



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Δ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΛΑΤΗ  
ΤΟΠΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Δ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΛΑΤΗ  
ΤΟΠΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

*Επιβλέπων Καθηγητής :* **ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**

Τίτλος Όνομα **ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ**

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2010

MASTER  
IN HEALTH MANAGEMENT



UNIVERSITY OF  
PIRAEUS



TECHNOLOGICAL  
INSTITUTE OF  
PIRAEUS

**SARAFIDOU D. EVAGGELIA**

**INTERNAL CUSTOMER SATISFACTION MEASUREMENT OF  
LOCAL HEALTH UNIT**

*Supervisor Professor :* **Dr. GIANNAKOPOULOS DIONYSIOS**

Piraeus, 2010

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
Master of Science in Health Management

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γιαννακόπουλο Διονύσιο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την έναρξη κιόλας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, αποτέλεσμα της οποίας ήταν και η συνεργασία μας στην εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Η συνεχής και αποτελεσματική του παρέμβαση καθ'όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας αυτής, οι γνώσεις, αλλά και η καλή του διάθεση, υπήρξαν σημαντικοί παράγοντες εγγύησης αξιόπιστων και χρήσιμων αποτελεσμάτων.

Παράλληλα, θα ήθελα να αποδώσω ευχαριστίες στον Δρ. Τσότσολα Νικόλαο για την πολύτιμη βοήθεια του όσον αφορά την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για την εν λόγω εργασία.

Η συμβολή του κ. Σταθάτου Σπυρίδωνα στον τομέα της διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων, ήταν εξίσου σημαντική και τον ευχαριστώ θερμά.

Τέλος, θα ήθελα να κάνω μια αναφορά στους γονείς μου, Δημήτριο και Θεοδώρα, εκφράζοντας τους την ευγνωμοσύνη μου για τη διαρκή και ουσιαστική στήριξη που έλαβα από αυτούς σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι παράγοντες, οι οποίοι συναινούν στην επιτυχία και την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού, αποτελούν πάντοτε μια ουσιαστική πτυχή για τη δομή, την εύρωστη λειτουργία και την ανοδική πορεία των παραγόμενων υπηρεσιών του οργανισμού στους τελικούς χρήστες/ πελάτες – εσωτερικούς ( υπαλληλικό προσωπικό οργανισμού) και στους εξωτερικούς ( κοινό ).

Στις μέρες μας ολοένα και περισσότερο προκύπτει έντονα η ανάγκη για την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων με στόχο την εκ βάθους αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ενός οργανισμού.

Θεωρώντας ότι η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την έννοια της ικανοποίησης, η εν λόγω εργασία πραγματεύεται την μέτρηση ικανοποίησης του εσωτερικού πελάτη μιας Τοπικής Μονάδας Υγείας με χρήση πολυκριτηριακού μοντέλου.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, αναλύοντας την έννοια αυτής, την ιστορική της εξέλιξη, καθώς και όλους τους φορείς ασφάλισης.

Στο δεύτερο εν συνεχεία κεφάλαιο, γίνεται εκτενής αναφορά στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε τοπικό παράρτημα του οποίου πραγματοποιήθηκε το ερευνητικό μέρος αυτής της εργασίας.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών, στις προσπάθειες καθώς επίσης και στα οφέλη από τη συνεχή βελτίωση αυτής.

Το τέταρτο κεφάλαιο κάνει λόγο για τη συμβολή της Πληροφορικής στην Ποιότητα των Υπηρεσιών γενικότερα και το σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει αυτή στον ασφαλιστικό φορέα Ι.Κ..Α. – ΕΤΑΜ.

Το πέμπτο κεφάλαιο, αναφέρεται στις μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας υγείας, τονίζοντας την ανάγκη για Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και στο χώρο της Υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύεται η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης του εσωτερικού πελάτη καθώς και η σημασία της μέτρησης ικανοποίησης του εσωτερικού πελάτη.

Το έβδομο κεφάλαιο, αφορά μια από τις πιο σημαντικές μεθόδους μέτρησης ικανοποίησης, τη μέθοδο MU.S.A., η οποία χρησιμοποιήθηκε για το ερευνητικό κομμάτι αυτής της εργασίας.

Το όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο, φιλοξενεί το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αντλήσουμε χρήσιμες πληροφορίες πάνω στο κομμάτι της αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών υγείας, για να καταλήξουμε σε χρήσιμα συμπεράσματα – προτάσεις.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ :** κοινωνική ασφάλιση, ποιότητα, πληροφορική, επαγγελματική ικανοποίηση, εσωτερικός πελάτης, μοντέλο MU.S.A.

## ABSTRACT

The actors, who consented to the success and effectiveness of an organization are always an essential aspect of the structure, robust operation and the rise of service output of the organization to end users / customers - internal (agency clerical staff) and external (public).

Nowadays more and more apparent strong need for applying scientific methods to the in depth evaluation and measurement of quality of an organization.

Believing that quality is inseparable from the sense of satisfaction, this work deals with the measurement of internal customer satisfaction with a local health units using multicriteria model.

The first chapter refers to Social Security in Greece, analyzing the concept, its historical evolution, and all insurers

The second chapter then, is extensive reference to the Social Security Institute, in whose local branch was part of the research work.

The third chapter in the quality of service efforts as well as the benefits of continuous improvement.

The fourth chapter talks about the contribution of IT services quality in general and the important role that the insurance carrier IK. A. - ETAM.

The fifth chapter refers to methods of improving the quality of health, stressing the need for TQM in the health sector.

The sixth chapter discusses the concept of job satisfaction of internal customers and the importance of measuring internal customer satisfaction.

The seventh chapter, is one of the most important methods of measuring satisfaction, the method MU.SA, which was used for the research part of this work.

The eighth and final chapter, is hosting the research piece of work, the questionnaire used to learn useful information on the part of the evaluation of quality health services to reach useful conclusions - recommendations.

**KEYWORDS:** social security, quality, information technology, job satisfaction, internal customer, model MU.SA.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 « Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ».....	σελ.3
1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.3
1.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	σελ.7
1.3. ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ .....	σελ.8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 « ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ » .....	σελ.16
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ.16
2.2. ΤΟ Ι.Κ.Α. ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.17
2.3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ/ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ.....	σελ.19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 « ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ»...σελ.21	
3.1. ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ – ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	σελ.21
3.2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	σελ.22
3.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ.24
3.4. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	σελ.25
3.5. ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.26
3.6. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	σελ.28
3.7. Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	σελ.29
3.8. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	σελ.31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 « Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ».....σελ.34	
4.1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ.....	σελ.34
4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ.35
4.3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	σελ.36
4.4. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	σελ.37
4.5. Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.37

4.6. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. –	
ΕΤΑΜ.....σελ.38	
4.7. ΤΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΟ	
Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ ( ΟΠΣ – Ι.Κ.Α. ).....σελ.39	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 « ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ».....σελ.41	
5.1. Ο ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....σελ.41	
5.2. Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....σελ.42	
5.3. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....σελ.43	
5.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	
ΥΓΕΙΑΣ.....σελ.46	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 « Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ »	
.....σελ.49	
6.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ.....σελ.49	
6.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΛΑΤΗ – ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΠΕΛΑΤΗ.....σελ.54	
6.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ	
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΛΑΤΗ.....σελ.55	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 « ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΥ.Σ.Α. »...σελ.57	
7.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΥ.Σ.Α.....σελ.57	
7.2. Η ΜΟΝΤΕΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	
ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....σελ.58	
7.3. ΑΝΑΥΤΙΚΗ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ	
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....σελ.61	
7.4. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....σελ.64	
7.5. ΤΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ	
ΜΥ.Σ.Α.....σελ.65	
7.6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ	
ΜΥ.Σ.Α.....σελ.66	
7.7. ΠΙΘΑΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ	
ΜΕΘΟΔΟΥ.....σελ. 68	
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.71	
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.73	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.109

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Ι.Κ.Α.....σελ.19
ΣΧΗΜΑ 2 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Ι.Κ.Α.....σελ.20
ΣΧΗΜΑ 3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΟΝΤΕΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....σελ.60
ΣΧΗΜΑ 4 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ & ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....σελ.61
ΣΧΗΜΑ 5 ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ.....σελ.63
ΣΧΗΜΑ 6 ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ.....σελ.64
ΣΧΗΜΑ 7 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΦΥΛΟΥ.....σελ.73
ΣΧΗΜΑ 8 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΗΛΙΚΙΑΣ.....σελ.74
ΣΧΗΜΑ 9 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....σελ.74
ΣΧΗΜΑ 10 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ.....σελ.75
ΣΧΗΜΑ 11 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΕΤΩΝ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....σελ.75
ΣΧΗΜΑ 12 : Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....σελ.76
ΣΧΗΜΑ 13 : ΚΤΙΡΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....σελ.77
ΣΧΗΜΑ 14 : ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....σελ.78
ΣΧΗΜΑ 15 : ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....σελ.78
ΣΧΗΜΑ 16 : ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ.....σελ.79
ΣΧΗΜΑ 17 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....σελ.80
ΣΧΗΜΑ 18 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....σελ.80

ΣΧΗΜΑ 19 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....σελ.81	σελ.81
ΣΧΗΜΑ 20 : ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ.....σελ.82	σελ.82
ΣΧΗΜΑ 21 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ.....σελ. 83	σελ. 83
ΣΧΗΜΑ 22 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....σελ.84	σελ.84
ΣΧΗΜΑ 23 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....σελ.84	σελ.84
ΣΧΗΜΑ 24 : ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Η/Υ.....σελ.85	σελ.85
ΣΧΗΜΑ 25 : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ / ΔΙΑΚΡΙΒΩΣΗΣ / ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΑΚΡΙΒΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ.....σελ.86	σελ.86
ΣΧΗΜΑ 26 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....σελ.87	σελ.87
ΣΧΗΜΑ 27 : CRITERIA WEIGHTS BARS.....σελ.87	σελ.87
ΣΧΗΜΑ 28 : ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ Η/Υ.....σελ.88	σελ.88
ΣΧΗΜΑ 29 : ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....σελ.89	σελ.89
ΣΧΗΜΑ 30 : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....σελ.90	σελ.90
ΣΧΗΜΑ 31 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....σελ.90	σελ.90
ΣΧΗΜΑ 32 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....σελ.91	σελ.91
ΣΧΗΜΑ 33 : CRITERIA WEIGHTS.....σελ.92	σελ.92
ΣΧΗΜΑ 34 : ΕΥΧΡΗΣΤΙΑ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΧΡΗΣΤΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΗ.....σελ.93	σελ.93
ΣΧΗΜΑ 35: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ / ΑΡΧΕΙΩΝ.....σελ.94	σελ.94
ΣΧΗΜΑ 36 : ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....σελ.95	σελ.95
ΣΧΗΜΑ 37 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....σελ.96	σελ.96
ΣΧΗΜΑ 38 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....σελ.97	σελ.97
ΣΧΗΜΑ 39 : CRITERIA WEIGHTS.....σελ.98	σελ.98
ΣΧΗΜΑ 40 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ.....σελ.99	σελ.99

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΕΣΥ = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ν. = Νόμος

ΠεΣυ = Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

Ν.Α.Τ. = Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ = Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

Τ.Ε.Β.Ε. = Ταμείο Ασφάλισης Επαγγελματιών και Βιοτεχνών

Ο.Γ.Α. = Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Τ.Σ.Α. = Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών

Ο.Α.Ε.Ε. = Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών

Τ.Σ.Α.Υ. = Ταμείο Συντάξεων Ασφάλισης Υγειονομικών

Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. = Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων

Τ.Ε.Α.Δ.Υ. = Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων

Ο.Α.Ε.Δ. = Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού

Ν.Π.Ι.Δ. = Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

Α.Π.Δ. = Αναλυτική Περιοδική Δήλωση

IBM = International Business Machines

DEC = Digital Equipment Company

ΟΠΣ = Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα

LAN = Local Area Network

WAN = Wide Area Network

ISO = International Standards Organisation

ΔΟΠ = Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

TQM = Total Quality Management



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εν λόγω εργασία, πραγματεύεται την ικανοποίηση του εσωτερικού πελάτη – διοικητικό προσωπικό ενός παραρτήματος μιας Τοπικής Μονάδας Υγείας.

Επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συνολική στάση του ατόμου προς την εργασία του. Είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμά του ή την εργασιακή του πείρα. Θα μπορούσε επίσης να οριστεί και ως η συναισθηματική ανταπόκριση ενός ατόμου προς τα καθήκοντα του και προς τις φυσικές και κοινωνικές συνθήκες της εργασίας του.

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό, πελάτης μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, είναι τα άτομα που λαμβάνουν τις αποφάσεις αγοράς των προϊόντων ή των υπηρεσιών που διαθέτει η επιχείρηση ή ο οργανισμός.

Υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της ποιότητας των εσωτερικών υπηρεσιών και της ικανοποίησης και διατήρησης των εργαζομένων και κατ' επέκταση της αύξησης της αποδοτικότητας τους. Για τον λόγο αυτό λοιπόν είναι επιτακτική η ανάγκη για την χρήση μεθόδων που μπορούν να μετρήσουν τα επίπεδα της ικανοποίησης αυτής έτσι ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις από την διοίκηση για τον χειρισμό των εσωτερικών υπηρεσιών.

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, με την ανάλυση του κάθε κεφαλαίου αυτής της εργασίας, δίνεται η δυνατότητα στον αναγνώστη να έχει μια πλήρη εικόνα, όσον αφορά το περιβάλλον που διεξάγεται η έρευνα, την αναγκαιότητα της συνεχής βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, τη συμβολή της πληροφορικής στη βελτίωση της ποιότητας, τη σπουδαιότητα της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Προκειμένου να γίνει το θέμα πιο κατανοητό, έγινε χρήση ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε σε εκατό ( **100** ) άτομα .

Το μέγεθος του ερωτηματολογίου καθώς επίσης και ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων αυτών, έχει σαν σκοπό την κατανόηση τους από όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό εσωτερικών πελατών – υπαλλήλων, ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να παρουσιάσουν την πραγματική και αντικειμενική εικόνα της παρούσας κατάστασης.

**Στόχος** μας είναι μέσω του εν λόγω ερωτηματολογίου, είναι η συλλογή πληροφοριών εσωτερικών πελατών – διοικητικών υπαλλήλων, σχετικά με την αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών.

**Σκοπός** μας μέσω της λεπτομερούς ανάλυσης των στοιχείων είναι:

- ❖ Η μελέτη ικανοποίησης των διοικητικών υπαλλήλων σε σχέση με:
  - ☞ Ποιότητα εργασιακού περιβάλλοντος ( προσβασιμότητα, κτιριακή υποδομή, συνθήκες υγιεινής, συνθήκες περιβάλλοντος, συνθήκες διαμονής στο χώρο εργασίας, υλικοτεχνικός εξοπλισμός ).
  - ☞ Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων εντός της υπηρεσίας όπου εργάζονται.
  - ☞ Ποιότητα πληροφοριακού συστήματος ( ακρίβεια στοιχείων, ταχύτητα ανταπόκρισης, αξιοποίηση νέων τεχνολογιών ).
- ❖ Ο εντοπισμός τυχόν προβλημάτων / παραλήψεων.
- ❖ Η εύρεση λύσεων μέσω των εξαγόμενων συμπερασμάτων της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κοινωνική ασφάλιση είναι η δραστηριότητα με την οποία το κράτος άμεσα ή με τη μεσολάβηση οργανισμών που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του προσφέρει στον εργαζόμενο, αντί ορισμένης τακτικής χρηματικής καταβολής, υλικές παροχές και υπηρεσίες σε περιπτώσεις ασθένειας, σωματικής ή πνευματικής βλάβης, αναπηρίας και γήρατος. Οι δαπάνες καλύπτονται με τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, τις οποίες έχουν θεσπίσει οι σύγχρονες νομοθεσίες.

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το *Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης* αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς.

Όσον αφορά τη διάρθρωση του συστήματος, το ελληνικό μοντέλο διαρθρώνεται σε τρεις κύριους πυλώνες: ο πρώτος πυλώνας επικεντρώνεται στα υποσυστήματα της κύριας και της επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης, ο δεύτερος πυλώνας περιλαμβάνει τα

υποσυστήματα της συμπληρωματικής ασφάλισης και των επαγγελματικών ταμείων που πρόσφατα θεσμοθετήθηκαν στη χώρα μας, ενώ ο τρίτος πυλώνας αφορά τα προγράμματα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

- Ο πρώτος πυλώνας καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων στην ελληνική περιφέρεια, περιλαμβάνοντας εκ του νόμου συστήματα κύριας και επικουρικής κάλυψης. Προβλέπεται η κάλυψη ακόμα και εκείνων που απασχολούνται με τις νέες ή ευέλικτες μορφές εργασίας (μερική απασχόληση, κατ'οίκον απασχόληση κ.α.). Η κύρια κάλυψη εξασφαλίζεται μέσω νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, τα οποία σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία αποτελούν τους αποκλειστικούς φορείς κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα. Η επικουρική κάλυψη όμως δεν είναι ενιαία, καθώς ιδρύονται και λειτουργούν εκ του νόμου συστήματα υποχρεωτικής επικουρικής ασφάλισης μόνο για τους μισθωτούς και όχι για άλλες κατηγορίες πληθυσμού.
- Ο δεύτερος πυλώνας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δεν εντοπίζονται σε αντίστοιχη έκταση στο επίπεδο της ευρωπαϊκής περιφέρειας. Το κύριο χαρακτηριστικό μέχρι πρόσφατα ήταν η αδυναμία σύστασης επαγγελματικών ταμείων από τους κοινωνικούς εταίρους μέσω συλλογικών συμβάσεων εργασίας: η δυνατότητα σύστασης επαγγελματικών ταμείων κατοχυρώθηκε το 2002 με τις ρυθμίσεις του Ν. 3029/2002, που προβλέπουν τη δημιουργία ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης που θα λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου αποβλέποντας στην παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας και διακοπής της εργασίας.

Η απουσία γνήσιων επαγγελματικών ταμείων αναπληρώνεται από την ίδρυση καθεστώτων συμπληρωματικής ασφάλισης, που λειτουργούν με τη μορφή αλληλοβοηθητικών ταμείων και ταμείων προνοίας. Η οργάνωση των ταμείων αυτών στη χώρα μας δεν διέπεται από ένα ενιαίο θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο. Προβλέπονται διαφορετικές οργανωτικές και λειτουργικές ρυθμίσεις, που αναμένονται να αποτελέσουν αντικείμενο εκτεταμένης επεξεργασίας κατά τη διάρκεια της γενικότερης διαδικασίας μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

- Ο τρίτος πυλώνας, λιγότερο αναπτυγμένος σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφορά τα προγράμματα της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης για τους εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους (μέσω ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων που συνάπτονται μεταξύ επιχειρήσεων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), καθώς και τα προγράμματα ατομικής κάλυψης.

Πρόσφατα η Ελληνική Κυβέρνηση προχώρησε στη θεσμική κατοχύρωση των επαγγελματικών ταμείων, τα οποία αναμένεται να συμβάλουν στη διεύρυνση του επιπέδου προστασίας του ασφαλιστικού συστήματος και στη βελτίωση των ασφαλιστικών παροχών, αποτελώντας ουσιαστικά το δεύτερο πυλώνα ασφάλισης.

Το *Εθνικό Σύστημα Υγείας* θεσμοθετήθηκε μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αποβλέποντας στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Η λειτουργία του εξυπηρετεί όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Ειδικά όμως για τους ασφαλισμένους σε φορείς δημόσιας ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους.

Οι εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας εγκαινιάστηκαν ουσιαστικά με την υιοθέτηση του Ν. 2519/1997 για την *«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»* και συνεχίζονται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000 με την υιοθέτηση του Ν. 2889/2001 *«Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»* και του Ν. 2955/2001 *«Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ και άλλες διατάξεις»*. Ο Ν.2889/01 εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας, καθώς προχώρησε στην ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Τα ΠεΣΥ διέπονται από ένα ιδιαίτερο θεσμικό πλαίσιο το οποίο αποτυπώνεται στις ρυθμίσεις του Π.Δ. 357/2001 *«Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ)»*.

Το *Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας* συνθέτει το τελικό δίκτυο ασφάλειας για τα άτομα εκτός αγοράς εργασίας που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Λειτουργεί με βάση κατηγοριακά προγράμματα προστασίας για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, τα

οποία εγκαινιάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και επεκτάθηκαν ουσιαστικά καθ'όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Το σύστημα χορηγεί χρηματικά επιδόματα, παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας μέσω αποκεντρωμένων νομικών προσώπων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Κοινωνικές υπηρεσίες σε μικρότερη έκταση παρέχονται επίσης από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και από ένα πλέγμα εθελοντικών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται έντονα ιδίως στο πεδίο προστασίας των παιδιών, των προσφύγων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας εξασφαλίστηκε το 1998 με την ψήφιση του Ν.2646/98 και προωθήθηκε το 2001 με την επεξεργασία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση 2001-2003. Ο Ν. 2646/98 θέτει τις βάσεις για τη δημιουργία ενός σύγχρονου μοντέλου προνοιακής παρέμβασης που αποβλέπει τόσο στην εξυπηρέτηση νέων αναγκών όσο και στον εξορθολογισμό της διοικητικής και οργανωτικής λειτουργίας των παραδοσιακών προνοιακών φορέων. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο πλαίσιο που ενεργοποιείται μέσω της δράσης των φορέων του δημόσιου τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που αναγνωρίζονται ως ειδικώς πιστοποιημένοι φορείς του Συστήματος και εγγράφονται στο αντίστοιχο Μητρώο της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και των οργανώσεων εθελοντικού χαρακτήρα (πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που αποτελούν είτε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είτε σωματεία ή συλλόγους που δραστηριοποιούνται στην εθελοντική παροχή υπηρεσιών προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού).

## 1.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο συστήθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861. Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του Ν. 2868/1922 «*Περί υποχρεωτικής ασφάλισης των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων*». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος 6298/1934 «*Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων*». Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 προωθήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες ουσιαστικά ολοκληρώθηκαν το 2002 με την έκδοση του Ν. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώθηκαν σε ζητήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και χορήγησης των ασφαλιστικών παροχών με έμφαση στις συνταξιοδοτικές παροχές.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους



κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε μάλιστα με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα μας, οι οποίες επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας.

### 1.3. ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

#### ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ

Η ασφαλιστική προστασία των αγροτών αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης λόγω της ιδιαίτερης ανάπτυξης του πρωτογενούς τομέα στη χώρα μας και της αυξημένης συμβολής των αγροτών στην οικονομία της Ελλάδας. Οι αγρότες καλύπτονται από έναν αυτοτελή ασφαλιστικό φορέα, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου.

Ο ΟΓΑ ιδρύθηκε το 1961 με το Ν. 4169/61, επιδιώκοντας την κάλυψη συγκεκριμένων ασφαλιστικών κινδύνων για τα άτομα που απασχολούνται προσωπικά και κατά κύριο επάγγελμα με την αγροτική οικονομία. Ο Οργανισμός καλύπτει επίσης ειδικές κατηγορίες αγροτών καθώς και πρόσωπα που εξομοιώνονται με αγρότες ως προς την ασφαλιστική τους προστασία.

Το ασφαλιστικό καθεστώς των αγροτών διακρίνεται σε τρεις περιόδους:

α) Η πρώτη περίοδος (1961-1981) αναφέρεται στην ίδρυση και ανάπτυξη των μηχανισμών της ασφαλιστικής προστασίας των αγροτών μέσω της λειτουργίας του ΟΓΑ, ο οποίος κάλυπτε τους κινδύνους της ασθένειας, του γήρατος, της αναπηρίας και του θανάτου. Ο Οργανισμός χορηγούσε μη ανταποδοτικές παροχές στους ασφαλισμένους του, αφού παρά τη νομοθετική πρόβλεψη για την καταβολή εισφορών οι σχετικές ρυθμίσεις δεν ενεργοποιήθηκαν ποτέ. Επίσης, ο Οργανισμός χορηγούσε αποζημιώσεις σε ιδιοκτήτες ή εκμεταλλευτές γεωργικών επιχειρήσεων σε περίπτωση ζημιών που προκαλούνται στην παραγωγή τους λόγω φυσικών καταστροφών (χαλάζι, παγετός κ.α.).

β) Η δεύτερη περίοδος (1982-1995) επεκτείνει την ασφαλιστική προστασία των αγροτών,



καθώς καθιερώνεται το 1982 η αυτοτελής συνταξιοδότηση της αγρότισσας και εισάγεται το 1987 ο θεσμός της πρόσθετης ασφάλισης των αγροτών. Ο Ν. 1745/87 συστήνει έναν ειδικό και αυτοτελή κλάδο πρόσθετης υποχρεωτικής ασφάλισης των αγροτών, ο οποίος χορηγεί ανταποδοτικές παροχές με τη μορφή πρόσθετης σύνταξης στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ σε περίπτωση γήρατος και αναπηρίας καθώς και στα μέλη της οικογένειάς τους σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου. Για τον υπολογισμό των εισφορών και παροχών προβλέπονταν τρεις ασφαλιστικές κλάσεις, τις οποίες επέλεγαν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού.

γ) Η τρίτη περίοδος (1996-2002) σηματοδοτεί την ουσιαστική και οργανωτική αναδιάρθρωση του ασφαλιστικού καθεστώτος των αγροτών, η οποία θεσμοθετείται το 1997 με τη σύσταση κλάδου κύριας ασφάλισης αγροτών στον ΟΓΑ (Ν. 2458/97 για τη «Σύσταση Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών και άλλες διατάξεις»). Η λειτουργία του κλάδου εγκαινιάστηκε την 1.1.1998 και από την έναρξη ισχύος του καταργήθηκε ο κλάδος πρόσθετης ασφάλισης αγροτών, που είχε συσταθεί το 1987.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του νέου ασφαλιστικού καθεστώτος των αγροτών είναι:

- η χρηματοδότηση των συνταξιοδοτικών παροχών από τις εισφορές των ασφαλισμένων (οι εισφορές υπολογίζονται σε ποσοστό 7% επί των ποσών επτά (7) διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών, στις οποίες οι ασφαλισμένοι κατατάσσονται ύστερα από σχετική τους δήλωση)
- η τυποποίηση της κρατικής χρηματοδότησης προς τον ΟΓΑ (το ποσοστό της κρατικής εισφοράς ορίζεται σε 14% επί των ποσών των επτά ασφαλιστικών κατηγοριών)
- η καθιέρωση του θεσμού της διαδοχικής ασφάλισης και για τους αγρότες (μεταφέρονται δηλαδή τα έτη ασφάλισής τους σε περίπτωση ένταξής τους σε νέο ασφαλιστικό καθεστώς άλλου οργανισμού)
- η καθιέρωση ενός συστήματος αυτόματης αύξησης των συντάξεων, το οποίο αντιστοιχεί στο ποσοστό αναπροσαρμογής των συντάξεων των δημοσίων υπαλλήλων
- η επέκταση των παροχών ασθενείας σε είδος για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους του ΟΓΑ και τα μέλη της οικογένειάς τους (προβλέπεται μάλιστα η δυνατότητα εξυπηρέτησης των προσώπων αυτών και από τις υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ)

- η χρηματοδότηση των παροχών ασθένειας από τις εισφορές των ασφαλισμένων (οι εισφορές υπολογίζονται σε ποσοστό 1,5% επί των ποσών των επτά διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών, στις οποίες οι ασφαλισμένοι κατατάσσονται ύστερα από σχετική τους δήλωση)
- η θεσμοθέτηση της χορήγησης συντάξεως λόγω θανάτου υπό τις ίδιες προϋποθέσεις (μη συνταξιοδότηση, μη απασχόληση σε άλλη εργασία εκτός από αυτές που υπάγονται στον ΟΓΑ) τόσο στον χήρο όσο και στη χήρα
- η εισαγωγή κατώτατων ορίων για τις συντάξεις λόγω αναπηρίας και λόγω ατυχήματος εκτός εργασίας (δεν προβλέπονται όμως κατώτατα όρια για τις συντάξεις γήρατος).

Το νέο ασφαλιστικό καθεστώς των αγροτών επιτρέπει την ολοκληρωμένη κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού μέσω ενός σύγχρονου συστήματος προστασίας που θα εξασφαλίσει μεσοπρόθεσμα τη σύγκλιση του επιπέδου των παροχών τους με τις αντίστοιχες των μισθωτών. Το σύστημα στηρίζεται πλέον σε καθιερωμένες αρχές της κοινωνικής ασφάλισης (αναδιανομή, ανταποδοτικότητα) και ενισχύεται από την πρόβλεψη της συμμετοχής του κράτους στη χρηματοδότησή του. Παράλληλα, προβλέπεται η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικού τουρισμού, αναψυχής και πολιτιστικών δραστηριοτήτων για τους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΟΓΑ μέσω του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας που συστάθηκε το 2002 και λειτουργεί στο πλαίσιο του ΟΓΑ.

#### ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Οι ελεύθεροι και ανεξάρτητοι επαγγελματίες καλύπτονται από αυτοτελείς φορείς κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούν με τη μορφή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου. Το 2002 λειτουργούν πέντε (5) φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και τρεις (3) φορείς κύριας ασφάλισης ανεξάρτητων επαγγελματιών.

Ο κύριος φορέας ασφάλισης των ελεύθερων επαγγελματιών είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) που συστήθηκε το 1999, καλύπτοντας υποχρεωτικά τα πρόσωπα που ασκούν το επάγγελμα του εμπόρου, του

επαγγελματιοβιοτέχνη, του αυτοκινητιστή και του ξενοδόχου. Ο ΟΑΕΕ λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και σε αυτόν έχουν συγχωνευθεί τρία νομικά πρόσωπα που κάλυπταν πριν από την ίδρυσή του συγκεκριμένες κατηγορίες ελεύθερων επαγγελματιών: το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ), το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και το Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ). Από οργανωτική άποψη, περιλαμβάνει δύο κλάδους, τον Κλάδο Σύνταξης και τον Κλάδο Υγείας, οι οποίοι διαθέτουν πλήρη οικονομική και λογιστική αυτοτέλεια.

Ο ΟΑΕΕ εξασφαλίζει την ασφαλιστική κάλυψη των ελεύθερων επαγγελματιών σε περίπτωση γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, ατυχήματος, ασθένειας και μητρότητας. Επίσης εξασφαλίζει την κάλυψη των μελών των οικογενειών των ασφαλισμένων του σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου τους.

Οι αντιπροσωπευτικότεροι φορείς κύριας ασφάλισης των ανεξάρτητων επαγγελματιών είναι το Ταμείο Νομικών, το Ταμείο Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) και το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημόσιων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ). Το Ταμείο Νομικών καλύπτει τους δικηγόρους, τους συμβολαιογράφους, τους δικαστικούς επιμελητές και ορισμένες κατηγορίες δικαστών. Το ΤΣΑΥ καλύπτει όσους ασκούν τα επαγγέλματα του ιατρού, οδοντιάτρου, κτηνιάτρου και φαρμακοποιού. Το ΤΣΜΕΔΕ καλύπτει τους διπλωματούχους πολιτικούς μηχανικούς, μηχανολόγους, ηλεκτρολόγους καθώς και εκείνους που ασκούν το επάγγελμα του εργολάβου δημοσίων έργων.

εκείνους που ασκούν το επάγγελμα του εργολάβου δημοσίων έργων.

#### ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

Η ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτεται από φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και το Υπουργείο Οικονομικών. Φορέας κύριας ασφάλισης είναι το Δημόσιο, που καλύπτει τους ασφαλισμένους δημοσίου υπαλλήλους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Οι φορείς επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης διαφοροποιούνται ανάλογα με τις κατηγορίες των

ασφαλισμένων. Οι φορείς αυτοί χορηγούν επικουρικές συντάξεις και εφάπαξ βοηθήματα στα άτομα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής τους.

Μέχρι το 1999 λειτουργούσαν δώδεκα Ταμεία Αρωγής Δημοσίων Υπαλλήλων (στα οποία ασφαλιζόνταν για επικουρική σύνταξη οι δημόσιοι υπάλληλοι των διαφόρων υπουργείων), το Ταμείο Ασφάλισης Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (στο οποίο ασφαλιζόνταν οι υπάλληλοι των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης), το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (στην ασφάλιση του οποίου υπάγονται οι υπάλληλοι των ασφαλιστικών οργανισμών και του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων), το Ταμείο Προνοίας Δημοσίων Υπαλλήλων (στην ασφάλιση του οποίου υπάγονται υποχρεωτικά όλοι οι δημόσιοι πολιτικοί υπάλληλοι που συνταξιοδοτούνται από το δημόσιο) και το Μετοχικό Ταμείο Πολιτικών Υπαλλήλων, που καλύπτει όλους τους τακτικούς δημόσιους υπάλληλους.

Το 1999 αποφασίστηκε η ενοποίηση των δώδεκα Ταμείων Αρωγής προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη διοικητική και οικονομική ευελιξία και αποτελεσματικότητα στο σύστημα επικουρικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων. Έτσι συστάθηκε από 1.4.1999 ένας νέος φορέας με την επωνυμία «**Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ)**» που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ταυτόχρονα καταργήθηκαν τα Ταμεία Υπαλλήλων των Υπουργείων Βιομηχανίας, Γεωργίας, Δικαιοσύνης, Εμπορίου, Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ΠΕΧΩΔΕ, Προεδρίας της Κυβέρνησης και Εξωτερικών, Κοινωνικών Υπηρεσιών, Συγκοινωνιών, καθώς και τα Ταμεία Τελωνειακών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας..

Το ΤΕΑΔΥ λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και σκοπός του είναι η παροχή επικουρικής σύνταξης στις ακόλουθες κατηγορίες προσώπων και στα μέλη των οικογενειών τους:

- τα πρόσωπα που ασφαλιζόνταν στα Ταμεία Αρωγής Υπαλλήλων των Υπουργείων Βιομηχανίας, Γεωργίας, Δικαιοσύνης, Εμπορίου, Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ΠΕΧΩΔΕ, Προεδρίας της Κυβέρνησης και Εξωτερικών, Κοινωνικών Υπηρεσιών, Συγκοινωνιών, καθώς και στα Ταμεία Τελωνειακών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας.

- οι διοριζόμενοι μετά την 1.4.1999 τακτικοί υπάλληλοι στα Υπουργεία Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- οι τακτικοί υπάλληλοι όλων των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, που ιδρύονται μετά τις 4.1.1999
- το τακτικό προσωπικό των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου που συνιστούν αυτές.

#### ✚ ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

Η ασφαλιστική κάλυψη των μισθωτών εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα επιτυγχάνεται μέσω φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ταμείων αλληλοβοήθειας για τον κίνδυνο της ασθένειας και φορέων που χορηγούν εφάπαξ παροχές. Το 2002 λειτουργούσαν περισσότεροι από 50 αντίστοιχοι φορείς. Οι φορείς αυτοί αποτελούν νομικά πρόσωπα που διοικούνται από διοικητικά συμβούλια με υποχρεωτική συμμετοχή εκπροσώπων των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων.

Ο γενικός φορέας κύριας ασφάλισης των μισθωτών είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το οποίο ιδρύθηκε το 1934 και άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά τη δεκαετία του 1950. Το 1983 επεκτάθηκε η ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα από το ΙΚΑ στο σύνολο του πληθυσμού, διευρύνοντας έτσι την προστασία που εξασφαλιζόταν πριν από την ίδρυσή του για συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων μέσω των ειδικών ταμείων κύριας ασφάλισης μισθωτών, αλλά και καλύπτοντας τους εργαζόμενους χωρίς ασφαλιστικό καθεστώς. Αρκετά ειδικά ταμεία εξακολουθούν να λειτουργούν και σήμερα αυτοτελώς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ ορισμένα συγχωνεύτηκαν στο ΙΚΑ.

Το ΙΚΑ ασφαλίζει τα πρόσωπα που έχουν ως κύριο επάγγελμα την παροχή έμμεσης εξαρτημένης εργασίας, καθώς και ειδικές κατηγορίες προσώπων (ορκωτοί λογιστές, εφημεριδοπώλες, συγγραφείς, μαθητευόμενοι). Οι κίνδυνοι που καλύπτονται περιλαμβάνουν τη μητρότητα, τα οικογενειακά βάρη, την ασθένεια, το γήρας, την αναπηρία, το θάνατο, το εργατικό ατύχημα και την επαγγελματική ασθένεια, καθώς και

την ανεργία.

Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ εξυπηρετούνται για τον κίνδυνο της ανεργίας από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), αυτοτελή φορέα που ιδρύθηκε το 1954 και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο ΟΑΕΔ καλύπτει επίσης τους κινδύνους στράτευσης και οικογενειακών βαρών των μισθωτών.

Κοινωνικές παροχές με τη μορφή προγραμμάτων στέγασης, κοινωνικού τουρισμού και αναψυχής χορηγούνται επίσης στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ από τον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας και από τον Οργανισμό Εργατικής Εστίας, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ειδικά ταμεία κύριας ασφάλισης καλύπτουν συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων που δεν υπάγονται στην ασφάλιση του ΙΚΑ. Βασική προϋπόθεση υπαγωγής στην ασφάλιση των ταμείων αυτών είναι η παροχή έμμεσης εξαρτημένης εργασίας ή η άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής ειδικότητας.

Η επικουρική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα εξασφαλίζεται από ένα πλήθος φορέων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, που χορηγούν πρόσθετες συνταξιοδοτικές παροχές με τη μορφή μηνιαίας σύνταξης ή εφάπαξ βοηθήματος. Ο γενικός φορέας επικουρικής συνταξιοδοτικής κάλυψης των μισθωτών είναι το ΙΚΑ και συγκεκριμένα ο κλάδος του με την ονομασία «Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Τομέας Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ TEAM)». Το ΙΚΑ-TEAM ιδρύθηκε το 1979 και εντάχθηκε στο ΙΚΑ το 1983.

Ιδιαίτερα σημαντικές μεταβολές στο ασφαλιστικό καθεστώς των μισθωτών υιοθετήθηκαν το 2002 με την ψήφιση του Ν.3029/2002. Οι μεταβολές αυτές προωθούν ουσιαστικά τον οργανωτικό εκσυγχρονισμό ενός ιδιαίτερα σύνθετου και πολύπλοκου καθεστώτος, εξασφαλίζοντας τόσο την απλοποίηση των διαδικασιών υπαγωγής στην ασφάλιση όσο και τη βελτίωση της μεταχείρισης των ασφαλισμένων:

- Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετονομάζεται σε Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ.). Οι



κλάδοι σύνταξης συγκεκριμένων ειδικών ταμείων κύριας ασφάλισης (ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΤΣΠΗΣΑΠ, ΤΣΠ-ΕΤΕ, ΤΣΠ-ΑΤΕ, ΤΣΠ-ΤΕ, ΤΑΠ-ΙΛΤ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ., ΤΣΕΑΠΓΣΟ και ΤΑΠΑΕ-Εθνική) έως 1.1.2008 εντάσσονται στον κλάδο σύνταξης του Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ. με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από απόφαση των Διοικητικών τους Συμβουλίων και εκπόνηση ειδικής οικονομικής μελέτης που προκηρύσσεται και ανατίθεται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

- Ιδρύεται νέος γενικός φορέας επικουρικής κάλυψης των μισθωτών, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και την επωνυμία Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (Ε.Τ.Ε.Α.Μ.). Το ΕΤΕΑΜ τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, διέπεται από το σύνολο των διατάξεων του καταργούμενου Ι.Κ.Α.-Τ.Ε.Α.Μ. και έχει έδρα την Αθήνα. Η έναρξη λειτουργίας του ορίζεται την 1η Ιουνίου 2003, οπότε και καταργείται το ΙΚΑ-ΤΕΑΜ.
- Μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου υφιστάμενα ταμεία ασφάλισης, τα οποία λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή κλάδοι τους που χορηγούν παροχές οι οποίες δεν εμπίπτουν στο πλαίσιο της δημόσιας (κύριας και επικουρικής) ασφάλισης και για τις οποίες καταβάλλονται εισφορές μόνο από τους εργαζόμενους.
- Ιδρύονται νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία λειτουργούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως «Ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης - ν.π.ι.δ.». Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης έχουν ως σκοπό την παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής ασφαλιστικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπής της εργασίας. Χορηγούν παροχές σε είδος ή σε χρήμα που καταβάλλονται περιοδικώς ή εφάπαξ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

#### 2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1934 με το Ν. 6298/34 με πρώτο Διοικητή τον Παναγιώτη Κανελλόπουλο και άρχισε να λειτουργεί το 1937 με δύο καταστήματα στην Αθήνα και τον Πειραιά.

Άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιστορική εξέλιξη του ΙΚΑ είναι η διαμόρφωση του Νομοθετικού και Κανονιστικού πλαισίου λειτουργίας του. Έτσι μπορούμε να διακρίνουμε τις ακόλουθες φάσεις. Την Πρώτη Φάση (1937 - 1950), η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μικρού αριθμού ασφαλισμένων και χαμηλού επιπέδου παροχών. Τη Δεύτερη Φάση (1951 – 1959) στην οποία διαμορφώνεται το νέο νομοθετικό πλαίσιο με τον Α.Ν. 1846/51. Τα κύρια χαρακτηριστικά της νέας κατάστασης που διαμορφώνεται στον ασφαλιστικό χώρο είναι (α) η ποσοτική και ποιοτική διεύρυνση των παροχών, κυρίως στον κλάδο ασθενείας σε είδος και (β) η καθιέρωση των κατώτατων ορίων συντάξεων με το ΝΔ 2698/53. Στην Τρίτη Φάση (1960 – 1977) παρατηρείται η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης σε νέες γεωγραφικές περιοχές και οικονομικές δραστηριότητες. Με το ΝΔ 4104/60 επιβάλλονται (α) η προσαρμογή χρονικών προϋποθέσεων για τη συνταξιοδότηση, (β) ένα νέο σύστημα υπολογισμού συντάξεων που στηρίζεται στην αρχή της εσωτερικής αλληλεγγύης και (γ) η καθιέρωση εισφοράς επαγγελματικού κινδύνου. Η Τέταρτη Φάση (1978 – 1990) χαρακτηρίζεται από αισθητή βελτίωση των παροχών με τα σημαντικότερα νομοθετήματα Ν. 825/78 και Ν. 1305/82. Συγκεκριμένα, εισάγεται νέα μέθοδος προσδιορισμού του συντάξιμου μισθού, θεσμοθετείται η αναγνώριση συντάξιμου χρόνου με εξαγορά, επεκτείνεται η 35ετία στον ιδιωτικό τομέα. Στην Πέμπτη Φάση (1990 – σήμερα) επιχειρείται μια προσπάθεια θέσπισης σύγχρονων μέτρων στο σύνολο του ασφαλιστικού συστήματος, με στόχο την αντιμετώπιση της πολυδιάσπασής του και την εξυγίανση της λειτουργίας του.

Χαρακτηριστικά νομοθετήματα είναι τα Ν. 1902//90, 1976/91, 2084/92, 2434/96, 2556/97, 2676/99, 3029/02. Με τα νομοθετήματα αυτά ορίζεται νέο ασφαλιστικό



καθεστώς για τους νεοεισερχόμενους στην ασφάλιση (από 01.01.1993), καθιερώνεται το ΕΚΑΣ, αλλάζει ο τρόπος υπολογισμού των συντάξεων, κ.λπ.

## 2.2. ΤΟ Ι.Κ.Α. ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ – Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ΙΚΑ διαθέτει 341 μονάδες ασφάλισης και 364 μονάδες υγείας. Το προσωπικό του ΙΚΑ αποτελείται από 10.000 διοικητικούς υπαλλήλους, 8.500 ιατρούς και 4.000 υγειονομικούς υπαλλήλους περίπου. Καθημερινά εξυπηρετεί περισσότερα από 200.000 άτομα, ενώ κάθε μήνα καταβάλλει συντάξεις σε 1.000.000 συνταξιούχους.

Ο ρόλος του ΙΚΑ είναι διττός. Πρώτον έχει την κύρια ευθύνη παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών και καταβολής συντάξεων και, δεύτερον, παράγει και προσφέρει στους ασφαλισμένους του υπηρεσίες υγείας, πέραν εκείνων που αγοράζει από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, και συγκεκριμένα κλινική πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικούς ελέγχους και μέρος της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ΙΚΑ παρέχει υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους και προς τους εργοδότες, με υποκαταστήματα, που καλύπτουν όλη τη χώρα. Οι υπηρεσίες που παρέχει προς τους ασφαλισμένους ταξινομούνται ανάλογα με το είδος, σε υπηρεσίες Ασφάλισης, σε υπηρεσίες Παροχών Ασθενείας και Συντάξεων και σε Υπηρεσίες Υγείας.

Σκοπός του Οργανισμού είναι η προστασία των ασφαλισμένων κατά των κινδύνων ασθενείας, αναπηρίας, ατυχήματος και γήρατος. Για την πραγμάτωση του σκοπού αυτού το ΙΚΑ δραστηριοποιείται σε τρεις βασικούς άξονες (1) στη χορήγηση ασφαλιστικών παροχών (παροχές σε είδος, σε χρήμα, παροχές συντάξεων), (2) στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ιατρικές και παραϊατρικές εξετάσεις, νοσοκομειακή νοσηλεία, κ.λπ.), (3) στην είσπραξη ασφαλιστικών εισφορών για λογαριασμό του ΙΚΑ και για λογαριασμό τρίτων (ΟΑΕΔ, ΟΕΚ, ΟΕΕ). Κεντρικός μας στόχος είναι η βελτιστοποίηση της ποιότητας και του εύρους των υπηρεσιών, η πληρέστερη οργάνωσή τους και η αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Οι εισφορές των εργαζομένων για τις ασφαλιστικές υπηρεσίες είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη. Στο συνολικό κόστος εργασίας οι εισφορές είναι 20% για κύρια σύνταξη, 6% για επικουρική, 7,65% για ασθένεια και 10,41% για άλλες καλύψεις τις οποίες εισπράττει το ΙΚΑ και αποδίδει σε τρίτους (ΟΑΕΔ, ΟΕΚ, ΟΕΕ, κ.λπ.).

Οι βασικές δραστηριότητες των υπηρεσιών ασφάλισης είναι η τήρηση Ενιαίου Μητρώου Ασφαλισμένων, η τήρηση Λογαριασμού Ασφαλισμένων, η Χορήγηση Ασφαλιστικής Ικανότητας, οι Παροχές Συντάξεων (απονομή – πληρωμή).

Η συναλλαγή των εργοδοτών με το ΙΚΑ γίνεται για την ασφάλιση των απασχολουμένων. Για το σκοπό αυτό τηρείται Ενιαίο Μητρώο Εργοδοτών, βασισμένο σε απογραφή του εργοδότη και επικαιροποίηση των μεταβολών. Κεντρικό στοιχείο του συστήματος είναι η παραλαβή Αναλυτικών Περιοδικών Δηλώσεων (ΑΠΔ – μηχανισμός δήλωσης ασφαλιστικών στοιχείων). Η ΑΠΔ είναι δομικό στοιχείο του νέου συστήματος ασφάλισης και μέσω αυτών δηλώνονται τα ατομικά και ασφαλιστικά στοιχεία των απασχολουμένων σε κάθε εργοδότη. Από την επεξεργασία των ΑΠΔ ενημερώνονται οι Λογαριασμοί των ασφαλισμένων (δημιουργία ασφαλιστικής ιστορίας), καθώς και οι Λογαριασμοί των εργοδοτών (δημιουργία εγγράφων χρέωσης εργοδότη). Για τη διευκόλυνση των εργοδοτών παρέχονται ηλεκτρονικές υπηρεσίες υποστήριξης (υποβολή ΑΠΔ μέσω INTERNET, διόρθωσης λαθών). Οι εργοδότες που κάνουν χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών του ΙΚΑ ανέρχονται στο 94% του συνόλου. Οι εισφορές καταβάλλονται στις υπηρεσίες ασφάλισης του ΙΚΑ, σε πιστωτικά Ιδρύματα (Τράπεζες), με δυνατότητα χρήσης εναλλακτικών τρόπων πληρωμής που διαθέτει κάθε πιστωτικό Ίδρυμα (χρέωση λογαριασμού, μέσω INTERNET, e-banking, κ.λπ.).

Το ΙΚΑ έχει αναπτύξει ένα πολύ εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους του. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ (νομαρχιακές, τοπικές, ιατρεία) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΙΚΑ, καθώς και στα συμβεβλημένα με το ΙΚΑ νοσοκομεία, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα. Η δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη (νοσοκομειακή περίθαλψη) παρέχεται πανελλαδικά από πέντε Νοσοκομεία του ΙΚΑ, από όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας και τις συμβεβλημένες με το ΙΚΑ Ιδιωτικές Κλινικές

### 2.3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. - ΕΤΑΜ / ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

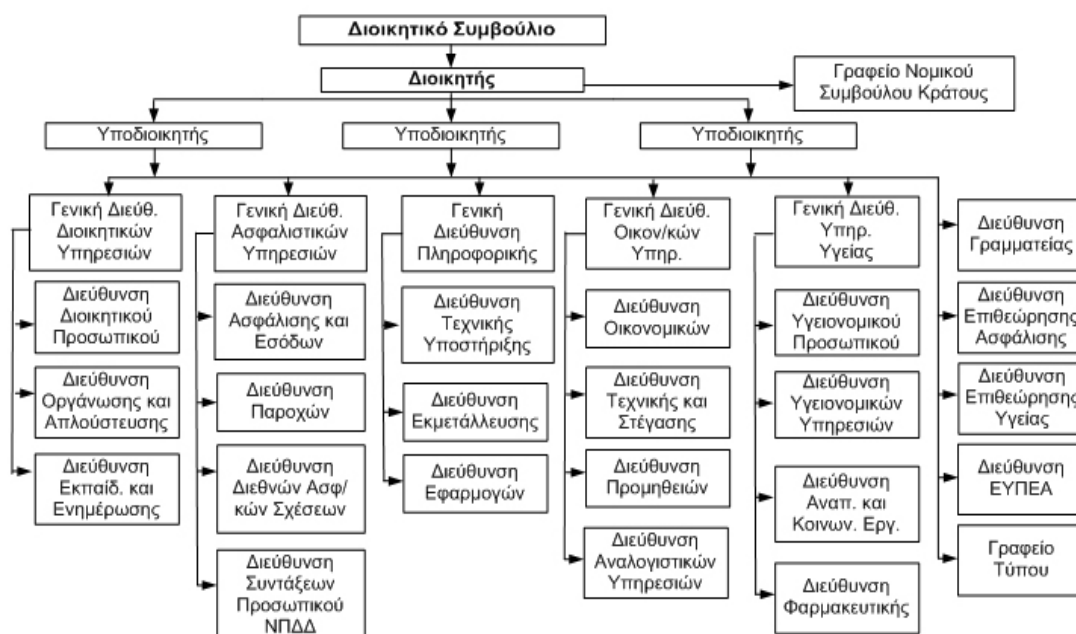
Το ΙΚΑ διαθέτει 5 Γενικές Διευθύνσεις, την Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών, την Γενική Διεύθυνση Πληροφορικής, την Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών, την Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών και την Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας. Οι περιφερειακές υπηρεσίες ασφάλισης διακρίνονται σε 5 κατηγορίες, τα περιφερειακά υποκαταστήματα, τα τοπικά υποκαταστήματα, τα παραστήματα, τα ταμεία εισπραξης εσόδων και την ειδική υπηρεσία ελέγχου ασφάλισης.

Τα υποκαταστήματα είναι μονάδες επιπέδου διεύθυνσης. Οι κύριες λειτουργίες τους κατανέμονται σε 8 τομείς, εσόδων, παροχών σύνταξης, παροχών ασθένειας, μητρώου, οικονομικού, φαρμακευτικών υπηρεσιών, διοικητικού και πληροφορικής. Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε ένα ή περισσότερα τμήματα με πλήρη συγκρότηση τομέων. Τα παραρτήματα είναι μονάδες χωρίς διάρθρωση και βρίσκονται σε επίπεδο τμήματος του υποκαταστήματος στο οποίο υπάγονται. Η διάρθρωση της οργανωτικής δομής των κεντρικών υπηρεσιών του οργανισμού διαφαίνεται παρακάτω. (ΣΧΗΜΑ 1)

ΣΧΗΜΑ 1

#### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Ι.Κ.Α. - ΕΤΑΜ

#### Οργανωτική Δομή Κεντρικής Διοίκησης ΙΚΑ - ΕΤΑΜ

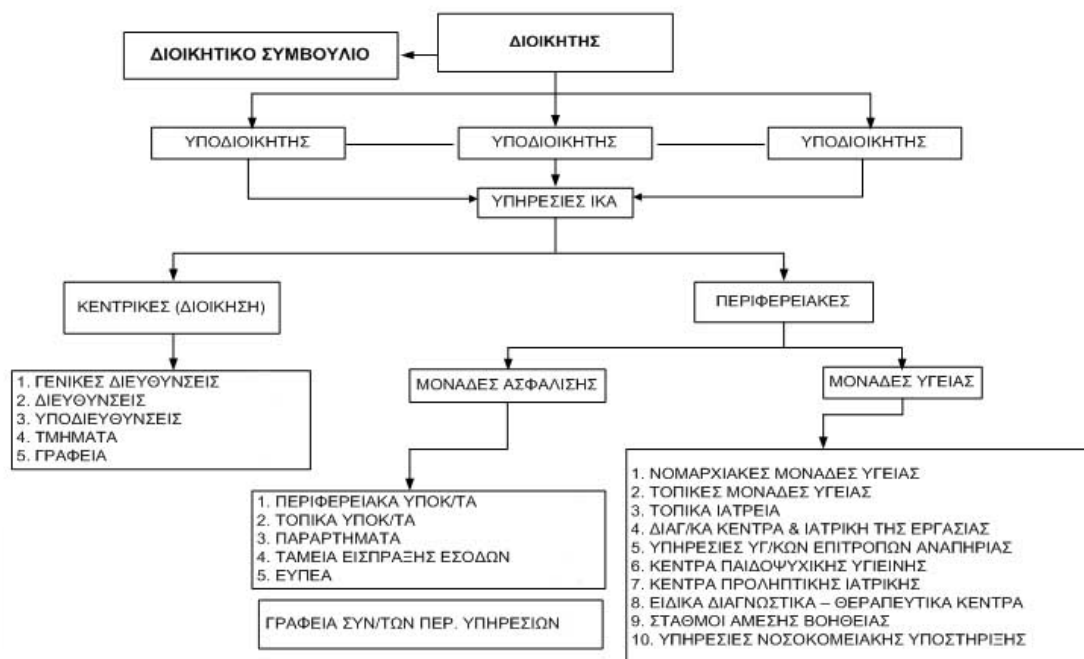


Στο οργανόγραμμα που ακολουθεί φαίνεται το σύνολο υπηρεσιών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες ασφάλισης και υγείας. (ΣΧΗΜΑ 2)

## ΣΧΗΜΑ 2

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Ι.Κ.Α. - ΕΤΑΜ

#### Οργανωτική Δομή Συνόλου Υπηρεσιών ΙΚΑ - ΕΤΑΜ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

#### 3.1. ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ – ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών (πληροφορία, γνώση, μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς. Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών (after sales service κλπ.). Η κυβέρνηση των ΗΠΑ ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, επιχειρήσεις και κυβέρνηση και άλλους οργανισμούς, περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, σωματεία και άλλες υπηρεσίες. (Azzoloni and Shillader, 1993)

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες (Σκόρδη, 1997):

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε (Κόιος, 2000). Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.

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

### 3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

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 (ISO 9000:2001). 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 (Evans and Lindsay).

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



Σύμφωνα με τον John Ovretveit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τί 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 Ovretveit 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 (Brook, 1999):

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

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

Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούργιο. Αναζήτηση ανθρώπινη, από τους αρχαίους χρόνους ήταν συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση, το «αειν αριστεύειν». Οι ρίζες της, όπως αποδεικνύεται από τα κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας και τις ενεπίγραφες στήλες, φθάνουν βαθιά στη μακρινή αρχαιότητα .

Μία ευρύτερα διαδεδομένη άποψη, αναφέρει ότι η έννοια της ποιότητας δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό, δεδομένου ότι έχει να κάνει με κάτι αστάθμητο το οποίο δεν επιδέχεται μέτρηση. Στην πραγματικότητα, η έννοια της ποιότητας προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό όσο και σε ότι αφορά τη μέτρησή της.

Το πολύπτυχο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί την αθέατη αλλά βασική παράμετρό της, δεδομένου ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής. Τέλος, η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς

παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών.

Μελετώντας τις διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις της ποιότητας θα παρατηρήσουμε ότι ορίζεται πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας.

Ο **Juran** (1988), ορίζει την ποιότητα ως: **«το βαθμό στον οποίον δεδομένο προϊόν (ή υπηρεσία) ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη.»**

Ο **Crosby** (1989), αναφέρει: **«η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη».**

Ο **Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO)** (1987), ορίζει την ποιότητα ως: **«το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες».** Διευκρινίζεται ότι οντότητα μπορεί να είναι ένα άτομο, μία επιχείρηση. Κοινό σημείο των διαφορετικών θεωριών και προσεγγίσεων ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

### 3.3. ΙΣΤΟΡΙΚΟΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΥΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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» (Hook, 1973). Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περιθάλψη ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000π.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 (Garnson, 1929).

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.

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.

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 (Cronin and Taylor, 1992). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

#### 3.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

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 Parasuraman et al. (1985) καταλήγουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

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

Η ποιότητα μιας 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.

### 3.5. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από εξειδικευμένους ιατρούς ή από γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman, 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεσή της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

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

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως (Dache, 1999). Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

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:

- 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 (Breedlove).
- 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 (Σκόρδη, 1997). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

### 3.6. ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές (Donelan 1999 και Donelan 2000).

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 (Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting, 1997):

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπειών 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 ζωών.

4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation): η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί σε όλον τον κόσμο. Παράλληλα, οι Norman Weinberg et al. (2000) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

1. Λανθασμένη διάγνωση ασθένειας
2. Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας
3. Προβληματική θεραπεία λόγω λάθος συνταγολόγησης, ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργικό σοκ).

Τονίζουν ότι τα παραπάνω προβλήματα προκλήθηκαν πιθανόν από: λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερειακής εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κλπ.) από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή).

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ χάνουν την ζωή τους 98.000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία. Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεραπόντων ιατρών, σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.α. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

### 3.7. ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας Donabedian πρότεινε τρεις βασικούς τρόπους για την αξιολόγηση 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 (CQI) αφορά όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης, από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. 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 (1992), 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 (Weinberg et al, 1998).



### 3.8. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές – υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

#### ❖ 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. 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.

#### ❖ Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας:

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, 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.

❖ **Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας:**

- 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.

❖ **Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία:**

- 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.

❖ **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. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

#### 4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Η **πληροφορική** είναι η επιστήμη που ερευνά την κωδικοποίηση, διαχείριση και μετάδοση συμβολικών αναπαραστάσεων γνώσεων και πληροφοριών. Επίσης εξετάζει τη σχεδίαση, υλοποίηση και βελτιστοποίηση αυτοματοποιημένων διατάξεων, συσκευών, υπηρεσιών και συστημάτων συλλογής, αποθήκευσης, επεξεργασίας, εξόρυξης και ανταλλαγής των εν λόγω αναπαραστάσεων.

Η πληροφορική συνδέεται πολύ στενά με την επιστήμη υπολογιστών, διότι η αυτοματοποιημένη υλοποίηση των μεθόδων της βασίστηκε από την πρώτη στιγμή στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Επιστημονικά όμως έχει έναν ευρύτερο σκοπό που δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες τεχνολογικές επιλογές. Η πληροφορική μπορεί να μελετηθεί είτε ανεξάρτητα από τις τεχνολογικές της συνιστώσες, είτε ως ένα ενιαίο με αυτές επιστημονικό πεδίο. Επιπρόσθετα, ο όρος πληροφορική υπονοεί και τη διερεύνηση φυσικών διεργασιών επεξεργασίας πληροφοριών (βλ. γνωσιακή επιστήμη).

Η πληροφορική είναι η επιστημονική μελέτη της πληροφορίας και πως αυτή δημιουργείται, κωδικοποιείται, μεταφέρεται, μετριέται, χρησιμοποιείται και αποτιμάται.

Από τον πιο πάνω ορισμό γίνεται κατανοητό το μεγάλο εύρος της επιστήμης, αφού η γνώση μπορεί να υπάρχει σε τόσες πολλές μορφές αλλά και σε τόσους πολλούς φορείς. Η επιστήμη των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι ένα μικρό μόνο κομμάτι (αλλά το πιο ευρέως διαδεδομένο) μελέτης της πληροφορικής.

## 4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το 1957 επινοήθηκε ο όρος *informatik* από τον Γερμανό επιστήμονα Καρλ Στάινμπαχ, ο οποίος εξέδωσε μία εργασία ονόματι *Informatik: Automatische Informationsverarbeitung* («Πληροφορική: Αυτόματη Επεξεργασία Πληροφοριών»). Από εκεί προέκυψε η αγγλική λέξη *informatics* (=πληροφορική) η οποία είναι συνώνυμη του προϋπάρχοντος στα αγγλικά όρου *computer science* (=επιστήμη υπολογιστών). Ωστόσο η επιστήμη υπολογιστών κάποιες φορές κατανοείται ως πιο περιορισμένο επιστημονικό πεδίο, με θεωρητικό και μαθηματικό προσανατολισμό. Πάντως στα γερμανικά η λέξη *informatik* αποτελεί την ορθή μετάφραση του αγγλικού *computer science*.

Το 1962 επινοήθηκε ο ομόηχος όρος *informatique* από τον Γάλλο Φιλίπ Ντρέφους, ως συνδυασμός των λέξεων *information* (=πληροφορία) και *automatic* (=αυτόματη), προκειμένου να περιγραφεί η επιστήμη της αυτόματης επεξεργασίας πληροφοριών. Από τα γαλλικά ο όρος πέρασε στις υπόλοιπες λατινογενείς γλώσσες και, τελικά, στα ελληνικά ως *πληροφορική*. Η κατάληξη (-ique στα γαλλικά, -ics στα αγγλικά, -ική στα ελληνικά) επιλέχθηκε ώστε να ταιριάζει με προϋπάρχοντα ονόματα επιστημονικών πεδίων αλλά και πρακτικών εφαρμογών (π.χ. φυσική, πολιτική, τακτική κλπ).

Σαν επιστήμη ξεκίνησε από τον Αμερικανό ηλεκτρολόγο μηχανικό Κλοντ Ε. Σάνον όταν δημοσίευσε εργασία με θέμα "Μαθηματική θεωρία της επικοινωνίας".

Η πληροφορική άρχισε στη δεκαετία του 1940 και αναπτυσσόταν παράλληλα με την δημιουργία και ανάπτυξη των ψηφιακών υπολογιστών. Στην διάρκεια του β' παγκοσμίου πολέμου υπήρχε ανάγκη για αυξημένη ακρίβεια και βάθος στην αναζήτηση στοιχείων που δεν ήταν άμεσα διαθέσιμα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την δημιουργία μεθόδων και προγραμμάτων αναζήτησης και επεξεργασίας πληροφορίας με αυτόματο τρόπο, βάσει δεικτών και ελεγχόμενων λεξιλογίων αναζήτησης κυρίως σε αρχεία επιστημονικών δημοσιευμένων μελετών.

Τα συστήματα δημιουργούσαν αυτόματα περιλήψεις ανακοινώσεων που τις ταξινομούσαν για εύκολη πρόσβαση.

Αργότερα στις επόμενες δεκαετίες του 1950 και 1960 έγιναν μαζικές μεταφορές δεδομένων από το χαρτί σε ηλεκτρονική μορφή που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Στη δεκαετία του 1980 η πληροφορική έγινε επιστήμη που επεκτάθηκε σε πολλούς τομείς και στα μέσα αυτής της δεκαετίας αναπτύχθηκε ερευνητικά η τεχνητή νοημοσύνη.

Η τεχνητή νοημοσύνη (Artificial intelligence ή AI) έχει να κάνει με την ικανότητα των μηχανών να μιμηθούν έξυπνη ανθρώπινη νοητική λειτουργία. Οι ερευνητές κατασκευάζουν μηχανές που μπορούν να καταλάβουν την ανθρώπινη ομιλία και να μπορούν να παίρνουν λογικές αποφάσεις που θα στηρίζονται στα δεδομένα και στην επεξεργασία τους. Οι υπολογιστές μπορούν να παίζουν σκάκι ή να βοηθούν γιατρούς να κάνουν διάγνωση, να δίνουν συμβουλές οικονομικών επενδύσεων κλπ.

Ένα σημαντικό βάρος που δίνεται στην κατασκευή τέτοιων μηχανημάτων είναι η συνεργασία του μη ειδικευμένου χειριστή με την μηχανή. Η μηχανή θα πρέπει να καταλαβαίνει την ανθρώπινη γλώσσα και να μπορεί επίσης να συλλέγει και να προσφέρει στον χρήστη την απαιτούμενη πληροφορία από υπάρχουσες βάσεις δεδομένων.

Στο μέλλον θα δοθεί έμφαση στο πως τα πολύπλοκα ηλεκτρονικά μηχανήματα θα είναι εύκολα και προσιτά σε χρήστες που δεν θα ξέρουν σχεδόν τίποτε για αυτά, στο πως μπορούν οι μηχανές να βοηθούν ομάδες χρηστών να παίρνουν αποφάσεις και το πιο σπουδαίο να γίνει βαθύτερη κατανόηση της λειτουργίας της ανθρώπινης σκέψης ώστε αυτή να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε έξυπνα δίκτυα.

#### 4.3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η ανάγκη για θεωρητική βάση της τεχνολογίας των επικοινωνιών προήλθε από την αύξηση της πολυπλοκότητας και του πλήθους των τηλεπικοινωνιακών καναλιών, όπως τα τηλεφωνικά, ασύρματα κλπ. δίκτυα. Η πληροφορική ασχολείται επίσης και με όλες τις υπάρχουσες μορφές μετάδοσης και αποθήκευσης της πληροφορίας, περιλαμβανομένων των τηλεοπτικών σημάτων και των σημάτων επικοινωνίας και αποθήκευσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών.

#### **Μέσα Διακίνησης Πληροφορίας**

Ο όρος πληροφορία έχει να κάνει με όλες τις μορφές της όπως είναι η φωνή ή η μουσική, η εικόνα μέσω τηλεόρασης, τα σήματα επικοινωνίας μεταξύ υπολογιστών και δικτύων, ακόμα και οι νευρικοί παλμοί σε ζωντανούς οργανισμούς.

Η πληροφορική μπορεί να συνδυάζει τεχνικές και λογικές από άλλες επιστήμες και να τις φέρνει σε επίπεδο συνεννόησης, όπως π.χ. από τις κοινωνικές επιστήμες, την επιστήμη των ηλεκτρονικών υπολογιστών, την κυβερνητική, τη γλωσσολογία, την επιστήμη διοίκησης, την νευροχειρουργική και την έρευνα των νευρικών συστημάτων, την θεωρία συστημάτων και την βιολογία.

#### 4.4. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι ερευνητές της πληροφορικής εξετάζουν, αναλύουν και μελετούν τα φαινόμενα από πλευράς πληροφορίας όπως τον κύκλο ζωής και τη χρήση βιβλιογραφίας σε ένα δεδομένο ζήτημα, τα διάφορα μοτίβα συγγραφής, την επίδραση της ανάγνωσης σε ομάδες και κοινωνίες κ.α.

Για τον επιστήμονα της πληροφορικής η γνώση δεν υπάρχει μόνο σε βιβλιοθήκες, αλλά και σε τράπεζες πληροφοριών (γραπτές ή ηλεκτρονικές), σε μητρώα, σε αρχεία, σε οργανισμούς όπως κέντρα μελετών, πανεπιστήμια, σχολεία, επιχειρήσεις. Η μελέτη της γνώσης αρχίζει από τη δημιουργία των δομών και φτάνει μέχρι τη διαδικασία λειτουργίας της ανθρώπινης σκέψης (από χημική, ιατρική, βιολογική, ψυχολογική άποψη).

#### 4.5. Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρώτη ολοκληρωμένη εγκατάσταση υπολογιστών στην Ελλάδα έγινε από την IBM στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, τότε Γενική Διεύθυνση Δημοσίου Λογιστικού, τον Αύγουστο του 1939. Πρώτη εφαρμογή ήταν οι συντάξεις.

Το σύστημα αποτελείτο από μια αλφαβητική διατρητική επαναληπτική γράφουσα μηχανή των 80 στηλών Μοντέλο 34, μια οριζόντια αλφαβητική διαλογική μηχανή Μοντέλο 80 και μια αλφαβητική λογιστική μηχανή 405 ταχύτητας 80 δελτίων ανά λεπτό. Ενοίκιο 387.050 δραχμές τον χρόνο. Οι μηχανές αυτές της IBM κατασχέθηκαν τον Μάρτιο του 1942 από τις γερμανικές αρχές κατοχής.

Πρώτος χρήστης μηχανημάτων πληροφορικής μετά τον πόλεμο το 1950 ήταν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ).

Το συγκρότημα που εγκαταστάθηκε για τις ανάγκες του ΙΚΑ από την IBM ήταν

λογιστικές μηχανές 405, διατρητικές 031, επαληθευτικές 056, διαλογικές 080, συζευτικές 077, μεταφραστική 552 και αναπαραγωγικές 513. (Όλα τα μοντέλα της IBM).

Μετά το ΙΚΑ ακολουθούν στην μηχανογράφηση η Τράπεζα της Ελλάδος, η Εθνική Τράπεζα και το Λογιστήριο του Κράτους που χρησιμοποιούν τη λογιστική μηχανή την 421 που κατασκευάζεται στην Ευρώπη.

Μετά την IBM ήρθαν στην Ελλάδα και άλλες εταιρείες όπως η DIGITAL EQUIPMENT COMPANY (DEC) , η γαλλική BULL, η Ιταλική OLIVETTI κλπ. με την μηχανογράφηση μεγάλων εταιρειών.

Το 1962 η Εθνική Τράπεζα και η Εμπορική Τράπεζα εγκαθιστούν τους πρώτους 1401 της IBM. Ακολουθούν η Ολυμπιακή, τα Ελληνικά Ναυπηγεία και Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας.

Σήμερα ισχυρότεροι υπολογιστές εγκατεστημένοι με μεγάλα δίκτυα υπάρχουν στις μεγάλες τράπεζες, στην Ολυμπιακή και αλλού.

#### 4.6. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ένας από τους πλέον σημαντικούς στρατηγικούς στόχους της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, είναι η αναδιάρθρωση και η αναβάθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της χώρας.

Το ΙΚΑ, με κύριο στόχο τη βέλτιστη εξυπηρέτηση του πολίτη, υιοθετεί μια νέα φιλοσοφία για την οργάνωση και τη λειτουργία του, η οποία εφαρμόζεται στην πράξη μέσω του Προγράμματος Εκσυγχρονισμού του Ιδρύματος και αφορά στον ανασχεδιασμό, στον εκσυγχρονισμό και στην απλούστευση των λειτουργικών διαδικασιών του Ιδρύματος.

Οι δράσεις που περιλαμβάνονται επηρεάζουν πολλά επίπεδα όπως σε επίπεδο υποδομών τόσο στον τομέα της πληροφορικής όσο και στο εργασιακό περιβάλλον, σε επίπεδο αναδιοργάνωσης και ανασχεδιασμού των λειτουργιών του φορέα, σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού με την βοήθεια ενημέρωσης και συνεχών εκπαιδεύσεων και σε επίπεδο ανάπτυξης υπηρεσιών με την χρήση των νέων τεχνολογιών.

Η υπάρχουσα πληροφοριακή υποδομή του οργανισμού περιλαμβάνει κυρίως μηχανογραφικές εφαρμογές που εξυπηρετούν (μερικά και όχι σε ολοκληρωμένη έκταση) τις ακόλουθες περιοχές : Συντάξεις Ασφαλισμένων ΙΚΑ, Μισθοδοσία Υπαλλήλων ΙΚΑ,



Μητρώο Προσωπικού, Ένσημα Ασφαλισμένων ΙΚΑ, Μητρώο Ασφαλισμένων ΙΚΑ , Μητρώο Εργοδοτών, Καθυστερούμενες Εισφορές ΙΚΑ, Παροχές Ασφαλισμένων ΙΚΑ και κάποιες διαδικασίες για την εσωτερική λειτουργία του Φορέα.

Ως προς τον υπεύθυνο ανάπτυξης χωρίζονται σε :

**BATCH ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ:** έχουν αναπτυχθεί από το ΚΗΥΚΥ, από το 1968-1980, σε εξοπλισμό Η/Υ και εργαλεία ανάπτυξης εφαρμογών παλαιάς τεχνολογίας (COBOL).

**ON LINE ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ :** έχουν αναπτυχθεί είτε από το ΚΗΥΚΥ είτε από υπαλλήλους της Διεύθυνσης Πληροφορικής ΙΚΑ, σε εξοπλισμό Η/Υ και εργαλεία ανάπτυξης εφαρμογών νέας τεχνολογίας (UNIX-ORACLE).

**ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΜΙΚΡΗΣ ΕΜΒΕΛΕΙΑΣ :** έχουν αναπτυχθεί από υπαλλήλους της Διεύθυνσης Πληροφορικής ΙΚΑ σε PC's.

Η προσπάθεια του ΙΚΑ για εκσυγχρονισμό, βασισμένη σε Στρατηγικό Πρόγραμμα Πληροφορικής (Master Plan), έχει ως κεντρικό άξονα την εισαγωγή και υλοποίηση ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος, του ΟΠΣ - ΙΚΑ, το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη και αναμένεται η σταδιακή εγκατάσταση και λειτουργία του.

Παράλληλα, το ΙΚΑ έχει προχωρήσει στην εκτέλεση συμπληρωματικών έργων για τον Λειτουργικό Ανασχεδιασμό του Τομέα Κοινωνικής Ασφάλισης και τον Λειτουργικό Ανασχεδιασμό του Τομέα Υγείας. Πρόσθετες υποστηρικτικές και εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις που έχουν τεθεί σε εφαρμογή αφορούν την Υποστήριξη στη Διαχείριση των Έργων και του Ανθρώπινου Δυναμικού καθώς και την Εσωτερική Αναδιοργάνωση και Αναβάθμιση του Περιβάλλοντος Εργασίας. Στόχοι του Προγράμματος Εκσυγχρονισμού, είναι η αύξηση της παραγωγικότητας, η ενίσχυση του ελέγχου και της υπευθυνότητας και η ανταπόκριση στην ανάγκη παροχής υπηρεσιών που να ικανοποιούν τον πολίτη στις συναλλαγές του με το Ίδρυμα.

#### 4.7. ΤΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΟ Ι.Κ.Α – ΕΤΑΜ ( Ο.Π.Σ. – Ι.Κ.Α. )

Το ΟΠΣ-ΙΚΑ προβλέπεται να αντιμετωπίζει συντονισμένα, μέσω ενός ολοκληρωμένου πλαισίου, το σύνολο των λειτουργιών του Ιδρύματος. Το ΟΠΣ-ΙΚΑ αποτελείται από εξοπλισμό (hardware) που περιλαμβάνει κεντρικές υπολογιστικές μονάδες (servers), θέσεις εργασίας (workstations) και περιφερειακά (π.χ. εκτυπωτές), εγκατεστημένα στις κεντρικές υπηρεσίες και τα κατά τόπους Υποκαταστήματα και λοιπές μονάδες του ΙΚΑ, δικτυακό εξοπλισμό, με τον οποίο τα προαναφερόμενα συστήματα διασυνδέονται μεταξύ τους σε τοπικά δίκτυα (LAN) στο εσωτερικό κάθε μονάδας και σε ένα δίκτυο ευρείας περιοχής (WAN) που συνδέει όλες τις μονάδες με το κέντρο και κατ' επέκταση μεταξύ τους, λογισμικό συστήματος (system software) που παρέχει το βασικό περιβάλλον λειτουργίας των εφαρμογών, εξειδικευμένες εφαρμογές, φιλικές στη χρήση, που εξυπηρετούν τις μονάδες, χρησιμοποιούν, ανταλλάσσουν και ενημερώνουν μεταξύ τους κοινά στοιχεία και καλύπτουν κατά ενιαίο, ασφαλή και ολοκληρωμένο τρόπο τις μηχανογραφικές ανάγκες του Ιδρύματος.

Το ΟΠΣ-ΙΚΑ προβλέπεται να καλύπτει με αυτοματοποιημένο τρόπο τις λειτουργικές περιοχές ασφαλιστικών εισφορών, παροχών, υγείας και οικονομικής διαχείρισης του ΙΚΑ σε διοικητικό και εκτελεστικό επίπεδο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 5.1. ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι για την αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ακολούθως παραθέτουμε τα βασικά εννοιολογικά χαρακτηριστικά ορισμένων μεθόδων απ' αυτές, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο καθεμία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των 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 σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας (Σπανός, 1993). Ο έλεγχος αυτός, ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, όπου ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή.

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

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.

## 5.2. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

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 (Μέριανου – Μιχαήλ και συν., 1993, Τσιότρας, 1995).

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, κατ' αρχάς, 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 ΗΠΑ.

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, παρ' όλο 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.

### 5.3. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ( Δ.Ο.Π. )

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 William Edwards Deming, επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

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 (Τσιότρας, 1995).

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 (Λογοθετίδης, 1992).

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.

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 μικρο 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 (Λογοθέτης, 1992), οι οποίες παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω.

α) 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.

β) 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.

γ) 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.



#### 5.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

- να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
- να ενθαρρύνονται συνεχώς
- να επιβραβεύονται για το έργο τους
- να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
- να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Όσον αφορά την πυραμίδα εξουσίας, στις νοσηλευτικές μονάδες δεν αποτελείται από μία γραμμή, αλλά από διαφορετικές για το διοικητικό και το ιατρικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, υπάρχει σύγχυση εξουσιών ανάμεσα στο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Το ιατρικό προσωπικό εποπτεύει καταρχήν το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σε επίπεδο διευθυντών υπάρχει στενή συνεργασία. Το νοσηλευτικό προσωπικό υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό στο οποίο λογοδοτεί. Το βοηθητικό προσωπικό ακολουθεί τις εντολές του νοσηλευτικού σε επίπεδο εργασιών και υποχρεώσεων, αλλά υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό, το οποίο κρίνει βάσει των υποδείξεων του νοσηλευτικού. Συμπερασματικά, η δυσπλασία του οργανογράμματος δημιουργεί έντονα προβλήματα στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και, συνεπώς, στη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας (Oakland, 1998). Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας (Donabedian, 1996).

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών (Frizsimmons and White, 1997). Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

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

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

Ειδικότερα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην καλή λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας, αλλά ιδιαίτερα πολύπλευρος και λόγω των παρακάτω αρμοδιοτήτων:

1. συνεχή επαφή με τους ασθενείς
2. συνεχή επαφή με τους ιατρούς
3. επαφή με το διοικητικό προσωπικό
4. καθήκοντα ιατρικά
5. καθήκοντα «νοικοκυριού» (καθαρισμός και τροφοδοσία)
6. στενή επαφή με την οικογένεια του ασθενή
7. καθήκοντα ασφάλεια, καθοδήγησης.

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων. Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου. Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα τον συνεχή αγώνα του οργανισμού (Jackson, 2001). Για παράδειγμα, στο ιατρικό κέντρο LVPEI στην Ινδία, οι Samandari et al (2001) μας πληροφορούν ότι η ανάμιξη του προσωπικού αποδείχτηκε ουσιώδεις για την μείωση του κόστους και την επιτυχή λειτουργία των προγραμμάτων ΔΟΠ που εφαρμόζουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

#### 6.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα ενδιαφέροντος των επιχειρήσεων και των οργανισμών. Η αρχή της μέτρησης αποτελεί μία από τις πέντε βασικές λειτουργίες της διοικητικής επιστήμης και δίνει τη δυνατότητα της κατανόησης, της ανάλυσης και της βελτίωσης. ( Massnick, 1997 )

Επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συνολική στάση του ατόμου προς την εργασία του. Είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμά του ή την εργασιακή του πείρα. Θα μπορούσε επίσης να οριστεί και ως η συναισθηματική ανταπόκριση ενός ατόμου προς τα καθήκοντα του και προς τις φυσικές και κοινωνικές συνθήκες της εργασίας του.

Οι πρώτες μελέτες για την εργασιακή ικανοποίηση πραγματοποιήθηκαν κατά την δεκαετία του 1920. Αργότερα από το 1980 και μετά τόσο οι συνθήκες στην αγορά εργασίας, δηλαδή η αύξηση της ανεργίας, η οικονομική ύφεση, όσο και η σύνδεση της επαγγελματικής ικανοποίησης με άλλες στάσεις και συμπεριφορές στην εργασία, οδήγησαν στην αποδυνάμωση της κυριαρχίας της έννοιας και κατά συνέπεια στην μείωση των μελετών της οργανωτικής ψυχολογίας και της διοίκησης των επιχειρήσεων. Ωστόσο όμως τα τελευταία χρόνια η επαγγελματική ψυχολογία και η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει βρεθεί και πάλι στο προσκήνιο και έχει γίνει κέντρο ενδιαφέροντος για τους επιστήμονες οι οποίοι ασχολούνται με θέματα οργανωτικής ψυχολογίας και με την διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς.

Τα τελευταία χρόνια έχουν παρατηρηθεί ραγδαίες αλλαγές σε πολλούς εργασιακούς τομείς ιδιαίτερα με την είσοδο της τεχνολογίας της πληροφορικής στον χώρο εργασίας και το γεγονός αυτό έχει συντελέσει στην διαφοροποίηση των επιπέδων ικανοποίησης τόσο προς την αύξηση της λόγω της διευκόλυνσης που παρέχεται από την χρήση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων, όσο και προς την μείωση της σε αρκετές περιπτώσεις προκαλώντας καταστάσεις μεγάλης πίεσης με αποτέλεσμα την εμφάνιση ‘εργασιακών ασθενειών’ όπως είναι το εργασιακό άγχος, η χρόνια κόπωση και η ψυχολογική εξουθένωση.

Οι εταιρείες και οι οργανισμοί, οι οποίοι έχουν ένα σαφή προσανατολισμό στην αγορά δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη. Ο Edosomwan ( 1993 ) δίνει τον ακόλουθο ορισμό για τις επιχειρήσεις – οργανισμούς αυτούς:

«...Μια προσανατολισμένη στον πελάτη εταιρεία ή οργανισμός είναι αυτή που είναι δεσμευμένη να παρέχει εξαιρετικής ποιότητας και ανταγωνιστικά προϊόντα και υπηρεσίες, με στόχο να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες των πελατών, σε ένα σαφές καθορισμένο τμήμα της αγοράς. Μια τέτοια εταιρεία ή οργανισμός, αναλύει τις δυνατότητες της αγοράς και προσφέρει προϊόντα και υπηρεσίες που ικανοποιούν τις ανάγκες της, ενώ ταυτόχρονα θεωρεί τους πελάτες της ως τους τελικούς κριτές των προϊόντων και των υπηρεσιών που προσφέρει.....»

Η ικανοποίηση του πελάτη ( customer satisfaction ), σύμφωνα με μια εξαντλητική επισκόπηση του Yi ( 1991 ), ορίζεται με δύο βασικούς τρόπους : είτε ως ένα αποτέλεσμα ( outcome ), είτε ως μια διαδικασία ( process ). Ο πρώτος τρόπος καθορίζει την ικανοποίηση ως μια τελική κατάσταση ή ως ένα αποτέλεσμα της εμπειρίας κατανάλωσης ή χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας :

«...Η ικανοποίηση είναι μια γνωστική κατάσταση του πελάτη, όσον αφορά στην επαρκή ή ανεπαρκή ανταμοιβή του για τις θυσίες και τις προσπάθειες που έχει καταβάλει....» ( Howard and Sheth, 1969 )

«...Η ικανοποίηση είναι μια συναισθηματική αντίδραση στις εμπειρίες του πελάτη, οι οποίες σχετίζονται είτε με συγκεκριμένα προϊόντα και υπηρεσίες, είτε με τις διαδικασίες αγοράς, είτε ακόμη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πελάτη αυτού....» ( Westbrook and Reilly, 1983 )

«...Η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της αγοράς και χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, το οποίο απορρέει από τη σύγκριση του πελάτη ανάμεσα στην ανταμοιβή και το κόστος της αγοράς, λαμβάνοντας υπόψη τις προσδοκώμενες επιπτώσεις....» ( Churchill and Supernant, 1982 ).

Εναλλακτικά, η ικανοποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία, με έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες αντίληψης και αξιολόγησης που την επηρεάζουν :

«...Η ικανοποίηση είναι μια διαδικασία αξιολόγησης, η οποία βασίζεται στο κατά πόσο η συγκεκριμένη εμπειρία ήταν τόσο καλή όσο ο πελάτης πίστευε ότι θα είναι...»

( Hunt, 1977 )

«...Η ικανοποίηση είναι μια διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει αν η συγκεκριμένη επιλογή είναι συμβατή με τις προγενέστερες πεποιθήσεις του πελάτη...»

( Engel and Blackwell, 1982 )

«...Η ικανοποίηση είναι η αντίδραση του καταναλωτή στη διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει τις ασυμφωνίες μεταξύ προγενέστερων προσδοκιών και του πραγματικού επιπέδου απόδοσης του προϊόντος , όπως γίνεται αντιληπτό από τον καταναλωτή μετά τη χρήση του...» ( Tse and Wilton, 1988 ).

Σε γενικές γραμμές, οι πλέον δημοφιλείς ορισμοί της ικανοποίησης πελατών βασίζονται στην εκπλήρωση των προσδοκιών του πελάτη. Όπως αναφέρουν και οι Oliver ( 1996 ), Hill ( 1996 ), Gerson ( 1993 ), και Vavra ( 1997 ), η ικανοποίηση είναι ένα μέτρο για το πόσο το προσφερόμενο ολικό προϊόν ή υπηρεσία εκπληρώνει τις προσδοκίες του πελάτη.

Η κριτική που αφορά την προηγούμενη προσέγγιση εστιάζεται κυρίως σε περιπτώσεις που η σύγκριση των προσδοκιών, ιδίως όταν δεν είναι ιδιαίτερα υψηλές, ενδέχεται να δημιουργήσει ασυνέπειες στη ανάλυση της συμπεριφοράς των πελατών (Dutka, 1995 ). Επιπρόσθετα, όπως αναφέρει και ο Zifko – Baliga ( 1998 ), σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση η ικανοποίηση είναι ένα μέτρο για το πόσο καλά μπορούν οι πελάτες να προβλέψουν το επίπεδο που ένα προϊόν ή μια υπηρεσία θα τους ικανοποιήσει.

Αρκετοί ερευνητές ( Hill, 1996, Parasuraman et al., 1985, 1988 ) δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι η ικανοποίηση είναι μια αντίληψη των πελατών, γεγονός που σημαίνει ότι η συγκεκριμένη πληροφορία δεν είναι άμεσα διαθέσιμη, αλλά θα πρέπει να καταβληθεί πρόσθετη προσπάθεια για να μετρηθεί, να αναλυθεί και να εξηγηθεί. Επιπρόσθετα, οι όποιες αντιλήψεις των πελατών δεν είναι απαραίτητο να συμβαδίζουν πάντοτε με την πραγματικότητα.

Το μοντέλο του Oliver ( 1977, 1980 & 1981 ) χρησιμοποιεί τη θεωρία προσαρμογής του Helson και διατυπώνει την άποψη ότι οι προσδοκίες των πελατών διαμορφώνουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο απόδοσης και παρέχουν ένα πλαίσιο αναφοράς για την αξιολόγηση από την πλευρά των καταναλωτών.

Εκτός από τις προσδοκίες των πελατών, έχουν προταθεί εναλλακτικά πρότυπα σύγκρισης για τον ορισμό της ικανοποίησης :



- Οι Spreng and Olshavsky ( 1992 ) πιστεύουν ότι η σύγκριση της απόδοσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να γίνεται με τις επιθυμίες και όχι με τις προσδοκίες των πελατών
- Η ερευνητική εργασία των Churchill and Suprenant ( 1982 ), προτείνει ότι η απόδοση των επιμέρους χαρακτηριστικών των προϊόντων, κυρίως στην περίπτωση διαρκών αγαθών, είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της ικανοποίησης των πελατών.
- Όμοια, οι Woodruff et al. ( 1991 ) ισχυρίζονται ότι η σύγκριση θα πρέπει να βασίζεται σε συγκεκριμένα πρότυπα απόδοσης και όχι στις προσδοκίες των πελατών. Η προσέγγιση τους εστιάζεται στη διαμόρφωση προτύπων απόδοσης που βασίζονται στην εμπειρία από τη χρήση ( experience – based norms ) όχι μόνο του προϊόντος, αλλά και άλλων ανταγωνιστικών. Έτσι το συγκεκριμένο προϊόν δεν αποτελεί αναγκαστικά πρότυπο αναφοράς για τη διαδικασία σύγκρισης.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι ορισμοί της ικανοποίησης πελατών διαφέρουν ανάλογα με το αντικείμενο εστίασης και το επίπεδο αποσαφήνισης ( Yi, 1991 ) :

- Ικανοποίηση από ένα προϊόν ή μια υπηρεσία
- Ικανοποίηση από μια εμπειρία απόφασης αγοράς
- Ικανοποίηση από ένα χαρακτηριστικό απόδοσης
- Ικανοποίηση από μια εμπειρία κατανάλωσης – χρήσης
- Ικανοποίηση από ένα τμήμα ή κατάσταση του οργανισμού ή της εταιρείας
- Ικανοποίηση από μια προ – αγοραστική εμπειρία

Ο ορισμός της ικανοποίησης πελατών, σε αρκετές περιπτώσεις εξετάζεται παράλληλα και με άλλες συσχετιζόμενες έννοιες, όπως είναι η ποιότητα, η αξία, η εξυπηρέτηση, κτλ. (Gerson, 1993, Σπανός, 1997, Zifko – Baliga, 1998, Dutka, 1995, Massnick, 1997, Naumann, 1995, Naumann and Giel, 1995, Woodruff and Gardial, 1996, Edosomwan, 1993, Woodruff et al., 1993, Burns and Woodruff, 1991, Sheth et al., 1991



Η μέτρηση της ικανοποίησης έχει τις ρίζες της στο χώρο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ενώ έχει απασχολήσει και αρκετούς θεωρητικούς του Marketing.

Η προσέγγιση από την πλευρά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, εστιάζεται στον τρόπο υλοποίησης των αποτελεσμάτων τα οποία βασίζονται σε αναλύσεις δεδομένων της ικανοποίησης πελατών μέσα σε μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό ( σχεδιασμός, παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών κ.τ.λ. ).

Η προσέγγιση από τη σκοπιά του Marketing είναι, κυρίως, κοινωνικο – ψυχολογική, δηλαδή, με ποιο τρόπο μορφοποιείται η ικανοποίηση και ποια είναι η επίδρασή της στη μελλοντική αγοραστική συμπεριφορά του καταναλωτή. Οι θεωρητικοί της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχουν αναγνωρίσει ότι η βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στους εσωτερικούς δείκτες της επιχείρησης ή του οργανισμού, αλλά θα πρέπει να συνδυάζεται και με δεδομένα τα οποία προέρχονται από τους πελάτες.

Ο Juran ως φιλοσοφία περί ποιότητας προσδιορίζει την καταλληλότητα προς τη χρήση, ενώ ως προσανατολισμό του θέτει τον πελάτη. Δίνει παράλληλα έμφαση στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, τονίζοντας ότι προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, οι επιχειρήσεις – οργανισμοί θα πρέπει να περάσουν από μια σειρά ανατροπών στη νοοτροπία, στην οργάνωση, στη γνώση, στα πολιτιστικά πρότυπα και στα αποτελέσματα (Juran, 1974 ).

Ο Deming ως ορισμό της ποιότητας θέτει την καταλληλότητα ως προς το σκοπό, ενώ ο προσανατολισμός του είναι σαφέστατα ο πελάτης.

Γενικότερα οι θεωρητικοί της ποιότητας προσεγγίζουν το πρόβλημα της μέτρησης από την πλευρά του προϊόντος ή της υπηρεσίας, θεωρώντας αναγκαία συνθήκη και την ικανοποίηση των πελατών.

Από την πλευρά του marketing η μέτρηση της ικανοποίησης του πελάτη θεωρήθηκε αρχικά ως αντικείμενο ανάλυσης της συμπεριφοράς του καταναλωτή. Για την κατανόηση της συμπεριφοράς του καταναλωτή είτε ως άτομου, είτε ως ομάδα, διαμορφώθηκαν κατά καιρούς ορισμένα μοντέλα.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών συνοψίζονται στα εξής σημεία ( Dutka, 1995, Naumann and Giel, 1995, Czarniecki, 1999 ) :

1. Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες της εταιρεία ή του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
2. Η εταιρεία ή ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες της ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στην πελατεία.
3. Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης που θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.
4. Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της επιχείρησης ή του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις αντιλήψεις και τις απόψεις των πελατών.
5. Δίδεται ένα κίνητρο στο προσωπικό της εταιρείας ή του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητα του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

## 6.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΛΑΤΗ – ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΠΕΛΑΤΗΣ

Ο σαφής καθορισμός του συνόλου των πελατών μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, είναι μια αρκετά δύσκολη διαδικασία, δεδομένου του εύρους αυτού του συνόλου, αλλά και της δυνατότητας τμηματοποίησης του σε επιμέρους ομάδες ή υποσύνολα.

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό, πελάτης μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, είναι τα άτομα που λαμβάνουν τις αποφάσεις αγοράς των προϊόντων ή των υπηρεσιών που διαθέτει η επιχείρηση ή ο οργανισμός.

Ο Edosomwan ( 1993 ), προτείνει ένα εναλλακτικό ορισμό των πελατών, κατά τον οποίο, «πελάτης είναι το άτομο ή η ομάδα ατόμων που λαμβάνει το παραγόμενο αποτέλεσμα μιας εργασίας». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό οι πελάτες μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Πελάτης – άτομο ( self unit customer ): όλα τα άτομα μπορούν να θεωρηθούν πελάτες του εαυτού τους, δεδομένου ότι είναι οι πρώτοι αποδέκτες του προϊόντος της εργασίας τους.

- Εσωτερικοί πελάτες ( internal customer ): το προσωπικό μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού αποτελεί το σύνολο των εσωτερικών πελατών.
- Εξωτερικοί πελάτες ( external customer ): οι χρήστες ή οι αγοραστές των τελικών προϊόντων μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού.

Αρκετές ερευνητικές προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στην ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στην ικανοποίηση των πελατών ενός οργανισμού, στην ικανοποίηση του προσωπικού και στην οικονομική βιωσιμότητα του οργανισμού αυτού. Το βασικό αποτέλεσμα των ερευνών επικεντρώνεται στο συμπέρασμα ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να ικανοποιηθεί το σύνολο των « εξωτερικών » πελατών μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, αν δεν επιτευχθεί υψηλό επίπεδο ικανοποίησης του προσωπικού ( Dutka, 1995, Vavra, 1997, Massnick, 1997 )

### 6.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

Είναι κατανοητό ότι η επιτυχία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού βασίζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό και στην ποιότητα των εσωτερικών υπηρεσιών που εισπράττει το ανθρώπινο δυναμικό. Οι οργανισμοί που μετρούν την ποιότητα των εσωτερικών υπηρεσιών καθώς και την ικανοποίηση του εσωτερικού πελάτη μπορούν να επιτύχουν ευκολότερα τους στόχους τους.

Οι εργαζόμενοι που νιώθουν ικανοποιημένοι με την ποιότητα των εσωτερικών υπηρεσιών που λαμβάνουν αφενός μεν επιτυγχάνουν ευκολότερα τους στόχους που έχουν τεθεί αφετέρου δε καλύπτουν καλύτερα τις ανάγκες των εξωτερικών πελατών. Για τον λόγο αυτό έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια η έννοια του εσωτερικού μάρκετινγκ η οποία βασίζεται στην μεταχείριση του εργαζομένου ως εσωτερικού πελάτη.

Η ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού απεικονίζεται ταυτόχρονα στους εξωτερικούς πελάτες ως αποτέλεσμα ενός κύκλου καλών υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα και κατέχει ουσιαστικό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των πελατών. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με την σειρά της καθορίζεται από το επίπεδο στο οποίο το ανθρώπινο δυναμικό είναι ικανοποιημένο με την δυνατότητά τους να παρέχουν στους πελάτες τους την απαραίτητη ποιότητα στις υπηρεσίες. Σύμφωνα με το εσωτερικό μάρκετινγκ οι επιχειρήσεις ή οι

οργανισμοί που έχουν ως στόχο να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των εργαζομένων τους δείχνουν ότι τους υπολογίζουν και τους εκτιμούν στην εσωτερική αγορά.

Υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της ποιότητας των εσωτερικών υπηρεσιών και της ικανοποίησης και διατήρησης των εργαζομένων και κατ' επέκταση της αύξησης της αποδοτικότητας τους. Για τον λόγο αυτό λοιπόν είναι επιτακτική η ανάγκη για την χρήση μεθόδων που μπορούν να μετρήσουν τα επίπεδα της ικανοποίησης αυτής έτσι ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις από την διοίκηση για τον χειρισμό των εσωτερικών υπηρεσιών.

Για την συλλογή των προς επεξεργασία στοιχείων για την μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται από το προσωπικό των οποίων οι ερωτήσεις είναι διαμορφωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε οι απαντήσεις να γίνονται με την χρήση περιγραφικών δεικτών όπως για παράδειγμα την επιλογή μιας από τις διαβαθμίσεις άσχημα, μέτρια, καλά, αρκετά καλά, πολύ καλά, άριστα κλπ. Άλλο ένα είδος απαντήσεων είναι αυτές της βαθμολόγησης όπου ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει στην ερώτηση με την χρήση βαθμού.

Μια ακόμα μέθοδος είναι η συνοπτική περιγραφή από τον εργαζόμενο κρίσιμων γεγονότων τα οποία θεωρεί κατά την κρίση του ότι σχετίζονται άμεσα με το αίσθημα ικανοποίησης που έχει για την εργασία του. Επιπλέον και η χρήση συνεντεύξεων αποτελεί μια ακόμη μέθοδο με την οποία μπορεί να μετρηθεί η ικανοποίηση του εσωτερικού πελάτη με άμεσο αλλά και με έμμεσο τρόπο τόσο από τις απαντήσεις που θα δώσει αλλά και από την συνολική του στάση κατά την διάρκεια της συνέντευξης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ MU.S.A

#### 7.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ MU.S.A.

Η μέθοδος MU.S.A. ( MUlticriteria Satisfaction Analysis ), αποτελεί την πολυκριτήρια ή πολυκριτηριακή αναλυτική – συνθετική προσέγγιση για το πρόβλημα της μέτρησης και της ανάλυσης της ικανοποίησης. Η πρωτότυπη αυτή μεθοδολογία βασίζεται στην πολυκριτήρια ανάλυση αποφάσεων, υιοθετώντας τις βασικές αρχές της αναλυτικής – συνθετικής προσέγγισης και θεωρίας των συστημάτων αξιών ή χρησιμότητας.

Οι κύριες παραδοχές που αφορούν την ανάπτυξη της μεθόδου MU.S.A. εστιάζονται στα εξής σημεία :

1. **Ορθολογικός καταναλωτής** : Η συγκεκριμένη υπόθεση σχετίζεται με την ύπαρξη ορθολογικών ( rational ) πελατών και συναντάται στο σύνολο του χώρου της επιστήμης των Αποφάσεων.
2. **Κριτήρια ικανοποίησης** : Η μέθοδος MU.S.A. υποθέτει την ύπαρξη ενός συνόλου χαρακτηριστικών του εξεταζόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, σύμφωνα με τα οποία οι πελάτες αντιλαμβάνονται την ικανοποίησή τους. Το σύνολο αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί τα κριτήρια ικανοποίησης των πελατών και οφείλει να πληρεί συγκεκριμένες ιδιότητες.
3. **Προσθετικό μοντέλο σύνθεσης** : Τέλος, γίνεται η παραδοχή ύπαρξης ενός προσθετικού μοντέλου σύνθεσης του συνόλου των κριτηρίων ικανοποίησης και ειδικότερα μια προσθετική συνάρτηση αξιών ( additive value function ). Στα πλαίσια της πολυκριτήριας ανάλυσης αποφάσεων, οι συναρτήσεις αυτές πληρούν την ιδιότητα της μονοτονίας.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται σε πρωτογενή δεδομένα που προέρχονται άμεσα από το σύνολο των πελατών μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού και για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η ενσωμάτωσή της σε μια γενικότερη μεθοδολογία εφαρμογής προγραμμάτων μέτρησης ικανοποίησης.

Τα βασικά στάδια της μεθοδολογίας υλοποίησης ερευνών ικανοποίησης, στα πλαίσια

της οποίας εφαρμόζεται και το μοντέλο MU.S.A., περιλαμβάνουν :

1. **Προκαταρκτική έρευνα** : Το αρχικό αυτό στάδιο αφορά στο σαφή καθορισμό των στόχων της έρευνας, οι οποίοι αποτελούν τη βασική προϋπόθεση για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης. Ταυτόχρονα, το στάδιο αυτό περιλαμβάνει τόσο την προκαταρκτική ανάλυση της συμπεριφοράς των πελατών, όσο και την έρευνα του περιβάλλοντος αγοράς, με στόχο τη συλλογή της απαιτούμενης πληροφορίας για την ανάπτυξη ενός συστήματος μέτρησης της ικανοποίησης πελατών ( καθορισμός διαστάσεων και κλιμάκων ικανοποίησης ).
2. **Διεξαγωγή έρευνας ικανοποίησης** : Η φάση αυτή περιλαμβάνει τη σύνταξη του ερωτηματολογίου, την ταυτόχρονη οργάνωση του δικτύου δημοσκόπησης ( κατανομή δείγματος, τρόπος διάσωσης ερωτηματολογίων ) και την πραγματοποίηση της έρευνας σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα πελατών μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού.
3. **Αναλύσεις** : Το σύνολο των αναλύσεων και της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας συμπεριλαμβάνονται στο στάδιο αυτό. Οι αναλύσεις αφορούν στην εφαρμογή τόσο μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, όσο και της πολυκριτήριας μεθόδου μέτρησης της ικανοποίησης MU.S.A.
4. **Αποτελέσματα** : Στο τελικό αυτό στάδιο εκτιμάται η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας και μορφοποιούνται οι τελικές προτάσεις για τη βελτίωση ή και τη διατήρηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών, συνοψίζοντας τα σημαντικότερα συμπεράσματα των προηγούμενων αναλύσεων.

## 7.2. Η ΜΟΝΤΕΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

« Η πολυκριτήρια ανάλυση περιλαμβάνει ένα σύνολο μεθόδων, μοντέλων και προσεγγίσεων που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν έναν ή περισσότερους αποφασίζοντες να χειριστούν ημιδομημένα προβλήματα απόφασης με πολλαπλά κριτήρια ». ( Siskos and Spyridakos, 1999 ).

Τα κυριότερα θεωρητικά ρεύματα είναι τέσσερα:

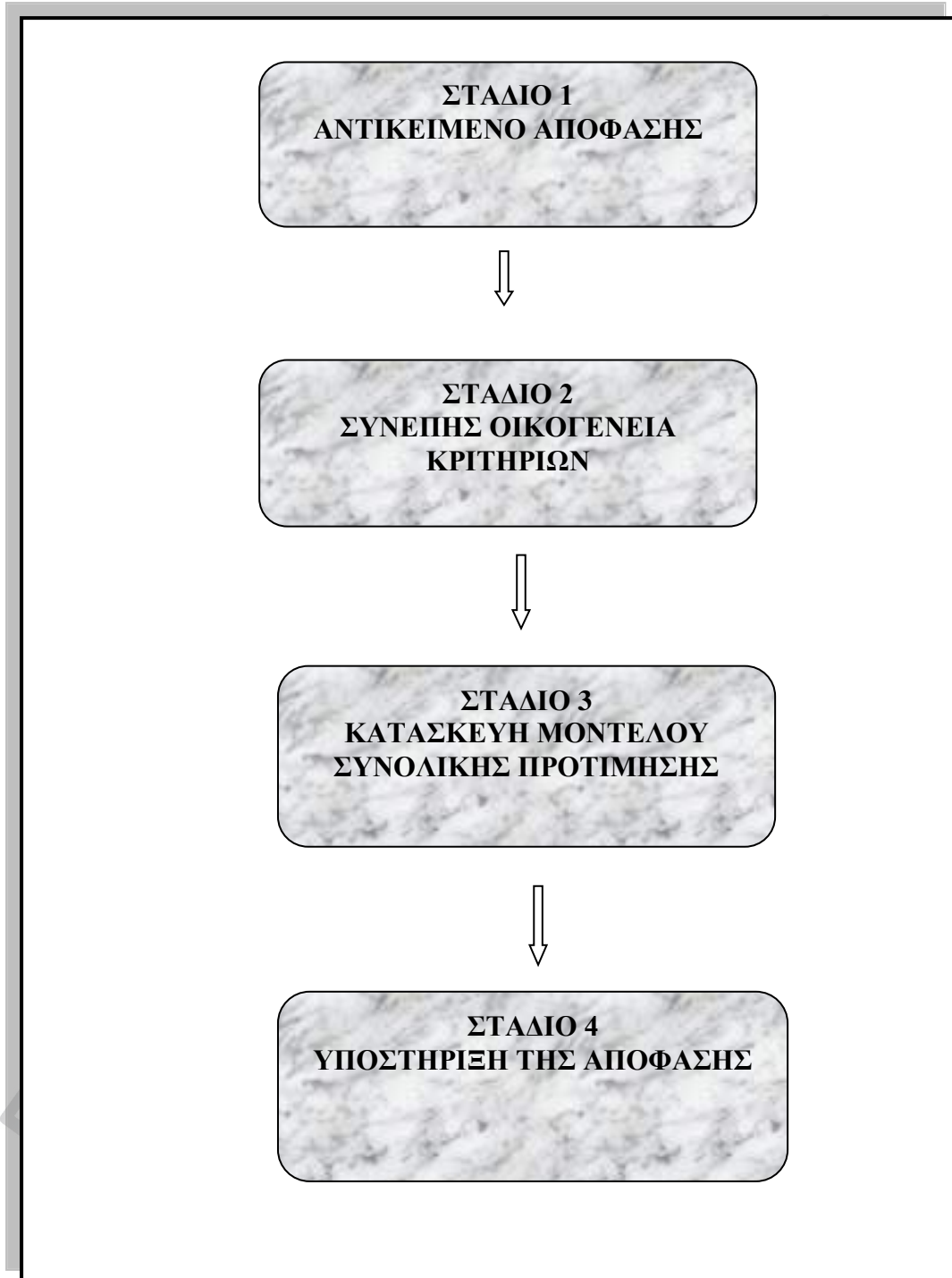
1. Η πολυκριτήρια θεωρία συστημάτων αξιών ή χρησιμότητας, η οποία έχει ως στόχο την κατασκευή ενός συστήματος αξιών, το οποίο συνθέτει τις προτιμήσεις του αποφασίζοντος στο σύνολο των κριτηρίων.
2. Τη θεωρία των σχέσεων υπεροχής, η οποία έχει ως στόχο τη δημιουργία σχέσεων υπεροχής μεταξύ δράσεων απόφασης, πράγμα το οποίο επιτρέπει την ασυγκρισιμότητα μεταξύ τέτοιων δράσεων.
3. Η αναλυτική – συνθετική προσέγγιση, η οποία έχει ως στόχο την αναζήτηση και προσέγγιση της συλλογιστικής του αποφασίζοντος με τελικό αποτέλεσμα την πληρέστερη διερεύνηση τους.
4. Η βελτιστοποίηση πολυκριτηρίου προγραμματισμού, η οποία αποτελεί μια επέκταση του μαθηματικού προγραμματισμού, με στόχο την επίλυση προβλημάτων με συνεχείς εναλλακτικές ενέργειες και περισσότερες από μία αντικειμενικές συναρτήσεις.

Το γενικό πλαίσιο μοντελοποίησης των προβλημάτων στο επίπεδο της πολυκριτήριας ανάλυσης αποφάσεων οριοθετείται από τέσσερα διαδοχικά και αλληλεπιδρώντα στάδια, όπως αυτά εμφανίζονται παρακάτω. ( ΣΧΗΜΑ 3 )



ΣΧΗΜΑ 3

*ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΟΝΤΕΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΗΣ*



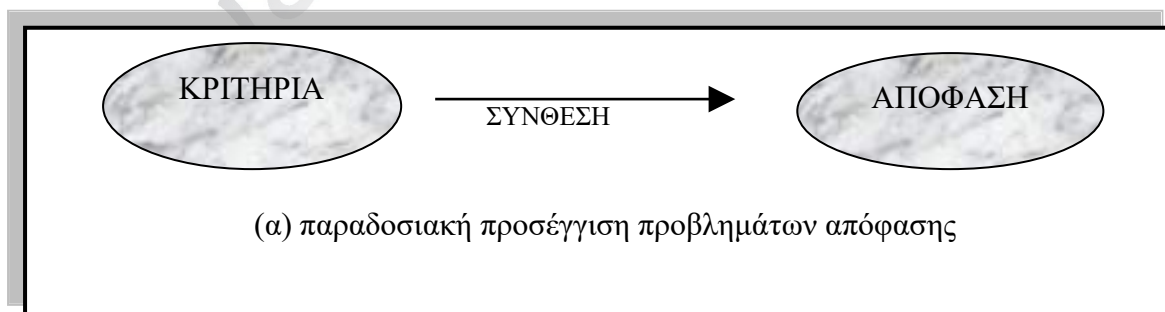
Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο καθορισμός του συνόλου των κριτηρίων αποτελεί, ίσως το σημαντικότερο στάδιο της μεθοδολογίας μοντελοποίησης των πολυκριτηρίων προβλημάτων. Γενικά, ως κριτήριο ορίζεται κάθε μονότονη μεταβλητή που δηλώνει τις προτιμήσεις του αποφασίζοντος. Ένα κριτήριο μπορεί να είναι είτε ποσοτικό και να εκφράζεται από μία συνεχή κλίμακα ( χρόνου, κόστους κ.τ.λ. ), είτε ποιοτικό.

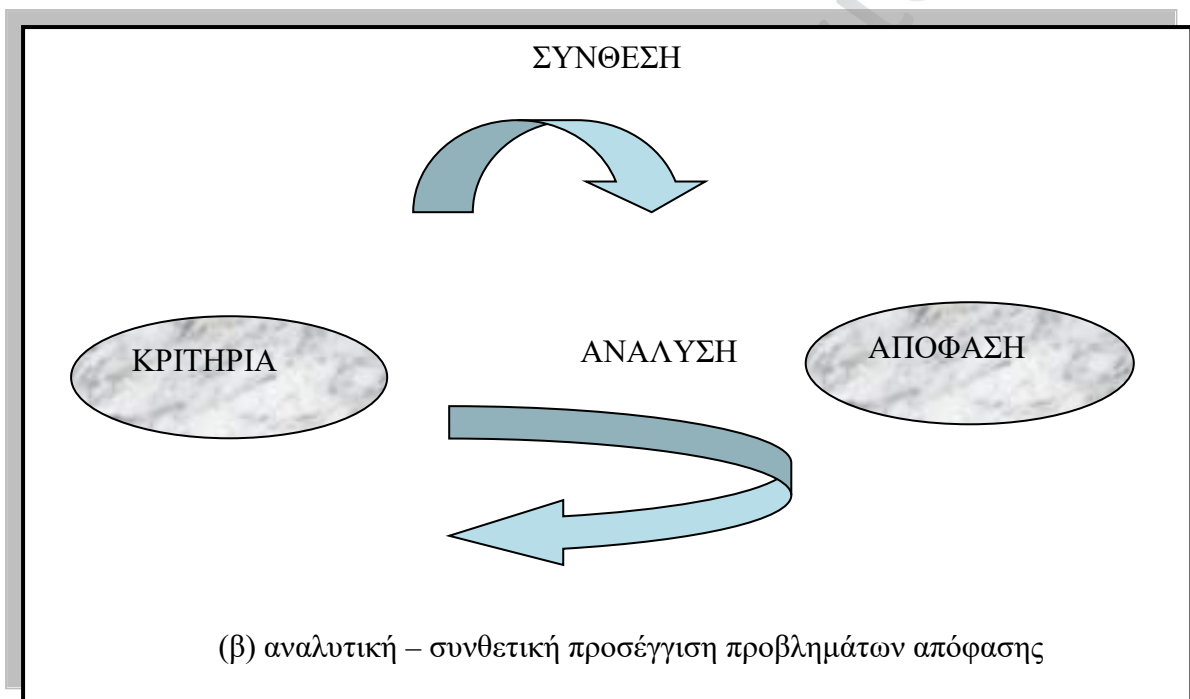
### 7.3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τα μοντέλα πολυκριτηρίας ανάλυσης, στη μεγαλύτερη τους πλειοψηφία στηρίζονται σε μια παραδοσιακή αντίληψη του ορθολογισμού που βασίζεται στις αρχές της γραμμικότητας και της αιτιότητας, δηλαδή στη λογική ότι η απόφαση καθορίζεται από τα κριτήρια. Η αναλυτική – συνθετική προσέγγιση, από την άλλη πλευρά, δέχεται ότι η απόφαση και τα κριτήρια επιδέχονται προοδευτική επεξεργασία αλληλοδομούμενα μέσα στο χρόνο, όπως φαίνονται παρακάτω ( ΣΧΗΜΑ 4 ). ( Σίσκος, 1981 ).

ΣΧΗΜΑ 4

*ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ & ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΗΣ*



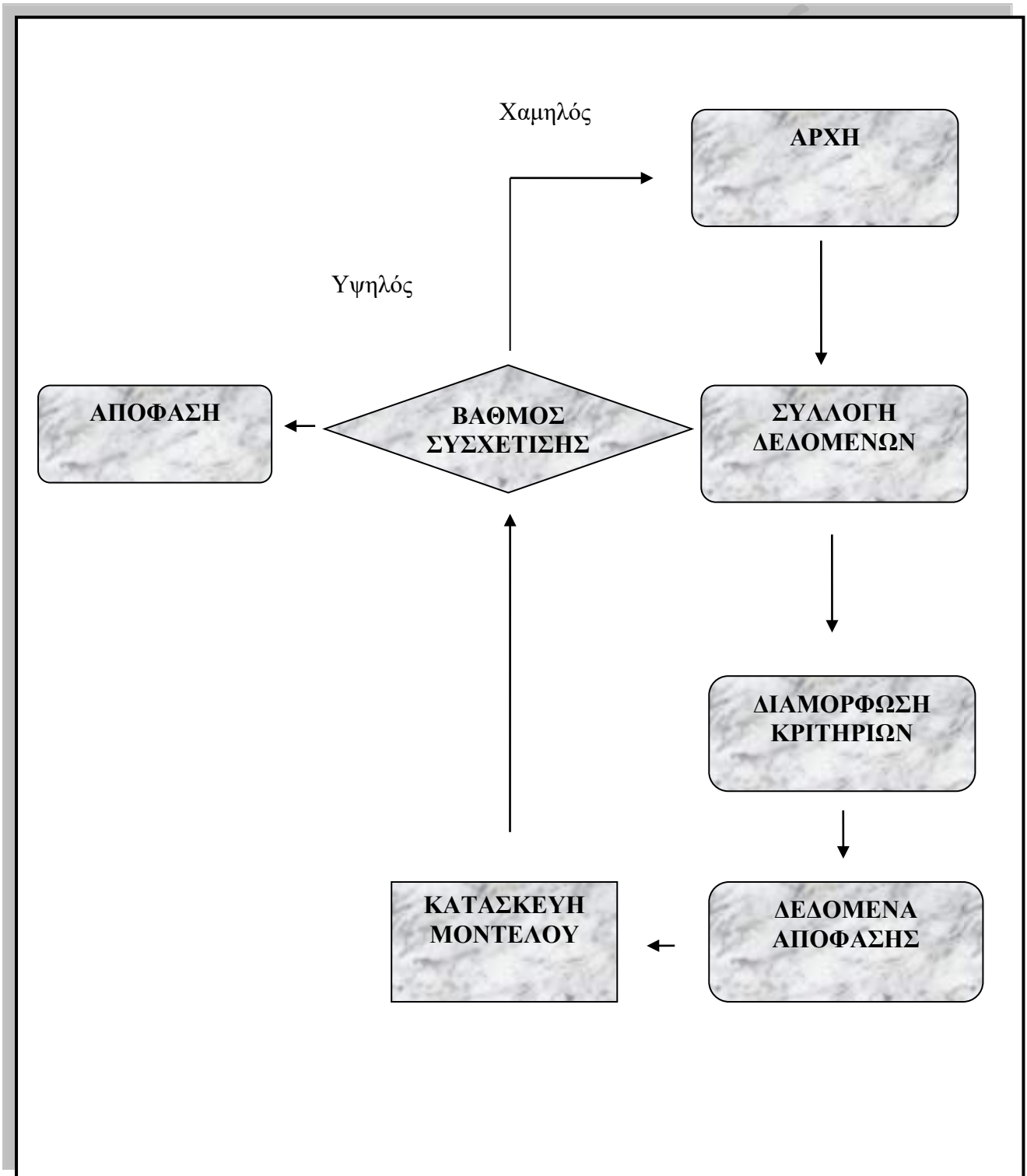


Τα μοντέλα αυτής της κατηγορίας βασίζονται στην αρχή της ότι το αποτέλεσμα μιας απόφασης μπορεί είτε να παρατηρηθεί ( σε περίπτωση αποφάσεων με επαναληπτικό χαρακτήρα ), είτε να συλλεχτεί από τον αποφασίζοντα( μέσα από διαλογικές διαδικασίες )

Η αλληλεπιδραστική διαδικασία της αναλυτικής – συνθετικής προσέγγισης παρουσιάζεται στο κάτωθι σχήμα 5, όπου αξίζει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση ασυνέπειας ανάμεσα στον αποφασίζοντα και το εκτιμώμενο μοντέλο προτίμησης, αναθεωρείται είτε η οικογένεια των κριτηρίων, είτε τα δεδομένα της απόφασης ( Σπυριδάκος, 1996 ). ( ΣΧΗΜΑ 5 )

ΣΧΗΜΑ 5

ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ – ΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ



#### 7.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

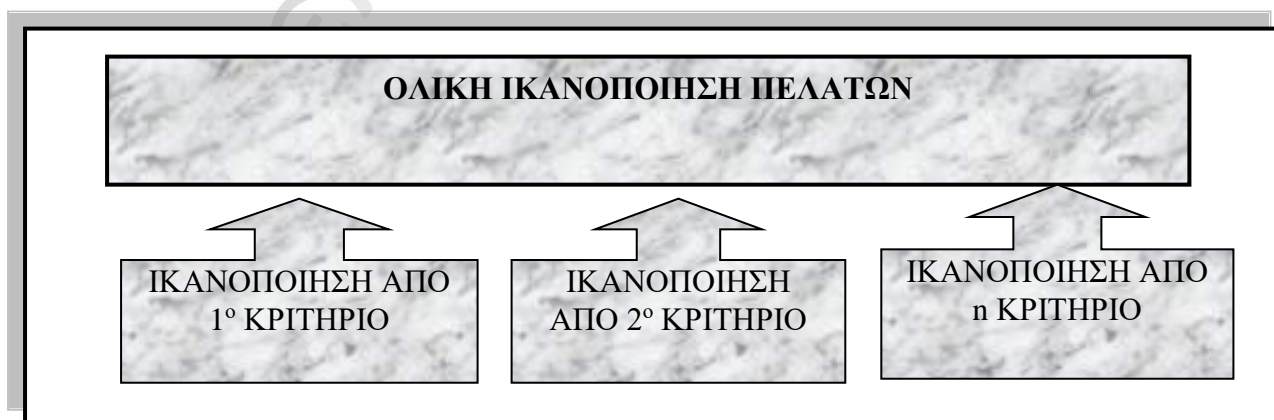
Η μέθοδος MUSA (Multicriteria Satisfaction Analysis) είναι ένα εργαλείο μέτρησης και ανάλυσης της ικανοποίησης πελατών. Το σύστημα χρησιμοποιεί δεδομένα ικανοποίησης “πελατών” που συλλέγονται μέσα από έρευνες που διεξάγονται και η ανάλυση τους βασίζεται σε ένα συλλογικό μοντέλο ανάλυσης προτιμήσεων (collective preference disaggregation model) υποθέτοντας ότι υπάρχει μια ιεραρχική δομή που διέπει τα κριτήρια ικανοποίησης.

Η μεθοδολογία ακολουθεί τις αρχές της πολυκριτήριας ανάλυσης (multicriteria analysis) με την χρήση τεχνικών γραμμικής παλινδρόμησης (ordinal regression techniques). Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα του MUSA αποτελεί το γεγονός της διατήρησης του ποιοτικού χαρακτήρα των προτιμήσεων των πελατών αφού δεν επιτρέπεται καμία αυθαίρετη κωδικοποίηση για την επεξεργασία και την ανάλυση δεδομένων.

Ο βασικός σκοπός του μοντέλου είναι η σύνθεση των προτιμήσεων ενός συνόλου πελατών σε μια ποσοτική μαθηματική συνάρτηση αξιών. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 6, το μοντέλο υποθέτει ότι η συνολική ικανοποίηση εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του προσφερόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας. ( ΣΧΗΜΑ 6 )

ΣΧΗΜΑ 6

#### ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ



Η εκτίμηση της ικανοποίησης ενός συνόλου πελατών μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα πρόβλημα στο επιστημονικό πεδίο της Πολυκριτήριας Ανάλυσης, υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο κριτηρίων:  $X = (X_1, X_2, \dots, X_n)$ .

Τα κριτήρια αυτά ονομάζονται διαστάσεις ικανοποίησης και αιτιολογούν την έννοια της αναλυτικής – συνθετικής προσέγγισης της μεθοδολογίας. Τα απαιτούμενα δεδομένα της μεθόδου συλλέγονται από ένα απλό, αλλά εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με το οποίο ζητείται από κάθε ερωτώμενο να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που του προσφέρονται. Οι προτιμήσεις των πελατών εκφράζονται σύμφωνα με μια προκαθορισμένη μονότονη ποιοτική κλίμακα. Για παράδειγμα,

ΔΙΑΦΩΝΩ	ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΙΜΑΙ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΑΠΟΛΥΤΑ
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Η μέθοδος MU.S.A. ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς, χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυσή τους.

Βασικός σκοπός της μεθόδου αυτής είναι η συγκέντρωση των επιμέρους κρίσεων, δηλαδή των προτιμήσεων, των ερωτώμενων σε μια προσθετική συνάρτηση αξιών υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών οι οποίες αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας ( Γρηγορούδης & Σίσκος, 2000 )

#### 7.5. ΤΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ MU.S.A.

Η μέθοδος MUSA ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυσή της. Περιέχει μια συλλογική προσθετική συνάρτηση αξιών  $Y$  και ένα σύνολο συναρτήσεων μερικής ικανοποίησης  $X$  οι οποίες εκτιμώνται με βάση τις γνώμες του συνόλου των ερωτώμενων.

Η βασική εξίσωση της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης φαίνεται παρακάτω.

$$Y^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* , \quad \sum_{i=1}^n b_i = 1$$

Όπου  $b_i$  είναι το βάρος του κριτηρίου  $i$  και οι συναρτήσεις  $Y$  και  $X$  είναι κανονικοποιημένες στο διάστημα  $[0,100]$  έτσι ώστε στο χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης οι τιμές τους να είναι 0 και στο υψηλότερο ίσες με 100.

#### 7.6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ MU.S.A.

Η ανάλυση των εκφρασμένων προτιμήσεων των ερωτώμενων για την συνολική ικανοποίηση από κάθε διάσταση αξιολόγησης και των επιμέρους κριτηρίων μέσω του μοντέλου MUSA οδηγούν στην εκτίμηση των παρακάτω μεγεθών :

##### α. Συναρτήσεις Ικανοποίησης :

Οι συναρτήσεις ικανοποίησης συνιστούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μεθόδου μιας και εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το δείγμα σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ικανοποίησης και η μορφή αυτών των συναρτήσεων μπορεί να προσδιορίσει τον βαθμό απαιτητικότητας του δείγματος και να τους διαχωρίσει τρεις ομάδες :

- ☒ **Ουδέτεροι** που είναι η ομάδα για την οποία η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή και το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση των ερωτώμενων αυξάνεται γραμμικά ανάλογα με το ποσοστό των εκπληρωμένων προσδοκιών τους.
- ☒ **Απαιτητικοί** που είναι η ομάδα για την οποία η συνάρτηση της ικανοποίησης είναι μια παραβολική συνάρτηση η οποία στρέφει τα κοίλα άνω γεγονός το οποίο μεταφράζεται ότι το σύνολο των ερωτώμενων που ανήκουν στην ομάδα αυτή δεν εκφράζουν ικανοποίηση αν το επίπεδο υπηρεσιών που τους προσφέρεται δεν είναι αρκετά υψηλό.
- ☒ **Μη απαιτητικοί** που η συνάρτηση παρουσιάζεται και πάλι παραβολική με τα



κοίλα στραμμένα κάτω, δηλαδή τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ομάδα αυτή δηλώνουν ικανοποιημένα παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους δεν εκπληρώνεται.

#### **β. Βάρη Κριτηρίων :**

Τα βάρη των κριτηρίων υποδηλώνουν τον βαθμό σημαντικότητας που δίνει το σύνολο των ερωτώμενων στις διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί. Ουσιαστικά τα βάρη είναι οι βαθμοί παραχώρησης των αξιών στα διαφορετικά κριτήρια.

#### **γ. Μέσοι δείκτες ικανοποίησης :**

Οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης παρουσιάζουν με απλό τρόπο ολικά αλλά και μερικά πόσο ικανοποιημένα είναι τα άτομα συνολικά για κάθε ένα από τα κριτήρια ικανοποίησης. Οι δείκτες αυτοί συνδυάζουν επίσης τα αποτελέσματα της μεθόδου με την περιγραφική στατιστική ανάλυση της έρευνας ικανοποίησης δίνοντας έτσι την δυνατότητα αξιολόγησης των επιδόσεων του συστήματος.

#### **δ. Μέσοι δείκτες απαιτητικότητας :**

Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας αντιπροσωπεύουν την μέση απόκλιση των εκτιμώμενων τιμών της συνάρτησης ικανοποίησης από μια ουδέτερη γραμμική προσέγγιση. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή του δείκτη απαιτητικότητας τόσο περισσότερο θα πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης προκειμένου να εκπληρωθούν οι προσδοκίες των ερωτώμενων. Οι ακραίες τιμές των δεικτών απαιτητικότητας χαρακτηρίζουν τις περιπτώσεις των απόλυτα απαιτητικών και των απόλυτα μη απαιτητικών αποδεκτών των υπηρεσιών.

#### **ε. Μέσοι δείκτες αποτελεσματικότητας :**

Οι μέσοι δείκτες αποτελεσματικότητας εξαρτώνται τόσο από το βάρος του κάθε κριτηρίου ικανοποίησης όσο και από το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτώμενοι από αυτό. Αν λοιπόν το βάρος ενός κριτηρίου είναι μικρό και οι ερωτώμενοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από αυτό τότε η προσπάθεια αύξησης της ικανοποίησης του κριτηρίου

αυτού δεν θα προκαλέσει ιδιαίτερη μεταβολή στην συνολική ικανοποίηση ενώ στην αντίθετη περίπτωση που το βάρος ενός κριτηρίου είναι μεγάλο και οι ερωτώμενοι είναι λίγο ή και καθόλου ικανοποιημένοι από αυτό τότε έστω και μια μικρή μεταβολή στην ικανοποίηση του κριτηρίου αυτού θα αυξήσει σημαντικά τον βαθμό της συνολικής ικανοποίησης.

#### στ. Διαγράμματα δράσης και βελτίωσης :

##### ☞ Διαγράμματα δράσης

Τα διαγράμματα δράσης απορρέουν από την συσχέτιση της απόδοσης και της σημαντικότητας των κριτηρίων και έχουν ως σκοπό να προσδιορίσουν της σειρά προτεραιότητας των ενεργειών που πρέπει να πραγματοποιηθούν για βελτίωση της ικανοποίησης. Η χρήση των διαγραμμάτων δράσης προσδιορίζει τα αδύνατα και τα δυνατά σημεία της ικανοποίησης αλλά και καθορίζει την κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσουν οι προσπάθειες βελτίωσης.

##### ☞ Διαγράμματα βελτίωσης

Τα διαγράμματα βελτίωσης προκύπτουν από τον συνδυασμό των μέσων δεικτών απαιτητικότητας και αποτελεσματικότητας των κριτηρίων και καθορίζουν τα περιθώρια βελτίωσης που θα έχουν οι ενέργειες που θα γίνουν για την βελτίωση του κάθε κριτηρίου. Από τα διαγράμματα βελτίωσης μπορεί να προσδιοριστεί επιπλέον και το μέγεθος της προσπάθειας που απαιτείται για να επιτευχθεί η επιθυμητή βελτίωση.

#### 7.7. ΠΙΘΑΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Τα πιθανά προβλήματα κατά την υλοποίηση της μεθόδου MU.S.A., σχετίζονται τόσο με τις παραδοχές του μοντέλου, όσο και με την ποιότητα των δεδομένων, όπως άλλωστε ισχύει σε κάθε μοντέλο ανάλυσης παλινδρόμησης.

Η λογική ασυνέπεια των δεδομένων του προβλήματος εκτίμησης της ικανοποίησης επηρεάζει άμεσα την αξιοπιστία και την ευστάθεια της μεθόδου της μεθόδου. Ως παράδειγμα λογικής ασυνέπειας μπορούν να αναφερθούν οι περιπτώσεις όπου υπάρχουν

πελάτες, που ενώ συνολικά είναι πολύ ικανοποιημένοι, δηλώνουν το ελάχιστο επίπεδο ικανοποίησης για όλα τα κριτήρια, αλλά και το ακριβώς αντίθετο. Οι βασικοί λόγοι ύπαρξης του συγκεκριμένου προβλήματος είναι :

- Τα κριτήρια δεν πληρούν τις ιδιότητες της συνεπούς οικογένειας κριτηρίων
- Οι πελάτες δεν είναι ορθολογικοί αποφασίζοντες.

Κατά τη διαδικασία εφαρμογής της μεθόδου MU.S.A. θα πρέπει να υπάρχει ένα προκαταρκτικό στάδιο ελέγχου της λογικής συνέπειας των δεδομένων. Εφόσον το πρόβλημα εμφανίζεται σε μεμονωμένο αριθμό πελατών θα πρέπει να απαλείφονται τα συγκεκριμένα δεδομένα, ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να εξετάζεται το σύνολο των κριτηρίων ικανοποίησης που έχει ορισθεί.

Ένα δεύτερο πρόβλημα της μεθόδου MU.S.A. σχετίζεται με την ύπαρξη ομάδων πελατών με διαφορετικά συστήματα αξιών ( συναρτήσεις ικανοποίησης, βάρη κριτηρίων, κτλ. ). Το συγκεκριμένο πρόβλημα γίνεται αντιληπτό από τη μεγάλη διακύμανση των μεταβλητών της μεθόδου στον πίνακα της ανάλυσης μεταβελτιστοποίησης, ιδίως στην περίπτωση που παρατηρούνται φαινόμενα ανταγωνιστικότητας των κριτηρίων ικανοποίησης. Το γεγονός αυτό είναι λογικό, δεδομένου ότι το MU.S.A. είναι ένα συλλογικό ( collective ) μοντέλο αξιολόγησης της ικανοποίησης πελατών.

Η πλέον αξιόπιστη λύση του προηγούμενου προβλήματος είναι η τμηματοποίηση του συνόλου των δεδομένων σύμφωνα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των πελατών ( π.χ. ηλικία, φύλο, κτλ. ) που πιστεύεται ότι διαφοροποιούν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους. Η εφαρμογή της μεθόδου γίνεται στη συνέχεια σε κάθε ένα από αυτά τα τμήματα χωριστά.

Άλλα προβλήματα εφαρμογής της μεθόδου ενδέχεται να σχετίζονται με την ευστάθεια και την αξιοπιστία των εκτιμώμενων αποτελεσμάτων είναι τα εξής :

- Σε διάφορες περιπτώσεις όπως εκείνης της αστάθειας των αποτελεσμάτων ( ύπαρξη πολλαπλών ή ημιβέλτιστων λύσεων ) παρατηρείται το φαινόμενο  $Y^{*m} = y^{*m+1}$  ή  $x_i^{*k} = x_i^{*k+1}$ .
- Θα πρέπει, κατά κανόνα, να αποφεύγονται περιπτώσεις για κάποια κριτήρια  $X_i$ , όπου  $b_i = 0$  δεδομένου ότι αν οι πελάτες δεν επηρεάζονται καθόλου από κάποιο κριτήριο ικανοποίησης, τότε αυτό δε θα έπρεπε λογικά να ανήκει στη συνεπή οικογένεια των κριτηρίων.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθούν τα ακόλουθα επιμέρους θέματα που σχετίζονται

με τα προβλήματα εφαρμογής της μεθοδολογίας :

1. Η ύπαρξη πολλαπλών επιπέδων των κριτηρίων ικανοποίησης αντιμετωπίζεται με την επέκταση της μεθόδου MU.S.A.
2. Το πρόβλημα της ύπαρξης μη – μονότονων προτιμήσεων αντιμετωπίζεται με τους εξής τρόπους :
  - Τμηματοποίηση του εύρους των τιμών του κριτηρίου σε συγκεκριμένα διαστήματα για τα οποία οι προτιμήσεις των πελατών είναι μονότονες σε κάθε ένα από αυτά ( Keeney and Raiffa, 1976 )
  - Διαμόρφωση του μοντέλου ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης ώστε η μέγιστη τιμή της αξίας ικανοποίησης να μην επιτυγχάνεται στα άκρα της ποιοτικής κλίμακας, αλλά σε κάποιο ενδιάμεσο επίπεδο ( Despotis and Zorounidis, 1995 )
3. Το προτεινόμενο μοντέλο απαιτεί πλήρη δεδομένα από το δείγμα των πελατών.

## ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ:

### ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΠΕΛΑΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε προκειμένου να μελετηθεί **ο βαθμός ικανοποίησης** των εσωτερικών πελατών – διοικητικό προσωπικό μιας κεντρικής Τοπικής Μονάδας Υγείας του Ι.Κ.Α., όσον αφορά την **αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας** στην υπηρεσία που απασχολούνται.

Οι εντυπώσεις των υπαλλήλων που εργάζονται στο διοικητικό τμήμα, διατυπώνονται μέσα από **απλές, σύντομες και περιεκτικές** ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις είναι δομημένες με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτουν τους εξής τομείς:

☞ **Γενικό μέρος** ( Γενικές ερωτήσεις )

☞ **Ειδικό μέρος:**

- ☞ Ποιότητα εργασιακού περιβάλλοντος
- ☞ Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων εντός της εργασίας
- ☞ Ποιότητα πληροφοριακού συστήματος

Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **Likert** ( 5βάθμια ), καθώς παράλληλα και **ερωτήσεις ανοιχτού τύπου**.

Το μέγεθος του ερωτηματολογίου καθώς επίσης και ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων αυτών, έχει σαν σκοπό την κατανόηση τους από όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό εσωτερικών πελατών – υπαλλήλων, ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να παρουσιάσουν την πραγματική και αντικειμενική εικόνα της παρούσας κατάστασης.

Ο ακριβής αριθμός των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν είναι εκατό ( **100** ).

Στόχος μας είναι μέσω του εν λόγω ερωτηματολογίου, είναι η συλλογή πληροφοριών εσωτερικών πελατών – διοικητικών υπαλλήλων, σχετικά με την αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών.

Σκοπός μας μέσω της λεπτομερής ανάλυσης των στοιχείων είναι:

- ❖ Η μελέτη ικανοποίησης των διοικητικών υπαλλήλων σε σχέση με:
  - ☞ Ποιότητα εργασιακού περιβάλλοντος ( προσβασιμότητα, κτιριακή υποδομή, συνθήκες υγιεινής, συνθήκες περιβάλλοντος, συνθήκες διαμονής στο χώρο εργασίας, υλικοτεχνικός εξοπλισμός ).
  - ☞ Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων εντός της υπηρεσίας όπου εργάζονται.
  - ☞ Ποιότητα πληροφοριακού συστήματος ( ακρίβεια στοιχείων, ταχύτητα ανταπόκρισης, αξιοποίηση νέων τεχνολογιών ).
- ❖ Ο εντοπισμός τυχόν προβλημάτων / παραλήψεων.
- ❖ Η εύρεση λύσεων μέσω των εξαγόμενων συμπερασμάτων της έρευνας.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο σημείο αυτό θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που εξάγαμε από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παράρτημα Τοπικής Μονάδας Υγείας του Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ.

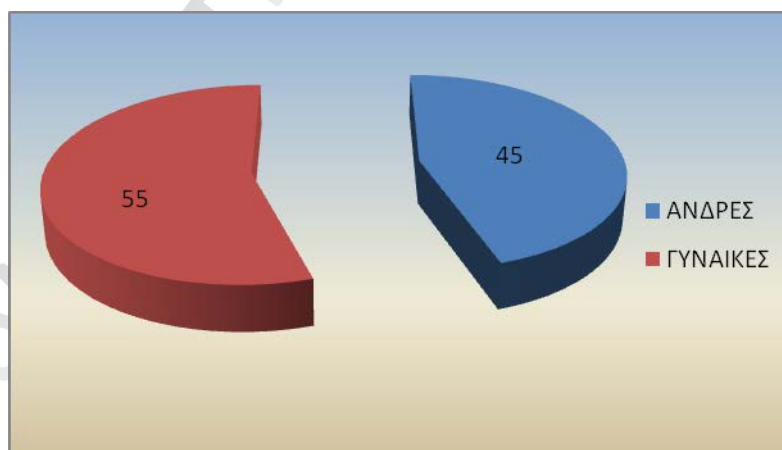
Η περίοδος που έλαβε χώρα η παρούσα έρευνα ήταν το διάστημα από 01.06.2010 έως 20.06.2010.

Η παρουσίαση θα ξεκινήσει από το **Γενικό Μέρος** της έρευνας και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων όπως αυτά διατυπώνονται με τη χρήση του προγράμματος **EXCEL**, θα γίνει με τη σειρά που διατυπώνονται οι ερωτήσεις.

- \* Ξεκινώντας λοιπόν με την πρώτη ερώτηση, η οποία αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, εντοπίζουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων, αφορά το γυναικείο φύλο, σε ποσοστό 55 % , έναντι 45 % των ανδρών. ( ΣΧΗΜΑ 7 )

ΣΧΗΜΑ 7

### ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΦΥΛΟΥ



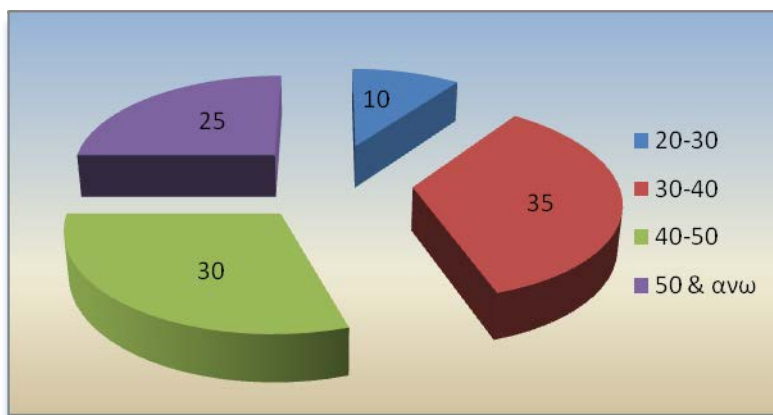
- \* Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά μας ηλικίες των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα μας. Οι ηλικίες μεταξύ 20 – 30 ετών αντιστοιχούν στο 10 % του συνολικού αριθμού ατόμων, οι ηλικίες μεταξύ 30 – 40 στο 35 % , οι ηλικίες



μεταξύ 40 – 50 και 50 – άνω καταλαμβάνουν αντιστοίχως τα ακόλουθα ποσοστά επί τοις εκατό 30% και 25%. ( ΣΧΗΜΑ 8 )

ΣΧΗΜΑ 8

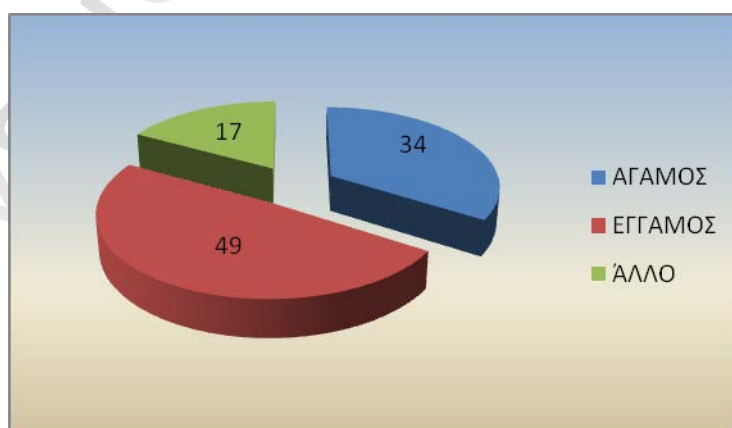
*ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΗΛΙΚΙΑΣ*



- \* Παρατηρώντας την ανάλυση βάση οικογενειακής κατάστασης, είναι εμφανές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η κατηγορία έγγαμος/η σε ποσοστό 49%, ακολουθεί η κατηγορία άγαμος/η σε ποσοστό 34% και τέλος η κατηγορία άλλο, σημειώνει μόλις το 17%. ( ΣΧΗΜΑ 9 )

ΣΧΗΜΑ 9

*ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ*

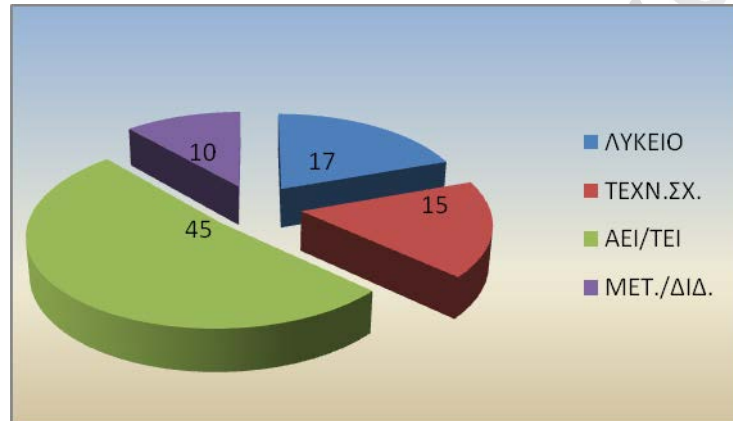


- \* Ακολούθως αναλύουμε τα άτομα βάση μορφωτικού επιπέδου. Σύμφωνα με τα δεδομένα μας, τα αποτελέσματα διαμορφώνονται ως εξής: τα άτομα που έχουν μόρφωση Λυκείου, ανέρχονται στο ποσοστό του 17% επί του συνόλου, τα άτομα

με Τεχνική μόρφωση αγγίζουν το 15%. Σε ΑΕΙ και ΤΕΙ φαίνεται να απαντά το 45% των ερωτηθέντων, ενώ τέλος κάτοχοι Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού τίτλου, είναι μόλις το 10%. ( ΣΧΗΜΑ 10 )

ΣΧΗΜΑ 10

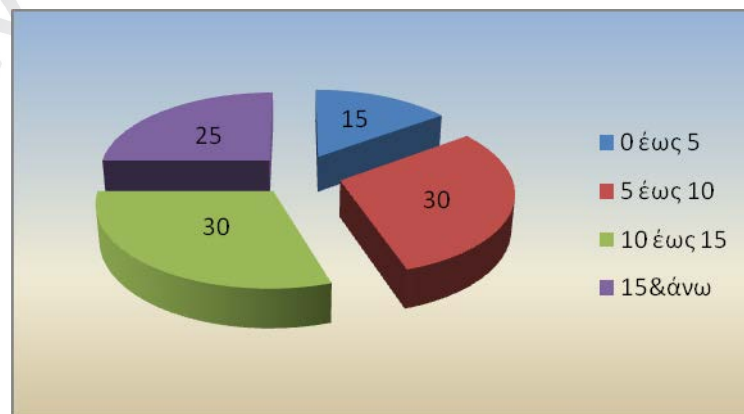
*ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ*



- \* Κλείνοντας με το τελευταίο στοιχείο του Γενικού Μέρους του ερωτηματολογίου, τα έτη προϋπηρεσίας, σημειώνονται οι εξής παρατηρήσεις. Από 0 έως 5 έτη, βρίσκεται το 15%. Από 5 έως 10, απαντά το 30%, όπως επίσης και από 10 έως 15 έτη. Ελαφρώς μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 25% καταλαμβάνουν τα άτομα που εργάζονται από 15 έτη και άνω. ( ΣΧΗΜΑ 11 )

ΣΧΗΜΑ 11

*ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΒΑΣΕΙ ΕΤΩΝ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ*



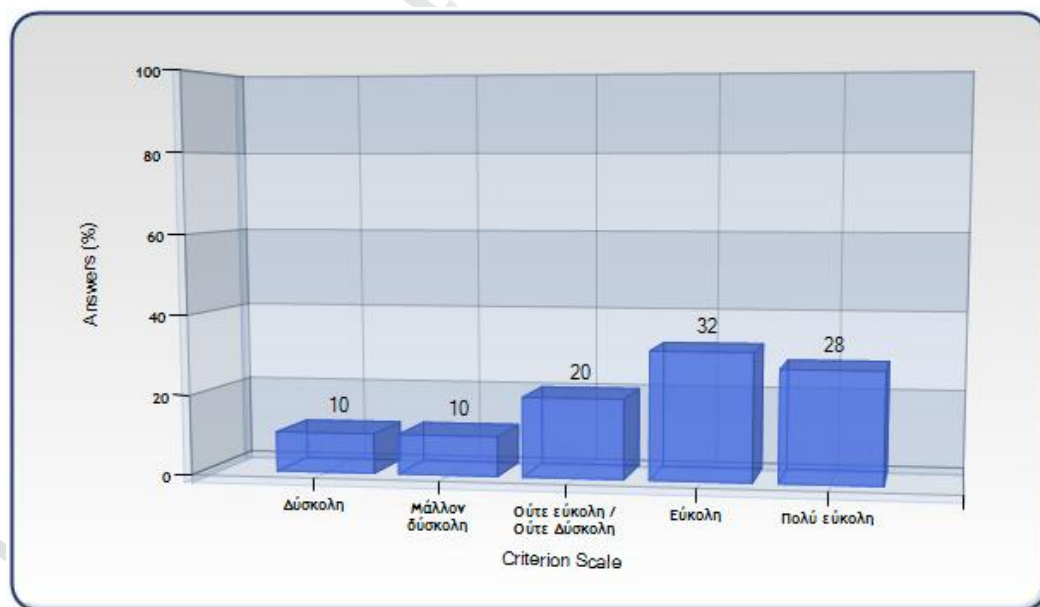
Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων του **Ειδικού Μέρους** του ερωτηματολογίου, που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της μεθόδου **MU.S.A.** λαμβάνει χώρα στις παρακάτω σελίδες.

Ξεκινώντας την παρουσίαση της πρώτης ομάδας του Ειδικού Μέρους δηλαδή την **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**, παρατηρούμε τα εξής:

- Στην ερώτηση **πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση στο χώρο εργασίας σας**, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι είναι εύκολη, σε ποσοστό 32%, ενώ τα άτομα που κρίνουν δύσκολη ή μάλλον δύσκολη την πρόσβαση αντιστοιχούν στο 10% αντιστοίχως. ( ΣΧΗΜΑ 12 )

ΣΧΗΜΑ 12

*Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ*

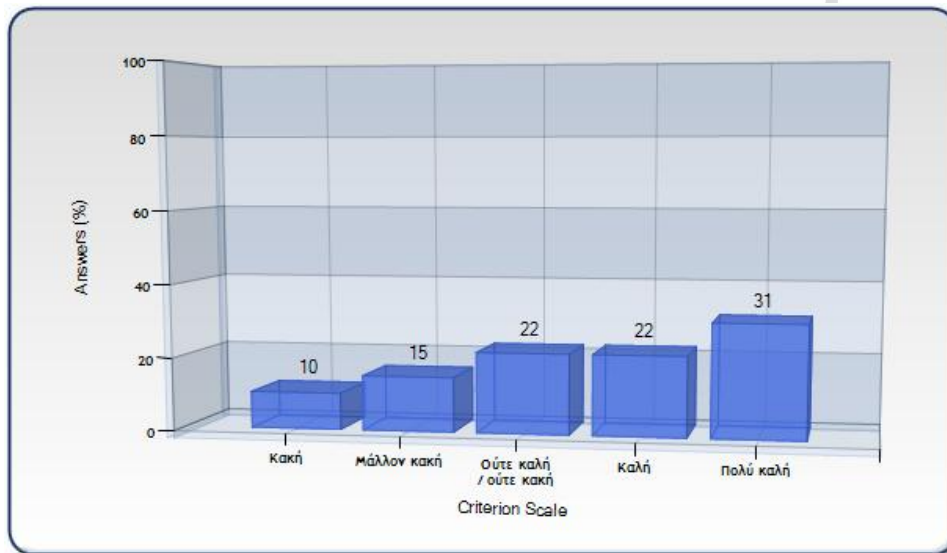


- Στην δεύτερη ερώτηση, που αφορά το **χαρακτηρισμό της κτιριακής υποδομής του χώρου εργασίας**, σημειώνεται ότι το 31% θεωρεί ότι είναι πολύ καλή, ενώ μόλις το 10% τη χαρακτηρίζει κακή. Εμφανές από το σχήμα είναι ότι

το 44% μοιράζει τις απαντήσεις του στις επιλογές ούτε καλή / ούτε κακή και καλή. (ΣΧΗΜΑ 13 )

ΣΧΗΜΑ 13

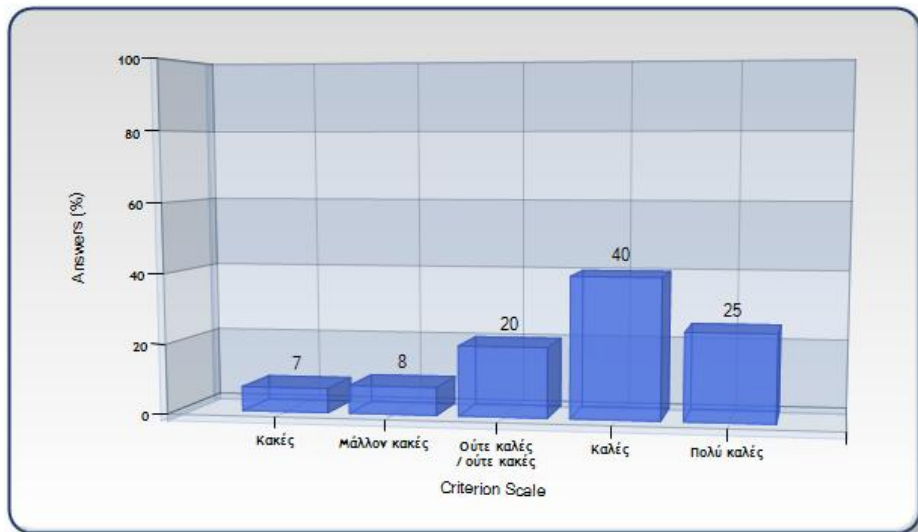
*ΚΤΙΡΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ*



- Η τρίτη κατά σειρά ερώτηση, αφορά τις **συνθήκες υγιεινής στο χώρο εργασίας**. Εδώ παρατηρούμε ότι το 40% του γενικού συνόλου θεωρεί τις συνθήκες καλές, ενώ μόλις το 7% κακές και το 8% μάλλον κακές. Σημαντικά ποσοστά λαμβάνει η επιλογή πολύ καλής, της τάξεως του 25%, ενώ το 20% τις χαρακτηρίζει ούτε καλές / ούτε κακές. ( ΣΧΗΜΑ 14 )

## ΣΧΗΜΑ 14

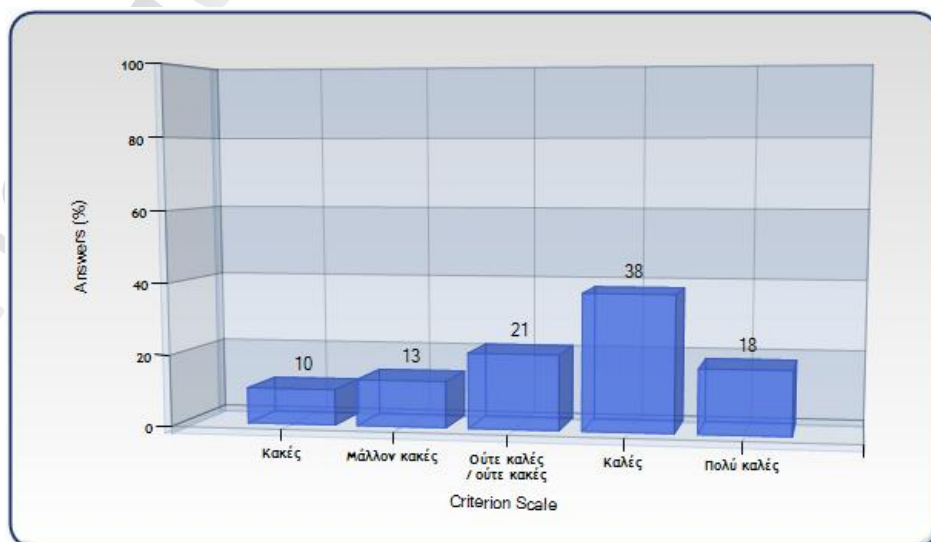
### ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



- Στην τέταρτη ερώτηση, τίθεται θέμα σχετικά με τις **συνθήκες διαμονής στο χώρο εργασίας**. Εδώ τα ποσοστά εμφανίζονται ως εξής: το 38% θεωρεί ότι είναι καλές, το 21% ούτε καλές / ούτε κακές, το 18% πιστεύει ότι είναι πολύ καλές, το 13% τις χαρακτηρίζει μάλλον κακές, ενώ το 10% τις χαρακτηρίζει κακές. (ΣΧΗΜΑ 15)

## ΣΧΗΜΑ 15

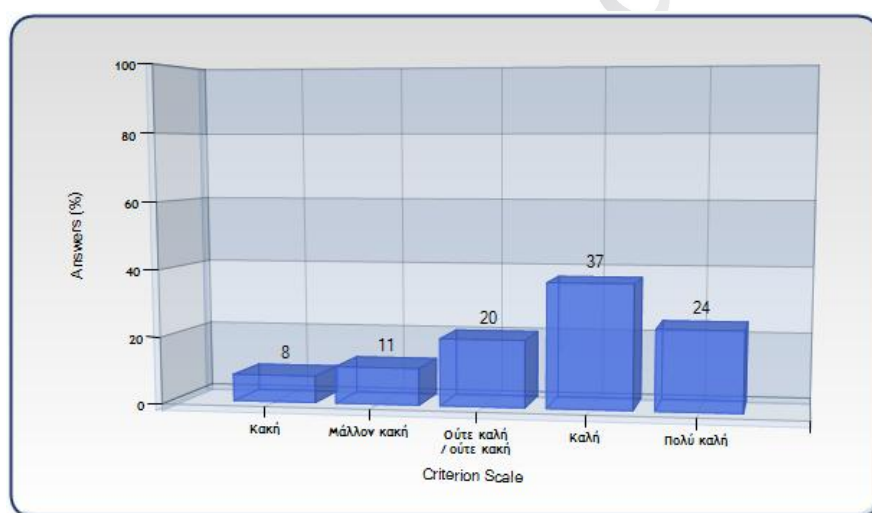
### ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



- Η τελευταία ερώτηση αυτής της ενότητας, αφορά την **επάρκεια του εργασιακού εξοπλισμού**. Το 37% απαντά ότι είναι καλή, ενώ μόλις το 8% τη χαρακτηρίζει κακή. Το 24% πολύ καλή και τέλος το 20%, ούτε καλή / ούτε κακή. ( ΣΧΗΜΑ 16 )

ΣΧΗΜΑ 16

*ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ*



Το παρακάτω σχήμα απεικονίζει τη γνώμη των ερωτηθέντων **ΣΥΝΟΛΙΚΑ για την ποιότητα του εργασιακού τους περιβάλλοντος**. Ποσοστό 38% την χαρακτηρίζει καλή, το 21% πολύ καλή, το 18% ούτε καλή / ούτε κακή. Χαμηλότερα ποσοστά σημειώνουν οι επιλογές κακή με 10% και μάλλον κακή με 13%. ( ΣΧΗΜΑ 17 )

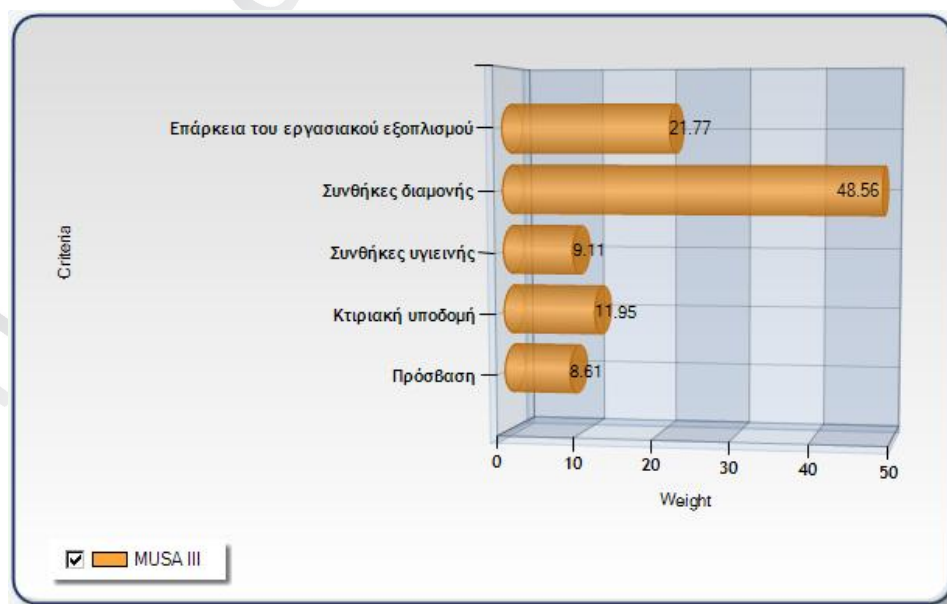
## ΣΧΗΜΑ 17

### ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ



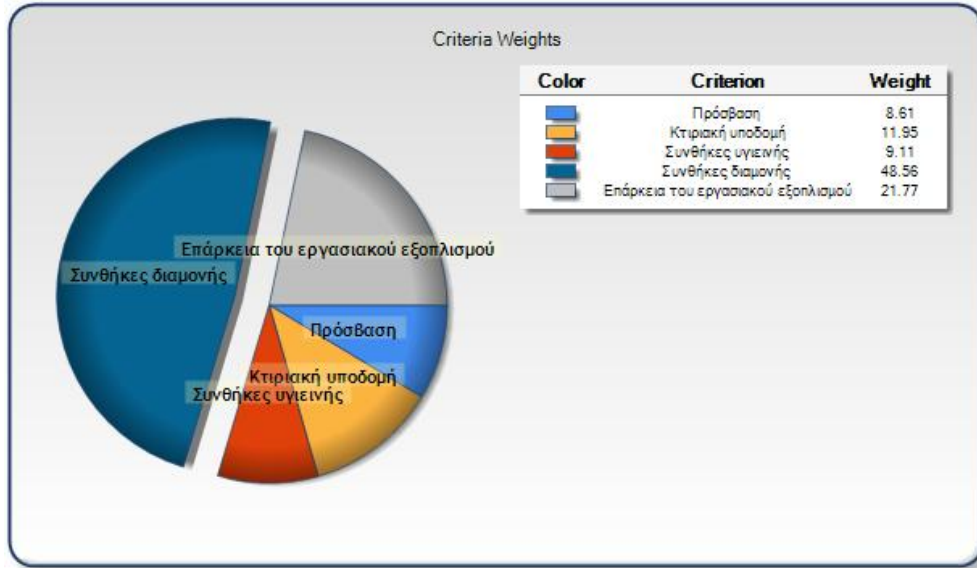
Τα παρακάτω σχήματα 18 και 19 αντίστοιχα παρουσιάζουν ευκρινώς συνολικά τα συμπεράσματα που εξάγονται από τις ερωτήσεις αυτής της ενότητας.

## ΣΧΗΜΑ 18





ΣΧΗΜΑ 19



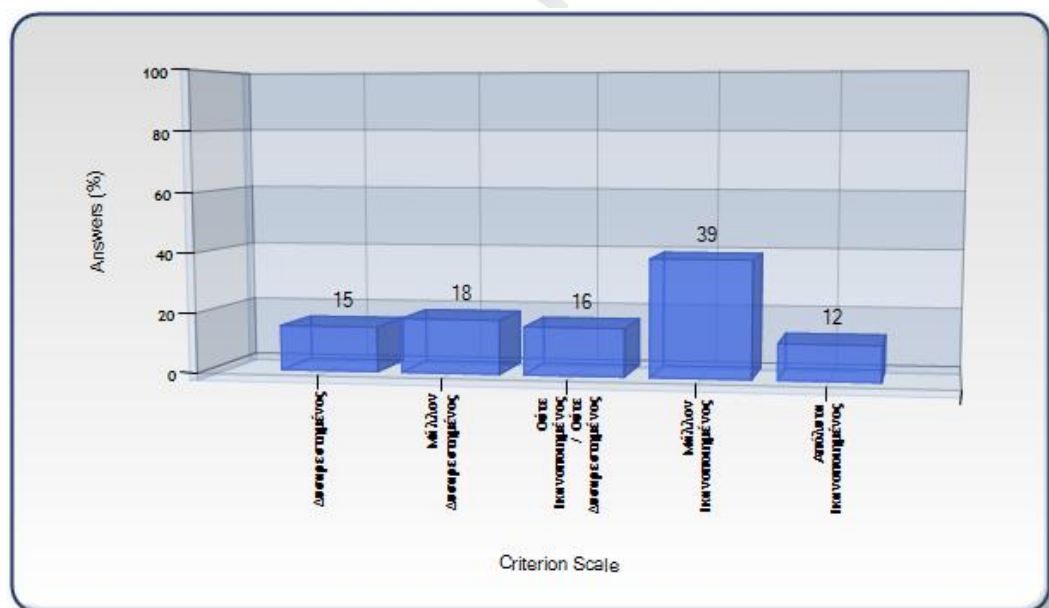
Πανεπιστήμιο

Στη δεύτερη ομάδα ερωτήσεων του Ειδικού Μέρους, οι ερωτήσεις αφορούν τις **ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ** των υπαλλήλων της Τοπικής Μονάδας Υγείας.

- Η πρώτη ερώτηση απαντά στο κατά πόσο ικανοποιημένα είναι τα άτομα από την **υπηρεσιακή σχέση με τους συναδέλφους τους**. Από την έρευνα σημειώνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων, δηλαδή το 39% είναι μάλλον ικανοποιημένοι, ενώ σχετικά στα ίδια επίπεδα κυμαίνονται οι άλλες επιλογές. Πιο συγκεκριμένα το 18% είναι μάλλον δυσαρεστημένο, το 16% ούτε ικανοποιημένο/ ούτε δυσαρεστημένο, το 15% δυσαρεστημένο και τέλος το 12% απόλυτα ικανοποιημένο. ( ΣΧΗΜΑ 20 )

ΣΧΗΜΑ 20

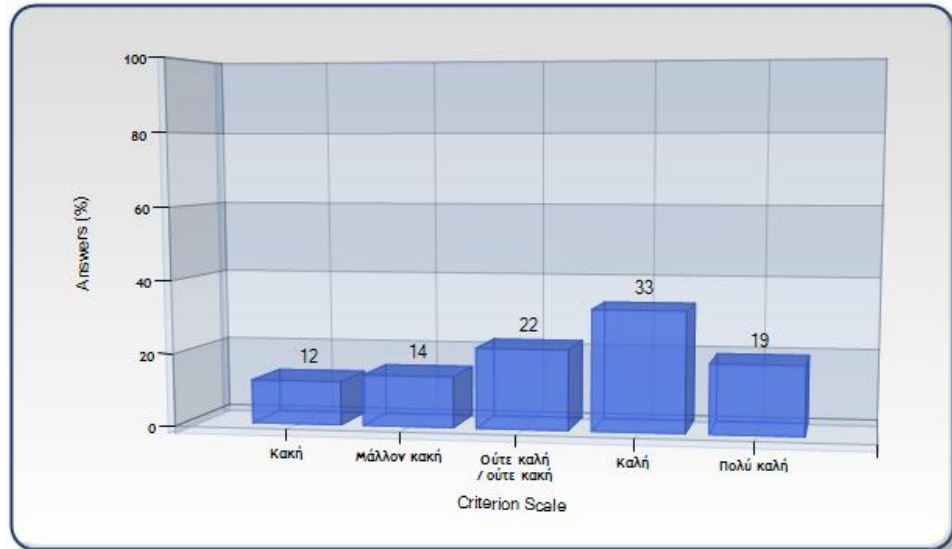
*ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ*



- Η δεύτερη ερώτηση σχετίζεται με το χαρακτηρισμό της **κοινωνικής συμπεριφοράς των συναδέλφων**. Από το σχήμα που θα ακολουθήσει είναι ξεκάθαρο ότι το 33% τη χαρακτηρίζει καλή, το 22% ούτε καλή / ούτε κακή, το 19% πολύ καλή, ενώ μάλλον κακή απαντά το 14% και κακή το 12%. ( ΣΧΗΜΑ 21 )

## ΣΧΗΜΑ 21

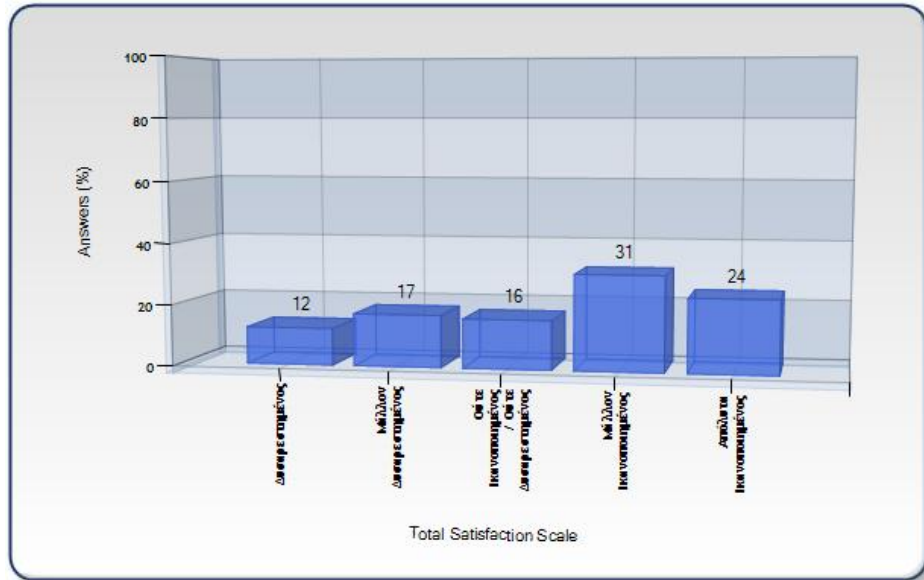
### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ



Θέλοντας να έχουμε μια γενική εικόνα που θα παρουσιάζει **ΣΥΝΟΛΙΚΑ** την ικανοποίηση των ατόμων από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις εντός της υπηρεσίας τους, παρατηρούμε τα εξής: Με ποσοστό 31% είναι μάλλον ικανοποιημένοι, με ποσοστό 24% είναι απόλυτα ικανοποιημένοι, με ποσοστό 12% είναι δυσαρεστημένοι, ενώ τα ποσοστά που αντιπροσωπεύουν τους μάλλον δυσαρεστημένους και τα άτομα που είναι ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι, είναι 17% και 16% αντίστοιχα. ( ΣΧΗΜΑ 22 )

ΣΧΗΜΑ 22

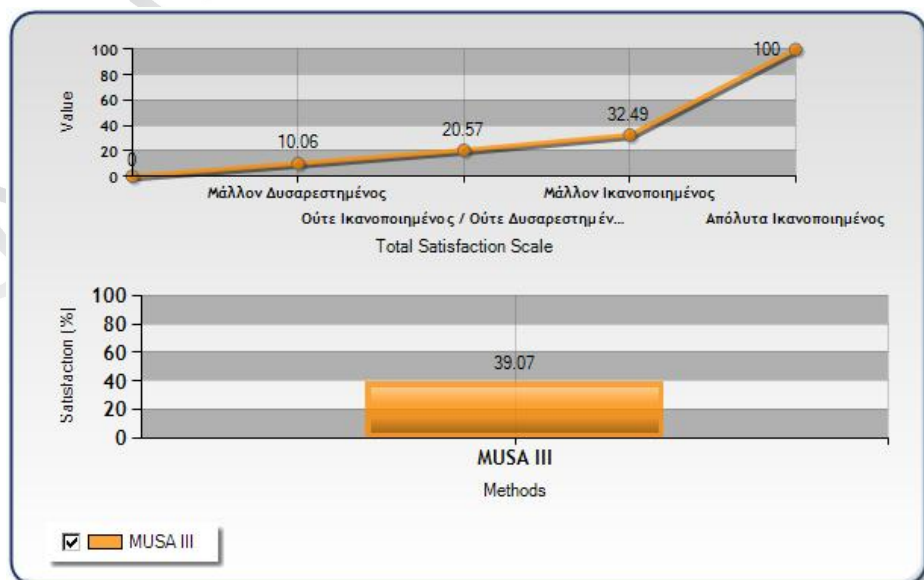
ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η **συνολική κλίμακα ικανοποίησης** (ΣΧΗΜΑ 23)

ΣΧΗΜΑ 23

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

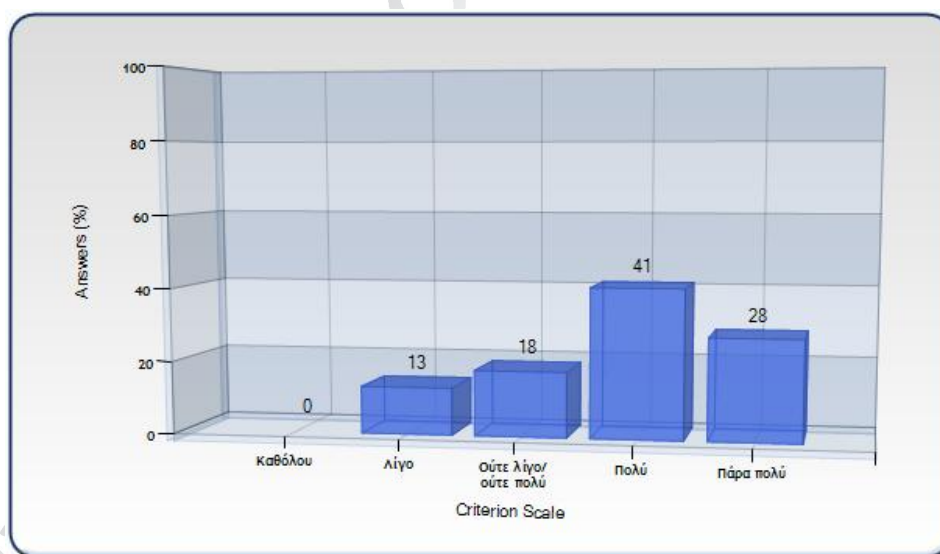


Στην τρίτη ομάδα ερωτήσεων του Ειδικού Μέρους, οι ερωτήσεις στο σύνολό τους σχετίζονται με την **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**. Από αυτές αρχικά θα παρουσιάσουμε το κομμάτι που αφορά τη **λειτουργικότητα**.

- Το θέμα που τίθεται στην πρώτη ερώτηση, έχει να κάνει με τη γνώμη των εργαζομένων σχετικά με τη **βελτίωση της εργασίας τους κάνοντας χρήση Η/Υ**. Εδώ το 41% του δείγματος θεωρεί ότι η χρήση Η/Υ έχει βελτιώσει πολύ την εργασία τους, σε σχέση με το 28% που θεωρεί ότι την βελτίωσε πάρα πολύ. Εκείνοι που χαρακτηρίζουν μέτρια τη βελτίωση είναι το 18%, ενώ εκείνοι που θεωρούν ότι την βελτίωσε λίγο, αγγίζουν το 13%. Άξιο λόγου στο συγκεκριμένο ερώτημα, ότι **δεν** βρέθηκε ούτε ένα άτομα που χαρακτηρίζει τη βελτίωση ανύπαρκτη. ( ΣΧΗΜΑ 24 )

ΣΧΗΜΑ 24

*ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Η/Υ*



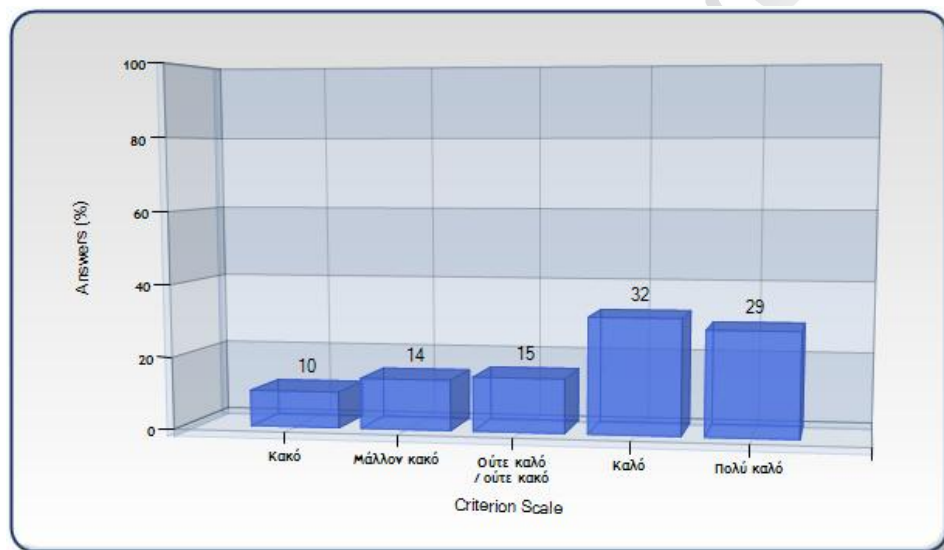
- Η δεύτερη ερώτηση αυτής της ενότητας ζητά από τους ερωτηθέντες να χαρακτηρίσουν το **πρόγραμμα συντήρησης / διακρίβωσης /ελέγχου κατάστασης διακρίβωσης του εργαστηριακού τους εξοπλισμού**. Το 32% απαντά ότι το χαρακτηρίζουν καλό, ποσοστό σχετικά κοντά στην άλλη κατηγορία των ατόμων της τάξεως του 29% που το χαρακτηρίζουν πολύ καλό. Το υπόλοιπο

39% των ερωτηθέντων μοιράζεται στις υπόλοιπες εναλλακτικές απαντήσεις : 15% το χαρακτηρίζει ούτε καλό/ ούτε κακό, το 14% το χαρακτηρίζει μάλλον κακό, ενώ το 10% το χαρακτηρίζει κακό.

( ΣΧΗΜΑ 25 )

ΣΧΗΜΑ 25

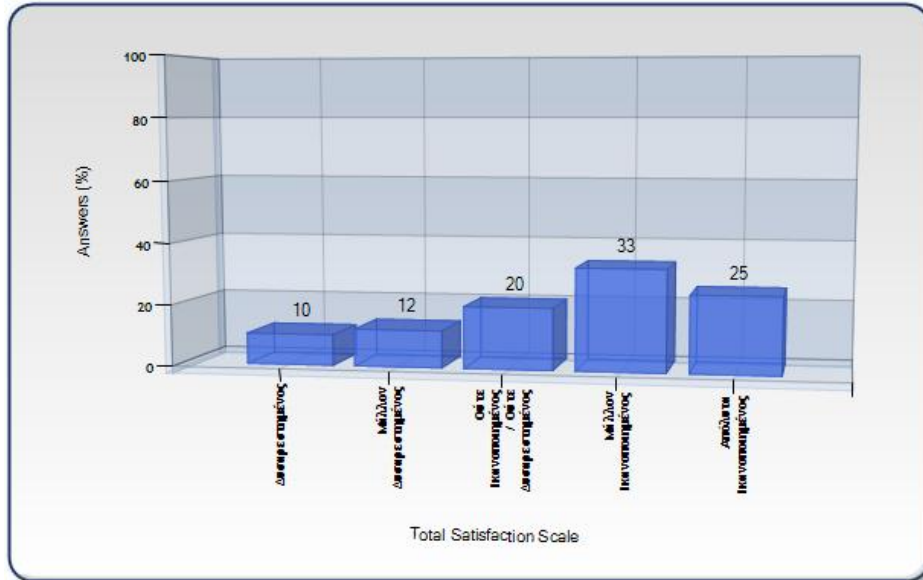
*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ/ΔΙΑΚΡΙΒΩΣΗΣ/ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΔΙΑΚΡΙΒΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ*



Απαντώντας στο πόσο ικανοποιημένοι είναι **ΣΥΝΟΛΙΚΑ** από τη λειτουργικότητα του πληροφοριακού συστήματος, εμφανίζουμε τα ακόλουθα ποσοστά. Το 33% είναι μάλλον ικανοποιημένο, το 25% απόλυτα ικανοποιημένο, ενώ 20% των ερωτηθέντων ανήκουν στην κατηγορία που είναι ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι. Τέλος 12% είναι μάλλον δυσαρεστημένοι και 10% δυσαρεστημένοι. ( ΣΧΗΜΑ 26 )

ΣΧΗΜΑ 26

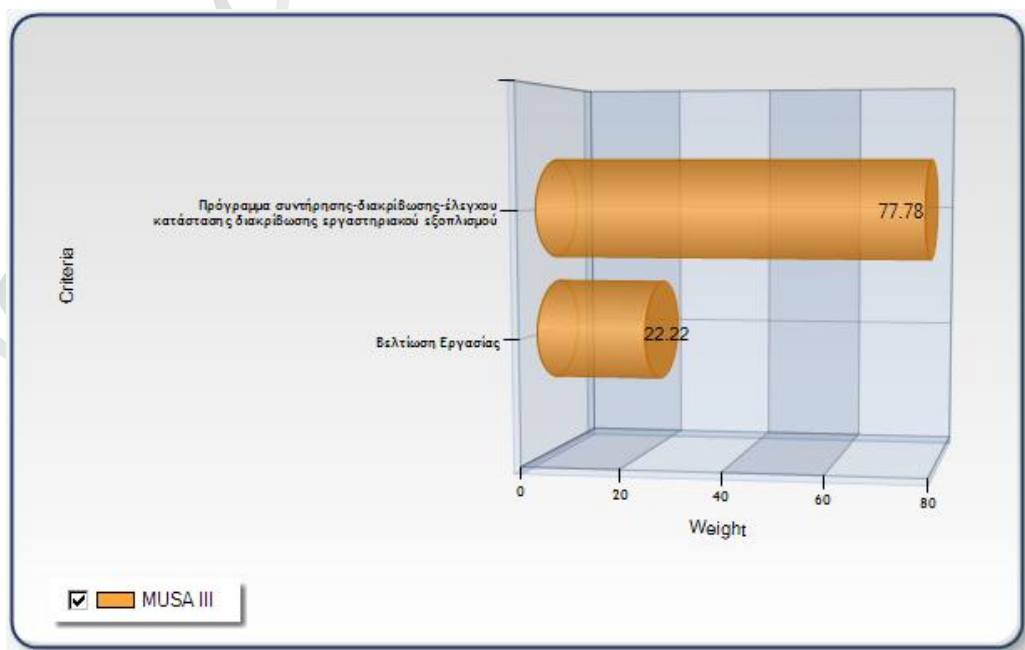
ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Στο σχήμα 27, δίδεται μια άλλη διάσταση ανάλυσης των δύο ερωτήσεων αυτής της ενότητας.

ΣΧΗΜΑ 27

CRITERIA WEIGHTS BARS



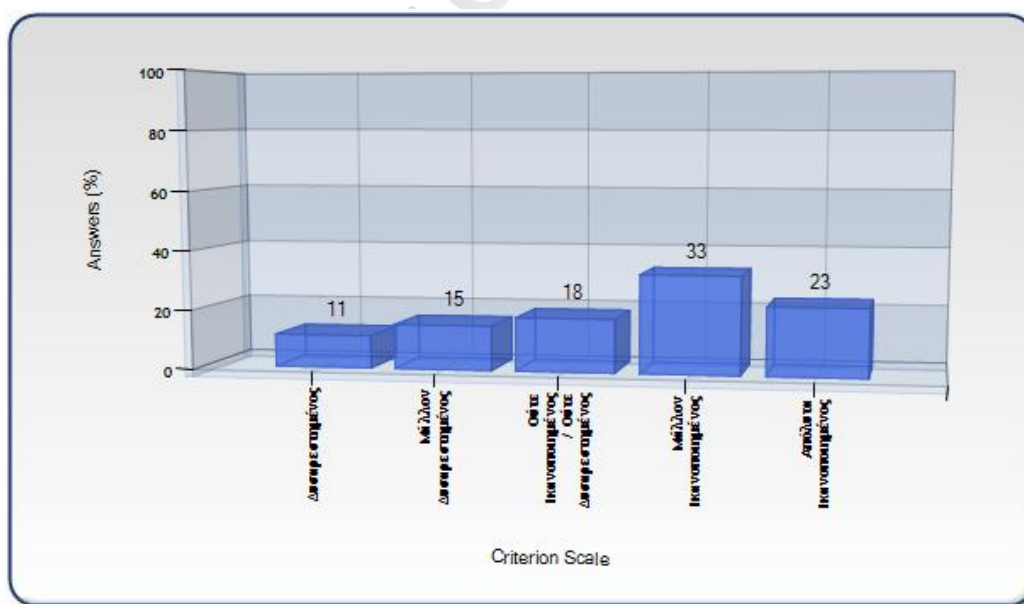


Στο σημείο αυτό θα γίνει η παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την έρευνα μας και αφορούν ερωτήσεις σχετικά με την **ταχύτητα και την ακρίβεια στοιχείων**. Ερωτήσεις που γενικά υπάγονται στην Ποιότητα του Πληροφοριακού Συστήματος.

- Η πρώτη ερώτηση σχετίζεται με την ικανοποίηση των εργαζομένων από την **ταχύτητα ανταπόκρισης του Η/Υ**. Το 33% είναι μάλλον ικανοποιημένο. Παράλληλα το 23% δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένο, εν αντιθέσει με το 11% των ατόμων που δηλώνουν δυσαρεστημένοι. Ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι είναι το 18% του συνόλου, ενώ ποσοστό της τάξεως του 15% εμφανίζεται μάλλον δυσαρεστημένο. ( ΣΧΗΜΑ 28)

ΣΧΗΜΑ 28

*TACHYTHTA ANTAΠOKPPIΣHΣ TOY H/Y*



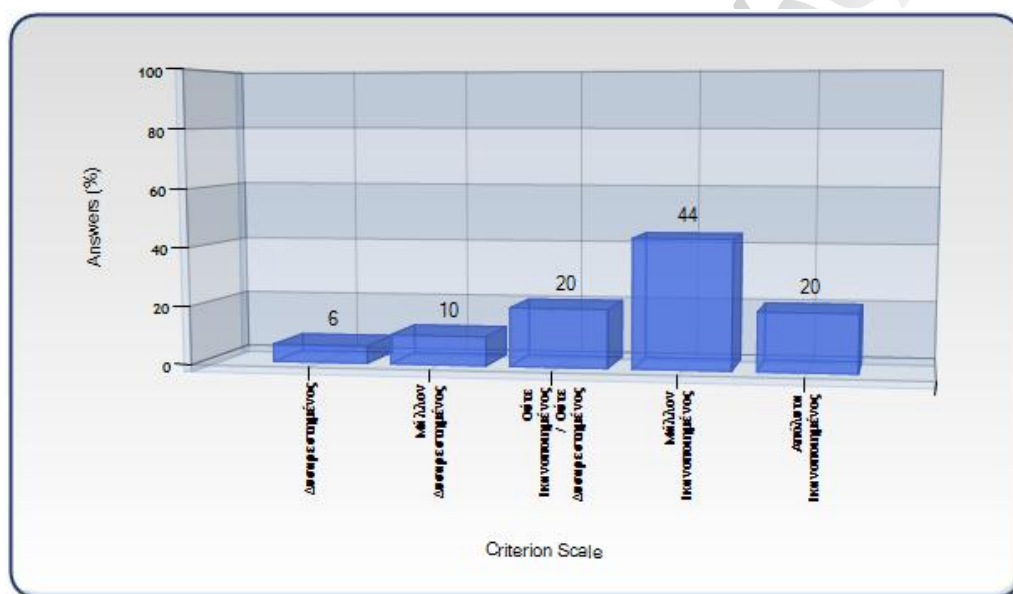
- Η επόμενη δεύτερη ερώτηση σχετίζεται με την ικανοποίηση που αισθάνονται οι εργαζόμενοι από την **ακρίβεια και την πληρότητα των πληροφοριών**. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων δηλώνει μάλλον ικανοποιημένη, σε ποσοστό που αγγίζει το 44%. Στα ίδια ποσοστά της τάξεως του 20% κυμαίνονται οι δύο κατηγορίες που αντιπροσωπεύουν τους απόλυτα ικανοποιημένους και όσους

δηλώνουν ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι. Το 10% δηλώνει μάλλον δυσαρεστημένο και μόλις το 6% δηλώνει ξεκάθαρα δυσαρεστημένο.

( ΣΧΗΜΑ 29 )

ΣΧΗΜΑ 29

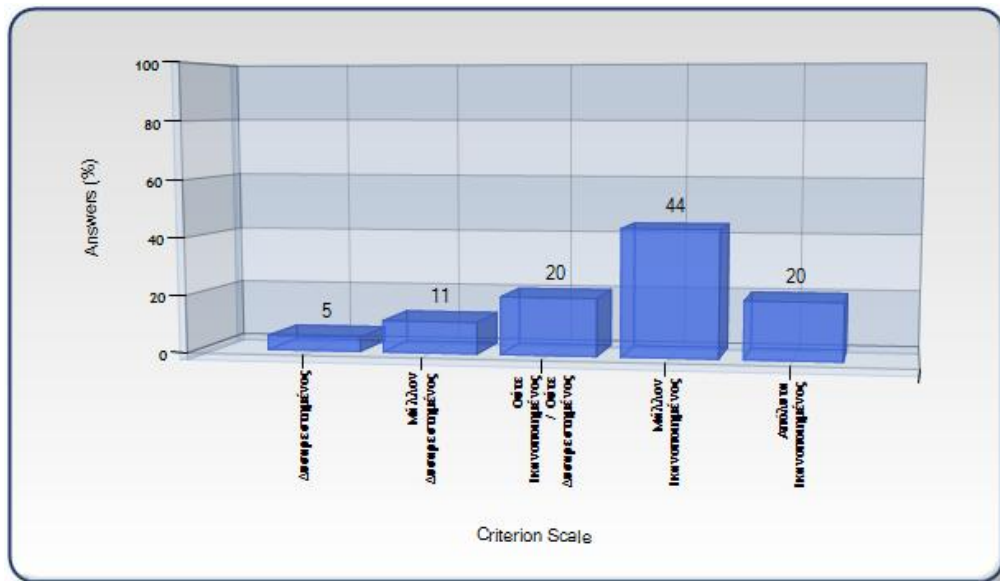
*ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ*



- Προχωρώντας , προβάλλουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν έπειτα από ερώτηση σχετική με την **παρουσίαση των στοιχείων και των πληροφοριών**. Εδώ τα ποσοστά έχουν ως εξής: το 44% δηλώνει μάλλον ικανοποιημένο. Ποσοστό 20% αντιστοίχως καταλαμβάνουν οι επιλογές ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος και εκείνη που αντιπροσωπεύει τους απόλυτα ικανοποιημένους. Μάλλον δυσαρεστημένο δηλώνει το 15% του συνόλου των ερωτηθέντων, ενώ μόλις το 5% δηλώνει δυσαρεστημένο. ( ΣΧΗΜΑ 30 )

### ΣΧΗΜΑ 30

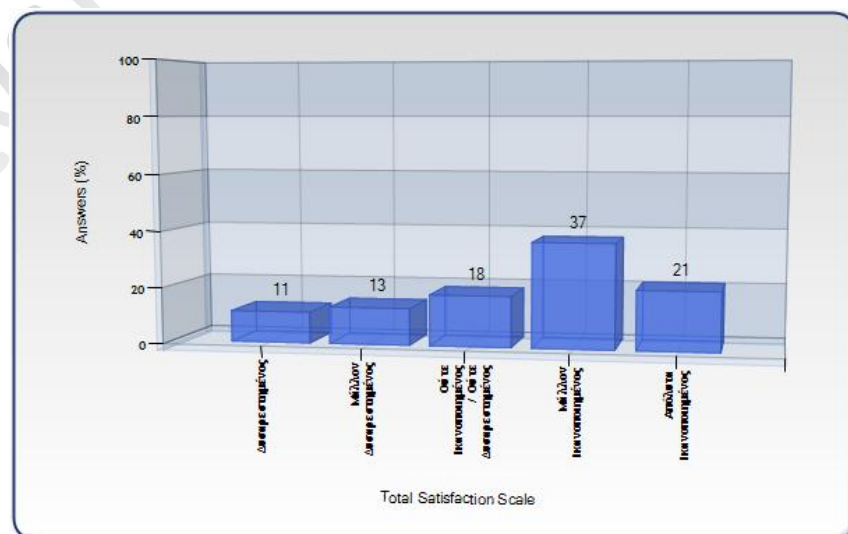
#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ



Απαντώντας στο πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες **ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την ταχύτητα απόκρισης του Η/Υ**, έχουμε τα ακόλουθα ποσοστά : το 37% δηλώνει μάλλον ικανοποιημένο, το 21% απόλυτα ικανοποιημένο, το 18% ούτε ικανοποιημένο / ούτε δυσαρεστημένο, το 13% μάλλον δυσαρεστημένο και τέλος το 11% δυσαρεστημένο. ( ΣΧΗΜΑ 31 )

### ΣΧΗΜΑ 31

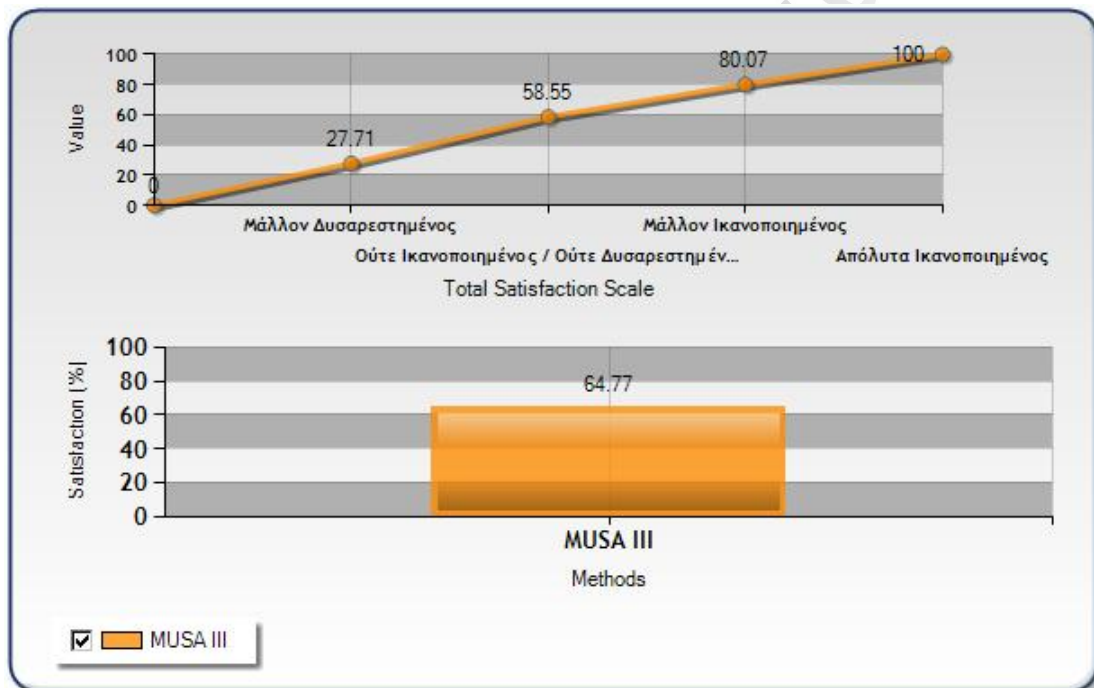
#### ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ & ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ



Στο σχήμα 32 προβάλλει μια ακόμα διευκρινιστική απεικόνιση που προκύπτει από την επεξεργασία της μεθόδου MU.S.A. που αφορά τη συνολική κλίμακα ικανοποίησης, ενώ εξίσου ενδιαφέρων είναι το σχήμα 33

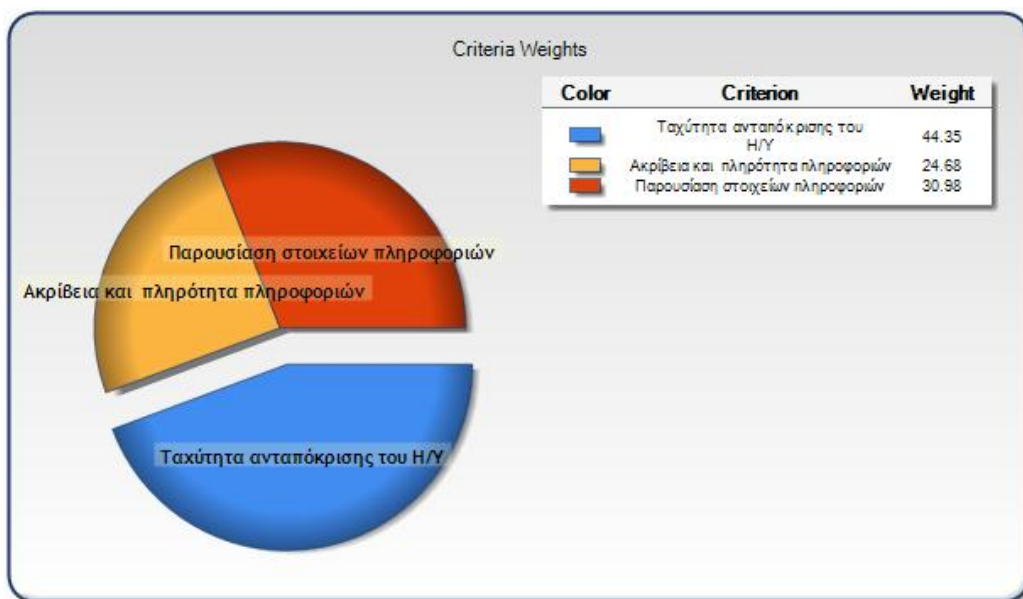
ΣΧΗΜΑ 32

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ



### ΣΧΗΜΑ 33

#### CRITERIA WEIGHTS

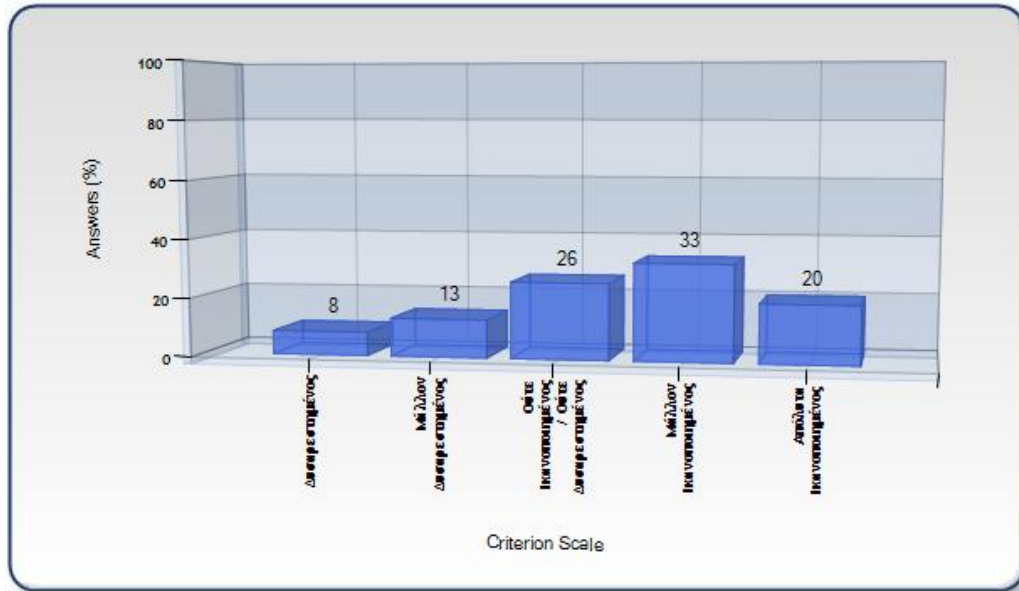


Εδώ ακριβώς θα γίνει η παρουσίαση των στοιχείων που αφορούν ερωτήσεις **αποτελεσματικότητας**. Είναι η τελευταία ενότητα από το Ειδικό Μέρος του ερωτηματολογίου.

- Η πρώτη ερώτηση σχετίζεται με την **ευχρηστία σε επίπεδο χρήστη – διαχειριστή**. Τα ποσοστά ανά κατηγορία απάντησης δεν έχουν ιδιαίτερη απόκλιση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να απεικονίζονται ως εξής : το 33% είναι μάλλον ικανοποιημένο, το 20% απόλυτα ικανοποιημένο, το 26% ούτε ικανοποιημένο / ούτε δυσαρεστημένο, το 13% μάλλον δυσαρεστημένο και τέλος το 8% είναι δυσαρεστημένο. ( ΣΧΗΜΑ 34 )

## ΣΧΗΜΑ 34

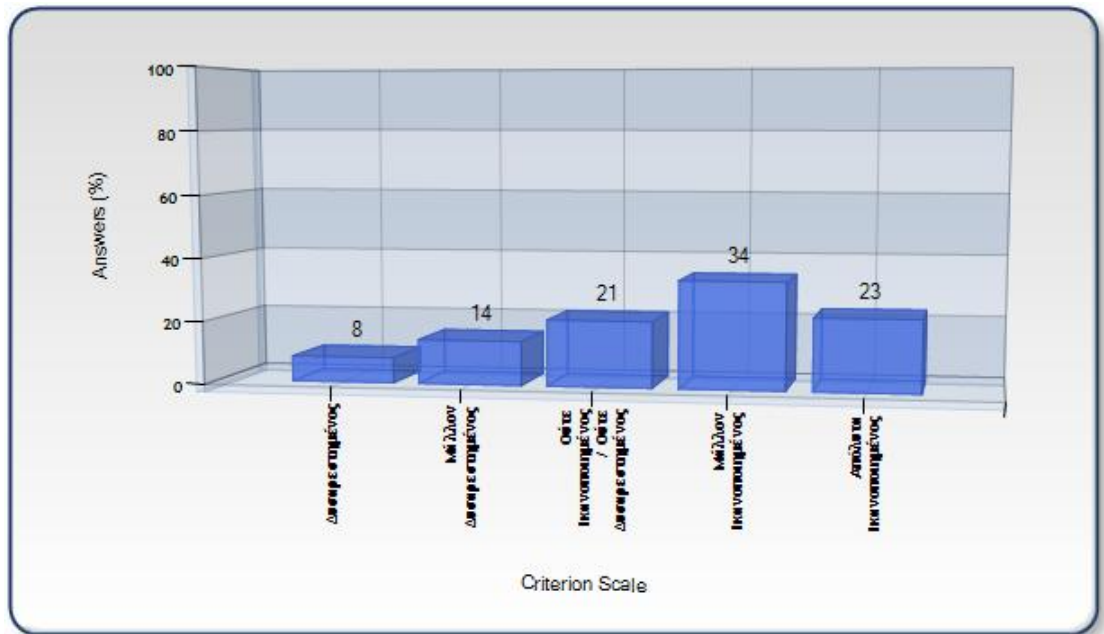
### ΕΥΧΡΗΣΤΙΑ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΧΡΗΣΤΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΗ



- Περνώντας στη δεύτερη ερώτηση, τα άτομα απαντούν κατά πόσο ικανοποιημένα είναι από την **αποτελεσματικότητα του συστήματος ελέγχου εγγράφων / αρχείων** που παρέχει η υπηρεσία. Τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι είναι μάλλον ικανοποιημένοι, διαμορφώνοντας το ποσοστό του 34%. Στη συνέχεια οι απαντήσεις που δόθηκαν από τα άτομα που είναι ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι αποτελούν το 21%, ενώ το 23% διαμορφώνεται από εκείνους που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι. Μάλλον δυσαρεστημένο δηλώνει το 14% και δυσαρεστημένο το 8%. ( ΣΧΗΜΑ 35 )

## ΣΧΗΜΑ 35

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ / ΑΡΧΕΙΩΝ



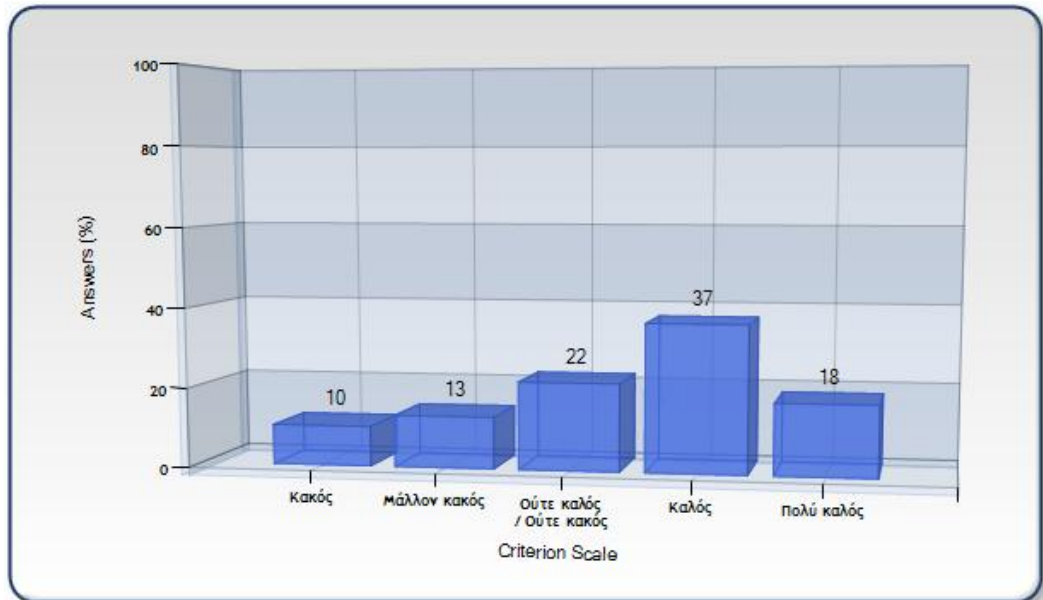
- Η τελευταία ερώτηση, ζητά από τα άτομα να χαρακτηρίσουν τον **τρόπο αντιμετώπισης και εξάλειψης της πιθανότητας επανεμφάνισης ενός τεχνικού προβλήματος ποιότητας**. Έτσι λοιπόν το 37% απαντά, χαρακτηρίζοντας το καλό, το 22% ούτε καλό / ούτε κακό, το 18% πολύ καλό. Το υπόλοιπο 23% μοιράζεται αντιστοίχως σε αυτούς που το χαρακτηρίζουν μάλλον κακό σε ποσοστό 13% και το 10% σε αυτούς που το θεωρούν κακό.

( ΣΧΗΜΑ 36 )



## ΣΧΗΜΑ 36

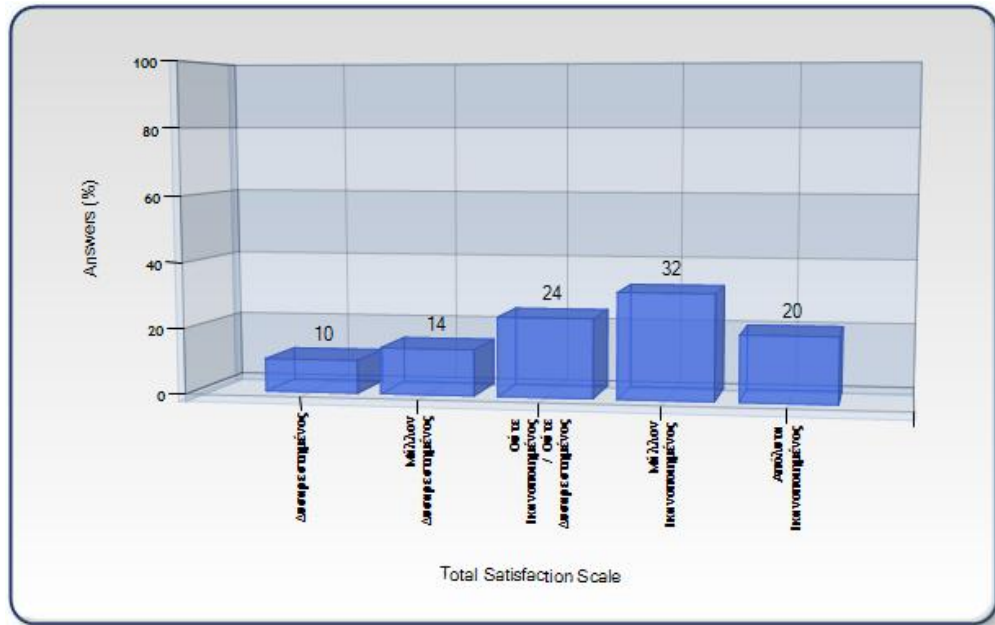
### ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



Απαντώντας στο πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες **ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την αποτελεσματικότητα του πληροφοριακού συστήματος στην υπηρεσία τους** εξασφαλίσαμε τα ακόλουθα αποτελέσματα : το 32% είναι μάλλον ικανοποιημένο, το 24% δηλώνει ούτε ικανοποιημένο/ ούτε δυσαρεστημένο, το 20% απόλυτα ικανοποιημένο, το 14% μάλλον δυσαρεστημένο και το 10% δυσαρεστημένο. ( ΣΧΗΜΑ 37 )

### ΣΧΗΜΑ 37

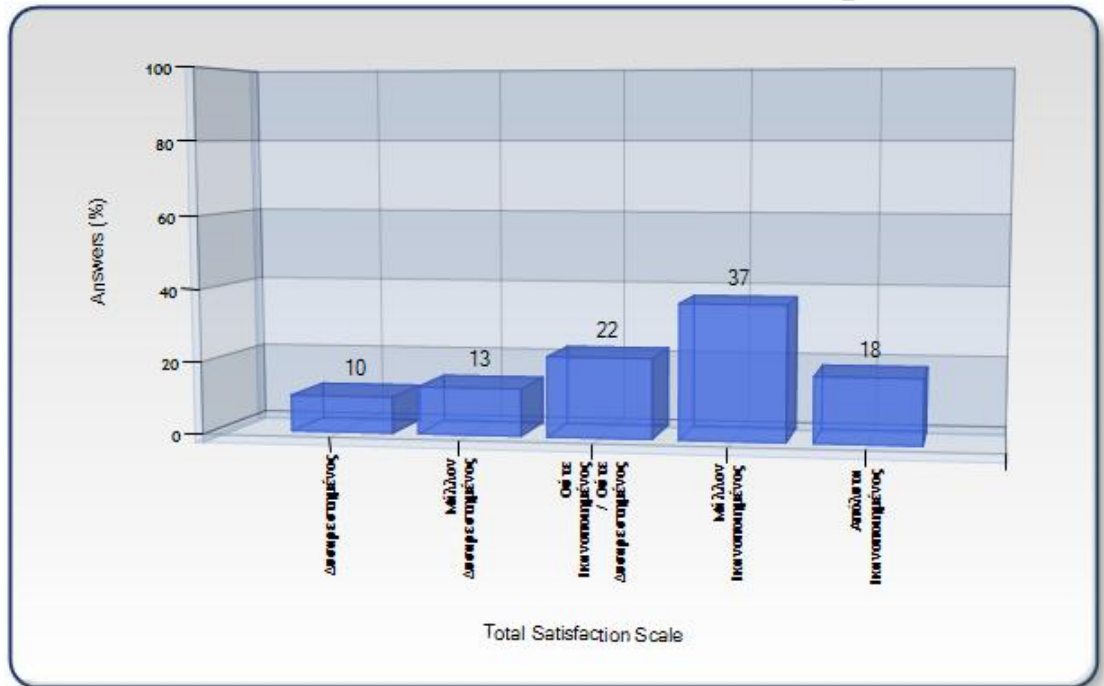
#### ΣΥΝΟΛΙΚΑ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



Κλείνοντας το Ειδικό Μέρος, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με την **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**. ( ΣΧΗΜΑ 38 )

## ΣΧΗΜΑ 38

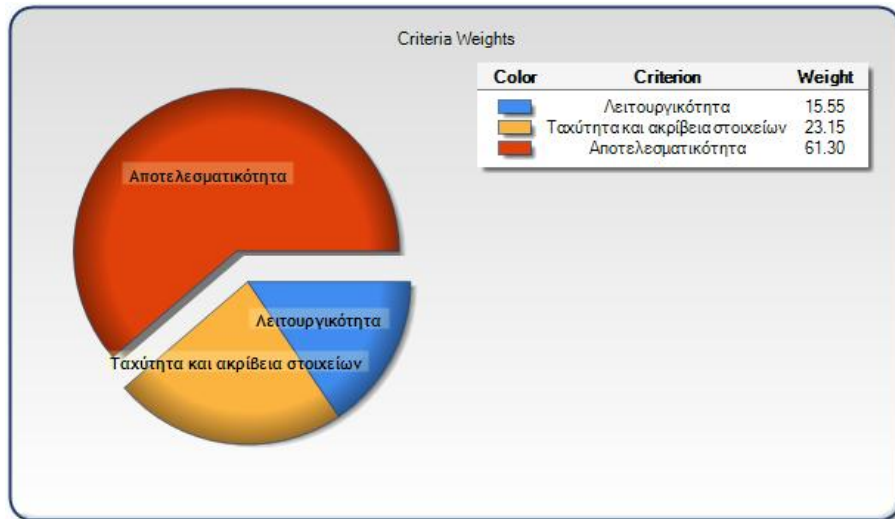
### ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Εδώ το 37% απαντά ότι είναι μάλλον ικανοποιημένο, το 18% απόλυτα ικανοποιημένο και το 22% ούτε ικανοποιημένο / ούτε δυσαρεστημένο. Τα μικρότερα ποσοστά σημειώνονται στην κατηγορία μάλλον δυσαρεστημένος, 13% και στην κατηγορία δυσαρεστημένος 10%.

Μια ακόμα απεικόνιση που απαντά στη συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα του Πληροφοριακού Συστήματος (ΣΧΗΜΑ 39 )

### ΣΧΗΜΑ 39

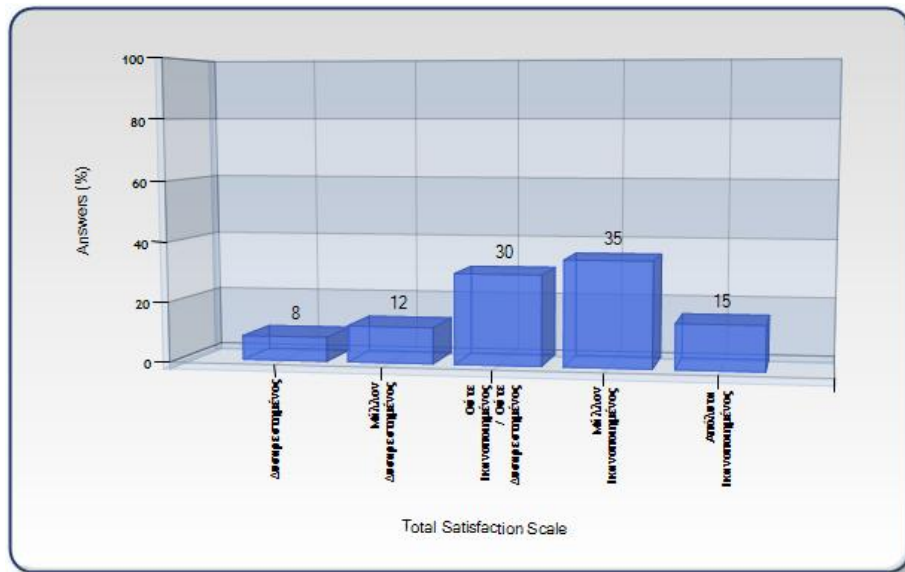


Ο επόμενος πίνακας αφορά την απεικόνιση των απαντήσεων σε ερώτηση που αφορά τη **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**.

( ΣΧΗΜΑ 40 )

## ΣΧΗΜΑ 40

### ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ



Πανεπιστήμιο /

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Έχοντας ως βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, κυρίως στο Ειδικό Μέρος αυτής, θα προχωρήσουμε στην διατύπωση των συμπερασμάτων, προκειμένου να σταθούμε σε κάποια σημεία.

- 👉 Ξεκινώντας από την πρόσβαση των ατόμων στο χώρο εργασίας, δεν παρατηρείται ιδιαίτερο πρόβλημα, κάθε άλλο μάλιστα, οι περισσότεροι δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα.
- 👉 Η κτιριακή υποδομή θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι σχετικά καλή, αν αναλογιστούμε τα ποσοστά του αντίστοιχου σχήματος.
- 👉 Οι συνθήκες υγιεινής, που είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι, χαρακτηρίζονται καλές έως πολύ καλές, παρουσιάζοντας χαμηλά ποσοστά δυσαρεστημένων εργαζομένων.
- 👉 Οι συνθήκες διαμονής, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους χαρακτηρίζονται καλές, αφήνοντας όμως εμφανή σημεία βελτίωσης.
- 👉 Η επάρκεια του εργασιακού εξοπλισμού, βάσει ποσοστών χαρακτηρίζεται καλή έως πολύ καλή.
- 👉 **Συνολικά η ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος** κρίνεται καλή – πολύ καλή – ούτε καλή / ούτε κακή.
- 👉 Περνώντας στην ικανοποίηση των εργαζομένων από την υπηρεσιακή σχέση τους με τους συναδέλφους τους, οι περισσότεροι είναι μάλλον ικανοποιημένοι. Τα υπόλοιπα ποσοστά που συγκεντρώνονται, αφήνουν περιθώρια βελτίωσης.
- 👉 Η κοινωνική συμπεριφορά των συναδέλφων, χαρακτηρίζεται ως επί το πλείστον καλή.
- 👉 **Συνολικά από τις διαπροσωπικές σχέσεις εντός της υπηρεσίας**, οι περισσότεροι είναι ικανοποιημένοι έως απόλυτα ικανοποιημένοι.
- 👉 Στην ερώτηση για τη βελτίωση της εργασίας με τη χρήση του Η/Υ, πολλοί είναι εκείνοι που θεωρούν ότι είδαν πολλή μεγάλη βελτίωση έως πάρα πολύ μεγάλη.
- 👉 Όσον αφορά το πρόγραμμα συντήρησης / διακρίβωσης / ελέγχου κατάστασης διακρίβωσης του εργαστηριακού εξοπλισμού, οι περισσότεροι το θεωρούν καλό, ενώ ελάχιστοι το χαρακτηρίζουν κακό.
- 👉 **Συνολικά από την λειτουργικότητα του πληροφοριακού συστήματος**, τα πιο πολλά άτομα είναι μάλλον ικανοποιημένα έως απόλυτα ικανοποιημένα.

- 👍 Σχετικά με την ταχύτητα ανταπόκρισης του Η/Υ, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι μάλλον ικανοποιημένο.
- 👍 Στο κομμάτι της ακρίβειας και πληρότητας πληροφοριών, η συντριπτική πλειοψηφία απαντά μάλλον ικανοποιημένη.
- 👍 Ο τρόπος παρουσίασης των στοιχείων και των πληροφοριών, κρίνεται μάλλον ικανοποιητικός, με πολύ μικρό ποσοστό να μένει δυσαρεστημένο.
- 👍 **Συνολικά από την ταχύτητα ανταπόκρισης του Η/Υ και την ακρίβεια στοιχείων που παραθέτει**, οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι μάλλον ικανοποιημένοι.
- 👍 Στο ερώτημα που αφορά την ευχρηστία σε επίπεδο χρήστη – διαχειριστή, τα περισσότερα άτομα είναι μάλλον ικανοποιημένα, χωρίς να αμελεί κανείς και το αρκετά υψηλό ποσοστό εκείνων που φαίνεται να μην είναι ούτε ικανοποιημένοι / ούτε δυσαρεστημένοι.
- 👍 Η αποτελεσματικότητα από το σύστημα ελέγχου εγγράφων / αρχείων που παρέχει η υπηρεσία, θεωρείται κατά κόρον μάλλον ικανοποιητική.
- 👍 Στην περίπτωση εμφάνισης τεχνικού προβλήματος ποιότητας, ο τρόπος αντιμετώπισης του και εξάλειψης της πιθανότητας επανεμφάνισής του, χαρακτηρίζεται καλός.
- 👍 **Συνολικά από την αποτελεσματικότητα του πληροφοριακού συστήματος στην υπηρεσία**, το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων είναι μάλλον ικανοποιημένο.
- 👍 Αν σταθούμε στις δύο τελευταίες ερωτήσεις που περικλείουν συνοπτικά τις παραπάνω ενότητες, βλέπουμε ότι **η συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα του Πληροφοριακού Συστήματος**, κρίνεται μάλλον ικανοποιητική. Όσον αφορά την **συνολική ικανοποίηση από την εργασία**, μεγάλος όγκος ερωτηθέντων είναι μάλλον ικανοποιημένος.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητέ συνάδελφε,

Παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας, προκειμένου να μας εκφράσετε τις απόψεις σας σχετικά με την **ποιότητα της εργασίας σας εντός της Τοπικής Μονάδας Υγείας**, στην οποία απασχολείστε, συμπληρώνοντας το παρόν ερωτηματολόγιο με προσοχή και ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις σας θα βοηθήσουν στην **μελλοντική βελτίωση της λειτουργίας του Υποκαταστήματος**.

#### Γενικό Μέρος

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις σημειώνοντας με **X** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

##### **Φύλο**

Άνδρας

Γυναίκα

##### **Ηλικία**

20 – 30

30 – 40

40 – 50

50 και άνω

##### **Οικογενειακή κατάσταση**

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Άλλο

##### **Μορφωτικό επίπεδο**

Λύκειο

Τεχνική Σχολή

Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

##### **Ποια θέση ιεραρχικά κατέχετε στο χώρο εργασίας σας**

Υπάλληλος

Προϊστάμενος

Διευθυντής

##### **Πόσα έτη υπηρετείτε στη συγκεκριμένη υπηρεσία**

Από 0 – 5  Από 5 – 10

Από 10 – 15  Από 15 & άνω

## Ειδικό μέρος

### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

**Πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση στο χώρο εργασίας σας**

Πολύ εύκολη  Εύκολη  Ούτε εύκολη / ούτε δύσκολη   
Μάλλον δύσκολη  Δύσκολη

**Πως θα χαρακτηρίζατε την κτιριακή υποδομή του χώρου εργασίας σας**

Πολύ καλή  Καλή  Ούτε καλή / ούτε κακή   
Μάλλον κακή  Κακή

**Πως θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες υγιεινής στο χώρο εργασίας σας**

Πολύ καλές  Καλές  Ούτε καλές / ούτε κακές   
Μάλλον κακές  Κακές

**Πως θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες διαμονής στο χώρο εργασίας σας**

Πολύ καλές  Καλές  Ούτε καλές / ούτε κακές   
Μάλλον κακές  Κακές

**Πως θα χαρακτηρίζατε την επάρκεια του εργασιακού εξοπλισμού σας**

Πολύ καλή  Καλή  Ούτε καλή / ούτε κακή   
Μάλλον κακή  Κακή

**Πως θα χαρακτηρίζατε ΣΥΝΟΛΙΚΑ την ποιότητα του εργασιακού σας περιβάλλοντος**

Πολύ καλή  Καλή  Ούτε καλή / ούτε κακή   
Μάλλον κακή  Κακή

### ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την υπηρεσιακή σχέση με τους συναδέλφους σας

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος /ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

Πως θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική συμπεριφορά των συναδέλφων σας

Πολύ καλή  Καλή  Ούτε καλή / ούτε κακή

Μάλλον κακή  Κακή

Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από τις διαπροσωπικές σας σχέσεις εντός της υπηρεσίας σας

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος /ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η χρήση Η/Υ έχει βελτιώσει την εργασία σας

Πάρα πολύ  Πολύ  Ούτε λίγο / ούτε πολύ   
Λίγο  Καθόλου

Πως θα χαρακτηρίζατε το πρόγραμμα συντήρησης /διακρίβωσης/έλεγχου κατάστασης διακρίβωσης του εργαστηριακού σας εξοπλισμού

Πολύ καλό  Καλό  Ούτε καλό / ούτε κακό   
Μάλλον κακό  Κακό

Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την λειτουργικότητα του πληροφοριακού συστήματος

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος   
Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος   
Δυσαρεστημένος

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ & ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

**Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ταχύτητα ανταπόκρισης του Η/Υ**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ακρίβεια και την πληρότητα των πληροφοριών**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**Πόσο ικανοποιημένος είστε από την παρουσίαση των στοιχείων και πληροφοριών**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την ταχύτητα ανταπόκρισης του Η/Υ σας και από την ακρίβεια στοιχείων που παραθέτει**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ευχρηστία σε επίπεδο χρήστη – διαχειριστή**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**Πόσο ικανοποιημένος είστε από την αποτελεσματικότητα του συστήματος ελέγχου εγγράφων/αρχείων σας που σας παρέχει η υπηρεσία σας**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

**Στην περίπτωση εμφάνισης τεχνικού προβλήματος ποιότητας, πως θα χαρακτηρίζατε τον τρόπο αντιμετώπισης του και εξάλειψη της πιθανότητας επανεμφάνισής του**

Πολύ καλός  Καλός  Ούτε καλός / ούτε κακός

Μάλλον κακός  Κακός

**Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την αποτελεσματικότητα του πληροφοριακού συστήματος στην υπηρεσία σας**

Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος

Ούτε ικανοποιημένος/ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος

Δυσαρεστημένος

### **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΣ**

Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την ποιότητα του πληροφοριακού συστήματος στην εργασία σας

- Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος   
Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος   
Δυσαρεστημένος

### **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Πόσο ικανοποιημένος είστε ΣΥΝΟΛΙΚΑ από την εργασία σας

- Απόλυτα ικανοποιημένος  Μάλλον ικανοποιημένος   
Ούτε ικανοποιημένος / ούτε δυσαρεστημένος  Μάλλον δυσαρεστημένος   
Δυσαρεστημένος



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
www.ggka.citron.gr
- Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ  
www.ikanet.gr
- Azzolini M. , Shillader J. (1993) “Internal service quality: winning from the inside out”.
- Evans R. James, Lindsay M. William “The Management and Control of Quality”.
- Ovretveit J. (2004) “Formulating a health quality improvement strategy for a developing country – International Journal of Health Care Quality Assurance
- Brook C. (1999) “Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives”, International journal for Quality in Health Care
- Juran J. M. ( 1998). *Juran on planning for quality*, The Free Press, New York
- Crosby L. A. and J. R. Taylor ( 1983 ). Psychological commitment and its effects on post – decision evaluation and preference stability among voters, *Journal of Customer Research*, 9, 413 – 431.
- Hook D. (1973)“The Edwin Smith surgical papyrus”.
- Garnson (1929) “An introduction to the History of Medicine”.
- Cronin J.J. , Taylor S.A.( 1992) “Measuring service quality: a reexamination and extension”.
- Parasuraman A., V. A. Zeithaml and L. L. Berry ( 1985 ). A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49, 41 - 50.

- Parasuraman A., V. A. Zeithaml and L. L. Berry ( 1988 ). SERVQUAL : A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64 (1), 14 – 40.
- Freeman R.(1998) “*Competition in context: the politics of health care reform in Europe*”, *International Journal for Quality in Health Care*
- Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George(1998) “*Private and public medicine: a comparison of quality perceptions*”, *International Journal of Health Quality Assurance*
- Donelan K., Blendon R.et.al.(2000) “*The costs of health system change: public discontent in five nations*”.
- Donabedian A., (1996) “*The definition of quality and approaches to its assessment*”, Health Administration Press.
- Jackson, Sue.(2001) “Europe supports UK Government in putting quality at the heart of health care – Health Manpower Management.
- Massnick F.(1997). *The customer is CEO : How to measure what your customers want – and make sure they get it*, AMACOM, New York.
- Edosomwan J. A. (1993). *Customer and market – driven quality management*, ASQC Quality Press, Milwaukee.
- Μαγνήσαλης Κ. Γ. (1981). *Καταναλωτική : Η τεχνική γνώσεως της συμπεριφοράς του καταναλωτή*, Interbooks, Αθήνα.
- Διακόπουλος Χ. Δ. (1986). *Marketing : Έρευνα αγοράς και ανάπτυξη πωλήσεων*, Εκδόσεις Σμπίλιας, Αθήνα.

- Κεχαγιάς Ι. (1990). Σημειώσεις συμπεριφοράς καταναλωτή, Εκδόσεις Σταμούλης, Πειραιάς.
- Σιώμοκος Γ. (1994). Συμπεριφορά καταναλωτή και στρατηγική marketing, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα – Πειραιάς.
- Yi Y. (1991). Acritical review of consumer satisfaction, in: V. A. Zeithaml (Ed.), *Review of marketing* 1989, American Marketing Association: Chicago, IL.
- Howard J. A. and Sheth (1969). *The theory of buyer behavior*, John Wiley and Sons, New York.
- Westbrook R. A. (1983). Value – precept disparity: An alternative to the dis – confirmation of expectations theory of customer satisfaction, in: R. P. Bagozzi and A. M. Tybout ( Eds.), *Advances in consumer research*, Association for Consumer Research, Ann Arbor MI, 256 – 261.
- Churchill G. A. Jr. and C. Supernant (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction, *Journal of Marketing Research*, 19, 491 – 504.
- Hunt H. K. (1977). Customer satisfaction / dissatisfaction: Overview and future research directions, in: H. K. Hunt ( Ed. ), *Conceptualization and measurement of customer satisfaction and dissatisfaction*, Marketing Science Institute, Cambridge, MA, 300 – 332.
- Engel J. F. and R. D. Blackwell (1982). *Consumer behavior*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Engel J., D. Kollat and R. Blackwell (1978). *Customer Behavior*, Dryden Press, Illinois.

- Tse D. K. and P. C. Wilton (1988). Models of consumer satisfaction: An extension, *Journal of Marketing Research*, 25, (2), 204 – 212.
- Oliver R. L. (1996). *Satisfaction : A behavioral perspective on the customer*, McGraw – Hill, New York.
- Hill, N. (1996). *Handbook of customer satisfaction measurement*, Gower Publishing, Hampshire.
- Gerson R. F. (1993). *Measuring customer satisfaction : A guide to managing quality service*, Crisp Publications, Menlo Park.
- Vavra T. G. (1997). *Improving your measurement of customer satisfaction : A guide to creating, conducting, analyzing, and reporting customer satisfaction measurement programs*, ASQC Quality Press, Milwaukee.
- Dutka A. (1995). *AMA Handbook of customer satisfaction : A guide to research, planning and implementation*, NTC Publishing Group, Illinois.
- Zifko – Baliga G. M. (1998). What customers really want : How that affects what service to deliver In customer service, In: R. Zemke and J. A. Woods ( Eds.), *Best practices in customer service*, Amacom, New York, 318 – 327.
- Spreng R. A. and R. W. Olshavsky (1992). A desires - as – standard model of customer satisfaction : Implications for measuring satisfaction, *Journal of Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 5, 53 – 63.
- Woodruff R. B., D. S. Clemons, D. W. Schuman, S. F. Gardial and M. J. Burns (1991). The standards issue in customer satisfaction / dissatisfaction research : A historical perspective, *Journal of Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 4, 173 – 185.

- Burns M. J. and R. B. Woodruff (1991). Value : An integrative perspective, in : C. P. Haugtvedt and D. E. Rosen ( Eds.), *Proceedings of the Society for Consumer Psychology*, American Psychological Association, Washington, 59 – 64.
- Sheth J. N., B. I. Newman and B. L. Gross (1991). Consumption values and market choices : Theory and applications, South – Western Publishing Co., Cincinnati, Ohio.
- Woodruff R. B. and S. F. Gardial (1996). Know your customer : New approaches to understanding customer value and satisfaction, Blackwell Publishers, Oxford.
- Naumann E. (1995). *Creating customer value*, Thomson Executive Press, Cincinnati, Ohio.
- Naumann E. and K. Giel (1995). *Customer satisfaction measurement and management : Using the voice of the customer*, Thomson Executive Press, Cincinnati.
- Deming W. E. (1981). Management of statistical techniques for quality and productivity, New York University Press, New York.
- Czarnecki M. T. (1999). Managing by measuring: *How to improve your organization's performance through effective benchmarking*, AMACOM, New York.
- Siskos Y. and A. Spyridakos (1999). Intelligent multicriteria decision support : Overview and perspectives, *European Journal of Operational Research*, (113), 2, 236 – 246.

- Σίσκος Ι. (1981). Μεθοδολογία ποιοτικού marketing: Η ανάλυση αγοράς, ΣΠΟΥΔΑΙ, τόμος ΛΔ', Α.Β.Σ.Π., Πειραιάς, 361 – 385.
- Σπυριδάκος Α. (1996). Ένα ολοκληρωμένο ευφρές και αλληλεπιδραστικό πολυκριτήριο σύστημα υποστήριξης αποφάσεων, *Διδακτορική Διατριβή*, Πολυτεχνίο Κρήτης, Χανιά.
- Γρηγορούδης Ε., Σίσκος Ι. (2000). Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη. Το σύστημα MU.S.A., Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών.
- Keeney R. and H. Raiffa (1976). Decisions with multiple objectives : Preferences and value trade – offs, Wiley, New York.
- Despotis D. K. And Zopounidis (1995). Building additive utilities in the presence of non- monotone preferences, in : Advances in multicriteria analysis, P. M. Pardalos, Y. Siskos and C. Zopounidis ( Eds.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 101 – 114.
- Juran, J.M. (1988). Juran on Planning for Quality. The Free Press.
- Crosby B. P. (1994). Η Ηγεσία εγγυάται την Ποιότητα και όχι τα Προγράμματα. Συνέντευξη στον Δ. Βέργαδο, Plant Management Ιανουάριος 1995.
- Λογοθέτης Ν. (1992). Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το Στατιστικό Έλεγχο Διεργασιών (SPC). TQM Hellas – Interbooks