δομή (Structure)*: ο όρος αυτός αφορά το υπόβαθρο βάσει του οποίου λαμβάνουν χώρα οι υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνει αφενός τα χαρακτηριστικά του συστήματος των παραγωγών υγείας (νοσοκομεία, κλινικές) και σε ατομικό επίπεδο αφετέρου τα άμεσα γνωρίσματα των επαγγελματιών της υγείας. Είναι ουσιαστικό μέτρο της δυνατότητας για παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά οι ελλείψεις στη δομή δε συνεπάγονται κατ' ανάγκη και χαμηλή ποιότητα της φροντίδας και αντίστροφα (Slater, 1997)^{37,38}.

Η ποιότητα της δομής αναφέρεται σε παράγοντες όπως:

- Σε επίπεδο συστήματος: η οργάνωση, οι οικονομικοί και υλικοί πόροι, οι όροι εκπαίδευσης, η σύνθεση των ειδικοτήτων, η επάρκεια των υπηρεσιών, η δυνατότητα πρόσβασης και εξυπηρέτησης του πληθυσμού.
- Σε επίπεδο οργανισμού: η οργάνωση, η διοίκηση και το μέγεθος του οργανισμού (επάρκεια κλινών, κατανομή ανά τμήμα), οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η υλικοτεχνική υποδομή, το μέγεθος και η μέθοδος χρηματοδότησης, καθώς και οι διαδικασίες ελέγχου, συντήρησης, επισκευών και διάθεσης των παραπάνω.

- Σε ατομικό επίπεδο: η επάρκεια των επαγγελματιών της υγείας, η σύνθεση, η στελέχωση των τμημάτων, η ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας και οι μέθοδοι υποκίνησης, το επίπεδο κατάρτισης σε θέματα ποιότητας.

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



Διάγραμμα 3.4.α: Ποιότητα Δομής

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το διάγραμμα 3.4.α αποτελεί περίληψη των όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως για την δομή του συστήματος υγείας και τους παράγοντες που την διαμορφώνουν.

2) *Διαδικασία (Process)*: αφορά την αξιολόγηση της πορείας του ασθενή, με άλλα λόγια τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και βρίσκουν την φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις για την ποιότητα των διαδικασιών στοχεύουν στον εντοπισμό και τη

βελτίωση των τομέων που υστερούν κατά την διαδικασία παροχής των υπηρεσιών υγείας και εξετάζονται σε δύο διαστάσεις (Slater, 1997)^{37,38}:

- Τεχνική διάσταση: Αφορά την εφαρμογή της βιοτεχνολογίας στο χειρισμό ενός προσωπικού προβλήματος υγείας με τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται ο επιθυμητός συνδυασμός οφέλους-κινδύνου (επισκέψεις, φαρμακευτική αγωγή, διαγνωστικές εξετάσεις, νοσοκομειακή περίθαλψη, πρότυπα αναφοράς).
- Διαπροσωπική διάσταση: Σχετίζεται με την κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου, του επαγγελματία και του χρήστη και αφορά το βαθμό επικοινωνίας, πληροφόρησης και υποστήριξης.

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

Στο διάγραμμα 3.4β που ακολουθεί συνοψίζονται οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας της εκάστοτε διαδικασίας αναφερόμενοι πάντα στον τομέα της υγείας.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ - ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ
Πληροφόρηση	Ιατρική & φαρμακευτική αγωγή
Επικοινωνία	Διαγνωστικές εξετάσεις
Ψυχολογική Υποστήριξη	Παρακολούθηση
Φυσικό Περιβάλλον	Περίθαλψη
	Παραπομπές

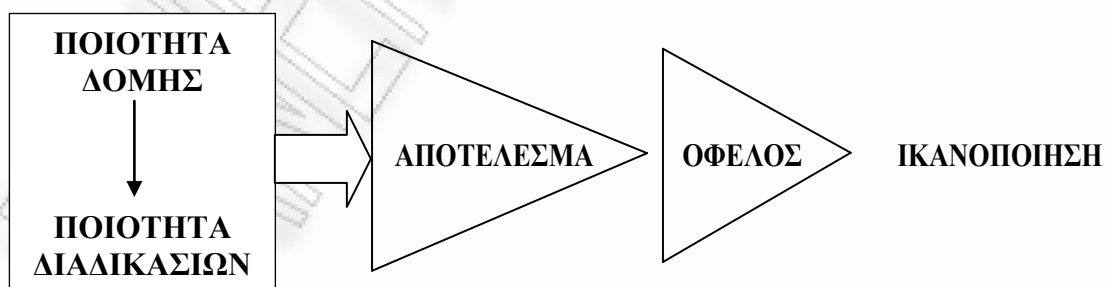
**Π
Ο
Ι
Ο
Τ
Η
Τ
Α

Δ
Ι
Α
Δ
Ι
Κ
Α
Σ
Ι
Α
Σ**

Διάγραμμα 3.4 β Ποιότητα Διαδικασίας

3) *Αποτελέσματα (Outcomes)* αναφέρονται στην συνολική επίδραση της προσφερόμενης φροντίδας στην υγεία καθώς και στην ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών. Η ποιότητα των αποτελεσμάτων μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με την προοπτική εξέτασης. Κάθε άτομο που μετέχει στο σύστημα υγείας αντιλαμβάνεται διαφορετικά το επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε πρώτο επίπεδο τα αποτελέσματα προσδιορίζονται από την αποδοτικότητα της υπηρεσίας, την αποτελεσματικότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και το όφελος που τελικά αποκόμισε ο ασθενής σε σχέση με την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών του. Το όφελος μπορεί να αναλυθεί περαιτέρω ως προς το Κλινικό αποτέλεσμα, την Ποιότητα Ζωής (ως μέτρο σύγκρισης του επιπέδου υγείας και διαβίωσης του ασθενούς πριν και μετά την λήψη της φροντίδας) και την Ικανοποίηση του ασθενούς.

Τα Αποτελέσματα διαμορφώνουν την εικόνα της ποιότητας του συστήματος υγείας στο εξωτερικό περιβάλλον. Η βελτίωση τους δεν είναι δυνατή με άμεσες επεμβάσεις παρά μόνο μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των δομών και των διαδικασιών. Αυτό γίνεται φανερό στο διάγραμμα 3.4γ που παρουσιάζει την διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας του αποτελέσματος.



ΑΠΟΛΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Διάγραμμα 3.4γ: Ποιότητα Αποτελέσματος

3.5.1 Ποιότητα και Ικανοποίηση ασθενών³⁹

Ακόμη και σήμερα, ενώ αντιλαμβανόμαστε τι σημαίνει ο όρος ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, δεν είμαστε σε θέση να αποδώσουμε έναν σαφή και κοινά αποδεκτό ορισμό. Δια τούτο παραθέτουμε μια σειρά ορισμών που δόθηκαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και ουσιαστικά αφορούσαν το σύνολο των πλευρών της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο A. Donabedian ο πρώτος που εργάστηκε για την ικανοποίηση του ασθενούς την όρισε ως τον δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό (Θεοδοσόπουλος, 2002)⁴⁰.

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών⁴¹. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987)⁴². Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση. Κατά τον Karydis et al (2001)⁴³, η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

- 1 Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.

- 2 Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτής της μορφής τις υπηρεσίες.
- 3 Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς. (Mosialos, 1991)⁴⁴
- 4 Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί. (Eastaugh, 1987)⁴⁵
- 5 Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος.

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφτούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τόσο τις λεκτικές όσο και τις μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angelopoulou, 1999)¹⁸.

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας. Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994)⁴⁶ καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας (Smith, 2000)²⁵.

Κατά τον Pascoe⁴⁷ η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως η γενική αντίδρασή του σε παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών. (Clearly D. Paul, Barbara J. McNeil, 1988)⁴⁸.

Ο Guzman υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή. (Μερκούρης, 1996)⁴⁹.

Ευρέως αποδεκτός ορισμός επίσης είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται (Μερκούρης, 1996)⁵³.

Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους:

α. Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας

β. Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι ακόμη και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά τη φροντίδα που του παρέχεται, αν αποδειχθεί ότι υπήρξαν άλλες «ελαφρυντικές» καταστάσεις. (Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., 2002)⁴².

Επιχειρώντας ένα σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενούς οφείλουμε να θεωρήσουμε δυο παραμέτρους:

- Τα ερεθίσματα και τη χρησιμότητα της κριτικής και τις αντιδράσεις. Ο ασθενής εισερχόμενος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας έρχεται σε άμεση επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί να απαντά ή όχι ανάλογα με τους αισθητήριους υποδοχείς του. Καθώς παρατηρεί τα ερεθίσματα αυτά ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνειδητες κρίσεις. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδει στα ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο κλειδί-στοιχείο της ικανοποίησης που οι μελετητές επιθυμούν να μετρήσουν^{34,35}.
- Οι ατομικές διαφορές και τα αποτελέσματα. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία σε σχέση με το τι θα ήθελαν να λάβουν από την υπηρεσία καθώς και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν υπό κανονικές συνθήκες. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστούν οι διαφορές που προκύπτουν από άτομο σε άτομο μιας και οι απαιτήσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι ξεχωριστά για κάθε άτομο^{34,35}.

Συμπερασματικά η ικανοποίηση του ασθενούς μέσα στα πλαίσια προσπάθειας ορισμού της είναι μια δυναμική λειτουργία που αφορά τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

3.5.2 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

α. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.

β. Οι σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι πιθανό να μην ικανοποιηθεί ο ασθενής. (Τσελέπη, 2000)⁵⁰.

γ. Ο Straser τοποθετεί τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση σε υψηλή θέση ως προς το βαθμό επηρεασμού της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. (Ραφτόπουλος, 2002)⁵¹.

Οι Fitzpatrick, Fox και Storms υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση⁵¹

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο όπως προκύπτει σε μερικές έρευνες φαίνεται να μην συσχετίζεται με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες. (Ραφτόπουλος, 2002)⁵¹.

Οι Hall και Dornan⁵² θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα, και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayat και Salter⁵³ ενίσχυσαν αυτή την άποψη, καθώς ανακάλυψαν και αυτοί συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης. (Ραφτόπουλος, 2002)⁵¹.

3.5.3 Μέτρηση της ικανοποίησης

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να αποτελεί απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους.

3.5.4 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Εκτός όμως από τα σημαντικά, θετικά οφέλη που έχει ο παράγοντας ικανοποίησης για τους ασθενείς (ταχύτερη ανάρρωση, μικρότερος χρόνος νοσηλείας), έχει σημαντικά οφέλη και για την ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στη Διοίκηση

στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει όταν χρειάζεται. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους: α) αυξάνει το αληθές της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό, β) αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή, γ) προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια, δ) προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία, ε) διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων και στ) κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας - τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής- να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. (Παπανικολάου, 1994)⁵⁴.

Μερικά από τα σπουδαιότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρονται παρακάτω:

1. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του άλγους, την αποφυγή επιπλοκών, που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος. (Μερκούρης, 1996)⁴⁹.
2. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας, αλλά εξισώνεται με αυτο-θεραπεία. (Μερκούρης, 1996)⁴⁹.
3. Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να συλλεχθούν πληροφορίες, που σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας. Δια τούτο πολλοί ερευνητές (Α. Donabedian) τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.
4. Αποτελεί ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου ωθώντας την Διοίκηση σε επιβράβευση ή εξάλειψη - διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Επιπρόσθετα και μόνο το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει, ότι οι

υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή. Γεγονός που αυτό και μόνο συμβάλει στην ανάταση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του, σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν. (Μερκούρης, 1996)⁴⁹.

5. Τέλος μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών. Υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του ανταγωνιστών του διότι:

- Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσιών
- Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο καταναλωτής υπηρεσιών.
- Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

32. WHO, "Health for All by Year 2000", 1980
33. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L, Servqual: "A Multiple Item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing* 1988;64,12-40
34. Παπανικολάου Β. «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, 2006, Εκδ. Θεμέλιο
35. Αδαμαντίδου Τ.: «Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας», *Επιθεώρηση Υγείας* Ιούλιος - Αύγουστος 2004 Σελ. 29 - 31
36. Γκούρα Π., «Οικονομικές Διαστάσεις της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά. Νοέμβριος 2000: Σελ. 2 - 7
37. Slater, C. H. 'What Is Outcomes Research and What Can It Tell Us ?.' *Eval Health Prof* 20 : (1997). 243-264
38. Oz, M.C., Zikira, J., Mutrie, C., Slater, J.P., Scott, C., Lehman, S., Connolly, M.W., Asher, D.T., Ting, W., Namerow, P.B. "Patient evaluation of the hotel function of hospitals", *Heart Surgery Forum*, Vol. 4 No.2, 2001, pp.166-71.
39. Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
40. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», *Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα, 29/02/2004, Ιανουάριος -Μάρτιος 2002
41. Yucelt, U. "An Investigation of Causes of Patient Satisfaction/Dissatisfaction with Physician Services," *Health Marketing Quarterly*, 1994, 12(2), 11-28.
42. Kotler, P., and R. Clarke. "Marketing for Health Care Organizations". 1987. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
43. A. Karydis, M. Komboli-Kodovazeniti, D. Hatzigeorgiou and V. Panis 'Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care' *International Journal for Quality in Health Care* 13:409-416 (2001)
44. Mosialos, H. "The economic behaviour of the hospital", *Iatriko Vima*, 1991, pp.63-70.
45. Eastaugh, S, *Financing Health Care*, Auburn House, 1987Dover, MA, .

46. **Taylor, S., & Cronin, J., Jr.** ‘*Modeling patient satisfaction and service quality*’ *Journal of Health Care Marketing*, (1994). 14 (1), 34-43.
47. **Pascoe GC.** ‘*Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.*’ *Eval Program Plann.* 1983;6 (3-4):185–210.
48. **Cleary D. Paul and Barbara J McNeil** ‘*Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care*’ *Inquiry* ,25, Spring 1988; 25-36
49. **Μερκούρης Α.**, “Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών” διδακτορική διατριβή, Αθήνα,1996
50. **Τσελέπη Χ.** «Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας» τομ.Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000
51. **Ραφτόπουλος Β.**, «*Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002
52. **Hall JA, Dornan MC.** ‘*What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature.*’ *Soc Sci Med.* 1988; 27(9):935–939
53. **Khayat, K. and B. Salter** ‘*Patient Satisfaction Surveys as a Market Research’ Tool for General Practices,*” *British Journal of General Practice*, 1994, 215-19.
54. **Παπανικολάου Β.**, «*Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα 1994

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία

Μια σειρά από πρόσφατες μελέτες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται να μην είναι ικανοποιημένοι σε θέματα που αφορούν ποιότητα, κόστος και αξιοπιστία των μονάδων υγείας. Ενδεικτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των Καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως πτωχές (Donelan 1999/2000)⁵⁵.

Μεγάλη πρόκληση αποτελεί από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων, τόσο η κατάλληλη θεραπεία όσο και το ευχάριστο και ικανοποιητικό περιβάλλον ανάρρωσης.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι (Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting, 1997):

1. Μερική χρήση υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας όλων των απαιτούμενων μέσων για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά επιπλοκών στους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας.
2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπέρμετρη αντιμετώπιση και χρήση από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας τόσο στο θέμα των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων όσο

και στην διενέργεια πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, μπορεί να οδηγήσει σε διόγκωση του κόστους της θεραπευτικής παρέμβασης και σχετική τροποποίηση του κόστους για υπηρεσίες υγείας.

3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες επηρεάζουν και αυτά με την σειρά τους το κόστος υγείας.
4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation): η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί σε όλον τον κόσμο. Παράλληλα, οι Norman Weinberg et al. (1998) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:⁵⁶
 1. Λανθασμένη αρχική διάγνωση
 2. Καθυστερημένη διάγνωση
 3. Μη αποτελεσματική θεραπεία που μπορεί να οφείλεται είτε σε λάθος συνταγογράφησης είτε λόγω μη προβλεπόμενης δοσολογίας είτε λόγω εμφάνισης επιπλοκών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργικό σοκ). Στο σημείο αυτό βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός είναι μοναδικός στην αντίδραση που θα εμφανίσει σε κάθε υπό χρήση σκεύασμα καθώς και το γεγονός κατά το οποίο η θεραπευτική παρέμβαση είναι τέχνη πιθανοτήτων⁵⁶.

Οι Norman Weinberg et al. (1998) τονίζουν ότι τα παραπάνω προβλήματα δύναται να προκλήθηκαν από μια σειρά παραγόντων όπως λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη κλινικής εξέτασης, μη ορθή αξιολόγηση συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης.) από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή)⁵⁶.

Τα λάθη που λαμβάνουν χώρα, σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται είτε σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου είτε σε υπερκόπωση των θεραπόντων αλλά ακόμα και σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις. Η ανάγκη εδραίωσης συστήματος διασφάλισης ποιότητας καθίσταται επιτακτική και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας⁵⁶.

Βελτιώσεις στην υγεία - Ιστορική αναδρομή

Τα τελευταία 150 χρόνια έλαβε χώρα σημαντική αλλαγή στον τομέα της υγείας, με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και την βελτιστοποίηση των δεικτών που αφορούν την ποιότητα- quality adjusted life years- και την παραγωγικότητα⁵⁷.

Η δομή και τα ανθρωπομορφικά χαρακτηριστικά μεταβλήθηκαν σε σημαντικό βαθμό. Η βελτίωση στον τομέα της υγείας έδωσε νέα ώθηση στην παγκόσμια οικονομία διεθνώς⁵⁸. Μεταξύ του 16^{ου} και στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, το προσδόκιμο ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο είχε διακυμάνσεις αλλά σε κάθε περίπτωση δεν ξεπέρασε τα 40 έτη, χωρίς να υπάρχουν ανοδικές τάσεις⁵⁹ ενώ άρχισε να αυξάνεται αργά αλλά σταθερά στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα και εκτοξεύθηκε σημαντικά στον 20^ο αιώνα αρχικά στην Ευρώπη και στη συνέχεια στον υπόλοιπο κόσμο⁵⁷.

Ιστορικοί οικονομολόγοι διαφωνούν ακόμα, για την γένεση των αλλαγών αλλά συγκλίνουν στο ότι η αύξηση του εισοδήματος και η ακόλουθη βελτίωση στην διαθεσιμότητα τροφής και υγιεινής υπήρξε η κυριότερη αιτία περιορισμού της θνησιμότητας του πληθυσμού.

Τον 20^ο αιώνα, παρόλα αυτά, πιστεύεται ότι οι τεχνικές βελτίωσης υπήρξαν καταλύτης, ιδιαίτερα η ανακάλυψη της θεωρίας των μικροβίων, η καλύτερη κατανόηση θεμάτων υγιεινής και η ανάπτυξη των αντιβιοτικών και των εμβολίων⁶⁰.

Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα της Χιλής αναφορικά με τη σημαντική μείωση των δεικτών θνησιμότητας. Ένα κορίτσι που γεννήθηκε στη χώρα αυτή το 1910, ζούσε κατά Μ.Ο 33 χρόνια. Σήμερα, το προσδόκιμο ζωής της φτάνει τα 78 χρόνια (2 έτη μόλις λιγότερα από αυτό των Η.Π.Α). Επίσης η βρεφική θνησιμότητα τότε, ήταν λίγο περισσότερο από 1/3. Σήμερα το αντίστοιχο ποσοστό έχει μειωθεί στο 1/50. Αντιστοίχως, έχουν μειωθεί και τα ποσοστά παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας από ασθένειες που στο παρελθόν χτυπούσαν ολόκληρους πληθυσμούς όπως η φυματίωση. Αντίστοιχες βελτιώσεις σε ποσοστά θνησιμότητας αφορούν και τον πληθυσμό μέσης ηλικίας⁵⁸.

Ο περιορισμός των θανάτων, δημιούργησε σημαντικότερες οικονομικές συνέπειες. Η επίδραση της υγείας στο ΑΕΠ υπήρξε σημαντική καθώς κάθε επιπλέον χρόνος στο προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται ότι αυξάνει το κατά κεφαλή ΑΕΠ κατά 4%.⁵⁷

4.2 Βελτίωση Ποιότητας

Πρέπει να τονιστεί η διαφοροποίηση των εννοιών μεταξύ Βελτίωση Ποιότητας και Διασφάλιση Ποιότητας. Ο Berwick⁶¹ και οι Roberts και Schyne⁶² είχαν εντοπίσει τις βασικές διαφορές οι οποίες παρουσιάζονται συγκεντρωμένες στον ακόλουθο

Πίνακα 4.2α. Διαφορές Διασφάλισης Ποιότητας - Βελτίωσης Ποιότητας

ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
Λειτουργία εξειδικευμένου προσωπικού	Ευθύνη όλων
Εξετάζει τον ιατρό και το σύνολο των ατόμων που παρέχουν φροντίδα	Μελετά τις διεργασίες παραγωγής
Αναζητεί αποκλίσεις από το καθιερωμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις	Προσέχει τις αποκλίσεις αλλά εστιάζει πιο πολύ στη βελτίωση του μέσου όρου
Ρωτάει ποιος κάνει τι εδώ	Ρωτάει: Πως μπορεί να ολοκληρωθεί το νοσοκομειακό έργο
Ρωτάει γιατί αυτό είναι διαφορετικό	Ρωτάει πως μπορούμε να το κάνουμε καλύτερο
Η ετήσια έκθεση θα μπορούσε να σημειώσει ότι η θνησιμότητα των χειρουργείων ήταν 5%	Η ετήσια έκθεση θα έθετε στόχο για τα επόμενα χρόνια να μειώσει το ποσοστό κάτω από 3%
Χρησιμοποιεί πρότυπα απόδοσης. Όταν η απόδοση δεν είναι σύμφωνη με αυτά, οι managers αναπτύσσουν	Προσπαθεί να βελτιώνει συνεχώς τις δυνατότητες των διεργασιών να καλύπτουν πληρέστερα τις προδιαγραφές που τίθενται από τους ασθενείς, τους

σχέδια δράσης.	εργαζόμενους και τους δικαιούχους του Νοσοκομείου.
Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλεύτριες/τες και άλλους επαγγελματίες.	Βασίζεται στην προϋπόθεση ότι στην ανάλυση των προβλημάτων και στη διαμόρφωση των λύσεων πρέπει να συμμετέχει ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών και ιεραρχικών επιπέδων.
Οι εκθέσεις για την ποιότητα χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως «τέλειος» ή «απαιτών βελτίωση»	Οι εκθέσεις είναι λιγότερο κριτικές και περισσότερο αναλυτικές. Χρησιμοποιεί διαγράμματα ροής διεργασιών και διαγράμματα ελέγχου.
Οι εκθέσεις για την ποιότητα προετοιμάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό	Οι αντίστοιχες εκθέσεις συντάσσονται από μέλη ομάδων εργασίας από κάθε τμήμα του νοσοκομείου.
Οι εκθέσεις ζητούν συγκεκριμένες ενέργειες management, όπως ο σχηματισμός ομάδων για την ανάληψη αποστολών.	Οι εκθέσεις δίνουν στους managers το σύνολο των πληροφοριών που ζητούν για την βελτίωση της ποιότητας

Ο αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας Donabedian εισήγαγε τρεις βασικούς τρόπους για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα⁶³:

1. Η μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή η αξιολόγηση των προϊόντων μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
2. Η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
3. Η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας. Σήμερα στον κλάδο της ποιότητας στην υγεία επικρατεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (continuous quality improvement), η οποία ξεπερνά την απλή μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση ποιότητας είναι μια δυναμική προσέγγιση στην διασφάλιση της ποιότητας μιας περίπλοκης δομής, όπως οι νοσοκομειακές μονάδες. Η βελτίωση ποιότητας αφορά τόσο τη

συλλογική προσπάθεια, όσο και την σημασία της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό⁶³.

Η συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (CQI) αφορά όλα τα επίπεδα της επιχείρησης, από τη λήψη αποφάσεων μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Προάγει τις ικανότητες των εργαζομένων, των λειτουργιών της επιχείρησης, της τεχνολογίας καθώς και την παραγωγή.

Κατά τον Gilbert (1992), ακρογωνιαίος λίθος της Βελτίωσης Ποιότητας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

1. Πρόληψη των ίδιων των λαθών
2. Πρόληψη από την διάδοση των λαθών στα επόμενα στάδια της παραγωγής
3. Διακοπή παραγωγής μέχρι την εξακρίβωση του λάθους⁶⁴.

Η Βελτίωση ποιότητας αφορά όλες τις κλινικές εφαρμογές. Βασικά στοιχεία της αφορούν τη δέσμευση του προσωπικού, τη συστηματική καταγραφή και ανάλυση δεδομένων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων και τη ενεργή υποστήριξη της διοίκησης. Η εκτίμηση των τάσεων και των αιτιών των προβλημάτων γεφυρώνουν το κενό και προσφέρουν τον απαραίτητο σύνδεσμο για την λήψη αναγκαίων μέτρων (Weinberg et al, 1998)⁵⁶.

4.3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας⁶⁵

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει άμεσα το κοινωνικό σύνολο. Πρωτίστως ενδιαφέρει τους ασθενείς, που είναι χρήστες - καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και κατ' επέκταση τους συγγενείς τους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει, επίσης τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα - τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς) και τέλος, την ίδια την κοινωνία στο σύνολο της. Πρέπει να σημειωθεί ότι η βελτιστοποίηση της ποιότητας καθώς και η διαρκής προσπάθεια για την

επίτευξη αυτής συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για το σύνολο των συμμετεχόντων στους φορείς των υπηρεσιών υγείας.

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές - υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα. Ακολούθως αναφέρονται:

1. Οφέλη για τον ασθενή.

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής νόσου που αφορά τους ασθενείς καθώς και την επιλογή της απαιτούμενης θεραπευτικής παρέμβαση με βάση την ειδικότητα και την ευαισθησία της νόσου. Πρόσθετο όφελος είναι η αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής.
- Ψυχολογικά οφέλη. Σχετίζονται αφ' ενός με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί η παθολογία του ασθενούς αφ' ετέρου και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, επηρεάζει θετικά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο λοιπόν περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενούς, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επιπρόσθετα η ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής στη νοσοκομειακή μονάδα επηρεάζει θετικά το ψυχολογικό υπόβαθρο του ασθενούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, τόσο αποτελεσματικά όσο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, το κόστος υγείας που θα υποστεί ο ασθενής είτε άμεσα είτε έμμεσα θα είναι σημαντικά μικρότερο.

2. Οφέλη επαγγελματιών υγείας.

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.ά.) συνίστανται κυρίως στα ακόλουθα:

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Στην απαλλαγή τους από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος.
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους.
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Οικονομικά οφέλη. Η μείωση του λειτουργικού κόστους, όπως αυτή επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, συνεπεία της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν με την σειρά τους να διατεθούν για την κάλυψη άλλων λειτουργικών αναγκών όπως τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, εξοικονόμηση κονδυλίων για κλινική έρευνα και άλλες δραστηριότητες που εξασφαλίζουν την απώτερη βελτιστοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών με ό,τι αυτό δύναται να προκαλέσει ακόμα και σε επίπεδο υστεροφημίας.

4. Οφέλη για του ασφαλιστικούς φορείς.

- Οικονομικά οφέλη. Αφορούν τη μείωση του ύψους των δαπανών υγείας δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Αφορούν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων απόρροια της υψηλού επιπέδου ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η αίσθηση ικανοποίησης από την ορθή και παραγωγική επιτέλεση του έργου και των υπηρεσιών που απορρέουν από αυτές.

5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα ο περιορισμός των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας οφείλει πάντα το κράτος.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, την βελτιστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών - καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο.

4.4 Εργαλεία για την βελτίωση της ποιότητας^{66,152,31.}

Τα εργαλεία ποιότητας είναι μεγάλης σημασίας για την επιτυχή διεκπεραίωση της διοίκησης ολικής ποιότητας και δύναται να διαχωριστούν σε ποσοτικά ως εργαλεία μέτρησης και σε ποιοτικά ως εργαλεία σχεδίασης. Συγκεκριμένα τα εργαλεία μέτρησης καταγράφουν τα αποτελέσματα των διαδικασιών, μέσω της αντικειμενικής ανάλυσης των δεδομένων ενώ τα εργαλεία σχεδίασης αφορούν τον τρόπο εφαρμογής της ποιότητας στοχεύοντας πάντα στην βελτιστοποίηση των διαδικασιών. Μια σειρά μελετών και ερευνών απέδειξε την χρήση των ποσοτικών εργαλείων από επιχειρήσεις που κατέχουν ήδη σημαντικό μερίδιο της αγοράς σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μιας και η ελλιπής εκπαίδευση των στελεχών τους, τους οδηγεί στη μη χρήση των σημαντικών αυτών εργαλείων.

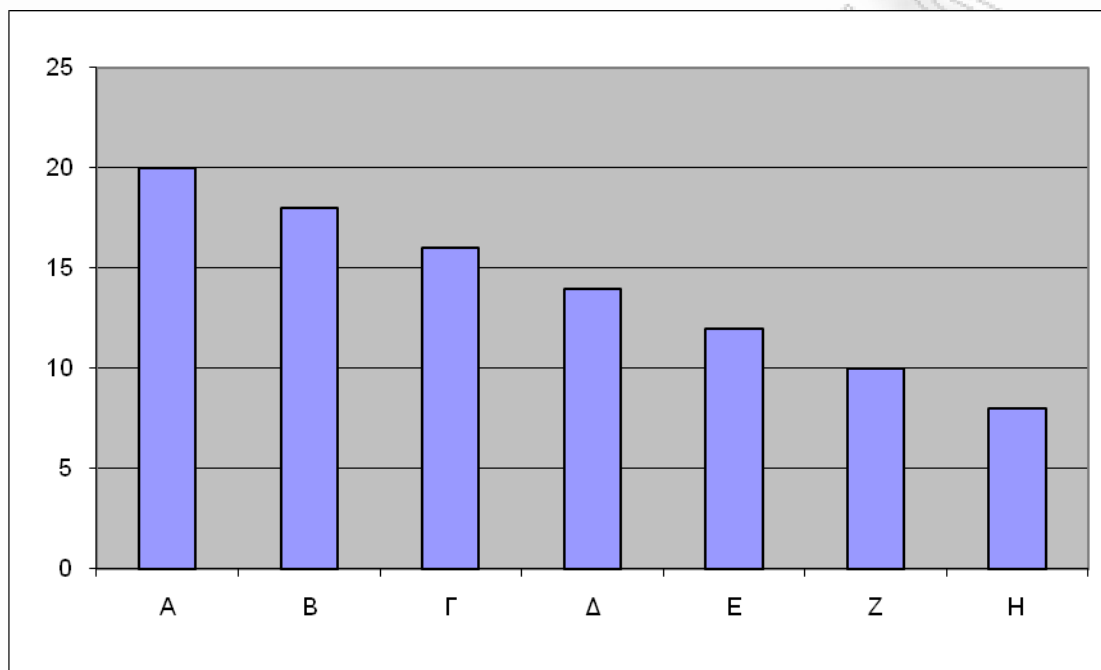
Με βάση τις ρήσεις μερικών από τους σημαντικότερους εκ των Guru της ποιότητας, επτά είναι τα εργαλεία που μπορούν να επιστρατευτούν για τη βελτίωση της ποιότητας σε όλες τις διαδικασίες της. Τα ποσοτικά εργαλεία παρουσιάζονται συνοπτικά ακολούθως και είναι: τα διαγράμματα ελέγχου (control charts), τα διαγράμματα διασποράς (scatter diagrams), Pareto charts, η δειγματοληψία και τα ιστογράμματα.

4.4.1 Διάγραμμα Pareto

Η ανάλυση Pareto (Pareto, 1848 - 1923, Ιταλός πολιτικός οικονομολόγος) αποτελεί τη γραφική αναπαράσταση των αιτιών του προβλήματος, ταξινομημένων ανάλογα με τη σημασία και τις επιπτώσεις τους. Τοιουτοτρόπως, το διάγραμμα Pareto επικουρεί τη λήψη αποφάσεων, μιας και καταδεικνύει ξεκάθαρα τα αίτια που έχουν τις μεγαλύτερες επιδράσεις από την πλευρά. Τα αίτια που προκαλούν τα μεγαλύτερα κόστη. Η αρχή του Pareto βασίζεται στον κανόνα “80-20”, όπου 80% των επιδράσεων θεωρούνται το αποτέλεσμα ενός 20% πιθανών αιτιών ή επιδρώντων παραγόντων. Αν επικεντρώσουμε δηλαδή την προσοχή μας στο 20% των αιτιών επηρεάζουμε σε σημαντικότερο βαθμό τα αποτελέσματα μιας και επηρεάζονται τα 80% των αποτελεσμάτων.

Κατά τη σχεδίαση ενός διαγράμματος Pareto, όλα τα φαινόμενα του υπό ανάλυση προβλήματος που παρατηρούνται (π.χ. είδη ή τρόποι λαθών) καταγράφονται και κατηγοριοποιούνται με βάση τη σπουδαιότητα και την συχνότητα εμφάνισής τους. Στη συνέχεια, γίνεται η επικέντρωση στα πιο κρίσιμα κριτήρια - αιτίες ή προβλήματα τα οποία με την σειρά τους θα καθορίσουν τη σειρά ιεραρχικής και αποτελεσματικότερης επίλυσης των προβλημάτων ενώ τελικά αναλύει την επιρροή των αλλαγών πριν και μετά την εμφάνιση τους.

Τυπική μορφή του διαγράμματος Pareto παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4.4.1 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 4.4.1 Pareto

Πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι η χρήση του διαγράμματος Pareto γίνεται συνήθως σε συνδυασμό με το διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος.

4.4.2 Διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος

Το διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος (γνωστό και ως διάγραμμα Ishikawa ή διάγραμμα - ψαροκόκαλο) αποτελεί γραφική συνοπτική και λογική αναπαράσταση αιτιών / αποτελεσμάτων ενώ χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1943 σε ιαπωνική βιομηχανία χάλυβα από τον Kaoru Ishikawa προκειμένου να επιλύσει μια σειρά προβλημάτων ποιότητας στην γραμμή παραγωγής. Όπως προέκυψε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα σπανίως έχει μια και μοναδική αιτία. Πρακτικώς, μπορεί κανείς να επιλέξει τα συγκεκριμένα πεδία που σχετίζονται με τα αίτια που πρόκειται να αναλυθούν.

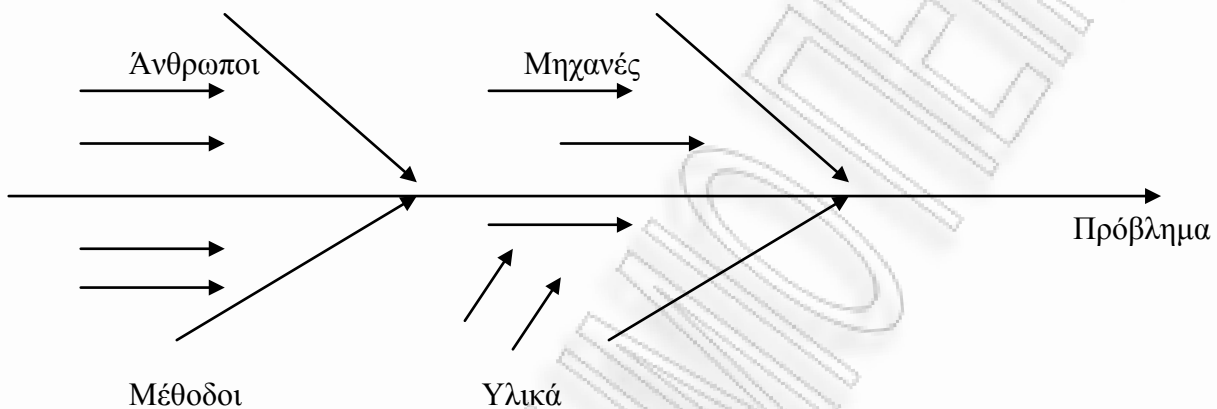
Οι βασικές συνιστώσες ενός προβλήματος είναι συνήθως επτά και συνοψίζονται στις ακόλουθες:

- Ο ανθρώπινος παράγοντας διερευνά την υπόθεση κατά πόσο οι εργαζόμενοι έχουν την κατάλληλη εμπειρία, τα κατάλληλα κίνητρα και την εκπαίδευση.
- Ο τρόπος διαχείρισης που εξετάζει την υπόθεση κατά πόσο η διοίκηση παρέχει επαρκή στήριξη, πληροφόρηση και τα κατάλληλα μέσα για την βελτιστοποίηση των διαδικασιών.
- Οι μέθοδοι εργασίας εξετάζουν κατά πόσο χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες τεχνικές στην διαμόρφωση των διαδικασιών και εάν αυτές μπορούν να ελεγχθούν.
- Οι μετρήσεις που αφορούν όλες τις πιθανές και γνωστές παραμέτρους μέτρησης.
- Ο εξοπλισμός και η προβλεπόμενη συντήρηση αυτού.
- Τα υλικά και κατά πόσο η διαχείριση προμηθειών καλύπτει όλες τις προβλεπόμενες διαδικασίες
- Το περιβάλλον το οποίο και αυτό επηρεάζει με την σειρά του το αποτέλεσμα.

Συνηθέστερα επιλέγονται τα πεδία “Ανθρωποι”, “Μηχανές”, “Μέθοδοι” και “Υλικά”, όμως σημαντικά είναι και τα πεδία “Περιβάλλον” και “Διαχείριση”. Προκειμένου να λάβει χώρα μια ολοκληρωμένη ανάλυση αιτιών συγκεκριμένου αποτελέσματος, επιβάλλεται να συνταχθεί λίστα με όλους τους παράγοντες που πιθανώς συνδέονται με το πρόβλημα, να αναφέρεται ο ρόλος και οι επιπτώσεις τους, και προοδευτικά να αφαιρούνται τα αίτια που έχουν την μικρότερη δυνατή συσχέτιση με το υπό εξέταση πρόβλημα.

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

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



Διάγραμμα 4.4.2: Αιτίας – αποτελέσματος

4.4.3 Φύλλο καταγραφής δεδομένων

Το φύλλο συγκέντρωσης δεδομένων χρησιμοποιείται στη συστηματική συλλογή, στον εντοπισμό των τάσεων και των ομοιοτήτων, στη αποκρυστάλλωση της εικόνας για την κατάσταση και αποτελεί με τη σειρά της τη βάση για το σύνολο των απεικονιστικών μετρήσεων των γραφικών αναπαραστάσεων και αναλύσεων.

Η απλή αυτή μέθοδος, επικουρεί τον καθορισμό των κατηγοριών λαθών του προϊόντος ή της υπηρεσίας και η συχνότητα εμφάνισης τους μπορούν να καταγραφούν στο φύλλο συγκέντρωσης δεδομένων.

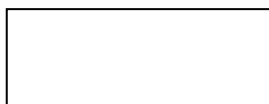
Η μορφή αυτού του εντύπου αποφασίζεται ανάλογα με τις ανάγκες της παραγωγικής διαδικασίας της επιχείρησης και πρέπει να περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή αποτύπωση και παρακολούθησή της.

4.4.4 Διάγραμμα Ροής

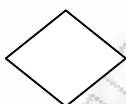
Το διάγραμμα ροής στοχεύει στην απεικόνιση μιας περίπλοκης διεργασίας που αποτελείται από ποικίλες αρμοδιότητες και δραστηριότητες. Η αποτύπωση πρέπει να γίνεται με απλό και σαφή τρόπο, ώστε να διασαφηνισθεί η δομή και η λογική της. Οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη διεργασία πρέπει να εντοπίζουν τα καθήκοντά τους ευκολότερα από ό,τι αν έπρεπε να διαβάσουν μια γραπτή περιγραφή της διεργασίας. Έτσι με τη χρήση πέντε μόνο διαφορετικών συμβόλων αναγνωρίζονται οι βασικές πτυχές μιας διεργασίας.



Όρια / πλαίσια (π.χ. έναρξη /λήξη)



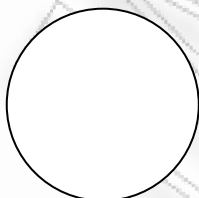
Επεξεργασία (π.χ. δραστηριότητα)



Διακλάδωση (π.χ. απόφαση ναι /όχι)



Δεδομένα τεκμηριωμένα (π.χ έγγραφα)



Αλληλεπίδραση (π.χ μετάβαση σε άλλη διαδικασία)

Διάγραμμα 4.4.4: Ροής

4.4.5 Διάγραμμα Ελέγχου

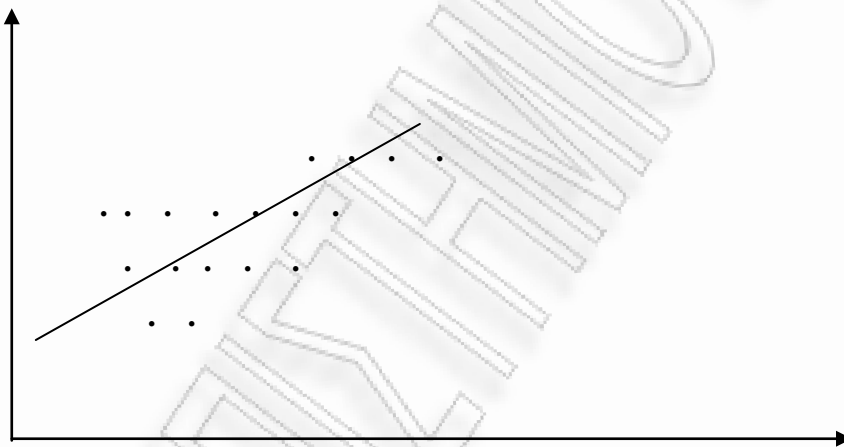
Το διάγραμμα ελέγχου ποιότητας αποτελεί έντυπο που χρησιμοποιείται για την γραφική αναπαράσταση των τιμών που καταγράφονται κατά τη διάρκεια μιας σειράς τυχαίων ελέγχων. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι απεικονίζει το αποδεκτό εύρος της απόκλισης ενός ποιοτικού ή άλλου χαρακτηριστικού. Παρουσιάζει τη μεταβλητότητα μιας διαδικασίας στη διάρκεια του χρόνου. Τα διαγράμματα αυτά βασίζονται στη κανονικότητα των δεδομένων και παρουσιάζουν ανώτατα και κατώτατα όρια ελέγχου. Τα όρια αυτού του εύρους καθορίζονται στο διάγραμμα από δύο παράλληλες γραμμές που αναπαριστούν αντιστοίχως το ανώτερο και κατώτερο όριο ελέγχου. Η γραμμή που βρίσκεται μεταξύ των ορίων ελέγχου παριστάνει το μέσο όρο. Η διακύμανση της διαδικασίας ορίζεται ως απόκλιση και οι αποκλίσεις είναι δύο ειδών, οι ειδικές αποκλίσεις (special causes) που εντοπίζονται εκτός των ανώτατων και των κατώτατων τιμών και οι συνήθεις αποκλίσεις (common causes) που εντοπίζονται πάνω ή κάτω από τη μέση τιμή. Τυπική μορφή διαγράμματος ελέγχου παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4.7.5 που ακολουθεί



Διάγραμμα 4.4.5: Διάγραμμα ελέγχου

4.4.6 Διάγραμμα Διασποράς

Τα διαγράμματα διασποράς ερευνούν μέσω γραφικής παράστασης τη συσχέτιση των μεταβλητών, ώστε να εντοπισθούν οι συσχετισμοί ανάμεσα στις τιμές τους. Μπορεί να δείξει πως μια ανεξάρτητη μεταβλητή Y μεταβάλλεται όταν μεταβάλλεται μια ανεξάρτητη μεταβλητή X . Οι μεταβλητές που αναλύονται στα διαγράμματα αυτά είναι συνήθως οι αιτίες που προσδιορίστηκαν στο διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος. Η σχέση αυτή μπορεί να έχει τις εξής τρεις μορφές: θετική, αρνητική και απροσδιόριστη. Θετική είναι η σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών όταν αυξανόμενη της μιας αυξάνεται και η άλλη. Σε αντίθετη περίπτωση, η σχέση είναι αρνητική και τέλος όταν η μεταβολή της μιας δεν επηρεάζει την άλλη η σχέση είναι απροσδιόριστη. Τυπική μορφή διαγράμματος διασποράς παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4.4.6

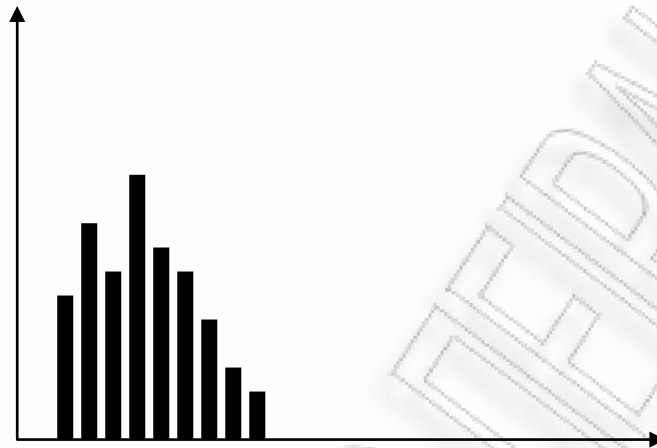


Διάγραμμα 4.4.6: Διάγραμμα Διασποράς

4.4.7. Διάγραμμα Ιστογράμματος

Το ιστόγραμμα αποτελεί κλασική γραφική αναπαράσταση της κατανομής συχνότητας. Η κατανομή γίνεται υπό τη μορφή στηλών που αντιστοιχούν στις συχνότητες των μετρούμενων αξιών. Τα δεδομένα χωρίζονται σε κατηγορίες ενώ εμφανίζονται η συχνότητα ή και ο αριθμός των παρατηρήσεων συγκεκριμένης τιμής. Η απεικόνιση της σχετικής συχνότητας των χαρακτηριστικών τιμών (μετρούμενες αξίες) μιας διεργασίας δείχνει το εύρος της κατανομής τους και του κύριους τομείς (θέση, μορφή). Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να εντοπισθούν ευκολότερα οι τάσεις. Στην περίπτωση απουσίας κανονικότητας τότε θα μπορούσε να γίνει η υπόθεση πως η διαδικασία επηρεάζεται από

παράγοντες και άρα η διαδικασία επιδέχεται βελτίωσης. Τυπική μορφή ιστογράμματος παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4.7.7



Διάγραμμα 4.4.7: Ιστόγραμμα

4.5. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος^{27,28}

Η διαρκής αύξηση των δαπανών υγείας που λαμβάνει χώρα τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες - χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα - σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στη συγκράτηση ή και την περιστολή των δαπανών υγείας.

Το σύνολο των συστημάτων υγείας ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα έχουν σαν στόχο τη συγκράτηση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Περικοπή δημοσίων δαπανών από άλλους κοινωνικούς τομείς (παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση) επιβάλλει τη βέλτιστη διαχείριση και αντιμετώπιση του πραγματικού δεδομένου της αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολό της (Γείτονα - Κοντούλη, 1992).

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος που συνεπάγεται η χαμηλή

ποιότητα των υπηρεσιών, μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ερευνητών.

Σύμφωνα με μελέτη του Αγγελόπουλου και συνεργατών το 20 - 30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου αποτελεί προϊόν λαθών, επαναλαμβανομένων προβλημάτων, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων (Αγγελόπουλος, 1995)⁶⁵.

Η πορεία προς την υπεροχή, κοστίζει λιγότερο σε έναν οργανισμό που διαθέτει συστήματα ποιότητας από ότι σε εκείνον που δεν διαθέτει. Ενδεικτικά μπορεί να σημειωθεί μια σειρά από πιθανότατα τυχαία και μεμονωμένα γεγονότα τα οποία με την σειρά τους καταδεικνύουν πως μια απλή διαδικασία ελέγχου ενδοκλινικής λειτουργίας μπορεί να αποτρέψει σημαντικότερες μη επιθυμητές ακόλουθες διεργασίες όπως επί παραδείγματι η σηματοδότηση προεγχειρητικά του ορθού προς χειρουργική αποκατάσταση σκέλους προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα χειρουργικής αποκατάστασης λάθους σκέλους με οτιδήποτε αυτό μπορεί να συνεπάγεται για το σύνολο των εμπλεκόμενων φορέων τόσο από πλευράς οικονομικής ζημίας όσο και επιστημονικότητας.

Είναι γνωστή η θετική συσχέτιση του κόστους με την ποιότητα, λόγω των κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Ωστόσο έρευνες που να υποστηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν φαίνεται να υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στην μείωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και της Βελτίωσης Ποιότητας.

Αντίθετα το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κόστος, το οποίο όμως με την σειρά του είναι σημαντικά μικρότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ελαττωματικού προϊόντος από κόστος αντικατάστασης ή και από το κόστος επισκευής (Jarlier and Charvet - Protat, 2000)⁶⁷.

Οι Broyles και Al-Asaaf σημειώνουν ότι παρ' όλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της ποιότητας, ο περιορισμός των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών, οδηγεί σε μείωση του κόστους.⁶⁸

Η καθ' ημέρα πράξη καταδεικνύει την παρουσία πλείστον παραδειγμάτων χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε σημαντική επιβάρυνση του συνολικού κόστους. Ενδεικτικά θα μπορούσε να σημειωθεί το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργειά της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας του ασθενή επειδή χάθηκαν σημαντικά σημεία που αφορούν διαγνωστικές εξετάσεις ή και ακόμα και τμήματα του ιατρικού φακέλου.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν σε επανάληψη ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών, που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται και στη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας της μονάδας, η οποία, με τους ίδιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, αν δε διέθετε κάποιους απ' αυτούς για την επανάληψη ή τη διόρθωση λανθασμένων ενεργειών, θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς. Αποτελεί μια περαιτέρω διερμηνεία ως κόστος ευκαιρίας της μονάδας μιας και ζημιώνεται από μια σειρά ενεργειών οι οποίες οι άλλες - ορθά κατά τα άλλα - διεργασίες θα ήταν προσοδοφόρες.

Εντούτοις, δεν είναι εύκολα εφικτός ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, αλλά και της μείωσης αυτού. Το κόστος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί, ως αξία της υπηρεσίας όπως αυτή μπορεί να προσδιοριστεί από μια σειρά παραγόντων που επηρεάζονται όπως οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, ικανοποίησης ασθενών, ποιοτικών ετών ζωής και προσδόκιμου επιβίωσης. Από κάποιους μελετητές οι δείκτες αυτοί αφορούν την «αξία που δύναται να συσχετισθεί κατά το δυνατό με την ανθρώπινη ζωή». Επειδή όμως ο τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις, οι οποίες δε λαμβάνονται υπόψη σε μια χρηματοοικονομική ανάλυση ενός

οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες όπως αυτές προσδιορίζονται από τους προαναφερθέντες δείκτες.

Το κόστος έχει τεκμηριωθεί από την επιστήμη της Διοίκησης ως βασικός παράγοντας κάθε διαδικασίας προγραμματισμού και ελέγχου. Η έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της υγείας αποτέλεσε προσπάθεια εξόδου από την κρίση των σημερινών συστημάτων υγείας, που χαρακτηρίζονται από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Το κόστος στην ποιότητα διακρίνεται σε δύο μορφές:

- Κόστος που υφίσταται λόγω έλλειψης ποιότητας και
- Κόστος που δημιουργεί η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της γνώσης του κόστους ποιότητας:

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

4.5.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας⁶⁹

Η αδυναμία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να ικανοποιούν τους ασθενείς αποτελεί βασικό συντελεστή δημιουργίας του κόστους έλλειψης ποιότητας το οποίο δεν εκφράζεται ως λογιστικό κόστος αλλά ως οικονομικό κόστος και αφορά απώλεια δραστηριότητας - απώλεια ευκαιριών. Δεχόμενοι την ποιότητα εξ ορισμού ως την ικανοποίηση μιας σειράς αποδεκτών προτύπων, το κόστος μη ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνει το κόστος εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας και πηγάζει από τη μη συμμόρφωση στις προβλεπόμενες προδιαγραφές.

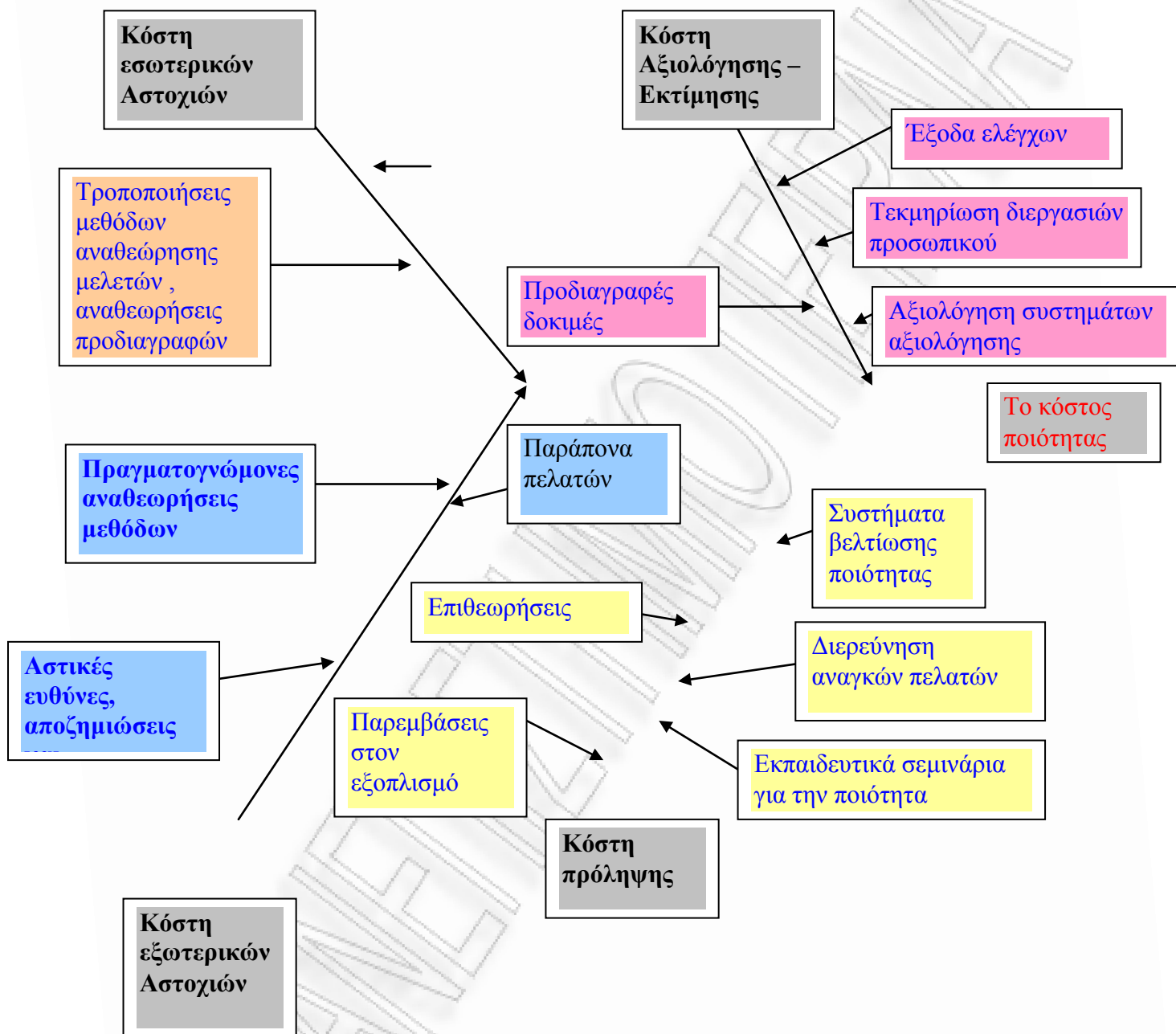
- **Κόστος εσωτερικών αστοχιών:** σχετίζονται με λάθη που συμβαίνουν και διορθώνονται πριν από την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή. Είναι αποτρέψιμα- έχουν αντιστρεπτή πορεία και τελούν υπό τον έλεγχο της διοίκησης (π.χ. λάθος κλινική εξέταση ή αξιολόγηση εργαστηριακών δεδομένων η οποία γίνεται αντιληπτή πριν την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και διορθώνεται στο ακέραιο)
- **Κόστος εξωτερικών αστοχιών:** απορρέει από την χαμηλού επιπέδου ποιότητα εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας και αφορά την παροχή ελλιπούς ή λανθασμένης υπηρεσίας στον ασθενή. Συμβαίνουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ή μετά από αυτήν (π.χ. παροχή λάθους φαρμακευτικής δραστικής ουσίας ή εμπορικού σκευάσματος ή ακόμα και λανθασμένης δοσολογίας στον ασθενή).

4.5.2 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας⁶⁶

Σε αντίθεση με το κόστος έλλειψης της ποιότητας το οποίο δεν μπορεί να αποτιμηθεί, το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι κατά κύριο λόγο λογιστικό δηλ αποτιμητέο. Δύναται να διακριθεί σε κόστος πρόληψης και σε κόστος αξιολόγησης και αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές.

Κόστος Πρόληψης: Περιλαμβάνει το κόστος σχεδιασμού, το κόστος εφαρμογής και διατήρησης συστήματος ποιότητας. Στόχο ς είναι η αποφυγή σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Η βασική φιλοσοφία εμπεριέχεται στη ρήση “Do it right the first time” ή “Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά”.

Κόστος Αξιολόγησης: Περιλαμβάνει το κόστος διατήρησης επιπέδου ποιότητας και βελτίωσης του μέσω ελέγχων και μετρήσεων (“Checking it is right” ή “Έλεγχος για την ορθότητα”).



Διάγραμμα 4.5.2 Απεικόνιση Κόστους Βελτίωσης Ποιότητας

4.6 Κοστολόγηση ποιότητας^{69,66}

4.6.1 Κοστολόγηση της Ποιότητας με την «κλασική μέθοδο»

Η κοστολόγηση κάθε προϊόντος ή υπηρεσίας μπορεί να υπολογιστεί από το άθροισμα:

- του κόστους των άμεσων υλικών,
- του κόστους των άμεσων εργατικών και
- του επιμερισμού του κόστους των λοιπών γενικών εξόδων (Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα).

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

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

Το κόστος των γενικών εξόδων είναι το κόστος των γενικών λειτουργιών οι οποίες με τη σειρά τους είναι απαραίτητες για την λειτουργία της επιχείρησης. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι επειδή κάθε επιχείρηση μπορεί να παράγει πέραν του ενός προϊόντος ή της μιας υπηρεσίας, στα πλαίσια της κοστολόγησης γίνεται επιμερισμός των γενικών εξόδων αναλογικά.

Η κοστολόγηση με την κλασική μέθοδο γίνεται με τη χρήση της έννοιας του Κέντρου Κόστους τα οποία θεωρούνται τα οργανωτικά ή περισσότερο τα λειτουργικά τμήματα κάθε επιχείρησης. Η κοστολόγηση της ποιότητας με την «κλασική κοστολόγηση» λαμβάνει χώρα αφού πρώτα οριστούν σε συνεργασία με τους επιμέρους υπευθύνους των τμημάτων συγκεκριμένα Κέντρα Κόστους, τα οποία αναφέρονται σε τομείς και δραστηριότητες της Ποιότητας. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να καταγράφονται σε

ξεχωριστούς λογαριασμούς δραστηριότητες που συμβάλλουν στη δημιουργία του Κόστους Ποιότητας.

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

4.6.2 Κοστολόγηση της Ποιότητας με τη «μέθοδο ABC» ^{31,66,70,152}

Το σύνολο των αδυναμιών που παρουσίαζε η «κλασική κοστολόγηση» αλλά και το γεγονός της εκρηκτικής ανάπτυξης της τεχνολογίας καθώς και οι αναγκαιότητες στη λήψη αποφάσεων που προκύπτουν στην διαρκώς μεταβαλλόμενη αγορά επέβαλλαν την κοστολόγηση της ποιότητας με την νέα αυτή μέθοδο. Οι αδυναμίες της «κλασικής κοστολόγησης» και η απώλεια ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στο σύνολο των επιχειρήσεων που την εφαρμόζαν οδήγησαν στην προοδευτική της εγκατάλειψη.

Η κοστολόγηση με τη μέθοδο ABC στηρίζεται κυρίως στην κοστολόγηση δραστηριοτήτων. Δεν λαμβάνει υπ όψη την κοστολόγηση οργανωτικών τμημάτων και ασχολείται ιδιαίτερος με το σύνολο των δραστηριοτήτων που προσθέτουν αξία στο παραγόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Οι δραστηριότητες για την παραγωγή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αναφέρονται στο φασεολόγιο της παραγωγής αυτού / αυτής. Καθεμία από τις παραγωγικές φάσεις ή φάσεις παραγωγής αποτελεί δυνητικά ή όχι ξεχωριστό Κέντρο Κόστους. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι τα βασικότερα Κέντρα Κόστους της Ποιότητας προϊόντος ή υπηρεσίας μπορεί να είναι αυτά που αναφέρονται στο Σχέδιο ή στο Πρόγραμμα Ποιότητας. Για κάθε Κέντρο Κόστους καθορίζονται τα στοιχεία κόστους, τα οποία μπορεί να είναι και πέραν του ενός. Το συνολικό κόστος κάθε δραστηριότητας αποτελείται από το άθροισμα των επί μέρους στοιχείων του κόστους ανά μονάδα κάθε επιμέρους Κέντρου Κόστους.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται η απλότητα της μεθοδολογίας ανάπτυξης αλλά και η απλότητα στην εφαρμογή της ενώ η αποτελεσματικότητά της

εξαρτάται από τον ορθό σχεδιασμό και επιλογή των Κέντρων Κόστους, καθώς επίσης και από τον ορθό καθορισμό του κόστους κάθε επι μέρους μετρούμενης μονάδας.

4.7. Κόστος Διασφάλισης Ποιότητας

Η ανάπτυξη πολιτικής ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών Υγείας και η εφαρμογή των εργαλείων ποιότητας αποφέρει μεγαλύτερη συνέπεια στην παροχή υπηρεσιών σταθερής ποιότητας, καλύτερων και βελτιωμένων προτύπων, αυξημένο βαθμό ικανοποίησης ασθενών και αυξημένο ηθικό των εργαζομένων. Ωστόσο το ερώτημα που απορρέει και οφείλει να απαντηθεί αφορά το μέγεθος του κόστους.

Η επένδυση στην εκπαίδευση για την ποιότητα, στη διαμόρφωση των ομάδων, στην ηγεσία, καθώς και σε άλλα στοιχεία που προάγει η εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στοχεύει στη μείωση του λειτουργικού κόστους και τελικά την αύξηση του μεριδίου αγοράς. Η μέτρηση του κόστους ποιότητας εστιάζεται στους τομείς που επιφέρουν υψηλότερες δαπάνες και βοηθά στον προσδιορισμό των ευκαιριών μείωσης κόστους. Είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον έλεγχο των δαπανών του οργανισμού.

Υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες κόστους ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών Υγείας:

- **Δαπάνες Πρόληψης.** Περιλαμβάνεται ο χρόνος και οι Δαπάνες που δαπανώνται στην προσπάθεια περιορισμού των Δαπανών Αστοχίας και των Δαπανών Αξιολόγησης. Επιπρόσθετα συμπεριλαμβάνονται τα πρόσθετα κόστη που αφορούν την κατάρτιση, την ενημέρωση του νέου προσωπικού και άλλες διαδικασίες που αφορούν την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.
- **Δαπάνες Αξιολόγησης.** Περιλαμβάνονται ο χρόνος και οι δαπάνες που αναλώνονται για τον καθορισμό ενός συγκεκριμένου προτύπου ποιότητας της υπηρεσίας Υγείας. Σημαντικό σημείο είναι ο σαφής καθορισμός του Προτύπου που πρόκειται να ακολουθηθεί καθώς το σύνολο των διεργασιών που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.
- **Δαπάνες μη-συμμόρφωσης.** Αυτές διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες
 - *Δαπάνες εσωτερικών αστοχιών.* Αφορούν την εκ των προτέρων αστοχία να παρασχεθεί η προβλεπόμενη από το πρότυπο υπηρεσία στον ασθενή.

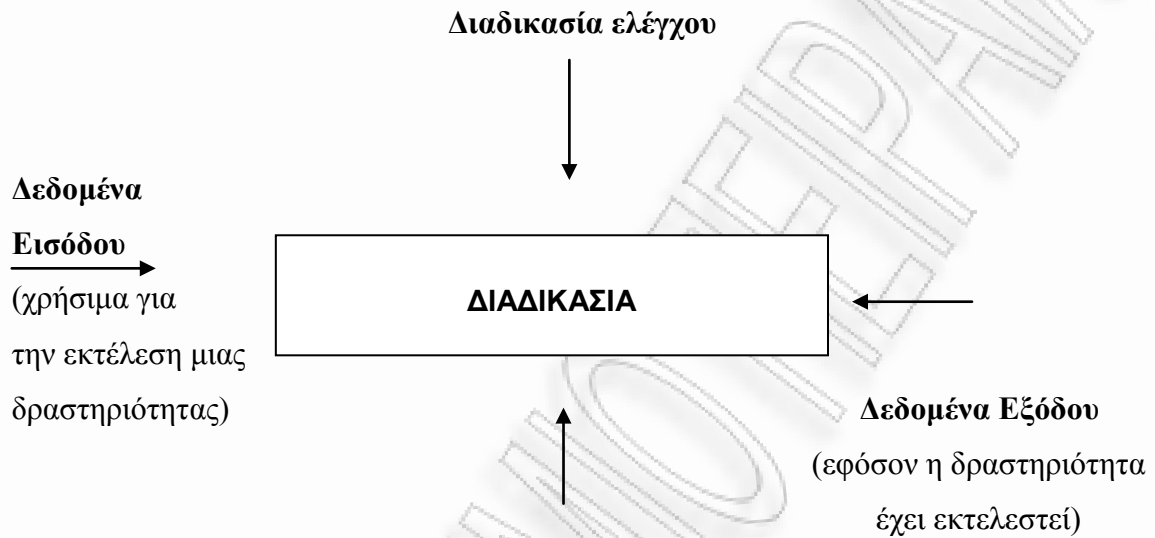
- *Δαπάνες εξωτερικών αστοχιών.* Αφορούν την αστοχία της ήδη παρασχεθείσης υπηρεσίας. Το σύνολο των δαπανών αυτών είτε εσωτερικών είτε εξωτερικών αφορούν σε υπηρεσίες ή προϊόντα τα οποία με την σειρά τους δεν γίνανε ορθά την πρώτη φορά και απαιτούν για το λόγο αυτό επιπλέον πόρους διόρθωσης.
- *Δαπάνες υπέρβασης απαιτήσεων.* Μερικές φορές και εξαιτίας εξωτερικών παραγόντων που βρίσκουν πρόσφορο έδαφος σε χώρους στους οποίους δεν εφαρμόζονται προτυποποιημένες διεργασίες ή δεν υπάρχει εσωτερικός έλεγχος κατά την διάρκεια των διεργασιών παραγωγής υπηρεσιών ή προϊόντων, ορισμένες διαδικασίες υπηρεσιών υγείας ίσως να μην κρίνονται απαραίτητες αλλά και ίσως να μην επηρεάζουν την προβλεπόμενη εξαγόμενη υπηρεσία όπως επί παραδείγματι θεραπευτικής αγωγής η οποία δύναται να μην σχετίζεται με επιθυμητά αποτελέσματα.

Οι δαπάνες αυτές θα πρέπει να συλλεχθούν ανά διαδικασία και ανά κατηγορία, όπως ορίστηκαν. Στο σημείο αυτό κρίνεται ικανοποιητική η πραγματοποίηση περαιτέρω έρευνα που θα στοχεύει στον καθορισμό μιας σειρά παραγόντων:

- Οι βασικοί αποδέκτες των υπηρεσιών ή προϊόντων αλλά και βασικοί οι προμηθευτές για κάθε διαδικασία και για κάθε επίπεδο,
- Η επιχειρησιακή ετοιμότητα και εγρήγορση του προσωπικού για πρόληψη, αξιολόγηση και διορθωτικές διαδικασίες σε περίπτωση αστοχιών, καθώς και ο χρόνος που απαιτείται για κάθε διορθωτική διαδικασία,
- Τα προβλήματα «αποτελεσματικότητας» ή μη συμμόρφωσης και η επίδρασή τους στη λειτουργία της μονάδας
- Η απώλεια σε χρόνο ή/ και κόστος ευκαιρίας που επιφέρουν οι εν λόγω διαδικασίες

Οι βασικές διαδικασίες σε ένα νοσοκομείο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν και να αναλυθούν με τη χρήση μοντέλου που βασίζεται στα «ίχνη» του ασθενούς και το οποίο αναπτύχθηκε από την SADT (Structured Analysis and Design Technique)⁶⁶.

Το εν λόγω μοντέλο απεικονίζεται στο Σχήμα 4.7^α



Διεκπεραιωτής ή μηχανισμός διεκπεραίωσης (ο άνθρωπος ή ο εξοπλισμός που είναι απαραίτητος για την διεκπεραίωση της διαδικασίας)

Σχήμα 4.7α: Βασικές διαδικασίες ενός νοσοκομείου

Κοιτάζοντας το διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι οι εισροές και εκροές απεικονίζουν **τι** γίνεται από τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας ή διαφορετικά τις διεργασίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα μέσα στην εκάστοτε μονάδα, ο έλεγχος δείχνει **γιατί** γίνεται ή διαφορετικά ποιος είναι ο στόχος ή σκοπός και ο μηχανισμός δείχνει **πώς** γίνεται και από **ποιον**. Το μοντέλο αυτό επιτρέπει τη βαθμιαία εισαγωγή περαιτέρω λεπτομερειών στην ανάλυση του κόστους ποιότητας.

Η μονάδα παροχής υγείας απεικονίζεται στο σχήμα 4.7 β.



Σχήμα 4.7.β: Η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας

Η παρακολούθηση του προσωπικού σε καθημερινές εργασίες σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας θα αναδείκνυε τα εξής:

- Τα περιστατικά μη συμμορφώσεων και τον αριθμό αυτών με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την αύξηση του κόστους.
- Ο χρόνος που αφιερώνεται σε προληπτικές ενέργειες και διαδικασίες αξιολόγησης και κατά πόσο είναι επαρκής για την επίτευξη μικρότερου αριθμού «αστοχιών» και περιστατικών μη συμμορφώσεων.
- Το προσωπικό με μεγάλη δυσκολία αποδέχεται το γεγονός ότι πρέπει να αφιερώσει χρόνο σε προληπτικές ενέργειες και διαδικασίες αξιολόγησης, ειδικότερα στην περίπτωση που αυτές μειώνουν το χρόνο που αφορούν την παροχή φροντίδας ή υπηρεσίας ή αυξάνουν το χρόνο παραμονής στο χώρο εργασίας.
- Η αξιολόγηση ποικίλει ανάλογα με το βαθμό πολυπλοκότητας της εκάστοτε διαδικασίας.

Οι απλούστερες διορθωτικές ενέργειες που μπορούν να εφαρμοστούν ούτως ώστε να μειωθεί ο αριθμός των μη συμμορφώσεων είναι οι εξής:

- Ακριβέστερη μέτρηση συχνότητας των μη συμμορφώσεων.
- Συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων.
- Μέτρηση των επιπτώσεων των μη συμμορφώσεων στην ποιότητα.
- Η αναλογία του χρόνου που απαιτείται για κάθε διορθωτική ενέργεια ως προς το πλήθος του προσωπικού.
- Το τυχόν κόστος.

Μελέτες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξαν ότι το κόστος ποιότητας, ήτοι το κόστος κακής ποιότητας, έφτανε το 10-20% των συνολικών προϋπολογισμένων λειτουργικών εσόδων.

Οι ακόλουθες παράμετροι είναι απαραίτητες ούτως ώστε να εξασφαλιστούν τα μέγιστα οφέλη του κόστους ποιότητας:

1. Καταγραφή και ανάλυση του ρυθμού άφιξης και υποδοχής των ασθενών στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Αναγνώριση των σημαντικότερων μη συμμορφώσεων σε σχέση με την οικονομική και κοινωνική εκροή.
3. Ανάλυση και λεπτομερής καταγραφή των πιο σοβαρών μη συμμορφώσεων.
4. Αντιστοιχία του κόστους με το εμπλεκόμενο τμήμα.
5. Αναγωγή του πραγματικού κόστους ως ποσοστό των εσόδων.
6. Ανάπτυξη ομάδων βελτίωσης ποιότητας, με σκοπό τη μείωση των μη συμμορφώσεων και του κόστους που προκύπτει.
7. Ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων παρακολούθησης κόστους ποιότητας.
8. Διάχυση των απαραίτητων πληροφοριών στο αρμόδιο προσωπικό.
9. Αναζήτηση ιδεών και υποβολή προτάσεων για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό.
10. Προσδιορισμός του κόστους επενδύσεων (αν αυτό υπάρχει) για την επίτευξη βελτίωσης είτε σε ερευνητικό είτε σε επίπεδο κλινικής έρευνας. Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να επισημανθεί η σημαντικότητα του τομέα αυτού στην βελτιστοποίηση των

παρεχομένων υπηρεσιών μιας και η έρευνα στο τομέα αυτό έχει υψηλού επιπέδου ανταποδοτικά οφέλη.

11. Δημιουργία και εκπαίδευση ομάδων βελτίωσης ποιότητας για τη συστηματική αντιμετώπιση προβλημάτων.

12. Αναγνώριση και ανταμοιβή της επιτυχούς μείωσης των μη συμμορφώσεων και παράλληλης απελευθέρωσης χρόνου που δεσμευόταν για την αντιμετώπισή τους, καθώς και των αντίστοιχων πόρων.

Το κόστος ποιότητας και η μείωση του συνολικού κόστους που αυτό συνεπάγεται πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μέρος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και της βελτιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που οφείλει να υπηρετεί. Ως αποτέλεσμα της προσαρμογής και της χρήσης της έννοιας του κόστους ποιότητας γίνεται και πιθανότατα επιτυγχάνονται ρεαλιστικοί στόχοι εξοικονόμησης πόρων.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

55. **Donelan K., Blendon Re. et al.** “*The costs of health system change: public discontent in five nations*”.
56. **Norman S.Weinberg, William B. Stason,** “ *Managing quality in hospital practice*” **International Journal for Quality in Health Care**,1998;Volume 10, Number 4: pp295-302
57. **David E. Bloom, David Canning, and Dean T. Jamison,** “*Health, Wealth and Welfare , Finance & Development*” 2004, (10-15 pp)
58. **Nordhaus,William,** , “*The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards,*” in *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, edited by Kevin H. Murphy and Robert H. Topel 2003 (Chicago: University of Chicago Press).
59. **Bloom, David E., David Canning, and Bryan Graham,** “*Longevity and Life-cycle Savings,*” *Scandinavian Journal of Economics, Vol. 105 2003, (September), pp. 319–38*
60. **Bloom, David E., David Canning, and J. Sevilla,** “*The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach,*” *World Development*, Vol. 32 2004, (January), pp. 1–13
61. **Berwick,D.M.** *Quality: How do Q1 and Q2 differt expert illustrates the Answer Hospital Management Review 9*
62. **Roberts J.S- Schyve P.M** *From QA to QI: The views and Role of the Joint Commission.* *The Quality Letter for Health Care Leaders No 5*
63. **Donabedian A.** “*Quality improvement through monitoring health care*”, Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care , Seoul, 29 March, 1996.
64. **Gilbert, F.W., Lumpkin, J.R., Dant, R.P.** “*Adaptation and customer expectations of health care options*”, *Journal of Health Care Management*, Vol. 12 No.3, (1992), pp.46-55.
65. **Αγγελόπουλος Μ. Χάρης,** «*Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις*». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.

66. **Τσιότρα Δ.**, «Βελτίωση Ποιότητας», (2002): Σελ. 32 – 40, 42 – 46, 146 – 152, 299 – 300, 307 – 309, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
67. **A. Jarlier and S. Charvet-Protat** ‘*Can improving quality decrease hospital costs?*’ **International Society for Quality in Health Care** ,*International Journal for Quality in Health Care* (2000)12:125-131
68. **.Broyles RW,Al-Assaf AF**, ‘*The costs of quality: an interactive model of appraisal,prevention and failures*” **Health Serv Manage Res**, 1999, Aug; 12(3): 169-82.
69. **Τζόγιος Α.**, «*Το Κόστος της Ποιότητας*», Τόμος Δ, Σελ. 26 – 38, 58 –68(2000):, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
70. **Hugh Koch, Adrian Higgs**, *What Does Quality Health Care Cost*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 4, No 4, 1991, pp. 4-7



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ^{20,71}

5.1 Εισαγωγή

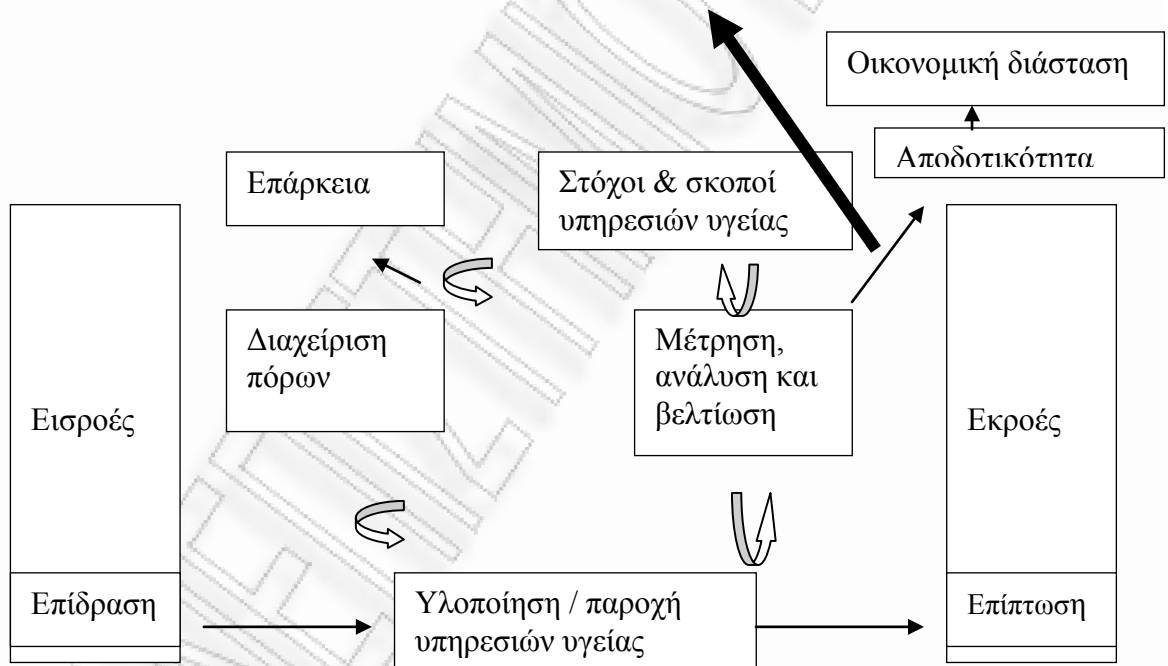
Κατά τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, και ιδιαίτερα κατά την τελευταία εικοσαετία, έχει καταστεί απαραίτητος ο καθορισμός ενός μεθοδολογικού πλαισίου το οποίο θα είναι σε θέση να παρέχει στοιχεία, που θα επιτρέψουν την ασφαλή εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων που αφορούν τον τομέα υγείας. Μεγαλύτερη βαρύτητα φαίνεται να δίνεται στο 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, σε συστηματική βάση, 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 των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επιστήμη της διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, έχει παραθέσει 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 5.1: Μοντέλο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

Πηγή: www.mohaw.gr ⁷²

5.2. Ποιότητα και μετρήσεις^{73,74,75}

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση, τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι διοικητές που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται στις αποφάσεις τους σε παράγοντες όπως διαίσθηση και εμπειρική γνώση. Η παρουσία δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Από τη διαδικασία εισαγωγή ασθενούς, τη νοσηλεία του μέχρι και την υποστήριξη μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην ανεύρεση των λανθασμένων διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και η οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφοριών για την λειτουργία του οργανισμού⁷³.

Η National Committee for Quality Assurance των ΗΠΑ στην ετήσια έκθεσή της το 1999 για την υγεία αναφέρει για την ανάγκη μετρήσεων⁷⁶:

1. Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες που αφορούν την ποιότητά τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκρουσμα στην δημόσια υγεία.
2. Ιδρύματα που εξασφαλίζουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις ποιότητας έχουν τους πιο ικανοποιημένους αποδέκτες.

3 Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με την μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία χρόνια ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις ξεκίνησαν να εφαρμόζουν την στρατηγική αυτή.

4 Οι μετρήσεις αφορούν 12 δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας και 8 δείκτες ικανοποίησης καταναλωτών υπηρεσιών. Οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο διαμονής και υλικοτεχνικών υποδομών. Αξιολογούν την άμεση και μη καθυστερημένη νοσηλεία, την αξιοπιστία και την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών όπως μπορούν να την αντιληφθούν, την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, τη διαχείριση παραπόνων αλλά και την συνολική εικόνα του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Η μέτρηση της ποιότητας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να επεκταθεί στα ακόλουθα πεδία:

- 1 Απόδοση υγειονομικής φροντίδας: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης, αφού αποτελεί και τον σκοπό του οργανισμού. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα καθώς και μετρήσεις για θνησιμότητα, θνητότητα, έλεγχο των λοιμώξεων κ.ά.
- 2 Λειτουργική απόδοση: αφορά την μέτρηση της απόδοσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού αλλά και συνολικά της αποδοτικότητας της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού.
- 3 Απόδοση ως προς τους καταναλωτές των Υπηρεσιών Υγείας: αφορά την ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που δέχονται και μετράται με την βοήθεια ερωτηματολογίου και συνεντεύξεων.
- 4 Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά: αφορά την θέση του οργανισμού στην αγορά, την κερδοφορία του αλλά και την αξιοποίηση των κεφαλαίων.

Μετρώντας την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών και των συστημάτων των εργασιών τους πριν και μετά την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας, οι διοικητές των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ποσοτικοποιήσουν πλέον τις αλλαγές που γίνονται στον οργανισμό τους και να σχεδιάσουν τις μελλοντικές στρατηγικές κινήσεις τους.

Μέτρηση της ποιότητας στον τομέα υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο οργανισμού

Είναι πολύ σημαντικό σήμερα να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση και τον ορισμό μέτρων λειτουργίας. Εντούτοις υπάρχουν πολλές δυσκολίες που αφορούν την μέτρηση αυτή. Σύμφωνα με τον Lawton⁷⁷, αυτές περιλαμβάνουν:

- Την πολυπλοκότητα στη συλλογή και την ερμηνεία μεγάλου όγκου πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- Τον ορισμό των στόχων σε σύνθετες διαδικασίες όταν πολλαπλοί στόχοι συγκρούονται.
- Την έλλειψη συσχετισμού των γενικών και ειδικών στόχων του νοσοκομείου. Την έλλειψη εμπειρίας των υπευθύνων να αναπτύξουν και να χρησιμοποιήσουν δείκτες επιδόσεων.
- Την έλλειψη συναφών και μετρήσιμων στόχων για τελικά αποτελέσματα και συμπεράσματα.
- Την έλλειψη στην εκπαίδευση προσωπικού και την απροθυμία συνεργασίας στην καταγραφή και ταξινόμηση πληροφοριών.
- Την έλλειψη ενδιαφέροντος.

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, τέτοιες αξιολογήσεις δημιουργούν περαιτέρω προβλήματα που οφείλονται στο μέγεθος, στην ετερογένεια, στην πολυπλοκότητα των εθνικών συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένου και ενός μεγάλου εύρους ειδικών και ειδικοτήτων μέσα στους αντίστοιχους οργανισμούς⁷⁸.

Κατά την ανάλυση μέτρων επιδόσεων υπηρεσιών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η παραδοσιακή αντίληψη περί υπηρεσιών, μέσα από τις οποίες οι ασθενείς χρησιμοποιούν ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως η επικοινωνία του ιατρού και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις⁷⁹.

Παραδοσιακά η μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στους καταναλωτές προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Επί παραδείγματι, με βάση το SERVQUAL μοντέλο του Parasuraman, οι Lytle και Mokwa προσέγγισαν τις υπηρεσίες υγείας σαν ένα σετ από 3 οφέλη⁸⁰:

- κύρια οφέλη (ο πυρήνας των ενεργειών που προσφέρεται ή το αποτέλεσμα που περιμένει ο καταναλωτής υπηρεσιών)
- μη απτά οφέλη (αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, βασισμένες στην υπευθυνότητα, την κατανόηση, την παροχή διαβεβαιώσεων την ανταπόκριση)
- απτά οφέλη (φυσικός περίγυρος, όπως η τοποθεσία, το ντεκόρ, η εμφάνιση των εγκαταστάσεων και το προσωπικό)

Άλλες μελέτες πάνω στην ικανοποίηση στον τομέα της υγείας, τόνισαν την σημασία της ευκολίας στην πρόσβαση, των χρόνων αναμονής, της διαλογής, της ποιοτικής ενημέρωσης, του εύρους των υπηρεσιών, της φύσης της νόσου του ασθενή καθώς και το δημογραφικό του ιστορικό. Παρ' όλα αυτά ο Coddington, έχοντας εισαγάγει τον όρο “value added” ή «προστιθέμενη αξία» ως ένα μέτρο αξιολόγησης που περιελάμβανε όλα τα παραπάνω, σημείωσε ότι η μέτρηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας, μπορεί να αναδείξει τα αρνητικά της: *«Οι ανεξήγητα μεγάλες αποκλίσεις κατά την εφαρμογή της ιατρικής πρακτικής σε διαφορετικές κοινότητες με τα ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά, είναι μία πλευρά της ιατρικής που χρήζει διερεύνησης.»*⁸¹

Παρά το γεγονός ότι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη για την ποιότητα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κυρίως εστιάζουν στην άποψη του καταναλωτή υπηρεσιών και προϊόντων. Άλλα μέτρα θα έπρεπε επίσης να αναπτυχθούν πέρα από τα μέχρι τώρα. Στην πράξη και δεδομένης της πολυπλοκότητας και της ετερογένειας των υπηρεσιών υγείας, πιστεύεται ότι, τα μέτρα αυτά θα έπρεπε να συμπληρωθούν με μέτρα που εστιάζουν σε αυτόν που παρέχει τις υπηρεσίες.

Έτσι με βάση τα δεδομένα αυτά η ποιότητα στο χώρο της υγείας δεν θα πρέπει να αξιολογείται μόνο από την μεριά του καταναλωτή, αλλά και από την μεριά του παρόχου. Μια προσέγγιση, που στηρίζεται τόσο στους πρώτους όσο και στους δεύτερους, παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας από μια απλή μέτρηση που αφορά την ικανοποίηση των πρώτων. Αυτά τα μέτρα σχετίζονται με τις οικονομικές επιδόσεις του τομέα υγείας, του εφοδιασμού και την επαγγελματική και τεχνική επίδοση⁷⁹.

5.3 Τύποι αξιολόγησης

Οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι τύποι αξιολόγησης των επιδράσεων, των επιπτώσεων, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας επικεντρώνονται στα ακόλουθα 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 Ποιότητας Ζωής (Analysis of Quality of Life)

A) Ανάλυση Κόστους - Ωφέλειας

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ανάλυση, το κόστος μεταφράζεται σε οικονομικές μονάδες, γεγονός που 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 λάβει χώρα Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας θα πρέπει να ισχύει μια από τις δύο παρακάτω συνθήκες: α) η

παρέμβαση να έχει αναμφισβήτητο αντικειμενικό στόχο, άρα και σαφή διάσταση, βάσει της οποίας μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της ή β) υπάρχουν πολλοί αντικειμενικοί στόχοι, αλλά να θεωρείται ότι κάθε εναλλακτική παρέμβασή τους επιτυγχάνει στον ίδιο βαθμό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το κόστος νοσηλείας ενός ασθενούς μέσης ηλικίας για χρονική περίοδο άνω των είκοσι (20) ημερών είναι αυξημένο σε όρους αξίας χρήματος, όμως δείγμα της αποτελεσματικότητας της νοσηλείας αυτής είναι κατά το εφικτό η επιμήκυνση του ορίου ηλικίας του ασθενή 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 που περικλείουν ποιότητα και χρηστικότητα ως τελικό εξερχόμενο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παράδειγμα που 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 ζωής, αλλά με την προσφερόμενη πλέον ποιότητα ζωής, τα κερδισμένα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής QUALY. (Quality Adjusted Life Years). Το QUALY δηλαδή που στοχεύει στη μέτρηση αποτελεσμάτων θεραπείας. Με αυτή την έννοια, αναγνωρίζονται δύο σκοποί των υπηρεσιών υγείας, 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. Ενδεικτικά: Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους για ομοειδή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης πάθησης.

E) Ανάλυση Κόστους - Ασθένειας

Στη συγκεκριμένη ανάλυση, λαμβάνεται υπ' όψιν το κόστος που απαιτείται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης νόσου, σε σχέση με τις οικονομικές επιπτώσεις αυτής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αντιμετώπιση κακοηθών νεοπλασμάτων και οι οικονομικές επιπτώσεις οι οποίες προκύπτουν 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 και αποτελεί το βασικό εξερχόμενο και ζητούμενο από αυτό μοντέλο. 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.

5.4 Μεθοδολογία αξιολόγησης

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

Αναφορικά με τους 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. Όσο αφορά τους 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.

5.5 Δείκτες Αξιολόγησης - Δείκτες απόδοσης μονάδας^{31,45,73, 82, 152}

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 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

Αναφορικά με 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 σύνθεση του προσωπικού αλλά και στην άσκηση της διαχείρισης. Σήμερα, κύριοι δείκτες που χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα για τη μέτρηση της απόδοσης υγειονομικής μονάδας, είναι 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.

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.

Παρ' όλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα απαραίτητο εργαλείο για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών και των αποτελεσμάτων τους, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες του συστήματος και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη χρήση πόρων και τέλος κατευθύνει τον σχεδιασμό μελλοντικών στρατηγικών και τον καθορισμό των νέων στόχων⁸³.

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι θα λέγαμε, μεταβλητές που βοηθούν στην μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης. Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

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

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

Τα βασικά μέτρα κατασκευής αυτών των τριών διαστάσεων είναι⁸⁴:

- **Κόστος:** Τα χρήματα που ξοδεύονται για την απόκτηση των πηγών.
- **Εισροές:** Οι πηγές (προσωπικό - υλικό) που χρησιμοποιούνται για την παροχή υπηρεσιών.
- **Εκροές:** Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες.
- **Αποτελέσματα:** Οι πραγματικές συνέπειες και η αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις απόδοσης καθορίζονται ως εξής⁸⁴:

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

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

5.5.α Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μάκρο-επίπεδο⁸⁴

Δείκτες εισροών και επάρκειας

A. Υλικοί πόροι

- Νοσοκομεία
- Αναλογία κλινών / κατοίκων
- Περιφερειακή κατανομή Νοσοκομειακών κλινών γενικά
- Κέντρα Υγείας
- Περιφερειακά ιατρεία

- Αγροτικά ιατρεία
- Φαρμακεία
- Αναλογία ασθενοφόρων / κατοίκους

Β. Ανθρώπινοι πόροι

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

Γ. Οικονομικοί πόροι

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

Δείκτες εκροών

Α. Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος

- Μέση κάλυψη Νοσηλευτικών Κλινών
- Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- Αριθμός ασθενών - εισαγωγών
- Αριθμός επειγουσών περιστατικών

Β. Δείκτες χρησιμοποίησης κατανάλωσης

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

Δείκτες αποτελεσμάτων

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

5.5.β Διάκριση των δεικτών αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο⁸⁴

Δείκτες εισροών και επάρκειας

A. Υλικοί πόροι

- Αριθμός κλινών
- Αριθμός κλινών ανά τμήμα
- Αριθμός ακτινολογικών Μηχ/των
- Μονάδες τεχνητού νεφρού

B. Ανθρώπινοι πόροι

- Απασχολούμενοι / κλίνη
- Ιατροί / κλίνη
- Νοσηλευτές / κλίνη
- Διοικητικοί / κλίνη
- Τεχνικοί / κλίνη

Γ. Οικονομικοί πόροι

- Συνολικό κόστος νοσοκομείου
- Σταθερό κόστος νοσοκομείου
- Μεταβλητό κόστος νοσοκομείου
- Μέσο κόστος ανά ασθενή
- Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή

Δ. Άλλοι δείκτες

- Λίστες αναμονής ανά κατηγορία νόσου
- Περιστατικά για τα οποία δεν κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή

Δείκτες εκροών - λειτουργικότητας – παραγωγικότητας⁸⁴

A. Απλοί δείκτες

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

B. Σύνθετοι δείκτες

- Δείκτες παραγωγικότητας
- Δείκτες αποδοτικότητας
- Δείκτες λειτουργικότητας

Γ. Δείκτες αποτελεσμάτων

- Ποσοστό μείωσης επανεισαγωγών
- Ποσοστό μείωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Ποσοστό μείωσης λανθασμένων διαγνώσεων
- Ποσοστό ικανοποίησης νοσηλείας

Δ. Δείκτες αποδοτικότητας

Σχέση εισροών / αποτελέσματος – εκροών

- ανά κλίνη
- ανά κατηγορία νόσου
- ανά ιατρική πράξη

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

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

5.5.1 Μη-Χρηματοοικονομικοί Δείκτες Μέτρησης της Αποδοτικότητας στα Νοσοκομεία⁸⁵

Οι Δείκτες Αποδοτικότητας (Performance Indicators-Pis), είναι στατιστικοί δείκτες και είναι μια πρακτική που χρησιμοποιείται από τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (Η.Π.Α., Καναδάς, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία, Σκανδιναβικές Χώρες), με ιδιαίτερη επιτυχία (WHO, 2003). Είναι δείκτες μέτρησης των δραστηριοτήτων, αποτελεσμάτων και της ποιότητας των Οργανισμών Υγείας. Δίνουν έμφαση στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, στην ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών, στην αποτελεσματικότερη απόδοση των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας και στην εμπειρία του ασθενή από τη λειτουργία του συστήματος υγείας³².

Αυτοί οι δείκτες είναι σημαντικοί, γιατί αρχικά μετρούν την υπάρχουσα ποιότητα των υπηρεσιών και στη συνέχεια θέτουν τις προϋποθέσεις εξέλιξης και αναβάθμισης αυτών. Ως εκ τούτου, οι δείκτες αυτοί αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές πρακτικές των αναπτυγμένων συστημάτων υγείας και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών είναι καθοριστικά για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας θα πρέπει να εστιάζουν στις υπηρεσίες που είναι σημαντικές για το νοσηλευτικό ίδρυμα. Πρέπει δηλαδή, να είναι συγκεκριμένοι σε σχέση με τους στόχους που θέτει προς υλοποίηση. Επιπλέον, να εστιάζουν στις παρεχόμενες, από τον οργανισμό, υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα, να είναι δε τόσο ποιοτικοί, όσο και ποσοτικοί, επιτρέποντας τη μέτρηση, τόσο της ποιότητας του οργανισμού, όσο και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τους πιο συνηθισμένους τρόπους μέτρησης, αλλά και εξέλιξης των δεικτών αποτελεσματικότητας είναι η χρησιμοποίηση των τριών διαστάσεων της απόδοσης:

Οικονομία - Αποδοτικότητα - Αποτελεσματικότητα

- 1 **Οικονομία:** Η απόκτηση ανθρώπινου προσωπικού και υλικών πόρων για την κατάλληλη ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- 2 **Αποδοτικότητα:** Η παραγωγή μέγιστων εκροών για οποιοδήποτε σύνολο εισροών ή χρησιμοποίηση των ελάχιστων εισροών για την απαιτούμενη ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 3 **Αποτελεσματικότητα:** Η αποτελεσματικότητα του οργανισμού στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

Κάθε δείκτης χρησιμοποιείται για να παρέχει συγκεκριμένες πληροφορίες σε μια υπηρεσία, αναφορικά με μια εργασία ή διαδικασία. Για παράδειγμα, τα ποσοστά των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, η ελλιπής καταγραφή ιατρικών φακέλων κλπ, παρέχουν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τις λοιμώξεις, τους πελάτες-ασθενείς, τον τρόπο οργάνωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ως εκ τούτου, ο αριθμός των δεικτών που μπορεί να καταρτισθεί και να χρησιμοποιηθεί από ένα νοσοκομείο είναι σχεδόν απεριόριστος. Όμως, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι πλέον συχνά εμφανιζόμενοι είναι οι παρακάτω:

1. Γενικοί Δείκτες

- 1 • Συμβάντα σχετιζόμενα με τη χορήγηση φαρμάκων
- 2 • Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
- 3 • Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- 4 • Θνητότητα
- 5 • Βαθμός ικανοποίησης του πελάτη-ασθενή
- 6 • Συμβάντα σχετιζόμενα με τον πελάτη-ασθενή
- 7 • Επαναεισαγωγές για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
- 8 • Πληρότητα κλινών

2. Δείκτες Υπηρεσιών Επειγόντων

- 1 • Χρόνος αναμονής για εξέταση από ιατρό
- 1 • Μέση διάρκεια παραμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, από την εισαγωγή, μέχρι τη μεταφορά σε μονάδα

- 2 • Ανεπιθύμητη έκβαση μετά την αναχώρηση από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
3. Δείκτες Εξωτερικών Ιατρείων
 - 1 • Χρόνος αναμονής για εξέταση από ιατρό
 - 2 • Χρόνος αναμονής στο φαρμακείο
 - 3 • Χρόνος αναμονής αποτελεσμάτων εξετάσεων
 4. Δείκτες Διαχείρισης Πληροφόρησης
 - 1 • Απώλεια ιατρικών φακέλων
 - 2 • Ανεπάρκεια καταγραφής ιατρικών φακέλων
 - 3 • Συμβάντα σχετιζόμενα με την ασφάλεια του προσωπικού
 - 4 • Απουσίες προσωπικού

Οφέλη από την εφαρμογή των δεικτών μέτρησης

Η εφαρμογή των δεικτών μέτρησης:

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

5.6 Αξιολόγηση μέσω κριτηρίων^{26,27,31,152.}

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

καθορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προσδιορίζονται 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^{26,27}:

α) Κριτήρια δομικά, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομικής της υγειονομικής μονάδας. Μπορούν να εμφανιστούν στη λίστα των απαιτήσεων. 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 των επαγγελματιών υγείας καθώς και η κατανομή του στα διάφορα τμήματα, ο τρόπος και το μέγεθος της χρηματοδότησής, ο τρόπος άσκησης της διοίκησης και διεύθυνσής. Συνοπτικά μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα^{26,86}.

- Το φυσικό περιβάλλον και τα έργα υποδομής
- Κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες
- Εξοπλισμός
- Προσωπικό: αριθμός, δεξιότητες, κατάρτιση και ειδίκευση
- Πληροφορίες: πολιτικές και διαδικασίες, κανόνες, κανονισμοί, πρωτόκολλα και οδηγίες
- Οργανωσιακό σύστημα.

β) Κριτήρια διαδικασιών, περιγράφουν ποιες ενέργειες πρέπει να γίνουν σκοπεύοντας στην επίτευξη του στόχου που έχει τεθεί. Στόχοι μπορεί να θεωρηθούν:

- Τεχνικές και διαδικασίες αποτίμησης
- Μέθοδοι παροχής φροντίδας
- Μέθοδοι παρέμβασης
- Μέθοδοι εκπαίδευση ασθενών, πελατών και παρεχόντων υπηρεσιών Υγείας
- Μέθοδοι παροχής πληροφοριών

- Τρόπος χρήσης πηγών
- Προσδοκώμενο αποτέλεσμα
- Αξιολόγηση ικανοτήτων προσωπικού που παρέχει την υπηρεσία

γ) Κριτήρια αποτελεσμάτων, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της παροχής υπηρεσιών υγείας. Με αυτά κρίνονται οι ίδιες οι ιατρικές φροντίδες που παρέχονται σε έναν ασθενή και 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 πρέπει να χρησιμοποιούνται αξιόπιστα στοιχεία, που είναι απαραίτητο να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Τα παράπονα των ασθενών, οι λεκτικές αντιδικίες των ασθενών και των συγγενών τους με τους επαγγελματίες υγείας, οι προσωπικές παρατηρήσεις των ιατρών ή της διοίκησης του νοσοκομείου, τα κοινωνικά σχόλια των ανωτέρω κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα δεν αποτελούν καταγράψιμα στοιχεία ώστε να αξιολογηθεί η ποιότητα υπηρεσίας υγείας. Ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας για συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία 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. Στο σημείο αυτό δεν πρέπει να παραβλέπεται και η έννοια του ιατρικού απορρήτου που κατά νόμο οφείλει να προφυλάσσει τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.
- β) οι φάκελοι που τηρούν οι ασφαλιστικοί φορείς,
- γ) τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις ασθενών οι οποίοι βγήκαν πρόσφατα από τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υφίσταται μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που να μην εμπεριέχει λάθη. Το γεγονός αυτό επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης, αφού τα αποτελέσματα που υ σχετίζονται με την επάρκεια των μο άδων παρο χής των υπηρεσιών και με την

ικανότητα των επαγγελματιών υγείας ενδέχεται να είναι ψευδώς θετικά ή αρνητικά. Επίσης, σε περίπτωση που η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας κρίνεται με βάση το αποτέλεσμα, χρησιμοποιούνται δηλαδή κριτήρια αποτελεσμάτων, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η μη ικανοποιητική έκβαση της παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι οπωσδήποτε αποτέλεσμα χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών.

5.7 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 καταγραφή των ελλείψεων της φροντίδας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με σωστό έλεγχο των αρχείων του ασθενούς.
- *Συνέντευξη ασθενούς μετά τη φροντίδα*, η οποία διενεργείται όταν ο ασθενής λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο ή περατώσει τη θεραπεία και περιλαμβάνει τη πρόσκληση του ασθενούς και/ή των μελών της οικογένειάς του για καταγραφή 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 το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η **ταυτόχρονη αξιολόγηση** καταγράφει την ικανοποίηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της παραμονής του 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 άμεση ανατροφοδότηση- 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 υποκείμενη νόσο και την πορεία της* (Παπανικολάου 2003)⁸⁶.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι για την ανάπτυξη αξιόπιστων, έγκυρων αποτελεσμάτων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η διεργασία της συγκριτικής αξιολόγησης της απόδοσης που δεν αποτελεί μια αυτοτελή διαδικασία που λαμβάνει χώρα άπαξ αλλά τουναντίον, είναι ένα διαρκές συνθετικό στοιχείο των συνηθισμένων δραστηριοτήτων σχεδιασμού και βελτιστοποίησης⁸⁶.

Τα πλεονεκτήματα συνοψίζονται στα ακόλουθα: α) βέλτιστη κάλυψη των απαιτήσεων των τελικών χρηστών β) καθιέρωση στόχων βάσει συμφωνημένης άποψης για τις εξωτερικές συνθήκες γ) καθορισμός πραγματικών μέτρων παραγωγικότητας δ) επίτευξη ανταγωνιστικής θέσης και ενημέρωση και έρευνα για καλύτερες βιομηχανικές πρακτικές.⁸⁰

Υπάρχουν τέσσερα είδη :

1. Εσωτερικό. Αποτελεί σύγκριση εσωτερικών διαδικασιών
2. Ανταγωνιστικό. Συγκρίσεις ανταγωνιστών για μια συγκεκριμένη διαδικασία
3. Λειτουργικό. Συγκρίσεις διαδικασιών με άλλες παρόμοιες του ίδιου Οργανισμού
4. Γενικό. Σύγκριση διαδικασιών ανεξάρτητα από τον Οργανισμό στον οποίο ανήκουν.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

71. **Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ.**, «Κριτήρια και Τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1999
72. www.mohaw.gr
73. **Cronin JJ, Taylor SA.** 'Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Market.*' 1992. Jul; 56(3):55.–68.
74. **Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.** (Επιμέλεια) και συν. «**Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας**». Εκδ. Θεμέλιο 2006
75. **Γραφανάκης Δ.**, «Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας», Τόμος Δ, 2000 Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
76. Managed Care Quality Improved in 1999, NCQA Data Show
77. **Lawton, A.** Ethical Management for Public Services, Oxford University Press, Oxford. 1998,
78. **Carter, N., Klein, R. and Day, P.** 'How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government' ,1992,, Routledge, London
79. **Vasco Eiriz, Jose´ Antonio Figueiredo,** 'Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships', **International Journal of Health Care Quality Assurance** Vol. 18 No. 6,2006, pp. 404-412
80. **Lytle, R.S. and Mokwa, M.P.** "Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes", **Journal of Health Care Marketing**, Vol. 12 No. 1, 1992, pp. 4-14
81. **Coddington, D., Fischer, E., Moore, K. and Clarke, R.** 'Beyond Managed Care – How Consumers and Technology are Changing the Future of Health Care', 2000, Jossey Bass, San Francisco, C
82. **Τσάκωνας Α.**, «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Δείκτες Ποιότητας*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής (2000): Διοίκησης, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά
83. www.nosokomia.gr
84. **Χρόνης Σ.:** «*Δείκτες Δραστηριότητας: Management των Αλλαγών και Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στο Χώρο των Νοσοκομείων*», Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2003
85. **Μπιλιώρης Σ. :** «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία*», Σελ. 45 - 59, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

86. **Παπανικολάου Β.**, *«Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας» Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας* με επιμέλεια Γ.Κυριόπουλου-Χ.Λιονή-Κ.Σουλιώτη-Γ.Τσάκος Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Εισαγωγή

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι για την κοστολόγηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ακολουθώς παραθέτουμε τα βασικά χαρακτηριστικά ορισμένων εξ αυτών καθώς και τον τρόπο με τον οποίο καθεμία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

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

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

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

6.2 Ποιοτικός έλεγχος

Η πρωταρχική μορφή ελέγχου της ποιότητας προϊόντος ή υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας. Ο έλεγχος αυτός, ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όπου ισχύει σε σημαντικό βαθμό ιδιαίτερος υποκειμενισμός.

Παρακάμπτοντας όμως τις δυσκολίες αυτές, μπορούμε να ορίσουμε τον Ποιοτικό Έλεγχο ως «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια» (Θεοδώρου, 1992)²⁶.

Ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα, είτε των δομών του συστήματος, είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή τέλος, να κρίνει τα αποτελέσματα της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα μπορεί να κρίνεται παράλληλα σε ένα, δύο ή ακόμη και στα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.

Αποτελεί το σύνολο των τεχνικών διαδικασιών που επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών. Ο έλεγχος αυτός ενώ εφαρμόζεται επιτυχώς και με σχετική ευκολία στις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών.

Η αδυναμία του ποιοτικού ελέγχου έγκειται στο γεγονός ότι ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής - διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, μετά δηλαδή την παραγωγή τους και αυτό συνεπάγεται πρόσθετες δαπάνες. Επίσης ο ποιοτικός έλεγχος ενώ εντοπίζει τις αδυναμίες, αδυνατεί να εξασφαλίσει ότι δε θα παρουσιαστούν ξανά. Η προσπάθεια λοιπόν για την οργάνωση ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διασφαλίσει

ότι αναμφισβήτητα θα ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια θα πρέπει να εκτιμηθεί σε ποιο από τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος, δομή, διαδικασίες ή αποτελέσματα θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις, ποια θα είναι η μορφή τους και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6.3 Η Διασφάλιση της ποιότητας

Διασφάλιση της Ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές^{66,87}. Σωστή και οργανωμένη διαχείριση. Η διαφορά της από τον ποιοτικό έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ ο ποιοτικός έλεγχος επισημαίνει και καταγράφει απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η διασφάλιση ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας ονομάζουμε την οργάνωση, τα αναγκαία μέσα και το προσωπικό που απαιτούνται για τη διεκπεραίωση της διασφάλισης ποιότητας. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα είναι απαραίτητο αρχικά να εξασφαλισθεί ότι όλες οι προδιαγραφές και απαιτήσεις που αφορούν ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία είναι επαρκώς γνωστές και κατανοητές από όλους όσους θα κληθούν να εφαρμόσουν ένα τέτοιο σύστημα. Ο τελικός στόχος της διασφάλισης ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Η εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας καθιστά πολύ δύσκολο – αν όχι αδύνατο – τον ακριβή και λεπτομερή προσδιορισμό των προδιαγραφών και απαιτήσεων της κλινικής ιατρικής άσκησης, αφού κάθε ασθενής αποτελεί διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος δε σχετίζεται ούτε συνεπάγεται βελτίωση της ποιότητας. Το ουσιαστικό κέρδος της

επιχείρησης που θα εγκαθιδρύσει ένα τέτοιο σύστημα θα είναι η σταθερότητα της ποιότητας και η αξιοπιστία των προϊόντων ή υπηρεσιών της.

Η Διασφάλιση Ποιότητας αποτελεί μια πιο «προχωρημένη» μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας στα προϊόντα και τις υπηρεσίες εν αντιθέσει με τον Ποιοτικό Έλεγχο που παρουσιάσαμε πιο πάνω και ο οποίος όπως τονίστηκε «λειτουργεί» εκ των υστέρων.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των επιχειρήσεων και των οργανισμών που επιδιώκουν τη Διασφάλιση της Ποιότητας, αλλά και για να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών. Τέτοια διεθνή πρότυπα είναι αυτά που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization), τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000 (-1-2-3-4) τα πρότυπα της ισοδύναμης σειράς EN 2 9 0 0 (-1-2-3-4), που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας των δραστηριοτήτων διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσης που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρ' όλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δε φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους υπεύθυνους για τη λειτουργία τους.

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 πλευρές. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική επάρκεια ή μη, που μπορεί να έχει η φροντίδα. Η δεύτερη αντίθετα, αναφέρεται στις μη αναγκαίες πράξεις. Η απουσία των απαραίτητων ιατρικών πράξεων για την ολοκληρωμένη νοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς σαφώς περιορίζει το επίπεδο της ποιότητας, εξίσου όμως επικίνδυνα και τελικά εις βάρος της ποιότητας είναι και η «υπερ-χρήση» αυτών.

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. 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 «ψηλό 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 ξενοδοχειακής 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 Crosby⁹ είναι αυτό που θα απέφευγε 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 χρόνου νοσηλείας
- Επανάληψη εξετάσεων
- Ακύρωση χειρουργικής επέμβασης
- Μη προγραμματισμένη επανεγχείρηση
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- Επιπλοκές από λάθη στη χορήγηση φαρμάκων (Φαμέλη 2005)⁸⁸

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες - χωρίς να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα 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 εξ αρχής οι ενδεδειγμένες και σωστές ενέργειες για την παροχή της υπηρεσίας, είτε επειδή δεν εφαρμόζονται ορθά.

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

- τον ίδιο τον ασθενή, π.χ. πιθανή επιπλοκή του υγειονομικού του προβλήματος εξαιτίας νοσοκομειακής λοίμωξης, οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της μακράς απουσίας του από την εργασία, ψυχολογική επιβάρυνση.
- 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 .

Επιπλέον, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερο, ακόμη και ανυπολόγιστο, σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί σωματική βλάβη ή καταλήξει, εξαιτίας εσφαλμένης ή καθυστερημένης αντιμετώπισης της υποκείμενης νόσου.

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 το ποσοστό του 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)¹⁹.

Το κόστος αυτή της ποιότητας των υπηρεσιών δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν την επανάληψη των ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή αλλά και την πραγματοποίηση νέων ενεργειών και δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται επίσης και στον περιορισμό που προκαλεί η χαμηλή ποιότητα στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση δραστηριοτήτων που ίσως να μην 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, του νοσοκομείου.

6.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας^{85,89,90,91,92,93}

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, γνωστή και ως Total Quality Management (TQM) είναι ένα σύστημα διοίκησης - διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή William Edwards Deming, επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να

εφαρμόζεται και στην Ευρώπη. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM). Είναι μια φιλοσοφία, ένα σύνολο αρχών που αποτελούν τη βάση της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας ενός οργανισμού. Το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμψυχου και άψυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Τσιότρας, 1995)⁶⁶.

Στην πιο απλή μορφή της ασπάζεται της ιδέα της δημιουργίας βέλτιστης κουλτούρας με στόχο την ενδυνάμωση των υπαλλήλων ώστε να μετακινηθεί η αναγνώριση, ανάλυση και αντιμετώπιση πιθανού προβλήματος όσο πιο κάτω γίνεται στην ιεραρχία⁸⁶.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει ως βασικό προσανατολισμό την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Πρέπει να τονιστεί ότι στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζόμενου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε εργαζόμενος ή τμήμα του οργανισμού αναπτύσσει, στα πλαίσια της εργασίας του, δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων τμημάτων ή την εργασία άλλων ατόμων. Το γεγονός αυτό καθιστά την διάκριση των πελατών σε:

- Εξωτερικούς πελάτες: είναι οι τελικοί καταναλωτές ή χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών
- Εσωτερικοί πελάτες είναι τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των προϊόντων ή συμμετέχουν στην παροχή των υπηρεσιών.

Η τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, προϋποθέτει πρώτα απ' όλα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού.

Μετά από πολυετή χρήση των διαγραμμάτων ελέγχου και άλλων στατιστικών εργαλείων στη μελέτη της παραγωγής οι Guru της ποιότητας προτείνουν ένα πλαίσιο διαχειριστικών αρχών που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας μέσα από:

- Ενεργή και εμφανή υποστήριξη για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας τόσο από την κλινική ηγεσία όσο και από την ηγεσία της διοίκησης. Τόσο οι κλινικοί όσο και οι διοικητικοί οφείλουν να πράττουν τα βέλτιστα προκειμένου για την Ποιότητα και να ωθούν τα θέματά της στην κορυφή της ημερήσιας διάταξης.
- Δημιουργία κουλτούρας βέλτιστης απόδοσης. Σύμφωνα με τους Deal and Kennedy (1982) η κουλτούρα είναι ένα σύστημα άτυπων κανόνων που εκφράζει πως πρέπει να συμπεριφέρεται το άτομο. Τοιούτοτρόπως οι εργαζόμενοι πρέπει ακριβώς να ξέρουν τι να κάνουν χωρίς σπατάλη χρόνου και προσπαθειών. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν όλες εκείνες τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητα τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση. Ακολουθώς περιγράφονται πέντε κύρια στοιχεία που συμβάλλουν σε μια εύρωστη κουλτούρα και συνοψίζονται στα α) επιχειρησιακό περιβάλλον β) αρχές γ) ήρωες δ) τελετουργικό και ε) δίκτυο κουλτούρας⁹⁴
- Εστίαση στις διεργασίες ως αντικείμενα προς βελτίωση. Στόχος πάντα είναι η βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων (output) μέσα από την διαδικασία όμως της επεξεργασίας των εισερχομένων (input). Και ενώ στον τομέα της Υγείας ο ορισμός που δεν μπορεί να περιοριστεί στα πλαίσια της βιομηχανίας μιας και υπάρχει ύψιστη ανάγκη βελτιστοποίησης των διαδικασιών.
- Αναθεωρημένες στρατηγικές για την διαχείριση και ανάπτυξη προσωπικού. Το σύνολο των εργαζομένων είναι πολύτιμο και συμβάλλει τα μέγιστα στην διαδικασία επίτευξης ποιότητας. Η εφαρμογή της ποιότητας απαιτεί την ενεργό ανάμιξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Η στρατηγική επιλογή που πρέπει να ακολουθήσει είναι η συνεχής αναζήτηση για ευκαιρίες που θα βελτιστοποιήσουν τις διεργασίες - kaizen κατά τους Ιάπωνες. Δια τούτο οφείλουν να ακολουθήσουν τα εξής βήματα:
 - Οργάνωση ευέλικτων ομάδων εργασίας για ενασχόληση με διατμηματικές διεργασίες

- Οι ηγέτες πρέπει να είναι πρωτοπόροι στην βελτίωση της ποιότητας
- Σεβασμός και ανάπτυξη των εργαζομένων
- Διάλογος μεταξύ πελατών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας
- Η πιο σημαντική εκπαίδευση είναι στις περίπλοκες παραγωγικές διεργασίες
- Χρήση των σύγχρονων τεχνολογικών εργαλείων ποιότητας για τη βελτίωση των διεργασιών⁸⁶.

Τα οφέλη που μπορεί να απεικονίσει ένας οργανισμός από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων που παράγει ή των υπηρεσιών που παρέχει, η αύξηση της ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών του πελατών, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών του, η αύξηση της παραγωγικότητας του, η μείωση του κόστους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σ' αυτόν.

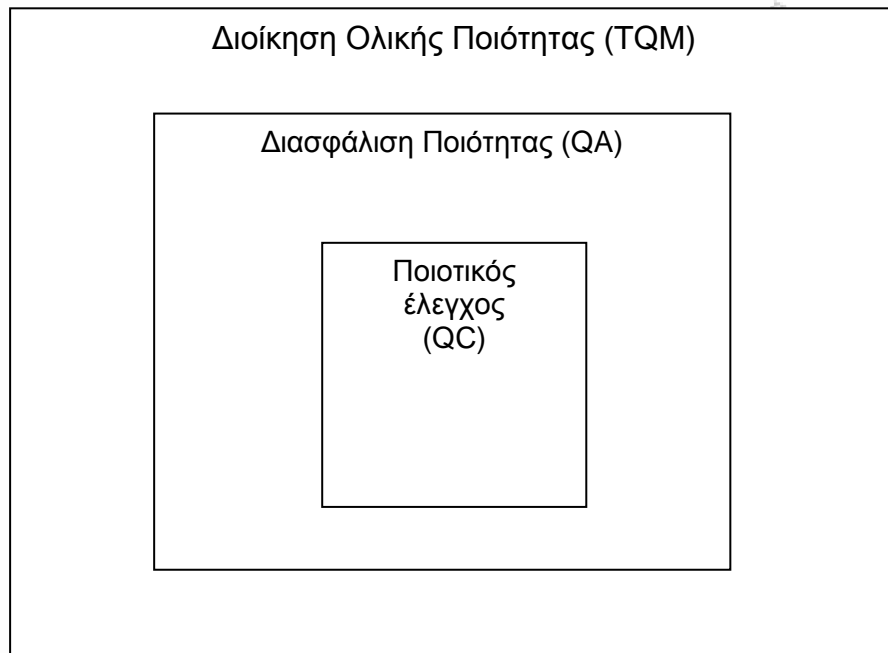
Η σχέση που συνδέει τον ποιοτικό έλεγχο, την διασφάλιση ποιότητας και την διοίκηση ολικής ποιότητας μπορεί να διατυπωθεί με την ακόλουθη εξίσωση:

$$TQM = QA + QC$$

ή

$$\text{Διοίκηση Ολικής Ποιότητας} = \text{Διασφάλιση Ποιότητας} + \text{Ποιοτικός Έλεγχος}$$

Μπορεί επίσης να απεικονισθεί με το παρακάτω διάγραμμα:



Γράφημα 6.4.

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας = Διασφάλιση Ποιότητας + Ποιοτικός Έλεγχος

6.5. Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας

Η πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις από την δεκαετία του 1990 και μετά δεν είναι η διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών αλλά η διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Κατά τον Fagerfjall (1995) η γλώσσα της διοίκησης-management απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωτικούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη, η συναδελφικότητα και οι κοινές αξίες⁹⁵.

Οι εργαζόμενοι πλέον αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στην επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής στην επιχειρηματική φιλοσοφία. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Zairi, 1998):

- να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
- να ενθαρρύνονται συνεχώς

- να επιβραβεύονται για το έργο τους
- να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
- να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες^{96,97}.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Αναφορικά με την πυραμίδα εξουσίας, στις μονάδες υγείας πρέπει να τονιστεί ότι δεν αποτελείται από μία γραμμή, αλλά από διαφορετικές για ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει κάποιου βαθμού αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στο προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Το ιατρικό προσωπικό συνεργάζεται καταρχήν με το νοσηλευτικό προσωπικό. Το βοηθητικό προσωπικό συνεργάζεται με το νοσηλευτικό σε επίπεδο εργασιών και υποχρεώσεων. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και, συνεπώς, στη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Η συμμετοχή όλων των εργαζομένων ανεξαρτήτως των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας (Oakland, 1999)⁹⁸. Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας (Donabedian, 1996)⁶³.

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών (Frizsimmons and White, 1997)⁹⁹. Η

επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

- Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
- Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Μηνιαίες συσκέψεις όλου του προσωπικού οφείλουν να συγκαλούνται προκειμένου για την προαγωγή των σκοπών του ιδρύματος και την ανάμιξη του προσωπικού με αυτό. Στη διάρκεια αυτών, η διοίκηση οφείλει να αναγνωρίζει την προσφορά του προσωπικού και προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις. Τα προγράμματα επιβράβευσης μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαίδευση, αλλά και χρηματικά ποσά. Επιπλέον, μία μονάδα υγείας θα πρέπει να έχει την ετοιμότητα εναλλαγής του μίγματος των εργαζομένων (ειδικότητες και αριθμός), ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών (Australasian Government). Τέλος, θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων, τόσο για τις συνθήκες εργασίας όσο και για τις προσδοκίες τους.

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων. Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου. Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα το συνεχή αγώνα του οργανισμού (Jackson, 2001)¹⁰⁰.

6.6 Κύκλοι ποιότητας (Quality Circle) ^{31,152}

Ως κύκλος ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 και 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιου τομείς του οργανισμού και εθελοντικά συναντώνται τακτικά με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι πάντα δυνατό να επιλυθούν με συμβατικές μεθόδους. Βασικά μέρη των κύκλων ποιότητας είναι α) το περιγραφικό που ουσιαστικά αποτελεί μια καταγραφή των διαδικασιών ώστε να γνωρίζουν τα μέλη τους τους στόχους, την φιλοσοφία καθώς και τα

πρότυπα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν ώστε να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα, β) η μέτρηση των προτύπων που είναι εφικτή μόνο στην περίπτωση που έχει καταγραφεί με μετρήσιμους όρους και γ) το τελευταίο και σημαντικότερο ίσως κομμάτι είναι και η ανάληψη της δράσης που ακολουθεί τη διαδικασία → σύγκριση → τι θα πρέπει να είναι → τι είναι → ανάληψη δράσης για εξασφάλιση ποιότητας → επανέλεγχος για επιβεβαίωση βελτιώσεων.

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

6.7 Ποιοτικώς Σταθμισμένα έτη ζωής (QALYS) ^{31,152}

Οι μέθοδοι αυτές συνδυάζουν την κλινική απόφαση (clinical decision making) κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας ή κινδύνου (uncertainty or risk) με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο συνδυασμός των μεθόδων αυτών αντικατοπτρίζεται στα σταθμισμένα ποιοτικά χρόνια επιβίωσης του ατόμου (QALYs) (quality adjusted life years).

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

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.

Ο δείκτης αυτός επιχειρεί να μετρήσει τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Συγκεκριμένα, ο δείκτης QALY παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος, καθώς συνδυάζει την ποσότητα ζωής {L} (life expectancy) με την ποιότητα {Q} σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης.

Ο δείκτης που θεωρείται ευρύτερα αποδεκτός για τη μέτρηση της ποσότητας ζωής ή της μακροβιότητας είναι το προσδόκιμο επιβίωσης. Αντίθετα, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πιο δύσκολο να αποτιμηθεί σε ποσοτικούς όρους, καθώς περικλείει ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων του επιπέδου υγείας οι οποίες σχετίζονται με τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και τη γνωστική πλευρά της ευεξίας.

Ο συνδυασμός ποσότητας και ποιότητας εκφράζεται σε όρους υποκειμενικής χρησιμότητας για κάθε άτομο και ενσωματώνεται σε ένα δείκτη αποτελέσματος, το δείκτη QALYs, η μαθηματική έκφραση του οποίου είναι η παρακάτω¹⁰¹:

$$U(Q, L) = aLU(Q)$$

Όπου:

a= Μια σταθερά

r= Παράμετρος που εκτιμά τη στάση του ατόμου απέναντι στον κίνδυνο

Q= Ποιότητα ζωής

L= Ποσότητα ζωής.

Έτσι με την ανάλυση του κόστους - χρησιμότητας μπορεί να γίνει σύγκριση δύο διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών, οι οποίες χρησιμεύουν για την αντιμετώπιση του ίδιου υγειονομικού προβλήματος. Η μέθοδος αυτή μπορεί επιπρόσθετα να χρησιμοποιηθεί σε επίπεδο κράτους για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους ορισμένων θεραπειών, συνεπώς και για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την κατανομή των πόρων στο τομέα της υγείας.

6.8 Ανασκόπηση ΔΟΠ στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι Brasher et al (1996) εξέτασαν τη σύγχρονη βιβλιογραφία στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας / Διαρκή Βελτίωση Ποιότητας (Total Quality Management / Continuous Quality Improvement - TQM/CQI) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και καθόρισαν τα υπάρχοντα κοινά στοιχεία στα επιτυχώς εφαρμοσμένα προγράμματα. Βασισμένοι σε αυτή την ανασκόπηση, πρότειναν ένα περιεκτικό μοντέλο εφαρμογής και διατήρησης ενός προγράμματος TQM/CQI σε αυτό τον τομέα. Επιδεικνύεται ότι, ενώ δεν υπάρχει διαγραμματοποιημένη οδός «στιγμιαίας επιτυχίας», υπάρχουν κοινά στοιχεία σε κάθε προσπάθεια TQM/CQI ⁹⁰.

Αυτά εμπεριέχουν την ηγεσία της διοίκησης, τη διδασκαλία δια του παραδείγματος, την εκπαίδευση των εργαζομένων στις αντιλήψεις περί ποιότητας, τη συμμετοχή της θεραπευτικής ομάδας στην αρχή της διαδικασίας, την επικέντρωση στον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, τη δημιουργία διατμηματικών ομάδων ποιότητας και τη διαφήμιση των επιτυχιών τους, τη συμμετοχή ανθρώπινων πόρων, την αναμονή δυσκολιών στην αλλαγή κουλτούρας και τέλος την ενθάρρυνση και την αναζήτηση πληροφόρησης από όλες τις επηρεαζόμενες περιοχές.

Οι Swinehart και Green (1995) θεωρούν ότι η αμερικανική υγειονομική περίθαλψη είναι σε κατάσταση κρίσης και την κατατάσσουν ως την τρίτη μεγαλύτερη βιομηχανία στις ΗΠΑ ¹⁰². Ισχυρίζονται ότι οι παροχείς υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται να ελέγξουν τις αυξανόμενες δαπάνες, να βελτιώσουν την παραγωγικότητα, να υιοθετήσουν κατάλληλες τεχνολογίες και να διατηρήσουν ανταγωνιστικά επίπεδα ποιότητας και αξίας. Δηλώνουν ότι η ΔΟΠ-TQM μπορεί να παρέχει ένα περιβάλλον που θα επικεντρώνεται στην ποιότητα φροντίδας του ασθενούς, και στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένου των διοικητικών, διαχειριστικών και κλινικών περιοχών. Οποιοδήποτε νέο εθνικό ή πολιτειακό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης, θα επηρεάσει προς την επιθυμητή πλευρά διατηρώντας ταυτόχρονα τις ποιοτικές προδιαγραφές. Συμπεραίνουν ότι είναι στρατηγικά επιτακτικό, οι παροχείς υγειονομικής περίθαλψης, από τους οικογενειακούς ιατρούς μέχρι τα μεγάλα ιατρικά κέντρα, και οι εφοδιαστές, από τα εργαστήρια μέχρι τις φαρμακευτικές εταιρίες, να καθιερώσουν μεθόδους γρήγορης συνεχούς Βελτίωσης και

Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως τον ακρογωνιαίο λίθο της διαδικασίας στρατηγικού σχεδιασμού.

Οι Rosser και Kleiner (1995) εξετάζουν πώς οι υπολογιστές και η διασφάλιση ποιότητας χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης¹⁰³. Οι υπολογιστές είναι σε θέση να χειριστούν μεγάλους όγκους δεδομένων, καθώς επίσης και να ελέγξουν τις δραστηριότητες περίθαλψης των ασθενών. Οι συγγραφείς συζητούν τη χρήση των υπολογιστών στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων των ασθενών, έτσι ώστε οι αλλαγές και τα προβλήματα να μπορούν να προσδιοριστούν. Επιπλέον, παρουσιάζονται μοντέλα υπολογιστών για να υπενθυμίζουν στους ιατρούς τα κατάλληλα μέτρα προληπτικής υγιεινής για τους ασθενείς τους. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η χρήση των υπολογιστών στην αύξηση της βελτίωσης της ποιότητας είναι ουσιαστική, εάν η ποιότητα της περίθαλψης του ασθενούς και η προαγωγή της υγείας πρόκειται να βελτιωθούν.

Οι Ennis και Harrington (1999) εκθέτουν τα συμπεράσματα μιας ερευνητικής μελέτης για την διαχείριση της ποιότητας στον Ιρλανδικό τομέα υγειονομικής περίθαλψης¹⁰⁴. Τα συμπεράσματα της μελέτης προτείνουν ότι η διαχείριση της ποιότητας είναι αυτό που τα νοσοκομεία απαιτούν για να γίνουν οικονομικώς πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά. Η έρευνα, επίσης, δείχνει ότι ο πολιτισμός των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αλλάξει σε έναν τέτοιο βαθμό όπου οι υπάλληλοι να υπερηφανεύονται για την εργασία τους και που όλοι να είναι αναμεμιγμένοι και δεσμευμένοι στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Συνιστάται η απαίτηση για μετατόπιση από τις παραδοσιακές διοικητικές δομές σε μια πιο συμμετοχική προσέγγιση. Επιπλέον, όλοι οι διευθυντές, είτε από κλινικό, είτε από διοικητικό υπόβαθρο, πρέπει να καταλάβουν ο ένας το ρόλο του άλλου στον οργανισμό.

Ο Onretveit (2004) παρουσιάζει την ιδέα ενός εθνικού σχεδίου ποιότητας της υγείας ως τρόπο κινητοποίησης και οργάνωσης της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας και για να υποκινηθεί η συζήτηση και το ενδιαφέρον στη Δύση για το θέμα. Επιδεικνύει πώς η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να αναπτυχθεί και να ενδυναμωθεί, με τη συμμετοχή στα ζητήματα που προκύπτουν από τις στρατηγικές ποιότητας στις αναπτυσσόμενες

χώρες. Εξετάζει γιατί οι αναπτυσσόμενες χώρες επιδιώκουν να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, παρά στο ευρύτερο και σημαντικό θέμα της βελτίωσης της υγείας. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν την εμπειρία και ότι απαιτούνται πρόσθετοι πόροι, περισσότερο για την κατάρτιση και την επίβλεψη. Θεωρεί ότι εάν η εφαρμογή δεν επιτευχθεί, η επένδυση θα αχρηστευθεί.

Οι O'Rourke et al (2001) ανέλυσαν την ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας της υγείας στη Μογγολία¹⁰⁵. Η ποιοτική προσέγγιση, που χρησιμοποιεί τις συνεχείς διαδικασίες βελτίωσης, αναγνωρίζεται ευρέως ως όχημα για καλύτερα αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη. Στο Μογγολία, τα συστήματα ποιότητας της υγείας είναι ιστορικά ελάχιστα ανεπτυγμένα. Μέσα στο πλαίσιο της γενικής μεταρρύθμισης υγείας, η Μογγολία έχει υπογραμμίσει την ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας για τη βελτίωση της διαχείρισης, της αποδοτικότητας και των κλινικών αποτελεσμάτων και διαδικασιών. Η Μογγολία έχει θεσπίσει ένα πλαίσιο για την εξασφάλιση της ποιότητας, με το κεντρικό Υπουργείο Υγείας να παίρνει ένα ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη και διάδοση των υλικών και την οργάνωση της κατάρτισης. Η εστίαση ήταν στη δημιουργία ενός συστήματος για την ποιότητα στο σύστημα υγείας, με διαδικασίες που καθιερώνονται στο επίπεδο του νοσοκομείου.

Η δέσμευση για ποιότητα είναι αναπόσπαστο τμήμα της εκτεταμένης μεταρρύθμισης του τομέα υγείας στη Μογγολία και οι αρχές της ποιοτικής προσέγγισης - συνεχής βελτίωση, εστίαση πελατών, ενεργός συμμετοχή - εφαρμόζονται αυτήν την περίοδο σε όλο τον τομέα υγείας. Τα εργαλεία και οι προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη μεταρρύθμιση υγείας στη Μογγολία και σε άλλα μετα-Σοβιετικά συστήματα υγείας. Η ποιοτική προσέγγιση έχει τη δυνατότητα να προσκρούσει σημαντικά στα συστήματα, τις εκβάσεις και τις διαδικασίες και να συμπληρώσει τη γενική επανευθυγράμμιση και την εκ νέου επικέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Τα οφέλη της βελτίωσης της ποιότητας μεγιστοποιούνται εάν άλλες μεταρρυθμίσεις και βελτιώσεις εμφανίζονται ταυτόχρονα ως μέρος μιας πιο εκτενούς και περιεκτικής διαδικασίας αλλαγής. Επί παραδείγματι :

- 1 Η αδειοδότηση και η πιστοποίηση βοηθούν στην εξασφάλιση δημιουργίας κατώτατων επιπέδων.
- 2 Τα βελτιωμένα συστήματα διαχείρισης υγείας και δεδομένων, παρέχουν δείκτες απόδοσης των συστημάτων υγείας.
- 3 Τα κλινικά εκπαιδευτικά πακέτα βοηθούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων και επικεντρώνουν εκ νέου την κλινική πρακτική προς τις εκβάσεις και τα διεθνή πρότυπα.
- 4 Η βελτίωση στη διοικητική ικανότητα υπογραμμίζει την αξία των συστημάτων ποιότητας και των τεχνικών για την επίτευξη μελλοντικών σκοπών και στόχων.
- 5 Οι αστικές εργασίες και η αποκατάσταση αναβαθμίζουν τη φυσική ικανότητα, το σχέδιο και το σχεδιάγραμμα των νοσοκομείων, αυξάνοντας κατά συνέπεια την αποδοτικότητα οικοδόμησης, την άνεση και τη λειτουργικότητα.
- 6 Οι πολιτικές προμήθειας και συντήρησης του εξοπλισμού βοηθούν στην εξασφάλιση ποιοτικής τεχνολογικής ικανότητας στην υγεία, καθώς επίσης και στην εξασφάλιση αξίας των χρημάτων που επενδύονται.

Όλα αυτά τα στοιχεία καλύπτονται μέσα στη γενική συσκευασία μεταρρύθμισης του τομέα υγείας, το πρόγραμμα ανάπτυξης του τομέα υγείας. Η Μογγολική εμπειρία της καθιέρωσης συστημάτων ποιότητας, ως τμήματος ενός εκτεταμένου προγράμματος μεταρρύθμισης, δίνει έμφαση στο πώς η βιώσιμη αλλαγή, με τη δυνατότητα για μακροπρόθεσμα οφέλη μπορεί να εφαρμοστεί σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας, χρησιμοποιώντας αποδεδειγμένες και διεθνώς αναγνωρισμένες διαδικασίες και τεχνικές εξασφάλισης ποιότητας.

Η επιτυχής εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μία νοσοκομειακή μονάδα δεν είναι εύκολη υπόθεση όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από το πλήθος των αποτυχημένων προσπαθειών. Απαιτείται από τους διοικητές να διαθέτουν την γνώση, τις ικανότητες αλλά και την εμπειρία στον τομέα της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης (Jackson, 2001)¹⁰⁰. Τα υπάρχοντα συστήματα ποιότητας για τους οργανισμούς υγείας αναφέρονται κυρίως σε τεχνικά χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης παραλείποντας το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι οργανισμοί διαθέτουν ιδιόμορφες δομές όπου ο καθένας αποτελεί έναν σύνδεσμο στην αλυσίδα που διασφαλίζει ότι ο ασθενής θα φτάσει υγιής σπίτι του (Rutz, 1999).

Λόγοι αποτυχίας στην εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μία μονάδα υγείας σύμφωνα με τον Chris Brook (1999) είναι οι ακόλουθοι¹⁴:

- 1 Η έλλειψη συνεργασίας με τους ιατρούς και η συντηρητική φύση των τελευταίων.
- 2 Το αρχικό μεγάλο κόστος εφαρμογής.
- 3 Η οργάνωση των μονάδων υγείας με διαφορετικά επίπεδα ιεραρχίας σε διοικητικά και επιστημονικά ζητήματα.
- 4 Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας, δηλαδή η συνύπαρξη ιδιωτικών και δημοσίων θεραπευτηρίων με διαφορετική χρηματοδότηση από τις ασφαλιστικές και το κράτος.

Παράλληλα, ο Jackson (2001) συμπληρώνει ότι ένα πρόγραμμα ΔΟΠ κινδυνεύει όταν:

1. Αντιμετωπίζεται από τους εργαζομένους ως μία παροδική άσκηση και όχι σαν καθημερινή διεργασία,
2. Η προσκόλληση στην συμπλήρωση εγγράφων είναι μεγάλη με αποτέλεσμα να μην βελτιώνεται η διαδικασία,
3. Υπάρχει συνεχής αμφισβήτηση στον οργανισμό για την χρηστικότητα του προγράμματος.
4. Οι διευθυντές του οργανισμού αφήσουν τον ενθουσιασμό να φθίνει κατά τη διάρκεια εφαρμογής.

Για την εφαρμογή προγράμματος βελτίωσης ποιότητας κύρια δυσκολία εμφανίζεται η έλλειψη γνώσεων και πόρων όπως τονίζει ο Chang – Yur^{106,107}.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

87. **Μέριανου-Μιχαήλ Β. και Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ.**, «Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993
88. **Φαμέλη Α.**, *Το Μοτέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)
89. **Λογοθέτης Ν.**, «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC», Interbooks, 1992
90. **Brashier et al** "Implementation of TQM/CQI in the health-care industry : A comprehensive model." (1996)
91. **Brannan K.**, "Total Quality in Healthcare", **Hospital Material Management Quarterly**, Vol.19, No.4, 1998, p. 1-8
92. **Dayton N.**, "The Demise of Total Quality Management", **The TQM Magazine**, Vol.15, No.6, 2003, p. 391-396
93. **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
94. **Deal T.E- Kennedy A.A** *Corporate Culture*, Reading, Mass, Adison-Wesley 1982
95. **Fagerfjall** "Gurus are putting faith in the people", **The European**, 1995, pp.21.
96. **Zairi, M** "Effective Management of Benchmarking" **Butterworth-Heinemann**, 1998, Oxford,
97. **J. Razmi, M.Zairi, Y. F. Jarrar**, "The application of graphical techniques in evaluating benchmarking partners" **Benchmarking: An International Journal**, Vol: 7,N:4,2000,pp: 304-314
98. **Oakland JS, Porter LJ.** "Total Quality Management". Oxford: Butterworth Heinemann, 1999.
99. **Paul Fitzsimmons, Tony White** 'Medicine and management: a conflict facing general practice?' **Journal of Management in Medicine**, 1997, Vol:11 ,3 ,pp 124 – 131

100. **Sue Jackson**, “*Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Volume: 14, Number: 4, 2001, pp: 157-163
101. **Γ.Ν.Υφαντόπουλος**, “Μέτρηση της Ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο”, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(Συμπλ 1):6-18
102. **Swinehart, Kerry; Green, Ronald F**, “*Continuous improvement and TQM in health care: an emerging operational paradigm becomes a strategic imperative*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Emerald Group Publishing Limited, Volume 8, Number 1, 1995 , pp. 23-27(5)
103. **Lyle H. Rosser, Brian H. Kleiner** “*Using management information systems to enhance health care quality assurance*” **Journal of Management in Medicine**, MCB UP Ltd, Vol. 9, Issue 1, 1995, pp 27-36
104. **Kay Downey-Ennis, Denis Harrington**, “*In search of excellence in Irish health care*” **International Journal of Health Care Quality Assurance** MCB UP Ltd, Vol 15, Issue 2, 2002, pp 65-73
105. **O’Rourke et al.** « *Developing quality health systems in Mongolia – International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2001
106. **Chan, F.T.S., Qi, H.J.** "An innovative performance measurement method for supply chain management", **Supply Chain Management: An International Journal**, (2003), Vol. 8 No.3, pp.209-23.
107. **Chan, C.K.D., Yung, K.L., Ip, W.H.** "The implementation of a model for integration of MRP II and TQM", **Integrated Manufacturing Systems**, (1999), Vol. 10 No.5, pp.298-305.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1.1 Ευρωπαϊκή πολιτική και υγεία

Η Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσίασε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον τομέα της Υγείας όπως φαίνεται με την θέσπιση ειδικής ομάδας άρθρων για την προστασία της στις ιδρυτικές συνθήκες της Ρώμης (1957), του Μάαστριχ (1992) και του Άμστερνταμ (1997). Το ενδιαφέρον της Κοινότητας εστιάζεται κυρίως στην θέσπιση μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας και την αποφυγή εξάπλωσης ασθενειών (Cucic, 2000)¹⁰⁸.

Κάθε κράτος μέλος υποχρεούται: α) να συντάσσει ετήσια έκθεση για την υγεία καθώς και για την εφαρμογή ή μη των προβλεπόμενων κοινοτικών οδηγιών, β) να θεσπίσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς εξασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, γ) να ιδρύσει φορέα αξιολόγησης των τεχνολογικών εξελίξεων καθώς και των πρακτικών των μονάδων υγείας. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν τόσο τα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας όσο και η λειτουργία των συστημάτων υγείας (www.euroopa.eu.int)³⁰.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η τάση των τελευταίων ετών για εφαρμογή των κανόνων της ελεύθερας αγοράς στην υγεία οδήγησε την Ευρωπαϊκή Ένωση στην θέσπιση μέτρων κατά μονοπωλιακών πρακτικών που μπορεί να εφαρμόστηκαν στο παρελθόν και σε κάποιους άλλους τομείς. (Cucic, 2000)¹⁰⁸.

7.1.2 Διεθνείς Οργανισμοί Πιστοποίησης και Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία^{37,110,152}

Την έννοια της πιστοποίησης για τις νοσοκομειακές μονάδες την συναντούμε πρώτη φορά το 1918 σε μία έρευνα του American College of Surgeons όπου ορίζονται πέντε προϋποθέσεις ουσιώδεις για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε ασθενείς. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η διαρκής πρόοδος της ιατρικής επιστήμης αλλά και η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομείων οδήγησαν σε αναθεώρηση των προτύπων. Το 1951 δημιουργήθηκε η Ένωση για την Πιστοποίηση των Νοσοκομείων με την σύμπραξη των American College of Physicians, American College of Surgeons και του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου (Roberts et al, 1987)¹¹⁰. Τα προγράμματα πιστοποίησης συστημάτων και υπηρεσιών υγείας πολλαπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια και πλέον υπάρχει πληθώρα αυτών για κάθε είδος οργανισμού υγείας (Walshe et al, 2001)¹¹¹. Πριν το 1995, δεν υπήρχε νομοθετική ρύθμιση στην Ευρώπη που να αφορά την πιστοποίηση. Σήμερα, η μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί θεσμό, ενώ σε Ιταλία και Γαλλία, ο νόμος ορίζει κατευθυντήριες γραμμές για την πιστοποίηση των οργανισμών υγείας (Shaw, 2001)¹¹²

Μερικά παραδείγματα εθνικών οργανισμών πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας σε οργανισμούς υγείας σε διεθνές επίπεδο είναι τα ακόλουθα:

1. Στην Μαλαισία ιδρύθηκε, το 2000, η Malaysian Society for Quality in Health από την συνεργασία της Κυβέρνησης και των ιδιωτικών παραγόντων παροχής περίθαλψης. Η διαδικασία πιστοποίησης που ακολουθεί ο οργανισμός, βασίζεται στα διεθνή πρότυπα για την ποιότητα στις υπηρεσίες, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση.
2. Στην Νότια Αφρική ιδρύθηκε το 1995 ο ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός Council for Health Service Accreditation of South Africa (COHSASA). Το καταστατικό του προβλέπει την συνεργασία κράτους, ιδιωτικών επιχειρήσεων, ανεξάρτητων επαγγελματιών και καταναλωτών. Διοικείται από το 18μελές Διοικητικό Συμβούλιο. Το πρόγραμμα του COHSASA αφορά τόσο τις κύριες λειτουργίες της νοσοκομειακής μονάδας όπως διαδικασία εισαγωγής στο χειρουργείο όσο και δευτερεύουσες, όπως έλεγχος μολύνσεων στα πλυντήρια.

3. Στην Χιλή ιδρύθηκε, το 1991, από το Υπουργείο Υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Αξιολόγησης της Ποιότητας με τον τίτλο Proyecto para la evaluación y Mejoramiento de la Calidad. Η αρχική ομάδα του οργανισμού παρακολούθησε σεμινάρια στο εξωτερικό και επιμορφώθηκε εκτενώς σε θέματα ποιότητας στον τομέα της υγείας από διεθνώς αναγνωρισμένους επιστήμονες. Μετά από λίγα χρόνια, ο παραπάνω οργανισμός αναπτύχθηκε ως προς τον σκοπό του και την λειτουργία του, δίνοντας έμφαση στην αποκεντρωμένη και καθολική εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με την συμμετοχή των επαγγελματιών, του Κράτους αλλά και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων στην προσπάθεια αυτή.

4. Στην Νέα Ζηλανδία, το Εθνικό πρόγραμμα Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Υγεία δημιουργήθηκε για να εξασφαλίσει την αριστότητα (excellence) των υπηρεσιών υγείας. Είναι ανεξάρτητος οργανισμός και η συμμετοχή σε αυτό γίνεται αυτοβούλως. Σύμφωνα με το καταστατικό του, η πιστοποίηση έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: αύξηση της απόδοσης, δημιουργία ισχυρών ηγετών, ενθάρρυνση ομαδικής εργασίας, βελτίωση δημόσιας εικόνας του οργανισμού, διάδοση της κουλτούρας της βελτίωσης ποιότητας και ικανοποίηση των απαιτήσεων του Υπουργείου Υγείας. Στις ΗΠΑ, το εθνικό βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige έχει ειδικό τμήμα για την βράβευση υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ενθάρρυνση της εξέλιξης του κλάδου και της προαγωγής της ποιότητας υγείας.

7.2 Α Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης^{28,113,114,115}

Στην Ελλάδα, όπως και στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε ένα μικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα βάσει της ταξινόμησης OECD του 1992 που προτάθηκε από τον Hurst. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από δημόσια, ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές καθώς και από νοσοκομεία που ανήκουν στο ΙΚΑ ή άλλους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς αλλά και στις Ένοπλες Δυνάμεις και από τον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνονται τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιδιωτικές Κλινικές, τα Διαγνωστικά Κέντρα αλλά και τα Ιατρεία ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών και Οδοντιάτρων. Από τον νόμο 1397/1983 οπότε και εγκαθιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) βασίστηκε σε αρχές όπως η υγεία

κοινωνικό αγαθό για όλους, ισότητα της πρόσβασης για όλους, ενεργός συμμετοχή του πολίτη και αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Οι κατευθυντήριες αξόνες ήταν η αποκέντρωση και ο κοινωνικός έλεγχος και η δημιουργία ενός πλαισίου λειτουργίας υπηρεσιών βάσει του προγραμματισμού και της ισότιμης κατανομής των πόρων.

Ο συνολικός αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων και κρεβατιών μειώθηκε κατά τη δεκαετία του 1980. Ειδικότερα η νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα (Πίνακας 7.2α.) παρέχεται από τα:

1. Δημόσιου χαρακτήρα Νοσοκομεία, στα οποία περιλαμβάνονται:

α. Τα 128 **νοσοκομεία του ΕΣΥ**, με 33115 κρεβάτια και τα 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία με 7.440 κρεβάτια.

β. Τα 2 ΝΠΙΔ και τα 2 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία των Αθηνών με 1.145 κρεβάτια.

γ. Τα **εκτός ΕΣΥ δημόσια νοσοκομεία** (στρατιωτικά, ΙΚΑ). Δεν περιλαμβάνεται μικρός αριθμός νοσοκομειακών μονάδων τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως «προνοιακά», όπως οι μονάδες αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων, τα ιδρύματα παροχής φροντίδας σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

2. Ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές στα οποία περιλαμβάνονται 196 γενικές και ειδικές κλινικές με 11.268 κρεβάτια και 38 ψυχιατρικές κλινικές με 4.129 κρεβάτια.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι ΝΠΙΔ, ελεγχόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, που είναι υπεύθυνο για τη διοίκηση, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία τους. Ως προς τη λειτουργία τους διακρίνονται σε **Γενικά** και **Ειδικά** (αντικαρκινικά, ατυχημάτων κ.ά.) και ως προς το επίπεδο των παρεχόμενων φροντίδων σε **Δευτεροβάθμια** (Νομαρχιακά) και **Τριτοβάθμια** (περιφερειακά). Η χωροθέτησή τους αντανακλά το γενικότερο τρόπο αντιμετώπισης των υγειονομικών προβλημάτων στη χώρα μας με αποφάσεις που κατά κανόνα καλύπτουν τις ανάγκες.

Οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία έχουν σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό χωρίς να επιτρέπεται να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων τα οποία μπορούν να λειτουργούν στο χώρο του νοσοκομείου οι Επιμελητές Α΄, οι Αναπληρωτές Διευθυντές και οι Διευθυντές.

**Πίνακας 7.2.α1. Η Νοσοκομειακή Υποδομή
του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (1999)**

Α. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ του ΕΣΥ

Νοσοκομεία κατά ειδικότητα	Αριθμός Νοσοκομείων	Αριθμός Κλινών
1. Γενικά	104	28.005
2. Ψυχιατρικά	9	7.440
3. Παιδιατρικά	4	1.530
4. Αντικαρκινικά	4	1.600
5. Λοιμωδών Νόσων	2	260
6. Μαιευτικά-Γυναικολογικά	1	500
7. Πνευμονολογικά	2	1.060
8. Οφθαλμολογικά	1	60
9. Ειδικών Λοιμώξεων	1	100
ΣΥΝΟΛΟ	128	40.555
10. Ωνάσειο (ΝΠΙΔ)	1	120
11. Παπαγεωργίου (ΝΠΙΔ)	1	625
12. Πανεπιστημιακά Αθηνών	2	400
ΣΥΝΟΛΟ	132	41.700

Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία (και τα κρεβάτια το ψ) και τα κρεβάτια των Κέντρων Υγείας

Β. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Νοσοκομεία κατά ειδικότητα	Αριθμός Νοσοκομείων	Αριθμός Κλινών
5. Γενικά	80	7.377
6. Γενικά και ειδικοτήτων	34	1.799
7. Μαιευτικά-Γυναικολογικά	53	1.443
8. Παιδιατρικά	3	152
9. ΩΡΛ	11	163
10. Οφθαλμολογικά	6	98
11. Χειρουργικά	4	100
12. Ορθοπεδικά	3	98
13. Καρδιολογικά	2	38
14. Νευροψυχιατρικά	38	4.129
ΣΥΝΟΛΟ	234	15..397

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας⁷²

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στα πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, λειτούργησε με τρόπο ώστε να παρατηρηθεί προοδευτική μείωση των ιδιωτικών κλινών όπως φαίνεται και στον πίνακα 7.2γ. που απεικονίζει τη διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής της χώρας. Παράλληλα στον πίνακα 7.2.δ. αποτυπώνονται τα διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια ανά κατοίκους για το σύνολο των κρεβατιών, μεταξύ των διαφόρων υγειονομικών περιφερειών Υ.ΠΕ. Η Αττική και η Κεντρική Μακεδονία με 5,4 και 4,2 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα βρίσκονται στην καλύτερη θέση ενώ διαφορά φαίνεται στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα, με 2 ανά 1.000 κατοίκους, και στη Πελοπόννησο με 2,2, ανά 1.000 κατοίκους. Εξαίρεση αποτελεί η Αχαΐα, η οποία περιλαμβάνεται στην υγειονομική περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας.

Οι αλλαγές στη νοσοκομειακή περίθαλψη και η μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (σε 7.5 ημέρες στα δημόσια νοσοκομεία και σε 11.5 ημέρες στα ιδιωτικά για το σύνολο των κρεβατιών και 5.9 στα δημόσια και 8.1 στα δημόσια μη ψυχιατρικά) φαίνεται να έχουν επιδράσει θετικά στην επαρκή κάλυψη των αναγκών για επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη. Πίνακας 7.2.ε

Πίνακας 7.2.α.2. Το μέγεθος (δυναμικότητα σε νοσηλευτικά κρεβάτια) των νοσοκομείων

ΚΛΙΜΑΚΙΑ ΚΛΙΝΩΝ							
	1 - 10	1-20	21-40	41-100	101-300	301 -	ΣΥΝΟΛΟ
1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ¹							
ΔΗΜΟΣΙΑ		1	12	32	53	43	144
ΙΔΙΩΤΙΚΑ	12	38	52	78	41	3	224
ΣΥΝΟΛΟ	12	39	64	110	94	49	368
2. ΚΡΕΒΑΤΙΑ ²							
ΔΗΜΟΣΙΑ		20	388	2.308	9.125	25.209	37.050
ΙΔΙΩΤΙΚΑ	113	645	1.603	5.315	6.344	1.074	15.094
ΣΥΝΟΛΟ	113	665	1.911	7.623	15.469	26.283	52.144

Πηγή: ΕΣΥΕ 1995, τροποποιημένο ^{115β}

1. Αφορά το σύνολο των νοσοκομείων δημόσιων και ιδιωτικών όλων των κατηγοριών (γενικών και ειδικών) εκτός των στρατιωτικών νοσοκομείων.
2. Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των στρατιωτικών νοσοκομείων και τα κρεβάτια των Κέντρων Υγείας.

Πίνακας 7.2.γ . Η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής «υποδομής» στην Ελλάδα

	1980	1984	1990	1994	1995	1999
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ¹	608	503	392	368	358	366
Δημόσια ΝΠΔΔ	112	125	140	140	139	128
Δημόσια ΝΠΙΔ	28	22	3	4	4	4
Ιδιωτικά	468	356	249	224	215	234
ΚΡΕΒΑΤΙΑ	59.327	56.358	51.329	51.144	52.227	57.097
Δημόσια ΝΠΔΔ	25.905	31.838	35.896	36.780	36.717	40.555
Δημόσια ΝΠΙΔ	8.347	4.860	66	270	269	1.145
Ιδιωτικά	25.075	19.660	15.214	15.094	15.241	15.397
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ						
ΙΑΤΡΟΙ	12.563	14.134	18.287	18.492	19.513	19.900
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	18.654	21.811	34.582	37.211	33.485	34.000

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ⁷²ΕΣΥΕ (1999) τροποποιημένο ^{115β}

1. Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια και τα κρεβάτια τους καθώς και τα κρεβάτια των Κέντρων Υγείας.

Πίνακας 7.2.δ. Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	1989		1991		1994	
	1	2	1	2	1	2
1) Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	3,1	2,8	3,1	2,7	3	2,7
2) Κεντρική Μακεδονία	5,6	4,2	5,5	4,2	5,5	4,2
3) Δυτική Μακεδονία	3,9	2,9	3,9	2,9	3,7	2,8
4) Ήπειρος	3,3	2,4	3,4	2,5	3,2	2,4
5) Θεσσαλία	2,7	2,5	3,2	3,1	3,7	3,5
6) Ιόνια Νησιά	5,1	3,2	5	3,1	4,9	3
7) Δυτική Ελλάδα	2,5	2,5	2,7	2,7	2,7	2,7
8) Στερεά Ελλάδα	2,2	2,2	2	2	2	2
9) Πελοπόννησος	3,1	2,3	2,9	2,2	2,9	2,2
10) Αττική	7,4	5,5	7,2	5,5	7,1	5,4
11) Βόρειο Αιγαίο	3	3	3	2,9	3,1	3
12) Νότιο Αιγαίο	7,1	2,3	6,8	2,3	6,6	2,2
13) Κρήτη	4,6	3,7	4,9	4	4,9	4
ΣΥΝΟΛΟ	5,1	3,9	5,1	3,9	5	3,9

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.⁷²

Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των στρατιωτικών νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

1: Σύνολο κρεβατιών (δημόσιων και ιδιωτικών)

2: Γενικά Κρεβάτια (κρεβάτια γενικών και ειδικών νοσοκομείων, εκτός ψυχιατρικών κρεβατιών).

Πίνακας 7.2.ε. Χρησιμοποίηση των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών και λειτουργική αποδοτικότητα

<u>Νοσηλευόμενοι</u>	<u>1990</u>	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Εισαγωγές ανά έτος	12,8	13,1	13,4	13,9	14,2	14,5	14,7
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες)	9,9	9,9	9,8	9,4	9,1	8,6	8,4
Κάλυψη %	68,0	71,0	70,0	71,0	70,0	71,0	69,0

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,⁷²

Πίνακας 7.2.στ. Δείκτες «λειτουργικής απόδοσης» των νοσοκομείων, ανά υγειονομική περιφέρεια.

Α Η μέση ετήσια κάλυψη νοσηλευτικών κλινών (%) σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ του ΕΣΥ			ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΚΑΙΝΙΚΕΣ		
	1	2	1+2	1	2	1+2
1. Ανατολική Μακεδονία- Θράκη	65	-	65	41	100	51
2. Κεντρική Μακεδονία	70	98	75	47	96	48
3. Δυτική Μακεδονία	59	-	59	33	92	56
4. Ήπειρος	73	-	73	15	-	15
5. Θεσσαλία	73	-	73	41	100	51
6. Ήσσηαλία	50	96	68	32	-	32
7. Ίόνια Νησιά	51	-	51	42	-	42
8. Δυτική Ελλάδα	57	-	57	17	-	17
9. Στερεά Ελλάδα	76	92	79	54	-	55
10. Πελοπόννησος	58	100	68	14	100	14
11. Αττική	62	-	62	38	-	38
12. Βόρειο Αιγαίο	55	97	81	25	-	25
13. Νότιο Αιγαίο	68	82	71	43	94	48
13. Κρήτη						
ΣΥΝΟΛΟ	69	94	74	47	60	51

Β Η μέση διάρκεια νοσηλείας σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ του ΕΣΥ			ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ		
	1	2	1+2	1	2	1+2
1) Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	5,4		5,4	9	141	16,0
2) Κεντρική Μακεδονία	5,6	111	7,2	8	93	10,5
3) Δυτική Μακεδονία	5,3		5,3	7	110	20,7
4) Ήπειρος	5,2		5,2	5	-	-
5) Θεσσαλία	3,6		3,6	10	100	21,0
6) Ίονια Νησιά	4,7	213	10,4	4	-	-
7) Δυτική Ελλάδα	4,9		4,9	8	-	-
8) Δυτική Ελλάδα	5,9		5,9	10	-	-
9) Στερεά Ελλάδα	7,2	162	9,1	8	93	11,1
10) Πελοπόννησος	3,9	103	5,9	6	-	-
11) Αττική	5,7		5,7	8	-	-
12) Βόρειο Αιγαίο	5,0	168	18,7	8	-	-
13) Νότιο Αιγαίο	5,4	35	6,8	9	145	10,2
13) Κρήτη						
ΣΥΝΟΛΟ	5,9	119	7,5	8	97	11,5

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1995 τροποποιημένο^{115β}

Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία (και τα κρεβάτια τους) καθώς και τα κρεβάτια των Κέντρων Υγείας .

1= Γενικά νοσοκομεία.

2= Ψυχιατρικά νοσοκομεία.

1+2 = Σύνολο

Στην Ελλάδα το εργατικό δυναμικό ανέρχεται σε 4.100.000 άτομα. Το μέσο ποσοστό απασχολούμενων στον ευρύτερο τομέα της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ αντιστοιχεί στο 5% του συνόλου των εργαζομένων μιας χώρας. Σε χώρες, όπως η Νορβηγία, οι απασχολούμενοι σε υπηρεσίες υγείας αποτελούν το 10% του συνόλου των εργαζομένων (Λιαρόπουλος 1995 - Λεβεντ, 1994)^{116,117}.

Η Ελλάδα παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο από 1,5% στις αρχές του '70 έφθασε στο 3,5%. Από αυτό το ποσοστό το 30,6% είναι ιατροί και το 31,4% νοσηλευτικό προσωπικό.^{116,117}

Το υπόλοιπο προσωπικό (38%), παραϊατρικό, διοικητικό, βοηθητικό και λοιπό επιστημονικό, απασχολείται (σε υψηλό ποσοστό) στο δημόσιο τομέα ή στα ασφαλιστικά ταμεία, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Επίσημη λίστα ανεργίας για τους επαγγελματίες της υγείας δεν υπάρχει (Κυριόπουλος, 1994)^{117,118}. Η μεγάλη πλειοψηφία των Ελλήνων ιατρών είναι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, ενώ παρατηρείται, σε αντίθεση με όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σημαντική έλλειψη ιατρών γενικής - οικογενειακής ιατρικής. Οι μισοί περίπου από τους ιατρούς απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρά τον μεγάλο αριθμό ιατρών, υπάρχει σημαντική έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Η αναλογία τους είναι 2 νοσηλευτές / τρεις για κάθε 3 ιατρούς.

Οι κύριοι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας είναι η Κυβέρνηση (κρατικός προϋπολογισμός) και οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης. Η Ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει μόνο ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού (κυρίως για νοσοκομειακές υπηρεσίες) το οποίο όμως αυξάνεται προοδευτικά τα τελευταία χρόνια. Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν μέρος των συνολικών πληρωμών υγείας προς τους προμηθευτές υγείας με αποτέλεσμα η Ελλάδα να παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας (το 30% περίπου των συνολικών δαπανών) οι οποίες έχουν αυξηθεί σημαντικά ακόμη και μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ ενώ παρατηρείται ακόμα μεγαλύτερη αύξηση τα τελευταία χρόνια.

Η ασφάλιση κατά των κινδύνων υγείας είναι υποχρεωτική για το σύνολο του απασχολούμενου πληθυσμού και των εξαρτωμένων μελών και είναι βασισμένη στην επαγγελματική κατηγορία και όχι στο εισόδημα. Υπάρχει ελάχιστος αριθμός παροδικά ή περιοδικά ανασφάλιστων, όπως κυρίως οι άνεργοι, καθώς και ορισμένων μικρών ομάδων του πληθυσμού, οι οποίοι όμως έχουν τη δυνατότητα παροχής φροντίδων μέσω προνοιακού χαρακτήρα προγραμμάτων και δραστηριοτήτων όπως χαρακτηριστικά των απόρων. Η αναγκαία για την αποκατάσταση της υγείας ιατρική φροντίδα παρέχεται «δωρεάν» τη στιγμή της χρήσης των υπηρεσιών στα πλαίσια της δωρεάν Δημόσιας Υγείας.

Στην Ελλάδα, πλείστες προσπάθειες για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων έχουν καταβληθεί. Η πρώτη αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται στο Ν.2519/1997 με την πρόβλεψη σύστασης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9 Ν.2519/1997). Ουσιαστική όμως προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων έγινε το 2002. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) ιδρύεται με το Ν.2920/2001 τεύχος Α' ΦΕΚ 131/27.6.2001 και αρχίζει να λειτουργεί στις 16/09/2002 (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001). Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) της χώρας και σκοπός του είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτιών κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας, ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών.

Εντούτοις, παρά το ότι το ΣΕΥΥΠ εμφανίζεται ιδιαίτερα αναβαθμισμένο σε σχέση με τα αντίστοιχα σώματα επιθεώρησης του εξωτερικού, η κύρια λειτουργία του συνδέεται με την καταγραφή παθογόνων αιτιών και την διατύπωση προβλημάτων στα νοσοκομεία. Η εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης της αποδοτικότητας με τη χρησιμοποίηση στατιστικών (μη χρηματοοικονομικών) δεικτών θα μπορούσε ίσως να αποτελούσε μια πρόσθετη δυνατότητα.

7.2 Β Το Ελληνικό παράδοξο στον τομέα Υγείας

Ο τομέας Υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge). Παρά τις συνεχείς μεταβολές του συστήματος παρατηρείται το εξής παράδοξο στον τομέα Υγείας της Ελληνικής επικράτειας:

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι υψηλή καθώς παρατηρούνται χαμηλοί δείκτες βρεφικής, νεογνικής και μητρικής θνησιμότητας ενώ η αποδοτικότητα του συστήματος είναι σχετικά χαμηλή μιας και παρατηρείται υψηλό ποσοστό, περίπου το 8% του ΑΕΠ, πόρων¹¹⁴. Παρατηρούνται ανισότητες του συστήματος των οποίων η έκταση δεν είναι ακόμα γνωστές.¹¹⁴

Πρόκειται για παράδοξο το οποίο δεν είναι εύκολο να εξηγηθεί ωστόσο πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να αποτελέσει το γεγονός ότι ο Έλληνας τόσο ως πολίτης όσο και ως επαγγελματίας υγείας μπορεί από μόλις του να βρει λύσεις που δεν του το παρέχει το σύστημα.¹¹⁴

Το Ελληνικό σύστημα υγείας τα τελευταία τουλάχιστον είκοσι χρόνια βρίσκεται σε μια συνεχή πορεία «μετάβασης» και συνεχών δομικών και οργανωτικών αλλαγών. Παρά τα αλληπάλγηλα νομοθετήματα και τις διοικητικού κυρίως χαρακτήρα παρεμβάσεις, και σημαντικές επενδύσεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από σημαντικό βαθμό οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες, τόσο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όσο και στην καθημερινή παροχή ιατρικής φροντίδας. Δεν πρέπει να λησμονείται όμως, η διαρκής προσπάθεια για την επίλυση των προβλημάτων αυτών.

Οι ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών, οι περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή υπηρεσιών και πόρων, παρά τις σημαντικές βελτιώσεις της τελευταίας δεκαετίας στην υποδομή, αποτελούν τμήμα των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει η πολιτεία.

7.3 Η Διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας

Ένας από τους ευρύτερα εφαρμοσμένους μηχανισμούς στο επίπεδο του οργανισμού και του συστήματος που έχει χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών είναι η διαπίστευση των υπηρεσιών, η οποία αποτελεί ίσως τον πιο αποτελεσματικό μηχανισμό ποιοτικού ελέγχου και συνεχούς βελτίωσης με ιστορία σχεδόν ενός αιώνα (Scrivens – Klein –Steiner 1995) και η οποία κερδίζει διαρκώς έδαφος λόγω της παγκοσμιοποίησης και ιδιαίτερα λόγω της παγκόσμιας εξάπλωσης της αγοράς.^{118β,31}

Οι στόχοι της διαπίστευσης καθορίζονται συνήθως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις πολιτικές επιλογής του. Τα βασικά γνωρίσματα της διαπίστευσης κατά τον Scrivens(1995α)¹¹⁹ είναι η προώθηση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας, η ενημέρωση των ατόμων που λαμβάνουν αποφάσεις, η διασφάλιση της υπευθυνότητας ως προς τις εθνικές πολιτικές υγείας, η εθελοντική βάση της αξιολόγησης, εφόσον οι οργανισμοί υποβάλλουν αίτηση για τη διαπίστευση των υπηρεσιών τους με δική τους πρωτοβουλία, η έμφαση στο μέγιστο και η μέτρηση του βαθμού που ένας οργανισμός υγείας υπολείπεται από αυτόν. Γενικότερα υποστηρίζεται ότι η διαπίστευση αποτελεί ευκαιρία για καλύτερο σχεδιασμό υπηρεσιών-διαδικασιών εναρμονίζοντας τόσο τα πρότυπα όσο και τη συνοχή της περίθαλψης. Οι βασικοί στόχοι της διαπίστευσης είναι οι ακόλουθοι: α) συνεχής βελτίωση ποιότητας. Η διαδικασία διαπίστευσης χρησιμοποιείται για να προκληθούν αλλαγές στην πολιτική πρακτική που θα βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών β) ενημερωμένη λήψη αποφάσεων μετά την προβλεπόμενη παροχή των απαραίτητων που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελος του συλλογικού ποιοτικού καλού και γ) βελτιωμένη υπευθυνότητα και συντονισμός. Οι οργανισμοί υγείας συνεργάζονται με κρατικές ή άλλες υπηρεσίες και η συμπεριφορά τους συντονίζεται ώστε να προστατεύονται τα συμφέροντα των ασθενών καθώς και του συνόλου των εμπλεκόμενων φορέων^{118β}. Η διαπίστευση μπορεί να εφαρμοστεί πρακτικά σε κάθε τομέα του συστήματος υγείας. Αν και η πλέον εξελιγμένη της μορφή αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπάρχουν οργανωμένα συστήματα διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα ιδιωτικά ιατρεία, τα εργαστήρια των νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων αλλά και τις ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Η διαπίστευση των υπηρεσιών της υγείας αποτελεί εθελοντικό πρόγραμμα το οποίο προϋποθέτει τη σύσταση ενός ανεξάρτητου φορέα που θα την υλοποιήσει. Στο φορέα αυτόν συμμετέχουν εκπρόσωποι από τις ενώσεις των επαγγελματιών της υγείας, εκπρόσωποι από τον κεντρικό ρυθμιστικό φορέα του συστήματος, ενώ όλο και συχνότερη είναι τελευταία και η συμμετοχή εκπροσώπων των χρηστών του συστήματος μέσω οργανώσεων καταναλωτών ή ενώσεων εργαζομένων και συνταξιούχων. Οι εξωτερικοί αυτό αξιολογητές θα προβούν στην προβλεπόμενη διεργασία με προκαθορισμένα πρότυπα επίδοσης εστιάζοντας σε στρατηγικές συνεχούς βελτίωσης και στην επίτευξη βέλτιστων προτύπων ποιότητας. Στον τομέα της υγείας τα πρότυπα διαπίστευσης υιοθετούν μια προσέγγιση που εστιάζει σε οργανωτικές λειτουργίες και διαδικασίες όπως η αξιολόγηση των ασθενών, ο έλεγχος μολυσματικών εστιών, η διασφάλιση της ποιότητας και η διαχείριση πληροφοριών. Η απόφαση για τον εάν και κατά πόσο ο φορέας θα διαπιστευτεί ή όχι βασίζεται σε προκαθορισμένους παράγοντες που οφείλουν να εφαρμόζονται με συνέπεια. Ο πρώτος είναι η εξέταση της δυνατότητας του οργανισμού να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες με βάση την υπάρχουσα οργανωτική του σύνθεση (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, 1999)¹²⁸ και ακολουθεί η απευθείας αξιολόγηση της τελικής ποιότητας της περίθαλψης που παρέχει στην πράξη ο οργανισμός (Skolnick, 1997)¹²¹. Η αξιολόγηση της περίθαλψης στα πλαίσια της διαπίστευσης δε γίνεται με βάση υποκειμενική γνώμη, αλλά με μέτρηση ως προς συγκεκριμένα κριτήρια που χαρακτηρίζουν την παροχή περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια πληθώρα στρατηγικών αξιολόγησης για να καθορίσουν εάν ο υπό εξέταση φορέας πληροί τις απαιτούμενες προϋποθέσεις-κριτήρια για να αξιολογήσουν την επίδοση και την συμμόρφωση του οργανισμού με τα πρότυπα^{118β}.

7.4 Μοντέλα και εργαλεία Ποιότητας προσανατολισμένα στο χώρο της Υγείας - Διεθνείς Οργανισμοί

Σήμερα, η τάση για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, έγκειται στη διαμόρφωση μιας ιεραρχημένης προσέγγισης στον χώρο της διαπίστευσης/ πιστοποίησης και διευκόλυνση σε αυτό το κομμάτι, έρχεται να προσφέρει η επαναξιολόγηση στην πορεία της συνεχούς

μάθησης και βελτίωσης μέσα από σταδιακή εφαρμογή διοικητικών πρακτικών προς την αριστεία σε σύγχρονα συστήματα υγείας^{122,142}.

Για την διευκόλυνση προς την αριστεία έχουν αναπτυχθεί προσεγγίσεις, μεθοδολογίες και εργαλεία, που είναι χρήσιμα στη βιομηχανία αλλά και στον τομέα των υπηρεσιών και που έχουν δημιουργήσει υποσχέσεις στην εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας. Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας *EFQM*
- *SERVQUAL*
- Πρότυπο ISO 9000:2000
- Το διεθνές Πρόγραμμα Ποιότητας *Bald ridge*
- Joint Commission of Administration of Health Care Organizations (*JCAHO*)
- *Balanced Scorecard*
- *Six Sigma approach*

Το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας *EFQM* και το Πρότυπο ISO αναλύονται παρακάτω και παρουσιάζονται ομοιότητες και διαφορές τους.

SERVQUAL

Η μέθοδος *SERVQUAL*, σχεδιάστηκε από τους *Parasuraman et al* το 1985^{131,132} ως απόκριση δημοσιευμένης και εμπεριστατωμένης έρευνας σχετικά με την μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών.

Αυτό οδήγησε σε ποσοτική και ποιοτική έρευνα στον ιδιωτικό τομέα, σε πελάτες (*focus groups and surveys*). Τα ευρήματα της έρευνας ως ορισμός της ποιότητας υπηρεσιών υποδεικνύουν το κενό ανάμεσα στην αντίληψη των πελατών και τις προσδοκίες κάποιας υπηρεσίας και ανέδειξε 10 διαστάσεις που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι πελάτες για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών.

Ως αποτέλεσμα περαιτέρω έρευνας οι 10 διαστάσεις, συγχωνεύτηκαν σε 5 καθώς και σε 22 σημεία αντίληψης παράλληλα με 22 δηλώσεις προσδοκιών που αξιολογούνται σε μία επταβάθμια κλίμακα του Likert. (*Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy*)

Η αίσθηση (perception), διαχωρίζεται από τις προσδοκίες, γεγονός που αποτυπώνεται ως αποτέλεσμα (gap score, P-E). Η προσέγγιση της έρευνας, επιπλέον αποτυπώνει την σημασία που οι πελάτες αποδίδουν σε κάθε μια από τις διαστάσεις της ποιότητας, δίνοντας στους υπεύθυνους παροχής υπηρεσιών μια ιδέα για το πώς θα πετύχουν καλές επιδόσεις σε κάθε μία από αυτές. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, οι πελάτες ζητούνται να αξιολογήσουν σε εκατονταβάθμια κλίμακα, αντικατοπτρίζοντας τη σημασία για αυτούς κάθε μίας διάστασης, στο κομμάτι της ποιότητας υπηρεσιών¹³³.

Μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει κριτικές στο μοντέλο. Έτσι λοιπόν, ο Francis Buttle υποστηρίζει ότι οι 5 διαστάσεις δεν εφαρμόζονται παντού, ενώ το ίδιο το μοντέλο, ελέγχεται στο κατά πόσο μπορεί να στηριχθεί πλήρως σε εδραιωμένες οικονομικές, στατιστικές και ψυχολογικές θεωρίες¹²⁶.

Παρά την αμφισβήτησή του, το μοντέλο χρησιμοποιείται και σε διαφοροποιημένες μορφές για την μέτρηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων γύρω από την ποιότητα των υπηρεσιών.

Το διεθνές Πρόγραμμα Ποιότητας Baldrige^{118β}

Το βραβείο αυτό καθιερώθηκε τον Αύγουστο του 1987 βάσει του «Εθνικού νόμου βελτίωσης ποιότητας Malcolm Baldrige». Πήρε το όνομά του από τον Malcolm Baldrige που διετέλεσε Υπουργός εμπορίου από το 1981 ως τον θάνατο του το 1987 ενώ θεωρείται ότι άσκησε σημαντική επιρροή στην κρατική διαχείριση. Σκοπός του βραβείου αρχικά ήταν η ανάπτυξη της αντίληψης ποιότητας για τις Αμερικάνικες εταιρείες. Μέρος των κανόνων απαιτεί οι εταιρίες οι οποίες λαμβάνουν το βραβείο να ενημερώνουν τις υπόλοιπες για την εργασία τους αναφέροντας την επιτυχή τους δράση στον τομέα της ποιότητας μέσω δημοσιευμάτων και διαλέξεων. Η χρήση των κριτηρίων Baldrige για την επιχειρηματική αριστεία, μπορεί να βοηθήσει τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, να ενσωματώσουν πλήρως τις αρχές της ποιότητας.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες που δίνεται το βραβείο 1) κατασκευαστικές εταιρίες, εταιρίες παροχής υπηρεσιών καθώς και εταιρίες που απασχολούν δυναμικό κάτω των πεντακοσίων ατόμων 2) εκπαιδευτικά ιδρύματα και 3) ιατρικές υπηρεσίες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για πρώτη φορά, το 2003, το βραβείο Malcolm Baldrige National

Quality Award δόθηκε σε οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας (SSMHC, στο St Louis, Missouri)¹²⁷

JCAHO

Το Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) είναι ένας οργανισμός που παρέχει πιστοποίηση σε οργανισμούς που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Προέκυψε ως μια προσπάθεια του Ernest Codman για την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, βασισμένη σε εξαγόμενα αποτελέσματα από τη φροντίδα ασθενών. Η οντότητα αυτή, προέκυψε το 1951, μετά από συγχώνευση των Hospital Standardization Program, American College of Physicians, American Hospital Association, the American Medical Association, και Canadian Medical Association. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, νοσοκομεία και άλλα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, λαμβάνουν κίνητρα για υψηλές επιδόσεις σε έρευνες της Joint Commission αφού κάτι τέτοιο καλύπτει τις απαιτήσεις πιστοποίησης, από τα κέντρα Υπηρεσιών Υγείας, γεγονός απαραίτητο για την απόδοση χρημάτων στους οργανισμούς αυτούς^{127,128}.

Τα νοσοκομειακά πρότυπα που θέτει το JCAHO έχουν κυρίως 3 χαρακτηριστικά:

- A) εστιάζουν κυρίως στον ασθενή
- B) εστιάζουν στην επίδοση
- Γ) βρίσκονται οργανωμένα γύρω από δραστηριότητες κοινές σε όλους .

Υπάρχουν πρότυπα, τα οποία στο σύνολό τους διαμορφώνουν ένα πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων ως ενιαίες οντότητες/ συστήματα, χωρίς επιμέρους διαχωρισμούς και διακριτές δομές. Υπάρχουν διάφορες λειτουργίες σε ιεραρχημένη μορφή που προσδιορίζουν το πλαίσιο αυτό:

Οργανωσιακές λειτουργίες: ηγεσία, βελτίωση επιδόσεων στον οργανωτικό τομέα, διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, έλεγχος και αποφυγή μολύνσεων, περίθαλψη ασθενών

Λειτουργίες που εστιάζουν στον ασθενή: παροχή φροντίδας με συνέπεια, αξιολόγηση των περιστατικών των ασθενών, δικαιώματά των τελευταίων και ηθική του οργανισμού

Δομές με διοικητικές λειτουργίες: ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Balanced Scorecard^{31,152}

Το Balanced Scorecard, είναι ένα πλαίσιο, το οποίο βοηθάει τους οργανισμούς να μετατρέψουν την στρατηγική τους σε λειτουργικούς στόχους που καταγράφουν τόσο την συμπεριφορά όσο και την επίδοση.

Περιγράφει και βοηθάει την εφαρμογή και την διαχείριση της στρατηγικής σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, συνδέοντας στόχους, πρωτοβουλίες και μέτρα με αυτήν. Είναι επίσης μια διαδικασία, την οποία ο οργανισμός χρησιμοποιεί για συμφωνία, ευθυγράμμιση και δέσμευση στην στρατηγική της διοικητικής ομάδας και του συνόλου των ανθρώπων του οργανισμού.

Παρέχει επίσης μία διαφορετική προσέγγιση όσον αφορά τη συνολική επίδοση των οργανισμών υγείας, με την ενσωμάτωση οικονομικών μέτρων με άλλους δείκτες κλειδιά γύρω από τις επιθυμίες του πελάτη (ασθενή, ιατρό, υπεύθυνο ανάληψης εξόδων), εσωτερικές κλινικές διαδικασίες, προσωπική μάθηση και ανάπτυξη¹²⁹.

Το πρώτο συνέδριο “Βέλτιστων Πρακτικών” (Best Practices Conference), πραγματοποιήθηκε στη Μασαχουσέτη, τον Απρίλιο του 2002 και το οποίο εστίασε στο πώς οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούν την Balanced Scorecard για την επίτευξη των στόχων τους.

Σε αυτό, οργανισμοί από την Β. Αμερική (Duke Children’s Hospital, Blue, Cross/Blue Shield of Minesota, Montefiore Hospital Center), προσέφεραν την εμπειρία τους έχοντας ήδη χρησιμοποιήσει την Balanced Scorecard ως ένα ισχυρό πλαίσιο επιδόσεων.

Προσέγγιση Six Sigma

Το Six Sigma είναι μια πρωτοβουλία στον χώρο της Ποιότητας που βασίζεται στο στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών. Βελτιώνει παραδοσιακά εργαλεία με την εξαγωγή στατιστικής ανάλυσης, και με συστηματική προσέγγιση εστιάζει στην αιτία των αποκλίσεων, επανακαθορίζοντας στη συνέχεια διαδικασίες για μακροπρόθεσμα αποτελέσματα¹²².

Στόχος είναι η παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών με μόνο 3,4 ελαττωματικά ανά εκατομμύριο (στατιστική προσέγγιση του όρου Six Sigma). Το Six Sigma, μπορεί έτσι να θεωρηθεί ένα εργαλείο βελτίωσης ποιότητας. Απαιτεί τέσσερα βήματα όπου η συλλογή πληροφοριών και η ανάλυση, γίνονται ο πυρήνας του σχεδίου Six Sigma:

- Μέτρηση
- Ανάλυση
- Βελτίωση
- Έλεγχος

Είναι και μία προσέγγιση του επαγγελματισμού, αφού ο στόχος είναι να εδραιωθεί καθεστός συνεχούς βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, με την εφαρμογή βελτιωτικών δραστηριοτήτων σχεδιασμένων ειδικά για εκπαιδευμένες ομάδες εργασίας.

Στον τομέα της Υγείας, το Six Sigma ως φιλοσοφία που αναζητά σχεδόν μηδενικά λάθη, είναι σε ένα ώριμο σημείο για την εφαρμογή του από διευθυντές των αντίστοιχων οργανισμών και ειδικευμένους επαγγελματίες που ανησυχούν για την υγεία των ασθενών και ήδη εφαρμόζουν μία ολιστική προσέγγιση ποιότητας⁸⁸.

7.5 Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας^{88,118β,130,131}

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 το Ευρωπαϊκό Υπόδειγμα-European Foundation for Quality Management EFQM με την διαρκή υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Ποιότητα και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής εισήγαγαν το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας. Αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο το οποίο εφαρμόζεται σε περισσότερους από 30.000 κορυφαίους οργανισμούς τόσο ιδιωτικούς όσο και δημόσιους σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Λειτουργεί σαν ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης για επιχειρήσεις, ανεξαρτήτως τομέα ή μεγέθους βελτιώνοντας σημαντικά τα αποτελέσματα και την απόδοσή τους.¹³²

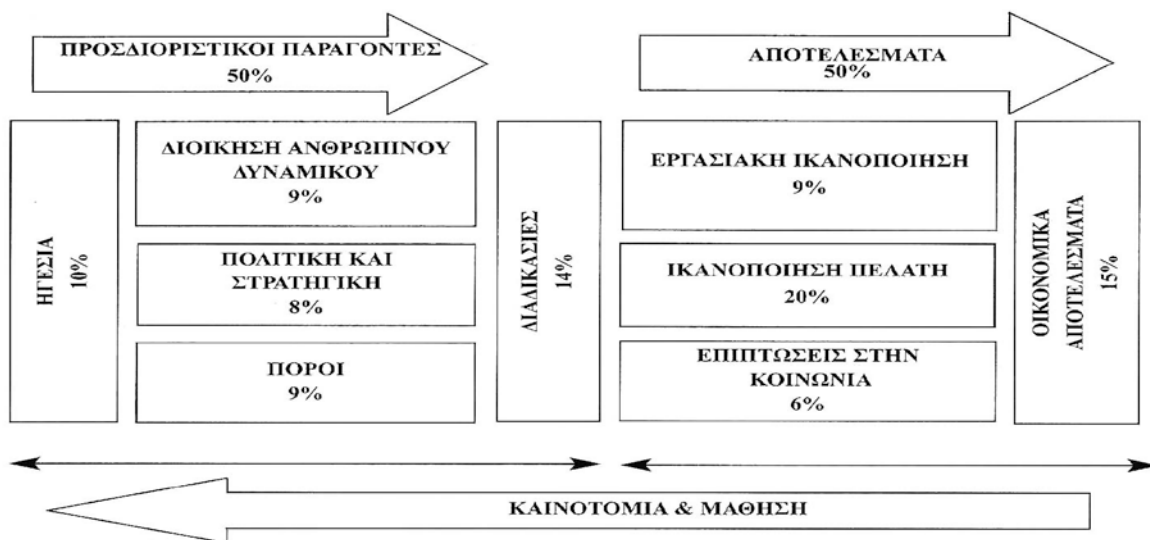
Ο ομώνυμος οργανισμός, ιδρύθηκε το 1989, από διευθύνοντα στελέχη ευρωπαϊκών εταιριών και αυτή τη στιγμή είναι το κέντρο της επιχειρηματικής αριστείας, για πολυεθνικές επιχειρήσεις όλων των μεγεθών και κλάδων.¹³³

Με τα πέρασμα των χρόνων, μια σειρά από έρευνες, έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ της υιοθεσίας ολιστικών μοντέλων, όπως το EFQM και της βελτίωσης αποτελεσμάτων.¹³⁴

Το μοντέλο EFQM περιλαμβάνει τα επιμέρους στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Αυτά αποτελούν τις δομικές οντότητες για την διευθέτηση ανάλυσης των διαδικασιών και των αλλαγών στον εκάστοτε οργανισμό. Τα στοιχεία αυτά είναι ευρέως αναγνωρίσιμα και είναι προϊόν συμφωνίας. Η ακρίβεια στην ανάλυσή τους είναι θέμα κύρους. Παράλληλα, η περιοδική ανανέωση του μοντέλου, είναι ένα ξεκάθαρο παράδειγμα της συνεχούς προσαρμογής στις αλλαγές με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο οργανισμός καθημερινά.¹³⁵

Το μοντέλο EFQM, χρησιμοποιεί 9 βασικά κριτήρια. Πέντε από αυτά, ονομάζονται “προσδιοριστικοί παράγοντες” και 4 “αποτελέσματα” (Σχήμα 7.5.1). Τα βέλη παρουσιάζουν τη δυναμική φύση του μοντέλου. Η καινοτομία και η μάθηση , επανατροφοδοτούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες, δημιουργώντας βελτίωση αποτελεσμάτων. Τα κριτήρια, αξιολογούν τον προσανατολισμό της εταιρείας προς την αριστεία. Καθένα από αυτά, διαχωρίζεται σε διαφορετικό αριθμό υποκριτηρίων.

Ο ανοικτός χαρακτήρας του προτύπου, χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αναζήτηση της αριστείας. Αυτή η διαδικασία δεν περιορίζεται, μιας και τα περιθώρια βελτίωσης είναι άπειρα. Οι άνθρωποι που δραστηριοποιούνται μέσα σε οργανισμούς, θα πρέπει συνεχώς να κινητοποιούνται προς συνεχή βελτίωση.



Σχήμα 7.5.1. Δομή του EFQM. Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας

Ανάλογα με τις επιδόσεις στο μοντέλο, οι διάφοροι οργανισμοί που συμμετέχουν στη διαδικασία αυτοαξιολόγησης, επιτυγχάνουν διάφορες διακρίσεις. Το πρώτο επίπεδο διάκρισης είναι σχεδιασμένο για οργανισμούς ή και επιχειρησιακές μονάδες που μόλις ξεκινούν το ταξίδι τους προς την επιχειρηματική Αριστεία. Οι εκπαιδευμένοι αναλαμβάνουν την αξιολόγηση των υποψήφιων οργανισμών σε αυτό το επίπεδο.

Η «Αναγνώριση στην Επιχειρηματική Αριστεία» (Recognized for Excellence) υποδεικνύει ένα καλά διοικούμενο οργανισμό στη διαδρομή του προς την Επιχειρηματική Αριστεία.¹³² Ο χρόνος που πέρασε μάλιστα, έφερε την ανώτατη διάκριση για 18 επιχειρήσεις.¹³³

Πέρα από την βράβευση, ο EFQM διοργανώνει ετήσιες συναντήσεις (fora), όπου συζητούνται σημαντικά θέματα που επηρεάζουν τις ευρωπαϊκές επιχειρήσεις. Τα δύο τελευταία πραγματοποιήθηκαν στην Ουγγαρία και την Ελλάδα (Οκτώβριος 2007).

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας, γνωστό και ως E.Q.M. Award (European Quality Management Award), απονέμεται μια φορά ετησίως στους οργανισμούς εκείνους οι οποίοι αποδεικνύονται οι καλύτεροι εκφραστές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ευρώπη. Το Βραβείο αυτό απονέμεται σε τέσσερις κατηγορίες οργανισμών, που είναι οι

ακόλουθες: μεγάλες εταιρείες, παραγωγικές μονάδες εταιρειών, δημόσιοι οργανισμοί και μικρομεσαίες επιχειρήσεις.

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

Ο E.F.Q.M. δημιούργησε και εποπτεύει από το 1990 το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας, το οποίο είναι πρότυπο αυτοαξιολόγησης των ευρωπαϊκών οργανισμών σε σχέση με τα 9 Κριτήρια ενός ιδανικού Μοντέλου. Τα κριτήρια αυτά ανήκουν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες: (α) τις προϋποθέσεις (enablers) όπου περιλαμβάνονται πέντε κριτήρια που καλύπτουν το: «τι κάνει ένας οργανισμός» και (β) τα αποτελέσματα (results) με τα τέσσερα επόμενα κριτήρια που εξετάζουν: «τι έχει επιτύχει και τι επιτυγχάνει ο οργανισμός με την πιστή εφαρμογή των 5 κριτηρίων προϋποθέσεων». Το κάθε ένα από τα εννέα κριτήρια του μοντέλου περιέχει έναν αριθμό υποκριτηρίων όπως αυτά φαίνονται ακολούθως:

Προϋποθέσεις (Κριτήρια 1-5)

Κριτήριο 1: Ηγεσία

Περιλαμβάνει 4 υποκριτήρια

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1. Ηγεσία	100
1.1 Κατεύθυνση των εργαζομένων δίνοντας το παράδειγμα, και παρεχόμενη βοήθεια στην εκπαίδευσή τους	
1.2 Εξασφάλιση της δέσμευσης του οργανισμού ή της επιχείρησης στην προσπάθεια εφαρμογής του προτύπου και διασφάλιση σταθερού εργασιακού κλίματος ολικής ποιότητας	
1.3 Εφαρμογή συστήματος αναγνώρισης και ανταμοιβής των προσπαθειών των εργαζομένων, των πελατών και των προμηθευτών	
1.4 Υποστήριξη της προσπάθειας εφαρμογής, διαχείριση ολικής ποιότητας και παροχή των αναγκαίων πόρων	
1.5 Δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους πελάτες και προμηθευτές	
1.6 Ενεργή συμμετοχή στην προώθηση της διαχείρισης ολικής ποιότητας έξω από τα στενά όρια του οργανισμού ή της επιχείρησης	

Κριτήριο 2: Πολιτική και στρατηγική

Περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια

2. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού	90
2.1 Βελτίωση στις μεθόδους διοίκησης στον προγραμματισμό και την επικοινωνία του ανθρώπινου δυναμικού	
2.2 Καθιέρωση αποτελεσματικού προγράμματος πρόσληψης, εκπαίδευσης, ανάπτυξης και αξιολόγησης του προσωπικού	
2.3 Ανάπτυξη συστήματος ανάθεσης και αξιολόγησης καθώς και αναθεώρησης των στόχων σε συνεργασία με το ανθρώπινο δυναμικό	
2.4 Εμπλοκή όλων στην ποιότητα και αξιοποίηση εργαλείων και μεθόδων διοίκησης ολικής ποιότητας (κύκλοι ποιότητας, ομάδες βελτίωσης, τακτικές συναντήσεις, κ.λ.π.)	

Κριτήριο 3: Ανθρώπινο Δυναμικό

Περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια

3. Πολιτική και στρατηγική	80
3.1 Καθορισμός οράματος, αποστολής και στρατηγικής με βάση τη διοίκηση ολικής ποιότητας	
3.2 Συλλογή πληροφοριών από το περιβάλλον (πελάτες, προμηθευτές, προσωπικό, αγορά) για τον καθορισμό της πολιτικής και στρατηγικής	
3.3 Χρήση της πολιτικής και στρατηγικής ως βάση για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό.	
3.4 Αναθεώρηση και βελτίωση της πολιτικής και στρατηγικής σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα	
3.5 Τρόποι ενημέρωσης των εργαζομένων για την πολιτική και στρατηγική του οργανισμού (ομιλίες, επιστολές, Feedback για το επίπεδο γνώσεων διοίκησης ολικής ποιότητας των εργαζομένων όσον αφορά την πολιτική και στρατηγική του οργανισμού	

Κριτήριο 4: Διαδικασίες

Περιλαμβάνει 5 υποκριτήρια

4. Διαδικασίες	140
4.1 Προσδιορισμός και έλεγχος κυρίων διαδικασιών αγορών, παραγωγής, παραγγελιών, ανάπτυξης νέων προϊόντων ή υπηρεσιών, κατάρτισης προϋπολογισμών. <ul style="list-style-type: none">• Ποιες είναι οι κύριες διαδικασίες;• Μεθοδολογία προσδιορισμού τους• Αξιολόγησή τους ως προς την αποτελεσματικότητά τους	
4.2 Διαχείριση των συστημάτων τυποποίησης και πιστοποίησης <ul style="list-style-type: none">• Προσδιορισμός ιδιοτήτων και διαδικασιών• Standards λειτουργίας του οργανισμού• Έλεγχος των standards• Συστήματα πιστοποίησης των διαδικασιών	
4.3 Χρήση πληροφοριών και αποτελεσμάτων μέτρησης για βελτιστοποίηση και αναθεώρηση διαδικασιών <ul style="list-style-type: none">• Πληροφόρηση από πελάτες, ανταγωνιστές και άλλους φορείς	
4.4 Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών, καινοτομιών και δημιουργικότητας των εργαζομένων, αξιολόγηση της δημιουργικότητας των εργαζομένων	
4.5 Εφαρμογή και έλεγχος αποτελεσματικότητας αλλαγών ή αναθεώρησης διαδικασιών <ul style="list-style-type: none">• Εκπαίδευση προσωπικού σε νέες διαδικασίες• Πιλοτικές εφαρμογές• Αναθεωρητικές διαδικασίες	

Κριτήριο 5: Συνεργασίες και Πόροι

Περιλαμβάνει 4 υποκριτήρια

5. Πόροι	90
5.1 Διαχείριση οικονομικών πόρων, κόστος λειτουργίας και χρήση κριτηρίων αξιολόγησης της οικονομικής στρατηγικής του οργανισμού	
5.2 Ανάπτυξη αποτελεσματικών πληροφοριακών συστημάτων, δυνατότητα πρόσβασης αξιοποίησης της πληροφόρησης	
5.3 Αξιοποίηση και διαχείριση των υλικών πηγών και προμηθειών καθώς και της πάγιας περιουσίας	
5.4 Εφαρμογή νέων τεχνολογιών και σύνδεση με προγραμματισμό ανθρώπινου δυναμικού, εξασφάλιση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος	

Αποτελέσματα (Κριτήρια 6-9)

Κριτήριο 6: Ικανοποίηση Πελατών

Περιλαμβάνει το υποκριτήριο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
6. Ικανοποίηση πελατών	200
6.1 Μέτρηση ικανοποίησης των πελατών ως προς τα προϊόντα και τις υπηρεσίες του οργανισμού (ποιότητα πληροφόρησης, παράπονα, αξιοπιστία, κόστος, κ.λ.π.)	

Κριτήριο 7: Ικανοποίηση Εργαζομένων

Περιλαμβάνει 3 υποκριτήρια

7. Ικανοποίηση εργαζομένων	90
7.1 Ένταξη και αξιοποίηση του προσωπικού, εκπαίδευση, επιμόρφωση, ενσωμάτωση, γνώση των στρατηγικών και διαδικαστικών του οργανισμού	
7.2 Παροχή ικανοποιητικών συνθηκών φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος, υγιεινής και ασφάλειας, παρεχόμενες ευκολίες	
7.3 Αξιολόγηση, αναγνώριση, επιβράβευση	

Κριτήριο 8: Επίδραση στο Κοινωνικό Σύνολο

Περιλαμβάνει 4 υποκριτήρια

8. Επιπτώσεις στην κοινωνία	60
8.1 Εικόνα οργανισμού στο κοινωνικό σύνολο, προσφορά και φροντίδα για το περιβάλλον	
8.2 Συνεισφορά στην επίλυση κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντολογικών προβλημάτων	
8.3 Συμμετοχή στις δραστηριότητες της κοινότητας (εκπαίδευση, φιλανθρωπίες, παροχές υγείας, αθλητικές παροχές, κ.λ.π.)	
8.4 Διατήρηση ενεργειακών πηγών, πρώτων υλών	

Κριτήριο 9: Επιχειρηματικά Αποτελέσματα

Περιλαμβάνει 3 υποκριτήρια

9. Οικονομικά αποτελέσματα	150
9.1 Ανάλυση οικονομικών αποτελεσμάτων, όπως κερδών, προστιθέμενης αξίας προϊόντων, κεφάλαια)	
9.2 Ανάλυση παραγωγικότητας και δυναμικότητας (μερίδιο αγοράς, λάθη, κ.λ.π.)	
9.3 Ανάλυση χρόνου εκπλήρωσης οικονομικών διαδικασιών (χρόνος επεξεργασίας στοιχείων, σχεδιασμού και κυκλοφορίας νέων προϊόντων / υπηρεσιών)	

7.5.1 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα EFQM Στις Υπηρεσίες Υγείας^{44,118β,133,142}

Το σύστημα αξιολόγησης EFQM παρουσιάζει απήχηση στο εξωτερικό, κυρίως στις βιομηχανικές επιχειρήσεις, όπου από εκεί ξεκίνησε, ενώ παρατηρείται προσπάθεια προσαρμογής του και στο νοσοκομειακό χώρο. Ενδεικτικά στη Γερμανία το 10-15% των νοσοκομείων χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τα πλεονεκτήματα εφαρμογής του είναι τα εξής:

1. Το μοντέλο είναι αξιόπιστο. Δεν είναι κατευθυνόμενο από φορείς, αλλά στηρίζεται στη επιθυμία του ίδιου του οργανισμού να διεισδύσει στη διοίκηση ολικής ποιότητας, μέσω του συγκεκριμένου μοντέλου.
2. Ο μηχανισμός του EFQM συμβάλλει στη συνολική συμμετοχή. Κατά αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι διακρίσεις μεταξύ του ιατρικού νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και δεν κυριαρχεί η επαγγελματική αυτονομία, ούτε η κλινική υπεροχή.
3. Ο βαθμός της αξιολόγησης του EFQM αποτελεί δείκτη για το επίπεδο επιτυχίας του οργανισμού, ενώ η αναφορά αιτιολογεί το αποτέλεσμα της εκτίμησης.
4. Η συγκριτική απόδοση (benchmarking) μεταξύ των νοσοκομειακών οργανισμών σε χώρες της Ευρώπης απέδειξε ότι συνετέλεσε στη ευαισθητοποίηση του προσωπικού για συνεχή βελτίωση.
5. Η επιλογή του σε πολλές περιπτώσεις σχετίζεται με το χαμηλό κόστος εφαρμογής.

Το σύστημα αξιολόγησης του EFQM κατά την εφαρμογή του παρουσιάζει, όμως και μειονεκτήματα τα οποία είναι:

1. Έλλειψη αφιέρωσης χρόνου από το προσωπικό.
2. Απαιτεί την στήριξη πληροφοριακού συστήματος που να ενισχύει το σύστημα ποιότητας.
3. Δυσλειτουργία ομάδων λόγω ανεπαρκούς επικοινωνίας, μειωμένου προσωπικού ενδιαφέροντος, και προβλημάτων ιεραρχίας και ανταγωνισμού μέσα στις ομάδες.
4. Δεν καλύπτει όλες τις περιοχές λειτουργίας ενός νοσοκομείου, καθώς το μοντέλο του EFQM διαμορφώθηκε για να καλύπτει τις ανάγκες των βιομηχανικών επιχειρήσεων.
5. Αδυναμία αναγνώρισης ενός οργανισμού από το ευρύ κοινό. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μόνο στη περίπτωση που η επίδοση είναι τόσο υψηλή ώστε να οδηγήσει στην απόκτηση βραβείου.

7.5.2 Τα πρότυπα ISO 9000^{136,137,118β}

Το πρότυπο 9000:2000, εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο στον τομέα φροντίδας υγείας.¹³⁸ Παρά την ραγδαία διάδοση του προτύπου στον χώρο, εντούτοις ο τομέας υπηρεσιών υγείας, υπολείπεται κατά πολύ σε διείσδυση άλλων όπως ο κατασκευαστικός, τουλάχιστον όπως προκύπτει από τα ελληνικά δεδομένα (13,9% έναντι 5,1% στο σύνολο των υπηρεσιών).¹³⁹

Το συγκεκριμένο πρότυπο, καθορίζει πώς εφαρμόζεται ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας, το οποίο προλαβαίνει τα λάθη και επομένως διαμορφώνει τις προϋποθέσεις για ασφαλή παροχή υπηρεσιών:

Το διεθνές αυτό πρότυπο, προάγει την υιοθέτηση μιας προσέγγισης που στοχεύει στην ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας ενός συστήματος, καθώς και στην ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών με το να καλύπτει τις απαιτήσεις τους.

Η συστηματική διερεύνηση και διαχείριση των διαδικασιών που εμπλέκονται σε ένα οργανισμό και συγκεκριμένα οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε διαδικασίες, είναι γνωστή ως “προσέγγιση διαδικασιών” (process approach). Μέχρι και το 2005 είχαν αναπτυχθεί

δύο πρωτοβουλίες για την εφαρμογή του ISO 9001:2000 (ISO, 2000b) και ISO 9004:2000 (ISO, 2001) στο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας. Η μία από το ίδιο το ISO και η άλλη από την CEN (European Committee for Normalization).

Τον Σεπτέμβριο του 2001, το ISO δημοσίευσε το αποτέλεσμα ενός διεθνούς workshop (IWA) ως *ISO 9004:2000, Οδηγίες για την Βελτίωση Διεργασιών σε Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, για την διασαφήνιση των αρχών του συστήματος διοίκησης σε αυτούς τους οργανισμούς.

Αντίστοιχα, τον Μάιο του 2002, ξεκίνησαν οι διαδικασίες, για την ανάπτυξη μίας τεχνικής οδηγίας και αναφοράς για την εφαρμογή των ISO 9000:2000 και ISO 9004:2000, στον ευρωπαϊκό τομέα υγείας

Η τεχνική αυτή οδηγία, θα ήταν ένας οδηγός στη χρήση του ISO 9001:2000 για τις υπηρεσίες παροχής υγείας στη διοίκηση ποιότητας κλινικών και μη υπηρεσιών. Η οδηγία θα χρησίμευε σε οργανισμούς υγείας που στοχεύουν στην βελτίωση ποιότητας, αλλά και ως βάση για την διαδικασία πιστοποίησης.¹²²

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 έχουν υιοθετηθεί από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) με την ονομασία ΕΛΟΤ EN ISO 9000. Τα πρότυπα αυτά περιλαμβάνουν μια σειρά από απαιτήσεις, η ικανοποίηση των οποίων πιστοποιείται από κάποιο διαπιστευμένο, για το σκοπό αυτό φορέα π.χ. ΕΛΟΤ. Η εφαρμογή και η πιστοποίηση ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας ενός οργανισμού παραγωγής προϊόντων ή παροχής υπηρεσιών αποτελούν για τον πελάτη του οργανισμού διασφάλιση ότι το προϊόν θα ικανοποιεί συγκεκριμένες προδιαγραφές και ότι η ποιότητα του θα είναι σταθερή ή ότι θα λάβει υποσχεθέν επίπεδο υπηρεσιών. Διασφαλίζεται, λοιπόν, μέσω της εφαρμογής των προτύπων ένα επίπεδο Ποιότητας «γενικής αποδοχής».

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

ISO 9000. Ορισμοί και έννοιες.

ISO 9001. Αποτελεί πρότυπο για την πιστοποίηση ποιότητας στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την παραγωγή, την εγκατάσταση και την συντήρηση. Το πρότυπο αυτό στοχεύει στην παρουσίαση της ποιότητας στους πελάτες που επιτυγχάνεται από το σύστημα management ποιότητας για όλες τις διαδικασίες από τον σχεδιασμό μέχρι την μετά την πώληση εξυπηρέτηση. Αποτελεί το ανώτερο επίπεδο από την άποψη κάλυψης διαδικασιών.

ISO 9002. Το πρότυπο αυτό δεν περιλαμβάνει τη φάση σχεδιασμού του ISO 9001. αλλά επικεντρώνεται στην παραγωγή και εγκατάσταση. Προϋπόθεση ότι τα σχεδιαστικά στοιχεία έχουν ήδη επιδειχθεί και αποδεχθεί.

ISO 9003. Το πρότυπο αυτό δεν περιλαμβάνει ένα καθολικό σύστημα ποιότητας αλλά αφορά την τελική επιθεώρηση και δοκιμή. Είναι λιγότερο λεπτομερές από τα προηγούμενα. Διέπει τις συμβατικές σχέσεις μεταξύ προμηθευτή και πελάτη. Η ποιότητα του προϊόντος ως προς την κατασκευή του θεωρείται ότι είναι ευθύνη του προμηθευτή του οργανισμού.

ISO 9004. Στόχος των οδηγιών είναι η παροχή επαρκούς περιγραφής του συστήματος διοίκησης ποιότητας και παράλληλα να χρησιμεύσει ως μόνιμο υλικό αναφοράς για την υλοποίηση και συντήρηση του εν λόγω συστήματος. Πρόκειται για οδηγίες οι οποίες αφορούν τους τρέχοντες ή δυνητικούς χρήστες να επιλέξουν το τμήμα του προτύπου που αντιστοιχεί στις ειδικές ανάγκες τους. Ωστόσο ένας οργανισμός πρέπει να αναπτύξει σύστημα ποιότητας που να ικανοποιεί τις δικές του απαιτήσεις καθώς και αυτές των πελατών του. Περιγράφει μεθόδους για την αντιμετώπιση τομέων όπως οι προμήθειες, η λήψη διορθωτικών μέτρων και η χρήση στατιστικών μεθόδων στις διαδικασίες ελέγχου .

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

Η διαδικασία πιστοποίησης ISO 9000 συνήθως εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες εγκαταστάσεις παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών.^{118β}

7.5.3 Η εφαρμογή του ISO στις υπηρεσίες υγείας^{32,44,141,152,}

Παρά το γεγονός ότι τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται 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 μιας και το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000 αποτελεί μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων.

Τα βασικά τμήματα που θα πρέπει να καλύπτονται από το σύστημα ποιότητας είναι τα ακόλουθα:

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

7.5.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας¹⁵²

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:

- Γραφειοκρατική κωλυσιεργία
- 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.

7.5.5 Διαφορές ISO & Ευρωπαϊκού Βραβείου ποιότητας ^{148,149,152}

Πίνακας 7.5.6 - Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των προτύπων της σειράς ISO και του Ευρωπαϊκού Βραβείου ποιότητας (E.Q.A.)

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

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

108. **Strasimir Cucic** “European Union health policy and its implications for national convergence” *International Journal for Quality in Health Care* 12:217-225 (2000)
109. **Σμετζίδης Χ., (2002):** “Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε. Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα” **Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας**, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
110. **Roberts, M.D., James, S., Jack, G., Coale, M.A., Rober, R., Redman, M.A.** "A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals", *Journal of the American Medical Association*, 1987, Vol. 258 No.7, pp.21.
111. **Walshe, K., Wallace, L., Freeman, T., Latham, L. and Spurgeon, P.** “The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13 (2001), No. 5, pp. 367-74.
112. **Charles D. Shaw** “Evaluating accreditation” **International Journal for Quality in Health Care** 2003; Volume 15, Number 6: pp. 455–456
113. **Οικονόμου Χ.**, «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Διόνικος», (2004): Αθήνα
114. **Κυριόπουλος Γ.**, «Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, (1995): Αθήνα.σελ71-73
115. Θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών Υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών Υγείας, Ιατρικό Βήμα Μάρτιος – Απρίλιος 2005
- 115β. ΕΣΥΕ 1995 Τροποποίηση
116. **Λέβετ Τζ. Κ.ά.** «Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης». Λειτουργικό Πρόγραμμα Υγείας, ΕΣΔΥ 1994.
117. Νεονάκης « Ανθρώπινοι πόροι. Ιατρικό δυναμικό στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Πραγματικότητα και προοπτικές» Αθήνα, Μάιος 2001 <http://neonakis.com/iatrofiles/epiloges/human%20resorces.htm>
118. Κυριόπουλος Γ. Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 1994. 2

- 118β. Παπανικολάου Β. « Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές- Μέθοδοι και Εφαρμογές» Εκδ. Παπαζηση, 2007, 373-374/379/387-395
119. **E.Scrivens, R.Klein, A.Steiner.** “Accreditation: what can we learn from the Anglophone model?” *Health Policy*, Volume 34, Issue 3, Pages 193-204
120. www.jointcommission.org
121. **Andrew A. Skolnick** “Joint Commission Begins Tracking Outcome Data” *JAMA*. 1997;278(19):1562.
122. **Ulises Ruiz, Jose Simon** “Quality management in health care: a 20-year journey”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (2004) Vol: 17 Is: 6 Page: 323 – 333
123. **Parasuraman, A., V. Zeithaml, and L. Berry** “A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research.” *Journal of Marketing*, 1985,49(4):41–50.
124. **Parasuraman, A., L. Berry, and V. Zeithaml** “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”. *Journal of Retailing* 1991 67(4):420–450.
125. **Alexandria Brysland, Adrienne** “Curry Service improvements in public services using SERVQUAL”, *Managing Service Quality*, (2001) Vol 11 Is 6, ππ 389 – 401
126. **Francis Buttle** "SERVQUAL: review, critique, research agenda," *European Journal of Marketing*, (1996) Vol.30, Issue 1, pp.8-31
127. <http://www.quality.nist.gov/>
128. **Liz Kowalczyk, Globe Staff** “Surprise check faults MGH quality of care. But hospital will get accreditation” (2007) *The Boston Globe*
129. **Zelman, W.N., Pink, G.H. and Matthias, C.B.** “Use of the Balanced Scorecard in health care”, *Journal of Health Care Finance*, 2003., Vol. 29 No. 4, pp. 1-16.
130. **Κατσικά Σ.:** «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας (EFQM model)» (2002) Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά
131. **Ε.Ε.Α.Ε,** “ Πληροφοριακό έντυπο για τα επίπεδα αναγνώρισης της επιχειρηματικής αριστείας –EFQM ” 2003
132. **ΕΕΔΕ,** *Ανακαλύπτοντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM (2008), Εκπαιδευτικά σεμινάρια EFQM*

133. <http://www.efqm.org/>
134. **K. Hendricks & V. Singhal**, “*Quality Awards and the Market Value of the Firm: An Empirical Investigation*”, **Georgia Tech, Management Science** , Vol. 42, No. 3. March 1996, pp. 415-436
135. **Juan Ignacio, Martí'n-Castilla** “*EFQM model: knowledge governance and competitive advantage,*” (2008),” **Journal of Intellectual Capital** Vol. 9 No. 1, pp. 133-156
136. www.iso.org
137. www.elot.gr
138. **Sweeney, J. and Heaton, C.** “*Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care*”, *International, Journal for Quality in Health Care*, (2000), Vol. 12 No. 3, pp. 203-9
139. **A.G.Lagodimos a; K. N. Dervitsiotis a; S. E. Kirkagaslis** “*The penetration of ISO 9000 Certification in Greek Industries*” **Total Quality Management & Business Excellence**, (2005), 16:4, 505 – 527
140. **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
141. Γ.Κυριόπουλου - Χ.Λιονή- Κ.Σουλιώτη - Γ.Τσάκος «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*» **Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας** Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
142. **Δόλγερας Α** «*Κλινική Διακυβέρνηση. Η τελευταία προσέγγιση της ποιότητας στην εθνική υπηρεσία υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.*» *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας* Οκτ.06 Θεμέλιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

8.1 Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που πιστοποιείται από πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, ωστόσο, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης παρά την στασιμότητα των προγενέστερων ετών φαίνεται να τα τελευταία έτη να χαρακτηρίζεται από έντονη κινητικότητα.

Σκοπός της έρευνας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό επεξεργάστηκε και μελετήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο διακινήθηκε από το γραφείο εξυπηρέτησης του πολίτη το οποίο εδράζει στο Νοσοκομείο. Η συλλογή και η εκμετάλλευση του ερωτηματολογίου, που επισυνάπτεται στο παράρτημα 1 της παρούσας διπλωματικής, έγινε από το τμήμα στατιστικής οργάνωσης από το οποίο κατόπιν σχετικής αδείας (αρ.πρωτοκ αιτ. 33233/10-12/2008) έγινε η σχετική επεξεργασία από τον γράφοντα.

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας νοσοκομείου της Ελληνικής Επικράτειας. Στο πρώτο μέρος της οικείας μελέτης παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις

υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και τα κριτήρια επιλογής του χρησιμοποιηθέντος δείγματος. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, ενώ πραγματοποιείται και συγκριτική τους ανάλυση. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων και τη σύγκρισή τους με ανάλογες διεθνείς μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης.

Η στατιστική ανάλυση που θα εφαρμοστεί θα στηριχθεί, πέραν της περιγραφικής στατιστικής, στη δημιουργία νέων μεταβλητών και των έλεγχος της αξιοπιστίας αυτών, στην ανάλυση συσχετίσεων καθώς και της διακύμανσης. Στη συνέχεια θα δοθούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με βασικά στοιχεία που θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των εφαρμοζόμενων στατιστικών μεθοδολογιών.

8.2 Συλλογή στατιστικών στοιχείων ^{143,144,145,152}

Το πρώτο και βασικότερο στάδιο για τη μελέτη μιας παρατήρησης, με τη βοήθεια της στατιστικής είναι η συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων του φαινομένου που μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε και να αναλύσουμε. Το στάδιο αυτό απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, γιατί από την αξία των στοιχείων που θα συγκεντρωθούν, θα εξαρτηθεί η αξία των στατιστικών συμπερασμάτων.

Οι σπουδαιότερες μέθοδοι για τη συλλογή στατιστικών στοιχείων είναι:

- Η απογραφή που περιλαμβάνει τη συγκέντρωση στοιχείων από όλες τις στατιστικές μονάδες του υπό μελέτη πληθυσμού.
- Ωστόσο επειδή συνήθως ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από μεγάλο πλήθος στατιστικών μονάδων ή επειδή η μελέτη των ιδιοτήτων καταστρέφει τις μονάδες του δείγματος τότε η γενική απογραφή είναι πρακτικά αδύνατη ή οικονομικά και χρονικά ασύμφορη. Δια τούτο χρησιμοποιούμε τη μέθοδο της δειγματοληψίας που τείνει να γνωρίσει τις ιδιότητες του πληθυσμού εξετάζοντας μόνο ένα δείγμα αυτού. Η επιλογή γίνεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι πληροφορίες, οι εκτιμήσεις και τα συμπεράσματα που θα προκύψουν να αντικατοπτρίζουν το σύνολο του πληθυσμού στον οποίο ανήκει το δείγμα.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της δειγματοληψίας σε σύγκριση με τη γενική απογραφή είναι:

- ✓ Μεγαλύτερη ακρίβεια.
- ✓ Μεγαλύτερη ταχύτητα πληροφοριών.
- ✓ Μεγαλύτερη ευχέρεια εφαρμογής
- ✓ Χαμηλό κόστος.
- ✓ Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που η απογραφική έρευνα είναι αδύνατη

Πιθανά μειονεκτήματα της δειγματοληψίας περιλαμβάνουν την μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, τη μη κατάλληλη μέθοδο διενέργειας της δειγματοληψίας και τα ανεπαρκή δεδομένα που δύναται να οδηγήσουν σε αποτυχία της δειγματοληπτικής έρευνας. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι τα μειονεκτήματα αυτά προέρχονται σε σημαντικό βαθμό από προβλήματα στο σχεδιασμό της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος.

Στην παρούσα εργασία έγινε δειγματοληπτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί έντυπο καταχώρησης προσλαμβανομένων πληροφοριών από τις δειγματοληπτικές μονάδες .

Οι βασικοί άξονες πάνω στους οποίους πρέπει να κινείται η δημιουργία και η εκτέλεση ενός καλού ερωτηματολογίου οφείλουν να είναι οι ακόλουθες :

- ✓ Να έχει σχεδιαστεί καλά.
- ✓ Να είναι εύκολο στην απάντηση και να μπορεί εύκολα να ταχυδρομηθεί.
- ✓ Να είναι σύντομο τόσο για την οικονομία χρόνου των ερευνητών όσο και των ερευνομένων ενώ παράλληλα δεν πρέπει να λησμονείται και η επίδραση στο κόστος. Πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι ελαττώνεται και η ποιότητα λόγω του αριθμού των συμμετεχόντων που αρνήθηκαν να συνεισφέρουν στην έρευνά μας αλλά και εκείνων που ναι μεν απάντησαν αλλά με τρόπο έτσι ώστε να προκύψουν πολλά ελλείποντα δεδομένα -missing values - είτε τα δεδομένα μας να είναι ασύνδετα.
- ✓ Τα ερωτήματα πρέπει να έχουν μια λογική ακολουθία και συντακτική ακολουθία.
- ✓ Να είναι δυνατή η επεξεργασία των στοιχείων.
- ✓ Να έχει το κατάλληλο σχηματικό μέγεθος.

Σχετικά με το μέγεθος των ερωτήσεων δεν πρέπει να ξεχνάμε τα ακόλουθα:

- ✓ Την ικανότητα του ερωτηθέντος ατόμου. Η αδυναμία αποδοχής της άγνοιας μπορεί εύκολα να κάνει το άτομο να δώσει λανθασμένες απαντήσεις που αυτές όμως με την σειρά τους επηρεάζουν το σύνολο των στατιστικών αποτελεσμάτων.
- ✓ Την αποδοχή του ερωτηθέντος στην απάντηση. Συνήθως αποφεύγονται ερωτήσεις που από το περιεχόμενό τους προξενούν έντονη κοινωνική αντίδραση.

Οι καθοδηγητικές αρχές διατύπωσης των ερωτήσεων συνοψίζονται στις ακόλουθες:

- ✓ Απλότητα της γλώσσας.
- ✓ Σαφήνεια.
- ✓ Αποφυγή ερωτήσεων που οδηγούν σε αποκρύψεις.
- ✓ Αποφυγή διατύπωσης που δύναται να προκαλέσει ψυχολογικές αντιδράσεις.
- ✓ Αποφυγή κατευθυνόμενων ερωτήσεων.

Για τη διενέργεια των δειγματοληπτικών ερευνών μπορούμε να χρησιμοποιούμε πολλές μεθόδους. Η εκλογή της μεθόδου καθορίζεται :

- ✓ Από το ζητούμενο βαθμό ακρίβειας των αποτελεσμάτων.
- ✓ Από τα χρονικά και χρηματικά περιθώρια της έρευνας.
- ✓ Από τη μεταβλητότητα των μονάδων του πληθυσμού που ερευνούμε.
- ✓ Από την ύπαρξη καταλόγων των μονάδων του πληθυσμού.
- ✓ Από την δυνατότητα που έχει ο πληθυσμός να μπορεί να διαιρεθεί σε υποπληθυσμούς, που ο καθένας έχει μεγάλη ομοιογένεια.

Έτσι με βάση τα παραπάνω κριτήρια θα αποφασιστεί αν θα εφαρμοστεί η απλή τυχαία δειγματοληψία, ή στρωματοποιημένη δειγματοληψία, ή κάποια άλλη τεχνική δειγματοληψίας. Πάντως για κάθε μέθοδο έχει αναπτυχθεί και η αντίστοιχη θεωρία για τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων που παίρνουμε. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο στην πράξη είναι αυτή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας που υπακούει στους νόμους της τύχης.

8.2.α Ανάλυση Ελλειπουσών Τιμών -Missing Values Analysis^{143,144}

Οι υπάρχουσες τεχνικές αντικατάστασης των ελλιπών δεδομένων, είναι οι ακόλουθες:

α) Αντικατάσταση με βάση την μέση τιμή των υπολοίπων δεδομένων της εκάστοτε μεταβλητής.

β) Αντικατάσταση με βάση την μέση τιμή των έγκυρων γειτονικών τιμών, ο αριθμός των οποίων εξαρτάται από μια μεταβλητή που από επιλογή (by default) είναι καθορισμένη στο 2, αλλά μπορεί να λάβει οποιαδήποτε τιμή επιθυμεί ο χρήστης. Μια τιμή ίση με 2, σημαίνει πρακτικά πως για τον υπολογισμό της i μεταβλητής, θα ληφθούν υπ' όψη οι μεταβλητές εντός του εύρους $[i-2, i+2]$. Οι συγκεκριμένες τεχνικές συνοδεύονται από ένα πλήθος μειονεκτημάτων, το σημαντικότερο εκ των οποίων είναι ότι τείνει να υποτιμά την τιμή και την επίδραση της διασποράς, η οποία με την σειρά της θα επηρεάσει την συσχέτιση (Συσχέτιση) της μεταβλητής αυτής με τις ελλιπείς τιμές και των υπολοίπων.

γ) Αντικατάσταση των ελλιπών τιμών με βάση την διάμεσο των γειτονικών τιμών. Ομοίως και εδώ, ένα εύρος τιμών γύρω από το «κενό» κελί θα χρησιμοποιηθεί ως σημείο αναφοράς για τον υπολογισμό της νέας τιμής.

δ) Αντικατάσταση των τιμών μέσω της τεχνικής της γραμμικής παρεμβολής (linear interpolation). Η εν λόγω τεχνική, χρησιμοποιεί την τελευταία έγκυρη τιμή πριν την αντίστοιχη ελλιπή και την πρώτη έγκυρη μετά από αυτή προκειμένου να υπολογίζει την τιμή αντικατάστασης.

ε) Αντικατάσταση με βάση την γραμμική τάση (linear trend at point). Η εν λόγω τεχνική, χρησιμοποιεί την μέθοδο της παλινδρόμησης και οι διάφορες ελλιπείς τιμές αντικαθίστανται από εκείνες που «προβλέπει» (predicted values) η χρησιμοποιηθείσα τεχνική.

στ) Αντικατάσταση με βάση την τεχνική της Εκτίμησης της Μέγιστης Πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood Estimation ή MLE). Η εν λόγω μεθοδολογία, θεωρείται σήμερα η πλέον διαδεδομένη και η λογική που την διέπει κατά την χρησιμοποίησή της για λόγους αντικατάστασης ελλιπών τιμών, είναι πως ο ερευνητής υποθέτει ένα μοντέλο αναφορικά με την κατανομή των δεδομένων υπό συνθήκες έλλειψης «κενών» κελιών καθώς και ένα μοντέλο για τις ελλιπείς τιμές. Εν συνεχεία, υπολογίζονται εκτιμήσεις

μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood estimators) αναφορικά με τον μέσο, την διασπορά και τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Οι συγκεκριμένες εκτιμήσεις είναι εκείνες, που έχουν την ιδιότητα να ανάγουν τα δεδομένα που έχουμε στα μέγιστα πιθανά και αυτές είναι που θα χρησιμοποιήσουμε προκειμένου να δημιουργήσουμε την βέλτιστη συνάρτηση παλινδρόμησης και μέσω αυτής να υπολογίσουμε τις ελλιπείς τιμές. Ο αλγόριθμος που θα χρησιμοποιήσουμε για να αποκτήσουμε τις ανωτέρω εκτιμήσεις, είναι αυτός του Εκτιμώμενου Μέγιστου Αλγορίθμου (Expectation-Maximization ή EM algorithm).

Από τις ανωτέρω επιλογές και με βάση τις ανάγκες ταύτης της εργασίας γίνεται επιλογή της πρώτης μεθόδου ήτοι της αντικατάστασης των ελλειπουσών τιμών με τη μέση τιμή των υπολοίπων δεδομένων της εκάστοτε μεταβλητής.

8.2β Ανάλυση Μεταβλητών Ερωτηματολογίου

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα έρευνας που έλαβε χώρα την περίοδο 2007-2008 (έκδοση 1^η Ημερομηνία Έκδοσης 18/06/07) με εφαρμογή συστηματικής δειγματοληψία σε ασθενείς που νοσηλεύονταν ή πρόσφατα είχαν πάρει εξιτήριο από δημόσιο νοσοκομείο της Ελληνικής Επικράτειας (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων). Ζητήθηκε οι ερωτώμενοι να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων σχετιζόμενων με τις συνθήκες νοσηλείας ενώ ακολουθεί και η κωδικοποίηση των ερωτήσεων με μεταβλητές Q_n όπου $n= 1,2,3...15$. Επιπρόσθετα παρατίθενται και οι ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου καθώς και η ερώτηση εκείνη που απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο οι ερωτηθέντες κρίνουν ως συνολικά θετική / αρνητική την ποιότητα των ενδονοσοκομειακών παρεχομένων υπηρεσιών.

Εξυπηρέτηση και χρόνος για να γίνει η εισαγωγή στην κλινική	Q1
Εξυπηρέτηση και χρόνος μέχρι τακτοποίησης στην κλινική	Q2
Ενημέρωση για τα δικαιώματα ως ασθενής	Q3
Προστασία από τα βλέμματα των άλλων(απόρρητο)	Q4
Ανταπόκριση του προσωπικού στο κάλεσμα με τη χρήση κουδουνιού	Q5
Ικανότητα επικοινωνίας	Q6
Επίπεδο προστασίας από θορύβους του περιβάλλοντος της κλινικής	Q7
Ποιότητα φαγητού	Q8
Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού	Q9
Ποιότητα και επάρκεια κλινοσκεπασμάτων	Q10
Καθαριότητα της τουαλέτας του θαλάμου	Q11
Συνθήκες χορήγησης φαρμάκων από το νοσηλευτικό προσωπικό	Q12
Η εκπαίδευση και η βοήθεια που σας παρασχέθηκε	Q13
Η πληροφόρηση της αιτίας αναβολής προγραμματισμένων εξετάσεων	Q14
Επαρκής Καθοδήγηση και απαραίτητες πληροφορίες μετά έξοδο	Q15
Συνολική βαθμολόγηση υπηρεσιών	Q16
Ηλικία	
Γνώσεις- Μορφωτικό επίπεδο	
Προηγούμενη Νοσηλεία	

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εξετάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών δημόσιων νοσοκομείων σε διάφορες παρεχόμενες υπηρεσίες που έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά του προσωπικού, την εξυπηρέτηση, την καθαριότητα και υγιεινή, τις εγκαταστάσεις και το περιβάλλον, τον εξοπλισμό, το φαγητό και τέλος τις παρεχόμενες πληροφορίες σε αυτούς.

Η βασική τεχνική της στατιστικής μεθοδολογίας που εφαρμόζεται στηρίζεται στην ανάλυση του Συνολικού Δείκτη Ικανοποίησης του ασθενούς - **ΣΔΙ**. Ο βαθμός ικανοποίησης εκφράζεται σε πενταβάθμια κλίμακα (1-5) και το άθροισμα αυτών των βαθμών που εκφράζει το συνολικό βαθμό ικανοποίησης (ΣΔΙ) θα αποτελέσει και τη βασική μεταβλητή της ανάλυσης που θα ακολουθήσει. Ο ΣΔΙ (Total Satisfaction Index ή TSI) προκύπτει ως το άθροισμα της βαθμίδας ικανοποίησης του κάθε ερωτώμενου

ασθενούς στις ερωτήσεις Q1-Q15 και παίρνει τιμές από 15 (απόλυτη συνολική δυσαρέσκεια) μέχρι 75 (απόλυτη συνολική ικανοποίηση). Στο ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε υπήρχε παράμετρος που αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών όπως αυτοί την εκτιμούσαν και η οποία αποτυπώνεται στην ερώτηση Q16. Από την πλευρά μας ωστόσο προβαίνουμε στην δημιουργία της νέας αυτής μεταβλητής -ήτοι του ΣΔΙ- η οποία θα λειτουργεί σαν δικλείδα ασφαλείας αναφορικά με την αξιοπιστία αυτών.

Συγκεκριμένα, η μεταβλητή η οποία θα δημιουργήσουμε θα αντιπροσωπεύει την ολική ικανοποίηση των ασθενών (total satisfaction) και θα προκύπτει ως το άθροισμα των επιμέρους σκορ σε κάθε μία από τις 15 ερωτήσεις / μεταβλητές του ερωτηματολογίου που θεωρούνται ως προσδιοριστικοί παράγοντες της ολικής ικανοποίησης (όπως αναφέρθηκε στην αρχή της παραγράφου). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφέρουμε πως η νέα μεταβλητή θα μοντελοποιηθεί μέσω μίας διαφορετικής κλίμακας μέτρησης σε σχέση με τις υπόλοιπες χρησιμοποιούμενες μεταβλητές (Q1 - Q15), ήτοι θα στην κλίμακα 15 -75, με το 15 να υποδηλώνει την απόδοση της ελάχιστης δυνατής βαθμολογίας σε κάθε μία από τις 15 μεταβλητές του μοντέλου και αντίστοιχα, το 75 να υποδηλώνει την απόδοση της μέγιστης δυνατής βαθμολογίας ανά μεταβλητή.

(βλ. σχετικά Στοιχεία Παραρτήματος II).

Εντούτοις, για λόγους συγκρισιμότητας των δεδομένων και την απλοποίηση και άμεση αξιολόγηση των ευρημάτων από την χρησιμοποίηση των διαφόρων στατιστικών μεθόδων / τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν ακολούθως, χρησιμοποιούμε και μία ακόμα μεταβλητή, η οποία, αν και θεωρείται νέα μεταβλητή από την άποψη πως δημιουργήθηκε σε μεταγενέστερο της συλλογής των δεδομένων χρόνο, εντούτοις, αποτελεί προϊόν και επέκταση της αρχικής νέας μεταβλητής που δημιουργήσαμε (ΣΔΙ), και προκύπτει μέσα από τη διαίρεση κάθε στοιχείου αυτής με το 15, έτσι ώστε όλα τα στοιχεία να αναχθούν στην κλίμακα 1-5. Οι όποιες αποκλίσεις προκύψουν ως αποτέλεσμα της στρογγυλοποίησης των αποτελέσματα της διαίρεσης και της μεταγενέστερης αποκοπής των δεκαδικών ψηφίων, δεν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές.

8.2.γ Έλεγχος αξιοπιστίας

Προκειμένου να μπορέσουμε όμως να υπολογίσουμε την εν λόγω μεταβλητή, θα πρέπει πρώτα να εξασφαλίσουμε πως είμαστε σε θέση να τις προσθέσουμε. Ο παράγοντας αξιοπιστία - μαζί με αυτόν της εγκυρότητας (validity) - είναι θεμελιώδης σημασίας στην διαδικασία αξιολόγησης των χαρακτηριστικών ενός ερωτηματολογίου αναφορικά με τον βαθμό στον οποίο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένα εργαλείο μέτρησης των στόχων για τους οποίους έχει δημιουργηθεί και που εκ των προτέρων έχουν τεθεί. Ο όρος αξιοπιστία (reliability), καταδεικνύει τον βαθμό στον οποίο το ερωτηματολόγιο είναι σε θέση να παράγει σταθερά και συνεπή αποτελέσματα στη διάρκεια του χρόνου.

Αν θελήσουμε να το εκφράσουμε πιο τεχνικά, μπορούμε να πούμε ότι η αξιοπιστία, εκφράζει το βαθμό κατά τον οποίο τα δεδομένα μας είναι απαλλαγμένα από την ύπαρξη του τυχαίου λάθους -random error (Marketing Research- The Impact of the Internet, 2001). Συγκεκριμένα, όσο λιγότερο λάθος (error) υπάρχει, τόσο πιο αξιόπιστη είναι η εκάστοτε παρατήρηση. Η αξιοπιστία των δεδομένων μας, μετράται συνήθως μέσω της τιμής του *Cronbach's alpha*, η οποία και αποτελεί επί της ουσίας μια ένδειξη της εσωτερικής συνέπειας και συνέπειας αυτών, ενώ καταδεικνύει επίσης και τον βαθμό στον οποίο τα δεδομένα είναι ομοιογενή, μέσω μιας τεχνικής διαίρεσης των δεδομένων σε δύο τμήματα (split-half technique) και συσχέτισης των ολικών τιμών των δύο αυτών τμημάτων.

Αυτό που θα εφαρμόσουμε εμείς, είναι να υπολογίσουμε την τιμή του Cronbach's alpha για την μεταβλητή Συνολικού Δείκτη Ικανοποίησης ή Total Satisfaction Index (με γνώμονα τις 15 αντιπροσωπευτικές ερωτήσεις) και να δούμε, αν αυτή υπερβαίνει το 0,70 το οποίο θεωρείται από πολλούς μελετητές σαν η *τιμή-κατώφλι*, πάνω από την οποία μπορούμε με σιγουριά να πούμε πως τα δεδομένα μας (εν προκειμένω, οι 15 ερωτήσεις μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης) μετράνε, αναφέρονται στην ίδια ποσότητα (στο συνολικό βαθμό ικανοποίησης στο παράδειγμά μας). Η ανάλυση των δεδομένων μέσα από το SPSS, κατέδειξε, πως κάτι τέτοιο ισχύει. Ευθύς αμέσως, παρουσιάζουμε τον συγκεντρωτικό πίνακα 8.2.β όπου καταδεικνύεται του λόγου το αληθές.

Έλεγχος Αξιοπιστίας - Reliability Statistics

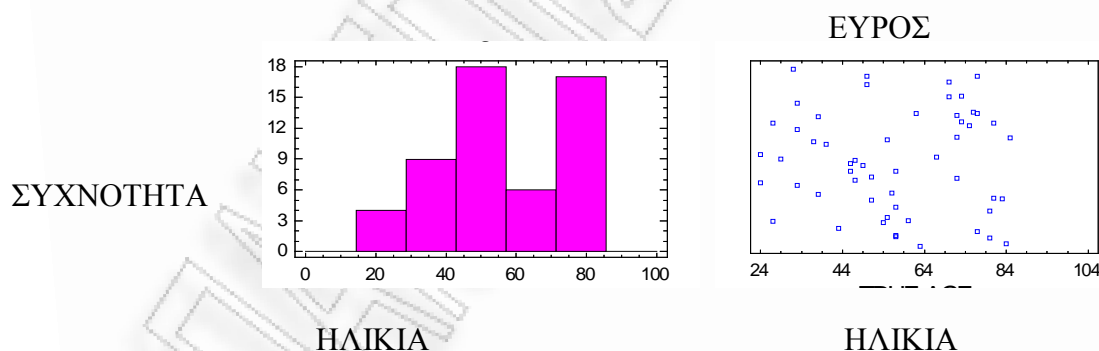
Cronbach's Alpha	Μέγεθος Δείγματος
0,870	15

Πίνακας 8.2.β Έλεγχος Αξιοπιστίας - Cronbach's Alpha

Η τιμή του Cronbach's alpha υπερβαίνει την τιμή-κατώφλι και επομένως μπορούμε να προσθέσουμε τις μεταβλητές αυτές και να δημιουργήσουμε την μεταβλητή ΣΔΙ (Total Satisfaction Index new ή TSIn). Τοιουτοτρόπως δημιουργείται η νέα αυτή μεταβλητή γιατί οι ερωτήσεις 1 έως 15 -οι οποίες προσδιορίζονται ως Q1-Q15 αντίστοιχα - αναφέρονται στο ίδιο μέγεθος- παράγοντα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών.
Στοιχεία Παραρτήματος II

8.3 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος

Για την εργασία χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια 57 ασθενών. Το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων ανήκε και στα δύο φύλλα, Είχε ηλικιακό μέσο όρο 56,5 έτη και διάμεσο 56,5 έτη ενώ η μικρότερη ηλικία ατόμου ήταν τα 24 έτη και η μεγαλύτερη 85 ετών.

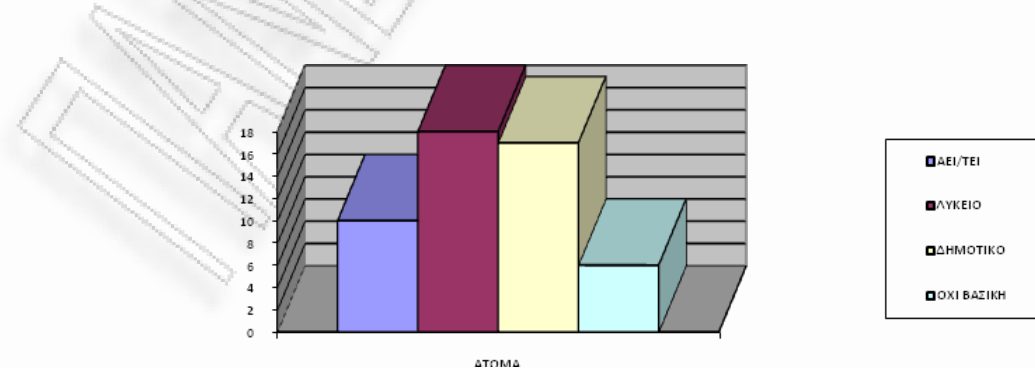


Γραφήματα 8.3.α Γραφήματα Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης

Το δείγμα μας προερχόταν από διαφορετικό μορφωτικό υπόβαθρο, αντιστοιχούσε σε τυχαίες κλίμακες εισοδήματος ενώ στη μελέτη μας καταγράφηκαν και συνηθισμένα παράπονα τα οποία αφορούσαν :

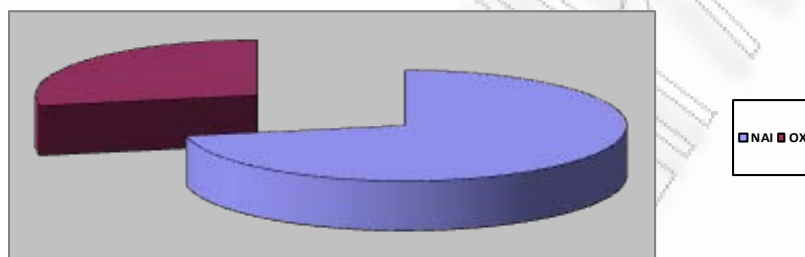
- Απλοποίηση ερωτηματολογίου
- Έλλειψη μαξιλαιών
- Μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού
- Καλύτερα κρεβάτια
- Έλλειψη ευγένειας απροθυμίας και ανοχής εκ μέρους του προσωπικού
- Αλλαγή μαχαιροπίρουνων
- Φαγητό
- Έλεγχος των αρμοδιοτήτων των φοιτητών
- Έλλειψη οδοντιάτρου
- Καθαριότητα
- Επισκεπτήριο
- Έλλειψη ενημέρωσης

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων διαπιστώνουμε ότι είναι ετερόκλητο και φαίνεται συγκεντρωτικά στα ακόλουθα γραφήματα 8.3 β και στον πίνακα 8.3.β. Η κωδικοποίηση που έγινε αντιστοιχούσε στην έλλειψη βασικής εκπαίδευσης για το 1, αποφοίτηση δημοτικού για το 2, αποφοίτηση Λυκείου για το 3 και απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακής εκπαίδευσης για το 4 . Το δείγμα μας παρουσιάζει μέσο 2,74 που βάσει της κατηγοριοποίησης αντιστοιχεί σε γραμματειακές γνώσεις Λυκείου και διάμεσο 3,0 και εύρος από ΑΕΙ/ΤΕΙ = 4 μέχρι έλλειψη βασικής εκπαίδευσης = 1. Η διακύμανση είναι 0,775036 και η σταθερή απόκλιση 0,880361



Γραφήματα 8.3 β . Κατανομή μορφωτικού υποβάθρου δείγματος

Αναφορικά με την προηγούμενη νοσηλεία από τους απαντούντες το 72 % περίπου είχε ξανανοσηλευθεί στο παρελθόν σε νοσοκομείο όπως φαίνεται και από τα γραφήματα 8.3 γ .Πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρούμε μέσο όρο της τάξης του 1,3 που ανταποκρίνεται σε προηγούμενη νοσηλεία και διάμεσο 1.



Γραφήματα 8.3 γ Προηγούμενη Νοσηλεία

Σχετικά με την μεταβλητή Q16 που εκφράζει την Συνολική Ικανοποίηση όπως αυτή προκύπτει από τις άμεσες απαντήσεις των ερωτηθέντων και η οποία λαμβάνει τιμές από ελάχιστο min 2.0 έως μέγιστο max 5.0 αλλά και την μεταβλητή που προέκυψε από την στατιστική επεξεργασία και εκφράζεται ως Νέα Συνολική Ικανοποίηση ή Συνολικός Δείκτης Ικανοποίησης Total Satisfaction new που και αυτή με την σειρά της λαμβάνει τιμές από 2.8 μέχρι 5.0 διαπιστώνουμε ότι τόσο οι μέσοι-average όσο και οι διάμεσοι - median είναι παραπλήσιοι. (βλ. Πίνακας 8.3.β)

Πίνακας 8.3.β Στατιστικά στοιχεία ανάλυσης ΣΙ/Q16 και ΣΔΙ

	ΣΙ/Q16	ΣΔΙ
Πλήθος	57	57
Μέσος όρος	4,38596	4,26105
Διάμεσος	4,0	4,33
Διακύμανση	0,455514	0,306324
Σταθερή Απόκλιση	0,674918	0,553465
Ελάχιστη τιμή	2,0	2,8
Μέγιστη τιμή	5,0	5,0
Εύρος	3,0	2,2

με αποτέλεσμα όπως αναμένεται να έχουν παρόμοια συμπεριφορά. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει αρκετά ικανοποιητικά το γεγονός ότι η καινούρια μεταβλητή και επαγωγικά και ο Δείκτης Συνολικής Ικανοποίησης (Total Satisfaction Index) που αποτελεί ισοδύναμο πολλαπλάσιο αυτής να προσεγγίζουν αρκετά με απόρροια από τούδε και στο εξής να μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ασφαλώς τον ΣΔΙ.

Εξετάζοντας τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος- όπως αυτά παρουσιάζονται στον **πίνακα 8.3.γ** που ακολουθεί-και αφορούν το σύνολο των απαντήσεων όπως αυτές δόθηκαν από το α δεχόμενο α να συμμετάσχουν στην μελέτη μας παρατηρούμε ότι σχεδόν το σύνολο των μέσων όρων και των διαμέσων κυμαίνονται κατά απόλυτο αριθμό και μετά στρογγυλοποίηση στο τέσσερα που ανταποκρίνεται σε πολύ καλές κριτικές για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών. Είναι ενδεικτικό επίσης το γεγονός ότι σε τρεις ερωτήσεις, πιο συγκεκριμένα οι Q₅, Q₉ και Q₁₂, παρουσίασαν το πιο στενό εύρος απαντήσεων που κυμαίνονταν από την μικρότερη απάντηση = καλά στην μέγιστη = άριστη. Τα ανωτέρω αποτελούν παρατηρήσεις που θα μπορούσαν να ληφθούν υπ όψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Πίνακας 8.3.γ Στατιστικά στοιχεία ανάλυσης δείγματος ερωτήσεων Q₁ - Q₁₅

Στατιστικά Στοιχεία

	Q1	Q2	Q3	Q4
Πλήθος	57	57	57	57
Μέσος όρος	4,36842	4,54386	3,70175	4,36842
Διάμεσος	5,0	5,0	4,0	5,0
Ελάχιστη τιμή	1,0	1,0	1,0	2,0
Μέγιστη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0
Εύρος	4,0	4,0	4,0	3,0

	Q5	Q6	Q7	Q8
Πλήθος	57	57	57	57
Μέσος όρος	4,68421	4,54386	3,84211	3,61404
Διάμεσος	5,0	5,0	4,0	4,0
Ελάχιστη τιμή	3,0	2,0	1,0	1,0
Μέγιστη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0
Εύρος	2,0	3,0	4,0	4,0

	Q9	Q10	Q11	Q12
Πλήθος	57	57	57	57
Μέσος όρος	4,7193	4,03509	3,89474	4,66667
Διάμεσος	5,0	4,0	4,0	5,0
Ελάχιστη τιμή	3,0	1,0	1,0	3,0
Μέγιστη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0
Εύρος	2,0	4,0	4,0	2,0

	Q13	Q14	Q15
Πλήθος	57	57	57
Μέσος όρος	4,07018	4,14035	4,7193
Διάμεσος	4,0	4,0	5,0
Ελάχιστη τιμή	1,0	2,0	2,0
Μέγιστη τιμή	5,0	5,0	5,0
Εύρος	4,0	3,0	3,0

8.4 Ανάλυση Διακύμανσης

Η ανάλυση διακύμανσης - ANOVA αποτελεί μια στατιστική μέθοδο ελέγχου παρουσίας διαφορών των μέσων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Ο ουσιαστικός σκοπός της μεθόδου είναι ο εντοπισμός των διαφορών μεταξύ των πληθυσμιακών μέσων είναι απαιτούμενη η ανάλυση διαφορετικών μορφών διακύμανσης που σχετίζονται με τα υπό ανάλυση τυχαία δείγματα. Η διατύπωση των υποθέσεων της ANOVA λαμβάνει την μορφή

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots = \mu_r$$

H_1 : Όλα τα μ_i ($i = 1, 2, \dots, r$) δεν είναι ίσα

Συνολικά υπάρχουν r υπό ανάλυση πληθυσμοί από κάθε ένα από τον οποίο λαμβάνεται ένα τυχαίο δείγμα. Το μέγεθος του πληθυσμού I ($i = 1, \dots, r$) είναι n_i

Ενώ το συνολικό μέγεθος του δείγματος είναι ίσο με

$$n = n_1 + n_2 + \dots + n_r$$

Στοχεύοντας να προσδιορίσουμε εάν και κατά πόσο οι πληθυσμιακοί μέσοι μ είναι ίσοι, υπολογίζουμε τιμή ενός στατιστικού τεστ που ακολουθεί την κατανομή F όταν η υπόθεση H_0 είναι αληθινή. Με τον τρόπο αυτό και βάσει της υπολογισθείσης τιμής και το κρίσιμο σημείο για το δεδομένο επίπεδο σημαντικότητας συμπεραίνουμε κατά πόσο οι πληθυσμιακοί μέσοι είναι ίσοι.

Υπάρχουν δύο βασικές προϋποθέσεις για να είναι εφαρμόσιμη η μέθοδος:

1. Η κανονικότητα των κατανομών των υπό ανάλυση r πληθυσμών.
2. Η ισότητα των διασπορών.

Θα μπορούσε να διατυπωθεί ότι για τον έλεγχο της πρώτης προϋπόθεσης για να είναι εφαρμόσιμη η μέθοδος πρέπει οι τιμές της τυποποιημένης ασυμμετρίας και τυποποιημένης κύρτωσης να είναι μεταξύ του εύρους $-2 < x < 2$.

Το δεύτερο κριτήριο αφορά τον έλεγχο των διασπορών και το κατά πόσο αυτές είναι ή όχι ίσες. Προκειμένου να το ελέγξουμε αυτό επιλέγουμε τον Έλεγχο Διακύμανσης - variance check - από το περιβάλλον του στατιστικού προγράμματος-StatGraphics. Η επιλογή οδηγεί σε τέσσερις ελέγχους οι τρεις εκ των οποίων καταλήγουν σε υπολογισμό του p -value. Προκύπτουν τα στατιστικά τεστ ελέγχων ισότητας διακυμάνσεων Cochran's C , Bartlett's τεστ, Hartley's τεστ και Levene's τεστ. Θα ελεγχθεί το p -value που έχει την μικρότερη τιμή. Μας ενδιαφέρει η τιμή αυτή - του ελάχιστου-min p -value - να είναι μεγαλύτερη από το 0.1 (για διάστημα εμπιστοσύνης 90%) γιατί με τον τρόπο αυτό δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση και ως εκ τούτου δεχόμαστε την H_0 και έχουμε ίσες διασπορές.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση κατά την οποία οι πληθυσμοί δεν κατανέμονται κανονικά αλλά οι κατανομές τους ακολουθούν κατά προσέγγιση την κανονική κατανομή τότε μπορούμε να δεχθούμε εξίσου ικανοποιητικά και τα αποτελέσματα. Ωστόσο εάν ο βαθμός ασυμμετρίας των κατανομών είναι ιδιαίτερα μεγάλος, άρα απέχουν αρκετά από την κανονική κατανομή ή εάν οι διακυμάνσεις των

πληθυσμιακών ομάδων δεν είναι προσεγγιστικά ίσες τότε εφαρμόζεται η μη παραμετρική μέθοδος Kruskal – Wallis και η οποία δύναται να χρησιμοποιηθεί αναλόγως.

Το Kruskal - Wallis τεστ αποτελεί μια μη παραμετρική μέθοδο για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ πληθυσμών με μοναδική προϋπόθεση που πρέπει να ισχύει είναι τα r δείγματα να επιλέγονται τυχαία και ανεξάρτητα από τους αντίστοιχους πληθυσμούς. Βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση που $r > 2$. Η διατύπωση της υπόθεσης H_0 και της εναλλακτικής H_1 λαμβάνουν την ακόλουθη μορφή

H_0 Όλοι οι πληθυσμοί r έχουν ίσες διαμέσους

H_1 Όλοι οι πληθυσμοί r δεν έχουν ίσες διαμέσους

Η μέθοδος αυτή κατατάσσει τις παρατηρήσεις από την μεγαλύτερη έως την μικρότερη. Ακολούθως υπολογίζεται η τιμή μέσης κατάταξης για κάθε δείγμα. Για να γίνει αποδεκτή η υπόθεση H_0 θα πρέπει η τιμή του p -value $>$ ή ίση με 0.1 . Έτσι στην περίπτωση αυτή η υπόθεση H_0 δεν απορρίπτεται, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαμέσων των υπό ανάλυση πληθυσμών για 90% επίπεδο εμπιστοσύνης.

Εφαρμόζοντας τα κριτήρια ελέγχου της ANOVA με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς την κατηγοριοποίηση με τις ηλικιακές ομάδες διαπιστώνουμε:

Πίνακας 8.4.α Στατιστικά στοιχεία Ανάλυσης Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης

Στατιστικά Στοιχεία Ανάλυσης για Ηλικιακές Ομάδες

Ηλικιακή Ομάδα	Πλήθος	Μέσος Όρος	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
1	8	63,25	65,0	6,47523
2	5	66,0	68,0	8,94427
3	7	67,2857	72,0	7,88911
4	34	62,1471	63,0	8,40322
Total	54	63,3333	64,5	8,13796

Ηλικιακή Ομάδα	Τυποποιημένη Ασυμμετρία	Τυποποιημένη Κύρτωση
1	-0,99826	-0,273915
2	-1,38741	1,45524
3	-1,17659	0,140531
4	-1,04896	-0,198226
Συνολικά	-1,65388	-0,422461

Στον πίνακα 8.4.α βλέπουμε ότι οι τιμές της Τυποποιημένης Ασυμμετρίας και της Τυποποιημένης Κύρτωσης είναι μεταξύ του εύρους $-2 < \chi < 2$ οπότε και ικανοποιείται η πρώτη προϋπόθεση.

Εξετάζοντας και την δεύτερη προϋπόθεση εφαρμογής της μεθόδου διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

Πίνακας 8.4.β Έλεγχος Διασπορών Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης

Στατιστικά Ελέγχων Ισότητας Διακυμάνσεων

Cochran's C test: 0,313995 P-Value = 0,878537

Bartlett's test: 1,01589 P-Value = 0,863432

Hartley's test: 1,90801

Levene's test: 0,475331 P-Value = 0,700863

Προκύπτει ελάχιστο $\min P\text{-Value}=0.7 > 0.1$ οπότε δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση και επομένως έχουμε ίσες διασπορές και μπορούμε να εφαρμόσουμε τη μέθοδο ANOVA χωρίς να χρειαστεί να καταφύγουμε σε μη παραμετρικές μεθόδους όπως η Kruskal - Wallis.

Κατά την εφαρμογή της ANOVA με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς τις ηλικιακές ομάδες- κατηγοριοποίηση της ηλικίας και διαπιστώνουμε την μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς γεγονός που δείχνει ότι η ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Επιπρόσθετα η τιμή του p-value όπως αυτή φαίνεται στον ANOVA πίνακα είναι

>0.1 οπότε δεν μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση, δεχόμαστε ότι οι μέσοι ισούνται και άρα διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των συγκρίσιμων μεγεθών. Συμπεραίνουμε κατά συνέπεια ότι η ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από την ηλικιακή κατανομή του υπό εξέταση δείγματος.

Άθροισμα Τετραγώνων
ANOVA Πίνακας ΣΔΙ ως προς Ηλικιακή Ομάδα

Ανάλυση Διακύμανσης

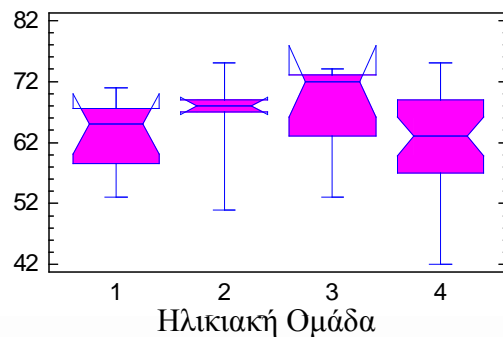
Μέγεθος Δείγματος	Άθρ.Τετραγώνων	Df	Μέσων Τετραγ	F-Ratio	P-Value
Between groups	192,807	3	64,2689	0,97	0,4149
Within groups	3317,19	50	66,3439		
Συνολικά (Corr.)	3510,0		53		

Πίνακας 8.4.γ ANOVA για Ηλικιακή Διαστρωμάτωση

Από το γράφημα Box & Whisker παρατηρούμε ότι οι τέσσερις ηλικιακές ομάδες συμπεριφέρονται περίπου ομογενώς.

Συνολικός Δείκτης
Ικανοποίησης

Γράφημα 8.4.α Box & Whisker Ηλικιακής Διαστρωμάτωσης



Ακολούθως θα εξετάσουμε τη δυνατότητα εφαρμογής ANOVA με εξαρτημένη μεταβλητή τον ΣΔΙ και ανεξάρτητη το μορφωτικό επίπεδο όπως αυτό κατηγοριοποιήθηκε προγενέστερα

Πίνακας 8.4 δ Στατιστικά στοιχεία Μορφωτικού Υποβάθρου

Στατιστικά Στοιχεία Ανάλυσης Μορφωτικού Επιπέδου

Μορφωτικό Επ.	Πλήθος	Μέσος Όρος	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
1	3	72,6667	73,0	2,51661
2	20	65,0	66,5	6,56947
3	18	61,7222	61,5	9,2914
4	12	60,75	61,5	8,46517
Συνολικά	53	63,3585	65,0	8,24177

Μορφωτικό Επ.	Τυποποιημένη Ασυμμετρία	Τυποποιημένη Κύρτωση
1	-0,41407	
2	-1,26756	-0,155154
3	-0,262301	-0,324616
4	-0,784257	-0,409565
Συνολικά	-1,59742	-0,499592

Παρατηρούμε ικανοποιείται η απαίτηση της κανονικότητας των υπό εξέταση μεταβλητών ($-2 < \text{Τυποποιημένη Ασυμμετρία Τυποποιημένη Κύρτωση} < 2$).

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο της δεύτερης προϋπόθεσης διαπιστώνουμε και πάλι τη δυνατότητα εφαρμογής της μεθόδου.

Πίνακας 8.4 στ Έλεγχος Διασπορών Μορφωτικού Υποβάθρου

Στατιστικά Ελέγχων Ισότητας Διακυμάνσεων

Cochran's C test: 0,416088 P-Value = 0,150747

Bartlett's test: 1,10819 P-Value = 0,196861

Hartley's test: 13,6311

Levene's test: 1,77344 P-Value = 0,164515

Ελάχιστο min p-value=0.16 > 0.1

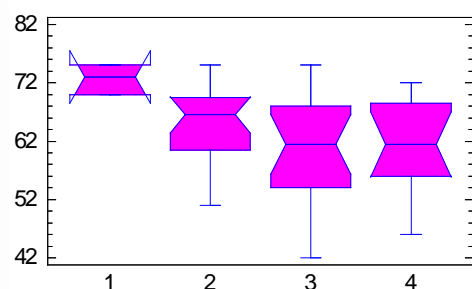
Κατά την εφαρμογή της μεθόδου διαπιστώνουμε ότι η τιμή του p-value είναι μικρότερη του 0.1 (=0.0842) με αποτέλεσμα να καθίσταται δυνατή η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης (στο διάστημα εμπιστοσύνης 90%) γεγονός που σημαίνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την αξιολόγηση του Δείκτη Συνολικής Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Επομένως αναμένεται να υπάρχει μια μετριοπαθής συσχέτιση μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών, κάτι που αναμένουμε να επιβεβαιωθεί στο κεφάλαιο των συσχετίσεων.

Πίνακας 8.4ε ANOVA πίνακας ως προς Μορφωτικό Υπόβαθρο

ANOVA πίνακας ΣΔΙ ως προς Μορφωτικό Επίπεδο

Ανάλυση Διακύμανσης					
Μέγεθος Δείγματος	Άθρ. Τετραγώνων	Df	Μέσων Τετραγώνων	F-Ratio	P-Value
Between groups	443,661	3	147,887	2,35	0,0842
Within groups	3088,53	49	63,0312		
Συνολικά (Corr.)	3532,19	52			

Συνολικός Δείκτης
Ικανοποίησης



Γράφημα 8.4.β Box & Whisker ως προς Μορφωτικό Επίπεδο

Εν συνεχεία θα εξεταστεί η δυνατότητα εφαρμογής της μεθόδου ANOVA με εξαρτημένη μεταβλητή τον Συνολικό Δείκτη Ικανοποίησης και ανεξάρτητη την μεταβλητή που εκφράζει την προηγούμενη νοσηλεία.

Πίνακας 8.4ζ Στατιστικά στοιχεία ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία

Στατιστικά Στοιχεία Ανάλυσης ΣΔΙ

Προηγ. Νοσηλεία	Πλήθος	Μέσος Όρος	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
1	38	63,4211	64,5	8,50002
2	17	65,0588	66,0	7,44539
Συνολικά	55	63,9273	65,0	8,15556

Προηγ. Νοσηλεία	Τυποποιημένη Ασυμμετρία	Τυποποιημένη Κύρτωση
1	-1,4566	-0,374002
2	-1,19584	0,470034
Συνολικά	-1,89081	-0,229394

Διαπιστώνουμε ότι ικανοποιείται η πρώτη προϋπόθεση και ακολούθως προχωρούμε στον έλεγχο και της δεύτερης προϋπόθεσης

Πίνακας 8.4η Έλεγχος Διασπορών για Προηγούμενη Νοσηλεία

Στατιστικά Ελέγχων Ισότητας Διακυμάνσεων

Cochran's C test: 0,565852 P-Value = 0,499947

Bartlett's test: 1,00715 P-Value = 0,543495

Hartley's test: 1,30336

Levene's test: 0,566475 P-Value = 0,454993

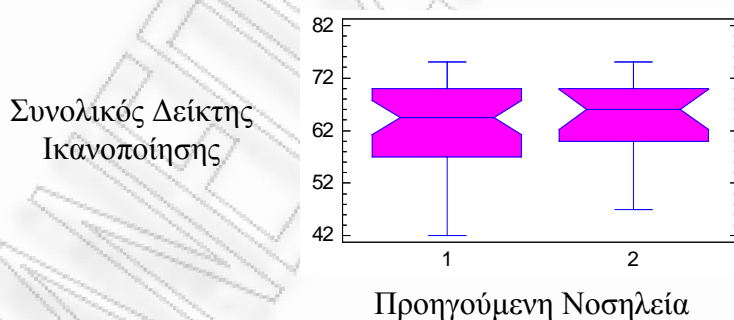
Διαπιστώνουμε ότι ελάχιστο-min p-value=0.45 > 0.1 και λόγω αυτής της διαπίστωσης προχωρούσε στην εφαρμογή της ANOVA και όπως φαίνεται από τον σχετικό πίνακα μας και p-value= 0.4964 > 0.1 δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υπό εξέταση παραγόντων που μπορεί ερμηνευτεί ως ότι δεν επηρεάζεται ο δείκτης ικανοποίησης από τη πιθανότητα προηγούμενης νοσηλείας.

Πίνακας 8.40 ANOVA πίνακας ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία

ANOVA πίνακας ΣΔΙ ως προς Προηγ. Νοσηλεία

Ανάλυση Διακύμανσης

Μέγεθος Δείγματος	Άθρ. Τετραγώνων	Df	Μέσων Τετραγώνων	F-Ratio	P-Value
Between groups	31,5048	1	31,5048	0,47	0,4964
Within groups	3560,2	53	67,1737		
Συνολικά (Corr.)	3591,71	54			



Γράφημα 8.4γ Box & Whisker ως προς Προηγούμενη Νοσηλεία

8.5 Ανάλυση Συσχετίσεων

8.5.1 Συντελεστής Spearman^{143,144,146}

Το γεγονός της παρουσίας ελλειπουσών τιμών - missing values - ασχέτως εάν έγινε επιλογή να αντικατασταθο ύ με το ν αληθή μέσο ό ρ καθώς και η έλλειψη κανονικότητας των δεδομένων επιβάλλει την ανάλυση συσχέτισης με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Το μέτρο συσχέτισης που προτάθηκε από τον Spearman το 1904 δεν είναι άλλο από τον συντελεστή r του Pearson υπολογιζόμενο, όμως, με βάσει των τάξεων μεγέθους των παρατηρήσεων και όχι αυτές κάθε αυτές τις παρατηρήσεις.

Έστω $(X_1, Y_1), (X_2, Y_2), \dots, (X_n, Y_n)$ ένα δείγμα n παρατηρήσεων πάνω στο τυχαίο διάνυσμα (X, Y) . Έστω $R(X_i)$ ο βαθμός ή η τάξη μεγέθους της μεταβλητής X όταν αυτή συγκρίνεται με τις άλλες X τιμές, για $i = 1, 2, \dots, n$. Δηλαδή, $R(X_i) = 1$, αν X_i είναι η μικρότερη από τις τιμές X_1, X_2, \dots, X_n , $R(X_i) = 2$, αν η μεταβλητή X_i είναι η επόμενη μικρότερη τιμή, κ.ο.κ, με τον βαθμό n να αντιστοιχεί στην μεγαλύτερη τιμή από τις X_1, X_2, \dots, X_n . Με όμοιο τρόπο, έστω ότι $R(Y_i)$ έχει την τιμή $1, 2, \dots, n$ ανάλογα με το σχετικό μέγεθος της μεταβλητής Y_i , όταν αυτή συγκρίνεται με τις υπόλοιπες Y τιμές.

Τα δεδομένα μπορούν να αποτελούνται και από μη αριθμητικές παρατηρήσεις, οι οποίες εμφανίζονται σε ζεύγη, αν οι παρατηρήσεις είναι τέτοιες που να μπορούν να διαταχθούν κατά αύξουσα σειρά μεγέθους με τον τρόπο που μόλις περιγράψαμε. Στην περίπτωση αυτή, η διάταξη μπορεί να βασίζεται στην ποιότητα των παρατηρήσεων (από τη χειρότερη παρατήρηση στην καλύτερη παρατήρηση) ή στον βαθμό προτίμησης που μπορεί να αντιστοιχηθεί στις παρατηρήσεις. Δια τα ανωτέρω ονομάζεται και συντελεστής συσχέτισης κατά τάξεις και ο οποίος δεν είναι τόσο ευαίσθητος στην ανίχνευση παρατηρήσεων που απέχουν σημαντικά από τις υπόλοιπες. Ο συντελεστής υπολογίζεται βάσει του τύπου:

$$\rho = \frac{\sum_{i=1}^n [R(X_i) - \overline{R(X)}] [R(Y_i) - \overline{R(Y)}]}{\left(\sum_{i=1}^n [R(X_i) - \overline{R(X)}]^2 \right)^{1/2} \left(\sum_{i=1}^n [R(Y_i) - \overline{R(Y)}]^2 \right)^{1/2}},$$

$$\text{όπου } \overline{R(X)} = \sum_{i=1}^n R(X_i)/n \text{ και } \overline{R(Y)} = \sum_{i=1}^n R(Y_i)/n.$$

Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν περιπτώσεις ίσων X τιμών και αντιστοίχως Y τιμών τότε ισχύει

$$\overline{R(X)} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n R(X_i) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n i = \frac{1}{n} \frac{n(n+1)}{2} = \frac{n+1}{2},$$

Με αντίστοιχη έκφραση για τον μέσο βαθμό των Y τιμών. Επιπρόσθετα,

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^n [R(X_i) - \overline{R(X)}]^2 &= \sum_{i=1}^n \left[i - \frac{n+1}{2} \right]^2 \\ &= \sum_{i=1}^n \left[i^2 + \left[\frac{n+1}{2} \right]^2 - 2 \frac{i(n+1)}{2} \right] \\ &= \sum_{i=1}^n i^2 + \frac{n(n+1)^2}{4} - (n+1) \sum_{i=1}^n i \\ &= \frac{n(n+1)(2n+1)}{6} + \frac{n(n+1)^2}{4} - \frac{n(n+1)^2}{2} \\ &= \frac{n(n+1)(2n+1)}{6} - \frac{n(n+1)^2}{4} \\ &= \frac{n(n+1)}{2} \left[\frac{2n+1}{3} - \frac{n+1}{2} \right] \\ &= \frac{n(n+1)}{12} (n-1) \\ &= \frac{n(n^2-1)}{12}, \end{aligned}$$

Με αντίστοιχη έκφραση για τις Y τιμές. Στην περίπτωση που το σύνολο των παρατηρήσεων είναι διακεκριμένες ο συντελεστής ρ ισοδυναμεί με

$$\rho = \frac{\sum_{i=1}^n \left(R(X_i) - \frac{n+1}{2} \right) \left[R(Y_i) - \frac{n+1}{2} \right]}{n(n^2 - 1)/12}.$$

Στην αυτή ακριβώς την περίπτωση χρησιμοποιείται ισοδύναμη μορφή για ταχύτερους υπολογισμούς :

$$\rho = 1 - \frac{6T}{n(n^2 - 1)},$$

$$T = \sum_{i=1}^n [R(X_i) - R(Y_i)]^2.$$

Όπου

Αν οι X τιμές και κατά αντιστοιχία και οι Y τιμές δεν είναι όλες διακεκριμένες, δηλαδή υπάρχουν περιπτώσεις ίσων τιμών τότε χρησιμοποιείται η εξής μορφή του συντελεστή ρ

$$\begin{aligned} \rho &= \frac{\sum_{i=1}^n \left[R(X_i) - \frac{n+1}{2} \right] \left[R(Y_i) - \frac{n+1}{2} \right]}{\sqrt{\sum_{i=1}^n \left[R(X_i) - \frac{n+1}{2} \right]^2 \sum_{i=1}^n \left[R(Y_i) - \frac{n+1}{2} \right]^2}} \\ &= \frac{\sum_{i=1}^n R(X_i)R(X_i) - n \left[\frac{n+1}{2} \right]^2}{\sqrt{\left[\sum_{i=1}^n R(X_i)^2 - n \left(\frac{n+1}{2} \right)^2 \right] \left[\sum_{i=1}^n R(Y_i)^2 - n \left(\frac{n+1}{2} \right)^2 \right]}}. \end{aligned}$$

Οι τιμές του συντελεστή κυμαίνονται από -1 έως 1 . Η περίπτωση $\rho_s = 1$ αντιστοιχεί στην τέλεια θετική συσχέτιση ενώ για τιμή $\rho_s = -1$ υπάρχει τέλεια αρνητική συσχέτιση. Οι αριθμοί d_i είναι καθαροί αριθμοί.

Η διατύπωση ελέγχου υποθέσεων ώστε να εξετάσουμε τις συσχετίσεις θα είναι η ακόλουθη:

$$H_0: \rho_s = 0$$

$$H_0: \rho_s \neq 0$$

Εάν η τιμή της p -value < 0.1 τότε απορρίπτεται η υπόθεση H_0 για 90% επίπεδο εμπιστοσύνης και συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων υπό εξέταση μεταβλητών. Οι τιμές κατά Spearman που προκύπτουν αν οι τιμές των παρατηρήσεων αντικατασταθούν με τους βαθμούς αυτών (rank) είναι λιγότερο ευαίσθητες σε ακραίες τιμές. Εφαρμόζοντας την μέθοδο διαπιστώνουμε μια σειρά παραγόντων που είναι στατιστικά σημαντικοί.

8.5.2. Συσχετίσεις

Οι παράγοντες που φαίνονται στον πίνακα του παραρτήματος III είναι στατιστικοί σημαντικοί για 90% διάστημα εμπιστοσύνης και p -value < 0.1 όπως το δεχόμαστε εξ ορισμού, ωστόσο στόχος μας είναι να προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε τις συσχετίσεις του ΣΔΙ με τις ακόλουθες μεταβλητές μιας και φαίνεται ότι επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον Συνολικό Δείκτη Ικανοποίησης (ΣΔΙ) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Παρατηρούμε κατ' αυτό τον τρόπο την υψηλή θετική συσχέτιση του ΣΔΙ με την μεταβλητή που αφορά την ενημέρωση για τα δικαιώματα των ασθενών Q3. Παρατηρούμε $r=0.7985$ για p -value=0.0000 γεγονός που καταδεικνύει την υψηλή αυτή συσχέτιση. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί ότι όσο περισσότεροι είναι ενημερωμένοι οι ασθενείς για τα δικαιώματά τους τόσο πιο ικανοποιημένοι αισθάνονται από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Ακολουθεί η δεύτερη κατά σειρά υψηλή και θετική συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Συνολικής Ικανοποίησης και της μεταβλητής που περιγράφει την ικανότητα και τον κώδικα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό Q6 με $r=0.7071$ και p -value=0.000 γεγονός που θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως όσο πιο προσιτό και απλό επικοινωνιακά το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο οι ασθενείς αισθάνονται εν τέλει ικανοποιημένοι.

Τρίτη και σειρά υψηλής και θετικής συσχέτισης είναι μεταξύ του ΣΔΙ και της μεταβλητής Q11 που σχετίζεται και περιγράφει την υγιεινή και την καθαριότητα της τουαλέτας του θαλάμου του νοσηλευτικού ιδρύματος με $r=0.7043$ και p -value= 0.000 Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να επισημανθεί η αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση - για το προαναφερθέν διάστημα - μεταξύ του Δείκτη Συνολικής

Ικανοποίησης και του μορφωτικού επιπέδου μιας και παρατηρούμε $r = -0.3235$ για $p\text{-value} = 0.02$ που θα μπορούσε να ερμηνευτεί πως η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου - ας μην λησμονείται η κατηγοριοποίηση που είχε συμφωνηθεί πριν την στατιστική ανάλυση και υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό με τον πίνακα 8.3.β2 - σχετίζεται αρνητικά με το δείκτη ικανοποίησης των ασθενών. Γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό υπόβαθρο των ερωτηθέντων τόσο πιο πολλές είναι οι απαιτήσεις από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και άρα πιο αυστηρή η καταγραφή της ικανοποίησης.

Πίνακας 8.3.β2 Μορφωτικό Επίπεδο

1	ΟΧΙ ΒΑΣΙΚΗ
2	ΔΗΜΟΤΙΚΟ
3	ΛΥΚΕΙΟ
4	ΑΕΙ / ΤΕΙ

Συμπερασματικά η ιεράρχηση της σημαντικότητας των στατιστικών σημαντικά συσχετίσεων θα μπορούσε να βοηθήσει στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων από τα αρμόδια διοικητικά κέντρα στοχεύοντας στη βελτιστοποίηση του συνολικού συντελεστή ικανοποίησης λαμβάνοντας υπ όψη το γεγονός ότι οι παρεχόμενοι πόροι για παραγωγή υπηρεσιών δεν είναι ανεξάντλητοι.

8.5.3 Συγκριτική Παρουσίαση Μελετών

Στο σημείο αυτό θα παρουσιαστούν μελέτες οι οποίες έλαβαν χώρα από ομάδες άλλων μελετητών και έχει ενδιαφέρον η συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων τους. Ενδεικτική είναι η μελέτη των Σουλιώτη και συνεργατών, το 2000 στην οποία διαπίστωσε ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα Κέντρα Υγείας κυμαίνονταν σε υψηλά επίπεδα ανεξάρτητα από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού και την καθαριότητα των πόρων. Ευρήματα τα οποία δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από τα δικά μας¹⁴⁷.

Επιπρόσθετα, έρευνα της Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ το 1999¹⁴⁸ η οποία έλαβε χώρα σε 59 νοσοκομεία σε ολόκληρη την χώρα ανέδειξε ότι το 50% των ερωτηθέντων πολιτών θεωρεί την καθαριότητα των Δημοσίων Νοσοκομείων πολύ κακή και επίσης το 39% θεωρεί πολύ κακή και την πληροφόρηση η οποία παρέχεται μέσα στο νοσοκομείο ενώ σε αντίστοιχη έρευνα των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000) που πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο προέκυψε ότι το 61% των νοσηλευθέντων θεωρεί ικανοποιητική την καθαριότητα ενώ το 93% θεωρούν ικανοποιητική την ενημέρωση και τις οδηγίες που τους δόθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους¹⁴⁹.

Από τα ανωτέρω μπορούμε να συμπεράνουμε την παρουσία μικρής διαφοροποίησης ως προς την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών ωστόσο γεγονός που ενθαρρύνει την περαιτέρω μελέτη για την ακριβέστερη εντόπιση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των οποιοδήποτε προβλημάτων επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Οι ερευνητές κ.Βίκυ Παπανικολάου και Ιωακείμ Σιγάλας ερευνούν τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς^{27,118β}. Σκοπός της έρευνας ήταν να αναπτυχθεί μία μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης και στον εφοδιασμό των υπεύθυνων των κλινικών και της διοίκησης των Νοσοκομείων με χρήσιμα στοιχεία, για την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Ο στόχος της έρευνας αυτής ήταν η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής Νοσοκομειακής Φροντίδας, πρότασης για τη βελτίωσή του, και των τρόπων με τους οποίους οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχομένων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό βελτιώσεων^{27,118β}.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα συνολικής διάρκειας τεσσάρων βδομάδων. Διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο Νοσοκομεία είναι υψηλού βαθμού για την

Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα που δέχτηκαν και μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Άλλη ομάδα μελετητών που αποτελούνταν από τους Α. Αντωνόπουλου, Δ. Καραμητόπουλου και Ε. Σοφιανού διερεύνησε την ανοικτή περίθαλψη και ειδικότερα, τη ζήτηση περίθαλψης που παρέχεται από τα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών κλινικών στο Γενικό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Στόχος ήταν να διαπιστωθούν οι προϋποθέσεις βελτίωσης του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων. Το δείγμα αποτελούσαν 200 άτομα που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του παθολογικού τομέα στο Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης σε ημέρες εφημερίας¹⁵⁰.

Διαπιστώθηκε ότι η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς διαδραμάτιζε καθοριστικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της γνώμης σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία. Πρόσθετο συμπέρασμα που προέκυψε αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει μια κατηγορία ασθενών, μικρής κυρίως ηλικίας, χωρίς οικονομική ανεξαρτησία οι οποίοι είναι δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης ιδιαίτερα λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό.

Οι Μ. Καμπάντα και Δ. Νιάκας ερεύνησαν την ικανοποίηση των χρηστών Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας που βρίσκεται στη βόρεια Ελλάδα, καθώς και τη διερεύνηση των κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή¹⁵¹. Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση μετρήθηκε σε τρεις βασικές διαστάσεις, την υποδομή τις διοικητικές και τις διαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες (κλινικό έργο) και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως η τελευταία γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους¹⁵¹.

Το ποσοστό συμμετοχής κυμάνθηκε στα επίπεδα του 92% μιας και από σύνολο 272 ατόμων δέχτηκαν να συμμετάσχουν 250. Η ικανοποίηση των χρηστών κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών

υπηρεσιών ενώ στο κλινικό έργο κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα. Αναφορικά με το επίπεδο υγείας του ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο κέντρο. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό ικανοποίησης παρατηρήθηκαν μόνο σε δύο μεταβλητές, τον τόπο διαμονής (οι διαμένοντες στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών (τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης). Επιπρόσθετα η ικανοποίηση από το κλινικό έργο παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς. Οι ερευνητές αυτοί, προσθέτουν ακόμη ότι η εκτίμηση της γνώμης των χρηστών είναι δυνατή με τη χρήση τηλεφωνικής συνέντευξης, η οποία μπορεί να προσφέρει μια ποικιλία στοιχείων με χαμηλό κόστος.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

143. **Σφακιανάκης Μιχαήλ**, *«Πρακτική Πληροφορικής και Εφαρμογές»*, Εκδόσεις Πατάκη, 2002
144. **Σφακιανάκης Μιχαήλ**, *«Προσομοίωση και εφαρμογές»*, Εκδόσεις Πατάκη 2003
145. **Κονδύλης Εμμ.**, *«Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων»*, ICAP, Inter-books, 1999 165σελ.
146. **Ανδρικόπουλος Ανδρέας**, *«Οικονομετρία- Θεωρία και Εμπορικές Εφαρμογές»* 1998 Εκδόσεις Μπένου, σελ 146
147. **Σουλιώτης Κ Η** *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας. 2000^α* Διδακτορική διατριβή. Αθήνα
148. **Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ** *Έρευνα ικανοποίησης καταναλωτών από τις Υπηρεσίες Υγείας*, 1999, Ιατρικός Τύπος. Ιούλιος
149. **Νιάκας Δ – Γναρδέλλης Χ** *Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο* 2000, Ιατρική, том 77, τχ 5, 464-470
150. **Αντωνοπούλου Λ., Καραμητοπούλου Δ., Σοφιανός Ε.** *«Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών»*, Επιθεώρηση Υγείας.
151. **Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ.**, *«Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Ερευνητική Εργασία»* (Original Paper), 2003.
152. **Βασταρδή Μαρία**, *Ποσοτικές Μέθοδοι Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας*, Πτυχιακή εργ.2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

9.1 Εισαγωγή

9.1α Ορισμός- Έννοια της Υγείας

Παρά το γεγονός ότι έχουν συγγραφεί πλήθος τόμων, συγγραμμάτων και μελετών για τα δρώμενα που πραγματοποιούνται στη Υγεία, ο ορισμός της έννοιας της Υγείας δεν είναι πλήρως ξεκάθαρος καθώς χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει πολλές και διαφορετικές έννοιες. Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.1946) «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου»¹⁵³. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί και ο «ιατροκεντρικός» ορισμός της έννοιας της Υγείας που περιλαμβάνεται στο Αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης το 1933 (Oxford English Dictionary)¹⁵⁴ και ο οποίος καθορίζει την υγεία σαν την ηρεμία του σώματος, όπου όλες οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά. Σημαίνει δε ότι α) δεν υπάρχει εμφανής ένδειξη ασθένειας και οι σωματικές και ψυχικές λειτουργίες του σώματος είναι ικανοποιητικές και κανονικές μέσα στα φυσιολογικά όρια που καθορίζονται από την ηλικία, το φύλο, τον κοινωνικό και γεωγραφικό χώρο και β) το σύνολο των οργάνων του ανθρωπίνου σώματος λειτουργούν ικανοποιητικά μόνα τους εξασφαλίζοντας μιας μορφής ισορροπίας. Ωστόσο, ο ορισμός που περιλαμβάνεται στο καταστατικό της ΠΟΥ επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ στην Alma-Ata στις 12-9-1978¹⁵⁴.

Η πρόσβαση όλων σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας αναγνωρίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ως αρχή ύψιστης σημασίας. Οι Ευρωπαίοι πολίτες έχουν το δικαίωμα, ως χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών, να αναμένουν να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διασφάλιση της ασφάλειάς τους. Η Ένωση έχει διαπιστώσει την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα πνεύμα μέριμνας για την ασφάλεια των ασθενών σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας. Για το σκοπό αυτό, έχουν ήδη αναληφθεί πρωτοβουλίες και δράσεις σε επίπεδο ΕΕ, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση και τον συντονισμό των εθνικών πολιτικών καθώς και στην εγγύηση προϊόντων, υπηρεσιών και μιας διαχείρισης υψηλού επιπέδου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και θεραπευτικής αγωγής¹⁵⁵. Στόχος της συντονισμένης αυτής προσπάθειας είναι η συστράτευση συλλογικών δυνάμεων, πολιτικής βούλησης, οργανωτικών δομών και συνολικά των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες και περιλαμβάνουν την Πολιτεία, το Πανεπιστήμιο, και την Ιδιωτική πρωτοβουλία.

9.1.β1 Κοινωνικοί Καθοριστές της Υγείας^{154,156,157}

Ο χαρακτήρας της Υγείας ως θεμέλιο δεν περιορίζεται σε ατομικό επίπεδο αλλά περιλαμβάνει μια σειρά από κοινωνικούς καθοριστές οι οποίοι και αυτοί με την σειρά τους απαιτούν τις ακόλουθες θεμελιώδεις προϋποθέσεις

- 1 Ειρήνη
- 2 Στέγη
- 3 Εκπαίδευση
- 4 Τροφή
- 5 Εισόδημα
- 6 Σταθερό οικοσύστημα
- 7 Διατήρηση φυσικών πόρων
- 8 Κοινωνική δικαιοσύνη
- 9 Ισότητα

Ottawa Charter for Health Promotion 1986¹⁵⁸

Έχοντας διασφαλίσει τις βάσεις διαπιστώνουμε την ευαισθησία της υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον και τα στοιχεία που το αποτελούν τα οποία καθορίζονται ως «κοινωνικοί καθοριστές της Υγείας» και είναι οι ακόλουθοι:

- 1 Κοινωνική κλιμάκωση- The social gradient
- 2 Άγχος - Stress
- 3 Τα πρώτα χρόνια - Early life
- 4 Κοινωνικός αποκλεισμός - Social exclusion
- 5 Εργασία - Work
- 6 Ανεργία - Unemployment
- 7 Κοινωνική υποστήριξη - Social Support
- 8 Εθισμός - Addiction
- 9 Διατροφή - Food
- 10 Μετακινήσεις - Transport

ΠΟΥ 1998,2003

Μετάφραση ΕΣΔΥ: Τα αδιάσειστα γεγονότα, 2000

Η επίδραση του κάθε παράγοντα στην Υγεία καταδεικνύει τον ρόλο αυτής ως ένα μέσον που βοηθά στην κατάκτηση των στόχων του κάθε ατόμου και από την άλλη πλευρά το θεμέλιο πάνω στο οποίο βασίζεται ώστε να αξιοποιήσει πλήρως τις ικανότητές του.

9.1.β2 Κοινωνικοί Καθοριστές της Υγείας - Σύντομη Περιγραφή της Ελληνικής Πραγματικότητας

Η επίδραση των κοινωνικών καθοριστών στη έννοια της Υγείας είναι σύνθετη και πολυδιάστατη.

Με ορίζοντα το 2050 ο ΟΟΣΑ, διαμορφώνοντας δυο σενάρια σχετικά με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες στην υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη, διατυπώνει τις ακόλουθες προβλέψεις αναφορικά με το ΑΕΠ και τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (Ακαθόριστο Εθνικό Προϊόν)¹⁵⁹:

- Οι προαναφερόμενες δαπάνες θα ανέλθουν στο 11,6% το 2050 (2005 - 5%) - απαισιόδοξη πρόβλεψη· ή 8,9% του ΑΕΠ - αισιόδοξη πρόβλεψη.

- Οι δαπάνες για τη μακροχρόνια περίθαλψη από 0,2% του ΑΕΠ (2005) θα μπορούσε να κυμανθεί το 2050 από 2-2,8%¹⁵⁹.

Προφανής εξήγηση για αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί η ολοένα και αυξανόμενη συμμετοχή της τρίτης και τέταρτης ηλικίας στο πληθυσμό επηρεάζοντας την μακροχρόνια οικονομική πολιτική της χώρας σε όλους τους δυνατούς τομείς.

Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΣΥΕ, 2/2006) διαπιστώνει ότι το 20% του ελληνικού πληθυσμού ζει στο όριο της πτώχειας. Η ΕΣΥΕ ανακοίνωσε ότι το επίπεδο ζωής δεν έχει μειωθεί μόνο για όσους είναι πτωχοί ή κοντά σε αυτό το όριο, αλλά και για τμήματα του πληθυσμού που κατά τη στατιστική είναι σε καλύτερη θέση¹⁵⁹..

Στη χώρα μας με την ανεργία περίπου 10% του ενεργού πληθυσμού και με διεθνείς ανακατατάξεις που επηρεάζουν την οικονομική ευρωστία της χώρας, με ισχυρή μακροχρόνια ανεργία και με ανέργους διπλωματούχους ΑΕΙ, δημιουργείται σοβαρή «απειλή» για την υγεία του πληθυσμού και μάλιστα του νεανικού¹⁵⁹. Σε διατριβή του 2005 επιβεβαιώνεται ότι και στην Ελλάδα (όπως και στην Ιταλία και Ισπανία) οι άνεργοι νέοι υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα συνδεδεμένα με το άγχος, προβλήματα ύπνου και χαμηλή αυτοεκτίμηση.¹⁶⁰

Οι έρευνες που διεξάγονται στην Ελλάδα¹⁶¹ δείχνουν ότι στη χώρα μας υπάρχει πρόβλημα παχυσαρκίας και μάλιστα παιδικής. Οι γυναίκες σε μικρές ηλικίες χαρακτηρίζονται από μικρότερα ποσοστά παχυσαρκίας αλλά αυτό αλλάζει στη συνέχεια υπέρ των ανδρών. Γεγονός που σημαίνει ότι μελλοντικά το σύστημα υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της πρόσφατης ή τωρινής υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών διατροφής για παράδειγμα για πρώτη φορά στη χώρα μας παιδιά έχουν διαβήτη τύπου II.

9.2 Οι συνθήκες παραγωγής και η λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι οι συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας μεταβάλλονται ριζικά με ρυθμό και ταχύτητα που προσεγγίζει τις συνθήκες παραγωγής

προϊόντων των βιομηχανικών μονάδων. Η χρήση των πιο εξελιγμένων τεχνολογικών επιτευγμάτων στην καθ' ημέρα ιατρική διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση την καθιστά φαινομενικά πιο απλή και προσιτή σε λιγότερο εξειδικευμένα άτομα αλλά και στον ίδιο τον ασθενή. Εδώ πρέπει να σημειωθεί και ο «έλεγχος» που αποκτά με τον τρόπο αυτό ο ασθενής στην υγεία, μιας και είναι σε θέση ιδιαίτερα μέσω τεχνολογικών επιτευγμάτων όπως του διαδικτύου να συλλέξει άμεσα και με σχετική ακρίβεια στοιχεία για την νόσο του με απόρροια να καθίστανται πολύ πιο προσεκτικό το σύνολο των εμπλεκόμενων φορέων. Οι ανακατατάξεις αυτές προκαλούν και μεταβολές και στην μορφή των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης αλλά και της δομής και της οργάνωσης του συστήματος Υγείας καθιστώντας την ποιότητα των ιατρικών προϊόντων, τα πρότυπα ασφαλείας και επιδόσεων στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας καθώς και τη βασική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας τομείς δραστηριότητας καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας και την αποφυγή αρνητικών συνεπειών τόσο για τους ασθενείς όσο για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση και διατήρηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και γενικότερα των παραγωγικών δεικτών του συστήματος σε υψηλά μεγέθη καθώς και η εξάλειψη κατά το δυνατόν των τρωτών σημείων αποτελεί το σημερινό στόχο και σκοπό των συστημάτων υγείας και των φορέων που παράγουν υπηρεσίες Υγείας.

9.3 Καθορισμός Στρατηγικής Μονάδων Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας^{118β,162}

Η ταχύτητα των εξελίξεων και η έκρηξη των απαιτήσεων από το Σύστημα Υγείας όπως αυτό προκύπτει από την μεταβολή τόσο των δημογραφικών χαρακτήρων των σύγχρονων κοινωνιών όσο και από τις νέες τεχνολογίες επιβάλλουν το προσεκτικό καθορισμό στρατηγικών από τις μονάδες παραγωγής υγείας προκειμένου να ανταπεξέλθουν στο βάρος των απαιτήσεων. Ο καθορισμός γίνεται βάσει της ανάλυσης S.W.O.T. όπου καθορίζονται τα πλεονεκτήματα-strengths, οι αδυναμίες-weaknesses, οι ευκαιρίες-opportunities και οι κίνδυνοι-treats που απορρέουν τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον.

Ως ευκαιρίες θεωρούνται τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που θα μπορούσε και πρέπει να χρησιμοποιήσει και αξιοποιήσει το νοσοκομείο προκειμένου να πετύχει

την αποστολή του. Επί παραδείγματι πρόγραμμα πιστοποίησης, πρόγραμμα ποιότητας, αλλά και χρηματοδότησης επενδύσεων.

Ως κίνδυνοι θεωρούνται αντίστοιχα τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν σε αποτυχία των στρατηγικών επιλογών και πιθανή απόκλιση από την στόχο και την επίτευξη αυτού. Επί παραδείγματι μεταβολές προσωπικού, δίκτυο προμηθευτών, αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών, αύξηση νοσηρότητας.

Ως δυνάμεις θεωρούνται τα ισχυρά σημεία του νοσοκομείου τα οποία πρέπει να αξιοποιηθούν περαιτέρω. Επί παραδείγματι κύρος, φήμη, υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, ικανοποίηση προσωπικού, σύγχρονες κτιριακές υποδομές.

Ως αδυναμίες θεωρούνται τα τρωτά σημεία τα οποία χρήζουν βελτιωτικών κινήσεων. Επί παραδείγματι βιοϊατρική τεχνολογία που χρήζει ανανέωσης, υψηλό κόστος λειτουργίας, αδυναμία πλήρους αξιοποίησης παραγωγικών δυνατοτήτων.

Μετά τον καθορισμό των στοιχείων του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος το νοσοκομείο πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένα βήματα για την αξιολόγηση της ήδη υπάρχουσας στρατηγικής του και τον περαιτέρω καθορισμό των στόχων του.

Οι εκροές θα πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένους επιχειρησιακούς στόχους πχ αγορά και εγκατάσταση νέου ιατρικού εξοπλισμού

Τα αποτελέσματα να ικανοποιούν ειδικούς στρατηγικούς στόχους π.χ. αύξηση ικανοποίησης ασθενών, μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Οι επιπτώσεις να ικανοποιούν τους γενικούς στρατηγικούς στόχους π.χ. μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας

Έχοντας αξιολογήσει την υπάρχουσα στρατηγική δύναται ακολούθως:

- Να επαναπροσδιορίσει τους στόχους στα πλαίσια των δυνατοτήτων, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της μεγιστοποίησης των αναγκών.
- Να καταστρώσει ικανό αριθμό εναλλακτικών στρατηγικών σεναρίων τα οποία θα καλύπτουν το σύνολο των προβλέψιμων κατά το μέτρο του δυνατού καταστάσεων.

- Αξιολόγησή τους
- Επιλογή του βέλτιστου στρατηγικού σχεδιασμού βάσει στρατηγικών επιλογών.

9.3.1 Οργανωτικές Παράμετροι του Νοσοκομείου¹⁶²

Τα σύγχρονα νοσοκομεία δεν αποτελούν αποκλειστικά πολυσύνθετες οργανωτικές μονάδες παραγωγής υπηρεσιών αλλά και μονάδες εκπαίδευσης και έρευνας. Η πολυπλοκότητα των δομών και ο ρυθμός αύξησης των απαιτήσεων επιβάλλουν:

- Την ύπαρξη κτιριακής υποδομής η οποία θα πληροί το σύνολο των προδιαγραφών
- Θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο που θα επιτρέπει την διακριτή οικονομική και διαχειριστική αυτοτέλεια και ευελιξία.
- Σύγχρονο εξοπλισμό που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της τεχνολογικής προόδου διευκολύνοντας την διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση.
- Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης- διαχείρισης
- Εφαρμογή μεθόδων συνεχούς αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών
- Ύπαρξη επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού κατάλληλα εκπαιδευμένου που παρακολουθεί επίσης προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι δεν πρέπει να λησμονείται το στοιχείο του ιατρικού πληθωρισμού με ότι αυτό μπορεί να συνεπάγεται. Αναφέρεται ότι *χρειάζονται περισσότερα χρόνια για να εκπαιδευτεί ένας ιατρός, απ' ότι να κτιστεί ένα νοσοκομείο*. Εκτός των άλλων, οι ανθρώπινοι πόροι απορροφούν το 60% του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας. Είναι όμως δυνατόν με σωστή διαχείριση, οι ιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και τα άλλα επαγγέλματα υγείας, να βελτιώσουν τόσο την ποιότητα, όσο και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του παραγόμενου έργου Baker T., 1988¹⁶³.

Απουσία των ουσιαστικών χαρακτηριστικών όπως αυτά προαναφέρθηκαν δεν μπορεί να οδηγεί παρά:

- Αναποτελεσματική λειτουργία
- Υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης
- Σπατάλη πόρων τόσο ανθρώπινων όσο και υλικών
- Παρουσία φαινομένων παραοικονομίας

- Αρνητικές επιπτώσεις στην ορθολογική ανάπτυξη και εξέλιξη του όλου συστήματος υγείας.

Σιγάλας 1997¹⁹.

9.4 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Είναι κοινή διαπίστωση ότι οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τόσο πανευρωπαϊκά όσο και στην Ελλάδα. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που καθιστούν ακόμα πιο έντονη την απαίτηση για αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών. Η παρουσία προβλημάτων και η προσπάθεια αντιμετώπισής τους οφείλει να αποτελεί πρώτη προτεραιότητα. Ενδεικτικά ακολουθεί σύντομη περιγραφή των προβλημάτων τα οποία δύναται να βελτιωθούν.

Προβλήματα τα οποία αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και περιλαμβάνουν:

- Την παρουσία πληθώρας οργανωτικών και διοικητικών σχημάτων που παρέχουν ΠΦΥ με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ανισότητες τόσο στο επίπεδο των εισροών όσο και στο επίπεδο των παροχών.
- Την υλικοτεχνική υποδομή
- Την στελέχωση και εκπαίδευση ικανού αριθμού Γενικών Ιατρών. Αν και πρέπει να σημειωθεί πως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται εντατικοποίηση στην ειδίκευση Γενικών Ιατρών. Παράλληλα στο σημείο αυτό θα μπορούσε να αναφερθεί και το γεγονός της έλλειψης καθιέρωσης μηχανισμού παραπομπής από τον Γενικό- Οικογενειακό Ιατρό στις Νοσοκομειακές μονάδες με αποτέλεσμα να οδηγείται το σύστημα σε σημαντικές καθυστερήσεις που αναμφισβήτητα το επηρεάζουν. Ο ετήσιος κατά κεφαλήν αριθμός επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων θεωρείται από τους υψηλότερους σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Την δυνατότητα των Κέντρων Υγείας να υλοποιήσουν προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί η προσπάθεια που έχει ξεκινήσει προς την κατεύθυνση αυτή.

Προβλήματα τα οποία αφορούν την Νοσοκομειακή περίθαλψη και περιλαμβάνουν:

- Την κτιριακή υποδομή αν και τα τελευταία χρόνια γίνονται σοβαρότατες προσπάθειες για την νέα κατασκευή και αντικατάσταση παλαιών νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.
- Τις ανισότητες στην περιφερειακή κατανομή κλινών με αποτέλεσμα το σύστημα να χαρακτηρίζεται ως νοσοκομειοκεντρικό.
- Τις ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό ορισμένων ειδικοτήτων σε επαρχιακά νοσοκομεία και την πληθώρα σε άλλα . Τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Οι δείκτες του νοσηλευτικού προσωπικού ανά κρεβάτι είναι από τους μικρότερους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ. Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό έχουν δώσει στο ελληνικό σύστημα υγείας μια ιδιαίτερη πρωτοτυπία, αυτή των αποκλειστικών αδελφών. Πρέπει να αναφερθεί όμως και η υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού σε συνολικά απόλυτους αριθμούς. Ενδεικτικά αναφέρονται ότι οι δείκτες ανά 100.000 άτομα στο τελευταίο διαθέσιμο έτος ήταν για την Ελλάδα 256,5(1999) για τους νοσηλευτές, 451,3(2001) για τους ιατρούς σε αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ-15 που τα αντίστοιχα μεγέθη ήταν 676,9 και 353,1. αντίστοιχα.¹⁵⁹
- Την έλλειψη μονάδων ημερήσιας νοσηλείας για τα χειρουργικά κυρίως περιστατικά. Τα σχετικά ποσοστά είναι 393,8(2000) σε σχέση με το ΜΟ των 407,7(2001) της ΕΕ-15.¹⁵⁹

Συνοπτικά λαμβάνοντας υπ όψη τα προαναφερθέντα προβλήματα αλλά και τα ακόλουθα²⁹:

1. Τις νέες τεχνολογίες και θεραπευτικές μέθοδοι²⁹

Οι νέες τεχνολογίες, θεραπείες και τεχνικές παρέχουν τεράστιες δυνατότητες για τη βελτίωση και την επέκταση της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντική πρόκληση. Από τη μία, οι νέες τεχνολογίες μπορούν να μειώσουν το κόστος της θεραπείας ορισμένων ασθενειών, αλλά ενδέχεται ακόμη και να αυξήσουν τις δαπάνες όταν προσφέρουν θεραπείες παθήσεων που προηγουμένως δεν υπήρχαν.

2. Τη βελτίωση της ευεξίας και της ενημέρωσης των ασθενών.²⁹

Το κόστος της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και μακροχρόνιας μέριμνας παρουσιάζει αυξητικές τάσεις στο μέτρο που τα άτομα και οι κοινωνίες γίνονται πλουσιότερα. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό δεν είναι πολύ σαφείς και συνήθως περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό παραγόντων ζήτησης και προσφοράς. Αυτό αντικατοπτρίζει κατά ένα μέρος μια θετική εξέλιξη: τα άτομα έχουν καλύτερη μόρφωση και μεγαλύτερη άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές θεραπείες και την ποιότητα της περίθαλψης.

3. Τη δημογραφική γήρανση.²⁹

Το γεγονός ότι περισσότερα άτομα ζουν περισσότερο αποτελεί τεράστιο επίτευγμα των κοινωνιών μας και των συστημάτων υγείας μας. Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει σημειώσει μεγάλη αύξηση την τελευταία 50ετία, και θα εξακολουθήσει να αυξάνεται στις επόμενες δεκαετίες. Ωστόσο, οι δημογραφικές αλλαγές θα θέσουν νέες προκλήσεις για τα συστήματά μας στην υγεία και τη μακροχρόνια μέριμνα. Λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης, ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει προοδευτικά. Επιπλέον, μεγάλος αριθμός εργαζομένων που γεννήθηκαν στις δεκαετίες του '50 και του '60 θα αρχίσουν να συνταξιοδοτούνται μέσα στα επόμενα χρόνια. Έτσι, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα αυξηθεί δραστικά τις επόμενες δεκαετίες.

Αναφορικά με τον αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας μέριμνας, οι κυριότερες επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης θα συνδέονται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονται περισσότερη υγειονομική περίθαλψη απ' ό,τι τα νεότερης ηλικίας άτομα λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας σοβαρών ασθενειών.

Συμπεραίνουμε:

1. Την αναγκαιότητα ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) .Ο ρόλος της ΠΦΥ στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος Υγείας είναι αναγνωρισμένος¹⁶⁴. Ειδικά σήμερα καθίσταται αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε η διαρκής αναβάθμισή της. Ο προσανατολισμός του

συστήματος Υγείας στην ΠΦΥ σχετίζεται με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλού βαθμού ικανοποίησης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και υψηλότερο επίπεδο υγείας. Η ορθή οργάνωση του δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό τμήμα της αναγκαιότητας της σημερινής κατάστασης δεδομένου ότι μπορεί να διασφαλίσει την μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων της.

2. Αυξανόμενες πιέσεις για ανακατανομή του διαθέσιμου ιατρικού, νοσηλευτικού και γενικότερα δυναμικού στον τομέα Υγείας, με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Επιπρόσθετα ενίσχυση του υγειονομικού δυναμικού με όσο γίνεται πιο επικαιροποιημένη γνώση και έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του.
3. Βελτιστοποίηση όλων των παραμέτρων της Ποιότητας όπως αυτή περιγράφεται στα επί μέρους κεφάλαια.

Βιβλιογραφία

153. World Health Organization Constitution, WHO, Geneva 1946
154. **Κουρέα- Κρεμαστινού Τζ.** « Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη, πολιτικές» Αθήνα 2007, Εκδ. Τεχνόγραμμα, σελ3-15.
155. http://ec.europa.eu/health-eu/about_el.htm
156. **Wilkinson R. Marmot M (eds)** “ The solid facts, WHO Regional office for Europe 1998” Copenhagen 2003
157. **Κουρέα- Κρεμαστινού Τζ.** « Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη, πολιτικές» Αθήνα 2007, Εκδ.Τεχνόγραμμα, σελ16 .Μετάφραση ΕΣΔΥ: Τα αδιάσειστα γεγονότα
158. Ottawa Charter for Health Promotion 1986
159. Παροχή υπηρεσιών εμπειρογνώμονα – συμβούλου υποστήριξης στο πλαίσιο σχεδιασμού του εθνικού στρατηγικού σχεδίου ανάπτυξης (Ε.Σ.Σ.Α) της περιόδου 2007 – 2013 Θεσσαλονίκη Μάρτιος 2006.Ατλαντίς
160. **K. Sokou**, “*Youth unemployment, Health and Social Exclusion in Greece at the beginning of the 21st Century*”, University of Bremen Germany, Ph.D Thesis, 04/2005.
161. 146 Ιστοσελίδα: ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας), <http://www.nut.uoa.gr> (εργασίες Καθ. Α. Τριχοπούλου), Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, Παν/μιο Κρήτης
162. **Μπαλασοπούλου Αν.** «Καθορισμός Στρατηγικής Νοσοκομειακών Μονάδων» ΕΣΔΥ
163. **Baker TD.** “Health personnel planning.” In W A Reike, **Health Planning for Effective Management**, Ch. 10, Oxford University Press, 1988.
164. **Starfield B**, “*New paradigms for quality in primary care*”, **British Journal of General Practice**, 51,303-309

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **A. Jarlier and S. Charvet-Protat** ‘*Can improving quality decrease hospital costs?*’ **International Society for Quality in Health Care** ,*International Journal for Quality in Health Care* (2000)12:125-131
2. **A. Karydis, M. Komboli-Kodovazeniti, D. Hatzigeorgiou and V. Panis** ‘*Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care*’ *International Journal for Quality in Health Care* 13:409-416 (2001)
3. **A.G.Lagodimos a; K. N. Dervitsiotis a; S. E. Kirkagaslis** “*The penetration of ISO 9000 Certification in Greek Industries*” **Total Quality Management & Business Excellence**, (2005), 16:4, 505 – 527
4. **Alexandria Brysland, Adrienne** “*Curry Service improvements in public services using SERVQUAL*”, **Managing Service Quality**, (2001) Vol 11 Is 6, ππ 389 – 401
5. **Andrew A. Skolnick** “*Joint Commission Begins Tracking Outcome Data*” **JAMA**. 1997;278(19):1562.
6. **Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George** “*Private and public medicine: a comparison of quality perceptions*”, *International Journal of Health Quality Assurance* 1998.
7. **Av. Donabedian**, “*The Quality of Care How Can It Be Assessed*” **JAMA**. 260; 12:Sep 23; 1988
8. **Azzolini M. , Shillader J.** “*Internal service quality: winning from the inside out*”. 1993
9. **Baker TD.** “*Health personnel planning.*” In W A Reike, **Health Planning for Effective Management**, Ch. 10, Oxford University Press, 1988.

10. **Berry, Parasuraman and Zeithaml**, "*Quality Counts in Services, Too*", *Business Horizons*, May-June 1985, pp. 44-52.
11. **Berwick, D.M.** *Quality: How do Q1 and Q2 differ? expert illustrates the Answer* *Hospital Management Review* 9
12. **Bloom, David E., David Canning, and Bryan Graham**, "*Longevity and Life-cycle Savings*," *Scandinavian Journal of Economics*, Vol. 105 2003, (September), pp. 319–38
13. **Bloom, David E., David Canning, and J. Sevilla**, "*The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*," *World Development*, Vol. 32 2004, (January), pp. 1–13
14. **Brannan K.**, "*Total Quality in Healthcare*", **Hospital Material Management Quarterly**, Vol.19, No.4, 1998, p. 1-8
15. **Brashier et al** "Implementation of TQM/CQI in the health-care industry : A comprehensive model." (1996)
16. **Brook C.** "*Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives*", **International journal for Quality in Health Care** ,1999, Vol 11,1, pp 1-3
17. **Broyles RW, Al-Assaf AF**, "*The costs of quality: an interactive model of appraisal, prevention and failures*" **Health Serv Manage Res**, 1999, Aug; 12(3): 169-82.
18. **Carter, N., Klein, R. and Day, P.** 'How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government' ,1992,, Routledge, London
19. **Chan, C.K.D., Yung, K.L., Ip, W.H.** "*The implementation of a model for integration of MRP II and TQM*", **Integrated Manufacturing Systems**, (1999), Vol. 10 No.5, pp.298-305.
20. **Chan, F.T.S., Qi, H.J.** "*An innovative performance measurement method for supply chain management*", **Supply Chain Management: An International Journal**, (2003), Vol. 8 No.3, pp.209-23.
21. **Charles D. Shaw** "Evaluating accreditation" **International Journal for Quality in Health Care** 2003; Volume 15, Number 6: pp. 455–456
22. **Cleary D. Paul and Barbara J McNeil** '*Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care*' **Inquiry** ,25, Spring 1988; 25-36

23. **Coddington, D., Fischer, E., Moore, K. and Clarke, R.** 'Beyond Managed Care – How Consumers and Technology are Changing the Future of Health Care', 2000, Jossey Bass, San Francisco, C
24. **Cronin JJ, Taylor SA.** *'Measuring service quality: a reexamination and extension. J Market.'* 1992. Jul; 56(3):55.–68.
25. **Crosby, P. B.** *Quality is free.* New York: 1979. McGraw-Hill.
26. **David E. Bloom, David Canning, and Dean T. Jamison,** "Health, Wealth and Welfare , Finance & Development" 2004, (10-15 pp)
27. **Dayton N.,** "The Demise of Total Quality Management", **The TQM Magazine**, Vol.15, No.6, 2003, p. 391-396
28. **Deal T.E- Kennedy A.A** *Corporate Culture*, Reading, Mass, Adison-Wesley 1982
29. **Deming W.E.** *'Quality, Productivity and Competitive Position'* Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982,Mass
30. **Donabedian A.** "Quality improvement through monitoring health care", Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care , Seoul, 29 March, 1996.
31. **Donabedian A.,** "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment", Health Administration Press, 1980
32. **Donelan K., Blendon Re. et al.** "The costs of health system change: public discontent in five nations".
33. **E.Scrivens, R.Klein, A.Steiner.** "Accreditation: what can we learn from the Anglophone model?" **Health Policy**, Volume 34, Issue 3, Pages 193-204
34. **Eastaugh, S,** *Financing Health Care*, Auburn House, 1987Dover, MA, .
35. **Evans R. James, Lindsay M.William** "The Management and Control of Quality".
36. **Fagerfjall** "Gurus are putting faith in the people", **The European**, 1995, pp.21.
37. **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

38. **Francis Buttle** "*SERVQUAL: review, critique, research agenda,*" **European Journal of Marketing**, (1996) Vol.30, Issue 1, pp.8-31
39. **Freeman R.** "*Competition in context: the politics of health care reform in Europe*", *International Journal for Quality in Health Care* 1998.
40. **Gilbert, F.W., Lumpkin, J.R., Dant, R.P.** "*Adaptation and customer expectations of health care options*", *Journal of Health Care Management*, Vol. 12 No.3, (1992), pp.46-55.
41. **Gill Harvey** "*Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future*" **Directions International Journal for Quality in Health Care** 8:341-350 (1996)International Society for Quality in Health Care
42. **Gilmore H.L.** '*Product conformance cost*' **Quality Progress**, June 16-19
43. **Glenn Laffel and David Blumental** "*The case of using industrial Quality Management science in Health Care Organization*" **JAMA**,262;1989: 2869-2873
44. **Hall JA, Dornan MC.** '*What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature.*' **Soc Sci Med.** 1988; 27(9):935–939
45. http://ec.europa.eu/health-eu/about_el.htm
46. <http://www.efqm.org/>
47. <http://www.quality.nist.gov/>
48. **Hugh Koch, Adrian Higgs,** *What Does Quality Health Care Cost,* **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 4, No 4, 1991, pp. 4-7
49. **J. Razmi, M.Zairi, Y. F. Jarrar,** "*The application of graphical techniques in evaluating benchmarking partners*" **Benchmarking: An International Journal**, Vol: 7,N:4,2000,pp: 304-314
50. **Juan Ignacio, Marti'n-Castilla** "*EFQM model: knowledge governance and competitive advantage,*" (2008)," **Journal of Intellectual Capital** Vol. 9 No. 1, pp. 133-156
51. **Juran J** '*Quality policies and Objectives*' **Juran's Quality Control Handbook** , 4th Edition, Mc Graw Hill, New York, 5.1-5.23
52. **Juran J M,** '*Quality Handbook*' 3rd Edition , Mc Graw Hill,1974, New York

53. **K. Hendricks & V. Singhal**, “*Quality Awards and the Market Value of the Firm: An Empirical Investigation*”, **Georgia Tech, Management Science** , Vol. 42, No. 3. March 1996, pp. 415-436
54. **K. Sokou**, “*Youth unemployment, Health and Social Exclusion in Greece at the beginning of the 21st Century*”, University of Bremen Germany, Ph.D Thesis, 04/2005.
55. **Kay Downey-Ennis, Denis Harrington**, “*In search of excellence in Irish health care*” [International Journal of Health Care Quality Assurance](#) MCB UP Ltd, Vol 15, Issue 2, 2002, pp 65-73
56. **Khayat, K. and B. Salter** ‘Patient Satisfaction Surveys as a Market Research’ Tool for General Practices,” *British Journal of General Practice*, 1994, 215-19.
57. **Kostas N. Dervitsiotis**, “*Quality management worldwide - Quality in Greece: past and present*”, **The TQM Magazine**, Vol 11, No 2, February 1999, pp 84-87
58. **Kotler, P., and R. Clarke**. “*Marketing for Health Care Organizations*”. 1987. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
59. **L.Abbot** ‘From *Quality and Competition by Lawrence*’ Comumbia University Press 1995
60. **L.Abbot** ‘*Vertical Equilibrium Under Pure Quality Competition*’ **American Economic Review** 43, no 3, pt 1: 826-845. American Economic Association
61. **Lawton, A.** Ethical Management for Public Services, Oxford University Press, Oxford. 1998,
62. **Liz Kowalczyk, Globe Staff** “Surprise check faults MGH quality of care. But hospital will get accreditation” (2007) The Boston Globe
63. **Lyle H. Rosser, Brian H. Kleiner** “*Using management information systems to enhance health care quality assurance*” [Journal of Management in Medicine](#), MCB UP Ltd, Vol. 9, Issue 1, 1995, pp 27-36
64. **Lytle, R.S. and Mokwa, M.P.** “Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes”, **Journal of Health Care Marketing**, Vol. 12 No. 1, 1992, pp. 4-14
65. Managed Care Quality Improved in 1999, NCQA Data Show
66. **Mosialos, H.** “*The economic behaviour of the hospital*”, **Iatriko Vima**, 1991, pp.63-70.

67. **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
68. **Nelson A.**, “*Measuring Performance and Improving Quality*”, Sterling Publications, 1996
69. **Nordhaus, William**, , “*The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards,*” in *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, edited by Kevin H. Murphy and Robert H. Topel 2003 (Chicago: University of Chicago Press).
70. **Norman S.Weinberg, William B. Stason**, “ *Managing quality in hospital practice*” **International Journal for Quality in Health Care**,1998;Volume 10, Number 4: pp295-302
71. **O’Rourke et al.** « *Developing quality health systems in Mongolia – International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2001
72. **Oakland JS, Porter LJ.** “*Total Quality Management*”. Oxford: Butterworth Heinemann, 1999.
73. Ottawa Charter for Health Promotion 1986
74. **Ovretveit J.** ‘*Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*’ **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 2004
75. **Oz, M.C., Zikira, J., Mutrie, C., Slater, J.P., Scott, C., Lehman, S., Connolly, M.W., Asher, D.T., Ting, W., Namerow, P.B.** "Patient evaluation of the hotel function of hospitals", *Heart Surgery Forum*, Vol. 4 No.2, 2001, pp.166-71.
76. **Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L** ,**Servqual: “A Multiple Item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality”** , **Journal of Retailing** 198864,12-40
77. **Parasuraman, A., L. Berry, and V. Zeithaml** “*Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale*”. **Journal of Retailing** 1991 67(4):420–450.
78. **Parasuraman, A., V. Zeithaml, and L. Berry** “*A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research.*” **Journal of Marketing**, 1985,49(4):41–50.

79. **Pascoe GC.** 'Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.' *Eval Program Plann.* 1983;6 (3-4):185–210.
80. **Paul Fitzsimmons, Tony White** 'Medicine and management: a conflict facing general practice?' [Journal of Management in Medicine](#), 1997, Vol:11 ,3 ,pp 124 – 131
81. **R.E Thompson** 'Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals' Thompson, Mohr and Associates Inc 1980
82. **Roberts J.S- Schyve P.M** *From QA to QI: The views and Role of the Joint Commission.* The Quality Letter for Health Care Leaders No 5
83. **Roberts, M.D., James, S., Jack, G., Coale, M.A., Rober, R., Redman, M.A.** "A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals", *Journal of the American Medical Association*, 1987, Vol. 258 No.7, pp.21.
84. **Slater, C. H.** 'What Is Outcomes Research and What Can It Tell Us ?.' *Eval Health Prof* 20 : (1997). 243-264
85. **Smith F.,** *Florence Nightingale: Reputation with Power*, Pub St. Martin Press, 1982
86. **Starfield B,** "New paradigms for quality in primary care", **British Journal of General Practice**, 51,303-309
87. **Strasimir Cucic** "European Union health policy and its implications for national convergence "*International Journal for Quality in Health Care* 12:217-225 (2000)
88. **Sue Jackson,** "Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?" **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Volume: 14,Number: 4,2001.pp: 157-163
89. **Sweeney, J. and Heaton, C.** "Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care", *International, Journal for Quality in Health Care*, (2000), Vol. 12 No. 3, pp. 203-9
90. **Swinehart, Kerry; Green, Ronald F,**"Continuous improvement and TQM in health care: an emerging operational paradigm becomes a strategic imperative" [International Journal of Health Care Quality Assurance](#), [Emerald Group Publishing Limited](#), Volume 8, Number 1, 1995 , pp. 23-27(5)
91. **Taylor, S., & Cronin, J., Jr.** 'Modeling patient satisfaction and service quality' *Journal of Health Care Marketing*, (1994). 14 (1), 34-43.

92. **Ulises Ruiz, Jose Simon** “*Quality management in health care: a 20-year journey*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, (2004)
Vol: 17 Is: 6 Page: 323 – 333
93. **V. Feigenbaum** *Total Quality Control : Engineering and Management*. 1951
94. **Vasco Eiriz, Jose´ Antonio Figueiredo**, ‘*Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships*’, **International Journal of Health Care Quality Assurance** Vol. 18 No. 6,2006, pp. 404-412
95. **Walshe, K., Wallace, L., Freeman, T., Latham, L. and Spurgeon, P.** “*The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study*”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13 (2001), No. 5, pp. 367-74.
96. **WHO**, “*Health for All by Year 2000*”, 1980
97. **Wilkinson R. Marmot M (eds)** “ The solid facts, WHO Regional office for Europe 1998” Copenhagen 2003
98. World Health Organization Constitution, WHO, Geneva 1946
99. www.elot.gr
100. www.euroopa.eu.int
101. www.iso.org
102. www.jointcommission.org
103. www.mohaw.gr
104. **Yucelt, U.** “*An Investigation of Causes of Patient Satisfaction/Dissatisfaction with Physician Services*,” **Health Marketing Quarterly**, 1994, 12(2), 11-28.
105. **Zairi, M** “*Effective Management of Benchmarking*” **Butterworth-Heinemann**, 1998, Oxford,
106. **Zelman, W.N., Pink, G.H. and Matthias, C.B.** “Use of the Balanced Scorecard in health care”, **Journal of Health Care Finance**, 2003,, Vol. 29 No. 4, pp. 1-16.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αγγελόπουλος Μ. Χάρης**, «*Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις*». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
2. **Αδαμαντίδου Τ.:** «*Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας*», **Επιθεώρηση Υγείας** Ιούλιος - Αύγουστος 2004 Σελ. 29 - 31
3. **Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι.**, «*Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)*», 1999: Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
4. **Ανδρικόπουλος Ανδρέας**, «*Οικονομετρία- Θεωρία και Εμπορικές Εφαρμογές*» 1998 Εκδόσεις Μπένου, σελ 146
5. **Ανδριώτη, Δ.**, «*Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα*», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
6. **Αντωνοπούλου Α., Καραμητοπούλου Δ. ,Σοφινός Ε.** «*Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών*», *Επιθεώρηση Υγείας*.
7. **Βασταρδή Μαρία**, *Ποσοστικές Μέθοδοι Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας*, Πτυχιακή εργ.2005
8. **Γ.Κυριόπουλου - Χ.Λιονή- Κ.Σουλιώτη - Γ.Τσάκος** «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*» **Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας** Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
9. **Γ.Υφαντόπουλος**, «*Μέτρηση της Ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(Συμπλ 1):6-18
10. **Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ.**, «*Κριτήρια και Τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης*», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1999

11. **Γκούρα Π.**, «*Οικονομικές Διαστάσεις της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ΄ Εκπαιδευτική Σειρά. Νοέμβριος 2000: Σελ. 2 - 7
12. **Γραφανάκης Δ.**, «*Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας*», Τόμος Δ, 2000 Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
13. **Δόλγερας Α** «*Κλινική Διακυβέρνηση. Η τελευταία προσέγγιση της ποιότητας στην εθνική υπηρεσία υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.*» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Οκτ.06 Θεμέλιο
14. **Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.** (Επιμέλεια) και συν. «*Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*». Εκδ. Θεμέλιο 2006
15. **Ε.Ε.Δ.Ε**, «*Ανακαλύπτοντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM*» (2008), Εκπαιδευτικά σεμινάρια EFQM
16. **Ε.Ε.Δ.Ε**, «*Πληροφοριακό έντυπο για τα επίπεδα αναγνώρισης της επιχειρηματικής αριστείας –EFQM*» 2003
17. **Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ** Έρευνα ικανοποίησης καταναλωτών από τις Υπηρεσίες Υγείας, 1999, Ιατρικός Τύπος. Ιούλιος
18. ΕΣΥΕ 1995 Τροποποίηση
19. **Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β.**, «*Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*», **Νοσηλευτική**, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα, 29/02/2004, Ιανουάριος -Μάρτιος 2002
20. **Θεοδώρα Μ.**, «*Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*», **Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ**, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
21. Θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών Υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών Υγείας, Ιατρικό Βήμα Μάρτιος – Απρίλιος 2005
22. Ιστοσελίδα: ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας), <http://www.nut.uoa.gr> (εργασίες Καθ. Α. Τριχοπούλου), Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, Παν/μιο Κρήτης
23. **Καμπάνται Μ., Νιάκας Δ.**, «*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ερευνητική Εργασία*» (Original Paper), 2003.

24. **Κατσίκας Σ.:** «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας (EFQM model)» (2002) Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά
25. **Κονδύλης Εμμ.,**«Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων», ICAP, Interbooks, 1999 165σελ.
26. **Κουρέα- Κρεμαστινού Τζ.** « Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη, πολιτικές» Αθήνα 2007, Εκδ. Τεχνόγραμμα, σελ3-15.
27. **Κουρέα- Κρεμαστινού Τζ.** « Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη, πολιτικές» Αθήνα 2007, Εκδ.Τεχνόγραμμα, σελ16 .Μετάφραση ΕΣΔΥ: Τα αδιάσειστα γεγονότα
28. **Κυριόπουλος Γ.** Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 1994. 2
29. **Κυριόπουλος Γ.,** «Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, (1995): Αθήνα.
30. **Λέβετ Τζ. Κ.ά.** «Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης». Λειτουργικό Πρόγραμμα Υγείας, ΕΣΔΥ 1994.
31. **Λογοθέτης Ν.,** “Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC“, Interbooks, 1992
32. **Μέριανου-Μιχαήλ Β. και Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ.,** «Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993
33. **Μερκούρης Α.,** “Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών” διδακτορική διατριβή, Αθήνα,1996
34. **Μηνακούλη Θ.,Τσιακατούρα Χ., Κολίτση Ζ., Χρηστάκης Μ.** «Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ετήσια έκθεση για την Υγεία Ιούνιος 2005
35. **Μπαλασοπούλου Αν.** «Καθορισμός Στρατηγικής Νοσοκομειακών Μονάδων» ΕΣΔΥ
36. **Μπινιώρης Σ. :** «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία», Σελ. 45 - 59, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
37. **Νεονάκης** « Ανθρώπινοι πόροι. Ιατρικό δυναμικό στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Πραγματικότητα και προοπτικές» Αθήνα, Μάιος 2001
<http://neonakis.com/iatrofiles/epiloges/human%20resorces.htm>

38. **Νιάκας Δ – Γναρδέλλης Χ** *Ικανοποίηση νοσηλεύθεντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο* 2000, Ιατρική, τομ 77,τχ 5, 464-470
39. **Οικονόμου Χ.**, «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Διόνικος», (2004): Αθήνα
40. **Παπανικολάου Β.** « *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές- Μέθοδοι και Εφαρμογές*» Εκδ. Παπαζηση, 2007, 373-374/379/387-395
41. **Παπανικολάου Β.** «*Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές- Μέθοδοι και Εφαρμογές*» Εκδ. Παπαζηση, 2007, 121-125.
42. **Παπανικολάου Β.** «*Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών*» **Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας**, 2006, Εκδ. Θεμέλιο
43. **Παπανικολάου Β.**, «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*» **Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας** με επιμέλεια Γ.Κυριόπουλου-Χ.Λιονή-Κ.Σουλιώτη-Γ.Τσάκος Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
44. **Παπανικολάου Β.**, «*Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα 1994
45. **Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι.** «*Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας*», **Πρακτικά Συνεδρίου** «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη, 1994.
46. **Παπαπαναγιώτου Μ.**, Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Πειραιάς 2000
47. Παροχή υπηρεσιών εμπειρογνώμονα – συμβούλου υποστήριξης στο πλαίσιο σχεδιασμού του εθνικού στρατηγικού σχεδίου ανάπτυξης (Ε.Σ.Σ.Α) της περιόδου 2007 – 2013 Θεσσαλονίκη Μάρτιος 2006.Ατλαντίς
48. **Ραφτόπουλος Β.**, «*Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002
49. **Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.:** «*Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01*», Σελ. 27 - 30, **Επιθεώρηση Υγείας** , Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2006

50. Σεμετζίδης Χ., (2002): “*Υποδείγματα Ποιότητας Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε. Ε.), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και στην Ελλάδα*”
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
51. Σουλιώτης Κ *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας. 2000^α Διδακτορική διατριβή.*
Αθήνα
52. Σφακιανάκης Μιχαήλ, «*Πρακτική Πληροφορικής και Εφαρμογές*», Εκδόσεις Πατάκη, 2002
53. Σφακιανάκης Μιχαήλ, «*Προσομοίωση και εφαρμογές*», Εκδόσεις Πατάκη 2003
54. Τζανετάκη Θ., *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, 2006 (Διπλωματική Εργασία)
55. Τζόγιος Α., «*Το Κόστος της Ποιότητας*», Τόμος Δ, Σελ. 26 – 38, 58 –68(2000):,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
56. Τσάκωνας Α., «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Δείκτες Ποιότητας*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής (2000): Διοίκησης, ΙΒ΄ Εκπαιδευτική Σειρά
57. Τσελέπη Χ. «*Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας*» τομ.Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000
58. Τσιότρα Δ., «*Βελτίωση Ποιότητας*», (2002): Σελ. 32 – 40, 42 – 46, 146 – 152, 299 – 300, 307 – 309, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
59. Φαμέλη Α., *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)
60. Χρόνης Σ.: «*Δείκτες Δραστηριότητας: Management των Αλλαγών και Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στο Χώρο των Νοσοκομείων*», Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος – Αύγουστος 2003

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		ΚΩΔ: ΔΠ06/ΟΛ2/Ε3
		Σελίδα 1 από 3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Σας παρακαλούμε , να βαθμολογήσετε από το 1 έως το 5 (το 5 είναι άριστα) στο παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο, με βάση τις συνθήκες νοσηλείας σας και τις παρεχόμενες φροντίδες στο Τμήμα μας προκειμένου, να μας βοηθήσετε στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων:

1. Βαθμολογήστε την εξυπηρέτηση και τον χρόνο που χρειάστηκε για να γίνει η εισαγωγή σας στην κλινική :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	Πολύ καλά	άριστα

2. Βαθμολογήστε την εξυπηρέτηση και τον χρόνο μέχρι να τακτοποιηθείτε σε κρεβάτι κατά την εισαγωγή σας στην κλινική :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	Πολύ καλά	άριστα

3. Βαθμολογήστε την ενημέρωση για τα δικαιώματα που έχετε ως ασθενής;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	Πολύ καλά	άριστα

4. Βαθμολογήστε την προστασία από τα βλέμματα των άλλων, όταν χρειάστηκε να βγάλετε τα ρούχα σας, για να γίνουν κάποιες νοσηλευτικές πράξεις, χρησιμοποιώντας παραβάν, κουρτίνα ή με το κλείσιμο της πόρτας;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	Πολύ καλά	άριστα

5. Βαθμολογήστε την ανταπόκριση από το προσωπικό στο κάλεσμά σας με τη χρήση του κουδουνιού, :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

6. Βαθμολογήστε την ικανότητα επικοινωνίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί "γλώσσα" απλή και κατανοητή;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

7. Βαθμολογήστε το επίπεδο προστασίας από την παραγωγή θορύβων του περιβάλλοντος της κλινικής:

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

8. Βαθμολογήστε την ποιότητα του φαγητού;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		ΚΩΔ: ΔΠ06/ΟΛ2/Ε3
		Σελίδα 2 από 3

9. Βαθμολογήστε την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

10. Βαθμολογήστε την ποιότητα και επάρκεια των κλινοσκεπασμάτων :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

11. Βαθμολογήστε την καθαριότητα της τουαλέτας του θαλάμου :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

12. Ήταν πάντα στην ώρα τους τα φάρμακά σας ή υπενθυμίζατε εσείς για την χορήγησή τους. Βαθμολογήστε τις συνθήκες χορήγησης των φαρμάκων σας από το νοσηλευτικό προσωπικό.

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

13. Η εκπαίδευση και βοήθεια που σας παρασχέθηκε όσον αφορά την φυσιοθεραπεία, σας ικανοποίησε;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

14. Όταν υπήρξε αναβολή ή καθυστέρηση, σε προγραμματισμένες εξετάσεις ή το χειρουργείο σας ικανοποίησε η πληροφόρηση της αιτίας αναβολής :

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

15. Κατά την έξοδό σας από την κλινική, σας δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες και οδηγίες, ώστε να νιώθετε ασφαλείς;

1	2	3	4	5
άσχημα	μέτρια	καλά	πολύ καλά	άριστα

A. Τι ηλικία έχετε: ετών

B. Επάγγελμα:

Γ. Τι γνώσεις έχετε:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		ΚΩΔ: ΔΠ06/ΟΛ2/Ε3
		Σελίδα 3 από 3

<u>Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ</u>	
<i>Απόφοιτος Λυκείου</i>	
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	
<i>Χωρίς βασική εκπαίδευση</i>	

Σημειώστε με X

Δ. Έχετε νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομείο;

<i>ναι</i>	<i>όχι</i>

Ε. Βαθμολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες που δεχτήκατε ως ασθενής:

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>άσχημα</i>	<i>μέτρια</i>	<i>καλά</i>	<i>πολύ καλά</i>	<i>άριστα</i>

ΣΤ. Παρακαλώ , αναφέρατε οποιαδήποτε παρατήρηση / γνώμη που θεωρείτε ότι μπορεί να βελτιώσει την παροχή φροντίδας μας:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΡΑΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Π
ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

A/A	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
2	5	5	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	4	3
3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5
4	4	3	1	4	4	4	2	3	5	3	3	4	4	4
5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	4	4	4	4	4	4	3	3	5	2	1	4	4	3
7	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4
8	5	5	4	5	5	5	5	4	5	3	3	5	4	4
9	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	2	4
10	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	4	4	1	2	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4
13	5	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	5	4	3
14	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	4	5	4	4
15	3	4	2	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4
16	2	3	4	5	5	3	2	4	3	4	3	5	5	5
17	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4
18	5	5	4	5	5	5	2	3	5	4	4	5	4	3
19	4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	3
20	5	5	4	3	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
22	4	4	3	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4
23	4	5	4	5	4	4	5	3	5	5	5	5	4	4
24	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3	4	5	4	4
25	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	4	4
26	5	3	4	5	5	4	4	3	4	3	2	4	4	2
27	5	5	4	3	5	5	3	5	5	5	2	3	5	4
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5
29	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5
30	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4
31	2	5	1	4	5	2	1	1	4	2	2	3	1	4
32	2	5	1	4	5	2	4	1	5	2	2	4	1	4
33	5	3	2	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4
34	5	5	1	4	5	3	1	2	4	1	2	3	3	3
35	5	5	5	5	5	5	5	1	5	2	2	5	4	4
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
37	4	4	4	5	4	5	5	1	5	3	4	5	4	4
38	4	4	3	5	4	5	3	4	4	5	4	5	4	4
39	4	4	2	3	3	4	3	2	4	2	5	5	4	4
40	3	5	4	5	4	4	2	2	5	4	4	5	4	4
41	5	5	4	5	5	5	4	3	5	5	4	5	4	5
42	5	5	2	3	4	5	4	4	4	3	3	4	4	5
43	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4
44	3	5	1	5	3	4	4	5	4	5	4	4	2	4
45	5	5	1	5	5	5	5	3	3	4	3	5	5	4
46	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5
47	5	4	3	4	5	4	3	3	4	3	4	4	4	3
48	5	4	3	4	5	3	3	3	4	3	4	5	4	3
49	5	5	4	4	5	5	3	3	5	5	4	5	4	4
50	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
51	3	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
54	3	4	1	4	5	5	2	2	5	4	2	5	4	5
55	1	1	2	3	5	5	4	1	5	4	4	5	4	4
56	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
57	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5
AVER			3,702	4,3684	4,684			3,61404	4,7193	4,03509	3,8947	4,6667	4,0702	4,1404

Q15	ΣΥΝΟΛ.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΗΛΙΚ.ΟΜΑΔΑ	ΗΛΙΚΙΑ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΠΡΟΗΓ.ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΣΔΙ	ΣΙ ΝΕΟΣ
4	5	3	72	3	2	73,00	4,87
4	4	4	51	2	1	64,00	4,27
5	5	4	51	2	2	72,00	4,80
4	4	4	38	3		52,00	3,47
5	5	3	73		1	74,00	4,93
4	4	1	84	3	1	53,00	3,53
5	5	4	47	2	2	69,00	4,60
5	5	2	77	2	1	67,00	4,47
5	5	2	75	4	1	69,00	4,60
4	4	1	80	3	1	54,00	3,60
5	5	4	63	3	1	75,00	5,00
5	4	3	70	3	1	53,00	3,53
4	4	1	81	2	1	65,00	4,33
5	4	1	83	3	1	68,00	4,53
5	3	4	37	4	1	55,00	3,67
5	2	4	27	3	2	58,00	3,87
5	4	3	70		1	63,00	4,20
5	5	4	38	3	1	64,00	4,27
5	4	4	47	2	2	66,00	4,40
4	5	1	80	2	1	67,00	4,47
5	5	2	77	2	2	75,00	5,00
4	4	4	46	4	2	59,00	3,93
5	4	4	49	2	1	67,00	4,47
5	5	2	77	2	1	68,00	4,53
5	5	4	62	4	1	68,00	4,53
5	4	4	43	2	2	57,00	3,80
5	5	4	55	4	2	64,00	4,27
5	5	3	72	1	1	73,00	4,87
5	5	3	72	4	1	72,00	4,80
5	5	1	85	2	1	71,00	4,73
5	4	4	40	3	1	42,00	2,80
5	4	4	24	4	2	47,00	3,13
5	5	4	60	2	2	66,00	4,40
4	3	4	57	4	1	46,00	3,07
5	5	1	46	4	1	63,00	4,20
5	5	4	33	1	2	75,00	5,00
4	4	4	24	3	2	61,00	4,07
4	4	4	32	3	1	62,00	4,13
2	4	2	76	2	1	51,00	3,40
5	4	4	33	3	1	60,00	4,00
5	5	4	55	4	2	69,00	4,60
5	4	4	33	4	2	60,00	4,00
5	5	4	29	1	1	70,00	4,67
4	4	4	57	4	1	57,00	3,80
5	4	3	73	2	1	63,00	4,20
5	5	4	67	2	1	73,00	4,87
5	4	4	27	2	1	58,00	3,87
5	4	4	50	2	1	58,00	3,87
4	5	4	54	3	2	65,00	4,33
5	4	4	50	2	2	70,00	4,67
5	4	1	81	3	1	65,00	4,33
5	5			3	1	75,00	5,00
5	5					75,00	5,00
5	4	4	56	3	1	56,00	3,73
5	3	4	57	2	1	53,00	3,53
5	5	4	57	3	1	75,00	5,00
5	5				1	73,00	4,87
4,719	4,385964912						

1=80-85
 2=75-80
 3=70-75
 4=<70
 1.ΑΕΙ/ΤΕΙ
 2.ΛΥΚΕΙΟ
 3.ΔΗΜΟΤΙΚΟ
 4.ΝΟ ΒΑΣΙΚΗ
 1.ΝΑΙ
 2.ΟΧΙ
 RED--> REAL AVERA

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΔΑΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Spearman Rank Correlations

	Q1	Q2	Q3	Q4
Q1		0,4530 (51) 0,0014	0,4964 (51) 0,0004	0,2559 (51) 0,0704
Q2	0,4530 (51) 0,0014		0,4092 (51) 0,0038	0,3737 (51) 0,0082
Q3	0,4964 (51) 0,0004	0,4092 (51) 0,0038		0,5540 (51) 0,0001
Q4	0,2559 (51) 0,0704	0,3737 (51) 0,0082	0,5540 (51) 0,0001	
Q5	0,4793 (51) 0,0007	0,3679 (51) 0,0093	0,3832 (51) 0,0067	0,3076 (51) 0,0296
Q6	0,5794 (51) 0,0000	0,3995 (51) 0,0047	0,5045 (51) 0,0004	0,2941 (51) 0,0376
Q7	0,3018 (51) 0,0328	0,2798 (51) 0,0478	0,3776 (51) 0,0076	0,3631 (51) 0,0102
Q8	0,3736 (51) 0,0082	0,2745 (51) 0,0522	0,4888 (51) 0,0005	0,2132 (51) 0,1317
Q9	0,2685 (51) 0,0577	0,3872 (51) 0,0062	0,5970 (51) 0,0000	0,2562 (51) 0,0700
Q10	0,1767 (51)	0,1821 (51)	0,3274 (51)	0,1986 (51)

	0,2115	0,1978	0,0206	0,1603
Q11	0,3252 (51)	0,2168 (51)	0,4490 (51)	0,2618 (51)
	0,0215	0,1253	0,0015	0,0642
Q12	0,3068 (51)	0,1990 (51)	0,4184 (51)	0,4279 (51)
	0,0300	0,1594	0,0031	0,0025
Q13	0,3400 (51)	0,0770 (51)	0,5073 (51)	0,2242 (51)
	0,0162	0,5861	0,0003	0,1128
Q14	0,0790 (51)	0,2825 (51)	0,3084 (51)	0,1755 (51)
	0,5764	0,0457	0,0292	0,2146
Q15	0,1310 (51)	0,2087 (51)	0,1754 (51)	0,2251 (51)
	0,3544	0,1401	0,2150	0,1114
ΗΛΙΚΙΑ	0,2397 (51)	0,0714 (51)	0,2441 (51)	0,0388 (51)
	0,0901	0,6135	0,0844	0,7836
ΗΛ.ΟΜ.	-0,1411 (51)	-0,0031 (51)	-0,2840 (51)	-0,0690 (51)
	0,3183	0,9826	0,0446	0,6255
ΜΟΡΦΩΣ	-0,2318 (51)	0,0446 (51)	-0,2993 (51)	-0,1364 (51)
	0,1012	0,7524	0,0343	0,3348
ΠΡ.ΝΟΣ.	0,0474 (51)	0,0102 (51)	0,0458 (51)	-0,0173 (51)
	0,7373	0,9423	0,7461	0,9028
ΣΔΙ	0,6225 (51)	0,5582 (51)	0,7985 (51)	0,5298 (51)
	0,0000	0,0001	0,0000	0,0002

	Q5	Q6	Q7	Q8
Q1	0,4793 (51) 0,0007	0,5794 (51) 0,0000	0,3018 (51) 0,0328	0,3736 (51) 0,0082
Q2	0,3679 (51) 0,0093	0,3995 (51) 0,0047	0,2798 (51) 0,0478	0,2745 (51) 0,0522
Q3	0,3832 (51) 0,0067	0,5045 (51) 0,0004	0,3776 (51) 0,0076	0,4888 (51) 0,0005
Q4	0,3076 (51) 0,0296	0,2941 (51) 0,0376	0,3631 (51) 0,0102	0,2132 (51) 0,1317
Q5		0,3720 (51) 0,0085	0,1937 (51) 0,1708	0,1112 (51) 0,4319
Q6	0,3720 (51) 0,0085		0,4507 (51) 0,0014	0,4062 (51) 0,0041
Q7	0,1937 (51) 0,1708	0,4507 (51) 0,0014		0,3290 (51) 0,0200
Q8	0,1112 (51) 0,4319	0,4062 (51) 0,0041	0,3290 (51) 0,0200	
Q9	0,3476 (51) 0,0140	0,5842 (51) 0,0000	0,3745 (51) 0,0081	0,2350 (51) 0,0966
Q10	0,0955 (51) 0,4995	0,4337 (51) 0,0022	0,2614 (51) 0,0645	0,5753 (51) 0,0000
Q11	0,0995 (51) 0,4817	0,4216 (51) 0,0029	0,4135 (51) 0,0035	0,5129 (51) 0,0003
Q12	0,2772 (51)	0,6160 (51)	0,3445 (51)	0,1997 (51)

	0,0499	0,0000	0,0148	0,1578
Q13	0,2315 (51) 0,1017	0,4021 (51) 0,0045	0,2683 (51) 0,0578	0,4945 (51) 0,0005
Q14	0,1571 (51) 0,2667	0,3492 (51) 0,0135	0,3031 (51) 0,0321	0,4461 (51) 0,0016
Q15	0,5232 (51) 0,0002	0,1394 (51) 0,3244	0,2019 (51) 0,1534	0,0639 (51) 0,6514
ΗΛΙΚΙΑ	0,0414 (51) 0,7699	0,2203 (51) 0,1194	0,1533 (51) 0,2784	0,3201 (51) 0,0236
ΗΛ.ΟΜΑΣ	0,0837 (51) 0,5538	-0,1034 (51) 0,4645	-0,1175 (51) 0,4059	-0,1141 (51) 0,4198
ΜΟΡΦΩΣΗ	-0,2319 (51) 0,1011	-0,2340 (51) 0,0980	-0,2675 (51) 0,0586	-0,1880 (51) 0,1838
ΠΡ.ΝΟΣΗΛ	0,1430 (51) 0,3119	0,1190 (51) 0,4001	0,1619 (51) 0,2523	0,1812 (51) 0,2001
ΣΔΙ	0,4552 (51) 0,0013	0,7071 (51) 0,0000	0,5901 (51) 0,0000	0,6969 (51) 0,0000

	Q9	Q10	Q11	Q12
Q1	0,2685 (51) 0,0577	0,1767 (51) 0,2115	0,3252 (51) 0,0215	0,3068 (51) 0,0300
Q2	0,3872 (51) 0,0062	0,1821 (51) 0,1978	0,2168 (51) 0,1253	0,1990 (51) 0,1594
Q3	0,5970 (51)	0,3274 (51)	0,4490 (51)	0,4184 (51)

	0,0000	0,0206	0,0015	0,0031
Q4	0,2562 (51) 0,0700	0,1986 (51) 0,1603	0,2618 (51) 0,0642	0,4279 (51) 0,0025
Q5	0,3476 (51) 0,0140	0,0955 (51) 0,4995	0,0995 (51) 0,4817	0,2772 (51) 0,0499
Q6	0,5842 (51) 0,0000	0,4337 (51) 0,0022	0,4216 (51) 0,0029	0,6160 (51) 0,0000
Q7	0,3745 (51) 0,0081	0,2614 (51) 0,0645	0,4135 (51) 0,0035	0,3445 (51) 0,0148
Q8	0,2350 (51) 0,0966	0,5753 (51) 0,0000	0,5129 (51) 0,0003	0,1997 (51) 0,1578
Q9		0,3479 (51) 0,0139	0,4091 (51) 0,0038	0,4352 (51) 0,0021
Q10	0,3479 (51) 0,0139		0,5466 (51) 0,0001	0,3679 (51) 0,0093
Q11	0,4091 (51) 0,0038	0,5466 (51) 0,0001		0,5859 (51) 0,0000
Q12	0,4352 (51) 0,0021	0,3679 (51) 0,0093	0,5859 (51) 0,0000	
Q13	0,1521 (51) 0,2823	0,2158 (51) 0,1270	0,2563 (51) 0,0700	0,3686 (51) 0,0091
Q14	0,2056 (51) 0,1461	0,3680 (51) 0,0093	0,3111 (51) 0,0278	0,3601 (51) 0,0109
Q15	0,1384 (51)	0,0653 (51)	0,0472 (51)	0,1951 (51)

	0,3277	0,6443	0,7383	0,1677
ΗΛΙΚΙΑ	0,2102 (51)	0,2156 (51)	0,1247 (51)	0,1379 (51)
	0,1371	0,1273	0,3779	0,3296
ΗΛ.ΟΜΑΣ	-0,1113 (51)	-0,0430 (51)	0,0731 (51)	-0,1055 (51)
	0,4314	0,7612	0,6054	0,4556
ΜΟΡΦ	-0,1234 (51)	-0,0967 (51)	-0,3181 (51)	-0,4042 (51)
	0,3827	0,4942	0,0245	0,0043
ΠΡ.ΝΟΣ.	0,1398 (51)	0,1669 (51)	0,0359 (51)	0,0000 (51)
	0,3228	0,2379	0,7998	1,0000
ΣΔΙ	0,6126 (51)	0,5996 (51)	0,7043 (51)	0,6150 (51)
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

	Q13	Q14	Q15	ΗΛΙΚΙΑ
Q1	0,3400 (51)	0,0790 (51)	0,1310 (51)	0,2397 (51)
	0,0162	0,5764	0,3544	0,0901
Q2	0,0770 (51)	0,2825 (51)	0,2087 (51)	0,0714 (51)
	0,5861	0,0457	0,1401	0,6135
Q3	0,5073 (51)	0,3084 (51)	0,1754 (51)	0,2441 (51)
	0,0003	0,0292	0,2150	0,0844
Q4	0,2242 (51)	0,1755 (51)	0,2251 (51)	0,0388 (51)
	0,1128	0,2146	0,1114	0,7836
Q5	0,2315 (51)	0,1571 (51)	0,5232 (51)	0,0414 (51)
	0,1017	0,2667	0,0002	0,7699
Q6	0,4021 (51)	0,3492 (51)	0,1394 (51)	0,2203 (51)

	0,0045	0,0135	0,3244	0,1194
Q7	0,2683 (51) 0,0578	0,3031 (51) 0,0321	0,2019 (51) 0,1534	0,1533 (51) 0,2784
Q8	0,4945 (51) 0,0005	0,4461 (51) 0,0016	0,0639 (51) 0,6514	0,3201 (51) 0,0236
Q9	0,1521 (51) 0,2823	0,2056 (51) 0,1461	0,1384 (51) 0,3277	0,2102 (51) 0,1371
Q10	0,2158 (51) 0,1270	0,3680 (51) 0,0093	0,0653 (51) 0,6443	0,2156 (51) 0,1273
Q11	0,2563 (51) 0,0700	0,3111 (51) 0,0278	0,0472 (51) 0,7383	0,1247 (51) 0,3779
Q12	0,3686 (51) 0,0091	0,3601 (51) 0,0109	0,1951 (51) 0,1677	0,1379 (51) 0,3296
Q13		0,4685 (51) 0,0009	0,2827 (51) 0,0456	0,0970 (51) 0,4926
Q14	0,4685 (51) 0,0009		0,2096 (51) 0,1383	0,0951 (51) 0,5014
Q15	0,2827 (51) 0,0456	0,2096 (51) 0,1383		-0,1671 (51) 0,2373
ΗΛΙΚΙΑ	0,0970 (51) 0,4926	0,0951 (51) 0,5014	-0,1671 (51) 0,2373	
ΗΛ.ΟΜΑ	-0,0023 (51) 0,9868	-0,0113 (51) 0,9361	0,1823 (51) 0,1975	-0,7784 (51) 0,0000
ΜΟΡΦΩΣ	-0,3075 (51) 0,0297	0,0643 (51) 0,6494	-0,1207 (51) 0,3933	-0,1168 (51) 0,4088

ΠΡ.ΝΟΣ.	0,1471 (51) 0,2984	0,2009 (51) 0,1554	0,0392 (51) 0,7817	-0,3817 (51) 0,0069
ΣΔΙ	0,5378 (51) 0,0001	0,5155 (51) 0,0003	0,3027 (51) 0,0323	0,2550 (51) 0,0714

	ΗΛ.ΟΜΑΣ	ΜΟΡΦ	ΠΡ.ΝΟΣ.	ΣΔΙ
Q1	-0,1411 (51) 0,3183	-0,2318 (51) 0,1012	0,0474 (51) 0,7373	0,6225 (51) 0,0000
Q2	-0,0031 (51) 0,9826	0,0446 (51) 0,7524	0,0102 (51) 0,9423	0,5582 (51) 0,0001
Q3	-0,2840 (51) 0,0446	-0,2993 (51) 0,0343	0,0458 (51) 0,7461	0,7985 (51) 0,0000
Q4	-0,0690 (51) 0,6255	-0,1364 (51) 0,3348	-0,0173 (51) 0,9028	0,5298 (51) 0,0002
Q5	0,0837 (51) 0,5538	-0,2319 (51) 0,1011	0,1430 (51) 0,3119	0,4552 (51) 0,0013
Q6	-0,1034 (51) 0,4645	-0,2340 (51) 0,0980	0,1190 (51) 0,4001	0,7071 (51) 0,0000
Q7	-0,1175 (51) 0,4059	-0,2675 (51) 0,0586	0,1619 (51) 0,2523	0,5901 (51) 0,0000
Q8	-0,1141 (51) 0,4198	-0,1880 (51) 0,1838	0,1812 (51) 0,2001	0,6969 (51) 0,0000
Q9	-0,1113 (51) 0,4314	-0,1234 (51) 0,3827	0,1398 (51) 0,3228	0,6126 (51) 0,0000
Q10	-0,0430	-0,0967	0,1669	0,5996

	(51) 0,7612	(51) 0,4942	(51) 0,2379	(51) 0,0000
Q11	0,0731 (51) 0,6054	-0,3181 (51) 0,0245	0,0359 (51) 0,7998	0,7043 (51) 0,0000
Q12	-0,1055 (51) 0,4556	-0,4042 (51) 0,0043	0,0000 (51) 1,0000	0,6150 (51) 0,0000
Q13	-0,0023 (51) 0,9868	-0,3075 (51) 0,0297	0,1471 (51) 0,2984	0,5378 (51) 0,0001
Q14	-0,0113 (51) 0,9361	0,0643 (51) 0,6494	0,2009 (51) 0,1554	0,5155 (51) 0,0003
Q15	0,1823 (51) 0,1975	-0,1207 (51) 0,3933	0,0392 (51) 0,7817	0,3027 (51) 0,0323
ΗΛΙΚΙΑ	-0,7784 (51) 0,0000	-0,1168 (51) 0,4088	-0,3817 (51) 0,0069	0,2550 (51) 0,0714
ΗΛΙΚ.ΟΜΑΣ		0,0814 (51) 0,5650	0,3654 (51) 0,0098	-0,1088 (51) 0,4418
ΜΟΡΦΩΣΗ	0,0814 (51) 0,5650		0,0239 (51) 0,8659	-0,3235 (51) 0,0222
ΠΡ.ΝΟΣΗΛ.	0,3654 (51) 0,0098	0,0239 (51) 0,8659		0,1528 (51) 0,2801
ΣΔΙ	-0,1088 (51) 0,4418	-0,3235 (51) 0,0222	0,1528 (51) 0,2801	

Correlation
(Sample Size)
P-Value