

Εισαγωγή

Η υγεία δεν είναι μόνο ένα καταναλωτικό αγαθό που προσθέτει στην ευημερία, αλλά επιπλέον, μια καλή επένδυση που αυξάνει τη μελλοντική παραγωγική δύναμη των ατόμων και της οικονομίας και οδηγεί σε οικονομική ανάπτυξη (Bloom, Canning, 2003). Μόνο ένας υγιής πληθυσμός μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το οικονομικό δυναμικό του. Ο τομέας της υγείας έχει ως κινητήρια δύναμη την καινοτομία και ένα εργατικό δυναμικό με υψηλό βαθμό ειδίκευσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011). Μάλιστα η επένδυση στην υγεία θεωρείται, ακόμα και με στενά οικονομικούς όρους, ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, κυρίως μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής (Υπουργείο Υγείας, 2013).

Πέρα από πολύτιμο αγαθό, η υγεία αποτελεί επίσης καθοριστικό παράγοντα του δείκτη ανάπτυξης μίας κοινωνίας. Η ζωή, οριζόμενη ως συνδυασμός διάρκειας και ποιότητας, δεν μπορεί να πάρει αρνητικές τιμές εξαιτίας της διάρκειάς της, μπορεί όμως να πάρει αρνητικές τιμές εξαιτίας της ποιότητας της (Δημολιάτης, 2003).

Βάσει των ανωτέρω και της επικρατούσας κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, που επηρεάζει άμεσα τον τομέα υγείας, αναδεικνύεται η ανάγκη καταγραφής, ανάλυσης και εξεύρεσης λύσεων στα προβλήματα που ταλανίζουν το σύστημα υγείας, ώστε να γίνει κατανοητό πόσο υψίστης σημασίας είναι το ζήτημα της υγείας για τους πολίτες και για την ίδια την πολιτεία εν γένει.

Ξεκινώντας από τους κύκλους ποιότητας, που συναντώνται κυρίως στον τομέα της βιομηχανίας και αποσκοπούν στην εξασφάλιση ποιότητας του τελικού προϊόντος, η εργασία εστιάζει έπειτα στο ζήτημα της ποιότητας, με τον τρόπο που αυτή ενσαρκώνεται στο νοσοκομειακό χώρο. Τι εστί ποιότητα, ποια τα χαρακτηριστικά της, πώς αυτά επηρεάζουν τον ασθενή, τι προσδοκίες έχει αυτός από το σύστημα, αποτελούν το περιεχόμενο του δευτέρου κεφαλαίου.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στη σημασία ύπαρξης της στρατηγικής για την επίτευξη ποιότητας, στους τρόπους μέτρησης, βελτίωσης και αξιολόγησής της, και τέλος, στον τρόπο που η ύπαρξη ή η έλλειψη ποιότητας αντίστοιχα, επηρεάζει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Μετέπειτα, στο τέταρτο, παρατηρεί κανείς τον τρόπο με τον οποίο κοινωνικά φαινόμενα όπως η φτώχεια, η έλλειψη εργασίας, το άγχος, επηρεάζουν την υγεία. Παρουσιάζονται δεδομένα από Ελλάδα και Ευρώπη, ώστε να είναι εφικτή η δυνατότητα

σύγκρισης, ενώ παράλληλα, σημειώνεται πώς ο ρόλος της ηγεσίας, του γιατρού, του νοσηλευτή, μπορεί να μετατρέψει τα παραπάνω δεδομένα.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, δραπετεύουμε από τη σφαίρα της θεωρίας και μεταβαίνουμε στην πράξη, σε όσα μας έχει διδάξει η εμπειρία από την κατάσταση προ και μετά κρίσεως, στον τρόπο που επηρέασε η οικονομική ύφεση το σύστημα υγείας και τις πολιτικές που ασκήθηκαν έκτοτε.

Από πλευράς μεθόδου, η εργασία βασίστηκε σε δευτερογενείς πηγές μέσα από διαδικτυακή αναζήτηση, χρησιμοποιώντας ανάλογες λέξεις - κλειδιά, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, και βιβλιογραφική διερεύνηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά στη μεθοδολογία, ελήφθησαν υπόψη ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα και αναλύσεις έγκυρων ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΥΚΛΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1 Ορισμοί της Ποιότητας

Ενώ η έννοια της ποιότητας καθίσταται ολοένα και περισσότερο σημαντική, κατά καιρούς, έχει καταβληθεί προσπάθεια συγκεκριμενοποίησής της από διάφορους μελετητές, με αποτέλεσμα να έχουν δοθεί περισσότεροι από έναν ορισμοί. Ο Garvin (1988) παραθέτει τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες τέτοιων ορισμών:

1. Ορισμούς σύμφωνα με τους οποίους *«η ποιότητα δεν μπορεί να οριστεί, αν και ξέρεις τι είναι»*.
2. Ορισμούς οι οποίοι βασίζονται στις ιδιότητες των προσφερόμενων προϊόντων και υπηρεσιών: *«οι διαφορές στην ποιότητα προσμετρώνται στις διαφορές στην ποσότητα κάποιων επιθυμητών συστατικών ή χαρακτηριστικών»*. (Abbott, 1955)
3. Ορισμούς οι οποίοι βασίζονται στον χρήστη, *«Η ποιότητα αποτελείται από την ικανότητα να ικανοποιεί τα θέλω»* (Edwards, 1968). *«Στην τελική ανάλυση της αγοράς, η ποιότητα ενός προϊόντος εξαρτάται από το πόσο καλά ταιριάζει στις συγκεκριμένες προτιμήσεις του καταναλωτή»*. *«Ποιότητα είναι η καταλληλότητα προς χρήση»* (Juran, 1974).
4. Ορισμούς οι οποίοι βασίζονται στον κατασκευαστή, *«ποιότητα σημαίνει τήρηση των προδιαγραφών»* (Crosby, 1979). *«Η ποιότητα είναι ο βαθμός προσέγγισης μίας κοινώς αποδεκτής τιμής και ο έλεγχος της μεταβλητότητας στα πλαίσια του αποδεκτού κόστους»* (Broh, 1982).

Επιπρόσθετα, πολλοί ακόμη θεωρητικοί της ποιότητας έχουν δώσει τους δικούς τους ορισμούς, ωστόσο, και εκείνοι εμπίπτουν στις ανωτέρω αναφερόμενες κατηγορίες. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι, αν και ορισμοί αυτού του τύπου είναι πιο διαδεδομένοι και κοινώς αποδεκτοί, υφίσταται μία μερίδα των θεωρητικών της ποιότητας οι οποίοι προσεγγίζουν την ποιότητα ως την προσπάθεια ελαχιστοποίησης των απωλειών από τη μετατροπή των παραγωγικών συντελεστών σε τελικά αγαθά και υπηρεσίες. Ένας από τους πιο ένθερμους υποστηρικτές αυτής της άποψης αλλά και ένας από τους πιο σημαντικούς σύγχρονους θεωρητικούς της ποιότητας, ο Genichi Taguchi (1986), ορίζει την ποιότητα ως *«την*

ελαχιστοποίηση της απώλειας που ένα προϊόν δημιουργεί στην κοινωνία λόγω της παραγωγής και μεταφοράς του, αλλά και λόγω των απωλειών που οφείλονται στις εσωτερικές του λειτουργίες».

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming, για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών (Τούντας, 2003α). Οι προτάσεις του, συνοψίζονται σε 14 σημεία, και σε αυτές ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο (management by objectives) (Deming, 1986). Υπήρξε, επίσης, ο θεμελιωτής των «κύκλων ποιότητας» με τον γνωστό «κύκλο του Deming» (Τούντας, 2008), στον οποίο θα γίνει εκτενής αναφορά παρακάτω.

Ο Joseph M. Juran θεωρείται, και αυτός, θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία. Την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης, δημιουργώντας το «εγχειρίδιο ποιοτικού ελέγχου» και εντοπίζοντας δέκα βήματα που βελτιώνουν την ποιότητα (Juran & Gryna, 1988). Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Όσον αφορά τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Σιγάλας, 1999). Σύμφωνα με τον Τούντα (2008), πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν επιχειρήσει να δώσουν έναν ορισμό για την ποιότητα. Αυτός, είναι άλλοτε συνοπτικός και σύντομος, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πιο σύνθετος, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking & Gryna, 1979).

Τέλος, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Kotler, 2003).

1.2 Τι είναι οι Κύκλοι Ποιότητας

Οι Κύκλοι Ποιότητας είναι μια μικρή ομάδα εργαζομένων της εταιρίας με αντικείμενο σε τακτικές και εθελοντικές συναντήσεις, την αναγνώριση (διάγνωση) – ανάλυση – επίλυση

προβλημάτων που σχετίζονται με την βελτίωση της ποιότητας και αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας τους (Πηγή: BiT Business & Information Technology: Μελέτες Κύκλων Ποιότητας).

Συγκεκριμένα, είναι ομάδες εργαζομένων, αποτελούμενες συνήθως από πέντε έως δεκαπέντε άτομα, τα οποία εκτελούν όμοια ή παρόμοια μεταξύ τους εργασία και ασχολούνται κυρίως με τα προβλήματα που δημιουργούνται στον εργασιακό χώρο, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών εργασίας και της παραγωγής. Οι ομάδες αυτές συναντιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα για τη διαπίστευση των αιτιών που δημιουργούν τα προβλήματα, προτείνουν λύσεις στο ανώτερο μάνατζμεντ της επιχείρησης/οργανισμού και αναλαμβάνουν την υλοποίηση των προτάσεών τους (Χυτήρης, 1986).

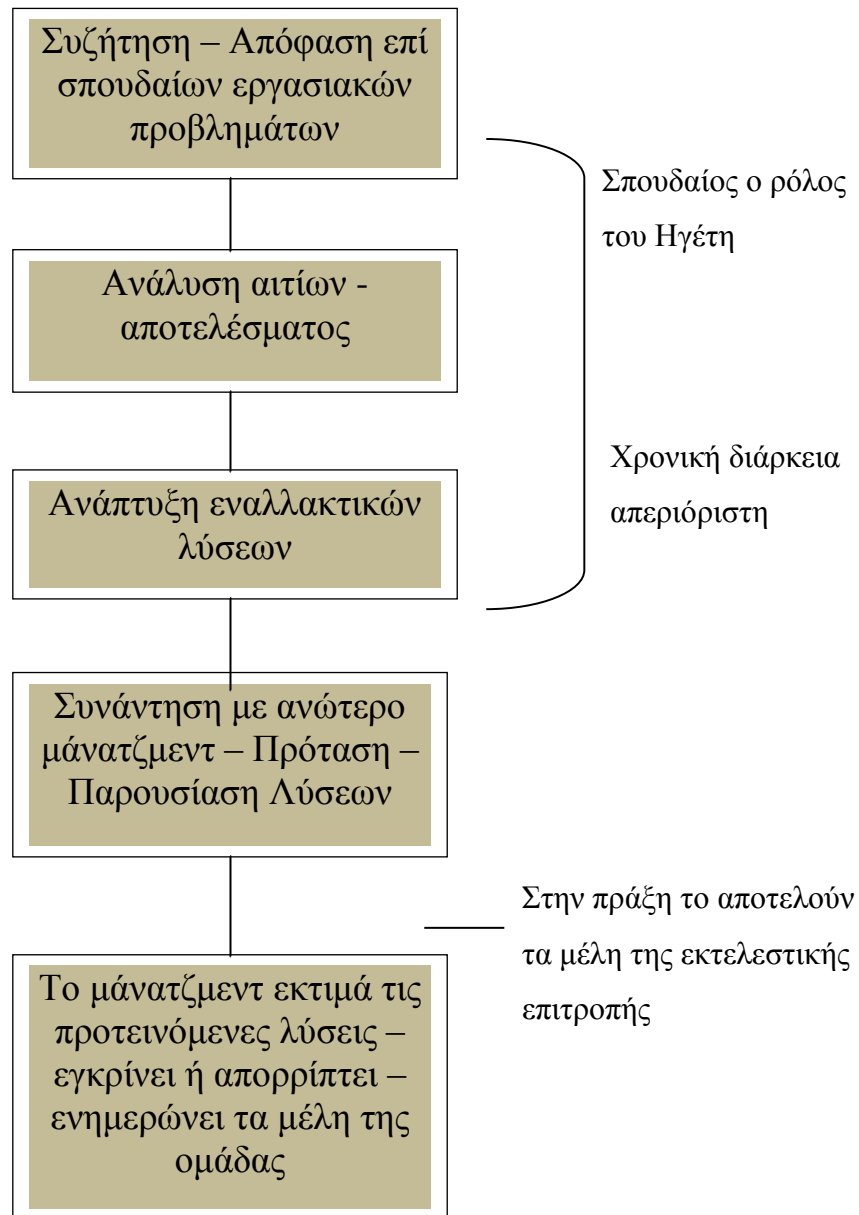
Επιπρόσθετα, έχει ειπωθεί πως πρόκειται για μια ομάδα ατόμων που λειτουργούν παράλληλα, αλλά ανεξάρτητα από την τυπική οργάνωση και με τη χρήση απλών τεχνικών, ασχολούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων θεμάτων και την επεξεργασία λύσεων. Μάλιστα σημειώνεται ότι η επιτυχία της ομάδας εξασφαλίζεται με τη στήριξη της Διοίκησης, με τη μεθοδική εκπαίδευση των μελών της, τα προσόντα, τη προθυμία και τη δέσμευση όλων των εμπλεκομένων. Στο σημείο αυτό σημειώνεται ότι τα μέλη που απαρτίζουν αυτές τις ομάδες, χαρακτηρίζονται από αυτόβουλη συμμετοχή και έχουν το δικαίωμα να αποχωρήσουν όποτε το επιθυμούν μιας και δεν υπάρχει κάποια σχέση εξουσίας μεταξύ τους (Collard, 1981).

Τα κύρια προβλήματα με τα οποία ασχολούνται τα μέλη ενός κύκλου ποιότητας είναι: α) ποιοτικής βελτίωσης των παραγόμενων προϊόντων, β) συνθηκών ασφαλείας, γ) μείωσης κόστους παραγωγής, δ) βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας αλλά και προβλήματα γενικότερης βελτίωσης της ποιότητας ζωής μέσα στον εργασιακό χώρο. Έως σήμερα, κύκλοι ποιότητας δημιουργούνται κυρίως σ' επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων και είναι προσανατολισμένοι προς τη διαδικασία παραγωγής. Οι ομάδες αυτές, είναι επί της ουσίας, ομάδες επίλυσης προβλημάτων παραγωγής, στις οποίες ο κάθε εργαζόμενος θεωρείται και επιδιώκεται να είναι αυτός που παίρνει αποφάσεις για θέματα που αφορούν το χώρο εργασίας τους και όχι κάποιος ο οποίος απλά χρησιμοποιείται για την εκτέλεση κάποιου έργου (Χυτήρης, 1986).

Ως προς τη δομή και την οργάνωσή τους, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητα, καθώς, διαφέρουν από τις κλασικές οργανωτικές δομές που μπορεί να έχει μία επιχείρηση/οργανισμός. Ακριβέστερα, δεν αποτελούν στη φύση και την οργάνωσή τους τυπικές ομάδες έργου, όπως τις γνωρίζουμε μέσα στη συγκεκριμένη δομή μίας

επιχείρησης. Καταρχάς, απουσιάζει η αρχή της εξουσίας, όπως εκφράζεται παραδοσιακά στις σχέσεις προϊσταμένου – υφισταμένων σε μία τυπική ομάδα έργου. Κατά δεύτερον, ένα ακόμη στοιχείο που τις διαφοροποιεί από τις παραδοσιακές τυπικές ομάδες, είναι η αυτόβουλη συμμετοχή των μελών και η ελεύθερη αποχώρησή τους από την ομάδα, όταν το επιθυμούν. Οι κύκλοι ποιότητας επομένως, ενδιαφερόμενοι για την επίτευξη των στόχων τους, που σε ιδανικά πλαίσια καθορίζονται από τη βάση (μέλη της ομάδας), λειτουργούν παράλληλα αλλά ανεξάρτητα από την τυπική οργάνωση της επιχείρησης.

Μέσα στην επιχείρηση μπορεί να λειτουργούν διάφοροι κύκλοι ποιότητας, ανάλογα με τις ομάδες εργασίας. Οι κύκλοι αυτοί αποτελούν ένα πρόγραμμα, όπως ονομάζεται, βελτίωσης της ποιότητας και της παραγωγικότητας της επιχείρησης (Χυτήρης, 1986).



Πηγή: http://digilib.lib.unipi.gr/spoudai/bitstream/spoudai/523/1/t36_n1-4_365to381.pdf

Σχήμα 1.1
Η λειτουργία των κύκλων ποιότητας

1.3 Αντικειμενικοί Σκοποί των Κύκλων Ποιότητας

Οι κύκλοι ποιότητας, ως υπαρκτές ομάδες εργαζομένων που συμμετέχουν στην καλυτέρευση των συνθηκών εργασίας, έχουν πολυδιάστατο στόχο. Τα μέλη τους, με τις ικανότητες και τα μέσα που διαθέτουν, εστιάζουν αφενός στη βελτίωση του τομέα της παραγωγικότητας και αφετέρου, στη βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών εργασίας και του αποτελέσματος αυτής (τελικό προϊόν) σε συνάρτηση με το κόστος. Οι κύριοι όμως αντικειμενικοί σκοποί τους είναι: α) η βελτίωση της παραγωγικότητας και β) η προώθηση ανάπτυξη ομαδικής συνεργασίας και νοοτροπίας στους εργαζόμενους, η οποία οδηγεί σε μεγαλύτερη συμμετοχή τους στην επίλυση εργασιακών προβλημάτων (Χυτήρης, 1986).

1.3.1. Η σημασία της ομαδικής συνεργασίας

Ο λόγος ύπαρξης και λειτουργίας των κύκλων ποιότητας, στηρίζεται στην άποψη ότι όχι μόνο το μάνατζμεντ αλλά και οι εργαζόμενοι, είναι σε θέση ν' ασχοληθούν με εργασιακά προβλήματα που απασχολούν την επιχείρηση, να προτείνουν λύσεις και να συμμετάσχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μια τέτοια φιλοσοφία σαφώς, προϋποθέτει τον προσανατολισμό του μάνατζμεντ προς τον άνθρωπο και όχι προς την παραγωγή. Με το πέρασμα της σκέψης αυτής στην πράξη, είναι δυνατόν να οδηγηθούν στην επιτυχία στόχοι, όπως:

- i. εξέλιξη - ανάπτυξη των εργαζόμενων (εκπαίδευση),
- ii. βελτίωση και επικοινωνία μεταξύ των μελών των κύκλων ποιότητας αλλά και όλων των εργαζομένων στην επιχείρηση (συναντήσεις - συζητήσεις),
- iii. βελτίωση του ηθικού των εργαζομένων (συζήτηση, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, κλίμα εμπιστοσύνης),
- iv. ικανοποίηση από την εργασία (καθορισμός συνθηκών εργασιακού χώρου, συμμετοχή σε αποφάσεις για εργασιακά θέματα, εξέλιξη πάνω στην εργασία, μεγαλύτερη αναγνώριση),
- v. βελτίωση ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών,
- vi. μείωση κόστους παραγωγής,
- vii. βελτίωση συνθηκών ασφαλείας (νέες προτάσεις).

Ουσιαστικά, οι Κύκλοι Ποιότητας βασίζονται στη φιλοσοφία ότι οι εργαζόμενοι θα αποκτήσουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον τόσο για τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται όσο και για τις διάφορες λειτουργίες που λαμβάνουν μέρος, σε περίπτωση που αυτοί επηρεάζουν τις αποφάσεις που αφορούν τους ίδιους, τις συνθήκες εργασίας και του περιβάλλοντος στο οποίο δραστηριοποιούνται. Με άλλα λόγια, ενθαρρύνεται το συνεργατικό στυλ διοίκησης, που αφενός απαιτεί από τον εργαζόμενο υπευθυνότητα, επικοινωνία και αναγνώριση και αφετέρου, του επιτρέπει το δικαίωμα και την ευκαιρία να συμμετέχει ενεργά στα διάφορα προβλήματα της επιχείρησης, δίνοντας του με αυτό τον τρόπο κίνητρα για εργασία και επίτευξης των στόχων της ίδιας. Όπως διαφαίνεται λοιπόν από τα παραπάνω, για να μπορέσει μια επιχείρηση να υιοθετήσει και να αναπτύξει Κύκλους Ποιότητας θα πρέπει το Μάνατζμεντ να διακρίνεται από ένα προσανατολισμό προς τον άνθρωπο και όχι προς την παραγωγή (Gryna Jr, 1981).

1.3.2. Η σημασία της βελτίωσης ποιότητας για την επιχείρηση συνολικά

Αναφορικά με τον στόχο μίας καλά οργανωμένης επιχείρησης, είτε αυτή αφορά στον τομέα υγείας είτε σε οποιοδήποτε άλλο αντικείμενο, πρώτηστη μέριμνα αποτελεί η εξασφάλιση της βέλτιστης ποιότητας με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εξοικονόμηση κόστους. Η συσχέτιση του κόστους με τη λειτουργία της βελτίωσης θα μας απασχολήσουν καθ' όλη τη συνέχεια, καθώς, ο συνδυασμός των δύο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους μίας επιχείρησης/ενός οργανισμού, με ύψιστο, το τελικό προϊόν/υπηρεσία, που στην περίπτωση του τομέα υγείας, αφορά στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών, και τέλος, στην ευημερία του κοινωνικού συνόλου.

Παρακάτω παρατίθεται μία σειρά στοιχείων τα οποία βοηθούν στη μεγιστοποίηση της απόδοσης μίας επιχείρησης/οργανισμού, λόγω της ελαχιστοποίησης του συνολικού κόστους που προκύπτει από τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας. Συγκεκριμένα:

1. Απλοποίηση των διαδικασιών και αποτελεσματικότερη διαχείριση των παραγωγικών πόρων.

Με την απλοποίηση των διαδικασιών διευκολύνεται ο έλεγχος και η εφαρμογή διορθωτικών - παρεμβατικών ενεργειών, ενώ η αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων, επιτυγχάνει τη μείωση του κόστους σε όλα τα επίπεδα. Συνεπώς, είναι πιο εύκολο να εντοπιστεί το σφάλμα και να τεθούν σε εφαρμογή οι απαραίτητες ενέργειες για τη

διόρθωσή του, προλαμβάνοντας το υψηλό κόστος αστοχίας. Παράλληλα, η σωστή κατανομή των πόρων στις δραστηριότητες της επιχείρησης/του οργανισμού και η προσαρμογή τους όπου και όποτε χρειάζεται, μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος αλλά και χρόνο διαπεραίωσης των εργασιών μέχρι και στο μισό.

2. Το ανθρώπινο δυναμικό και ο κεφαλαιουχικός εξοπλισμός που προηγουμένως χρησιμοποιούνταν στην επανεργασία, μέσω της βελτίωσης της ποιότητας διατίθενται για την παραγωγή επιπλέον προϊόντων, μεγιστοποιώντας επί της ουσίας την παραγωγική δυνατότητα χωρίς την παράλληλη αύξηση των δαπανών.

3. Με τη βελτίωση της ποιότητας ενός προϊόντος, τόσο λιγότερο απαραίτητη είναι η πραγματοποίηση υψηλών δαπανών εκτίμησης.

Συμπερασματικά λοιπόν, σχετικά με το κόστος, προκύπτει ότι μέσω της διαδικασίας βελτίωσης αφενός μεν, αυξάνεται το κόστος πρόληψης, αφετέρου δε, σε βάθος χρόνου παρατηρείται αποτελεσματική μείωση του κόστους εκτίμησης και αστοχίας.

Ανεξάρτητα όμως απ' αυτό, η συνεισφορά στη βελτίωση και ανάπτυξη της επιχείρησης, καθώς και η δημιουργία ενός ευχάριστου κλίματος μέσα σε αυτήν μέσα από το σεβασμό στους εργαζόμενους με την ταυτόχρονη εξασφάλιση της ανάπτυξης των δυνατοτήτων τους, καθιστά τους Κύκλους Ποιότητας ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που επηρεάζει και βοηθάει στην εξασφάλιση ανώτερης ποιότητας στην επιχείρηση (Πηγή: Trainmor: Know more: Εισαγωγή στους κύκλους ποιότητας).

1.4 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Οι κύκλοι ποιότητας δημιουργούνται για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60. Ωστόσο, η έμφαση που δίνεται στην έννοια της ποιότητας παρατηρείται αρκετά νωρίτερα (δεκαετία '50). Παρακάτω θα παρουσιαστούν ανά δεκαετία τα σημαντικότερα γεγονότα που αφορούν το υπό εξέταση ζήτημα, ούτως ώστε να γίνει κατανοητό το πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργούνται και εξελίσσονται στο πέρασμα των χρόνων.

- *Δεκαετία 1950*

Βρισκόμαστε στην αμερικανική ήπειρο με το Υπουργείο Εθνικής Αμύνης να διατελεί πρωταγωνιστικό ρόλο στην υιοθέτηση της ποιότητας, επιβάλλοντας ουσιαστικά τα νέα επιχειρησιακά δεδομένα και πρότυπα. Εκδίδοντας ένα σημαντικό αριθμό από εγχειρίδια

ποιότητας καθώς και επιχειρησιακές προδιαγραφές και πρότυπα, αποτέλεσε καθοριστικό ρόλο στη χρηματοδοτή μελετών για την εξέλιξη των στατιστικών τεχνικών ποιότητας, όχι μόνο σχετικά με συγκεκριμένες εφαρμογές στρατιωτικού περιεχομένου, αλλά και σχετικά με θεμελιώδεις μαθηματικές και στατιστικές έννοιες (Μπινιώρης, 2009).

Αξιοσημείωτο, είναι ότι ενώ η νοοτροπία των Αμερικανών σε θέματα ποιότητας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ηγεμονική, ωστόσο, περιορίζεται ουσιαστικά στην καταγραφή προτύπων τόσο στον παραγωγικό τομέα όσο και στη διαδικασία συντήρησης και φύλαξης των σχετικών προϊόντων, εφόσον, η συγκεκριμένη στάση τους έδινε τη δυνατότητα της επιδιωκόμενης υπεροχής απέναντι στον υπόλοιπο κόσμο.

Σε διεθνές επίπεδο, η δημιουργία αντίστοιχων μαθημάτων ελέγχου ποιότητας αργοπόρησε. Στην Ιαπωνία, η οποία είναι πλέον ευρύτερα γνωστή για την έμφασή της σε τέτοια ζητήματα, αλλά κατεστραμμένη από τον β' Παγκόσμιο πόλεμο, η ποιότητα δεν είχε ξεκινήσει να διδάσκεται τουλάχιστον μέχρι το 1950, όταν ο Αμερικανός θεωρητικός της ποιότητας Deming άρχισε να διδάσκει μία σειρά από στατιστικές μεθόδους σε όλη την ιαπωνική επικράτεια.

Η ευρύτερη όμως διάδοση στην Ιαπωνία των αρχών και των μεθοδολογιών της ποιότητας επήλθε μόνο όταν ο γνωστός Ιάπωνας θεωρητικός της ποιότητας K. Ishikawa¹, δημοσίευσε τις μελέτες του γύρω από τη σημασία του ελέγχου της ποιότητας για την ιαπωνική βιομηχανία περί το 1955.

Για πρώτη φορά λοιπόν, δημιουργούνται στατιστικές τεχνικές ελέγχου ποιότητας, καθώς και ειδικά διαμορφωμένα σεμινάρια, που παρακολουθούνται από τις ομάδες εργαζομένων για την περαιτέρω κατάρτισή τους πάνω στα βελτιωμένα πρότυπα ποιότητας. Η περίοδος '55 - '60, σηματοδοτείται ως πολύ σημαντική φάση στην εξέλιξή τους, καθώς, η ευθύνη του ελέγχου ποιότητας μετατοπίζεται πλέον στο ανώτερο μάνατζμεντ. Στη διαδικασία επιμόρφωσης -μέσω ειδικών σεμιναρίων-, συμπεριλαμβάνονται στο εξής και διευθυντικά στελέχη, για την κατανόηση εννοιών όπως «έλεγχος ποιότητας προϊόντων», «στατιστικές τεχνικές ελέγχου ποιότητας», δημιουργία ομάδων εργαζομένων επιφορτισμένων με τις παραπάνω διαδικασίες κ.ο.κ..

¹ Περιγράφει πως ήταν βαθύτατα επηρεασμένος και έτρεφε μεγάλο σεβασμό για τον Αμερικανό προγενέστερό του Shewhart και ιδιαίτερα για τις ιδέες του σχετικά με τον έλεγχο ποιότητας, ενώ δήλωσε πως: «επιθύμησα να εισάγω τις ιδέες του (Shewhart) στην Ιαπωνία και να τις προσαρμόσω ώστε να ανταπεξέλθουν στις Ιαπωνικής βιομηχανίας έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των προϊόντων της».

- *Δεκαετία 1960*

Η δεκαετία αυτή πρότεινε μια νέα φάση στην έννοια της ποιότητας. Έγινε γρήγορα κατανοητό ότι η ποιότητα θα ήταν καταλυτική παράμετρος η οποία θα καθόριζε όχι μόνο την ταχύτητα επίτευξης αυτού του στόχου, αλλά και την ίδια τη δυνατότητα επίτευξής του. Στην πράξη, επεκτεινόταν η ιδέα για μηδέν ελαττώματα (zero defects), ξεκινώντας από τη διαπίστωση ότι ακόμη και το μικρότερο πιθανό ελαττωματικό υλικό ή ελαττωματική κατασκευή θα μπορούσε να συμβάλλει στην απώλεια πολλών χρημάτων.

Πέραν της ιδέας για «μηδέν ελαττώματα» στα υλικά και στην κατασκευή προϊόντων, μια άλλη σημαντική ιδέα για την ποιότητα ξεκινούσε παράλληλα στην Ιαπωνία, αυτή των «κύκλων ποιότητας». Στο ξεκίνημα της δεκαετίας, οι ιαπωνικές βιομηχανίες ένιωσαν έντονα την ανάγκη για μια βαθύτερη επιμόρφωση του επιβλέποντα, καθώς διαπίστωναν καθημερινά ότι αυτός ήταν τελικά το κλειδί για την εφαρμογή των σχεδίων της διοίκησης από τους εργάτες της παραγωγής. Σε κάποιες ιαπωνικές εταιρίες μάλιστα, οι επιβλέποντες είχαν ήδη αρχίσει να έρχονται πιο κοντά με τους εργαζομένους για να μπορέσουν να συζητήσουν θέματα ποιότητας. Όλες αυτές οι δραστηριότητες προς όφελος της ποιότητας τελικά οδήγησαν στη δημιουργία της Ένωσης Ιαπώνων Επιστημόνων και Μηχανικών (Japanese Union of Scientists and Engineers ή Juse), η οποία δημοσιεύοντας το περιοδικό “Gemba” το 1962, σημάδεψε και τυπικά την αρχή των κύκλων ποιότητας. Τα δημοσιεύματα αφορούν στη νέα μέθοδο που καθιερώνεται πλέον στη παραγωγή και διοίκηση.

Λίγα χρόνια αργότερα ('65 - '70), οι κύκλοι ποιότητας βρίσκονται στην τελική πορεία τους προς την πλήρη ανάπτυξη και τη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Όλες οι προαναφερθείσες έννοιες που σχετίζονται με τους κύκλους ποιότητας, αποτελούν πια κοινό τόπο σ' όλα τα επίπεδα της διοικητικής πυραμίδας (ανώτερο – μεσαίο – κατώτερο). Αναμφισβήτητα λοιπόν, η δεκαετία αυτή υπήρξε καταλυτική για τη δημιουργία και καθιέρωση ενός παγκόσμιου λεξιλογίου ποιότητας, το οποίο με τη σειρά του όχι μόνο επέδωσε στις τεχνικές και στις μεθοδολογίες ποιότητας το απαραίτητο επιστημονικό τους κύρος, αλλά και βοήθησε στην ανάπτυξη του αντικειμένου μέσω της αποτελεσματικότερης επικοινωνίας των επιστημόνων αλλά και μελετητών αυτής.

Συγκεκριμένα, ο Feigenbaum (1963) καθιέρωσε επισήμως τον όρο «Έλεγχος Ολικής Ποιότητας» και κατ' επέκταση, τον όρο «Ολική Ποιότητα», ανταποκρινόμενος ουσιαστικά στην ανάγκη συνολικής αντιμετώπισης του θέματος της ποιότητας στην

Αμερικανική βιομηχανία, η οποία εμφανιζόταν αδύναμη εμπρός στην Ιαπωνική «απειλή»: με διοικητικές δομές ιδιαίτερα συγκεντρωτικές, με εργάτες ιδιαίτερα αποξενωμένους από τις επιχειρήσεις και με λειτουργικά τμήματα τα οποία πρέσβευαν περισσότερο την επίτευξη των δικών τους, επιμέρους επιχειρησιακών στόχων παρά τη συνολική κερδοφορία της επιχείρησης, η Διοίκηση για Ποιότητα είχε ουσιαστικά παραγκωνιστεί στη διοίκηση της γραμμής παραγωγής.

Σύμφωνα με τον Έλεγχο Ολικής Ποιότητας του Feigenbaum, όλα τα τμήματα και όχι μόνον αυτά του ελέγχου ποιότητας είχαν την ευθύνη για την τελική ποιότητα της παραγωγής. Σε απευθείας παραλληλισμό με τους Ιάπωνες μάλιστα, ο Feigenbaum προσπάθησε (ίσως μάταια για την Αμερικανική βιομηχανία) να αναδείξει τη σημασία της κινητοποίησης των απλών εργαζομένων σε σχέση με την ποιότητα.

- *Δεκαετία 1970*

Από τα παρακάτω, θα γίνει κατανοητό πως η δεκαετία αυτή συνετέλεσε στο ξεκαθάρισμα του τοπίου σε ό,τι αφορά την οικονομική αποτελεσματικότητα της υιοθέτησης των αρχών ποιότητας.

Αν αναλογιστεί κανείς τις προσπάθειες του Feigenbaum για την εισαγωγή της συμμετοχικής και συνολικής ευθύνης στη διαδικασία ποιότητας στους παραγωγικούς οργανισμούς, η ιαπωνική πρόοδος στον ίδιο τομέα φαντάζει σχεδόν ειρωνική: τόσο οι απόψεις του Ishikawa στις αρχές της δεκαετίας του 1970 περί συνολικής Διοίκησης Ποιότητας σε όλη την εταιρία βρήκαν άμεσα ανταπόκριση στην Ιαπωνία, ενώ μία διατριβή του Deming μοιάζει να υποδεικνύει ότι ο έλεγχος ποιότητας σε όλη την εταιρία είχε γίνει πράξη στη χώρα αυτή τουλάχιστον από το 1950. Κατά συνέπεια, ενώ οι Αμερικανοί προσπαθούσαν ακόμη να τεκμηριώσουν την ιδέα του συμμετοχικού ελέγχου ποιότητας, οι Ιάπωνες είχαν ήδη αναγάγει την ποιότητα σε κεντρικό άξονα γύρω από τον οποίο μπορούσαν να κινούνται οι γραμμές παραγωγής τους, αλλά και η διοίκηση των εταιριών τους.

Η μεγαλύτερη θεωρητική ανάπτυξη της δεκαετίας στη Διοίκηση Ποιότητας συνέβη το 1976, όταν ο Ιάπωνας Ishikawa περιέγραψε τις χρήσεις των διαγραμμάτων «αιτίου – αποτελέσματος» ως μία τυποποιημένη τεχνική για την ανεύρεση, τη συστηματική παράθεση, αλλά και εποπτική θεώρηση των παραγόντων και των αιτιών που έχουν άμεση επίδραση στη δημιουργία ενός συγκεκριμένου προβλήματος ποιότητας. Το πλεονέκτημα της αυξημένης ποιότητας αποδεδειγμένα μπορούσε να οδηγήσει σε βελτιωμένο μερίδιο

αγοράς και κατ' επέκταση, σε αυξημένη κερδοφορία.

- *Δεκαετία 1980*

Σ' αυτή την περίοδο ιδιαίτερα έντονη γίνεται η ανάπτυξη του προσωπικού υπολογιστή και, κατά συνέπεια, ο έλεγχος αλλά και η γενικότερη Διοίκηση Ποιότητας δεν θα μπορούσαν παρά να τύχουν τεράστιας ανάπτυξης και διάδοσης κατά την περίοδο αυτή: ειδικά πακέτα λογισμικού για τον αυτοματοποιημένο στατιστικό έλεγχο ποιότητας ποικίλλουν σε δυνατότητες και τιμές.

Η δεκαετία αυτή μέχρι σήμερα χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια να προσδιοριστούν τα αίτια που δημιουργούν ή συγκρατούν σε υψηλό επίπεδο το κόστος ποιότητας και ταυτόχρονα να καθοριστεί το επίπεδο ισορροπίας μεταξύ των επιμέρους δαπανών, ώστε το κόστος ποιότητας να μη λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στη προσπάθεια επίτευξης συγκριτικού πλεονεκτήματος.

- *σύνοψη*

Εξετάζοντας κανείς τη διαχρονική πορεία των κύκλων ποιότητας στο χώρο των επιχειρήσεων, εντοπίζει τις απαρχές τους στην Ιαπωνία, έπειτα από το πέρας του β' παγκοσμίου πολέμου, και συγκεκριμένα την περίοδο '45 - '55. Την περίοδο αυτή, η ανάπτυξη και ο ανταγωνισμός των προηγμένων βιομηχανικών κρατών της Δύσης, οδηγεί τις ιαπωνικές επιχειρήσεις στην εξεύρεση λύσεων, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις του ανταγωνισμού. Οι κύκλοι ποιότητας, ως έννοια και μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας, αποδίδονται στον Kaoru Ishikawa, ο οποίος με την ανακάλυψη της ιδέας, προσέδωσε μία επιπλέον ώθηση στη δημιουργικότητα της ιαπωνικής βιομηχανίας. Δύο ακόμη πρόσωπα, ο Walter A. Shewhart και ο Edwards Deming, θα παίξουν επίσης σημαντικό ρόλο, καθώς, θα σηματοδοτήσουν το έναυσμα για μία νέα εποχή – με τη χρήση των κατάλληλων μεθόδων – στο χώρο των κύκλων ποιότητας.

Η προσπάθεια των Ιαπώνων για καινοτομίες, με σκοπό να ανταπεξέλθουν στον ανταγωνισμό που επέβαλλε η Δύση, αφορούσε σε εθνικό επίπεδο, και εστίαζε στην ποιοτική βελτίωση των προϊόντων, με απώτερο στόχο να είναι περισσότερο ανταγωνιστικά στις αγορές. Το αποτέλεσμα υιοθέτησης αυτής της ιδέας, ήταν η δημιουργία τμήματος ελέγχου ποιότητας σε όλες τις επιχειρήσεις, καθώς και η ανάπτυξη

προγραμμάτων ελέγχου ποιότητας, με ομάδες εργαζομένων να αποτελούν τους κύριους φορείς ανάληψης αυτής της υλοποίησης, στον τομέα της παραγωγής.

Ο πρώτος συντονισμός οργανώνεται από την Ιαπωνική Ένωση Επιστημόνων και Μηχανικών², ενώ εφαρμόζονται για πρώτη φορά στο Nippon Wireless and Telegraph Company. Σε διάστημα ενός έτους, παρατηρείται ταχεία διάδοση των κύκλων ποιότητας, καθώς εφαρμόζεται σε περισσότερες από 35 εταιρείες. Στη συνέχεια, παρατηρώντας την εξέλιξή τους, η πορεία θα μπορούσε αβίαστα να χαρακτηριστεί θεαματική, καθώς, σχεδόν δύο δεκαετίες αργότερα (1978)³, ο αριθμός ξεπερνά το ένα εκατομμύριο (συμπεριλαμβανομένων 10.000.000 Ιαπώνων εργαζομένων). Η εξάπλωσή τους συνεχίζεται σε Δ. Ασία, Κίνα (περισσότεροι από 20.000.000), ενώ, εφαρμόζονται και στην Ινδία⁴, στον εκπαιδευτικό κλάδο, που προωθούνται ως δραστηριότητες. Τα παραπάνω δεδομένα μαρτυρούν την επιτυχία της εφαρμογής του μοντέλου, το οποίο εξελίσσεται γοργά για να κατακτήσει μετέπειτα και άλλες γεωγραφικές περιοχές.

1.5 Προώθηση και Εξέλιξη των Κύκλων Ποιότητας από τον Edward Deming

Προεξέχοντα ρόλο στον τρόπο λειτουργίας τους, έπαιξε ο αμερικανός Dr Edward Deming⁵. Θεωρήθηκε από πολλούς ως ο πατέρας του σύγχρονου ελέγχου ποιότητας. Στο μοντέλο «Plan, Do, Check, Act» (PDCA), το οποίο εφηύρε, δόθηκε έμφαση στον έλεγχο, που ξεπερνούσε τα όρια μίας απλής θεώρησης ανάλυσης. Βασίστηκε σε μία επιστημονική μέθοδο, η οποία μπορεί να διατυπωθεί ως «υπόθεση» - «πείραμα» - «εκτίμηση» ή σχέδιο υλοποίησης και ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφει μία βιομηχανία υπό «έλεγχο» - υπό στατιστικό έλεγχο-, ως μία διαδικασία τριών βημάτων προσδιορισμού, παραγωγής και επιθεώρησης. Η διαδικασία αυτή σχετίζεται με την επιστημονική μέθοδο της υπόθεσης, του πειράματος και της εκτίμησης που

² Union of Japanese Scientists and Engineers (JUSE)

³ Η καθιέρωση των κύκλων ποιότητας εντοπίζεται στο 1962

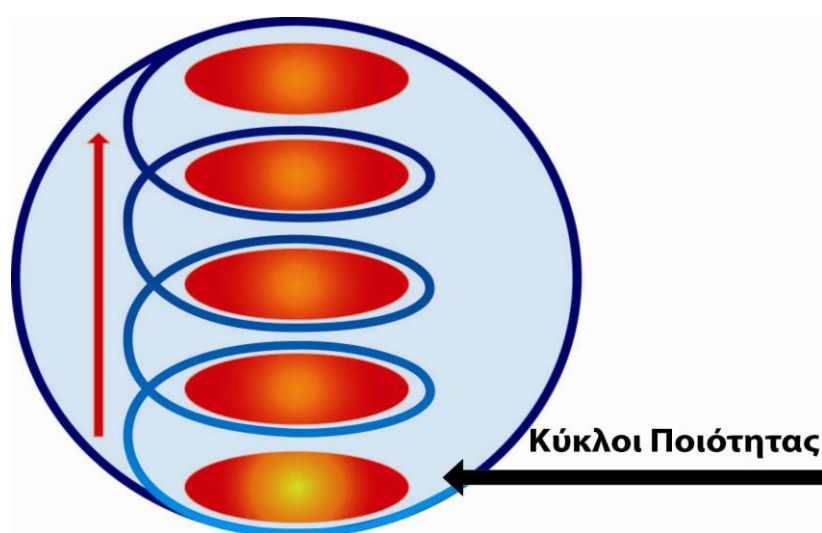
⁴ Quality Circle Forum of India (QCFI)

⁵ William Edwards Deming (Οκτώβριος 14, 1900 – Δεκέμβριος 20, 1993). Αμερικανός στατιστικολόγος, καθηγητής, συγγραφέας, λέκτορας και σύμβουλος. Είναι ίσως περισσότερο γνωστός για την εργασία του στην Ιαπωνία. Από το 1950 και έπειτα, δίδαξε εκεί ανώτατη διοίκηση για το πώς να βελτιωθεί ο σχεδιασμός (και ως εκ τούτου και οι υπηρεσίες), η ποιότητα των προϊόντων, ο έλεγχος και οι πωλήσεις (οι τελευταίες μέσω της παγκόσμιας αγοράς) με διάφορες μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής των στατιστικών μεθόδων. Αργότερα συνέβαλε σημαντικά στη φήμη και την οικονομική ισχύ της Ιαπωνίας, μέσω των καινοτόμων προϊόντων υψηλής ποιότητας. Θεωρείται πως άσκησε τη μεγαλύτερη επιρροή στην ιαπωνική βιομηχανία από οποιοδήποτε άλλο άτομο της ιαπωνικής κληρονομιάς. Παρά το γεγονός ότι θεωρείτο σαν ήρωας στην Ιαπωνία, λίγο πριν το θάνατό του, κέρδισε ευρείας αναγνώρισης και στην Αμερική.

προαναφέρθηκε.

Η θεμελιώδης αρχή της επιστημονικής μεθόδου και το μοντέλο PDCA, στηρίζονται επί της ουσίας στην επανάληψη. Όταν η εκτέλεση του έργου επαναλαμβάνεται, αυτομάτως, συμβάλλει στην επέκταση της γνώσης. Μέσω αυτού του τρόπου, μία επιχείρηση έρχεται πιο κοντά στο στόχο. Ο στόχος που τίθεται προς επίτευξη, μέσω της έμφασης στην επανάληψη, αποβλέπει σ' ένα βελτιωμένο σύστημα με όποιες – θετικές – συνέπειες μπορεί να έχει αυτό στο επιχειρηματικό περιβάλλον.

Αρκεί να υποθέσει κάποιος την ύπαρξη σπειρών αυξανόμενης γνώσης μέσα σ' ένα σύστημα. Όταν αυτές εφαρμόζονται επανειλημμένα, συγκλίνουν προς ένα απώτερο σκοπό, όπου κάθε κύκλος βρίσκεται πιο κοντά στον προηγούμενο. Ας φανταστούμε ένα ελατήριο όπου κάθε βρόχος είναι ένας κύκλος της επιστημονικής μεθόδου – PDCA και κάθε πλήρης κύκλος δείχνει την αύξηση της γνώσης μας σχετικά με το υπό μελέτη σύστημα. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην πεποίθηση ότι η γνώση και οι δεξιότητες μας είναι περιορισμένες, ωστόσο βελτιώνονται. Ειδικά κατά την έναρξη του έργου, βασικές πληροφορίες μπορεί να μην είναι γνωστές. Η συγκεκριμένη επιστημονική μέθοδος, παρέχει ανατροφοδότηση για να δικαιολογηθούν εικασίες (υποθέσεις) και να αυξηθούν οι γνώσεις. Με τη βελτίωση των γνώσεων, μπορούμε να επιλέξουμε να βελτιώσουμε ή να τροποποιήσουμε το στόχο (ιδανική κατάσταση). Βεβαίως, η προσέγγιση PDCA μπορεί να μας φέρει πιο κοντά σε ό, τι στόχο έχουμε επιλέξει.



Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Σχήμα 1.2

Αναπαράσταση Λειτουργίας Κύκλων Ποιότητας

Ο ρυθμός μεταβολής, δηλαδή, ο ρυθμός βελτίωσης, αποτελεί βασικό παράγοντα ανταγωνιστικότητας στο σημερινό κόσμο. Το PDCA λοιπόν, επιτρέπει μεγάλα "άλματα" σε απόδοση και ισχύει για όλα τα είδη των έργων και των δραστηριοτήτων βελτίωσης.

1.6 Προσέγγιση PDCA (Κύκλος του Deming)

Η προσέγγιση PDCA ή διαφορετικά, μέθοδος του Deming, λοιπόν, είναι μία επαναληπτική μέθοδος διαχείρισης τεσσάρων βημάτων, που χρησιμοποιείται στην επιχείρηση για τον έλεγχο και τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών και των προϊόντων. Πάνω σ' αυτή στηρίζεται όλη η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας, η οποία εκφράζεται συνοπτικά από τα παρακάτω:

- *Find*: τεκμηρίωση της απόφασης της ανώτερης διοίκησης για εφαρμογή ΔΟΠ. Πρόσληψη ειδικών επιστημόνων οι οποίοι καλούνται να οριοθετήσουν εκείνα τα σημεία της λειτουργίας της διοίκησης στα οποία μπορεί να εφαρμοστεί η ΔΟΠ.
- *Organize*: ανάπτυξη οργανωτικού πλαισίου εφαρμογής της ΔΟΠ και καθορισμός συστήματος μέτρησης των βασικών δεικτών ποιότητας.
- *Clarify*: διευκρίνιση του τρόπου ανάπτυξης του οργανωτικού πλαισίου. Ανάπτυξη των κατάλληλων κύκλων ποιότητας σε σχέση με τα σημεία της λειτουργίας της επιχείρησης/οργανισμού που μπορεί να εφαρμοστεί η ΔΟΠ.
- *Understand*: ανάπτυξη συστήματος εκπαίδευσης όλων των επιπέδων της διοικητικής ιεραρχίας ανάλογα με τις ανάγκες εφαρμογής της ΔΟΠ, προκειμένου να γίνει κατανοητή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
- *Select*: επιλέγονται εκείνα τα σημεία στα οποία θα επικεντρωθεί η προσπάθεια εφαρμογής της ΔΟΠ, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι βάσει προτύπων.
- *Plan*: σχεδιάζονται οι διαδικασίες της εφαρμογής της ΔΟΠ.
- *Do*: υλοποιούνται οι διαδικασίες.
- *Check*: ελέγχονται οι πιθανές αποκλίσεις από τα πρότυπα και προσδιορίζονται τα αίτια.

- *Act*: γίνονται οι αναγκαίες παρεμβάσεις και επανερχόμαστε στη λειτουργία του σχεδιασμού.

Πριν τον σχεδιασμό όμως ενός τέτοιου συστήματος, μία επιχείρηση/οργανισμός καλείται να απαντήσει στα εξής ερωτήματα: με δεδομένο το σύγχρονο, μεταβαλλόμενο επιχειρησιακό περιβάλλον, πόσο απαραίτητο είναι να δημιουργείται ένα τέτοιο σύστημα; Αξίζει η επένδυση σε χρόνο και χρήμα για τη δημιουργία ενός συστήματος ποιότητας; Και ακόμη, αξίζει η συνεχής επένδυση στη διαδικασία αναθεώρησής του;

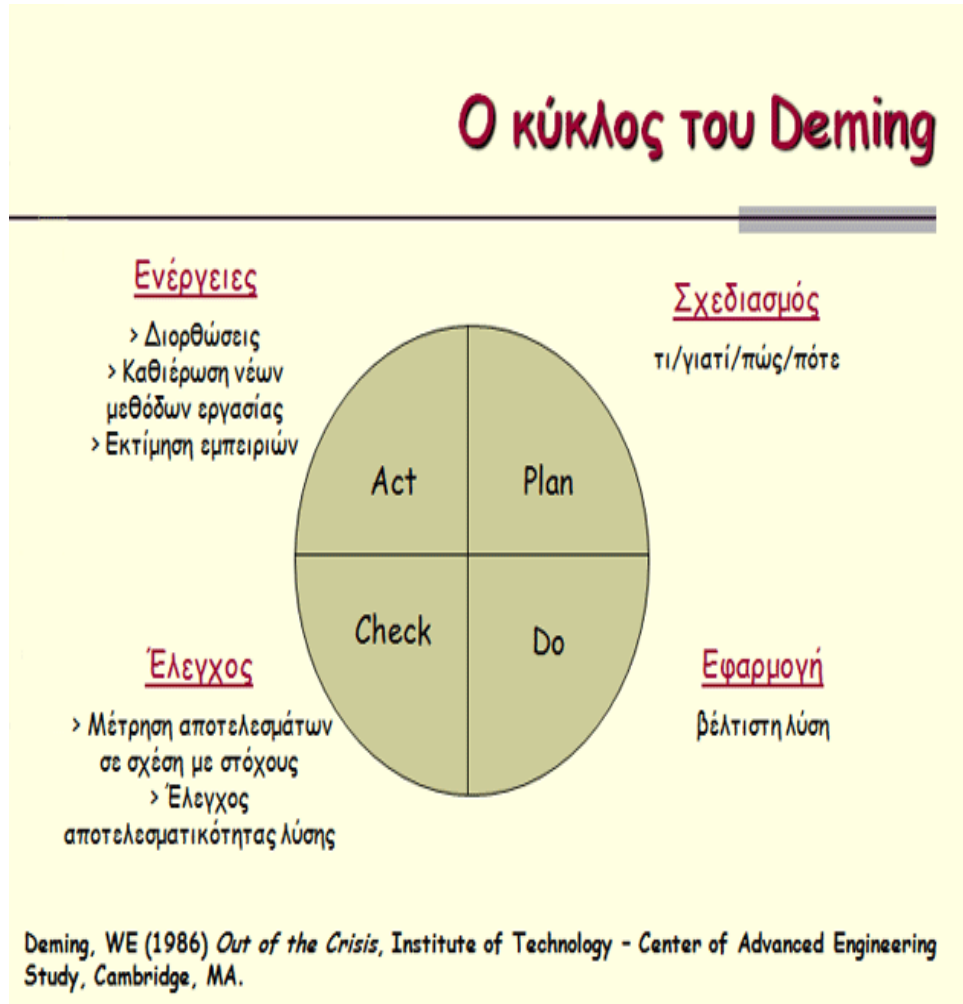
Η απάντηση στα ανωτέρω δεν μπορεί να είναι μονοσήμαντη. Οι απόψεις δίστανται, κατά συνέπεια, καταλήγουμε σε μία κοινή παραδοχή. Οι σύγχρονες επιχειρήσεις που επιδιώκουν την αποδοτικότητα οφείλουν να τυποποιούν τις διαδικασίες τους, χρησιμοποιώντας όμως συστήματα ποιότητας τα οποία θα προβλέπουν τις εξελίξεις παρά θα τις ακολουθούν. Εν ολίγοις, γίνεται λόγος για συστήματα που δεν δημιουργούν στερεότυπα και δεν περιορίζουν την ικανότητα του οργανισμού να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες που καλείται να αντιμετωπίσει.

Αναμφίβολα, ένα σωστό σύστημα ποιότητας, θα πρέπει να διασφαλίζει ότι συναντώνται δύο σημαντικές απαιτήσεις:

1. Οι απαιτήσεις του πελάτη που αφορούν στην παράδοση συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας (δηλαδή, με συγκεκριμένες προδιαγραφές) και
2. Οι απαιτήσεις του οργανισμού, εσωτερικές και εξωτερικές, για αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων (υλικά, ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογικός εξοπλισμός και διαχείριση).

Η ουσία της επίτευξης αυτού του στόχου (της ικανοποίησης δηλαδή των αναγκών των πελατών και του οργανισμού), η οποία γίνεται μέσω του μηχανισμού διοίκησης και ελέγχου, αναφέρεται ουσιαστικά στη συνύπαρξη κατάλληλα δομημένων οργανωτικών συστατικών, όπως η οργανωτική δομή, η κατανομή των ευθυνών, η δημιουργία και συντήρηση κατάλληλων διαδικασιών και επιχειρησιακών πόρων ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί η διοίκηση ολικής ποιότητας. Όπως σε κάθε σύστημα, έτσι και σ' ένα τεκμηριωμένο σύστημα ποιότητας η μεμονωμένη μελέτη των συστατικών, ακόμα και σε μεγάλη λεπτομέρεια, αδυνατεί να εξάγει συμπεράσματα για το σύνολο του συστήματος. Ομοίως, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συστατικών (όπως των διαδικασιών και των ευθυνών), μπορούν επίσης να προκαλέσουν προβλήματα.

Συμπερασματικά, λοιπόν, η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του συστήματος ποιότητας καθορίζεται από την ύπαρξη και τις αλληλεπιδράσεις όλων των επιμέρους συστατικών του, ενώ εάν ένα απ' αυτά τροποποιηθεί, το σύστημα δεν είναι πλέον το ίδιο.



Πηγή: http://www.papageorgiou-hospital.gr/c1/index.php?option=com_content&view=article&id=551&Itemid=511&lang=el

Εικόνα 1.1

Ο κύκλος του Deming

1.7 Στάδια Κύκλων Ποιότητας

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο κύκλος του Deming αποτελείται από τέσσερα στάδια (σχεδίαση, υλοποίηση, έλεγχος, δράση) με μία προκαθορισμένη – συγκεκριμένη σειρά

κατά την οποία επαναλαμβάνονται (Deming, 1982; Deming, 1986). Ουσιαστικά, αποτελεί ένα εργαλείο επίλυσης προβλημάτων και επανατροφοδότησης των δράσεων του οργανισμού. Τα συγκεκριμένα βήματα κατευθύνουν κατά κύριο λόγο κάθε διαδικασία που λαμβάνει χώρα μέσα στην παραγωγή και θεωρητικά θα έπρεπε να καθοδηγούν όλο το σύστημα της επιχειρηματικής διαδικασίας.

- **Στάδιο 1^ο:** εδώ ορίζονται οι στόχοι που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν, καθώς επίσης, σχεδιάζονται και οι διαδικασίες μέσα από τις οποίες θα επιτευχθούν. Επίσης, καθορίζεται και η επάρκεια των πόρων, καθώς και οι δραστηριότητες τις οποίες ο καθένας από τους συμμετέχοντες θα πρέπει να εφαρμόσουν. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να προβλεφθούν οι πιθανές αποκλίσεις και τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν, και σ' αυτή την περίπτωση, να προσδιοριστούν και οι εναλλακτικές δραστηριότητες που πρέπει να πραγματοποιηθούν για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.
- **Στάδιο 2^ο:** εδώ πρόκειται να δραστηριοποιηθεί το σύστημα για να πραγματοποιήσει τα σχεδιασθέντα. Στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται και τα στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων, καθώς επίσης και ερευνητικές διαδικασίες που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων. Πρέπει εν προκειμένω να γίνει εκπαίδευση, να γίνει κατανοητό το πρόβλημα της μεταβλητότητας, να υπάρξει συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων και ανάλυσή τους, να δημιουργηθούν οι αντίστοιχες ομάδες κ.λ.π..
- **Στάδιο 3^ο:** ερευνάται ποια απόκλιση υπάρχει σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό. Συγκεντρώνονται τα στοιχεία των αποκλίσεων, ερευνώνται τα πιθανά αίτια που προκάλεσαν αυτές τις αποκλίσεις και ερευνάται όλο το σύστημα για να τεκμηριωθούν τα αίτια της διασποράς. Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί πως τα αίτια των αποκλίσεων πιθανώς να οφείλονται και σε αδυναμίες απόδοσης των μελών της ομάδας. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να υπάρξει και μέτρηση της απόδοσης, λαμβάνοντας όμως υπόψη να μην προκαλέσει φοβίες, αντιδράσεις ή συγκρούσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, πράγμα το οποίο δεν θα είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί στη συνέχεια.
- **Στάδιο 4^ο:** στο στάδιο αυτό γίνονται παρεμβάσεις/ενέργειες, προκειμένου να προσεγγιστεί το αρχικό σχεδιαστικό πρότυπο στο πειραματικό του περιβάλλον. Θα πρέπει να τεκμηριωθούν εκείνες οι διαδικασίες οι οποίες θα βελτιώσουν

ουσιαστικά τη λειτουργία του σταδίου 2 ή θα αναγκάσουν την επιχείρηση – οργανισμό να αναθεωρήσει τον αρχικό σχεδιασμό (ή πρότυπα).

Η λειτουργία του συγκεκριμένου κύκλου δεν πρέπει να σταματά ποτέ, καθώς, τα στοιχεία του τελευταίου σταδίου μας δίνουν τη δυνατότητα να επανέλθουμε στο αρχικό στάδιο και να προβούμε σε ακόμη καλύτερο σχεδιασμό. Κατά συνέπεια, η βελτίωση της ποιότητας κατά τον Deming δεν σταματά ποτέ και αυτό αποτελεί αξίωμα της θεωρίας του.

Πίνακας 1.1
PDCA (Κύκλος του Deming)

<i>PLAN (Σχεδιάζω)</i>	<i>DO (Υλοποιώ)</i>
<ul style="list-style-type: none">• Απαραίτητη καθιέρωση στόχων και διαδικασιών για την παράδοση των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με την αναμενόμενη απόδοση (στόχος – οι).• Με τη δημιουργία προσδοκιών εξόδου, η πληρότητα και η ακρίβεια των προδιαγραφών είναι επίσης ένα μέρος της στοχευόμενης βελτίωσης.• Έναρξη σε μικρή κλίμακα για να ελεγχθούν οι πιθανές επιπτώσεις.	<ul style="list-style-type: none">• Εφαρμογή του σχεδίου• Εκτέλεση της διαδικασίας → προϊόν• Συλλογή δεδομένων για την αποτύπωση και ανάλυση των επόμενων βημάτων (έλεγχος και δράση).
<i>CHECK (Ελέγγω)</i>	<i>ACT (Δρω- Επανατροφοδοτώ)</i>
<ul style="list-style-type: none">• Μελέτη των πραγματικών αποτελεσμάτων (μέτρηση και συλλογή των παραπάνω) και σύγκριση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα (στόχοι του προγράμματος) για να εξακριβωθούν τυχόν διαφορές.• Ανεύρεση αποκλίσεων στην εφαρμογή από το αναμενόμενο σχέδιο.• Έλεγχος για την καταλληλότητα / πληρότητα του σχεδίου να καταστεί δυνατή η εκτέλεσή του.• Αποτύπωση των δεδομένων και παρατήρηση των τάσεων σε πολλούς κύκλους PDCA, για τη μετατροπή των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί σε πληροφορίες	<ul style="list-style-type: none">• Διορθωτικές ενέργειες σχετικά με τις σημαντικές διαφορές μεταξύ πραγματικών και αναμενόμενων αποτελεσμάτων.• Ανάλυση των διαφορών για τον καθορισμό των βαθύτερων αιτιών απόκλισης.• Καθορισμός για το πού θα εφαρμοστούν οι αλλαγές που θα περιλαμβάνουν τη βελτίωση της διαδικασίας ή του προϊόντος.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία

1.8 Οφέλη από την υιοθέτηση των Κύκλων Ποιότητας

Η χρήση των Κύκλων Ποιότητας σε μια επιχείρηση, αν γίνει κάτω από σωστές συνθήκες και με τον κατάλληλο τρόπο, μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά πολλαπλών οφελών για την ίδια και να αποτελέσει μεγάλο πλεονέκτημα. Παρακάτω αναφέρονται μερικά από τα οφέλη που μπορεί να «απολαύσει» η επιχείρηση (Collard, 1981).

- Η επίλυση επιμέρους προβλημάτων, μπορεί να πραγματοποιηθεί ευκολότερα με τη λειτουργία μικρών ομάδων στελεχών, όπου συγκεντρώνονται αναπτυγμένες ήδη μέθοδοι και τεχνικές και τα μέλη δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον αξιοποιώντας τις ικανότητες και τις δυνατότητες τους στο μέγιστο βαθμό.
- Η παρακίνηση των εργαζομένων της επιχείρησης.
- Η ανάπτυξη της ομαδικότητας και η καλλιέργεια ενός πνεύματος συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα της επιχείρησης.
- Η ώθηση για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού της επιχείρησης και οι συνέπειες που έχει αυτό.
- Η εξασφάλιση της σωστής επικοινωνίας και της σωστής αξιοποίησης των πληροφοριών που θα οδηγήσουν στη μείωση του κόστους εργασίας και στην αύξηση της παραγωγής και στη βελτίωση των προϊόντων της επιχείρησης.

Κλείνοντας το πρώτο κεφάλαιο, αυτό που αξίζει να σημειωθεί για τους κύκλους ποιότητας είναι πως με κύριο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και την αύξηση της παραγωγικότητας, στην πρώτη φάση τους έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των εργαζομένων στις μεθόδους ποιοτικού ελέγχου. Σε δεύτερη φάση, είχαν σαν κύριο σκοπό τη μελέτη προβλημάτων ποιότητας και την αξιολόγηση προτάσεων για την επίλυσή τους, ιδιαίτερα στο χώρο της παραγωγής, και σε τρίτη φάση, γνώρισαν μεγάλη ανάπτυξη εξαιτίας της ανάγκης των εργαζομένων με κοινά ενδιαφέροντα να οργανωθούν πιο συστηματικά για την αντιμετώπιση προβλημάτων στην απασχόλησή τους. Η ψυχολογική ικανοποίηση από τη συμμετοχή σ' αυτές τις προσπάθειες αποτέλεσε σημαντικό κίνητρο για την αποτελεσματικότητά τους (Δερβιτσιώτης, 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Εισαγωγή

Συνεχίζοντας στο δεύτερο κεφάλαιο, εδώ, η έννοια της ποιότητας αποκτά άλλη διάσταση. Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας, είναι πιο σύνθετη και πολυδιάστατη από την αντίστοιχη που συναντούμε στο χώρο της βιομηχανίας. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος και κύριος στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία, όσο και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, δεν συμβαίνει το ίδιο, γιατί οι ασθενείς, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος, που κυριαρχεί στη βιομηχανία, στην υγεία ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει, βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Αυτό το εγχείρημα είναι δυσκολότερο, από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στη βιομηχανία (Τούντας, 2003α).

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

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

παράγουν, οι διαδικασίες μέτρησης – αξιολόγησης του πραγματικού τελικού προϊόντος κ.λπ. αποτελούν ουσιαστικά στοιχεία του οργανωτικού πλαισίου της παραγωγικής διαδικασίας των υπηρεσιών περίθαλψης και επηρεάζουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους.

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

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

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

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

2.2 Οι ορισμοί της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

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

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

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

Πίνακας 2.1

Χαρακτηριστικά ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

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

Πηγή: Ovretveit, 2003

2.2.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας

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

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

Για να καταστεί επομένως εφικτή η ικανοποίηση αυτών των αναγκών, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ενός αποδοτικού συστήματος που θα εξασφαλίζει στον καταναλωτή – χρήστη των υπηρεσιών του τη μέγιστη ωφέλεια από τη χρήση τους.

2.2.2 Οι απαρχές της ποιότητας στον τομέα υγείας

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

2.2.3 Διαστάσεις ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Βάσει των ανωτέρω, γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα έχει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να εμπεριέχει

πολλαπλές εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος στους ορισμούς που αναφέρονται σε αυτή (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Αξίζει να σημειωθεί, πως σήμερα δεν υπάρχει ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Ακόμη και αν ερωτηθούν χίλιοι άνθρωποι για το τι σημαίνει ποιότητα, είναι πολύ πιθανό να λάβουμε τον ίδιο αριθμό διαφορετικών ορισμών (Καλογεράκη, 2007).

Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

α) Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή.

β) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Αυτό αφορά την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αφορά και στη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

γ) Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις, οι ευκολίες.

Έχοντας λοιπόν ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, ο Donabedian διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως: **«Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»** (Donabedian, 1980). Στη συνέχεια, ο Donabedian (1988) περιγράφει την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων. Σε αυτό, η περίθαλψη, αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικο-πολιτιστικό του περιβάλλον.

Το 1990, με το άρθρο «The Seven Pillars of Quality» «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», ο Donabedian, παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα: 1. *Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)*, η οποία έγκειται στην ικανότητα της φροντίδας για βελτίωση της υγείας. 2. *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*, που σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο έχουν επιτευχθεί οι βελτιώσεις

στην υγεία. 3. *Αποδοτικότητα (efficiency)*, η ικανότητα δηλαδή να λαμβάνεις όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. 4. *Βελτιστότητα (optimality)*, η πλέον συμφέρουσα εξισορρόπηση κόστους και οφέλους. 5. *Αποδεκτικότητα (acceptability)*, που αναφέρεται στη συμμόρφωση στις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα, τη σχέση του ασθενούς - επαγγελματία, τις παροχές, τις επιπτώσεις της φροντίδας και το κόστος της περίθαλψης. 6. *Νομιμότητα (legitimacy)*, στη συμμόρφωση δηλαδή με τις κοινωνικές προτιμήσεις που αφορούν όλα τα παραπάνω και τέλος, 7. *Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity)*, η οποία αφορά στη δίκαιη κατανομή της περίθαλψης και των επιπτώσεών της στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), ***η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής*** (Τούντας, 2008). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996). Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008).

Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Crow et al, 2002). Σύμφωνα με τους Virgo et al (2007), οι αξιολογήσεις, τις περισσότερες φορές, βασίζονται στην προσέγγιση του Donabedian και επικεντρώνονται στη δομή (επάρκεια εγκαταστάσεων, υλικών και προσωπικού), στις διαδικασίες (παροχής φροντίδας και τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας) και τέλος, στα αποτελέσματα για το χρήστη (μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, η ικανοποίησή του, ο βαθμός ενημέρωσης, δείκτες επιπλοκών, δείκτες θνησιμότητας διάρκειας παραμονής).

Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιαίζουσα περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας δεν συνδέεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος ή επιστροφής του σε ένα οργανισμό, αλλά εμπερικλείουν πολλά δεδομένα, τα

οποία έχουν ως στόχο, τη μοναδική εμπειρία της παροχής φροντίδας υγείας που βιώνεται (Σιγάλας, 1999).

2.2.4 Για ποιους λόγους κρίνεται αναγκαία

Στην πορεία εξέτασης των κύκλων ποιότητας, ίσως δημιουργηθεί το ερώτημα για ποιο λόγο είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός τέτοιου συστήματος. Δεδομένων των συνθηκών του σύγχρονου και συνεχώς μεταβαλλόμενου επιχειρησιακού περιβάλλοντος, διερωτάται κανείς για την ένταση της αναγκαιότητας για μία τέτοια επένδυση που απορροφά χρόνο και χρηματικούς πόρους.

Η απάντηση δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη, ωστόσο, αυτό που μπορεί να ειπωθεί είναι πως οι σύγχρονες επιχειρήσεις/οργανισμοί που επιδιώκουν την αποδοτικότητα, οφείλουν να τυποποιούν τις διαδικασίες τους χρησιμοποιώντας όμως συστήματα ποιότητας τα οποία θα προβλέπουν τις εξελίξεις, παρά θα τις ακολουθούν. Γίνεται λόγος επομένως, για συστήματα που δε δημιουργούν στερεότυπα και δεν περιορίζουν την ικανότητα του οργανισμού να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες που καλείται να αντιμετωπίσει.

Ένα σωστό σύστημα ποιότητας θα πρέπει να διασφαλίζει την πραγματοποίηση δύο σημαντικών απαιτήσεων:

- τις απαιτήσεις του πελάτη που αφορούν στην παράδοση συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας (δηλαδή με συγκεκριμένες προδιαγραφές) και,
- τις απαιτήσεις του οργανισμού, εσωτερικές και εξωτερικές, για αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων (υλικά, ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογικός εξοπλισμός και διαχείριση).

Η ουσία της επίτευξης αυτού του στόχου (της ικανοποίησης δηλαδή των αναγκών των πελατών - χρηστών του συστήματος υγείας και του οργανισμού), η οποία γίνεται μέσω του μηχανισμού διοίκησης και ελέγχου, αναφέρεται ουσιαστικά στη συνύπαρξη κατάλληλα δομημένων οργανωτικών συστατικών, όπως η οργανωτική δομή, η κατανομή των ευθυνών, η δημιουργία και συντήρηση κατάλληλων διαδικασιών και επιχειρησιακών πόρων ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί η ΔΟΠ. Η ύπαρξη λοιπόν ενός συστήματος ποιότητας και οι αλληλεπιδράσεις όλων των επιμέρους συστατικών του, καθορίζουν την αποτελεσματικότητά του.

2.3 Η προσδοκία για Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

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

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

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

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

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

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

2.3.1 Αναζήτηση ποιότητας: μια διαχρονική προσδοκία

Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ παλιά. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τους σημαντικότερους «σταθμούς» στη πορεία της ανθρώπινης εξέλιξης. Από την εποχή του Ιπποκράτη (5ος αιώνας) οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων στους ασθενείς υπηρεσιών.

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

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

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

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

Οι εμπειρίες, όμως, από τους καταστροφικούς παγκόσμιους πολέμους και η καθιέρωση μεταπολεμικά στην Μεγάλη Βρετανία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) οδήγησαν στην αναζήτηση τρόπων για την εξασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας διαδοχικά σε όλο τον κόσμο και στη συστηματοποίηση παραμέτρων όπως η οργάνωση των μονάδων και των συστημάτων

παροχής υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων της οικονομικής επιστήμης κ.λπ.

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

- στην αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων,
- στη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού δεν συνοδευόταν πάντοτε από αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού,
- στην άνοδο του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων,
- στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών να ενημερώνονται πληρέστερα και να αντιμετωπίζονται καλύτερα. Τη δεκαετία του '70 οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προσανατολίστηκαν στον αναδρομικό διαχειριστικό έλεγχο, ενώ στη δεκαετία του '80 η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί την επιλογή που όλοι προτιμούν και είναι αυτή που προωθείται έντονα. Οι τάσεις που αναπτύσσονται στις επιχειρήσεις και τους βιομηχανικούς οργανισμούς στη δεκαετία του '90 για εφαρμογή της ΔΟΠ φαίνεται να βρίσκουν πρόσφορο έδαφος και στον υγειονομικό τομέα (Παπανικολάου, 1995).

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

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

έκρηξης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και μελετούσαν τις μεταρρυθμίσεις που έπρεπε να κάνουν.

2.3.2 Λόγοι για τους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγείας

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

2.3.3 Οι προσδοκίες των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς και οι οικείοι τους και κατ' επέκταση η κοινωνία έχουν σήμερα κάποιες βασικές προσδοκίες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έτσι, οι πολίτες πρέπει να:

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

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

- ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεών τους με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους,
- πολιτισμένες – άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους διανομής – διατροφής,

όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.3.4 Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

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

Συγκεκριμένα:

- Οι *χρήστες - καταναλωτές* των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν τη γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, επιθυμούν τη χρήση για το σκοπό αυτό της σύγχρονης τεχνολογίας, συχνά έλκονται από τη φήμη των ιδρυμάτων ή ειδικών επιστημόνων, ακόμη πιο συχνά παρακάμπτουν τις νόμιμες διαδικασίες, έχουν την εντύπωση ότι «δικαιούνται τα πάντα», συχνά αναστατώνουν τους χώρους υγείας και πάντοτε «κινδυνεύουν» προκειμένου να ικανοποιήσουν με κάθε μέσο τις παράλογες απαιτήσεις τους.
- Οι *επαγγελματίες υγείας* επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας, κάποτε υποκύπτουν σε ανορθόδοξες διαδικασίες, μερικές φορές αυξάνουν το κόστος παροχής υπηρεσιών και συχνά δεν έχουν την οργανωτική στήριξη που είναι απαραίτητη για τον επιδιωκόμενο στόχο τους.
- Τα *νοσηλευτικά ιδρύματα*, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν την ποιότητα αφενός με την έννοια της καλής λειτουργίας, της «έξωθεν καλής μαρτυρίας» και αφετέρου με την έννοια του περιορισμού της σπατάλης των δυσλειτουργιών.
- Η *κοινωνία* αναζητά την ποιότητα παντού και συνήθως έχει πολλές απαιτήσεις, συχνά μεγιστοποιεί ατέλειες και πολλές φορές δεν είναι το ίδιο πρόθυμη ή αδυνατεί να συνεισφέρει στο κόστος που απαιτείται για την ικανοποίηση των προσδοκιών της.
- Η *πολιτεία* πρέπει να συνδυάσει όλες τις παραμέτρους, να δεχτεί την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ως καθολικές προσδοκίες και να συντονίσει τις λειτουργίες του συστήματος υγείας προγραμματισμένα και συστηματικά.
- Οι *διεθνείς προδιαγραφές* τόσο της ΠΟΥ, όσο και τη Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και των διεθνών συνδιασκέψεων συνεχώς διευρύνονται, η τήρησή τους όμως εξαρτάται από το

επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό).

2.4 Η ιδιαιτερότητα των Υπηρεσιών Υγείας

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

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

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

- η *δομή* του συστήματος, δηλαδή οι κτιριακές του εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός του, το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολεί, οι οικονομικοί πόροι που διατίθενται κ.λπ., αλλά και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του,
- οι *διαδικασίες* που εφαρμόζονται για την παραγωγή/παροχή της υγειονομικής φροντίδας και περιλαμβάνουν τη λήψη του ιστορικού, τις εξετάσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανεξέταση,
- τα *αποτελέσματα* του συστήματος, που συγκροτούν και τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων που παρέχονται.

2.5 Συστατικά Ποιότητας στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι οι εξής:

- Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των γιατρών που παρέχουν την ιατρική φροντίδα. Το υψηλό επίπεδο των γιατρών είναι η βασικότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία κάθε προβλήματος υγείας.
- Οι ικανότητες, η εκπαίδευση του υπόλοιπου προσωπικού, νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού κ.τ.λ.
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του χρήστη/ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας.
- Η προσβασιμότητα του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας.
- Η ταχύτητα στη επίλυση προβλήματος υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού.
- Η χρήση νέας τεχνολογίας.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής ιατρικής φροντίδας.
- Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Ο βαθμός στον οποίο η ηγεσία του οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισής της κ.λπ. (Τζανετάκη, 2006)

2.5.1 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας

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

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

2.5.2 Οφέλη για τον ασθενή

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

- *Υγειονομικά οφέλη.* Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, λοιμώξεων κ.λπ.
- *Ψυχολογικά οφέλη.* Έχουν σχέση με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σε αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη.
- *Οικονομικά οφέλη.* Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα

και θα αντιμετωπιστεί αφενός και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

2.5.3 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

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

- στην αποτελεσματικότητα του έργου τους,
- στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους,
- στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους,
- στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους,
- στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος,
- στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

2.5.4 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

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

- *Οικονομικά:* οφείλονται στη μείωση του λειτουργικού κόστους, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών οδηγεί σε περιορισμό του συνολικού χρόνου νοσηλείας και στην αποφυγή διενέργειας περιττών εξετάσεων ή θεραπευτικών αγωγών που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες, αφού τα προβλήματα των ασθενών αφενός εντοπίζονται γρήγορα και με ακρίβεια και αφετέρου αντιμετωπίζονται άμεσα. Έτσι, οι πόροι που εξοικονομούνται μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για έρευνα, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού κ.ά.
- *Λειτουργικά:* συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας.
- *Αναγνώριση και φήμη.*

2.5.5 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων από ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι:

- *Υγειονομικά:* έχουν σχέση με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων ασθενών.
- *Οικονομικά:* έχουν σχέση με τον περιορισμό του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, με τον περιορισμό του ύψους των επιδομάτων ασθένειας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους κ.λπ.
- *Κοινωνικά:* έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- *Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.*

2.5.6 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

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

- *Οικονομικά:* οφείλονται στην περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα υγείας και στον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, δηλαδή στη συντόμευση του χρόνου παραμονής τους ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικά στη συντόμευση της διάρκειας της ασθένειάς τους.
- *Υγειονομικά:* Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και περιορίζεται συνακόλουθα ο χρόνος αναμονής των ασθενών για την αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- *Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας*
- *Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο*

2.6 Ποιοτικοί Στόχοι Υγειονομικής Περίθαλψης

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

Πίνακας 2.2
Ποιοτικοί στόχοι υγειονομικής περίθαλψης

➤ <i>Ασφαλής</i>	Αποφυγή τραυματισμών προς τους ασθενείς
➤ <i>Αποτελεσματική</i>	Παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε όλους τους τομείς και προώθηση της επιστημονικής γνώσης
➤ <i>Προσανατολισμός στον ασθενή</i>	Παροχή προσοχής και φροντίδας που χαρακτηρίζεται από πλήρη σεβασμό και ανταποκρίνεται στις μεμονωμένες προτιμήσεις, ανάγκες, αξίες του ασθενή και επιπλέον εξασφαλίζει ότι οι αξίες για τον ασθενή είναι αυτές που επηρεάζουν όλες τις αποφάσεις του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης
➤ <i>Έγκαιρη</i>	Μείωση της αναμονής και ενίοτε των επιβλαβών καθυστερήσεων, τόσο για εκείνους που λαμβάνουν φροντίδα όσο και για εκείνους που την παρέχουν
➤ <i>Αποδοτική</i>	Αποφυγή προβλημάτων και ελαττωμάτων
➤ <i>Δίκαιη (προσβασιμότητα)</i>	Παροχή φροντίδας που δεν ποικίλλει σε ποιότητα αναλόγως των προσωπικών χαρακτηριστικών του ασθενή
➤ <i>Συνεχής</i>	Συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου , ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας του ασθενούς

Πηγή: <http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf>

2.7 ISO και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO (International Organization for Standardization) είναι μια διεθνής ομοσπονδία των εθνικών οργανισμών τυποποίησης

αποτελούμενη από 147 οργανισμούς. Τα διεθνή πρότυπα συστημάτων ποιότητας της σειράς ISO 9000 πρωτοεκδόθηκαν το 1987 σαν αποτέλεσμα πολυετούς προσπάθειας καθιέρωσης διεθνών προτύπων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η αρχική αναθεώρηση έγινε το 1994 και το 2000, όπου το αναθεωρημένο πρότυπο ISO-9001/2000 αντικατέστησε τα επιμέρους πρότυπα ISO-9001-3/94.

2.7.1 Η εφαρμογή του ISO στις υπηρεσίες υγείας

Τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες σχετιζόμενους με τις οργανωτικές δομές των φορέων, τον τύπο του ιδρύματος υγείας, τη φύση των υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές. Οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες καθώς το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000 αποτελεί μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, κάθε φορέας θα πρέπει να αναπτύξει και εφαρμόσει ένα σύστημα για την ποιότητα, προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και δομημένο έτσι ώστε να καλύπτει και να χαρακτηρίζει το εύρος των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών.

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

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

2.7.2 Οι απαιτήσεις του προτύπου

Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από 20 απαιτήσεις, που διαχωρίζονται στις κύριες και τις υποστηρικτικές διαδικασίες ποιότητας. Μετά από τον πίνακα που ακολουθεί, αναφέρεται εκτενώς το περιεχόμενό της καθεμίας.

Πίνακας 2.3
Απαιτήσεις Προτύπου ISO

Κύριες	Υποστηρικτικές
1.Ανασκόπηση συμβάσεων	1.Ευθύνη της διοίκησης
2.Έλεγχος σχεδιασμού	2.Σύστημα Ποιότητας
3.Προμήθειες	3.Έλεγχος εγγράφων
4.Έλεγχος προϊόντων που προμηθεύει ο πελάτης	4.Αναγνώριση-Ιχνηλασιμότητα
5.Έλεγχος διεργασιών	5. Έλεγχος εξοπλισμού ελέγχων, μετρήσεων και δοκιμών
6.Έλεγχος και δοκιμές	6.Κατάσταση ελέγχων και δοκιμών
7.Έλεγχος μη συμμορφώσεων	7.Αρχεία ποιότητας
8.Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες	8.Εσωτερικές επιθεωρήσεις
9.Χειρισμός-Αποθήκευση-Συσκευασία-Παράδοση προϊόντων	9.Εκπαίδευση
10.Εξυπηρέτηση	10.Στατιστικές τεχνικές

Πηγή: www.mech.upatras.gr/~goutsos/chapter2part1.doc

ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ:

➤ Ανασκόπηση συμβάσεων

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

➤ Έλεγχος σχεδιασμού

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

➤ Προμήθειες

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

➤ Έλεγχος προϊόντων που προμηθεύει ο πελάτης

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

➤ Έλεγχος διεργασιών

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

➤ Έλεγχος και δοκιμές

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

➤ Έλεγχος μη συμμορφώσεων

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

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

➤ Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες

Η ανάγκη για διορθωτική ενέργεια προκύπτει από την εμφάνιση μιας μη συμμόρφωσης ή παραπόνων πελάτη. Οι προληπτικές ενέργειες αφορούν την ανάλυση του συστήματος και

τον προσδιορισμό πιθανών προβλημάτων για να εξαλειφθούν οι αιτίες μη συμμόρφωσης ή παραπόνων του πελάτη.

➤ Χειρισμός – Αποθήκευση – Συσκευασία – Παράδοση προϊόντων

Αφορούν στη διαχείριση, αποθήκευση, συσκευασία, συντήρηση και διανομή υλικών, τα οποία έχουν άμεση επίπτωση στην παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.

Παραδείγματα μπορεί να είναι:

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

➤ Εξυπηρέτηση

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

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ:

➤ Ευθύνη της διοίκησης

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες απαιτήσεων:

α) Πολιτική ποιότητας: Καθορίζει τους γενικούς στόχους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων.

β) Οργάνωση: Απαιτείται ο σαφής προσδιορισμός της οργανωτικής δομής, της διοικητικής ιεραρχίας, της διασύνδεσης μεταξύ των λειτουργικών μονάδων και της αλληλεπίδρασης με το εξωτερικό περιβάλλον του φορέα (π.χ. αρμόδιες αρχές, προμηθευτές, ασφαλιστικούς φορείς, Υπουργεία κ.ά.)

γ) Ανασκόπηση της διοίκησης: Περιλαμβάνει την ανασκόπηση της πολιτικής, των προτεραιοτήτων, της κατανομής των πόρων και την κριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους στόχους. Στηρίζεται στα ευρήματα εσωτερικών επιθεωρήσεων και στην ανάλυση δεικτών ποιότητας.

➤ Σύστημα ποιότητας

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

➤ Έλεγχος εγγράφων

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

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

➤ Αναγνώριση - Ιχνηλασιμότητα

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

➤ Έλεγχος εξοπλισμού ελέγχων, μετρήσεων και δοκιμών

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

➤ Κατάσταση ελέγχων και δοκιμών

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

➤ Αρχεία ποιότητας

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

➤ Εσωτερικές επιθεωρήσεις

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

➤ Εκπαίδευση

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

➤ Στατιστικές τεχνικές

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

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

2.8 Η Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

2.8.1 Εισαγωγή

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

Το τελικό ζητούμενο της έννοιας της αξιολόγησης, αποτελεί η βελτίωση, στον βαθμό στον οποίο αυτή ορίζεται, των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επιστήμη της διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, έχει παραθέσει ένα πλήθος τυπολογιών, οι οποίες κατηγοριοποιούν τα βασικά στοιχεία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά στοιχεία που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν είναι τα ακόλουθα:

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

2.8.2 Τύποι Αξιολόγησης

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

- A) Ανάλυση Κόστους - Ωφέλειας (Cost - Benefit Analysis)
- B) Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας (Cost - Effectiveness Analysis)
- Γ) Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας (Cost - Utility Analysis)
- Δ) Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους (Cost - Minimization Analysis)
- E) Ανάλυση Κόστους - Ασθένειας (Cost of Illness)
- ΣΤ) Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής (Analysis of Quality of Life)

A) Ανάλυση Κόστους - Ωφέλειας

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

B) Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο ανάλυσης, τα διαφορετικά είδη κόστους μεταφράζονται σε οικονομικές μονάδες, οι οποίες στην συνέχεια συγκρίνονται και αποτιμώνται σε φυσικές μονάδες. Για να διεξαχθεί Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας θα πρέπει να ισχύει μια από τις δύο παρακάτω συνθήκες: α) η παρέμβαση έχει αναμφισβήτητο αντικειμενικό στόχο, άρα και σαφή διάσταση, με βάση την οποία μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της ή β) υπάρχουν πολλοί αντικειμενικοί στόχοι, αλλά θεωρείται ότι κάθε εναλλακτική παρέμβασή τους επιτυγχάνει στον ίδιο βαθμό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η νοσηλεία στη Μονάδα

Εντατικής Θεραπείας. Το κόστος νοσηλείας ενός τραυματία μέσης ηλικίας για χρονική περίοδο άνω των είκοσι (20) ημερών είναι αυξημένα σε όρους αξίας χρήματος, όμως την αποτελεσματικότητα της νοσηλείας αυτής είναι δυνατό να αποτελέσει ο αριθμός των διασωθέντων χρόνων ζωής του τραυματία αυτού.

Γ) Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας

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

Δ) Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους

Η συγκεκριμένη ανάλυση χρησιμοποιείται κυρίως στις περιπτώσεις κατά τις οποίες προσχεδιασμένα αποτελέσματα είναι δυνατόν να επιτευχθούν με ισοδύναμη μεθοδολογία και με κριτήριο το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Παράδειγμα: Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους για ομοειδή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης πάθησης.

Ε) Ανάλυση Κόστους - Ασθένειας

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

ΣΤ) Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής

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

2.8.3 Μεθοδολογία Αξιολόγησης

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

Όσον αφορά στους προσχεδιασμένους στόχους στις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, αυτοί μπορεί να διακριθούν σε κύριους και σε υποστηρικτικούς - ειδικούς. Στους μεν πρώτους, καθορίζονται τα προσχεδιασμένα αποτελέσματα τα οποία θα πρέπει να προκύψουν από την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να επεκταθούν σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες. Όσον αφορά στους υποστηρικτικούς - ειδικούς στόχους, αυτοί θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από λεπτομερείς περιγραφές και εξειδίκευση ανά κατηγορία και τομέα. Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι οι οποίοι θα έχουν τεθεί θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

2.8.4 Δείκτες Αξιολόγησης - Δείκτες Απόδοσης Μονάδας

Οι Δείκτες Αξιολόγησης (ΔΑ) θεωρούνται τα κύρια εργαλεία για την διενέργεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση και ανάλυση των στοιχείων και την εξαγωγή αποτελεσμάτων τα οποία προκύπτουν από την αξιολόγηση αυτών. Οι ΔΑ θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Υπάρχει μεγάλο πλήθος ΔΑ, οι οποίοι με βάση τον ΠΟΥ ταξινομούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες:

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

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

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

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση ΔΑ.

Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί

στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων (www.nosokomia.gr).

2.8.5 Αξιολόγηση μέσω κριτηρίων

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

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

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

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

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

Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Τα παράπονα των ασθενών, οι αντιδικίες των ασθενών και των συγγενών τους με τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές κ.ά.), οι προσωπικές παρατηρήσεις των γιατρών ή της διοίκησης του νοσοκομείου, οι ψίθυροι στους διαδρόμους κ.λπ. δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση στοιχεία αρκετά και ικανά να αξιολογήσουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας. Ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας για συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασίας στοιχείων και πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο σίγουρα θα βοηθούσε στη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση. Συμπληρωματικές πηγές πληροφοριών μπορεί να είναι:

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

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

2.8.6 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων

Δύο τρόποι υπάρχουν για να παρακολουθούμε τα πρότυπα:

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

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

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

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

- *Παρακολούθηση ανοικτού κύκλου*, που είναι ο έλεγχος των αρχείων και γραφημάτων του ασθενούς με τα προκαθορισμένα κριτήρια. Όσο ο ασθενής συνεχίζει να λαμβάνει φροντίδα, αυτή η διαδικασία δίνει στο προσωπικό άμεσο feedback.
- *Συνέντευξη ή παρακολούθηση του ασθενούς*, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση με τον ασθενή για συγκεκριμένα ζητήματα φροντίδας ή παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς έναντι προκαθορισμένων κριτηρίων.
- *Συνέντευξη ή παρατήρηση του προσωπικού*, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση και παρατήρηση της κλινικής συμπεριφοράς σχετικά με τα προκαθορισμένα κριτήρια.
- *Ομαδικές συναντήσεις* με τον ασθενή ή/και την οικογένειά του σε από κοινού συζητήσεις με το προσωπικό σχετικά με την ασθένεια και την πορεία της (Παπανικολάου 2003).

2.9 Επενδύοντας στην Ποιότητα

2.9.1 Το κόστος της ποιότητας στις μονάδες υγείας

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

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

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

A) Κόστος επίτευξης της ποιότητας

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες:

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

B) Κόστος έλλειψης ποιότητας

Το κόστος έλλειψης ποιότητας κατά τον Philip Crosby, είναι αυτό που θα απέφυγε ο

οργανισμός εάν κάθε προϊόν ή υπηρεσία που προσφέρει ή και κάθε δραστηριότητα για την παραγωγή και διάθεσή τους ή κάθε δραστηριότητα υποστήριξης εκτελείται άψογα κάθε φορά την πρώτη φορά.

Μερικά παραδείγματα κόστους έλλειψης ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου είναι:

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

2.9.2 Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

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

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

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

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

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

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

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

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

2.9.3 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας

Αντίθετα με το κόστος ελλείψεως ποιότητας, το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι κατά κύριο λογιστικό (αποτιμητέο). Περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης και αξιολόγησης και αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές. Στο κόστος πρόληψης

περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας και σχετίζονται με την προσπάθεια αποφυγής σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Γενικότερα, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που προάγουν την άποψη «Do it right the first time» («Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά»).

Το κόστος αξιολόγησης από την άλλη, σχετίζεται με ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση του επιπέδου ποιότητας και τη βελτίωσή του μέσω ελέγχων και μετρήσεων (Checking it is right” ή «Έλεγχος για την ορθότητα»).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ MANAGEMENT ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Η ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων ποιότητας, σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο συνολικού ποιοτικού ελέγχου, επιβάλλει τη διαμόρφωση μίας νέας στρατηγικής που αλλάζει την οπτική γωνία και καλλιεργεί μια νέα αντίληψη σε ό,τι αφορά την ποιότητα προϊόντων και υπηρεσιών. Για μια τέτοια προσπάθεια απαιτούνται η διαμόρφωση του κατάλληλου κλίματος μέσα στην επιχείρηση, που θα διευκολύνει την επικοινωνία και συνεργασία όλων των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα, εν συνεχεία ο προσδιορισμός των «μοχλών» ποιότητας, δηλαδή των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα και τέλος, η αξιολόγηση των «μοχλών» ποιότητας, ώστε να ιεραρχηθούν σωστά οι προτεραιότητες στη διάθεση πόρων (προσωπικού, τεχνικών μέσων κ.ά).

Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις λοιπόν στον χώρο της υγείας, με απώτερο στόχο αυτών την εξασφάλιση ποιότητας, καθιστούν αναγκαία την τοποθέτηση κατάλληλα καταρτισμένων ατόμων στις ανώτερες θέσεις της διοικητικής πυραμίδας. Σε πολλές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λειτουργούν σαν managers. Η λήψη ορθολογικών αποφάσεων αποτελεί μία φυσική ανθρώπινη προσπάθεια, η οποία ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται και άλλα πρόσωπα απαιτεί ικανότητες management.

Επί του παρόντος, το management ορίζεται ως μία διαδικασία με ιδιαίτερα διαπροσωπικό και τεχνικό χαρακτήρα, μέσω της οποίας καθορίζονται και επιτυγχάνονται οι στόχοι των οργανισμών (μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας), με τη χρησιμοποίηση ανθρώπων, φυσικών πόρων και τεχνολογίας.

3.2 Η Στρατηγική Σημασία της Ποιότητας

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

1. Οι μονάδες υγείας είναι απαραίτητο να έχουν στρατηγικό σχεδιασμό, για να είναι

ικανές να αντιμετωπίσουν τις επερχόμενες αλλαγές στο χώρο των δραστηριοτήτων τους. Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανάπτυξής τους επιτυγχάνεται με τη βαθιά γνώση και τη συνδυασμένη εφαρμογή της επιστήμης του management με τις επιστήμες της υγείας.

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

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

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

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

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

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

8. Για την απόκτηση γνώσεων και νέων εμπειριών, την ανάπτυξη προσωπικών και επαγγελματικών ικανοτήτων και την απόκτηση ή μετατροπή συγκεκριμένων συμπεριφορών, απαιτείται η συμμετοχή των στελεχών της υγείας (ιατρών, νοσηλευτών,

στελεχών του χώρου της υγείας, κ.λπ.), σε κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης. Στο δημόσιο τομέα απαιτείται η ρύθμιση χρεών των νοσηλευτικών μονάδων, η καταπολέμηση της διαπλοκής και η ορθολογιστική διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων.

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

11. Η λειτουργία του «οργανισμού που μαθαίνει» (learning organization) πρέπει να υιοθετηθεί. Οι ευεργετικές επιπτώσεις από τη βελτίωση της ποιότητας εκδηλώνονται τόσο στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, όσο και μέσα στον οργανισμό. Οι επιπτώσεις μέσα στον οργανισμό έχουν σχέση όχι μόνο με τη μείωση του κόστους, αλλά κυρίως με τη δημιουργία ενός κλίματος που συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία και συντονισμό των εργαζομένων, αλλά και στη δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος που ικανοποιεί βαθύτερες ανάγκες. Μαζί με τη βελτίωση της ποιότητας, είναι συχνά δυνατόν να έχουμε και ταυτόχρονη μείωση του κόστους, διότι η βελτίωση της ποιότητας μεταφράζεται αυτομάτως σε μείωση του ποσοστού των λαθών. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα την άμεση αύξηση της παραγωγικότητας, διότι για την ίδια ποσότητα τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας ο οργανισμός χρησιμοποιεί λιγότερες ώρες εργασίας και μηχανών, λιγότερη ενέργεια κ.ά. Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών γενικά, και ειδικότερα του τομέα υγείας, αποτελεί θεμελιώδη απαίτηση της κοινωνίας (www.mohaw.gr).

3.3 Στρατηγική για την εξασφάλιση Ποιότητας

Για να αποσαφηνιστεί ο όρος, *στρατηγική είναι το σύνολο των αποφάσεων που καθορίζουν τον χαρακτήρα μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και της δίνουν έναν προσανατολισμό*. Ο χαρακτήρας για παράδειγμα της επιχειρησιακής στρατηγικής μπορεί να της προσδώσει ιδιαίτερες ονομασίες, όπως στρατηγική ανάπτυξης, στρατηγική σταθεροποίησης ή στρατηγική περισυλλογής. Η στρατηγική ενός οργανισμού δεν χαράσσεται ευκαιριακά, αλλά διαμορφώνεται συστηματικά, εκτιμώντας τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται από το «βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς». Το ενδιαφέρον για την ποιοτική διασφάλιση των υγειονομικών μπορεί να οφείλεται σε οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά αίτια, καθώς και σε επαγγελματικούς παράγοντες (World Health Organization, 1985). Τα οικονομικά αίτια σχετίζονται με την αύξηση της ζήτησης και την αδυναμία κάλυψής της από τους σχετικά περιορισμένους πόρους. Κατά συνέπεια, αποδίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ορθολογική διαχείριση και υιοθέτηση οικονομικά αποδοτικών επιλογών, ενώ και η συγκράτηση των πόρων πολλές φορές συνδυάζεται με την ανάγκη ποιοτικής διασφάλισης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από κοινωνικής και πολιτικής σκοπιάς, στενά συνυφασμένη με την προαναφερθείσα οικονομική διάσταση είναι η γενικότερη τάση για την προστασία των δικαιωμάτων των καταναλωτών. Τέλος, από την πλευρά των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, η υιοθέτηση διαδικασιών και μεθόδων διασφάλισης ποιότητας μπορεί να αποτελέσει υπόβαθρο επιστημονικής βελτίωσης και επαγγελματικής εξέλιξης. Διάφορες στρατηγικές μπορούν να ακολουθηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά, θα μπορούσαν να αναφερθούν η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα (quality initiatives), η συγκριτική προτυποποίηση (benchmarking), οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation), ο κλινικός και ιατρικός έλεγχος (clinical-medical audit) κ.ά.

3.4 Η Ανάγκη του Μάνατζμεντ στα επαγγέλματα υγείας και ο ρόλος του Manager

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

Ο σκοπός που καλείται να εκπληρώσει το νοσοκομείο ως κοινωνικό ίδρυμα, περιγράφει το φάσμα των υπηρεσιών τις οποίες το νοσοκομείο παρέχει ή οφείλει να παρέχει στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένες κοινωνικές ανάγκες. Αποτελεί, λοιπόν, ευθύνη και αντικείμενο του management μίας νοσοκομειακής μονάδας, η εξασφάλιση εκείνων των δομών και η ενεργοποίηση εκείνων των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν βέλτιστα τις κατά περίπτωση κοινωνικές ανάγκες.

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

Περνώντας στο έργο του manager, για την αποτελεσματική επίτευξή του, συμπεριλαμβάνεται μία σειρά βασικών δραστηριοτήτων – καθηκόντων που πρέπει να ακολουθηθούν. Αυτές είναι:

1. Σχεδιασμός (planning): καθορισμός των αντικειμενικών στόχων της συλλογικής δραστηριότητας και των μέσων επίτευξής τους.
2. Οργάνωση (organizing): μεθόδευση του οργανικού συνόλου από ανθρώπους και αντικείμενα για την εκτέλεση της εργασίας που απαιτείται προς επίτευξη των στόχων.

3. Διεύθυνση (directing): δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος στο οποίο τα άτομα μπορούν να ικανοποιήσουν τους στόχους τους καθώς εργάζονται, ώστε να ικανοποιηθούν εν τέλει οι προκαθορισμένοι στόχοι του οργανισμού.
4. Έλεγχος (controlling): Σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τους στόχους, ώστε να προκύπτει ένα μέτρο επιτυχίας ή αποτυχίας,
5. Συντονισμός (coordinating): συνειδητές προσπάθειες σύγκλισης και συγχρονισμού των διάφορων δραστηριοτήτων και συμμετεχόντων, ώστε να λειτουργήσουν αρμονικά, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού.

Ωστόσο, πέραν των ανωτέρω δραστηριοτήτων, απαιτείται ένα ακόμη φάσμα δεξιοτήτων που θα πρέπει να συνοδεύουν το έργο του manager. Αυτές συνοψίζονται ως εξής:

1.Τεχνικές: είναι οι ικανότητες χρησιμοποίησης αντικειμένων, μεθόδων, διεργασιών, μηχανισμών, τεχνικών.

2.Συμπεριφοράς: Συνίστανται στην ικανότητα αρμονικής συνύπαρξης με άλλους ανθρώπους, κατανόησής τους, καθώς και στη καθοδήγηση και δημιουργία κινήτρων στους χώρους εργασίας.

3.Διανοητικές: είναι οι διανοητικές ικανότητες αντίληψης όλων των σύνθετων αλληλεπιδράσεων που υφίστανται σ' έναν χώρο αλληλεπιδράσεων μεταξύ ανθρώπων, τμημάτων ή μονάδων μιας οργάνωσης και ακόμη μεταξύ ενός οργανισμού και του περιβάλλοντός του.

3.5 Τρόποι Προώθησης της Ποιότητας στην Υγεία

3.5.1 Στρατηγική διοίκηση και σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας

Τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά προκειμένου να μπορούν να εκπληρώνουν την αποστολή τους, δηλαδή να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της ασθένειας και στην προστασία και προαγωγή της υγείας (Williams & Torens, 1980). Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργούν σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και πρέπει να έχουν την ικανότητα να προετοιμάζονται ώστε να αποδέχονται τις αλλαγές σαν αναπόφευκτο επακόλουθο της λειτουργίας τους. Η συνέχιση της επιτυχούς λειτουργίας και ανάπτυξής τους απαιτεί

καινοτομίες και προσαρμογή στο μεταβαλλόμενο πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και τεχνολογικό περιβάλλον.

3.5.2 Διαμόρφωση κατάλληλου κλίματος στην επιχείρηση

Έπειτα από την αναφορά μας στη σημασία του ρόλου της στρατηγικής προκειμένου να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, αξίζει να σημειωθεί πως η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων και υπηρεσιών, που προκύπτει από την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητάς τους, δεν είναι θέμα εφαρμογής μιας κάποιας τεχνικής, αλλά απαιτεί μακροχρόνιες προσπάθειες που έχουν ως στόχο τη δημιουργία ενός νέου κλίματος στον τόπο λειτουργίας μιας επιχείρησης.

Για τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών σε μία επιχείρηση, που στη δική μας περίπτωση ονομάζεται νοσοκομείο, χρειάζονται τα ακόλουθα:

1. Η πλήρης υποστήριξη από τη διοίκηση, σε ό,τι αφορά τη στρατηγική σημασία της ποιότητας, σε κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα.
2. Η εκπαίδευση διοικητικών στελεχών, τεχνικών και εργαζομένων στην παραγωγή σε θέματα και μεθόδους που αφορούν την ποιότητα και σε άλλα, όπως π.χ οι διαπροσωπικές επικοινωνίες, η προληπτική συντήρηση κ.λ.π
3. Η ανάθεση της ευθύνης για την ποιότητα σε όλα τα τμήματα της επιχείρησης (μάρκετινγκ, παραγωγή, τεχνικές υπηρεσίες, προμήθειες, κ.ά) και σε όλα τα επίπεδα.
4. Η ενθάρρυνση και υποστήριξη της συμμετοχής όλων των εργαζομένων, μ' ένα τρόπο ευέλικτο και προσαρμοστικό, που να διευκολύνει την επικοινωνία, την καλλιέργεια του ενδιαφέροντος για την ποιότητα και την ανάπτυξη των εργαζομένων σε διάφορα θέματα, πέρα από το άμεσο αντικείμενο της εργασίας τους.
5. Η υιοθέτηση ενός στυλ διοίκησης που δέχεται τη δυνατότητα συμβολής από κάθε εργαζόμενο, επιβραβεύει τους ικανούς για την ανάληψη πρωτοβουλιών και συλλογική εργασία, και υποστηρίζει τις αποφάσεις που παίρνονται για την ποιότητα με ακεραιότητα και συναίσθημα ευθύνης.

3.5.3 Διοίκηση ολικής ποιότητας

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

3.5.3.1 Λόγοι εφαρμογής της ΔΟΠ στην υγεία

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

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

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

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

3.5.3.2 Γενικές αρχές της ΔΟΠ και αντικειμενικοί σκοποί της

Για την αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αποδοχή και τήρηση ορισμένων αρχών στη διοίκηση των διάφορων λειτουργιών της επιχείρησης. Αυτές είναι οι εξής:

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

Αρχή 2^η: εστίαση στις ανάγκες και προσδοκίες πελατών και εργαζομένων

Αρχή 3^η: έμφαση σε συνεχείς βελτιώσεις

Αρχή 4^η: συνολική και συστηματική συμμετοχή εργαζομένων.

Η πρωτοβουλία για την εφαρμογή της ΔΟΠ στηρίζεται στην πεποίθηση ότι με το νέο τρόπο διοίκησης ο οργανισμός θα είναι σε θέση να γίνει πιο αποτελεσματικός στην επίτευξη των στρατηγικών του στόχων. Οι αντικειμενικοί σκοποί που εξυπηρετούνται με την εφαρμογή της ΔΟΠ είναι οι ακόλουθοι (Johnson και Omachonu, 1995):

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

3.5.3.3 Τρόποι εφαρμογής της στρατηγικής στην ΔΟΠ

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

1. Ορατή παρουσία και συμμετοχή του διευθυντικού στελέχους

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

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

2. Προώθηση του προγράμματος

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

3. Δέσμευση των τρεχόντων πόρων

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

4. Συντονισμός για τη σωστή εισαγωγή των εργαλείων της ΔΟΠ

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

5. Ενσωμάτωση των εργαλείων ΔΟΠ στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον Onretveit (1999), αν δεν υπάρχει ενοποίηση ένας οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους του στο μέγιστο βαθμό και με την καλύτερη αποδοτικότητα. Έτσι λοιπόν, όταν υπάρχουν ενοποιημένες δραστηριότητες που αντανακλούν τις επιθυμητές αξίες που πρέπει να έχει ένας οργανισμός επιτρέπουν στους ανθρώπους να συνεχίζουν μέσα σε ένα κλίμα «άνεσης» και λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις νέες έννοιες και τους νέους τρόπους εργασίας.

6. Γρήγορες επιτυχίες

Δεδομένου ότι η επίτευξη των χαρακτηριστικών που συνδέονται με τη ΔΟΠ απαιτεί χρόνο, είναι σημαντικό να εξασφαλιστούν οι γρήγορες και εύκολες ενέργειες που θα οδηγήσουν στην επιτυχία. Η Jackson αναφέρει, ότι ο τομέας αυτός είναι πολύ σημαντικός

κατά την εφαρμογή των εννοιών της αυτοαξιολόγησης και της συνεχούς βελτίωσης μέσα στις κλινικές υπηρεσίες υποστήριξης ενός νοσοκομείου.

7. Παροχή καλής πληροφόρησης

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

8. Εξασφάλιση ότι όλοι συμμετέχουν

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

9. Αναγνώριση του προσωπικού

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

10. Χρήση εργαλείων ποιότητας

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

3.5.3.4 ΔΟΠ και επαγγελματίες υγείας

Παραδοσιακά, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησε από τις τεχνικές γνώσεις των ιατρικών και νοσηλευτικών επαγγελματιών που χρειαζόταν να την

χρησιμοποιήσουν ως προς το συμφέρον των ασθενών. Για αυτό το λόγο, λοιπόν, παγκοσμίως η απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούσε να αξιολογηθεί μόνο μέσω των κλινικών δεικτών.

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

Συχνά, οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, είτε ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που παρέχουν φροντίδα είτε σε αυτούς που διοικούν αντίστοιχες μονάδες, έρχονται αντιμέτωποι με ένα από τα πλέον περίπλοκα ζητήματα στη σημερινή υγειονομική περίθαλψη. Ειδικότερα, η συζήτηση σχετικά με το πώς θα επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς το φόβο να χαθούν οι παραδοσιακοί ρόλοι και ευθύνες, καθώς και η αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις και τις αξίες των ασθενών τους είναι υψίστης σημασίας (Ruiz, Simon, Molina, Limelez and Grandal, 1999).

3.5.4 Management με αντικειμενικούς σκοπούς

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

Τα οφέλη του MBO είναι τα εξής:

1. Επιτρέπει στους εργαζόμενους να κατανοήσουν τι αναμένει ο οργανισμός από αυτούς.

2. Βοηθά τη λειτουργία του σχεδιασμού.
3. Βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων.
4. Ενημερώνει καλύτερα τους εργαζόμενους για τους σκοπούς του οργανισμού στον οποίο εργάζονται.
5. Αυξάνει την εγκυρότητα της διαδικασίας αξιολόγησης, επικεντρώνοντας την κρίση σε συγκεκριμένα επιτεύγματα.

3.5.5 Η ανάπτυξη μεθόδων επίτευξης των σκοπών

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

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

Το δίλημμα των στελεχών, οι οποίοι πρέπει να αναπτύξουν μεθόδους επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων, έγκειται στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών δυνατοτήτων. Η πρώτη εργασία είναι η δημιουργία ενός καταλόγου πιθανών μεθόδων προς επιλογή. Όταν το στέλεχος επιλέγει μεταξύ πολλών εναλλακτικών μεθόδων για την επίτευξη κάποιων σκοπών, θα πρέπει να σταθμίζει το κόστος κάθε μεθόδου με τα αντίστοιχα οφέλη. Αυτό το κόστος δεν είναι μόνο οικονομικό, αλλά και κοινωνικό ή/και ψυχολογικό. Συσχετίζοντας το κόστος και τα οφέλη όλων των μεθόδων, το στέλεχος επιλέγει εν τέλει τη βέλτιστη μέθοδο.

3.5.6 Σχεδιασμός

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

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

Γενικά, το αποτελεσματικό στρατηγικό management:

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

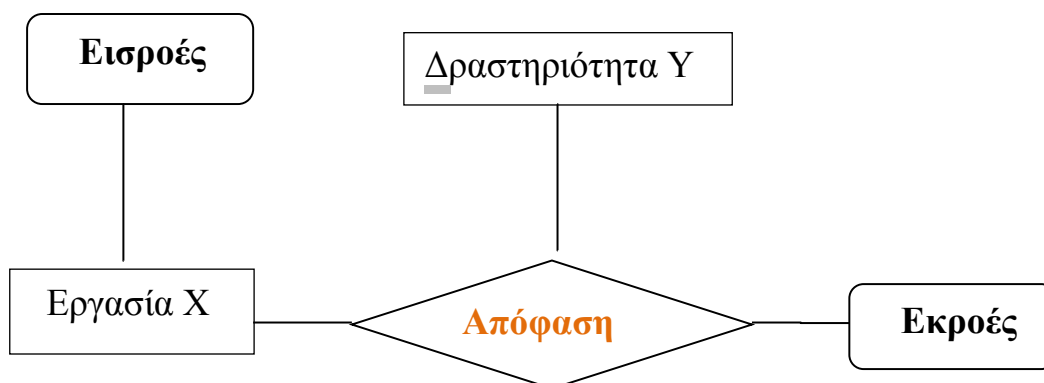
3.6 Βασικά Εργαλεία Ποιότητας

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

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

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

α. Διάγραμμα Ροής



Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Διάγραμμα 3.1

Διάγραμμα ροής

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

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

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

- Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ όλων σχετικά με το τι κάνει μια διαδικασία και πως, ώστε να γίνεται κατανοητός ο τρόπος εμπλοκής και συμβολής του προσωπικού, ατομικά ή ομαδικά.

- Βελτιώνει τον τρόπο κατανόησης της διαδικασίας ως προς τα επιμέρους στοιχεία και τις αλληλεξαρτήσεις τους, από τους ενδιαφερόμενους για την αποτελεσματική λειτουργία της.
- Διευκολύνει τον εντοπισμό σημείων ή φάσεων, όπου η διαδικασία εμφανίζει δυσλειτουργίες, π.χ. κακή ποιότητα, καθυστερήσεις κ.ά.
- Παρέχει μια συνολική εικόνα για μια δραστηριότητα και τη βάση για την έναρξη διερεύνησης τρόπων για εφικτές επιθυμητές βελτιώσεις.

β. Ιστόγραμμα

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

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

γ. Λίστα ή Κατάλογος Ελέγχου

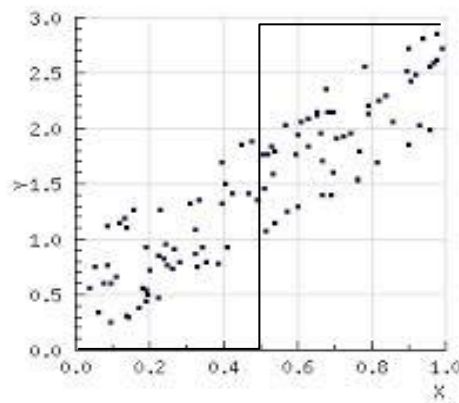
Μία λίστα ή ένας κατάλογος ελέγχου είναι ένα προσεκτικό δομημένο έντυπο για τη συλλογή και την ανάλυση στοιχείων από άμεση παρατήρηση ή από μέτρηση ορισμένων χαρακτηριστικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μια λίστα ελέγχου χρησιμοποιείται για τη διασφάλιση της εκτέλεσης όλων των ενεργειών που προβλέπονται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

Η συλλογή στοιχείων για τον προσδιορισμό της συχνότητας κάποιου συμβάντος ή του τρόπου διάθεσης του χρόνου ενός διοικητικού στελέχους ή κάποιου πολύ εξειδικευμένου τεχνικού.

- Η καταγραφή των όσων συμβαίνουν κατά τη λειτουργία μιας διαδικασίας παραγωγής ή παραλαβής υλικών.

- Η τυποποίηση μιας σειράς ενεργειών σε μια πολύπλοκη διαδικασία. Ανάλογα με το λόγο ή τον τρόπο χρήσης μιας λίστας ελέγχου, η προετοιμασία της συνήθως περιλαμβάνει τα ακόλουθα:
- Προσδιορισμό του αντικείμενου παρατήρησης ή μέτρησης, με σαφή καθορισμό των χαρακτηριστικών που μας ενδιαφέρουν.
- Επιλογή του υπεύθυνου για τη συμπλήρωση της λίστας, με σαφή προσδιορισμό του κατάλληλου χρόνου και χώρου για τις επιθυμητές παρατηρήσεις ή μετρήσεις.
- Σχεδίαση της κατάλληλης φόρμας και διάταξης του εντύπου, ώστε να είναι εύκολο στη χρήση και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

δ. Διάγραμμα Διασποράς



Πηγή: <http://stavrakoudis.econ.uoi.gr/stavrakoudis/?iid=42>

Διάγραμμα 3.2

Διάγραμμα διασποράς

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

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

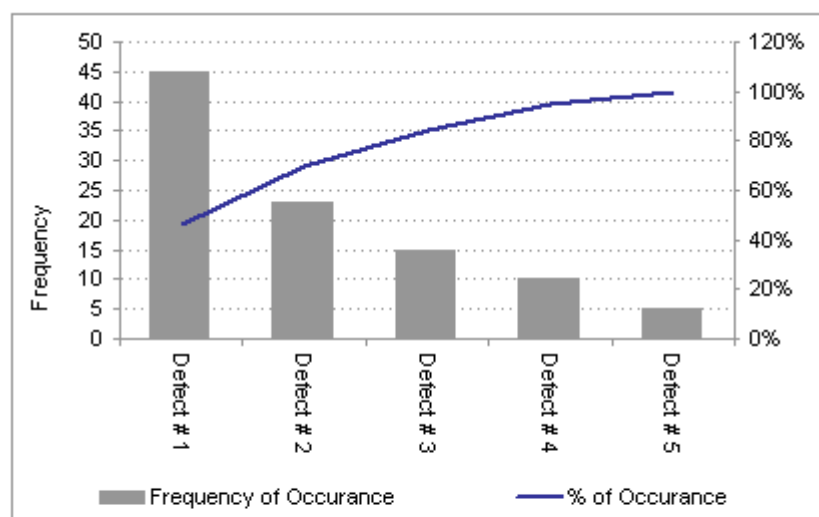
Όσο πιο ευθυγραμμισμένα είναι τα σημεία που αντιστοιχούν σε διαφορετικά ζεύγη, τόσο πιο δυνατή είναι η μεταξύ τους σχέση.

ε. Χάρτης Ελέγχου

Ο χάρτης ελέγχου είναι ένα διάγραμμα στο οποίο απεικονίζονται οι διακυμάνσεις σε ένα κρίσιμο για την ποιότητα χαρακτηριστικό μιας διαδικασίας. Σε κάθε παραγωγική διαδικασία παρατηρούνται ορισμένες διακυμάνσεις στα προϊόντα ή στις υπηρεσίες όσον αφορά τα κρίσιμα για την ποιότητα χαρακτηριστικά. Ορισμένες φορές, οι διακυμάνσεις αυτές είναι τόσο μεγάλες που καθιστούν το προϊόν ή την υπηρεσία ελαττωματική.

Επειδή οι παρατηρούμενες διακυμάνσεις σε κρίσιμα χαρακτηριστικά είναι ο κύριος «εχθρός» της ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες, είναι χρήσιμο για τη διοίκηση να τις παρακολουθεί διαχρονικά με χάρτες ελέγχου.

στ. Ανάλυση Pareto



A Pareto Chart

Πηγή: <http://www.databison.com/how-to-create-a-pareto-chart-in-excel/>

Διάγραμμα 3.3

Διάγραμμα Pareto

Το διάγραμμα Pareto είναι η ποσοστιαία ταξινόμηση των σφαλμάτων μιας διαδικασίας ανάλογα με τις αιτίες που τα δημιουργούν. Με το διάγραμμα Pareto γίνεται σαφές πως ορισμένοι παράγοντες έχουν δυσανάλογα μεγαλύτερη συμβολή στο τελικό αποτέλεσμα από άλλους. Η ανάλυση Pareto επιτρέπει να προσδιορίσουμε εκείνο το σχετικά μικρό

αριθμό αιτιών ή παραγόντων, ως ποσοστό συνήθως 20%, που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό συμβολής, συνήθως 80%, στο τελικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, το διάγραμμα Pareto:

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

ζ. Διάγραμμα Αιτιών-Αποτελεσμάτων (Ψαροκόκκαλο)

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

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

3.7 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το πέρας των ετών, οι αλλαγές που σημειώνονται, οι κοινωνικο-πολιτικές, οικονομικές ακόμη και οι τεχνολογικές εξελίξεις, επιβάλλουν συνεχώς την εξεύρεση τρόπων προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Αναμενόμενο είναι, οι παραπάνω μεταβολές να επηρεάζουν και τον χώρο της υγείας, με αποτέλεσμα, να απαιτούνται μέθοδοι βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών τους. Τις συνηθέστερες πρωτοβουλίες για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούμε να τις κατατάξουμε στις παρακάτω μεθόδους:

- Ποιοτικός Έλεγχος
- Διασφάλιση της Ποιότητας
- Κύκλοι Ποιότητας

- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- Ποιοτικός σταθμισμένα έτη ζωής (QALY's)

3.7.1 Ποιοτικός έλεγχος

Ως ποιοτικός έλεγχος ορίζεται η συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια. Η προσπάθεια για την οργάνωση ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια, πρέπει να αποφασιστεί σε ποιο από τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος (δομή, διαδικασίες ή αποτελέσματα) θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις, ποια θα είναι η μορφή των παρεμβάσεων αυτών και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

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

3.7.2 Διασφάλιση της ποιότητας

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

Η διαφορά από τον ποιοτικό έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ ο ποιοτικός έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η διασφάλιση της ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Είναι ευνόητο ότι για την εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας

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

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

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

3.7.3 Οι κύκλοι ποιότητας

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

3.7.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί σύστημα διοίκησης βάσει του οποίου

επιδιώκεται μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αυτή αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων.

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

α) Η δέσμευση της ηγεσίας. Η απόλυτη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας και όλων των ηγετικών στελεχών του οργανισμού για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι απολύτως απαραίτητη και πρέπει να επιβεβαιώνεται διαρκώς στην πράξη. Ταυτόχρονα, καθήκον και υποχρέωση της ηγεσίας του οργανισμού είναι αφενός να διαθέσει όλα τα αναγκαία μέσα για την επίτευξη της βελτίωσης και αφετέρου να δημιουργήσει τις απαιτούμενες συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρησή της.

β) Επιστημονική γνώση. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν όλες εκείνες τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση.

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

3.7.5 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής

Τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής ή αλλιώς QALYs (Quality Adjusted Life Years) αποτελούν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο Ανάλυσης Κόστους – Χρησιμότητας, η οποία είναι μία από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής. Αποτελεί το κύριο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της υγείας και του επιπέδου μεταβολής της σ' ένα πληθυσμό. Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους.

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ελληνικά και Ευρωπαϊκά Δεδομένα

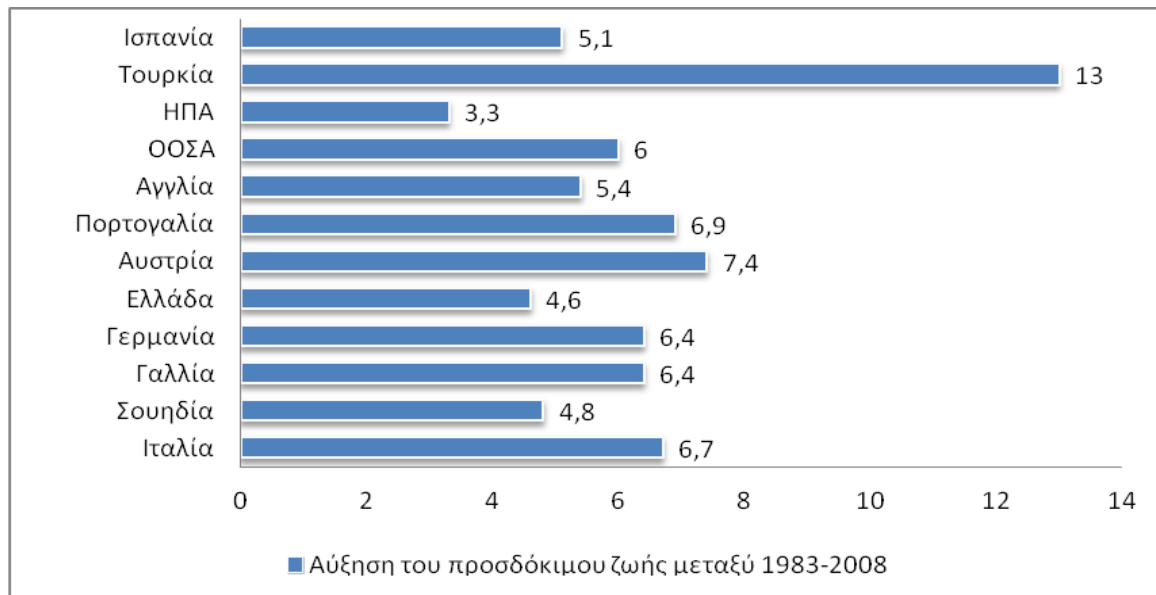
Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, τα κράτη-μέλη έχουν καταλήξει σε έναν κατάλογο κοινωνικών θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, στον οποίο περιλαμβάνονται θέματα όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Πετράκης, 2011).

Η επιστημονική έρευνα διεθνώς και στη χώρα μας έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση. Η διαφανόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (με κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών άγχος) με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση (OECD, Health at a Glance, 2012). Αφενός ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας στην κοινωνία (Πατελάρου et.al., 2011). Ωστόσο, η έκθεση του ΟΟΣΑ φαίνεται πιο καθησυχαστική τονίζοντας ότι ακόμα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία που να αποδεικνύουν επιδείνωση της υγείας λόγω της κρίσης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει εφησυχασμός. Επισημαίνεται ότι η διασφάλιση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη πρέπει να παραμείνει ο βασικός κανόνας στην Ευρώπη (OECD, Health at a Glance, 2012).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2000 και του 2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία (μέσος όρος 6,1% ετησίως) και από το 2010, λόγω των κυβερνητικών προσπαθειών για συρρίκνωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος, έχει μειωθεί σημαντικά. Όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα έχει τους περισσότερους γιατρούς ανά κάτοικο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ με 6,1 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2010, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο 3,1 του ΟΟΣΑ. Από την άλλη υπάρχουν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους το 2009, πολύ χαμηλότερο ποσοστό από ότι τον μέσο όρο 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτές οι ενδείξεις έχουν αποτέλεσμα την αναποτελεσματική κατανομή των πόρων (OECD, Health Data, 2012).

Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί πολύ τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στη σημαντική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στη βελτίωση της παροχής δημόσιας υγείας και την πρόοδο της ιατρικής περίθαλψης. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανέρχεται στα 80,6 χρόνια το 2010, σχεδόν ένα χρόνο υψηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (79,8). Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα παραμένει χαμηλότερο από ό,τι σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ (όπως στην Ιαπωνία, την Ελβετία, την Ισπανία και την Ιταλία), όπου το προσδόκιμο ζωής έχει πλέον ξεπεράσει τα 82 χρόνια (OECD, Health Data, 2012). Ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει να μας προβληματίσει είναι ότι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής από το 1983 μέχρι το 2008 στην Ελλάδα είναι πολύ μικρότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ όπως φαίνεται στην παρακάτω απεικόνιση.



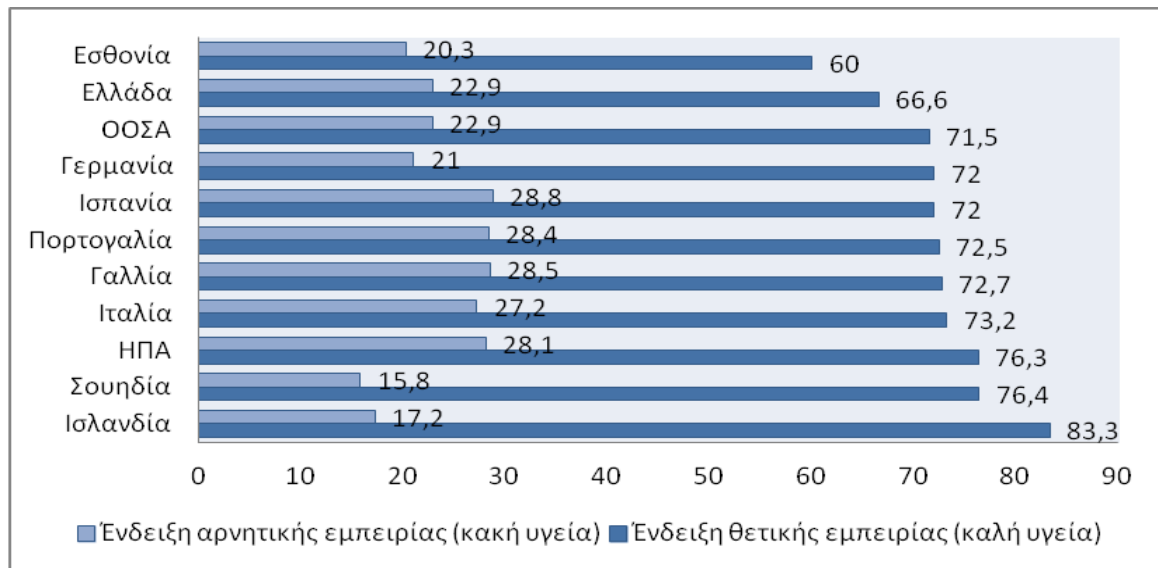
Πηγή: OECD, Society at a Glance, 2011

Διάγραμμα 4.1

Αύξηση του προσδόκιμου ζωής από το 1983 έως το 2008

Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι απόψεις των πολιτών σχετικά με την προσωπική τους υγεία αν και αυτά τα στοιχεία πρέπει να χρησιμοποιούνται με κάποιες επιφυλάξεις καθώς η υποκειμενική κρίση γενικά επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας έρευνας μπορούν να είναι πολύ σημαντικά για προβλέψεις που αφορούν τη μελλοντική υγεία των πολιτών και τα ποσοστά θνησιμότητας των κοινωνιών (Πετράκης, 2011).

Στο διάγραμμα 4.2 παρουσιάζονται τα ποσοστά των πολιτών, άνω των 15 ετών, που πιστεύουν ότι έχουν καλή φυσική υγεία (χαμόγελο, καλή διάθεση, απόλαυση) καθώς και τα ποσοστά που πιστεύουν ότι έχουν κακή φυσική υγεία (σωματικός πόνος, ανησυχία, θλίψη, άγχος, κατάθλιψη). Στην Ελλάδα, το 66,6% του πληθυσμού άνω των 15 ετών, πιστεύει ότι η φυσική του υγεία είναι καλή, όταν ο μέσος όρος των χωρών είναι στο 71,5% (μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν η Ισλανδία και ο Καναδάς). Επιπλέον, το ποσοστό των Ελλήνων που πιστεύουν ότι έχουν κακή φυσική υγεία αντιστοιχεί στο 22,9% του συνόλου, αρκετά χαμηλότερο από χώρες όπως Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία αλλά και Ηνωμένες Πολιτείες και Γαλλία (OECD, Society at a Glance, 2011).



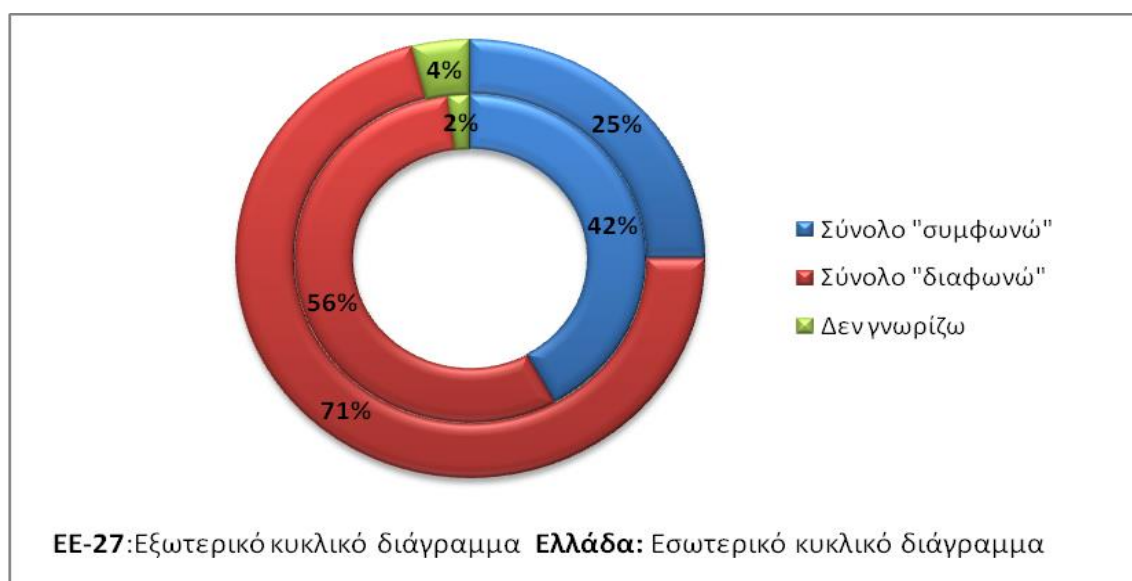
Πηγή: OECD, Society at a Glance, 2011

Διάγραμμα 4.2

Ποσοστά πολιτών που θεωρούν ότι έχουν καλή και κακή υγεία

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, ανησυχητική είναι πλέον η ραγδαία επιδείνωση της ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το 2010 οι Έλληνες είχαν λιγότερα θετικά συναισθήματα και η εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων ήταν πιο συχνή σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ-27. Μάλιστα, το ποσοστό αυτών που ένιωθαν "ιδιαίτερη ένταση" και "κουρασμένοι τον περισσότερο καιρό" ήταν μεγαλύτερα από τον μέσο όρο (18% και 22% αντιστοίχως, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ που ανέρχονται σε 12% και 17%) ενώ λιγότεροι σε σύγκριση με τον μέσο όρο δεν ένιωθαν «ποτέ» ή ένιωθαν «σπάνια» «κατηφείς» «αποκαρδιωμένοι και θλιμμένοι» και «εξαντλημένοι» (56%, 51% και 43% αντιστοίχως, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ που ανέρχονται σε 74%, 66% και 47%) (European Commission, Mental Health, 2010). Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς που πλήττεται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2012). Σύμφωνα με τη "Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη" οι άνδρες σε ποσοστό 65% και η κατεξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), πλήττονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από την οικονομική κρίση εμφανίζοντας σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας

(18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους (Μπούρας, Λύκουρας, 2011). Όπως αναφέρεται στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την "Ψυχική Υγεία", οι Έλληνες ερωτηθέντες ανησυχούν περισσότερο για την εξασφάλιση της θέσης εργασίας τους, με τέσσερις στους δέκα (42%) να συμφωνούν ότι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ανέρχεται στο 25% (διάγραμμα 4.3). Νιώθουν το ίδιο με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους σχετικά με το κατά πόσο η δουλειά τους αντικατοπτρίζει τις ικανότητές τους και την αναγνώριση που λαμβάνουν στην εργασία τους (European Commission, Mental Health, 2010).



Πηγή: European Commission, Mental Health, 2010

Διάγραμμα 4.3

Σε ποιο βαθμό οι πολίτες συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτήν την φράση: "Η ασφάλεια της θέσης εργασίας είναι υπό απειλή".

Το επαγγελματικό άγχος απομειώνει το απόθεμα υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Το άγχος αυτό είναι μείζονος σημασίας για την υγεία και την παραγωγικότητα των ανθρωπίνων πόρων, καθώς τα συμπτώματά του δεν υποχωρούν μετά το τέλος του καθημερινού ωραρίου και την έξοδο από το χώρο εργασίας, αλλά παραμένουν με αντίκτυπο στην ευρύτερη ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (Πετράκης, 2011). Αφορά περίπου έναν στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% - 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και

περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζομένους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εξωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια και την εντατικοποίηση της εργασίας (με αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) και την κακή ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

Ωστόσο, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας απ' όλες τις αιτίες θανάτου. Στην μελέτη των Falagas et al. πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000) (Πατελάρου et.al, 2011). Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρείται στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων (Μπούρας, Λύκουρας, 2011).

Επιπλέον, σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες (Μπούρας, Λύκουρας, 2011). Η Ελλάδα, παρόλο που σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ βρίσκεται στην τελευταία θέση στα ποσοστά αυτοκτονίας (μόλις 3/100000 κατοίκους το 2010 όταν ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι στις 12,3/100000) (OECD, Health at a Glance, 2012), το 2011 οι αυτοκτονίες σημείωσαν αύξηση της τάξης του 26,52% σε σχέση με το 2010 και στην κατηγορία των γυναικών η αύξηση έφθασε το 104,8% (Ελευθεροτυπία, 2013).

Μέσα σε αυτό το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, το κράτος και οι υπηρεσίες του φαίνονται ανίκανες να ανταπεξέλθουν στις νέες ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της υγείας. Η ανάγκη για ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και για δημιουργία ενός ισχυρού "δίκτυ" ασφαλείας μέσω προληπτικών μέτρων και ενημέρωσης είναι μεγαλύτερη από ποτέ.

4.2 Μέτρα ενίσχυσης της υγείας – Τρόποι προώθησής της

Η υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Στην ανακοίνωσή της, στις 29 Ιουνίου 2011, «Προϋπολογισμός για την Ευρώπη 2020», η Επιτροπή επισήμανε ότι «η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα. Η καινοτομία στην υγεία επιτρέπει να αντιμετωπιστεί η πρόκληση της βιωσιμότητας του τομέα στο πλαίσιο της δημογραφικής αλλαγής, η ανάληψη δράσης για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία είναι σημαντική για την επίτευξη της "χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης" (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011). Σήμερα, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν. Οι μεγάλες ανισότητες στην υγεία, εκτός του προφανούς ηθικού προβλήματος που θέτουν αποτελούν και μια πολύ μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ που συντηρητικά κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι σχετικές Ευρωπαϊκές κατευθύνσεις αποτυπώνονται με σαφήνεια στο Έγγραφο Εργασίας των Υπηρεσιών της Επιτροπής «Επενδύοντας στην Υγεία» και περιλαμβάνονται στη Δέσμη Μέτρων για τις Κοινωνικές Επενδύσεις, η οποία εγκρίθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2013 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Σύμφωνα με αυτό το έγγραφο, εκτός του ότι η υγεία είναι μια αξία από μόνη της, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την οικονομική ευημερία. Η υγεία των ανθρώπων επηρεάζει τα οικονομικά αποτελέσματα όσον αφορά την παραγωγικότητα, την απασχόληση, το ανθρώπινο κεφάλαιο και τις δημόσιες δαπάνες. Επιπλέον, τονίζεται ότι οι δαπάνες για την υγεία αναγνωρίζονται ως

φιλικές προς τις αναπτυξιακές δαπάνες. Οι οικονομικά αποτελεσματικές και αποδοτικές δαπάνες για την υγεία μπορούν να αυξήσουν την ποσότητα και την παραγωγικότητα της εργασίας με την αύξηση του υγιούς προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο, το σχετικά μεγάλο μερίδιο των δαπανών υγείας στο σύνολο των κυβερνητικών δαπανών, σε συνδυασμό με την ανάγκη για δημοσιονομική εξυγίανση σε ολόκληρη την ΕΕ, απαιτεί περισσότερο αποτελεσματικότητα και σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας για να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των σημερινών συστημάτων υγείας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές δυνατότητες για αύξηση της αποδοτικότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η "Επένδυση στην Υγεία" αναπτύσσεται σε τέσσερις βασικούς τομείς:

- **Επένδυση σε βιώσιμα συστήματα υγείας**, που συνδυάζει καινοτόμες μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας και της συμφιλίωσης στόχων της δημοσιονομικής εξυγίανσης με τη συνέχιση της παροχής δημόσιων υπηρεσιών υψηλού επιπέδου.
- **Επένδυση στην υγεία των ανθρώπων και το ανθρώπινο δυναμικό**, η οποία συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού γενικά και ενισχύει την απασχόληση, καθιστώντας έτσι ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης πιο αποτελεσματικές, βοηθώντας την εξασφάλιση επαρκών πόρων, και συμβάλλοντας στην ανάπτυξη.
- **Επένδυση στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας**, που συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή και σπάει τον φαύλο κύκλο της κακής υγείας που συμβάλλουν και προκύπτουν από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.
- **Επένδυση στον τομέα της υγείας μέσω επαρκούς υποστήριξης από τα κοινοτικά ταμεία** (European Commission, Investing in Health, 2013).

4.3 Παράγοντες που βοηθούν στην εξασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

4.3.1 Ο ρόλος της ηγεσίας

Ηγεσία είναι η ικανότητα ενός ατόμου να καθοδηγεί, να κατευθύνει και να διευθύνει άλλους ανθρώπους, καθώς και να επηρεάζει θετικά τη συμπεριφορά τους

(Κανελλόπουλος 1994). Σήμερα, είναι πλέον αποδεκτό ότι η ικανότητα της ηγεσίας καθορίζεται από τις προσωπικές δεξιότητες και εξειδικευμένες γνώσεις του ηγέτη, η επιτυχής άσκησή της όμως εξαρτάται κάθε φορά από τους υφιστάμενούς του, τους κοινούς στόχους των συμμετεχόντων και το περιβάλλον του οργανισμού. Η εκπλήρωση των στόχων κάθε επιχείρησης και οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα ηγετικά του στελέχη.

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

Οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται κατά την άσκηση της ηγεσίας σε ένα νοσοκομείο που επιθυμεί τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του είναι οι παρακάτω:

- Διαμόρφωση σαφούς και κοινής σε όλους αντίληψης για την έννοια της ποιότητας. Η ανώτατη ηγεσία του νοσοκομείου, δηλαδή η διοίκησή του, όπως και όλα τα ηγετικά στελέχη θα πρέπει να έχουν σαφή και κοινή αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο.
- Αναγνώριση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων από το νοσοκομείο υπηρεσιών.
- Σωστός σχεδιασμός των ενεργειών και των διαδικασιών που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η βελτίωση της ποιότητας δεν είναι κάτι που μπορεί να επιτευχθεί τυχαία. Χρειάζεται να προσδιοριστούν επακριβώς οι στόχοι, τα μέσα επίτευξής τους, οι διαδικασίες που πρέπει να εφαρμοστούν, όπως και οι υπεύθυνοι που θα υλοποιήσουν αυτούς τους στόχους.
- Δέσμευση της διοίκησης και όλων των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου ότι θα

στηρίζουν την προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας. Όταν έχει ήδη αναγνωριστεί η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, η δέσμευση της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου εύκολα μπορεί να εξασφαλιστεί. Η δέσμευση αυτή από μόνη της δεν είναι αρκετή, είναι απαραίτητη και η έμπρακτη επιβεβαίωσή της. Η συμφωνία σε στόχους και μετρήσεις, η εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων, ο καθορισμός προθεσμιών, η παρακολούθηση της προόδου και η επιβράβευση της επίτευξης των στόχων, καθώς και η στάση απέναντι στις αλλαγές που είναι αναγκαίες κ.λπ. αποτελούν στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη δέσμευση της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου.

- **Επιμόρφωση του προσωπικού.** Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών εξαρτάται κυρίως από το ανθρώπινο δυναμικό. Η κατάλληλη, επομένως, εκπαίδευση και επιμόρφωση όλου του προσωπικού του νοσοκομείου, με στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων του, την εκμάθηση νέων τεχνικών και δεξιοτήτων που θα βελτιώνουν την ποιότητα της εργασίας του κ.λπ. είναι απολύτως απαραίτητη.

- **Δημιουργία κατάλληλου εργασιακού κλίματος.** Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία των μέτρων βελτίωσης της ποιότητας είναι το κατάλληλο εργασιακό κλίμα, η διάθεση των εργαζομένων. Το θετικό κλίμα στον χώρο εργασίας καλλιεργεί το αίσθημα εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος όχι μόνο να εκπληρώνει τις επίσημες υποχρεώσεις του, αλλά και να τολμά να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για νέες μεθόδους βελτίωσης. Επίσης, δημιουργεί κλίμα αλληλοϋποστήριξης και αποδοτικής συνεργασίας, καθιστά ευκολότερο τον εντοπισμό των προβλημάτων, αυξάνει την προθυμία για συμμετοχή στην προσπάθεια εξεύρεσης λύσεων στα προβλήματα που ανακύπτουν στην πορεία και ενθαρρύνει την έκφραση γνώμης και ιδεών.

- **Περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.** Οι υπηρεσίες υγείας, εκτός από την πολυπλοκότητά τους, χαρακτηρίζονται από συνεχείς αλλαγές, οι οποίες οφείλονται στην εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας, σε αλλαγές του επιδημιολογικού προτύπου, σε μεταβολές του ασφαλιστικού συστήματος, σε ανακατατάξεις στο υγειονομικό προσωπικό κ.λπ. Η ανάγκη, συνεπώς, για περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειας που αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι προφανής και στοχεύει στην πρόληψη προβλημάτων, στην κατάλληλη αναπροσαρμογή του προγράμματος βελτίωσης και τέλος στη λήψη διορθωτικών μέτρων που πιθανώς απαιτούνται.

- **Συστηματική και συνεχής προσπάθεια για βελτίωση των υπηρεσιών.** Η ιδιαιτερότητα

των υπηρεσιών υγείας και οι συχνές διαφοροποιήσεις και αλλαγές που τις χαρακτηρίζουν επιβάλλουν, περισσότερο από ότι σε οποιοδήποτε άλλο είδος υπηρεσιών, τη συστηματική και μόνιμη προσπάθεια βελτίωσής τους. Η προσπάθεια αυτή δεν πρέπει να σταματά ποτέ, αφού όση πρόοδος και αν επιτευχθεί, υπάρχουν πάντοτε τομείς που επιδέχονται ακόμη μεγαλύτερες βελτιώσεις.

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

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

5.1 Εισαγωγή

Σ' αυτό το κεφάλαιο, θα αναφερθούν αναλυτικά οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και στην ποιότητα των υπηρεσιών αυτής. Επίσης, οι τομείς στους οποίους πρέπει να εστιάσουν οι διαμορφωτές πολιτικής, καθώς και η οικονομική πολιτική που αφορά κυρίως στην ποιότητα – ποσότητα της υγείας. Είναι πολύ σημαντικό να παρουσιαστούν τα αριθμητικά δεδομένα και ό,τι συνέβη στην Ελλάδα τα τελευταία έτη, ούτως ώστε να φανεί εμπράκτως εάν όσα έχουν αναφερθεί σε θεωρητικό επίπεδο, μπορούν να υλοποιηθούν.

5.2 Βασικοί άξονες πολιτικής στον τομέα υγείας σε περίοδο κρίσης

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι οι ανισότητες που σιγά σιγά δημιουργούνται τα τελευταία χρόνια, τα επίπεδα εκπαίδευσης, το καθεστώς απασχόλησης, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και υγείας, το επίπεδο εισοδήματος, το μέρος όπου ζουν οι γονείς και τα παιδιά και οι κανόνες και αξίες της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένου συμπεριφορές που αφορούν το γένος και την εθνικότητα. Η βάση της υγείας στηρίζεται σε αυτούς τους παράγοντες, επομένως, ο σχεδιασμός πολιτικών και στρατηγικών για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τα παραπάνω.

Οι πιθανές πολιτικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται στα συστήματα υγείας που έχουν “χτυπηθεί” από την κρίση βασίζονται σε τρεις κύριους άξονες :

- ✓ Σε επιλογές δαπανών για την υγεία
- ✓ Σε τομείς πολιτικής
- ✓ Στα αποτελέσματα που επιφέρουν

Αρχικά, ύστερα από μια οικονομική κρίση, η οποία ασκεί επιρροή στον τομέα της υγείας, οι φορείς που ασκούν πολιτική σε μια χώρα έχουν να επιλέξουν αν θα διατηρήσουν (maintain), θα αυξήσουν (increase), θα μειώσουν (cut) ή θα ανακατανεύμουν (reallocate) τα επίπεδα δημοσίων δαπανών για την υγεία (health expenditure). Αυτό που πρέπει να επιτύχουν είναι η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας.

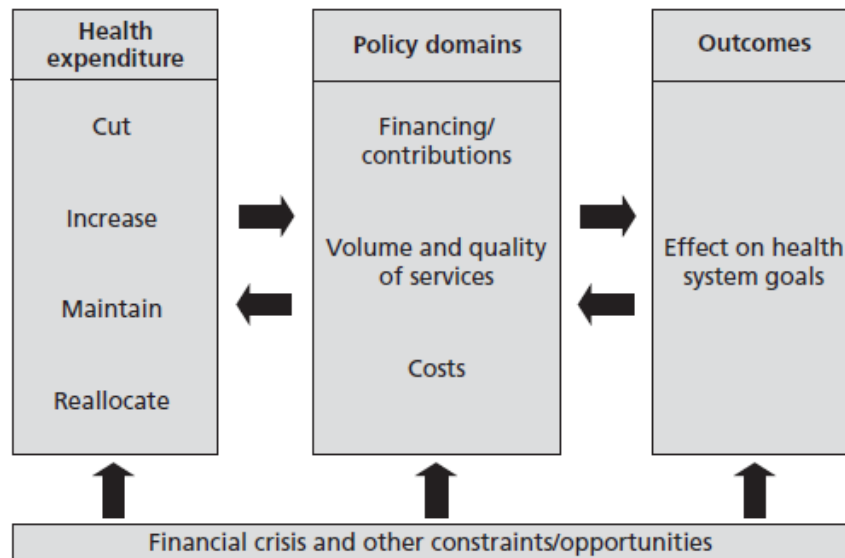
Στη συνέχεια, μια σειρά από πολιτικές κατευθύνσεις εντός τριών βασικών τομέων (policy domains) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αλλάξουν τα επίπεδα δαπανών.

Αυτές κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- ✓ Τα επίπεδα των εισφορών για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας, δηλαδή το μέγεθος του εθνικού προϋπολογισμού για την υγεία, εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, διάθεση φόρων για την υγεία, ιδιωτική ασφάλιση υγείας κτλ (financing / contributions)
- ✓ Η ποιότητα και η ποσότητα της δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας, δηλαδή τα πακέτα νόμιμων παροχών, κάλυψη του πληθυσμού, σωστή και ορθολογική εφαρμογή των χρόνων αναμονής κτλ (volume and quality of services)
- ✓ Το κόστος της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία, δηλαδή η αξία των ιατρικών αγαθών, οι μισθοί των εργαζομένων στην υγεία, οι πληρωμές στους προμηθευτές, αναδιάρθρωση των υπηρεσιών κτλ (costs)

Τέλος, όταν έρθει η ώρα για τους υπεύθυνους φορείς να λάβουν αποφάσεις, αυτό που πρέπει να λάβουν υπ' όψιν είναι ο αντίκτυπος που θα έχει κάθε μια προτεινόμενη αναδιάρθρωση στην επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας (effects on health system goals).

Τα παραπάνω φαίνονται ενδεικτικά στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Πηγή: ‘Health policy responses to the financial crisis in Europe’, P.Mladovsky et al, Policy Summary 5, 2012

Σχήμα 5.1

Πολιτικές αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας

Οι στόχοι του συστήματος υγείας μπορούν να διαρθρωθούν με διάφορους τρόπους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας (WHO), τους Figueras, Lessof & Srivastava (2006)⁶ και τον Kutzin (2008)⁷, όπως παρακάτω:

- **Κατάσταση υγείας**, δηλαδή βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και των υπηρεσιών της.
- **Οικονομική προστασία**, δηλαδή διασφάλιση ότι οι άνθρωποι δε θα υποφέρουν από οικονομικές δυσκολίες όταν χρησιμοποιούν την ιατρική περίθαλψη που χρειάζονται.
- **Αποτελεσματικότητα**, δηλαδή μεγιστοποίηση των οφελών που απορρέουν από την υγεία.

⁶ ‘Managing paradox. In: Marinker M, ed. Constructive conversations about health : policy and values’, J.Figueras, S.Lessof & D.Srivastava, 2006

⁷ ‘Health financing policy : a guide for decision-makers’, J.Kutzin, WHO Regional Office for Europe, 2008

- **Δικαιοσύνη**, δηλαδή διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες υγείας διανέμονται ανάλογα με την ανάγκη που έχει ο καθένας και ότι οι εισφορές ρυθμίζονται ανάλογα με την δυνατότητα του καθένα να πληρώσει.
- **Ποιότητα**, δηλαδή συνδυασμός κλινικής αποτελεσματικότητας με εμπειρία από ασθενείς.
- **Ανταπόκριση**, δηλαδή ανταπόκριση στις θεμιτές προσδοκίες των μη υγιών ανθρώπων για το πώς τους μεταχειρίζεται το σύστημα υγείας.
- **Διαφάνεια**, δηλαδή παροχή αξιόπιστων πληροφοριών για χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας, όπως οφέλη, κόστη και ποιότητα.
- **Ευθύνη**, δηλαδή έλεγχος και αξιολόγηση της απόδοσης, η οποία συνδέεται με συγκεκριμένες συνέπειες (πρόστιμα ή βραβεία).

Οι αλλαγές που προωθούνται στις δαπάνες θα πρέπει να γίνονται με γνώμονα τον πιθανό αντίκτυπο που μπορεί να έχουν στην επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων. Η επίτευξη δημοσιονομικής ισορροπίας είναι πιθανόν να είναι σημαντική στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, αλλά σε γενικές γραμμές δεν αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο ενός συστήματος υγείας, καθώς άμα ήταν, θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω περικοπών των δημοσίων δαπανών στην υγεία, χωρίς να ασχοληθούμε με τις συνέπειες⁸. Αυτό αντιπαρέρχεται το στόχο της αποτελεσματικότητας. Το παράδειγμα της Πολωνίας⁹ απεικονίζει μερικώς αυτό το ζήτημα. Οι οικονομίες που επιτεύχθηκαν στο πολωνικό σύστημα υγείας δεν επανεπενδύθηκαν, ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητά του, αλλά μετατοπίστηκαν κάπου αλλού. Στις αρχές του 2012, το υπουργείο Υγείας της Πολωνίας μείωσε τον αριθμό των φαρμάκων για το διαβήτη που χορηγούσε, χωρίς να επανεπενδύσει τα χρήματα σε πιο αποτελεσματικά φάρμακα ή για παράδειγμα σε πιο μοντέρνες πρακτικές θεραπείας. Ο σκοπός της προσπάθειας να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα στον τομέα της υγείας είναι η μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων για ένα δεδομένο επίπεδο δημοσίων πόρων που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη¹⁰. Άλλος ορισμός για την αποτελεσματικότητα είναι η επίτευξη των ίδιων στόχων (αποτελεσμάτων) με λιγότερο κόστος, καλύτερων στόχων με το ίδιο κόστος ή

⁸ 'Addressing financial sustainability in health systems', S.Thompson et al, 2009

⁹ 'Reforming Health Systems in Times of Austerity', EPHA Position Paper, May 2013

¹⁰ 'Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices', M.Weinstein & W.Stason, New England Journal of Medicine, 1977

καλύτερων στόχων με μεγαλύτερο κόστος, αρκεί τα οφέλη να ξεπερνούν το επιπλέον κόστος που χρειάζεται¹¹.

Οι πολιτικές που ασκούν οι πολιτικοί φορείς χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, σε αυτές που είναι πιθανόν να ενισχύουν την αποδοτικότητα και να μην έχουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα, προωθώντας την υγεία και σε αυτές που είναι πιθανόν να έχουν επιβλαβείς συνέπειες. Οι πολιτικές που προωθούν την υγεία είναι οι παρακάτω:

- Αυξημένος καταμερισμός του κινδύνου
- Στρατηγικές αγορές, όπου τα συμβόλαια συνάπτονται με μηχανισμούς ευθύνης
- Χρήση της τεχνολογίας αξιολόγησης της υγείας (Health Technology Assess) για βοήθεια στην καθιέρωση προτεραιοτήτων
- Ελεγχόμενη επένδυση στον τομέα της υγείας, ειδικότερα για ακριβό εξοπλισμό και τις υποδομές της υγείας
- Μέτρα δημόσιας υγείας για τη μείωση του βάρους της ασθένειας
- Μείωση τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων και προώθηση ορθολογικής συνταγογράφησης και διανομής
- Μεταφορά από ενδονοσοκομειακή σε καθημερινή φροντίδα
- Ολοκλήρωση και συντονισμός της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας
- Δημοσιονομικές πολιτικές για την αύξηση των δημοσίων εσόδων
- Μείωση του διοικητικού κόστους
- Εισαγωγή αντικυκλικών μέτρων πριν την έναρξη της κρίσης
- Εισαγωγή οικονομικών μέτρων προστασίας για τις αδύναμες μερίδες του πληθυσμού

Οι πολιτικές που υπονομεύουν τους στόχους ενός συστήματος υγείας είναι οι παρακάτω:

- Μείωση της πληθυσμιακής κάλυψης

¹¹ 'Managed care, medical technology and health care cost growth: a review of the evidence', ME Chernew et al, Medical Care Research and Review, 1998

- Αύξηση του χρόνου αναμονής για τις αναγκαίες υπηρεσίες
- Τέλη χρήσης για βασικές υπηρεσίες
- Φθορά της ψυχολογίας των εργαζόμενων στην υγεία μέσω της ανισορροπίας στους μισθούς σε σχέση με ξένες αγορές εργασίας
- Μείωση του φάσματος των βασικών υπηρεσιών κάλυψης

5.3 Επιπτώσεις της ύφεσης της οικονομίας στην υγεία

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε το 2007, μπορεί να ταξινομηθεί ως ένα ταρακούνημα του συστήματος υγείας, δηλαδή ένα απρόσμενο περιστατικό η προέλευση του οποίου είναι εκτός συστήματος υγείας κι έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη διαθεσιμότητα των πόρων του συστήματος υγείας ή σημαντικό θετικό αντίκτυπο στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Οι οικονομικές κρίσεις φέρνουν τους φορείς που χαράσσουν την πολιτική μιας χώρας μπροστά σε τρεις κύριες προκλήσεις:

- Τα συστήματα υγείας απαιτούν προβλέψιμες πηγές εσόδων, με τις οποίες θα σχεδιαστούν επενδύσεις, αλλά και αγορά αγαθών και υπηρεσιών. Οπότε, αιφνίδια διακοπή του ρεύματος των δημοσίων εσόδων ενδέχεται να δυσκολέψει την διατήρηση των απαραίτητων επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης.
- Ελλοχεύει ο κίνδυνος οι περικοπές, λόγω της οικονομικής κρίσης, που θα γίνουν στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία να είναι σε μια περίοδο όπου ο τομέας υγείας απαιτεί περισσότερους κι όχι λιγότερους πόρους, όπως για παράδειγμα για την ανάγκη αντιστροφής των επιδράσεων από την ανεργία.
- Αυθαίρετες περικοπές σε βασικές υπηρεσίες ενδέχεται να αποσταθεροποιήσουν το σύστημα υγείας, αν “διαβρώσουν” την οικονομική προστασία, την ίση πρόσβαση στην περίθαλψη και την ποιότητα της περίθαλψης που προσφέρεται και το πιθανότερο είναι να οδηγήσουν σε επιδείνωση της δημοσιονομικής πίεσης.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια (European Region), η αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης ποικίλλει από χώρα σε χώρα κι από σύστημα υγείας σε σύστημα υγείας. Κάποιες χώρες εισήγαγαν αρκετές πολιτικές, άλλες λίγες ενώ κάποιες δεν

εισήγαγαν καμία πολιτική. Αυτό συνέβη διότι κάποια συστήματα υγείας ήταν καλύτερα προετοιμασμένα, λόγω του γεγονότος ότι είχαν ήδη λάβει δημοσιονομικά μέτρα προ οικονομικής κρίσης, όπως η συσσώρευση οικονομικών αποθεμάτων. Κάποιες από τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν είχαν θετική ανταπόκριση, δηλαδή αύξησαν την αποτελεσματικότητα, ενώ κάποιες άλλες εγκαταλείφθηκαν ή επιβραδύνθηκαν ή εφαρμόστηκαν με μεγαλύτερη ένταση εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Παρόλα αυτά, η περιφερειακή επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO – World Health Organization) για την Ευρώπη ενέκρινε ένα ψήφισμα (EUR/RC59/R3) προτρέποντας τα κράτη-μέλη να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν να προστατεύουν και να προωθούν την καθολική πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης¹². Η απόφαση αυτή βασίστηκε στη δυναμική που δημιουργήθηκε το 2008, στο συνέδριο του Ταλίν, στο οποίο τονίστηκε ότι τα συστήματα υγείας προωθούν την υγεία και τον πλούτο κι ότι η εύρυθμη λειτουργία τους είναι βασική για μία κοινωνία, για την βελτίωση του τομέα της υγείας και την επίτευξη ισότητας στην υγεία. Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Το μοντέλο που χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας (tax funded model) που εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις χώρες της Σκανδιναβίας και είναι κατά κύριο λόγο χρηματοδοτούμενο από το δημόσιο με αποζημιώσεις μισθό και κεφαλικό φόρο, όπου οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν πάροχο και η ειδική πρόσβαση ρυθμίζεται από τους γενικούς ιατρούς. Ακόμα υπάρχει το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης (social insurance model), που χρησιμοποιείται στη Γερμανία, στη Γαλλία και στην Ολλανδία και περιλαμβάνει πολλαπλούς πληρωτές και ιδιοκτήτες των περιουσιακών στοιχείων των πάροχων με κάποιο ποσό που υποβάλλεται για τις υπηρεσίες, και οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής ασφαλιστή και απευθείας πρόσβαση στις ειδικές υπηρεσίες¹³.

Μια σειρά από μελέτες με χρήση συγκεντρωτικών δεδομένων πρότειναν ότι η υγεία ενδεχομένως να μην επηρεάζεται από την οικονομική ύφεση στις χώρες υψηλού εισοδήματος, καθώς ο δείκτης θνησιμότητας τείνει να πέφτει, όπου η οικονομία ‘επιβραδύνεται’, ενώ τείνει να ανεβαίνει όπου η οικονομία “επιταχύνεται”¹⁴. Ακόμα, οι

¹² WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

¹³ ‘Future of Healthcare in Europe-Meeting future challenges: Key issues in context’, U.Staiger & S.Chaytor, 2012

¹⁴ ‘Are recessions good for your health?’, CJ Ruhm, Quarterly Journal of Economics, 2000

Catalano & Bellows¹⁵, το 2005 πρότειναν ότι οι υφέσεις μπορεί και να έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, καθώς ο περισσότερος ελεύθερος χρόνος που έχουν, τους κάνει να ασχολούνται με δραστηριότητες ενδυνάμωσης της υγείας τους, όπως η φυσική άσκηση. Επίσης, τους κάνει να ελαττώνουν την υπερκατανάλωση του φαγητού και του ποτού.

Η κρίση έχει καταστροφικές συνέπειες για μερικές χώρες στην Ευρώπη, ειδικότερα για εκείνες που έχουν υψηλά επίπεδα από προ-υπάρχον χρέος κα έλλειμμα, κάτι που δεν τους επιτρέπει να δανειστούν, ώστε να διατηρήσουν τις δημόσιες δαπάνες. Η ανικανότητα μιας υπερχρεωμένης χώρας να λάβει προσιτή πίστωση ή να δημιουργήσει έσοδα μέσω φορολόγησης, περιορίζει σοβαρά το δημοσιονομικό κενό της, αφήνοντας τη χωρίς άλλη επιλογή, από το να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες. Εντός Ευρωζώνης, η εθνική ανικανότητα θέσπισης ανεξάρτητης νομισματικής πολιτικής περιορίζει τις επιλογές πολιτικής για αντιμετώπιση της κρίσης. Για χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία, ως προϋπόθεση για να δοθούν τα bailout πακέτα (πακέτα διάσωσης) από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF) και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (τρόικα) θα πρέπει να γίνουν μεταρρυθμίσεις στους δημόσιους τομείς (και στον τομέα της υγείας), αφαιρώντας αρκετές φορές την εθνική αυτονομία σε ορισμένες περιοχές της δημόσιας πολιτικής¹⁶.

Το δημοσιονομικό κενό μπορεί να περιοριστεί περαιτέρω από τον διαρκώς αυξανόμενο δείκτη ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια, που είχε φτάσει το 8.6% το 2009, από 7,4% που ήταν το 2008 (WHO Regional Office for Europe, 2012). Η αυξανόμενη ανεργία όχι μόνο μειώνει την κατανάλωση εντός σπιτιού και τα έσοδα από την φορολογία, αλλά επίσης προσθέτει πίεση στον προϋπολογισμό της κυβέρνησης της εκάστοτε χώρας, καθώς η ανάγκη για ανεργία και για άλλες παροχές κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένου και παροχών για την υγεία, αυξάνεται. Χώρες, οι οποίες βασίζονται στην αγορά εργασίας για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ενδέχεται να δουν την πληρωμή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης για έναν αυξανόμενο αριθμό άνεργων ως μια ακόμα πηγή δημοσιονομικής πίεσης.

Μαζί με τα παραπάνω, υπάρχουν κι έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι οι οικονομικές υφέσεις αποτελούν ξεκάθαρη απειλή για την υγεία, εξαιτίας των αυτοκτονιών και της

¹⁵ ‘Commentary : if economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession?’, R.Catalano & B.Bellows, International Journal of Epidemiology, 2005

¹⁶ ‘ Who is shaping the future of European Health Systems?’, N.Fahy, British Medical Journal, 2012

σχετικής με το αλκοόλ θνησιμότητας¹⁷. Σε αυτές τις έρευνες έχει τονιστεί ότι οι ανεπιθύμητες επιδράσεις μπορούν εν μέρει να μετριαστούν με την παροχή προγραμμάτων επανένταξης σε δουλειά και με την παροχή υποστήριξης στις οικογένειες σε περιόδους οικονομικής αστάθειας. Ακόμα, η τήρηση των κανονισμών της βιομηχανίας οινοπνευματωδών ποτών, ώστε να αποφεύγεται η επικίνδυνη κατανάλωση σαν μηχανισμός αντιμετώπισης, αποτελεί άλλον ένα τρόπο μετριασμού των επιδράσεων. Στοιχεία από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις υποδεικνύουν ότι η ύφεση, ειδικά όταν συνοδεύεται από αύξηση των ποσοστών ανεργίας, είναι καταστροφική για τη δημόσια υγεία, οπότε χρειάζεται να διατηρηθούν οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία¹⁸, ειδικά στα ενεργά προγράμματα της αγοράς εργασίας, ώστε να μειωθούν οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία.

Πιο λεπτομερή στοιχεία που προκύπτουν από την Ελλάδα, την χώρα που επηρεάστηκε πιο πολύ απ' όλες από την οικονομική κρίση, επισημαίνουν την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τα δύο τελευταία χρόνια¹⁹. Η γενική υγεία, έχει επίσης επιδεινωθεί από την αρχή της κρίσης και έχει επέλθει μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που αισθάνονται ότι χρειάζονται ιατρική περίθαλψη, αλλά δεν έχουν πρόσβαση σ' αυτή²⁰. Τέλος, ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών έχει αυξηθεί δραματικά, φαινόμενο που ίσως να οφείλεται στην μειωμένη παροχή υπηρεσιών²¹.

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την φύση, την κλίμακα και την ένταση των πολιτικών ανταπόκρισης της υγείας στην κρίση είναι η ικανότητα των ενδιαφερόμενων μερών (stakeholders) για την εφαρμογή πολιτικών, όπως διαθεσιμότητα ανθρωπίνου δυναμικού και πραγματογνωμοσύνη, η χρήση της τεχνολογίας αξιολόγησης της υγείας (HTA-Health Technology Assess), η πολιτική σκοπιμότητα και η παρουσία άλλων μεταρρυθμίσεων σε άλλους δημόσιους τομείς, όπως περικοπές ή πακέτα τόνωσης που επηρεάζουν τις συντάξεις, δουλειές, δείκτη ανεργίας και κοινωνικές παροχές.

¹⁷ 'The public Health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis', D.Stuckler et al, 2009

¹⁸ 'Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – a tale of three countries', GA Kaplan, Social Science & Medicine, 2012

¹⁹ 'Increases suicidality amid economic crisis in Greece', M.Economou et al, 2011

²⁰ 'Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy', A.Kentikelenis et al, 2011

²¹ 'HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania', EMCDDA, ECDC (2011)

5.4 Επιπτώσεις της ύφεσης στις κοινωνικές παροχές και στατιστικά στοιχεία

Στο πλαίσιο της πίεσης για περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, όπως αναφέρθηκε και πριν, ο τομέας της υγείας είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα επηρεαστεί. Μελέτες που έχουν γίνει αναφέρουν ότι δημόσιες δαπάνες στην υγεία στην Ευρώπη έχουν την τάση να πέφτουν ύστερα από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις, συχνά με γρηγορότερο ρυθμό απ' ότι άλλου τύπου κυβερνητικές δαπάνες²². Ο τομέας της υγείας μπορεί να είναι ευάλωτος σε περικοπές του προϋπολογισμού του για διάφορους λόγους. Είναι γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών δημοσίων δαπανών, ειδικά στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια το ποσοστό αυτό κατά μέσο όρο ανέρχεται στο 13%. Παρακάτω αναφέρουμε ενδεικτικά τα ποσοστά κάποιων χωρών τη διετία 2008-2009, τα πρώτα χρόνια της κρίσης δηλαδή.

Πίνακας 5.1

Επιπτώσεις της ύφεσης στις κοινωνικές παροχές

Χώρα	2008	2009	Διαφορά 2008-2009
Ιταλία	13,6%	14,2%	0,6%
Κύπρος	5,8%	5,8%	0%
Γερμανία	18%	18%	0%
Ελλάδα	13%	13%	0%
Γαλλία	16%	16%	0%
Ολλανδία	16,2%	16,2%	0%
Πορτογαλία	15,4%	15,4%	0%
Ιρλανδία	16%	16%	0%
Σλοβακία	15,4%	14%	-1,4%

Πηγή: WHO, 2012

Οι ανεπάρκειες του συστήματος υγείας δυσκολεύουν την πολιτική επίτευξη συμφωνίας για διατήρηση των τρεχόντων επιπέδων δημοσίων δαπανών για την υγεία, κατά τη διάρκεια περιόδου δημοσιονομικής λιτότητας. Είναι ευκολότερο να γίνουν

²² 'Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of 24 European countries', J.Cylus & P.Mladovsky & M.McKee (in press), Health Services Research

περικοπές στην υγεία απ' ότι σε άλλους τομείς της κοινωνικής προστασίας, όπως οι συντάξεις, είτε διότι υπάρχουν μεγαλύτερα περιθώρια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας στο σύστημα της υγείας ή γιατί τα οφέλη από την υγεία είναι λιγότερο σαφή απ' ότι σε άλλους τομείς. Αντιστρόφως, η εφαρμογή αντί-κυκλικής πολιτικής για την υγεία (counter-cyclical policies), όπως η εκμετάλλευση χρηματικών αποθεμάτων που προορίζονται για την υγεία ή σύνδεση των κυβερνητικών εισφορών για τις οικονομικά αδρανείς κοινωνικές ομάδες στο μέσο όρο των αποδοχών των προηγούμενων χρόνων, μπορεί να μετριάσει την πίεση για μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία²³.

Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία²⁴, για τις περισσότερες κυβερνήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο τομέας της υγείας είναι ο μεγαλύτερος από πλευράς δαπανών (περίπου 19,9% του κρατικού προϋπολογισμού) μετά την κοινωνική προστασία και είναι ο τομέας που δέχεται επιπρόσθετη πίεση για περικοπές λόγω της δημογραφικής γήρανσης, των αυξήσεων των χρόνιων νοσημάτων και διευρυνόμενο χάσμα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Το 2010, οι δαπάνες ήταν 3,2% λιγότερες απ' ότι την προηγούμενη χρονιά. Αυτό σημαίνει ότι κατά μέσο όρο, μόνο το 3% ενός συρρικνωμένου προϋπολογισμού για την υγεία κατανέμεται για πρόληψη και προγράμματα δημόσιας υγείας σε τομείς όπως ανοσοποίηση, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, διατροφή και φυσική άσκηση σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Περισσότεροι από τους μισούς ανήλικους είναι υπέρβαροι στην Ευρωπαϊκή Ένωση και 17% είναι παχύσαρκοι. Οι δείκτες παχυσαρκίας έχουν διπλασιαστεί από το 1990 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι οι πιο επικίνδυνοι παράγοντες για καρδιακά νοσήματα κι εμφράγματα, κι έχει υπολογιστεί ότι αποτελούν λίγο πάνω από το 1/3 περίπου των θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (36%) το 2010. Εκτιμάται ότι οι καρδιοαγγειακές παθήσεις κοστίζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση περίπου 196 δις το χρόνο^{25,26}. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη διαφέρουν από χώρα σε χώρα στην Ευρώπη. Το 2006 ήταν υψηλότερες στο Λουξεμβούργο και στις EFTA χώρες (Νορβηγία, Ισλανδία, Λιχτενστάιν κι Ελβετία), περίπου 4000 ευρώ ανά άτομο το χρόνο και λιγότερο από 1000 ευρώ ανά άτομο στις περισσότερες χώρες-μέλη της ΕΕ (πίνακας παραρτήματος). Σε κάθε χώρα το μεγαλύτερο

²³ WHO Regional Office for Europe, 2011, 'Sustaining equity, solidarity and health gain in the context of the financial crisis'

²⁴ 'General government expenditure statistics', data from April 2012

²⁵ 'European Cardio-Vascular Disease Statistics 2012 – European Heart Network

²⁶ 'Reforming Health Systems in Times of Austerity', EPHA Position Paper, May 2013

ποσοστό (30%-45%) ξοδεύονταν για νοσοκομειακή πρόληψη²⁷.

Τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υποδεικνύουν ότι μεταξύ του 1998 και του 2008, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν στις περισσότερες Ευρωπαϊκές Χώρες (35 από τις 53). Από το 2007 ως το 2008 το πραγματικό ανά άτομο ΑΕΠ μειώθηκε σε μόνο μία χώρα, την Ιρλανδία, ενώ στις άλλες αυξήθηκε από 2,8% (Γαλλία) ως και 21,1% (Ρωσική Ομοσπονδία). Από το 2008 ως το 2009 οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σε όλες εκτός από εννιά ευρωπαϊκές χώρες, κάτι που μαρτυρά ότι δεν υπήρξε άμεση δημοσιονομική του τομέα της υγείας στην κρίση. Μεταξύ του 1998-2008, οι συνολικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, από 42,4% σε 40,9% κατά μέσο όρο, κάτι που μαρτυρά ότι το μέγεθος της κυβέρνησης έγινε μικρότερο. Την ίδια περίοδο, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν, έτσι ώστε να φτάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών κυβερνητικών δαπανών (από 11,6% το 1998 σε 12,8% το 2008), διότι οι κυβερνήσεις διατήρησαν ή αύξησαν το ποσοστό του προϋπολογισμού για την υγεία στον κυβερνητικό προϋπολογισμό²⁸. Παρόλα αυτά, από το 2008 ως το 2009 μόνο 14 χώρες παρουσίασαν αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό των συνολικών δαπανών τους που κυμαίνονται από 0,1% ως 3%. Όλα τα παραπάνω παρουσιάζονται στους πίνακες του παραρτήματος.

5.5 Μεταρρυθμίσεις προ και μετά κρίσης

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στις πολιτικές που αφορούν την υγεία ποικίλει ανάλογα με τα συστήματα υγείας της κάθε ευρωπαϊκής χώρας κι εξαρτάται εν μέρει από την έκταση που πήρε η ύφεση στις οικονομίες τους. Η Αλβανία, η Νορβηγία, το Ισραήλ και το Αζερμπαϊτζάν ήταν οι χώρες που δεν επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την κρίση και γι' αυτό δεν προέβησαν σε άμεσες πολιτικές απάντησης στην κρίση στον τομέα της υγείας. Από τις άλλες χώρες που επηρεάστηκαν από την κρίση (Τσεχία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Μολδαβία), κάποιες εισήγαγαν διάφορες νέες πολιτικές. Στην Ελλάδα, στην Ιρλανδία και στην Πορτογαλία οι μεταρρυθμίσεις αποτελούσαν ένα κομμάτι μιας ευρύτερης διαδικασίας ανοικοδόμησης του χρέους, η οποία απαιτούσε παρέμβαση της ΕΕ, την ΕΚΤ και του ΔΝΤ. Σε άλλες επηρεασμένες χώρες δεν έγιναν,

²⁷ 'Future of Healthcare in Europe-Meeting future challenges: Key issues in context', U.Staiger & S.Chaytor, 2012

²⁸ 'WHO Regional Office for Europe , 'Sustaining equity, solidarity, and health gain in the context of the financial crisis' , 2011

παραμόνο λίγες αλλαγές, ενώ υπήρχαν και περιπτώσεις, όπου πολιτικές που είχαν σχεδιαστεί πριν το 2008 εφαρμόστηκαν με μεγαλύτερη ένταση ή ταχύτητα, καθώς έγιναν πιο επείγουσες ή πιο πολιτικά εφικτές υπό το φόβο της επερχόμενης κρίσης, ειδικά αυτές που αφορούσαν στην ανοικοδόμηση της δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Υπήρχαν και περιπτώσεις όπου προγραμματισμένες μεταρρυθμίσεις καθυστέρησαν ή εγκαταλείφθηκαν. Για παράδειγμα, στη Ρουμανία εγκαταλείφθηκε το σχέδιο ανέγερσης οχτώ νέων νοσοκομείων και στην Ιρλανδία δεν χτίστηκε το ένα τέταρτο από τις νέες προτεινόμενες εγκαταστάσεις υγείας. Στη Βουλγαρία, η κυβέρνηση αποφάσισε να ακυρώσει την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους. Στη Βοσνία Ερζεγοβίνη υπήρχαν δυσκολίες εφαρμογής των νόμων για την ασφάλεια στην υγεία, εξαιτίας της έλλειψης αξιόπιστων πηγών χρηματοδότησης, κι έτσι αποφασίστηκε να προχωρήσει η πολιτική αυτή μετά το πέρας της κρίσης. Στην Ουκρανία, η προσπάθεια εισαγωγής προγραμμάτων με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας δεν εφαρμόστηκε λόγω της έλλειψης πολιτικής βούλησης. Επιπροσθέτως, στη Γεωργία, η μεταβίβαση της κυριότητας των υποδομών των νοσοκομείων από τη πολιτεία στον ιδιωτικό τομέα κατέληξε σε αδιέξοδο, λόγω της απόσυρσης των επενδυτών, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της εμπόλεμης κατάστασης με την Ρωσική Ομοσπονδία το 2008, αλλά τελικά συνεχίστηκε το 2010. Τέλος, αρκετές κυβερνήσεις (Αυστρία, Λετονία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σερβία, Τουρκία, Σλοβενία, Ρωσική Ομοσπονδία) χρησιμοποίησαν την οικονομική κρίση σαν μοχλό ενδυνάμωσης της θέσης τους στις εν εξελίξει διαπραγματεύσεις με τα ενδιαφερόμενα μέρη (stakeholders) από τον φαρμακευτικό τομέα.

Αρκετά από τα μέτρα που είχαν προγραμματιστεί ή εφαρμοστεί ως απάντηση στην κρίση γρήγορα αντιστράφηκαν, εξαιτίας της αντιδημοτικότητάς τους με τα βασικά ενδιαφερόμενα μέρη, κυρίως προσπάθειες που αφορούσαν μεταρρυθμίσεις στις πληρωμές των προμηθευτών, όπως στην Βουλγαρία, όπου το υπουργείο Οικονομικών προσπάθησε να θέσει υπό τον έλεγχό του τις τιμές στις υπηρεσίες υγείας, αλλά αυτή η μεταρρύθμιση συνάντησε αντίσταση από την Ιατρική Ένωση και τελικά αποσύρθηκε. Για μια μικρή περίοδο και η Ουγγαρία εισήγαγε αυστηρότερους ελέγχους του όγκου νοσηλείας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, κάτι που αποσύρθηκε λόγω των πιέσεων από τα νοσοκομεία. Στην Ρουμανία, προτάθηκε ένα νέο σύστημα πληρωμής των γενικών ιατρών (GPs), που περιελάμβανε ένα ανώτατο όριο για τις εβδομαδιαίες ώρες δουλειάς, αλλά απορρίφθηκαν από τους GPs. Τέλος, στην Ουκρανία, η κυβέρνηση προσπάθησε να σταθεροποιήσει την αύξηση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων,

θεσπίζοντας ένα ανώτατο όριο στις τιμές λιανικής, που οδήγησε στο κλείσιμο των φαρμακείων, αναγκάζοντας την κυβέρνηση να εφαρμόσει τελικά ηπιότερους μηχανισμούς ελέγχου των τιμών.

Κάποιες χώρες, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, ήταν καλύτερα προετοιμασμένες για την κρίση, λόγω του ότι είχαν ήδη πάρει δημοσιονομικά μέτρα προ κρίσης, όπως η Τσεχία, η Εσθονία, η Ιταλία, η Λιθουανία, η Σλοβακία και η Μολδαβία. Για παράδειγμα, η Εσθονία προχώρησε σε περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, περιλαμβάνοντας και τον τομέα της υγείας (μια πολιτική απόφαση που συμμορφωνόταν με τα κριτήρια του Μάαστριχτ, έτσι η Εσθονία θα μπορούσε να εισέλθει στην Ευρωζώνη, καθώς είχε και μικρό εξωτερικό χρέος και χαμηλό έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών, άρα η χρηματοδότηση του χρέους ήταν μια βιώσιμη εναλλακτική λύση). Αρχικά, μια προ-δέσμευση για την προτεραιότητα στις δαπάνες για την υγεία σε περίοδο ύφεσης, επιτρέποντας έτσι τον τομέα της υγείας να συσσωρεύσει αποθεματικά στο ταμείο ασφάλισης υγείας, έθεσε το ταμείο ασφάλισης της υγείας σε ισχυρή διαπραγματευτική θέση για τον προϋπολογισμό με το υπουργείο Οικονομικών. Δεύτερον, το εσθονικό σύστημα υγείας προχώρησε σε κατάλληλες επενδύσεις στον τομέα της υγείας, προτού ξεκινήσει η κρίση, κάτι που δεν έγινε στην Ουγγαρία, όπου το σύστημα υγείας είχε ήδη εξαντλήσει τα μη διαρθρωτικά αποτελεσματικά αποθεματικά του τη στιγμή που ξεκινούσε η οικονομική κρίση. Στη Φιλανδία εφαρμόστηκε ένα οικονομικό πακέτο κινήτρων, ώστε να μετριαστεί κάπως η αρνητική επίδραση της οικονομικής ύφεσης.

5.5.1 Πολιτικές που αφορούν επίπεδα εισφορών για δημόσια χρηματοδότηση της υγείας

Οι πολιτικές που αφορούν τα επίπεδα εισφορών για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες :

1. Εθνικός προϋπολογισμός για την υγεία
2. Δημοσιονομική πολιτική
3. Έσοδα από νόμιμη ασφάλιση υγείας
4. Τέλη χρήσης ή βάθος κάλυψης

Αρκετές χώρες, σαν μέσο αντιμετώπισης της κρίσης οδηγήθηκαν σε περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία, που σε κάποιες περιπτώσεις έφτασε και το 20% (πχ Βουλγαρία και Λετονία), κυρίως εξαιτίας της αυξανόμενης ανεργίας, επομένως των

μειωμένων εσόδων από κοινωνικές εισφορές ασφάλισης (Βουλγαρία, Εσθονία, Ρουμανία, Ουγγαρία). Σε άλλες χώρες (Αυστρία, Τσεχία, Πολωνία, Σλοβακία) τα έσοδα από κοινωνική ασφάλιση αυξήθηκαν, ενώ σε άλλες χώρες, όπως στη Δανία, ο τομέας της παιδείας επιχορήγησε τον τομέα της υγείας. Υπήρχαν και χώρες όπου διατηρήθηκαν τα ίδια επίπεδα στον προϋπολογισμό για την υγεία όπως στην Αλβανία, Νορβηγία, Βέλγιο και Αγγλία. Αυτό που έχει σημασία για τον προϋπολογισμό της υγείας είναι να γίνονται στοχευμένες περικοπές, όπου χρειάζεται και μετά από πολιτικό διάλογο, σύνεση και τεχνικές μελέτες, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι ανεπιθύμητες επιδράσεις στη απόδοση του συστήματος υγείας και να διευκολύνονται μακροπρόθεσμα οι μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας. Στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία αυτό συνέβη με βίαιο τρόπο, λόγω των όρων για τα πακέτα διάσωσης.

Όσον αφορά τη δημοσιονομική πολιτική, αρκετές χώρες έχουν προχωρήσει σε μεταρρυθμίσεις με σκοπό την αύξηση των εσόδων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Παρόλο που οι αυξήσεις στην φορολογία ενδεχομένως να μειώσουν την ανάγκη για αύξηση του κυβερνητικού δανεισμού, λίγες χώρες χρησιμοποίησαν την δημοσιονομική πολιτική για να αυξήσουν τα έσοδά τους για τις υπηρεσίες υγείας. Απροθυμία για την εισαγωγή υψηλότερων φόρων για την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να συνοδεύεται από έγκυρα τεχνικά και πολιτικά ζητήματα (λόγω των αρνητικών επιδράσεων στην αγορά εργασίας, παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα), αλλά η αντίληψη ότι η χρηματοδότηση της υγείας με βάση την φορολογία είναι ένας μη βιώσιμος γενικός κανόνας είναι αβάσιμη²⁹. Στην Ιταλία, σε περιοχές όπου υπάρχουν μεγάλα ελλείμματα στην υγεία έχει γίνει αύξηση των τοπικών φόρων. Στην Γαλλία, ένας νέος φόρος 2% σε συγκεκριμένες πηγές εισοδήματος θεσπίστηκε το 2009 για τη χρηματοδότηση των δαπανών για την κοινωνική ασφάλιση κι αργότερα αυξήθηκε στο 4% (2010) και στο 6% (2011). Στην Ουγγαρία εισήλθε ένα δημόσιος φόρος για την υγεία στα φαγητά και τα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα ζάχαρης.

Αναφορικά με την νόμιμη ασφάλιση υγείας, σε χώρες οι οποίες βασίζονται κατά κύριο λόγο σε εισφορές κοινωνικής ασφάλισης βασισμένες στην εργασία, μπορούν να έχουν έσοδα αυξάνοντας το εισόδημα, διευρύνοντας τη βάση εισφορών κι εκτός του μισθολογικού εισοδήματος ή αυξάνοντας τις μεταφορές από τον κυβερνητικό προϋπολογισμό. Άλλη στρατηγική αποτελεί να γίνουν αντικυκλικές οι κυβερνητικές εισφορές των οικονομικά μη ενεργών ομάδων ανθρώπων, συνδέοντάς τες με τις μέσες

²⁹ 'Financing Health Care in the European Union', S.Thomson, T.Foubister & E.Mossialos, Brussels, 2009

αποδοχές από προηγούμενα χρόνια, όπως στη Λιθουανία και στη Σλοβακία³⁰. Στις Ελλάδα, Πορτογαλία, Βουλγαρία, Σλοβενία και Ρουμανία αυξήθηκαν οι δείκτες εισφορών των εργαζομένων για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Στην Αυστρία και στη Ρουμανία, η κυβέρνηση εισήγαγε επιδοτήσεις για να ξεμπλέξει τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας, ώστε να μπορέσουν να αποπληρώσουν τα χρέη τους. Στην Ελβετία συζητήθηκε η αύξηση των ασφαλιστρών για οικογένειες με μειωμένο εισόδημα, αλλά κανένα μέτρο δεν πάρθηκε. Η Μολδαβία αύξησε το ποσοστό της έκπτωσης για την νόμιμη ασφάλιση υγείας από 50% σε 75% για χαμηλού εισοδήματος ανθρώπους. Τέλος, η Ουγγαρία χαμήλωσε το δείκτη εισφοράς και η κυβέρνηση αύξησε τις μεταφορές στον προϋπολογισμό για λογαριασμό των μη-συμβαλλόμενων, ώστε να αποζημιώσει το νόμιμο ταμείο ασφάλισης της υγείας για την απώλεια των εσόδων.

Οι πολιτικοί φορείς μπορούν να βασιστούν σε τέλη χρήσης της υγείας και σε άλλες πολιτικές που μεταφέρουν το κόστος στους ασθενείς σε μια προσπάθεια επιβράδυνσης της αύξησης της συνολικής δαπάνης. Παρόλα αυτά όμως, τα τέλη χρήσης αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση στα νοικοκυριά κι έχει αποδειχθεί ότι είναι εξίσου πιθανό να μειωθεί η χρήση της υγείας από χαμηλού εισοδήματος και από μεγάλης ηλικίας άτομα, ακόμα κι αν ήδη είναι χαμηλή^{31,32}. Σε αρκετές χώρες, τα τέλη χρήσης εισήχθησαν ή αυξήθηκαν στον νοσοκομειακό τομέα, για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (Αρμενία, Τσεχία, Εσθονία, Ρουμανία, Ρωσία). Σε άλλες χώρες, τα φαρμακευτικά προϊόντα υπόκεινται σε αύξηση των τελών χρήσης (Τσεχία, Γαλλία, Λετονία, Πορτογαλία, Ιρλανδία). Στις Ελλάδα, Ιταλία, Τουρκία και Ρουμανία αυξήθηκαν τα τέλη χρήσης της κινητής φροντίδας (ambulatory health), ενώ στην Ιταλία επίσης αυξήθηκαν για υπηρεσίες που δεν θεωρούνταν επείγουσες. Στην Ιρλανδία αυξήθηκαν για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Κάποιες χώρες εισήγαγαν αυξημένα τέλη χρήσης σε συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως στην εξωσωματική γονιμοποίηση (Δανία, Ολλανδία), στη μεταφορά με ασθενοφόρο (Γαλλία, Σλοβενία), στη φυσιοθεραπεία και σε κάποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ολλανδία), σε κάποια εμβόλια όπως μηνιγγίτιδας, κίτρινου και τυφοειδή πυρετού κι άλλα (Πορτογαλία), στις κατ' οίκον επισκέψεις γενικών ιατρών (Ρουμανία), σε οδοντικές προσθέσεις κι οφθαλμολογικές συσκευές (Σλοβενία). Υπήρχαν και περιπτώσεις όπου μειώθηκαν τα τέλη χρήσης, όπως στην Κροατία για πρωτοβάθμια φροντίδα και εξωνοσοκομειακά χορηγούμενα φάρμακα ή καταργήθηκαν εντελώς για

³⁰ 'Financing Health Care in the European Union', S.Thomson, T.Foubister & E.Mossialos, Brussels, 2009

³¹ 'Equity in the finance of health care: some international comparisons', A.Wagstaff et al, 1992

³² 'Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care', K.Lohr et al, 1986

κάποιες υπηρεσίες, όπως στην Ουγγαρία και στην Ιταλία.

5.5.2 Πολιτικές που αφορούν την ποσότητα και την ποιότητα για δημόσια χρηματοδότηση της υγείας

Οι πολιτικές που αφορούν την ποσότητα και την ποιότητα για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Προνόμια υγείας (πεδίο κάλυψης)
2. Πληθυσμιακή κάλυψη
3. Μη τιμολογιακές πρακτικές (χρόνοι αναμονής, διάχυση υπηρεσιών, καθυστερήσεις)
4. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας

Ένα θεμελιώδες ζήτημα της πολιτικής της υγείας οποιαδήποτε στιγμή, και συγκεκριμένα σε περιόδους κρίσης, αποτελεί η διατήρηση πρόσβασης του πληθυσμού στις βασικές υπηρεσίες, ειδικότερα των πιο φτωχών ανθρώπων και των τακτικών χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης (World Bank 2009). Για το σκοπό αυτό, τις τελευταίες δύο δεκαετίες, αρκετές χώρες υιοθέτησαν την τεχνολογική αξιολόγηση της υγείας (HTA - Health Technology Assessment), ώστε να βοηθηθούν στο να θέτουν προτεραιότητες³³, κυρίως στον τομέα των φαρμακευτικών προϊόντων και στην επινόηση κατευθυντήριων κλινικών γραμμών³⁴. Η HTA είναι πιο πιθανό να αποτελέσει περισσότερο ένα χρήσιμο κομμάτι μακροπρόθεσμης στρατηγικής για ενδυνάμωση της αποτελεσματικότητας, παρά ένα εργαλείο για γρήγορη λήψη αποφάσεων. Παρόλα αυτά, χώρες οι οποίες έχουν εγκαταστήσει αυτό το σύστημα θα βρίσκονται σε καλύτερη θέση για να πάρουν εμπειριστατωμένες αποφάσεις σε περιόδους κρίσης. Η Τσεχία και η Εσθονία ανέφεραν πλάνα για ευρύτερη χρήση της HTA στην αξιολόγηση του πακέτου προνομίων. Αναφέρθηκε υποχρεωτική μείωση της κάλυψης, συμπεριλαμβανομένου και της χαμηλότερης αποζημίωσης για: οδοντιατρική φροντίδα για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού (Εσθονία, Ιρλανδία), εξωσωματική γονιμοποίηση, φυσιοθεραπεία και υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κάλυψης υγείας εκτός ΕΕ (Ολλανδία), πλαστική

³³ 'Health Technology Assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe', M.Velasco-Garrido & R.Busse, 2005

³⁴ 'International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment', E.Draborg et al, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2005

χειρουργική (Πορτογαλία), τα μέτρα που αναφέρθηκαν πριν για την Σλοβενία, γαυαλιά οράσεως (Ελβετία) και προσωρινές παροχές ασθενείας που καταβάλλονται από το δημόσιο ταμείο ασφάλισης της υγείας (Εσθονία, Ουγγαρία και Λιθουανία).

Ο περιορισμός της επιλεξιμότητας για την νόμιμη κάλυψη (για παράδειγμα με βάση το οικογενειακό εισόδημα) ενδεχομένως να οδηγήσει σε απόλυτη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Στοιχεία από την Γερμανία και την Ολλανδία αποδεικνύουν όμως ότι κάθε άλλο παρά ανακουφίζει τη δημοσιονομική πίεση στο σύστημα υγείας³⁵. Αυτό συμβαίνει εν μέρει εξαιτίας της έλλειψης των εισφορών από τις πλούσιες οικογένειες, γι' αυτό και στην Ολλανδία εγκαταλείφθηκε αυτή η πολιτική το 2006 ενώ στη Γερμανία πάρθηκαν μέτρα για να μετριαστούν οι ανεπιθύμητες επιδράσεις. Η μείωση του εύρους, της έκτασης και του βάθους της κάλυψης δημιουργεί ένα ρόλο στην εθελοντική ασφάλιση υγείας (VHI-Voluntary Health Insurance), που στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης απέτυχε να καλύψει τα κενά της νόμιμης κάλυψης, καθώς η ανάπτυξη της αγοράς της είναι αρκετά περιορισμένη, και όπου ήταν διαθέσιμη δεν ήταν προσβάσιμη σε αυτούς που πραγματικά την είχαν ανάγκη³⁶. Η Ιρλανδία ήταν η μόνη χώρα που αφαίρεσε την επιλεξιμότητα από κάποιους κατοίκους (εύποροι άνθρωποι άνω των 70), πιο συγκεκριμένα το 2008. Η Τσεχία ανέφερε μείωση του δικαιώματος στο περιθώριο, μειώνοντας την νόμιμη κάλυψη των αλλοδαπών. Στην Κύπρο δόθηκε περαιτέρω αναβολή στην εφαρμογή της καθολικής κάλυψης για την οικονομική κρίση, ενώ στην Ουγγαρία θεσπίστηκαν κίνητρα για την βελτίωση των ελέγχων επιλεξιμότητας για την νόμιμη κάλυψη.

Η αλλαγή των χρόνων αναμονής ενδέχεται να μεταβάλλει τη ζήτηση για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας, χωρίς να υπονομεύονται τα αποτελέσματα για την υγεία, αν οι ασθενείς σε μακριές λίστες αναμονής επιλέγουν εναλλακτικές από τον ιδιωτικό τομέα. Η καθυστέρηση χορήγησης υγείας με μη διαφανή τρόπο και η παρέκκλιση από τις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για λόγους κόστους είναι μόνο δύο από τους έμμεσους μηχανισμούς εξορθολόγησης από την πλευρά της προσφοράς. Επειδή ο έλεγχος της τήρησης των κλινικών προτύπων από τον πάροχο είναι αδύναμος και επειδή οι επαγγελματικοί οργανισμοί είναι λιγότερο αυστηροί στην επιβολή της ορθής κλινικής πρακτικής, οι έμμεσοι μηχανισμοί εξορθολόγησης ενδεχομένως να κρύβουν κάποιες ανεπιθύμητες επιδράσεις της οικονομική κρίσης. Παρόλο που οι λίστες αναμονής μπορεί

³⁵ 'Choice of public or private health insurance : learning from the experience of Germany and Netherlands, S.Thomson & E.Mossialos, Journal of European Policy, 2006

³⁶ 'Private Health Insurance in the European Union', S.Thomson & E.Mossialos, Brussels, 2009

να μην είναι επιθυμητός εναλλακτικός τρόπος εξορθολόγησης, εντούτοις, σίγουρα κάνουν πιο σαφή και διαφανή τη διαδικασία. Το ταμείο ασφάλισης της υγείας στην Εσθονία επιχείρησε να εξορθολογήσει την ποσότητα της παρεχόμενης υγείας, αποφασίζοντας να αυξήσει το μέγιστο των χρόνων αναμονής για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία από τέσσερις σε έξι εβδομάδες το Μάρτιο του 2009. Καμιά άλλη χώρα δεν εφήρμοσε αυτή την πολιτική σαν σαφή απάντηση στην κρίση. Μάλλον, σε κάποιες χώρες οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας ενδεχομένως ακούσια να οδήγησαν σε αυξήσεις στο χρόνο αναμονής, όπως στην Ιρλανδία, όπου οι αλλαγές στην πολιτική της υγείας οδήγησαν σε 9% αύξηση στον αριθμό των ασθενών στις λίστες αναμονής μεταξύ του 2009 και του 2010.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν αρκετά στοιχεία για τα οικονομικά οφέλη από την πρόληψη στην υγεία, τα οποία υποστηρίζουν την ευρεία προώθηση της δημόσιας υγείας και των προληπτικών μέτρων (π.χ συστηματικό έλεγχο της υπέρτασης, της χοληστερίνης, του καρκίνου, διατροφικές συμβουλές, αλκοόλ και κάπνισμα), χωρίς να έχουμε απόλυτα επιθυμητά αποτελέσματα³⁷. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η φορολογία μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο πολιτικής για την αντιμετώπιση των ανησυχιών στη δημόσια υγεία και για τη δημιουργία κυβερνητικών εσόδων. Μαζί με τα δημοσιονομικά μέτρα, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και η προώθηση κανονισμών και συμβουλών σε θέματα διατροφής, κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος από γιατρούς και γονείς αποτελούν αποδοτικά μέτρα από πλευράς κόστους³⁸, καθώς αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της υγείας από μέσο σε μακροχρόνιο διάστημα. Αρκετές χώρες αύξησαν τους φόρους στα αλκοολούχα ποτά και στα τσιγάρα (Βουλγαρία, Εσθονία, Ουκρανία και στο μέλλον Τσεχία), ενώ άλλες προχώρησαν σε πολιτικές προώθησης της υγείας όπως παρότρυνση για υγιεινή διατροφή, άσκηση και συχνά τσεκ-απ (Βέλγιο, Βοσνία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Μολδαβία). Στην Ιταλία προγραμματίστηκαν περικοπές στο ταμείο για την πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση της υγείας από 29,6 σε 5,9 εκατομμύρια ευρώ το 2011. Στην Λετονία ο προϋπολογισμός για τη δημόσια υγεία μειώθηκε κατά 88,6% από 2008 ως το 2010, ενώ στην Ουκρανία οι δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης μειώθηκαν κατά 9%. Τέλος, σε μερικές χώρες έκλεισαν ή συγχωνεύτηκαν δημόσιοι φορείς υγείας.

³⁷ 'The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations', DL Schwappach, TA Boluarte & M.Suhrke, 2007

³⁸ 'Obesity and the economics of prevention: fit not fat', F.Sassi, 2010

5.5.3 Πολιτικές που αφορούν το κόστος για δημόσια χρηματοδότηση της υγείας

Οι πολιτικές που αφορούν το κόστος για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες:

1. Τιμές των φαρμακευτικών αγαθών
2. Μισθοί και κίνητρα στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας
3. Πληρωμές στους προμηθευτές
4. Γενικά έξοδα
5. Υποδομή των προμηθευτών και επενδύσεις κεφαλαίου

Η κρίση δημιουργεί ευκαιρίες διαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε κάποιες διεθνείς αγορές. Παρόλα αυτά, οι θετικές επιδράσεις του ελέγχου των τιμών μπορεί να αντισταθμιστούν από αυξήσεις στην ποσότητα των φαρμάκων που χορηγούνται στις συνταγές ή από μια αλλαγή στο μείγμα του προϊόντος, ώστε να περιλαμβάνονται ακριβότερα φάρμακα. Επομένως, οι τιμολογιακές πολιτικές πρέπει να συνδυάζονται με πολιτικές που θα ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες της υγείας να κάνουν ορθολογική συνταγογράφηση και διανομή στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα. Πολιτικές ενθάρρυνσης για μεγαλύτερη χρήση των γενόσημων φαρμάκων είναι πιθανόν να μειώσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα³⁹, σε αντίθεση με πολιτικές που κόβουν τις δημόσιες δαπάνες για συνταγογράφηση φαρμάκων, μεταφέροντας το κόστος στα νοικοκυριά. Αρκετές χώρες, σχεδόν όλες, εισήγαγαν ή ενίσχυσαν πολιτικές μείωσης της τιμής των φαρμακευτικών αγαθών ή βελτίωσαν την ορθολογική χρήση των φαρμάκων. Ακόμα πάρθηκαν μέτρα όπως υποκατάσταση με γενόσημα φάρμακα, μηχανισμοί ανάκτησης, διαπραγμάτευση των τιμών και επιμήκυνση στην εγκυρότητα των συνταγών, ενώ η αύξηση του ΦΠΑ στα φαρμακευτικά προϊόντα, σε κάποιο βαθμό εξασθένησε τα οφέλη των ασθενών από τα μέτρα για τη μείωση των τιμών.

Οι μισθοί των εργαζομένων και τα επιδόματα υπολογίζονται περίπου στο 42,3% των δημοσίων δαπανών για την υγεία στις 18 χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας, κάτι που εξηγεί και τις περικοπές στους μισθούς (WHO, 2006). Αυτή η πολιτική όμως επιδεινώνει

³⁹ 'The off-patent pharmaceutical market: Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality', M.Mrazek & RG Frank, 2004

τις ανισορροπίες στους μισθούς ανάμεσα στις χώρες, οδηγώντας σε πιθανή αύξηση της μετανάστευσης των εργατών-ιατρών στην Ευρώπη και σε άλλες περιοχές, που αυτό στη συνέχεια συνεπάγεται προβλήματα έλλειψης προσωπικού και υπονόμησης της ποιότητας και αποτελεσματικότητας στο σύστημα υγείας⁴⁰. Μέρος της λύσης αυτού του προβλήματος θα πρέπει να είναι η πρόβλεψη κι ο ορθός σχεδιασμός για το εργατικό προσωπικό στην υγεία, μέσω της χρηματοδότησης από την ΕΕ ερευνητικών προγραμμάτων γι' αυτό το σκοπό και η χρήση των δυνατοτήτων των αναδυόμενων επαγγελμάτων για να ανταποκριθούν στις νέες ιατρικές ανάγκες, μέσω της σωστής προετοιμασίας και εκπαίδευσης, με υποστήριξη πάλι από την ΕΕ⁴¹. Η μη ύπαρξη σωστής εκπαίδευσης, σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού, ικανού και μη, μπορεί να οδηγήσει σε αρκετά ιατρικά σφάλματα, αρκετές φορές μοιραία για την υγεία. Σύμφωνα με έρευνα, χαρακτηριστικό είναι ότι στην Ελλάδα, οι ιατροδικαστές εκτιμούν ότι κάθε χρόνο γίνονται γύρω στα 6.000 ιατρικά σφάλματα, ενώ μελέτες στις ΗΠΑ αναφέρουν ότι ετησίως οι θάνατοι από ιατρικά σφάλματα ανέρχονται στους 98.000, στο Ηνωμένο Βασίλειο στους 20.000-30.000, ενώ στη Γερμανία περίπου 30.000 χάνουν τη ζωή τους από δυσμενή συμβάντα⁴². Τακτικές βελτίωσης απόδοσης των εργαζομένων που μπορούν να εφαρμόσουν οι πολιτικοί φορείς είναι η ξεκάθαρη περιγραφή της δουλειάς, η θέσπιση επαγγελματικών προτύπων και κωδικών δεοντολογίας, επίβλεψη, πληροφόρηση και επικοινωνία, καλύτερες υποδομές συμπεριλαμβανομένου εξοπλισμού και παροχών, συνεχής εκπαίδευση, ευθύνη λογοδοσίας και σε μερικές περιπτώσεις η υποκατάσταση των γιατρών με νοσοκόμους ή αλλιώς η μεταφορά προσωπικού. Η τελευταία πρακτική μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα⁴³, κάτι που εξαρτάται από το μέγεθος της διαφοράς των μισθών μεταξύ ιατρών και νοσοκόμων, σε μερικές περιπτώσεις όμως έχει αντίκτυπο στην παραγωγικότητα⁴⁴. Σε κάποιες χώρες έγιναν μειώσεις μισθών στους επαγγελματίες για την υγεία (Κύπρος, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Ρουμανία), αλλού “πάγωσαν” τους μισθούς (Αγγλία, Πορτογαλία, Σλοβενία) κι αλλού μείωσαν το ρυθμό αύξησής τους (Δανία). Αλλού μειώθηκαν οι υπερωρίες και οι βραδινές βάρδιες και προωθήθηκαν αλλαγές που απαιτούσαν λιγότερο προσωπικό και κόστος (Ισλανδία), ενώ στη Σερβία αναγκάστηκαν οι εργάτες να δεχτούν χαμηλότερους μισθούς, για να μη

⁴⁰ ‘Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries’, M.Wismar et al, 2011

⁴¹ ‘Reforming Health Systems in Times of Austerity’, EPHA Position Paper, May 2013

⁴² ‘Έξι χιλιάδες ιατρικά λάθη κάθε χρόνο στην Ελλάδα’, έρευνα: ΠΑ.ΠΕΙ., Γ.Πολλάλης, Α.Βοζίκης & Μ.Ρήγα, Πηγή: <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=63905536>

⁴³ ‘Changing professional boundaries’, M.McKee, CAD Dupois & BS Sibbald, Human Resources for health in Europe, 2006

⁴⁴ ‘Substitution of doctors by nurses in primary care’, M.Laurant et al, 2005

χάσουν τα συμβόλαιά τους.

Οι αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο “πωλείται” ο τομέας της υγείας και αποζημιώνονται οι προμηθευτές πρόσφεραν σημαντικές πιθανότητες ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας, ποιότητας και δικαιοσύνης. Αρκετές χώρες της ΕΕ απομακρύνθηκαν από την παθητική αποζημίωση των προμηθευτών μέσω των στρατηγικών αγορών, τη σαφή διασύνδεση της κατανομής των πόρων με πληροφόρηση στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, του κόστους αποτελεσματικότητας και της απόδοσης των προμηθευτών⁴⁵. Τα μέτρα αυτά περιείχαν και την ΗΤΑ, τον έλεγχο ποιότητας και την πληρωμή βάσει απόδοσης. Ακόμα χρησιμοποιήθηκαν και κάποια ειδικά συμβόλαια κινήτρων για τους γιατρούς, που περιείχαν πληρωμή για την υπηρεσία (fee-for-service) και κεφαλικό φόρο, ώστε να δίνουν κίνητρα στους γιατρούς να πετύχουν συγκεκριμένους στόχους. Πάντως, οι πολιτικοί φορείς θα πρέπει να προσέχουν το σχεδιασμό ενός σχήματος πληρωμής βάσει απόδοσης και τον τρόπο εφαρμογής του⁴⁶. Σαν απάντηση στην κρίση, διάφορες χώρες μείωσαν τις ταρίφες που πλήρωναν στους προμηθευτές (Ιρλανδία, Ρουμανία, Σλοβενία, Εσθονία) ή έφτιαχναν νέα συμβόλαια, για να καλύψουν τα κόστη των προμηθευτών (Βοσνία). Επίσης, χρησιμοποίησαν την πληρωμή βάσει απόδοσης (P4P) στην Ιταλία, την κατά κεφαλήν πληρωμή στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Πορτογαλία και τη χρηματοδότηση βάσει αξιολόγησης της απόδοσης στη Μολδαβία. Στην Ουκρανία δημιουργήθηκε ένα σύστημα ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, χωρίς ιδιαίτερη επιτυχία και τέλος στη Βουλγαρία και την Τσεχία δημιουργήθηκαν διαγνωστικά κέντρα για την πληρωμή (DRG) στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

Όσον αφορά τη μείωση των γενικών εξόδων, αρκετές κυβερνήσεις ανακατασκεύασαν τα υπουργεία Υγείας τους, τα νόμιμα ταμεία ασφάλισης υγείας ή άλλες υπηρεσίες αγοράς με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας (Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Λετονία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Λιθουανία, Αγγλία, Ισλανδία). Άλλος τρόπος μείωσης των δημοσίων δαπανών για την υγεία ήταν η μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων ή η εν μέρει αφαίρεση κάποιων συνθηκών απασχόλησής τους, όπως η σύνταξη ή ο μισθός τους, με κίνδυνο να χαθεί ικανό προσωπικό ή να γίνουν απεργίες από τους

⁴⁵ ‘Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons’, J.Figueras, R.Robinson & E.Jakubowski, 2005

⁴⁶ ‘Payment for performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia’, A.Maynard, 2008

εργαζόμενους του δημοσίου τομέα⁴⁷. Επιπροσθέτως, η αντιμετώπιση της κατακερματισμένης συγκέντρωσης μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην χρηματοπιστωτική σταθερότητα, διότι μικρότερος αριθμός κοινών ταμείων, σημαίνει μικρότερη πολυπλοκότητα και προσαρμογή κινδύνου για τους πόρους, οπότε, ενδυναμώνοντας τη δύναμη των αγοραστών σε σχέση με τους προμηθευτές, οδηγούμαστε σε καλύτερες και πιο στρατηγικές αγορές.

Ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά ένα μεγάλο κομμάτι των δημοσίων δαπανών (35%-70%) στην Ευρωπαϊκή περιφέρεια. Οι περισσότερες χώρες βρίσκονται στη διαδικασία μείωσης των νοσοκομειακών υποδομών, ώστε ν' αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους κλείνοντας μη αναγκαίες εγκαταστάσεις και αντικαθιστώντας ακριβές ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες με πιο αποτελεσματικές, από πλευράς κόστους, εναλλακτικές όπως οι ημερήσιες χειρουργικές επεμβάσεις⁴⁸. Οι παραπάνω πολιτικές δεν είναι απαραίτητο ότι μειώνουν τις δημόσιες δαπάνες, καθώς οι οικονομίες χρησιμοποιούνται σε άλλο κομμάτι του συστήματος υγείας. Αρκετές κυβερνήσεις επιδιώκουν να χρηματοδοτήσουν τις επενδύσεις κεφαλαίου μέσω μεγαλύτερης χρήσης του ανταγωνισμού της αγοράς και μέσω δημόσιας προσέγγισης. Η τελευταία πολιτική χαρακτηρίζεται από συνεργασίες ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (PPPs), οι οποίες γενικά είναι προβληματικές καθώς οδηγούν σε αύξηση του χρέους, μεταφέροντας κίνδυνο στις επόμενες γενιές. Η χρήση τους αποσκοπεί σε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα κι όχι σε μακροπρόθεσμα⁴⁹.

Λόγω της ώθησης που έδωσε η οικονομική κρίση, αρκετές χώρες επιτάχυναν τις διαδικασίες ανοικοδόμησης του νοσοκομειακού τομέα μέσω του κλεισίματος, των συγχωνεύσεων και της συγκέντρωσης (Δανία, Ελλάδα, Λετονία, Πορτογαλία, Σλοβενία). Επίσης, βελτιώθηκε ο συντονισμός ή η επένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Αρμενία, Λιθουανία, Μολδαβία, Ολλανδία), συγχωνεύτηκαν κέντρα υγείας (Ισλανδία), αναδιοργανώθηκαν οι ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (FYROM) κι έγινε στροφή προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Λευκορωσία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Ελλάδα). Σε κάποιες χώρες εγκαταλείφθηκαν (Ρουμανία) ή αναβλήθηκαν (Γεωργία) επενδυτικά πλάνα για την ανέγερση νέων νοσοκομείων ή την αναβάθμιση νοσοκομειακών και υπηρεσιών ασθενοφόρου (Αρμενία) ή την αγορά ακριβού ιατρικού εξοπλισμού

⁴⁷ 'The public sector workforce in recession 2010-11- the course of policy development in the Euro area and the UK', R.Parry, 2011

⁴⁸ 'Hospitals in a changing Europe', M.McKee & J.Healy, 2002

⁴⁹ 'Conclusions and critical success factors In ' Investing in hospitals of the future'', B.Rechel et al, 2009

(Λευκορωσία). Ακόμα, κάποιες χώρες αύξησαν την χρηματοδότηση για την μοντερνοποίηση της δημόσιας υγείας για τη χρήση ανεπτυγμένων διαδικτυακών συστημάτων υγείας (eHealth) με εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας (Λετονία, FYROM) και για τη χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης (Κροατία). Στη Σουηδία, η χρήση της eHealth επιτρέπει στο 42% όλων των συνταγών να μεταφέρονται ηλεκτρονικά από τον γιατρό στο φαρμακείο, μειώνοντας έτσι τα ιατρικά λάθη κατά 15% κι εξοικονομώντας χρόνο. Παρόλα αυτά όμως, η χρήση της eHealth μπορεί να δημιουργήσει ανισότητες στην υγεία, καθώς δεν διαθέτουν όλοι οι τομείς της κοινωνίας ισοδύναμη πρόσβαση σε τεχνολογία επικοινωνίας και πληροφορικής (ICT)⁵⁰. Τέλος, αναπτύχθηκαν και προγράμματα διαχείρισης ασθενειών, χρήσης διεπιστημονικού προσωπικού για τον έλεγχο της ποιότητας, ανακατανομής της χρηματοδότησης των μεταρρυθμίσεων (Ολλανδία, Γερμανία), πληρωμής των προμηθευτών βάσει απόδοσης (Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο) και μπόνους για την πρόσληψη ασθενών (Γαλλία)⁵¹.

5.6 Η περίπτωση της Ελλάδας⁵²

Το 2010, η Ελλάδα βρισκόταν υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ΕΚΤ και του ΔΝΤ εξαιτίας του δημόσιου ελλείμματος και των χρεών της. Το Μνημόνιο που υπογράφηκε υπαγόρευε μια σειρά από μέτρα, αναφερόμενα στον τομέα της υγείας και κυρίως στη μείωση των δημοσίων δαπανών, με τη μείωση των δαπανών για την υγεία να πρέπει να μειωθεί στο 0,5% του ΑΕΠ μέσα στο 2011. Ο προϋπολογισμός για την υγεία μειώθηκε κατά 1,4 δις ευρώ το 2011, με 568 εκατομμύρια ευρώ να εξοικονομούνται από μισθούς και περικοπές προνομίων, και περίπου 840 εκατομμύρια ευρώ από περικοπές στα λειτουργικά κόστη των νοσοκομείων. Όσον αφορά τις πολιτικές που στόχευαν στις χρηματοοικονομικές εισφορές στο σύστημα υγείας, από το 2011 στην Ελλάδα, η εισφορά των δημοσίων υπαλλήλων ορίστηκε στο 5,1% του μισθού τους, ενώ η εισφορά στο συνταξιοδοτικό ταμείο τους αυξήθηκε από 2,55% σε 4%. Προηγουμένως, ο δημόσιος τομέας δεν συνεισέφερε κάποιο συγκεκριμένο ποσοστό, αλλά το ποσοστό εξαρτιόνταν από τις ανάγκες του ταμείου κοινωνικής ασφάλισης. Με την έναρξη του νέου ταμείου κοινωνικής ασφάλισης για τον πληθυσμό, τον ΕΟΠΥΥ, το 5,1% ορίστηκε από το

⁵⁰ 'Reforming Health Systems in Times of Austerity', EPHA Position Paper, May 2013

⁵¹ 'Managing chronic conditions – experience in eight countries', E.Nolte, C.Knai & M.McKee, 2008

⁵² 'Health policy responses to the financial crisis in Europe', P.Mladovsky et al, Policy Summary 5, 2012

Μνημόνιο που υπογράφηκε. Τέλος, από το 2011 σημειώθηκε μια αύξηση στα τέλη χρήσης από 3 σε 5 ευρώ στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων εγκαταστάσεων, ενώ αφαιρέθηκε αυτή η ρύθμιση για ευάλωτες ομάδες.

Τον Ιούνιο του 2011 έγινε ενοποίηση των πακέτων παροχών μεταξύ των διάφορων ΣΗΙ ταμείων. Όσον αφορά τα μέτρα που στόχευαν στην ποσότητα και στην ποιότητα της υγείας, από το 2011 οι μη εύποροι και οι ανασφάλιστοι επιτρεπόταν να νοσηλευτούν σε συγκεκριμένα νοσοκομεία και να τους συνταγογραφούν γενόσημα. Ακόμα, το Μνημόνιο επέβαλε ένα ανώτατο όριο δύο μηνών για υποβολή αποζημίωσης στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από τις χρεώσεις νοσοκομείου. Επίσης, κατά την περίοδο 2008-2012 πάρθηκαν πρωτοβουλίες προώθησης της υγείας και κατά του καρκίνου, της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και υπέρ της σωστής διατροφής, μητρικής και παιδικής φροντίδας, καθώς ψηφίστηκε και ο αντικαπνιστικός νόμος.

Το Μνημόνιο είχε στόχο την αποταμίευση 2 δις ευρώ από φαρμακευτικά προϊόντα. Από το 2011, επανήλθε μια λίστα με θετικά φαρμακευτικά προϊόντα, κυρίως γενόσημα. Ακόμα σημειώθηκε μείωση του ΦΠΑ στα φάρμακα, από 11% σε 6,5%, αύξηση της χρήσης των γενόσημων (50% των φαρμάκων στα νοσοκομεία όφειλαν να είναι γενόσημα), έγινε κεντρική προμήθεια των υπηρεσιών και των αγαθών. Ακόμα, οι ιδιώτες ήταν υπεύθυνοι για τις συμβάσεις, με πρόστιμα όμως από 500 μέχρι 50.000 ευρώ σε περίπτωση απόκλισης από τον εγκεκριμένο προϋπολογισμό για κάθε υπογραφόμενη σύμβαση. Όσον αφορά τις πολιτικές που στόχευαν στο κόστος της υγείας, από το 2011 είχαμε περικοπές στους μισθούς (συγκεκριμένα οι μισθοί των νοσοκόμων είχαν περικοπές ως και 14% σε σχέση με το 2009), καταργήθηκαν οι υπάλληλοι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, ενώ υπήρχε και μείωση στην αντικατάσταση του προσωπικού που συνταξιοδοτούνταν (μια πρόσληψη για πέντε συνταξιοδοτήσεις). Ακόμα, από το 2011 είχαμε μειώσεις στα κέρδη των φαρμακοποιών της τάξης του 15-20%, αλλά ταυτόχρονα και απελευθέρωση των φαρμακείων, καθώς πλέον ένας φαρμακοποιός μπορούσε να εργαστεί σε παραπάνω από ένα φαρμακεία, ενώ θεσπίστηκαν εκπτώσεις, αυξήθηκαν οι ώρες και μειώθηκε το πληθυσμιακό όριο για τη δημιουργία φαρμακείου. Τέλος, αναπτύχθηκε ένα σύστημα τιμολόγησης στα νοσοκομεία, βασισμένο στα ιατρικά περιστατικά, το οποίο θα χρησιμοποιούνταν ως βάση για τον προϋπολογισμό της υγείας το 2013.

Το 2011 θεσπίστηκε ένας νέος νόμος για την υγεία που αναφερόταν στη σύσταση ενός πρωτοβάθμιου φορέα υγείας που ονομάστηκε ΕΟΠΥΥ, υπό την επίβλεψη των υπουργείων Υγείας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οι στόχοι του ΕΟΠΥΥ ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ρύθμιση των συμβολαίων με τους πάροχους, ο καθορισμός προτύπων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με απώτερο σκοπό τη μείωση της πίεσης στα περιστατικά εκτάκτου ανάγκης στα δημόσια νοσοκομεία. Τα τμήματα υγείας των κυρίων SHI ταμείων μεταφέρθηκαν και ενσωματώθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Επιπροσθέτως, τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση που ανέλαβε την εξουσία θέσπισε ένα νόμο για τη δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες, γνωστό κι ως σχέδιο ‘Καλλικράτης’, σύμφωνα με το οποίο δημιουργούνται 13 περιφέρειες στη θέση 76 νομών και 370 δήμοι στη θέση 1034ων. Στο πλαίσιο αυτής της αναδιοργάνωσης, οι τοπικές αρχές υγείας αναμένεται να διαδραματίσουν αρκετά σημαντικό ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση των ανθρωπίνων πόρων στην εθνική υπηρεσία υγείας. Επίσης, από το 2011 έχουν κλείσει αρκετά νοσοκομεία κι έχουν γίνει συγχωνεύσεις, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και των κρατικών νοσοκομείων και οι ώρες λειτουργίας τους έχουν γίνει περισσότερες. Επιπροσθέτως, από το 2010 αναπτύσσεται ένα σύστημα δεδομένων και δεικτών σύμφωνα με το οποίο καταγράφεται η κατάσταση υγείας των ασθενών και γίνεται αξιολόγηση της επάρκειας, αποτελεσματικότητας και απόδοσης των υπηρεσιών υγείας. Νέα μέτρα στη νομοθεσία για την υγεία το 2011, επέτρεπαν τη δημιουργία ιδιωτικών κλινικών στην ανάπτυξη των υποδομών, την ανάπτυξη νέων μονάδων, τμημάτων και εργαστηρίων εντός συγκεκριμένων ορίων των ρυθμών ανάπτυξης. Τέλος, από το 2011 προτάθηκε διεύρυνση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, που θα χρησιμοποιείται σε διαγνωστικές εξετάσεις και στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, με τα κύρια ταμεία ασφάλισης να υποχρεούνται να τη χρησιμοποιούν.

Συμπερασματικά, όπως δήλωσε και ο Χ. Κανδηλώρος⁵³, ειδικός σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας στο συνέδριο του Όσλο (Απρίλης 2013), η οικονομική κρίση οδήγησε σε μειώσεις του κυβερνητικού προϋπολογισμού και του εισοδήματος των πολιτών, όμως αποτέλεσε ένα παράθυρο ευκαιρίας για μεταρρυθμίσεις, οι οποίες έγιναν αποδεκτές με θετικό μάτι από την πλειονότητα των πολιτών. Οι κύριοι τομείς μεταρρύθμισης ήταν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου διανεμήθηκε ένα ενιαίο πακέτο παροχών από τον ΕΟΠΥΥ, η φαρμακευτική αγορά, με την εισαγωγή ενός συστήματος αποζημίωσης τιμών αναφοράς, καθώς και το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, για τον έλεγχο της υπερσυνταγογράφησης, των γιατρών και της συμπεριφοράς των φαρμακοποιών. Επιπρόσθετα οι δημόσιες συμβάσεις, όπου έγινε

⁵³ ‘Health systems in time of global economic crisis : an update of the situation in the WHO European Region’, Oslo, Norway, 17-18 April 2013, Report

επαναδιαπραγμάτευση της εξωτερικής ανάθεσης των συμβάσεων παροχής υπηρεσιών, οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και η διαχείριση εθνικού συστήματος υγείας, και τέλος, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη με τη σύνταξη της εν λόγω νομοθεσίας για τις σχετικές διαδικασίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Εισαγωγή - Διαπιστώσεις

Έπειτα από την εκτενή αναφορά σε ζητήματα που άπτονται της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στο πώς αυτά επηρεάζουν την υγεία του πολίτη - καταναλωτή του συστήματος, αλλά και το ίδιο το σύστημα εν γένει, καταλήγουμε στο ότι, είναι επιτακτική η ανάγκη για μία καλά σχεδιασμένη στρατηγική. Στρατηγική που να μπορεί να αντιμετωπίσει τα εγγενή προβλήματα του συστήματος στη ρίζα τους και όχι επιφανειακά με αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα που δεν επαρκούν.

Επιπρόσθετα, απαιτείται σωστός προγραμματισμός και οργάνωση, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις νέες ανάγκες του πληθυσμού που ολοένα και αυξάνονται. Οι πολίτες έχουν ανάγκη από την ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και από τη δημιουργία ενός «δίκτυ» ασφαλείας προληπτικών μέτρων και ενημέρωσης. Η υιοθέτηση συστημάτων και μεθόδων ποιότητας θεωρείται ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Παρακάτω ακολουθούν προτάσεις, η υλοποίηση των οποίων θα οδηγήσει στην αποτελεσματική – αποδοτική λειτουργία του συστήματος, το οποίο οφείλει να αναγνωρίζει την υγεία ως αξία και βασική προϋπόθεση για οικονομική ευημερία και ανάπτυξη μιας κοινωνίας.

6.2 Προτάσεις

6.2.1 Αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η ΠΦΥ πρέπει ν' αποκτήσει δυναμικότερο ρόλο και να συγκεντρώνει τα παρακάτω:

1. Να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα · να μπορεί δηλαδή να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας: να διαθέτει δηλαδή το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη

διοικητική αυτοτέλεια, για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

3. Να προωθεί τη συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, όσο και στο επίπεδο ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών.

Η οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα στα αστικά κέντρα, αναμένεται να ωφελήσει πολλαπλά, δεδομένου ότι θα συμβάλλει τόσο στη μείωση των δαπανών υγείας, όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και κατά συνέπεια, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6.2.2 Ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος

Η ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στην καθιέρωση της αναμφισβήτητα πολύτιμης κάρτας υγείας του πολίτη. Η ύπαρξη κάρτας υγείας συμβάλλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας.

6.2.3 Βελτίωση της ποιότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Η συνεχής ανάπτυξη της ποιότητας στην υγεία αποτελεί στόχο τόσο των πολιτών, οι οποίοι απαιτούν καλύτερο επίπεδο υγείας, όσο και της πολιτικής εξουσίας, η οποία εφαρμόζει προγράμματα εξασφάλισης της ποιοτικής απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Για να επιτευχθεί η προαγωγή της υγείας και να προωθηθούν διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας είναι απαραίτητα τα εξής:

- 1) Η ανάπτυξη εθνικής πολιτικής που θα προωθήσει:
 - Νομοθεσία που θα κατοχυρώνει την εφαρμογή προγραμμάτων,
 - Τον σχεδιασμό στην ποιότητα όπου θα καθοριστούν οι στόχοι, τα μέσα επίτευξης και οι υπεύθυνοι υλοποίησης των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας,
 - Την εγκατάσταση βάσεων δεδομένων που θα βοηθήσουν στην εφαρμογή μεθόδων μέτρησης της ποιότητας,
- 2) Εκτίμηση του επιπέδου ποιοτικής απόδοσης των υπηρεσιών και προσδιορισμός

των αποτελεσμάτων. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να αφορά: α. την καταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, την επάρκεια των οικονομικών και υλικών πόρων, την επάρκεια και καταλληλότητα του ανθρώπινου δυναμικού, β. τις τεχνικές και τα είδη των διαγνωστικών και χειρουργικών εξετάσεων και επεμβάσεων, τους τρόπους θεραπείας και τη χρήση ιατροτεχνολογικών προϊόντων, γ. τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς.

- 3) Έμφαση στην ικανοποίηση του ασθενούς και εξεύρεση λύσεων που να αφορούν:
 - Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του ασθενούς
 - Την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Την εύκολη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης
 - Την επαρκή πληροφόρηση
 - Τις συνθήκες διαμονής, διατροφής και καθαριότητας
 - Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς
 - Την αξιοπρεπή συμπεριφορά
- 4) Προώθηση της δημιουργίας κύκλων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι θα συμβάλλουν: α) στην εκδήλωση ενδιαφέροντος των εργαζομένων, β) στην προσπάθεια για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και γ) στον εντοπισμό των προβλημάτων που δημιουργούν συνθήκες χαμηλής ποιότητας.
- 5) Εφαρμογή διατομεακών προγραμμάτων εκπαίδευσης των στελεχών, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας και να συμβάλλουν στην προώθηση ανάπτυξης προγραμμάτων ποιότητας.
- 6) Προσδιορισμός του κόστους ποιότητας σε σχέση με τη βελτίωση.
- 7) Εφαρμογή ελέγχου και αξιολόγηση των προγραμμάτων ποιότητας, προκειμένου να υπάρχει ανατροφοδότηση.

6.2.4 Αντιμετώπιση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας

Τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευσης, επιλογής, λειτουργίας) που απασχολούνται στον υγειονομικό τομέα, μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Προβλήματα που σχετίζονται με την επάρκεια των γνώσεων και δεξιοτήτων που αυτό πρέπει να διαθέτει.
- Προβλήματα υπερπροσφοράς ή έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού σε κάποιες

κατηγορίες και ειδικότητες προσωπικού και

- Προβλήματα ανισοκατανομής του ανθρώπινου δυναμικού, τόσο γεωγραφικά όσο και κατά βαθμίδα περίθαλψης.

Για την επίλυσή τους, απαιτείται μία σειρά άμεσων κρατικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα πρέπει να αφορούν:

1. Στην ανακατανομή του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού βάσει των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού
2. Στην κατάλληλη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει σήμερα τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωσή του,
3. Στον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων παραγωγικών σχολών και των προγραμμάτων εκπαίδευσης που αυτές εφαρμόζουν.

Τέλος, η συνεχής μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, ειδικότερα του νοσηλευτικού, με έμφαση στην κοινοτική νοσηλευτική και η αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας, είναι απαραίτητα για την καλύτερη απόδοση του συστήματος.

6.2.5 Γνώση και ακριβής αποτύπωση των επιδημιολογικών δεδομένων και έγκυρη εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη

Με την καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων παρουσιάζονται οι πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένοι στόχοι και προτεραιότητες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Επιπρόσθετα, η ακριβής και έγκυρη εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την άσκηση της εθνικής και περιφερειακής πολιτικής υγείας.

6.2.6 Ευέλικτη και Αποτελεσματική Διοίκηση με στόχους και πραγματικούς ελέγχους. Σταθερή πολιτική βούληση

Χρειάζεται υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητά τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Μ' αυτό τον τρόπο, θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επακόλουθο τη

βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρξει ένα σύστημα που να θέτει ως στόχο την υγεία των πολιτών και όχι μόνο τη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας.

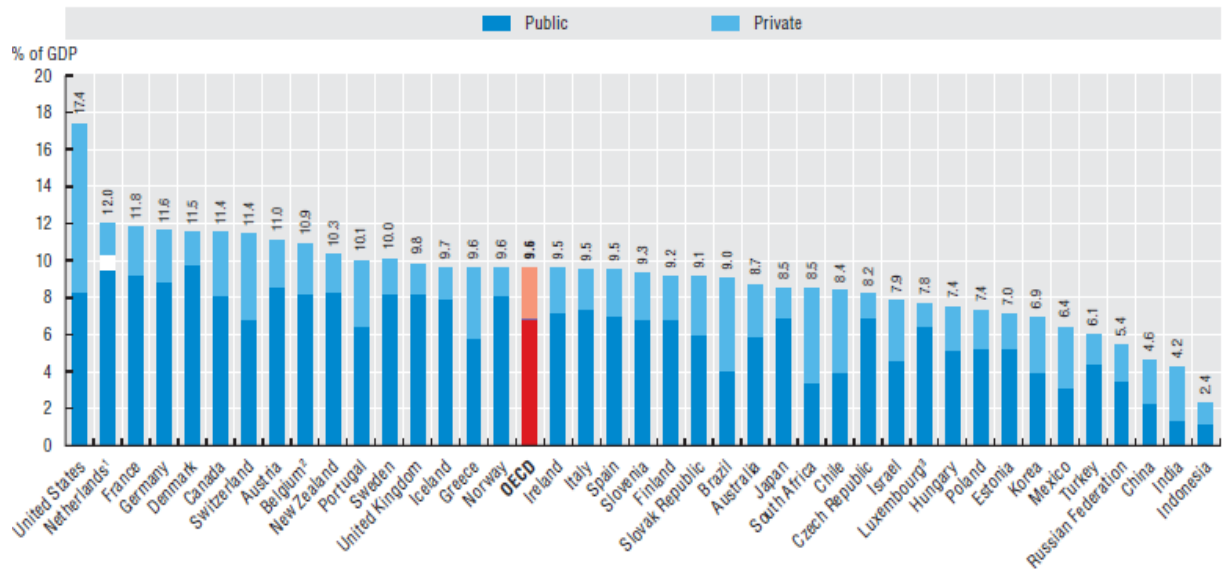
6.3 Τελικό Συμπέρασμα

Αναμφισβήτητα, όλα τα παραπάνω αποτυπώνουν το σύνολο των ελλείψεων και των αλλαγών που πρέπει να πραγματοποιηθούν, ώστε να μεταβληθεί θετικά η εικόνα του εθνικού συστήματος υγείας. Για να υπάρξει ποιότητα σε όλο το εύρος των υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητη η εφαρμογή όσων ειπώθηκαν, με σημαντικότερο την σταθερή πολιτική βούληση και την ορθή άσκηση των καθηκόντων της διοίκησης. Αρχικά η πολιτική διοίκηση και έπειτα η νοσοκομειακή, φέρουν τη μεγαλύτερη ευθύνη για την αποτελεσματικότητα ή μη του συστήματος.

Για να επιτευχθεί μία μεταρρύθμιση, απαιτείται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα υλοποίησης των διαφόρων προγραμμάτων, γεγονός που δεν μπορεί να συμβεί εάν η εκάστοτε πολιτική εξουσία εφαρμόζει διαφορετικό πρόγραμμα απ' αυτό που ενδεχομένως έχει ξεκινήσει να εφαρμόζει η προηγούμενη. Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για συγκέντρωση στο στόχο, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών (υποδομές, νοσηλευτικό – ιατρικό – διοικητικό προσωπικό, συμπεριφορά και εξυπηρέτηση).

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

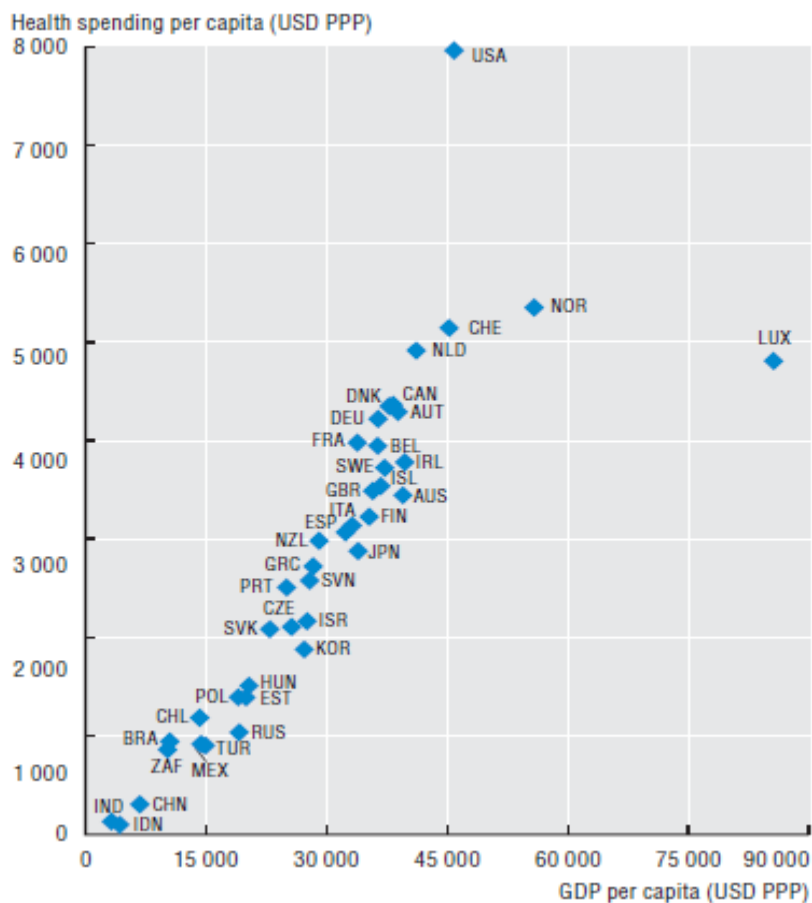
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Πηγή: OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database

Παράρτημα 1

Συνολικές δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό του ΑΕΠ, 2009



Πηγή: OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database

Παράρτημα 2

Συνολικές δαπάνες για την υγεία ανά άτομο και ΑΕΠ ανά άτομο, 2009

Ελληνική

1. Βοζίκης Αθανάσιος, *Οικονομικά της υγείας*, Πειραιάς, 2012, Σημειώσεις Εξαμήνου
2. Δερβιτσιώτης Κ., *Ποιοτικός Έλεγχος και Παραγωγικότητα*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ν. Αϊβάζη – Σ. Ζουμπούλη, 1985, Τόμος 1
3. Δερβιτσιώτης Κ., *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις «Interbooks», 2001
4. Θεοδώρου Μ., «*Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
5. Καλογεράκη Α., *Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Η περίπτωση των ασθενών των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ*». Διπλωματική εργασία, Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2007
6. Καριώτης Π., *Το Σύστημα Υγείας και η οργάνωση του management υπηρεσιών υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
7. Κουκουμτζής Σ., *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Συνέπειές της στην Οικονομική Ανάπτυξη και Μεγέθυνση της χώρας*, Εργασία, Αθήνα, 2013
8. Λογοθέτης Ν., *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*, Interbooks, 1992
9. Μάινα Α. & Αγραφιώτης Δ., «*Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση*», Το Σύγχρονο Νοσοκομείο, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1997
10. Μέριανου-Μιχαήλ Β. & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ., «*Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία*», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993
11. Μπινιώρης Σπυρίδων, *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ, 2009

12. Μπούρας Γ., Λύκουρας Λ., *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία*, Εγκέφαλος 48, 2011, σελ. 54-61.
13. Νικολάου Ελισσάβητ, *Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας*, Ηράκλειο, Μεταπτυχιακή Εργασία, 2011
14. Παπανικολάου Β., *«Η εφαρμογή των Κύκλων Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία δημιουργεί ευκαιρίες για τη Διοίκηση και το Προσωπικό»*, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 10, Τεύχος 5, 1995
15. Παπαπαναγιώτου Μ., *Σημειώσεις μαθήματος «Διοίκησης Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας»*, Πειραιάς, 2000
16. Πατελάρου Α., *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση*, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, 2011, σελ.53-61
17. Πετσετάκη Ε., *«Εξασφάλιση Ποιότητας Φροντίδας στις Υπηρεσίες»*, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 13-25
18. Πετράκης Π.Ε, *Η Ελληνική Οικονομία και η Κρίση: Προκλήσεις και Προοπτικές*, Quaestor, 2011
19. Ραφτόπουλος Β. & Οικονομοπούλου Χ., *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*, «Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας», 48 (2) 2003, σελ. 84-94
20. Σιγάλας Ι. & Αλεξιάδης Δ., *Διοίκηση Υπηρεσιών – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999
21. Σιγάλας Ι. – Αλεξιάδης Δ., *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)*, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τόμος Δ, 1999
22. Τζανετάκη Θ., *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, (Διπλωματική Εργασία) 2006
23. Τσαλίκης Γ., *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003
24. Τούντας Γ., *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής», 20 (5), 2003α, σελ. 532-546

25. Τούντας Γ., *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Γενιά, 2008
26. Φαμέλη Α., *Το μοντέλο του EFQM και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες*, 2005 (Διπλωματική Εργασία)
27. Φαρατζιάν Α., *Στρατηγική και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας*, Διπλωματική εργασία, 2007

Ξενόγλωσση

1. Bicking C. & Gryna F.M, In J.M Juran (Ed), *The Quality Control Handbook*, Process control by statistical methods, New York: Mc Graw – Hill, 1979
2. Brannan K., “*Total Quality in Health Care*”, Hospital Material Management Quarterly, Vol. 19, No. 4, 1998, p. 1-8
3. Collard R., *The Quality Circle in Context*, U.K, Personel Management, Vol. 13, p. 26-30, 1981
4. Crow, R. Gage, H. Hampson, S. Hart, J. Kimber, A. Storey, L. Thomas, H. *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*, Health Technology Assessment, 2002, 32(6)
5. Dayton N., “*The Demise of Total Quality Management*”, The TQM Magazine, Vol. 15, No. 6, 2003, p. 391-396
6. Deming W.E, *Out of the Crisis*, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge,1986
7. Donabedian A., *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980
8. Donabedian A., *The quality of care: How can it be assessed?*, JAMA, 1988
9. Donabedian A., *The Seven Pillars of Quality*, Archives of Pathology and Laboratoty Medicine, 1990

10. Gryna Jr. F., *Quality Circles: A Team approach to problem solving*, Amacon, New York, 1981
11. Ishikawa K., *What is Quality Control?*, Engewood Cliffs N.J. Prentice Hall
12. Jackson S., “*Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance*”, *Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14, No. 4, 2001, p. 157-163
13. Johnson J. & Omachonu V., *Total Quallity Management as a Health Care Corporate Strategy*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8, No. 6, 1995, p. 23-28
14. Juran, J.M & Gryna F.M, *The Quality Control Handbook*, New York: Mc Graw – Hill, 1988
15. Kottler P., *Marketing Management*, Eleventh Edition, New Jersey: Prentice Hall, International Editions, 2003
16. Nelson A.R, *Measuring Performance and Improving Quality*, London: Sterling, 1996
17. Ovretveit J., “*The Quality of Health Purchasing*”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 16, No. 3, 2003, p.116-123
18. Smith F., “*Florence Nightingale*”: *Reputation with Power*, Εκδόσεις St. Paretin Press, 1982
19. Thomson R., *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals*, Εκδ. Thomson, 1980
20. Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. *Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans*.*Research in the Sociology of Health Care*, 2007, 24, p. 17-40
21. Who, “*Health for All by Year 2000*”, 1980
22. Williams S.J & Torrens P.R, *Introduction to Health Services*, John Wiley and Sons, 1980

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

Διαδικτυακές Πηγές

1. Απαιτήσεις Προτύπου ISO: www.mech.upatras.gr/~goutsos/chapter2part1.doc,
www.iso.org
2. BiT Business & Information Technology: Μελέτες Κύκλων Ποιότητας, http://www.bit.com.gr/files/BiT-Quality_Cycles_Case_Studies.pdf
3. Trainmor: Know more: Εισαγωγή στους κύκλους ποιότητας, <http://www.trainmor-knowmore.eu/F8593A2D.el.aspx>
4. www.healthcaremanaging.com
5. www.mohaw.gr
6. www.nosokomeia.gr
7. Ελευθεροτυπία, *Ρεκόρ 50ετίας στις αυτοκτονίες για την Ελλάδα του Μνημονίου*, 2013, <http://www.enet.gr/>
8. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, 2011, http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf
9. Κύκλοι Ποιότητας, http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_circle
10. Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2010, <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
11. Κυριόπουλος Ι., *Πολιτική και Οικονομία της Κρίσης και Ψυχική Υγεία*, 2012, http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/202012.pdf
12. Ποιοτικοί Στόχοι Υγειονομικής Περίθαλψης:

- <http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf>
13. Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α. & Ρήγα Μ., *Έξι χιλιάδες ιατρικά λάθη κάθε χρόνο στην Ελλάδα*, έρευνα: ΠΑ.ΠΕΙ.,
<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=63905536>
 14. Deming W. Edwards, [http://en.wikipedia.org/wiki/W. Edwards Deming](http://en.wikipedia.org/wiki/W._Edwards_Deming)
 15. European Agency for Safety and Health at Work, *Stress*, 2013,
<https://osha.europa.eu/en/topics/stress>
 16. European Commission, *Mental Health*, Eurobarometer 73.2, retrieved in October 2010, 2010 http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm
 17. OECD, *Health at a Glance*, retrieved in November 2012, 2012
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
 18. OECD, *OECD Health Data 2012- How Does Greece Compare*, retrieved in June 2012, 2012, <http://www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf>
 19. Who, *Continuous Quality Development: A proposal National Policy*, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993, www.euro.who.int
 20. Χυτήρης Λ., *Κύκλοι Ποιότητας και Δυνατότητα Εφαρμογής τους στην Ελλάδα*, Σπουδαί, 36 (1), 1986, σελ. 365-381
http://digilib.lib.unipi.gr/spoudai/bitstream/spoudai/523/1/t36_n1-4_365to381.pdf