



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Ευστάθιος-Δημοσθένης Ανδριανόπουλος

Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Ευστάθιος-Δημοσθένης Ανδριανόπουλος

Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Επόπτης:
Δρ. Θεόδωρος Παπαλιάς

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**UNIVERSITY
PIRAEUS**

**COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES
ADMINISTRATION OF HEALTH**



**TEI OF
PIRAEUS**

Efstathios-Dimosthenis Andrianopoulos

Quality in Services of Health in Greece

*Supervisor:
Dr. Theodoros Papailias*

**Graduate Thesis submitted for the Degree
“Master in Health Management”**

Piraeus, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Η διπλωματική εργασία του / της (ονοματεπώνυμο / ΑΜ.....)

Με τίτλο.....
.....
.....

εξετάστηκε και εγκρίθηκε ως προς το περιεχόμενο της και την παρουσίαση.

Η εξεταστική
επιτροπή

ονοματεπώνυμο

βαθμίδα

βαθμός

υπογραφή

Επιβλέπων 1.....

Μέλος 2.....

Μέλος 3.....

Ημερομηνία παρουσίασης

Ευχαριστίες

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή του Τμήματος Λογιστικής του Τ.Ε.Ι. Πειραιά κ. Παπαηλία Θεόδωρο για την επίβλεψη της όλης προσπάθειας, για την άψογη συνεργασία μας, και τις πολύτιμες συμβουλές του.

Επίσης, για την γενικότερη βοήθεια που μου προσέφερε καθώς επίσης και για την συλλογή πληροφοριών θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αγιακλόγλου Χρήστο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αμέριστη συμπαράσταση που μου έδειξαν όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας όλα έχουν αλλάξει. Πάντα σε σχέση με την υπόλοιπη κοινωνία, τον τρόπο διοίκησης των μονάδων υγείας, ο τρόπος εργασίας, οι εμπλεκόμενοι φορείς, πολίτες και επαγγελματίες ιατροί. Η χώρα μας από αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα είχε μεγάλη παράδοση στον τομέα της ιατρικής. Η σύγχρονη πραγματικότητα ανέδειξε την σπουδαιότητα του κλάδου αυτού και έτσι θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη βελτιώσεων που θα τον ωθήσουν σε ποιοτικότερη διοίκηση, παραγωγή και ικανοποίηση του ασθενή και του ιατρού, μια τέτοια βοήθεια μπορεί να αντληθεί από την ποιότητα.

Η ποιότητα της υγείας αποτελεί μια έννοια που διαρκώς διαφοροποιείται, μεταβάλλεται και προσαρμόζεται σε νέες επιθυμίες, προσδοκίες και ανάγκες. Ένας γενικός προσδιορισμός φαίνεται να συνδέει την ποιότητα της υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών, εφόσον η παρεχόμενη υπηρεσία υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών. Οι ασθενείς, εκφράζοντας την υποκειμενική τους γνώμη, αξιολογούν την ποιότητα της υγείας σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών υγείας ή των προσδοκιών τους για το αγαθό υγεία. Η ικανοποίηση του ασθενούς από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται, επομένως, ως ένα επιπλέον κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον για έρευνα της ποιότητας της υγείας φαίνεται να επικεντρώνεται αφενός στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο προσωπικό υγείας και τον ασθενή (θεραπευτική σχέση) και αφετέρου στην επίδραση της θεραπευτικής σχέσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι πράξεις, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η αλληλοδράση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου έρχονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται στην κοινή δέσμευση και των δύο πλευρών να συνεργαστούν, προκειμένου να επιτευχθεί ο κοινός στόχος της θεραπείας. Η θεραπευτική σχέση αναδεικνύεται έτσι ως το κομβικό σημείο από το οποίο διέρχεται τόσο η βελτίωση της παρεχόμενης υγείας όσο και η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ασθενούς. Έτσι προϋπόθεση αυτής της σχέσης είναι η ύπαρξη ποιότητας σε όλες της διαδικασίες έτσι ώστε η ποιότητα παροχής υπηρεσιών να αναδειχθεί ως ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα επίτευξης πλεονεκτήματος κάθε ιατρικής (νοσηλευτικής) μονάδας.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάλυση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από μονάδες υγείας. Η μελέτη μας περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια και διαιρείται σε δύο κύρια μέρη την θεωρητική και την ερευνητική επισκόπηση, με κεντρική θεώρηση ότι η ποιότητα αποτελεί ένα στρατηγικό ζήτημα που διαπερνά όλες τις

λειτουργίες κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Στο πρώτο, θεωρητικό, μέρος της εργασίας, πραγματοποιείται αρχικά μία ανάλυση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην ποιότητα στον τομέα της υγείας και στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφερόμενοι και σε πραγματικά παραδείγματα πιστοποιημένων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο δεύτερο, ερευνητικό, μέρος της εργασίας θα αναλύσουμε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες ιατρούς που εργάζονται σε τόσο σε ιδιωτικά θεραπευτήρια όσο και σε δημόσια νοσοκομεία.

Λέξεις – Κλειδιά

Ποιότητα

Υγεία

Παροχή υπηρεσιών υγείας

Επαγγελματίας ιατρός

Ασθενής

Εθνικό Σύστημα Υγείας

Διασφάλιση ποιότητας

Πιστοποίηση ποιότητας

Έλεγχος ποιότητας

Πίνακας Περιεχομένων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Εξώφυλλο 1.....	i
Εξώφυλλο 2.....	ii
Αγγλικό Εξώφυλλο	iii
Σελίδα Έγκρισης	iv
Ευχαριστίες	v
Περίληψη	vii
Πίνακας Περιεχομένων.....	x
Κατάλογος Σχημάτων	xiii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xv
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Εισαγωγή.....	1
Θεωρητική Επισκόπηση	9
Κεφάλαιο 1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας	10
1.1. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	11
1.1.1. Τι Είναι Σύστημα Υγείας.....	11
1.1.2. Προσφορά Συστημάτων Υγείας	11
1.1.3. Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας	12
1.1.4. Γενικές Αρχές και Στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	12
1.1.5. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	13
1.1.5.1. Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	14
1.1.5.2. Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	15
1.1.5.3. Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας.....	16
Κεφάλαιο 2. Ποιότητα και Υγεία	17
2.1. Η Ποιότητα στην Υγεία	18
2.1.1. Ορισμοί	18
2.1.2. Ιστορική Αναδρομή	18
2.1.3. Ανάγκη για Ποιότητα στην Υγεία	21
2.1.4. Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας	22
2.1.5. Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας	23
2.2. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα	25
2.2.1. Τρόποι Ενίσχυσης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	26
2.2.2. Υπηρεσίες Ενίσχυσης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	27
2.2.3. Παρακολούθηση και Προαγωγή της Ποιότητας.....	29

Κεφάλαιο 3. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	31
3.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	32
3.2. Ποιοτικός Έλεγχος Υπηρεσιών Υγείας	34
3.2.1. Ποιοτικός Έλεγχος Υπηρεσιών Υγείας και Κόστος	36
3.2.2. Παράδειγμα Ποιοτικού Ελέγχου στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου Αθηνών «Υγεία»	387
3.2.2.1. Εσωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος στη Χειρουργική Παθολογική Ανατομική.....	38
3.2.2.2. Έλεγχος Ποιότητας στις Εκτελέσεις Νεκροτομών	42
3.3. Εφαρμογή Έλεγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας – Η Ελληνική Πραγματικότητα	45
3.3.1. Υποδομές για τον Έλεγχο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	47
3.4. Διασφάλιση Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	50
3.4.1. Εφαρμογή Συστημάτων Διασφάλισης Ελέγχου Ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	52
3.4.1.1. Παράδειγμα Διασφάλισης Ελέγχου Ποιότητας στην Πυρηνική Ιατρική	55
3.5. Συστήματα Διαχείρισης Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	59
3.5.1 Παραδείγματα Πιστοποιημένων Μονάδων Παροχής Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας	66
3.5.1.1. Εργαστήριο Ποιοτικού Ελέγχου - Μονάδα Εμβολίων	66
3.5.1.2. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κυπαρισσίας	67
3.5.1.3. Νοσοκομείο Υγεία	68
3.5.1.4. Νοσοκομείο Ιατρικό Αθηνών	70
Ερευνητική Επισκόπηση.....	71
Κεφάλαιο 4 ^ο . Έρευνα.....	72
4.1. Μεθοδολογία και Ερευνητικό Πλαίσιο	73
4.1.1 Περιγραφή Πληθυσμού Έρευνας.....	73
4.1.2. Δείγμα Έρευνας	73
4.1.3. Η Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων και Παρουσίαση Ερωτηματολογίου	74
4.2. Ανάλυση Έρευνας	74
4.3. Συμπεράσματα Έρευνας	90
4.4. Υποδείξεις για Περαιτέρω Έρευνα	98
Επίλογος	99
Βιβλιογραφικές Πηγές	104
Παράρτημα	110

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διάγραμμα 1. Φύλο Δείγματος	75
Διάγραμμα 2. Ηλικιακή Κατανομή Δείγματος	76
Διάγραμμα 3. Ιατρικές Ειδικότητες Δείγματος.....	77
Διάγραμμα 4. Μονάδες Υγείας Δείγματος	78
Διάγραμμα 5. Ποιότητα που Παράσχεται από τις Δημόσιες Μονάδες Υγείας	79
Διάγραμμα 6. Αρνητικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ποιότητας στην Υγεία	80
Διάγραμμα 7. Αξιολόγηση Ποιότητας του Ιατρικού Κλινικού Έργου και των Υπόλοιπων Δομών της Μονάδας Υγείας.....	81
Διάγραμμα 8. Οφέλη για τον Ασθενή.....	82
Διάγραμμα 9. Οφέλη για τους Επαγγελματίες Ιατρούς.....	83
Διάγραμμα 10. Οφέλη για τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	84
Διάγραμμα 11. Οφέλη για τα Ασφαλιστικά Ταμεία	84
Διάγραμμα 12. Οφέλη για το Κράτος και το Κοινωνικό Σύνολο.....	85
Διάγραμμα 13. Ποιοτικός Έλεγχος και Εντοπισμός Αδυναμιών Υπηρεσιών Υγείας.....	86
Διάγραμμα 14. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Μονάδες Υγείας	86
Διάγραμμα 15. Πιστοποίηση Ποιότητας σε Μονάδες Υγείας.....	88
Διάγραμμα 16. Παρεχόμενη Ποιότητα σε Μονάδες Εργασίας του Δείγματος	88
Διάγραμμα 17. Παράμετροι Βελτίωσης Ποιότητας Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.	90

Κατάλογος Πινάκων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πίνακας 1. Ηλικιακή Κατανομή Δείγματος.....	75
Πίνακας 2. Ιατρικές Ειδικότητες Δείγματος.....	76
Πίνακας 3. Μονάδες Υγείας Δείγματος.....	78
Πίνακας 4. Αρνητικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ποιότητας στην Υγεία.....	80
Πίνακας 5. Παράμετροι Βελτίωσης Ποιότητας Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.....	89

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Εισαγωγή

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ολοένα και περισσότερο σήμερα, γίνεται πλέον αποδεκτό ότι η υψηλή ποιότητα των προϊόντων / υπηρεσιών και η σύνδεση τους με την ικανοποίηση του πελάτη, είναι το κλειδί για την επιβίωση οποιασδήποτε επιχείρησης. Η δημιουργία μιας μεγάλης αγοράς, η διεθνοποίηση των συναλλαγών καθώς και οι ραγδαίες τεχνολογικές βελτιώσεις καθιστούν επιτακτική τη δημιουργία ενός νέου σημείου αναφοράς στην ανταγωνιστική δραστηριότητα των επιχειρήσεων. Ως νέα επομένως παράμετρος στις διαμορφωθείσες απαιτήσεις της αγοράς έρχεται να προστεθεί η ποιότητα.

Στη σημερινή εποχή οι καταναλωτές ευαισθητοποιούνται περισσότερο απέναντι στη ποιότητα, την οποία θεωρούν πολύ σημαντικότερη από ότι παλιότερα τη τιμή, ως κριτήριο για την αγορά των διαφόρων αγαθών και υπηρεσιών. Η εποχή στην οποία οι παραγωγοί επέβαλαν τη θέληση τους στους καταναλωτές και προσάρμοζαν την παραγωγή τους ανάλογα με τη δυνατότητα των επιχειρήσεων, αποτελεί πλέον ένα ξεπερασμένο κομμάτι της οικονομικής ιστορίας.

Έτσι, οι επιχειρήσεις αναπτύσσουν πλέον μια νέα φιλοσοφία της ποιότητας και για την εφαρμογή της απαιτείται η εγκατάσταση ενός συστήματος ποιότητας σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας της και σε όλο το ανθρώπινο δυναμικό της.

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

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

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

- **Ποιότητα** είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις [40]. Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιόπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα.

- **Ποιότητα** είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη [41].
- Σύμφωνα με τους Glenn Laffel και David Blumental [42], η **ποιότητα** θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.
- Σύμφωνα με τον John Onretveit [43], κατά τη διαδικασία ορισμού της **ποιότητας** θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretveit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και, τέλος, την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές [44], αρχικά η ποιότητα σχεδιασμού και η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε. Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Παρακάτω θα δούμε έννοιες σημαντικές για την περαιτέρω ανάλυση της ποιότητας:

- **Τομέας Υγείας [1]:** Ο τομέας δραστηριοτήτων που αφορούν στην Υγεία, στην Κοινωνική Αλληλεγγύη και στη Δημόσια Υγεία.
- **Παροχή υπηρεσιών υγείας [8]:** Η φροντίδα των ασθενών σε νοσοκομεία, ιατρεία, κατ' οίκον ή σε ιδιωτικά ιδρύματα. Στις τυπικές δραστηριότητες αυτού του είδους περιλαμβάνονται η διαχείριση των φακέλων των ασθενών, η παροχή οδοντιατρικής, φαρμακευτικής, οφθαλμολογικής αγωγής, η παροχή ιατρικής διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, προληπτικής φροντίδας και εν γένει ιατρικής παρακολούθησης.

- **Διοίκηση των υπηρεσιών υγείας [8]:** Κάθε ενέργεια που αφορά στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, εκτός των θεραπευτικών σκοπών, που γίνεται από τα νοσοκομεία ή τον ιδιωτικό τομέα. Στις τυπικές δραστηριότητες αυτού του είδους περιλαμβάνονται η οργάνωση της εισαγωγής και εξαγωγής ασθενών και η καταγραφή των επισκεπτών, ο προγραμματισμός των ραντεβού και της εισόδου στο νοσοκομείο, η οικονομική διαχείριση συμπεριλαμβανομένης της χρέωσης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- **Υπηρεσίες τομέα Υγείας [1]:** Οι επαγγελματικές δραστηριότητες και διεργασίες που απαιτούν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και υλικοτεχνικούς πόρους, προκειμένου να εξυπηρετούνται ανάγκες της υγειονομικής φροντίδας του πολίτη, σε όλο το φάσμα της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του.
- **Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης [1]:** Ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, καθώς και τα λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- **Μονάδες Υγείας [1]:** Οι φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι έχουν εκ του Νόμου την αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών στον τομέα Υγείας.
- **Ποιότητα στις υπηρεσίες [21]:** Η υπηρεσία είναι κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον κλάδο. Η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας με τις απαιτήσεις του πελάτη κρίνεται αναγκαία. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσίας θα πρέπει να είναι απόλυτα συμμορφωμένες με τις ανάγκες του καταναλωτή. Οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες [30]:
 1. Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
 2. Ανταπόκριση: η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.

3. Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
4. Ακρίβεια: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
5. Μοναδικότητα: η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.

Η ποιότητα μίας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί από χαρακτηριστικά έρευνας, εμπειρίας και πίστης. Συνοπτικά, οι επιχειρήσεις υπηρεσιών θα πρέπει να στρέψουν το στρατηγικό ενδιαφέρον τους στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας προκειμένου να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους. Είτε πρόκειται για την παραγωγή ενός γεύματος σε fast food εστιατόριο, είτε για παράσταση νομικού συμβούλου σε μία δίκη, είτε για μια επέμβαση γαστροσκόπησης, η ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας προάγει τα συμφέροντα της επιχείρησης διασφαλίζοντας την ικανοποίηση του πελάτη.

➤ **Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας [21]:** Η ποιότητα είναι μια πολυσύνθετη έννοια που αγκαλιάζει όλες τις πτυχές της επιχειρηματικής και οικονομικής δραστηριότητας. Οι στόχοι μιας ευρύτερης πολιτικής για την ποιότητα στο πλαίσιο της στρατηγικής για τη σύγκλιση της ανταγωνιστικότητας μπορούν να συνοψιστούν ως ακολούθως:

1. Η βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης των ελληνικών επιχειρήσεων μέσω της αναβάθμισης της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και με την υιοθέτηση συστημάτων διοίκησης της ποιότητας.
2. Η ενίσχυση της αξιοπιστίας των ελληνικών προϊόντων και υπηρεσιών στις απαιτητικές διεθνείς αγορές.
3. Η αποφυγή του αθέμιτου ανταγωνισμού στην εσωτερική αγορά από προϊόντα υποβαθμισμένης ποιότητας.
4. Η προστασία του καταναλωτή από επικίνδυνα για την υγεία και την ασφάλεια του προϊόντα.
5. Η προστασία του περιβάλλοντος μέσω της υιοθέτησης συστημάτων περιβαλλοντικής διαχείρισης, αλλά και της προώθησης προϊόντων και τεχνολογιών φιλικών προς το περιβάλλον.

Η ποιότητα μπορεί να αφορά:

1. την καταλληλότητα για χρήση
2. την ικανοποίηση του πελάτη
3. τη συμμόρφωση με πρότυπα / προδιαγραφές

4. άλλα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ανάγκες των πελατών προδιαγράφονται σαφώς μέσω συγκεκριμένων, μετρήσιμων ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών του προϊόντος / υπηρεσίας και μπορεί να αποτελούν και τεκμηριωμένη συμβατική υποχρέωση. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ανάγκες δεν εκφράζονται ρητά και πρέπει να εντοπίζονται και να ορίζονται από την ίδια την επιχείρηση. Ιδιότητες και χαρακτηριστικά της ποιότητας μπορεί να αφορούν τα εξής: εμφάνιση, αντοχή, χρήση, γεύση, ασφάλεια, διαθεσιμότητα, αξιοπιστία, συντήρηση, χρόνο παράδοσης, ταχύτητα εξυπηρέτησης, κόστος, περιβάλλον. Η αποδεκτή κατά περίπτωση ποιότητα δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά την τελειότητα.

- **Διασφάλιση ποιότητας [13]:** Η διασφάλιση ποιότητας είναι ενέργειες σχεδιασμένες και συστηματικές που είναι απαραίτητες για να δώσουν επαρκή εμπιστοσύνη ότι το προϊόν / υπηρεσία θα ικανοποιήσει δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας. Η διασφάλιση ποιότητας αναφέρεται στο σύστημα διαχείρισης / διοίκησης το οποίο εξασφαλίζει

1. ότι ο σχεδιασμός, κατασκευή, η λειτουργία, η επιθεώρηση και ο έλεγχος έχουν συντελεστεί ορθά ώστε να ικανοποιούν τα πρότυπα και
2. ότι υπάρχουν αποδείξεις ότι τα προηγούμενα έχουν γίνει.

- **Συστήματα διασφάλισης ποιότητας [14]:** Συστήματα διασφάλισης ποιότητας είναι η οργανωτική δομή, οι υπευθυνότητες, οι διαδικασίες, οι διεργασίες και τα μέσα για την διασφάλιση / διαχείριση της πρώτης. Ένα σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας αποσκοπεί στο να ενοποιήσει όλα τα στοιχεία που επηρεάζουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που προσφέρει μια επιχείρηση. Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που έχουν σχέση με την ικανότητά του να ικανοποιεί τις σαφείς ανάγκες αλλά και τις σιωπηρές απαιτήσεις, μιας συγκεκριμένης αγοράς (δηλαδή ενός συνόλου πελατών), προς την οποία απευθύνεται ή για την οποία κατασκευάστηκε. Η έννοια της ποιότητας δεν περιορίζεται μόνο στην ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά επεκτείνεται και στην ποιότητα της επιχείρησης που το προσφέρει. Έτσι, δημιουργείται η έννοια της Ολικής Ποιότητας, που έχει σαν βασικό σκοπό να μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων και να ελαχιστοποιεί το κόστος τους. Ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας στην πράξη είναι μία συνεχής πορεία βελτίωσης:

1. πες αυτό που κάνεις - τεκμηρίωση

2. κάνε αυτό που λες - εφαρμογή
 3. κατέγραψε ότι το έκανες - τήρηση αρχείων
 4. παρακολούθησε τη συμμόρφωση - επιθεώρηση του συστήματος
 5. βελτίωσε το σύστημα - διορθωτικές ενέργειες
- **Έλεγχος ποιότητας** [21]: Υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου ποιότητας. Ο έλεγχος αφορά πραγματικές, φυσικές δραστηριότητες και ενέργειες (μετρήσεις, δοκιμές), που έχουν ως αντικείμενο την εξέταση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ενός προϊόντος, για την διαπίστωση της συμμόρφωσης με προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις / κριτήρια. Ο έλεγχος δεν προσθέτει ποιότητα, αποτελεί την φωτογραφία μιας συγκεκριμένης στιγμής. Η διαχείριση ποιότητας, στοχεύει στην εξασφάλιση των θετικών αποτελεσμάτων του ελέγχου, μέσω του κατάλληλου συντονισμού όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα (διοίκηση, προσωπικό, εξοπλισμός, οργάνωση, υλικά).
- **Σύστημα ελέγχου ποιότητας** [21]: Το σύστημα ελέγχου ποιότητας αποτελείται από δομές, δραστηριότητες, αρμοδιότητες, διαδικασίες, πόρους, μετρικές και εργαλεία μέτρησης, τα οποία χρησιμοποιούνται για να διασφαλίσουν ότι τα έργα λογισμικού που αναπτύσσονται εκπληρώνουν τους ποιοτικούς παράγοντες οι οποίοι είναι επιθυμητοί τόσο από τον πελάτη, όσο και από την επιχείρηση. Το σύστημα ελέγχου ποιότητας θα πρέπει να βασίζεται σε κάποιο πρότυπο (το οποίο συνήθως είναι κάποιο διεθνές πρότυπο ποιότητας, αλλά μπορεί να είναι και κάποιο υβριδικό πρότυπο εξειδικευμένο για χρήση στη συγκεκριμένη επιχείρηση) το οποίο παρέχει οδηγίες για την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας.
- **Τυποποίηση** [1]: Η δραστηριότητα με την οποία θεσπίζονται διατάξεις, οι οποίες προορίζονται να εφαρμοστούν γενικά και κατ' επανάληψη, προκειμένου να αντιμετωπιστούν υπαρκτά ή εν δυνάμει προβλήματα και να επιτευχθεί ο καλύτερος βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής.
- **Τυποποιητικό Κείμενο** [1]: Το έγγραφο που παρέχει κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή για τα αποτελέσματά τους. Μπορεί να είναι πρότυπο, οδηγός, τεχνική έκθεση κ.ά.
- **Πρότυπο** [1]: Το έγγραφο στο οποίο περιλαμβάνονται, για συνεχή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή τα αποτελέσματά τους και το οποίο έχει καταρτιστεί, μετά από συναίνεση, από έναν αναγνωρισμένο φορέα, προκειμένου να επιτευχθεί ο

καλύτερος δυνατός βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής. Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO (International Organisation for Standardization), οργανισμός εξειδικευμένος στη δημιουργία προτύπων, αποτελείται από τους εθνικούς φορείς τυποποίησης 91 χωρών [29]. Έχει 180 περίπου Τεχνικές Επιτροπές, υπεύθυνες για αντίστοιχους τομείς εξειδίκευσης, που αναπτύσσουν διεθνή πρότυπα με στόχο τη διευκόλυνση της διεθνούς ανταλλαγής προϊόντων και υπηρεσιών και την ανάπτυξη συνεργασίας στη σφαίρα των πνευματικών, επιστημονικών, τεχνολογικών και οικονομικών δραστηριοτήτων.

- **Προδιαγραφή [1]:** Το έγγραφο εκείνο, το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις που πρέπει να πληρεί ένα προϊόν ή υπηρεσία, διεργασία, δραστηριότητα, οργανισμός, σύστημα, πρόσωπο ή συνδυασμός αυτών.
- **Εθνικό πρότυπο [1]:** Το πρότυπο που έχει υιοθετηθεί από έναν εθνικό φορέα προτύπων και είναι διαθέσιμο στο κοινό.
- **Πιστοποίηση [1]:** Διαδικασία με την οποία ένα τρίτο μέρος (Φορέας Πιστοποίησης) παρέχει γραπτή διαβεβαίωση ότι ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.
- **Διαπίστευση [1]:** Διαδικασία με την οποία ένας αρμόδιος φορέας (Φορέας Διαπίστευσης) παρέχει επίσημη αναγνώριση ότι ένας φορέας ή πρόσωπο είναι ικανός να πραγματοποιεί ειδικά έργα.
- **Μετρολογία [1]:** Η επιστήμη της ακρίβειας των μετρήσεων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κεφάλαιο 1°. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

1.1. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

1.1.1. Τι Είναι Σύστημα Υγείας

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας [10].

1.1.2. Προσφορά Συστημάτων Υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους [8]:

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.1.3. Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα [8]:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες [59].

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

1.1.4. Γενικές Αρχές και Στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ.

2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται μια νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας [1].

Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Οι αρχές που διέπουν κάθε λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αφορούν[2]:

1. Την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο
2. Τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας
3. Την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη ως αρχή

Βασικοί στόχοι [45] του είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας [46].

1.1.5. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη [3].

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος [4]. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως [5]:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις

καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)

- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

1.1.5.2. Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό [6]. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά, που υπάρχουν στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάρχουν όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια

1.1.5.3. Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν [5]:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρική έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2.1. Η Ποιότητα στην Υγεία

2.1.1. Ορισμοί

Σύμφωνα με τον A. Donabedian [47], η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Πρωταρχική μέθοδος του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών [7] ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

2.1.2. Ιστορική Αναδρομή

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στον αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith» [48]. Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας [11].

Το 2000 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση [49].

Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων.

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών [11].

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Δηλαδή, κατά τον Codman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου[11].

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο [32]. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη [11]. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

Με βάση τα παραπάνω είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους.

Η προσπάθεια αυτή εστιάστηκε αρχικά στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η αξιοπιστία και η

επαναληπτικότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων.

Στη συνέχεια το ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων παρενεργειών, ιδιαίτερα στα αμερικάνικα νοσοκομεία, στα οποία η συχνότητα τους κυμαίνονταν από 2,9% έως 3,7% στο σύνολο των νοσηλευόμενων [7]. Οι μισές τουλάχιστον από τις παρενέργειες αυτές οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος, ενώ ένα περίπου 10% κατέληγαν σε θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις Η.Π.Α., από 44.000 έως 98.000 κάθε χρόνο [12].

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στην Β. Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως Ιατρικών Ελέγχων (Medical Audit / MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που τις διενεργούσαν κατά κανόνα επιλεγμένοι γιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός του νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λαθεμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού [12]. Οι ελεγκτές, εσωτερικοί ή εξωτερικοί, αφού συμφωνούσαν στο τι συνίσταται η άριστη πρακτική και τα κριτήρια αξιολόγησης του αποτελέσματος και των διαδικασιών, έκριναν και αξιολογούσαν. Η επιδιωκόμενη όμως βελτίωση ήταν περιορισμένη γιατί οι ευθύνες αναζητούνταν μόνο στους γιατρούς, απουσίαζε η ανάλυση τάσεων και η διαμόρφωση προτύπων ώστε να εντοπίζονται με αντικειμενικότητα τα βαθύτερα αίτια και δεν υπήρχαν διαδικασίες και συστήματα επανόρθωσης των λαθών και αξιολόγησης της βελτίωσης.

Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός έλεγχος σαν όρος αλλά και σαν περιεχόμενο, έχει ενσωματωθεί σε μία ευρύτερη προσπάθεια Κλινικού Ελέγχου (Clinical Audit) η οποία χρησιμοποιείται σε πολλά νοσοκομεία που δεν έχουν ακόμα υιοθετήσει πιο ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας [7]. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρο σύγκρισης. Ανάλογα δε με τη μεθοδολογία, οι κλινικοί αυτοί έλεγχοι ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες. Στον αναδρομικό έλεγχο με εσωτερικούς ελεγκτές, που είναι και ο πιο απλός, στον αναδρομικό έλεγχο με εξωτερικούς ελεγκτές, στον έλεγχο κατά τη διάρκεια νοσηλείας με βάση τα κλινικά πρωτόκολλα, και στον έλεγχο με βάση κριτήρια καλής πρακτικής που αποτελούν το μέτρο σύγκρισης.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.α. και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν

αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνεται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κτλ. Οι δε εργαζόμενοι επίσης, πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα, οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων [7]. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει το 1980 ως στόχο, να εγκαταστήσουν όλα τα κράτη μέλη μηχανισμούς εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

2.1.3. Ανάγκη για Ποιότητα στην Υγεία

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και Η.Π.Α. καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε Η.Π.Α. και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές [33, 34].

Η απόδοση από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων, τόσο της κατάλληλης θεραπείας όσο και του ευχάριστου και ικανοποιητικού περιβάλλοντος ανάρρωσης, αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι [36]:

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπευτών όλων των απαιτούμενων μέσω για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και την σωματική ακεραιότητα των τελευταίων.

2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπερβολή εκ μέρους των θεραπειών στην χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, οδηγεί στην διόγκωση του κόστους της θεραπείας.
3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζώων.

2.1.4. Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας

Ο αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας A. Donabedian [47] πρότεινε τρεις βασικούς τρόπους για τον έλεγχο της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα:

1. Η μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή αξιολόγηση των προϊόντων μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
2. Η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
3. Η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας.

Σήμερα στον κλάδο της ποιότητας στην υγεία κυριαρχεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (continuous quality improvement), η οποία ξεπερνά την απλή μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε κάποια προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση ποιότητας είναι δυναμική προσέγγιση στην διασφάλιση της ποιότητας σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η βελτίωση ποιότητας υποστηρίζει τόσο την προσπάθεια του συνόλου, όσο τονίζει και την σημαντικότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας αφορά όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης, από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την πιο απλή εργασία. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Οδηγεί σε συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της επιχείρησης, της τεχνολογίας και των παραγωγικών δυνατοτήτων.

Κατά τον Gilbert [37], θεμέλιο της βελτίωσης ποιότητας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

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

Η βελτίωση ποιότητας είναι σημαντικός στόχος για όλες τις κλινικές εφαρμογές. Βασικά στοιχεία της είναι η δέσμευση του προσωπικού, η συστηματική συλλογή και ανάλυση δεδομένων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων και η ενεργή υποστήριξη της διοίκησης. Η εκτίμηση των τάσεων και των αιτιών των προβλημάτων γεφυρώνουν το κενό και προσφέρουν τον απαραίτητο σύνδεσμο για την λήψη αναγκαίων μέτρων [38]. Η στρατηγική αυτή αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο που μπορεί να εφαρμοστεί και στον τομέα της υγείας.

2.1.5. Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές – υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες [22]:

1. **Οφέλη για τον ασθενή.** Τα οποία είναι τα εξής:
 - Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.
 - Ψυχολογικά οφέλη. Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενή και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος

αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.

- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.

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

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

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Όπως:

- Οικονομικά οφέλη. Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.
- Αναγνώριση και φήμη.

4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία. Δηλαδή:

- Οικονομικά οφέλη. Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Τα οποία συνίστανται κυρίως στα εξής:

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο.

2.2. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Μέχρι σήμερα υπάρχουν αρκετά προβλήματα που μπορούμε να διαπιστώσουμε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αρχικά στην Ελλάδα το θεσμικό πλαίσιο για την Ποιότητα των υπηρεσιών, την τυποποίηση Υγείας και την εξωτερική αξιολόγηση των υπηρεσιών βρίσκεται σε όχι επαρκές σημείο.

Οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Υγείας, των φορέων κοινωνικής πρόνοιας κατά κατηγορία φορέων και το περιεχόμενο των παρεχόμενων προς αυτά υπηρεσιών, τους χώρους, τον εξοπλισμό, τον αναγκαίο αριθμό προσώπων όσο και τα απαιτούμενα προσόντα καθορίζονται από σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις. Έτσι θεωρείται απαραίτητο οι αποφάσεις αυτές να λαμβάνονται με μια σχετική ταχύτητα ώστε να μην παρατηρούνται εγκλωβισμοί δυναμικών στοιχείων που να δημιουργούν αγκυλώσεις που σε πολλές περιπτώσεις δεν επιτρέπουν την προσαρμογή σε νέα τεχνολογικά δεδομένα και καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την προώθηση της καινοτομίας και την διαχείριση των αλλαγών.

Όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών υπάρχει στη χώρα μας μια σχετική πρόοδος. Ήδη από το 1992 έχουν κατοχυρωθεί νομοθετικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και το 1997 θεσπίστηκαν τα όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων. Τέλος στη χώρα μας λειτουργεί και ο θεσμός του Συνηγόρου του Πολίτη, στον οποίο μπορούν να προσφύγουν οι ασθενείς εκείνοι, οι οποίοι θεωρούν ότι παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα τους στην υγεία. Ο Συνήγορος του Πολίτη «ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες οργάνων των δημόσιων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων» [24].

2.2.1. Τρόποι Ενίσχυσης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η ποιότητα και κατ' επέκταση ο έλεγχος της διαφύλαξής της προϋποθέτουν ουσιαστικές διαστηριότητες οι οποίες πρέπει να λάβουν χώρα προκειμένου στην επίτευξη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η ουσιαστική μηχανογράφηση των Μονάδων Υγείας, αλλά και η λειτουργία ενός εθνικού συστήματος εξωτερικής αξιολόγησης αποτελούν σημαντική δυνατότητα συγκεντρωτικών στοιχείων για την ποιότητα των υπηρεσιών Υγείας. Αυτό αφορά το σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης και βέβαια της μακροχρόνιας φροντίδας των ασθενών. Έτσι πρέπει να υπάρχει μια αξιοποίηση της υπάρχουσας πληροφορίας, προκειμένου να τυποποιηθούν οι διεργασίες και οι υπηρεσίες και να καταστεί δυνατή η διαρκής παρακολούθηση και βελτίωση των υπηρεσιών αυτών αξιοποιώντας τις δυνατότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παράλληλα, το εθνικού συστήματος διαπίστευσης θα διευκολύνει την παρακολούθηση και τον κατασταλτικό έλεγχο των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας ενίοτε είναι εξαιρετικά δυσχερής.

Σε απάντηση των σύγχρονων προκλήσεων, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πρέπει να προβλέπει τη δημιουργία, πρόσβαση και διάθεση στις μονάδες Υγείας, του βασικού ιστού των απαραίτητων υποδομών που απαιτούνται για τη διαρκή ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν, αξιοποιώντας

παράλληλα τα εθνικά συστήματα Διαπίστευσης, Πιστοποίησης, Τυποποίησης και Μετρολογίας που αποτελούν την εθνική υποδομή Ποιότητας.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά στο Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας, το οποίο αποτελεί θεμελιώδη υποδομή για την ποιότητα των υπηρεσιών, πρέπει να προβλέπει την ενεργοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της Υγείας μέσα σε ένα οργανωτικό και επιχειρησιακό πλαίσιο για την υλοποίησή και συνεχιζόμενη υποστήριξή του στο νέο περιβάλλον των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών.

Η διασφάλιση της φροντίδας για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και στη συμμετοχή του πολίτη στη διαχείριση της Υγείας του, αναδύεται ως βασικός στόχος και όραμα. Στην πράξη, οι μονάδες του τομέα Υγείας της χώρας μας έχουν παρουσιάσει στο παρελθόν ουσιαστικές αδυναμίες αφομοίωσης των νέων τεχνολογιών και ενσωμάτωσής τους στην φροντίδα, καθώς η είσοδος των τεχνολογιών αυτών εμφανίζεται να εισάγει πολυπλοκότητα και απαιτήσεις για τη διαχείριση των αλλαγών που αυτές συνεπάγονται. Η πρόκληση για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν είναι πλέον η απόκτηση της τεχνολογίας μόνο, αλλά η δυνατότητα αφομοίωσής της. Το κέντρο βάρους της ευθύνης για τη βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται έτσι σε παράγοντες που σχετίζονται με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές και τη δημιουργία συνεργιών και εταιρικών σχέσεων.

Το χάσμα μεταξύ της ανάπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας και της αφομοίωσης των αποτελεσμάτων από τα συστήματα τομέα Υγείας εκφράζεται σαν έλλειμμα Ποιότητας. Νέοι τρόποι παροχής της φροντίδας από απόσταση, πέρα από τις συμβατικές υπηρεσίες τομέα Υγείας, ακολουθούν μια νέα προσέγγιση στηριγμένη σε δίκτυα υπηρεσιών, απαιτούν συνεργασία περισσότερων του ενός επαγγελματιών και διαλειτουργικότητα των επί μέρους υπηρεσιών – αλλά και κοινωνικών τομέων- και εισάγουν ένα νέο εργασιακό ήθος στην Υγεία [24].

2.2.2. Υπηρεσίες Ενίσχυσης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Οι τεχνικές και τα μέσα για την υλοποίηση μια ποιοτικής υγείας πρέπει να χαρακτηρίζεται από δυναμικότητα και ανάγκη για διαρκή επικαιροποίηση. Η ένταξη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα πλαίσιο Τυποποίησης Υγείας προσδίδει την

απαιτούμενη ευελιξία και αξιοπιστία, ενώ ταυτόχρονα απελευθερώνει την ανάπτυξη, καθώς οι απαιτήσεις για ποιότητα από κάθε ασθενή μπορούν πλέον να πληρούνται με τον ανά πάσα στιγμή προσφορότερο τρόπο σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο τεχνολογικό και γνωστικό τοπίο.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με αρμόδιους εθνικούς φορείς έχει θέσει στη διάθεση των Δ.Υ.ΠΕ., των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.) και των λοιπών εποπτευομένων από αυτό φορέων τα απαραίτητα μέσα και τις υποδομές για την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών του τομέα Υγείας, ως ακολούθως [24]:

1. Το Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών τομέα Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) - Αρχή Πληροφοριών Υγείας.
2. Το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας.
3. Το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.).
4. Την Πληροφοριακή και Επικοινωνιακή Υποδομή Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών του τομέα Υγείας.
5. Το Εθνικό Παρατηρητήριο Υγείας.
6. Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Υποστήριξης Συστημάτων του τομέα Υγείας (ΚΕ.Π.Υ.Σ.Υ. Α.Ε).
7. Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού του τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.).

Το Υπουργείο Υγείας και οι εποπτευόμενοι από αυτό φορείς χρησιμοποιούν επίσης τις εθνικές υποδομές για την Ποιότητα που είναι:

1. Το εθνικό πλαίσιο Τυποποίησης, Πιστοποίησης και Μετρολογίας όπως αυτό ορίστηκε από το Νόμο 372/76(Φ.Ε.Κ. Α' 166) και τροποποιήθηκε βάσει του Νόμου 2414/96 (Φ.Ε.Κ. Α' 135) και του Π.Δ. 155/97(Φ.Ε.Κ. Α' 131), όπως κάθε φορά ισχύουν.
2. Το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης, όπως αυτό ορίζεται από τους Ν. 2231/1994, Ν. 2414/96 (Φ.Ε.Κ. Α' 135) και Ν. 3066/2002(Φ.Ε.Κ. Α'252), όπως κάθε φορά ισχύουν.

Τις παραπάνω υπηρεσίες θα τις δούμε παρακάτω αναλυτικότερα.

2.2.3. Παρακολούθηση και Προαγωγή της Ποιότητας

Σημαντικές αλλαγές στην παρακολούθηση και προαγωγή της ποιότητας επήλθε με τη σύσταση από το 2001 του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Το Σώμα διαθέτει ειδικό τομέα ελέγχου φορέων πρόνοιας, στην αρμοδιότητα του οποίου - μεταξύ άλλων - περιλαμβάνεται [24]:

- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της ποιότητας και της επάρκειας των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των προσφερόμενων υπηρεσιών από τις δημόσιες υπηρεσίες, από τις υπηρεσίες πρόνοιας των Δήμων, των Νομαρχιών, των Περιφερειών και από τις υπηρεσίες των εποπτευόμενων νομικών προσώπων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που παρέχουν υπηρεσίες στον τομέα της πρόνοιας, όπως οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης και τα Ιδρύματα των Χρονίως Πασχόντων.
- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της τήρησης από όλους τους φορείς των υγειονομικών διατάξεων και των αναγκαίων μέτρων ασφάλειας για την υγιεινή διαβίωση των περιθαλπομένων και του προσωπικού.
- Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι έλεγχοι γίνονται είτε αυτεπάγγελτα, είτε μετά από εντολή των αρμοδίων οργάνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, είτε μετά από αίτημα του Συνηγόρου του Πολίτη εάν είναι θέμα γενικότερου ενδιαφέροντος. Άλλο ενδιαφέρον στοιχείο είναι η αρχική και συνεχιζόμενη κατάρτιση σε τακτά χρονικά διαστήματα των Επιθεωρητών, πέραν των αυξημένων προσόντων που πρέπει να διαθέτουν.

Η τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΤΕΙ) εκπαίδευση των επαγγελματιών γίνεται μέσα από το δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα. Πέραν αυτών, οι επαγγελματίες έχουν και άλλες δυνατότητες εκπαίδευσης (π.χ. δημόσια και ιδιωτικά ΙΕΚ), αλλά αναγνωρισμένα πτυχία χορηγούνται μόνο μετά από κρατικές εξετάσεις. Για πολλά επαγγέλματα απαιτείται η έκδοση σχετικής άδειας. Η επίσημη αρχική ή συνεχιζόμενη κατάρτιση γίνεται μόνο από ειδικώς πιστοποιημένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης.

Σε ότι αφορά στον Μη Κυβερνητικό, μη κερδοσκοπικό εθελοντικό τομέα, έχει καθιερωθεί από το 1998, η πιστοποίηση των φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, όπως και Μητρώο Πιστοποιημένων Οργανώσεων. Η πιστοποίηση και η

εγγραφή στο Μητρώο αποτελούν προϋποθέσεις για κρατική χρηματοδότηση από οποιαδήποτε πηγή.

Για την ποιότητα έχουν γίνει αρκετές παρεμβάσεις και τουλάχιστον νομοθετικά υπάρχει ένα ικανοποιητικό πλαίσιο. Απομένει όμως η πραγματική υλοποίηση από τους παρέχοντας τις υπηρεσίες υγείας, αφού πολλές φορές μεσολαβεί αρκετό διάστημα από την υιοθέτηση μέχρι την εφαρμογή τους.

Από την άλλη πλευρά, η παρακολούθηση και ο έλεγχος τόσων πολλών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι ενίοτε εξαιρετικά δυσχερές. Ιδιαίτερα για τους δημόσιους φορείς, παρουσιάζεται το φαινόμενο τελείως διαφορετικών καταστάσεων ποιότητας. Υπάρχουν δημόσιοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, αλλά υπάρχουν και πολλοί φορείς με πολύ χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πρόκληση είναι η ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι πάνω από ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο σε όλους τους τομείς παροχής κάθε φορέα. Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη βελτίωση του δημόσιου τομέα. Επιδιώκεται με αυτόν τον τρόπο η εξασφάλιση ποιοτικά σωστών υπηρεσιών υγείας, χωρίς να αποκόπτεται το άτομο από την οικογένειά του και τον κοινωνικό ιστό.

Έτσι όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου πρέπει περιέρχονται ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες Μονάδες στην αρμοδιότητα των οικείων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, σε μία προσπάθεια διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, καλύτερης παρακολούθησης της επάρκειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και περαιτέρω βελτίωσης των δημόσιων φορέων.

Κεφάλαιο 3. Ποιότητα στις Υπηρεσιών Υγείας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

3.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, γνωστή και ως TQM (Total Quality Management), είναι ένα σύστημα διοίκησης – διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή Dening, επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη [21].

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων [28].

Πρέπει να τονιστεί ότι στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζόμενου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε εργαζόμενος ή τμήμα του οργανισμού αναπτύσσει, στα πλαίσια της εργασίας του, δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων τμημάτων ή την εργασία άλλων ατόμων. Το γεγονός αυτό καθιστά κάθε εργαζόμενο στον οργανισμό πελάτη κάποιου και ταυτόχρονα προμηθευτή κάποιου άλλου.

Κάθε οργανισμός, λοιπόν, έχει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς πελάτες του. Όλοι αυτοί οι πελάτες συγκροτούν την αλυσίδα των πελατών, στην οποία μόνο ο τελευταίος κρίκος της αποτελεί τον εξωτερικό πελάτη - χρήστη, δηλαδή τον αποδέκτη του ολοκληρωμένου προϊόντος - υπηρεσίας που παράγει ο οργανισμός [39].

Η επιδίωξη ενός οργανισμού που εφαρμόζει Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η συνεχής ικανοποίηση όλων των πελατών του, τόσο των εξωτερικών, όσο και των εσωτερικών. Οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες.

Για να γίνουν πιο κατανοητά τα παραπάνω, παραθέτουμε το ακόλουθο παράδειγμα, το οποίο προέρχεται από το χώρο των νοσοκομείων. Θεωρούμε τους εξής φορείς: τις κλινικές του νοσοκομείου, το Μικροβιολογικό του Εργαστήριο, το φαρμακείο του νοσοκομείου και τους ασθενείς που νοσηλεύονται και επηρεάζονται από τους τρεις παραπάνω τομείς του νοσοκομείου. Οι κλινικές αποτελούν τους πελάτες του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, καθότι ζητούν απ' αυτό τα αποτελέσματα των ασθενών

που νοσηλεύονται στις κλινικές. Ταυτόχρονα, το εργαστήριο είναι πελάτης του φαρμακείου του νοσοκομείου, όσον αφορά στον εφοδιασμό του με τα αντιδραστήρια που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια των εξετάσεων που ζητούν οι κλινικές. Η συνισταμένη όλων αυτών των επιμέρους δραστηριοτήτων διαμορφώνει την τελική ολοκληρωμένη υπηρεσία (διάγνωση, θεραπεία), τελικός αποδέκτης της οποίας είναι ο ασθενής, που αποτελεί και τον τελικό (εξωτερικό) πελάτη του νοσοκομείου [27].

Αν ένας ή περισσότεροι από τους τομείς αυτούς δεν λειτουργήσουν αποτελεσματικά και η εξυπηρέτηση των εσωτερικών πελατών δεν είναι η ενδεδειγμένη, είναι σίγουρο ότι η ποιότητα της υπηρεσίας που θα προσφερθεί στον εξωτερικό πελάτη - ασθενή, θα είναι χαμηλότερη. Πιο συγκεκριμένα, έστω ότι το φαρμακείο εφοδιάζει το μικροβιολογικό εργαστήριο με χαμηλής ή κακής ποιότητας αντιδραστήρια (π.χ. έχει παρέλθει η ημερομηνία λήξης της ισχύος τους), με συνέπεια τα αποτελέσματα των εξετάσεων που διενεργούνται από το μικροβιολογικό να μην είναι αξιόπιστα. Αναγκάζεται λοιπόν, αφού διαμαρτυρηθεί στο φαρμακείο, να ζητήσει νέα αντιδραστήρια, να πραγματοποιήσει ξανά αιμοληψίες από τους ασθενείς και να επαναλάβει τις εξετάσεις. Οι κλινικές, από την πλευρά τους, μη έχοντας τα αποτελέσματα των εξετάσεων, δεν μπορούν να προχωρήσουν στη διάγνωση του προβλήματος των ασθενών και καθυστερεί η έναρξη της θεραπείας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι το μικροβιολογικό εργαστήριο (εσωτερικός πελάτης) δεν είναι ικανοποιημένο από το φαρμακείο (προμηθευτής), οι κλινικές (εσωτερικός πελάτης) δεν είναι ικανοποιημένες από το μικροβιολογικό (προμηθευτής) των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και προφανώς δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς των κλινικών (εξωτερικοί πελάτες), αφού καθυστερεί η διάγνωση του προβλήματός τους και παρατείνεται η διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών - αξιωμάτων, οι οποίες παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω [39]:

1. Η δέσμευση της ηγεσίας. Χωρίς τη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας δεν είναι δυνατή καμία αλλαγή στον οργανισμό. Τα ανώτατα στελέχη είναι αυτά τα οποία πρέπει να θέσουν σαν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και να το επιβεβαιώνουν διαρκώς στην πράξη. Προσωπικοί ανταγωνισμοί μεταξύ των στελεχών και έλλειψη ομαδικού πνεύματος αναμφίβολα δε διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου, της βελτίωσης, δηλαδή, της ποιότητας.
2. Επιστημονική γνώση. Η κατάλληλη εκπαίδευση και γνωστική επάρκεια όλων των εργαζομένων και στελεχών του οργανισμού είναι απαραίτητες, προκειμένου για

την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Το προϊόν της εργασίας όλων πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση. Η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού κρίνεται αναγκαία. Μόνο έτσι θα είναι σε θέση να επισημάνουν την αιτία μιας δυσλειτουργίας και να δώσουν έγκαιρα την ενδεδειγμένη λύση, προλαμβάνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα.

3. Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Για την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτείται η ενεργός ανάμειξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Άλλωστε, γι' αυτό χαρακτηρίζεται και «ολική». Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγει / παρέχει ο οργανισμός και προσωπικά καθένας για την ποιότητα της δικής του εργασίας.

Με την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το ουσιαστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό είναι η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων. Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται ότι αγωνίζονται για έναν κοινό σκοπό.

3.2. Ποιοτικός Έλεγχος Υπηρεσιών Υγείας

Η πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σε ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας [50]. Ο έλεγχος αυτός, ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σε ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, όπου ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή. Παραγνωρίζοντας, όμως τις δυσκολίες αυτές, μπορούμε να θεωρήσουμε τον Ποιοτικό Έλεγχο ως μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια [51].

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

Πρέπει να τονιστεί πάντως, και αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό ιδιαίτερα σημαντικό, ότι ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής – διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, δηλαδή μετά την παραγωγή τους.

Ο όρος «ποιοτικός έλεγχος» έχει προέλθει από την παραγωγή των βιομηχανικών προϊόντων και δεν είναι ο καταλληλότερος για υπηρεσίες υγείας, όμως έχει από τη χρήση σχεδόν καθιερωθεί. Οι έννοιες που θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του είναι [22]:

1. Εσωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος (Internal Quality Control): Με αυτόν εννοούμε τα μέτρα που λαμβάνονται από το προσωπικό κάθε ιατρικής μονάδας, για το συνεχή έλεγχο όλων των λειτουργιών, για παράδειγμα την εξαγωγή αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, ώστε να εξασφαλίζεται η επιθυμητή ποιότητα.
2. Εξωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος (External Quality Assessment): Δηλαδή ο έλεγχος των λειτουργιών αυτών από μία εξωεργαστηριακή ιατρική αρχή. Ο αντικειμενικός κύριος στόχος, είναι η εξασφάλιση συγκρίσιμων αποτελεσμάτων.
3. Διασφάλιση της ποιότητας σε ιατρικές μονάδες (Quality assurance): Η έννοια περιλαμβάνει όλα τα μέτρα που λαμβάνονται από την επιλογή της κατάλληλης εξέτασης μέχρι τη σωστή διάγνωση ή τη σωστή αξιολόγηση της εξέτασεως ή της διάγνωσης, ώστε αυτή να αποβεί προς όφελος του ασθενούς. Περιλαμβάνει πολλές διοικητικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές παραμέτρους, συστήματα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου της ποιότητας κ.λπ.

Η τελική διασφάλιση της ποιότητας οδηγεί στην αναγνώριση επάρκειας της ποιότητας της ιατρικής μονάδας από το εντεταλμένο επιστημονικό όργανο. Για παράδειγμα στην Αγγλία π.χ. το ρόλο αυτό έχει αναλάβει από το 1992 το Clinical Pathology Accreditation Ltd σε ότι αφορά παθολογοανατομικά εργαστήρια, σαν ανώτερο όργανο καταγράφει τα εργαστήρια, διενεργεί ελέγχους και εγκρίνει τα εργαστήρια. Μελλοντικά φαίνεται ότι η έγκριση, θα είναι προϋπόθεση για να μπορεί ένα εργαστήριο να προσφέρει τις υπηρεσίες του, σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ασφαλιστικούς οργανισμούς κ.λπ. [27].

3.2.1. Ποιοτικός Έλεγχος Υπηρεσιών Υγείας και Κόστος

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες – χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα – σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στη συγκράτηση ή και περιστολή των δαπανών υγείας. Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας [21].

Η ανεξέλεγκτη αυτή αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας κρίνεται αναγκαίο να ελεγχθεί, διότι οδηγεί στην περικοπή δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς (παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση κλπ.). Στον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολό της [52].

Ωστόσο, παρόλο τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος που συνεπάγεται η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ερευνητών.

Το 20 – 30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα λαθών, αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, μη εκπαιδευμένου προσωπικού, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων [36].

Η πορεία προς την υπεροχή, κοστίζει λιγότερο σε έναν οργανισμό που διαθέτει συστήματα ποιότητας από ότι σε εκείνον που δεν διαθέτει. Παραδοσιακά, βέβαια, το κόστος σχετίζεται θετικά με την ποιότητα, λόγω των μεγάλων κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Μελέτες όμως που να στηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στην μείωση του κόστους μέσω της διοίκησης ολικής ποιότητας και της βελτίωσης ποιότητας. Παραδόξως, το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κάποιο κόστος, το οποίο όμως αποδεικνύεται πολύ χαμηλότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ενός

ελαττωματικού προϊόντος (απώλεια αξιοπιστίας, κόστος αντικατάστασης ή επισκευής) [60].

Οι Broyles και Al-Asaaf [54] σημειώνουν ότι παρόλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της ποιότητας, ο περιορισμός των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών, οδηγεί σε μείωση του κόστους.

Από την καθημερινή πρακτική μπορεί κανείς να αντλήσει πολλά παραδείγματα χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε επιβάρυνση του κόστους. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργειά της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας του ασθενή επειδή χάθηκε ο ιατρικός του φάκελος κλπ.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν σε επανάληψη ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών, που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται και στη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας της μονάδας, η οποία, με τους ίδιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, αν δε διέθετε κάποιους από αυτούς για την επανάληψη ή τη διόρθωση λανθασμένων ενεργειών, θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς.

Παρόλα αυτά, ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, αλλά και της μείωσης αυτού, δεν είναι απόλυτα εφικτός. Το κόστος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί, τόσο ως αξία της υπηρεσίας, όσο και ως αξία της ανθρώπινης ζωής. Επειδή όμως ο δεύτερος τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις, οι οποίες δε λαμβάνονται υπόψη σε μια χρηματοοικονομική ανάλυση ενός οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες.

3.2.2. Παράδειγμα Ποιοτικού Ελέγχου στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου Αθηνών «Υγεία»

Η εργασία στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο εκτείνεται σε δύο κυρίους τομείς [25]:

1. **Χειρουργική παθολογική ανατομική.** Εξέταση οργάνων και ιστών που αφαιρούνται μετά από χειρουργική επέμβαση ή υλικό που λαμβάνεται με μεθόδους ενδοσκοπήσεως ή με παρακέντηση με βελόνα. Μετά από κατάλληλη τεχνική επεξεργασία ο ιατρός μελετά μικροσκοπικά τις αλλοιώσεις των ιστών και εκφέρει γνώμη (γραφτή έκθεση) για την αιτία, την πρόγνωση, το στάδιο νόσου πιθανώς την επίδραση θεραπείας, και βοηθά τον κλινικό ιατρό στη διάγνωση της νόσου και στην απόφαση για την περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου.
2. **Εκτέλεση νεκροψίας και νεκροτομής.** Σε ασθενείς που κατέληξαν μετά από νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Σκοπός είναι όχι μόνο ο καθορισμός της κυρίας νόσου και της αιτίας θανάτου αλλά και η πλήρης, λεπτομερής μελέτη όλων των παθολογικών αλλοιώσεων των ιστών και οργάνων. Για τη μελέτη αυτή χρησιμοποιούνται οι τεχνικές της ιστοπαθολογίας.

3.2.2.1. Εσωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος στη Χειρουργική Παθολογική Ανατομική

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιεί το Παθολογοανατομικό Εργαστήριο παρουσιάζει ιδιοτυπίες σε σχέση με τα άλλα κλινικά εργαστήρια (π.χ. Βιοχημικό Εργαστήριο), ώστε είναι δύσκολη η ανάπτυξη προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου. Και τούτο διότι το πόρισμα των εξετάσεων δεν δίδεται με τη μορφή μιας ποσοτικής τιμής, που μας δίδει ένα συνήθως πολύπλοκο μηχάνημα, αλλά με τη μορφή μιας γραπτής εκθέσεως που αποτελεί μια συμβουλευτική γνώμη μετά από μία «υποκειμενική» ερμηνεία των ευρημάτων ενός μικροσκοπικού παρασκευάσματος. Ένα σύστημα ποιοτικού ελέγχου επομένως θα πρέπει να κατευθύνεται ακριβώς σε αυτή την «υποκειμενική» διαδικασία και να αποβλέπει στην καλύτερη οργάνωση και συστηματοποίηση του τρόπου εργασίας του Παθολογοανατόμου. Τελικός στόχος θα είναι να δοθεί στον κλινικό ιατρό εγκαίρως μια σωστή γνώμη που θα βασίζεται στη μελέτη ενός άψογου τεχνικά ιστολογικού

παρασκευάσματος. Μία άλλη ιδιαιτερότητα είναι ότι στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο η εφαρμογή ενός ποιοτικού ελέγχου καταλήγει στον έλεγχο της διαγνωστικής ικανότητας ενός συγκεκριμένου ιατρού που υπογράφει την έκθεση, και όχι στον έλεγχο μιας μεθόδου ή ενός οργάνου. Αυτός είναι ο λόγος που αρχικά οι Παθολογοανατόμοι, διεθνώς, αντιμετώπισαν το θέμα με περίσκεψη, αμφιβολία ή και άρνηση. Αυτός είναι ένας πρόσθετος λόγος που ενισχύει την άποψη ότι κάθε πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου θα πρέπει να εφαρμόζεται από μέλη του ιατρικού σώματος.

Μόλις την τελευταία δεκαετία άρχισαν προσπάθειες αναπτύξεως ποιοτικού ελέγχου στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο και τούτο διότι έπρεπε ο μέχρι τότε «κατά συνείδηση» τρόπος εργασίας του τεχνολόγου και Παθολογοανατόμου να μετατραπεί σε ενιαίο, συστηματικό τρόπο εργασίας δηλαδή να μετατραπεί σε μεγέθη μετρητά ποσοτικά και ποιοτικά, συγκρίσιμα, που είναι δυνατόν να καταγραφούν και να αναλυθούν. Επιστημονικά σωματεία διεθνούς κύρους καθόρισαν και πρότειναν κατευθυντήριες γραμμές για τις συνθήκες που πρέπει να πληρεί το Παθολογοανατομικό Εργαστήριο και αργότερα καθόρισαν πρωτόκολλα ενιαίου τρόπου εξετάσεως χειρουργικών παρασκευασμάτων, τυποποιημένου τρόπου συντάξεως των εκθέσεων (π.χ. σε νεοπλασίες), σταδιοποίησεως, ορολογίας κ.λπ.

Από μελέτες της τελευταίας πενταετίας, που έγιναν σε μεμονωμένα εργαστήρια ή ομάδες εργαστηρίων που βασίσθηκαν στην καταγραφή στοιχείων με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων αναδείχθηκαν κάποιες σταθερές τιμές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν ενδείξεις στην εφαρμογή προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου.

Σε κάθε Παθολογοανατομικό Εργαστήριο καθορίζεται ένας ή περισσότεροι υπεύθυνοι για τον ποιοτικό έλεγχο του εργαστηρίου που βάσει πρωτοκόλλου και με ειδικά ερωτηματολόγια (Check Lists) ελέγχουν και βαθμολογούν σε τακτά χρονικά διαστήματα τις διάφορες παραμέτρους του εργαστηρίου ως επαρκείς ή ικανοποιητικές, οριακές, και ανεπαρκείς ή μη ικανοποιητικές, ή βαθμολογούν το ποσοστό επάρκειας επί τοις %, ή με βαθμούς 1, 2, 3 κ.λπ. ενίοτε καταγράφουν σε διαγράμματα την πορεία των αποτελεσμάτων στο χρόνο ή αναλύουν περισσότερο τα στοιχεία αυτά για διάφορες χρήσεις. Με τον τρόπο αυτό ελέγχονται παράμετροι όπως[25]:

- Εφαρμογή των κανόνων ασφάλειας προσωπικού και προστασίας περιβάλλοντος.
- Σχέση (επάρκεια) αριθμού ιατρών και αριθμού παρασκευασμάτων π.χ. 1:3.000 παρασκευάσματα/έτος.
- Επάρκεια αριθμού και εκπαίδευσως Τεχνολόγων.
- Επαρκή κλινικά στοιχεία στο παραπεμπτικό.

- Σωστή καταγραφή του παραληφθέντος υλικού.
- Καταγραφή περιπτώσεων φθοράς ή απώλειας ιστού (αναμενόμενη 1 ανά 3.000 παρασκ.).
- Πλήρης περιγραφή και καταγραφή του εγχειρητικού παρασκευάσματος.
- Επαρκής και αντιπροσωπευτική επιλογή θέσεων για ιστολογική εξέταση.
- Επάρκεια εξοπλισμού, και ετοιμότητα οργάνων και συσκευών.
- Ποιότητα τεχνικής επεξεργασίας ιστολογικών παρασκευασμάτων.
- Ταχύτητα τεχνικής επεξεργασίας παρασκευασμάτων και έλεγχος του χρόνου από την παραλαβή του παρασκευάσματος μέχρι την παράδοση της εκθέσεως στην κλινική.
- Αριθμός, σωστή επιλογή και ποιότητα ειδικών χρώσεων με χρήση μαρτύρων. Εφαρμογή εξειδικευμένων πρόσθετων τεχνικών.
- Πληρότητα και ακρίβεια εκθέσεως ιστολογικής εξετάσεως.
- Χρόνος και ποιότητα δακτυλογραφήσεως της εκθέσεως.
- Τρόπος οργάνωσης αρχείου (κύβων παραφίνης, πλακιδίων, κωδικοποιημένων διαγνώσεων, φωτογραφιών - διαφανειών κ.λπ.).

Η διασφάλιση της ποιότητας του διαγνωστικού έργου του ιατρού Παθολογοανατόμου επιτυγχάνεται ως εξής:

Ένας ή περισσότεροι παθολογοανατόμοι είναι εκ περιτροπής υπεύθυνοι για τον καθορισμό, οργάνωση και εφαρμογή του συστήματος ελέγχου. Π.χ. Έλεγχος ποιότητας ταχείας βιοψίας: Έμπειρος, η ομάδα έμπειρων Παθολογοανατόμων με τη βοήθεια ειδικού ερωτηματολογίου, σε τακτά διαστήματα ελέγχουν αναδρομικά δείγμα π.χ. 1 ή 2% των περιπτώσεων μιας χρονικής περιόδου, και συγκρίνουν τα ευρήματα και τη διάγνωση με τα δεδομένα της κανονικής (τελικής) βιοψίας. Έτσι ελέγχουν:

1. Το ποσοστό λάθους.
2. Τα αίτια εάν το ποσοστό λάθους είναι άνω του 10%.
3. Τους λόγους που ζητήθηκε η ταχεία βιοψία.
4. Τη χρονική διάρκεια της ταχείας βιοψίας.

Περαιτέρω έλεγχος: Έγινε λάθος από κακή επιλογή θέσεως.

- Ήταν ακατάλληλο το υλικό.
- Ήταν κακή η τεχνική επεξεργασία.
- Ήταν εσφαλμένη εκτίμηση της ιστολογικής εικόνας;

Περαιτέρω έλεγχος: Σε περίπτωση κακής εκτίμησης:

1. Απέτυχε να αναγνωρίσει παθολογική αλλοίωση;
2. Απέτυχε να κάνει διάκριση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους επεξεργασίας;
3. Απέτυχε να καθορίσει τον τύπο της κακοήθους επεξεργασίας;

Ανάλογος έλεγχος μπορεί να εφαρμοσθεί και σε κυτταρολογικό υλικό ή υλικό βιοψίας διά βελόνης.

Επίσης μπορεί να εφαρμόζονται:

- Αναδρομική επανεξέταση από ομάδα ή το σύνολο των Παθολογοανατόμων τυχαίου δείγματος (1%) των παρασκευασμάτων του προηγούμενου μηνός και καταγραφή των διαφορών μεταξύ παλαιάς και πιθανής νέας ή τροποποιημένης διαγνώσεως. Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει διαφορετική εκτίμηση σε ποσοστό 5 - 18% των περιπτώσεων ενώ σε ένα ποσοστό περίπου 2% προκύπτει αναθεώρηση της βασικής διαγνώσεως.
- Αναδρομική επανεξέταση επιλεγμένων περιπτώσεων με την παρουσία έμπειρου εξειδικευμένου Παθολογοανατόμου ή και ειδικού κλινικού ιατρού, έλεγχος της διαγνώσεως και διαφόρων παραμέτρων (Κλινικοπαθολογοανατομική συζήτηση).
- Συγκριτική μελέτη βιοψίας και τελικής διάγνωσης μετά εκτομή όγκου ή οργάνου.
- Επανεξέταση περιπτώσεων όπου η διάγνωση άλλου εργαστηρίου διέφερε από του πρώτου (μία διαφορά σε ποσοστό 2% θεωρείται αναμενόμενη).
- Εξέταση τρεχουσών περιπτώσεων από δεύτερο Παθολογοανατόμο και σύγκριση των αποτελεσμάτων πριν από την αποστολή της τελικής διαγνώσεως στην κλινική.
- Επανεξέταση περιπτώσεων με επίκεντρο την πληρότητα και σαφήνεια στη διατύπωση των εκθέσεων. (Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές επιστημονικών οργάνων) ελέγχονται:
 - Στοιχεία ασθενούς.
 - Ορθότητα κωδικοποίησεως της διαγνώσεως (Snoor, Snored κ.λπ.).
 - Πλήρης ή μη, περιγραφή μακροσκοπικής εξετάσεως.
 - Σταδιοποίηση και αναφορά σε μορφολογικούς προγνωστικούς δείκτες σε περίπτωση νεοπλασματικής νόσου.
 - Ικανοποιητική ή μη απάντηση στα ερωτήματα του κλινικού ιατρού κ.λπ.

Είναι εμφανές ότι ανάλογα με τη φαντασία και τους στόχους των υπευθύνων για τον ποιοτικό έλεγχο υπάρχουν ανεξάντλητοι τρόποι διατύπωσης ερωτημάτων και

βαθμολογίας της αποδόσεως της εργασίας του τμήματος. Είναι σαφές ότι η εφαρμογή επί μονίμου βάσεως, συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας του εργαστηρίου αυξάνει υπέρμετρα τον όγκο εργασίας. Η εκ περιτροπής επιβάρυνση του προσωπικού είναι μία πρόταση αλλά δεν λύει το πρόβλημα η ύπαρξη του οποίου έχει αναγνωρισθεί διεθνώς. Έχει επίσης διατυπωθεί η άποψη ότι σε εργαστήρια με μικρό αριθμό προσωπικού και δυσανάλογο φόρτο εργασίας, η εφαρμογή προγραμμάτων εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου είναι πρακτικά ανεφάρμοστη, σε αυτή την περίπτωση το Εργαστήριο συμμετέχει μόνο σε πρόγραμμα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου για τη διασφάλιση της ποιότητας[25].

3.2.2.2. Έλεγχος Ποιότητας στις Εκτελέσεις Νεκροτομών

Η νεκροτομή είναι μια πολύτιμη μέθοδος που μπορεί να εξυπηρετήσει το έργο όλων σχεδόν των ιατρικών ειδικοτήτων και έμμεσα αλλά σημαντικά να συμβάλλει στην αναβάθμιση του όλου συστήματος των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον ασθενή.

Η νεκροτομή θεωρείται απαραίτητο εργαλείο και έχει περιληφθεί στα προγράμματα ποιοτικού ελέγχου τόσο των Παθολογοανατομικών Εργαστηρίων όσο και στα προγράμματα της διασφάλισης της ποιότητας κλινικών και εν γένει Νοσοκομειακών μονάδων.

Για να μπορέσει η νεκροτομή να επιτελέσει το σημαντικό και πολύπλευρο ρόλο της στη διασφάλιση της ποιότητας του παρεχομένου έργου πρέπει σε κάθε Νοσοκομείο να υπάρχει επαρκής αριθμός νεκροτομών, που με τα σημερινά διεθνή δεδομένα θα πρέπει να φθάνει σε ποσοστό τουλάχιστον 50% των ενδονοσοκομειακών θανάτων (χωρίς να υπολογίζονται οι περιπτώσεις που υπάγονται στην ιατροδικαστική δικαιοδοσία). Δυστυχώς το ποσοστό των πραγματοποιούμενων νεκροτομών διεθνώς κυμαίνεται από 10 - 35% ενώ στη χώρα μας βρίσκεται πολύ κάτω του 1%. Οι ειδικοί διερωτώνται είναι δυνατόν να συζητάμε για προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας και ιατρικές στατιστικές χωρίς νεκροτομές; Και εκφράζουν φόβους ότι η πτώση του ποσοστού νεκροτομών θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα του παρεχομένου ιατρικού έργου.

Ο έλεγχος της ποιότητας στις νεκροτομές περιλαμβάνει:

α. Έλεγχο στις συνθήκες διενέργειας νεκροτομής

1. Πολύ καλή εκπαίδευση του Παθολογοανατόμου στις τεχνικές νεκροτομής. Συστηματική και τυποποιημένη εφαρμογή της τεχνικής σύμφωνα με τις οδηγίες που έχουν εκδοθεί από αναγνωρισμένους επιστημονικούς οργανισμούς, ώστε να επιτυγχάνεται ενιαίος συγκρίσιμος τρόπος εργασίας.
2. Εκτέλεση νεκροτομής μόνο μετά από πλήρη ενημέρωση στο κλινικό ιστορικό νοσηλείας.
3. Να υπάρχει κατάλληλη νοσοκομειακή υποδομή και εξοπλισμός του τμήματος. Ο Παθολογοανατόμος να έχει στη διάθεσή του επαρκή χρόνο (2-4 ώρες) για την εκτέλεση της νεκροτομής.
4. Να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας του προσωπικού και του χώρου από τον κίνδυνο μεταδόσεως ή διασποράς λοιμώδους παράγοντος και να λαμβάνονται τα προβλεπόμενα ειδικά μέτρα σε περιπτώσεις πιθανούς λοιμώξεως από ιούς ηπατίτιδας, HIV, ή νόσου Creutzfeldt-Jakob.
5. Λεπτομερής εξέταση οργάνων με πλήρη λεπτομερή καταγραφή των ευρημάτων, ακόμη και των αρνητικών, σε ειδικό έντυπο όπου έχουν καταγραφεί όλα τα σημεία που πρέπει να ελεγχθούν στη νεκροτομή, έτσι ώστε να είναι δυνατόν αργότερα να ελεγχθούν τα ευρήματα και να συγκριθούν από μελλοντικά συστήματα ποιοτικού ελέγχου. Φωτογράφιση σημαντικών ευρημάτων για τεκμηρίωση, επανέλεγχο και επίδειξη για εκπαιδευτικούς σκοπούς.
6. Λήψη ιστών για πλήρη ιστολογική εξέταση, όχι μόνο από θέσεις όπου υπάρχουν εμφανώς αλλοιώσεις αλλά και από "φυσιολογικά" όργανα. Ενίστε διατήρηση οργάνων ή συστημάτων οργάνων για πληρέστερη μελέτη. Οι θέσεις λήψεως ιστών, όπου είναι δυνατό, να έχουν καθορισθεί με ενιαίο τρόπο ώστε τα ευρήματα να είναι συγκρίσιμα.
7. Έγκαιρη (εντός εβδομάδος) σύνταξη και αποστολή στην κλινική προσωρινής εκθέσεως για την ενημέρωση του θεράποντος ιατρού. Η έκθεση περιλαμβάνει τα κύρια μακροσκοπικά ευρήματα και τα πρώτα συμπεράσματα ως προς την κύρια νόσο και την αιτία θανάτου.
8. Λήψη, διατήρηση και αποστολή υλικού σε άλλα εργαστήρια (μικροβιολογικό, αιματολογικό, κυτταρογενετικό κ.λπ.) για περαιτέρω μελέτη ή μελέτη με ειδικές τεχνικές π.χ. ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

9. Σύνταξη τελικής εκθέσεως με τα μακροσκοπικά και μικροσκοπικά ευρήματα με καθορισμό της κυρίας νόσου και της αιτίας θανάτου και συσχέτιση των κλινικών και παθολογοανατομικών δεδομένων. Η έκθεση πρέπει να σταλεί στην αντίστοιχη κλινική το αργότερο εντός μηνός για την έγκαιρη ενημέρωση της κλινικής και των συγγενών. Η καθυστέρηση ή ενίοτε και πλήρης αμέλεια εκ μέρους του Εργαστηρίου να συντάξει και αποστείλει στην Κλινική την έκθεση Νεκροτομής έχει αποδειχθεί διεθνώς ως η κύρια αιτία προοδευτικής μείωσης του ενδιαφέροντος και της προσπάθειας του κλινικού ιατρού για να εξασφαλίσει τη συγκατάθεση των συγγενών για τη διενέργεια νεκροτομών.
10. Κωδικοποίηση, αρχειοθέτηση και διαφύλαξη του υλικού.

β. Έλεγχος της διαγνωστικής ικανότητας του Παθολογοανατόμου

Αυτός επιτυγχάνεται με το θεσμό της Κλινικοπαθολογοανατομικής συζήτησης (C. P. Conference) κορυφαίο επιστημονικό γεγονός που αποτελεί συγχρόνως άριστο εσωτερικό και εξωτερικό ποιοτικό έλεγχο Κλινικών και Εργαστηρίων. Συνίσταται σε περιοδική, ανά μήνα, προκαθορισμένη συνάντηση, των κλινικών ιατρών και εργαστηριακών όλων των βαθμίδων όπου παρουσιάζονται, συζητούνται και αναλύονται κριτικά, και συσχετίζονται όλα τα κλινικά, εργαστηριακά, απεικονιστικά, και παθολογοανατομικά δεδομένα, επιλεγμένων νεκροτομών του μηνός. Έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι ο θεσμός αυτός τελικά συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχομένης ιατρικής φροντίδας στο Νοσοκομείο. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται τα Νοσοκομεία να καλύπτουν οικονομικά το κόστος της νεκροτομής εάν αυτό δεν καλύπτεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή ασφαλιστικούς οργανισμούς.

γ. Προγράμματα ποιοτικού ελέγχου νεκροτομών

Αυτά βρίσκονται σε αρχικό, πειραματικό στάδιο, και έχουν εφαρμοσθεί σε μεμονωμένες περιπτώσεις ή σε μικρό αριθμό εργαστηρίων μιας περιοχής. Στα αρχικά αυτά στάδια η προσπάθεια εντοπίζεται στη δημιουργία πρωτοκόλλων καταγραφής των νεκροτομικών ευρημάτων με έναν ενιαίο και πλήρη τρόπο ώστε να είναι δυνατή η επεξεργασία και σύγκριση των στοιχείων από προγράμματα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου. Προσπάθεια γίνεται επίσης στη διατύπωση ομάδας ερωτημάτων στα οποία ο παθολογοανατόμος θα πρέπει να απαντήσει στην τελική του έκθεση. Σκοπός είναι αφενός

η υποχρέωση του παθολογοανατόμου σε πληρέστερη μελέτη της περιπτώσεως αφετέρου η πληρέστερη ικανοποίηση των ερωτημάτων της κλινικής αλλά και η ευχερέστερη επεξεργασία των ευρημάτων αυτών από προγράμματα ποιοτικού ελέγχου.

Παράδειγμα: Τα νεκροτομικά ευρήματα συμφωνούν με την κλινική διάγνωση;

- Επιβεβαιώνεται η αρχική αιτία θανάτου;
- Έδειξε κακή εκτίμηση κλινικής διαγνώσεως ή θεραπείας
- Υπήρξε θάνατος από επιπλοκές θεραπείας;
- Συνυπάρχουν παθήσεις που δεν διεγνώσθησαν κλινικά;

Διεθνώς δεν υπάρχει εμπειρία συστηματικής εφαρμογής εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου νεκροτομών σε εθνικό επίπεδο. Τα μόνα γνωστά παραδείγματα από το διεθνή χώρο αφορούν έλεγχο στα πλαίσια διερευνήσεως ειδικών θεμάτων π.χ. Έρευνα για τα αίτια θανάτων κατά τη διάρκεια ή μετά από χειρουργική επέμβαση ή έρευνα για τους περιγεννητικούς θανάτους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο έλεγχος έγινε εμπιστευτικά από επιτροπή ειδικών κατ' εντολή του επισήμου επιστημονικού οργάνου της ειδικότητας, τα δε πορίσματα ανακοινώθηκαν μόνον στους υπεύθυνους των Εργαστηρίων [25].

3.3. Εφαρμογή Έλεγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας – Η Ελληνική Πραγματικότητα

Η εφαρμογή του ελέγχου της ποιότητας στην υγεία αποτελεί ίσως την πιο δύσκολη διαδικασία η οποία πρέπει να εφαρμόζεται από πολλές και διαφορετικές υπηρεσίες παροχής υγείας, οι οποίες μόνο πάνω στην καθημερινή παροχή των υπηρεσιών αυτών μπορούν να βελτιώνουν, να ελέγχουν και να εφαρμόζουν όσο το δυνατό καλύτερα τον όρο ποιότητα.

Αρχικά αποτελεί ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των εποπτευόμενων από αυτό φορέων [1]:

1. Να προβαίνουν σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου:
 - να διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του τομέα Υγείας και την αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να βελτιώνουν, σε διαρκή βάση, την ποιότητα των υπηρεσιών

και την ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού,

- να εγγυώνται την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας σύμφωνα με τις προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας και με τους όρους και τις προϋποθέσεις της άδειας λειτουργίας τους,
- να αναγνωρίζουν, να εκτιμούν και να διαχειρίζονται κινδύνους για τη δημόσια υγεία, τους ασθενείς, τους εργαζομένους στις Μονάδες Υγείας και τον πληθυσμό και να εγγυώνται την ασφαλή παροχή υπηρεσιών

2. Να γνωστοποιούν, σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας, στοιχεία απαραίτητα για την ενημέρωση των πολιτών, ασφαλιστικών οργανισμών και άλλων καταναλωτών και ενδιαφερομένων μερών σχετικά με το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά των παρεχομένων υπηρεσιών του τομέα Υγείας, σε όρους κόστους, οφέλους και ποιότητας,
3. Να γνωστοποιούν, σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας, στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επίσης το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη των υπηρεσιών του τομέα Υγείας. Είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των Μονάδων Υγείας να προβαίνουν σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται για τη διαρκή εκπαίδευση, επιμόρφωση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού των Μονάδων Υγείας, ως θεμελιώδους προϋπόθεσης για την ασφάλεια και διαρκή βελτίωσή της ποιότητας των υπηρεσιών [1].

Αυτό απαιτεί:

1. Συστηματική συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών οργανισμών, των Μονάδων Υγείας και των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων;
2. Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, ώστε να συνιστούν παράλληλα περιβάλλον μάθησης, εξειδίκευσης και διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού;
3. Συστηματική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των προγραμμάτων, των γνώσεων και δεξιοτήτων και εν γένει του συστήματος ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας;

4. Πιστοποίηση δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω των δράσεων κατάρτισης και επιμόρφωσης.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επιστημονική έρευνα και η καινοτομία στον τομέα της Υγείας οδηγεί στην ανάπτυξη της γνώσης και κατ' επέκταση στη βελτίωση των παρεμβάσεων και των τεχνικών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των εποπτευόμενων μονάδων του να προωθούν και να υποστηρίζουν την ανάπτυξη ερευνητικής δραστηριότητας στο πλαίσιο των κανόνων ασφάλειας, ηθικής και δεοντολογίας και να ενθαρρύνουν την ενσωμάτωση στην κλινική πράξη των επικυρωμένων επιστημονικών εξελίξεων.

Τέλος οι απαιτήσεις για την έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, καθώς και για την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας, προδιαγράφονται σε Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας. Τα Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας δημιουργούνται και θα αναθεωρούνται συστηματικά, μέσα από διαδικασίες τυποποίησης που τα καθιστούν ανά πάσα στιγμή κανόνες της τέχνης και της επιστήμης (state-of-the-art). Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω των αρμοδίων οργάνων του ελέγχει και επαληθεύει την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών του τομέα Υγείας.

3.3.1. Υποδομές για τον Έλεγχο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η Ποιότητα των υπηρεσιών γενικά, και ειδικότερα του τομέα Υγείας, αποτελεί θεμελιώδη απαίτηση της κοινωνίας. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών, εδράζεται πάνω στην γνώση και την οργάνωση του συστήματος παροχής τους ώστε να αποτελούν ένα ενιαίο, διαλειτουργικό σύμπλεγμα διεργασιών.

Οι Μονάδες Υγείας της χώρας μας παρουσιάζουν ουσιαστικές αδυναμίες αφομοίωσης και ενσωμάτωσης των τεχνολογιών αυτών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, καθώς η είσοδος τους εμφανίζεται να εισάγει πολυπλοκότητα και απαιτήσεις για την διαχείριση των αλλαγών που αυτές συνεπάγονται. Το κέντρο βάρους της ευθύνης για την βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές, με παράλληλη ανάπτυξη και εξέλιξη των αντιλήψεων και την

ταυτόχρονη εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού και τυποποίησης των υπηρεσιών Υγείας.

Η δημιουργία, πρόσβαση και διάθεση, στις Μονάδες Υγείας, του βασικού ιστού των απαραίτητων υποδομών που απαιτούνται για την διαρκή ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας, αξιοποιώντας παράλληλα τις εθνικές υποδομές για την ποιότητα, πρέπει να γίνουν κύριοι άξονες της πολιτικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας. Τα μέσα για την υλοποίηση μιας ποιοτικής παροχής υπηρεσιών προβλέπεται να λαμβάνουν την μορφή Εθνικών Προτύπων και / ή Προδιαγραφών Υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.) αποτελεί μία εκ των βασικών Υποδομών για την Ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του με στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας. Οι επαγγελματίες Υγείας αναζητούν και αξιοποιούν πληροφορίες του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών προκειμένου να υποστηρίζονται στην παροχή των υπηρεσιών τους και να βελτιστοποιούν το έργο τους και συνεισφέρουν στοιχεία σε αυτό προκειμένου να συντίθεται αξιόπιστα, ανά πάσα στιγμή η εικόνα Υγείας του πληθυσμού και του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε μια προσπάθεια διαρκούς βελτίωσής τους. Συνδεδεμένο με το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας είναι το Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το οποίο θα αξιοποιεί τους πόρους του Ε.Σ.Π.Υ. για την συστηματική παρακολούθηση του ΕΣΥΚΑ και την αξιολόγηση της ικανότητάς του να εξυπηρετεί τους στόχους και τις πολιτικές για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη.

Η υλοποίηση και συνεχιζόμενη υποστήριξη του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας και του Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας στο νέο περιβάλλον των Τεχνολογιών Επικοινωνιών και Πληροφορικής απαιτεί την ενεργοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της Υγείας μέσα σε ένα συνεκτικό οργανωτικό και επιχειρησιακό πλαίσιο. Το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, ως βασικός μηχανισμός μελέτης, ανάπτυξης και διαβούλευσης επί θεμάτων που αφορούν στο περιεχόμενο του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας, με την μορφή οδηγών, προδιαγραφών, κωδικοποιήσεων και ταξινομήσεων, τυποποίησης διεργασιών, κλινικών εγγράφων, πληροφορίας και ανταλλασσόμενων μηνυμάτων, βέλτιστων πρακτικών, κλινικών οδηγιών και συστάσεων θα βοηθήσει ακόμα περισσότερο την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μέλη του Ανοικτού Φόρουμ Υγείας είναι επιστημονικές οργανώσεις, επαγγελματικές εταιρείες, σύλλογοι και άλλες επιστημονικές Ομάδες Ειδικού Ενδιαφέροντος. Αρμόδιο όργανο για την συνεργασία του Υπουργείου

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Ανοιχτό Φόρουμ Υγείας και τα μέλη του είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

Για την υποστήριξη του Ε.Σ.Π.Υ. και την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας δημιουργούνται επιπλέον οι παρακάτω υποδομές:

Το Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης πολιτικής και στρατηγικών ποιότητας και Αρχή Πληροφοριών τομέα Υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία του Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ. αποτελεί εξέλιξη του προβλεπόμενου στο Ν. 2519/97 πλαισίου λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας (Ε.Κ.Ε.Υ.) και του Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.).

Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας με τη μορφή της Ανώνυμης εταιρείας κοινής ωφελείας Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. Α.Ε. θυγατρική του Ε.Κ.Ε.Π.Π.Υ., επιφορτίζεται με την ευθύνη να φέρει σε πέρας το δύσκολο επιχειρησιακό έργο υλοποίησης του προγράμματος εκσυγχρονισμού των Μονάδων Υγείας και του ΕΣΥ στο περιβάλλον της Κοινωνίας της Πληροφορίας και της Γνώσης. Σκοπός του Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. είναι η ανάπτυξη, διατήρηση και διαθεσιμότητα των πόρων του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Τομέα Υγείας και η αποτελεσματική υποστήριξη των φορέων παροχής υπηρεσιών τομέα Υγείας και των επαγγελματιών τομέα Υγείας για την ενεργό συμμετοχή τους σε αυτό.

Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.) συνιστάται και λειτουργεί ως αυτοτελής οργανική μονάδα του Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ. το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά με το Κ.Ε.Σ.Υ. ως ουσιαστικός μηχανισμός υλοποίησης του σχεδιασμού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας στα πρότυπα βέλτιστων πρακτικών σχεδιασμού, υλοποίησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης των προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης και των δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω αυτών.

Οι διατάξεις του παρόντος νόμου που αφορούν στην ασφάλεια των υπηρεσιών συμπληρώνουν το θεσμικό πλαίσιο για την Δημόσια Υγεία. Εισάγεται επίσης, δια του νόμου αυτού, για πρώτη φορά ένα ενιαίο πλαίσιο για την ασφάλεια σε ότι αφορά τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και τα ιατρικά μηχανήματα και προβλέπεται η ενεργοποίηση του Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ ΑΕ, σε ρόλο εποπτείας της αγοράς των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, αξιοποιώντας το νομικό του καθεστώς ως Α.Ε. θυγατρική εταιρεία του Ε.Ο.Φ.. Με την ισχύ του παρόντος νόμου ο ρόλος της Αρμόδιας Αρχής για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα

μεταφέρεται από τον ΕΟΦ στο Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ., το οποίο παύει να δραστηριοποιείται πλέον ως Κοινοποιημένος Οργανισμός, αίροντας έτσι το υπάρχον σήμερα ασυμβίβαστο το οποίο προκύπτει από τον ρόλο του αυτό, τελώντας ταυτόχρονα υπό τον έλεγχο της Αρμόδιας Αρχής.

Το Υ.Υ.Κ.Α. έχει ξεκινήσει ήδη να θέτει τις βάσεις πάνω στις οποίες θα μπορεί να στηριχθεί η εφαρμογή του θεσμικού αυτού πλαισίου: Έχει ολοκληρωθεί η επεξεργασία του Μνημονίου συνεργασίας του Κ.Ε.Σ.Υ με τον Ε.Λ.Ο.Τ. για την συγκρότηση του οργανωτικού πλαισίου Τυποποίησης Υγείας, το οποίο αναμένεται να ξεκινήσει την λειτουργία του άμεσα. Έχουν προωθηθεί παράλληλα προς ένταξη στα Ε.Π. της Κ.τ.Π και «Υγεία-Πρόνοια» αναπτυξιακά έργα για την τυποποίηση Υγείας, τόσο σε επίπεδο διαδικασιών όσο και σε επίπεδο κωδικοποιήσεων –ταξινομήσεων, τα οποία βρίσκονται σε συνέργια με το έργο της ανάπτυξης του IASYS και των Πληροφοριακών Συστημάτων των ΠΕΣΥΠ. Μια πρώτη καταγραφή της εκδήλωσης ενδιαφέροντος εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για την συμμετοχή τους στην τυποποίηση Υγείας και την συγκρότηση του ΕΣΠΥ ανέδειξε την ύπαρξη του πλέον σημαντικού κεφαλαίου και προϋπόθεσης για την επιτυχή υλοποίηση των προβλεπόμενων στο Ν/Σ, που είναι η ουσιαστική και αποτελεσματική συμμετοχή των βασικών μετόχων του συστήματος, στον σχεδιασμό και την ανάπτυξή του [1].

3.4. Διασφάλιση Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές [14].

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

Επιπλέον, ενώ ο Ποιοτικός Έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η Διασφάλιση της Ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Πρέπει, λοιπόν, για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος, αρχικά όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή και διάθεση ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές από εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Ο τελικός στόχος της Διασφάλισης της Ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Για να βοηθηθούν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που επιδιώκουν τη Διασφάλιση της Ποιότητας, αλλά και για να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών. Τέτοια διεθνή πρότυπα είναι αυτά που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization), τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000 (-1-2-3-4), τα πρότυπα της ισοδύναμης σειράς EN 2900 (-1-2-3-4), που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις Η.Π.Α..

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολος – αν όχι αδύνατος – ο ακριβής προσδιορισμός των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου.

Η εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας των δραστηριοτήτων διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσης που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρόλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δε φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για τη λειτουργία τους.

Εν κατακλείδι, η εφαρμογή ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας δεν εγγυάται τη βελτίωση της ποιότητας. Εκείνο που διασφαλίζεται είναι ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες θα έχουν την ποιότητα που προσδιορίζουν τα προκαθορισμένα αποδεκτά πρότυπά τους. Το ουσιαστικό όφελος για τον οργανισμό θα είναι η σταθερότητα της ποιότητας κι η αξιοπιστία των προϊόντων ή των υπηρεσιών του.

3.4.1. Εφαρμογή Συστημάτων Διασφάλισης Ελέγχου Ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες προσδιορίζει και την κατανομή σημαντικών έργων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας από το Ε.Π. Κ.τ.Π. (Μέτρο 2.6 / 27) [15]. Συγκεκριμένα οι Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) της Ελλάδας υλοποιούν έργα με προϋπολογισμό 70 εκατ. € που αφορούν:

- Τη διασύνδεση όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της περιφέρειας με ασφαλή πρόσβαση, ανταλλαγή και ολοκλήρωση της πληροφορίας μεταξύ των διαφορετικών μονάδων παροχής φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω ασφαλούς δικτύου που θα δημιουργηθεί για το χώρο της υγείας από το ΣΥΖΕΥΞΙΣ.
- Τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείου (Hospital Information System – HIS) που θα εγκατασταθεί, θα παραμετροποιηθεί, θα διασυνδεθεί με υφιστάμενες εφαρμογές διαχείρισης ιατρικών πληροφοριών και θα λειτουργήσει στα νοσοκομεία των Δ.Υ.ΠΕ.
- Την εγκατάσταση και υλοποίηση συστήματος διαχείρισης επιχειρησιακών πόρων (ERP), το οποίο θα καλύπτει τις διαχειριστικές ανάγκες και τις διαδικασίες των ΔΥΠΕ, των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (προϋπολογισμοί, κοστολόγηση, αναλυτική & γενική λογιστική, προμήθειες, μισθοδοσία, διαχείριση προσωπικού, λογαριασμοί εισπρακτέοι και πληρωτέοι, πάγια, λογιστήριο, πρωτόκολλο, διαχείριση φαρμακείου, διαχείριση αποθηκών – γραφείο υλικού, διαχείριση βιοϊατρικής τεχνολογίας και λοιπών πόρων, γραφείο κίνησης – διαχείριση κλινών ασθενών, λογιστήριο ασθενών, διαχείριση ραντεβού εξωτερικών και απογευματινών ιατρείων, διαιτολογικό, επείγοντα περιστατικά και εξωτερικά ιατρεία, ιατρικές πράξεις – ηλεκτρονικό παραπεμπτικό κ.λπ.). Οι εφαρμογές που αφορούν τα νοσοκομεία θα καλύπτουν το διοικητικό – οικονομικό υποσύστημα και το υποσύστημα διαχείρισης ασθενών ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείου. Το ERP θα επικοινωνεί με όλα τα υπόλοιπα υποσυστήματα (ιατρονοσηλευτικό, LIS και MIS) των

νοσοκομείων και κέντρων υγείας, μέσω διεθνούς πρωτοκόλλου διαλειτουργικότητας, προκειμένου να επιτευχθεί η ολοκλήρωσή τους σε ενιαίο πληροφοριακό σύστημα φορέα υγείας. Το ERP σύστημα θα είναι ανοικτής αρχιτεκτονικής και θα παρέχει πλήρη κάλυψη στη διαχείριση της καθημερινής εργασίας των εργαζομένων, πληροφόρηση και στατιστικά προς το επιστημονικό προσωπικό και τη διοίκηση, μεγάλο επίπεδο ασφάλειας σε επίπεδο δεδομένων και προσωπικού.

- Την υλοποίηση και λειτουργία περιφερειακού κέντρου δεδομένων (Data centers) στις Δ.Υ.ΠΕ.
- Την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας (ιατρο-νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) σε όλες τις εφαρμογές και στις νέες μεθόδους εργασίας, βάσει των πληροφορικών συστημάτων σε επίπεδο κλινικής και μονάδας υπηρεσιών υγείας.

Τα έργα αποσκοπούν στη συνολική αναβάθμιση των υπηρεσιών προς τον πολίτη και τον επαγγελματία, αλλά και στην αναβάθμιση των διαδικασιών διαχείρισης των πόρων του ΕΣΥ [15]:

- Οικονομική διαχείριση των Δ.Υ.ΠΕ. και προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών.
- Εισαγωγή ασθενών για νοσηλεία.
- Δημιουργία ηλεκτρονικού παραπεμπτικού.
- Δημιουργία ατομικών συνταγολογίων ανά ασθενή.
- Διαδικασία παραπομπής ασθενή για νοσηλεία.
- Διαδικασία εξιτηρίου ενός ασθενή.
- Εξυπηρέτηση ασθενών στα εξωτερικά και απογευματινά ιατρεία.
- Εξυπηρέτηση επειγόντων περιστατικών.
- Ραντεβού και αιτήσεις.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την επιτυχή υλοποίηση των έργων, μεταξύ άλλων είναι [15]:

- Συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας σε επίπεδο περιφέρειας.
- Ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας σε βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας.
- Διοικητικό-οικονομική παρακολούθηση των μονάδων υγείας και της κεντρικής υπηρεσίας των διοικήσεων υγειονομικής περιφέρειας της Ελλάδας.
- Πληροφοριακή οργάνωση που προβλέπεται να αποτελέσει το κέντρο επικοινωνίας του πολίτη με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

- Ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος υγείας.
- Μείωση του λειτουργικού κόστους των μονάδων υγείας.
- Υποστήριξη των λειτουργιών των κέντρων υγείας ως αυτόνομων διοικητικών μονάδων.
- Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.
- Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και πρόταση μέτρων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.
- Αξιόπιστη εξαγωγή διαγνώσεων - αποφάσεων.
- Μείωση του μέσου χρόνου αναμονής των ασθενών.
- Μείωση των άσκοπων εξετάσεων.
- Καλύτερη οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
- Αύξηση της παραγωγικότητας.
- Προσδιορισμός του κόστους περίθαλψης μέσω της παρακολούθησης των κέντρων κόστους.
- Ανάπτυξη βάσης για τη δημιουργία ολοκληρωμένου φακέλου υγείας ασθενούς.
- Καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη.

Τέλος, ωφελούμενοι από τα έργα αυτά είναι [15]:

- Οι ιατροί και το λοιπό ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας των διοικήσεων υγειονομικής περιφέρειας της Ελλάδας, με την υποστήριξη στην καθημερινή τους εργασία (εξετάσεις, διαγνώσεις κ.λπ.).
- Οι υπηρεσίες διοικήσεων υγειονομικής περιφέρειας της Ελλάδας, καθώς θα είναι σε θέση να υλοποιούν τους σχεδιασμούς της υγειονομικής περιφέρειας, βασιζόμενοι σε πραγματικά και επίκαιρα στοιχεία, όπως στοιχεία σχετικά με τη βελτίωση επιπέδου υγείας πληθυσμού, το σύνολο δεικτών θνησιμότητας για διάφορες ομάδες πληθυσμού, δείκτες όσον αφορά, για παράδειγμα, εξάρσεις επιδημιών... Με τον τρόπο αυτό ωφελούμενοι θα είναι πάλι οι πολίτες, οι οποίοι θα καρπωθούν τα οφέλη της αναδιοργάνωσης του συστήματος και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς θα μπορεί να διαθέτει επίκαιρα στοιχεία που αφορούν τη δημόσια υγεία και την παροχή υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης.

- Οι πολίτες, με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (μείωση χρόνου παραλαβής αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων, δημιουργία βασικού ιατρικού ιστορικού, ρεαλιστικοί χρόνοι αναμονής για ραντεβού εξετάσεων), την υλοποίηση καναλιών άμεσης επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών των μονάδων υγείας και των πολιτών (ενιαίος αριθμός κλήσης για ιατρικά ραντεβού, χρήση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου), τη μείωση των χρόνων εξυπηρέτησης από το σύστημα υγείας (έλεγχος λίστας αναμονής, μείωση χρόνου εξυπηρέτησης στα εξωτερικά ιατρεία) και την αντιμετώπιση της διοικητικής αδράνειας.

Τα έργα υλοποιούνται μέσα από ενέργειες όπως [15]:

- Υπηρεσίες τεχνικού συμβούλου υποστήριξης.
- Ενεργή συμμετοχή στο σχεδιασμό, ανάπτυξη και λειτουργία των έργων επαγγελματιών υγείας από κάθε Δ.Υ.ΠΕ. (ομάδες εργασίας).
- Υπηρεσίες ενεργής υποστήριξης ομάδων χρηστών του Δ.Υ.ΠΕ. στη διαχείριση του Π.Κ.Δ., στα πληροφοριακά συστήματα και τις υπηρεσίες που καλύπτονται από όλες τις εφαρμογές που θα υλοποιηθούν σε μονάδες υγείας και στη κεντρική υπηρεσία της Δ.Υ.ΠΕ., καθώς και στις νέες διαδικασίες που πιθανόν θα υπάρξουν και θα διέπουν τη λειτουργία των μονάδων υγείας
- Μετάπτωση ή εισαγωγή δεδομένων σε όλα τα υποσυστήματα.
- Διασφάλιση της ποιότητας των εγκαταστάσεων του συστήματος.
- Προμήθεια και παραχώρηση των απαιτούμενων αδειών χρήσης βάσης δεδομένων.
- Προμήθεια υπηρεσιών υποστήριξης για την ομαλή λειτουργία του συστήματος.
- Διασύνδεση των υφιστάμενων εφαρμογών που λειτουργούν.

3.4.1.1. Παράδειγμα Διασφάλισης Ελέγχου Ποιότητας στην Πυρηνική Ιατρική

Τα τελευταία χρόνια πολλές τεχνολογικές εξελίξεις έχουν ενσωματωθεί στα Ιατρικά Απεικονιστικά και μετρητικά συστήματα και βελτιώσεις αυτών παίζουν κρίσιμο ρόλο

στην ποιότητα των διαγνωστικών αποτελεσμάτων τους, εφόσον όμως γίνεται σωστή εκμετάλλευση αυτών[20].

Όπως όλες οι απεικονιστικές μέθοδοι, η Πυρηνική Ιατρική απαιτεί τη λήψη ορθής απόφασης πριν από κάθε στάδιο της διαδικασίας. Κανένα βήμα δεν γίνεται χωρίς συνέπειες στο τελικό αποτέλεσμα.

Εάν, για παράδειγμα, αλλάξεις μια συνθήκη ή μια παράμετρο με την ελπίδα να βελτιώσεις ένα χαρακτηριστικό της μελέτης, μπορεί να εισάγεις στοιχεία αρνητικά για κάποιο άλλο χαρακτηριστικό αυτής. Είναι γνωστή η αντίστροφη σχέση μεταξύ ευαισθησίας και χωρικής διακριτικής ικανότητας ενός σπινθηρογραφικού συστήματος. Αλλά ας ξεκινήσουμε από τους δυο κύριους όρους που χρησιμοποιούμε όταν αναφερόμαστε στην προσπάθειά μας να εξασφαλίσουμε το βέλτιστο αποτέλεσμα είτε αυτό είναι «προϊόν» ή είναι «παροχή υπηρεσίας», την ποιότητα και τον ποιοτικό έλεγχο.

Η ποιότητα είναι η πληρότητα των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ώστε να ικανοποιεί σταθερές ανάγκες μας ενώ ποιοτικός έλεγχος είναι οι ενέργειες που γίνονται για να επιτύχουμε, υποστηρίξουμε και βελτιώσουμε την ποιότητα. Ο ποιοτικός έλεγχος περιλαμβάνεται στις προδιαγραφές, τον σχεδιασμό, την παραγωγή, εγκατάσταση, λειτουργία και ανασκόπηση του «προϊόντος» εν γένει. Επομένως, αν αναφερθούμε στην Πυρηνική Ιατρική η διασφάλιση ποιότητας επιτυγχάνεται με τις διαγνωστικές ή θεραπευτικές διεργασίες που συνολικά συνεισφέρουν στην ποιότητα του αποτελέσματος.

Στην Πυρηνική Ιατρική ο όρος περιλαμβάνει:

- υπηρεσίες εκπαίδευσης
- προσδιορισμός και έλεγχο ραδιοφαρμάκων
- καλή λειτουργία των μηχανημάτων
- την κλινική αναφορά και
- την εκτίμηση των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων

Η αποτελεσματικότητα της χρήσης ανοικτών ραδιενεργών πηγών στη διάγνωση, δηλαδή η παραγωγή εικόνων υψηλής ποιότητας με ταυτόχρονο περιορισμό των δόσεων ακτινοβολίας σε ασθενείς και εργαζόμενους εξαρτάται πρωταρχικά από τη «διασφάλιση ποιότητας».

Το προϊόν της Πυρηνικής Ιατρικής είναι η Διάγνωση και θεραπεία και αυτό θέλουμε να εγγυηθούμε. Αλλά η διασφάλιση ποιότητας μπορεί μόνον να διαβεβαιώσει ότι το αποτέλεσμα που επιτύχαμε είναι το καλύτερο πιθανό για τα όργανα και το προσωπικό που διαθέτουμε.

Ο ποιοτικός έλεγχος μπορεί να περιλαμβάνει τη συλλογή και ανάλυση ποιοτικών ελέγχων ενός οργάνου ή μιας ομάδας διεργασιών που ολοκληρώνουν μια εξέταση (στατιστικός) που στη συνέχεια με τη συλλογή στοιχείων ποιότητας αυτών των ομάδων οδηγούν στον ολικό ποιοτικό έλεγχο.

Η Πυρηνική Ιατρική περιλαμβάνει απεικόνιση ή μετρήσεις ραδιενεργών δειγμάτων με εύρος από σταγόνες έως μέγεθος ασθενούς με χρήση σύνθετων μηχανημάτων και επομένως απαιτείται έλεγχος πολλών συνδυασμένων παραμέτρων. Γι' αυτό η οργάνωση των προγραμμάτων που θα εξασφαλίζουν την καθημερινή και σταθερή ποιότητα στο αποτέλεσμα της Πυρηνικής Ιατρικής περιλαμβάνει ποιοτικούς ελέγχους παρασκευής και χρήσης των ραδιοφαρμάκων των συστημάτων λήψης και καταγραφής δεδομένων (π.χ. γ-camera, μετρητής πολλών καναλιών, μετρητής ενεργότητας ραδιοφαρμάκου) του λογισμικού, δηλαδή των προγραμμάτων εφαρμογής για την ανάλυση μελετών της Πυρηνικής Ιατρικής. Ποιοτικός έλεγχος της εκτίμησης των αποτελεσμάτων μεταφέροντας την υποκειμενική αξιολόγηση σε μαθηματικά πρότυπα πιθανοτήτων όπως οι γνωστές ROC καμπύλες εκτίμησης της διάγνωσης.

Έλεγχος της ποιότητας ραδιοφαρμακευτικού παρασκευάσματος έχει στόχο τη διαπίστωση του κατά πόσον τα συστατικά του και οι ιδιότητές του είναι κατάλληλες για μια συγκεκριμένη χρήση.

Οι προδιαγραφές ποιότητας πρέπει να τηρούνται αυστηρά κατά την παρασκευή ραδιοφαρμάκου ώστε να μπορούν να εξαχθούν σωστά διαγνωστικά συμπεράσματα ή να επιτευχθούν τα επιθυμητά θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι παράμετροι ποιότητας που μπορούν να προσδιορισθούν σε ένα ραδιοφάρμακο είναι πολλά όπως θα δούμε παρακάτω[20]. Αρχικά η καθαρότητα (ραδιοϊσοτοπική, ραδιοχημική ή χημική):

- Ραδιοϊσοτοπική: Το ποσοστό της συνολικής ραδιενέργειας που αντιστοιχεί στο ραδιοϊσότοπο που εξετάζεται. Ραδιοϊσοτοπικές προσμίξεις μπορεί να είναι του ίδιου στοιχείου (όπως I125 στο I123) και ή άλλου (όπως Mo99 σε Tc 99m). Οι προσμίξεις αυτές προέρχονται από τις χρησιμοποιούμενες πρώτες ύλες ή τον τρόπο παρασκευής των ραδιοϊσοτόπων. Έλεγχος για ραδιοϊσοτοπικές προσμίξεις, γίνεται κυρίως με φασματοσκοπία ή με χρωματογραφία.
- Ραδιοχημική: Το ποσοστό από τη συνολική ραδιενέργεια που αντιστοιχεί στην επιθυμητή χημική μορφή του ραδιοφαρμάκου. Ραδιοχημική καθαρότητα είναι αποδεκτή σε ποσοστό άνω του 95%. Ραδιοχημικές προσμίξεις πιθανόν να δείξουν ανώμαλη συμπεριφορά του συστήματος.

- Ραδιενεργός συγκέντρωση ή συγκέντρωση ραδιοϊσοτόπου mCi/ml είναι η ποσότητα της ραδιενέργειας ενός ραδιοϊσοτόπου ανά μονάδα όγκου του διαλύματος όπου περιέχεται. Αυτή μας ενδιαφέρει κυρίως για τον καθορισμό των δόσεων που χορηγούνται.
- Ειδική ραδιενέργεια ή ειδική συγκέντρωση. Είναι η ποσότητα της ραδιενέργειας του ραδιοϊσοτόπου που ενδιαφέρει, ανά μονάδα μάζας του στοιχείου (ή της χημικής μορφής του). Απαιτούνται προϊόντα υψηλής ειδικής ραδιενέργειας για να μην δημιουργούνται παράπλευρα φαρμακολογικά προβλήματα και να μπορεί να μετρηθεί βιολογική κινητική ενός ραδιοφαρμάκου.

Επίσης οι προδιαγραφές στειρότητας για τα ραδιοφάρμακα είναι πανομοιότυπες αυτών που ισχύουν για τα συμβατικά φάρμακα, δηλαδή το ραδιοφαρμάκου πρέπει να είναι εντελώς απαλλαγμένο από ζώντες μικροοργανισμούς (βακτηρίδια κ.ά.). Ακόμη ο χρόνος επισήμανσης και ο χρόνος ζωής του ραδιοφαρμάκου μετά την επισήμανση είναι παράμετροι που καθορίζουν την ποιότητά του.

- Τα σύμπλοκα που δημιουργούνται κατά την επισήμανση δεν είναι σταθερά για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Επίσης, η καλή ποιότητα του εκλούμματος από μια γεννήτρια τεχνητίου είναι προϋπόθεση για επιτυχή επισήμανση μιας χημικής ένωσης.

Η ποιότητα όμως του προϊόντος μιας έκλουσης εξαρτάται από την ημερομηνία έκλουσης της γεννήτριας σε σχέση με την ημερομηνία παραγωγής της. Ακόμη, από το χρονικό διάστημα ανάμεσα σε διαδοχικές εκλούσεις μεγάλα διαστήματα διαδοχικών εκλούσεων δίδουν μεγαλύτερη συγκέντρωση προσμίξεων από ιόντα Al και Mo.

Παραδείγματα κακής επισήμανσης μπορεί να δώσουν ελεύθερο τεχνητίο ή κολλοειδές σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τη διφωσφονική μορφή που είχε παραχθεί για απεικόνιση οστών ή την διευθυλική 5 ασθενή μορφή Tc99m για δυναμική μελέτη νεφρών.

Σήμερα, που το κυρίαρχο όργανο διαγνωστικής απεικόνισης στην Πυρηνική Ιατρική, η γ-camera, είναι ψηφιακό ο ποιοτικός έλεγχος αυτής έγινε πολυσύνθετος. Εκτός των κλασικών ελέγχων των παραμέτρων, έλεγχοι του συστήματος λήψης, της επικοινωνίας με τον Η/Υ και του συστήματος περιστροφής και τομογραφίας είναι απαραίτητος.

Ενδεικτικά οι σημαντικότερες παράμετροι που ελέγχονται είναι:

- Χωρική Διακριτική Ικανότητα
- Ενεργειακή Δ.Ι.

- Ομοιογένεια
- Κέντρο περιστροφής για την τομογραφία
- Απόδοση ρυθμού κρούσεων

Απαραίτητα εργαλεία ποιοτικού ελέγχου στην Πυρηνική Ιατρική είναι τα ομοιώματα για:

- ρύθμιση των μηχανημάτων
- υπολογισμό απορροφούμενης δόσης (ραδιενεργές πηγές γνωστών διαστάσεων)
- έλεγχο της ποιότητας της απεικόνισης και ποσοτικές μετρήσεις πρόσληψης (ομοιώματα ισοδύναμα ιστού και ιδανικής γεωμετρίας).

Η επίπεδη ομοιογενής πηγή που ελέγχει την ομοιογένεια δηλαδή την ομοιόμορφη ανταπόκριση κρυστάλλου και φωτοπολ/σεων στην επίδραση της ακτινοβολίας προσφέρει έναν απλό τρόπο παρατήρησης της καλής ή όχι κατάστασης του συστήματος.

- Κανονική ομοιογενής κατανομή της επίπεδης πηγής
- ή κατανομή με ελλειμματική περιοχή (βλάβη ή απορρύθμιση φωτοπλ/στού)
- ή ακόμη εσφαλμένα ανομοιογενής απεικόνιση της πηγής λόγω λανθασμένης επιλογής του ενεργειακού παραθύρου (Tc99m αντί Co57).
- Κλασικό ομοίωμα ελέγχου χωρικής Δ.Ι. το ψυχρό (χωρίς ραδιενεργό) ομοίωμα ράβδων, ελέγχει τη μικρότερη απόσταση μεταξύ δύο σημείων που το σύστημά μας μπορεί να διευκρινίσει. Ενώ το ομοίωμα πλέγματος πηγών αποδίδει την πιθανή παραμόρφωση γραμμών.
- Το BRH ομοίωμα δίδει ταυτόχρονα εικόνα εσωτερικής Δ.Ι. και παραμόρφωσης.

Η σύγκριση δίδει το μήνυμα της διασφάλισης της ποιότητας. Η σύγκριση ενός μηχανήματος γίνεται με το ίδιο στην προηγούμενη και πιθανότατα καλύτερή του κατάσταση. Επομένως η συχνή καταγραφή της λειτουργίας του αποκαλύπτει πιθανές τάσεις μείωσης της απόδοσής του.

3.5. Συστήματα Διαχείρισης Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Ένα Σύστημα Διαχείρισης/ Διοίκησης αναφέρεται στις ενέργειες που πρέπει να προβαίνει ο οργανισμός προκειμένου να διαχειρίζεται τις διεργασίες ή τις δραστηριότητές του. Αυτές οι ενέργειες είναι δυνατό να περιλαμβάνουν ορισμένες καταγεγραμμένες διαδικασίες, οδηγίες ή αρχεία, ώστε να εξασφαλίζεται ότι κάθε εμπλεκόμενο μέρος γνωρίζει τις αρμοδιότητές του καθώς και ότι υπάρχει μια ελάχιστη τάξη στον τρόπο με

τον οποίο ο οργανισμός επιδίδεται στις δραστηριότητές του. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων του οργανισμού. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ειδικά οι επιχειρήσεις μεγάλου μεγέθους ή σύνθετων διεργασιών δεν είναι δυνατό να λειτουργήσουν αποτελεσματικά δίχως Σύστημα Διαχείρισης/ Διοίκησης.

Τα Πρότυπα Συστημάτων Διαχείρισης/ Διοίκησης παρέχουν στον οργανισμό ένα μοντέλο εγκατάστασης και λειτουργίας του Συστήματος Διαχείρισης/ Διοίκησης. Αυτό το μοντέλο ενσωματώνει όλα τα χαρακτηριστικά, που εξασφαλίζουν ένα ανώτατο επίπεδο διαχείρισης και είναι κοινώς αποδεκτά από τους ειδικούς του τομέα. Η πιστοποίηση ενός Συστήματος Διαχείρισης/ Διοίκησης ενός οργανισμού αναφέρεται στην επιτυχή διαδικασία αποτίμησης της συμμόρφωσης του οργανισμού προς τις απαιτήσεις ενός Προτύπου Συστήματος Διαχείρισης/ Διοίκησης. Η διαδικασία αυτή διεξάγεται από κάποιον φορέα πιστοποίησης.

Τα πρότυπα συστημάτων είναι [55]:

- ✓ διαχείρισης/ διοίκησης ποιότητας (ISO 9001:2000),
- ✓ διαχείρισης ασφάλειας τροφίμων (HACCP),
- ✓ περιβαλλοντικής διαχείρισης (ISO 14001, EMAS)
- ✓ και λειτουργίας εργαστηρίων δοκιμών (EN 45001)

Η ποιότητα είναι στην πραγματικότητα μια δύσκολη έννοια προς εκτέλεση, πόσο μάλλον σε ένα τόσο ευαίσθητο τομέα όπως η υγεία. Έτσι υιοθετήθηκαν από την σύγχρονη διοικητική πραγματικότητα τυποποιημένες λύσεις - συστήματα - που μπορούν να δώσουν λύση στην βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η εγκατάσταση και εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας αποτελεί ένα ουσιαστικό εργαλείο για τη διοίκηση κάθε οργανισμού, καθώς βοηθά στη βελτίωση της οργάνωσής του και στην επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η εγκατάσταση και εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, σύμφωνα με παγκοσμίως αποδεκτά πρότυπα του Διεθνούς Οργανισμού Προτυποποίησης ISO (www.iso.org), διευκολύνει τις επιχειρήσεις στην προσπάθεια που κάνουν, καθώς πλέον μπορούν να αποδείξουν με τα σχετικά πιστοποιητικά, ότι ακολουθούν σταθερές και αποδεκτές μεθόδους κατά την παραγωγή των προϊόντων και των υπηρεσιών τους, διασφαλίζοντας έτσι, ανάλογα με το πρότυπο, τη σταθερή ποιότητα (πρότυπο ISO 9001), την υγιεινή & ασφάλεια των εργαζομένων τους, την προστασία του περιβάλλοντος (ISO 14001), τη δημόσια υγεία μέσω ασφαλών τροφίμων (ISO 22000-HACCP), την ασφάλεια των δεδομένων τους ή και άλλες παραμέτρους [26].

Εκτός από τα πρότυπα του Οργανισμού ISO, υπάρχουν και άλλα «εμπορικά» πρότυπα, σύμφωνα με τα οποία κρίνουν τις επιχειρήσεις ή και τα προϊόντα τους άλλοι οργανισμοί. Τέτοια είναι τα πρότυπα IFS και BRC, μέσω των οποίων πιστοποιούνται προϊόντα (όχι η επιχείρηση) που επιθυμούν να κυκλοφορήσουν στις αγορές της Γερμανίας και της Βρετανίας αντίστοιχα.

Οι πιστοποιήσεις εφαρμογής των προτύπων δίδονται μετά από έλεγχο των επιχειρήσεων (ή των προϊόντων τους ανά περίπτωση) από Οργανισμούς Πιστοποίησης, κατάλληλα διαπιστευμένους από το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ), ή αντίστοιχους φορείς ανά χώρα.

Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) διαθέτει την απαιτούμενη υποδομή, πείρα και τεχνογνωσία προκειμένου να παρέχει σε Φορείς και Οργανισμούς του χώρου της υγείας (Δ.Υ.Πε, Δημόσια Νοσοκομεία, Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας, Κλινικές ΕΣΥ, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί κ.ά.) υπηρεσίες συμβούλου για το σχεδιασμό την ανάπτυξη και εγκατάσταση. Αναλυτικότερα [26]:

1. Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την πιστοποίησή τους σύμφωνα με το νέο πρότυπο ISO 9001:2000 (Model for Quality Assurance in Design/Development, Production, Installation and Servicing). Οι οδηγίες απευθύνονται σε όλες τις επιχειρήσεις, με σκοπό να δώσουν κατευθυντήριες γραμμές για την οργάνωση ενός Συστήματος διοίκησης, με επίκεντρο την ποιότητα του προϊόντος που παράγει ή της υπηρεσίας που προσφέρει και την ικανοποίηση των πελατών της.
2. Συστημάτων Ελέγχου υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων HACCP (για την πιστοποίηση των Τμημάτων Διατροφής Δημόσιων Νοσοκομείων). Το σύστημα HACCP - υποχρεωτικό σύμφωνα με την κοινοτική οδηγία 93/43 που έχει ενσωματωθεί στην Εθνική νομοθεσία - πρέπει να εφαρμόζεται στη διαδικασία παραγωγής κάθε συγκεκριμένου τροφίμου και να καλύπτει όλα τα στάδια παραγωγής, από την παραλαβή των Α' υλών μέχρι την τελική χρήση/κατανάλωση των προϊόντων, με στόχο την παραγωγή ασφαλών τροφίμων Το ISO 22000 (HACCP). Είναι ένα προληπτικό σύστημα με σκοπό να διασφαλίσει τα τρόφιμα και ποτά από φυσικούς, χημικούς και μικροβιολογικούς κινδύνους. Απευθύνεται σε επιχειρήσεις που διαχειρίζονται, αποθηκεύουν ή διανέμουν τρόφιμα. Ο σχεδιασμός των εγκαταστάσεων μιας επιχείρησης, ο εξοπλισμός της, η ροή των πρώτων υλών και προϊόντων, η υγιεινή του προσωπικού, οι συνθήκες αποθήκευσης και μεταφοράς, η

παρουσία πρόσθετων στην σύνθεση του τροφίμου, οι επισημάνσεις στην συσκευασία κλπ είναι μερικές από τις παραμέτρους που επιδρούν στην Υγιεινή και Ασφάλεια των τροφίμων. Πρωταρχικός στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του ρίσκου για ασθένεια ή τραυματισμό του ασθενή προερχόμενη από προϊόντα που η ίδια παρήγαγε, αποθήκευσε, μετέφερε ή διέθεσε.

3. Το ISO 14001. Περικλείει τις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιεί μια επιχείρηση ώστε να διαχειρίζεται επιτυχώς τα περιβαλλοντικά ζητήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία της. Οι σύγχρονες απαιτήσεις της Περιβαλλοντικής Νομοθεσίας, των Καταναλωτών και της Κοινωνίας γενικότερα, ωθούν τις Επιχειρήσεις να αναθεωρήσουν τις στρατηγικές τους αναφορικά με τις εφαρμοζόμενες περιβαλλοντικές τους πρακτικές και να εφαρμόσουν συστήματα τα οποία να τεκμηριώνουν και να διασφαλίζουν την μεθοδολογία βελτίωσης των Περιβαλλοντικών Επιδόσεων και Στρατηγικών τους.

Με νέες ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας, που επιταχύνουν την αναζήτηση δεδομένων για ασθένειες και ιστορικό παθήσεων, με νέες εφαρμογές διάγνωσης και νέα τεχνολογικά μέσα, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου αυτής υποστηρίζουν με έμπρακτο τρόπο την πρόβλεψη, διάγνωση και θεραπεία. Η διαδικασία εφαρμογής Συστημάτων Ποιότητας που ακολουθείται για την εφαρμογή ενός συστήματος ποιότητας είναι αυτή του σχήματος.

Σχήμα 1. Διαδικασία Εφαρμογής Συστημάτων Ποιότητας



Πηγή: ΙΦΕΤ

Οι στόχοι της πολιτικής ποιότητας στην Ελλάδα είναι [55]:

- ✓ Η σύγκλιση της εθνικής υποδομής ποιότητας με αυτή των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ✓ Η βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης των ελληνικών επιχειρήσεων μέσω της αναβάθμισης της ποιότητας των παραγομένων προϊόντων των παρεχομένων υπηρεσιών.
- ✓ Η αύξηση των εξαγωγών και η ενίσχυση της αξιοπιστίας των ελληνικών προϊόντων και υπηρεσιών στην ελληνική και τη διεθνή αγορά.
- ✓ Η ενίσχυση της θέσης της χώρας μας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών ποιότητας σε διεθνές επίπεδο και ιδιαίτερα στην ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων.
- ✓ Η προστασία του καταναλωτή από ανασφαλή ή επικίνδυνα για την υγεία του προϊόντα.
- ✓ Η προστασία του περιβάλλοντος.
- ✓ Η αποφυγή αθέμιτου ανταγωνισμού με τη μείωση του κόστους που ανάγεται στην υποβάθμιση της ποιότητας των προϊόντων.

Οι ως άνω στόχοι της Εθνικής πολιτικής Ποιότητας επιτυγχάνονται:

- ✓ Με την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος ποιότητας, που αποτελεί την απαραίτητη υποδομή και διαμορφώνει το περιβάλλον για την εφαρμογή της Πολιτικής Ποιότητας.
- ✓ Με την παροχή κινήτρων προς τις επιχειρήσεις για την υιοθέτηση και συμμόρφωση τους σε πρότυπα και τεχνικές ποιότητας και την προώθηση της επιχειρηματικής αριστείας
- ✓ Με την ενίσχυση της ζήτησης προϊόντων και υπηρεσιών ποιότητας μέσω της ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης των καταναλωτών / της κοινής γνώμης σε θέματα ποιότητας.
- ✓ Με τη λειτουργία ενός αξιόπιστου συστήματος παρακολούθησης και εποπτείας της αγοράς

Η βασική λειτουργία κάθε τμήματος του συστήματος ποιότητας στην Ελλάδα προσδιορίζεται συνοπτικά ως εξής [56]:

1. **Η Τυποποίηση (ΕΛΟΤ):** Αρμόδιος Φορέας εφαρμογής της εθνικής πολιτικής τυποποίησης είναι ο ΕΛΟΤ. Λειτουργεί ως βάση πάνω στην οποία στηρίζονται όλα τα υπόλοιπα τμήματα. Παράγει ή μεταφράζει πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούνται για την τυποποίηση των προϊόντων ή/και των υπηρεσιών και για

τον έλεγχο της συμμόρφωσης τους με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις. Γενικά η εφαρμογή των προτύπων δεν είναι υποχρεωτική, εκτός των περιπτώσεων που αυτά εμπίπτουν σε Κοινοτικές Οδηγίες ή Νόμους του κράτους. Ο ελληνικός φορέας πιστοποίησης (ΕΛΟΤ) βασίζεται στη σειρά προτύπων EN 29000 / ISO 9000 και είναι αποδεκτός στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πιστοποίησης Συστήματος Ποιότητας (EQNET) όπου αναγνωρίζεται στις χώρες της Ευρώπης. Ο ΕΛΟΤ είναι μέλος των ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών, εκδίδει και διαθέτει τα ελληνικά πρότυπα, προμηθεύει πρότυπα όλων των διεθνών οργανισμών τυποποίησης, απονέμει σήμα συμμόρφωσης και χορηγεί πιστοποιητικά συμμόρφωσης. Επίσης αξιολογεί και πιστοποιεί συστήματα διασφάλισης ποιότητας και προωθεί συμφωνίες αμοιβαίας αναγνώρισης.

2. **Η Διαπίστευση (ΕΣΥΔ):** Το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης λειτουργεί ως όργανο ελέγχου και διαπίστωσης της εύρυθμης και βάσει προτύπων (EN 45000) λειτουργίας των Φορέων πιστοποίησης, Δοκιμών, Επιθεώρησης και Ελέγχου. Αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση των διαφόρων πιστοποιητικών που παρέχουν οι πιο πάνω φορείς, τόσο σε εθνική όσο και διεθνή κλίμακα.
3. **Η Μετρολογία (ΕΙΜ):** Το Εθνικό Ινστιτούτο Μετρολογίας (ΕΙΜ) λειτουργεί ως Εθνικός Φορέας Διακρίβωσης καθώς και ως κεντρικό σημείο αναφοράς και σύνδεσης των εθνικών μετρικών προτύπων με τα διεθνή. Η ύπαρξη του είναι απαραίτητη για την αξιόπιστη και εύρυθμη λειτουργία των διαφόρων εργαστηρίων διακρίβωσης της χώρας και γενικότερα για την αξιοπιστία των μετρήσεων σε εθνική κλίμακα.
4. **Η Διακρίβωση:** Λειτουργία που βασίζεται στο εθνικό σύστημα Μετρολογίας και ελέγχει και εγγυάται την αξιόπιστη λειτουργία των οργάνων μέτρησης των εργαστηρίων.
5. **Η Πιστοποίηση:** Η πιστοποίηση αποτελεί λειτουργία ελέγχου της συμμόρφωσης προϊόντων και υπηρεσιών προς προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις (πρότυπα, προδιαγραφές, κανονισμούς), που εκφράζεται με την απονομή σχετικών πιστοποιητικών ή σημάτων συμμόρφωσης. Οι Φορείς πιστοποίησης (κρατικοί ή ιδιωτικοί) λειτουργούν ως όργανα «δήλωσης συμμόρφωσης» προϊόντων, υπηρεσιών και συστημάτων διαχείρισης προς προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις (πρότυπα, κανονισμοί, νομοθετικές ρυθμίσεις), μέσω πιστοποιητικών που εκδίδουν και σημάτων που απονέμουν. Για την αδιαμφισβήτητη αναγνώριση των

πιστοποιητικών και σημάτων τους, οι Φορείς αυτοί θα πρέπει να είναι Διαπιστευμένοι από τον Εθνικό Φορέα Διαπίστευσης.

6. **Οι Εργαστηριακές Δοκιμές:** Παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στους Φορείς πιστοποίησης προϊόντων, μέσω έγκυρων μετρήσεων, για τη χορήγηση, διατήρηση ή και απόσυρση των πιστοποιητικών τους. Εκδίδουν επίσης αυτόνομα εκθέσεις δοκίμων. Η εγκυρότητα τους διαπιστώνεται από τον Εθνικό Φορέα Διαπίστευσης.
7. **Η Επιθεώρηση και ο Έλεγχος ποιότητας:** Οι σχετικοί φορείς λειτουργούν είτε ως στοιχεία των συστημάτων πιστοποίησης, αναφερόμενοι στους Φορείς Πιστοποίησης είτε αυτόνομα για την έκδοση πιστοποιητικών επιθεώρησης - ελέγχων στα πλαίσια υποχρεωτικών ή προαιρετικών διαδικασιών.
8. **Έλεγχος Αγοράς:** Λειτουργεί ως μηχανισμός διασφάλισης της εύρυθμης λειτουργίας του όλου συστήματος υποχρεωτικών πιστοποιήσεων και ελέγχων, που διενεργούνται με βάση προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις της εθνικής ή της κοινοτικής νομοθεσίας. Παρέχει πληροφορίες που μπορούν να οδηγήσουν στην απόσυρση προϊόντων, η κυκλοφορία των οποίων υπάγεται σε υποχρεωτικές κανονιστικές διατάξεις.
9. **Τα Εθνικά Βραβεία:** Λειτουργεί ως το σημείο απονομής εθνικών δραβείων/αναγνωρίσεων σε Επιχειρήσεις/ Οργανισμούς που αποδεικνύουν υψηλές επιδόσεις σε θέματα ποιότητας και όχι μόνο. Με την ενίσχυση της επιχειρηματικής αριστείας, προβλέπεται η καθιέρωση του θεσμού απονομής του Εθνικού Βραβείου ποιότητας και Εθνικών Αναγνωρίσεων σε επιχειρήσεις που επιτυγχάνουν συγκεκριμένα επίπεδα επιχειρηματικής αριστείας. Με το μέτρο αυτό ενθαρρύνονται οι ελληνικές επιχειρήσεις να αναπτύξουν τα κατάλληλα διοικητικά συστήματα και τις εσωτερικές διεργασίες που οδηγούν στην παροχή ολοκληρωμένων και αναβαθμισμένων υπηρεσιών με ισόρροπη ικανοποίηση των καταναλωτών, των εργαζομένων, των μετόχων, καθώς και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Σημειώνεται ότι ο θεσμός του Εθνικού Βραβείου Ποιότητας βασίζεται στο μοντέλο του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας.
10. **Το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης:** Λειτουργεί ως κομβικό σημείο από το οποίο οι ενδιαφερόμενοι θα έχουν άμεση πρόσβαση σε έγκυρες πληροφορίες για πρότυπα, Διαπιστευμένους Φορείς Πιστοποίησης, Διαπιστευμένα Εργαστήρια, Αρμόδιους Φορείς Ελέγχου της αγοράς, Διαδικασίες που ισχύουν στον εθνικό και κοινοτικό χώρο, κ.λπ. Μέρος του μπορεί να αποτελέσει και το εθνικό Βαρόμετρο

για την ποιότητα, που μπορεί να καλύπτει και σχετικές απαιτήσεις Συγκριτικής Αξιολόγησης (benchmarking).

3.5.1 Παραδείγματα Πιστοποιημένων Μονάδων Παροχής Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας

3.5.1.1. Εργαστήριο Ποιοτικού Ελέγχου - Μονάδα Εμβολίων

Ο ποιοτικός έλεγχος πραγματοποιείται και από εξειδικευμένα κέντρα όπως για παράδειγμα το Εργαστήριο Ποιοτικού Ελέγχου, με Υπεύθυνο εργαστηρίου τον Δρ. Δ. Σοφιανός (Βιολόγο). Το Εργαστήριο Ποιοτικού Ελέγχου που διοικείται και λειτουργεί ανεξάρτητα από την Μονάδα Εμβολίων του ΕΠΙ διακρίνεται σε τρία επιμέρους εργαστήρια ελέγχου ποιότητας[16]:

- ✓ Φυσικοχημικών Ελέγχων
- ✓ Μικροβιολογικών Ελέγχων
- ✓ Βιολογικών Ελέγχων

Το εργαστήριο είναι μέλος του European Network of Official Medicines Control Laboratories και της Hellas Lab (εθνικός εκπρόσωπος της Eurolab). Λειτουργεί με βάση την ισχύουσα Φαρμακευτική Νομοθεσία (ΦΕΚ 233/7-4-1992 ,ΦΕΚ 322/6-5-1993 και 1522/27-7-1999) και εφαρμόζει τα προβλεπόμενα από την Ευρωπαϊκή Φαρμακοποιία, το PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-Operation Scheme) καθώς και από τα πρότυπα EN 45001, ISO17025.

Το εργαστήριο είναι πιστοποιημένο κατά ISO-9002 (αριθμός 0410001064) από την TUV CERT Certification Body of Reinich-Wetfalischer και στις προτεραιότητες μας συγκαταλέγεται η προετοιμασία του για την πιστοποίηση κατά ISO17025.

Είναι επίσημα εξουσιοδοτημένο από Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (Ι.Φ.Ε.Τ) να εκτελεί ελέγχους σε εμβόλια και βιολογικά προϊόντα (αρ. απόφασης Δ.Σ. του Ι.Φ.Ε.Τ 88/30-6-1992) τους οποίους εκτελεί για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας (Υ.Υ.Π.) καθώς και για λογαριασμό του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ)

Το Εργαστήριο έχει επίσης την ευθύνη ελέγχου του 80% των διακινουμένων από τον Δημόσιο Τομέα εμβολίων. Γίνεται ανάπτυξη και παραγωγή νέων διαγνωστικών προϊόντων και υπάρχει συμμετοχή σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα. Από το 1993 λειτουργεί στο εργαστήριο το Κέντρο Αναφοράς για την Ανοσολογική Απόκριση. Από το 1993-2002 έχουν μελετηθεί 5700 οροί.

3.5.1.2. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κυπαρισσίας

Το πιστοποιητικό ποιότητας κατά ISO 9001:2000 στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κυπαρισσίας. Αποτέλεσε μια συντονισμένη προσπάθεια από ένα δημόσιο νοσοκομείο να διασφαλίζει απολύτως τις διαδικασίες του σύμφωνα με τις πλέον αυστηρές διεθνείς προδιαγραφές, να διαθέτει πολύ υψηλού επιπέδου ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο, εκτός από την αδιαμφισβήτητη επιστημονική του κατάρτιση, διακρίνεται και για την ανθρωπιά και τον αλτρουισμό του.

Το Γενικό Νοσοκομείο Κυπαρισσίας ανέπτυξε συστήματα με την πιο σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή στην Ευρώπη, με εν εξελίξει ένα γιγαντιαίο πρόγραμμα εκσυγχρονισμού της κτιριακής υποδομής και προμήθειας μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας. Ευρισκόμενο, λοιπόν, σε μια ιστορική καμπή, αξιοποίησε τα συγκριτικά του πλεονεκτήματα, να κάνει το μεγάλο άλμα στο μέλλον. Να δώσει και να κερδίσει τη μάχη της ποιότητας. Αυτή η έννοια, αυτή η λέξη, που ακούγεται ολοένα και πιο έντονα σήμερα σε όλους τομείς και πρέπει να ενταχθεί στο καθημερινό λεξιλόγιο και των επαγγελματιών της υγείας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Κυπαρισσίας Διασφάλισε όλες τις ενέργειες μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να τυγχάνει της καλύτερης περίθαλψης και να φεύγει απόλυτα ικανοποιημένος. Πρέπει, παράλληλα, όλες οι ενέργειες να κατατείνουν και στην ικανοποίηση όλων των εργαζομένων στο σύστημα υγείας καθώς των συναλλασσομένων με αυτό. Το Γενικό Νοσοκομείο Κυπαρισσίας, ένα μικρό σε αριθμό κλινών νοσοκομείο, το οποί δείχνει το δρόμο[17].

Το «Υγεία» έχει υιοθετήσει, από το 2003, Πρόγραμμα Διαχείρισης της Ποιότητας, στο οποίο έχουν ενταχθεί, παρακολουθούνται και αναπτύσσονται όλες οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Αυτές οι προσπάθειες μπορεί να αφορούν είτε στην εσωτερική παρακολούθηση και βελτίωση των υπηρεσιών, είτε στην πιστοποίηση ή διαπίστευση, δηλαδή επιδίωξη επιβεβαίωσης από τρίτο φορέα[18].

Για την παρακολούθηση και τη βελτίωση των κλινικών λειτουργιών λειτουργούν Επιτροπές (ΕΠ) και Ομάδες Εργασίας (ΟΕΡ), με διαφορετικό αντικείμενο η κάθε μια, με βασικό σκοπό την έρευνα, ανάλυση και γνωμοδότηση επί θεμάτων που αφορούν στο αντικείμενο ενδιαφέροντός τους, με στόχο τόσο την επίλυση κλινικών θεμάτων που προκύπτουν όσο και την ώθηση των υπηρεσιών σε νέα, υψηλότερα επίπεδα ποιότητας.

Ο συντονισμός και η εποπτεία των ΕΠ και των ΟΕΡ γίνεται από το Συμβούλιο Ποιότητας (ΣΠ), το οποίο θέτει τις στρατηγικές στα θέματα ποιότητας και προσδιορίζει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς, μετρήσεις και προτεραιότητες. Επίσης, επιβλέπει τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς, τόσο του Νοσοκομείου όσο και της ισχύουσας Ελληνικής Νομοθεσίας.

Οι Επιτροπές και οι Ομάδες Εργασίας, μέσω του Συμβουλίου Ποιότητας, συνεργάζονται με τα υπόλοιπα όργανα του Νοσοκομείου (Επιστημονικό Συμβούλιο, Διευθυντές Διευθύνσεων, λοιπές Επιστημονικές Επιτροπές κ.α.) για την επίλυση και τη βελτίωση με όσο το δυνατό περισσότερη συναίνεση και ευρύτερη κλίμακα εφαρμογής.

Επιτροπές Ποιότητας & Ομάδες Εργασίας που λειτουργούν στο Υγεία:

- Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει, να διατηρεί και να βελτιώνει συνεχώς τη διαδικασία ελέγχου λοιμώξεων του Υγεία, να μειώνει το ποσοστό λοιμώξεων, να ελέγχει και να προλαμβάνει τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, τους ανθεκτικούς μικροοργανισμούς, και την έκθεση των εργαζομένων σε παθογόνα που μεταδίδονται με αίμα.
- Επιτροπή Διαχείρισης Πληροφοριών Υγείας. Σκοπός της είναι να αξιολογεί και να βελτιώνει τη σύνθεση και την πληρότητα του ιατρικού φακέλου και την έγκαιρη και σωστή διαθεσιμότητα των πληροφοριών του ασθενή.
- Επιτροπή Διαχείρισης Κινδύνων & Ασφάλειας. Σκοπός της είναι ο προσδιορισμός, η καταγραφή και μείωση της επικινδυνότητας με ταυτόχρονη

αύξηση της παροχής ασφάλειας στους ασθενείς, συγγενείς και εργαζόμενους του νοσοκομείου και ο συντονισμός όλων των προσπαθειών για την αξιολόγηση και βελτίωση θεμάτων ασφαλείας.

- Επιτροπή Φαρμάκων. Σκοπός της είναι η εκτίμηση της χρήσης των φαρμάκων, η διαχείριση και ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής και η συνεχής βελτίωση της λειτουργίας του φαρμακείου.
- Επιτροπή Χειρουργείου. Σκοπός της είναι να προτείνει και να εφαρμόζει κανόνες και πολιτικές για την αποτελεσματική λειτουργία του Χειρουργείου, ώστε να παρέχεται ασφαλής και υψηλή χειρουργική φροντίδα στους ασθενείς.
- Επιτροπή Κλινικής Φροντίδας. Σκοπός της είναι η ανάπτυξη πλάνου και κριτηρίων για την αποτελεσματικότερη Κλινική Φροντίδα των ασθενών, με τρόπο ώστε να βελτιώνονται τα κλινικά αποτελέσματα.
- Επιτροπή Αναισθησιολόγων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει, να τηρεί και να βελτιώνει συνεχώς την ασφαλή παροχή αναισθησίας στους ασθενείς, ανεξαρτήτως βαρύτητας ή χώρου παροχής αυτής.
- Ομάδα Εργασίας Εργαστηρίων. Σκοπός της είναι να αναπτύσσει έναν ενιαίο τρόπο παροχής υπηρεσιών των Εργαστηρίων, που να συνδυάζει την ταχύτερη και ασφαλέστερη διακίνηση ασθενών με τα καλύτερα δυνατά κλινικά αποτελέσματα.
- Ομάδα Εργασίας Ακτινολογίας. Σκοπός της είναι να αναπτύξει ένα σύστημα εφαρμογής και ελέγχου των Ακτινοδιαγνωστικών υπηρεσιών που να διασφαλίζουν άμεσα, ασφαλή και αξιόπιστα αποτελέσματα κλινικής αξιολόγησης των ασθενών.

Όλα τα παραπάνω υλοποιούνται μέσω καταγραφής διαδικασιών, τακτικών ελέγχων συμμόρφωσης με τις διαδικασίες και εφαρμογή παρεμβάσεων για βελτιστοποίηση και ανάπτυξη της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στο Υγεία.

Τα παρακάτω Τμήματα του Θεραπευτηρίου εφαρμόζουν Συστήματα Ποιότητας, σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001:2000:

- Τμήμα Αξονικού, Μαγνητικού Τομογράφου & Οστεοπόρωσης (TAMO): Πρώτη Πιστοποίηση: 20-04-2005
- Τομογράφος Ποζιτρονικής Εκπομπής (PET/CT): Πρώτη Πιστοποίηση: 17-04-2006
- Διεύθυνση Τεχνικής Υποστήριξης (ΔΤΥ): Πρώτη Επιθεώρηση για Πιστοποίηση: 06-06-2006
- Κεντρικά Εργαστήρια (ΚΕΡ): Πρώτη Επιθεώρηση για Πιστοποίηση: 12-04-2007

- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN). Συνεργαζόμενη εταιρία που έχει επίσης πιστοποιηθεί: Πρώτη Πιστοποίηση: 20-12-1999

3.5.1.4. Νοσοκομείο Ιατρικό Αθηνών

Το Ιατρικό Αθηνών ιδρύθηκε το 1983 με σκοπό να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Από τότε, παρουσίασε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και δημιούργησε νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες οι οποίες μπορούν να συγκριθούν μόνο με αντίστοιχες των σύγχρονων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Δυτικής Ευρώπης και των Η.Π.Α. [19].

Η δυναμικότητα του Ιατρικού Αθηνών ανέρχεται σήμερα στις 290 κλίνες, οι οποίες υποστηρίζονται από 14 Χειρουργικές Αίθουσες και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 26 κλινών. Μέσω αυτών καθώς και των πλήρως εξοπλισμένων και άρτια στελεχωμένων εργαστηρίων του, το νοσοκομείο καλύπτει πλήρως τις ανάγκες για διάγνωση και νοσηλεία οποιουδήποτε περιστατικού, εκτός των μαιευτικών και ψυχιατρικών.

Το Ιατρικό Αθηνών διαθέτει πιστοποίηση κατά ISO 9001:2000 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στην υπηρεσία EMS (Ασθενοφόρα), στα Κεντρικά Εργαστήρια, στο Τμήμα Προληπτικού Ελέγχου Υγείας (Check-up) και στο Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας (Επαγγελματικό Check-up). Οι διαδικασίες για την πιστοποίηση και των υπολοίπων τμημάτων του βρίσκονται σε εξέλιξη.

Η επιτυχία του Ιατρικού Αθηνών μπορεί να αποδοθεί άμεσα στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω της ανάπτυξης συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, πιστοποιημένων κατά ISO 9001:2000 και την έμπρακτη δέσμευση της διοίκησης για συνεχή επένδυση σε σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία γενικότερα, καθώς και στη στελέχωσή του με άριστα εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κεφάλαιο 4^ο. Έρευνα

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

4.1. Μεθοδολογία και Ερευνητικό Πλαίσιο

4.1.1 Περιγραφή Πληθυσμού Έρευνας

Ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχθηκε το δείγμα, συγκεντρώθηκε από τέσσερις νοσοκομειακές μονάδες της χώρας μας. Οι νοσοκομειακές μονάδες από τις οποίες αντλήσαμε τον πληθυσμό του δείγματος ήταν το νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, το νοσοκομείο Υγεία και το Ιατρικό Αθηνών. Συμπεριελήφθησαν στον πληθυσμό αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό των παραπάνω νοσοκομείων με κύριο σκοπό να διασφαλίσουμε την ορθότητα των αποτελεσμάτων. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας δόθηκε στα παραπάνω νοσοκομεία κατά την χρονική περίοδο Ιανουαρίου – Μαΐου 2008.

4.1.2. Δείγμα Έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε σε ένα δείγμα τεσσάρων νοσοκομείων. Το κριτήριο για την επιλογή των συγκεκριμένων νοσοκομείων ήταν κατά κύριο λόγο η ανάλυση απαντήσεων τόσο από κρατικά νοσοκομεία όσο και από ιδιωτικά θεραπευτήρια, με κύριο σκοπό την εγκυρότητα των απόψεων αλλά και την αντιπαραβολή στοιχείων σχετικά με την ποιότητα. Ο στόχος υπήρξε η άντληση όσο το δυνατό εγκυρότερης πληροφόρησης. Το δείγμα αποτελείται από εβδομήντα έξι (76) άτομα, ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στις τέσσερις αυτές νοσοκομειακές μονάδες. Συμπερασματικά λοιπόν, έγινε προσπάθεια επιλογής ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, ώστε τα συμπεράσματα που θα προέκυπταν, να μπορούσαν να γενικευτούν και στον πληθυσμό.

4.1.3. Η Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων και Παρουσίαση Ερωτηματολογίου

Για τις ανάγκες της έρευνας επιλέχθηκε η δομημένη και άμεση μέθοδος, δηλαδή τυποποιημένες ερωτήσεις και απαντήσεις που κάνουν ευκολότερη τη συμπλήρωση, ανάλυση και επεξεργασία των στοιχείων. Ο τρόπος συλλογής των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Ο λόγος που επελέγη το ερωτηματολόγιο ήταν διότι αποτελεί μια άμεση και ταχύτατη διαδικασία μέσω της οποίας κατορθώσαμε να συλλέξουμε σημαντικά στοιχεία από τις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

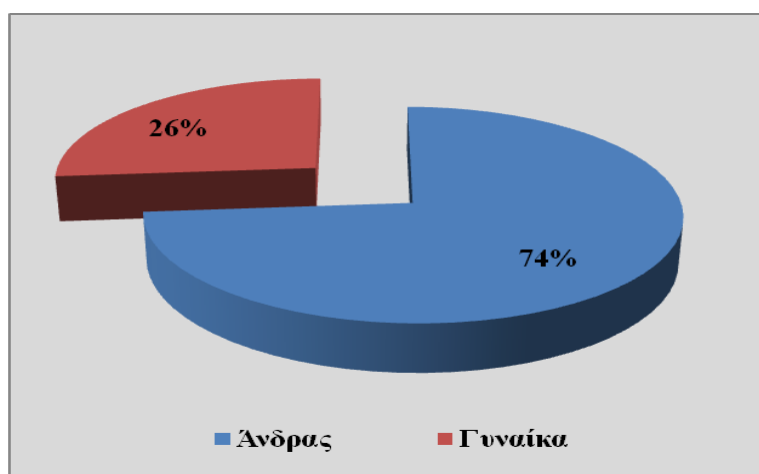
Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα Ι της παρούσας εργασίας. Οι ερωτήσεις που αυτό περιλαμβάνει καλύπτουν μια πλειάδα ερωτημάτων σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα αντίστοιχα νοσοκομεία. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τηρήθηκε απόλυτη εχεμύθεια καθώς επίσης δόθηκε ένα διάστημα χρόνου τριάντα (30) λεπτών σε κάθε ερωτώμενο για να το συμπληρώσει. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του ερωτηματολογίου επεξεργάστηκαν μέσω του προγράμματος MS – Office: Excel, 2007.

4.2. Ανάλυση Έρευνας

Με την έρευνά μας προσπαθήσαμε να ελέγξουμε την προσωπική γνώμη κάθε ερωτώμενου σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας τόσο σε δημόσια νοσοκομεία όσο και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια καθώς επίσης κατά πόσο οι ερωτώμενοι του δείγματος ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που πρόσφεραν.

Αρχικά στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανταποκρίθηκαν εβδομήντα έξι (76) άτομα, ιατροί, πενήντα έξι (56) εξ αυτών ήταν άνδρες με ποσοστό στο δείγμα 74% και είκοσι (20) γυναίκες (26%) (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1. Φύλο Δείγματος



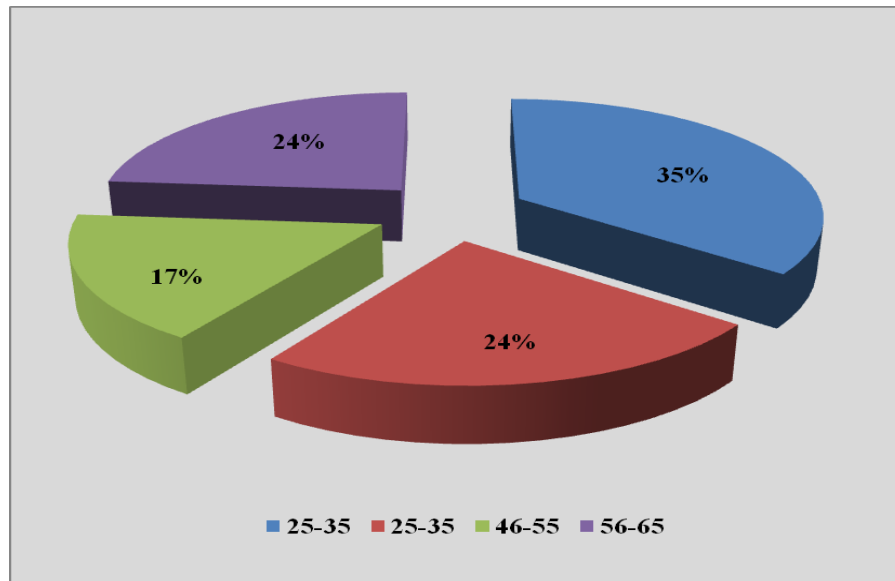
Στη συνέχεια ζητήσαμε από το δείγμα να μας δώσει την ηλικία του, τα αποτελέσματα αναλύονται στον παρακάτω πίνακα1 .

Πίνακας 1. Ηλικιακή Κατανομή Δείγματος

Ηλικία	Αριθμός ατόμων του δείγματος
25-36	27
36-46	18
46-56	13
56-66	18

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος είναι σημαντική καθώς μπορούμε να δούμε τα ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα ατόμων μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας, με περισσότερη ή λιγότερη αντίστοιχα επαγγελματική εμπειρία. Έτσι 17% του δείγματος αποτελούνταν από άτομα ηλικίας μεταξύ 46 έως 56 ετών, 24% μεταξύ 36 έως 46, 24% μεταξύ 56 έως 66 και τέλος 35% μεταξύ 25 έως 36 ετών, και αυτό διότι πολλά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών με πολλούς ιατρούς σε μικρότερη ηλικία (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2. Ηλικιακή Κατανομή Δείγματος



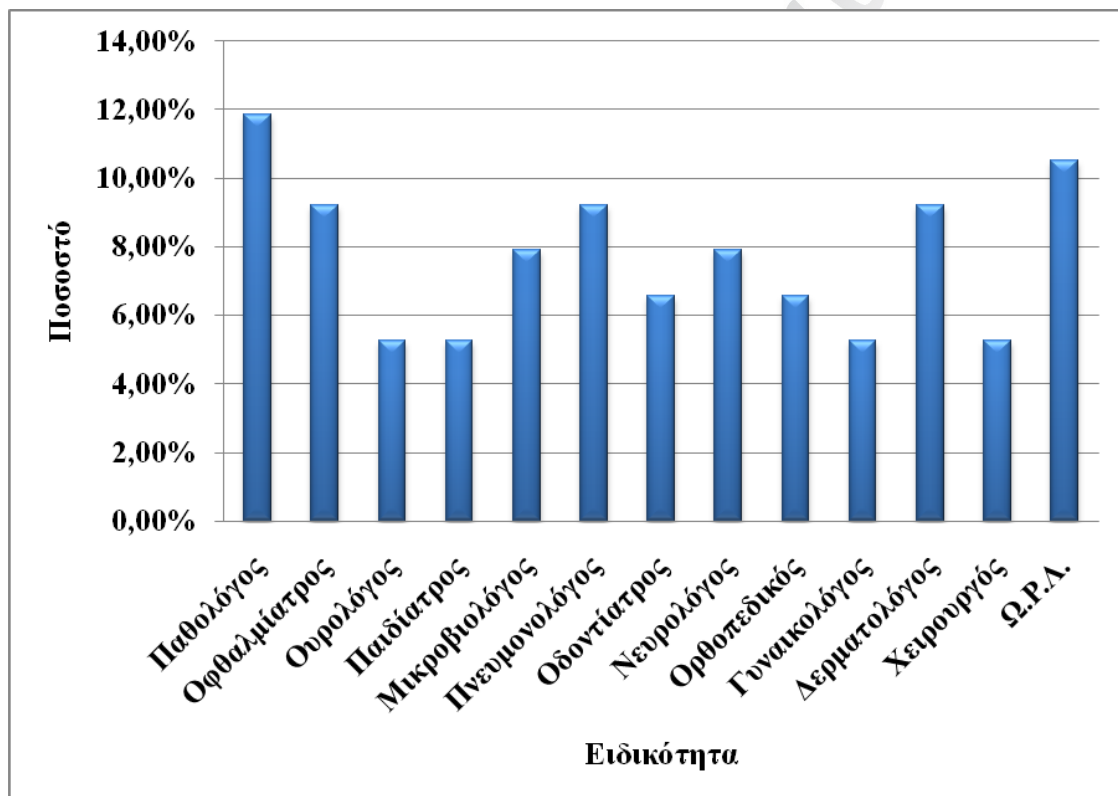
Επίσης στην ερώτηση 3 ζητήσαμε από τον κάθε ερωτώμενο να μας απαντήσει σχετικά με την ιατρική του ειδικότητα, έτσι υπήρξαν τα εξής αποτελέσματα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ιατρικές Ειδικότητες Δείγματος

Ιατρική Ειδικότητα	Αριθμός ατόμων του δείγματος
Παθολόγος	9
Οφθαλμίατρος	7
Ουρολόγος	4
Παιδίατρος	4
Μικροβιολόγος	6
Πνευμονολόγος	7
Οδοντίατρος	5
Νευρολόγος	6
Ορθοπαιδικός	5
Γυναικολόγος	4
Δερματολόγος	7
Χειρουργός	4
Ω.Ρ.Λ.	8
Σύνολο	76

Έτσι 11,84% του δείγματος αποτελούνταν από παθολόγους, 10,53% από ωτορινολαρυγγολόγους, 9,21% από οφθαλμίατρους, 9,21% από δερματολόγους, 9,21% από πνευμονολόγους, 7,89% από μικροβιολόγους, 7,89% από νευρολόγους, 6,58% από οδοντίατρους, 6,58% από ορθοπεδικούς, 5,26% από παιδίατρους, 5,26% από ουρολόγους, 5,26% από γυναικολόγους και τέλος 5,26% από χειρουργούς (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3. Ιατρικές Ειδικότητες Δείγματος



Στις επόμενες τέσσερις ερωτήσεις θέλαμε να μάθουμε σε ποια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, δημόσιας ή ιδιωτικής, εργάζεται το δείγμα. Έτσι αναλύοντας τις ερωτήσεις 4 και 6 προκύπτει ότι ποσοστό 74% του δείγματος εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο και 26% σε ιδιωτικό θεραπευτήριο. Με τις ερωτήσεις 5 και 7 πληροφορηθήκαμε το πλήθος του δείγματος που απάντησε σε κάθε νοσοκομείο και θεραπευτήριο, έτσι το 42,11%, δηλαδή τριάντα δύο (32) ιατροί απάντησαν στον Ερυθρό Σταυρό, 31,58% (24 άτομα) του δείγματος από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, 13,16% από το ιδιωτικό θεραπευτήριο Υγεία και το ίδιο ποσοστό, ήτοι 10 ιατροί, από το Ιατρικό Αθηνών (Πίνακας 3, Διάγραμμα 4).

Πίνακας 3. Μονάδες Υγείας Δείγματος

Μονάδα υγείας	Αριθμός ατόμων του δείγματος
Ερυθρός Σταυρός	32
Πανεπιστημιακό Νοσ. Πατρών	24
Υγεία	10
Ιατρικό Αθηνών	10

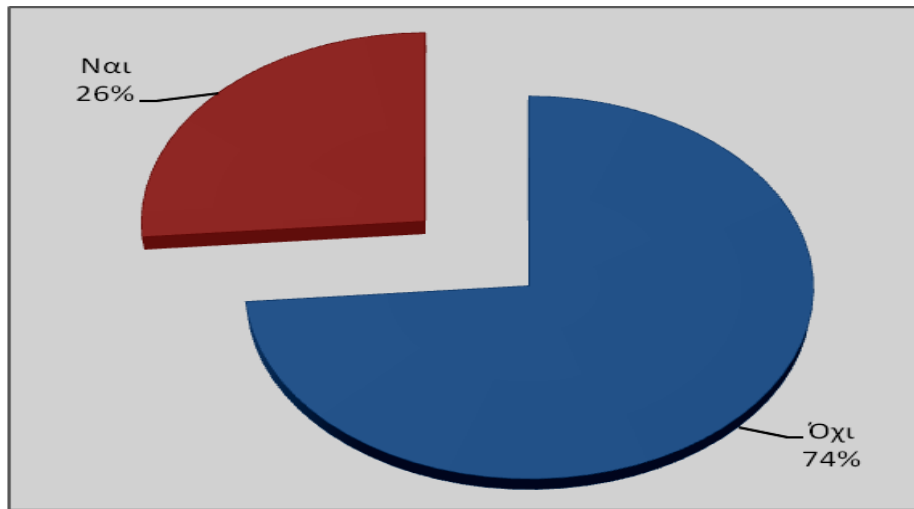
Διάγραμμα 4. Μονάδες Υγείας Δείγματος



Τα ποσοστά παρουσιάζονται στρογγυλοποιημένα

Στην ερώτηση 8 ζητήσαμε από το δείγμα να μας εκθέσει την προσωπική του άποψη σχετικά με την ποιότητα που παράσχεται από τις δημόσιες μονάδες υγείας. Έτσι 26% του δείγματος απάντησε καταφατικά και 76% αρνητικά. Παρατηρείται μια έκδηλη δυσαρέσκεια για την ποιότητα που προσφέρεται στα κρατικά νοσοκομεία, η αρνητική στάση προέρχεται κατά κύριο λόγο από τους ιατρούς που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, οι οποίοι προφανώς προβαίνουν σε σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5. Ποιότητα που Παράσχεται από τις Δημόσιες Μονάδες Υγείας



Η ερώτηση 9 είχε ως κύριο σκοπό να κατανοήσουμε την αρνητική στάση κάποιων ιατρών απέναντι στις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας από δημόσια νοσοκομεία, οι απαντήσεις ήταν πολλές αλλά όλες συνέκλιναν στους παρακάτω κύριους τέσσερις λόγους:

- πολύ μεγάλος αριθμός περιστατικών που δεν επιτρέπει αρκετό χρόνο ενασχόλησης με κάθε ασθενή
- μη επαρκής στελέχωση προσωπικού με βάση τις ανάγκες του νοσοκομείου
- μαζική και όχι ποιοτική παροχή υπηρεσιών
- ύπαρξη μικρού αριθμού ιατρών για τις γενικές εφημερίες

Ακόμη στην ερώτηση 10 θέσαμε το ερώτημα αν η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται από ιδιωτικές μονάδες υγείας είναι υψηλού επιπέδου. Εδώ το ποσοστό είναι αντίστροφο από την ερώτηση 8, το 68% πιστεύει πως είναι υψηλού επιπέδου ενώ το 32% , θεωρεί πως δεν είναι. Η επόμενη ερώτηση 11 μας έδωσε τους λόγους των αρνητικών απαντήσεων. Έτσι συγκεντρώνοντας τις απαντήσεις του συνόλου των ιατρών, που θεώρησαν χαμηλού επιπέδου από άποψη ποιότητας τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, καταλήξαμε στους εξής λόγους:

- η σχέση ιατρού - ασθενή έχει μόνο οικονομικά κριτήρια και όχι ανθρωπιστικά
- δεν υπάρχουν ακόμα πλήρως ολοκληρωμένα ιδιωτικά νοσοκομεία, παρά νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες που παρέχει ένα δημόσιο νοσοκομείο
- υπάρχει μεγαλύτερη έμφαση στις παρεχόμενες ξενοδοχειακές υπηρεσίες παρά στις ιατρικές

- δεν υπάρχει ολοκληρωμένη στελέχωση των διάφορων ιδιωτικών κλινικών
- δεν υπάρχει ιατρική έρευνα σε ποιοτική ανάλυση των διάφορων περιστατικών
- δίνεται μεγαλύτερη σημασία στην εικόνα παρά στην ουσία

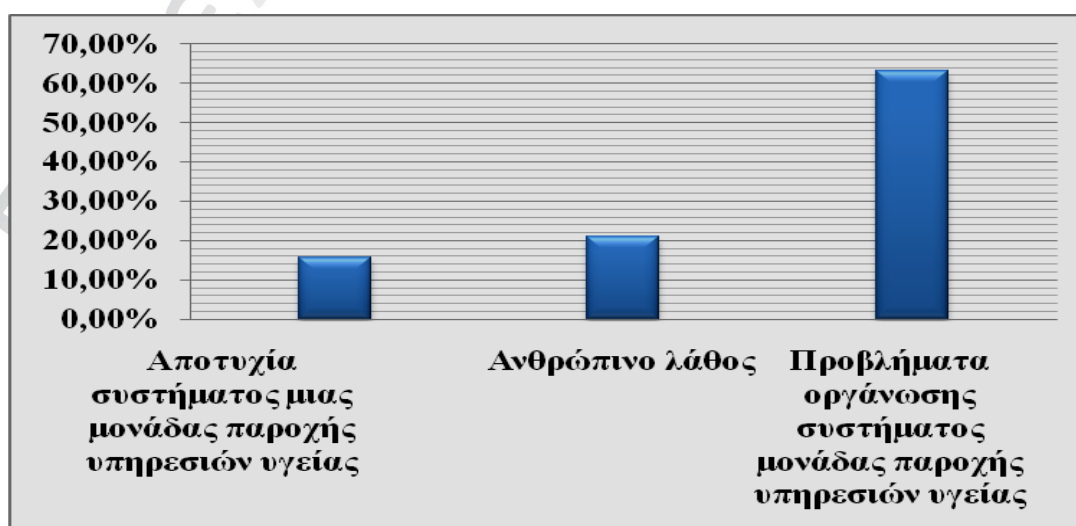
Στην ερώτηση 12 ζητήσαμε από το δείγμα να ταξινομήσει, σύμφωνα με την προσωπική του άποψη, τους παράγοντες που δημιουργούν προβλήματα στην ποιότητα της υγείας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 4.

Πίνακας 4. Αρνητικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ποιότητας στην Υγεία

Παράγοντες	Αριθμός ατόμων δείγματος
Αποτυχία συστήματος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας	12
Ανθρώπινο λάθος	16
Προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας	48
Σύνολο	76

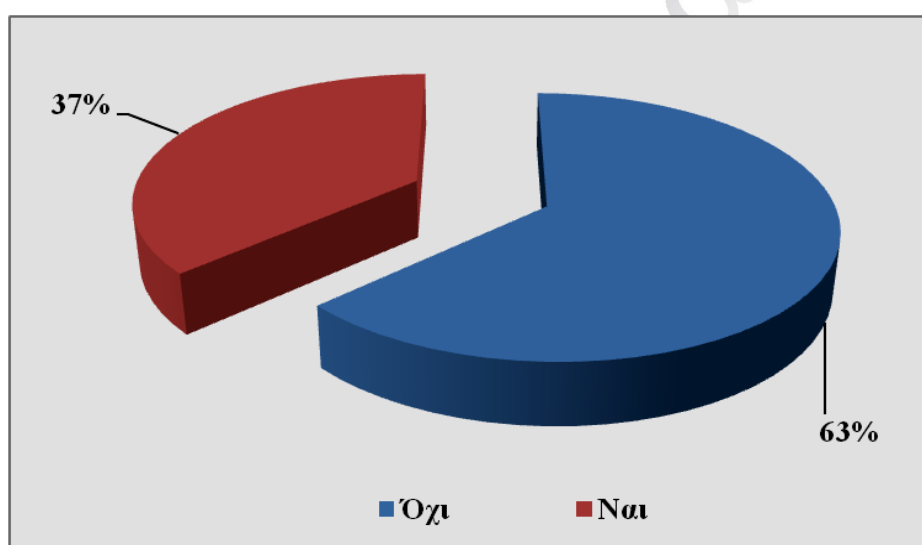
Έτσι το 15,79% του δείγματος κατατάσσει ως λιγότερο ανώδυνο παράγοντα την αποτυχία συστήματος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, το 21,05% το ανθρώπινο λάθος και το 63,16% τα προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6. Αρνητικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ποιότητας στην Υγεία



Στην ερώτηση 13, σχετικά με το αν πραγματοποιείται αξιολόγηση ποιότητας του ιατρικού κλινικού έργου και των υπόλοιπων δομών (διοικητικών, τεχνικών, οργανωτικών) στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, το δείγμα απάντησε καταφατικά κατά 37% και 63% αρνητικά. Εδώ παρατηρούμε την διαφοροποίηση των ιατρών που εργάζονται ιδιωτικό τομέα, οι οποίοι αντιλαμβάνονται την ποιότητα ως δεδομένη (Διάγραμμα 7).

Διάγραμμα 7. Αξιολόγηση Ποιότητας του Ιατρικού Κλινικού Έργου και των Υπόλοιπων Δομών της Μονάδας Υγείας



Στην ερώτηση 14, θεωρήσαμε ως δεδομένο ότι η συνεχής βελτίωση ποιότητας αφορά όλες τις λειτουργίες μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της μονάδας αλλά και των παραγόμενων αποτελεσμάτων όπως για παράδειγμα ικανοποιημένους ασθενείς από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται. Το σύνολο του δείγματος απάντησε καταφατικά στην ερώτηση αυτή κάτι που σημαίνει ότι η αντίληψη της σπουδαιότητας της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι καθολική.

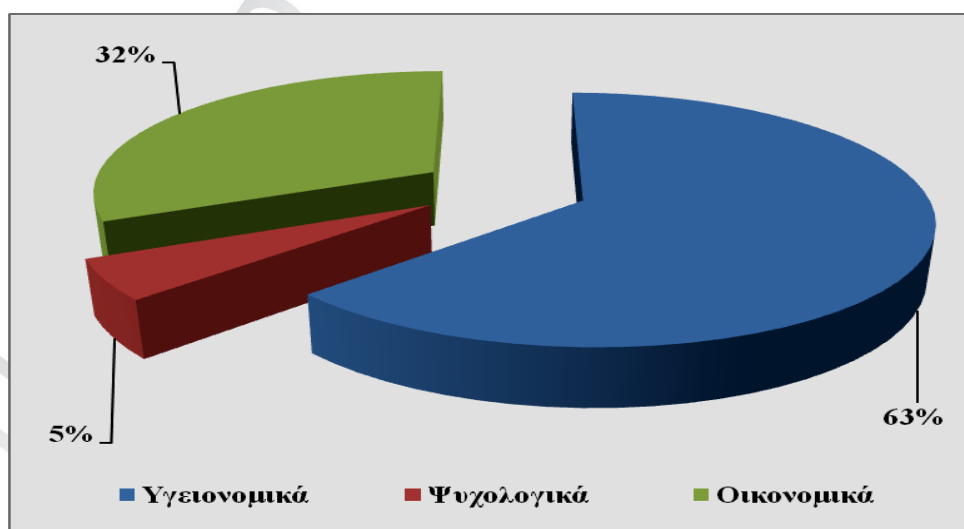
Στην ερώτηση 15 ζητήσαμε από το δείγμα να μας περιγράψει μερικούς τρόπους συνεχούς βελτίωσης, τους οποίους θεωρούσαν απαραίτητους για την μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζονταν. Έτσι μετά από ανάλυση των απαντήσεων οι σημαντικότεροι τρόποι που περιγράφηκαν ήταν οι εξής:

1. Σωστότερη κατανομή των πόρων στο νοσοκομείο
2. Μεγαλύτερος αριθμός ιατρών – νοσηλευτριών ανά ασθενή

3. Καλύτερη διαχείριση του budget χωρίς περιττές σπατάλες
4. Συστηματική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και επιβράβευση ή τιμωρία
5. Ορθολογική διαχείριση των περιστατικών από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ώστε να γίνεται σωστή επιλογή πριν φθάσουν στην τριτοβάθμια φροντίδα
6. Προσπάθεια μείωσης των διάφορων ελλειμμάτων μέσω σωστότερης διαχείρισης
7. Αύξηση του προσωπικού με ταυτόχρονη παροχή συστήματος επιβράβευσης ανάλογα με την απόδοση
8. Δημιουργία bonus στους υπάλληλους για καλύτερη παροχή υπηρεσιών
9. Δημιουργία αξιόπιστων κριτηρίων αξιολόγησης των υπαλλήλων
10. Δυνατότητα συμμετοχής των υπαλλήλων στα κέρδη των ιδρυμάτων
11. Σωστότερη διαχείριση των πόρων και δημιουργία μηχανογραφικών συστημάτων
12. Δημιουργία καλύτερης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας
13. Ολοκλήρωση της μηχανογράφησης σε όλα τα τμήματα

Στην ερώτηση 16 ζητήσαμε από το δείγμα να ταξινομήσει τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αρχικά τα οφέλη για τον ασθενή. Πρώτα στην κατάταξη ήταν τα υγειονομικά οφέλη (63%), ακολούθησαν τα οικονομικά (32%) και στην τελευταία θέση τα ψυχολογικά (5%) (Διάγραμμα 8).

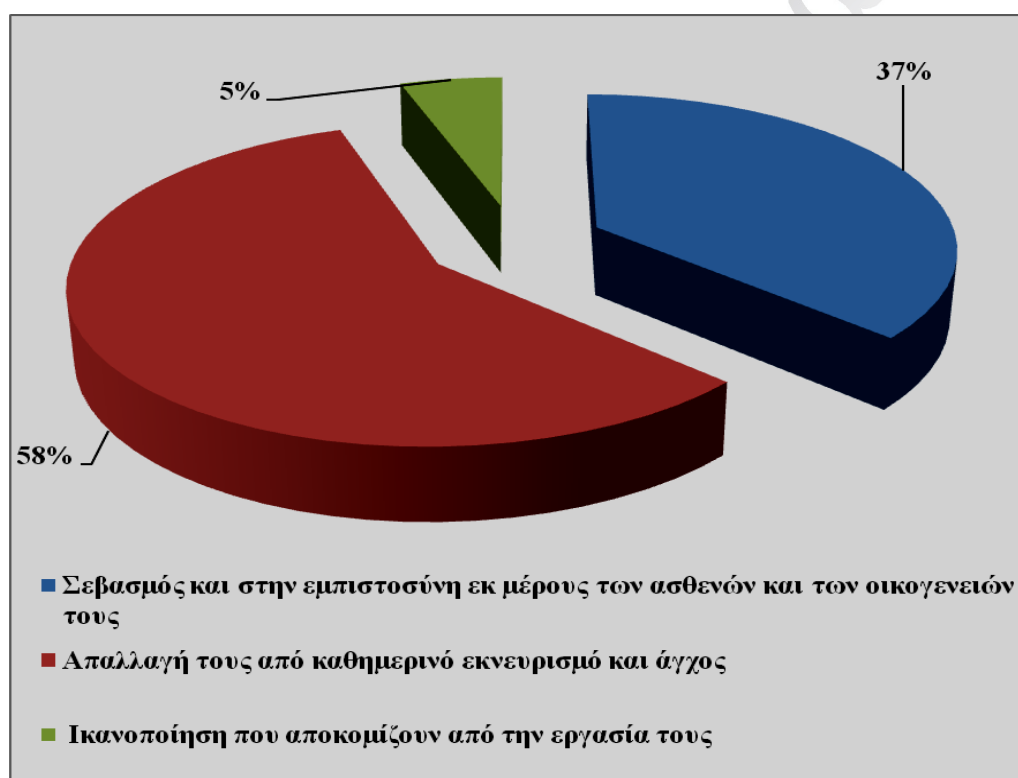
Διάγραμμα 8. Οφέλη για τον Ασθενή



Στη συνέχεια τα οφέλη για τους επαγγελματίες ιατρούς, με ποσοστό 58% (44 άτομα) ταξινομήθηκε στην πρώτη θέση η απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και το

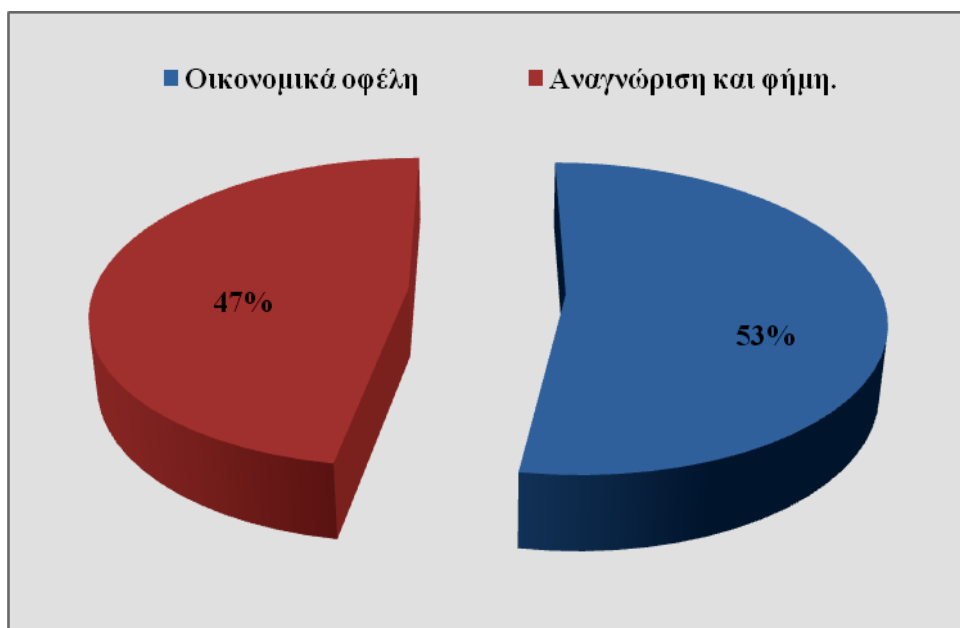
άγχος, με 37% (28 άτομα) η ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους και στην τελευταία θέση με ποσοστό 5% (4 άτομα) τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9. Οφέλη για τους Επαγγελματίες Ιατρούς



Ακόμη τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με ποσοστό 53% (40 άτομα) κατέταξαν σε πρώτη θέση την αναγνώριση και την φήμη του και με ποσοστό 47% (36 άτομα) τα οικονομικά οφέλη, όπως για παράδειγμα την μείωση του λειτουργικού κόστους (Διάγραμμα 10). Εδώ μπορούμε να δούμε, ακόμα μια φορά την έκδηλη τάση των ιατρών που δραστηριοποιούνται σε ιδιωτικές μονάδες υγείας θεωρούν τα άλλα στοιχεία λίγο πιο σημαντικά από τα οικονομικά, γιατί ή φήμη είναι εκείνη που θα προσδώσει ένα πλεονέκτημα σε ένα ιδιωτικό θεραπευτήριο.

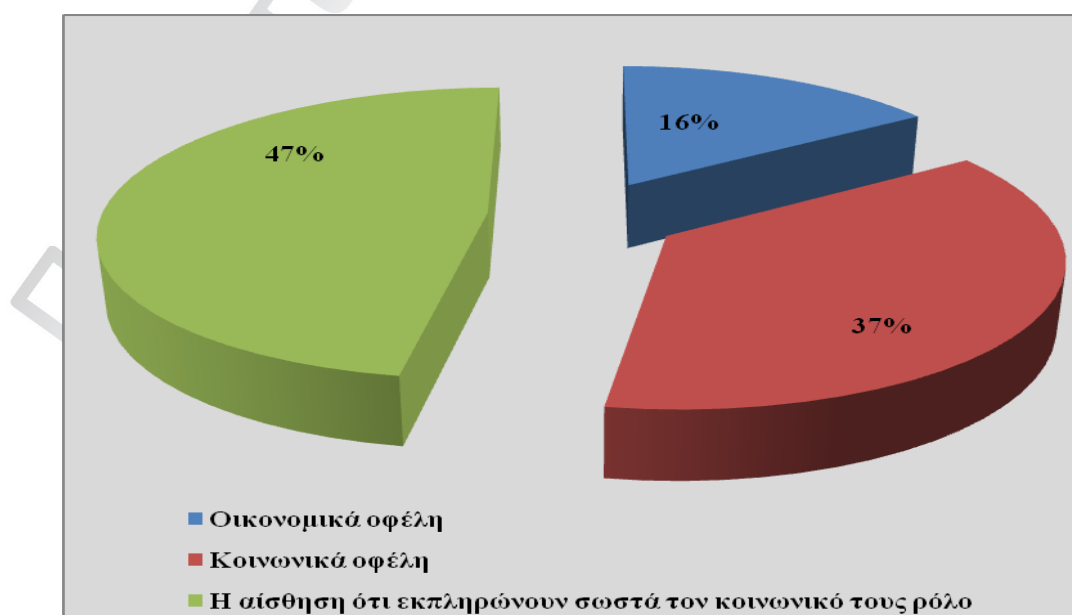
Διάγραμμα 10. Οφέλη για τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας



Ακόμη η κατάταξη για τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων έχει ως εξής, (Διάγραμμα 11):

- 1^η θέση: με ποσοστό 47% η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο (36 άτομα)
- 2^η θέση: με ποσοστό 37% τα οικονομικά οφέλη (28 άτομα)
- 3^η θέση: με ποσοστό 16 % τα κοινωνικά οφέλη (12 άτομα)

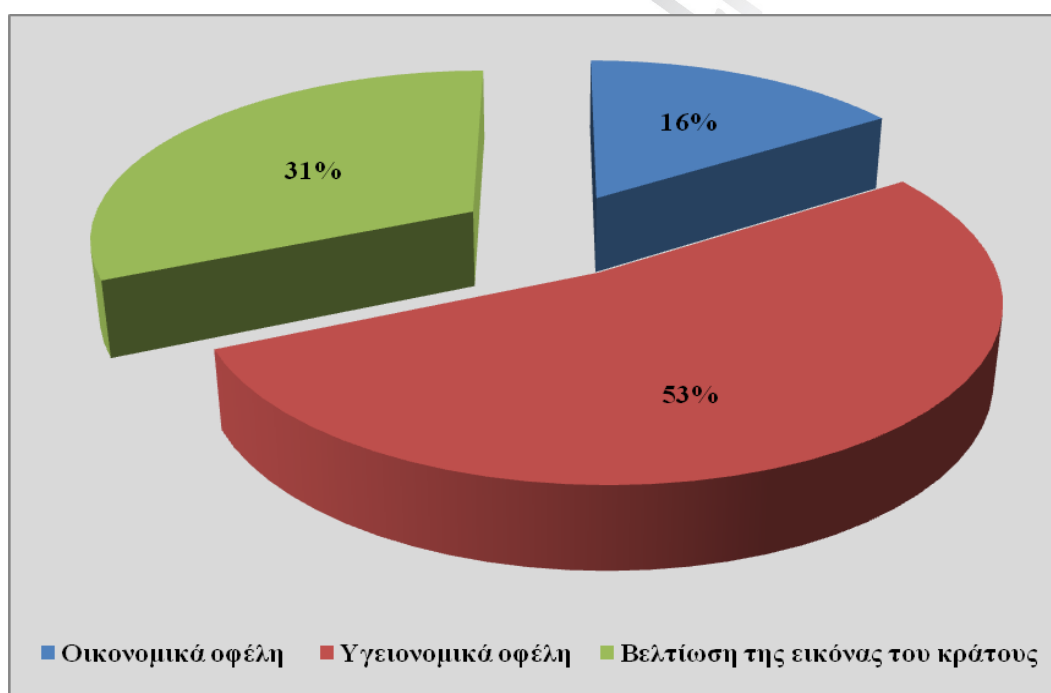
Διάγραμμα 11. Οφέλη για τα Ασφαλιστικά Ταμεία



Η ερώτηση 16 ολοκληρώνεται με τα οφέλη για το κράτος και ο κοινωνικό σύνολο, και εδώ η κατάταξη για τα οφέλη έχει ως εξής, (Διάγραμμα 12):

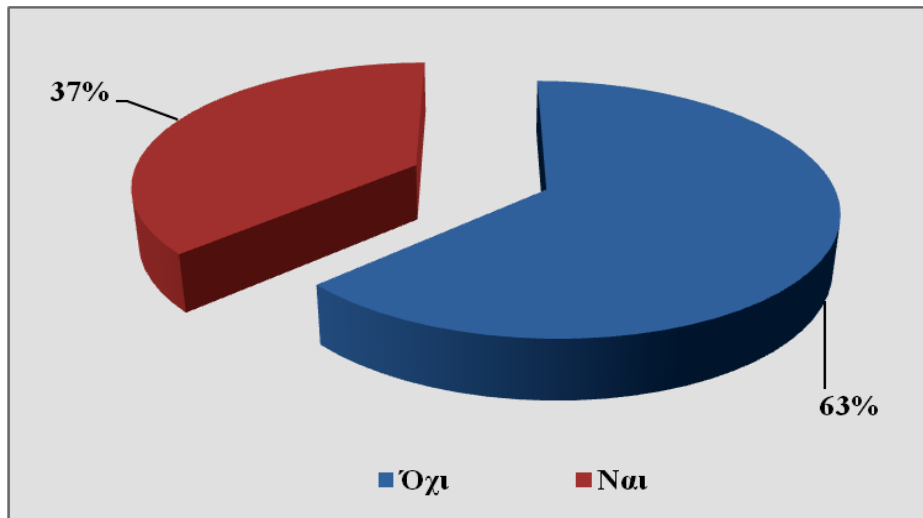
- 1^η θέση: με ποσοστό 53% τα υγειονομικά οφέλη (40 άτομα)
- 2^η θέση: με ποσοστό 31% η βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες τα οικονομικά οφέλη (24 άτομα)
- 3^η θέση: με ποσοστό 16 % τα οικονομικά οφέλη (12 άτομα)

Διάγραμμα 12. Οφέλη για το Κράτος και το Κοινωνικό Σύνολο



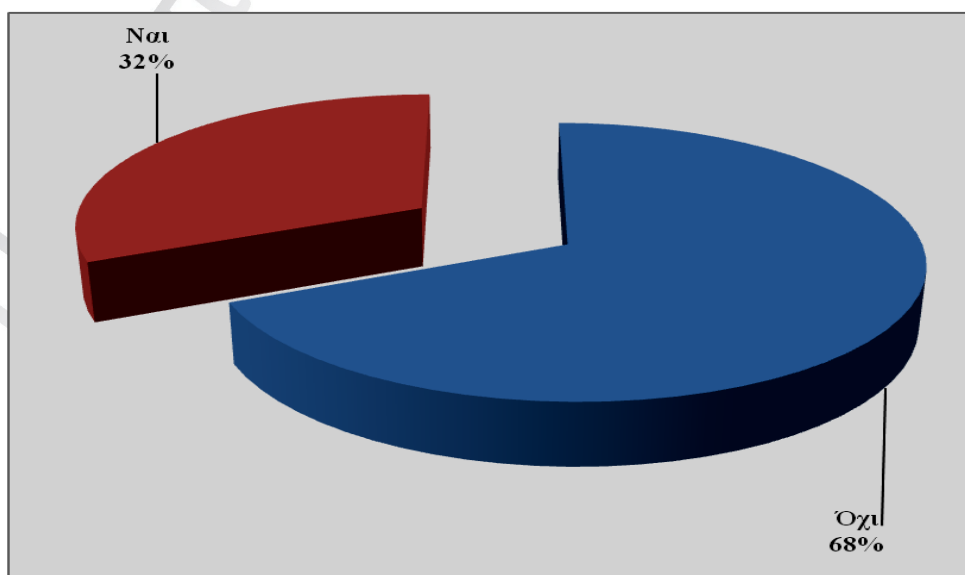
Στην ερώτηση 17, θέσαμε το δίλημμα στο δείγμα κατά πόσο ο ποιοτικός έλεγχος είναι ικανός να εντοπίσει αδυναμίες, των υπηρεσιών υγείας. Ποσοστό 63% (48 άτομα) δεν γνώριζαν αν πραγματοποιείται στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζονταν ποιοτικός έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα ενώ 37% ήταν απόλυτα βέβαιοι πως πραγματοποιούνταν (Διάγραμμα 13).

Διάγραμμα 13. Ποιοτικός Έλεγχος και Εντοπισμός Αδυναμιών Υπηρεσιών Υγείας



Στην ερώτηση 18, απεικονίσαμε την διοίκηση ολικής ποιότητας, η οποία θεωρεί δεδομένη την δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και την συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της, ζητήσαμε από το δείγμα να μας εκφράσει την άποψή του σχετικά με το αν η σύγχρονη πραγματικότητα επιτρέπει την υιοθέτηση μιας τέτοιου είδους διοίκησης σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας μας. Οι απαντήσεις ήταν κατά κύριο λόγο αρνητικές σε ποσοστό 68% (52 άτομα) και καταφατικές σε ποσοστό 32% (24 άτομα) (Διάγραμμα 14).

Διάγραμμα 14. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Μονάδες Υγείας



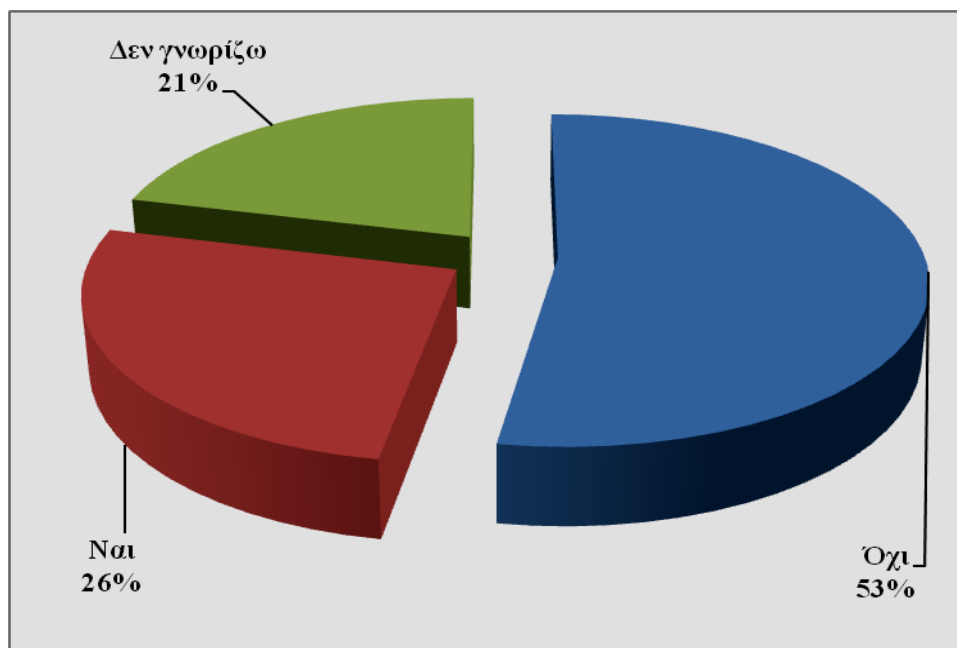
Επίσης στην ερώτηση 19 ζητήσαμε από το εξεταζόμενο δείγμα το οποίο διαφώνησε στην παραπάνω ερώτηση 18 να μας περιγράψει γιατί θεωρεί ότι μια πρακτική διοίκησης ολικής ποιότητας δεν μπορεί να ευδοκιμήσει σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Μετά από ανάλυση των απαντήσεων συγκεντρώσαμε τις απαντήσεις τους και οι σημαντικότερες είναι οι εξής:

1. Αδιαφορία των εμπλεκομένων, διοίκησης και εργαζομένων
2. Αδιαφορία της πολιτείας
3. Δεν υπάρχει η πρακτική αυτή στις προτεραιότητες της μονάδας
4. Ελάχιστη πολιτική βούληση
5. Δεν υποστηρίζεται θερμά από την διοίκηση της μονάδας
6. «Αν δεν υπάρχει πίεση κανείς δε θα ενδιαφερθεί»
7. Όχι αρκετά ώριμες οι συνθήκες
8. «Χρειάζεται κόντρα στα κατεστημένα»

Στην ερώτηση 20, θεωρήσαμε ως δεδομένο ότι η διασφάλιση της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία μέσα που λαμβάνονται από την σωστή εξέταση ενός ασθενή και την διάγνωση ώστε να αποβεί προς όφελος των ασθενών. Επίσης περιλαμβάνει διοικητικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές παραμέτρους και συστήματα ελέγχου. Το εξεταζόμενο δείγμα έδειξε και μια αρνητική θέση με ποσοστό 100% (76 άτομα). Στην ερώτηση 21 θέλαμε να δούμε ποίοι είναι οι τρόποι διασφάλισης της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας εφόσον όμως το δείγμα απάντησε αρνητικά σε σύνολό του δεν μπορούμε να έχουμε κάποιες ενδεικτικές πρακτικές διασφάλισης ποιότητας.

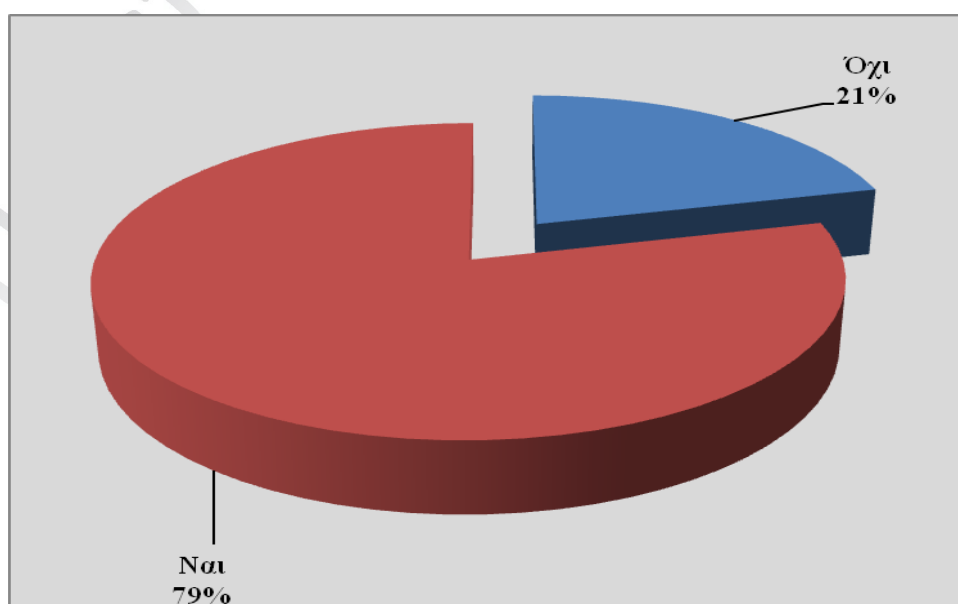
Στην ερώτηση 22 θέλαμε να μάθουμε αν το δείγμα γνώριζε αν η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζονταν είναι πιστοποιημένη με κάποιο πρότυπο ποιότητας, για παράδειγμα ISO. Οι απαντήσεις ποικίλλουν, ένα ποσοστό 21% (16 άτομα) πήρε το θάρρος και συμπλήρωσε με δική του πρωτοβουλία ότι δεν γνώριζε, 26% (20 άτομα) απάντησαν καταφατικά και το 53 % (40 άτομα) αρνητικά (Διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15. Πιστοποίηση Ποιότητας σε Μονάδες Υγείας



Στην ερώτηση 23 ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας πουν αν πιστεύουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από την μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζονται, είναι υψηλού επιπέδου. Οι απαντήσεις ήταν κατά κύριο λόγο καταφατικές σε ποσοστό 79% (60 άτομα) και αρνητικές σε ποσοστό 21% (16 άτομα) (Διάγραμμα 16).

Διάγραμμα 16. Παρεχόμενη Ποιότητα σε Μονάδες Εργασίας του Δείγματος



Στην ερώτηση 24 αν η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας, σύσσωμο όλο το δείγμα απάντησε καταφατικά με ποσοστό 100%.

Στην τελική ερώτηση 25, ζητήσαμε από το δείγμα, σύμφωνα με την προσωπική του γνώμη, να ταξινομήσει κάποιες παράμετρος οι οποίες ευθύνονται για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι τα αποτελέσματα απεικονίζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Παράμετροι Βελτίωσης Ποιότητας Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

	Αριθμός ατόμων δείγματος	%	Θέση
Ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας	12	15,79%	3η
Οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές	36	47,37%	1η
Σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας	12	15,79%	3η
Ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στην διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση	16	21,05%	2η
Σύνολο	76	100,00%	

Στην πρώτη θέση με ποσοστό 47,38% βρέθηκαν οι οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές, στην δεύτερη θέση με 21,05% η ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στην διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση και στην τρίτη θέση με ίδιο ποσοστό 15,79% κατατάσσονται οι σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας και η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας (Διάγραμμα 17).

Διάγραμμα 17. Παράμετροι Βελτίωσης Ποιότητας Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας



4.3. Συμπεράσματα Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε την βάση της έρευνάς μας, διανεμήθηκε σε τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία, στο νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στο νοσοκομείο Υγεία και στο Ιατρικό Αθηνών. Το εξεταζόμενο δείγμα αποτέλεσε μόνο το ιατρικό προσωπικό αυτών, άνδρες και γυναίκες, με πολλές ιατρικές ειδικότητες, οι οποίοι κάλυπταν όλο το φάσμα της ιατρικής επιστήμης και περιελάμβαναν δερματολόγους, παθολόγους, οφθαλμιάτρους, ουρολόγους, παιδίατρους, μικροβιολόγους, πνευμονολόγους, οδοντίατρους, νευρολόγους, ορθοπεδικούς, γυναικολόγους, δερματολόγους, χειρουργούς και ωτορινολαρυγγολόγους.

Τα τέσσερα αυτά νοσοκομεία επιλέχθηκαν ούτως ώστε να υπάρχει αντιπροσώπευση στο δείγμα τόσο από δημόσια νοσοκομεία όσο και από ιδιωτικά θεραπευτήρια, γεγονός που είναι σημαντικό ώστε το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό και να περιλαμβάνονται πολλές και διαφορετικές απόψεις.

Αρχικά παρατηρήσαμε μια δυσαρέσκεια σχετικά με την ποιότητα που παρέχεται από δημόσιες μονάδες υγείας ενώ το κλίμα αντιστράφηκε για την ποιότητα στις ιδιωτικές. Εδώ παρατηρούμε μια γενικότερη νοοτροπία σχετικά με την αντιπαραβολή των

δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων. Τόσο από τη πλευρά των ελλήνων πολιτών όσο, όπως απεικονίζεται και από τους επαγγελματίες ιατρούς, η ποιότητα είναι δεδομένη στον ιδιωτικό χώρο, ίσως γιατί η ποιότητα πρέπει να θεωρείται δεδομένη γιατί σε θέματα υγείας εκείνη είναι που μπορεί να προσδώσει ένα ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε ένα ιδιωτικό θεραπευτήριο το οποίο να δημιουργήσει την αντίστοιχη φήμη η οποία θα οδηγήσει περισσότερους ασθενείς στην επιλογή λύσεων σε προβλήματα υγείας από ιδιωτικές μονάδες το οποίο συνεπάγεται και υψηλό κόστος.

Όμως και η ποιότητα στα δημόσια νοσοκομεία θεωρείται υποβαθμισμένη μετά την ανάλυση του ερωτηματολογίου της έρευνας μας. Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό αν κάποιος αναλογιστεί τα προβλήματα της δημόσιας υγείας τα οποία έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα, η οποία περιορίζεται με κύριο σκοπό την μείωση των λειτουργικών κοστών των νοσοκομείων. Βέβαια οι επαγγελματίες ιατροί βλέποντας από «μέσα» τα προβλήματα αυτά προσπάθησαν να θέσουν ορισμένους λόγους που η ποιότητα παραμερίζεται και επέμειναν στα σημεία το ότι πολύ μεγάλος αριθμός περιστατικών δεν επιτρέπει αρκετό χρόνο ενασχόλησης με κάθε ασθενή, η μη επαρκής στελέχωση με ιατρικό προσωπικό με βάση τις ανάγκες του νοσοκομείου, είναι προβληματική συνισταμένη που σε συνδυασμό με την μαζική και όχι ποιοτική παροχή υπηρεσιών και την ύπαρξη μικρού αριθμού ιατρών για τις γενικές εφημερίες οδηγούν σε ολέθριες συνέπειες για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από τις δημόσιες μονάδες.

Εκτός όμως από τις δημόσιες μονάδες υπάρχουν και οι ιδιωτικές όπου και εκεί εντοπίστηκαν προβλήματα ποιότητας, όπου σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας οφείλονται στην σχέση ιατρού και ασθενή η οποία βασίζεται κατά κύριο λόγο σε οικονομικά κριτήρια και όχι ανθρωπιστικά, επίσης σύμφωνα με προσωπικές γνώμες ιατρών που πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν πλήρως ολοκληρωμένα ιδιωτικά νοσοκομεία, παρά νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες που παρέχει ένα δημόσιο νοσοκομείο, ακόμη από τα ιδιωτικά θεραπευτήρια δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στις παρεχόμενες ξενοδοχειακές υπηρεσίες παρά στις ιατρικές καθώς επίσης δεν υπάρχει ολοκληρωμένη στελέχωση των διάφορων ιδιωτικών κλινικών και ιατρική έρευνα σε ποιοτική ανάλυση των διάφορων περιστατικών. Έτσι οι ιδιωτικές θεραπευτικές μονάδες δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην εξωτερική εικόνα παρά στην ουσία, γιατί αποτελούν κατά κύριο λόγο κερδοσκοπικές επιχειρήσεις με όλα τα χαρακτηριστικά αυτών.

Επίσης δεν πρέπει να αμελήσουμε να αναφερθούμε στους προσδιοριστικούς παράγοντες που οδηγούν με μη ποιοτικές υπηρεσίες υγείας οι οποίοι κατανεμήθηκαν από τον

εξεταζόμενο δείγμα, έτσι η αποτυχία συστήματος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τα προβλήματα της οργάνωσης αυτού και το ανθρώπινο λάθος θέτουν κάθε φορά μεγαλύτερα προβλήματα στην ποιότητα. Κατά κύριο λόγο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι εκείνο που δημιουργεί όλες τις αρνητικές καταστάσεις με την προσπάθεια για μειωμένα κόστη, με ρυθμίσεις για ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία που εμπλέκονται κάθε φορά με την λειτουργία των νοσοκομείων, με τη νοοτροπία των δημόσιων υπαλλήλων, το κακό management ιδιωτικών μονάδων, τα υπέρογκα όσα που χρεώνουν και άλλα πολλά που σε συνδυασμό με το ανθρώπινο λάθος έχουν ολέθριες επιπτώσεις στην ποιότητα.

Ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο της διασφάλισης της ποιότητας είναι η αξιολόγηση αυτής πάνω στο ιατρικό κλινικό έργο και των υπόλοιπων δομών (διοικητικών, τεχνικών, οργανωτικών) στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, η οποία πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο στον ιδιωτικό τομέα ο οποίος θεωρεί την ποιότητα ως δεδομένη. Η αξιολόγηση είναι εκείνη που μπορεί να οδηγήσει στον εντοπισμό πολλών προβλημάτων και στην εξύψωση της ποιότητας, μέσω αυτής είναι δυνατό να βρεθούν πολλά λανθάνοντα στοιχεία σε όλα τα επίπεδα, από την διοίκηση έως και την τελευταία επιτελική θέση, όμως οι διαδικασίες αυτές μπορεί να είναι δαπανηρές, πράγμα το οποίο καθιστά αδύνατη την πραγματοποίησή της από δημόσιες μονάδες υγείας. Οι ιδιωτικές μονάδες σε αντίθεση προβαίνουν σε τέτοιου είδους διαδικασίες οι οποίες είναι απαραίτητες και γίνονται πράξη σε κάθε οικονομική μονάδα.

Βέβαια η συνεχής βελτίωση ποιότητας αφορά όλες τις λειτουργίες μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της μονάδας αλλά και των παραγόμενων αποτελεσμάτων όπως για παράδειγμα ικανοποιημένους ασθενείς από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται. Κατανοούμε πως η σπουδαιότητα της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι καθολική. Είναι εκείνη που μπορεί να προσδώσει το κάτι παραπάνω και να ικανοποιήσει όλους τόσο εκείνους που δέχονται τις υπηρεσίες όσο και εκείνους που τις παρέχουν.

Βέβαια η συνεχής βελτίωσης είναι μια δύσκολη διαδικασία η οποία απαιτεί σχεδιασμό και οικονομικούς πόρους, αναφέρθηκαν πολλοί τρόποι από τους επαγγελματίες ιατρούς οι οποίοι περιελάμβαναν την σωστότερη κατανομή των οικονομικών πόρων στο νοσοκομείο, την πρόσληψη μεγαλύτερου αριθμού ιατρών και νοσηλευτριών ανά ασθενή, καλύτερη διαχείριση του budget χωρίς περιττές σπατάλες, συστηματική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και επιβράβευση ή τιμωρία των εργαζομένων, ορθολογικότερη

διαχείριση των περιστατικών από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ώστε να γίνεται σωστή επιλογή πριν φθάσουν στην τριτοβάθμια φροντίδα, προσπάθεια μείωσης των διάφορων ελλειμμάτων μέσω σωστότερης διαχείρισης, δημιουργία αξιόπιστων κριτηρίων αξιολόγησης των υπαλλήλων, δυνατότητα συμμετοχής των υπαλλήλων στα κέρδη των ιδρυμάτων, δημιουργία μηχανογραφικών συστημάτων σε όλα τα τμήματα των νοσοκομείων, δημιουργία καλύτερης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Όλα τα παραπάνω μαρτυρούν συγκεκριμένες πρακτικές που είναι απαραίτητο να γίνουν ώστε να βελτιωθούν τόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι διοικητικές λειτουργίες, η ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών για την ταχύτητα των διεργασιών σε διαχειριστικό και διοικητικό επίπεδο. Επίσης απαιτείται υιοθέτηση διαδικασιών διοίκησης ανθρωπίνων πόρων τόσο στα ιδιωτικά θεραπευτήρια τα οποία θα μπορούν να μετατρέπουν ανθρώπους του προσωπικού σε στελέχη με αποτέλεσμα την ποιοτικότερη και σωστότερη εργασία αυτών καθώς θα ανήκουν στους ιδιοκτήτες της εταιρίας αλλά σε δημόσιες μονάδες οι οποίες αν μπορούσαν να λειτουργήσουν ως επιχειρηματικές μονάδες θα είχαν πολλά συγκριτικά πλεονεκτήματα έναντι των ιδιωτικών.

Φυσικά κρίναμε απαραίτητο να αναφερθούμε στα οφέλη της βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και τέλος το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Αρχικά αναφορικά με τον ασθενή τα υγειονομικά οφέλη που σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής και άλλων πολλών ωφελημάτων για την υγεία κάθε ανθρώπου θεωρήθηκε πολύ σημαντικός παράγων τον οποίο ακολούθησαν τα οικονομικά οφέλη, δηλαδή με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα με πολλές οικονομικές, συμφέρουσες, προεκτάσεις όπως μείωση του κόστους ανά ασθενή και ασθένεια, ουσιαστικά μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των δαπανών για την υγεία, τέλος τα ψυχολογικά οφέλη δηλαδή όσο περισσότερο διακρίνεται η ποιότητα σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής, τόσο γιατί η υπηρεσίες αναβαθμίζονται οπότε και άλλοι συμπολίτες του θα τύχουν κάποια στιγμή την απαραίτητη ποιότητα η οποία δημιουργεί ασφάλεια.

Κατά τον Karydis et al. [61], η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς,
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί [58],
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου.

Η έρευνα καταδεικνύει ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπειών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες.

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας. Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή [32], καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας.

Επίσης τα οφέλη για τους επαγγελματίες ιατρούς από μια βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλά όπως απαλλαγή από καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος, η ικανοποίηση από την εργασία τους και σεβασμός και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους. Ουσιαστικά οι ιατροί είναι και εκείνοι «άνθρωποι» οι οποίοι έχουν συναισθήματα στο χώρο εργασίας τους, καταβάλλονται από τις ασθένειες των ατόμων που περιποιούνται με αποτέλεσμα να είναι ψυχολογικά φορτισμένοι, οπότε η ποιότητα στην εργασία τους μπορεί να λύσει τέτοια προβλήματα με πολλά επακόλουθα όπως η εμπιστοσύνη του ασθενή και η ικανοποίηση του ιατρού από το επάγγελμά του, κάτι που θα τον παρακινήσει να εργαστεί με περισσότερο ζήλο.

Ακόμη οφέλη από την ποιότητα στις ίδιες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν η αναγνώριση και την φήμη καθώς πολλαπλά οικονομικά οφέλη, όπως η μείωση του λειτουργικού κόστους. Εδώ μπορούμε να συμπεράνουμε πως κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί σαν μια οικονομική μονάδα με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία μεταξύ αυτών. Κάθε επιχείρηση προσπαθεί να επιτύχει όσο το δυνατό μειωμένο κόστος και να αποκομίζει υψηλότερα κέρδη, έτσι και οι μονάδες υγείας ακολουθούν την ίδια πορεία και ακόμη περισσότερο αυτό ισχύει για τα ιδιωτικά θεραπευτήρια τα οποία διαθέτουν επιμέρους τμήματα που απασχολούνται σε θέματα δημοσίων σχέσεων και marketing με σκοπό την αύξηση των εσόδων τους, βέβαια σε κρατικές μονάδες οι διαδικασίες αυτές δεν είναι τόσο αναπτυγμένες.

Ακόμη αναφορικά με τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία καλύπτουν τις δαπάνες των ασθενών που βρίσκονται υπό την δικαιοδοσία τους, θεωρούν ως κύρια προτεραιότητα την εκπλήρωση του κοινωνικού τους ρόλου, γιατί ουσιαστικά είναι δημιουργήματα των ίδιων των πολιτών, οι δικές τους εισφορές, και των εργοδοτών τους, αποτελούν την πηγή των εσόδων τους η οποία καταλήγει και στην υγειονομική περίθαλψη των ιδίων, των συνταξιούχων αλλά και φτωχότερων κοινωνικά στρωμάτων της κοινωνίας. Όμως δεν πρέπει να λησμονήσουμε πως η οικονομία έχει διεισδύσει και στον τομέα των ασφαλιστικών ταμείων, έτσι η μείωση του ύψους των δαπανών τους που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους είναι πρωταρχικός στόχος και η αίσθηση της σημερινής κατάστασης που επικρατεί μας κάνει να πιστεύουμε πως η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, μπαίνει σε «δεύτερη μοίρα».

Ακόμη το κράτος και το κοινωνικό σύνολο μπορούν αν ωφεληθούν από τις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας αρχικά τα υγειονομικά οφέλη, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα. Ο υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης των χρηστών –καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας είναι ουσιαστικός στόχος ο οποίος συνεπικουρείται από την βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές του παροχές, τέλος τα οικονομικά οφέλη είναι σημαντικά εφόσον συσχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα της υγείας. Από την μία πλευρά

είναι ικανοποιημένο το κράτος διότι μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία και ο πολίτης γιατί επιστρέφει στην ενεργό δράση και την φυσιολογική του ζωή μετά από μια ασθένεια σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

Επίσης δεν πρέπει να ξεχάσουμε το γεγονός ότι ο ποιοτικός έλεγχος είναι ικανός να εντοπίσει αδυναμίες, των υπηρεσιών υγείας. Μόνο εκείνος μπορεί να εντοπίσει σημαντικές ελλείψεις στις διαδικασίες, να μπορεί να δώσει στους ιατρούς νέα εναύσματα για την έρευνα στην εργασία τους, αλλά και να αποτελέσει συνδετικό κρίκο με βελτιώσεις όπου η ποιότητα θα αποτελεί πρωταρχικό στόχο.

Η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν είναι κάτι νέο στη διοίκηση των επιχειρήσεων, όμως είναι κάτι πρωτόγνωρο για τον τομέα της υγείας ακόμα και το δείγμα των ιατρών που απεικονίσαμε παραπάνω είναι συγκρατημένοι μπροστά σε μια τέτοια πρόκληση. Ο συντονισμός των εργαζομένων, της διοίκησης και της επιστημονικής γνώσης αποτελεί κάτι ανήκουστο για την ελληνική πραγματικότητα. Όμως η διοίκηση ολικής ποιότητας βασίζεται στους ανθρώπους και υπηρετεί τους ανθρώπους. Οι δραστηριότητες, τα μέσα και οι μέθοδοι είναι απλώς εργαλεία για την επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών και των ιατρών. Τα εργαλεία αυτά εξελίσσονται συνέχεια ώστε να διευκολύνουν περισσότερο την όλη προσπάθεια. Η προσπάθεια είναι ομαδική. Οι ασθενείς αποτελούν μια προέκταση της μονάδας υγείας, με την έννοια ότι οι παρατηρήσεις τους, οι απαιτήσεις τους και γενικότερα η γνώμη τους λαμβάνονται υπόψη στην εξέλιξη του συστήματος. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η οργάνωση ενός πληροφοριακού συστήματος διοίκησης που είναι ανοικτό και ολοκληρωμένο. Ανοικτό είναι ένα σύστημα όταν μπορεί να προσαρμόζεται με ευκολία στις εξωτερικές αλλαγές, ενώ η ολοκλήρωση αναφέρεται στη δυνατότητα συντονισμού και συνεργασίας των διαφόρων τμημάτων της μονάδας υγείας. Η συνεργασία γίνεται σε πιο χαλαρή βάση επειδή το σύστημα είναι αποκεντρωμένο σε ομάδες μεγαλύτερης αυτονομίας που μπορούν να εξασκήσουν δημιουργικότητα και πρωτοβουλία και να είναι περισσότερο ευέλικτες και γρήγορες στις αποφάσεις τους [28].

Βέβαια η αρνητική στάση για τη ευδοκίμηση της διοίκησης ολικής ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας προέρχεται από πολλούς παράγοντες όπως η αδιαφορία των εμπλεκόμενων, διοίκησης και εργαζομένων, της πολιτείας. Η μη ύπαρξη ενδιαφέροντος από τους εμπλεκόμενους φορείς είναι εκείνη που δημιουργεί όλα τα προβλήματα, με αποτέλεσμα να μην βρίσκεται στις προτεραιότητες της μονάδας υγείας και να μην υποστηρίζεται θερμά με αποτέλεσμα να μην έχουν δημιουργηθεί οι κατάλληλες συνθήκες ώστε τέτοιες, αποδεδειγμένα, σωστές πρακτικές να παραμένουν στο περιθώριο.

Εκτός από τον έλεγχο και την διοίκηση της ποιότητας πρέπει να εστιάσουμε και στην διασφάλιση αυτής. Όμως και εδώ υπάρχει μια γενική δυσαρέσκεια και αρνητική στάση από πολλούς επαγγελματίες υγείας της χώρας μας, με δεδομένο ότι η διασφάλιση της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία μέσα που λαμβάνονται από την σωστή εξέταση ενός ασθενή και την διάγνωση ασθενειών καθώς και διοικητικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές παραμέτρους και συστήματα ελέγχου. Όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν, δυστυχώς πρακτικές των νοσοκομείων, ιδιωτικών και κρατικών, με αποτέλεσμα να επικρατεί μια αρνητική στάση όλων των ανθρώπων. Βέβαια τα κρατικά νοσοκομεία δεν είναι πιστοποιημένα στο σύνολό τους σε σχέση με τα ιδιωτικά αναφορικά με το επίπεδο ποιότητας που προσφέρουν.

Όλοι μας πιστεύουμε πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου, ώστε μια προσπάθεια βελτίωσης αυτής να οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα προσφέρει εγγύηση. Επιπλέον όταν αυξάνεται η ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στο θέμα της ποιότητας, ενημερώνονται περισσότερο σχετικά με την έννοια και την σημασία της ποιότητας, καθώς και για την υπευθυνότητα

και τον ρόλο τους στην ικανοποίηση του κάθε ασθενή. Ολόκληρη η μονάδα υγείας δείχνει μεγαλύτερη δέσμευση στην ποιότητα, ενώ η επιτυχία της πιστοποίησης βοηθάει να αναπτυχθεί ένα δυνατό αίσθημα ενότητας και δέσμευσης. Όπως δηλώνουν πολλοί μάνατζερ, η επιδίωξη της ποιότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν το μεγαλύτερο κίνητρο αποδοτικότητας, επειδή αναγκάζει τους εργαζομένους να έρθουν πρόσωπο με πρόσωπο με τον πραγματικό κόσμο - με αυτό δηλαδή που θέλει ο ασθενής. Όλη η αλυσίδα των εργαζομένων είναι πλέον συντονισμένη, λειτουργεί αρμονικά και όλοι μαζί τείνουν να υπηρετούν και να προασπίζουν τον ίδιο στόχο. Ο στόχος αυτός είναι, ή πρέπει να είναι, η μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή από την πρώτη φορά και κάθε φορά, με το μικρότερο δυνατό κόστος για την μονάδα υγείας.

Τέλος η βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει πράξη με τις οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές, την ενσωμάτωση των κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδίκευση στην διοίκηση ιατρικών μονάδων, την οικονομική ανάλυση και τις σύγχρονες μεθόδους σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας και η ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Όλα τα παραπάνω μπορούν να αποτελέσουν τις βάσεις για μια βελτιωμένη ποιότητα.

4.4. Υποδείξεις για Περαιτέρω Έρευνα

Υπάρχουν πολλά πεδία γύρω από το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που μπορούν να ερευνηθούν διεξοδικότερα, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς. Η διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία είναι γεμάτη από «συνταγές» για την επίτευξη της ολοκλήρωσης της ποιότητας όμως η γνώμη μας είναι ότι υπάρχει μια έλλειψη από ερευνητικής – εμπειρικής διαπίστωσης των ισχυρισμών αυτών. Αιτία για αυτό αποτελεί η δυσκολία ανάλυσης της ποιότητας εξαιτίας της άυλης φύσης της.

Όσον αφορά την έρευνα που παραθέσαμε παραπάνω θα ήταν ενδιαφέρον να διενεργηθούν διανομές ερωτηματολογίων με περισσότερους ιατρούς ή ακόμα και σε εργαζόμενους μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, σε περισσότερες πόλεις της Ελλάδας, προκειμένου να έχουμε μία πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της ποιότητας. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να εξετάσουμε με κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις και οι αντιδράσεις των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα στα πλαίσια της ίδιας μονάδας.

Επίλογος

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Θεωρούμε τον τομέα της υγείας πολύ σημαντικό για την χώρα μας, όμως αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα με αποτέλεσμα η ποιότητα να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο με κύριο σκοπό την βελτίωση αυτού. Η υλοποίηση ενός προγράμματος εισαγωγής ή προσαρμογής ποιότητας μπορεί να γίνει με βασικό σκοπό το «κτίσιμο» του συστήματος ποιότητας της κάθε ιατρικής μονάδας. Έτσι η ποιότητα θα αφομοιωθεί από τους εργαζόμενους, ιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό, τεχνικό και διοικητικό. Ακόμη κάθε ποιοτική διαδικασία θα βοηθήσει στο να ελέγχεται, να διορθώνεται, να βελτιώνεται και να διατηρείται το σύστημα ποιότητας σε ετοιμότητα.

Επίσης η ύπαρξη ενός πλαισίου ανάπτυξης, η συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας εφαρμογής μοντέλων ποιότητας και η δέσμευση της ηγεσίας προς αυτή την κατεύθυνση, προσδιορίζουν μια αισιόδοξη προοπτική. Το ζήτημα του σχεδιασμού, οργάνωσης και διοίκησης ποιότητας είναι πιθανότατα το πιο κρίσιμο πεδίο επιτυχίας. Η κατάλληλη κουλτούρα συνεπάγεται πρωτίστως μία δέσμευση της ιατρικής μονάδας στη φιλοσοφία, τις δομές, τις διαδικασίες και την πρακτική της ποιότητας, σημαίνει δε δέσμευση στις αρχές ικανοποίησης του ασθενή, προσαρμογής, βελτίωσης, καινοτομίας και εμπλοκής του ανθρώπινου δυναμικού, ιατρών, νοσηλευτών και άλλων υπαλλήλων, στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Υπογραμμίζεται ότι το ζήτημα που ενέχει βαρύνουσα σημασία δεν είναι τόσο η εξωτερική αναγνώριση μέσω ενός από τα υφιστάμενα συστήματα πιστοποίησης – όπως για παράδειγμα το πρότυπο ISO – αλλά ένα πνεύμα, μία φιλοσοφία που συνεπάγεται πάθος, δέσμευση και εμμονή για ποιότητα.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) αποτελεί σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον προσανατολισμό, για πάρα πολλά χρόνια – και σε μεγάλο βαθμό μέχρι και σήμερα – της ιατρικής επιστήμης, άρα και των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς τη θεραπευτική κατεύθυνση. Έτσι, έχουμε τη δημιουργία και οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας, οι οποίες απαιτούν αυξημένους πόρους, τόσο για την κατασκευή και τον εξοπλισμό τους, όσο και για τη λειτουργία τους.

Η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία, είναι ο τομέας εκείνος, των υπηρεσιών υγείας, που μέχρι σήμερα έχει προσελκύσει κατεξοχήν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, των υπευθύνων για την παροχή της φροντίδας, αλλά και των ασθενών των νοσοκομείων. Προκύπτει επιτακτική ανάγκη αναβάθμισης, ποιοτικά, των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών στη χώρα μας. Αμέσως παρακάτω,

παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση στην ποιότητα των υπηρεσιών του όλου συστήματος υγείας. Οι προτάσεις αυτές ανταποκρίνονται κυρίως και στο μεγαλύτερο βαθμό, στην υπάρχουσα κατάσταση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη διασύνδεσή της με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας. Η αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, καθώς και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κρίνονται αναγκαίες. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα σχετικά απλά και καθημερινά περιστατικά, χωρίς να επιφορτίζεται η λειτουργία των νομαρχιακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων με περιστατικά, τα οποία, έτσι και αλλιώς δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες των τελευταίων. Σύμφωνα με την υπάρχουσα κατάσταση, τα νοσοκομεία επιφορτίζονται με καθήκοντα τα οποία δεν τους ανήκουν, με αποτέλεσμα σημαντική λειτουργική επιβάρυνση, ιδιαίτερα τις ημέρες των γενικών εφημεριών, με ασθενείς, οι οποίοι θα έπρεπε να είχαν αντιμετωπισθεί από τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ένα ακόμη πρόβλημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπισθεί είναι η τεράστια ανομοιογένεια μεταξύ των νοσοκομείων, έστω και αν πρόκειται για νοσοκομεία της ίδιας βαθμίδας (π.χ. Νομαρχιακά), ως προς την ποιότητα, το μέγεθος και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει συσσώρευση ασθενών στα κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, για τρέχοντα και συνήθη ιατρικά προβλήματα. Ανεπάρκεια, ευθυνοφοβία, έλλειψη κινήτρων, αποκοπή από τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, απουσία βασικών ιατρικών υποειδικοτήτων και πλημμελής εργαστηριακή υποστήριξη της περιφέρειας, είναι τα κυριότερα αίτια για τη ροή των ασθενών προς το κέντρο, τα οποία και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Επιτακτική είναι πλέον η ανάγκη εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων με την εισαγωγή νέων μεθόδων ορθολογικής διοίκησης-διαχείρισης, παράλληλα με μια πολυεπίπεδη αναδιάρθρωσή τους. Για την επιτυχή εφαρμογή των ενεργειών αυτών, οι οποίες αναμένεται να οδηγήσουν στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων, επιβάλλεται [3, 36]:

- Ο καθορισμός σε κεντρικό επίπεδο, σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής Υγείας, την οποία θα κληθούν να εφαρμόσουν τα νοσοκομεία, με βάση συγκεκριμένο ετήσιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους.
- Η αλλαγή του σημερινού νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων, κατά τρόπο, όμως, που, αφενός δε θα στερεί από αυτά

το δημόσιο χαρακτήρα τους και αφετέρου, θα επιτρέψει τη διοικητική και διαχειριστική τους ευελιξία.

- Η θεσμοθέτηση ενός νέου και σύγχρονου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας, μέσα από το οποίο, τα διοικητικά συμβούλια θα αποκτήσουν την απαιτούμενη ελευθερία δράσης για θέματα άμεσου ενδιαφέροντος, όπως προσλήψεις και αμοιβές προσωπικού.
- Η αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων, με την ανάθεση της διοίκησης-διαχείρισής τους σε ικανούς managers, των οποίων η επιλογή θα γίνει αποκλειστικά με βάση επαγγελματικά κριτήρια και στους οποίους θα δοθούν κίνητρα για την επίτευξη των αποτελεσμάτων.
- Ο περιορισμός των αρμοδιοτήτων των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων, αποκλειστικά και μόνο στη λήψη αποφάσεων εφαρμογής Πολιτικής Υγείας, αποκλειόμενης οποιασδήποτε δυνατότητας παρέμβασής τους στην άσκηση του management.
- Η εισαγωγή του θεσμού του διοικητή, με ουσιαστικά προσόντα και αμοιβές, του οποίου το διορισμό και παύση θα κρίνει το διοικητικό συμβούλιο.
- Η σύνταξη και εφαρμογή σύγχρονου, ειδικού ενιαίου λογιστικού σχεδίου, με το οποίο θα είναι δυνατή η σαφής απεικόνιση των χρηματοοικονομικών καταστάσεων των νοσοκομείων, καθώς και η σύγκριση των καταστάσεων αυτών μεταξύ τους.
- Η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος και η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία, με βάση την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους, αλλά και τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού που καλούνται να καλύψουν.
- Η εκτεταμένη χρήση προσεκτικά σχεδιασμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Νοσοκομείων, η οποία θα συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παράλληλα με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών.
- Η ευαισθητοποίηση των γιατρών, νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ως προς το κόστος των ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικών αγωγών, καθώς και σε γενικότερα θέματα ποιότητας, γεγονός που προϋποθέτει, αφενός τη σωστή πληροφόρησή τους και αφετέρου τη συνειδητοποίηση, από μέρους τους, του σημαντικού ρόλου τους ως συνδιαχειριστών.

- Η θέσπιση κινήτρων, τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας και με το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η εκτενής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας.
- Η ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων.
- Η προαγωγή μεθόδων και διαδικασιών, ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να αποτελεί το επίκεντρο εστίασης των δραστηριοτήτων της υγειονομικής πολιτικής.
- Η εκπλήρωση κριτηρίων σύγχρονης δράσης και ειδικότερα, της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών μέτρων, με τη διασφάλιση της ποιότητας και της αποδοτικότητας, με την ορθολογική κατανομή και έλεγχο των πόρων.

Τέλος η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα. Βέβαια θα πρέπει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να διατηρεί μια γενική και ολοκληρωμένη πρόσβαση ως ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας ακόμη και απέναντι στο ενδεχόμενο αύξησης του κόστους, να ενισχύσει τον τομέα της ποιότητας σε ότι αφορά στην υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια μέριμνα, αλλά και να εξασφαλίσει τους αναγκαίους πόρους για την ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών με γνώμονα την αποδοτικότητα και τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας.

Σαν επιστέγασμα όλων των παραπάνω θα πρέπει να σημειώσουμε ότι γενικά σε ένα σύστημα ποιότητας απαιτείται η παρακολούθηση της ποιότητας όχι μόνο με τον έλεγχο ποιότητας αλλά και με το συνεχή έλεγχο των διεργασιών δηλαδή την διασφάλιση αυτής. Τέλος η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία. Είναι σχεδιασμένη για να γίνει μέλος του πνεύματος της κάθε ιατρικής μονάδας και με πρόθεση να επηρεάσει όλες τις λειτουργίες της, προωθώντας τη συνεχή βελτίωση που οδηγεί στην πλήρη ικανοποίηση των αναγκών του εκάστοτε ασθενή. Έτσι πρέπει να υιοθετηθούν όλα τα παραπάνω με κύριο αποτέλεσμα την βελτίωση της υγείας στην χώρα μας.

Βιβλιογραφικές Πηγές

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

- [1] Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2005). Σχέδιο νόμου για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας. Ενημερωτικό Δελτίο. Αθήνα
- [2] Λαδά – Χαντζοπούλου, Α (1987). Η δημόσια υγεία – Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα. Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα. Αθήνα
- [3] Κυριόπουλος, Γ. (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- [4] Ζηλίδης, Χ. (1988). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα
- [5] Υφαντόπουλος, Ι. (1986). Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Περιοδικό Ιατρική. Τεύχος 5^ο. Αθήνα
- [6] Μωραΐτης, Ε. (2002). Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων. Διδακτικές σημειώσεις. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα
- [7] Τούντας, Ι. (2003). Η ποιότητα στην υγεία. Περιοδικό Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. Τεύχος 20(5). Διαθέσιμο: www.mednet.gr/archives/2003-5/pdf/532.pdf. Ημερομηνία ανάκτησης 10/07/2008
- [8] Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ. (1999). Τα Συστήματα Υγείας. Μοντέλα και πρότυπα. ΕΑΠ. Αθήνα
- [9] Θεοδώρου, Μ., Θ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. 3^η Έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα
- [10] Πολυνείκης, Α. (2006). Εθνικό Σύστημα Υγείας. Υπουργείο Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας. Κύπρος
- [11] Κωνσταντοπούλου, Α. (2006). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Διαθέσιμο: <http://www.archive.gr>, Ημερομηνία ανάκτησης 10/07/2007
- [12] Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» Γ' Κ.Π.Σ. 2000-2006. Οικονομική και κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος. Διαθέσιμο: www.oke.gr. Ημερομηνία ανάκτησης 19/07/2007
- [13] Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ). Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας. Διαθέσιμο: www.ifet.gr. Ημερομηνία ανάκτησης 29/06/2007
- [14] Μαρτίνης, Α. (2007). Πολιτική Ποιότητας - Συστήματα Διασφάλισης της Υγιεινής και Ποιότητας. Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν. Διαθέσιμο: www.dunant.gr. Ημερομηνία ανάκτησης 20/06/2007
- [15] Κοινωνία Πληροφορίας Α.Ε. Υγεία – Χαρακτηριστικά έργα στην υγεία. Διαθέσιμο: www.healthcaremanaging.com. Ημερομηνία ανάκτησης 23/04/2007

- [16] Σοφιανός, Δ. (2008). Ποιοτικός Ελέγχος Pasteur, Διαθέσιμο: www.pasteur.gr/184/1909.aspx. Ημερομηνία ανάκτησης 26/02/2007
- [17] Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2003). Ενημερωτικό Δελτίο. Πιστοποιητικό ποιότητας ISO 9001 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κυπαρισσίας. Αθήνα
- [18] Νοσοκομείο Υγεία. (2007). Πιστοποίηση ποιότητας κατά ISO Νοσοκομείου Υγεία. Διαθέσιμο: www.hygeia.gr. Ημερομηνία ανάκτησης: 25/04/2007
- [19] Ιατρικό Αθηνών (2007). Πιστοποίηση ποιότητας Ιατρικού Αθηνών. Διαθέσιμο: www.iatriko.gr. Ημερομηνία ανάκτησης 30/03/2007
- [20] Λύρα – Γεωργοσοπούλου, Μ. (2007). Διασφάλιση Ελέγχου Ποιότητας στην Πυρηνική Ιατρική. Διαθέσιμο: www.medimaging.gr. Ημερομηνία ανάκτησης 25/04/2007
- [21] Κρητικός, Α. (2005). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μια θεωρητική προσέγγιση. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα
- [22] Αγγελόπουλος, Χ. (2004). Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις. Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Θεσσαλονίκη
- [23] Αλεξιάδης, Δ., Σιγάλας, Ι. (2003). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα. Εκδόσεις Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη
- [24] Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Ετήσια έκθεση για την υγεία. Αθήνα
- [25] Καΐρης, Μ. (1995). Διασφάλιση ποιότητας στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο. Διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/hsap/ap09107g.htm>. Ημερομηνία ανάκτησης 30/06/2008
- [26] Άγνωστος (2007). Συστήματα Διαχείρισης Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας. www.notion.gr/show/el/activities/quality.aspx. Ημερομηνία ανάκτησης 30/06/2008
- [27] Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, Χ., Ζήμερας, Σ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 23(6):603-614
- [28] Τσιώτρας, Γ. (1995). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένου. Αθήνα
- [29] Μαστρογιάννη, Α. (1997). Συστήματα διασφάλισης ποιότητας. Ενημερωτικό Δελτίο Καινοτομία, Έρευνα. Ελληνικό Κέντρο Αναδιανομής Καινοτομίας. Τεύχος 5^ο. Διαθέσιμο: www.hirc.gr/services/newsletter/inn5/home.htm. Ημερομηνία ανάκτησης 23/04/2007

- [30] Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple- item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 64:12–37
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*. 39–48
- [31] Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας, στο Τούντας, Ι. (2003). Η ποιότητα στην υγεία. *Περιοδικό Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. Τεύχος 20(5). Διαθέσιμο: www.mednet.gr/archives/2003-5/pdf/532.pdf. Ημερομηνία ανάκτησης 10/07/2008
- [32] Cronin, J., Taylor, A. (1994), Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, Vol. 56 No.07
- [33] Donelan, K., Blendon, R., Schoen, C., Davis, K., Binns, K. (1999). The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs*. Millwood. 18: 206–16.
- [34] Donelan, K., DesRoches, C., Schoen, C. (2000). Inadequate Health Insurance: Costs and Consequences. *Medscape General Medicine*. 11(6):E37 [online], August 8, 2000.
- [35] The Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting (1997). Strategies For Quality Improvement. *Health Affairs* 16(3):151-161
- [36] Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι. (1999). Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. ΕΑΠ Πατρών. Πάτρα.
- [37] Gilbert, (1992)
- [38] Weinberg, K. et al, (1998). Lymphocyte ontogeny in adenosine deaminase -deficient severe combined immunodeficiency after treatment with polyethylene glycol-modified adenosine deaminase. *J. Clin. Invest.* 92, 596–602.
- [39] Λογοθέτης, Ν. (1992). Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας. Εκδόσεις Βάνιας, Θεσσαλονίκη
- [40] ISO, Επίσημος δικτυακός τόπος του οργανισμού ISO. (2000). ISO 9000:2000: Quality Management Systems - Fundamentals and Vocabulary. Διαθέσιμο: <http://www.iso.org/iso/home.htm>. Ημερομηνία ανάκτησης 10/05/2008
- [41] Evans, J., Lindsay, W. (1993). *The Management and Control of Quality*. New Mexico State University.
- [42] Laffel, G., Blumenthal, D. (1989). *Total Quality Management for Physicians*. New York, NY: Free Press

- [43] Ovretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 17, No 3
- [44] Brook, C. (1999). Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives *International journal for Quality in Health Care*. N Engl J Med 340
- [45] Liaropoulos, L. (07/2001). Health care policy in Greece: a new and promising reform. *Euro Observer*. Vol 3. No. 2.
- [46] Ρομπόλης, Σ., Χλέτσος, Μ. (1995). Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας. Εκδόσεις Παρατηρητής. Θεσσαλονίκη
- [47] Donabedian, A. (1996). Quality improvement through monitoring health care. *Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care*. Seoul
- [48] Hook, D. (1973). The Edwin Smith surgical papyrus. *Bulletin of the Cleveland Medical Library Association*. Partington MM (Ed.). Cleveland
- [49] Garrison, H. (1929). *An Introduction to the History of Medicine*. Fourth Edition. Philadelphia. WB Saunders Company
- [50] Σπανός, Α. (1993). *Ολική ποιότητα*. Εκδόσεις Γαλαίος. Αθήνα
- [51] Μουμτζόγλου, Α. (2001). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Management. Αθήνα
- [52] Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001:18 (3). Διαθέσιμο: www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254, Ημερομηνία ανάκτησης 30/05/2008
- [53] Angelopoulou, P., Kangis, P., Babis, G. (1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Quality Assurance*. Vol. 11 No.1, pp.14-20.
- [54] Broyles RW, Al-Assaf AF. The cost of quality: An interactive model of appraisal, prevention and failures. *Health Serv Manage Res*. 1999;12:169–182.
- [55] Κατσαμπάνης Π., (2003), «Το πρότυπο ISO 9001-2000 με απλά λόγια», Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα
- [56] Νιάρη Π. (2006), *Διαχείριση ποιότητας κατά τη σχεδίαση και ανάπτυξη προϊόντων/ υπηρεσιών*, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σύρος
- [57] Mosialos, G., Hamer, P., Capobianco, J., Laursen, A., Gilmore, D. (1991). A conserved protein kinase. *Mol. Cell. Biol.*, 11.
- [58] Eastaugh, S. (1987). *Financing health care economic, efficiency and equity*. Auburn House. Dover

[59] Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή, Α. (20-21/02/1998). Ποιότητα και Υγεία. Βασικές Έννοιες και Ιστορική Αναδρομή για την Ελλάδα, Συνέδριο: Η Ποιότητα στο Χώρο της Υγείας, Αθήνα

[60] Jarlier, A., Charvet – Protat, S. (2000). Can improving quality decrease hospital costs?. Int J Qual Health Care;12:125-131

[61] Karydis, A. et. al. (2001). Publication: International Journal for Quality in Health Care. Publisher: Oxford University Press

Παράρτημα

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ - Τ.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΟΝΟΜ/ΜΟ: ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ-ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΑΝΔΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΗΛΙΑΣ

Οδηγίες Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

- Σημειώνετε με \surd ή **X** στο αντίστοιχο τετράγωνο που θα επιλέξετε.
- Στις ερωτήσεις που υπάρχει βαθμολογία σε κλίμακα από 1-3 ή 1-4 (ασχέτως τι μετρά), ο αριθμός 1 σημαίνει το λιγότερο (διαφωνώ), ενώ ο 3 ή 4 το μεγαλύτερο (συμφωνώ).
- Στις ερωτήσεις των προσωπικών απαντήσεων, για όποιες από τις προτάσεις δεν έχετε να κάνετε κανένα σχόλιο, απλά μην συμπληρώσετε τίποτα, αφήνοντας κενό.
- Οι πληροφορίες θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για εκπαιδευτικούς σκοπούς και θα παραμένουν απόλυτα εμπιστευτικές

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Ιατρική Ειδικότητα

4. Εργάζεστε σε κάποια δημόσια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας;

Όχι

Ναι

5. Αν ναι, τότε σε ποια;

6. Εργάζεστε σε κάποιο ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας;

Όχι

Ναι

7. Αν ναι, τότε σε ποια;

8. Πιστεύετε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παράσχετε από τις δημόσιες μονάδες υγείας είναι υψηλή;

Όχι

Ναι

9. Αν όχι, για ποιους λόγους;

10. Πιστεύετε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται από ιδιωτικές μονάδες υγείας είναι υψηλού επιπέδου;

Όχι

Ναι

11. Αν όχι, για ποιους λόγους;

12. Τα προβλήματα στην ποιότητα της υγείας εντοπίζονται σε ορισμένους παράγοντες, ταξινομήστε, σύμφωνα με την προσωπική σας άποψη τους παρακάτω (ο αριθμός 1 σημαίνει το λιγότερο (διαφωνώ), ενώ ο 3 το μεγαλύτερο (συμφωνώ)).

- Αποτυχία συστήματος μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας
- Ανθρώπινο λάθος
- Προβλήματα οργάνωσης συστήματος μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας

13. Πραγματοποιείται μια αξιολόγηση ποιότητας του ιατρικού κλινικού έργου και των υπόλοιπων δομών (διοικητικών, τεχνικών, οργανωτικών) στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε;

- Όχι
- Ναι

14. Η συνεχής βελτίωση ποιότητας αφορά όλες τις λειτουργίες μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της μονάδας αλλά και των παραγόμενων αποτελεσμάτων όπως για παράδειγμα ικανοποιημένοι ασθενείς από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται. Συμφωνείτε με την παραπάνω τοποθέτηση;

- Όχι
- Ναι

15. Αν ναι, τότε περιγράψτε μας μερικούς τρόπους συνεχούς βελτίωσης τους οποίους θα θεωρούσατε απαραίτητους για την μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε;

16. Τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πολλαπλά, ταξινομήστε, σύμφωνα με την προσωπική σας άποψη τους παρακάτω (ο αριθμός 1 σημαίνει το λιγότερο (ή διαφωνώ), ενώ ο 3 το μεγαλύτερο (ή συμφωνώ)).

I. Οφέλη για τον ασθενή.

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.

- Ψυχολογικά οφέλη. Όσο περισσότερο διακρίνεται η ποιότητα σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής.
 - Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.
2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας.
- Σεβασμός και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
 - Απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος.
 - Ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους.
3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Οικονομικά οφέλη. Όπως μείωση του λειτουργικού κόστους.
 - Αναγνώριση και φήμη.
4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Οικονομικά οφέλη. Μείωση του ύψους των δαπανών τους που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
 - Κοινωνικά οφέλη. Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
 - Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.
5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.
- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
 - Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
 - Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες.

17. Ο ποιοτικός έλεγχος είναι ικανός να εντοπίσει αδυναμίες, των υπηρεσιών υγείας, γνωρίζετε αν πραγματοποιείται στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε;

Όχι

Ναι

18. Η διοίκηση ολικής ποιότητας θεωρεί δεδομένη την δέσμευση της ηγεσίας, την επιστημονική γνώση και την συμμετοχή όλων των εργαζομένων αλλά και της διοίκησης για την επίτευξή της. Πιστεύετε ότι η σύγχρονη πραγματικότητα επιτρέπει την υιοθέτηση μιας τέτοιου είδους διοίκησης σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας μας;

Όχι

Ναι

19. Αν όχι, γιατί θεωρείται ότι μια τέτοια πρακτική δεν μπορεί να ευδοκιμήσει;

20. Η διασφάλιση της ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία μέσα που λαμβάνονται από την σωστή εξέταση ενός ασθενή και την διάγνωση ώστε να αποβεί προς όφελος των ασθενών. Επίσης περιλαμβάνει διοικητικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές παραμέτρους, συστήματα ελέγχου. Συμβαίνει κάτι τέτοιο στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε;

Όχι

Ναι

21. Αν ναι, τότε με ποιους τρόπους;

22. Η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε είναι πιστοποιημένη με κάποιο πρότυπο ποιότητας, για παράδειγμα ISO;

Όχι

Ναι

23. Πιστεύετε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από την μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στην οποία εργάζεστε, είναι υψηλού επιπέδου;

Όχι

Ναι

24. Πιστεύετε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας;

Όχι

Ναι

25. Σύμφωνα με την προσωπική σας γνώμη ταξινομείστε τις παρακάτω παράμετρος οι οποίες ευθύνονται για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (ο αριθμός 1 σημαίνει το λιγότερο (διαφωνώ), ενώ ο 4 το μεγαλύτερο (συμφωνώ)).

- Ενσωμάτωση τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας
- Οργανωτικές βελτιωτικές αλλαγές
- Σύγχρονοι μέθοδοι σχεδιασμού και τυποποίησης υπηρεσιών υγείας
- Ενσωμάτωση κατάλληλων ανθρώπινων πόρων με ειδικευση στην διοίκηση ιατρικών μονάδων και την οικονομική ανάλυση

Ευχαριστώ πολύ