

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

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

ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ ΒΑΣΤΑΡΔΗ

ΑΜ : ΜΔΕ-ΟΠ/0338

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2005

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική καθώς η πληθώρα των παρεχόμενων 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.

Η βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας με έμφαση στα νοσοκομεία επικεντρώνει το ενδιαφέρον μας στην ικανοποίηση του ασθενούς. Η βελτίωση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής διεργασιών και μέτρησης της ποιότητας που εντάσσονται μέσα στα συστήματα ποιότητας.

Για την εκκίνηση της διαδικασίας βελτίωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επισημανθούν οι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Η αξιολόγηση αυτή αποτελεί στόχο της συγκεκριμένης εργασίας και επιτυγχάνεται με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Γι αυτό το λόγο καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο από την επεξεργασία του οποίου αντλήθηκαν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία εμφανίζονται αναλυτικά στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	I
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	II
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	III
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	1
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	1
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	1
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ-TOTAL QUALITY MANAGEMENT- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	12
1.5 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.6 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.	18
1.7 ΔΟΠ- ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	24
1.8 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	32
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	32
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	32
2.2 ΔΟΜΗΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	33
2.3 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ	34
2.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΕ.Σ.Υ.Π.	39
2.4.1 Οργάνωση ΠΕ.Σ.Υ.Π	39
2.4.2 Στελέχωση ΠΕ.Σ.Υ.Π.	43
2.4.3 Πόροι ΠΕ.Σ.Υ.Π.....	44
2.5 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	45
2.5.1 Οργάνωση Νοσοκομείων	45

2.5.2 Οργάνωση Κέντρων Υγείας	50
2.6 Νομικό πλαίσιο ποιότητας του Ε.Σ.Υ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	54
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	54
3.1 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	55
(EFQM- European Foundation for Quality Management).....	55
3.1.1 Περιγραφή Των Εννέα Κριτηρίων	56
3.1.2 Επίπεδα Αναγνώρισης Επιχειρηματικής Αριστείας	60
3.1.3 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα EFQM Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	63
3.2 ΠΡΟΤΥΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001/2000.....	64
3.2.1 Η Εφαρμογή Του ISO στις Υπηρεσίες Υγείας	64
3.2.2 Οι Απαιτήσεις Του Προτύπου.....	66
3.2.3 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα ISO στις Υπηρεσίες Υγείας.....	73
3.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ISO & EFQM	74
3.4 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	75
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	75
3.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΕΕΣΙΠ)	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	87
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	87
4.1 ΤΑ 7 ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	87
4.1.1 Διάγραμμα Pareto	87
4.1.2. Φύλλο Ελέγχου	88
4.1.3. Διάγραμμα Αιτίας και Αποτελέσματος	89
4.1.4 Διαγράμματα ροής	90
4.1.5. Διαγράμματα διασποράς.....	92
4.1.6. Ιστόγραμμα	93

4.1.7. Διαγράμματα ελέγχου.....	93
4.2 ΆΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	94
4.2.1 Ιδεοθύελλα (Brainstorming).....	95
4.2.2 Διάγραμμα Συνάφειας (Affinity diagrams)	96
4.2.3 Διάγραμμα αλληλοσυσχέτισης (Interrelationship diagrams).....	96
4.2.4 Συλλογική προτεραιοποίηση των ιδεών (Nominal Group Technique)	97
4.2.5 Ο κύκλος βελτίωσης του Deming	97
4.2.6 Αναβάθμιση λειτουργικής ποιότητας-QFD (Quality Function Deployment) ..	98
4.2.7 Ερωτηματολόγια	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	103
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ..	103
5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	104
5.1.1 Συλλογή στατιστικών στοιχείων.....	104
5.1.2 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος.....	108
5.1.3 Ανάλυση Συσχετίσεων	110
5.1.4 Ανάλυση Διακύμανσης	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	118
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	121
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	125
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	125

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

<u>BIBLIOΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 1^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....</u>	30
<u>BIBLIOΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 2^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....</u>	53
<u>BIBLIOΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 3^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....</u>	85
<u>BIBLIOΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 4^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....</u>	102
<u>BIBLIOΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 5^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....</u>	117

Ευχαριστίες

- ❖ Ευχαριστώ τον Καθηγητή κ. Μιχάλη Σφακιανάκη για την καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.
- ❖ Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους καθηγητές του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν.
- ❖ Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω το Γραφείο Ποιότητας του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, που συνετέλεσε στην πρακτική κατανόηση της συγκεκριμένης μελέτης.
- ❖ Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την στήριξη που μου παρείχε στη προσπάθεια να πετύχω τους στόχους μου.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Σελίδα	Πίνακας
	Πίνακας 1.1 : Ιστορική εξέλιξη της Ποιότητας
	Πίνακας 1.2 : Από τη παραδοσιακή δομή οργάνωσης στη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
	Πίνακας 2.1 : Γεωγραφική κατανομή Π.Ε.Σ.Υ.Π
	Πίνακας 2.2 : Νοσηλευτικές μονάδες των Π.Ε.Σ.Υ.Π
	Πίνακας 4.1 : Φύλλο ελέγχου

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Σελίδα	Εικόνες- Γραφήματα
34	Εικόνα 1.1 : Η νέα οργανωτική διαίρεση του Ε.Σ.Υ
23	Γράφημα 1.1 : Σταδιακή εφαρμογή ικανοποίησης εργαζομένων και ασθενών.
26	Γράφημα 1.2 : Γνώση των θεμάτων ποιότητας από το νοσοκομειακό προσωπικό. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0= καμία γνώση έως 5= άριστη γνώση.
27	Γράφημα 1.3 : Επάρκεια νοσοκομειακού προσωπικού
56	Γράφημα 3.1 : Τα 9 κριτήρια του μοντέλου EFQM
88	Γράφημα 4.1 : Διάγραμμα Pareto
90	Γράφημα 4.2 : Διάγραμμα Αιτίας- Αποτελέσματος
91	Γράφημα 4.3 : Διάγραμμα ροής
92	Γράφημα 4.4 : Διάγραμμα διασποράς
93	Γράφημα 4.5 : Ιστόγραμμα
94	Γράφημα 4.6 : Διάγραμμα ελέγχου
96	Γράφημα 4.7 : Διάγραμμα αλληλοσυσχέτισης
98	Γράφημα 4.8 : Ο κύκλος του Deming PDCA (Plan, Do, Check, Act)
100	Γράφημα 4.9 : Το Σπίτι της Ποιότητας
108	Γράφημα 5.1 : Ηλικιακή Διαστρωμάτωση
109	Γράφημα 5.2 : Μηνιαία Εισοδηματική Διαστρωμάτωση
109	Γράφημα 5.3 : Διαστρωμάτωση Εκπαιδευτικού Επιπέδου
109	Γράφημα 5.4 : Διαστρωμάτωση τιμών Συνολικού Δείκτη Ικανοποίησης
115	Γράφημα Πλαισίου και Απολήξεων (Median Notches) 5.5 : ΣΔΙ σε σχέση με το Μορφωτικό Επίπεδο
116	Γράφημα Πλαισίου και Απολήξεων 5.6 : ΣΔΙ σε σχέση με την Εισοδηματική Τάξη

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο ανταγωνισμός και η παγκοσμιοποίηση της αγοράς είναι παράγοντες που καθιστούν απαραίτητη την εξέλιξη της τεχνολογίας. Στην πορεία των ετών αποδείχτηκε ότι η ανάπτυξη του συγκεκριμένου τομέα δεν επαρκεί για την βελτίωση του μηχανισμού μίας επιχείρησης. Τα προσόντα των εργαζομένων, η αυξημένη παραγωγικότητά τους και εντέλει η εφαρμογή της ποιότητας αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας για κάθε οργανισμό.

Η Διασφάλιση Ποιότητας (ΔΠ) ξεκίνησε από τις στρατιωτικές βιομηχανίες, η ανάγκη της οποίας προήλθε από τις απαιτήσεις για ελαχιστοποίηση των κατασκευαστικών ελαττωμάτων. Σταδιακά, η ανάγκη τυποποίησης εμφανίστηκε και στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης, καθώς αντιμετωπίζει τις διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις των αρρώστων, των εργαζομένων, των Κρατικών φορέων και όλων αυτών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι ομάδες αυτές αναζητούν τρόπους καθορισμού, εξασφάλισης και επιλογής νοσοκομειακής φροντίδας με αντικειμενικά κριτήρια ποιότητας, έχοντας σκοπό την ασφαλή παροχή και συνοχή της περίθαλψης προς τον άρρωστο.

Τα περισσότερα προβλήματα στο τομέα της υγείας απορρέουν από την αδυναμία της διοίκησης να οραματιστεί την υιοθέτηση της ποιότητας και να δεσμευτεί απέναντι στο στόχο. Άλλοι λόγοι συνδέονται με την απουσία προγραμματισμού και εκπαίδευσης, την έλλειψη πληροφόρησης και ιδεών, ενώ τέλος η ύπαρξη αντιλήψεων και συμπεριφορών, τις περισσότερες φορές, αντιφάσκουν με τη κουλτούρα της ποιότητας.

Στην Ελλάδα ο οικονομικός παράγοντας αποτελεί βασική αιτία για την μειωμένη χρηματοδότηση στο τομέα της υγείας με αποτέλεσμα τη συντηρητική μισθολογική πολιτική των υγειονομικών υπαλλήλων, την καθυστέρηση στις προσλήψεις προσωπικού, την έλλειψη κινήτρων και το μη εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων.

Το λειτουργικό πρόβλημα στα νοσοκομεία, πέρα από τους οικονομικούς λόγους, επικεντρώνεται στην απουσία διαδικασιών με αποτέλεσμα την δημιουργία διαπροσωπικών προβλημάτων, την έλλειψη σωστής επικοινωνίας και τον ανταγωνισμό. Παράλληλα, η έλλειψη ελέγχου οδηγεί σε μειωμένη παραγωγικότητα και σε χαμηλή ποιότητα εργασίας.

Η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας έρχεται σε αυτή την περίπτωση σαν η μοναδική διέξοδος για την επίλυση αυτών των σημαντικών προβλημάτων. Ένα πρώτο βήμα για την κατανόηση της από όλο τον οργανισμό αποτελεί η εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας. Η χρήση τους συντελεί στην μεθοδική χρήση των αρχών, λειτουργιών, εργαλείων και πρακτικών που διαθέτει η διοίκηση ολικής ποιότητας και αποδεικνύεται εξαιρετικά χρήσιμη για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Για την εκκίνηση της διαδικασίας βελτίωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επισημανθούν οι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Η αξιολόγηση αυτή αποτελεί στόχο της συγκεκριμένης εργασίας και επιτυγχάνεται με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Γι αυτό το λόγο καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο από την επεξεργασία του οποίου αντλήθηκαν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία εμφανίζονται αυξητικά στο 5^ο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 TQM (Total Quality Management) βασίζεται στις τρεις σημαντικές αρχές της ποιότητας που είναι οι εξής:

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

Η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί ένα σύστημα που υπόσχεται, τόσο την βελτίωση της ποιότητας, όσο και την μείωση του κόστους. Στηρίζεται σε ένα σύστημα με οργανωτικές δομές, κατανομή υπευθυνοτήτων, διεργασίες, διαδικασίες, πόρους (ανθρώπινους και υλικούς) και είναι απαραίτητη σε έναν οργανισμό για να υλοποιήσουμε την πολιτική του για την ποιότητα ως προς τα προϊόντα που παράγει ή τις υπηρεσίες που παρέχει. Η προσαρμογή, όμως, της ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας, χαρακτηρίζεται δυσκολότερη από ότι στις υπηρεσίες μίας βιομηχανίας. Στο τομέα της υγείας τα προβλήματα προσαρμοστικότητας αφορούν το υπόβαθρο της υπάρχουσας κουλτούρας και το παραδοσιακό τρόπο ηγεσίας απέναντι στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η εφαρμογή πάγιων μεθόδων δεν επαρκούν για να καλύψουν το πολυσύνθετο σύστημα υγείας. Απαιτείται η συνεχή εξέλιξη και βελτίωση σύμφωνα με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας.

Πιο αναλυτικά στο 1^ο Κεφάλαιο θα αναπτύξουμε την ιστορική αναδρομή της ποιότητας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, την σημασία της στο χώρο της υγείας, τις προϋποθέσεις και τα προβλήματα εφαρμογής, τα οφέλη και τις τάσεις που υπάρχουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο 2^ο Κεφάλαιο θα αναλυθεί η ιστορική αναδρομή και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η οργανωτική διαίρεση του ΕΣΥ, η οργάνωση νοσοκομείων και κέντρων υγείας καθώς και το νομικό πλαίσιο του Ε.Σ.Υ για την ποιότητα.

Το μοντέλο της επιχειρηματικής αριστείας και το σύστημα πιστοποίησης ISO θα περιγραφούν στο 3^ο Κεφάλαιο καθώς αποτελούν τα δύο βασικά συστήματα ποιότητας που χρησιμοποιούνται από την πλειοψηφία των νοσοκομείων στο εξωτερικό και στην Ελλάδα. Αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα εφαρμογής τους, ενώ επιπρόσθετα αναλύονται τα εθνικά συστήματα ποιότητας που χρησιμοποιούνται σε χώρες της Ευρώπης, στην Αμερική, το Καναδά και την Αυστραλία. Τέλος τονίζεται η αναγκαιότητα ενός ενιαίου ευρωπαϊκού συστήματος ιατρικής περίθαλψης.

Στο 4^ο Κεφάλαιο θα περιγραφούν τα εργαλεία ποιότητας τα οποία είναι καθοριστικά για την επιτυχή λειτουργία της διοίκησης ολικής ποιότητας και διαχωρίζονται σε ποσοτικά και ποιοτικά. Θα παρουσιάζονται τα 7 βασικά εργαλεία ποιότητας, ενώ στη συνέχεια θα αναφερθούν άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τις υπηρεσίες υγείας.

Η στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου με βάση το Συνολικό Δείκτη Ικανοποίησης – ΣΔΙ, που αντικατοπτρίζει το άθροισμα ικανοποίησης των 20 πρώτων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που παρατίθεται στο Παράρτημα 1 της παρούσας διπλωματικής, θα γίνει στο 5^ο Κεφάλαιο.

Τέλος στο 6^ο Κεφάλαιο θα καταγραφούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα διπλωματική και θα δοθούν προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση, διότι ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τη σκοπιά από την οποία εξετάζεται. Σύμφωνα με το Πλάτωνα η ποιότητα ήταν συνδεδεμένη με την αρετή, την ηθική, 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 εξαιρετα χαρακτηριστικά του.

Ο Abbot και Feigenbaum όρισαν την ποιότητα (Abbot, 1955; Feigenbaum, 1951) 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 Gilmore (Gilmore, 1974; Levitt, 1972) ποιότητα είναι η **συμμόρφωση προς στις 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 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) καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με

το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη (**conformance to requirements**), ενώ ο Juran (1974,1988) θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση» (**fitness for intended use-used based criteria**).

Τέλος 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 ενεργούμε ανάλογα για να προχωρήσουμε σε νέο κύκλο βελτίωσης.

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

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ-TOTAL QUALITY MANAGEMENT- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

“There is nothing wrong with change if it is in the right direction. To improve is to change, so to be perfect is to have changed often” Sir Winston Churchill.

Βελτίωση είναι η οργανωμένη δημιουργία ευεργετικής αλλαγής. Την αλλαγή και την επιθυμία των ατόμων για συμμετοχή σε αυτή την πετυχαίνει κανείς με την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Η ΔΟΠ στηρίζεται σε ένα σύστημα ποιότητας με οργανωτικές δομές, κατανομή υπευθυνοτήτων, διεργασίες, διαδικασίες, πόρους (ανθρώπινους και υλικούς) που είναι απαραίτητη σε έναν οργανισμό για να υλοποιήσουμε την πολιτική του για την ποιότητα ως προς τα προϊόντα που παράγει ή τις υπηρεσίες που παρέχει.

Ο Ho και Cicmil έδωσαν μερικούς ορισμούς που απορρέουν συνολικά από την βιβλιογραφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

- ❖ Διοίκηση είναι η ευσυνείδητη συνεισφορά και δέσμευση της ανώτερης ηγεσίας σε όλες τις δραστηριότητες της επιχείρησης .
Ολική είναι η συμμετοχή των εργαζομένων, των πελατών, και των προμηθευτών.
Ποιότητα είναι η εκπλήρωση των απαιτήσεων των πελατών
- ❖ Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μία ολοκληρωμένη προσπάθεια για να αποκτήσει μία επιχείρηση το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω της συνεχούς βελτίωσης σε κάθε τομέα της οργανωσιακής της κουλτούρας.
- ❖ Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ο ποιοτικός έλεγχος σε όλες τις διαδικασίες ενός οργανισμού.
- ❖ Για το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας των Ηνωμένων Πολιτειών Διοίκηση ολικής ποιότητας είναι φιλοσοφία που στηρίζεται σε ένα σύνολο κατευθυντήριων αρχών για την συνεχή βελτίωση ενός οργανισμού. Είναι ακόμα ο συνδυασμός ποσοτικών μεθόδων και ανθρώπινων πόρων για την βελτίωση των υπηρεσιών ενός οργανισμού, των διαδικασιών και του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών των πελατών, τώρα και στο μέλλον.
- ❖ Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας περιλαμβάνει βασικές τεχνικές διαχείρισης, εφαρμοσμένες προσπάθειες βελτίωσης και εργαλεία ποιότητας τα οποία χρησιμοποιεί με μεθοδικότητα, με στόχο την συνεχή βελτίωση.

Μπορούμε να ορίσουμε την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σαν ένα σημαντικό βοηθητικό παράγοντα σε μία επιχείρηση ο οποίος στηρίζεται στα προσόντα και στις ικανότητες των ανθρώπινων πόρων , για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων και υπηρεσιών της.

Η άποψη που αποτελεί κίνητρο για τις επιχειρήσεις, για την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι ότι προσφέρει την ευκαιρία για απόκτηση καλύτερων αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας λιγότερους πόρους.

Η διοίκηση ολικής ποιότητας βελτιώνει τις ανθρώπινες σχέσεις, αναπτύσσει την εμπιστοσύνη των πελατών, αυξάνει την παραγωγικότητα, τα κέρδη και θέτει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση μεγαλύτερου μεριδίου στην αγορά.

Ο όρος TQM (Total Quality Management) αναφέρεται συχνά και ως CQI (continuous quality improvement) καθώς βασίζεται στις τρεις σημαντικές αρχές της ποιότητας που είναι οι εξής:

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

Το νέο μοντέλο διοίκησης των οργανισμών είναι πελατοκεντρικό αυτή πρέπει να είναι η φιλοσοφία των επιχειρήσεων που θέλουν να επιβιώσουν στη σύγχρονη ανταγωνιστική κοινωνία. Το βασικό μέλημα κάθε επιχείρησης είναι να κατανοεί τις ανάγκες των πελατών και να τις ικανοποιεί με τον πλέον αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Η ικανοποίηση των πελατών είναι ο πιο κρίσιμος παράγοντας για την επιβίωση της.

Σύμφωνα με τον Deming η διοίκηση ολικής ποιότητας βασίζεται στην επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού μέσω της εκπλήρωσης των απαιτήσεων των πελατών, της εκπαίδευσης των εργαζομένων, της κοινωνικής ωφέλειας, της οικονομικής ικανοποίησης των συνεργατών και στην συμμετοχή όλων. Η άποψη αυτή στηρίχτηκε σε 14 σημεία τα οποία είναι τα εξής:

1. Δημιουργία σταθερών στόχων και στρατηγικές για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών, με σκοπό την ανάπτυξη ανταγωνιστικότητας και την χάραξη μακροχρόνιας κατεύθυνσης για τους εργαζόμενους και τη διοίκηση.
2. Η εκμάθηση της νέας φιλοσοφίας από όλα τα μέλη ενός οργανισμού.
3. Κατανόηση του σκοπού της εφαρμογής του ελέγχου, της βελτίωσης των διαδικασιών και της μείωσης του κόστους.
4. Τέλος στη λήψη αποφάσεων με μοναδικό κριτήριο το κόστος.
5. Σταθερή και συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής και υπηρεσιών.
6. Καθιέρωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους εργαζόμενους.
7. Εκμάθηση μεθόδων επίβλεψης και ηγεσίας.
8. Απομάκρυνση του φόβου. Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και καινοτομίας.

9. Βελτιστοποίηση των ενεργειών των ομάδων και των τμημάτων για επίτευξη των στόχων της επιχείρησης.
10. Περιορισμός χρήσης τυποποιημένων προγραμμάτων για αυξημένη παραγωγικότητα των εργαζομένων, χωρίς να παρέχουν καλύτερες μεθόδους.
11. Αποφυγή χρήσης ποσοτικών στόχων απόδοσης της παραγωγικότητας. Καθιέρωση μεθόδων βελτίωσης των διαδικασιών.
12. Απομάκρυνση των εμποδίων που στερούν την αυτοεκτίμηση στην εργασία τους.
13. Ενθάρρυνση την εκπαίδευσης και της αυτοβελτίωσης όλων των εργαζομένων.
14. Ανάλυση δράσης για την υλοποίηση της αλλαγής.

Ο Juran διατύπωσε την άποψη ότι η διαχείριση της ποιότητας μπορεί να εξετασθεί ως ένα οργανωμένο σύνολο βασικών λειτουργιών για την ποιότητα, ανάλογο με αυτό που έχουμε για άλλα βασικά μεγέθη της επιχειρησιακής δραστηριότητας, όπως τα οικονομικά και την παραγωγικότητα. Αναγνωρίζει τη συμμετοχή, τη στήριξη και την ορατή παρουσία της ανώτατης διοίκησης ως βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη και αποτελεσματική εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας.

Οι απόψεις του Juran συνοψίζονται σε τρεις βασικούς άξονες γνωστούς ως τριλογία ποιότητας:

1. Σχεδιασμός ποιότητας. Η διαδικασία προετοιμασία για την ικανοποίηση των ποσοτικών στόχων.
2. Έλεγχος ποιότητας. Η διαδικασία ικανοποίησης των ποιοτικών στόχων
3. Βελτίωση ποιότητας. Η διαδικασία εφαρμογής σε υψηλότερα επίπεδα απόδοσης.

Η ουσία της φιλοσοφίας της ποιότητας του Crosby περικλείεται σε αυτό που αποκαλεί «απόλυτες αρχές της ποιοτικής διοίκησης και τα βασικά στοιχεία βελτίωσης». Οι βασικές παράμετροι της φιλοσοφίας του είναι:

1. Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι στην κομψότητα.

2. Η επίτευξη της ποιότητας αφορά το τμήμα ποιότητας αλλά κυρίως αφορά όλα τα λειτουργικά τμήματα μίας επιχείρησης τα οποία φέρουν και την ευθύνη του σφάλματος.
3. Οι ενέργειες που εκτελούνται σωστά από την πρώτη φορά, συντελούν στη μείωση του οικονομικού κόστους ποιότητας.
4. Κόστος ποιότητας είναι η μη συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη.
5. Το μόνο πρότυπο απόδοσης είναι «κανένα ελαττωματικό προϊόν» (Zero defect).

Η φιλοσοφία του Feigenbaum συνοψίζεται στα παρακάτω τρία βήματα:

- ❖ Η ηγεσία να δίνει έμφαση στην ποιότητα μέσου ενός υγιούς σχεδιασμού
- ❖ Σύγχρονη τεχνολογία
- ❖ Δέσμευση της Οργάνωσης για διαρκή εκπαίδευση και παρακίνηση του συνολικού εργατικού δυναμικού.

Οι αντιλήψεις του Ishikawa για την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας περιέχουν έξι βασικές αρχές:

- ❖ Η ποιότητα προηγείται των βραχυπρόθεσμων κερδών.
- ❖ Αξία έχει η άποψη του πελάτη και όχι του παραγωγού.
- ❖ Η επόμενη παραγωγική διαδικασία είναι ο πελάτης (εσωτερικός ή εξωτερικός).
- ❖ Οι αποφάσεις πρέπει να στηρίζονται σε δεδομένα (χρήση στατιστικών μεθόδων)
- ❖ Η φιλοσοφία της διοίκησης πρέπει να διακρίνεται από σεβασμό προς τον ανθρώπινο παράγοντα και την πλήρη συμμετοχή των εργαζομένων.
- ❖ Επίπεδη διοίκηση: Να περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα.

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αρχικά 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 κυρίαρχο μέσο της επίτευξης των αποδεκτών ορίων των φυσικών μεταβλητών ενός προϊόντος.

Ήταν το πρώτο βήμα που οδήγησε σταδιακά στη μετάβαση της ποιότητας στη διοίκηση ολικής ποιότητας. Από το 1960 η διοίκηση ολικής ποιότητας άρχισε να εφαρμόζεται ευρύτερα με την συνολική ευθύνη και συμμετοχή του οργανισμού στο σχεδιασμό, στο μάρκετινγκ, στην παραγωγή, στις πωλήσεις, στα οικονομικά των εταιριών και στις υπηρεσίες που συνοδεύουν το προϊόν μετά τη πώληση.

Η δεκαετία του 2000 χαρακτηρίζεται από την ποιότητα των οργανισμών. Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των πελατών, η ανάπτυξη σύγχρονων τεχνολογιών που μηδένισαν την έννοια των γεωγραφικών αποστάσεων και ο εντεινόμενος ανταγωνισμός απαιτούν σύγχρονους ποιοτικούς οργανισμούς. Τρεις είναι κύριες γεωγραφικές περιοχές που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση της φιλοσοφίας της : Αμερική, Ιαπωνία, Ευρώπη.

Ευρώπη

Στη διάρκεια του μεσαίωνα η δημιουργία συντεχνιών που αποτελούνταν από μάστορες, γυρολόγους και μαθητευόμενους είχε ως σκοπό τη σωστή εκμάθηση της τέχνης. Οι επιδέξιοι εργάτες επιθεωρούσαν την εργασία, ενώ η βαρύτητα της ποιότητας δίνονταν στο τελικό προϊόν.

Το 1547 η Αγγλική κυβέρνηση κατάσχεσε τις συντεχνίες και έδωσε το προνόμιο κατοχής ευρεσιτεχνίας εξατομικευμένα σε ιδιώτες. Το 17^ο και 18^ο αιώνα ο ποιοτικός έλεγχος παρουσίαζε πρόοδο ειδικότερα σε τεχνολογικές καινοτομίες. Το 18^ο αιώνα η δημιουργία της ατμομηχανής από τον Watt αποτέλεσε την έναρξη της μαζικής παραγωγής. Ο Άγγλος στατιστικός William Sealy Gosset (1876-1937) έθεσε τα θεμέλια του στατιστικού ελέγχου ποιότητας, ενώ για πρώτη φορά το 1932, ο Walter A. Shewhart έκανε αναφορά για τους χάρτες ποιοτικού ελέγχου (quality control charts), γεγονός που επηρέασε το Βρετανικό Ίδρυμα Προτυποποίησης για την έκδοση του πρώτου συστήματος προτυποποίησης ποιοτικού ελέγχου.

Στην συνέχεια ο 2^ο παγκόσμιος πόλεμος για την Αγγλία αποτέλεσε ερέθισμα για την πρόοδο της στατιστικής και του ποιοτικού ελέγχου, καθώς η μεγάλη

ζήτηση μετά, οδήγησε σε τεράστιο όγκο παραγωγής, χωρίς, όμως, κανείς να ασχοληθεί με τον τομέα διαχείρισης της ποιότητας.

Κατά την διάρκεια της βιομηχανοποίησης στη Γερμανία το 19^ο αιώνα οι συντεχνίες δεν έχασαν ποτέ την δύναμη τους παρά την κατάργηση πολλών προνομίων μετά την πλήρη απελευθέρωση του εμπορίου που προκάλεσε η δημιουργία της Ένωσης Βορείου Γερμανίας το 1868 (North German Union).

Ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος, όμως, είχε ως συνέπεια τη μεταφορά της οικονομίας της Ανατολικής Γερμανίας στον δημόσιο τομέα υπό τον κρατικό έλεγχο. Οι ποιοτικές βελτιώσεις των προϊόντων και των υπηρεσιών ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη της παραγωγικότητας και την αύξηση του εθνικού εισοδήματος. Βασικό ρόλο για τον ποιοτικό έλεγχο των προϊόντων ήταν η πιστοποίηση αυτών.

Με την ενοποίηση της Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας τον Οκτώβριο του 1990 άρχισε η ιδιωτικοποίηση των επιχειρήσεων και η προσπάθεια της Ευρωπαϊκής Κοινότητας να βοηθήσει στην προσαρμογή της με τις απαιτήσεις της αγοράς.

Το 1988, 14 κυρίαρχες εταιρίες της Δυτικής Ευρώπης δημιούργησαν τον Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης Ποιότητας (EFQM). Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award), που υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Οργάνωση Ποιότητας, χορηγείται σε οργανισμούς που εφαρμόζουν επιτυχώς την ολική ποιότητα.

Σήμερα πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν θετική άποψη για την διοίκηση ολικής ποιότητας, λόγω της τεχνολογικής υπεροχής τους, της στρατηγικής που ακολουθούν οι επιχειρήσεις τους και των χρηματοοικονομικών αποτελεσμάτων τους.

Παρόλα αυτά η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν αποτελεί κοινή ευρωπαϊκή στρατηγική. Πολλές ευρωπαϊκές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν συμβούλους από την Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Σταδιακά το φαινόμενο αυτό

εξαλείφεται καθώς κάθε ευρωπαϊκή κυβέρνηση αναπτύσσει εθνικές εκστρατείες ποιότητας μέσα από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση, την δημιουργία ευρωπαϊκών οργανισμών και συμβούλων διαχείρισης ποιότητας και την αναζήτηση ποιοτικού επαγγελματισμού από την ηγεσία των ίδιων των επιχειρήσεων.

Το 1995 δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση από την Ευρωπαϊκή Πολιτική Προώθησης της Ποιότητας (European Policy for Quality Promotion) η οποία αναπτύχθηκε από τη Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ο στόχος ήταν να στραφεί το ενδιαφέρον από τη συμμόρφωση στα πρότυπα όπως το καθόριζε το ISO 9000 για την πιστοποίηση, στις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας, για συνεχή βελτίωση. Σε αυτό συνετέλεσε και το πλαίσιο κατευθυντήριων οδηγιών που διαμόρφωσε το EFQM (European Foundation Quality Management) για την εκτίμηση υποψηφίων για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας το 1998.

Ηνωμένες Πολιτείες.

Στα μέσα του 18^{ου} αιώνα ο Γάλλος οπλοποιός Honore Le Blanc ανέπτυξε ένα σύστημα παραγωγής όπλων ακολουθώντας μία πρότυπη μεθοδολογία με την κατασκευή συγκεκριμένου σχεδιασμού συναρμολογημάτων. Η ιδέα αυτή ταξίδεψε στην Αμερική το 1798, όπου χρησιμοποιήθηκε για την παραγωγή 10.000 όπλων.

Κατά συνέπεια η επιρροή της βιομηχανικής επανάστασης στην Ευρώπη επεκτάθηκε και στην Αμερική, όπου παρατηρείται εξέλιξη στο ανθρώπινο δυναμικό καθώς οι απλοί εργάτες αναβαθμίζονται σε εξειδικευμένους τεχνίτες, ενώ παράλληλα τοποθετούνται επόπτες εργασίας.

Το 19^ο αιώνα όπου οι αλυσίδες καταστημάτων επεκτείνονται και τα προϊόντα γίνονται πιο σύνθετα στη κατασκευή τους γεννήθηκε η ανάγκη να αλλάξει το υπάρχον μέχρι τότε σύστημα διαχείρισης των επιχειρήσεων. Ο Frederick W. Taylor (1856-1915) έθεσε πρώτος τις αρχές της οργάνωσης και διοίκησης των επιχειρήσεων. Διαχώρισε τον σχεδιασμό εργασίας από την εκτέλεση σε αντίθεση με την νοοτροπία που επικρατούσε μέχρι τότε στην Ευρώπη. Η καινοτομία είχε ως πλεονέκτημα την αύξηση της παραγωγικότητας σε βάρος

όμως της ποιότητας. Αυτό οδήγησε στην εφαρμογή κεντρικού σχεδιασμού και στην δημιουργία ανεξάρτητου τμήματος ελέγχου ποιότητας, όπου κάθε τομέας ήταν πλέον υπεύθυνος για την ποιότητα της παραγωγικής φάσης των προϊόντων. Στην συνέχεια εφάρμοσε την υπερωριακή μισθοδοσία των εργαζομένων, την επιβράβευση αυτών, ενώ παράλληλα προέκυψε η ανάγκη επιμόρφωσης τους.

Ο ποιοτικός έλεγχος εφαρμόστηκε αρχικά στην εταιρία Bell System το 1900 ενώ κατά την διάρκεια του 2^ο παγκοσμίου πολέμου ο αμερικάνικος στρατός ξεκίνησε να χρησιμοποιεί στατιστικές δειγματοληπτικές διεργασίες, θέτοντας αυστηρά πρότυπα για τους προμηθευτές του.

Η θεωρία του Taylor και η ποιοτική μεθοδολογία είχε ευρεία απήχηση στην Αμερικάνικη βιομηχανία. Τα προϊόντα της απέκτησαν την φήμη υψηλής ποιότητας με αποτέλεσμα η οικονομία των Ηνωμένων Πολιτειών να φθάσει στα ύψη.

Στις αρχές του 1970 η κατάσταση άλλαξε όταν τα ιαπωνικά προϊόντα χαρακτηρίστηκαν υψηλότερης ποιότητας με χαμηλότερο κόστος παραγωγής. Ως συνέπεια είχαμε διείσδυση της Ιαπωνικής αγοράς παγκοσμίως και πτώση στην ζήτηση των Αμερικάνικων και ευρωπαϊκών προϊόντων.

Παρόλα αυτά οι απόψεις του Taylor εξακολουθούν να αποτελούν βασικές αρχές και να καθορίζουν τα σημερινά πρότυπα διαχείρισης των αμερικάνικων επιχειρήσεων.

Από τις αρχές κιόλας του 1980 ο επιχειρηματικός κόσμος των Ηνωμένων Πολιτειών συνειδητοποίησε την σημαντικότητα της ολικής ποιότητας στην αλλαγή της κουλτούρας των επιχειρήσεων η οποία επικεντρώνεται στην ικανοποίηση του πελάτη. Την ίδια χρονιά ο όρος Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το Υπουργείο Άμυνας των Ηνωμένων Πολιτειών ο οποίος υιοθετήθηκε από όλες τις επιχειρήσεις

Το 1984 οι Ηνωμένες Πολιτείες ονόμασαν τον μήνα Οκτώβριο ως Εθνικό Μήνα Ποιότητας (National Quality Month). Το 1985 η NASA ανακοίνωσε το βραβείο

Υπεροχής στην Ποιότητα και Παραγωγικότητα των επιχειρήσεων, ενώ το 1987 καθιερώθηκε το Malcolm Baldrige National Award.

Ιαπωνία

Μετά το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση στη ζήτηση των καταναλωτικών αγαθών γεγονός που ανάγκασε τις βιομηχανίες να βελτιώσουν την ποιότητα τους προκειμένου να καλύψουν τις απαιτήσεις των αγοραστών.

Την περίοδο εκείνη η οικονομική κατάσταση στην Ιαπωνία ήταν πολύ άσχημη, αφού η παραγωγή βιομηχανικών αγαθών έφθανε μόλις το 10% της ποσότητας που παρήγαγε πριν το πόλεμο. Βασική προτεραιότητα ήταν επομένως η επανασύσταση της οικονομίας και η σταθεροποίηση της κοινωνίας.

Το 1949 ιδρύθηκε το Υπουργείο Διεθνούς Εμπορίου και Βιομηχανίας, ενώ το 1950 η οικονομία της αναβαθμίστηκε με την πρόοδο της βαριάς και χημικής βιομηχανίας. Καθώς η Ιαπωνία δεν είχε σημαντικούς φυσικούς πόρους-κάρβουνο, μέταλλα, ξυλεία-σύντομα αναγνώρισε τη ζωτική σημασία που είχε το θέμα της ποιότητας.

Τον Ιούλιο του 1950 ο Αμερικανός Walter Edwards Deming έκανε την πρώτη του διάλεξη στη χώρα για τον Στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών. Τα επόμενα χρόνια ταξίδεψε πολλές φορές στην Ιαπωνία και οι ιδέες του βοήθησαν σημαντικά στην κατανόηση της ποιότητας. Το 1951, δημιουργήθηκε το βραβείο Deming Prize for Quality Control το οποίο έχει καθιερωθεί και δίνεται στις επιχειρήσεις που εφαρμόζουν επιτυχώς την ολική ποιότητα. Το 1954 ο Joseph Moses Juran, επισκέφθηκε, επίσης την Ιαπωνία και επισήμανε την υπευθυνότητα για τον έλεγχο της ποιότητας που έχει η ηγεσία μίας επιχείρησης.

Έκτοτε η Ιαπωνική βιομηχανία διακρίθηκε για την παραγωγή και την μεγάλη κατανάλωση παγκοσμίως ηλεκτρονικών συσκευών, αυτοκινήτων και μηχανολογικών προϊόντων. Η μεγάλη εμπορική επιτυχία της οφείλεται στο γεγονός ότι δεν περιορίσε τον έλεγχο της ποιότητας στα στενά όρια των μετρήσεων, αλλά μεταβίβασε την φιλοσοφία της ολικής ποιότητας σε όλο το

ανθρώπινο δυναμικό ενός οργανισμού προωθώντας την συμμετοχή των εργαζομένων όλων των βαθμίδων.

Η ιστορική γραμμή που περιγράφει συνοπτικά τα γεγονότα τα οποία καθόρισαν την εξέλιξη της έννοιας ποιότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, περιγράφονται συνοπτικά στο πίνακα 1.1.

Πίνακας 1.1. Ιστορική εξέλιξη της Ποιότητας

1750	Επιθεώρηση για την ποιότητα
1900	Αρχές της διοικητικής επιστήμης
1930	Ποιότητα ενσωματωμένη στο προϊόν Χάρτες Ελέγχου Ποιότητας (Walter A. Shewhart)
1940	Ίδρυση στατιστικού ποιοτικού ελέγχου στις ΗΠΑ Ίδρυση των Ενώσεων Ποιοτικού ελέγχου στις ΗΠΑ και Ιαπωνία
1950	Κόστος ποιότητας Βραβείο ποιότητας Deming Εγχειρίδιο ποιοτικού ελέγχου (Juran)
1960	Διοίκηση ολικής ποιότητας (Feigenbaum-Taguchi)
1970	Αξιοπιστία Κανένα ελάττωμα (Zero Defects, Crosby)
1980	Ποιότητα και παραγωγικότητα Τα Ιαπωνικά προϊόντα κατακτούν τις αγορές των ΗΠΑ
1990	Ποιότητα ως στρατηγική επιλογή Διοίκηση Ποιότητας Ποιότητα Εξυπηρέτησης του Πελάτη
2000	Ποιότητα των Οργανισμών.

1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

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 ξαναεμφανίστηκε 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 ήταν αργή. Ένας λόγος ήταν η αποφυγή της υψηλής φορολογίας και ο τελωνειακός δασμός κατά εισαγωγή προϊόντων και υλικών. Ένας 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 στην αποχώρηση των εμπορικών δεσμεύσεων και εντατικοποίησε τον ανταγωνισμό των Ελλήνων παραγωγών, δημιουργώντας έντονες πιέσεις για βελτιωμένη απόδοση στην παραγωγή και στις υπηρεσίες. Κατά την περίοδο αυτή διακρίνουμε μόνο μικρά δείγματα 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 τις συνέπειες της χαμηλής ποιότητας και παραγωγικότητας. Παρά την ανοδική τάση της οικονομίας την περίοδο εκείνη, σύμφωνα με το κατά

κεφαλή εισόδημα, η εμπορική ισορροπία της χώρας κινδύνευε. Οι Έλληνες καταναλωτές προτιμούσαν την υψηλή ποιότητα των ξένων προϊόντων σε σύγκριση με τα εγχώρια, γεγονός που ώθησε το ενδιαφέρον των ελληνικών επιχειρήσεων για τα ποιοτικά προβλήματα κατά την παραγωγή.

Η μειωμένη προσπάθεια οφειλόταν τόσο στην ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα όσο και στις δημόσιες επιχειρήσεις (ΔΕΗ, ΟΤΕ, Δημόσιες συγκοινωνίες κ.λ.π) Η απομόνωση από την πίεση του ανταγωνισμού της αγοράς, οι αυξήσεις των μισθών και άλλων ωφελειών εις βάρος του έλληνα φορολογούμενου και οι απεργίες ανάγκασαν τις κυβερνήσεις να αναβάλουν οποιαδήποτε πολιτική για την βελτίωση της ποιότητας, της παραγωγικότητας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, προκειμένου ενισχυθεί η ανταγωνιστική θέση της Ελλάδας.

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 πρώτο βιβλίο για την ποιότητα γράφτηκε από Κώστα Ν. Δερβιτσιώτη το 1986, ενώ 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 ο 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, με σκοπό την ενδυνάμωση της ελληνικής οικονομίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

1.5 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχομένων υπηρεσιών, είχε εμφανισθεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών διοίκησης.

Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κανόνες του Ιατρικού ποιότητας των Επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της παρεχομένων προς τον ασθενή υπηρεσιών-(ωφελείν μη βλάπτειν).

Ουσιαστικά όμως, ο «έλεγχος της ποιότητας» μαζί με τον «απολογισμό πεπραγμένων», ξεκινά τον 19ο αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής, Αγγλίδα Florence Nightingale.

Η Florence Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, 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 επιχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών.

Μερικά χρόνια αργότερα ο Godman (1914), γενικός χειρουργός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ανέλυσε την έκβαση των χειρουργηθέντων ασθενών, ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Σκοπός του ήταν να ελέγξει εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα που μπορούν να αποδοθούν στη χειρουργική επέμβαση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας.

Το 1918, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, καθιέρωσε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης ή Στάθμισης (Hospital Standardization Program), ως μια προσπάθεια παροχής αποτελεσματικότερης περίθαλψης.

Την ίδια χρονιά ο A. Flexner, παρουσίασε μελέτη η οποία αποδείκνυε την άμεση σχέση της Ιατρικής Εκπαίδευσης με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (Στεφανόπουλος και Στράντζαλης 1995).

Το 1952, ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHO) εθελοντική, μη κυβερνητική οργάνωση, υπεύθυνη για την αξιολόγηση των προδιαγραφών λειτουργίας των νοσοκομείων και την εκτίμηση της ποιότητας, βάσει προκαθορισμένων προτύπων που ανέπτυξε η ίδια η υπηρεσία.

Από τους πρωτοπόρους σε θέματα ποιότητας ο Αμερικανός Avedis Donabedian διαμόρφωσε μεταξύ άλλων το πλαίσιο αναφοράς της διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της υγείας στηριζόμενος στο τρίπτυχο «Οργανωτική δομή, Διαδικασίες και Αποτελέσματα» (structure-processes-outcomes).

Στην Ευρώπη η διοίκηση ολικής ποιότητας εμφανίστηκε τα τελευταία 10 χρόνια.

Μέχρι το 1990 οι μέθοδοι της ποιότητας εφαρμόστηκαν σε έναν αριθμό νοσοκομείων, κλινικών και γενικότερα οργανισμών υγείας στην Ευρώπη.

Προς το τέλος του 1990 η προσέγγιση απλώθηκε περισσότερο, όμως, πολλά νοσοκομεία ακόμη εξακολουθούσαν να μην υιοθετούν την φιλοσοφία της ποιότητας.

Στη πορεία παρατηρούμε την εκτίμηση των μεθόδων αυτών μέσα από έρευνες με αποτέλεσμα την ευρεία χρησιμοποίησή τους. Το 1994 οι Gustafsson και Hundt, δημοσίευσαν στο Health Care Management Review τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούσε τους τρόπους μέτρησης της βελτίωσης από την εισαγωγή της ΔΟΠ σε ένα νοσοκομείο. Αντίστοιχα το 1995 οι Binsham και Clousing σε έρευνα τους που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Total Quality Management το 1995, αναφέρονται στα αποτελέσματα από δείγμα 780 νοσοκομείων στην Αμερική, αναφορικά με το ποιες μέθοδοι χρησιμοποιούνται σαν εργαλεία από τα νοσοκομεία προκειμένου να μετρηθεί η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Οι Short και Rahim στο άρθρο τους «Total Quality Management in Hospitals» που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Total Quality Management το 1995, αναφέρονται στην ανάγκη δημιουργίας ενός μοντέλου διοίκησης των νοσοκομείων κατά ΔΟΠ.

Η αναφορά αυτή φέρνει στο προσκήνιο την ανάγκη της εκ των έσω σωστής οργάνωσης των νοσοκομειακών οργανισμών προκειμένου να είναι σε θέση να παράσχουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες και στηρίζει την άποψη της συνεχούς αξιολόγησης του τρόπου οργάνωσης προκειμένου να πετύχουμε τις απαραίτητες βελτιώσεις.

Σήμερα είναι πλέον απαραίτητη η εισαγωγή συστημάτων διοίκησης των νοσοκομείων με βάση τις αρχές της ΔΟΠ, αλλά και η ανάγκη υιοθέτησης εργαλείων μέτρησης και εύρεσης των προβλημάτων που απαιτούν άμεση επίλυση καθώς γνωρίζουμε τα οφέλη που εισπράττουμε υλικά αλλά και ηθικά

απέναντι στον ασθενή.

1.6 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί ένα σύστημα που υπόσχεται, τόσο την βελτίωση της ποιότητας, όσο και την μείωση του κόστους. Στο τομέα της υγείας η εφαρμογή παραδοσιακών μεθόδων δεν επαρκούν για να καλύψουν το πολυσύνθετο σύστημα υγείας.

Έρευνες έδειξαν ότι το 4% των νοσοκομειακών ασθενών υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση την οποία θα μπορούσαν να είχαν αποφύγει. Το 7% των ασθενών πέφτουν θύματα ιατρικού λάθους, το 45% βιώνουν κακή νοσοκομειακή οργάνωση κατά την νοσηλεία τους, ενώ το 85% των θανάτων θα μπορούσαν να είχαν αποτραπεί εάν διασώστες και ιατροί είχαν εκπαιδευτεί σωστά στην αντιμετώπιση του τραύματος.

Επίσης σε ερευνά του ο Hamilton (1982) αναφέρει ότι το 90% των συνταγογραφημένων φαρμάκων θεωρείται σπατάλη χρημάτων και φέρουν τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών.

Άλλοι λόγοι που μας οδηγούν στην ανάγκη υιοθέτησης της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι:

- ❖ Ο μεγάλος αριθμός ιατρικών ειδικοτήτων και παραϊατρικών επαγγελματιών, οι διαφορετικές θεραπείες που εφαρμόζονται ανά περίπτωση, ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός και η πληθώρα υπηρεσιών που παρέχει ένας οργανισμός υγείας.

Απαιτείται, επομένως, ο καλύτερος δυνατός συνδυασμός όλων αυτών των παραγόντων προκειμένου να ωφεληθεί ο ασθενής για τη σωστή εκτίμηση της κατάστασης του και την ολοκλήρωση της θεραπείας του.

- ❖ Ένας δεύτερος λόγος είναι οι αυξημένες απαιτήσεις του νοσηλευόμενου επηρεαζόμενος από τον έντονο καταναλωτισμό και τη μεγάλη

προσφορά αγαθών και υπηρεσιών. Ο ασθενής αναμένει να λάβει την υψηλή ποιότητα που λαμβάνει στις άλλες υπηρεσίες, ενώ τα ΜΜΕ τροφοδοτούν το ενδιαφέρον με παραδείγματα χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών από τους οργανισμούς υγείας. Η συνειδητοποίηση των ασθενών του δικαιώματος που έχουν για επιλογή της καλύτερης δυνατής φροντίδας που μπορούν να έχουν, οδηγεί σε μια ανισορροπία ανάμεσα στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, αλλά κυρίως στην απαξίωση των παρεχομένων υπηρεσιών από τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία.

- ❖ Ένας τρίτος λόγος είναι η πληρωμή αυξημένων φόρων και εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία από τους πολίτες χωρίς θετικά αποτελέσματα αποδοτικότητας του οργανισμού και αποτελεσματικότητας για τον ασθενή. Η προσαρμογή, όμως, της διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, χαρακτηρίζεται δυσκολότερη από ότι στις υπηρεσίες μίας βιομηχανίας. Στο τομέα της υγείας τα προβλήματα προσαρμοστικότητας αφορούν το υπόβαθρο της υπάρχουσας κουλτούρας και το παραδοσιακό τρόπο ηγεσίας προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα εμπόδια για την εφαρμογή της φιλοσοφίας ΔΟΠ στα νοσοκομεία είναι πολλά και για πολλούς απροσπέλαστα. Μια ανάλυση όμως των εμποδίων αυτών θα οδηγήσει στην πρόταση εναλλακτικών λύσεων για την αντιμετώπισή τους.

Αναλυτικότερα τα προβλήματα είναι τα εξής:

- ❖ Η οργανωσιακή δομή ενός νοσοκομείου λειτουργεί σε ένα καθετοποιημένο ιεραρχικά σύστημα που μπορεί να προκαλέσει ανεπαρκή επικοινωνία διατμηματικά.
- ❖ Η ηγεσία περιορίζεται στα στενά όρια της εξουσίας απορρίπτοντας την αποδοχή απόψεων και ευκαιριών αναπροσαρμογής του συστήματος.
- ❖ Η κουλτούρα ενός υγειονομικού οργανισμού στηρίζεται σε ορισμένη γραφειοκρατία, ενώ δεν ωθεί την συμμετοχή των εργαζομένων στη αναβάθμιση των επιμέρους διαδικασιών.
- ❖ Η επαγγελματική αυτονομία του κλινικού προσωπικού και η διαφορετικότητα των τμημάτων έχει ως συνέπεια την δυσκολία

συγχρονισμού με την κουλτούρα της ΔΟΠ καθώς οι απόψεις είναι ανάλογες με την λειτουργικότητα του κάθε τμήματος.

- ❖ Η αμφισβήτηση του ιατρικού προσωπικού για την επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ στο τομέα της νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ αντίθετα υποστηρίζουν ότι βοηθάει πολύ περισσότερο το διοικητικό τομέα.
- ❖ Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί έχουν την τάση να επικεντρώνονται περισσότερο στις εσωτερικές απαιτήσεις που απορρέουν από την ιατροφαρμακευτική θεραπεία και λιγότερο στις περαιτέρω απαιτήσεις του ασθενή.
- ❖ Το ιατρικό προσωπικό στοχεύει στην ποσοτική αποδοτικότητα και όχι στην ποιοτική. Κατά αυτό τον τρόπο υπάρχει ο κίνδυνος να μην κατανοούν τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενή, με αποτέλεσμα την παροχή χαμηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- ❖ Η έλλειψη προσωπικού σημαίνει την συσσώρευση εργασίας σε μικρό ποσοστό ανθρώπινου δυναμικού με συνέπεια την αποθάρρυνση συμμετοχής του στην διοίκηση ολικής ποιότητας.

Στον πίνακα 1.2 που ακολουθεί συνοψίζονται οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στη παραδοσιακή δομή οργάνωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης και στην φιλοσοφία της Διοίκησης ολικής ποιότητας.

Πίνακας 1.2. Από την παραδοσιακή δομή οργάνωσης στη φιλοσοφία της ΔΟΠ στα νοσοκομεία.

Παραδοσιακή δομή οργάνωσης	Οργάνωση με ΔΟΠ
Ατομικές αρμοδιότητες	Συλλογικές ευθύνες
Ηγεσία που στηρίζεται στο πρόσωπο	Συλλογική ηγεσία
Αυτονομία	Αξιοπιστία
Διοικητική εξουσία	Συμμετοχή
Επαγγελματική εξουσία	Συμμετοχή
Λειτουργικοί στόχοι απόδοσης	Διαδικασίες με στόχους
Άκαμπτος σχεδιασμός	Ευέλικτος σχεδιασμός
Ανταπόκριση σε παράπονα	Benchmarking
Διασφάλιση ποιότητας	Συνεχής Βελτίωση

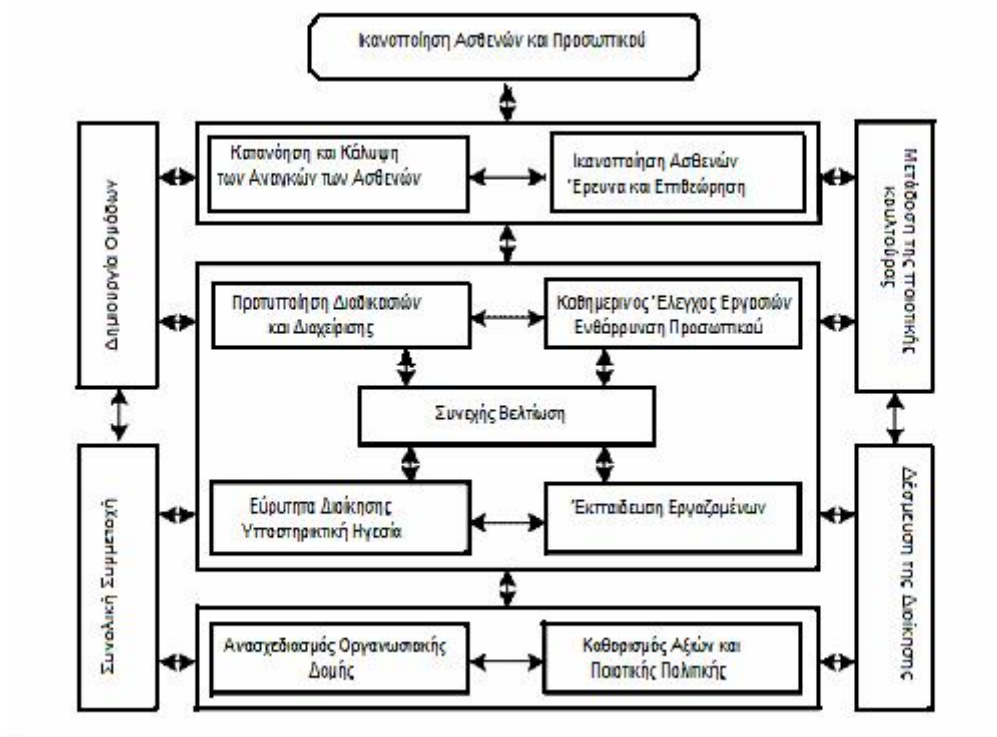
Πολλά νοσοκομεία ενδιαφέρονται να ακολουθήσουν την κουλτούρα της ΔΟΠ η αδυναμία, όμως, συστηματικής προσέγγισης κατευθύνει την εφαρμογή της σε ορισμένους τομείς.

Επιβάλλεται, επομένως, η αλλαγή του τρόπου διαχείρισης των μονάδων υγείας η οποία όμως προϋποθέτει:

1. Τη δέσμευση της διοίκησης μέσω της συνεχής επικοινωνίας με τους εργαζομένους, την επεξήγηση των λόγων για την υιοθέτηση της ΔΟΠ, όπως επίσης και το περιορισμό των εμποδίων στην εξέλιξη των διαδικασιών.
2. Το καθορισμό των αξιών διαχείρισης και της πολιτικής που θα ακολουθήσει ένας οργανισμός κατευθυνόμενος από την ποιότητα και τις απαιτήσεις των ασθενών. Η αλλαγή της κουλτούρας εξαρτάται σημαντικά από την φιλοσοφία και τις αξίες που θέτει η διοίκηση, οι οποίες πρέπει να υποστηρίζουν τα προγράμματα της ΔΟΠ στην οργάνωση ενός νοσοκομείου.
3. Τη μετάδοση των αρχών της ποιότητας στους εργαζόμενους. Η διοίκηση οφείλει να αλλάξει τις απόψεις του προσωπικού και να το εντρυφήσει στην ιδέα της ποιότητας με τους εξής τρόπους:
 - ❖ Εφαρμόζοντας την ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες του οργανισμού, τόσο στην νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και σε όλα είδη υπηρεσιών του νοσοκομείου.
 - ❖ Επιδιώκοντας την ικανοποίηση των απαιτήσεων του ασθενή.
 - ❖ Εκτελώντας την κάθε διαδικασία σωστά από την πρώτη στιγμή, χωρίς λάθη και παραλείψεις. Στόχος, άλλωστε, της ποιότητας είναι η ύπαρξη κανενός σφάλματος (zero defects).
4. Η εκπαίδευση του προσωπικού είναι σημαντικός μηχανισμός της ΔΟΠ για την εκμάθηση των ποιοτικών μεθόδων και συστημάτων.
5. Το νοσοκομείο οφείλει να προβλέπει τις επιθυμίες τόσο των ασθενών, όσο και των εργαζομένων και να ενεργεί ανάλογα.
6. Τη συνεχή βελτίωση. Τα παράπονα των ασθενών αποτελούν τη βάση για την λήψη διορθωτικών ενεργειών με απώτερο σκοπό τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών ενός νοσοκομείου.

7. Το σχεδιασμό συγκεκριμένων διεργασιών και διαδικασιών βάσει ορισμένων προτύπων. Με αυτό το τρόπο διευκολύνεται η εκτέλεση τους, ο έλεγχος αυτών, ενώ αποφεύγεται η απόκλιση και η μη συμμόρφωση τους προς τα πρότυπα.
8. Να προωθείται η καθημερινή διαχείριση των εργασιών, μέσω προληπτικών ενεργειών για την διασφάλιση της ποιότητας των διαδικασιών, ενδυναμώνοντας, παράλληλα, τους εργαζόμενους, με σκοπό την ανάπτυξη της αυτοεκτιμής και την υπευθυνότητάς τους.
9. Την αναπροσαρμογή του τρόπου ηγεσίας διευρύνοντας τον ορίζοντα σκέψης ώστε να καθοδηγεί και να υποστηρίζει ψυχολογικά και εκπαιδευτικά τους εργαζόμενους, προκειμένου να πετύχουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους.
10. Τη δημιουργία ομάδων και τη συμμετοχή του προσωπικού, η οποία είναι απαραίτητη για την ολοκληρωμένη λειτουργικότητα και βελτίωση των διεργασιών. Ειδικότερα η θεραπεία ενός ασθενή απαιτεί πολλές φορές την ενδομηματική συνεργασία.
11. Την περιοδική διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών και τον έλεγχο των ποιοτικών δραστηριοτήτων μέσω εσωτερικών και εξωτερικών επιθεωρήσεων.
12. Τέλος την αλλαγή της οργανωσιακή δομής ενός νοσοκομείου. Η φιλοσοφία της ΔΟΠ θέτει την δομή matrix, η οποία αναφέρεται στο μικρό αριθμό ιεραρχικών στρωμάτων με παράλληλη οριζόντια διασύνδεση των υπηρεσιών προς την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή.

Οι πρακτικές που αναφέρθηκαν μπορούν να ολοκληρώνονται σταδιακά και συστηματικά, όπως δείχνει το παρακάτω γράφημα, προκειμένου να πετύχουμε την ικανοποίηση εργαζομένων και ασθενών.



Γράφημα 1.1. Σταδιακή εφαρμογή ικανοποίησης εργαζομένων και ασθενών

Τα οφέλη που απορρέουν από μία τέτοια προσπάθεια είναι:

1. Διαρκής βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας με βάση διεργασίες επικεντρωμένες στον ασθενή και στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του.
2. Ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών, με τη χρήση μηχανισμών εντοπισμού και διόρθωσης των επικίνδυνων καταστάσεων.
3. Βελτίωση της παραγωγικότητας και μείωση του λειτουργικού κόστους με τη συστηματοποίηση των εργασιών, τη σταδιακή εξάλειψη σημείων αδράνειας και την ορθολογικότερη αξιοποίηση των πόρων.
4. Ενίσχυση της διατμηματικότητας των εργασιών και της συνεργασίας των τμημάτων ενός νοσοκομείου.
5. Βελτίωση συνθηκών εργασίας με την αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και αρμοδιοτήτων καθώς και με την βελτίωση των μεθόδων εργασίας.
6. Δημιουργία κλίματος ποιότητας και συνεχούς βελτίωσης.

7. Ισχυροποίηση της θέσης ενός νοσοκομείου στην αγορά υγείας.
8. Απόκτηση τεχνογνωσίας και εμπειρίας στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση συστημάτων ποιότητας.
9. Ανάπτυξη πολιτισμένων αξιών.

1.7 ΔΟΠ- ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα ήταν εγκατεστημένα σε παλαιά κτίρια ή σε κτίρια στα οποία ο αρχικός σκοπός κατασκευής τους ήταν διαφορετικός. Η ανακατασκευή τους, επομένως, δυσκόλευε τη λειτουργικότητά τους.

Με την ανάπτυξη της βιοϊατρικής, ο νοσοκομειακός εξοπλισμός τα τελευταία 15 χρόνια έχει ανανεωθεί με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας. Παρόλα αυτά θεωρείται ανεπαρκής.

Η έλλειψη προϋπολογιστικού ελέγχου, παράλληλα με την απουσία σύγχρονου νοσοκομειακού χρηματοοικονομικού συστήματος, έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη λειτουργικότητα.

Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 9,4% του ΑΕΠ και από αυτή, το 56,2% αφορά δαπάνες του κράτους και ασφαλιστικών οργανισμών, ενώ το 43,8% αφορά ιδιωτικές δαπάνες.

Στον Ελληνικό Δημόσιο Τομέα Υγείας συμπεριλαμβάνονται 128 νοσοκομεία, 35.000 κλίνες, 70.000 εργαζόμενοι, ενώ τα έξοδα ξεπερνούν τα 3 δισεκατομμύρια ευρώ. Τα περιφερειακά νοσοκομεία φανερώνουν χαμηλό δείκτη εσόδων (30%), χαμηλότερο και από το μέσο όρο, ενώ τα πανεπιστημιακά έχουν υψηλότερο δείκτη εσόδων (50%). Η ελλιπής διαχείριση του νοσοκομείου έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στο οικονομικό υπόβαθρο του υγειονομικού συστήματος, όσο και στο κοινωνικό κόστος το οποίο επωμίζονται τελικώς μεγάλα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού.

Σύμφωνα με έρευνα, οι ασθενείς αξιολόγησαν ως πρώτο πρόβλημα την συντήρηση των χώρων και την ξενοδοχειακή υποδομή με ποσοστό 30,6%, την επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό και τραυματιοφορείς 29,7%, την ησυχία 27,4%, την καθαριότητα 24,2%, την τήρηση των κανόνων 21,5%, τις ικανότητες του προσωπικού και την αξιοπιστία 20,5%, την γρήγορη εξυπηρέτηση και την μείωση των αναβολών 20,5%, τον αριθμό των κρεβατιών στους θαλάμους 16% και την ποιότητα του φαγητού 13,7%. Σε αντίθεση, παραμένουν ικανοποιημένοι από τα ιδιωτικά νοσοκομεία ως προς το φαγητό και την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων.

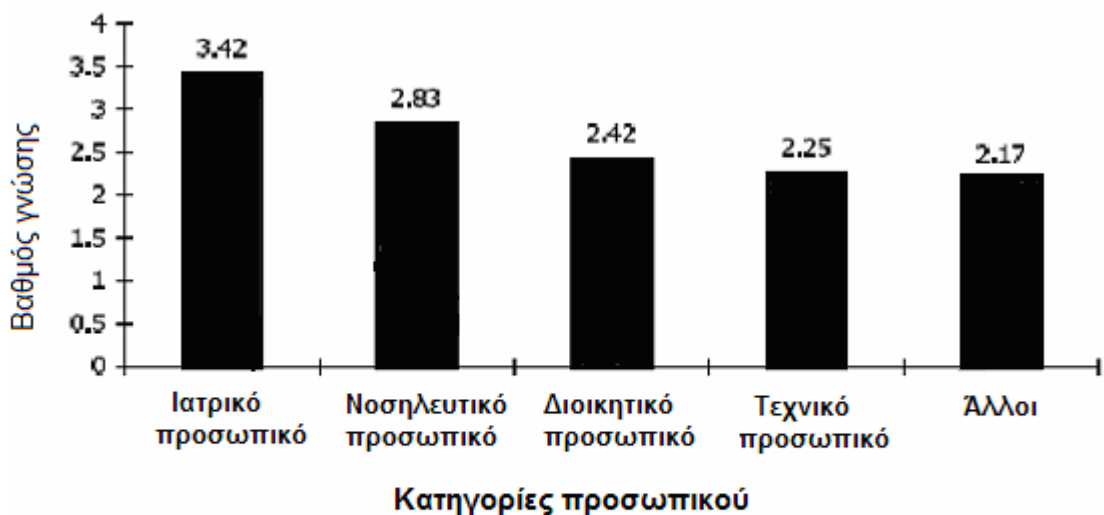
Τα εμπόδια για τη παραγωγική και φυσιολογική λειτουργία των ελληνικών νοσοκομείων είναι:

- ❖ Η μη σωστή γεωγραφική κατανομή των νοσοκομείων, ειδικότερα στη περιφέρεια
- ❖ Η απουσία μίας αποτελεσματικής πολιτικής κοστολόγησης οφειλόμενη σε έλλειψη αναμενόμενων χρηματοδοτήσεων
- ❖ Η έλλειψη κινήτρων ως προς το προσωπικό και η απουσία ελέγχου των ανθρώπινων πόρων.
- ❖ Η απουσία πληροφοριακών συστημάτων
- ❖ Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών με αποτέλεσμα την μη ικανοποίηση ασθενών.

Αναλυτικότερα η προσέγγιση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και αυτό οφείλεται:

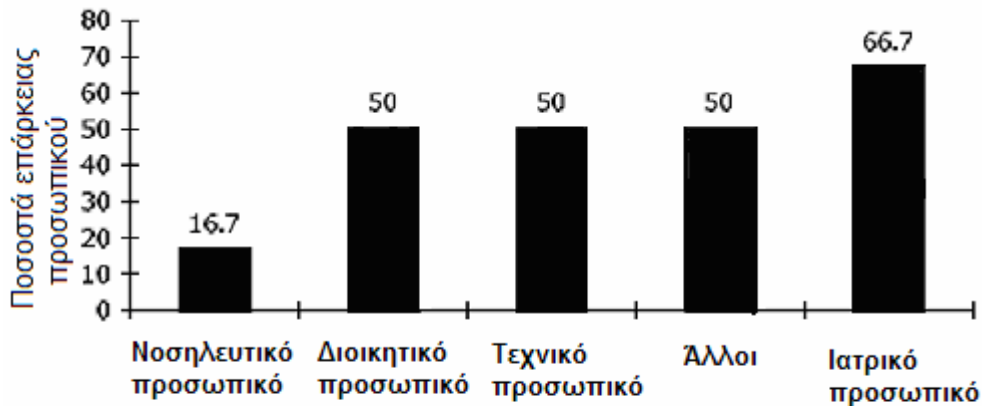
1. Στην γενικότερη σύγχυση όσον αφορά το θέμα της ποιότητας.
2. Στην απουσία μίας τεκμηριωμένης πολιτικής ποιότητας με την εφαρμογή διαδικασιών, τον ακόλουθο ποιοτικό έλεγχο και την παρέμβαση διορθωτικών ενεργειών.
3. Στην έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης πάνω στη ποιότητα.
4. Στην έλλειψη ανθρώπινων και υλικών πόρων
5. Σε οικονομικά προβλήματα.
6. Στην απουσία μίας ξεκάθαρης κεντρικής πολιτικής υγείας.

Η αιτία εντοπίζεται στο ότι τη σημασία της ποιότητας τη γνωρίζει ένας μικρός αριθμός νοσοκομειακών εργαζομένων. Σύμφωνα με επιστημονικά αποτελέσματα το ιατρικό προσωπικό εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό γνώσης στο θέμα της ποιότητας (3,42%), ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 2,83%, ενώ η διοίκηση έχει το 2,42% όπως φαίνεται από το γράφημα 1.2 που ακολουθεί.



Γράφημα 1.2. Γνώση των θεμάτων ποιότητας από το νοσοκομειακό προσωπικό
Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0=καμμία γνώση έως 5=άριστη γνώση

Η επάρκεια σε προσωπικό και ειδικότερα σε νοσηλευτικό αγγίζει το 16,7% συγκριτικά με άλλες κατηγορίες όπως γιατρούς που είναι στο 66.7% και το διοικητικό, τεχνικό και άλλο προσωπικό που προσεγγίζει το 50% όπως φαίνεται από το γράφημα 1.3 που ακολουθεί.



Γράφημα 1.3. Επάρκεια νοσοκομειακού προσωπικού

Παρά τη δυσαρέσκεια των Ελλήνων για τα δημόσια νοσοκομεία και τις υπηρεσίες τους, εμπιστεύονται το ΕΣΥ για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, δεν παύει όμως να αποτελούν τον κύριο στόχο κάθε προσπάθειας αναβάθμισης τους, αφού η ποιοτική και ποσοτική τους ανεπάρκεια αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την ανεπάρκεια του συστήματος περίθαλψης.

1.8 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ.

Η συνθήκες του Μάαστριχ και του Άμστερνταμ διατήρησαν την παροχή της υγειονομικής φροντίδας στην ευθύνη των κρατών μελών εξαιρώντας την υγεία από τον κανόνα της συμπληρωματικότητας. Αντίθετα, η πολιτική για την ενοποίηση της αγοράς, υλοποιήθηκε και εξακολουθεί να υλοποιείται μέσα από κοινοτικούς κανονισμούς που δεσμεύουν τα κράτη μέλη και κοινοτικές οδηγίες που κατευθύνουν την θεσμοθέτηση σε εθνικό επίπεδο.

Στις δεκαετίες του '70 και του '80 υλοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στα Εθνικά Συστήματα Υγείας σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Κοινός παρονομαστής όλων των μεταρρυθμίσεων ήταν η αυξανόμενη επίδραση των δυνάμεων της αγοράς στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι καθώς η επίδραση της αγοράς στον τομέα αυτό αυξάνεται, η υγεία υπόκειται όλο και περισσότερο σε επί μέρους Ευρωπαϊκές κανονιστικές διατάξεις. Ως εκ τούτου, κανονισμοί που

στοχεύουν στην άρση των εμποδίων για την ελεύθερη διακίνηση πολιτών, προϊόντων και υπηρεσιών και κεφαλαίου, αφορούν εξίσου ασθενείς και επαγγελματίες υγείας, υπηρεσίες υγείας και κεφάλαια ασφαλιστικών οργανισμών ή συστημάτων υγείας.

Η πλήρης εναρμόνιση στην ΕΕ με ενιαία συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζεται αδύνατη. Αυτό δεν εμποδίζει βέβαια την εναρμόνιση σε επί μέρους σημεία όπως είναι η εκπόνηση κοινά αποδεκτών προτύπων ή πρακτικών, ή μια σύγκλιση στα παρεχόμενα πακέτα ασφαλιστικών καλύψεων.

Με δεδομένη την πολιτική και οικονομική πραγματικότητα στην Ευρώπη σήμερα, το πλέον πιθανό σενάριο εμφανίζεται αυτό του Συγχρονισμού των Συστημάτων Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, που θα σήμαινε πλήρη ένταξη των παροχών υγείας στην Ευρωπαϊκή κοινωνική και οικονομική πολιτική. Στην πράξη αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ένα βασικό «Ευρωπαϊκό πακέτο» υπηρεσιών υγείας που θα μπορούσε να προσφέρεται από ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικές εταιρείες ή ακόμη και οδηγίες για ελάχιστες προδιαγραφές ασφαλιστικών καλύψεων, προδιαγραφές υπηρεσιών υγείας και προδιαγραφές ποιότητας.

Η κάθετη αύξηση του κόστους της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε τις κυβερνήσεις των κρατών μελών σε αναπροσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των πολιτικών και οικονομικών δυνάμεων που εμπλέκονται στην - αλλά και επηρεάζονται από την - παροχή υγειονομικής φροντίδας.

Έτσι, ανεξαρτήτως του χρηματοδοτικού σχήματος [μοντέλο Beveridge - χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους - π.χ. στην Μεγάλη Βρετανία ή Bismarckian - βασισμένο σε ασφαλιστικούς πόρους - π.χ. Γερμανία] , τα συστήματα επαναπροσδιόρισαν τις σχέσεις μεταξύ των παραγωγών υγειονομικής φροντίδας (οργανισμών ή ατόμων), των ασθενών, των φορέων χρηματοδότησης, των κέντρων διαμόρφωσης πολιτικής και των φορέων θεσμοθέτησης .

Κοινή προσέγγιση είναι η εισαγωγή μεταρρυθμίσεων με προσανατολισμό στην αγορά ενώ ενδεικτική είναι η επικράτηση του Αγγλικής προέλευσης όρου

«*purchaser – provider*». Ο προσδιορισμός των ρόλων του προμηθευτή και του χρηματοδότη σε ένα πλαίσιο, εισήγαγε ταυτόχρονα την ανάγκη για μηχανισμούς παρακολούθησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το εστιακό σημείο του ελέγχου είναι βέβαια διαφορετικό ανάλογα με το ρόλο της κάθε πλευράς. Έτσι για τον προμηθευτή έχει την έννοια του εσωτερικού ελέγχου που θα τον οδηγήσει σε διαρκή βελτίωση των όρων κόστους και ποιότητας, ενώ για τον φορέα χρηματοδότησης έχει έννοια της εξωτερικής αξιολόγησης - στη βάση δεδομένων και προσυμφωνημένων προδιαγραφών - της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Απόρροια των παραπάνω είναι η εισαγωγή της έννοιας του ελέγχου των ευθυνών (*accountability*).

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, βλέπουμε την δημιουργία θεσμικών πλαισίων που εξασφαλίζουν το ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών, αλλά αφήνουν την παροχή και την χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας σε περιφερειακές και τοπικές αρχές με αυξημένη αυτονομία. Χαρακτηρίζεται λοιπόν η Ευρωπαϊκή σκηνή από μια προσπάθεια απελευθέρωσης , αποκέντρωσης και αυτοδιαχείρισης που περνά την διαχειριστική ευθύνη από την μια στους προμηθευτές των υπηρεσιών και από την άλλη στις τοπικές υγειονομικές αρχές ή ασφαλιστικούς φορείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 1^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- (1) Carol A. Reeves (University of Arkansas), David A. Bedhar (University of Arkansas) "Defining quality: alternatives and implications" Academy of Management Review, Vol 19, No 3, March 1994, pp419-445.
- (2) James R. Evans, William M. Lindsay, The Management and Control of Quality, South-Western Thomson Learning, 2002, σελ.4-17 & σελ. 97-109
- (3) Δερβιτσιώτης Κώστας, Διοίκηση Παραγωγής, Σύγχρονες Προσεγγίσεις, 1999, σελ. 225-227.
- (4) Volker Kruger, "Quality management worldwide -Towards a European definition of TQM- historical review", The TQM Magazine, Vol 11, No 4, April 1999, pp 257-263.
- (5) Kostas N. Dervitsiotis, "Quality management worldwide - Quality in Greece: past and present", The TQM Magazine, Vol 11, No 2, February 1999, pp 84-87.
- (6) Sloan D., S.G, "Health care and the demand for quality", Health care quality, pp 60-67.
- (7) Οικονομοπούλου Χ.Β., «Η οργανωτική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας χειρουργικής φροντίδας ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονος», Διδακτορική διατριβή, 1998.
- (8) Στεφανόπουλος Γ., Στράντζαλης «Διαχείριση ποιότητας στη Νευροχειρουργική Κεφάλαιο -Η Νευροχειρουργική στην Ελλάδα-Παρελθόν-Παρόν – Μέλλον», Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης 1995.
- (9) Short P.J., & Rahim, M.A "Total Quality Management in hospital", Vol. 6, No. 3, March 1995, pp. 255-263.
- (10) John Ovretveit, "Total quality management in European healthcare", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 2, February 2000, pp 74-79.
- (11) R.P Mohanty, K. Santhi and C. Haripriya, "A model for evaluating TQM effectiveness in health-care systems", Work Study, Vol 45, No 2, February 1996, pp 14-17.
- (12) Ching-Chow Yang, "Case Studies – The establishment of a TQM system for the health care industry", The TQM Magazine, Vol 15, No 2, February 2003, pp 93-98.

- (13) Charles Zabanda, Patrick Asubonteng Rivers & George Munchus, “Obstacles to the application of total quality Management in health-care organizations”, Total Quality Management, Vol 9, No 1, 1998, pp 57-66.
- (14) Τικ-Τακ (περιοδική έκδοση Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο), Τεύχος 22, Σεπτέμβριος 2004.
- (15) Υπατία D. Theodorakioglou & George D. Tsiotras, “ The need for the introduction of quality management into Greek Health care”, Total Quality Management, Vol 11, No 8, August 2000, pp 1153-1165.
- (16) Εφημερίδα Κέρδος, Νοέμβριος 2003.
- (17) www.elot.gr Guidelines for hospitals.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μετά την ομαλοποίηση της πολιτικής ζωής, μετά το 1950, ο τομέας της υγείας είχε διογκωμένες ανάγκες. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις των δημοσίων νοσοκομείων είχαν, ήδη, 50-70 χρόνια ζωής κατά μέσο όρο, χωρίς όμως να συντηρούνται αρκετά και χωρίς να διαθέτουν τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό. Στον ιδιωτικό τομέα υπήρχαν πολλές μικρές κλινικές, διάσπαρτες σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας, με επίκεντρο συγκέντρωσης την Αθήνα. Καμία όμως δεν πληρούσε τους όρους λειτουργίας κλινικής ή νοσοκομείου και η περίθαλψη σε αυτές λόγγευε πολλούς κινδύνους.

Αρκετοί γιατροί ασκούσαν την Ιατρική στο ιδιωτικό τους ιατρείο παράλληλα με την ενασχόλησή τους στο νοσοκομείο ή την κλινική. Τα ασφαλιστικά ταμεία κατέβαλαν το σύνολο των δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία και εν μέρει τις δαπάνες στις κλινικές. Εξυπηρετούσαν τους ασφαλισμένους για απλή ιατρική εξέταση με συμβασιούχους κυρίως και λίγους μόνιμους ιατρούς είτε στα ιατρεία των ταμείων, είτε στα ιδιωτικά ιατρεία των ιατρών με τους οποίους είχαν σύμβαση.

Κατά την περίοδο της μεταπολίτευσης ο καθηγητής Δοξιάδης κατήρτισε σχέδιο αναδιοργάνωσης του τομέα Υγείας. Για πρώτη φορά τέθηκε το μεγάλο πρόβλημα της αναβάθμισης των παροχών των υπηρεσιών Υγείας. Χαρακτηριστικό του σχεδίου αυτού υπήρξε η παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και η έναρξη του θεσμού της ειδικότητας του Γενικού Ιατρού.

Το σχέδιο Δοξιάδη δεν εφαρμόστηκε επί των ημερών του, αλλά αποτέλεσε τη βάση της μορφής του συστήματος Υγείας που έχουμε μέχρι σήμερα.

2.2 ΔΟΜΗΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

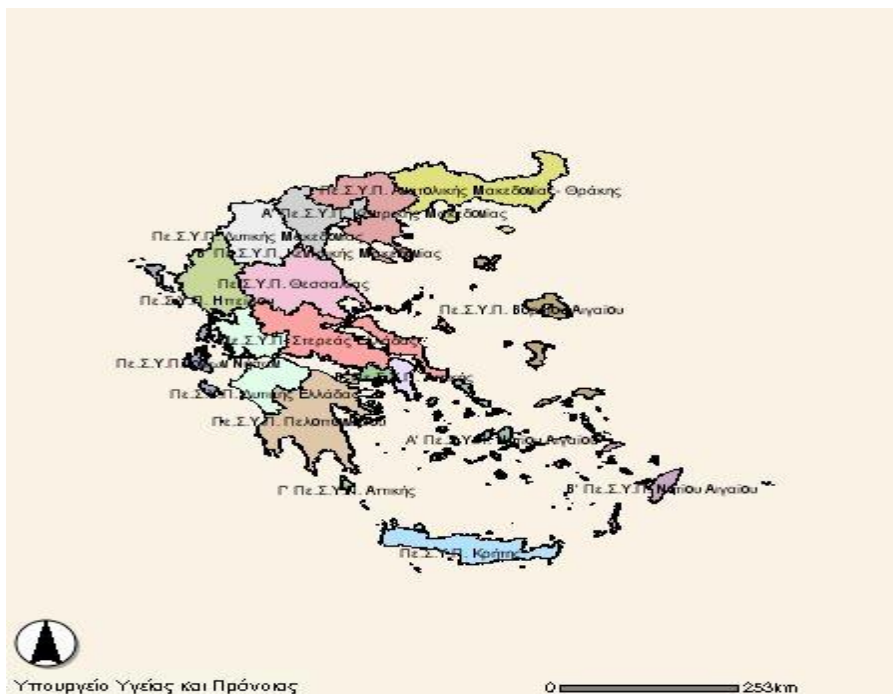
Αφού μελετήθηκαν όλες οι προηγούμενες μελέτες που είχαν γίνει στον τομέα της Υγείας, έγινε προσπάθεια δόμησης Εθνικού Συστήματος Υγείας, με σκοπό την παροχή Υπηρεσιών υγείας σε κάθε πολίτη.

Μόλις ψηφίστηκαν τα σχετικά νομοσχέδια και τέθηκαν σε εφαρμογή συνέβησαν τα εξής:

- ❖ Τα παλαιά και κατεστραμμένα κτίρια των νοσοκομείων συντηρήθηκαν.
- ❖ Οι ακατάλληλες κλινικές έκλεισαν.
- ❖ Οι ιατροί με απόλυτα ελεύθερη επιλογή έγιναν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ.
- ❖ Αρκετά ιδιωτικά ιατρεία έκλεισαν αφού οι περισσότεροι ιατροί προτίμησαν το ΕΣΥ.
- ❖ Οι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων διατήρησαν το ιδιωτικό τους ιατρείο.
- ❖ Οι πανεπιστημιακοί και οι στρατιωτικοί ιατροί είχαν το πλεονέκτημα να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο.
- ❖ Έγινε αναδιοργάνωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων. Επιπλέον, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας, το ΙΚΑ, απέκτησε 2 νοσοκομεία για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.
- ❖ Η πρόσβαση στα νοσοκομεία έγινε ευκολότερη, γιατί εφημέρευαν τακτικά και δεύτερον, γιατί οι μεν ασφαλισμένοι καλύπτονταν από τα ταμεία για τις απαραίτητες εξετάσεις, οι δε ανασφάλιστοι δικαιούνται περίθαλψης έναντι μικρής χρηματικής δαπάνης.
- ❖ Έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του τεχνολογικού εξοπλισμού των νοσοκομείων με παράλληλη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στις νέες τεχνολογικές εξελίξεις.
- ❖ Ταυτόχρονα οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές σχολές ενστερνίστηκαν την πρόοδο της Ιατρικής Επιστήμης και αύξησαν τον αριθμό των ειδικοτήτων με παράλληλη εκπαίδευση στην τεχνολογία που, ήδη, είχε σημειώσει αλματώδη εξέλιξη στο εξωτερικό.
- ❖ Πολλοί ιατροί μετεκπαιδεύτηκαν στο εξωτερικό σε εξειδικευμένες τεχνολογίες π.χ Laser, αξονικό και μαγνητικό τομογράφο.

2.3 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ

Ο Νόμος 2889 του 2001 με τον τίτλο «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» αποτέλεσε την αρχή για τη μεταρρύθμιση της οργάνωσης και της διοίκησης του Συστήματος Υγείας της χώρας μας, θέτοντας τις βάσεις για την διοικητική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.). Με το νόμο αυτό η επικράτεια διαιρέθηκε σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας» (που συμπληρώνεται με το όνομα της αντίστοιχης περιφέρειας) και με έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια. Η εποπτεία και ο έλεγχος των ΠΕ.Σ.Υ.Π. ανατέθηκε στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής ιδρύθηκαν 3 ΠΕ.Σ.Υ.Π. ενώ στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου από 2. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την απόφαση ήταν ο πληθυσμιακός γιγαντισμός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και η πληθυσμιακή διασπορά σε πολλά νησιά για το Νότιο Αιγαίο.



Εικόνα 1 : Η νέα οργανωτική διαίρεση του Ε.Σ.Υ.

Πίνακας 2.1. : Γεωγραφική κατανομή ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Νομοί	Έδρα	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)
Αττική	Α΄	Αττική (τμ.)	Αθήνα	3.761.810
	Β΄	Αττική (τμ.)	Αθήνα	
	Γ΄	Αττική (τμ.)	Αθήνα	
Κεντρική Μακεδονία	Α΄	Θεσσαλονίκη (τμ.) Κιλκίς Σέρρες Χαλκιδική	Θεσσαλονίκη	1.874.214
	Β΄	Θεσσαλονίκη (τμ.) Ημαθία Πέλλα Πιερία	Θεσσαλονίκη	
Νότιο Αιγαίο	Α΄	Κυκλάδες	Ερμούπολη	112.615
	Β΄	Δωδεκάνησα	Ρόδος	190.071
Αν. Μακεδονία -Θράκη	Αν. Μακεδονίας -Θράκης	Δράμα Έβρος Καβάλα Ξάνθη Ροδόπη	Κομοτηνή	611.067
Βόρειο Αιγαίο	Βορείου Αιγαίου	Λέσβος Σάμος Χίος	Μυτιλήνη	206.121
Δυτική Μακεδονία	Δυτικής Μακεδονίας	Γρεβενά Καστοριά Κοζάνη Φλώρινα	Κοζάνη	301.522
Δυτική Ελλάδα	Δυτικής Ελλάδας	Αιτωλοακαρνανίας Αχαΐας Ηλείας	Πάτρα	740.506

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Νομοί	Έδρα	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)
Ήπειρος	Ηπείρου	Άρτα Θεσπρωτία Ιωάννινα Πρέβεζα	Ιωάννινα	353.820
Θεσσαλία	Θεσσαλίας	Καρδίτσα Λάρισα Μαγνησία Τρίκαλα	Λάρισα	753.888
Ιόνια Νησιά	Ιονίων Νησιών	Ζάκυνθος Κέρκυρα Κεφαλονιά-Ιθάκη Λευκάδα	Κέρκυρα	212.984
Κρήτη	Κρήτης	Ηράκλειο Λασίθι Ρέθυμνο Χανιά	Ηράκλειο	601.131
Πελοπόννησος	Πελοποννήσου	Αργολίδα Αρκαδία Κορινθία Λακωνία Μεσσηνία	Τρίπολη	638.942
Στερεά Ελλάδα	Στερεάς Ελλάδας	Βοιωτία Εύβοια Ευρυτανία Φθιώτιδα Φωκίδα	Λαμία	605.329

Σκοπός των ΠΕ.Σ.Υ.Π. είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που να εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας από την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία. Επίσης ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα. Όλες οι νοσοκομειακές μονάδες, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. μετατράπηκαν από τη δημοσίευση του νόμου αυτού σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕ.Σ.Υ.Π., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Έτσι σήμερα η εικόνα που παρουσιάζεται ανά Υγειονομική Περιφέρεια είναι η ακόλουθη:

Πίνακας 2.2. : Νοσηλευτικές μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Αττική	Α΄	3.761.810	17	-	-
	Β΄		10	9	6
	Γ΄		9	5	14
Κεντρική Μακεδονία	Α΄	1.874.214	9	20	110
	Β΄		12	11	80
Νότιο Αιγαίο	Α΄	112.615	2	7	35
	Β΄	190.071	4	4	40
Αν. Μακεδονία -Θράκη	Αν. Μακεδονίας -Θράκης	611.067	6	14	119
Βόρειο Αιγαίο	Βορείου Αιγαίου	206.121	5	7	65

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Δυτική Μακεδονία	Δυτικής Μακεδονίας	301.522	5	7	88
Δυτική Ελλάδα	Δυτικής Ελλάδας	740.506	11	18	146
Ήπειρος	Ηπείρου	353.820	5	16	109
Θεσσαλία	Θεσσαλίας	753.888	5	20	153
Ιόνια Νησιά	Ιονίων Νησιών	212.984	6	8	49
Κρήτη	Κρήτης	601.131	9	14	120
Πελοπόννησος	Πελοποννήσου	638.942	9	26	176
Στερεά Ελλάδα	Στερεάς Ελλάδας	605.329	8	15	148
Σύνολο		10.964.020	132	201	1458

Στη στήλη νοσοκομεία προσμετρώνται τόσο τα νοσοκομεία-κέντρα υγείας, όσο και τα παρακάτω ιδρύματα, τα οποία διατηρούν την αυτονομία τους και διασυνδέονται απλώς λειτουργικά με το ΠΕ.Σ.Υ.Π. που ανήκουν γεωγραφικά:

1. Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»
2. Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»
3. Το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»
4. Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΠΑΛΕΝΕΙΟ –ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»
5. Το Γενικό Νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»
6. Το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
7. Το Γενικό Νοσοκομείο «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
8. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»
9. Το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πατρών «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»

10. Το Σπηλιωπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»
11. Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας(Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.)
12. Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ».
13. Το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».
14. Το "ΩΝΑΣΕΙΟ" Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών.
15. Το Γενικό Κρατικό Νίκαιας « ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ».
16. Το Γενικό Περιφερειακό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά.

2.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΕ.Σ.Υ.Π.

2.4.1 Οργάνωση ΠΕ.Σ.Υ.Π

Σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ.Π. συνίσταται μία Γενική Διεύθυνση (Γ.Δ.), στην οποία προΐσταται ο Πρόεδρος. Στην εκτέλεση των καθηκόντων του συνεπικουρείται από Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή. Ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανωτέρων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Πρέπει να διαθέτει τα ίδια προσόντα που απαιτούνται και για τη θέση του Προέδρου, η θέση είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η θητεία είναι πενταετής. Τα καθήκοντά του είναι η ενασχόληση με τα θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αναπλήρωση του Προέδρου στη Διοίκηση της Γ.Δ. και η άσκηση των αρμοδιοτήτων που του έχει εκχωρήσει ο Πρόεδρος με αποφάσεις του.

Η Γενική Διεύθυνση του ΠΕ.Σ.Υ.Π. οργανωτικά συγκροτείται ως εξής:

- ❖ Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- ❖ Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης
- ❖ Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- ❖ Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης
- ❖ Το Γραφείο Προέδρου
- ❖ Το Νομικό Γραφείο

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά στη διάρθρωση αυτών των δομών.

1. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ευθύνη της είναι ο σχεδιασμός των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια. Περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό:

- ❖ Καταγράφει και αναλύει τα επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά στοιχεία, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο απαραίτητο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια.
- ❖ Με βάση τα στοιχεία αυτά, εκπονεί και επικαιροποιεί το Χάρτη Υγείας της Περιφέρειας.
- ❖ Εκπονεί το Περιφερειακό Σχέδιο Δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, το οποίο εξειδικεύει σε συνεργασία με τα Συμβούλια Διοίκησης των Νοσοκομείων και τις διοικήσεις των Κέντρων Υγείας.
- ❖ Προτείνει στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΕ.Σ.Υ.Π., τη συγχώνευση, μεταφορά ή κατάργηση Νοσοκομειακών Μονάδων ή τμημάτων αυτών, ως και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων, με βάση το Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

Το τμήμα αυτό καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές.

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

- ❖ Διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.).
- ❖ Προκηρύσσει και χρηματοδοτεί από τα αποθεματικά του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. ερευνητικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη στόχων υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας ή είναι

γενικότερου ενδιαφέροντος και συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- ❖ Μεριμνά για την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και ευρεσιτεχνιών, όπως αυτή καθορίζεται με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.
- ❖ Παρακολουθεί μέσω της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, τη διενέργεια των ερευνών, ώστε αυτές να ακολουθούν τους διεθνείς κανόνες περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, βιοηθικής, δεοντολογίας, προστασίας και σεβασμού του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσης πειραματόζων.

2. Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης

Έχει αρμοδιότητα για την υποστήριξη όλων των βασικών διοικητικών και οικονομικών λειτουργιών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Διαρθρώνεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

Το τμήμα αυτό συντάσσει τον προϋπολογισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π., παρακολουθεί τη σύνταξη των προϋπολογισμών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και μεριμνά για τη σύνταξη του ενοποιημένου ισολογισμού, καθώς και τον έλεγχο εκτέλεσης των προϋπολογισμών αυτών. Μεριμνά για την παρακολούθηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και Κ. Υ. της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού

Το τμήμα αυτό μεριμνά για τον εκσυγχρονισμό των οργανωτικών και λειτουργικών συστημάτων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και για την υποστήριξη αυτών με σύγχρονα συστήματα πληροφορικής και επικοινωνίας.

γ) Τμήμα Προμηθειών

Το τμήμα αυτό συγκεντρώνει τα προγράμματα προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π., αξιολογεί και ελέγχει τις προτάσεις και καταρτίζει το ετήσιο ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών του ΠΕ.Σ.Υ.Π., το οποίο εγκρίνεται από το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. και ακολούθως υποβάλλεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης, για την ένταξη του στο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών. Παρακολουθεί και κατευθύνει όλες τις

διαδικασίες προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

3. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Αρμοδιότητα της είναι η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού, και κατανέμεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

Το τμήμα αυτό παράγει το σχεδιασμό για την κάλυψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό που έχουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Μεριμνά για τις μετακινήσεις, αποσπάσεις, μετατάξεις και εν γένει τις μετακινήσεις του αναγκαίου προσωπικού προς κάλυψη αναγκών, ανάμεσα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών

Το τμήμα αυτό διαιρείται ως εξής:

1. Το Γραφείο Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
2. Το Γραφείο Διοικητικής και Οργανωτικής Εκπαίδευσης
3. Τα Γραφεία αυτά μεριμνούν για την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους αντίστοιχους τομείς, την οικονομική ενίσχυση, τη διοικητική υποστήριξη και την παρακολούθηση της υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών.

4. Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης

Υπάγεται απευθείας στο Γενικό Διευθυντή. Έχει γενικά όλες τις αρμοδιότητες διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης των υπηρεσιών της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Ειδικότερα:

- ❖ Μεριμνά για όλα τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του κάθε φύσης προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π., καθώς και για την απόσπαση, διάθεση, μετάταξη, μεταφορά υπαλλήλων από τα Νοσοκομεία και από υπηρεσίες των Περιφερειών και των Υπουργείων στο ΠΕ.Σ.Υ.Π., κατάρτιζοντας και τις διοικητικές πράξεις που απαιτούνται κάθε φορά.

- ❖ Μεριμνά για την κατάρτιση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Παρέχει γραμματειακή εξυπηρέτηση στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π., σε ομάδες εργασίας και επιτροπές.
- ❖ Καταρτίζει τα σχέδια των αποφάσεων που είναι αναγκαίες για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του Γενικού Διευθυντή - Προέδρου του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. και ασκεί κάθε αρμοδιότητα σχετική με τα ως άνω θέματα.

5. Γραφείο Προέδρου

Είναι αρμόδιο για την υποβοήθηση του έργου του Προέδρου και του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

6. Νομικό Γραφείο

Είναι αρμόδιο για τη νομική καθοδήγηση των οργάνων του ΠΕ.Σ.Υ.Π. και τη δικαστική ή εξώδικη υποστήριξη του.

2.4.2 Στελέχωση ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Για την αντιμετώπιση των αναγκών των ΠΕ.Σ.Υ.Π. σε ειδικό επιστημονικό προσωπικό, συνιστώνται σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ.Π. τέσσερις (4) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Οι ειδικότητες των θέσεων αυτών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Επίσης σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ.Π. συνιστώνται οι ακόλουθες θέσεις μόνιμων υπαλλήλων:

1. Κατηγορία Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ)

- α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)
- β) Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων ή Κοινωνικής Διοίκησης, θέσεις δύο (2)
- γ) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)
- δ) Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις (3)
- ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)

στ) Κλάδος ΠΕ Γιατρών, ΠΕ Ιατρών Ειδικοτήτων, ΠΕ Οδοντιάτρων, ΠΕ Νοσηλευτικής, ΠΕ Φαρμακοποιών, θέσεις πέντε (5)

ζ) Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία (1).

η) Μία θέση δικηγόρου παρ' Αρείω Πάγω με πάγια αντιμισθία.

2. Κατηγορία Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)

α) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)

γ) Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις έξι (6).

3. Κατηγορία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)

α) Κλάδος ΔΕ Χειριστών , θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΔΕ Τεχνικός, ειδικότητας οδηγού οχημάτων, θέσεις δύο (2).

4. Κατηγορία Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ)

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)

β) Κλάδος ΥΕ Φυλάκων - Νυχτοφυλάκων θέσεις δύο (2).

γ) Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας θέσεις τέσσερις (4).

2.4.3 Πόροι ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Οι πόροι του ΠΕ.Σ.Υ.Π. προέρχονται από τις παρακάτω πηγές:

- ❖ Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.
- ❖ Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.
- ❖ Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- ❖ Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.
- ❖ Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.
- ❖ Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα του.
- ❖ Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί πως τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια τα οποία απολαμβάνει

το Δημόσιο, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών απαλλαγών που ισχύουν για τα νοσοκομεία.

2.5 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.5.1 Οργάνωση Νοσοκομείων

Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις που υπάρχουν στον οργανισμό που δημιουργείται κατά τη σύστασή τους. Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του αντίστοιχου ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται, επακριβώς:

- ❖ Η επωνυμία του
- ❖ Ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς
- ❖ Οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, καθώς και τα εργαστήρια της
- ❖ Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους
- ❖ Οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμιση τους
- ❖ Ο αριθμός και οι ειδικότητες του προσωπικού με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου
- ❖ Η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.

Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά Ειδικό Γραφείο με τίτλο "Γραφείο Υποδοχής Ασθενών", το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρηση τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.),

με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

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

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

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

1. Ιατρική Υπηρεσία

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων, ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας. Προϊστάται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Σε νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει τη διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου ή μονάδας. Οι ενδιαφερόμενοι για τη θέση υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα και στη συνέχεια το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια την επιστημονική επάρκεια, τις διοικητικές ικανότητες, την εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, τη συμπεριφορά προς τους ασθενείς, το κύρος τους μεταξύ των συναδέλφων και το πνεύμα συνεργασίας τους. Ο Διοικητής υποβάλλει τον

πίνακα, μαζί με εισήγηση του, στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. , το οποίο ορίζει έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα (χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά) ως Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, με τριετή θητεία.

Ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της ιατρικής υπηρεσίας, της οποίας είναι και διοικητικός προϊστάμενος. Στο πλαίσιο αυτό:

- ❖ Συντονίζει το έργο των τομέων και των τμημάτων, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- ❖ Εισηγείται στο Διοικητή του νοσοκομείου το πρόγραμμα και το ωράριο λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, ύστερα από γνώμη των Διευθυντών των τομέων.
- ❖ Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα εφημερίων των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, έπειτα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου.
- ❖ Εισηγείται στο Διοικητή για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας στο προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- ❖ Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων.
- ❖ Ελέγχει και εποπτεύει τις δραστηριότητες των τμημάτων και μονάδων της Ιατρικής Υπηρεσίας που δεν ανήκουν σε τομέα.
- ❖ Επιμελείται την τήρηση του πρωτοκόλλου της Ιατρικής Υπηρεσίας και των ατομικών φακέλων με τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης των Διευθυντών τομέων.
- ❖ Επιλαμβάνεται όλων των θεμάτων δυσλειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας που προκύπτουν και δίνει τις απαραίτητες λύσεις με γνώμονα την ιατρική δεοντολογία και το συμφέρον του ασθενούς.
- ❖ Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προκύπτουν από την ιεραρχική του θέση, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, ή όσες του αναθέτει ο Διοικητής του νοσοκομείου.

Κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να ορίζει ως αναπληρωτή, στα ιατρικά του καθήκοντα, έναν Αναπληρωτή Διευθυντή ή έναν Επιμελητή Α'.

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς και Τμήματα. Οι βασικοί Τομείς είναι:

α) Παθολογικός

- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχικής Υγείας.

Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, είναι δυνατόν να συνιστώνται περισσότεροι από ένας Παθολογικοί, Χειρουργικοί ή Εργαστηριακοί Τομείς, καθώς και Τομέας Παιδιατρικός, Απεικόνισης, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Ιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής ή άλλοι ειδικοί τομείς. Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργούν και διατομεακά Τμήματα με ενιαία διεύθυνση. Κάθε Τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα Τμήματα του. Η δύναμη κάθε Τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες.

Σε κάθε Τομέα προϊστάται ο Διευθυντής. Ως Διευθυντής Τομέα ορίζεται ιατρός Διευθυντής, που προϊστάται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Στα νοσοκομεία όπου είναι εγκατεστημένες πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο Διευθυντής του τομέα μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει τη διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου ή μονάδας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των Διευθυντών των Τμημάτων κάθε Τομέα με κριτήρια την επιστημονική επάρκεια, τις διοικητικές ικανότητες, την εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, τη συμπεριφορά προς τους ασθενείς, το κύρος τους μεταξύ των συναδέλφων και το πνεύμα συνεργασίας τους και τον υποβάλλει στο Διοικητή του νοσοκομείου. Ο Διοικητής επιλέγει ελεύθερα έναν από τους τρεις πρώτους, ως Διευθυντή Τομέα, με τριετή θητεία.

- ❖ Ο Διευθυντής του Τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας των Τμημάτων. Ειδικότερα:
- ❖ Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του Τομέα σύμφωνα με τις αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου.
- ❖ Καταρτίζει και εισηγείται τον προϋπολογισμό του Τομέα, λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των Διευθυντών των Τμημάτων και παρακολουθεί την εκτέλεση του.

- ❖ Προτείνει στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας το πρόγραμμα τακτικών και εκπαιδευτικών αδειών του προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του Τομέα.
- ❖ Αποφασίζει την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών μετά από γνώμη της επιτροπής χειρουργείου.
- ❖ Αξιολογεί και συμμετέχει στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού του Τομέα, καθώς και του λοιπού προσωπικού που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

Για την υποβοήθηση των Διευθυντών των Τομέων και του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας στην άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, διατίθεται από τη Διεύθυνση Διοικητικού το απαραίτητο προσωπικό.

Τέλος, σε κάθε Τμήμα προΐσταται ιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή. Κάθε Τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του Τμήματος είναι ο Διευθυντής του, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του. Ειδικότερα:

- ❖ Συντονίζει τη λειτουργία όλου του προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού, που εργάζεται στο Τμήμα του.
- ❖ Προτείνει και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του Τμήματος του στα πλαίσια του προϋπολογισμού του Τομέα.
- ❖ Συντάσσει απολογισμό και ετήσια έκθεση πεπραγμένων του Τμήματος του.
- ❖ Ελέγχει την τήρηση του ωραρίου του ιατρικού και του λοιπού προσωπικού του Τμήματος, που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.
- ❖ Αξιολογεί, ως Α' βαθμολογητής, το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό του Τμήματος, που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.
- ❖ Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του Τμήματος.

2. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π., μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, που ακολουθούν τη

διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

2.5.2 Οργάνωση Κέντρων Υγείας

Όλα τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕ.Σ.Υ.Π., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, μετά από απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, στα οποία υπάγονται και οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των νοσοκομείων αυτών.

Η καθυστέρηση όμως της έκδοσης των σχετικών υπουργικών αποφάσεων μέχρι και σήμερα έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία των κέντρων υγείας και αποτελεί σοβαρό πλήγμα στην πλήρη εφαρμογή του νομικού πλαισίου.

2.6 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Είναι πολλές οι αλλαγές που επήλθαν στην κοινωνία μας, μέσα στα πλαίσια δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Μία από αυτές τις αλλαγές είναι και η προσπάθεια για την εισαγωγή ενός συστήματος ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία.

Ο Νόμος 2519/97 ΦΕΚ 165/Α/197 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», αναφέρεται κατ' αρχήν έμμεσα στο θέμα της ποιότητας στο άρθρο 1, όπου κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ασθενών και ανατίθεται ο έλεγχος της ορθής εφαρμογής τους σε μια επιτροπή που καλείται «Επιτροπή ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών».

Στη συνέχεια, στο άρθρο 9, θεσμοθετείται για πρώτη φορά στην Ελλάδα ο

ποιοτικός έλεγχος των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Η σημαντική αυτή αποστολή ανατίθεται στο προβλεπόμενο Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Σκοπός αυτής της αυτοτελούς μονάδας, σύμφωνα με το νόμο 2519/97, είναι:

1. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
2. Η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας.
3. Ο έλεγχος διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
4. Η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την επίβλεψη, πρόληψη, προστασία και προαγωγή υγείας των εργαζομένων. Τα πορίσματα εξέτασης και αξιολόγησης υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας για τις κατά νομό ενέργειες.
5. Η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας.
6. Η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σημειώνεται πάντως, ότι καμία από τις δύο παραπάνω υπηρεσίες δεν έχει τεθεί σε λειτουργία. Εξ' άλλου, στην σημερινή συγκυρία, τόσο ο τομέας της Υγείας όσο και ο τομέας της Κοινωνικής Ασφάλισης βρίσκονται ενώπιον ουσιαστικών μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων.

Στις 30 Ιανουαρίου του 2004 ψηφίστηκε το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με το οποίο προσδιορίζεται η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας με βάση τα εξής κριτήρια:

1. Ιατρική υποδομή και εξοπλισμός
2. Ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός
3. Υποδομή μηχανογράφησης
4. Στελέχωση τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευση του.
5. Τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των

εργαζομένων και των ασθενών.

6. Διαδικασίες πρόσβασης
7. Ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού.
8. Διασύνδεση των Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με τους φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης.
9. Ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Ο φορέας πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης ΟΚΑ καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ήδη την τελευταία πενταετία, μεμονωμένα Εργαστήρια, Τομείς ή Τμήματα σε αρκετούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα έχουν πιστοποιηθεί με βάση το Πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9002:2000 ή αντίστοιχα εξειδικευμένα πρότυπα, π.χ HACCP

Όμως, τόσο η εφαρμογή ενός συστήματος ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία όσο και η πιστοποίηση αυτών βρίσκεται, ακόμα, σε εμβρυϊκό στάδιο, αφού μόλις το 8,3% εντάσσει τη ποιότητα στον οργανωσιακό σχεδιασμό τους θέτοντας, παράλληλα, υψηλούς στόχους. Το 16,7% των δημόσιων νοσοκομείων εφαρμόζει επιστημονικά τις θεωρίες της ποιότητας και προχωρά σε μεθόδους βελτίωσης, ενώ η πλειοψηφία των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων την εφαρμόζει εμπειρικά (41,7%).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 2^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- (1) “Νόμος 2889 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις”, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης 37, τεύχος Α΄, 2.3.2001
- (2) Υπουργείο Υγείας, www.yργγρ.γρ
- (3) Ιατρική Επικαιρότητα (περιοδική έκδοση), τόμος 4, τεύχος 1, 2000.
- (4) Ιατρική Επικαιρότητα (περιοδική έκδοση), τόμος 4, τεύχος 5, 2000.
- (5) Τικ-Τακ (περιοδική έκδοση Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο), Τεύχος 23, Οκτώβριος 2004.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΥΓΕΙΑΣ

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας σήμερα συνιστούν ένα σύνθετο περιβάλλον υγειονομικής φροντίδας, η οποία - πέρα των κλινικών υπηρεσιών - στηρίζεται επίσης σε ένα κορμό, τεχνικών, ξενοδοχειακών και διοικητικών υπηρεσιών, ενώ παράλληλα γίνεται εκτεταμένη χρήση προηγμένων ιατροτεχνολογικών και πληροφοριακών συστημάτων. Οι συνιστώσες αυτές αλληλεπιδρούν τόσο μεταξύ τους, όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον. Οι αλλαγές που μεταδίδει αυτή η αλληλεπίδραση εισάγει προβλήματα στη διαχείριση των υπηρεσιών που επικεντρώνονται σε παράγοντες που σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, τις ακολουθούμενες διαδικασίες, το βαθμό οργάνωσης και την επάρκεια κατάρτισης του προσωπικού. Είναι πλέον δεδομένο, ότι περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών υγείας θα προκύψει κυρίως, από την ανάπτυξη των τεχνικών διαχείρισης των υπηρεσιών, μέσω των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας έχουν πολλές δυνατότητες πάνω στις οποίες μπορεί να χτιστεί ένα σύστημα ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

- Εστιάζουν σε περιοχές υψηλής προτεραιότητας της ιατρικής φροντίδας.
- Προωθούν την εφαρμογή διαδικασιών και δεικτών για τη μέτρηση της απόδοσης τους.
- Αναλύουν την αποτελεσματικότητα της ιατρικής φροντίδας.
- Βελτιώνουν τα συστήματα επικοινωνίας.
- Επεκτείνουν τη γνώση γύρω από την αξιολόγηση της ποιότητας και τη βελτίωση της (Short & Rahim, 1995).

Η σύγχρονη ιστορία της ποιότητας συναντά τα στάδια αυτής- όπως ο ποιοτικός έλεγχος, η διασφάλιση της ποιότητας, η διαχείριση ολικής ποιότητας και η διαρκής βελτίωση της ποιότητας- καθώς και τη εφαρμογή των αρχών της στον

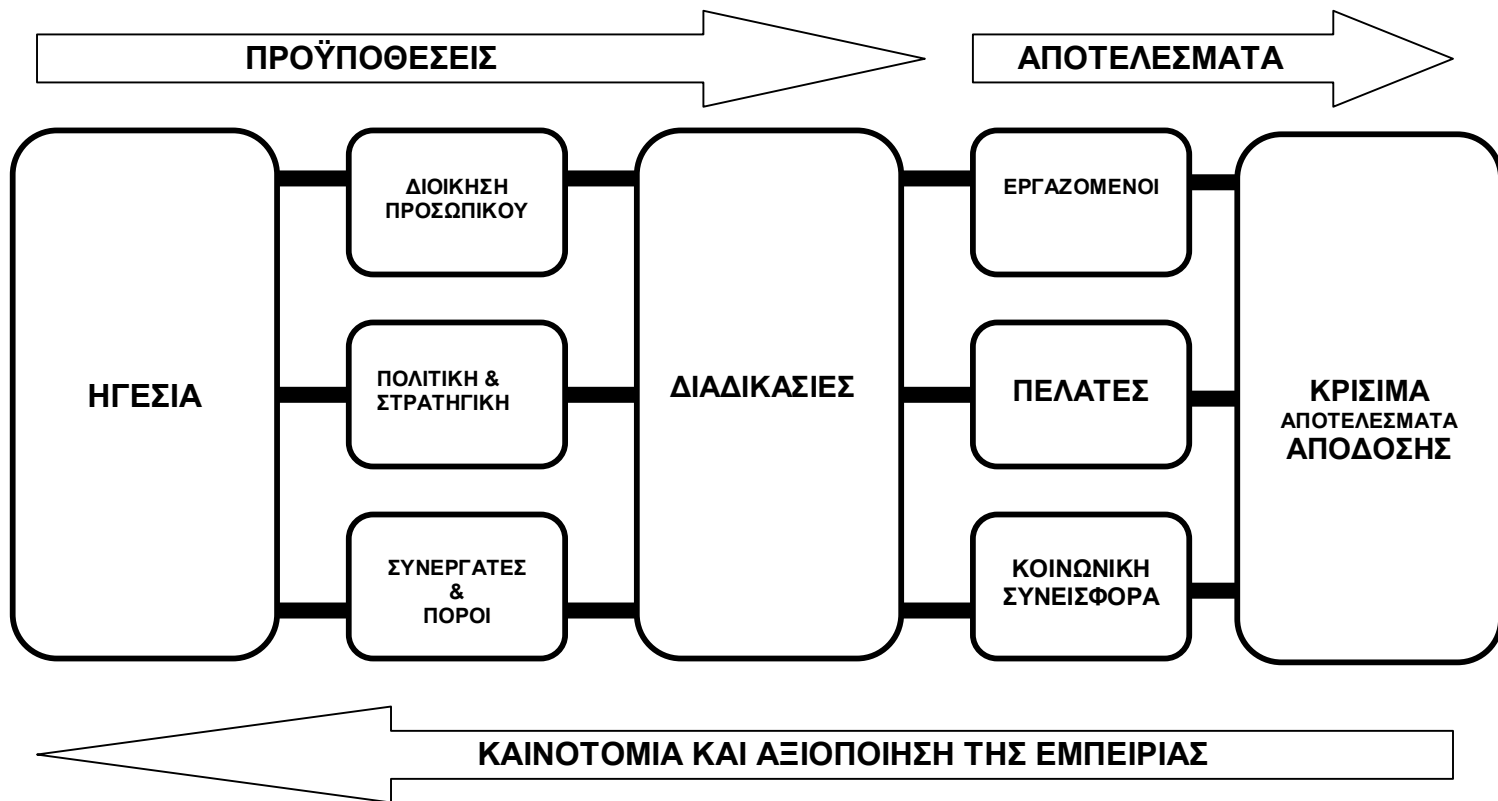
υγειονομικό τομέα, είτε με τα βραβεία της ποιότητας, είτε με την εφαρμογή του υποδείγματος του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη διαχείριση της ποιότητας (European Foundation for Quality Management), είτε με την πιστοποίηση σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του προτύπου ISO (International Organization for Standardization)

3.1 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

(EFQM- European Foundation for Quality Management)

Το Ευρωπαϊκό ίδρυμα για την διοίκηση της ποιότητας ιδρύθηκε το 1988, με στόχο την βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των Ευρωπαϊκών οργανισμών. Ιδρυτικά μέλη του ήταν 14 από τους πιο επιφανείς οργανισμούς της Ευρώπης, ενώ σήμερα έχει μέλη περισσότερους από 900 οργανισμούς όλων των μεγεθών, τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα σε 30 χώρες. Επιπλέον σε κάθε χώρα ξεχωριστά διατηρεί εθνικό εκπρόσωπο (NPO-National Partner Organization).

Το EFQM υπάρχει για να βοηθήσει στην προώθηση μίας κουλτούρας διαρκούς επιχειρηματικής αριστείας. Το βασικό του εργαλείο είναι το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM (EFQM Excellence Model), ένα πολλαπλό μοντέλο μέτρησης της απόδοσης, το οποίο οι οργανισμοί χρησιμοποιούν για να μετρήσουν τα δυνατά και αδύνατα τους σημεία σε εννέα περιοχές, όπως μας παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα.



Γράφημα 3.1. Τα 9 κριτήρια του μοντέλου EFQM

Περιγραφή Των Εννέα Κριτηρίων

Τα εννέα αυτά κριτήρια διαχωρίζονται σε 2 πεδία, στις προϋποθέσεις και τα αποτελέσματα και επιμερίζονται σε 32 υποκριτήρια. Οι προϋποθέσεις (enablers) αναφέρονται στο τρόπο με τον οποίο μεθοδεύεται η προσέγγιση των διαδικασιών και τα αποτελέσματα (results) καταγράφουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του οργανισμού. Στις προϋποθέσεις αναλύονται τα κριτήρια της ηγεσίας, διοίκησης προσωπικού, πολιτική-στρατηγική, συνεργάτες-πόροι και οι διαδικασίες, ενώ στα αποτελέσματα περιγράφονται η ικανοποίηση των πελατών, οι ανθρωπικοί πόροι, η συνεισφορά στο κοινωνικό σύνολο και η χρηματοοικονομική απόδοση της επιχείρησης.

A. Προϋποθέσεις (Enablers)

Ηγεσία= Αναφέρεται στο τρόπο που η ηγεσία διευκολύνει και αναπτύσσει την επίτευξη του στόχου, του οράματος, των αξιών, μέσω δραστηριοτήτων και συμπεριφορών, για την μακροπρόθεσμη επιτυχία της επιχείρησης. Ακόμα αναλύει την προσωπική εμπλοκή της, προκειμένου να επιβεβαιώσει ότι το σύστημα ποιότητας εφαρμόζεται και εξελίσσεται.

Πολιτική και Στρατηγική= Αναφέρεται στο τρόπο που χρησιμοποιεί η επιχείρηση για να πετύχει το στόχο και το όραμα, μέσω μίας πελατοκεντρικής στρατηγικής, υποστηριζόμενη από πολιτικές, σχέδια, στόχους και διαδικασίες.

Διοίκηση προσωπικού= Αναφέρεται στο τρόπο που η επιχείρηση διαχειρίζεται, αναπτύσσει και απελευθερώνει τη γνώση και τις δυνατότητες των υπαλλήλων σε ομαδικό και ατομικό επίπεδο και τον τρόπο που η επιχείρηση σχεδιάζει δραστηριότητες, με σκοπό την ανάπτυξη της πολιτικής, της στρατηγικής και τη λειτουργικότητα των διαδικασιών.

Συνεργάτες και Πόροι= Αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει τη διαχείριση των εξωτερικών συνεργατών και τους υλικοτεχνικούς πόρους της, με σκοπό την ενίσχυση της πολιτικής, της στρατηγικής και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών.

Διαδικασίες= Αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει, διαχειρίζεται και βελτιώνει τις διαδικασίες με σκοπό να στηρίξει την πολιτική και τη στρατηγική της επιχείρησης, προκειμένου να ικανοποιήσει τους πελάτες της παρέχοντας προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

B. Αποτελέσματα (Results)

Πελατών= Αναφέρεται σε μετρήσεις της επιχείρησης όσον αφορά την αντίληψη που έχουν οι πελάτες της, σε σχέση με τη γενικότερη εντύπωση της επιχείρησης, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που προσφέρει, την εξυπηρέτηση, την αφοσίωση στο πελάτη, χρησιμοποιώντας δείκτες απόδοσης.

Εργαζομένων= Αναφέρεται σε μετρήσεις της επιχείρησης όσον αφορά την αντίληψη που έχουν οι εργαζόμενοι, σε σχέση με την ικανοποίησή τους, την επαγγελματική τους πρόωθηση από την επιχείρηση και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χρησιμοποιώντας εσωτερικούς δείκτες.

Κοινωνικής Συνεισφοράς= Αναφέρεται στις επιτυχίες της επιχείρησης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και την αντίληψη της κοινωνίας, μέσω δημοσιευμάτων και σχετίζεται με την αποδοτικότητα της επιχείρησης, τη συμμετοχή της φιλανθρωπικές δραστηριότητες, ενέργειες για τη προστασία περιβάλλοντος και τη διατήρηση των φυσικών πόρων, χρησιμοποιώντας εσωτερικούς δείκτες απόδοσης.

Κρίσιμα αποτελέσματα απόδοσης= Αναφέρεται στα τελικά αποτελέσματα που πέτυχε ο οργανισμός συγκριτικά με την προβλεπόμενη απόδοση που είχε σχεδιάσει. Οι μετρήσεις των αποτελεσμάτων εξαρτώνται από τους στόχους του οργανισμού, ενώ οι δείκτες απόδοσης σχετίζονται με τις διαδικασίες, τα χρηματοοικονομικά αποτελέσματα, τον υλικότεχνικό εξοπλισμό, τη πληροφόρηση και την αξιολόγηση προϊόντων και συνεργατών.

Τα κριτήρια αξιολογούνται με τη δομή βελτίωσης RADAR η οποία περιέχει μηχανισμούς μετάβασης από τη διασφάλιση της ποιότητας στην ολική ποιότητα, με στόχο τη συνεχή αναβάθμιση. Για τα 5 πρώτα κριτήρια οι μηχανισμοί αυτοί είναι:

Προσέγγιση (Approach) = αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουμε τις διαδικασίες και πως μεθοδεύεται η προσέγγιση αυτή.

- ❖ Σαφήνεια (Sound) = πόσο ξεκάθαρη είναι η προσέγγιση των διαδικασιών, πόσο καλά αναπτύσσονται και κατά πόσο επικεντρώνονται στις ανάγκες των πελατών.
- ❖ Ολοκλήρωση (Integrated) = κατά πόσο η προσέγγιση αυτή στηρίζει τη πολιτική και στρατηγική της επιχείρησης και κατά πόσο συνδέεται με άλλες ανάλογες δραστηριότητες έτσι ώστε να καλύπτει την ολότητα του οργανισμού.

Εξέλιξη (Deployment) = ο βαθμός υιοθέτησης και υλοποίησης των προσεγγίσεων στο σωστό χρόνο, στο σωστό τόπο και από ανθρώπους με συγκεκριμένη αρμοδιότητα.

- ❖ Επαγωγική εφαρμογή (Implemented) = κατά πόσο η προσέγγιση της διαδικασίας εφαρμόζεται και εξελίσσεται.
- ❖ Συστηματική εφαρμογή (Systematic) = είναι ο δομημένος τρόπος διαχείρισης της εξέλιξης των διαδικασιών.

Εκτίμηση και αναθεώρηση (Assessment and Review) = η εκτίμηση του επιπέδου της επιχείρησης ολοκληρώνεται με μετρήσεις οι οποίες αναλύονται έτσι να εντοπίζονται, να τοποθετούνται σε προτεραιότητα, σχεδίασης και εφαρμογής οι επιμέρους διαδικασίες βελτιώσεις.

- ❖ Μέτρηση (Measurement) = είναι η διεκπεραίωση της διαδικασίας μέτρησης της προσέγγισης, η εξέλιξη αυτής και τα τελικά αποτελέσματα.
- ❖ Μάθηση (Learning) = ο όρος καλύπτει τις δραστηριότητες εκμάθησης που εφαρμόζονται προκειμένου βελτιώσουμε τη πορεία ή τα αποτελέσματα μίας διαδικασίας π.χ benchmarking.
- ❖ Βελτίωση (Improvement) = το αποτέλεσμα των μετρήσεων και των δραστηριοτήτων εκμάθησης χρησιμοποιείται για να αναγνωριστούν και να προγραμματιστούν καινούργιες βελτιώσεις.

Τα υπόλοιπα 4 κριτήρια αξιολογούνται από τους παρακάτω μηχανισμούς:

Τάσεις (Trends) = Αναφέρεται στη συλλογή στοιχείων για την απόδοση της επιχείρησης κατά τη διάρκεια του χρόνου.

Στοχεύσεις (Targets) = Κατά πόσο η επιχείρηση έχει πετύχει τους στόχους της και κατά πόσο είναι οι αναμενόμενοι.

Συγκρίσεις (Comparisons) = Αναφέρεται στη σύγκριση του οργανισμού σε σχέση με άλλες επιχειρήσεις σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο.

Αιτίες (Causes) = Ενώνει τα αποτελέσματα με τις προϋποθέσεις και διαμορφώνει μετρήσιμη άποψη για την αιτία και τη σχέση μεταξύ αποτελέσματος και προϋπόθεσης.

Σκοποί (Scope) = Αναφέρεται στα αποτελέσματα τα οποία πρέπει να καλύπτουν όλες τις περιοχές του κριτηρίου το οποίο εξετάζουμε.

Με τη χρήση της αυτοαξιολόγησης και ενός προσεκτικά σχεδιασμένου συστήματος βαθμολόγησης (0-1000), είναι δυνατό να μετρηθεί και να συγκριθεί κάθε τομέας της απόδοσης, από τις σχέσεις εργαζομένων και πελατών μέχρι την επιρροή της εταιρίας στην κοινωνία και τα επιχειρηματικά της αποτελέσματα.

Το EFQM Excellence Model είναι το πιο διαδεδομένο επιχειρησιακό πλαίσιο στην Ευρώπη ενώ τα επίπεδα από τα οποία απαρτίζεται το πρόγραμμα «Επίπεδα Αναγνώρισης Επιχειρηματικής Αριστείας-EFQM» είναι τα εξής:

3.1.2 Επίπεδα Αναγνώρισης Επιχειρηματικής Αριστείας

Επίπεδο 1: Δέσμευση Στην Επιχειρηματική Αριστεία

Αυτό το επίπεδο έχει σχεδιαστεί για οργανισμούς (του ιδιωτικού ή του δημόσιου τομέα) και επιχειρησιακές μονάδες (operational units) που βρίσκονται στο ξεκίνημα του ταξιδιού τους προς την Επιχειρηματική Αριστεία. Η έμφαση δίνεται στο να βοηθηθούν οι οργανισμοί να κατανοήσουν το τωρινό επίπεδο επίδοσής τους και να θέσουν προτεραιότητες βελτίωσης. Το επίπεδο αυτό ακολουθεί μια διαδικασία δύο φάσεων.

Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης οι αιτούμενοι ακολουθούν μία διαδικασία αυτοαξιολόγησης ανωτέρου επιπέδου, χρησιμοποιώντας το EFQM Excellence Model. Το αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης, θα έχει ως αποτέλεσμα την αναγνώριση από τους αιτούμενους των περιοχών του οργανισμού που επιδέχονται βελτίωση.

Η δεύτερη φάση απαιτεί από τον οργανισμό να αποδείξει πως οι βελτιωτικές αυτές ενέργειες υλοποιήθηκαν, ενώ επιπλέον ο οργανισμός πρέπει να αποδείξει ότι επιτυχώς ανέπτυξε ένα σχέδιο βελτίωσης, το οποίο βασίζεται στα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης βάση των εννέα κριτηρίων του EFQM Excellence Model.

Το γεγονός αυτό θα επιβεβαιωθεί μέσω μίας μονοήμερης ή διήμερης επιτόπιας

επίσκεψης (site visit) από ομάδα αξιολογητών που έχουν εκπαιδευτεί από το EFQM και ειδικότερα διαμέσου μίας διαδικασίας συναντήσεων, συζητήσεων και αξιολογήσεων των κατάλληλων εγγράφων.

Επίπεδο 2: Αναγνώριση Στην Επιχειρηματική Αριστεία

Το πρόγραμμα υποδεικνύει έναν καλά διοικούμενο οργανισμό στην διαδρομή του προς την Επιχειρηματική Αριστεία. Το επίπεδο έχει σχεδιαστεί για οργανισμούς ή επιχειρησιακές μονάδες, ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα, με εμπειρία στην αυτοαξιολόγηση βάση των εννέα κριτηρίων του EFQM Excellence Model. Οι οργανισμοί αυτοί θα πρέπει να έχουν εφαρμόσει τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (για παράδειγμα εφαρμογή ISO 9000, αποτελεσματική διαχείριση παραπόνων, θετικά αποτελέσματα ικανοποίησης πελατών, εργαζομένων, συνεισφορά στη κοινωνία κ.λ.π). Βασίζεται στο ολοκληρωμένο μοντέλο που περιλαμβάνει 32 υποκριτήρια. Προσφέρει στους αιτούμενους τα πλεονεκτήματα μίας δομημένης προσέγγισης για την αναγνώριση των δυνατών σημείων μίας επιχείρησης καθώς και των περιοχών που επιδέχονται βελτίωσης.

Για το πρόγραμμα «Αναγνώριση στην Επιχειρηματική Αριστεία» οι αιτούμενοι θα ακολουθήσουν μία παρόμοια διαδικασία με την αίτηση για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award) και θα δημιουργήσουν μία αναλυτική έκθεση αυτοαξιολόγησης.

Στην συνέχεια μία ομάδα εκπαιδευμένων αξιολογητών από το EFQM θα πραγματοποιήσει επιτόπια επίσκεψη που τυπικά διαρκεί από 1-4 ημέρες. Η ομάδα αυτή υποβάλλει μία έκθεση που θα περιέχει υποδείξεις για περαιτέρω βελτίωση μαζί με την βαθμολογία του οργανισμού, γεγονός που θα επιτρέψει στις υποψήφιες επιχειρήσεις να συγκριθούν με ομόλογες ευρωπαϊκές επιχειρήσεις. Οι οργανισμοί που συγκεντρώνουν βαθμολογία μεγαλύτερη από 400 βαθμούς (με άριστα το 1000) θα πιστοποιούνται.

Επίπεδο 3: Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award) είναι ένας αυστηρός και απαιτητικός διαγωνισμός σχεδιασμένος για οργανισμούς και επιχειρησιακές μονάδες που φιλοδοξούν να πετύχουν τα ανώτερα Ευρωπαϊκά ή παγκόσμια επίπεδα Επιχειρηματικής Αριστείας και που αντιμετωπίζονται ως εθνικοί και ευρωπαϊκοί οργανισμοί υποδείγματα, με μία πεντάχρονη ιστορία συνεχούς βελτίωσης. Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας δίνεται κάθε χρόνο από το EFQM στις καλύτερες ευρωπαϊκές επιχειρήσεις, βασίζεται στο EFQM Excellence Model και χρησιμοποιείται ως βάση για πολλά εθνικά και τοπικά βραβεία ποιότητας.

Η απόκτηση του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας εξαρτάται από τη βαθμολογία της έκθεσης αυτοαξιολόγησης, από την ομάδα των αξιολογητών. Αν η βαθμολογία είναι πάνω από 500, η εταιρία υποβάλλεται σε εβδομαδιαία επίσκεψη των αξιολογητών σε όλες τις περιοχές των λειτουργιών τους και εξετάζεται με βάση τα εννέα κριτήρια. Αν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη από 550, τότε η εταιρία μπορεί να συμμετέχει στα τελικά, ενώ αν υπερβαίνει τους 629 βαθμούς θεωρείται νικήτρια. Η επιτροπή του EFQM βραβεύει συνολικά πέντε νικήτριες εταιρίες.

Οι οργανισμοί που χρησιμοποιούν το EFQM Excellence Model είναι πέρα από κάθε αμφισβήτηση δεσμευμένοι στην Επιχειρηματική Αριστεία, αυτοαξιολόγηση και συνεχή βελτίωση μιας και απαιτείται συστηματική προσπάθεια 3-4 χρόνων για να φτάσουν στο ανώτατο επίπεδο. Το επίπεδο αυτό υλοποιείται πανευρωπαϊκά μόνό από το EFQM.

3.1.3 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα EFQM Στις Υπηρεσίες Υγείας.

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 συγκεκριμένο μοντέλο είναι αξιόπιστο. Δεν είναι κατευθυνόμενο από κρατικούς 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.

3.2 ΠΡΟΤΥΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001/2000

Ο διεθνής οργανισμός τυποποίησης ISO (International Organization for Standardization) ξεκίνησε τη λειτουργία του ο 1947 με 25 χώρες-μέλη με σκοπό τη συστηματική εφαρμογή των βιομηχανικών προτύπων. Είναι μία διεθνής ομοσπονδία των εθνικών οργανισμών τυποποίησης αποτελούμενη σήμερα από 147 οργανισμούς –μέλη και η λειτουργία του συντονίζεται από τη Κεντρική Γραμματεία που εδρεύει στη Γενεύη της Ελβετίας.

Τα διεθνή πρότυπα συστημάτων ποιότητας της σειράς ISO 9000 πρωτοεκδόθηκαν το 1987 σαν αποτέλεσμα μίας πολυετούς προσπάθειας καθιέρωσης διεθνών προτύπων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η αρχική αναθεώρηση έγινε το 1994 (ελάσσων αναθεώρηση) και το 2000 (μείζων αναθεώρηση), όπου το αναθεωρημένο πρότυπο ISO-9001/2000 αντικατέστησε τα επιμέρους πρότυπα ISO-9001-3/94. Το συγκεκριμένο πρότυπο είναι ευρύτερο και αποσκοπεί σε μία ώθηση των επιχειρήσεων στην υιοθέτηση αρχών διοίκησης διαδικασιών (process management) σε όλη τη λειτουργία τους.

3.2.1 Η Εφαρμογή Του ISO Στις Υπηρεσίες Υγείας

Τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες σχετιζόμενους με τις οργανωτικές δομές των φορέων, τον τύπο του νοσηλευτικού ιδρύματος τη φύση των υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές κάθε κλινικού τομέα. Οι βασικές όμως αρχές παραμένουν οι ίδιες καθώς το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000... “ αποτελεί μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών

προσεγγίσεων...” και παρέχουν τις γενικές οδηγίες για την εφαρμογή και διαχείριση των συστημάτων ποιότητας. Έτσι, ο κάθε φορέας θα πρέπει να αναπτύξει και εφαρμόσει ένα σύστημα για την ποιότητα, προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και δομημένο έτσι ώστε να καλύπτει και να χαρακτηρίζει το εύρος των παρεχόμενων από αυτόν υπηρεσιών.

Το σύστημα για την ποιότητα μπορεί να αναφέρεται σε ολόκληρο το νοσοκομείο, ή σε επί μέρους δραστηριότητές του (υπηρεσίες, τομείς ή τμήματα). Μπορεί αντίστοιχα να αναφέρεται και σε δίκτυο συνεργαζομένων φορέων όπως για παράδειγμα ένα πρωτοβάθμιο δίκτυο υγείας.

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

Υποδομή συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων, της τεχνογνωσίας, του περιβάλλοντος χώρου, της ιατροτεχνολογικής υποδομής, των ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων κ.λ.π.

Διεργασίες το σύνολο δηλαδή των μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κλπ. αλλά και διατομεακά με εμπλοκή περισσότερων τμημάτων, τομέων και υπηρεσιών

Αποτελέσματα τους βασικούς δηλαδή δείκτες με τους οποίους θα παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.

Το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000, αφορά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η συνολική διαχείριση των διεργασιών ώστε να επιτυγχάνεται ικανοποίηση των πελατών – εσωτερικών ή εξωτερικών - σε όλα τα στάδια της επαφής τους με το σύστημα παροχής της φροντίδας. Παρέχουν επίσης ένα γενικό ενιαίο πλαίσιο αναφοράς για όλες τις επιμέρους υπηρεσίες και κλινικούς, επιστημονικούς, τεχνικούς και διοικητικούς τομείς δραστηριότητας στο νοσοκομείο.

Στην πράξη, οι πολιτικές και οι διαδικασίες που εισάγει ένα σύστημα για την ποιότητα προστίθενται ή τροποποιούν ήδη υπάρχουσες διαδικασίες που προσδιορίζουν την λειτουργία του φορέα.

Σημειώνεται ότι το πρότυπο εισάγει απαιτήσεις όσον αφορά στη συνολική διαχείριση των διεργασιών που επιτελούνται στο φορέα. Δεν επιβάλλουν όμως το περιεχόμενο τους ή τον τρόπο με τον οποίο αυτές σχεδιάζονται και εκτελούνται.

Ο έλεγχος και η αξιολόγηση αποτελούν βασική απαίτηση των προτύπου ποιότητας και έρχονται να αναδείξουν, μέσω της διερεύνησης των αποτελεσμάτων, πιθανές αδυναμίες και ευκαιρίες για βελτίωση. Κατευθύνουν μια γενικευμένη δραστηριότητα, με στόχο την αναβάθμιση, τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των υπηρεσιών υγείας, τη δημιουργία ευέλικτων και αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης καθώς και τη δημιουργία υποδομών και οργανωτικών δομών που θα μπορούν να εξελίσσονται και να παραμένουν αποτελεσματικές.

Η εφαρμογή, σε ένα νοσοκομείο, ενός συστήματος για την ποιότητα, που διαπιστωμένα πληρεί τις απαιτήσεις του προτύπου αυτού, μπορεί να αποτελέσει τεκμήριο προς τρίτους – ασθενείς, ασφαλιστικούς φορείς, παραπέμποντες γιατρούς ή κλινικές - της ικανότητας του ιδρύματος να παρέχει τις εν λόγω υπηρεσίες, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που επαγγέλλεται.

3.2.2 ΟΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ

Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από 20 απαιτήσεις, οι οποίες μας λένε ουσιαστικά που πρέπει να αποβλέπει η υλοποίηση ενός συστήματος και όχι τον ακριβή τρόπο που αυτό μπορεί να επιτευχθεί. Ανήκουν σε δύο ενότητες στις κύριες και στις υποστηρικτικές διαδικασίες ποιότητας οι οποίες αναφέρονται παρακάτω και επικεντρώνουν την εφαρμογή τους στις υπηρεσίες υγείας

A. ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Ανασκόπηση συμβάσεων

Ο όρος «σύμβαση» χρησιμοποιείται με την ευρύτερη έννοια του όρου και αναφέρεται αυτονόητους δεοντολογικούς κανόνες που διέπουν τη σχέση των παρεχόντων υπηρεσιών υγείας με τους πολίτες.

Ο φορέας θα πρέπει:

1. να διατηρεί διαδικασίες για την εκτίμηση της επάρκειας της υποδομής και των πόρων.
2. Οι διαδικασίες θα πρέπει να αποσαφηνίζουν στους ασθενείς και τους συγγενείς τους όρους, το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις τους.
3. Οι διαδικασίες να σχετίζονται με την κλινική διαχείριση του ασθενή (π.χ ενημέρωση για τη θεραπεία, τους κινδύνους, τις παρενέργειες).

Έλεγχος σχεδιασμού

Η απαίτηση αυτή δεν αφορά τον σχεδιασμό των σχετικών διεργασιών. Αντίθετα, η απαίτηση θα πρέπει να εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου οι φορείς σχεδιάζουν υπηρεσίες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα πρωτογενούς έρευνας και κατόπιν πλήρους κλινικής αξιολόγησης υπό την ευθύνη τους.

Περιπτώσεις όπου η απαίτηση αυτή θα πρέπει να εφαρμόζεται είναι:

- Στο σχεδιασμό και διεξαγωγή εφαρμοσμένης έρευνας συναφούς με το αντικείμενο των υπηρεσιών που προσφέρονται,
- Στο σχεδιασμό κλινικών μελετών, από ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο
- Στο σχεδιασμό καινοτόμων υπηρεσιών

Προμήθειες

Οι προμήθειες αφορούν σε πάσης φύσης προϊόντα [όπως ιατροτεχνολογικά και ιατροφαρμακευτικά προϊόντα, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, λογισμικό, τρόφιμα και είδη ξενοδοχειακά είδη αλλά και σε υπηρεσίες όπως τεχνική υποστήριξη του εξοπλισμού, υπηρεσίες συμβούλων, υπηρεσίες απεικονιστικών και κλινικών εργαστηρίων, υπηρεσίες αποκατάστασης, υπηρεσίες τηλεματικής κλπ. Ο όρος «αγορές» επεκτείνεται ώστε να συμπεριλάβει και την προσφορά ζωτικών ιστών,

οργάνων και αίματος. Η απαίτηση αυτή του προτύπου, αποκτά επομένως ιδιαίτερα σημασία για τον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Έλεγχος προϊόντων που προμηθεύει ο πελάτης

Η απαίτηση αναφέρεται σε υλικά που παρέχονται από τους ασθενείς τα οποία θα πρέπει να διαφυλάσσονται από φθορές, απώλεια ή καταστροφή.

Τέτοιες περιπτώσεις αφορούν σε απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρικά σημειώματα για προηγούμενες θεραπείες ή άλλα προσωπικά στοιχεία που παρέχονται από τον ασθενή και πρόκειται να αποτελέσουν μέρος της βάσης των δεδομένων στην οποία θα στηριχθεί η διάγνωση και η θεραπευτική αγωγή ή αποκατάσταση.

Αφορούν επίσης δείγματα (ιστών, αίματος κλπ) τα οποία λαμβάνονται από τον ασθενή

Έλεγχος διεργασιών

Είναι σημαντικό οι διεργασίες στο νοσοκομείο να σχεδιάζονται κατά τρόπο ώστε να παρουσιάζουν συνέχεια στη φροντίδα και να συγκροτούν μια ενιαία υπηρεσία και όχι μεμονωμένες εργαστηριακές, τεχνικές, διοικητικές ή κλινικές διεργασίες που δεν διασυνδέονται. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να σχεδιάζονται οι μηχανισμοί παρακολούθησης της διαδικασίας. Ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας είναι διαρκείς δραστηριότητες που στοχεύουν να παρακολουθούν και να βελτιώνουν συνεχώς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της κάθε επιμέρους διαδικασίας.

Έλεγχος και Δοκιμές

Ο φορέας θα πρέπει να διατηρεί διαδικασίες που να εξασφαλίζουν ότι νέος εξοπλισμός ή υλικά και αναλώσιμα που είναι κρίσιμα για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού δεν θα χρησιμοποιούνται ή παραδίδονται σε κλινική χρήση, μέχρις ότου ελεγχθεί, δοκιμασθεί ή επαληθευθεί ότι συμμορφώνονται με καθορισμένες απαιτήσεις.

Έλεγχος μη συμμορφώσεων

Για έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, ο όρος «μη συμμόρφωση» μπορεί να αναφέρεται σε οποιοδήποτε αποτέλεσμα ή μέτρηση, που προκύπτει κατά τη παροχή της υπηρεσίας, ή την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας, το οποίο δεν ανταποκρίνεται στις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.

Παραδείγματα μη συμμορφούμενων υλικών και υπηρεσιών, μπορεί να είναι:

- αδυναμία εξυπηρέτησης ασθενών λόγω λίστας αναμονής
- ανεπάρκεια μέτρων ασφάλειας
- εξοπλισμός που λόγω βλάβης, ή παλαιότητας λειτουργεί εκτός των προδιαγραφών του
- ληγμένα τρόφιμα ή φάρμακα

Διορθωτικές ενέργειες και Προληπτικές ενέργειες

Η ανάγκη για διορθωτικές ενέργειες ανακύπτει από την εμφάνιση μιας μη συμμόρφωσης, παράπονο πελάτη ή παρόμοιο περιστατικό και εφαρμόζονται για να ελαττώσουν ή εξαλείψουν προβλήματα τα οποία έχουν προκύψει. Οι προληπτικές ενέργειες αφορούν στην ανάλυση του συστήματος χρησιμοποιώντας ιστορικά δεδομένα, καθώς και πληροφορίες για να προσδιοριστούν οι αιτίες πιθανών προβλημάτων και να εξαλειφθούν οι αιτίες μη συμμόρφωσης ή παραπόνων του πελάτη

Χειρισμός-Αποθήκευση- Συσκευασία-Παράδοση Προϊόντων

Αφορά τη διαχείριση, αποθήκευση, συσκευασία, συντήρηση και διανομή υλικών, τα οποία, με οποιοδήποτε τρόπο έχουν άμεση επίπτωση στην παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.

[Παραδείγματα τέτοιων διαδικασιών είναι:

- Συσκευασία, αποστείρωση, ταυτοποίηση και αποθήκευση αντικειμένων, όπως αυτών που σχετίζονται με τα χειρουργεία
- Διαχείριση και απόρριψη αιχμηρών και ραδιενεργών αντικειμένων
- Ναρκωτικές ουσίες

Εξυπηρέτηση

Οργανισμός πρέπει να καθιερώνει και να τηρεί τεκμηριωμένες διαδικασίες ώστε να εκτελεί να επαληθεύει και να αναφέρει ότι η εξυπηρέτηση ικανοποιεί τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις

[Παραδείγματα εφαρμογής της εξυπηρέτησης αποτελούν τα ακόλουθα :

- Τα νοσοκομεία στα προγράμματα οικιακής ιατρικής φροντίδας]
- Σχέδιο φροντίδας ασθενούς το οποίο περιλαμβάνει συνεχιζόμενη υποστήριξη και παροχή συμβουλών μετά την έξοδο του από τη νοσηλευτική μονάδα

B. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Ευθύνη της Διοίκησης

Στα πλαίσια της υπευθυνότητας της διοίκησης υπάρχουν τρεις κατηγορίες απαιτήσεων :

α) η πολιτική ποιότητας =καθορίζει τους γενικούς στόχους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων.

β) η οργάνωση = για την εξυπηρέτηση της απαίτησης αυτής, απαιτείται να προσδιορίζεται με σαφήνεια η οργανωτική δομή και να αποσαφηνίζεται η διοικητική ιεραρχία, η διασύνδεση μεταξύ λειτουργικών μονάδων [υπηρεσιών, τμημάτων, διοίκησης κ.λ.π.] και η αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον του φορέα [αρμόδιες αρχές, προμηθευτές, ασφαλιστικούς φορείς κ.λ.π.].

γ) η ανασκόπηση της διοίκησης= περιλαμβάνει την ανασκόπηση της πολιτικής, των προτεραιοτήτων, της κατανομής των πόρων αλλά και μια κριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, σε σχέση με τους προδιαγεγραμμένους στόχους. Η ανασκόπηση στηρίζεται στα ευρήματα των εσωτερικών επιθεωρήσεων καθώς και σε στοιχεία που προκύπτουν από την ανάλυση των δεικτών ποιότητας και των λοιπών αρχείων ποιότητας.

Σύστημα ποιότητας

Όλες οι διαδικασίες του συστήματος θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένες. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει και να εφαρμόζεται ένα Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας το οποίο θα κάνει αναφορά στις διαδικασίες του συστήματος για την ποιότητα και θα εκθέτει τη δομή της τεκμηρίωσης που χρησιμοποιείται στο σύστημα.

Έλεγχος εγγράφων

Ο φορέας θα πρέπει να εφαρμόζει τεκμηριωμένες διαδικασίες για τον έλεγχο όλων των εγγράφων και δεδομένων που σχετίζονται με το Σύστημα Ποιότητας. Παραδείγματα εγγράφων που θα πρέπει να ελέγχονται είναι το εγχειρίδιο ποιότητας, περιγραφή των διεργασιών, οδηγίες εργασίας, πρότυπα και πρωτόκολλα θεραπείας, πρωτόκολλα ελέγχου ποιότητας του εξοπλισμού, κατάλογος εγκεκριμένων προμηθευτών κλπ.

Αναγνώριση-Ιχνηλασιμότητα

Στον τομέα της υγείας, η απαίτηση αυτή αφορά στη δυνατότητα να ταυτοποιούνται και να ιχνηλατούνται πληροφορίες [διαγνωστικά αποτελέσματα, θεραπευτικές αγωγές, προϊόντα σχεδιασμού της θεραπείας, χρεώσεις, ιστορικό παρακολούθησης, μηχανήματα και υλικά κλπ.], που αφορούν σε κάθε ασθενή του φορέα στα πλαίσια της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένο ότι στοιχεία πληροφορίας που αφορούν έναν ασθενή δημιουργούνται σε διαφορετικά τμήματα ή υπηρεσίες του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι σημαντικό να σχεδιάζεται ενιαία ο ιατρικός φάκελος και να καθορίζεται η ροή της πληροφορίας.

Έλεγχος Εξοπλισμού Ελέγχων, Μετρήσεων και Δοκιμών

Εξοπλισμός που απαιτεί βαθμονόμηση είναι όλα τα όργανα και ιατρικά μηχανήματα. Οι απαιτήσεις για έλεγχο των μετρήσεων στοχεύουν να εξασφαλίσουν ότι ο εξοπλισμός μπορεί να επηρεάσει το τελικό προϊόν, είναι ο κατάλληλος, συντηρείται και βαθμονομείται, πριν από τη χρήση, σύμφωνα με περιγεγραμμένες διαδικασίες.

Κατάσταση Ελέγχων και Δοκιμών

Ο φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να καθορίζει στις δραστηριότητες, υλικά ή συνιστώσες τους, που απαιτούν τον προσδιορισμό της κατάστασης του ελέγχου και δοκιμών τους. Θα πρέπει επίσης να καθορίζει τυποποιημένη σήμανση της κατάστασης των ελέγχων που θα χρησιμοποιείται και θα αναγνωρίζεται από όλο το προσωπικό του φορέα [π.χ. σήμανση “ελέγχθηκε”, “εγκρίθηκε”, “επικυρώθηκε” κλπ].

Παραδείγματα διεργασιών που απαιτούν την αναγνώριση της κατάστασης ελέγχου και δοκιμών είναι νέα προγράμματα θεραπείας τα οποία βρίσκονται υπό αξιολόγηση, η παράδοση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού προς κλινική χρήση μετά από διορθωτική συντήρηση ή δανεισμό εκτός της μονάδας, η επιβεβαίωση της αποστείρωσης των συσκευασιών πριν την χρήση στο χειρουργείο.

Αρχεία ποιότητας

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

Εσωτερικές επιθεωρήσεις

Η εσωτερική επιθεώρηση ποιότητας στοχεύει να επιβεβαιώσει ότι το σύστημα και οι διαδικασίες του εφαρμόζονται όπως περιγράφονται στην τεκμηρίωση του συστήματος, επανεξετάζονται τακτικά και υλοποιούνται οι διορθωτικές ενέργειες όπου και όταν αυτό απαιτείται. Για το λόγο αυτό, τα αποτελέσματα των εσωτερικών επιθεωρήσεων ποιότητας αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα των στοιχείων που παρατίθενται κατά την ανασκόπηση του συστήματος από την διοίκηση.

Εκπαίδευση

Οι δεξιότητες, η επάρκεια και η γενικότερη παιδεία του προσωπικού σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα της παρεχόμενης προς στον ασθενή φροντίδας. Είναι συνεπώς απαραίτητο να προσδιορίζονται οι απαιτήσεις σε γνώσεις, δεξιότητες και αξίες των ειδικοτήτων αυτών που εξ' αντικειμένου έχουν ιδιαίτερη επίδραση στην ποιότητα.

Στατιστικές τεχνικές

Ο οργανισμός πρέπει να εντοπίσει τις ανάγκες σε τεχνικές στατιστικής που απαιτούνται για την καθιέρωση, τον έλεγχο και την επαλήθευση της ικανότητας της διεργασίας. Οι περιοχές στις οποίες οι στατιστικές τεχνικές είναι δυνατό να εφαρμοστούν περιλαμβάνουν :

- Ανάλυση ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών
- Προληπτικές ενέργειες
- Συλλογή και ανάλυση δεικτών ποιότητας
- Συλλογή και ανάλυση δεδομένων κλινικές δοκιμών

3.2.3 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ-ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ISO ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

1. Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
2. Η ιχνηλασιμότητα των διαδικασιών επιβεβαιώνει την εξέλιξη τους.
3. Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών.
4. Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση του λειτουργικού κόστους.
5. Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών (ασθενών, συγγενών, ταμείων κ.λ.π)
6. Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας.
7. Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση.
8. Η εκπαίδευση και η συνεργασία του προσωπικού αποτελεί κίνητρο προόδου.
9. Βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ευκολότερη ένταξη νέου προσωπικού.
10. Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και διαπραγματευτικής ικανότητας προς ασφαλιστικούς φορείς, Υπουργείο υγείας, προμηθευτές)
11. Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων.
12. Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων από τη λειτουργία των νοσοκομείων στο περιβάλλον.

Η πιστοποίηση κατά ISO 9001 είναι αρκετά διαδεδομένη στο χώρο της υγείας λόγω της εύκολης προσαρμοστικότητας του συστήματος. Παρόλα αυτά παρουσιάζει αδυναμίες οι οποίες είναι οι εξής:

1. Βασίζεται κυρίως στη τήρηση των διοικητικών διαδικασιών που υποστηρίζουν τη κλινική διακυβέρνηση, όμως δεν μπορεί να στηρίξει

άμεσα την καταλληλότητα των επιλεγμένων θεραπειών, ούτε την επιτυχή έκβαση για την υγεία των ασθενών.

2. Παρότι είναι πολύ καλά δομημένο εμπλέκει αρκετή γραφειοκρατία και απαιτεί επιπλέον προσωπικό.
3. Είναι χρονοβόρα και επίπονη η διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών διαχείρισης που χρησιμοποιεί το πρότυπο.
4. Το εγχειρίδιο καθορίζει τη περιγραφή των θέσεων εργασίας, γεγονός που δημιουργεί ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό.
5. Το πρότυπο είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας και να λειτουργήσει περιοριστικά, αν οργανισμός δεν προσαρμόσει τις κατευθυντήριες οδηγίες του προτύπου στις δικές του ανάγκες.
6. Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίησή του, ενώ απαιτεί συχνά αναδιοργάνωση της εταιρείας και πάντα εκπαίδευση του προσωπικού.

3.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ISO & EFQM

Τόσο το ISO 9001/2000, όσο και το EFQM αποτελούν αξιόπιστα συστήματα αξιολόγησης ενός οργανισμού τα οποία, όμως, παρουσιάζουν συγκεκριμένες διαφορές:

1. Η μεγαλύτερη διαφορά τους παρατηρείται ως προς τις διαδικασίες. Στο ISO 9001 δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο τρόπο με το οποίο πρέπει να διατυπωθούν οι διεργασίες και να επιμεριστούν σε διαδικασίες. Αντίθετα το EFQM δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στο τρόπο με τον οποίο συνδέονται οι διαδικασίες αυτές στη στρατηγική και στους στόχους της επιχείρησης και επικεντρώνεται στον έλεγχο αυτών. Γι' αυτό σαν συστήματα επιθεώρησης το ISO 9001/2000 και το EFQM έχουν διαφορετικούς στόχους και προοπτικές.
2. Το EFQM έχει σαν στόχο του την επιχειρηματική αριστεία λαμβάνοντας υπόψη τον ανταγωνισμό, ενώ το ISO 9001/2000 διαμορφώνει σχέδια εξέλιξης στηριζόμενο στο εσωτερικό του περιβάλλον.

3. Το EFQM αναγνωρίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία, ενώ το ISO 9001/2000 εντοπίζει τις μη-συμμορφώσεις.
4. Συντελεί στην σχεδίαση της βελτίωσης και της δυναμικής εξέλιξης, σε αντίθεση με το ISO 9001/2000 που συντηρείται στα ίδια επίπεδα.

Η πιστοποίηση βάσει του προτύπου ISO 9001/2000 αποτελεί το πρώτο βήμα ενός οργανισμού να γνωρίσει τις διαδικασίες και τα σημεία που επιδέχονται βελτίωση. Το EFQM είναι το δεύτερο στάδιο που οφείλει να ακολουθήσει μία επιχείρηση, προκειμένου να κατανοήσει τους τομείς και τον τρόπο που πρέπει ασχοληθεί, για να διεισδύσει στην κουλτούρα της διοίκησης ολικής ποιότητας. Η εδραίωση της νοοτροπίας οδηγεί στη συνέχεια στην αυτοαξιολόγηση των τμημάτων και τη διατμηματική σύγκριση η οποία μετράει την ωριμότητα της ποιότητας του οργανισμού και επηρεάζει τη δημιουργία δομημένων και προγραμματισμένων δραστηριοτήτων.

3.4 Οργανισμοί και Πρότυπα Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας στο Εξωτερικό και στην Ελλάδα

Μέθοδος διερεύνησης-αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι και η πιστοποίηση. Ως πιστοποίηση (accreditation) θεωρείται κάθε εξωτερική επιβεβαίωση της επαγγελματικής ικανότητας ενός οργανισμού.

Συστήματα πιστοποίησης για το χώρο της υγείας επεξεργάζονται τόσο εθνικοί φορείς πιστοποίησης, όσο και διεθνείς οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Παρόλο ότι ο σχετικός προβληματισμός αναφορικά με την Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, έχει ξεκινήσει εδώ και πολλές δεκαετίες, δεν ήταν παρά μόλις τη δεκαετία του 70 που άρχισε η συστηματική προσέγγιση στο θέμα με την εισαγωγή - από τον Devidas Donabedian - ενός γενικού πλαισίου που περιλάμβανε την υποδομή, τις διεργασίες και το αποτέλεσμα (Structure – Process – Outcome), μέσα στο οποίο μπορούσε να επιτευχθεί ένας

εκλογικευμένος φορμαλισμός στο αχανές αντικείμενο της ποιότητας στον χώρο αυτό.

Οι πρώτες προσπάθειες Διαπίστευσης φορέων παροχής υπηρεσιών Υγείας στη βάση Εθνικών προτύπων ποιότητας (Health Care Accreditation) ξεκίνησαν στις ΗΠΑ το 1951 από την επιτροπή Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) και αργότερα στον Καναδά το 1958 από το Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). Ακολούθησε η Αυστραλία το 1974, με την ίδρυση του Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) και η Ιαπωνία το 1990 με την Japan Hospital Quality Assurance Society (JHQAS).

Στην Ευρώπη, τα πρώτα δύο προγράμματα, το Healthcare Accreditation Program (HAP) και το Kings Fund Organisational Audit Program (KFOA), εισήχθησαν το 1990 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ακολούθησε η Ολλανδία, όπου η Διαπίστευση των υπηρεσιών έχει πλέον ξεκινήσει στη βάση των προτύπων PACE, ενώ στη Γαλλία, δημιουργήθηκε το 1997 το νέο συμβούλιο προτυποποίησης, η Agence Nationale d' Evaluation et Accreditation en Sante (ANAES). Μεγάλη κινητικότητα υπάρχει σε όλες τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, αλλά και στο Ισραήλ και την Νότιο Αφρική.

Η γενικευμένη μεταρρυθμιστική, εκσυγχρονιστική δραστηριότητα των συστημάτων υγείας των δυτικών χωρών, επικεντρώνεται στη Διασφάλιση της Ποιότητας τόσο του κλινικού περιεχομένου και της νοσοκομειακής φροντίδας όσο και της ίδιας της οργάνωσης των υπηρεσιών.

Η μεγαλύτερη εμπειρία σε θέματα προτύπων και διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας υπάρχει βέβαια στις ΗΠΑ.

Η JCAHO, έχει σήμερα συγκεντρώσει ένα μεγάλο αριθμό προτύπων που καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος λειτουργιών και κλινικών στη βάση των οποίων γίνεται η διαπίστευση των ιδρυμάτων. Τα τελευταία χρόνια έχει προβληθεί ιδιαίτερα η ανάγκη για συστηματική παρακολούθηση δεικτών επιδόσεων και έχει γίνει η εισαγωγή Συστημάτων Μέτρησης της Απόδοσης με στόχο την ενσωμάτωσή τους στη διαδικασία της διαπίστευσης. Τέτοια συστήματα θα

πρέπει να πληρούν μια σειρά κριτηρίων προκειμένου να είναι αποδεκτά από την JCAHO.

Στον Καναδά, οι υπηρεσίες Υγείας αξιολογούνται στη βάση εθνικών προτύπων που δημιουργούνται από το CCHSA. Τα πρότυπα αυτά αφορούν στις δομές, διεργασίες και το αποτέλεσμα και εστιάζουν στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα παροχής τους. Το πρόγραμμα αξιολόγησης, εφαρμόζεται σε εθελοντική βάση. Συμμετέχουν σ' αυτό περισσότερες από 1500 μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Το 1995, ξεκίνησε το πρόγραμμα CCAP (Client-centered Accrediation Program), με έμφαση στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας μέσα από την συστηματική παρακολούθηση δεικτών ποιότητας, ενώ οι βραχυπρόθεσμα το πρόγραμμα αποβλέπει στην αναγνώριση, αξιολόγηση και υιοθέτηση πρότυπων δεικτών, προς ενσωμάτωσή τους στο πρόγραμμα Αξιολόγησης των υπηρεσιών.

Στην **Αυστραλία** το ACHS έχει θεσπίσει μια σειρά 6 βασικών προτύπων για την ποιότητα στην Υγεία που καλύπτουν αντίστοιχα 6 βασικούς άξονες των οργανωτικών λειτουργιών που υποστηρίζουν την παροχή της φροντίδας. Τα πρότυπα αυτά αφορούν :

- στη συνέχεια της φροντίδας (Προσβασιμότητα, Προσπελασιμότητα, Αποτίμηση, Σχεδιασμός Φροντίδας, Παροχή της Φροντίδας, Αξιολόγηση, Διαχωρισμός, Περιφερειακή Διαχείριση)
- στη Διοίκηση και Διαχείριση
- στη Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού
- στη Διαχείριση Πληροφοριών
- στην Ασφάλεια και Προστασία του Περιβάλλοντος και
- στη Βελτίωση των Επιδόσεων.

Με αφετηρία το πρότυπο αυτό, το πρόγραμμα EquIP (Evaluation and Quality Improvement Program) αφορά στη δημιουργία σειράς κλινικών δεικτών για επιμέρους κλινικούς τομείς μέσα από μια συνεχή διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής. Παράλληλα, από κοινού οι Οργανισμοί Τυποποίησης της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, STANDARDS AUSTRALIA / STANDARDS

NEW ZEALAND, συγκρότησαν ομάδα η οποία επεξεργάστηκε και εξέδωσε προ διετίας κλαδικές οδηγίες για την εφαρμογή των προτύπων της σειράς ISO 9000 στην Υγεία.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, τα αναγνωρισμένα σε εθνικό επίπεδο πρότυπα ποιότητας εκπονούνται από την υπηρεσία HQS (Health Quality Service) του KFOA. Το πρόγραμμα διαπίστευσης των νοσοκομείων, Accreditation UK, καλύπτει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών και τύπων νοσηλευτικών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εσωτερική ή αυτοαξιολόγηση, σαν αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης των υπηρεσιών. Η εξωτερική αξιολόγηση γίνεται με βάση τα παραπάνω πρότυπα ποιότητας.

Στην **Ολλανδία**, η προσέγγιση που ακολουθήθηκε στην εκπόνηση των προτύπων PACE, ήταν η χρήση των προτύπων της σειράς ISO 9000 ως αφετηρία και η εξειδίκευσή τους στην υγεία. Προέκυψε έτσι μια σειρά από 6 πρότυπα διαδικασιών (process based standards) που αφορούν στις απαιτήσεις ποιότητας, την διατύπωση της πολιτικής ποιότητας, την οργανωτική δομή, την διατήρηση των πόρων και υλικών, τον έλεγχο των διεργασιών και την διατήρηση των γνώσεων και δεξιοτήτων.

Στην Ελλάδα ο εθνικός φορέας πιστοποίησης είναι ο ΕΛΟΤ ο οποίος είναι μέλος του International Standards Organization (ISO) και ελέγχει κατά πόσο ένα σύστημα διαχείρισης είναι συμβατό με το πρότυπο με το οποίο θα αξιολογηθεί ο οργανισμός. Οι φορείς πιστοποίησης στη Ελλάδα ελέγχονται από τον ΕΣΥΔ-Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης- ως προς την σωστή εφαρμογή καλής πρακτικής και προτύπων για την ακέραια διεξαγωγή της διαδικασίας πιστοποίησης.

Το πρότυπο ISO είναι αυτό που κυρίως χρησιμοποιείται από τους νοσοκομειακούς οργανισμούς για τη πιστοποίησή τους. Η χρήση του, όμως γίνεται σε περιορισμένη κλίμακα, όπως και αυτή του EFQM, καθώς το νομοθετικό πλαίσιο της Διασφάλισης και της Αξιολόγησης της Ποιότητας – εσωτερικής και εξωτερικής - των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται σε πολύ αρχικό στάδιο.

Στην Ευρώπη η συμμετοχή των κυβερνήσεων στα προγράμματα πιστοποίησης στην Ευρώπη μέχρι το 1995 ήταν μηδαμινή, καθώς δεν υπήρχε πουθενά νομικό πλαίσιο. Από το 1995 και μετά, παρατηρείται η δημιουργία των αναγκαίων δομών και νομοθεσίας στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης με αποτέλεσμα την έναρξη προγραμμάτων πιστοποίησης στις υπηρεσίες υγείας.

3.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΕΕΣΙΠ)

Η μελλοντική εφαρμογή ορισμένων πραγματοποιήσιμων συστατικών στοιχείων, θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα της εργασίας στην ΕΕ και θα βοηθήσει τους εργαζομένους στους κλάδους ιατρικής περίθαλψης να εγκαταλείψουν το παρελθόν και να κινηθούν από νέες κατευθύνσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας.

Στην καρδιά κάθε προσέγγισης για Κοινοτική εξασφάλιση ποιότητας, υπάρχει το έργο βελτίωσης της ποιότητας στην φροντίδα αρρώστων. Ο σκοπός είναι να επισημάνουμε τομείς-κλειδιά και ρόλους στη αποτελεσματική εξασφάλιση ποιότητας σε ένα ΕΕΣΙΠ, όπως:

- Κοινοτικές και Εθνικές Επιτροπές Διασφάλισης Ποιότητας (ΔΠ).
- Διαμόρφωση και εφαρμογή Νοσοκομειακών Εγχειριδίων, Πολιτικής και Διαδικασιών.
- Προσδιορισμός Προβλημάτων.
- Περισυλλογή Δεδομένων.
- Αναθεώρηση από Επιτροπή Ομολόγων (Peer Review)
- Διαχείριση Κινδύνων.
- Ταξινόμηση Αρρώστων (Patient Classification).
- Προγραμματισμός Εξιτηρίων (Discharge Planning).

Καθήκον της διασφάλισης ποιότητας σε ένα ΕΕΣΙΠ είναι ο προσδιορισμός προβλημάτων, βασισμένος στα μηνιαία αποτελέσματα ελέγχων, στις στατιστικές από αναφορές νοσοκομειακών συμβάντων, στα κριτήρια ελέγχου σημαντικών συμβάντων, στις τριμηνιαίες ανασκοπήσεις των ερωτηματολογίων αρρώστων και στις παρατηρήσεις του ιατρικού προσωπικού, των εργαζομένων στο σύστημα υγείας και των νοσοκομειακών επιτροπών. Η διασφάλιση ποιότητας σε ένα ΕΕΣΙΠ παρέχει προτεραιότητα σε προβλήματα που άπτονται περισσότερο στην φροντίδα των αρρώστων και παραπέμπει τα προσδιορισμένα προβλήματα στην αντίστοιχη βαθμίδα, νοσοκομειακό τμήμα ή διοικητική επιτροπή για τις ανάλογες ενέργειες.

Σε ένα ΕΕΣΙΠ, ο καθορισμός των εγχειριδίων θα εξασφαλίσει τυποποιημένες οδηγίες λειτουργίας και θα προβάλλει στους εργαζομένους καθαρή και καταληπτή εικόνα της φιλοσοφίας και των σκοπών της ΕΕ. Το Σύστημα Υγείας της ΕΕ, είναι ανοικτό σε νέες μεθόδους και αλλαγές, θα πρέπει να έχει υπό τον έλεγχό του την εφαρμογή αυτών.

Πολιτική που αποσκοπεί σε κάποιο αποτέλεσμα δεν εφαρμόζεται τυχαία. Είναι το αποτέλεσμα προσεκτικού σχεδιασμού και συστηματικής ανάλυσης των αναγκών σε σχέση με την απόδοση εργασίας ή την περίθαλψη ασθενών. Κάθε πολιτική θα πρέπει να είναι γραμμένη με σαφήνεια, μεταδίδοντας ακριβώς τις έννοιες, ώστε να αποτρέπονται πολιτιστικές (Cultural) και ατομικές ερμηνείες. Η πολιτική θα πρέπει να αναθεωρείται για να αντιμετωπίσει νέες ή μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Μία γενική πολιτική έχει συνήθως μεγάλο εύρος και οδηγεί, παρά κατευθύνει. Μία συγκεκριμένη πολιτική υποχρεώνει σε ακριβή συμμόρφωση. Η γραπτή πολιτική γίνεται το αποδεκτό σημείο αναφοράς. Δηλώνει την επίσημη θέση του συστήματος υγείας της ΕΕ ως προς τις επιδιώξεις και τις εφαρμογές.

Ο τελικός στόχος είναι να καθορίσουμε, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, και να προβλέψουμε μία Κοινοτική διαδικασία φροντίδων ανάλογη προς τις ανάγκες του άρρωστου, με μεγάλη επιρροή, αξιολογώντας

τις επιδόσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας. Ο καθορισμός των βαθμίδων των επιδόσεων εστιάζεται :

1. Στην φύση των παρεχόμενων στον άρρωστο φροντίδων

- **Καταλληλότητα:** Ο βαθμός κατά τον οποίον η περίθαλψη και παρέμβαση στον άρρωστο αρμόζει στις κλινικές του ανάγκες.
- **Αποδοτικότητα:** Εάν η περίθαλψη και παρέμβαση στον άρρωστο δείχνει να έχει την επιθυμητή έκβαση.
- **Αποτελεσματικότητα:** Ο βαθμός κατά τον οποίο η περίθαλψη και παρέμβαση στον άρρωστο γίνεται με τον σωστό τρόπο για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
- **Χρονικότητα:** Η στιγμή κατά την οποία η περίθαλψη και παρέμβαση παρέχεται την στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή αναγκαία για τον άρρωστο.

2. Στον τρόπο της παρεχομένης στον ασθενή περίθαλψης

- **Φροντίδα και Σεβασμός:** Ο βαθμός κατά τον οποίον ο άρρωστος λαμβάνει μέρος στη λήψη αποφάσεων για την δική του περίθαλψη και ο βαθμός κατά τον οποίον οι αρμόδιοι των υπηρεσιών εκτελούν το έργο τους με ευαισθησία και σεβασμό προς τις ανάγκες, προσδοκίες και τις ιδιαιτερότητες του άρρωστου.
- **Διαθεσιμότητα:** Ο βαθμός κατά τον οποίον η κατάλληλη περίθαλψη και παρέμβαση είναι διαθέσιμη για τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου άρρωστου.
- **Συνοχή:** Ο βαθμός κατά τον οποίο η περίθαλψη και παρέμβαση στον άρρωστο συντονίζεται μεταξύ των γιατρών, των οργανισμών και καθ' όλη την χρονική της διάρκεια.
- **Αποδοτικότητα:** Ο λόγος των αποτελεσμάτων (αποτελέσματα περίθαλψης) του άρρωστου ως προς τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της περίθαλψης.
- **Ασφάλεια:** Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων στον χώρο παροχής φροντίδων για τον άρρωστο ή τον δότη.

Οι τομείς που εστιάζονται στην ανάγκη βελτίωσης της πολιτισμικής συνοχής στην ΕΕ περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Τηλεϊατρική:** Η τυποποίηση της ορολογίας στα Ιατρικά Αρχεία και την τεκμηρίωση είναι αναγκαία για την διευκόλυνση και διασφάλιση των κλινικών στοιχείων του άρρωστου κατά τις μετακινήσεις του εντός της ΕΕ.
- **Πρώθηση Μεταμοσχεύσεων:** Σε ορισμένες περιοχές της ΕΕ, όπου ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων είναι εξαιρετικά υψηλός, ενώ η προσπάθεια πρώιμης μεταμοσχεύσεων είναι ουσιώδης, το αποτέλεσμα είναι μικρό.
- **Έλεγχος Ιατρικών Φακέλων:** Η αντίληψη για τη σημασία ελέγχου (perceived control) διαφέρει από χώρα σε χώρα και θα μπορούσε να επιφέρει βελτίωση στην τήρηση των διαδικασιών των φακέλων.
- **Νοσηρότητα και Θνησιμότητα:** Ο θάνατος δεν είναι κάτι που συμβαίνει σπάνια στους χώρους παροχής ιατρικών φροντίδων, εντούτοις παραμένει ένα πολύ ευαίσθητο θέμα ανάμεσα στους εργαζόμενους σ' αυτούς. Βαθιές παραδόσεις μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επιρροή στους επαγγελματίες απ'ότι η μόρφωση ή η γενική παιδεία τους.
- **Κηδεύα και Μεταθανάτιες Τελετές:** Όλες οι κοινωνίες έχουν νεκρώσιμα έθιμα συνδεδεμένα με την φροντίδα και διάθεση του νεκρού σώματος και με την αναμενόμενη συμπεριφορά των εναπομεινόντων. Ο καθιέρωση από την ΕΕ κανόνων ενταφιασμού, αποτέφρωσης, ή κάποιου είδους υγιεινής διάθεσης των νεκρών, θα εξυπηρετούσε θετικά πολλούς σκοπούς.
- **Φύλο:** Οι θεμελιώδεις πολιτισμικές αξίες είναι πολύ ισχυρές και, φυσικά, η κοινωνία μέσα στην οποία μεγαλώνει κάποιος, διαμορφώνει τις πεποιθήσεις του, τις αξίες και τα πρότυπά του. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές δυνάμεις επιδρούν επίσης και στον ρόλο των επαγγελματιών. Ένας άρρωστος μπορεί να προτιμά η περίθαλψη να του παρέχεται από άντρα, ενώ ορισμένοι άντρες επαγγελματίες δεν αρέσκονται καθόλου στην σκέψη, και συναντούν δυσκολίες, όταν αντιμετωπίζουν την συνεργασία με ομολόγους τους του αντίθετου φύλλου.

Θα ήταν πολύ χρήσιμο η εφαρμογή παγκόσμιων δεικτών στην ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας. Τα αμερικανικά εγχειρίδια διασφάλισης ποιότητας είναι κατάλληλα και πλήρως εφαρμόσιμα στις σημερινές νοσοκομειακές ανάγκες, προσφέροντας στη διοίκηση αδιάκοπη σειρά εναλλακτικών προσεγγίσεων και εξειδικευμένων οδηγιών για την βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης, σύμφωνα με τις συνεχείς μεταβολές στο σύστημα παροχής των ιατρικών φροντίδων. Μεταφράσεις και εφαρμογή τέτοιου υλικού δεν μπορεί να γίνουν απ'ευθείας σε όλα τα Κοινοτικά Συστήματα Υγείας.

Μία συνολική Κοινοτική εσωτερική πειθαρχία (total EU interdisciplinary view) θα έχει ως κατάληξη τον περιορισμό της ποιότητας μόνο σε άρρωστους που αντέχουν να πληρώσουν ιδιωτική περίθαλψη, καθώς υπάρχουν οικονομικές διαβαθμίσεις μεταξύ των κρατών. Η ΕΕ και οι Εθνικές Κυβερνήσεις οφείλουν να αναλάβουν αυστηρές δεσμεύσεις προς τον σχεδιασμό μεθόδων διαρκούς βελτίωσης, απαιτώντας συστηματική αναθεώρηση στην εξεύρεση προβλημάτων και αναγνώριση ευκαιριών για βελτίωση.

Σημαντικά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση έχει διαπράξει η Βρετανία. Στην μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, κεντρική θέση στην σημερινή πολιτική υγείας που εφαρμόζει κατέχει η ποιότητα όπου εισάγει τη κλινική διακυβέρνηση, ως εργαλείο συντονισμού και οργάνωσης, με στόχο να επιλύει τα προβλήματα στους τομείς που αυτά εντοπίζονται, ενώ δίνει επίσης σε όλους τους οργανισμούς φροντίδας υγείας τη θεσμική υποχρέωση να αναζητούν τη βελτίωση της ποιότητας.

Η κλινική διακυβέρνηση έχει στόχο να διασφαλίσει τα κάτωθι:

1. Διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας είναι σε λειτουργία και ολοκληρώνονται σε ένα πρόγραμμα ποιότητας για το σύνολο του οργανισμού.
2. Δεξιότητες ηγετικές έχουν αναπτυχθεί στο επίπεδο της κλινικής ομάδας
3. Η τεκμηριωμένη άσκηση είναι σε καθημερινή χρήση με την κατάλληλη υποδομή υποστήριξης.

4. Οι ιδέες και οι καινοτομίες μετά από αξιολόγησή τους διαδίδονται με συστηματικό τρόπο μέσα και έξω από τον οργανισμό.
5. Προγράμματα μείωσης του κλινικού κινδύνου υψηλών προδιαγραφών έχουν τεθεί σε ισχύ.
6. Εντοπισμός ανεπιθύμητων ενεργειών και αποτελεσμάτων και εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών μέσα από την αποκτηθείσα γνώση.
7. Συστηματικά λαμβάνεται γνώση για την κλινική πράξη από τα παράπονα των ασθενών.
8. Προβλήματα χαμηλής κλινικής λειτουργίας αναγνωρίζονται σε ένα πρώιμο στάδιο και αντιμετωπίζονται για να προληφθούν βλάβες στους ασθενείς.
9. Τα προγράμματα ανάπτυξης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας είναι αντίστοιχα της πολιτικής ποιότητας που εφαρμόζονται στις κλινικές.
10. Τα στοιχεία ποιότητας που συλλέγονται για την παρακολούθηση της κλινικής φροντίδας (δείκτες θνησιμότητας, χρόνος παραμονής, συχνότητα παθήσεων, ημερήσιος αριθμός εξιτηρίων κ.λ.π) είναι υψηλών προδιαγραφών.

Είναι εμφανές ότι, για να συμμετάσχουν αποτελεσματικά και σημαντικά σε δραστηριότητες που αφορούν στην ποιότητα, η ΕΕ, οι Εθνικές Κυβερνήσεις και οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να δεσμευτούν πλήρως με την έννοια και την φιλοσοφία της ποιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 3^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- (1) www.elot.gr Οδηγίες για Νοσοκομεία.
- (2) Ε.Ε.Δ.Ε, “ Πληροφοριακό έντυπο για τα επίπεδα αναγνώρισης της επιχειρηματικής αριστείας –EFQM” 2003.
- (3) EFQM “Assessor Scorebook” 1999.
- (4) Johannes Moeller and Anne Katharina Sonntag, “Evaluation of health services organizations, The TQM Magazine, Vol 13, No 5, 2001, pp 361-366.
- (5) Johannes Moeller, Jochen Breinlinger-O’Reilly and John Elser, “Quality management in German health care – the EFQM Excellence Model”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 6, 2000, pp 254-258.
- (6) Sue Jackson “Exploring the possible reasons when the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance of Health” International journal of Health Care Quality Assurance, Vol 12, No 6, 1999, pp 244-253.
- (7) www.iso.org
- (8) Λαγοδήμος Αθανάσιος, “ Σημειώσεις για τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας”.
- (9) Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο “Ομιλία για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ΩΚΚ και τη Πιστοποίηση κατά ISO 9001:2000”, 2004.
- (10) Vijo Rissanen, “Quality system based on the standard SFS – EN ISO 9002 in Kuopio University Hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 6, 2000, pp 266-272.
- (11) Stanislav Karapetrovic and Walter Willborn, “Audit and self-assessment in quality management: comparison and compatibility”, Managerial Auditing Journal, Vol 16, No 6, 2001, pp 366-377.
- (12) Anthony Staines “ Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No1, 2000,pp 27-33
- (13) A van der Wiele, B.G. Dale, A.R.T Williams, „ISO 9000 series registration to total quality management, the transformation journey”, International Journal of Quality Science, Vol 2, No 4, April 1997, pp 236-252.

- (14) Τικ-Τακ (περιοδική έκδοση Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο), Τεύχος 23, Οκτώβριος 2004.
- (15) Ασημακοπούλου Ημερ, “Ενιαίο Ευρωπαϊκό Σύστημα Ιατρικής Περίθαλψης και Αποτελεσματικής Διαχείρισης Ποιότητας”, Ομιλία ΩΚΚ για το Πρόγραμμα : Cultural, Innovation and Economic Development, Γερμανία 1999.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τα εργαλεία ποιότητας είναι καθοριστικά για την επιτυχή λειτουργία της διοίκησης ολικής ποιότητας. Τα εργαλεία ποιότητας διαχωρίζονται σε ποσοτικά ως εργαλεία μέτρησης και σε ποιοτικά ως εργαλεία σχεδίασης. Τα εργαλεία μέτρησης καταγράφουν τα αποτελέσματα των διαδικασιών, μέσω της αντικειμενική ανάλυσης δεδομένων. Τα εργαλεία σχεδίασης αναφέρονται στο τρόπο εφαρμογής της ποιότητας στοχεύοντας στην βελτίωση των διαδικασιών.

Έρευνα απέδειξε ότι τα ποσοτικά εργαλεία χρησιμοποιούνται περισσότερο από επιχειρήσεις που είναι ήδη πετυχημένες, καθώς έχει αποδειχθεί το όφελος που επιφέρει η χρήση τους. Αντίθετα οι επιχειρήσεις που ακολουθούν φθίνουσα πορεία χρησιμοποιούν λιγότερο τα ποσοτικά εργαλεία και αυτό οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού.

Τα ποσοτικά εργαλεία είναι : τα διαγράμματα ελέγχου (control charts), τα διαγράμματα διασποράς (scatter diagrams), Pareto charts, η δειγματοληψία, τα ιστογράμματα.

4.1 ΤΑ 7 ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

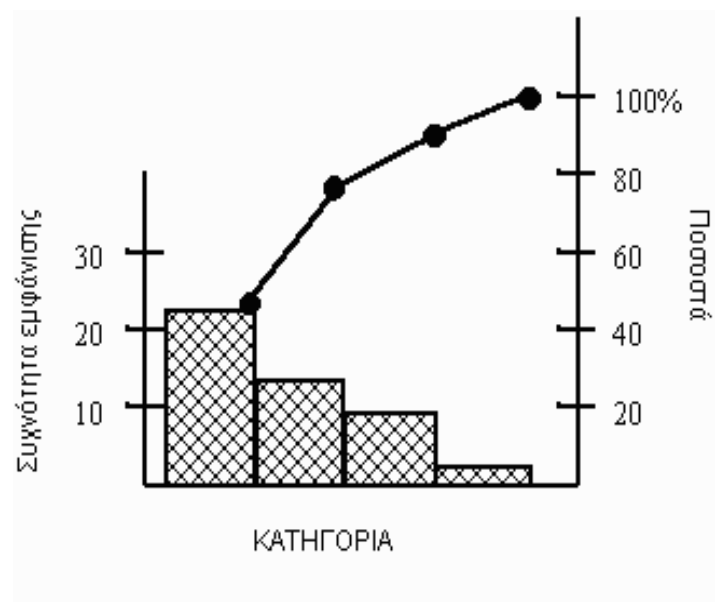
4.1.1 Διάγραμμα Pareto

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

Ο κανόνας Pareto 20/80 υποστηρίζει ότι χονδρικά το 20% των αιτιών είναι υπεύθυνο για το 80% των αποτελεσμάτων. Επομένως επικεντρώνοντας τη προσοχή μας στο 20% των αιτιών, έχουμε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, μια και αυτές είναι και υπεύθυνες για το 80% των αποτελεσμάτων.

Πιο συγκεκριμένα το διάγραμμα Pareto:

1. Επικεντρώνεται στα πιο κρίσιμα θέματα κατηγοριοποιώντας τα με βάση τη σπουδαιότητα τους και τη συχνότητα εμφάνισέως τους.
2. Θέτει σε προτεραιότητα τα προβλήματα ή τις αιτίες έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η επίλυση τους.
3. Αναλύει τα προβλήματα ή τις αιτίες για διαφορετικές κατηγορίες δεδομένων.
4. Αναλύει την επιρροή των αλλαγών πριν και μετά την εμφάνισή τους



Γράφημα 4.1. Διάγραμμα Pareto

4.1.2. Φύλλο Ελέγχου

Η λειτουργία του φύλλου ελέγχου είναι η συλλογή δεδομένων και η κατηγοριοποίηση αυτών. Εφαρμόζεται στις παραγωγικές διαδικασίες, όπου καταγράφεται ο τύπος του προβλήματος και ο παρατηρούμενος αριθμός ανά κατηγορία.

Απαραίτητη είναι η σωστή καταγραφή των προβλημάτων από το αρμόδιο προσωπικό. Τα φύλλα ελέγχου μπορεί να είναι σε μορφή πίνακα ή σε μορφή γραφήματος.

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ένα φύλλο ελέγχου για τη συλλογή δεδομένων χειρουργικού τμήματος και την εξέλιξη των χειρουργείων.

Πίνακας 4.1. Φύλλο ελέγχου

ΦΥΛΛΟ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΗΜ/ΝΙΑ
 ΠΡΟΓΡΑΜ/ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ
 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΤΥΠΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Πέμπτη	Παρασκευή	Σαβ/Κυρ	ΣΥΝΟΛΟ
Έκτακτα χειρουργεία			X	XX			3
Αναβολές Χειρουργείων	X	X			XXX	X	6
Επιπλοκές			XX				2
Θάνατοι						XX	2
ΣΥΝΟΛΟ							13

4.1.3. Διάγραμμα Αιτίας και Αποτελέσματος

Το διάγραμμα αυτό ονομάζεται επίσης διάγραμμα Ishikawa (ή διάγραμμα φαροκόκαλο) και συνδέει τις αιτίες ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1943 σε μία βιομηχανία για την επίλυση ενός προβλήματος ποιότητας.

Αρχικά περιγράφονται οι τύποι των βασικών αιτιών που πιθανόν δημιουργούν το πρόβλημα και στη συνέχεια διεισδύουμε σε κάθε μία ξεχωριστά για να την εξετάσουμε λεπτομερώς και να εντοπίσουμε συμπληρωματικές αιτίες σε κάθε κλάδο κύριας αιτίας, όπως ακριβώς μας δείχνει το παρακάτω γράφημα.

Οι βασικές αιτίες που συνθέτουν ένα πρόβλημα είναι συνήθως επτά:

Ο τρόπος διαχείρισης= Αν η διοίκηση παρέχει επαρκή πληροφόρηση, στήριξη και μέσα για την βελτίωση των διαδικασιών.

Ο ανθρώπινος παράγοντας= Αν οι εργαζόμενοι έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, κίνητρα και εμπειρία.

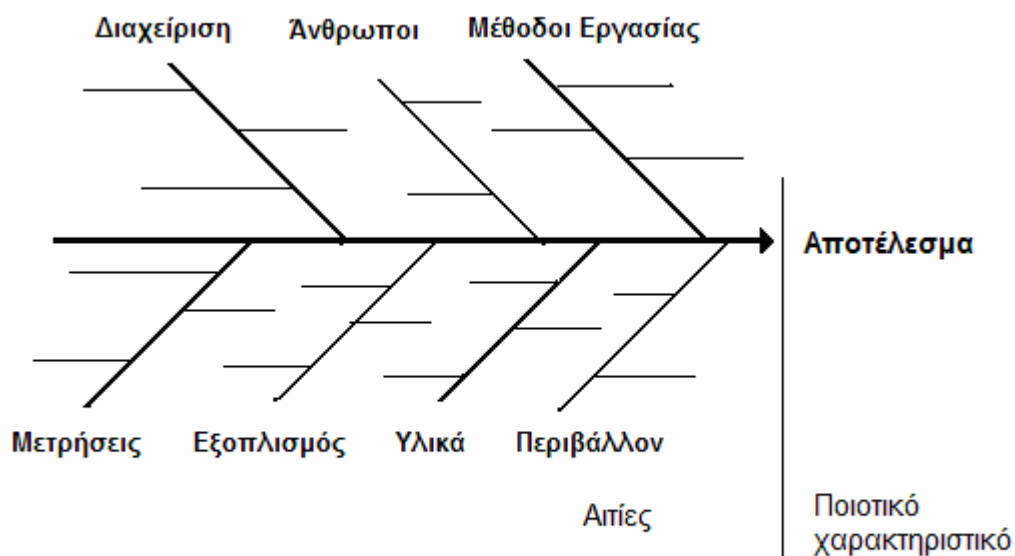
Μέθοδοι εργασίας= Αν χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες τεχνικές στην διαμόρφωση των διαδικασιών και αν αυτές μπορούν να ελεγχθούν.

Μετρήσεις= Τρόποι μέτρησης, αν ελέγχονται οι συσκευές μετρήσεις κ.λ.π

Εξοπλισμός= Αν υπάρχει η ανάλογη συντήρηση των μηχανημάτων.

Υλικά= αν ο προμηθευτής καλύπτει τις ποιοτικές προδιαγραφές που απαιτούνται.

Περιβάλλον= Αν το περιβάλλον επηρεάζει το αποτέλεσμα.



Γράφημα 4.2. Διάγραμμα Απίας-Αποτελέσματος

4.1.4 Διαγράμματα ροής

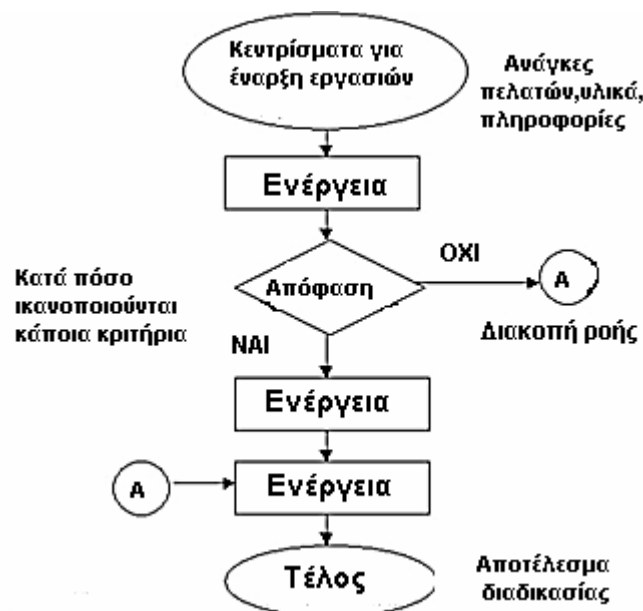
Για να είναι δυνατή η διαχείριση και μελλοντική βελτίωση κάποιας δραστηριότητας είναι βέβαια αναγκαίο να είναι ξεκάθαρος ο τρόπος με τον οποίο αυτή λειτουργεί σήμερα. Η περιγραφή της δραστηριότητας σε μορφή διαγράμματος ροής παρέχει ένα μόνιμο αρχείο για όλες τις ενέργειες που γίνονται για τη διεκπεραίωση μιας δραστηριότητας και βοηθά στον εντοπισμό διαφόρων προβλημάτων (π.χ. πολλές αχρείαστες ενέργειες). Πέραν αυτών, η καταγραφή της δραστηριότητας σε τέτοια μορφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως

εκπαιδευτικό εργαλείο για την πλήρη κατανόηση της δραστηριότητας από όλο το προσωπικό ή από νεοεισερχόμενους υπαλλήλους.

Ένα διάγραμμα ροής μπορεί να περιλαμβάνει μόνο τις πολύ σημαντικές ενέργειες που γίνονται για τη διεκπεραίωση της δραστηριότητας ή μπορεί να περιλαμβάνει πολλές λεπτομέρειες . Όσο πιο πολλές λεπτομέρειες περιλαμβάνει ένα διάγραμμα, τόσο πιο εύκολος γίνεται ο εντοπισμός τυχόν προβληματικών περιοχών και αχρείαστων ενεργειών. Για τη δημιουργία ενός διαγράμματος ροής είναι απαραίτητες οι πιο κάτω ενέργειες:

- Καθορισμός των ορίων της δραστηριότητας (αρχικά inputs και τελικά outputs)
- Καθορισμός των εργασιών, σημαντικών αποφάσεων και πληροφοριών που χρειάζονται για τη διεκπεραίωση της δραστηριότητας
- Καταγραφή των πιο πάνω εργασιών σύμφωνα με τη σειρά που γίνονται στο χρόνο.

Το διάγραμμα ροής αποτελείται από συγκεκριμένα σχήματα, το καθένα από τα οποία έχει διαφορετική σημασία. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται ένα απλό διάγραμμα ροής ενώ μέσα στο κάθε σχήμα φαίνεται η σημασία του καθενός από αυτά.

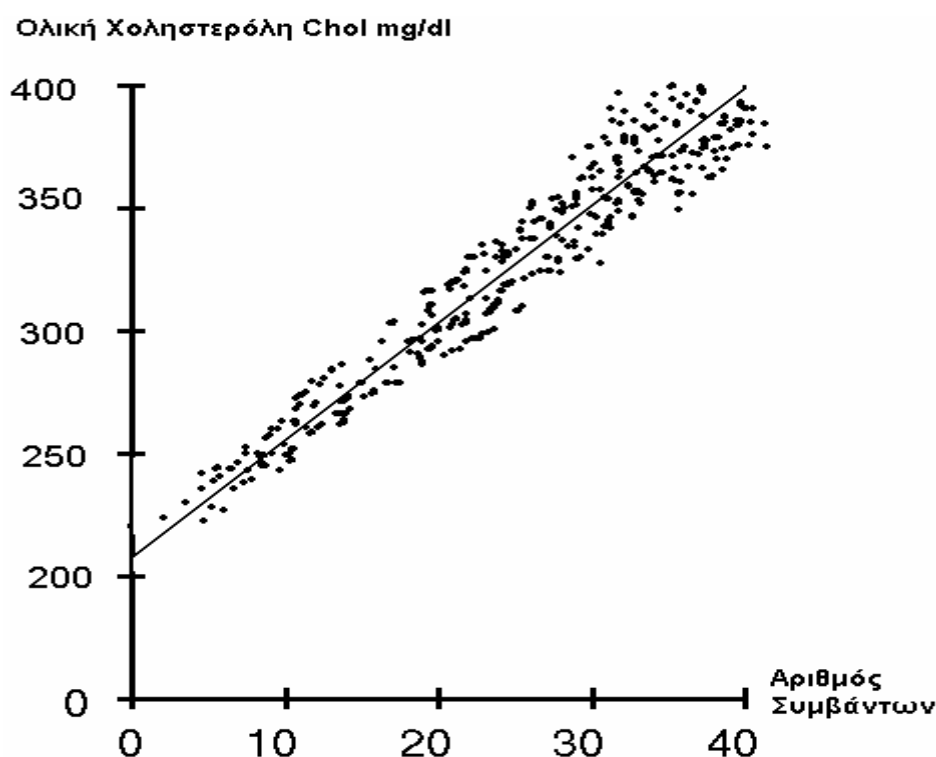


Γράφημα 4.3. Διάγραμμα ροής

Στη συνέχεια επιβεβαιώνουμε τη δημιουργία του διαγράμματος ρωτώντας άλλους που γνωρίζουν εξίσου καλά τη δραστηριότητα που περιγράφεται. Μετά την τελειοποίηση του διαγράμματος ροής, είναι πολύ εύκολο να εντοπιστούν τυχόν σημεία προς βελτίωση στη διεκπεραίωση της δραστηριότητας. Η καταγραφή των δραστηριοτήτων μας στα πλαίσια ενός συστήματος ποιότητας, όπως του ISO 9000:2000, θα αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

4.1.5. Διαγράμματα διασποράς

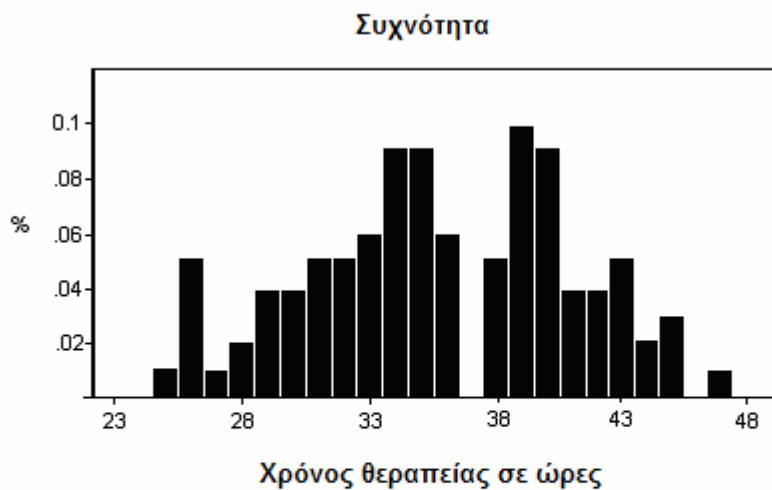
Τα διαγράμματα διασποράς διερευνούν κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών και πόσο ισχυρή είναι αυτή, θετικά ή αρνητικά. Οι μεταβλητές που αναλύονται στα διαγράμματα διασποράς είναι πολλές φορές, οι αιτίες που προσδιορίστηκαν στο διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος. Παρακάτω εμφανίζεται το διάγραμμα διασποράς που δείχνει την σχέση μεταξύ των τιμών της ολικής χοληστερόλης –CHOL και του αριθμού των συμβάντων (εγκεφαλικά, εμφράγματα κλπ.) σε παρακολουθούμενους ασθενείς.



Γράφημα 4.4. Διάγραμμα διασποράς.

4.1.6. Ιστόγραμμα

Το ιστόγραμμα παρουσιάζει την απόκλιση των δεδομένων μίας χρονικής περιόδου. Τα δεδομένα είναι χωρισμένα σε κατηγορίες, ενώ εμφανίζονται η συχνότητα ή ο αριθμός των παρατηρήσεων μιας συγκεκριμένης τιμής. Με αυτό τον τρόπο παρατηρούμε την κατανομή των δεδομένων. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής κανονικότητα στα δεδομένα, όπως παρατηρούμε στο παρακάτω γράφημα, τότε αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι η διαδικασία επηρεάζεται από κάποιους παράγοντες και επιδέχεται βελτίωση.



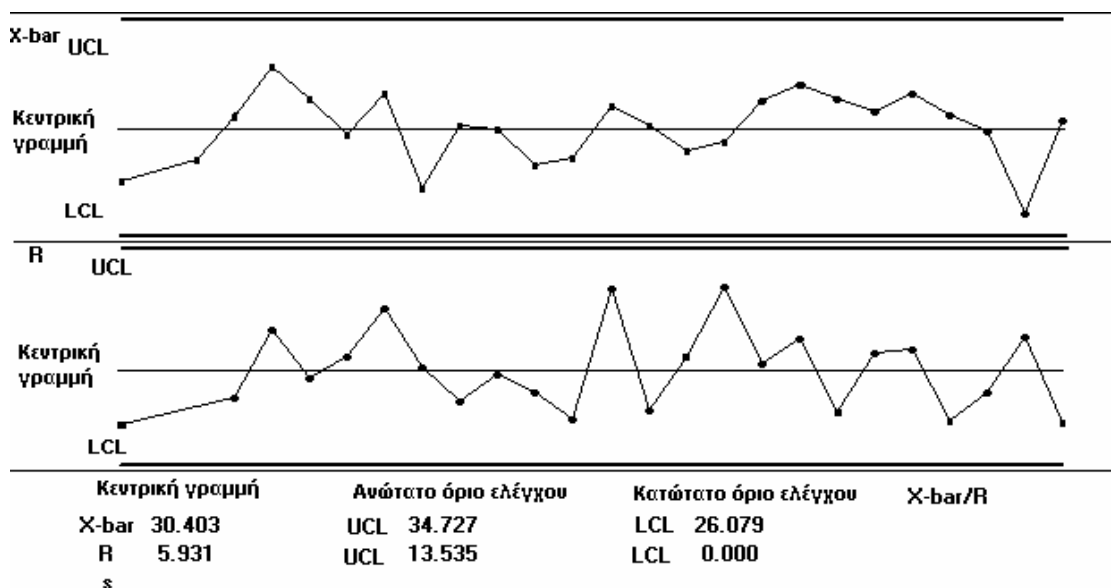
Γράφημα 4.5 Ιστόγραμμα

4.1.7. Διαγράμματα ελέγχου

Το διάγραμμα ελέγχου παρουσιάζει τη μεταβλητότητα μίας διαδικασίας στη διάρκεια του χρόνου. Τα διαγράμματα αυτά βασίζονται στη κανονική κατανομή και έχουν ανώτατα και κατώτατα όρια ελέγχου. Η διακύμανση της διαδικασίας ορίζεται ως απόκλιση. Οι αποκλίσεις είναι δύο ειδών: οι ειδικές αποκλίσεις (special causes), που εντοπίζονται εκτός των ανώτατων και κατώτατων ορίων και οι συνήθεις αποκλίσεις (common causes), που εντοπίζονται πάνω ή κάτω από τη μέση τιμή.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες δεδομένων που καθορίζουν το είδος του διαγράμματος ελέγχου: τα δεδομένα των χαρακτηριστικών και τα δεδομένα των μεταβλητών. Η πρώτη κατηγορία ασχολείται με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μίας διαδικασίας, όπως ο αριθμός εξιτηρίων μίας κλινικής, ενώ η δεύτερη ασχολείται με μετρήσιμα στοιχεία όπως η θερμοκρασία, η οξύτητα, ο χρόνος, η πίεση κ.λ.π.

Ως πίνακας μεταβλητών θεωρούνται το διάγραμμα ελέγχου του δείγματος (X-bar chart) και το διάγραμμα ελέγχου του εύρους (R-bar). Το X-bar μας παρουσιάζει τη μέση τιμή των δειγμάτων, ενώ το R-bar παρουσιάζει τη μέση τιμή όσον αφορά το εύρος των δεδομένων για κάθε δείγμα.



Γράφημα 4.6. Διάγραμμα ελέγχου.

4.2 Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας

4.2.1 Ιδεοθύελλα (Brainstorming)

Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται για τη δημιουργία περισσότερων ιδεών. Το βασικό του πλεονέκτημα είναι η εξαγωγή πληθώρας ιδεών μέσα σε πολύ λίγο χρόνο, συνήθως στη διάρκεια ομαδικών εργασιών. Τα μέλη της ομάδας

προτείνουν αυθόρμητα και ελεύθερα τις ιδέες τους αναφορικά με το υπό συζήτηση θέμα και οι ιδέες καταγράφονται και αξιολογούνται σε κατοπινό στάδιο. Η εισήγηση των ιδεών μπορεί να γίνεται γραπτά ή προφορικά.

Η ιδεοθύελλα (brainstorming) μπορεί να εφαρμοστεί μέσα από δύο διαφορετικές προσεγγίσεις:

1. Με δομημένο τρόπο, όπου τα μέλη της ομάδας λένε τις ιδέες τους με τη σειρά.
2. Με ελεύθερο τρόπο, όπου τα μέλη της ομάδας λένε μια ιδέα μόλις τους έρχεται στο μυαλό, χωρίς να περιμένουν σειρά.

Ανεξάρτητα με τον τρόπο που εφαρμόζεται το εργαλείο (με δομημένο ή ελεύθερο τρόπο), ο συντονιστής της ομάδας καταγράφει όλες τις ιδέες, ακριβώς όπως λέχθηκαν από το μέλος της ομάδας, χωρίς να τις ερμηνεύει ή να τις παραφράζει. Οι ιδέες δεν σχολιάζονται από τα άλλα μέλη της ομάδας ή από το συντονιστή, ούτε συζητείται το περιεχόμενό τους. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, στόχος του εργαλείου αυτού είναι η ποσότητα και όχι η ποιότητα, η συλλογή δηλαδή όσο το δυνατό περισσότερων ιδεών σχετικών με ένα θέμα και όχι η εξαγωγή της “καλύτερης” ιδέας.

Όπως γίνεται ξεκάθαρο, βασικά στοιχεία στην επιτυχία της μεθόδου αυτής είναι η ύπαρξη ενός κλίματος ομαδικότητας και συνεργασίας και η απουσία στοιχείων κριτικής και σαρκασμού για τις ιδέες των άλλων. Σ'αυτή τη μέθοδο δεν υπάρχει η έννοια “της κακής ιδέας”. Όλες οι ιδέες είναι καλές και όλα τα άτομα της ομάδας μπορούν να προσφέρουν.

Το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όποια περίπτωση κρίνεται αναγκαία η συλλογή πολλών ιδεών αναφορικά με ένα θέμα. η ιδεοθύελλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για:

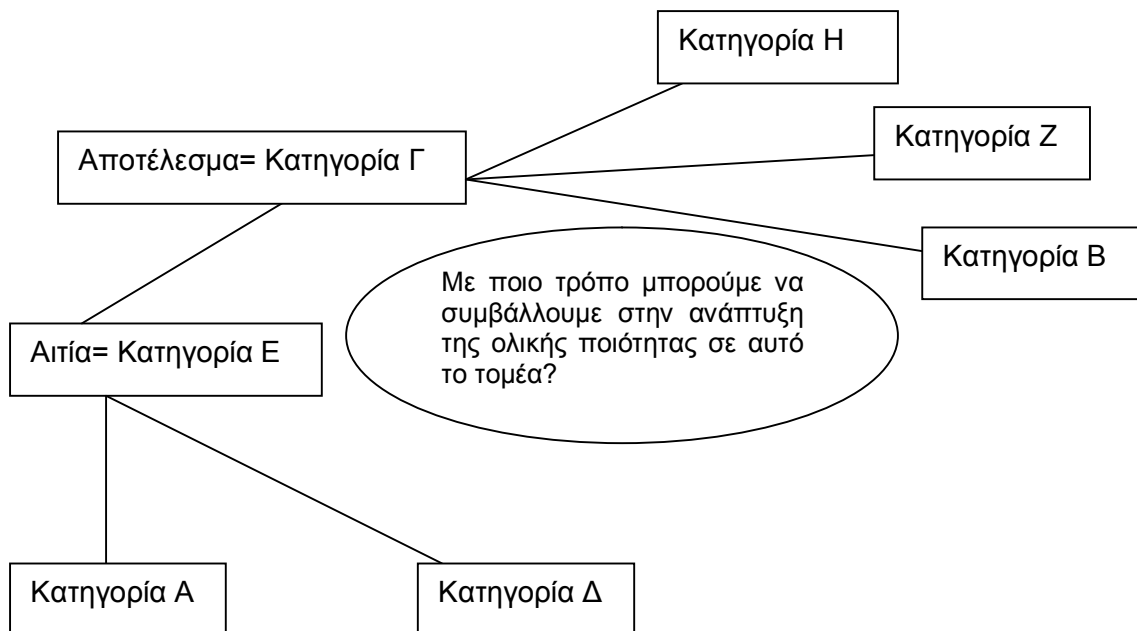
- την καταγραφή των δραστηριοτήτων και διαδικασιών μιας μονάδας
- την εξεύρεση των πιθανών αιτιών για την ύπαρξη συγκεκριμένων προβλημάτων
- την εξεύρεση πιθανών λύσεων για την επίλυση των προβλημάτων.

4.2.2 Διάγραμμα Συνάφειας (Affinity diagrams)

Το διάγραμμα συνάφειας χρησιμοποιείται για να παραχθεί μεγάλος αριθμός ιδεών και στοιχείων σχετικά με ένα τομέα που εντοπίζεται πρόβλημα, ειδικότερα, όταν αυτό είναι περίπλοκο και ασαφές. Η διαφορά του με την ιδεοθύελλα είναι ότι οργανώνει και ομαδοποιεί τις ιδέες σε κατηγορίες. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η συζήτηση καθώς επικεντρώνεται στις επιμέρους κατηγορίες για τη εύρεση της κατάλληλης λύσης.

4.2.3 Διάγραμμα αλληλοσυσχέτισης (Interrelationship diagrams)

Η τεχνική αυτή παρέχει ένα μέσο για να ξεκινήσει κανείς από μία θεμελιώδη ιδέα και να αναπτύξει λογικούς συνδέσμους από φαινομενικά συναφείς κατηγορίες με τη χρήση παράπλευρων διαδικασιών σκέψης. Η τεχνική αυτή γενικά χρησιμοποιείται μετά το διάγραμμα συνάφειας καθώς προσπαθεί να εντοπίσει την αιτία για το αποτέλεσμα που παρουσιάστηκε και να μεθοδεύσει την αντιμετώπιση του προβλήματος.



Γράφημα 4.7. Διάγραμμα Αλληλοσυσχέτισης

4.2.4 Συλλογική προτεραιοποίηση των ιδεών (Nominal Group Technique)

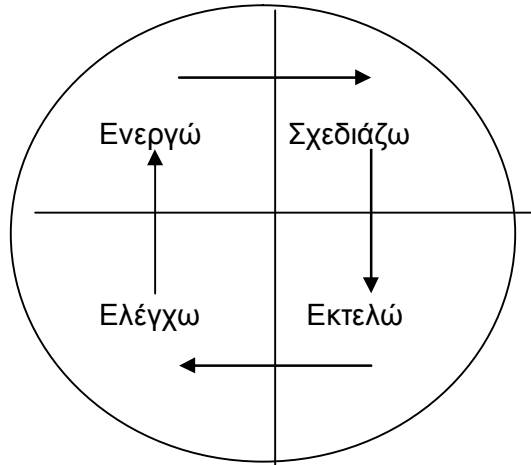
Μία άλλη τεχνική είναι η ψηφοφορία των ιδεών. Μετά τη συλλογή αρκετών ιδεών από την ομάδα, είναι αναγκαία η απομόνωση εκείνων που θεωρούνται πιο σημαντικές, έτσι ώστε η προσπάθεια να επικεντρωθεί σ' αυτές.

Μια εναλλακτική λύση για την επιλογή των σημαντικών ιδεών από την ομάδα ονομάζεται "Nominal Group Technique" και επιτρέπει σε όλα τα μέλη της ομάδας να προτεραιοποιήσουν τις ιδέες σύμφωνα με το βαθμό σημαντικότητας της κάθε μιας, ανάλογα με την αντίληψη του καθενός από την ομάδα. Η πιο σημαντική ιδέα παίρνει 8, ενώ η λιγότερο σημαντική παίρνει 1. Η ιδέα με τη μεγαλύτερη βαθμολογία θεωρείται συνεπώς η σημαντικότερη. Παρόμοια εργαλεία είναι το "Weighted Multivoting" και η "Ψηφοφορία N/3".

4.2.5 Ο κύκλος βελτίωσης του Deming

Η σημασία του σχεδιασμού των διαδικασιών έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων τεχνικών, ιδιαίτερα στο τομέα της Υγείας. Μία χρήσιμη μεθοδολογία είναι και ο κύκλος βελτίωσης (PDCA-Cycle). Ο κύκλος του Deming εφαρμόστηκε στο πεδίο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στη βιομηχανία από τον Shewhart (Shewhart W.A 1981) και Deming (Deming W.E., 1986) και αποτελείται από τέσσερα στάδια:

1. Το σχεδιασμό, που αναφέρεται στη μελέτη της παρούσας κατάστασης, στην περιγραφή της διαδικασίας, τα προβλήματα που εντοπίζονται σε αυτή και στη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης.
2. Το στάδιο υλοποίησης του σχεδίου σε δοκιμαστικό επίπεδο, ώστε να εκτιμηθεί μία προτιθέμενη λύση και να συγκεντρωθούν αντικειμενικά στοιχεία.
3. Το στάδιο ελέγχου, που καθορίζει εάν το σχέδιο δράσης λειτουργεί σωστά, εκτιμώντας τα αποτελέσματα, καταγράφοντας τα στοιχεία που προκύπτουν και προσδιορίζοντας την ανάγκη αναφοράς για περαιτέρω ευκαιρίες.
4. Το στάδιο της πράξης, όπου το τελικό σχέδιο εφαρμόζεται ως η καλύτερη τρέχουσα πρακτική και διαδίδεται μέσα στον οργανισμό.



Γράφημα 4.8. Ο κύκλος του Deming PDCA (Plan,Do,Check,Act).

Βασικός παράγοντας σε αυτή τη διαδικασία είναι η αλληλουχία των βημάτων. Μέσω της θεωρίας και της πράξης, συμπεραίνεται ότι είναι προτιμότερη η εφαρμογή μικρών κύκλων με σύντομες αλλαγές, παρά μεγάλων μετά από πολύ χρόνο. Ο λόγος εντοπίζεται στο γεγονός ότι κάθε κύκλος που έχει πραγματοποιηθεί, αποτελεί βάση για περαιτέρω βελτίωση. Επομένως όσο πιο πολλοί οι κύκλοι, τόσο μεγαλύτερη και η συνεπαγόμενη μάθηση που απορρέει από αυτούς.

4.2.6 Αναβάθμιση λειτουργικής ποιότητας-QFD (Quality Function Deployment)

Το QFD είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε από τον Yoji Akao για πρώτη φορά στις βιομηχανίες της Ιαπωνίας το 1970 με αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους παραγωγής κατά 61%. Το QFD χαρακτηρίστηκε σαν μία τεχνική που μεταφράζει τις απαιτήσεις των πελατών σε ποιοτικά χαρακτηριστικά του προϊόντος, βελτιώνοντας τόσο τα συστατικά του όσο και τις διαδικασίες παραγωγής του.

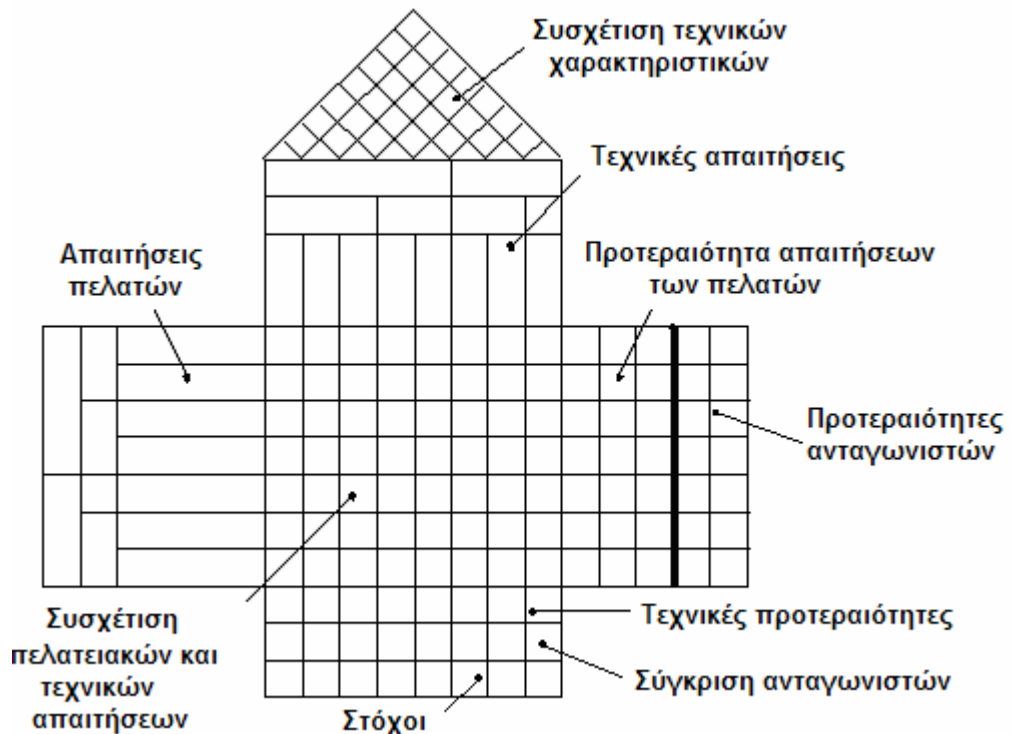
Το QFD ως εργαλείο παρέχει τη δυνατότητα στα νοσοκομεία να κατανοήσουν καλύτερα τις απαιτήσεις των ασθενών, προκειμένου να διαμορφώσουν τις

κατάλληλες υπηρεσίες ή να βελτιώσουν την διαδικασία αυτών που ήδη υπάρχουν.

Το σπίτι της Ποιότητας όπως ονομάζεται στηρίζεται σε 6 αλληλοσυσχετιζόμενες συνιστώσες οι οποίες είναι οι εξής:

1. Οι απαιτήσεις των πελατών. Ως πελάτες καθορίζονται οι ασθενείς, οι εργαζόμενοι (ιατρικό, νοσηλευτικό, τεχνικό, διοικητικό προσωπικό), οι προμηθευτές, οι συγγενείς των ασθενών, η κυβέρνηση. Οι απαιτήσεις προσδιορίζονται με ερωτηματολόγια, με τα παράπονα των πελατών, με συνεντεύξεις, μέσω της νομοθεσίας του κράτους κ.λ.π
2. Τεχνικά χαρακτηριστικά σε ένα νοσοκομείο αποτελούν οι διαδικασίες όπως η ενημέρωση των ασθενών, η εκπαίδευση του προσωπικού, η κοινωνική υπηρεσία, ο προγραμματισμός των εξετάσεων των ασθενών, η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, τα συστήματα πληροφόρησης κ.λ.π
3. Η συσχέτιση των απαιτήσεων και των τεχνικών χαρακτηριστικών η οποία περιγράφεται ως δυνατή ή αδύνατη, ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη για κάθε μία ξεχωριστά.
4. Με την παραπάνω συσχέτιση καθορίζονται τα τεχνικά χαρακτηριστικά που πρέπει να μπουν σε προτεραιότητα προκειμένου να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις των πελατών.
5. Η συσχέτιση των τεχνικών χαρακτηριστικών προσδιορίζει την δυνατή ή αδύνατη αλληλεπίδραση η οποία είναι καθοριστική για την τελική επιλογή των τεχνικών χαρακτηριστικών που χρειάζονται βελτίωση.
6. Η επιλογή των απαιτήσεων των πελατών θέτοντας σε προτεραιότητα τις σημαντικότερες σύμφωνα με τη βαθμολογία ικανοποίησης που έχει συγκεντρώσει η κάθε απαίτηση.
7. Σε πολλές περιπτώσεις και ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα γίνεται σύγκριση με αντίστοιχους οργανισμούς, όπου βαθμολογείται κατά πόσο οι ανταγωνιστές καλύπτουν αυτές τις απαιτήσεις και στη συνέχεια συσχετίζεται με τη βαθμολογία ικανοποίησης των πελατών για τον συγκεκριμένο οργανισμό στις αντίστοιχες απαιτήσεις.

Με αυτό τον τρόπο καθορίζονται οι στόχοι, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται μία σωστή στρατηγική για την εφαρμογή της ολικής ποιότητας συνδυάζοντας παράλληλα τη σημαντικότητα των απαιτήσεων του ISO 9000.



Γράφημα 4.9. Το Σπίτι της Ποιότητας ((House of quality)

4.2.7 Ερωτηματολόγια

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι με τις οποίες μπορεί κάποιος να συλλέξει δεδομένα, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η συνέντευξη, η παρατήρηση (observation), η χρήση focus groups και το ερωτηματολόγιο. Η χρήση του ερωτηματολογίου αποτελεί την πλέον κατανοητή μέθοδο συλλογής δεδομένων. Η δομή ενός ερωτηματολογίου, συνήθως στηρίζεται στο μοντέλο SERVQUAL, σε πολλές περιπτώσεις, όμως χρησιμοποιείται και το μοντέλο του EFQM.

Το μοντέλο SERVQUAL δημιουργήθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Beny με σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης των πελατών αναφορικά με τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες. Παρέχει έναν πολύ χρήσιμο τρόπο

συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει ένας οργανισμός, τις οποίες καλούνται οι πελάτες να επικυρώσουν ή να αναιρέσουν. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στις εξής διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών:

Υλικά-έμπρακτα στοιχεία (tangibles)=φυσικές ευκολίες, ο εξοπλισμός, η ευπρεπής παρουσία του προσωπικού.

Αξιοπιστία (reliability)=να παρέχει ο οργανισμός με υπευθυνότητα και ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται.

Υπευθυνότητα (responsiveness)= η προθυμία, η ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, η γρήγορη επίλυση προβλημάτων.

Φροντίδα-κατανόηση (empathy)= Είναι ο βαθμός ενδιαφέροντος για κάθε ασθενή, η κατανόηση των αναγκών των ασθενών (understanding the customer) και η συναισθηματική συμμετοχή των θεραπόντων την οποία οι Bowers, Swan και Koehler αποκαλούν φροντίδα (caring).

Ασφάλεια (assurance)= σε αυτή τη διάσταση συμπεριλαμβάνονται τα προσόντα και οι γνώσεις του προσωπικού (competence), η ευγένεια του προσωπικού (courtesy), η εμπιστοσύνη και η εγκυρότητα των πεπραγμένων (credibility), η ασφάλεια (security).

Σημαντικές διαστάσεις επίσης είναι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (accessibility), και η επικοινωνία (communication).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 4^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- (1) Juan Jose Tari, Vicente Sabater, "Quality tools and techniques: Are they necessary for quality management?" International journal of productions economics, Received 10 February 2003; accepted 21 October 2003
- (2) Larry Scheuemann, Zhiwie Zhu, Sandra B. Scheuemann, "TQM success efforts: use more quantitative or qualitative tools?" Industrial Management & Data Systems, Vol 7, 1997, pp 264-270.
- (3) D.H Stamatis, Total Quality Management In Healthcare, The HFMA Healthcare Management Series, 1994, pp104-121.
- (4) Κονδύλης Εμμ., Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων, ICAP/INTERBOOKS, 1999 σελ.165.
- (5) Joseph M. Juran- A. Blanton Godfrey, Juran's Quality Handbook, fifth edition, Mc Graw- Hill, 2000, AV Pareto Analysis.
- (6) www.deming.eng.clemson.edu/.../qctools/pareto
- (7) www.shef.ac.uk/~ibberson
- (8) James R. Evans, William M. Lindsay, The Management and Control of Quality, South-Western Thomson Learning, 2002, σελ. 603-618.
- (9) Dale H. Besterfield, Quality Control, sixth edition, Pearson Education, 2001, σελ 73-87.
- (10) Paul T. James, Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 1996, σελ. 302-303.
- (11) S. Thomas Foster, Managing Quality –An integrative approach, Prentice Hall, σελ.180-186.
- (12) Puay Cheng Lin, Nelson K.H. Tang and Peter M. Jackson, "Innovation and strategy-An innovative framework for health care performance measurement" Managing Service Quality, Vol 9, No 6, 1999, pp.423-433.
- (13) Smith, J.A. & Angeli, I.I., 1995, "The use of Quality Function Deployment to Help Adopt a Total Quality Strategy", Total Quality Management, Vol. 6, No. 1, March, pp 35-44.
- (14) Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman and Leonard L. Berry, Delivering Quality Service Balancing Customers Perceptions and expectations, 1990, σελ.15-27.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία. Για το σκοπό αυτό καταρτίσαμε ερωτηματολόγιο το οποίο επισυνάπτουμε στο παράρτημα 1 της παρούσας διπλωματικής.

Οι 20 πρώτες 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 και τέλος το φαγητό.

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 προκύπτει σαν άθροισμα της βαθμίδας ικανοποίησης του κάθε ερωτώμενου ασθενούς στις ερωτήσεις Q1-Q20 και παίρνει τιμές από 20 (απόλυτη συνολική δυσαρέσκεια) μέχρι 100 (απόλυτη συνολική ικανοποίηση).

Η στατιστική ανάλυση που θα εφαρμοστεί θα στηριχθεί, πέραν της περιγραφικής στατιστικής, στην ανάλυση συσχετίσεων και διακύμανσης. Στην συνέχεια θα δοθούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με βασικά στοιχεία που θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των εφαρμοζόμενων στατιστικών μεθοδολογιών.

5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

5.1.1 Συλλογή στατιστικών στοιχείων

Το πρώτο και βασικότερο στάδιο για τη μελέτη ενός φαινομένου, 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 και φροντίδα, 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 συνίσταται στη συγκέντρωση στοιχείων από όλες τις στατιστικές μονάδες του πληθυσμού που θέλουμε να μελετήσουμε.

Επειδή συνήθως στην πράξη ο πληθυσμός που θέλουμε να μελετήσουμε αποτελείται από μεγάλο πλήθος στατιστικών μονάδων ή επειδή η μελέτη των ιδιοτήτων καταστρέφει τις μονάδες του πληθυσμού που εξετάζουμε τότε η γενική απογραφή είναι πρακτικά αδύνατη ή οικονομικά και χρονικά ασύμφορη. Στις περιπτώσεις αυτές εφαρμόζουμε τη μέθοδο της δειγματοληψίας που συνίσταται στην προσπάθεια να γνωρίσουμε τις ιδιότητες του πληθυσμού εξετάζοντας μόνο ένα δείγμα αυτού, το οποίο επιλέγουμε κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι πληροφορίες, οι εκτιμήσεις και τα συμπεράσματα που θα λάβουμε από αυτό να έχουν ισχύ για το σύνολο του πληθυσμού στον οποίο ανήκει το δείγμα. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της δειγματοληψίας σε σύγκριση με τη γενική απογραφή είναι :

- ❖ Μεγαλύτερη ταχύτητα πληροφοριών. Αυτό έχει ακόμη μεγαλύτερη σημασία σε περιπτώσεις που η συγκέντρωση πληροφοριών επείγει.(π.χ πρόβλεψη εκλογικών αποτελεσμάτων)
- ❖ Μεγαλύτερη ακρίβεια. Επειδή ο αριθμός των μονάδων είναι μικρός, μπορεί να αφιερωθεί περισσότερος χρόνος και μεγαλύτερη προσοχή στις συνεντεύξεις που παίρνουμε, για να συμπληρώσουμε το ερωτηματολόγιο και να γίνει καλύτερη εκπαίδευση και επίβλεψη στους συνεντεύκτες ώστε να έχουμε μεγαλύτερη ακρίβεια στις πληροφορίες.

- ❖ Μεγαλύτερη ευχέρεια εφαρμογής. Η δειγματοληπτική έρευνα εφαρμόζεται σε εκείνες τις περιπτώσεις που αυτή είναι δυνατή ενώ η απογραφική θα ήταν παράλογη. (π.χ αν η υπηρεσία θέλει να ελέγξει την ποιότητα μιας παρτίδας από 1000 οβίδες θα ήταν παράλογο να τις ελέγξει όλες με αποτέλεσμα να τις καταστρέψει).
- ❖ Χαμηλό κόστος.
- ❖ Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που η απογραφική έρευνα είναι αδύνατη (π.χ έρευνα για το ποσοστό είδους ενός ψαριού σε μια θαλάσσια περιοχή είναι αδύνατο να γίνει καθολική έρευνα).

Παράλληλα με τα πλεονεκτήματα υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα που προκύπτουν από κακή σχεδίαση και εκτέλεση της δειγματοληψίας. Η μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η μη κατάλληλη μέθοδος διενέργειας της δειγματοληψίας και τα ανεπαρκή δεδομένα οδηγούν σε αποτυχία της δειγματοληπτικής έρευνας.

Στην παρούσα εργασία έγινε δειγματοληπτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπο στο οποίο καταχωρούνται οι λαμβανόμενες πληροφορίες από τις ερευνώμενες δειγματοληπτικές μονάδες και πρέπει να συντάσσεται με ιδιαίτερη προσοχή. Οι γενικές απαιτήσεις ενός καλού ερωτηματολογίου πρέπει να είναι :

- ❖ Να είναι σύντομο ώστε να μην αποθαρρύνονται οι ερευνητές και οι ερευνώμενοι, να μην αυξάνεται το κόστος και να ελαττώνεται η ποιότητα λόγω των αρνήσεων.
- ❖ Να είναι εύκολο στην απάντηση και να μπορεί εύκολα να ταχυδρομηθεί.
- ❖ Να έχει σχεδιαστεί καλά.
- ❖ Τα διάφορα ερωτήματα να έχουν μια λογική ακολουθία. Η συνέντευξη διεξάγεται περισσότερο ομαλά, αν κάθε ερώτηση οδηγεί φυσιολογικά στην επόμενη.
- ❖ Να είναι δυνατή η επεξεργασία των στοιχείων.
- ❖ Να έχει το κατάλληλο σχηματικό μέγεθος.

Σχετικά με το μέγεθος των ερωτήσεων θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα εξής :

- ❖ Την ικανότητα του ατόμου που θα ερωτηθεί. Αν θα έχει τις κατάλληλες γνώσεις να απαντήσει. Πολλές φορές τα άτομα δε δηλώνουν άγνοια για ψυχολογικούς λόγους και φυσικά οι απαντήσεις δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.
- ❖ Τη θέληση του ερωτηθέντος. Συνήθως αποφεύγονται ερωτήσεις που από το περιεχόμενό τους προξενούν έντονη κοινωνική αντίδραση.

Υπάρχουν ορισμένες καθοδηγητικές αρχές σχετικά με τη διατύπωση των ερωτήσεων. Μερικές τέτοιες αρχές διατύπωσης είναι :

- ❖ Απλότητα της γλώσσας. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει συνεχίσει την εκπαίδευσή του πέρα από τη στοιχειώδη και μερικοί ίσως να είναι τελείως αγράμματοι.
- ❖ Σαφήνεια. Να αποφεύγονται οι αμφιβολίες για το τι εννοούμε.
- ❖ Αποφυγή ερωτήσεων που οδηγούν σε αποκρύψεις.
- ❖ Αποφυγή διατύπωσης που προκαλεί ψυχολογικές αντιδράσεις.
- ❖ Αποφυγή κατευθυνόμενων ερωτήσεων.

Για τη διενέργεια των δειγματοληπτικών ερευνών χρησιμοποιούμε πολλές μεθόδους. Η εκλογή της μεθόδου εξαρτάται :

- ❖ Από το ζητούμενο βαθμό ακρίβειας των αποτελεσμάτων.
- ❖ Από τα χρονικά και χρηματικά περιθώρια της έρευνας.
- ❖ Από τη μεταβλητικότητα 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. Μερικές από τις πιο συνήθεις εφαρμοζόμενες μεθόδους είναι :

Απλή Τυχαία Δειγματοληψία

Είναι η διαδικασία επιλογής ενός δείγματος, κατά την οποία κάθε μονάδα του πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Η τυχαία επιλογή που εξασφαλίζει την τυχαιότητα στη δειγματοληπτική διαδικασία, μπορεί να εξασφαλισθεί μόνο με προσεκτική μελέτη και μεθοδική διαδικασία. Γι' αυτό λέμε ότι για να εξασφαλίσουμε τυχαία επιλογή, η διαδικασία της δειγματοληψίας πρέπει να είναι προσεκτικά ελεγχόμενη.

Θεωρητικά, στην επιλογή ενός απλού τυχαίου δείγματος κάθε μονάδα που επιλέγεται πρέπει να μετρείται, καταγράφεται και επιστρέφεται στον πληθυσμό προτού μια άλλη μονάδα επιλεγεί. Έτσι, κάθε μονάδα του πληθυσμού μπορεί να επιλεγεί περισσότερες από μία φορές στο ίδιο δείγμα. Πάντως στην πράξη σπάνια παρατηρείται αυτή η διαδικασία είτε επειδή ο πληθυσμός είναι πολύ μεγάλος σε σχέση με το δείγμα είτε επειδή οι επί μέρους μονάδες που επιλέγονται καταστρέφονται τελείως κατά τον έλεγχο και είναι αδύνατο να επανατοποθετηθούν στον πληθυσμό.

Στρωματοποιημένη Δειγματοληψία

Είναι μια από τις περιορισμένες τυχαίες μεθόδους, κατά την οποία με την χρησιμοποίηση διαθέσιμων πληροφοριών που αφορούν τα δεδομένα, προσπαθούμε να σχεδιάσουμε ένα περισσότερο αποτελεσματικό δείγμα από εκείνο, που θα παίρναμε με την απλή τυχαία δειγματοληψία. Σ' αυτό απαιτείται ο πληθυσμός να διαιρεθεί σε ομοιογενείς ομάδες ή τάξεις που ονομάζονται στρώματα στα οποία το εκτιμώμενο χαρακτηριστικό διαφέρει ενώ δεν διαφέρει ιδιαίτερα μέσα σε αυτά. Στη συνέχεια, ένα δείγμα – ανάλογο του μεγέθους του στρώματος - μπορεί να ληφθεί από κάθε στρώμα με τις απλές τυχαίες

5.1.3 Ανάλυση Συσχετίσεων

Για την ανάλυση συσχετίσεων θα κάνουμε χρήση λόγω έλλειψης κανονικότητας των δεδομένων, του συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μετρά των βαθμό εξάρτησης δύο μεταβλητών. Προκειμένου να μετρηθεί η συσχέτιση δύο μεταβλητών X και Y, δεν χρησιμοποιούνται οι αρχικές τιμές αυτών, αλλά η σειρά κατάταξης των μονάδων του προς έρευνα πληθυσμού ως προς τις μεταβλητές X και Y. Για αυτό το λόγο συχνά ονομάζεται και συντελεστής συσχέτισης κατά τάξεις. Έτσι, δεν είναι τόσο ευαίσθητος στην ύπαρξη παρατηρήσεων που απέχουν σημαντικά από τις υπόλοιπες όσο ο απλός συντελεστής συσχέτισης, ενώ μπορεί να εφαρμοστεί και στην περίπτωση που τα δεδομένα μας δεν χαρακτηρίζονται από κανονικότητα.

Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman υπολογίζεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

$$r_s = 1 - \left[\frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N(N^2 - 1)} \right]$$

d_i^2 = οι διαφορές στη σειρά κατάταξης των μονάδων του πληθυσμού των μεταβλητών X και Y

N = το πλήθος των ζευγών (X,Y)

Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Spearman κυμαίνεται από -1 έως 1. Εάν $r_s = 1$ τότε υπάρχει τέλεια θετική συσχέτιση, ενώ εάν $r_s = -1$ υπάρχει τέλεια αρνητική συσχέτιση. Επιπρόσθετα, είναι απαλλαγμένος των μονάδων μέτρησης, καθώς οι διαφορές d_i είναι καθαροί αριθμοί.

Η διατύπωση του ελέγχου υποθέσεων, προκειμένου να δούμε κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση στην ανάλυση μας θα είναι η εξής:

$$H_0: r_s = 0$$

$$H_1: r_s \neq 0$$

Εάν η τιμή του P-Value < 0,05, τότε απορρίπτεται η υπόθεση H_0 για 95% επίπεδο εμπιστοσύνης και συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών X και Y. Οι συσχετίσεις κατά *Spearman* οι οποίες υπολογίζονται αν οι τιμές των παρατηρήσεων αντικατασταθούν με τους βαθμούς αυτών (rank) είναι λιγότερο ευαίσθητες σε ακραίες τιμές .

Όλοι οι παρακάτω συντελεστές συσχέτισης που απεικονίζονται στον Πίνακα 5.1 είναι στατιστικά σημαντικοί. Βασικός στόχος είναι να ερμηνεύσουμε τις συσχετίσεις του ΣΔΙ με τη βαθμονόμηση των ερωτήσεων 21 -Q21- 22 - Q22 – και 23 -Q23- αντίστοιχα.

Παρατηρούμε μεγάλη θετική συσχέτιση μεταξύ του ΣΔΙ με την Q21 ($r=0,75$, $p<0.001$). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με το ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ συμφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να πεί θετικά πράγματα για το νοσοκομείο στους γνωστούς του.

Η συσχέτιση μεταξύ του ΣΔΙ με την Q22 είναι αρνητική ($r=-0,35$, $p<0.001$). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με το ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ διαφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να προτιμήσει να νοσηλευθεί σε άλλο δημόσιο νοσοκομείο.

Η συσχέτιση μεταξύ του ΣΔΙ με την Q23 είναι αρνητική ($r=-0,29$, $p<0.001$). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με το ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ

διαφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να προτιμήσει να νοσηλευθεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Spearman Rank Correlations

	Q21	Q22	Q23	ΣΔΙ
Q21		-0,3535 (220) 0,0000	-0,2948 (220) 0,0000	0,7467 (220) 0,0000
Q22	-0,3535 (220) 0,0000		0,2568 (220) 0,0001	-0,3627 (220) 0,0000
Q23	-0,2948 (220) 0,0000	0,2568 (220) 0,0001		-0,4543 (220) 0,0000
ΣΔΙ	0,7467 (220) 0,0000	-0,3627 (220) 0,0000	-0,4543 (220) 0,0000	

Correlation
(Sample Size)
P-Value

Πίνακας 5.1 Συσχέτιση του ΣΔΙ με τους συντελεστές Q21,Q22,Q23

Από τις παραπάνω συσχετίσεις μπορούμε να συνάγουμε την συνέπεια των απαντήσεων στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, με βάση την στατιστική λογική, δεδομένου ότι πιθανές αντίστροφες συσχετίσεις θα οδηγούσαν σε αντιφατικά συμπεράσματα.

Οι συσχετίσεις των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών με το ΣΔΙ, είναι μη στατιστικά σημαντικές όπως φαίνονται και στο Παράρτημα 2 πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου δεν συσχετίζεται με το φύλο του, την ηλικία του, το μορφωτικό του επίπεδο ή την εισοδηματική του τάξη.

5.1.4 Ανάλυση Διακύμανσης

Η ανάλυση διακύμανσης – ANOVA, αποτελεί μια στατιστική μέθοδο ελέγχου ύπαρξης διαφορών των μέσων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών. Ενώ

απώτερος σκοπός της ANOVA είναι ο εντοπισμός των διαφορών μεταξύ των πληθυσμιακών μέσων, απαιτείται η ανάλυση διαφορετικών μορφών διακύμανσης που σχετίζονται με τα υπό ανάλυση τυχαία δείγματα. Η διατύπωση των υποθέσεων της ANOVA παίρνει την εξής μορφή:

$$H_0: m_1 = m_2 = m_3 = \dots m_r$$

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

Συνολικά υπάρχουν r υπό ανάλυση πληθυσμοί. Από κάθε πληθυσμό r λαμβάνεται ένα τυχαίο δείγμα. Το μέγεθος του δείγματος του πληθυσμού i ($i = 1, \dots, r$) είναι n_i , ενώ το συνολικό μέγεθος δείγματος είναι ίσο με:

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

Προκειμένου να προσδιορίσουμε εάν οι r πληθυσμιακοί μέσοι είναι ίσοι, υπολογίζεται μια τιμή ενός στατιστικού τεστ που ακολουθεί την κατανομή F όταν η υπόθεση H_0 είναι αληθινή. Έτσι, με βάση την υπολογισθείσα τιμή και το κρίσιμο σημείο για δεδομένο επίπεδο σημαντικότητας, μπορούμε να συμπεράνουμε κατά πόσο οι πληθυσμιακοί μέσοι είναι ίσοι.

Για να είναι δυνατή η εφαρμογή της ανάλυσης ANOVA, θα πρέπει να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

1. Θα πρέπει να λαμβάνονται ανεξάρτητα τυχαία δείγματα από τους πληθυσμούς r .
2. Οι υπό ανάλυση r πληθυσμοί θα πρέπει να κατανέμονται κανονικά, των οποίων οι μέσοι (m_i) μπορεί ή μπορεί και να μην είναι ίσοι, ωστόσο οι διακυμάνσεις (σ^2) τους θα πρέπει να είναι ίσες,

Εάν οι πληθυσμοί δεν κατανέμονται κανονικά, αλλά οι κατανομές τους ακολουθούν προσεγγιστικά την κανονική κατανομή, τότε τα αποτελέσματα της μεθόδου είναι εξίσου ικανοποιητικά. Εάν όμως ο βαθμός ασυμμετρίας των κατανομών είναι μεγάλος και συνεπώς απέχουν σημαντικά από την κανονική κατανομή ή εάν οι διακυμάνσεις των πληθυσμών δεν είναι προσεγγιστικά ίσες, τότε δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται η ανάλυση ANOVA. Άντ' αυτού, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η μη παραμετρική μέθοδος: «Kruskal-Wallis» την οποία και θα χρησιμοποιήσουμε όταν κριθεί απαραίτητο.

Το Kruskal-Wallis τεστ αποτελεί μια μη παραμετρική μέθοδο για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των πληθυσμών, που δεν πραγματοποιεί υποθέσεις αναφορικά με την μορφολογία των πληθυσμιακών κατανομών. Η μόνη προϋπόθεση που θα πρέπει να ισχύει είναι ότι τα δείγματα r επιλέγονται τυχαία και ανεξάρτητα από τους αντίστοιχους πληθυσμούς.

Η εφαρμογή του Kruskal-Wallis τεστ είναι χρήσιμη για την σύγκριση r πληθυσμών, όπου $r > 2$. Η διατύπωση της υπόθεσης H_0 και της εναλλακτικής H_1 παίρνουν την εξής μορφή στο Kruskal-Wallis τεστ:

H_0 : Όλοι οι πληθυσμοί r έχουν ίσες διάμεσους

H_1 : Όλοι οι πληθυσμοί r δεν έχουν ίσες διάμεσους

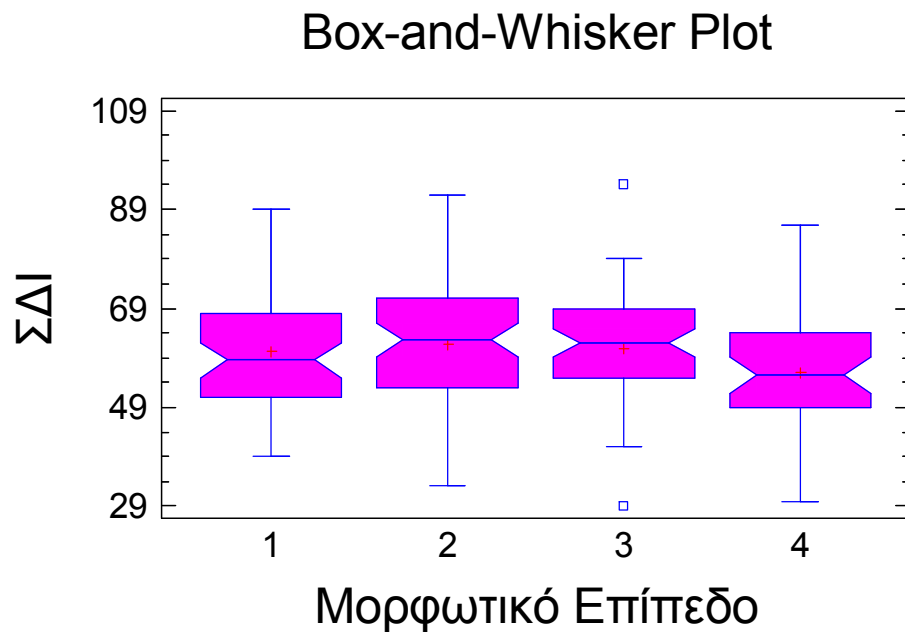
Στην ουσία το Kruskal-Wallis τεστ πραγματοποιεί μια κατάταξη των παρατηρήσεων από τη μεγαλύτερη έως τη μικρότερη τιμή. Εν συνεχεία υπολογίζεται η τιμή μέσης κατάταξης για κάθε δείγμα. Για να γίνει αποδεκτή η υπόθεση H_0 θα πρέπει η τιμή του P-Value $\geq 0,05$. Έτσι, σε περίπτωση που η υπόθεση H_0 δεν απορριφθεί, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαμέσων των υπό ανάλυση πληθυσμών για 95% επίπεδο εμπιστοσύνης.

Εφαρμόζοντας ANOVA με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς το φύλο διαπιστώνουμε την μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ($p > 0.10$) πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου δεν επηρεάζεται από το φύλο του,

Εφαρμόζοντας ANOVA με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς την κατηγοριοποίηση της ηλικίας διαπιστώνουμε την μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ($p > 0.10$) πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου δεν επηρεάζεται από την ηλικία του,

Εφαρμόζοντας Kruskal-Wallis με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς το μορφωτικό επίπεδο διαπιστώνουμε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ($p = 0.001$) πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς

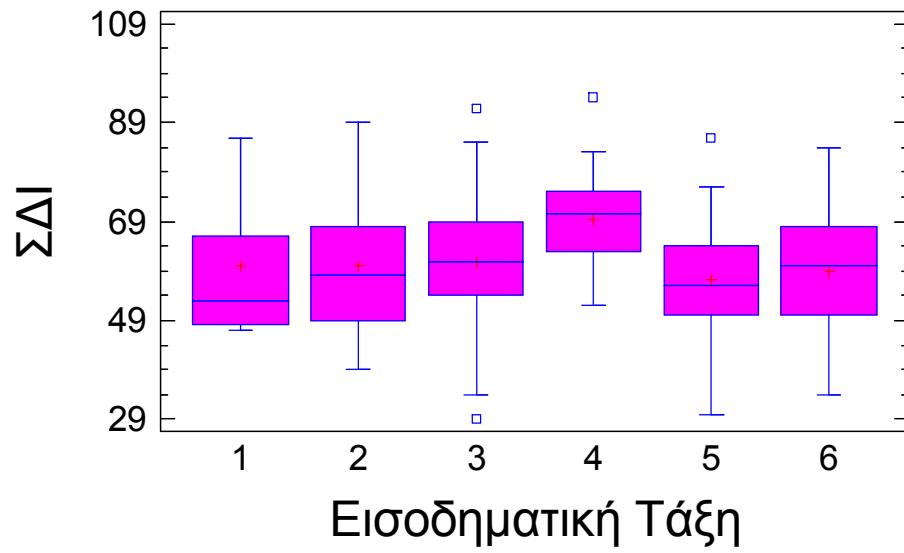
από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου επηρεάζεται από το μορφωτικό του επίπεδο. Προχωρώντας την ανάλυση και εφαρμόζοντας το διάγραμμα Πλαισίου και απολήξεων με median notches διαπιστώνουμε ότι ο κωδικός 4 δηλαδή οι έχοντες ανώτερη εκπαίδευση δίνουν υψηλότερες τιμές στο ΣΔΙ ενώ όλοι οι άλλοι κωδικοί (1,2,3,5 και 6)χαμηλότερες.



Γράφημα Πλαισίου και Απολήξεων (Median Notches) 5.5 ΣΔΙ σε σχέση με το Μορφωτικό επίπεδο.

Εφαρμόζοντας ANOVA με κύριο παράγοντα το ΣΔΙ ως προς την εισοδηματική τάξη διαπιστώνουμε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ($p=0.10$) πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου επηρεάζεται από την εισοδηματική του τάξη, Προχωρώντας στην πολλαπλή ανάλυση εύρους διαπιστώνουμε ότι ο κωδικός 4 δηλαδή οι έχοντες ανώτερη εισοδηματική τάξη δίνουν χαμηλότερες τιμές στο ΣΔΙ (πιθανόν επειδή είναι πιο απαιτητικοί) σε αντιδιαστολή με τους άλλους κωδικούς (1,2,3,) που δίνουν υψηλότερες.

Box-and-Whisker Plot



Γράφημα Πλαισίου και Απολήξεων 5.6 ΣΔΙ σε σχέση με την Εισοδηματική τάξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ 5^{ΟΥ} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- (1) Ανδρέας Ανδρικόπουλος, Οικονομετρία – Θεωρία και Εμπειρικές Εφαρμογές, Εκδόσεις Μπένου (1998), σελ 146 και Πέτρος Κιόχος, ο.π., σελ 249.
- (2) Κονδύλης Εμμ., Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων, ICAP/INTERBOOKS, 1999 σελ.165.
- (3) Σφακιανάκης Μιχάλης, Προσομοίωση και εφαρμογές, Εκδόσεις Πατάκη, 2003.
- (4) Σφακιανάκης Μιχάλης, Πρακτική Πληροφορικής και Εφαρμογές, Εκδόσεις Πατάκη, 2002.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πρόοδος που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια στην ιατρική και στην τεχνολογία, η αύξηση του προϋπολογισμού λόγω των μεγαλύτερων απαιτήσεων των ασθενών, η γήρανση του πληθυσμού και τα περιορισμένα όρια χρηματοδότησης στο τομέα της υγείας, θέτουν καινούρια διλήμματα.

Ακόμα η έλλειψη πληροφοριακών συστημάτων, η περιορισμένη ενημέρωση για τα θέματα της ποιότητας τόσο από την διοίκηση, όσο και από το νοσοκομειακό προσωπικό, ο μικρός αριθμός προσωπικού και η μερική ή μηδενική ικανοποίηση των προσδοκιών του, η απουσία τεκμηρίωσης των διαδικασιών, η ανυπαρξία πολιτικής όσον αφορά τους συνεργάτες και προμηθευτές, και το μειωμένο ενδιαφέρον για τον έλεγχο της ικανοποίησης των ασθενών κατευθύνουν προς την ανάγκη ενός δραστικού προγράμματος επαναδιοργάνωσης των νοσοκομειακών οργανισμών.

Χωρίς αμφιβολία οι αλλαγές που εμφανίζονται σήμερα στην νοσοκομειακή περίθαλψη θέτουν ως απαραίτητη προϋπόθεση την εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων και έγκαιρης δράσης, όσο ποτέ άλλοτε. Σε αντίθεση με την Ελλάδα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η υιοθέτηση ποιοτικής πολιτικής από τα νοσοκομεία είναι εντονότερη, έχοντας ως απώτερο στόχο την πιστοποίηση τους,

Είναι γεγονός, όμως, ότι με τη πάροδο του χρόνου αναπτύσσεται ενδιαφέρον από την πλευρά των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων για την χρησιμοποίηση συστημάτων ποιότητας. Τα συστήματα ποιότητας είναι το σκαλοπάτι για να εισαχθεί σταδιακά η κουλτούρα της Διοίκησης ολικής ποιότητας στο σύνολο ενός νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τις παρούσες συνθήκες απαιτείται μία ξεκάθαρη πολιτική ποιότητας, η σαφήνεια της ελληνικής νομοθεσίας όσον αφορά το θέμα της ποιότητας στα νοσοκομεία, έμπειρο διοικητικό προσωπικό το οποίο θα στηρίζει τη ποιότητα, την παρακίνηση του προσωπικού και την ενημέρωση του, την εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων διαμόρφωσης διαδικασιών στις επιμέρους υπηρεσίες και μέτρησης του παραγόμενου αποτελέσματος με στόχο τη συνεχή βελτίωση. Σε όλους τους παραπάνω τομείς τα συστήματα ποιότητας λειτουργούν αποτελεσματικά, καθώς μέσω των κατευθυντήριων γραμμών εξασφαλίζουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Η μέτρηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη γνώση και σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να πετύχουμε την αναμόρφωση αυτών. Γι' αυτό το λόγο προχωρήσαμε στην συμπλήρωση ερωτηματολογίων που απευθύνονταν σε ασθενείς δημόσιων νοσοκομείων, με κύριο στόχο τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης αυτών και κατ'επέκταση την ύπαρξη πρωτοβουλιών αναφορικά με την ποιοτική διοίκηση των νοσοκομείων.

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων, ως προς την εγκυρότητα αξιοπιστία και συνέπεια των απαντήσεων τους, προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ συμφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να πεί θετικά πράγματα για το νοσοκομείο στους γνωστούς του.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ διαφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να προτιμήσει να νοσηλευθεί σε άλλο δημόσιο νοσοκομείο.

- Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου τόσο πιο πολύ διαφωνεί ο συγκεκριμένος ασθενής στο να προτιμήσει να νοσηλευθεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Οι συσχετίσεις των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών με το ΣΔΙ, είναι μη στατιστικά σημαντικές πράγμα που σημαίνει ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου δεν συσχετίζεται με το φύλο του, την ηλικία του, το μορφωτικό του επίπεδο ή την εισοδηματική του τάξη.

Για καλύτερη διερεύνηση της ύπαρξης πιθανών διαφορών στην βαθμονόμηση του ΣΔΙ με βάση τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης – ANOVA από όπου διαπιστώσαμε ότι οι έχοντες ανώτερη εκπαίδευση δίνουν υψηλότερες τιμές στο ΣΔΙ ενώ όλα τα άλλα επίπεδα εκπαίδευσης χαμηλότερες. Επίσης διαπιστώσαμε ότι οι έχοντες ανώτερη εισοδηματική τάξη δίνουν μικρότερες τιμές στο ΣΔΙ (πιθανόν επειδή είναι πιο απαιτητικοί) σε αντιδιαστολή με τις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις που δίνουν υψηλότερες.

Πέραν της διεξαχθείσας στατιστικής ανάλυσης που βασίστηκε στο ΣΔΙ θα μπορούσε να αναλυθούν όλες οι ερωτήσεις ή οι ενότητες ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ξεχωριστά και να αντληθούν τα επιμέρους συμπεράσματα. Αυτό κρίθηκε, λόγω της ιδιαίτερης έκτασης που θα καταλάμβανε, ότι ξεφεύγει από τις στοχεύσεις της παρούσας διπλωματικής, πράγμα που δεν σημαίνει ότι μελλοντικά δεν θα μπορούσε να γίνει. Επίσης, καλό θα ήταν να γίνει μία έρευνα με ασθενείς ιδιωτικών νοσοκομείων και τα αποτελέσματα της να συγκριθούν με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας. Τέλος, θα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να συγκριθούν τα αποτελέσματα ανάλογης έρευνας μεταξύ ασθενών δύο «παρόμοιων» νοσοκομείων, που να είχαν όμως διαφορετική πολιτική ως προς κάποια συνιστώσα π.χ την ποιότητα, με σκοπό να διερευνηθεί ποια πολιτική θα επέφερε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης στους ασθενείς.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- (1) Ανδρέας Ανδρικόπουλος, Οικονομετρία – Θεωρία και Εμπειρικές Εφαρμογές, Εκδόσεις Μπένου (1998), σελ 146 και Πέτρος Κιόχος, ο.π., σελ 249.
- (2) Ασημακοπούλου Ημερ, “Ενιαίο Ευρωπαϊκό Σύστημα Ιατρικής Περιθαλψης και Αποτελεσματικής Διαχείρισης Ποιότητας”, Ομιλία ΩΚΚ για το Πρόγραμμα : Cultural, Innovation and Economic Development, Γερμανία 1999.
- (3) Δερβιτσιώτης Κώστας, Διοίκηση Παραγωγής, Σύγχρονες Προσεγγίσεις, 1999, σελ. 225-227.
- (4) Ε.Ε.Δ.Ε, “ Πληροφοριακό έντυπο για τα επίπεδα αναγνώρισης της επιχειρηματικής αριστείας –EFQM ” 2003.
- (5) ΕΛΟΤ www.elot.gr Οδηγίες για Νοσοκομεία.
- (6) Εφημερίδα Κέρδος, 2003.
- (7) Ιατρική Επικαιρότητα (περιοδική έκδοση), τόμος 4, τεύχος 1, 2000.
- (8) Ιατρική Επικαιρότητα (περιοδική έκδοση), τόμος 4, τεύχος 5, 2000.
- (9) Κονδύλης Εμμ., Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων, ICAP/INTERBOOKS, 1999 σελ.165.
- (10) Λαγοδήμος Αθανάσιος, “ Σημειώσεις για τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας”.
- (11) Οικονομοπούλου Χ.Β., “Η οργανωτική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας χειρουργικής φροντίδας ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονος”, Διδακτορική διατριβή, 1998.
- (12) Στεφανόπουλος Γ., Στράντζαλης “Διαχείριση ποιότητας στη Νευροχειρουργική Κεφάλαιο -Η Νευροχειρουργική στην Ελλάδα- Παρελθόν- Παρόν – Μέλλον”, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης 1995.
- (13) Σφακιανάκης Μιχάλης, Προσομοίωση και εφαρμογές, Εκδόσεις Πατάκη, 2003.
- (14) Σφακιανάκης Μιχάλης, Πρακτική Πληροφορικής και Εφαρμογές, Εκδόσεις, Πατάκη, 2002.
- (15) Τικ-Τακ (περιοδική έκδοση Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο),

Τεύχος 21, Ιούνιος 2004

- (16) Τικ-Τακ (περιοδική έκδοση Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο), Τεύχος 22, Σεπτέμβριος 2004
- (17) Υπουργείο Υγείας “Νόμος 2889 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις”, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης 37, τεύχος Α΄, 2.3.2001
- (18) Υπουργείο Υγείας, www.ypyp.gr
- (19) Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο “Ομιλία για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ΩΚΚ και τη Πιστοποίηση κατά ISO 9001:2000”, 2004.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- (1) A van der Wiele, B.G. Dale, A.R.T Williams, „ISO 9000 series registration to total quality management, the transformation journey”, International Journal of Quality Science, Vol 2, No 4, April 1997, pp 236-252.
- (2) Anthony Staines “ Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No1, 2000, pp 27-33
- (3) Carol A. Reeves (University of Arkansas), David A. Bedhar (University of Arkansas) “Defining quality: alternatives and implications” Academy of Management Review, Vol 19, No 3, 1994, pp419-445.
- (4) Charles Zabanda, Patrick Asubonteng Rivers & George Munchus, “Obstacles to the application of total quality Management in health-care organizations”, Total Quality Management, Vol 9, No 1, 1998, pp 57-66.
- (5) Ching-Chow Yang, “Case Studies – The establishment of a TQM system for the health care industry”, The TQM Magazine, Vol 15, No 2, 2003, pp 93-98.
- (6) D.H Stamatis, Total Quality Management In Healthcare, The HFMA Healthcare Management Series, 1994, pp104-121.
- (7) Dale H. Besterfield, Quality Control, sixth edition, Pearson Education, 2001, σελ 73-87.
- (8) EFQM “Assessor Scorebook” 1999.
- (9) James R. Evans, William M. Lindsay, The Management and Control of Quality, South-Western Thomson Learning, 2002, σελ.4-17 & σελ. 97-

- (10) James R. Evans, William M. Lindsay, The Management and Control of Quality, South-Western Thomson Learning, 2002, σελ. 603-618.
- (11) Johannes Moeller and Anne Katharina Sonntag, "Evaluation of health services organizations, The TQM Magazine, Vol 13, No 5, 2001, pp 361-366.
- (12) Johannes Moeller, Jochen Breinlinger-O'Reilly and John Elser, "Quality management in German health care – the EFQM Excellence Model", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 6, 2000, pp 254-258.
- (13) John Ovretveit, "Total quality management in European healthcare", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 2, 2000, pp 74-79.
- (14) Joseph M. Juran- A. Blanton Godfrey, Juran's Quality Handbook, fifth edition, Mc Graw- Hill, 2000, AV Pareto Analysis.
- (15) Juan Jose Tari, Vicente Sabater, "Quality tools and techniques: Are they necessary for quality management?" International journal of productions economics, Received 10 February 2003; accepted 21 October 2003
- (16) Kostas N. Dervitsiotis, "Quality management worldwide - Quality in Greece: past and present", The TQM Magazine, Vol 11, No 2, 1999, pp 84-87.
- (17) Larry Scheuemann, Zhiwie Zhu, Sandra B. Scheuemann, "TQM success efforts: use more quantitative or qualitative tools?" Industrial Management & Data Systems, Vol 7, 1997, pp 264-270.
- (18) Paul T. James, Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 1996, σελ. 302-303.
- (19) Puay Cheng Lin, Nelson K.H. Tang and Peter M. Jackson, "Innovation and strategy-An innovative framework for health care performance measurement" Managing Service Quality, Vol 9, No 6, 1999, pp.423-433.
- (20) R.P Mohanty, K. Santhi and C. HariPriya, "A model for evaluating TQM effectiveness in health-care systems", Work Study, Vol 45, No 2, 1996, pp 14-17.

- (21) S. Thomas Foster, Managing Quality –An integrative approach, Prentice Hall, σελ.180-186.
- (22) Short P.J., & Rahim, M.A “Total Quality Management in hospital”, Vol. 6, No. 3, 1995, pp. 255-263.
- (23) Sloan D., S.G, “Health care and the demand for quality”, Health care quality, pp 60-67.
- (24) Smith, J.A. & Angeli, I.I., 1995, "The use of Quality Function Deployment to Help Adopt a Total Quality Strategy", Total Quality Management, Vol. 6, No. 1,pp 35-44.
- (25) Stanislav Karapetrovic and Walter Willborn, “Audit and self-assessment in quality management: comparison and compatibility”, Managerial Auditing Journal, Vol 16, No 6, 2001, pp 366-377.
- (26) Sue Jackson “Exploring the possible reasons when the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance of Health” International journal of Health Care Quality Assurance, Vol 12, No 6, 1999, pp 244-253.
- (27) Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman and Leonard L. Berry, Delivering Quality Service Balancing Customers Perceptions and expectations, 1990, σελ.15-27.
- (28) Vijo Rissanen, “Quality system based on the standard SFS – EN ISO 9002 in Kuopio University Hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol 13, No 6, 2000, pp 266-272.
- (29) Volker Kruger, “Quality management worldwide -Towards a European definition of TQM- historical review”, The TQM Magazine, Vol 11, No 4, 1999, pp 257-263.
- (30) www.deming.eng.clemson.edu/.../qctools/pareto
- (31) www.iso.org
- (32) www.shef.ac.uk/~ibberson
- (33) Ypatia D. Theodorakioglou & George D. Tsiotras, “ The need for the introduction of quality management into Greek Health care”, Total Quality Management, Vol 11, No 8, 2000, pp 1153-1165.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΦΙΕΡΩΣΤΕ ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ
ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν από το παρακάτω ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθούν ΜΟΝΟ για τους σκοπούς επιστημονικής έρευνας σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται γενικά στα δημόσια νοσοκομεία και όχι για οποιαδήποτε άλλο σκοπό

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
1 Το προσωπικό παρέχει τις υπηρεσίες που ζητώ χωρίς να χρειαστεί να τις ζητήσω δεύτερη φορά	1	2	3	4	5
2 Το προσωπικό είναι πάντα πρόθυμο να μ'εξυπηρετήσει	1	2	3	4	5
3 Η συμπεριφορά του προσωπικού μου εμπνέει εμπιστοσύνη	1	2	3	4	5
4 Το προσωπικό έχει ευπρεπή εμφάνιση	1	2	3	4	5
5 Όταν το προσωπικό υπόσχεται να κάνει κάτι σε κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή το κάνει	1	2	3	4	5
6 Το προσωπικό του νοσοκομείου είναι πάντα ευγενικό μαζί μου	1	2	3	4	5
7 Το προσωπικό έχει τις γνώσεις για να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	1	2	3	4	5
8 Το προσωπικό καταλαβαίνει τις ανάγκες μου	1	2	3	4	5

Β. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
9 Το νοσοκομείο παρέχει τις υπηρεσίες που θέλω στο χρονικό διάστημα που έχει υποσχεθεί	1	2	3	4	5
10 Στο νοσοκομείο τηρείται η σειρά προτεραιότητας	1	2	3	4	5

Γ. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ-ΥΓΙΕΙΝΗ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
11 Τα δωμάτια νοσηλείας είναι τόσο καθαρά όσο θα ήθελα	1	2	3	4	5
12 Τα κλινοσκεπάσματα αλλάζονται αρκετά συχνά	1	2	3	4	5
13 Οι κοινόχρηστοι χώροι διατηρούνται καθαροί	1	2	3	4	5
14 Οι χώροι προσωπικής υγιεινής καθαρίζονται και απολυμαίνονται όσο συχνά πρέπει	1	2	3	4	5

Δ. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
15 Θεωρώ ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός κλινών ανά δωμάτιο	5	4	3	2	1
16 Ταλαιπωρούμαι από τον αριθμό και τη λειτουργία των ανελκυστήρων	5	4	3	2	1
17 Οι συνθήκες θέρμανσης/κλιματισμού είναι επαρκείς	1	2	3	4	5
18 Θεωρώ ότι το περιβάλλον νοσηλείας είναι ήσυχο κι ευχάριστο	1	2	3	4	5

Ε.ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
19 Τα ιατρικά μηχανήματα είναι σύγχρονα	1	2	3	4	5

ΣΤ. ΦΑΓΗΤΟ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
20 Πιστεύω ότι η ποιότητα του φαγητού είναι ικανοποιητική	1	2	3	4	5

TPS: SUM (Q1-Q20) RANGE (20 – 100)

Ζ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
21 Θα πω θετικά πράγματα για το νοσοκομείο στους γνωστούς μου	1	2	3	4	5
22 Θα προτιμούσα να νοσηλευτώ σε ένα άλλο δημόσιο νοσοκομείο	1	2	3	4	5
23 Θα προτιμούσα να νοσηλευτώ σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο	1	2	3	4	5

Κατά τη γνώμη μου αυτό που χρειάζεται βελτίωση στο νοσοκομείο είναι

Η. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σημειώστε σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε:

A. Ηλικία:

15-35-44	<input type="checkbox"/>	15-24 45-54	<input type="checkbox"/>	25-34 55+	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------	--------------------------

B. Φύλο

Ανδρας	<input type="checkbox"/>	Γυναίκα	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------

Γ. Μορφωτικό Επίπεδο

Αναλφάβητοι	<input type="checkbox"/>	Ανώτερη Εκπαίδευση (ΤΕΙ)	<input type="checkbox"/>
Στοιχειώδης Εκπαίδευση (Δημοτικό)	<input type="checkbox"/>	Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΕΙ)	<input type="checkbox"/>
Μέση Εκπαίδευση (Λύκειο)	<input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακό	<input type="checkbox"/>

Δ. Μηνιαίο Εισόδημα

0-500 Ευρώ	<input type="checkbox"/>	500 – 1000 Ευρώ	<input type="checkbox"/>
1000 - 1500 Ευρώ	<input type="checkbox"/>	πάνω από 1500 Ευρώ	<input type="checkbox"/>

Ε. Ασφαλιστικός φορέας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

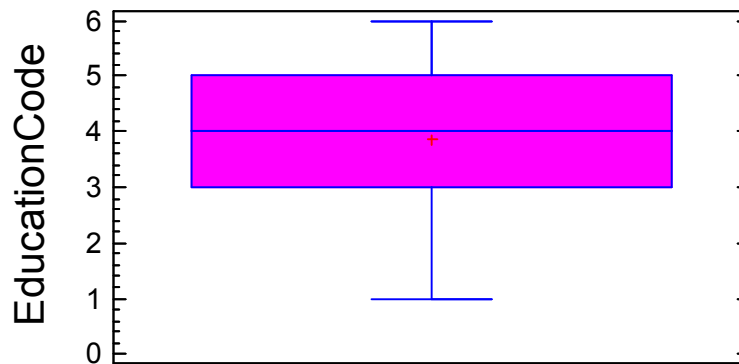
One-Variable Analysis - EducationCode

Analysis Summary

Data variable: EducationCode

220 values ranging from 1,0 to 6,0

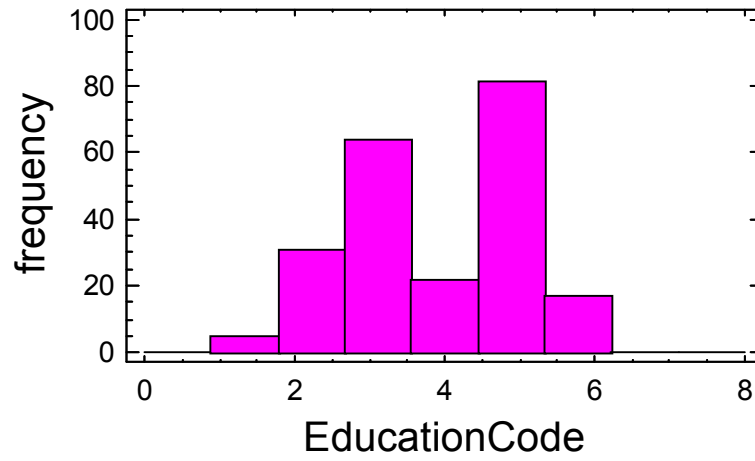
Box-and-Whisker Plot



Summary Statistics for EducationCode

Count = 220
Average = 3,88182
Median = 4,0
Variance = 1,73026
Standard deviation = 1,31539
Minimum = 1,0
Maximum = 6,0
Range = 5,0
Std. skewness = -1,16825
Std. kurtosis = -3,31806
Coeff. of variation = 33,886%

Histogram

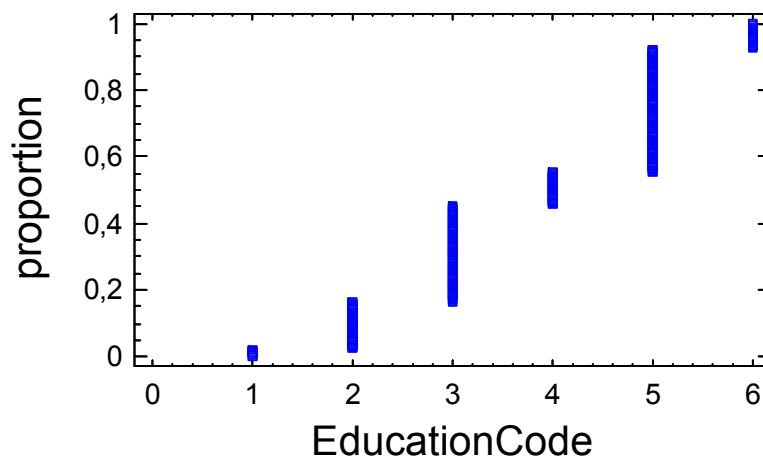


Code

Percentiles for EducationCode

```
1,0% = 1,0  
5,0% = 2,0  
10,0% = 2,0  
25,0% = 3,0  
50,0% = 4,0  
75,0% = 5,0  
90,0% = 5,0  
95,0% = 6,0  
99,0% = 6,0
```

Quantile Plot



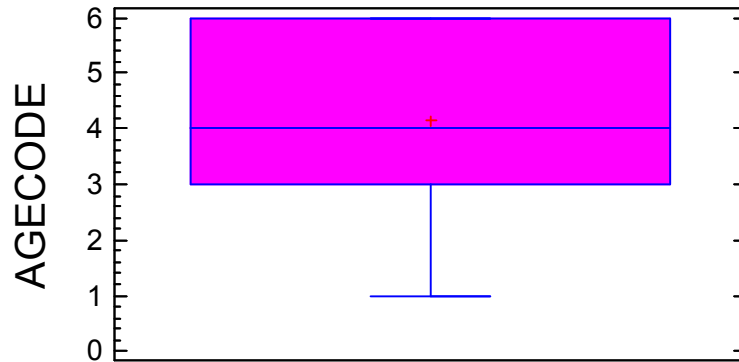
One-Variable Analysis - AGECODE

Analysis Summary

Data variable: AGECODE

220 values ranging from 1,0 to 6,0

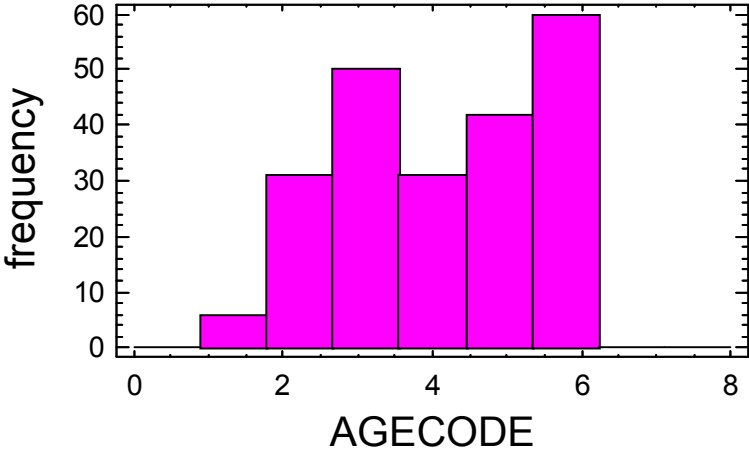
Box-and-Whisker Plot



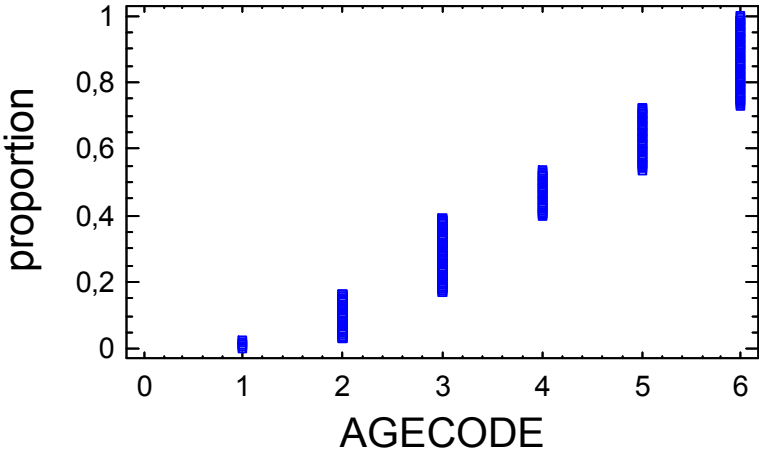
Summary Statistics for AGECODE

Count = 220
Average = 4,14545
Median = 4,0
Variance = 2,30751
Standard deviation = 1,51905
Minimum = 1,0
Maximum = 6,0
Range = 5,0
Std. skewness = -1,26725
Std. kurtosis = -3,70521
Coeff. of variation = 36,6438%

Histogram



Quantile Plot



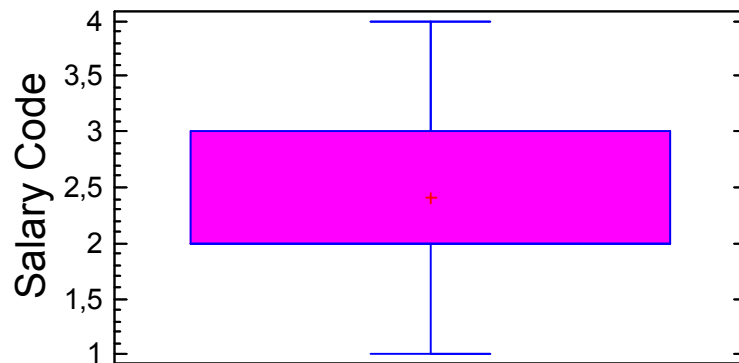
One-Variable Analysis - SALARY CODE

Analysis Summary

Data variable: Salary Code

220 values ranging from 1,0 to 4,0

Box-and-Whisker Plot



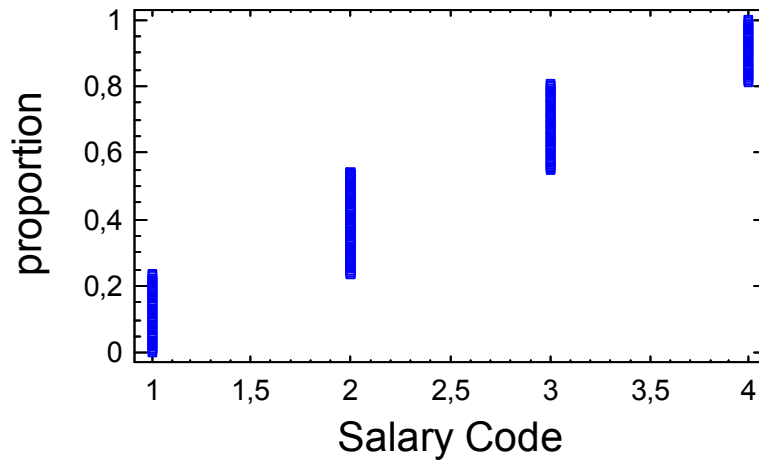
Summary Statistics for Salary Code

Count = 220
Average = 2,40909
Median = 2,0
Variance = 1,10129
Standard deviation = 1,04942
Minimum = 1,0
Maximum = 4,0
Range = 3,0
Std. skewness = 0,747064
Std. kurtosis = -3,54983
Coeff. of variation = 43,5609%

Histogram



Quantile Plot



Multiple-Variable Analysis

Analysis Summary

Data variables:

Q21
Q22
Q23
TPS

There are 220 complete cases for use in the calculations.

Summary Statistics

	Q21	Q22	Q23	TPS
Count	220	220	220	220
Average	2,99545	3,15	2,85	60,1182
Median	3,0	3,0	3,0	60,0
Standard deviation	1,04902	0,916739	1,24242	12,0632
Minimum	1,0	1,0	1,0	29,0
Maximum	5,0	5,0	5,0	94,0
Range	4,0	4,0	4,0	65,0
Std. skewness	-1,10499	0,124408	1,4821	0,464571
Std. kurtosis	-2,16693	-0,397575	-2,99274	-
0,0108433				
Coeff. of variation	35,0203%	29,1028%	43,5937%	20,0658%

Spearman Rank Correlations

	Q21	Q22	Q23	TPS
Q21		-0,3535 (220) 0,0000	-0,2948 (220) 0,0000	0,7467 (220) 0,0000
Q22	-0,3535 (220) 0,0000		0,2568 (220) 0,0001	-0,3627 (220) 0,0000
Q23	-0,2948 (220) 0,0000	0,2568 (220) 0,0001		-0,4543 (220) 0,0000
TPS	0,7467 (220) 0,0000	-0,3627 (220) 0,0000	-0,4543 (220) 0,0000	

Correlation
(Sample Size)
P-Value

Multiple-Variable Analysis

Analysis Summary

Data variables:
 AGECODE
 EducationCode
 GENDER
 Salary Code
 TPS

There are 220 complete cases for use in the calculations.

Summary Statistics

Code	AGECODE	EducationCode	GENDER	Salary
Count	220	220	220	220
Average	4,14545	3,88182	0,513636	2,40909
Median	4,0	4,0	1,0	2,0
Standard deviation	1,51905	1,31539	0,500954	1,04942
Minimum	1,0	1,0	0,0	1,0
Maximum	6,0	6,0	1,0	4,0
Range	5,0	5,0	1,0	3,0
Std. skewness	-1,26725	-1,16825	-0,332685	0,747064
Std. kurtosis	-3,70521	-3,31806	-6,10189	-3,54983
Coeff. of variation	36,6438%	33,886%	97,5308%	43,5609%

	TPS
Count	220
Average	60,1182
Median	60,0
Standard deviation	12,0632
Minimum	29,0
Maximum	94,0
Range	65,0
Std. skewness	0,464571
Std. kurtosis	-0,0108433
Coeff. of variation	20,0658%

Spearman Rank Correlations

Code	AGECODE	EducationCode	GENDER	Salary
AGECODE		-0,2318 (220) 0,0006	0,0677 (220) 0,3165	0,2931 (220) 0,0000
EducationCode	-0,2318 (220) 0,0006		-0,1702 (220) 0,0118	0,3358 (220) 0,0000
GENDER	0,0677 (220) 0,3165	-0,1702 (220) 0,0118		0,1231 (220) 0,0685
Salary Code	0,2931 (220) 0,0000	0,3358 (220) 0,0000	0,1231 (220) 0,0685	
TPS	-0,0727 (220) 0,2821	-0,0844 (220) 0,2116	0,0005 (220) 0,9941	-0,0797 (220) 0,2385

	TPS
AGECODE	-0,0727 (220) 0,2821
EducationCode	-0,0844 (220) 0,2116
GENDER	0,0005 (220) 0,9941
Salary Code	-0,0797 (220) 0,2385

TPS

Correlation
(Sample Size)
P-Value

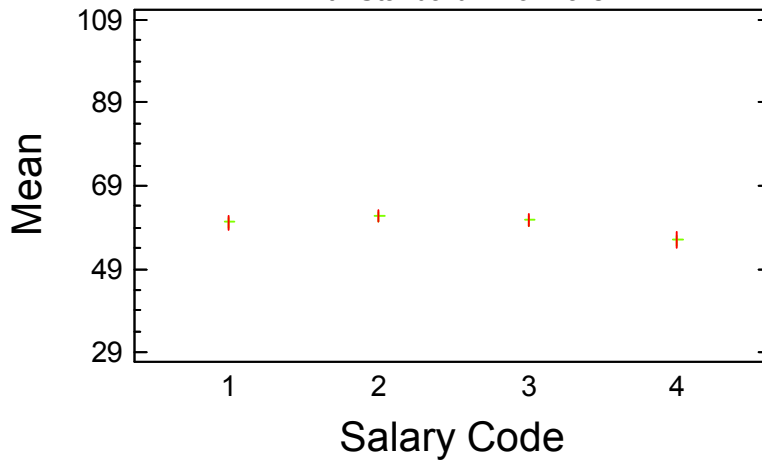
Subset Analysis

Analysis Summary

Data variable: TPS
Code variable: Salary Code

Number of observations: 220
Number of levels: 4

Means Plot for TPS with Standard Error Bars



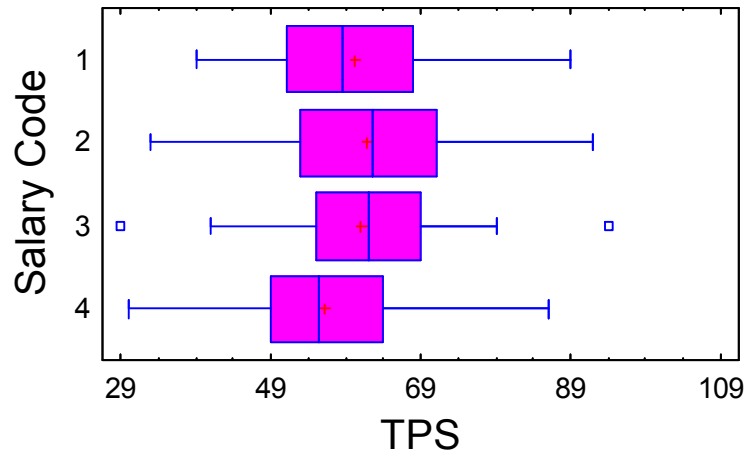
Summary Statistics

Standard Code Error	Count	Average	Median	Variance	Standard Deviation
1 1,56468	52	60,2115	58,5	127,307	11,2831
2 1,53022	68	61,7647	62,5	159,227	12,6185
3 1,46938	58	60,9655	62,0	125,227	11,1905
4 1,97073	42	56,1667	55,5	163,118	12,7718
Total 0,813299	220	60,1182	60,0	145,52	12,0632

Interquartile Code Range	Minimum	Maximum	Range	Lower Quartile	Upper Quartile
1 17,0	39,0	89,0	50,0	51,0	68,0
2 18,0	33,0	92,0	59,0	53,0	71,0
3 14,0	29,0	94,0	65,0	55,0	69,0
4 15,0	30,0	86,0	56,0	49,0	64,0
Total 16,5	29,0	94,0	65,0	52,0	68,5

Code	Standardized Skewness	Standardized Kurtosis	Coefficient of variation
1	1,08881	-0,290715	18,739%
2	0,35349	-0,312406	20,43%
3	-0,234692	1,35309	18,3554%
4	0,135003	-0,313881	22,739%
Total	0,464571	-0,0108433	20,0658%

Box-and-Whisker Plot



Means Table with Standard Error Intervals

Code	Count	Mean	Standard Error	Lower Limit	Upper Limit
1	52	60,2115	1,56468	58,6469	61,7762
2	68	61,7647	1,53022	60,2345	63,2949
3	58	60,9655	1,46938	59,4961	62,4349
4	42	56,1667	1,97073	54,1959	58,1374
Total	220	60,1182	0,813299	59,3049	60,9315

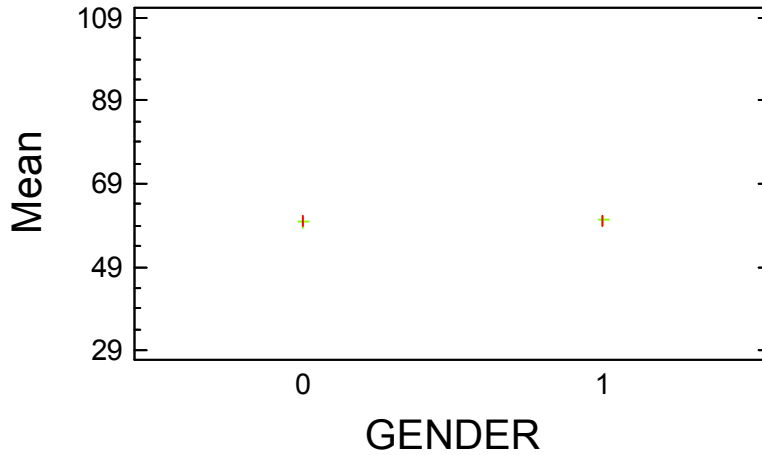
Subset Analysis

Analysis Summary

Data variable: TPS
Code variable: GENDER

Number of observations: 220
Number of levels: 2

Means Plot for TPS
with Standard Error Bars



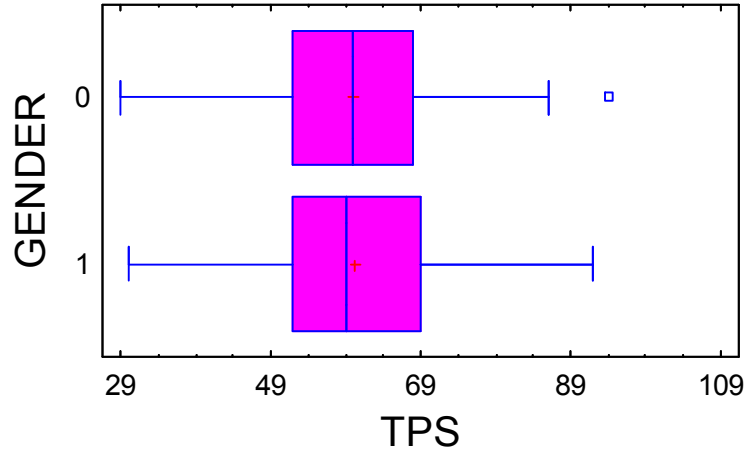
Summary Statistics

Standard Code Error	Count	Average	Median	Variance	Standard Deviation
0	107	60,0654	60,0	143,232	11,9679
1	113	60,1681	59,0	148,98	12,2058
Total	220	60,1182	60,0	145,52	12,0632

Interquartile Code Range	Minimum	Maximum	Range	Lower Quartile	Upper Quartile
0	29,0	94,0	65,0	52,0	68,0
1	30,0	92,0	62,0	52,0	69,0
Total	29,0	94,0	65,0	52,0	68,5

Code	Standardized Skewness	Standardized Kurtosis	Coefficient of variation
0	0,113757	0,454957	19,9248%
1	0,527683	-0,317023	20,2861%
Total	0,464571	-0,0108433	20,0658%

Box-and-Whisker Plot



Means Table with Standard Error Intervals

Code	Count	Mean	Standard Error	Lower Limit	Upper Limit
0	107	60,0654	1,15698	58,9084	61,2224
1	113	60,1681	1,14822	59,0199	61,3164
Total	220	60,1182	0,813299	59,3049	60,9315

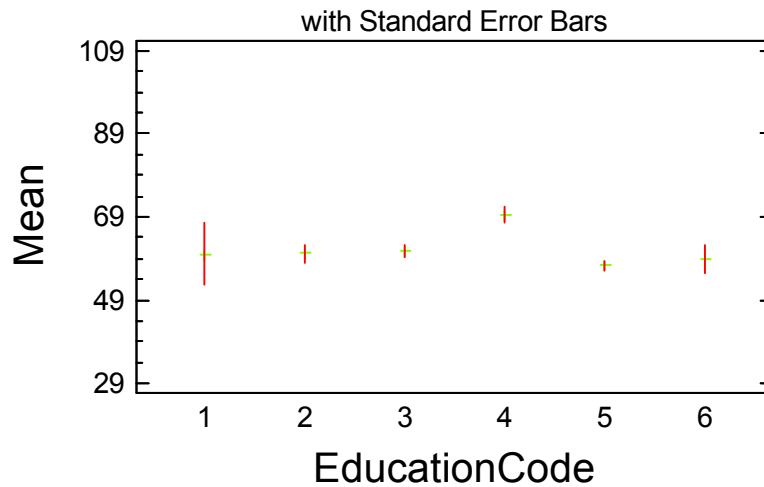
Subset Analysis

Analysis Summary

Data variable: TPS
Code variable: EducationCode

Number of observations: 220
Number of levels: 6

Means Plot for TPS



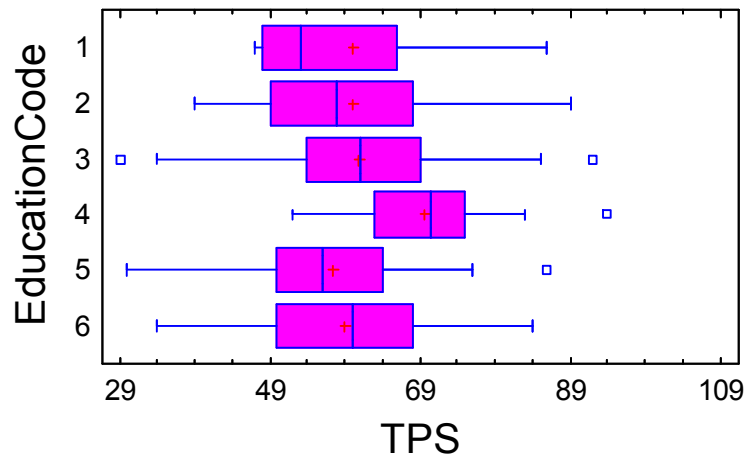
Summary Statistics

Standard Code Error	Count	Average	Median	Variance	Standard Deviation
1 7,32803	5	60,0	53,0	268,5	16,386
2 2,28541	31	60,129	58,0	161,916	12,7246
3 1,55284	64	60,7969	61,0	154,323	12,4227
4 1,95261	22	69,5455	70,5	83,8788	9,15854
5 1,1674	81	57,2469	56,0	110,388	10,5066
6 3,29379	17	59,0588	60,0	184,434	13,5806
Total 0,813299	220	60,1182	60,0	145,52	12,0632

Interquartile Code Range	Minimum	Maximum	Range	Lower Quartile	Upper Quartile
1 18,0	47,0	86,0	39,0	48,0	66,0
2 19,0	39,0	89,0	50,0	49,0	68,0
3 15,0	29,0	92,0	63,0	54,0	69,0
4 12,0	52,0	94,0	42,0	63,0	75,0
5 14,0	30,0	86,0	56,0	50,0	64,0
6 18,0	34,0	84,0	50,0	50,0	68,0
Total 16,5	29,0	94,0	65,0	52,0	68,5

Code	Standardized Skewness	Standardized Kurtosis	Coefficient of variation
1	1,16919	0,384463	27,3099%
2	1,457	-0,226045	21,1622%
3	-0,823615	0,485953	20,4331%
4	1,25423	1,19142	13,1691%
5	-0,102835	0,192733	18,3531%
6	0,0292392	-0,505506	22,9951%
Total	0,464571	-0,0108433	20,0658%

Box-and-Whisker Plot



Means Table with Standard Error Intervals

Code	Count	Mean	Standard Error	Lower Limit	Upper Limit
1	5	60,0	7,32803	52,672	67,328
2	31	60,129	2,28541	57,8436	62,4144
3	64	60,7969	1,55284	59,244	62,3497
4	22	69,5455	1,95261	67,5928	71,4981
5	81	57,2469	1,1674	56,0795	58,4143
6	17	59,0588	3,29379	55,765	62,3526
Total	220	60,1182	0,813299	59,3049	60,9315

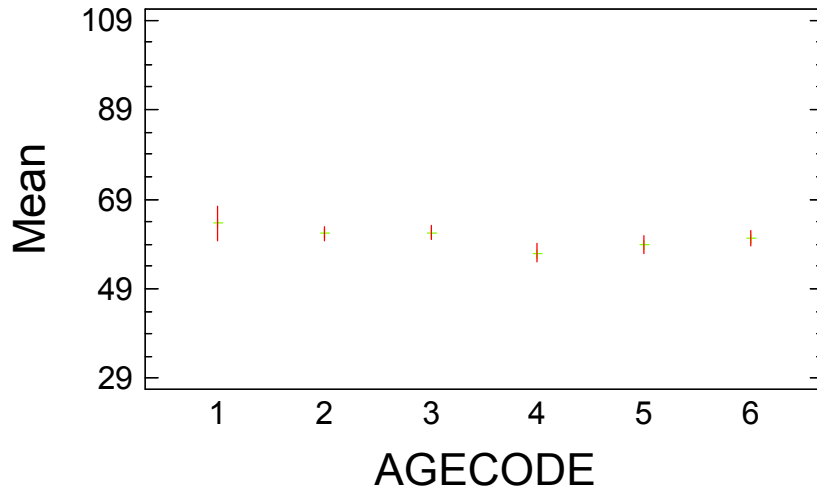
Subset Analysis

Analysis Summary

Data variable: TPS
Code variable: AGECODE

Number of observations: 220
Number of levels: 6

Means Plot for TPS with Standard Error Bars



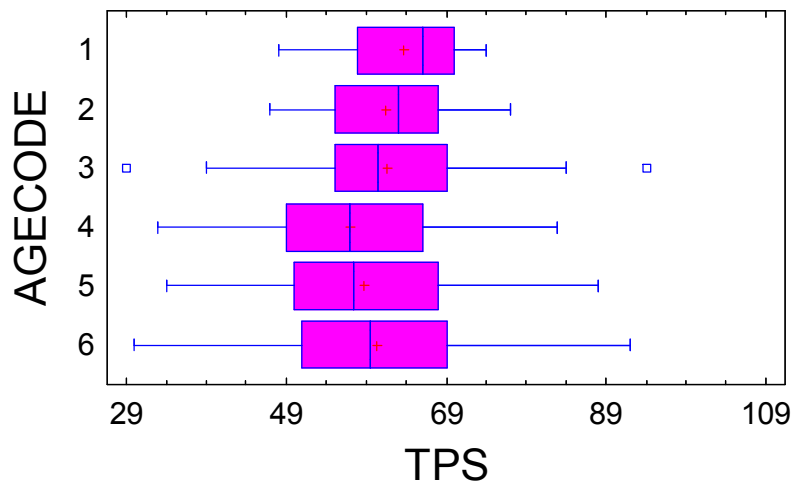
Summary Statistics

Standard Code Error	Count	Average	Median	Variance	Standard Deviation
1 3,80935	6	63,6667	66,0	87,0667	9,33095
2 1,55728	31	61,3871	63,0	75,1785	8,67055
3 1,68159	50	61,6	60,5	141,388	11,8907
4 2,24084	31	57,0645	57,0	155,662	12,4765
5 2,00558	42	58,8095	57,5	168,938	12,9976
6 1,68526	60	60,3667	59,5	170,406	13,054
Total 0,813299	220	60,1182	60,0	145,52	12,0632

Interquartile Code Range	Minimum	Maximum	Range	Lower Quartile	Upper Quartile
1 12,0	48,0	74,0	26,0	58,0	70,0
2 13,0	47,0	77,0	30,0	55,0	68,0
3 14,0	29,0	94,0	65,0	55,0	69,0
4 17,0	33,0	83,0	50,0	49,0	66,0
5 18,0	34,0	88,0	54,0	50,0	68,0
6 18,0	30,0	92,0	62,0	51,0	69,0
Total 16,5	29,0	94,0	65,0	52,0	68,5

Code	Standardized Skewness	Standardized Kurtosis	Coefficient of variation
1	-0,976513	0,307486	14,6559%
2	-0,23545	-0,992148	14,1244%
3	0,264089	1,0761	19,303%
4	-0,276321	-0,586828	21,8638%
5	0,5855	-0,489715	22,1012%
6	0,825678	-0,0706135	21,6244%
Total	0,464571	-0,0108433	20,0658%

Box-and-Whisker Plot



Means Table with Standard Error Intervals

Code	Count	Mean	Standard Error	Lower Limit	Upper Limit
1	6	63,6667	3,80935	59,8573	67,476
2	31	61,3871	1,55728	59,8298	62,9444
3	50	61,6	1,68159	59,9184	63,2816
4	31	57,0645	2,24084	54,8237	59,3054
5	42	58,8095	2,00558	56,8039	60,8151
6	60	60,3667	1,68526	58,6814	62,0519
Total	220	60,1182	0,813299	59,3049	60,9315

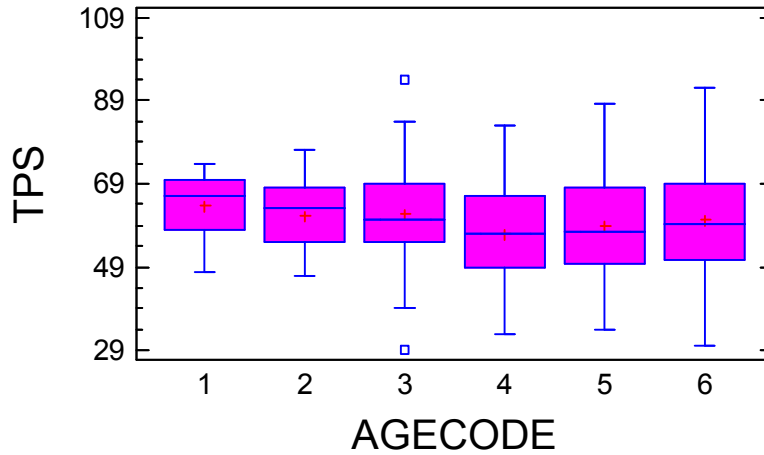
One-Way ANOVA - TPS by AGECODE

Analysis Summary

Dependent variable: TPS
Factor: AGECODE

Number of observations: 220
Number of levels: 6

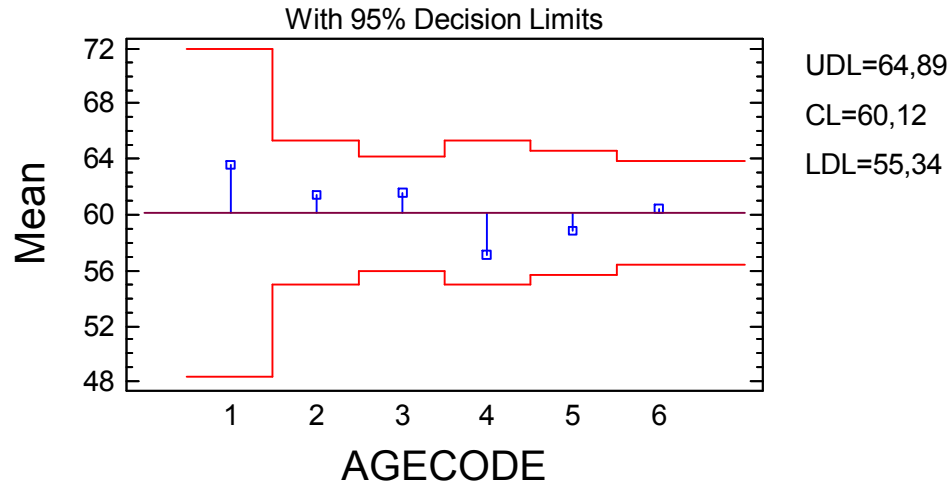
Box-and-Whisker Plot



Summary Statistics for TPS

AGECODE	Count	Average	Median	Standard deviation
1	6	63,6667	66,0	9,33095
2	31	61,3871	63,0	8,67055
3	50	61,6	60,5	11,8907
4	31	57,0645	57,0	12,4765
5	42	58,8095	57,5	12,9976
6	60	60,3667	59,5	13,054
Total	220	60,1182	60,0	12,0632
AGECODE	Minimum	Maximum	Range	Std.
1	48,0	74,0	26,0	-
2	47,0	77,0	30,0	-0,23545
3	29,0	94,0	65,0	0,264089
4	33,0	83,0	50,0	-
5	34,0	88,0	54,0	0,5855
6	30,0	92,0	62,0	0,825678
Total	29,0	94,0	65,0	0,464571
AGECODE	Std. kurtosis	Coeff. of variation		
1	0,307486	14,6559%		
2	-0,992148	14,1244%		
3	1,0761	19,303%		
4	-0,586828	21,8638%		
5	-0,489715	22,1012%		
6	-0,0706135	21,6244%		
Total	-0,0108433	20,0658%		

Analysis of Means Plot for TPS



ANOVA Table for TPS by AGECODE

<u>Analysis of Variance</u>					
Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-Ratio	P-Value
Between groups	599,959	5	119,992	0,82	0,5357
Within groups	31269,0	214	146,117		
Total (Corr.)	31868,9	219			

Table of Means for TPS by AGECODE
with 95,0 percent LSD intervals

AGECODE	Count	Mean	Std. error (pooled s)	Lower limit	Upper limit
1	6	63,6667	4,93485	56,7885	70,5448
2	31	61,3871	2,17105	58,3611	64,4131
3	50	61,6	1,70948	59,2173	63,9827
4	31	57,0645	2,17105	54,0385	60,0905
5	42	58,8095	1,8652	56,2098	61,4092
6	60	60,3667	1,56054	58,1916	62,5417
Total	220	60,1182			

Multiple Range Tests for TPS by AGECODE

Method: 95,0 percent LSD

AGECODE	Count	Mean	Homogeneous Groups
4	31	57,0645	X
5	42	58,8095	X
6	60	60,3667	X
2	31	61,3871	X
3	50	61,6	X
1	6	63,6667	X

Contrast	Difference	+/- Limits
1 - 2	2,27957	10,6269
1 - 3	2,06667	10,2943
1 - 4	6,60215	10,6269
1 - 5	4,85714	10,3988
1 - 6	3,3	10,2019
2 - 3	-0,212903	5,44676
2 - 4	4,32258	6,05196
2 - 5	2,57757	5,6418
2 - 6	1,02043	5,27019
3 - 4	4,53548	5,44676
3 - 5	2,79048	4,98708
3 - 6	1,23333	4,56244
4 - 5	-1,74501	5,6418
4 - 6	-3,30215	5,27019
5 - 6	-1,55714	4,7936

* denotes a statistically significant difference.

Variance Check

Cochran's C test: 0,21337 P-Value = 0,614109
 Bartlett's test: 1,03429 P-Value = 0,216005
 Hartley's test: 2,26668
 Levene's test: 1,4454 P-Value = 0,209212

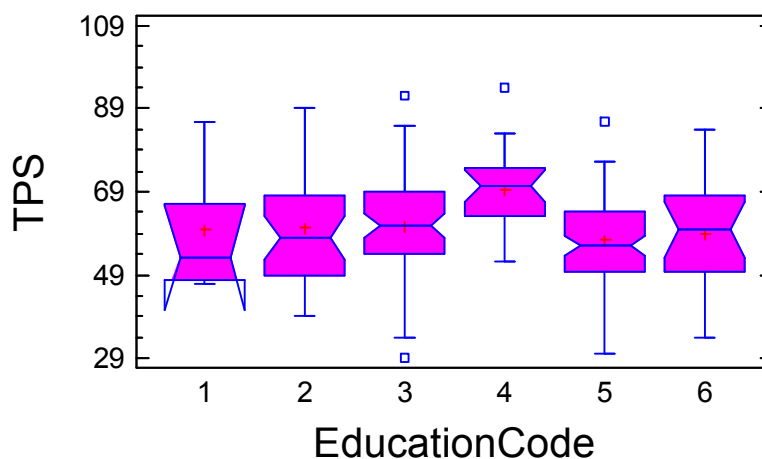
One-Way ANOVA - TPS by EducationCode

Analysis Summary

Dependent variable: TPS
 Factor: EducationCode

Number of observations: 220
 Number of levels: 6

Box-and-Whisker Plot



Summary Statistics for TPS

EducationCode	Count	Average	Median	Standard deviation
1	5	60,0	53,0	16,386
2	31	60,129	58,0	12,7246
3	64	60,7969	61,0	12,4227
4	22	69,5455	70,5	9,15854
5	81	57,2469	56,0	10,5066
6	17	59,0588	60,0	13,5806
Total	220	60,1182	60,0	12,0632
EducationCode	Minimum	Maximum	Range	Std.
1	47,0	86,0	39,0	1,16919
2	39,0	89,0	50,0	1,457
3	29,0	92,0	63,0	-
4	52,0	94,0	42,0	1,25423
5	30,0	86,0	56,0	-
6	34,0	84,0	50,0	-
Total	29,0	94,0	65,0	0,464571
EducationCode	Std. kurtosis	Coeff. of variation		
1	0,384463	27,3099%		
2	-0,226045	21,1622%		
3	0,485953	20,4331%		
4	1,19142	13,1691%		
5	0,192733	18,3531%		
6	-0,505506	22,9951%		
Total	-0,0108433	20,0658%		

Analysis of Means Plot for TPS

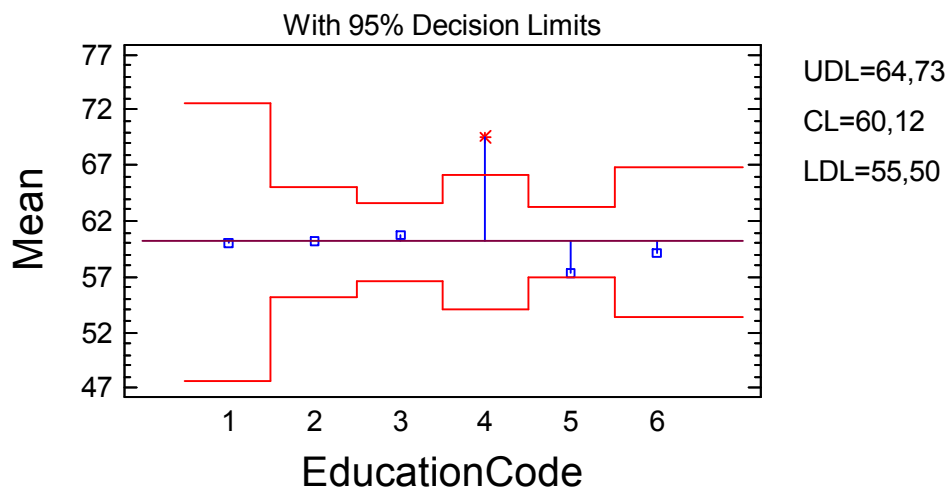


Table of Means for TPS by EducationCode
with 95,0 percent LSD intervals

EducationCode	Count	Mean	Std. error (pooled s)	Lower limit	Upper limit
1	5	60,0	5,22371	52,7192	67,2808
2	31	60,129	2,09789	57,205	63,0531
3	64	60,7969	1,46007	58,7618	62,8319
4	22	69,5455	2,49031	66,0745	73,0164
5	81	57,2469	1,29784	55,438	59,0558
6	17	59,0588	2,83296	55,1103	63,0074
Total	220	60,1182			

Variance Check

Cochran's C test: 0,278689 P-Value = 0,0167706
 Bartlett's test: 1,03197 P-Value = 0,256044
 Hartley's test: 3,20105
 Levene's test: 1,07848 P-Value = 0,373238

Kruskal-Wallis Test for TPS by EducationCode

EducationCode	Sample Size	Average Rank
1	5	99,3
2	31	106,339
3	64	116,578
4	22	161,705
5	81	95,1728
6	17	105,265

Test statistic = 19,9377 P-Value = 0,00128384

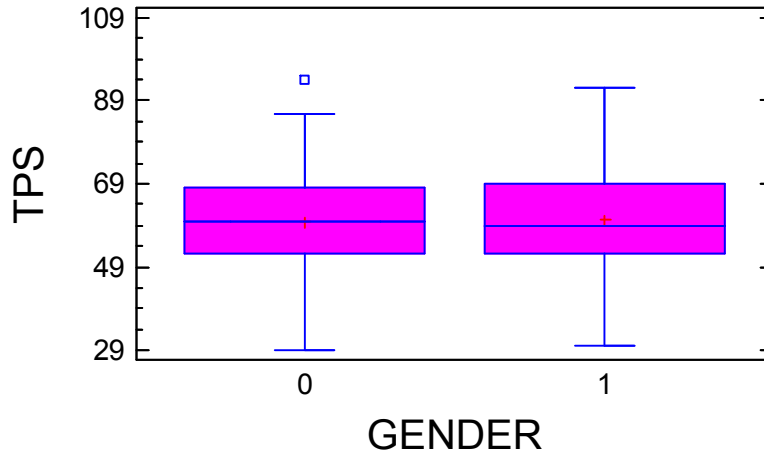
One-Way ANOVA - TPS by GENDER

Analysis Summary

Dependent variable: TPS
 Factor: GENDER

Number of observations: 220
 Number of levels: 2

Box-and-Whisker Plot



Summary Statistics for TPS

GENDER	Count	Average	Median	Standard deviation
0	107	60,0654	60,0	11,9679
1	113	60,1681	59,0	12,2058
Total	220	60,1182	60,0	12,0632
GENDER	Minimum	Maximum	Range	Std.
0	29,0	94,0	65,0	0,113757
1	30,0	92,0	62,0	0,527683
Total	29,0	94,0	65,0	0,464571
GENDER	Std. kurtosis	Coeff. of variation		
0	0,454957	19,9248%		
1	-0,317023	20,2861%		
Total	-0,0108433	20,0658%		

ANOVA Table for TPS by GENDER

<u>Analysis of Variance</u>					
Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-Ratio	P-Value
Between groups	0,579907	1	0,579907	0,00	0,9498
Within groups	31868,3	218	146,185		
Total (Corr.)	31868,9	219			

Table of Means for TPS by GENDER
with 95,0 percent LSD intervals

GENDER	Count	Mean	Std. error (pooled s)	Lower limit	Upper limit
0	107	60,0654	1,16885	58,4365	61,6944
1	113	60,1681	1,1374	58,583	61,7533
Total	220	60,1182			

Multiple Range Tests for TPS by GENDER

Method: 95,0 percent Tukey HSD

GENDER	Count	Mean	Homogeneous Groups
0	107	60,0654	X
1	113	60,1681	X

Contrast	Difference	+/- Limits
0 - 1	-0,102721	3,21439

* denotes a statistically significant difference.

Variance Check

Cochran's C test: 0,509837 P-Value = 0,837613
 Bartlett's test: 1,00019 P-Value = 0,837702
 Hartley's test: 1,04014
 Levene's test: 0,160615 P-Value = 0,688983

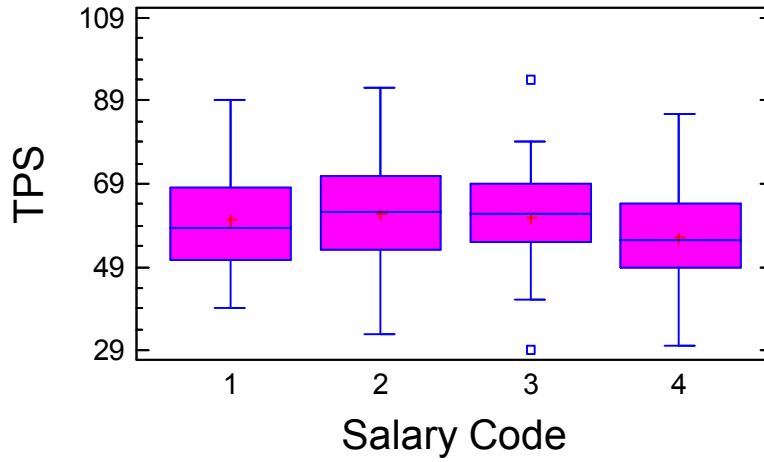
One-Way ANOVA - TPS by Salary Code

Analysis Summary

Dependent variable: TPS
 Factor: Salary Code

Number of observations: 220
 Number of levels: 4

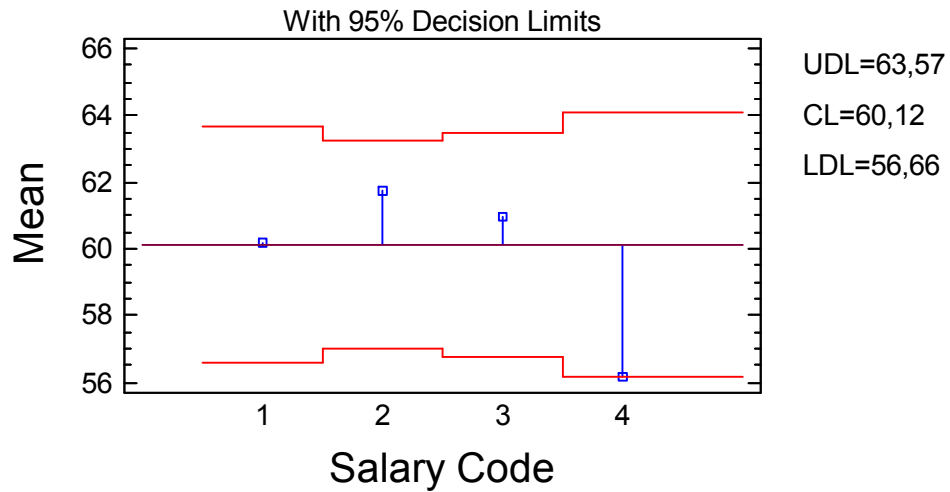
Box-and-Whisker Plot



Summary Statistics for TPS

Salary Code	Count	Average	Median	Standard deviation
1	52	60,2115	58,5	11,2831
2	68	61,7647	62,5	12,6185
3	58	60,9655	62,0	11,1905
4	42	56,1667	55,5	12,7718
Total	220	60,1182	60,0	12,0632
Salary Code	Minimum	Maximum	Range	Std.
1	39,0	89,0	50,0	1,08881
2	33,0	92,0	59,0	0,35349
3	29,0	94,0	65,0	-
4	30,0	86,0	56,0	0,135003
Total	29,0	94,0	65,0	0,464571
Salary Code	Std. kurtosis	Coeff. of variation		
1	-0,290715	18,739%		
2	-0,312406	20,43%		
3	1,35309	18,3554%		
4	-0,313881	22,739%		
Total	-0,0108433	20,0658%		

Analysis of Means Plot for TPS



ANOVA Table for TPS by Salary Code

<u>Analysis of Variance</u>					
Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-Ratio	P-Value
Between groups	882,255	3	294,085	2,05	0,1079
Within groups	30986,7	216	143,457		
Total (Corr.)	31868,9	219			

Table of Means for TPS by Salary Code
with 90,0 percent LSD intervals

Salary Code	Count	Mean	Std. error (pooled s)	Lower limit	Upper limit
1	52	60,2115	1,66096	58,2714	62,1517
2	68	61,7647	1,45247	60,0681	63,4613
3	58	60,9655	1,5727	59,1284	62,8026
4	42	56,1667	1,84814	54,0079	58,3255
Total	220	60,1182			

Multiple Range Tests for TPS by Salary Code

Method: 90,0 percent Tukey HSD

Salary Code	Count	Mean	Homogeneous Groups
4	42	56,1667	X
1	52	60,2115	XX
3	58	60,9655	XX
2	68	61,7647	X

Contrast	Difference	+/- Limits
1 - 2	-1,55317	5,08625
1 - 3	-0,753979	5,27283
1 - 4	4,04487	5,72797
2 - 3	0,799189	4,93492
2 - 4	*5,59804	5,41852
3 - 4	4,79885	5,59403

* denotes a statistically significant difference.

Variance Check

Cochran's C test: 0,283743 P-Value = 0,821196

Bartlett's test: 1,00736 P-Value = 0,66597

Hartley's test: 1,30258

Levene's test: 0,415714 P-Value = 0,74189