

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

**ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ
ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ.**

ΚΡΑΛΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ του Νικολάου

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2004

**ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ
ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ.**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος: «Οι εξελίξεις στην οργάνωση και στη διοίκηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας και αποτίμηση της αποδοτικότητας του.»

Σημαντικοί όροι: Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.), Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας του E.F.Q.M., ISO 9001, Συστήματα Πιστοποίησης (Accreditation), Συστήματα ομοτεχνιακού ελέγχου (Visitation), Ερευνητικό πρόγραμμα ExPeRT, Data Envelopment Analysis (D.E.A.)

Το Ε.Σ.Υ. έχει υποστεί πολλές μεταβολές στη διάρθρωσή του τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι συνεχείς αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο που το διέπει έχουν οδηγήσει σε αλληπάλληλες οργανωτικές και διοικητικές προσαρμογές του. Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι, αρχικά, να αναλυθούν οι τελευταίες εξελίξεις στο Ε.Σ.Υ. και να δοθεί μία ολοκληρωμένη εικόνα για τη σημερινή διοικητική και οργανωτική του διάρθρωση.

Στη συνέχεια γίνεται μία προσπάθεια να προσδιοριστούν και να περιγραφούν τα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται σε διεθνές επίπεδο. Στα πλαίσια αυτά αναλύονται και τα αποτελέσματα που παρείχε η συγκριτική τους μελέτη στην Ευρώπη, η οποία έγινε μέσα από το πρόγραμμα «ExPeRT». Επίσης, καταγράφεται η προσπάθεια σύγκλισης των συστημάτων, οι δυσκολίες που πρέπει να ξεπεραστούν και οι πρωτοβουλίες που πρέπει να αναληφθούν.

Τέλος, δίνεται το θεωρητικό υπόβαθρο για τη μέθοδο αποτίμησης αποδοτικότητας D.E.A. Περιγράφονται τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η εφαρμογή της σε οργανισμούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών και καταγράφονται τα στάδια για τη χρησιμοποίησή της στο Ε.Σ.Υ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διπλωματική αυτή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων-Ολική Ποιότητα (M.B.A.-T.Q.M.) του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Πειραιά.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην προσπάθεια αυτή και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσης εργασίας. Ο Διευθυντής του προγράμματος και επιβλέπων καθηγητής μου κ. Σωτήρης Καρβούνης αποτέλεσε ενεργό και πολύτιμο συμπαραστάτη τόσο στην προσαρμογή μου σε ένα νέο γνωστικό αντικείμενο σε σχέση με το πτυχίο μου, όσο και στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, ο καθηγητής κ. Κυριάκος Κιουλάφας του Οικονομικού Τμήματος του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με καθοδήγησε στη επιλογή και στη διάρθρωση του θέματος της διπλωματικής, παρέχοντας μου χρήσιμο υλικό και πληροφορίες για το χώρο της Διοίκησης Μονάδων Υγείας. Ο καθηγητής κ. Γεώργιος Μποχώρης με βοήθησε να κατανοήσω πραγματικά το νόημα και τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και να βρω υλικό για τα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της Ποιότητας. Τέλος ο καθηγητής κ. Δημήτρης Δεσπότης με εισήγαγε σε ένα άγνωστο σε μένα γνωστικό αντικείμενο, δίνοντας μου να κατανοήσω τις παραμέτρους που σχετίζονται με τη μέθοδο αποτίμησης της αποδοτικότητας D.E.A.

Για την υποστήριξη που μου έδωσαν σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και για τη συνεισφορά τους στη βιβλιογραφική αναζήτηση και στην κατανόηση επιμέρους θεμάτων πρέπει να ευχαριστήσω τον υποψήφιο διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Γιώργο Παππού, την οδοντίατρο κ. Περσεφόνη Κακούρη και τη νομικό κ. Ασπασία Φλέσουρα. Τέλος, θέλω να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, η πολύπλευρη στήριξη των οποίων μου επέτρεψε να κάνω επιλογές για τη ζωή μου χωρίς πίεση.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 : Γεωγραφική κατανομή ΠΕ.Σ.Υ.Π. ⁽²⁾	σελ. 2-3
Πίνακας 2 : Νοσηλευτικές μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π. ⁽²⁾	σελ. 4-5
Πίνακας 3 : Οι Απαιτήσεις του ISO 9001	σελ.38
Πίνακας 4 : Τα κεφάλαια του εγχειριδίου πιστοποίησης του Joint Commission International (1999) ⁽⁹⁾	σελ.40
Πίνακας 5 : Η στάση κυβερνητικών φορέων στο Ηνωμένο Βασίλειο	σελ.53
Πίνακας 6 : Η στάση επαγγελματιών, επιστημονικών και ακαδημαϊκών φορέων στο Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁴⁹⁾	σελ.54
Πίνακας 7 : Εφαρμογή συστημάτων εξωτερικής αξιολόγησης ⁽⁵¹⁾	σελ.57
Πίνακας 8 : Χαρακτηριστικά των μεθόδων της Παλινδρόμησης και της D.E.A. ⁽⁵⁴⁾	σελ.61
Πίνακας 9 : Αποτύπωση υποθετικού συστήματος παραγωγής	σελ.64

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1 : Η νέα οργανωτική διαίρεση του Ε.Σ.Υ. ⁽²⁾ σελ. 1

Διάγραμμα 2 : Τα Κριτήρια του Ε.Φ.Ο.Μ. σελ.27

Διάγραμμα 3 : Αριθμός των προγραμμάτων πιστοποίησης στην Ευρώπη και η συμμετοχή των κυβερνήσεων σε αυτά.⁽²¹⁾ σελ.41

Διάγραμμα 4 : Απεικόνιση συνόρου αποδοτικότητας σε κλίμακα σταθερών αποδόσεων σελ.63

Διάγραμμα 5 : Απεικόνιση συνόρου αποδοτικότητας σε κλίμακα μεταβλητών αποδόσεων. σελ.64

Διάγραμμα 6 : Κατάταξη αποδοτικών μονάδων. σελ.68

Διάγραμμα 7: Αποδοτικότητα μονάδων.⁽⁵⁷⁾ σελ.69

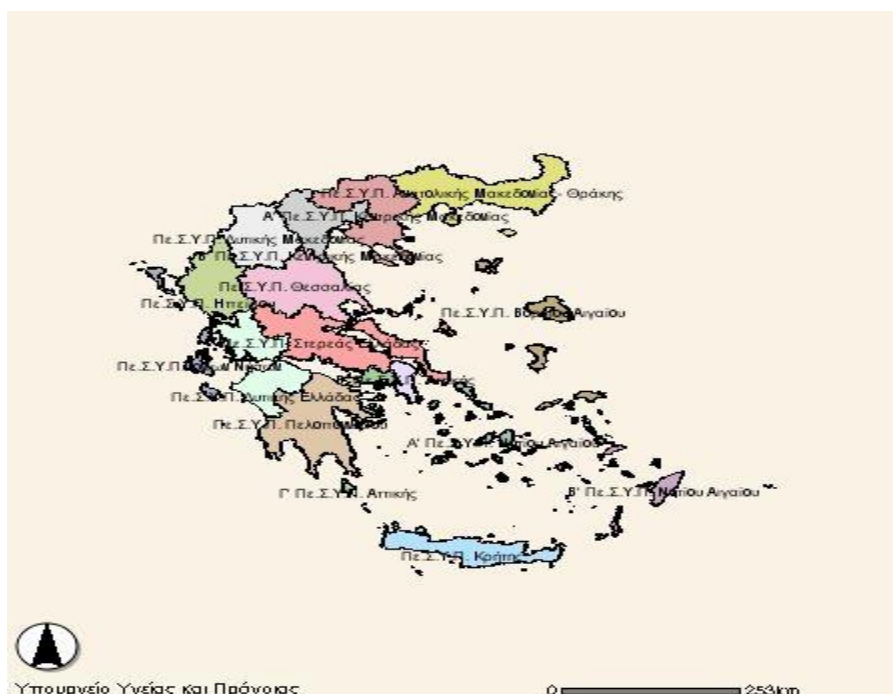
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ Ε.Σ.Υ.	1
1.2. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.	6
1.2.1. Διοικητικό Συμβούλιο.....	6
1.2.2. Πρόεδρος του Δ.Σ.....	8
1.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.	9
1.4. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.	12
1.5. ΠΟΡΟΙ ΠΕ.Σ.Υ.Π.	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ & ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
2.1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	15
2.1.1. Το Συμβούλιο Διοίκησης.....	15
2.1.2. Ο Διοικητής.....	17
2.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	20
2.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
3.1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Φ.Ο.Μ.....	25
3.1.1. Η Φιλοσοφία του	25
3.1.2. Η Δομή του.....	26
3.1.3. Η Εφαρμογή του στις Υπηρεσίες Υγείας.....	32
3.2. ΠΡΟΤΥΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001	33
2.1. Η Φιλοσοφία του	33
2.2. Η Δομή του	34
2.3. Η Εφαρμογή του στις Υπηρεσίες Υγείας.....	41
3.3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ (Accreditation)	43
3.1. Η Φιλοσοφία τους.....	43
3.2. Η Δομή τους.....	44
3.3. Η Εφαρμογή τους στις Υπηρεσίες Υγείας.....	45
4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΟΜΟΤΕΧΝΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (Visitation).....	46
4.1. Η Φιλοσοφία, η Δομή και η Εφαρμογή τους.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ExPeRT”	50
4.1. Εισαγωγή	50
4.2. Αποτύπωση της κατάστασης ανά χώρα.....	51
4.3. Συμπεράσματα	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.....	67
5.1. Εισαγωγή	67
5.2. Η Μέθοδος D.E.A.	69
5.2.1. Ιστορική αναδρομή.....	69
5.2.2.Βασική φιλοσοφία και βασικές έννοιες της D.E.A.	69
5.2.3. Μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού.....	72
5.2.4. Ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων	75
5.3. Η Μέθοδος D.E.A. στις Υπηρεσίες Υγείας.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ Ε.Σ.Υ.

Ο νόμος 2889 του 2001 με τον τίτλο «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» ⁽¹⁾ αποτέλεσε την αρχή για τη μεταρρύθμιση της οργάνωσης και της διοίκησης του Συστήματος Υγείας της χώρας μας, θέτοντας τις βάσεις για την διοικητική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.). Με το νόμο αυτό η επικράτεια διαιρέθηκε σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας» (που συμπληρώνεται με το όνομα της αντίστοιχης περιφέρειας) και με έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια. Η εποπτεία και ο έλεγχος των ΠΕ.Σ.Υ.Π. ανατέθηκε στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής ιδρύθηκαν 3 ΠΕ.Σ.Υ.Π. ενώ στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου από 2. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την απόφαση ήταν ο πληθυσμιακός γιγαντισμός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και η πληθυσμιακή διασπορά σε πολλά νησιά για το Νότιο Αιγαίο.



Εικόνα 1 : Η νέα οργανωτική διαίρεση του Ε.Σ.Υ. ⁽²⁾

Στον παρακάτω πίνακα καταγράφονται οι νομοί που περιλαμβάνει κάθε ΠΕ.Σ.Υ.Π., η έδρα καθώς και ο πληθυσμός ευθύνης τους:

Πίνακας 1 : Γεωγραφική κατανομή ΠΕ.Σ.Υ.Π. (2)

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

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Νομοί	Έδρα	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)
Δυτική Ελλάδα	Δυτικής Ελλάδας	Αιτωλοακαρνανίας Αχαΐας Ηλείας	Πάτρα	740.506
Ήπειρος	Ηπείρου	Άρτα Θεσπρωτία Ιωάννινα Πρέβεζα	Ιωάννινα	353.820
Θεσσαλία	Θεσσαλίας	Καρδίτσα Λάρισα Μαγνησία Τρίκαλα	Λάρισα	753.888
Ιόνια Νησιά	Ιονίων Νησιών	Ζάκυνθος Κέρκυρα Κεφαλονιά & Ιθάκη Λευκάδα	Κέρκυρα	212.984
Κρήτη	Κρήτης	Ηράκλειο Λασιότι Ρέθυμνο Χανιά	Ηράκλειο	601.131
Πελοπόννησος	Πελοποννήσου	Αργολίδα Αρκαδία Κορινθία Λακωνία Μεσσηνία	Τρίπολη	638.942
Στερεά Ελλάδα	Στερεάς Ελλάδας	Βοιωτία Εύβοια Ευρυτανία Φθιώτιδα Φωκίδα	Λαμία	605.329

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

Πίνακας 2 : Νοσηλευτικές μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π. (2)

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Αττική	Α΄	3.761.810	17	-	-
	Β΄		10	9	6
	Γ΄		9	5	14
Κεντρική Μακεδονία	Α΄	1.874.214	9	20	110
	Β΄		12	11	80
Νότιο Αιγαίο	Α΄	112.615	2	7	35
	Β΄	190.071	4	4	40
Αν. Μακεδονία -Θράκη	Αν. Μακεδονίας -Θράκης	611.067	6	14	119
Βόρειο Αιγαίο	Βορείου Αιγαίου	206.121	5	7	65
Δυτική Μακεδονία	Δυτικής Μακεδονίας	301.522	5	7	88
Δυτική Ελλάδα	Δυτικής Ελλάδας	740.506	11	18	146
Ήπειρος	Ηπείρου	353.820	5	16	109

Υγειονομική Περιφέρεια	ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Πληθυσμός Ευθύνης (2001)	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Θεσσαλία	Θεσσαλίας	753.888	5	20	153
Ιόνια Νησιά	Ιονίων Νησιών	212.984	6	8	49
Κρήτη	Κρήτης	601.131	9	14	120
Πελοπόννησος	Πελοποννήσου	638.942	9	26	176
Στερεά Ελλάδα	Στερεάς Ελλάδας	605.329	8	15	148
Σύνολο		10.964.020	132	201	1458

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

1. Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ"
2. Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"
3. Το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"
4. Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΟΡΠΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"
5. Το Γενικό Νοσοκομείο "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"
6. Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"
7. Το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"
8. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"
9. Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"
10. Το Σπηλιωπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"
11. Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.)
12. Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ".
13. Το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"
14. Το "ΩΝΑΣΕΙΟ" Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών

1.2. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Όργανα διοίκησης είναι το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) και ο Πρόεδρος του Δ.Σ., ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

1.2.1. Διοικητικό Συμβούλιο

Το Δ.Σ. είναι εννεαμελές, με πενταετή θητεία, συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης και αποτελείται από:

- Τον Πρόεδρο του Δ.Σ. , που διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Βουλής των Ελλήνων σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Κανονισμό της.
- Τέσσερα μέλη με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα (με τέσσερις αναπληρωτές), από τα οποία τα τρία ορίζονται από τον Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και το τέταρτο από το Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας.
- Ένα μέλος που προτείνεται μαζί με τον αναπληρωτή του από την Ένωση Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων Ελλάδας (Ε.Ν.Α.Ε.).
- Ένα μέλος που ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του από τη Γενική Συνέλευση του Ιατρικού Τμήματος στα ΠΕ.Σ.Υ.Π. που έχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, ενώ για τα υπόλοιπα ΠΕ.Σ.Υ.Π. ορίζεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ένας εκπρόσωπος των γιατρών της αντίστοιχης Περιφέρειας.
- Ένα μέλος (μαζί με τον αναπληρωτή του) που εκπροσωπεί (μετά από εκλογή) τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν στις αποκεντρωμένες μονάδες και τα λειτουργικά διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- Ένα μέλος (μαζί με τον αναπληρωτή του) που εκπροσωπεί (μετά από εκλογή) τους υπόλοιπους εργαζομένους (εκτός των γιατρών) του Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν στις αποκεντρωμένες μονάδες και τα λειτουργικά διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Όλα τα μέλη του ΠΕ.Σ.Υ.Π. ,τόσο τα οριζόμενα όσο και τα αιρετά, πρέπει να είναι κάτοχοι πτυχίου Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης. Στην απόφαση συγκρότησης του ΠΕ.Σ.Υ.Π. συμπεριλαμβάνεται και ο ορισμός Αντιπροέδρου, ο οποίος αναπληρώνει τον Πρόεδρο όταν αυτός κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει και για διάστημα που σε καμία περίπτωση δε μπορεί να ξεπερνά τους τρεις μήνες.

Οι αρμοδιότητες του Δ.Σ. ορίζονται σαφώς στο νόμο και είναι οι ακόλουθες:

- (1) Ο συντονισμός, η εξειδίκευση και η άσκηση της πολιτικής για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην αντίστοιχη Περιφέρεια.
- (2) Η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια και η υποβολή του για έγκριση στον Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

- (3) Η εκπόνηση και η διαρκής επικαιροποίηση του Υγειονομικού Χάρτη της Περιφέρειας καθώς και η εισήγηση των αναγκαίων ενεργειών εφαρμογής του.
- (4) Η εισήγηση προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας της χωροταξικής κατανομής των μονάδων υγείας της Περιφέρειας.
- (5) Η κατάρτιση και η υποβολή προς έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας των οργανισμών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας της Περιφέρειας.
- (6) Η εισήγηση προς το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας θεμάτων που αφορούν την ίδρυση νέων τμημάτων και μονάδων, τη μείωση ή τη συγχώνευση τμημάτων των νοσοκομείων, τη μεταφορά τμημάτων του Ε.Σ.Υ. και την εγκατάσταση ή τη μετεγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών.
- (7) Οι αποφάσεις για την ανέγερση ή την επέκταση ή την αναδιάταξη των διαφόρων μονάδων του και τη μεταφορά του εξοπλισμού τους.
- (8) Η εισήγηση προς το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας του συνολικού ετήσιου προγραμματισμού προσλήψεων τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων του.
- (9) Οι αποφάσεις που αφορούν τις μετατάξεις, τις μεταθέσεις και τις αποσπάσεις του προσωπικού (εκτός του ιατρικού) μεταξύ των μονάδων του.
- (10) Η κατάρτιση ενιαίου προϋπολογισμού για το σύνολο των μονάδων του.
- (11) Η έγκριση και ο έλεγχος της εκτέλεσης του προϋπολογισμού της κάθε μίας μονάδας.
- (12) Η σύνταξη ενοποιημένου ισολογισμού και απολογισμού στο τέλος κάθε χρήσης για το σύνολο των μονάδων του.
- (13) Η παρακολούθηση της εφαρμογής του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας.
- (14) Η εποπτεία των διαδικασιών για προμήθειες των αποκεντρωμένων μονάδων του.
- (15) Οι αποφάσεις που αφορούν την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.
- (16) Η σύνταξη Ετήσιας Έκθεσης Πεπραγμένων, την οποία και υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- (17) Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου από τις μονάδες του, με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.
- (18) Η έγκριση των ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων που εισηγούνται τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων, οι αποφάσεις για οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξή τους καθώς και η παρακολούθηση της υλοποίησής τους.
- (19) Η απόφαση για τη σύσταση Ανωνύμων Εταιρειών (αυτοτελώς ή σε συνεργασία με άλλα ΠΕ.Σ.Υ.Π.) που θα έχουν σκοπό τη μελέτη, την κατασκευή ή τη συντήρηση των κτιριακών υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού ή την ανάπτυξη άλλων

κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών. Το μετοχικό κεφάλαιο της Α.Ε. πρέπει να ανήκει κατά 100% στα ΠΕ.Σ.Υ.Π.

- (20) Οι αποφάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας της Περιφέρειας.
- (21) Οι αποφάσεις για τα θέματα λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

1.2.2. Πρόεδρος του Δ.Σ.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. αποτελεί ξεχωριστό όργανο διοίκησης του ΠΕ.Σ.Υ.Π. με σαφώς ορισμένες από το νόμο αρμοδιότητες. Πρέπει να διαθέτει πτυχίο Α.Ε.Ι. , δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης, ιδιαίτερο κύρος (συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών, της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού, προγραμματισμού, οργάνωσης και διοίκησης) καθώς και ανάλογη εμπειρία. Η θητεία του είναι πενταετής και η θέση είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Οι αρμοδιότητές του συγκεκριμένα είναι:

- (1) Ο συντονισμός και η παρακολούθηση των εφαρμογών της πολιτικής υγείας που εκπονούνται και ασκούνται στην Περιφέρεια.
- (2) Ο συντονισμός της δράσης όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΠΕ.Σ.Υ.Π. και αυτών που συνδέονται λειτουργικά με αυτό.
- (3) Η εποπτεία της ορθής και αποτελεσματικής λειτουργίας τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (4) Η σύγκληση του Δ.Σ. και η διεύθυνση των συνεδριάσεων του.
- (5) Η συγκρότηση ομάδων εργασίας και επιτροπών με σκοπό τη μελέτη, την εισήγηση και τη γνωμοδότηση θεμάτων, που αναφέρονται στις δραστηριότητες του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (6) Η εκπροσώπηση του ΠΕ.Σ.Υ.Π. σε οποιοδήποτε δικαστήριο, σε οποιαδήποτε αρχή και έναντι τρίτων.
- (7) Η ανάθεση της εκπροσώπησης του ΠΕ.Σ.Υ.Π. στον Αντιπρόεδρο ή στον αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή ή σε άλλο μέλος του Δ.Σ. καθώς και ο διορισμός πληρεξούσιων δικηγόρων.
- (8) Η άσκηση του πειθαρχικού ελέγχου.
- (9) Η συμμετοχή στο Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Συ.ΠΕ.Σ.Υ.Π.).
- (10) Η συγκρότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (11) Η άσκηση όλων των αρμοδιοτήτων που του αναθέτει το Δ.Σ.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθούμε και στο Επιστημονικό Συμβούλιο (Ε.Σ.) του ΠΕ.Σ.Υ.Π. , το οποίο δεν ασκεί μεν διοίκηση αλλά λειτουργεί υποστηρικτικά στα όργανα διοίκησης. Το Ε.Σ. είναι εντεκαμελές, έχει τριετή θητεία και συγκροτείται με πράξη του Προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Απαρτίζεται από 8 ιατρούς Διευθυντές (συγκεκριμένων ειδικοτήτων), 1 οδοντίατρο Διευθυντή, 1 φαρμακοποιό Διευθυντή και 1 επιστήμονα (εκτός ιατρού, οδοντιάτρου, φαρμακοποιού) Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας. Όλα

τα μέλη (μαζί με τους αναπληρωτές τους) εκλέγονται ξεχωριστά για κάθε θέση, σε ψηφοφορία που διεξάγεται ανάμεσα στους ομότιτλους Διευθυντές του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Με μυστική ψηφοφορία το Ε.Σ. εκλέγει τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρό του. Οι αρμοδιότητές του είναι οι παρακάτω:

- (1) Η εισήγηση και η γνωμοδότηση προς το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. σε επιστημονικά θέματα υγείας.
- (2) Η γνωμοδότηση σε ερωτήματα του Προέδρου.
- (3) Η απάντηση σε ερωτήματα που θέτουν τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων της Περιφέρειας.
- (4) Η συγκρότηση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας όπως και άλλων επιστημονικών επιτροπών και ομάδων εργασίας για τη μελέτη θεμάτων υγείας.
- (5) Η εισήγηση προς το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μέσω του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. , επιστημονικών θεμάτων της Περιφέρειας.

Τέλος, οι Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Ν.Υ.) όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π. συγκροτούν το Νοσηλευτικό Συμβούλιο (Ν.Σ.). Πρόεδρός του ορίζεται το αρχαιότερο από τα μέλη του. Υποστηρίζει τη διοίκηση του ΠΕ.Σ.Υ.Π. γνωμοδοτώντας για κάθε θέμα που αφορά τη Ν.Υ. , ενώ λειτουργεί και ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο τόσο στην πρόταση προς το Δ.Σ. των προσώπων που κρίνονται ικανά για τη θέση των Διευθυντών της Ν.Υ. των αποκεντρωμένων μονάδων, όσο και στην επιλογή προϊσταμένων της Ν.Υ. κάθε νοσοκομείου του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

1.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.

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

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

1. Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
2. Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης
3. Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
4. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης

5. Το Γραφείο Προέδρου

6. Το Νομικό Γραφείο

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά στη διάρθρωση αυτών των δομών.

1. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

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

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό:

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

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

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

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

- Διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.).
- Προκηρύσσει και χρηματοδοτεί από τα αποθεματικά του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. ερευνητικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη στόχων υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας ή είναι γενικότερου ενδιαφέροντος και συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Μεριμνά για την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και ευρεσιτεχνιών, όπως αυτή καθορίζεται με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.

- Παρακολουθεί μέσω της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, τη διενέργεια των ερευνών, ώστε αυτές να ακολουθούν τους διεθνείς κανόνες περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, βιοηθικής, δεοντολογίας, προστασίας και σεβασμού του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσης πειραματόζωων.

2. Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης

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

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

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

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού

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

γ) Τμήμα Προμηθειών

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

3. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

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

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

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

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών

Το τμήμα αυτό διαιρείται ως εξής:

1. Το Γραφείο Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
2. Το Γραφείο Διοικητικής και Οργανωτικής Εκπαίδευσης

Τα Γραφεία αυτά μεριμνούν για την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους αντίστοιχους τομείς, την οικονομική ενίσχυση, τη διοικητική υποστήριξη και την παρακολούθηση της υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών.

4. Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης

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

- Μεριμνά για όλα τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του κάθε φύσης προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π., καθώς και για την απόσπαση, διάθεση, μετάταξη, μεταφορά υπαλλήλων από τα Νοσοκομεία και από υπηρεσίες των Περιφερειών και των Υπουργείων στο ΠΕ.Σ.Υ.Π., καταρτίζοντας και τις διοικητικές πράξεις που απαιτούνται κάθε φορά.
- Μεριμνά για την κατάρτιση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού της Κεντρικής Υπηρεσίας του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Παρέχει γραμματειακή εξυπηρέτηση στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π., σε ομάδες εργασίας και επιτροπές.
- Καταρτίζει τα σχέδια των αποφάσεων που είναι αναγκαίες για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του Γενικού Διευθυντή - Προέδρου του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. και ασκεί κάθε αρμοδιότητα σχετική με τα ως άνω θέματα.
-

5. Γραφείο Προέδρου

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

6. Νομικό Γραφείο

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

1.4. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΠΕ.Σ.Υ.Π.

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

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

1. Κατηγορία Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ)

- α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)
- β) Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων ή Κοινωνικής Διοίκησης, θέσεις δύο (2)
- γ) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)
- δ) Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις (3)
- ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)
- στ) Κλάδος ΠΕ Γιατρών, ΠΕ Ιατρών Ειδικοτήτων, ΠΕ Οδοντιάτρων, ΠΕ Νοσηλευτικής, ΠΕ Φαρμακοποιών, θέσεις πέντε (5)
- ζ) Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία (1).
- η) Μία θέση δικηγόρου παρ' Αρείω Πάγω με πάγια αντιμισθία.

2. Κατηγορία Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)

- α) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)
- β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)
- γ) Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις έξι (6).

3. Κατηγορία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)

- α) Κλάδος ΔΕ Χειριστών , θέσεις τέσσερις (4)
- β) Κλάδος ΔΕ Τεχνικός, ειδικότητας οδηγού οχημάτων, θέσεις δύο (2).

4. Κατηγορία Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ)

- α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)
- β) Κλάδος ΥΕ Φυλάκων - Νυχτοφυλάκων θέσεις δύο (2).
- γ) Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας θέσεις τέσσερις (4).

1.5. ΠΟΡΟΙ ΠΕ.Σ.Υ.Π.

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

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

Τέλος πρέπει να αναφερθεί πως τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια τα οποία απολαμβάνει το Δημόσιο, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών απαλλαγών που ισχύουν για τα νοσοκομεία.

ΠΗΓΕΣ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- (1) «Νόμος 2889 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης 37, τεύχος Α', 2.3.2001
- (2) Υπουργείο Υγείας, www.ypyp.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ & ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Τα Γενικά και τα Ειδικά. Γενικά νοσοκομεία είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Η κατάταξη των νοσοκομείων σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες γίνεται με τη σύστασή τους η οποία γίνεται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η εποπτεία αυτή αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους, καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης.

Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ονομάζονται "Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.". Διατηρούν την ονομασία τους, ως "Πανεπιστημιακά", τα Γενικά Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας, Πατρών και Χαϊδαρίου Αττικής.

Όργανα διοίκησης νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι το Συμβούλιο Διοίκησης (Σ.Δ.) και ο Διοικητής.

2.1.1. Το Συμβούλιο Διοίκησης

Αποτελείται από:

- το Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο,
- το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού,
- το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο Διευθυντή τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας,
- το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο τομεάρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
- τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου.

- Στα νοσοκομεία, με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης είναι και ο Αναπληρωτής Διοικητής.

Το Σ.Δ. τις εξής αρμοδιότητες:

- (1) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες, που του εκχωρούνται με απόφαση του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (2) Ασκεί όλες τις γνωμοδοτικές αρμοδιότητες που είχαν τα καταργημένα Δ.Σ. των νοσοκομείων.
- (3) Γνωμοδοτεί προς τον Πρόεδρο ή το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π., κατά περίπτωση, για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας του, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του.
- (4) Γνωμοδοτεί για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.
- (5) Γνωμοδοτεί για τις τροποποιήσεις του προϋπολογισμού, ανεξαρτήτως ποσού. Οι τροποποιήσεις αυτές υποβάλλονται από το Διοικητή, για έγκριση, στον Πρόεδρο του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (6) Προτείνει το σχεδιασμό και τα επί μέρους προγράμματα για την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου και εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μεγαλύτερο από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές. Τα παραπάνω ποσά μπορεί να αναπροσαρμόζονται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.
- (7) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την προμήθεια, με τη νόμιμη διαδικασία, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μεγαλύτερο από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.
- (8) Προτείνει την αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου, καθώς και τη σύσταση θέσεων προσωπικού.
- (9) Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του νοσοκομείου, καθώς και για την αξιοποίηση τους, εκτός εάν πρόκειται για θέματα αποδοχής εξοπλισμού υψηλής

τεχνολογίας ή της δαπάνης ανάπτυξης νέων τμημάτων, για τα οποία αποφασίζει το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

- (10) Αποφασίζει για τη διάθεση, σε άλλα νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας, του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του υλικού αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

2.1.2. Ο Διοικητής

Ο Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται για πενταετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται. Διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με διαδικασία ανάλογη με αυτή για τους Αναπληρωτές Γενικούς Διευθυντές των ΠΕ.Σ.Υ.Π. , ενώ η θητεία του ανανεώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας , ύστερα από γνώμη του Δ. Σ. του αρμόδιου ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει είναι πτυχίο Α.Ε.Ι. , ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων (σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα), ενώ συνεκτιμώνται και οι μεταπτυχιακές σπουδές και η επιστημονική εξειδίκευση (σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης) καθώς και η ανάλογη εμπειρία. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες μπορεί να διορίζεται ως Διοικητής και πτυχιούχος Τ.Ε.Ι., που διαθέτει τα υπόλοιπα προσόντα.

Ο Διοικητής, πριν από την ορκωμοσία και ανάληψη υπηρεσίας, υπογράφει με το οικείο ΠΕ.Σ.Υ.Π. "Συμβόλαιο Αποδοτικότητας", στο οποίο καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνει για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η μη επίτευξη των στόχων αυτών συνεπάγεται τη λήξη της θητείας του και την απόλυση του, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Για την ανανέωση της θητείας του λαμβάνονται υπόψη:

- Η εκπλήρωση των όρων του συμβολαίου αποδοτικότητας
- Η όλη επίδοσή του κατά το διάστημα της θητείας του
- Ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων του
- Η ικανότητα αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου
- Η προθυμία και το πνεύμα συνεργασίας
- Η συνολική του συμπεριφορά προς τους πολίτες
- Η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του για τη διαρκή βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας του νοσοκομείου

➤ Η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων για την ανάπτυξη και λειτουργία του νοσοκομείου.

Οι αρμοδιότητες που έχει είναι οι παρακάτω:

- (1) Προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης.
- (2) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.
- (3) Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου.
- (4) Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου ή, μετά από σύμφωνη γνώμη του Προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ.Π., σε οποιονδήποτε υπάλληλο όλων των μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (5) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους και αναπτύσσει συνεργασία με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (6) Εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου.
- (7) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, στον οποίο πρέπει να προβλέπονται τα κονδύλια κατά διοικητικό τομέα, τμήμα και εργαστήριο.
- (8) Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και τροποποίηση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου (μέχρι κάποιου ποσού ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες), απόφαση που πρέπει να γνωστοποιήσει στον Πρόεδρο του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (9) Εισηγείται τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του προϋπολογισμού προς τον Πρόεδρο του ΠΕ.Σ.Υ.Π. ή το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. για μεγαλύτερα ποσά.
- (10) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου.
- (11) Αποφασίζει για τη σύσταση και συγκρότηση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.
- (12) Καθορίζει τα κριτήρια διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α και ελέγχει την τήρησή τους.
- (13) Ελέγχει την τήρηση της λίστας αναμονής ασθενών για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.
- (14) Εγκρίνει τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού, μετά από εισήγηση των Διευθυντών της Ιατρικής, Νοσηλευτικής ή Διοικητικής Υπηρεσίας αντίστοιχα.
- (15) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την εκτέλεση, με τη νόμιμη διαδικασία, έργων βελτίωσης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, καθώς και για την προμήθεια,

ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού ποσού μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές και ποσού μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

- (16) Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού του νοσοκομείου ανάμεσα στα διάφορα τμήματα αυτού.
- (17) Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.
- (18) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.
- (19) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.
- (20) Ασκει κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου.

Σε νοσοκομεία 400 κλινών και άνω υπάρχει θέση Αναπληρωτή Διοικητή, επίσης με πενταετή θητεία. Οι απαιτήσεις για το διορισμό στη θέση και οι διαδικασίες αξιολόγησης, επιλογής και διορισμού των Αναπληρωτών Διοικητών είναι ίδιες με αυτές που ορίζονται για τους Διοικητές.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθούμε και στο Επιστημονικό Συμβούλιο (Ε.Σ.), το οποίο δεν ασκεί μεν διοίκηση αλλά λειτουργεί υποστηρικτικά στα όργανα διοίκησης. Το Ε.Σ. έχει τριετή θητεία και συγκροτείται με πράξη του Διοικητή του νοσοκομείου. Απαρτίζεται από έξι ιατρούς (3 Διευθυντές, 1 Αναπληρωτή Διευθυντή, 1 Επιμελητή Α', 1 Επιμελητή Β'), έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας (μη ιατρό) και ένα νοσηλεύτη (κατηγορίας Π.Ε. ή Τ.Ε.). Στα νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, προστίθεται ένα επιπλέον μέλος, το οποίο είναι πανεπιστημιακός ιατρός. Επίσης, μετέχει (χωρίς δικαίωμα ψήφου), εκπρόσωπος των ειδικευόμενων ιατρών. Όλα τα μέλη (μαζί με τους αναπληρωτές τους) εκλέγονται ξεχωριστά για κάθε θέση, σε ψηφοφορία που διεξάγεται ανάμεσα στους ομότιτλους τους.

Με μυστική ψηφοφορία το Ε.Σ. εκλέγει τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρό του. Οι αρμοδιότητες που έχει είναι οι εξής:

- (1) Εισηγείται στο Συμβούλιο Διοίκησης για κάθε επιστημονικό θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου.
- (2) Εισηγείται τη συγκρότηση επιτροπών και ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα επιστημονικά θέματα του νοσοκομείου.
- (3) Εισηγείται για επιστημονικά θέματα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΕ.Σ.Υ.Π.
- (4) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού.
- (5) Συντονίζει και παρακολουθεί τα εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου και μεριμνά για τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων.
- (6) Γνωμοδοτεί σε επιστημονικά ερωτήματα του Διοικητή ή του Διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας.

- (7) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας για το πρόγραμμα εφημερίων των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.
- (8) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

2.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

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

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

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

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

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

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

υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, όπως και τμήμα Προμηθειών.

1. Ιατρική Υπηρεσία

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

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

- (1)** Συντονίζει το έργο των τομέων και των τμημάτων, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- (2)** Εισηγείται στο Διοικητή του νοσοκομείου το πρόγραμμα και το ωράριο λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, ύστερα από γνώμη των Διευθυντών των τομέων.
- (3)** Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα εφημερίων των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, έπειτα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου.
- (4)** Εισηγείται στο Διοικητή για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας στο προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- (5)** Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων.
- (6)** Ελέγχει και εποπτεύει τις δραστηριότητες των τμημάτων και μονάδων της Ιατρικής Υπηρεσίας που δεν ανήκουν σε τομέα.
- (7)** Επιμελείται την τήρηση του πρωτοκόλλου της Ιατρικής Υπηρεσίας και των ατομικών φακέλων με τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης των Διευθυντών τομέων.
- (8)** Επιλαμβάνεται όλων των θεμάτων δυσλειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας που προκύπτουν και δίνει τις απαραίτητες λύσεις με

γνώμονα την ιατρική δεοντολογία και το συμφέρον του ασθενούς.

- (9)** Ασκει όλες τις αρμοδιότητες που προκύπτουν από την ιεραρχική του θέση, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, ή όσες του αναθέτει ο Διοικητής του νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

Ο Διευθυντής του Τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας των Τμημάτων. Ειδικότερα:

- (1)** Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του Τομέα σύμφωνα με τις αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου.
- (2)** Καταρτίζει και εισηγείται τον προϋπολογισμό του Τομέα, λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των Διευθυντών των Τμημάτων και παρακολουθεί την εκτέλεση του.
- (3)** Προτείνει στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας το πρόγραμμα τακτικών και εκπαιδευτικών αδειών του προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του Τομέα.
- (4)** Αποφασίζει την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών μετά από γνώμη της επιτροπής χειρουργείου.

- (5) Αξιολογεί και συμμετέχει στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού του Τομέα, καθώς και του λοιπού προσωπικού που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

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

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

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

2. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π., μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του ΠΕ.Σ.Υ.Π.

2.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΤΟΥ E.F.Q.M.

3.1.1. Η Φιλοσοφία του

Η διοίκηση ποιότητας αποτελεί έναν τρόπο διαχείρισης των δραστηριοτήτων έτσι ώστε οι επιχειρήσεις να κερδίζουν σε αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, εξασφαλίζοντας όρους μακροπρόθεσμης επιτυχίας και ικανοποιώντας τις ανάγκες των πελατών, των εργαζομένων, των οικονομικών εταίρων και των άλλων μετόχων των οργανισμών αλλά και της κοινότητας γενικότερα. Αυτή η παραδοχή οδήγησε το 1988 δεκατέσσερις κορυφαίες Ευρωπαϊκές εταιρίες να πάρουν την πρωτοβουλία της ίδρυσης του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για την Διοίκηση Ποιότητας (European Foundation for Quality Management – E.F.Q.M.). Αυτή τους την προσπάθεια την ενίσχυσε και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Κύριος στόχος του E.F.Q.M. είναι η ενθάρρυνση των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων να εμπλακούν σε διαδικασίες συνεχούς βελτίωσης, υιοθετώντας, και στηρίζοντας τη φιλοσοφία και τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Για να εξυπηρετηθεί αυτός ο σκοπός το 1993 παρουσιάστηκε το πρώτο Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας, το οποίο ωθούσε τις επιχειρήσεις τόσο στην αυτοαξιολόγηση όσο και στη συμμετοχή στα Εθνικά και στο Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας. Το 1997 ξεκίνησε μία διαδικασία αναθεώρησης του Μοντέλου ώστε να απαλειφθούν αδυναμίες που είχαν εντοπιστεί και να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα αποτελέσματα της εταιρείας και στην ικανοποίηση των πελατών, χωρίς να αλλάξει όμως η βασική δομή του και οι πρωτεύοντες στόχοι του. Στη διαδικασία αυτή χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από περισσότερες από 500 εταιρίες, οι οποίες εισήγαγαν τις προτεινόμενες αλλαγές, και στη συνέχεια μελετήθηκαν προσεκτικά τα αποτελέσματά τους. Με αυτό τον τρόπο το 1999 παρουσιάστηκε το νέο Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας, στο οποίο εμπλέκονται σήμερα πάρα πολλές εταιρίες σε όλη την Ευρώπη.⁽³⁾

Το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας E.F.Q.M. αναγνωρίζει ότι υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις προκειμένου να πετύχουμε την Επιχειρηματική Αριστεία. Στα πλαίσια αυτής της μη περιγραφικής προσέγγισης υπάρχουν κάποια κύρια σημεία που χαρακτηρίζουν τη φιλοσοφία του. Αυτά περιγράφονται παρακάτω:⁽⁴⁾

- **Προσανατολισμός στα Αποτελέσματα:** Επιχειρηματική Αριστεία σημαίνει εξισορρόπηση και αποδεδειγμένη ικανοποίηση των αναγκών όλων των ενδιαφερομένων (οικονομικά οφέλη οργανισμού, πελάτες, προσωπικό, προμηθευτές, μέτοχοι, κοινωνία).
- **Προσανατολισμός στον πελάτη:** Ο πελάτης είναι ο τελικός κριτής του προϊόντος. Η ποιότητα εξυπηρέτησης, η σταθερή συνεργασία και τα μερίδια αγοράς, αυξάνονται όταν είναι σαφής ο προσανατολισμός του οργανισμού προς τις ανάγκες των πελατών (τωρινών και δυνητικών).
- **Ηγεσία και Συνέπεια Στόχων:** Η συμπεριφορά των ηγετών του οργανισμού ορίζει το περιεχόμενο και την υφή των στόχων του, και δημιουργεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο ο οργανισμός και οι άνθρωποί του μπορούν να αριστεύσουν.
- **Διοίκηση βάσει Διαδικασιών και Δεδομένων:** Οι οργανισμοί είναι πιο αποτελεσματικοί, όταν όλες οι εσωτερικές τους δραστηριότητες είναι σαφείς και διοικούνται συστηματικά. Οι αλλαγές και οι προγραμματισμένες βελτιώσεις, γίνονται χρησιμοποιώντας αξιόπιστες πληροφορίες και δεδομένα που περιλαμβάνουν τις αντιλήψεις όλων των ενδιαφερομένων (πελάτες, προσωπικό, μέτοχοι, κοινωνία, συνεργάτες).
- **Ανάπτυξη και Εμπλοκή των Ανθρώπων:** Το 100% των δυνατοτήτων των ανθρώπων του οργανισμού απελευθερώνεται μέσω της διάχυσης των αξιών και νοοτροπίας εμπιστοσύνης και ανάθεσης αρμοδιοτήτων, η οποία ενθαρρύνει την εμπλοκή όλων.
- **Συνεχής Εκπαίδευση, Βελτίωση και Καινοτομία:** Η απόδοση του οργανισμού αυξάνεται όταν στηρίζεται στη συστηματική αξιοποίηση και διάχυση των γνώσεων σ' ένα κλίμα συνεχούς εκπαίδευσης, βελτίωσης των διαδικασιών και ενίσχυσης της καινοτομίας.
- **Ανάπτυξη Συνεργασιών:** Ένας οργανισμός λειτουργεί πιο αποτελεσματικά όταν έχει σχέσεις χτισμένες στην εμπιστοσύνη, την ανταλλαγή γνώσεων και την ταύτιση νοοτροπίας με τους συνεταίρους του.
- **Κοινωνική Υπευθυνότητα:** Τα μακροπρόθεσμα συμφέροντα του οργανισμού και των ανθρώπων του, εξυπηρετούνται καλύτερα όταν υιοθετεί ηθική συμπεριφορά, υπερβαίνει τις προσδοκίες της κοινότητας στην οποία ανήκει, συνεισφέρει στο κοινωνικό έργο και στην προστασία του περιβάλλοντος.

3.1.2. Η Δομή του

Ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος, τη δομή ή την ωριμότητα του οργανισμού, το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο που βοηθά να εντοπιστούν τα ισχυρά τους σημεία και οι περιοχές που επιδέχονται βελτίωση. Στηρίζεται σ' ένα πλαίσιο από εννέα κριτήρια. Τα πέντε απ' αυτά (1-5) αποτελούν «Προϋποθέσεις» και τα άλλα τέσσερα (6-9)

«Αποτελέσματα». Στην ενότητα των κριτηρίων «Προϋποθέσεων» εξετάζεται το πώς επιτυγχάνονται τ' αποτελέσματα ενός οργανισμού, ενώ στην ενότητα των κριτηρίων των «Αποτελεσμάτων» το τι έχει επιτύχει ο οργανισμός. Αναλυτικά τα 9 κριτήρια (με τα 32 υποκριτήρια) παρουσιάζονται παρακάτω.⁽⁵⁾

1) Ηγεσία

Πως οι ηγέτες αναπτύσσουν και διευκολύνουν την επίτευξη της αποστολής και του οράματος του οργανισμού, πως αναπτύσσουν τις αξίες που απαιτούνται για μακροχρόνια επιτυχία και πως εξασφαλίζουν την εφαρμογή τους μέσω κατάλληλων ενεργειών και συμπεριφορών, και με ποιο τρόπο είναι προσωπικά αναμεμειγμένοι στην εξασφάλιση ότι το διοικητικό σύστημα της επιχείρησης αναπτύσσεται και υλοποιείται.

1.α Οι ηγέτες αναπτύσσουν την αποστολή, το όραμα και τις αξίες και ταυτόχρονα είναι πρότυπα της φιλοσοφίας της Αριστείας.

1.β Οι ηγέτες εμπλέκονται προσωπικά στην εξασφάλιση της ανάπτυξης, υλοποίησης και συνεχούς βελτίωσης του διοικητικού συστήματος της επιχείρησης.

1.γ Οι ηγέτες εμπλέκονται με τους πελάτες, τους συνεργάτες και τους εκπροσώπους της κοινωνίας.

1.δ Οι ηγέτες παρακινούν, υποστηρίζουν και αναγνωρίζουν τους εργαζόμενους της επιχείρησης.

2) Πολιτική και Στρατηγική

Πως ο οργανισμός εφαρμόζει την αποστολή και το όραμά του μέσω μίας ξεκάθαρης στρατηγικής (που εστιάζει σε όλα τα μέρη που έχουν συμφέροντα στην επιχείρηση), η οποία υποστηρίζεται από σχετικές πολιτικές, σχεδιασμούς, σκοπούς, στόχους και διαδικασίες.

2.α Η πολιτική και η στρατηγική είναι βασισμένη στις τωρινές και μελλοντικές ανάγκες και προσδοκίες όλων των μερών που έχουν συμφέροντα στην επιχείρηση.

2.β Η πολιτική και η στρατηγική είναι βασισμένη σε πληροφορίες από μετρήσεις απόδοσης, από έρευνες, από εμπειρία και από δημιουργικές δραστηριότητες.

2.γ Η πολιτική και η στρατηγική αναπτύσσεται, ανασκοπείται και αναθεωρείται.

2.δ Η πολιτική και η στρατηγική αναπτύσσεται μέσα από ένα πλαίσιο βασικών διαδικασιών.

2.ε Η πολιτική και η στρατηγική επικοινωνούνται στον οργανισμό και εφαρμόζονται.

3) Προσωπικό

Πως ο οργανισμός διοικεί, αναπτύσσει και απελευθερώνει τη γνώση και τη μέγιστη δυναμική των εργαζομένων (σε προσωπικό επίπεδο, βασισμένο σε ομάδες και εκτεινόμενο σε όλο τον οργανισμό), και πως σχεδιάζει αυτές τις ενέργειες για να υποστηρίξει την πολιτική και τη στρατηγική του και την αποτελεσματική λειτουργία αυτών των διαδικασιών.

3.α Οι ανθρώπινοι πόροι σχεδιάζονται, διοικούνται και βελτιώνονται.

3.β Οι γνώσεις και οι ικανότητες του προσωπικού αναγνωρίζονται, αναπτύσσονται και υποστηρίζονται(διατηρούνται).

3.γ Το προσωπικό εμπλέκεται σε όλο το εύρος του οργανισμού και ενδυναμώνεται.

3.δ Το προσωπικό και ο οργανισμός συνδιαλέγονται.

3.ε Το προσωπικό ανταμείβεται, αναγνωρίζεται και δέχεται φροντίδες από τον οργανισμό.

4) Συνεργασίες και Πόροι

Πως ο οργανισμός σχεδιάζει και διοικεί τις εξωτερικές συνεργασίες και τους εσωτερικούς πόρους με σκοπό να υποστηρίζεται τόσο η πολιτική και στρατηγική του, όσο και η αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών του.

4.α Οι εξωτερικές συνεργασίες διαχειρίζονται στον οργανισμό.

4.β Οι χρηματοοικονομικοί πόροι διαχειρίζονται στον οργανισμό.

4.γ Τα κτίρια, ο εξοπλισμός και τα υλικά διαχειρίζονται στον οργανισμό.

4.δ Η τεχνολογία διαχειρίζεται στον οργανισμό.

4.ε Οι πληροφορίες και η γνώση διαχειρίζονται στον οργανισμό.

5) Διαδικασίες

Πως ο οργανισμός σχεδιάζει, διοικεί και βελτιώνει τις διαδικασίες του με σκοπό να υποστηρίξουν τη πολιτική και στρατηγική του και να παράγουν αυξανόμενη αξία για τους πελάτες και για όλα τα μέρη που έχουν συμφέροντα στην επιχείρηση.

5.α Οι διαδικασίες σχεδιάζονται και διοικούνται συστηματικά.

5.β Οι διαδικασίες βελτιώνονται με τη χρησιμοποίηση καινοτομιών με σκοπό να παράγουν αυξανόμενη αξία για τους πελάτες και για όλα τα μέρη που έχουν συμφέροντα στην επιχείρηση.

5.γ Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες σχεδιάζονται και αναπτύσσονται με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών.

5.δ Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες παράγονται, παραδίδονται και υποστηρίζονται.

5.ε Διαχειρίζονται και εμπλουτίζονται οι σχέσεις με τους πελάτες.

6) Αποτελέσματα Πελατών

Τι πετυχαίνει ο οργανισμός σε σχέση με τους εξωτερικούς πελάτες.

6.α Μετρήσεις για την αντίληψη των πελατών για τον οργανισμό.

6.β Εσωτερικοί δείκτες για την παρακολούθηση, την κατανόηση, την πρόβλεψη και τη βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού και την πρόβλεψη της αντίληψης των εξωτερικών πελατών για τον οργανισμό.

7) Αποτελέσματα Εργαζομένων

Τι πετυχαίνει ο οργανισμός σε σχέση με τους εργαζομένους του.

7.α Μετρήσεις για την αντίληψη των εργαζομένων για τον οργανισμό.

7.β Εσωτερικοί δείκτες για την παρακολούθηση, την κατανόηση, την πρόβλεψη και τη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων και την πρόβλεψη της αντίληψής τους για τον οργανισμό.

8) Αποτελέσματα Κοινωνικού Συνόλου

Τι πετυχαίνει ο οργανισμός σε σχέση με την τοπική, την εθνική και την οικουμενική κοινωνία.

8.α Μετρήσεις για την αντίληψη της κοινωνίας για τον οργανισμό.

8.β Εσωτερικοί δείκτες για την παρακολούθηση, την κατανόηση, την πρόβλεψη και τη βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού και την πρόβλεψη της αντίληψης της κοινωνίας για τον οργανισμό.

9) Κρίσιμα Αποτελέσματα Απόδοσης

Τι πετυχαίνει ο οργανισμός σε σχέση με τη σχεδιασμένη απόδοσή του.

9.α Μετρήσεις κρίσιμων αποτελεσμάτων για τον οργανισμό που εξαρτώνται από τους σκοπούς και τους στόχους του.

9.β Λειτουργικές μετρήσεις δεικτών με σκοπό την παρακολούθηση, την κατανόηση, την πρόβλεψη και τη βελτίωση των κρίσιμων αποτελεσμάτων του οργανισμού.

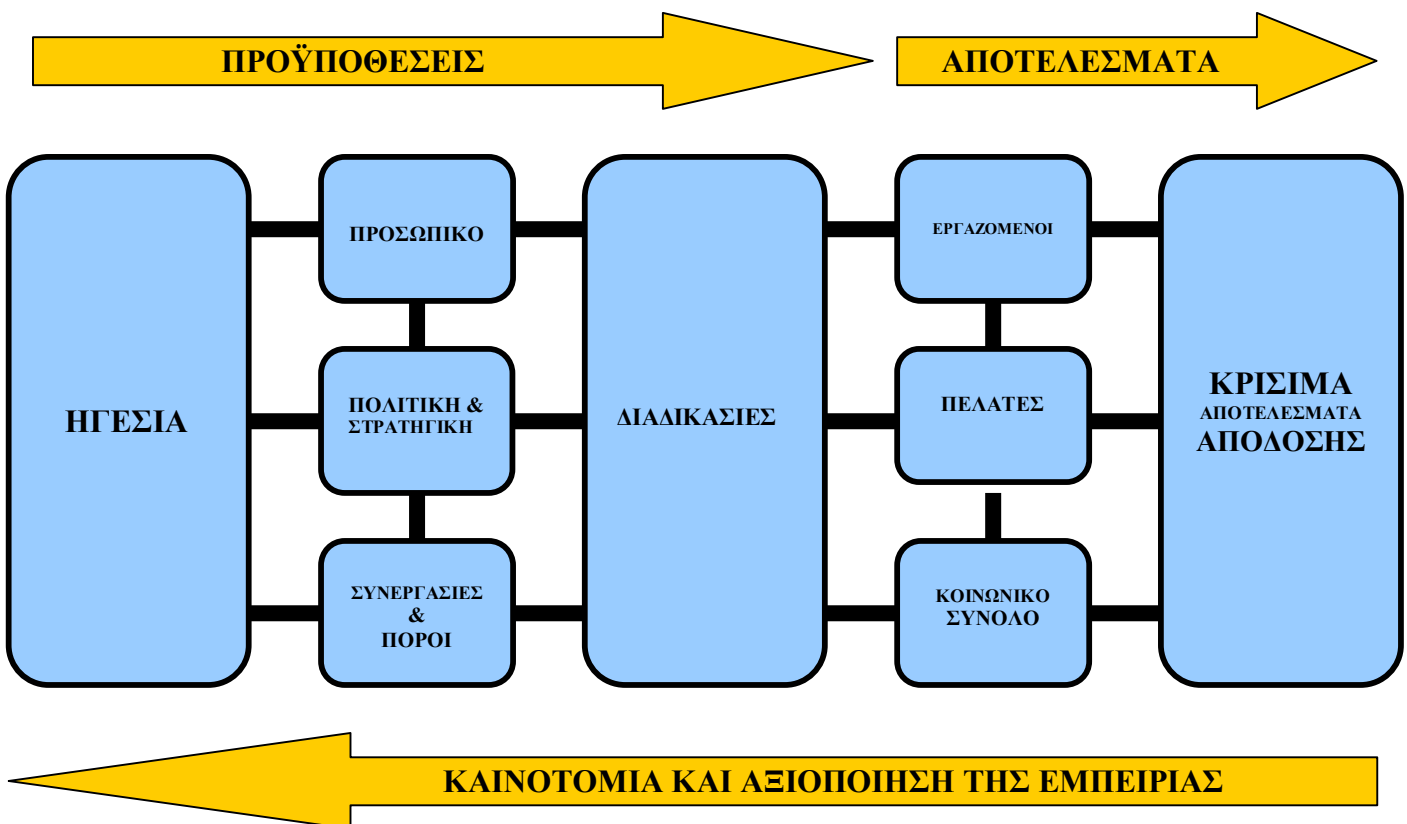
Η αξιολόγηση και βαθμολόγηση κάθε οργανισμού γίνεται με την ειδική κάρτα **R.A.D.A.R.**, το όνομα της οποίας προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Results (αποτελέσματα), Approach (προσέγγιση), Deployment (μεθόδευση), Assessment (αποτίμηση) και Review (ανασκόπηση). Η κλίμακα που χρησιμοποιείται είναι η ποσοστιαία, όπου το 0% αντιστοιχεί στην απουσία στοιχείων, το 25% στην ύπαρξη περιστασιακών στοιχείων, το 50% στην ύπαρξη στοιχείων, το 75% στην ύπαρξη ξεκάθαρων στοιχείων και το 100% στην ύπαρξη μεγάλου εύρους στοιχείων⁽⁶⁾.

Τα 5 πρώτα κριτήρια που αποτελούν τις «Προϋποθέσεις», αξιολογούνται ως προς το **A.D.A.R.** καλύπτοντας τις εξής περιοχές⁽⁷⁾:

- Approach (προσέγγιση): Καλύπτει τους αντικειμενικούς σκοπούς και την κατεύθυνση κάθε υποκριτηρίου σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των πιο αποτελεσματικών διαδικασιών για την επίτευξή τους. Σχετίζεται με την ευρύτερη φιλοσοφία, τις αξίες και την κουλτούρα της εταιρείας.
- Deployment (μεθόδευση): Καλύπτει τη μετατροπή σε πράξεις των θεμάτων που έχουν προσεγγιστεί σε κάθε υποκριτήριο. Σχετίζεται με την ευθυγραμμισμένη, συστηματική και καθημερινή υλοποίηση της στρατηγικής και της πολιτικής της εταιρείας σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας της.
- Assessment and Review (αποτίμηση και ανασκόπηση): Καλύπτει τους τρόπους που γίνονται οι μετρήσεις και οι έλεγχοι των προσεγγίσεων, τους τρόπους που η επιχείρηση μαθαίνει και τους τρόπους ανάλυσης όλων των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη ιεράρχηση προτεραιοτήτων και στο σχεδιασμό-εφαρμογή βελτιώσεων.

Τα υπόλοιπα 4 κριτήρια που αποτελούν τα «Αποτελέσματα», αξιολογούνται ως προς το **R**(esults). Οι επιδόσεις του οργανισμού κρίνονται στις εξής παραμέτρους⁽⁷⁾:

- Trends (τάσεις): Αφορά τη σύγκριση διαχρονικών μετρήσεων της εταιρείας.
- Targets (στόχοι): Αφορά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τους εκφρασμένους στόχους της εταιρείας.
- Comparisons (συγκρίσεις): Αφορά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα αποτελέσματα των μεγάλων ανταγωνιστών της εταιρείας.
- Causes (αιτίες): Αφορά την ύπαρξη αιτιοκρατικής σχέσης μεταξύ των αποτελεσμάτων και των προσεγγίσεων που έχουν γίνει.
- Scope (πεδίο δράσης): Αφορά τη σύνδεση των αποτελεσμάτων με όλες τις σχετιζόμενες λειτουργίες της επιχείρησης.



Διάγραμμα 2 : Τα Κριτήρια του E.F.Q.M.

Το μοντέλο που περιγράψαμε λειτουργεί σε τρία επίπεδα⁽⁴⁾.

ΕΠΙΠΕΔΟ 1: «ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΙΑ»

Η δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία έχει σχεδιαστεί για οργανισμούς ή επιχειρησιακά τμήματα που βρίσκονται στο ξεκίνημα της προσπάθειας. Δίνεται έμφαση στο να βοηθηθούν οι οργανισμοί να κατανοήσουν το υφιστάμενο επίπεδο επίδοσης τους και να θέσουν προτεραιότητες βελτίωσης χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας (EFQM).

Για να μπορέσει να αναγνωρισθεί ένας οργανισμός για αυτό το επίπεδο πρέπει να εφαρμόσει την τεχνική της αυτοαξιολόγησης με βάση τα 9 κριτήρια και να αποδείξει ότι έχει εφαρμόσει επιτυχώς, τουλάχιστον τρία προγράμματα βελτίωσης. Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει μία διαδικασία δύο φάσεων. Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης οι αιτούμενοι ακολουθούν μία διαδικασία αυτοαξιολόγησης ανώτερου επιπέδου, χρησιμοποιώντας ένα απλοποιημένο ερωτηματολόγιο. Αυτό εξασφαλίζει μία ευρύτερη αντίληψη της απόδοσης του οργανισμού έναντι του πλαισίου που έχουν καθιερώσει οι πρότυπες επιχειρήσεις. Το αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης, έχουν ως αποτέλεσμα την αναγνώριση από τους αιτούμενους των περιοχών του οργανισμού που επιδέχονται βελτίωση. Η δεύτερη φάση απαιτεί να αποδειχθεί πως διαρθρωτικές ενέργειες υλοποιήθηκαν σε τρεις περιοχές.

ΕΠΙΠΕΔΟ 2: «ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΙΑ»

Αυτό το επίπεδο έχει σχεδιασθεί για οργανισμούς ή επιχειρησιακά τμήματα οργανισμών με εμπειρία στην αυτοαξιολόγηση βάση των εννέα κριτηρίων και που έχουν εφαρμόσει Διοίκηση Ολικής Ποιότητας με επιτυχία (για παράδειγμα ISO – 9000, Αποτελεσματική διαχείριση παραπόνων, Ικανοποίηση πελατών, εργαζομένων, Συνεισφορές στην κοινωνία κλπ). Βασίζεται στο ολοκληρωμένο μοντέλο που περιλαμβάνει 32 υποκριτήρια. Προσφέρει στους αιτούμενους τα πλεονεκτήματα μίας δομημένης προσέγγισης για την αναγνώριση των δυνατών σημείων μίας επιχείρησης καθώς και των περιοχών που επιδέχονται βελτίωσης.

Οι αιτούμενοι ακολουθούν μία παρόμοια διαδικασία με αυτή για το ολοκληρωμένο Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας αλλά παρουσιάζουν μία μικρότερη έκθεση αυτοαξιολόγησης που βασίζεται σε ένα προκαθορισμένο σχήμα. Πρέπει επίσης να υποδεχτούν στον οργανισμό μία ομάδα αξιολογητών (δύο με πέντε άτομα εκπαιδευμένα από το E.F.Q.M.) για την επιτόπια επίσκεψη που τυπικά διαρκεί 2 - 4 ημέρες. Αυτή η ομάδα επιθεωρεί την έκθεση αυτοαξιολόγησης και υποβάλλει μία έκθεση που περιέχει υποδείξεις για περαιτέρω βελτίωση και τη βαθμολογία του οργανισμού, γεγονός που επιτρέπει στις υποψήφιες επιχειρήσεις να συγκριθούν με ομόλογες τους.

ΕΠΙΠΕΔΟ 3: «ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ»

Το «Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας» είναι ένας αυστηρός και απαιτητικός διαγωνισμός, σχεδιασμένος για οργανισμούς και επιχειρησιακές μονάδες που φιλοδοξούν να πετύχουν τα ανώτερα Ευρωπαϊκά ή Παγκόσμια επίπεδα Επιχειρηματικής Αριστείας και με τουλάχιστον πέντε χρόνια συνεχούς βελτίωσης. Οι συμμετέχοντες είναι πέρα από κάθε αμφισβήτηση δεσμευμένοι στην αυτοαξιολόγηση και στη συνεχή βελτίωση, αφού απαιτείται συστηματική προσπάθεια για να φτάσουν σε αυτό το ανώτατο επίπεδο. Το επίπεδο αυτό υλοποιείται πανευρωπαϊκά μόνο από το EFQM σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η συμμετοχή στο Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας απαιτεί τη δημιουργία μίας λεπτομερούς έκθεσης αυτοαξιολόγησης (πέρα των 75 σελίδων) μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, το οποίο βαθμολογείται από μία ομάδα αξιολογητών του E.F.Q.M. Αυτοί οι εκπαιδευμένοι αξιολογητές του E.F.Q.M. είναι έμπειρα στελέχη (senior managers) από μία γκάμα βιομηχανιών και χωρών. Το μέγεθος της ομάδας ποικίλει από τρία ως οκτώ άτομα και εξαρτάται από το μέγεθος και την πολυπλοκότητα των οργανισμών.

Εάν ο οργανισμός πετύχει μία βαθμολογία μεγαλύτερη από 500, η ομάδα των αξιολογητών τον επισκέπτεται για περίπου για μία εβδομάδα. Απαιτείται από τους υποψηφίους να παρέχουν στην ομάδα των αξιολογητών ανοιχτή πρόσβαση σε όλες τις περιοχές των λειτουργιών τους. Η ομάδα εξετάζει τον οργανισμό με σκοπό να ταιριάζει την περιγραφή στην έκθεση αυτοαξιολόγησης με τα ανεξάρτητα ντοκουμέντα, να επαληθεύσει τη βαθμολογία μέσω όλων των κριτηρίων και να παράγει μία λεπτομερή έκθεση αποτελεσμάτων. Αν η τελική βαθμολογία είναι πάνω από 550 η εταιρεία χαρακτηρίζεται ως συμμετέχουσα στα τελικά, ενώ αν κυμανθεί γύρω στο 620 χαρακτηρίζεται ως νικήτρια. Τελικά η επιτροπή του E.F.Q.M. απονέμει 5 βραβεία (σε ισάριθμες κατηγορίες) ανάμεσα στις νικήτριες εταιρείες.

3.1.3. Η Εφαρμογή του στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη έχουν μακρά παράδοση στην ανάπτυξη μεθόδων και μοντέλων για την αξιολόγηση της ποιότητάς τους. Η προσέγγιση μέσω του μοντέλου του E.F.Q.M. θεωρείται ιδιαίτερα ελπιδοφόρος, αφού μπορεί να αποτελέσει ένα κοινό, θεμελιώδες πλαίσιο εργασίας. Πολλοί οργανισμοί από το χώρο της υγείας εφαρμόζουν πιλοτικά ή και ολοκληρωμένα προγράμματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη προσέγγιση⁽⁸⁾. Αν και αποτελεί ένα γενικό μοντέλο που δεν προσαρμόζεται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικούς οργανισμούς, η αποδοχή του στο χώρο της υγείας είναι μεγάλη αφού συνδυάζει⁽⁹⁾:

- Όχι μεγάλη πολυπλοκότητα.
- Εύκολη προσβασιμότητα.
- Αποδεκτό από τους εργαζομένους.
- Αξιοπιστία.

- Συμπληρωματικότητα με τους ευρύτερους στόχους των οργανισμών υγείας.
- Χαμηλό κόστος.

Ο διττός χαρακτήρας των υπηρεσιών υγείας που επιμερίζονται σε ξενοδοχειακές και σε ιατρικές, αποτελεί τροχοπέδη στην τελική αξιολόγησή τους από ένα τόσο γενικό μοντέλο. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το μοναδικό ουσιαστικό μειονέκτημα για την περαιτέρω χρησιμοποίησή του στο χώρο της υγείας. Αρνητικά, αλλά σε σαφώς μικρότερο βαθμό, επιδρά και η αδυναμία να παρέχει στους οργανισμούς αναγνώριση από το ευρύ κοινό αφού κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μόνο στην περίπτωση που η επίδοση είναι τόσο υψηλή ώστε να οδηγεί στην κατάκτηση εθνικού ή ευρωπαϊκού βραβείου.

2. ΠΡΟΤΥΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001

2.1. Η Φιλοσοφία του

Η ανάγκη για τυποποίηση των προδιαγραφών σε πολλούς τομείς τις επιχειρηματικής δραστηριότητας απασχόλησε την παγκόσμια κοινότητα από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Η πρώτη προσπάθεια εντοπίζεται το 1906 με την ίδρυση της «Διεθνούς Ηλεκτροτεχνικής Επιτροπής» (International Electrotechnical Commission), η οποία ασχολήθηκε με εντοπισμένα ηλεκτροτεχνικά θέματα. Στους υπόλοιπους τομείς -και ιδιαίτερα στον τομέα της Μηχανικής- τα πρώτα βήματα έγιναν το 1926 με την ίδρυση της «Διεθνούς Ομοσπονδίας των Εθνικών Ενώσεων Τυποποίησης (International Federation of the National Standardizing Associations). Όμως ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος σταμάτησε αυτή την προσπάθεια αφού η Ομοσπονδία διέκοψε τη λειτουργία της το 1942.

Το 1946 συναντήθηκαν στο Λονδίνο εκπρόσωποι από 25 χώρες και αποφάσισαν την ίδρυση ενός νέου οργανισμού που θα είχε ως στόχο τη διευκόλυνση του συντονισμού και της ενοποίησης των βιομηχανικών προτύπων. Έτσι δημιουργήθηκε ο «Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση» (International Organization for Standardization), για τον οποίο επιλέχθηκαν τα αρχικά ISO (με ρίζα την ελληνική λέξη «ίσος»), ανεξάρτητα από τις ιδιαιτερότητες της μετάφρασης του ονόματός του σε κάθε γλώσσα. Η επίσημη λειτουργία του ξεκίνησε στις 23-02-1947, αριθμεί σήμερα 147 οργανισμούς-μέλη (μόνο έναν από κάθε χώρα) και η λειτουργία του συντονίζεται από Κεντρική Γραμματεία που εδρεύει στη Γενεύη της Ελβετίας. Η Ελλάδα εκπροσωπείται από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ.).⁽¹⁰⁾

Διεθνή πρότυπα συστημάτων ποιότητας πρωτοεκδόθηκαν από τον ISO το 1987 με την ονομασία σειρά 9000. Η αρχική έκδοση ήταν αποτέλεσμα πολυετούς προσπάθειας και οι αδυναμίες που εντοπίστηκαν, αντιμετωπίστηκαν με την ελάσσιμα αναθεώρηση του

1994 και με τη μείζονα το 2000. Με αυτή τη διαδικασία, σήμερα βρίσκεται σε ισχύ το πρότυπο 9001/2000 που έχει μεγάλο εύρος και στόχο να ωθήσει τις επιχειρήσεις στην υιοθέτηση αρχών διοίκησης διαδικασιών (process management) σε όλη τη λειτουργία τους. ⁽¹¹⁾

Το ISO 9001 αποτελείται από 20 γενικές απαιτήσεις, οι οποίες δε σχηματοποιούν συγκεκριμένους τρόπους υλοποίησης των διαδικασιών της εταιρείας, αλλά θέτουν τις προϋποθέσεις που πρέπει να συγκεντρώνει η κάθε διαδικασία ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα. Με αυτόν τον τρόπο η κάθε επιχείρηση επιλέγει μόνη της τους τρόπους υλοποίησης των επιμέρους διαδικασιών της. Οι εταιρείες πιστοποίησης, που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της κάλυψης των απαιτήσεων του ISO 9001 και απονέμουν το σχετικό πιστοποιητικό, δεν έχουν κανένα δικαίωμα παρέμβασης στους τρόπους που επιλέγει ο κάθε οργανισμός βασισμένος στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.

Η κουλτούρα που εισάγει το ISO 9001 δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για την υγιή ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Συγκεκριμένα:

- Διευκολύνεται η διεθνής συνεργασία στην εποχή της παγκοσμιοποίησης.
- Αναπτύσσονται και εφαρμόζονται σύγχρονες αντιλήψεις στο χώρο της Διοίκησης και της Διασφάλισης Ποιότητας.
- Ορίζονται οι ελάχιστες προϋποθέσεις, οι οποίες προσαρμοζόμενες στις υφιστάμενες συνθήκες, διασφαλίζουν την ποιότητα των διαδικασιών.

2.2. Η Δομή του

Το ISO 9001 στηρίζεται στην εκπλήρωση 20 συγκεκριμένων απαιτήσεων που αφορούν όλο τον κύκλο του προϊόντος από το σχεδιασμό του μέχρι την υποστήριξη μετά την πώληση. Οι απαιτήσεις αυτές διακρίνονται σε κύριες (ολοκληρωμένες) διαδικασίες ποιότητας και σε υποστηρικτικές. Οι κύριες αφορούν γενικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την ορθή εκτέλεση κάθε διαδικασίας, ενώ οι υποστηρικτικές καθορίζουν τους στόχους, την οργάνωση και τη διαχείριση όλων των διαδικασιών.

1) Υπευθυνότητα Διοίκησης

Στα πλαίσια της υπευθυνότητας της διοίκησης υπάρχουν τρεις κατηγορίες απαιτήσεων που αφορούν τους γενικούς στόχους και την οργάνωση του συστήματος:

- **Πολιτική Ποιότητας:** Η πολιτική ποιότητας πρέπει να καθορίζει τους γενικούς στόχους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων ποιότητας. Πρέπει επίσης να είναι καταγεγραμμένη με τρόπο κατανοητό για κάθε ενδιαφερόμενο.
- **Οργάνωση:** Η οργάνωση πρέπει να εξασφαλίζει την κατανομή διοικητικών ευθυνών και αρμοδιοτήτων, τους αναγκαίους πόρους και την αδιάλειπτη εκπροσώπηση και εμπλοκή της διοίκησης. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει:

- Καθορισμό συγκεκριμένων ρόλων με την σαφή περιγραφή των θέσεων εργασίας.
 - Προσωποποίηση ευθυνών για τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνονται.
 - Καθορισμό κατανοητών και εφικτών αναμενόμενων αποτελεσμάτων.
 - Ενημέρωση σχετικά με τα αποτελέσματα της εταιρείας.
 - Επιβεβαίωση των ενεργειών για τον καθορισμό και την κατανομή των πόρων.
 - Ύπαρξη εκπροσώπου της διοίκησης, αρμόδιου για κάθε θέμα διασφάλισης ποιότητας.
 - Κατανομή ρόλων για επιμέρους θέματα ποιότητας
- **Ανασκόπηση Διοίκησης:** Αφορά την επιβεβαίωση εφαρμογής των αποτελεσμάτων κάποιας επιθεώρησης, μέσω της μέτρησης της απόδοσης σε σύγκριση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα, μέσω της αξιολόγησης της απόδοσης και με την περιοδική ανασκόπηση των διαδικασιών με στόχο τη διατήρηση / βελτίωση της απόδοσης.

2) Σύστημα Ποιότητας

Όλες οι διαδικασίες του συστήματος πρέπει να είναι τεκμηριωμένες. Επίσης πρέπει να υπάρχει και να εφαρμόζεται Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Εξασφάλιση χρήσης κατάλληλων εντύπων.
- Ύπαρξη προγραμμάτων / πλάνων ποιότητας για κάθε μεμονωμένο συμβόλαιο (προϊόν).
- Τήρηση αρχείων ελέγχων και πόρων.
- Καθορισμός ορίων αποδοχής για κάθε έλεγχο.

3) Ανασκόπηση Συμβολαίων

Οι διαδικασίες πρέπει να εξασφαλίζουν ότι ο πελάτης λαμβάνει τελικά αυτό το οποίο συμφωνήθηκε. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Επιβεβαίωση ότι ο πελάτης συμφωνεί με τις προδιαγραφές.
- Ανασκόπηση των απαιτήσεων των συμβολαίων.
- Εξασφάλιση ότι οι απαιτήσεις συμβολαίων είναι ξεκάθαρες και κατανοητές.
- Επιβεβαίωση της ύπαρξης δυνατοτήτων για σχεδιασμό, έλεγχο και διανομή σύμφωνα με τους όρους των συμβολαίων.

4) Έλεγχος Σχεδιασμού

Οι διαδικασίες σχεδιασμού προϊόντων πρέπει να εφαρμόζονται έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι σχεδιασμού και να προλαμβάνονται τυχόν σφάλματα. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Καθορισμός ευθυνών σχεδιασμού και εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων.
- Τακτική ανασκόπηση των δεδομένων / πληροφοριών.
- Τήρηση υφιστάμενων κανονισμών.
- Συστηματικός προγραμματισμός των εργασιών σχεδιασμού.
- Καθορισμός συγκεκριμένων ελέγχων.
- Τεκμηρίωση και τακτική παρακολούθηση σχεδιασμού.

5) Έλεγχος Εγγράφων & Δεδομένων

Τα χρησιμοποιούμενα έγγραφα τεκμηρίωσης του συστήματος πρέπει να είναι εγκεκριμένα, να παρέχουν τις απαιτούμενες πληροφορίες και να μη θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Χρήση συγκεκριμένων και κωδικοποιημένων εγγράφων.
- Απόσυρση πεπαλαιωμένων εγγράφων.
- Εξασφάλιση της ορθής διανομής εγγράφων.

6) Προμήθειες

Αφενός πρέπει να χρησιμοποιούνται οι κατάλληλοι προμηθευτές και αφετέρου όλες οι προμήθειες (υλικά, υπηρεσίες και προϊόντα) πρέπει να καλύπτουν τις υφιστάμενες προδιαγραφές ποιότητας. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Έλεγχος εκδιδόμενων εντολών προμηθειών σε σχέση με την τήρηση των προδιαγραφών ποιότητας.
- Εξασφάλιση τεκμηριωμένων οδηγιών προς τους προμηθευτές, σχετικά με τις απαιτήσεις της παραγωγικής διαδικασίας και τους απαιτούμενους ελέγχους.
- Συστηματική αξιολόγηση των προμηθευτών.
- Εξασφάλιση παράδοσης από τους προμηθευτές με ακρίβεια τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.
- Εξασφάλιση της απαιτούμενη υποδομής διασφάλισης / ελέγχου ποιότητας εκ μέρους των προμηθευτών.
- Εξασφάλιση της ασφαλούς αποθήκευσης των προμηθευόμενων αγαθών.

7) Έλεγχος Προϊόντων που Προμηθεύει ο Πελάτης

Αρκετές φορές ο πελάτης προμηθεύει ο ίδιος υλικά και προϊόντα με στόχο την ενσωμάτωση τους στο τελικό προϊόν. Τα παραλαμβανόμενα προϊόντα πρέπει να ελέγχονται και να διατηρούνται σε καλή κατάσταση. Συγκεκριμένα απαιτείται:

Στις απαιτήσεις περιλαμβάνονται:

- Εξασφάλιση ορθών συνθηκών αποθήκευσης.
- Λήψη μέτρων προστασίας.
- Καταγραφή τυχών προβλημάτων και αναφορά τους στον πελάτη.

8) Αναγνώριση & Ιχνηλάτιση Προϊόντων

Όλα τα υλικά / υποπροϊόντα / προϊόντα πρέπει να είναι αναγνωρίσιμα και να είναι δυνατή η εξακρίβωση των συνθηκών παραγωγής τους. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Καταγραφή της πορείας και του προορισμού των υλικών και των προϊόντων.
- Γνώση της κατάστασης κάθε υλικού και προϊόντος.
- Τακτική επιβεβαίωση της σωστής χρησιμοποίησης των σημάτων αναγνώρισης.
- Γνώση της ακριβούς πορείας των μεμονωμένων παρτίδων παραγωγής όταν απαιτείται από το σχετικό συμβόλαιο.

9) Έλεγχος Διαδικασιών

Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαιτούμενα μέτρα ώστε οι παραγωγικές και όλες οι υπόλοιπες διαδικασίες να υλοποιούνται σύμφωνα με τις υφιστάμενες προδιαγραφές ποιότητας. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Κατάλληλος προγραμματισμός όλων των διαδικασιών.
- Εξασφάλιση γραπτών οδηγιών και κατάλληλου εξοπλισμού.
- Εξασφάλιση ότι η διαδικασία είναι εγκεκριμένη και ελέγχεται.
- Εξασφάλιση ότι η διαδικασία διενεργείται σύμφωνα με τις προδιαγραφές.
- Εξασφάλιση ότι οι άνθρωποι είναι κατάλληλοι για την εργασία που εκτελούν.
- Εξασφάλιση ότι η ποιότητα εργασίας ικανοποιεί δεδομένα κριτήρια ποιότητας.

10) Επιθεωρήσεις & Δοκιμές

Πρέπει να εξασφαλίζεται ότι οι διενεργούμενες επιθεωρήσεις υλικών / διαδικασιών καθώς και οι δοκιμές, ανταποκρίνονται στον σκοπό για τον οποίο επιλέχθηκαν. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Εξασφάλιση του ελέγχου των προμηθευόμενων αγαθών πριν την χρήση τους.
- Καθορισμός των ενεργειών ελέγχου σύμφωνα με συγκεκριμένα πλάνα ποιότητας.
- Έλεγχος των προϊόντων πριν την παράδοση τους στον πελάτη.
- Έλεγχος των εργασιών / διαδικασιών σύμφωνα με συγκεκριμένα πλάνα ποιότητας.
- Επιβεβαίωση ότι τα προμηθευόμενα αγαθά είναι σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εντολής προμήθειας.

11) Έλεγχος Εξοπλισμού Επιθεωρήσεων - Δοκιμών – Μετρήσεων

Πρέπει να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία και η καταλληλότητα όλων των συσκευών και των οργάνων ελέγχου. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Επιβεβαίωση χρήσης των κατάλληλων συσκευών.
- Διενέργεια ελέγχων της ακρίβειας των μετρήσεων και εκτέλεσης διορθωτικών κινήσεων.
- Χρήση προτύπων βαθμονόμησης με δυνατότητα σύνδεσης με εθνικά ή διεθνή πρότυπα.
- Καθιέρωση διαδικασιών βαθμονόμησης οργάνων.
- Τήρηση αρχείων βαθμονόμησης οργάνων.
- Ορθή φύλαξη των οργάνων.

12) Κατάσταση Επιθεωρήσεων & Ελέγχων

Για όλα τα υλικά και τα προϊόντα στους χώρους της επιχείρησης πρέπει να είναι γνωστή και εύκολα αναγνωρίσιμη η κατάστασή τους (status). Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Χρήση δελτίων ελέγχων.
- Χρήση σημάτων αναγνώρισης κατάστασης.

13) Έλεγχος Μη Συμμορφούμενων (non-conforming) Προϊόντων

Τα υλικά και τα προϊόντα που δεν καλύπτουν τις υφιστάμενες προδιαγραφές (σύμφωνα με τα αποτελέσματα διενεργηθέντων ελέγχων) δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Σήμανση και απομόνωση των μη συμμορφούμενων προϊόντων.
- Χρήση τους μόνο κατόπιν εντολής, διαφορετικά απόρριψή τους.
- Καθιέρωση συγκεκριμένων διαδικασιών και αρμοδιοτήτων για τη διαχείρισή τους.
- Εντοπισμός των αιτιών δημιουργίας προβλημάτων.
- Τήρηση αρχείων μη συμμορφούμενων προϊόντων.
- Ενημέρωση και συγκατάθεση του πελάτη σε περίπτωση χρήσης τους.

14) Διορθωτικές & Προληπτικές Ενέργειες

Πρέπει να εξασφαλίζεται ότι τα προβλήματα ποιότητας αντιμετωπίζονται έγκαιρα και συστηματικά με στόχο την ολοκληρωτική απάλειψή τους. Τα διορθωτικά μέτρα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμα (για απομόνωση της αιτίας του όποιου προβλήματος) και μακροπρόθεσμα (για εξασφάλιση ότι τα προβλήματα δε θα επαναληφθούν). Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Ανάλυση προβληματικών καταστάσεων.
- Συστηματική παρακολούθηση της λειτουργίας.
- Καταγραφή και ανάλυση των αρχείων.
- Λήψη κατάλληλων διορθωτικών μέτρων.

15) Διαχείριση Υλικών & Προϊόντων

Τα υλικά και τα προϊόντα πρέπει να διατηρούνται σε καλή κατάσταση κατά το χειρισμό, την αποθήκευση, τη συσκευασία, τη συντήρηση και την παράδοσή τους. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Εξασφάλιση χειρισμών που δεν προξενούν καταστροφές.
- Επιλογή κατάλληλων χώρων αποθήκευσης.
- Επιλογή κατάλληλης συσκευασίας.
- Επιλογή τρόπου παράδοσης.

16) Έλεγχος Αρχείων Ποιότητας

Αρχεία ποιότητας θεωρούνται όλα τα αρχεία που περιέχουν στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία του συστήματος ποιότητας, ανεξάρτητα από το που τηρούνται. Μπορεί να περιλαμβάνουν σχέδια προϊόντων, περιγραφές θέσεων εργασίας, αποτελέσματα ελέγχων, αναφορές μη συμμορφούμενων προϊόντων, αποτελέσματα βαθμονομήσεων οργάνων, αναφορές διορθωτικών ενεργειών κ.α. Όλα αυτά τα απαραίτητα στοιχεία ποιότητας πρέπει να τηρούνται για ικανό χρόνο, να είναι εύκολα προσπελάσιμα και να μπορούν να χρησιμοποιηθούν από κάθε αρμόδιο. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Καθορισμός αρμοδιοτήτων για την τήρηση αρχείων ποιότητας.
- Καθιέρωση διαδικασιών για την ενημέρωση και τη χρήση τους.

17) Εσωτερικές Επιθεωρήσεις Ποιότητας

Ως εσωτερικές επιθεωρήσεις ποιότητας θεωρούνται οι εσωτερικές ανασκοπήσεις της λειτουργίας του συστήματος από το αρμόδιο προσωπικό της επιχείρησης. Είναι διαφορετικές από τις εξωτερικές επιθεωρήσεις που διενεργούν εξωτερικοί αξιολογητές. Στόχος τους είναι να επιθεωρείται και να αξιολογείται το σύστημα για τον εντοπισμό των υφισταμένων αδυναμιών και την επίλυση τους. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Προγραμματισμός επιθεωρήσεων.
- Καταγραφή και ανάλυση αποτελεσμάτων.
- Καταγραφή και διασφάλιση εφαρμογής (follow up).
- Περιοδική αξιολόγηση όλων των λειτουργιών του συστήματος ποιότητας.

18) Εκπαίδευση Προσωπικού

Πρέπει να εξασφαλίζεται ότι όλο το προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και συνεχώς επανεκπαιδύεται για την εκτέλεση των εργασιών που του ανατίθενται. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Τακτική ανασκόπηση των αναγκών εκπαίδευσης.
- Προγραμματισμός εκπαίδευσης.
- Καταγραφή παρουσιών στην εκπαιδευτική διαδικασία.
- Τήρηση αρχείου εκπαίδευσης.
- Εξατομίκευση ευθυνών για εκτελούμενες εργασίες.
- Εκμετάλλευση της εσωτερικής εμπειρίας που αποκτάται.

19) Υποστήριξη μετά την Πώληση (servicing)

Ο πελάτης πρέπει να έχει συνεχή αρωγή για την άμεση επίλυση όποιων προβλημάτων ανακύπτουν από την χρήση των παρεχόμενων προϊόντων / υπηρεσιών. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Καθιέρωση συστήματος παροχής εξυπηρέτησης.
- Προγραμματισμός και έλεγχος εξυπηρέτησης.
- Χρήση εκπαιδευμένου προσωπικού.
- Καθιέρωση διαδικασιών εξυπηρέτησης.
- Παροχή τεχνικών συμβουλών και οδηγιών.
- Εξασφάλιση ανταλλακτικών.

20) Στατιστικές Τεχνικές

Πρέπει να εξασφαλίζεται η χρήση καθιερωμένων στατιστικών τεχνικών για τον έλεγχο και τη βελτίωση των διεργασιών και για την αποδοχή υλικών / προϊόντων. Συγκεκριμένα απαιτείται:

- Εξασφάλιση χρησιμοποίησης κατάλληλων τεχνικών για την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος.
- Χρήση στατιστικών τεχνικών για την επιβεβαίωση της δυνατότητας παραγωγής (process capability).
- Χρήση στατιστικών τεχνικών για την αποδοχή υλικών και προϊόντων.

Για την εφαρμογή του ISO 9001 χρησιμοποιείται ιεραρχικό σύστημα τεκμηρίωσης τριών ή τεσσάρων επιπέδων. Η δομή τεσσάρων επιπέδων συντίθεται ως εξής:

- **Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας (Ε.Δ.Π.):** Αποτελεί το ανώτερο εσωτερικό έγγραφο της επιχείρησης σχετικά με όλα τα θέματα που σχετίζονται με το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας κατά ISO-9000. Κύρια αποστολή του είναι η περιγραφή της πολιτικής και των επιμέρους στόχων ποιότητας για κάθε γενική διαδικασία. Δεν αποκαλύπτει την τεχνογνωσία της επιχείρησης αλλά ουσιαστικά αναδεικνύει την φιλοσοφία της σχετικά με την ποιότητα, παραπέμποντας σε γραπτές Διαδικασίες για την περιγραφή των επιμέρους βημάτων υλοποίησης των υφιστάμενων στόχων ποιότητας. Σε αντίθεση με τις Διαδικασίες δεν είναι απόρρητο έγγραφο αλλά είναι διαθέσιμο για κάθε ενδιαφερόμενο. Άλλωστε πολλές επιχειρήσεις το χρησιμοποιούν ως μέσο προβολής των μέτρων που λαμβάνουν σχετικά με την ποιότητα. Τέλος πρέπει να επισημανθεί ότι παρέχει τις πλέον σταθερές πληροφορίες σχετικά με το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας και για αυτό τυχόν τροποποίησή του επιφέρει μεγάλες αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της επιχείρησης.
- **Διαδικασίες Ποιότητας:** Αποτελούν το δεύτερο επίπεδο τεκμηρίωσης και ενεργοποιούνται από τα αντίστοιχα κεφάλαια του Εγχειριδίου Διασφάλισης Ποιότητας. Οι Διαδικασίες εξειδικεύουν τους στόχους σε συγκεκριμένες δραστηριότητες της επιχείρησης ώστε να ικανοποιούνται οι γενικές απαιτήσεις που προδιαγράφονται στο πρότυπο ISO 9001. Περιγράφουν τις επιμέρους ενέργειες υλοποίησης των γενικών διαδικασιών με τρόπο κατανοητό που να μην επιδέχεται παρερμηνεία. Εμπεριέχουν τεχνογνωσία της επιχείρησης και για αυτό αποτελούν έγγραφα περιορισμένης κυκλοφορίας με αυστηρά καθορισμένους παραλήπτες. Η μορφή τους είναι τυποποιημένη και συνήθως περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:
 - Σκοπός
 - Πεδίο Εφαρμογής
 - Αναφορές
 - Ορισμοί
 - Ενέργειες Υλοποίησης
 - Έντυπα
 - Διάγραμμα ροής
- **Εξειδικευμένες Οδηγίες:** Αποτελούν το τρίτο επίπεδο τεκμηρίωσης. Συμπληρώνουν τις διαδικασίες ποιότητας, παρέχοντας τις λεπτομέρειες εκτέλεσης επιμέρους ενεργειών. Ανάλογα με το περιεχόμενο τους, είτε

αρχειοθετούνται από το αρμόδιο τμήμα είτε αναρτούνται στην κατάλληλη θέση εργασίας.

- **Έντυπα Επικοινωνίας / Αρχεία Ποιότητας:** Αποτελούν το κατώτερο επίπεδο τεκμηρίωσης και υποστηρίζουν την καθημερινή λειτουργία του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, υποστηρίζοντας όλες τις ενέργειες υλοποίησης και ελέγχου. Συνήθως περιλαμβάνουν:
 - Τυποποιημένα έντυπα για την καταγραφή πρωτογενών πληροφοριών.
 - Αναφορές για την καταγραφή επιλεγμένων επεξεργασμένων στοιχείων.
 - Προγράμματα και διοικητικές εντολές για σχετικές αποφάσεις που έχει λάβει η διοίκηση.
 - Αρχεία με στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία του συστήματος ποιότητας.

Στη δομή τριών επιπέδων εμφανίζονται ενιαία οι δύο κατώτερες βαθμίδες.

Οι οργανωτικές / διοικητικές ανάγκες που υπάρχουν για την εφαρμογή του ISO 9001 συνήθως οδηγούν στην υιοθέτηση ενός μοντέλου που περιλαμβάνει τα ακόλουθα όργανα:

- Το Συμβούλιο Ποιότητας που είναι το ανώτατο όργανο και απαρτίζεται από τον Πρόεδρο του οργανισμού και στελέχη της ανώτερης διοίκησης.
- Το Διευθυντή (ή Εκπρόσωπο) Διασφάλισης Ποιότητας που πρέπει να έχει άμεση πρόσβαση στον Πρόεδρο στο οργανόγραμμα της εταιρείας.
- Στελέχη με συγκεκριμένες αρμοδιότητες.

2.3. Η Εφαρμογή του στις Υπηρεσίες Υγείας

Η πιστοποίηση κατά ISO 9001 του συστήματος διαχείρισης ποιότητας σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά διαδεδομένη. Το γεγονός αυτό οφείλεται τόσο στην εύκολη προσαρμογή των γενικών απαιτήσεων του ISO 9001 σε κάθε είδος επιχείρησης, όσο και στην αναγνωρισιμότητα του προτύπου από το ευρύ κοινό. Εφαρμοσμένο στην υγειονομική περίθαλψη, βοηθά την ενίσχυση των αρχών της διοίκησης διαδικασιών (process management), αλλά δε μπορεί να διασφαλίσει την καταλληλότητα των επιλεγμένων θεραπειών ούτε την επιτυχή έκβαση για την υγεία όλων των ασθενών. Γενικά, δεν άπτεται της κλινικής διαδικασίας αλλά, εξετάζει κυρίως τις διοικητικές διαδικασίες που υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων σε κλινικό επίπεδο. Επομένως είναι απόλυτα φυσιολογικό η εφαρμογή του να είναι ευκολότερη σε ένα τεχνικό τμήμα (όπως ένα εργαστήριο ή το τμήμα ακτινολογίας) από ότι σε ένα κλινικό τμήμα.

Οι παραπάνω περιορισμοί δεν ήταν εύκολο να αναγνωριστούν από εξωτερικούς παρατηρητές, όπως είναι οι ασθενείς και οι χρηματοδότες, όταν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στράφηκαν σε εξωτερικούς μηχανισμούς πιστοποίησης

της ποιότητας. Έτσι μετά την αρχική θερμή υποδοχή που είχε το ISO 9001 στο χώρο της υγείας, δημιουργήθηκε ένα έντονο κλίμα αμφισβήτησης της αποτελεσματικότητας του. Ιδιαίτερα στη Γερμανία, αλλά και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δημιουργήθηκε ένας ισχυρός επιστημονικός πόλος που επιχειρηματολογούσε πειστικά για της αδυναμίες προσαρμογής των απαιτήσεων του ISO 9001 στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Σήμερα, για να αντιμετωπιστούν αυτές οι αδυναμίες, προωθούνται σε κάποιες χώρες (όπως η Ελβετία και η Ολλανδία) αλλαγές στην ερμηνεία των απαιτήσεων του ISO 9001 ώστε να προσεγγιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η έννοια της ποιότητας σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης⁽⁹⁾.

Πάντως πρέπει να επισημανθεί η μεγάλη αποδοχή του ISO 9001 στους τομείς των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους κυριαρχεί έντονος ανταγωνισμός. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από την αναγνωρισιμότητα που έχει στο ευρύ κοινό, που έχει ως αποτέλεσμα την επιλογή του ως σύστημα πιστοποίησης της ποιότητας με σκοπό την προσέλκυση μεγαλύτερου μεριδίου της αγοράς.

Πίνακας 3 : Οι Απαιτήσεις του ISO 9001

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ
1.	Υπευθυνότητα Διοίκησης	Υποστηρικτική
2.	Σύστημα Ποιότητας	Υποστηρικτική
3.	Ανασκόπηση Συμβολαίων	Κύρια
4.	Έλεγχος Σχεδιασμού	Κύρια
5.	Έλεγχος Εγγράφων & Δεδομένων	Υποστηρικτική
6.	Προμήθειες	Κύρια
7.	Έλεγχος Προϊόντων που Προμηθεύει ο Πελάτης	Κύρια
8.	Αναγνώριση & Ιχνηλάτιση Προϊόντων	Υποστηρικτική
9.	Έλεγχος Διαδικασιών	Κύρια
10.	Επιθεωρήσεις & Δοκιμές	Κύρια
11.	Έλεγχος Εξοπλισμού Δοκιμών & Μετρήσεων	Υποστηρικτική

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ
12.	Κατάσταση Επιθεωρήσεων & Ελέγχων	Υποστηρικτική
13.	Έλεγχος Μη Συμμορφούμενων Προϊόντων	Κύρια
14.	Διορθωτικές & Προληπτικές Ενέργειες	Κύρια
15.	Διαχείριση Υλικών & Προϊόντων	Κύρια
16.	Έλεγχος Αρχείων Ποιότητας	Υποστηρικτική
17.	Εσωτερικές Επιθεωρήσεις Ποιότητας	Υποστηρικτική
18.	Εκπαίδευση Προσωπικού	Υποστηρικτική
19.	Υποστήριξη μετά την Πώληση (servicing)	Κύρια
20.	Στατιστικές Τεχνικές	Υποστηρικτική

3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ (Accreditation)

3.1. Η Φιλοσοφία τους

Μέθοδος διερεύνησης-αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι και η πιστοποίηση. Ως πιστοποίηση θεωρείται κάθε εξωτερική επιβεβαίωση της επαγγελματικής ικανότητας ενός οργανισμού. Οι ρίζες της εντοπίζονται σε προγράμματα που αναπτύχθηκαν στα μέσα του προηγούμενου αιώνα στις Η.Π.Α.^(12,13,14), στον Καναδά⁽¹⁵⁾, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία⁽¹⁶⁾, οι οποίες μέχρι σήμερα πρωταγωνιστούν στο χώρο. Αποτέλεσε την πολιτική για ανασκόπηση της ποιότητας στις χώρες με διαφορετική δυναμική ισορροπία μεταξύ των εμπλεκόμενων στις υπηρεσίες υγείας (επαγγελματιών υγείας, διοικήσεων των νοσοκομείων και κυβερνητικών δομών) από την υφιστάμενη στη δυτική Ευρώπη. Οι μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης στη δεκαετία του '80, με την επικράτηση των αντιλήψεων για απελευθέρωση της αγοράς, οδήγησαν πολλές ευρωπαϊκές χώρες να στραφούν στα προγράμματα πιστοποίησης.

Αρχικά συντάσσονταν εγχειρίδια πιστοποίησης που διαχωρίζονταν σε κεφάλαια αντίστοιχα με τα τμήματα και τις λειτουργίες ενός νοσοκομείου. Σήμερα υπάρχει η τάση να ενσωματώνονται κεφάλαια που αφορούν άμεσα τις εκτελούμενες διαδικασίες και τα παραγόμενα αποτελέσματα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις αρχές Ολικής Ποιότητας^(17,18). Με αυτόν τον τρόπο προσεγγίζονται με λεπτομέρεια όλες οι πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται σε έναν οργανισμό. Καλύπτονται τόσο τα θέματα διοίκησης που θα εξετάζονταν σε κάθε είδους επιχείρησης, αλλά και ειδικά θέματα της υγειονομικής περίθαλψης (όπως για παράδειγμα η εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων) που συνιστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην πιστοποίηση υγειονομικών μονάδων.

3.2. Η Δομή τους

Συστήματα πιστοποίησης για το χώρο της υγείας επεξεργάζονται τόσο εθνικοί φορείς πιστοποίησης, όσο και διεθνείς οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η δομή τους στηρίζεται στο εγχειρίδιο που συντάσσει ο φορέας τους, στο οποίο αναλύονται οι απαιτήσεις που πρέπει να καλύπτει ο οργανισμός ώστε να πιστοποιηθεί ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του. Συνήθως οι απαιτήσεις καλύπτουν δύο ανεξάρτητες και συμπληρωματικές παραμέτρους. Από τη μία πλευρά θέτονται απαιτήσεις με «ασθενοκεντρική» φιλοσοφία, δίνοντας δηλαδή βάρος στην αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Από την άλλη πλευρά δημιουργείται ένα σύμπλεγμα απαιτήσεων που αφορούν τη διαχείριση της οργάνωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι δύο αυτές συνιστώσες δημιουργούν το ξεχωριστό πλαίσιο διερεύνησης και αξιολόγησης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη⁽¹⁹⁾.

Τα παραπάνω μπορούμε να τα εντοπίσουμε με σαφήνεια στο σύστημα πιστοποίησης που εφαρμόζει ο διεθνής φορέας «Joint Commission International», στη διαμόρφωση του οποίου συνέβαλλε η «International Society for Quality in Health Care»⁽²⁰⁾. Συγκεκριμένα το εγχειρίδιο πιστοποίησης περιλαμβάνει 11 κεφάλαια. Τα πρώτα 5 θέτουν απαιτήσεις με γνώμονα τον ασθενή και την αντίληψη που αυτός διαμορφώνει για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα υπόλοιπα 6 καλύπτουν το φάσμα της διοικητικής οργάνωσης των διαδικασιών με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 4 : Τα κεφάλαια του εγχειριδίου πιστοποίησης του Joint Commission International (1999) ⁽⁹⁾

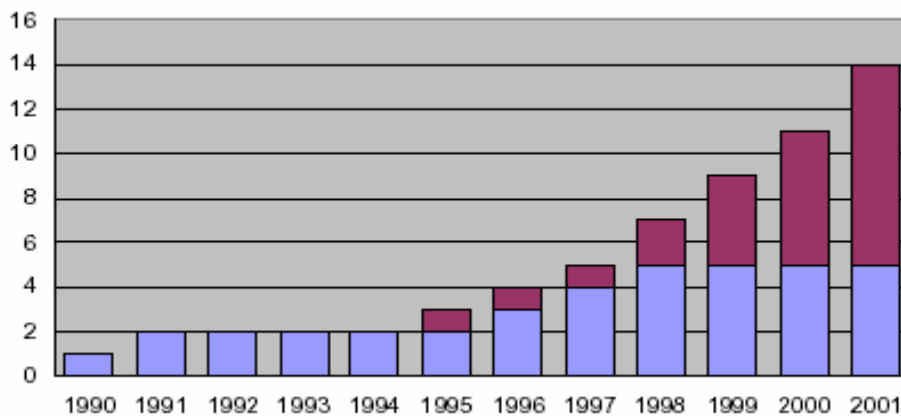
ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΤΙΤΛΟΣ
1.	Πρόσβαση στην περίθαλψη και δυνατότητα συνέχισης της.
2.	Δικαιώματα των ασθενών και της οικογένειάς τους.
3.	Αποτίμηση ασθενών.
4.	Περίθαλψη ασθενών
5.	Εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειάς τους.
6.	Διοίκηση ποιότητας και διαρκής βελτίωση.
7.	Διοίκηση, ηγεσία και στοχεύσεις.
8.	Διοίκηση εγκαταστάσεων και ασφάλεια.
9.	Εκπαίδευση προσωπικού.
10.	Διαχείριση των πληροφοριών.
11.	Αποτροπή και έλεγχος λοιμώξεων.

3.3. Η Εφαρμογή τους στις Υπηρεσίες Υγείας

Η πιστοποίηση αποτελεί ιδιαίτερα διαδεδομένη μέθοδο αξιολόγησης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Εκτός από τις χώρες που ήταν πρωτοπόρες στην ανάπτυξη της μεθόδου (Η.Π.Α., Καναδάς, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία), σήμερα αρκετές ευρωπαϊκές χώρες εντάξει την πιστοποίηση ως ένα χρήσιμο εργαλείο στα συστήματα υγείας τους. Συγκεκριμένα, η Αγγλία, η Φιλανδία, η Ισπανία, η Τσεχία, η Πολωνία, η Ελβετία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Σλοβακία και η Βοσνία-Ερζεγοβίνη είναι χώρες στις οποίες λειτούργησαν προγράμματα πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας.⁽²¹⁾

Σε αυτό συντέλεσε η ακριβής και εξειδικευμένη αποτύπωση των διαστάσεων ποιότητας που παρέχει η συγκεκριμένη μέθοδος, χωρίς γενικεύσεις και ανάγκες προσαρμογών.

Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται γραφικά τόσο η ανάπτυξη των προγραμμάτων πιστοποίησης στην Ευρώπη, όσο και τη συμμετοχή των κυβερνήσεων σε αυτή τη διαδικασία. Έτσι παρατηρούμε την παντελή έλλειψη εμπλοκής των κυβερνήσεων μέχρι το 1995, επειδή πουθενά δεν υπήρχε νομικό πλαίσιο. Από το 1995 όμως και μετά, η δημιουργία των αναγκαίων δομών και νομοθεσίας στις χώρες που προαναφέραμε, οδήγησε στην εξάπλωση και την αποδοχή της συγκεκριμένης μεθόδου.



Διάγραμμα 3 : Η ανάπτυξη των προγραμμάτων πιστοποίησης στην Ευρώπη και η συμμετοχή των κυβερνήσεων σε αυτά.⁽²¹⁾

4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΟΜΟΤΕΧΝΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (Visitation)

4.1. Η Φιλοσοφία, η Δομή και η Εφαρμογή τους

Ο ομοτεχνικός έλεγχος αποτελεί το τέταρτο μοντέλο διερεύνησης / αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αυτή η συστηματική μορφή ελέγχου στηρίζεται στην ανασκόπηση συγκεκριμένων παραμέτρων από ανθρώπους που προέρχονται από τον ίδιο επαγγελματικό χώρο με αυτόν που είναι προς αξιολόγηση. Αναπτύχθηκε στην Ολλανδία κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του '80 και σήμερα η πλήρη ανάπτυξή του στη συγκεκριμένη χώρα συμπεριλαμβάνει προγράμματα για 28 ιατρικές ειδικότητες.

Η φιλοσοφία του στηρίζεται στην αντίληψη ότι εμπειρισταωμένη και ολοκληρωμένη αποτύπωση των διαστάσεων ποιότητας σε έναν επαγγελματικό χώρο μπορεί να γίνει μόνο με κριτήρια που θέτουν, συστηματοποιούν και ελέγχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες του χώρου. Έμφαση δίνει στην κλινική απόδοση που διαμορφώνεται ως η συνισταμένη της γνώσης, των ικανοτήτων και

της νοοτροπίας των εμπλεκομένων. Αναλύονται δηλαδή τα γεγονότα από τη σκοπιά των ειδικών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και όχι με γνώμονα την πλήρως συστηματοποιημένη οργάνωση των διαφόρων και διαφορετικών διαδικασιών του οργανισμού.

Η δομή του στηρίζεται στην επιτόπια επίσκεψη από εξωτερικούς (ομότιμους με αυτούς που εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο) επαγγελματίες. Αυτές οι ομάδες ομοτεχνιακού ελέγχου αποτελούνται συνήθως από κλινικούς επαγγελματίες, οι οποίοι δρουν με σχετικά απείθαρχο και όχι πλήρως συστηματοποιημένο τρόπο. Στόχος τους είναι να εστιάσουν στις κλινικές πρακτικές, στην επαγγελματική ανάπτυξη και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁽²²⁾ Τα κριτήρια τους παράγονται μέσα από ένα ευρύ φάσμα παραμέτρων που συνήθως εδράζονται σε καθιερωμένες πρακτικές και προσωπικές εμπειρίες. Η τελική αναφορά που συντάσσουν προορίζεται μόνο για την ενημέρωση των εμπλεκομένων στην εξεταζόμενη διαδικασία και τη βελτίωση των εντοπισμένων αδυναμιών και σε καμία περίπτωση δεν ανακοινώνονται δημόσια.

Ο ομοτεχνιακός έλεγχος έχει βρει σημαντικό έδαφος ανάπτυξης στο σύστημα υγείας της Αγγλίας, της Ολλανδίας, της Δανίας και του Βελγίου⁽²³⁾. Το σημαντικότερο πλεονέκτημά του είναι η ακρίβεια στη προσέγγιση των πραγματικών συνθηκών που υφίστανται στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό γίνεται εφικτό μέσα από τον κυρίαρχο ρόλο που έχουν οι ειδικοί, οι οποίοι είναι σίγουρα αυτοί που κατανοούν καλύτερα τις ιδιαιτερότητες των ιατρικών πράξεων. Όμως αυτή η υπεροχή του συγκεκριμένου συστήματος δημιουργεί και μία σημαντική αδυναμία, αφού η αξιολόγηση από «συναδέλφους» συχνά σκιάζεται από συντεχνιακές και γραφειοκρατικές αγκυλώσεις. Για αυτό το λόγο ο ομοτεχνιακός έλεγχος συχνά αμφισβητείται ως προς την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία του τόσο από κυβερνήσεις όσο και από διοικήσεις μονάδων υγειονομικής περίθαλψης.

ΠΗΓΕΣ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- (3) **Nabitz Udo, Klazinga Niek, Walburg Jan**, «*The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 192-193
- (4) **Ε.Ε.Δ.Ε.**, «Πληροφοριακό έντυπο για το πρόγραμμα: Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία», 2001
- (5) **EFQM**, «*Assessor Scorebook*», 1999
- (6) **Blomberg Iris**, «*The EFQM Model*», www.caspe.co.uk/expert.htm
- (7) **Shaw Charles**, «*An analysis of current revisions in the EFQM model and in the ISO 9001*», www.caspe.co.uk/expert.htm
- (8) **Moeller Johannes**, «*The EFQM excellence model: German experiences with the EFQM approach in health care*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.1, January 2001, pp. 45-46
- (9) **Klazinga Niek**, «*Re-engineering trust: The adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems*», Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 183-185
- (10) www.iso.org
- (11) **Λαγοδήμος Αθανάσιος**, «*Σημειώσεις για τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας*»
- (12) **Tucker Jessie, Adams Sheila**, «*Incorporating patients' assessment of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care*», **Managing Service Quality**, Vol.11, Num.4, April 2001, pp. 275
- (13) **Li Ling, Collier David**, «*The role of technology and quality on hospital financial performance*», **International Journal of Service Industry Management**, Vol.11, Num.3, March 2000, pp. 203-204
- (14) **JCAHO**, «*Brochure of Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*», 2003, www.jcaho.org
- (15) **Wagar Terry, Rondeau Kent**, «*Total quality commitment and performance in health care organizations*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.11, Num.4, April 1998, pp. 73
- (16) **Schilling J., Cranovsky R., Straub R.**, «*Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.2, February 2001, pp. 157-161
- (17) **Anderson Elizabeth**, «*Measuring service quality at a university health clinic*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.10, Num.4, April 1997, pp. 153-154
- (18) **Conway Tony, Willcocks Stephen**, «*The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.10, Num.3, March 1997, pp. 133-134

- (19) **Bohigas Luis**, «*Accreditation operations*», ExPeRT operational seminar, Budapest 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (20) **Schyve Paul**, «*The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 255-258
- (21) **Shaw Charles**, «*National accreditation programmes in Europe*», pp 9, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (22) **Shaw Charles**, «*External quality mechanisms for health care: symmary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO in European Union Countries*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 170-173
- (23) **Weert Caroline**, «*Study of the new developments in peer review programmes in the U.K. and the Netherlands*», www.caspe.co.uk/expert.htm

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ExPeRT”

4.1. Εισαγωγή

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 υπήρξε έντονο ενδιαφέρον σε παγκόσμια κλίμακα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό πήγαζε από την ανάγκη κάθε χώρας να μελετήσει τόσο τον τρόπο χρήσης των περιορισμένων πόρων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους της, όσο και την αποτελεσματικότητα που επιτυγχανόταν με αυτή τη χρήση. Έτσι, αρκετές χώρες άρχισαν να εξετάζουν και να αναλύουν εργαλεία, τεχνικές και μεθόδους που εφαρμόζονταν έξω από τα σύνορά τους, σε μία προσπάθεια να οδηγηθούν σε βέλτιστη χρήση των πόρων που διέθεταν στο χώρο της υγείας. Αυτή η εξέλιξη οδήγησε σύντομα σε εκφρασμένη διάθεση πολλών χωρών για ευρύτερη συνεργασία, ώστε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα που να στηρίζονται σε μία πλούσια βάση δεδομένων και στοιχείων.⁽²⁴⁾

Το 1996 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέταξε στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος για τη δημόσια υγεία «BIOMED 2» το έργο «ExPeRT». Το όνομά του αποτελεί ακρωνύμιο (**External Peer Review Techniques**) και στα ελληνικά θα μπορούσαμε να το αποδώσουμε ως εξωτερικές τεχνικές ομότιμης ανασκόπησης. Ο χρονικός του ορίζοντας ήταν τριετής, έδρα του το γραφείο του CASPE στο Μπρίστολ της Αγγλίας και συντονιστής ο καθηγητής Charles Shaw.

Τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς το πρόγραμμα ExPeRT μπήκε σε εφαρμογή θέτοντας προς εκπλήρωση τρεις συγκεκριμένους στόχους:

- Την ανταλλαγή της υπάρχουσας εμπειρίας, σε σχέση με την εξωτερική αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που υπήρχε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης με
 - την αναγνώριση των οργανισμών που δραστηριοποιούνταν ενεργά
 - τη συστηματική καταγραφή των επιτευγμάτων
 - τη δημιουργία δικτύου.
- Την ίδρυση μηχανισμών για τη συλλογή και τη διασπορά ιδεών, εφαρμογών και εκπαιδευτικών διαδικασιών και την υποστήριξη της ενοποίησης των εξωτερικών συστημάτων με τις εσωτερικές διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας.
- Τον καθορισμό κοινού πλαισίου εργασίας και ενοποιημένων κριτηρίων για τα πρότυπα των υπηρεσιών υγείας, την εκπαίδευση των αξιολογητών και τη λειτουργία των αντίστοιχων προγραμμάτων.⁽²⁵⁾

Από τους πρώτους μήνες εντοπίστηκαν τέσσερις προσεγγίσεις που εφαρμόζονταν σε πανευρωπαϊκό επίπεδο σε σχέση με εξωτερικούς μηχανισμούς ανασκόπησης της ποιότητας. Αυτές ήταν τα μοντέλα που εξετάσαμε λεπτομερώς στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Κανένα όμως από αυτά τα μοντέλα δε φάνηκε να συγκεντρώνει την καθολική αποδοχή, αφού καθένα από αυτά παρουσίαζε τόσο πλεονεκτήματα, όσο και μειονεκτήματα.

- Η πιστοποίηση έχει τις ρίζες της στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που την καθιστά αποδεκτή στην πλειοψηφία των επαγγελματιών του χώρου. Εντούτοις, πολλές από τις διαδικασίες της δεν είναι καλά δομημένες και στηρίζεται σημαντικά στην αξιοπιστία των επιθεωρητών και στην αξιοπιστία του μεμονωμένου προγράμματος, ανεξάρτητα από τις σημαντικές διαφορές των προγραμμάτων μεταξύ τους.
- Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας κατά ISO είναι πολύ καλά δομημένο, αλλά εμπλέκει αρκετή γραφειοκρατία και δεν είναι ευαίσθητο στις ιδιαιτερότητες του χώρου της υγειονομικής περίθαλψης.
- Το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας του E.F.Q.M. έχει επίσης πολύ καλή δομή, αλλά δεν είναι προσαρμοσμένο στις απαιτήσεις του χώρου και δύσκολα εξασφαλίζει την αναγνώριση από το κοινωνικό σύνολο, αφού το βραβείο δίνεται μόνο στον κορυφαίο οργανισμό.
- Ο ομοτεχνιακός έλεγχος είναι πολύ αποτελεσματικός για το κλινικό περιβάλλον, αλλά δεν οδηγεί σε αναγνώριση των αποτελεσμάτων από τους χρήστες των υπηρεσιών.

Με αυτά τα δεδομένα, το πρόγραμμα ExPeRT προσανατολίστηκε στην καταγραφή της κατάστασης και των επιλογών που έχουν γίνει σε 17 ευρωπαϊκές χώρες.

4.2. Αποτύπωση της κατάστασης ανά χώρα

1. Αυστρία ⁽²⁶⁾

Το νομικό πλαίσιο της χώρας προβλέπει από το 1993 την ύπαρξη συστήματος διασφάλισης της ποιότητας για όλους τους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα έχει συσταθεί μία κεντρική επιτροπή διασφάλισης ποιότητας, που απαρτίζεται από εκπροσώπους του ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού. Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία υπάρχει εκπροσώπηση και του διδακτικού ιατρικού προσωπικού. Η επιτροπή προωθεί, συντονίζει και υποστηρίζει όλες τις δράσεις διασφάλισης ποιότητας, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ένταξη στην οργάνωση και διοίκηση της μονάδας των αναγκαίων αλλαγών.

Στην Αυστρία δεν έχουν αναπτυχθεί συστήματα πιστοποίησης ή ομοτεχνιακού ελέγχου. Πρωτεύοντα ρόλο στη διοίκηση ποιότητας έχει η «Austrian Association for Quality Assurance», που αποτελεί το σώμα πιστοποίησης κατά ISO. Αν και δεν έχει πιστοποιηθεί στο σύνολό της καμία νοσοκομειακή μονάδα, έχουν γίνει πολύ σοβαρές προσπάθειες σε αυτό τον τομέα, με σημαντικότερες την πιστοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου παιδών «Αγία Άννα» της Βιέννης και του κεντρικού χημικού εργαστηρίου

του πανεπιστημίου της Βιέννης, στο οποίο πραγματοποιούνται πάνω από 40 εκατομμύρια εξετάσεις ετησίως.

Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρείται και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που διοργανώνει η «Austrian Association for Quality Assurance» σε συνεργασία με το σύνδεσμο νοσοκομείων της Βιέννης και αφορά την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα διαρκεί 22 μέρες και περιλαμβάνει:

- 5 μέρες εκπαίδευσης σε θέματα διοίκησης ποιότητας και εσωτερικής αξιολόγησης σύμφωνα με τα κριτήρια κατά ISO.
- 10 μέρες πρακτικής εξάσκησης, βασισμένες σε μελέτη περιπτώσεων (case studies).
- 3 μέρες εκπαίδευσης σε θέματα στατιστικής.
- 2 μέρες εκπαίδευσης σε θέματα ψυχολογίας της διοίκησης και κινητοποίησης προσωπικού.
- 2 μέρες εξέτασης που περιλαμβάνουν την καθοδήγηση ομάδας, την παρουσίαση κάποιου συγκεκριμένου έργου και την επίλυση δύο μελετών περιπτώσεων (case studies).

Τέλος πρέπει να επισημάνουμε τον προσανατολισμό των ανθρώπων που ασχολούνται με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προς το μοντέλο του E.F.Q.M., στο οποίο προσβλέπουν για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των μονάδων που δεν επιτυγχάνεται με την πιστοποίηση κατά ISO.

2. Βέλγιο⁽²⁷⁾

Το νομικό πλαίσιο της χώρας προβλέπει ένα υποχρεωτικό σύστημα πιστοποίησης για όλα τα νοσοκομεία. Τα κριτήρια πιστοποίησης τίθενται σε εθνικό επίπεδο από την κεντρική κυβέρνηση κατόπιν εισήγησης του εθνικού συμβουλίου νοσοκομειακών εγκαταστάσεων (National Board of Hospital Facilities). Η εφαρμογή τους είναι στην ευθύνη των τριών κοινοτικών κυβερνήσεων (φλαμανδόφωνη, γαλλόφωνη, γερμανόφωνη), οι οποίες έχουν και την ευθύνη για την εισαγωγή επιπλέον κριτηρίων για τις μονάδες που τους αντιστοιχούν. Τα κριτήρια αφορούν τρεις τομείς:

1. Γενική δομή των νοσοκομείων, που περιλαμβάνει θέματα που σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, το διοικητικό σύστημα, τις ιατρικές και τις τεχνικές υπηρεσίες, την ελάχιστη δυναμικότητα κ.α.
2. Τη δομή και τη λειτουργία κάθε υπηρεσίας ξεχωριστά, όπως του τεχνικού εξοπλισμού, των ιατρικών, παραϊατρικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων κ.α.
3. Την οργάνωση της επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης.

Η πιστοποίηση γίνεται από υπαλλήλους των Υπουργείων Υγείας των κοινοτικών κυβερνήσεων. Βασίζεται στη συλλογή στοιχείων μέσα από εκτενή ερωτηματολόγια και από έγγραφα και βάσεις δεδομένων που διατηρούν τα νοσοκομεία. Η επιτυχής πιστοποίηση έχει πενταετή διάρκεια. Στην περίπτωση ύπαρξης προβλημάτων γίνεται νέος έλεγχος σε διάστημα έξι μηνών, ο οποίος αν είναι

ανεπιτυχής μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο κλείσιμο της μονάδας με απόφαση του εθνικού Υπουργείου Υγείας.

Η πιστοποίηση κατά ISO έχει μικρή διείσδυση στις υπηρεσίες υγείας του Βελγίου και αφορά ορισμένες εταιρείες που παρέχουν τεχνικές και διοικητικές υπηρεσίες σε νοσοκομειακά ιδρύματα. Οι ίδιες εταιρείες δείχνουν ενδιαφέρον και για την υιοθέτηση του μοντέλου του E.F.Q.M. Τέλος, για τον ομοτεχνιακό έλεγχο αρχίζει να αναπτύσσεται κάποιο ενδιαφέρον στους επαγγελματικούς συλλόγους των ιατρικών ειδικοτήτων.

3. Δανία⁽²⁸⁾

Παρά τις προσπάθειες του Ινστιτούτου για την έρευνα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας (Danish Institute for Health Services Research and Development), δεν έχει αναπτυχθεί κάποιο σύστημα πιστοποίησης. Ανάλογη κατάσταση επικρατεί και στον τομέα του ομοτεχνιακού ελέγχου.

Αντίθετα, υπάρχουν ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO. Επίσης, υπάρχουν συμμετοχές από το χώρο της υγείας τόσο για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Αριστείας, όσο και για το Εθνικό Βραβείο Αριστείας, σύμφωνα με τις αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας που αποτυπώνονται στο μοντέλο του E.F.Q.M.

4. Φινλανδία⁽²⁹⁾

Η εταιρεία έρευνας υπηρεσιών υγείας (Health Services Research Ltd.), που ανήκει στην ένωση δημόσιων νοσοκομείων της Φινλανδίας, είναι υπεύθυνη για το εθνικό πρόγραμμα πιστοποίησης νοσοκομειακών μονάδων, συνεπικουρούμενη από την φινλανδική υπηρεσία πιστοποίησης (Finnish Accreditation Service) για τον τομέα των ιατρικών εργαστηρίων. Το πρόγραμμα πιστοποίησης που επιλέχθηκε, απαρτίζεται από τρία βασικά χαρακτηριστικά:

1. Πρότυπα και κριτήρια που να εξασφαλίζουν τη διοικητική και πρακτική λειτουργία των μονάδων. Αυτά προέρχονται από το King's Fund Organisational Audit, προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των φινλανδικών νοσοκομείων.
2. Δομημένες διαδικασίες αυτοαξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας με στόχο την κάλυψη των κριτηρίων.
3. Τριήμερη εξωτερική αξιολόγηση από ομάδα επιθεωρητών, που απαρτίζεται από γιατρό, νοσηλεύτη και διοικητικό υπάλληλο, κατάλληλα εκπαιδευμένων.

Η διαδικασία πιστοποίησης περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

- Αρχικά μπαίνει σε διαδικασία αυτοαξιολόγησης όλο το προσωπικό του οργανισμού με βάση τα ισχύοντα πρότυπα και κριτήρια.
- Περίπου έξι εβδομάδες πριν την εξωτερική αξιολόγηση, ο οργανισμός μπαίνει σε νέα διαδικασία αυτοαξιολόγησης ώστε να εντοπιστούν οι βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί.

- Η εξωτερική αξιολόγηση λαμβάνει χώρα, στηριγμένη τόσο στα στοιχεία και τα έγγραφα που διατηρεί το νοσοκομείο, όσο και σε συνεντεύξεις με το προσωπικό.
- Μέσα σε ένα μήνα συντάσσεται αναφορά στηριγμένη στα πρότυπα και στα κριτήρια που περιλαμβάνει και τις συστάσεις των αξιολογητών.
- Χορηγείται πιστοποιητικό στον οργανισμό για την εκπλήρωση των απαιτήσεων του King's Fund Organisational Audit.

Στη Φινλανδία είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη και η πιστοποίηση κατά ISO στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Πάνω από 100 μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (κέντρα υγείας, ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες οδοντιατρικής περίθαλψης κ.α.) έχουν λάβει το σχετικό πιστοποιητικό. Συνήθης πρακτική είναι και ο ομοτεχνιακός έλεγχος, που εφαρμόζεται ως επί το πλείστον από ομοειδής κλινικές διαφορετικών νοσοκομείων. Τέλος, υπάρχουν συμμετοχές από το χώρο της υγείας τόσο για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Αριστείας, όσο και για το Εθνικό Βραβείο Αριστείας, που διοργανώνεται από το Φινλανδικό Ίδρυμα Ποιότητας και η δομή του πλησιάζει περισσότερο το αμερικάνικο βραβείο ποιότητας «Baldrige».

5. Γαλλία⁽³⁰⁾

Από τον Απρίλιο του 1996 υπάρχει νομικό πλαίσιο που υποχρεώνει όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών (εκτός από αυτούς που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) να συμμετέχουν σε εξωτερική διαδικασία αξιολόγησης, που έχει το ρόλο της πιστοποίησης. Υπεύθυνο για αυτή τη διαδικασία είναι το εθνικό γραφείο πιστοποίησης και αξιολόγησης της υγείας (Agence Nationale d'Accreditation et Evaluation en Santé). Τα πρότυπα που υιοθετεί το συγκεκριμένο γραφείο προέρχονται από την εθνική νομοθεσία, από στοιχεία τεχνικών ερευνών, από γνωμοδοτήσεις επαγγελματικών ενώσεων και από διεθνή μοντέλα (κυρίως του Canadian Council on Health Care Accreditation). Ο σχεδιασμός που έχει γίνει προβλέπει τη συμμετοχή περίπου 4000 οργανισμών μέσα σε μία πενταετία.

Στη Γαλλία υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί παροχής ιατρικών υπηρεσιών που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO. Αντίθετα, δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν είτε τη συμμετοχή κάποιων οργανισμών στη διαδικασία του Ευρωπαϊκού Βραβείου Αριστείας, είτε στην προώθηση μορφών ομοτεχνιακού ελέγχου.

6. Γερμανία⁽³¹⁾

Από το 1997 έχει δημιουργηθεί εθνική επιτροπή για τη διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, με σκοπό την εποπτεία όλων των νοσοκομειακών μονάδων στο θέμα της εφαρμογής συστήματος διασφάλισης της ποιότητας, που να

περιλαμβάνει και διαδικασία σύγκρισης με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μονάδων. Όλοι οι οργανισμοί έχουν συμμορφωθεί με αυτή την απαίτηση, αλλά σε εθνικό επίπεδο δεν έχει υιοθετηθεί το μοντέλο της πιστοποίησης για το οποίο παρουσιάζεται μεμονωμένο ενδιαφέρον. Επίσης ο ομοτεχνιακός έλεγχος δεν έχει βρει πεδίο εφαρμογής, αφού δεν καλύπτει τις απαιτήσεις τις εθνικής νομοθεσίας.

Αντίθετα, υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO, είτε στο σύνολό τους, είτε σε τμήματά τους. Ανάλογη αποδοχή έχει και το μοντέλο του E.F.Q.M., για το οποίο γίνεται σημαντική προσπάθεια να προσαρμοστεί στις ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας^(8,32.33).

7. Ελλάδα⁽³⁴⁾

Η ελληνική νομοθεσία δεν προβλέπει καμία μορφή εξωτερικής επιθεώρησης στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση την πιστοποίηση κατά ISO για τον ιατρικό εξοπλισμό των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απουσία εθνικού βραβείου ποιότητας, έχει ως αποτέλεσμα τη μεμονωμένη και σε μικρή κλίμακα υιοθέτηση της πιστοποίησης κατά ISO και του μοντέλου του E.F.Q.M. Ενδιαφέρον για τα συστήματα πιστοποίησης υπάρχει μόνο σε ακαδημαϊκό επίπεδο, ενώ ο ομοτεχνιακός έλεγχος δεν έχει βρει καμία ανταπόκριση.

8. Ισλανδία⁽³⁵⁾

Η διοίκηση ολικής ποιότητας έχει ευρεία εφαρμογή στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μόνο σε επίπεδο εσωτερικής λειτουργίας. Δεν υπάρχει σύστημα πιστοποίησης σε εθνικό επίπεδο για τις μονάδες υγείας, οι οποίες εφαρμόζουν συστήματα αυτοαξιολόγησης. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την υιοθέτηση ομοτεχνιακού ελέγχου. Αντίθετα, αρκετές μονάδες έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO, είτε στο σύνολό τους (π.χ. το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο), είτε κάποια τμήματά τους. Το μοντέλο του E.F.Q.M. χρησιμοποιείται από αρκετούς οργανισμούς, με σημαντικότερο παράδειγμα την κατάκτηση το 1995 του εθνικού βραβείου ποιότητας από το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

9. Ιρλανδία⁽³⁶⁾

Η πιστοποίηση δεν αποτελεί συμβατική υποχρέωση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά, η Ένωση Ανεξαρτήτων Νοσοκομείων (Independent Hospital Association) κινείται προς αυτή την κατεύθυνση σε συνεργασία με το «Joint Commission International» ενώ αντίστοιχες πρωτοβουλίες προωθούν τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία του Δουβλίνου και η «Irish Society for Quality in Healthcare».

Η πιστοποίηση κατά ISO είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και αποτελεί ένα από τα βασικά στρατηγικά εργαλεία στη βελτίωση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ανάλογη ευρεία εφαρμογή έχει και το μοντέλο του E.F.Q.M., που αντικατοπτρίζεται στις υποψηφιότητες που υπάρχουν από το χώρο της υγείας τόσο για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Αριστείας, όσο και για το Εθνικό Βραβείο Αριστείας⁽³⁷⁾. Αντίθετα, ο ομοτεχνιακός έλεγχος δεν έχει υιοθετηθεί ως μέθοδος εξωτερικής αξιολόγησης.

10. Λουξεμβούργο⁽³⁸⁾

Από τα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, το μόνο που εξετάζεται και τείνει να υιοθετηθεί είναι η πιστοποίηση κατά ISO.

11. Ιταλία⁽³⁹⁾

Από το 1993 η «Italian Society for Health Care Quality» έχει βάλει τις βάσεις για προγράμματα πιστοποίησης στις υπηρεσίες υγείας. Αν και η υιοθέτησή τους δεν είναι υποχρεωτική, όλο και περισσότεροι οργανισμοί, είτε στο σύνολό τους είτε σε τμήματά τους, συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία. Το εγχειρίδιο που εφαρμόζεται, αποτελείται από τα παρακάτω κεφάλαια:

1. Διοίκηση και Ηγεσία
2. Εγκαταστάσεις και εξοπλισμός
3. Πληροφοριακά συστήματα
4. Εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση
5. Αξιολόγηση και Βελτίωση
6. Γενικές διαδικασίες και επαγγελματικές οδηγίες
7. Ασφάλεια και Ικανοποίηση προσωπικού
8. Δικαιώματα και Ικανοποίηση χρηστών

Ιδιαίτερα ευρεία αποδοχή έχει και η πιστοποίηση κατά ISO, η οποία θεωρείται από τους ανθρώπους που ασχολούνται με την οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ως εξαιρετικά ωφέλιμη για τη φήμη των μονάδων. Αντίθετα, δεν υπάρχει πρόσφορο έδαφος για τον ομοτεχνιακό έλεγχο και για το μοντέλο του E.F.Q.M.

12. Ολλανδία⁽⁴⁰⁾

Στην Ολλανδία συναντάμε σε πλήρη ανάπτυξη και τα τέσσερα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας, τα οποία δε δρουν ανταγωνιστικά αλλά η ταυτόχρονη αξιοποίησή τους γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατόν αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα⁽⁴¹⁾:

- Υπάρχουν διάφορα προγράμματα πιστοποίησης που τρέχουν κάτω από την εποπτεία διάφορων φορέων και εξασφαλίζουν ως επί το πλείστον την ποιότητα των διοικητικών, τεχνικών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών.
- Υπάρχει πλήρης εφαρμογή προγραμμάτων ομοτεχνιακού ελέγχου στη χώρα που εισήγαγε τη συγκεκριμένη τεχνική.

Αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

- Υιοθετείται η πιστοποίηση κατά ISO, προσαρμοσμένη στη δομή και στην κουλτούρα της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.
- Χρησιμοποιείται το μοντέλο του E.F.Q.M. από αρκετούς οργανισμούς, στα πλαίσια του σχεδιασμού ποιότητας που έχουν, για λόγους προβολής και ανάπτυξης. Μάλιστα το 1996 το Εθνικό Βραβείο Αριστείας απονεμήθηκε στο «Jellinek Center», που αποτελεί κέντρο παροχής εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης^(42,43).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί η ύπαρξη του Ιδρύματος για την Εναρμόνιση της Πιστοποίησης στις Υπηρεσίες Υγείας (Foundation for the Harmonization of Accreditation in Health Care), που αποτελεί πρωτοποριακό θεσμό για τον τομέα που εξετάζουμε.

13. Νορβηγία⁽⁴⁴⁾

Στη Νορβηγία δεν έχει εφαρμοστεί κανένα σύστημα πιστοποίησης εξειδικευμένο για τις υπηρεσίες υγείας. Αν και έχει εκδηλωθεί σχετικό ενδιαφέρον, ο επίσημος φορέας πιστοποίησης «Norwegian Accreditation» χρησιμοποιεί μόνο τα συστήματα ISO και EN. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα οργανισμών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO.

Το σύστημα ομοτεχνιακού ελέγχου δεν έχει βρει πρόσφορο έδαφος. Αντίθετα, αρκετές υποψηφιότητες υπάρχουν από το χώρο της υγείας τόσο για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Αριστείας, όσο και για το Εθνικό Βραβείο Αριστείας. Μάλιστα το 1995 το εθνικό βραβείο το κατέκτησε το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Τρόμσο.

14. Πορτογαλία⁽⁴⁵⁾

Από τα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας κανένα δεν εφαρμόζεται. Υπάρχει συντονισμένη προσπάθεια να δημιουργηθεί εθνικός φορέας πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας που θα αναλάβει πρωτοβουλίες σε αυτόν τον τομέα.

15. Ισπανία⁽⁴⁶⁾

Το μόνο σύστημα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας που εφαρμόζεται - και μάλιστα μόνο σε τοπικό επίπεδο στην Καταλονία - είναι αυτό της πιστοποίησης. Το τοπικό Υπουργείο Υγείας έθεσε ως προαπαιτούμενο την πιστοποίηση για τα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιοχής ώστε να προχωρήσει σε συμβάσεις κοινωνικής ασφάλειας μαζί τους. Τα χαρακτηριστικά αυτού του προγράμματος είναι τα παρακάτω:

- Φορέας πιστοποίησης είναι το τμήμα υγείας της τοπικής κυβέρνησης (Health Department of the Generalitat de Catalunya). Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται η

θεσμοθέτηση των απαιτήσεων, η επιθεώρηση των νοσοκομειακών μονάδων και η έκδοση των πιστοποιητικών.

- Οι απαιτήσεις θεσμοθετήθηκαν μετά από γνωμοδότηση μίας επιτροπής ειδικών που έλαβε υπόψη της τις εισηγήσεις επαγγελματικών ιατρικών φορέων και της ένωσης νοσοκομειακών μονάδων.
- Η διαδικασία πιστοποίησης είναι προαιρετική και ξεκινά μόνο έπειτα από αίτηση του ενδιαφερόμενου ιδρύματος. Αποτελεί όμως προϋπόθεση για τη σύναψη σύμβασης με την κοινωνική ασφάλεια της Καταλονίας.
- Η διαδικασία επιθεώρησης πραγματοποιείται με επιτόπια επίσκεψη από εκπαιδευμένους γιατρούς του τμήματος υγείας, οι οποίοι συντάσσουν έκθεση για το βαθμό συμμόρφωσης του ιδρύματος με τις απαιτήσεις του συστήματος.
- Η έκθεση των επιθεωρητών εξετάζεται από ειδική επιτροπή του τμήματος υγείας, που απαρτίζεται από κρατικούς λειτουργούς.
- Η απόφαση για την πιστοποίηση ή μη του ιδρύματος ανήκει αποκλειστικά σε αυτή την επιτροπή, χωρίς να υπάρχουν θεσμοθετημένοι κανόνες. Υπάρχει όμως δικαίωμα έφεσης της απόφασης.
- Η πιστοποίηση ισχύει για μέχρι τρία χρόνια, αλλά αυτό το διάστημα μπορεί να είναι και μικρότερο αν υπάρχει αβεβαιότητα για την σταθερότητα του συστήματος.

16. Σουηδία⁽⁴⁷⁾

Από το 1997 το Σουηδικό Ινστιτούτο για την Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας (Swedish Institute for Health Services Development) έχει θέσει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα πιστοποίησης για τα κρατικά και τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις:

1. Δημιουργία εσωτερικής οργάνωσης στο ίδρυμα για την εφαρμογή του προγράμματος.
2. Πρώτη αυτοαξιολόγηση (με την έναρξη του προγράμματος) για την οριοθέτηση προτεραιοτήτων βελτίωσης της ποιότητας.
3. Δεύτερη αυτοαξιολόγηση ένα χρόνο μετά.
4. Εξωτερική αξιολόγηση.

Οι απαιτήσεις του προγράμματος που ορίστηκαν από το Ινστιτούτο είχαν ως αφετηρία αντίστοιχα κριτήρια που έχουν θέσει το «King's Fund Organisational Audit» και το «The Canadian Council on Health Services Accreditation», προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες και στην κουλτούρα του εθνικού συστήματος υγείας. Την εξωτερική αξιολόγηση την πραγματοποιεί ομάδα από εκπαιδευμένο προσωπικό του Ινστιτούτου, που αποτελείται από τέσσερα μέχρι έξι μέλη. Στο τέλος, κάνουν προφορική ενημέρωση στο προσωπικό των τμημάτων που επιθεώρησαν, ενώ μέσα σε δύο μήνες συντάσσουν την τελική αναφορά τους που παραδίδουν στο διοικητή του νοσοκομείου. Αυτή η τελική αναφορά, που περιέχει συμπεράσματα και συστάσεις, μαζί με τα σχόλια που συντάσσει επί

της αναφοράς ο διοικητής καταχωρείται στα δημόσια αρχεία. Εδώ πρέπει να σημειωθεί πως στη Σουηδία ισχύει η «Αρχή της Δημόσιας Πρόσβασης», που επιτρέπει σε κάθε πολίτη να έχει πρόσβαση στα δημόσια αρχεία.

Εφαρμογή σε ευρύ φάσμα των υπηρεσιών υγείας έχει και η πιστοποίηση κατά ISO. Τμήματα νοσοκομείων, εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού και συσκευών, οδοντιατρικές μονάδες κ.α. έχουν επιλέξει το συγκεκριμένο σύστημα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη τόσο Εθνικού Βραβείου Αριστείας όσο και Εθνικού Βραβείου Αριστείας Υπηρεσιών Υγείας έχει οδηγήσει πολλούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στην υιοθέτηση του μοντέλου του E.F.Q.M. Τέλος, οι ιατρικές επαγγελματικές ενώσεις έχουν εισαγάγει συστήματα ομοτεχνιακού ελέγχου για τα μέλη τους.

17. Ηνωμένο Βασίλειο⁽⁴⁸⁾

Πρόκειται για χώρα που έχει πρωταγωνιστικό ρόλο σε ευρωπαϊκό επίπεδο γενικά στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και ειδικά στα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας. Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service – N.H.S.) παρέχει σε όλους τους πολίτες υπηρεσίες υγείας και έχει την ευθύνη όλων των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τη φορολογία, τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλειας και άλλες έκτακτες πηγές. Υπάρχει όμως και μία πλειάδα ινστιτούτων, ιδρυμάτων, φορέων, επαγγελματικών ενώσεων κ.α. που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας.

Αν και δεν υφίσταται καμία νομική υποχρέωση για εξωτερική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη χώρα εφαρμόζονται και τα τέσσερα συστήματα. Συγκεκριμένα:⁽⁴⁹⁾

- Η πιστοποίηση εφαρμόζεται στο 31% των ιδρυμάτων που ελέγχονται από την N.H.S., στο 38% των ανεξάρτητων νοσοκομείων και στο 80% των ιατρικών εργαστηρίων.
- Η πιστοποίηση κατά ISO για ολόκληρα νοσοκομεία είναι λιγότερο διαδεδομένη, αφού εφαρμόζεται στο 1% περίπου των ιδρυμάτων που ελέγχονται από την N.H.S. Όμως ένα ποσοστό περίπου 15% την εφαρμόζει για κάποια από τα τμήματά του.
- Το μοντέλο του E.F.Q.M. έχει επιλεγεί από περίπου το 4% των ιδρυμάτων που ελέγχονται από την N.H.S.⁽⁵⁰⁾.
- Ο ομοτεχνιακός έλεγχος συναντάται – σε διάφορες παραλλαγές του – σε ορισμένους τομείς των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 5 : Η στάση κυβερνητικών φορέων στο Ην. Βασίλειο⁽⁴⁹⁾

Φορέας	Σύστημα εξωτερικής αξιολόγησης ποιότητας			
	Πιστοποίηση	I.S.O.	E.F.Q.M.	Ομοτεχνιακός έλεγχος
NHS Executive, England	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
The Welsh Office	Δημόσια υποστήριξη	Δημόσια υποστήριξη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
The Scottish Office	Δημόσια υποστήριξη	Δημόσια υποστήριξη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
The Northern Ireland Office	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Scottish Health Advisory Service	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
The Health Advisory Service	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
United Kingdom Accreditation	Απόρριψη (ανεπίσημα)	Δημόσια υποστήριξη	Ουδέτερη	Ουδέτερη


Πίνακας 6 : Η στάση επαγγελματικών, επιστημονικών και ακαδημαϊκών φορέων στο Ηνωμένο Βασίλειο⁽⁴⁹⁾


Φορέας	Σύστημα εξωτερικής αξιολόγησης ποιότητας			
	Πιστοποίηση	I.S.O.	E.F.Q.M.	Ομοτεχνιακός έλεγχος
Royal College of Nursing	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Royal College of Paediatrics and Child Health	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Royal College of General Practitioners	Δημόσια υποστήριξη	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Δημόσια υποστήριξη
Royal College of Anaesthetics	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Royal College of Midwives	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
Royal College of Obstetrics and Gynaecologists	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
Royal College of Physicians	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
Royal College of Radiologists- Faculty of Clinical Oncology	Ισχυρή υποστήριξη	Ισχυρή υποστήριξη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Royal College of Radiologists- Faculty of Clinical Radiology	Απόρριψη (ανεπίσημα)	Απόρριψη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Royal College of Surgeons	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
Academy of Medical Royal Colleges	Δημόσια υποστήριξη	Δημόσια υποστήριξη	Ουδέτερη	Ουδέτερη
BMA, The British Medical Association	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)
The General Medical Council	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Ουδέτερη	Επιλεκτική υποστήριξη (ανεπίσημα)


Σύνοψη


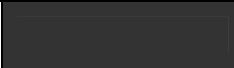



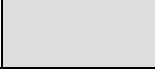


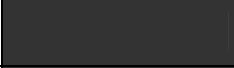
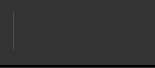


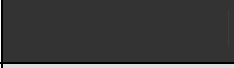
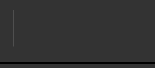

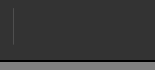
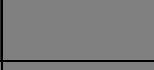






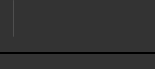

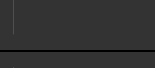
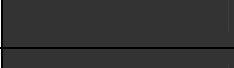
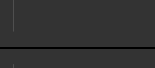
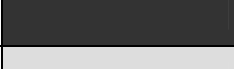
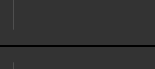
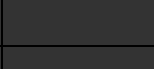

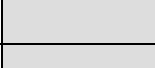



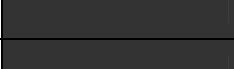
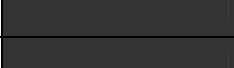
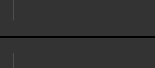
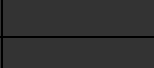
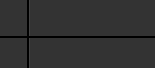




Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνονται τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν στα πλαίσια του προγράμματος ExPeRT για την εφαρμογή συστημάτων εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας στις χώρες που συμμετείχαν.

Πίνακας 7 : Εφαρμογή συστημάτων εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας. ⁽⁵¹⁾

Ενδιαφέρον για το σύστημα 

Αρχικά στάδια εφαρμογής του συστήματος 

Τεκμηριωμένη χρήση του συστήματος 

	Πιστοποίηση	I.S.O.	E.F.Q.M.	Ομοτεχνιακός έλεγχος
Αυστρία				
Βέλγιο				
Δανία				
Φινλανδία				
Γαλλία				
Γερμανία				
Ελλάδα				
Ισλανδία				
Ιρλανδία				
Λουξεμβούργο				
Ιταλία				
Ολλανδία				
Νορβηγία				
Πορτογαλία				
Ισπανία				
Σουηδία				
Ηνωμένο Βασίλειο				

4.3. Συμπεράσματα

Τα τέσσερα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας έχουν αρχίσει να συγκλίνουν⁽⁵²⁾. Μέχρι τώρα αυτή η σύγκλιση ήταν αυθόρμητη και ευκαιριακή, χωρίς να βασίζεται σε προγραμματισμένη συνεργασία. Δεδομένου ότι σχεδιάστηκαν αρχικά για διαφορετικούς σκοπούς, η πλήρης εναρμόνισή τους δεν είναι ούτε εφικτή ούτε μπορεί να αποτελέσει αυτοσκοπό. Αλλά η σαφέστερη οροθέτηση των στόχων και της συμβολής κάθε μοντέλου θα μπορούσαν να αυξήσουν την αποδοτικότητά τους και να μειώσουν τις επικαλύψεις τους. Μία τέτοια διαδικασία απαιτεί μία σειρά προσαρμογών στη φιλοσοφία και στο πλαίσιο λειτουργίας και των τεσσάρων μοντέλων. Συγκεκριμένα:

➤ Πολιτικές προτεραιότητες

- Η κεντρική επιλογή πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θέτοντας τον εμπορικό ανταγωνισμό και την τυπολατρική εφαρμογή των μοντέλων σε δεύτερη μοίρα.
- Οι διαφορετικές οπτικές όλων των μερών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας (χρήστες, κοινωνικό σύνολο, επαγγελματίες, κυβερνήσεις, ασφαλιστικοί φορείς, χρηματοδότες, διοικήσεις) πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και επίσης πρέπει να διερευνηθεί ο τρόπος εξυπηρέτησής τους από τα εφαρμοζόμενα προγράμματα.
- Η συνεχής βελτίωση πρέπει να είναι ο κεντρικός στόχος. Αυτή πρέπει να επιτυγχάνεται με δυναμική ανάπτυξη - και να εξασφαλίζεται η διατήρησή της - και όχι με στατική συμμόρφωση σε κανόνες και τύπους.
- Για θεωρητικό πλαίσιο πρέπει να υιοθετηθεί το μοντέλο του E.F.Q.M., το οποίο είναι σαφές, συνεπές και δοκιμασμένο και αποτυπώνει με επιτυχία τόσο τις περιοχές αξιολόγησης όσο και τη βαρύτητα της κάθε μίας.
- Το μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας πρέπει να απαντά στις ανάγκες των χρηστών.
- Οι χρήστες και το κοινωνικό σύνολο πρέπει να αντιλαμβάνονται με σαφήνεια την ισχύ του μοντέλου, να πείθονται για την αξιοπιστία της αξιολόγησης και να κατανοούν την αξία των πιστοποιητικών-βραβείων.
- Η εθνική νομοθεσία πρέπει να μην καθορίζει υποχρεωτική επιλογή μοντέλου, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για τη σύγκλιση των μοντέλων σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

➤ Οργανωτικές προτεραιότητες

- Σε εθνικό επίπεδο πρέπει να δημιουργηθούν οι μηχανισμοί για την αρμονική συνύπαρξη των τεσσάρων μοντέλων (π.χ. όπως συμβαίνει στην Ολλανδία με το «Foundation for the Harmonization of Accreditation in Health Care»)
- Σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι αναγκαία η δημιουργία ενός κοινού επιστημονικού χώρου διαλόγου για τους τρόπους σύγκλισης των τεσσάρων μοντέλων.

- Η διεθνής συνεργασία είναι απαραίτητη ώστε να υπάρξει διάλογος με όλους τους φορείς που σχετίζονται με το θέμα σε παγκόσμιο επίπεδο.

➤ **Μεθοδολογία**

- Είναι απαραίτητη η υιοθέτηση κοινής γλώσσας μεταξύ των μοντέλων, με βάση την ορολογία του ISO.
- Τα πρότυπα που είναι αποδεκτά σε διεθνές επίπεδο πρέπει να αποτελέσουν κοινό τόπο, πάντα σε συνδυασμό με ότι έχει ορίσει ο ISO και το E.F.Q.M.
- Πρέπει να διερευνηθούν οι επικαλύψεις, οι διαφωνίες και οι απροσδιόριστοι χώροι που υπάρχουν ανάμεσα στα τέσσερα μοντέλα. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να συγκριθούν καλύτερα και να εντοπιστούν / αξιοποιηθούν τα κοινά τους στοιχεία.
- Στη διαδικασία της αξιολόγησης πρέπει να υιοθετηθούν κοινά πρότυπα, ιδιαίτερα σε σχέση με τους εσωτερικούς μηχανισμούς της, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διαφοροποίηση μεταξύ των αξιολογητών και να προαχθεί η αξιοπιστία και η συνέπεια της.
- Η ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων πρέπει να έχει κοινή βάση για ομοειδείς οργανισμούς, ανεξάρτητη από χρονικούς προσδιορισμούς.
- Η κλινική απόδοση πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία βασισμένα σε κλινικά πρότυπα και σε τυποποιημένους δείκτες.
- Το προφίλ των αξιολογητών (γνώσεις, δεξιότητες, συμπεριφορά) πρέπει να διαμορφώνεται μέσα από την ανάπτυξη κοινών προγραμμάτων κατάρτισης.
- Οι πληροφορίες που αφορούν τα μοντέλα (πρότυπα, διαδικασίες, κόστη, αποτελέσματα, βιβλιογραφία) πρέπει να διακινούνται ελεύθερα στο διαδίκτυο και σε επιστημονικά συνέδρια.

Αν τα συμπεράσματα του προγράμματος ExPeRT θα έχουν θετικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, θα εξαρτηθεί από την προθυμία και τη δυνατότητα πολλών ατόμων και φορέων να προσαρμόσουν τα πρότυπα και τις μεθόδους τους και για να προγραμματίσουν ένα κοινό μέλλον⁽⁵³⁾. Ένα κοινό μοντέλο δεν χρειάζεται να αναμένει τη νομική επικύρωση από τα εθνικά ή από το ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Η σύγκλιση είναι αναπόφευκτη και στην πραγματικότητα ήδη έχει αρχίσει να πραγματοποιείται.

Πηγαίνοντας ένα βήμα παραπέρα, ένα κοινό μοντέλο για την εξωτερική αξιολόγηση της ποιότητας θα πρέπει να στηρίζεται στο γενικό πλαίσιο που έχει θέσει το E.F.Q.M., εμπλουτισμένο με απαιτήσεις που περιλαμβάνουν τα προγράμματα πιστοποίησης και ομοτεχνιακού ελέγχου, και επικυρωμένο με την εγκυρότητα του ISO. Το ExPeRT κατέδειξε ότι, παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις των τεσσάρων βασικών μοντέλων, μία κοινή ευρωπαϊκή σύνθεση είναι εφικτή.

ΠΗΓΕΣ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- (24) Heidemann Elma, «*Moving to global standards for accreditation processes: the ExPeRT project in a larger context*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 227-230
- (25) Shaw Charles, «*External quality mechanisms for health care: symmary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO in European Union Countries*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 170-173
- (26) Austrian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (27) Belgian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (28) Danish Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (29) Finnish Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (30) French Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (31) German Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (32) Moeller Johannes, Breinlinger Jochen, Else John, «*Quality managementa in German health care – The EFQM excellence model*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.6, June 2001, pp. 255-256
- (33) Moeller Johannes, Sonntag Anne-Katharina, «*Evaluation of health service organisation – German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare*», **The TQM Magazine**, Vol.13, Num. 5, May 2001, pp361-366
- (34) Greek Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (35) Icelandic Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (36) Irish Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (37) Ennis Kay, Harrington Denis, «*Quality management in Irish health care*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, Num.6, June 2000, pp. 239-243
- (38) Luxembourg Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (39) Italian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (40) Dutch Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (41) Gennip E., «*A study of attitudes towards and endorsement of Dutch external health service reviews models*», ExPeRT operational seminar, May 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (42) Nabitz U., Klazinga N., «*EFQM approach and the Dutch Quality Award*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, Num.2, February 1999, pp. 69
- (43) Nabitz U., Walburg J., «*Addicted to Quality – winning the Dutch Quality Award based on the EFQM model*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.6, June 2001, pp. 259-265
- (44) Norwegian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (45) Portuguese Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (46) Spanish Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (47) Swedish Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (48) UK's Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm

- (49) **Shaw Charles**, «*A study of attitudes towards and endorsement of UK BASED external health service reviews models*», ExPeRT operational seminar, May 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- (50) **Holland Karen, Fennell Sharon**, «*Clinical governance is "ACE" – using the EFQM excellence model to support baseline assessment*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.4, April 2001, pp. 174-176
- (51) **Heaton Catherine**, «*External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT project*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 178
- (52) **Lorenzo Susana, Harrington Noel**, «*European Society for Quality in Healthcare: the experience of learning to work together in Europe*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.1, January 2001, pp. 1-2
- (53) **Bohigas Luis, Heaton Catherine**, «*Methods for external evaluation of health care institutions*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 238

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

5.1. Εισαγωγή

Ιδιαίτερη βαρύτητα στην αξιολόγηση της οργάνωσης και της διοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει η αποτίμηση της απόδοσής του. Η βέλτιστη αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων αποτελεί τον κεντρικό στόχο ενός συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Για την υλοποίηση αυτού του στόχου είναι αναγκαία η μεθοδική και συγκροτημένη μέτρηση της αποδοτικότητας των μονάδων που το αποτελούν, ώστε να εντοπίζονται οι περιοχές που χρειάζονται βελτιώσεις και να λαμβάνονται οι αναγκαίες αποφάσεις.

Οι επιδόσεις ενός οργανισμού μπορούν να περιγραφούν μέσα από ένα αρκετά μεγάλο αριθμό διαστάσεων που σχετίζονται

- με τις παραγόμενες εκροές,
- με διάφορες εκφάνσεις της ποιότητας αυτών των εκροών,
- με τους πόρους που καταναλώθηκαν.

Η χρησιμοποίηση σε αυτή τη διαδικασία διαφόρων δεικτών είναι ενδεδειγμένη μόνο για τον εντοπισμό ασυνήθιστων (θετικά ή αρνητικά) επιδόσεων και για την ανάδειξη προβληματισμού σε σχέση με τις αιτίες που τις προκάλεσαν. Για να μελετήσουμε όμως με αξιοπιστία και ακρίβεια τη συνολική επίδοση ενός οργανισμού χρειαζόμαστε συνδυασμένες πληροφορίες που να καλύπτουν όλο το εύρος των διαστάσεων που τον χαρακτηρίζουν. Χωρίς μία συστηματοποιημένη μέθοδο που να περικλείει στοιχεία για όλες τις διαστάσεις, δε μπορούμε να είμαστε σίγουροι για το αν η χαμηλή τιμή κάποιου δείκτη οφείλεται σε λάθος αποφάσεις στο συγκεκριμένο τομέα ή στην αυξημένη τιμή κάποιου άλλου δείκτη που περιγράφει μια άλλη διάσταση των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁽¹⁾

Στη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική δύο είναι οι μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ενοποιημένη πολυπαραγοντική μέτρηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Από τη μία, η οικονομετρική προσέγγιση στηρίζεται στη δημιουργία συνάρτησης παραγωγής (ή κόστους) με τη μέθοδο της παλινδρόμησης, με βάση όλα τα συγκεντρωμένα δεδομένα. Σε αντιδιαστολή, η μέθοδος της «Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων» (Data Envelopment Analysis - D.E.A.) χρησιμοποιεί τεχνικές του γραμμικού προγραμματισμού, ώστε να δημιουργηθεί ένα σύνολο αποδοτικότητας που να περιλαμβάνει όλες τις παρατηρήσεις. Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζουμε τα βασικά χαρακτηριστικά των δύο μεθόδων, στα οποία μπορούμε να εντοπίσουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που παρουσιάζουν.

Πίνακας 8 : Χαρακτηριστικά των μεθόδων της Παλινδρόμησης και της D.E.A.⁽⁵⁴⁾

Χαρακτηριστικά	Παλινδρόμηση	D.E.A.
Αναγκαίες υποθέσεις για το σύνορο παραγωγής (ή κόστους)	Ναι	Όχι
Έλεγχος των υποθέσεων για το σύνορο	Ναι	Όχι
Υποθέσεις για την κατανομή των λαθών	Ναι	Όχι
Έλεγχος υποθέσεων κατανομής	Ναι	Όχι
Έλεγχος συνυπολογισμού των μεταβλητών	Ναι	Όχι
Διαχωρισμός τυχαίων παραγόντων από αποκλίσεις αποδοτικότητας	Ναι	Όχι
Παραδοχή περιβαλλοντικών παραγόντων	Ναι	Ναι
Παραδοχή πολλαπλών εισροών και εκροών	Μόνο στην κανονική μορφή	Ναι
Προβλήματα από τη πολυσυγγραμμικότητα	Ναι	Όχι
Παροχή πληροφοριών για σύγκριση με ομοειδής οργανισμούς	Όχι	Ναι
Ευαισθησία στο μικρό αριθμό παρατηρήσεων	Ναι	Μέτρια
Ευαισθησία στις ενδογενείς στατιστικές αποκλίσεις	Ναι	Ναι
Έλεγχος για ενδογενείς στατιστικές αποκλίσεις	Ναι	Όχι

Οι περισσότερες μελέτες αποδοτικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας που έχουν γίνει την τελευταία εικοσαετία παγκοσμίως, έχουν πραγματοποιηθεί με τη μέθοδο D.E.A.⁽⁵⁵⁾ Αυτό οφείλεται σε καταγεγραμμένα πλεονεκτήματα που έχει η μέθοδος σε σχέση με τους πρακτικούς στόχους που τίθενται όταν επιχειρείται μέτρηση αποδοτικότητας σε φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών, Συγκεκριμένα:⁽⁵⁶⁾

- Η αποδοτικότητα κάθε μονάδας που υπολογίζουμε είναι σχετική (και άρα απόλυτα συγκρίσιμη) με την αποδοτικότητα όλων των άλλων μονάδων του δείγματός μας.

- Τα αποτελέσματά μας καταδεικνύουν τις μονάδες που μπορούν να αποτελέσουν τα παραδείγματα «βέλτιστης πρακτικής» (best practice) για την κάθε μία εξεταζόμενη μονάδα ξεχωριστά.
- Από τα αποτελέσματα εξάγονται συγκεκριμένες στοχεύσεις που πρέπει να τεθούν σε κάθε μονάδα, ώστε να γίνει αποδοτική.
- Μας δίνεται η δυνατότητα να παρακολουθήσουμε και να αναλύσουμε τις διακυμάνσεις της αποδοτικότητας σε σχέση με το χρόνο.

Η δυσκολία που παρουσιάζει η μέθοδος σχετίζεται με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της. Επειδή πρόκειται για συγκριτική μέτρηση αποδοτικότητας, τα συμπεράσματα πρέπει να αναλύονται μέσα στο πλαίσιο του γενικού περιβάλλοντος που εφαρμόζεται η μέθοδος και όχι με αποσπασματική εξέταση της κάθε αυτοτελούς μονάδας. Στη συνέχεια θα αναλύσουμε διεξοδικά τόσο το θεωρητικό μέρος της μεθόδου, όσο και τις δυνατότητες χρησιμοποίησης της στο χώρο της υγείας.

5.2. Η Μέθοδος D.E.A.

5.2.1. Ιστορική αναδρομή

Το 1957 ο Farrell εισήγαγε μια εναλλακτική προσέγγιση στη μελέτη της αποδοτικότητας συστημάτων. Ξεπερνώντας την κλασική προσέγγιση που στηριζόταν στη χρήση θεωρητικών συναρτήσεων παραγωγής(η καταλληλότητα των οποίων ελεγχόταν με σύνολα πραγματικών δεδομένων), τεκμηρίωσε τη δυνατότητα μέτρησης της αποδοτικότητας ενός συστήματος, η οποία να βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, χωρίς δηλαδή την εκ των προτέρων υιοθέτηση συγκεκριμένων συναρτήσεων παραγωγής. Πάνω στις βάσεις που έθεσε ο Farrell, οι Charnes, Cooper και Rhodes το 1978 παρουσίασαν μία νέα τεχνική αποτίμησης της αποδοτικότητας. Η νέα τεχνική ονομάστηκε Data Envelopment Analysis - D.E.A. (Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων – Π.Α.Δ.) και εξέταζε την αποδοτικότητα συστημάτων από τη σκοπιά της επιχειρησιακής έρευνας.

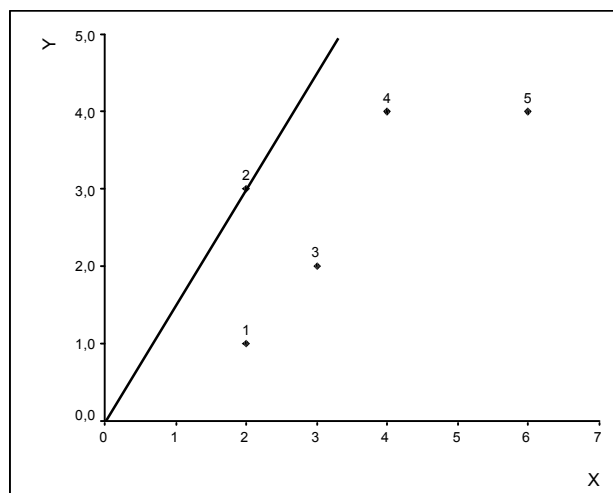
5.2.2.Βασική φιλοσοφία και βασικές έννοιες της D.E.A.

Η D.E.A. είναι μια μη παραμετρική τεχνική που στηρίζεται στο μοντέλο του γραμμικού προγραμματισμού. Τα αντικείμενα ανάλυσής της, δηλαδή οι μονάδες των οποίων η αποδοτικότητα εκτιμάται, χαρακτηρίζονται γενικά ως «Μονάδες απόφασης - (M.A.)» (Decision Making Units - D.M.U.). Πρόκειται για ομοειδείς μονάδες που λειτουργούν σε ένα κοινό πλαίσιο-σύστημα και λαμβάνουν κάθε φορά συγκεκριμένη υπόσταση, ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής. Υπάρχουν έτσι ποικίλες εφαρμογές της D.E.A. για την εκτίμηση της αποδοτικότητας τραπεζικών καταστημάτων,

νοσοκομείων, σχολικών μονάδων, πανεπιστημιακών τμημάτων, σταθμών παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας, προϊόντων, διαδικασιών, υπηρεσιών, εργαζομένων, επιχειρηματικών σχεδίων, χαρτοφυλακίων κ.τ.λ.

Σε κάθε περίπτωση, ως Μονάδα Απόφασης θεωρείται κάθε παραγωγική μονάδα που καταναλώνει πόρους (εισροές) για να παράγει ένα σύνολο εκροών. Οι εισροές και οι εκροές της Μονάδας Απόφασης μπορεί να είναι ποικιλόμορφες, περισσότερες της μιας και μετρήσιμες σε διαφορετικές μονάδες. Στα πλαίσια ενός συστήματος τέτοιων μονάδων, όλες οι Μονάδες απόφασης θεωρούνται ότι καταναλώνουν τις ίδιες εισροές και παράγουν τις ίδιες εκροές (δηλαδή οι μονάδες είναι ομοειδείς), διαφέρουν μονό στα επίπεδα των τιμών των εισροών και εκροών τους.⁽⁵⁷⁾

Ως αποδοτικότητα ορίζεται η εκροή ανά μονάδα εισροής που παρουσιάζει η κάθε Μονάδα Απόφασης. Έτσι, θεωρούμε ένα σύστημα που αποτελείται από πέντε Μονάδες απόφασης, οι οποίες καταναλώνουν μία εισροή x για να παράγουν μία εισροή y . Η κλίση της ευθείας που συνδέει την αρχή των αξόνων με το κάθε σημείο, παριστά τον λόγο y / x (εκροή ανά μονάδα εισροής) δηλαδή την αποδοτικότητα της μονάδας. Όσο μεγαλύτερη είναι η κλίση αυτή, τόσο μεγαλύτερη είναι η αποδοτικότητα της μονάδας. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4, τη μεγαλύτερη κλίση έχει η μονάδα 2. Δηλαδή η μονάδα 2 είναι αυτή που παρουσιάζει την μεγαλύτερη σχετική αποδοτικότητα. Η ευθεία που διέρχεται από την αρχή των αξόνων και από το σημείο με την μεγαλύτερη σχετική αποδοτικότητα (μονάδα 2 στο παράδειγμα), ονομάζεται σύνορο αποδοτικότητας (efficient frontier) και περιβάλλει τις υπόλοιπες μονάδες με την έννοια ότι αυτές βρίσκονται δεξιά και κάτω από το σύνορο αποδοτικότητας. Τα σημεία που αποτελούν το σύνορο αποδοτικότητας χαρακτηρίζονται ως αποδοτικά και ο χώρος που περιβάλλεται από αυτά ονομάζεται σύνολο παραγωγικών δυνατοτήτων.

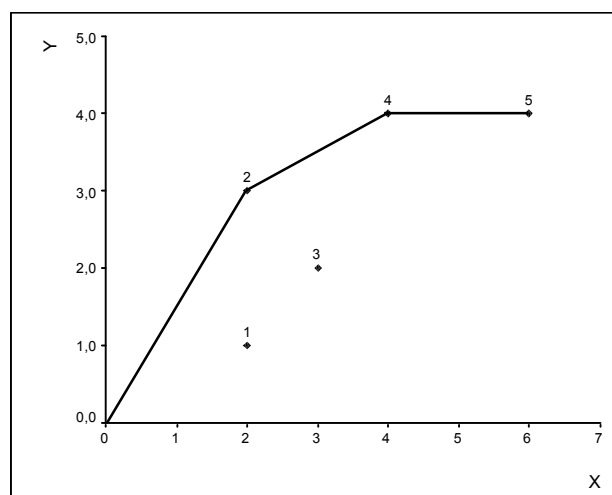


Διάγραμμα 4 : Απεικόνιση συνόρου αποδοτικότητας σε κλίμακα σταθερών αποδόσεων

Το σύνορο αποδοτικότητας εξυπηρετεί την οριοθέτηση στόχων και αποτελεί σημείο αναφοράς για τις μη αποδοτικές μονάδες. Η απόσταση μιας μη αποδοτικής μονάδας από το όριο αποδοτικότητας εκφράζει σε ποιο βαθμό αυτή μπορεί να βελτιωθεί προκειμένου να καταστεί αποδοτική. Τα σημεία προβολής των μη αποδοτικών μονάδων επί του ορίου αποδοτικότητας αποτελούν στόχους για την επίτευξη της αποδοτικότητας. Στο χώρο των δύο διαστάσεων όπως αυτός του παραδείγματος, κάθε μη αποδοτική μονάδα μπορεί να γίνει αποδοτική είτε μειώνοντας τις εισροές της είτε αυξάνοντας τις εκροές της. Στην περίπτωση που μία μονάδα βελτιώσει τις επιδόσεις της και γίνει αποδοτική, η σχετική αποδοτικότητα των υπολοίπων μονάδων δεν μεταβάλλεται.

Η απεικόνιση του συνόρου αποδοτικότητας στο διάγραμμα 4 στηρίζεται στην υπόθεση περί κλίμακας σταθερών αποδόσεων (constant returns to scale-CRS). Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, μεταβάλλοντας την εισροή χ κατά ένα σταθερό παράγοντα λ (δηλαδή από χ σε $\lambda\chi$), η εκροή μεταβάλλεται κατά τον ίδιο παράγοντα (από y σε λy). Έτσι το σύνορο αποδοτικότητας διέρχεται από την αρχή των αξόνων και από τη μονάδα μεγίστης αποδοτικότητας.

Υπό την υπόθεση κλίμακας μεταβλητών αποδόσεων (variable returns to scale-VRS), μεταβάλλοντας την εισροή χ κατά ένα σταθερό παράγοντα λ (δηλαδή από χ σε $\lambda\chi$), η εκροή δε μεταβάλλεται κατά τον ίδιο παράγοντα. Σε αυτή την περίπτωση, το σύνορο αποδοτικότητας είναι πλέον η κυρτή τεθλασμένη γραμμή που ορίζεται από τις μονάδες που έχουν τη μεγαλύτερη κλίση για κάθε δεδομένη τιμή εισροής (στο παράδειγμά μας είναι οι μονάδες 2,4,5). Τα παραπάνω απεικονίζονται στο διάγραμμα 5.



Διάγραμμα 5 : Απεικόνιση συνόρου αποδοτικότητας σε κλίμακα μεταβλητών αποδόσεων

5.2.3. Μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού

Ας θεωρήσουμε ένα σύστημα που αποτελείται από n Μονάδες απόφασης (DMU_1, \dots, DMU_n), οι οποίες λειτουργούν σε καθεστώς κλίμακας σταθερών αποδόσεων. Οι εισροές που χρησιμοποιούν όλες οι μονάδες είναι m (x_1, \dots, x_m) και οι παραγόμενες εκροές είναι s (y_1, \dots, y_s). Επίσης u_1, \dots, u_s είναι τα σταθμισμένα βάρη για κάθε εκροή, ενώ v_1, \dots, v_m είναι τα σταθμισμένα βάρη για κάθε εισροή. Τα παραπάνω αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 9 : Αποτύπωση υποθετικού συστήματος παραγωγής

	ΕΚΡΟΕΣ				ΕΙΣΡΟΕΣ			
DMU_1	y_{11}	y_{r1}	...	y_{s1}	x_{11}	x_{i1}	...	x_{m1}
DMU_2	y_{12}	y_{r2}	...	y_{s2}	x_{12}	x_{i2}	...	x_{m2}
...
DMU_j	y_{1j}	y_{rj}	...	y_{sj}	x_{1j}	x_{ij}	...	x_{mj}
...
DMU_n	y_{1n}	y_{rn}	...	y_{sn}	x_{1n}	x_{in}	...	x_{mn}
	u_1	u_r	...	u_s	v_1	v_i	...	v_m

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον παραγωγής η βασική ιδέα πάνω στην οποία οικοδομείται το μοντέλο της περιβάλλουσας ανάλυσης είναι η δημιουργία μιας «Περιβάλλουσας Τεχνολογίας» (T^{env}) για τις μονάδες απόφασης. Η δημιουργία της περιβάλλουσας τεχνολογίας στηρίζεται στην αρχή της ελάχιστης προέκτασης (minimal extrapolation principle), δηλαδή ορίζεται από το μικρότερο κυρτό σύνολο που περιλαμβάνει όλες τις μονάδες απόφασης. Ταυτόχρονα θέτουμε και τις ακόλουθες υποθέσεις:

1. Όλες οι μονάδες απόφασης χρειάζονται τις ίδιες εισροές και παράγουν τις ίδιες εκροές. Έτσι οι μονάδες είναι συγκρίσιμες ως προς όλες τις εισροές και εκροές.
2. Οι μονάδες απόφασης αποτελούν εμπειρικές παρατηρήσεις που προέρχονται από την ίδια άγνωστη τεχνολογία T .
3. Η περιβάλλουσα τεχνολογία (T^{env}) αποτελεί τμήμα της εφαρμοζόμενης τεχνολογίας, δηλαδή μπορεί να εφαρμοστεί τεχνικά. ($T^{env} \subset T$)
4. Κάθε εισροή και κάθε εκροή αποτελεί μη αρνητική ποσότητα.

5. Οι κυρτοί συνδυασμοί των μονάδων απόφασης ανήκουν στην περιβάλλουσα τεχνολογία (T^{env}), δηλαδή ισχύει:

$$\sum_{j=1}^n I_j \begin{bmatrix} X_j \\ Y_j \end{bmatrix} \in T^{env}, \quad 10^{-6} \geq e \geq 10^{-8}, \quad I_j \geq 0$$

6. Υπό την υπόθεση κλίμακας σταθερών αποδόσεων ισχύει:

$$\begin{bmatrix} X \\ Y \end{bmatrix} \in T^{env} \Rightarrow k \begin{bmatrix} X \\ Y \end{bmatrix} \in T^{env} \quad \forall k \in R_0^+$$

7. Οι εισροές και οι εκροές θεωρούνται αγαθά. Συγκεκριμένα οι εισροές είναι αγαθά προς εξοικονόμηση (δηλαδή επιδιώκουμε μικρότερα επίπεδα κατανάλωσης), ενώ οι εκροές είναι αγαθά προς μεγιστοποίηση (δηλαδή επιδιώκουμε μεγαλύτερα επίπεδα παραγωγής)

Επίσης, πρέπει να επιλέξουμε με ιδιαίτερη προσοχή τον αριθμό εισροών και εκροών που θα χρησιμοποιήσουμε στην εφαρμογή της D.E.A. Η δυνατότητα της μεθόδου να διακρίνει τις πραγματικά αποδοτικές μονάδες (δηλαδή η διαχωριστική της ικανότητα) περιορίζεται όταν ο αριθμός των μονάδων απόφασης είναι μικρός σε σχέση με τον αριθμό των εισροών και εκροών. Αυτό είναι ένα πρόβλημα που πηγάζει από τους βαθμούς ελευθερίας στο γραμμικό προγραμματισμό και μπορεί να οδηγήσει στην αποτίμηση ενός μεγάλου αριθμού μονάδων απόφασης ως αποδοτικών. Ένας πρακτικός κανόνας για να διασφαλίζεται η διαχωριστική ικανότητα της περιβάλλουσας ανάλυσης είναι:

$$n \geq \max\{m * s, 3(m + s)\}$$

Η σχετική αποδοτικότητα h_j (υπό την υπόθεση κλίμακας σταθερών αποδόσεων και με δεδομένες τις προηγούμενες προϋποθέσεις) της μονάδας απόφασης j ορίζεται από το λόγο του σταθμισμένου αθροίσματος των εκροών προς το σταθμισμένο άθροισμα των εισροών, δηλαδή:

$$h_j = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \quad (\text{τύπος 1})$$

Στόχος της μεθόδου D.E.A είναι ο προσδιορισμός των σταθμισμένων βαρών u και v με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιείται η σχετική αποδοτικότητα της συγκεκριμένης μονάδας, δηλαδή να προσεγγίζει τη μονάδα. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει η απαίτηση τα σταθμισμένα βάρη να είναι γνήσια θετικά, δηλαδή

$$u \geq e \quad \text{και} \quad v \geq e, \quad \text{όπου} \quad 10^{-6} \geq e \geq 10^{-8}$$

ώστε να εξασφαλίζεται ότι κανένα βάρος δε θα μηδενισθεί, αφού μια τέτοια περίπτωση θα σήμαινε ότι κάποια εισροή ή εκροή δε θα λαμβανόταν πρακτικά υπόψη στη διαμόρφωση της αποδοτικότητας.

Επομένως στα πλαίσια της D.E.A στόχος για την κάθε αποτιμώμενη μονάδα απόφασης είναι:

$$\max h_j(u, v) = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \quad (\text{τύπος 2})$$

$$\begin{aligned} \text{με δεδομένα, } & \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \leq 0 \\ & j=1, 2, \dots, n \\ & u_r, v_i \geq \epsilon \\ & \forall r, i \end{aligned}$$

Τα παραπάνω μπορούμε να τα μετασχηματίσουμε στην εξής γραμμική μορφή:

$$\max h_j = \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} \quad (\text{τύπος 3})$$

$$\begin{aligned} \text{με δεδομένα, } & \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} = 1 \\ & \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \leq 0 \\ & j=1, 2, \dots, n \\ & u_r, v_i \geq \epsilon \\ & \forall r, i \end{aligned}$$

Η μονάδα j είναι αποδοτική τότε και μόνο τότε, όταν η βέλτιστη τιμή της αντικειμενικής συνάρτησης (τύπος 2) είναι $h_j = 1$. Όταν αποτιμάται η αποδοτικότητα μιας συγκεκριμένης μονάδας (σε σχέση πάντα με τις υπόλοιπες μονάδες που ορίζουν την τεχνολογία T^{env}), τα σταθμισμένα βάρη προσδιορίζονται στην βέλτιστη λύση του τύπου 2 κατά τον ευνοϊκότερο τρόπο για την μονάδα αυτή, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η σχετική αποδοτικότητα της μονάδας j έναντι των υπολοίπων. Ένα δεύτερο σύνολο n περιορισμών (ένας για κάθε μονάδα απόφασης, συμπεριλαμβανομένης και της αποτιμώμενης μονάδας) εξασφαλίζει ότι το γραμμικό πρόγραμμα είναι φραγμένο και ότι ο δείκτης αποδοτικότητας λαμβάνει τιμή στο φραγμένο διάστημα $[0,1]$. Ο τύπος 2 επιλύεται n φορές, για κάθε μονάδα χωριστά, και με αυτόν τον τρόπο λαμβάνονται οι αποδοτικότητες όλων των μονάδων. Κάθε μονάδα, για την οποία είναι $h_j < 1$, χαρακτηρίζεται ως μη αποδοτική.

5.2.4. Ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων

Για να προχωρήσουμε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων που έχουν εξαχθεί με τη D.E.A. , θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στις ιδιαιτερότητες της μεθόδου. Ο χαρακτηρισμός μιας μονάδος ως μη αποδοτικής είναι αδιαμφισβήτητος επειδή ο δείκτης αποδοτικότητάς της υπολογίζεται με τα ευνοϊκότερα για αυτή σταθμισμένα βάρη. Ο ίδιος λόγος όμως οδηγεί στο να είναι αμφισβητήσιμος ο χαρακτηρισμός των αποδοτικών μονάδων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν πάντα διαφορετικά σταθμισμένα βάρη, η χρησιμοποίηση των οποίων θα οδηγούσε μία αποδοτική μονάδα (όπως προέκυψε από τη D.E.A.) να καταγράφεται ως μη αποδοτική.

Έτσι , για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων, προχωράμε στην κατασκευή ενός πίνακα $n \times n$. Κάθε γραμμή αυτού του πίνακα απεικονίζει την αποδοτικότητα που θα είχε κάθε μία μονάδα απόφασης αν την υπολογίζαμε με τα σταθμισμένα βάρη που έχουν προκύψει με την εφαρμογή της D.E.A. για όλες τις άλλες μονάδες. Αντίστοιχα, κάθε στήλη αυτού του πίνακα απεικονίζει την αποδοτικότητα όλων των μονάδων απόφασης, αν την υπολογίσουμε με τη χρησιμοποίηση των σταθμισμένων βαρών που προέκυψαν με την εφαρμογή της D.E.A. για κάθε μία μονάδας απόφασης. Δηλαδή, σε κάθε γραμμή του πίνακα καταγράφεται η αποδοτικότητα όλων των μονάδων που έχει υπολογιστεί με τα σταθμισμένα βάρη που επιλέχθηκαν για τη μονάδα j , ενώ σε κάθε στήλη του καταγράφεται η αποδοτικότητα της μονάδας j υπολογισμένη με τα σταθμισμένα βάρη που επιλέχθηκαν για όλες τις άλλες μονάδες απόφασης.

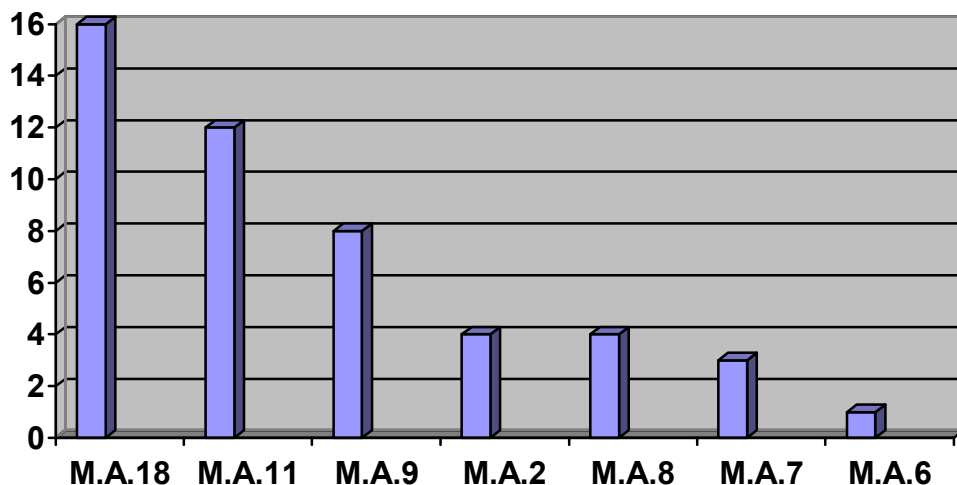
Κάθε αποδοτική μονάδα απόφασης, η οποία διατηρεί την αποδοτικότητά της και κατά τον υπολογισμό της με τους σταθμισμένους συντελεστές κάποιας άλλης μονάδας απόφασης, χαρακτηρίζεται ως μονάδα αναφοράς. Όλες οι αποδοτικές μονάδες διαμορφώνουν το σύνορο αποδοτικότητας, όμως το πόσο καθοριστική είναι κάθε μία από αυτές στη διαμόρφωσή του σχετίζεται με τον αριθμό των μονάδων για τις οποίες αποτελεί μονάδα αναφοράς. Ουσιαστικά, η μονάδα αναφοράς αποτελεί τη μονάδα βέλτιστης πρακτικής (best practice unit) για την εξεταζόμενη μονάδα ή αλλιώς την προβολή της μη αποδοτικής μονάδας στο σύνορο αποδοτικότητας.

Η διαδικασία ανάλυσης που περιγράψαμε παραπάνω ονομάζεται διασταύρωση αποδοτικότητας (cross efficiency) και μας παρέχει χρησιμότητα συμπεράσματα για τη συμπεριφορά και τη λειτουργία του συστήματος που εξετάζουμε. Συγκεκριμένα, στους παρακάτω τρεις τομείς τεκμηριώνουμε στοιχεία που μας ενδιαφέρουν άμεσα:

1. Για την κάθε μη αποδοτική μονάδα εντοπίζουμε ποιες είναι οι μονάδες αναφοράς της. Με αυτόν τον τρόπο συγκεκριμενοποιούνται οι επιχειρησιακές αλλαγές που πρέπει να προωθηθούν ώστε, είτε με μείωση των εισροών είτε με αύξηση των εκροών, να καταστεί η μονάδα αποδοτική. Για κάθε μονάδα που έχει χαρακτηριστεί μη παραγωγική βρίσκουμε το υποσύνολο αναφοράς της,

δηλαδή το σύνολο των αποδοτικών μονάδων με τις οποίες μπορεί να συγκριθεί πιο άμεσα. Με αυτή την επιλογή αποφεύγεται η ανάγκη σύγκρισης της με το σύνολο των μονάδων. Ταυτόχρονα, συλλέγουμε πληροφορίες σχετικά με συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να θέσουμε ώστε οι μη αποδοτικές μονάδες να βελτιώσουν τον τρόπο λειτουργίας τους. Πληροφορίες που βοηθούν στην επιλογή εναλλακτικών πολιτικών για τη μετατροπή τους σε αποδοτικές, υποδεικνύοντας μειώσεις στη κατανάλωση συγκεκριμένων εισροών, που θα μπορούσαν να επιτευχθούν χωρίς να μειωθεί η παραγωγή τους, ή αντίστοιχα αυξήσεις εκροών που θα έπρεπε να επιδείξουν αν διατηρήσουν το ίδιο επίπεδο εισροών. Έτσι, βάσει αυτών των επιλογών οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων μπορούν να εφαρμόσουν τον πιο εφικτό και οικονομικά συμφέροντα τρόπο για να πραγματοποιήσουν το στόχο τους.

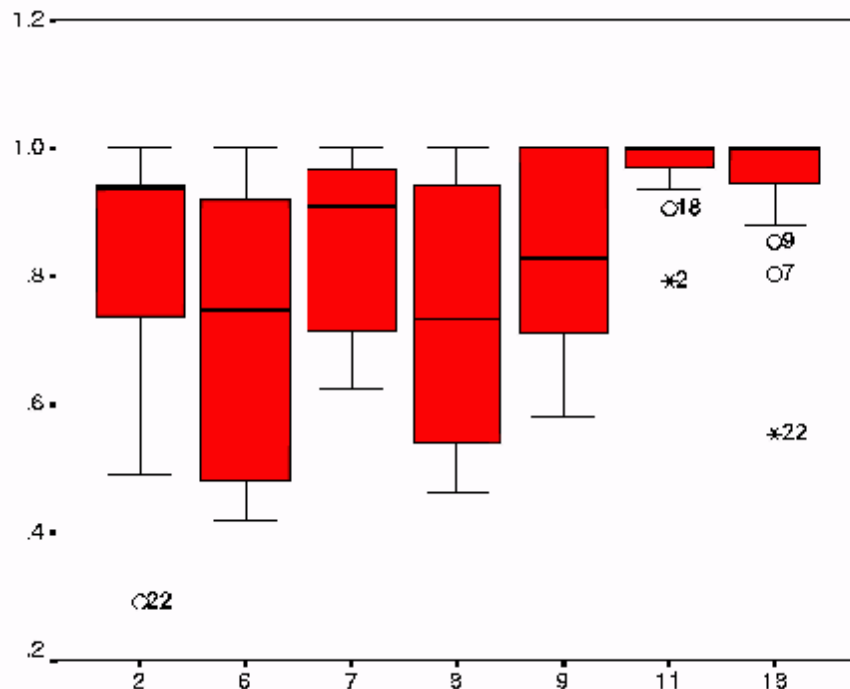
2. Για την κάθε αποδοτική μονάδα μαθαίνουμε για πόσες άλλες αποτελεί μονάδα αναφοράς. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να τις κατατάξουμε σε σχέση με τον αριθμό των μονάδων για τις οποίες αποτελεί πρότυπο η καθεμία. Ταυτόχρονα, έτσι διαμορφώνουμε και μία φθίνουσα κλίμακα συμμετοχής τους στη διαμόρφωση του συνόρου αποδοτικότητας του συστήματος. Αν για παράδειγμα είχαμε ένα σύστημα αποτελούμενο από είκοσι μονάδες απόφασης, από τις οποίες οι πέντε είναι αποδοτικές, το παρακάτω διάγραμμα θα αποτύπωνε τον αριθμό των μονάδων για τις οποίες η κάθε αποδοτική μονάδα θα αποτελούσε μονάδα αναφοράς.



Διάγραμμα 6 : Κατάταξη αποδοτικών μονάδων.

Έτσι εντοπίζουμε τις αποδοτικές μονάδες που η λειτουργία τους είναι και αποδοτική αλλά είναι και σχετικά εύκολα επιτεύξιμη στα πλαίσια του συγκεκριμένου συστήματος.

3. Με βάση τα στοιχεία του πίνακα $n \times n$ που κατασκευάσαμε μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τη συμπεριφορά των μονάδων απόφασης σε ότι αφορά την αποδοτικότητά τους. Η επεξεργασία των στοιχείων του πίνακα κατά στήλες (ιδιαίτερα για αυτές που αντιστοιχούν σε αποδοτικές μονάδες), μπορούμε να προσδιορίσουμε διάφορα μέτρα (κεντρικής τάσης και απόκλισης) όπως είναι ο μέσος, η διάμεσος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, ο συντελεστής μεταβλητότητας κ.α. Από τα μέτρα αυτά μπορούμε να σχηματίσουμε μία ολοκληρωμένη εικόνα για την ευρωστία και τη μεταβλητότητα της αποδοτικότητας των μονάδων. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μέση διασταυρούμενη αποδοτικότητα που δίδεται από τον αριθμητικό μέσο των στοιχείων κάθε στήλης. Χρησιμοποιείται κυρίως για να διαχωριστεί ευκρινέστερα το σύνολο των αποδοτικών μονάδων ή όταν επιθυμούμε να κατατάξουμε τις αποδοτικές μονάδες. Όλα τα παραπάνω μέτρα μπορούμε να τα αποτυπώσουμε σε ένα θηκόγραμμα (box-plot), στο οποίο μπορούμε να εντοπίσουμε τις μονάδες με την καλύτερη συμπεριφορά, δηλαδή αυτές που διατηρούν την αποδοτικότητά τους κοντά στη μονάδα ανεξάρτητα της επιλογής των σταθμισμένων βαρών για τις εισροές και τις εκροές.



Διάγραμμα 7: Διασταυρούμενη αποδοτικότητα μονάδων. ⁽⁵⁷⁾

5.3. Η Μέθοδος D.E.A. στις Υπηρεσίες Υγείας

Η μέτρηση της αποδοτικότητας είναι αναμφισβήτητα ιδιαίτερα σημαντική για κάθε οργανισμό που στηρίζει τη λειτουργία του στην κατανάλωση συγκεκριμένων πόρων για την παραγωγή κάποιου έργου. Οδηγεί σε ερεθίσματα για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της ακολουθούμενης πολιτικής, όπως επίσης και σε συμπεράσματα για την κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Από διοικητική σκοπιά συντελεί στη διαχρονική μελέτη των επιδόσεων του οργανισμού και στον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών. Συνήθως αξιοποιείται σε αγορές, οι οποίες δε λειτουργούν με αποκλειστικά κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν και οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι δε λειτουργούν προσκολλημένοι στα στενά όρια των μοντέλων βελτιστοποίησης του κόστους. Η φύση του αντικειμένου, αλλά και το ιδιαίτερο νομικό καθεστώς που ισχύει για τις μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών έχουν ως αποτέλεσμα να υπάρχει πάντα η υποψία από την πλευρά της διοίκησης για μειωμένη αποδοτικότητα. Με δεδομένο το μεγάλο εύρος του τομέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οριακές βελτιώσεις στην αποδοτικότητα μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση των συνολικών δαπανών.⁽⁵⁸⁾

Η D.E.A. είναι μία μέθοδος που ταιριάζει σε αγορές που δεν καθοδηγούνται μόνο από το νόμο της φυσικής επιλογής, δηλαδή την κερδοφορία. Τέτοιοι τομείς είναι συνήθως αυτοί στους οποίους το κράτος λειτουργεί ως προμηθευτής ή τουλάχιστον ως οργανωτής των προμηθευτών. Ο τομέας παροχής ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί κλασσικό παράδειγμα αυτής της κατηγορίας. Η δυνατότητα ενσωμάτωσης ετερογενών εισροών και εκροών στη D.E.A. , αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα για τη χρησιμοποίησή της στο συγκεκριμένο τομέα. Για αυτό το λόγο έχει εφαρμοστεί ευρέως σε διεθνές επίπεδο για τη μέτρηση της αποδοτικότητας στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.⁽⁵⁹⁾

Τα παραδείγματα που μπορούμε να επικαλεστούμε είναι πάρα πολλά και αφορούν μελέτες που έγιναν σε διαφορετικές χώρες και αφορούσαν διάφορες εκφάνσεις της παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε:

- Στην Αγγλία η μέθοδος έχει εφαρμοστεί για τη μελέτη σε επίπεδο εταιρειών διαχείρισης νοσοκομείων που ανήκουν στο εθνικό σύστημα υγείας^(60,61), σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης⁽⁵⁴⁾, σε επίπεδο περιγεννητικής περίθαλψης⁽⁶²⁾ και σε επίπεδο ανεξάρτητων θεραπειών του ίδιου νοσοκομείου⁽⁶³⁾.
- Στη Γερμανία με D.E.A. αναλύθηκε η αποδοτικότητα 44 νοσοκομείων στο κρατίδιο της Σαξονίας και συνδέθηκε με αυτή η χρηματοδότησή τους.⁽⁵⁹⁾
- Στη Φιλανδία η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε τόσο για τη σύγκριση 48 γενικών νοσοκομείων⁽⁶⁴⁾, όσο και για την αποδοτικότητα των κέντρων παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης⁽⁶⁵⁾.

- Στη Δανία πραγματοποιήθηκε μέτρηση της αποδοτικότητας σε δείγμα 70 νοσοκομείων⁽⁶⁶⁾.
- Στη Νορβηγία χρηματοδοτήθηκε από την κυβέρνηση πρόγραμμα για την αποτίμηση 62 γενικών νοσοκομείων⁽⁶⁷⁾.
- Στην Ισπανία D.E.A. χρησιμοποιήθηκε τόσο σε επίπεδο εθνικό⁽⁶⁸⁾ όσο και τοπικό (περιοχή Καταλονίας)⁽⁶⁹⁾, αλλά και σε σχέση με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης⁽⁷⁰⁾.
- Στις Ηνωμένες Πολιτείες, παρά τις διαφορές στη φιλοσοφία που έχει το σύστημα περίθαλψης σε σχέση με την Ευρώπη, έγινε ανάλογη μελέτη για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε 319 μητροπολιτικές περιοχές⁽⁷¹⁾.
- Στον Καναδά χρησιμοποιήθηκε D.E.A. για την αποτίμηση της αποδοτικότητας των κλινικών του νοσοκομείου του Μόντρεαλ⁽⁷²⁾.
- Στην Ταϊβάν πραγματοποιήθηκε μεγάλη έρευνα για την αποδοτικότητα των 8 μεγαλύτερων νοσοκομειακών μονάδων της σε χρονικό διάστημα πέντε χρόνων⁽⁷³⁾.
- Τέλος, στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος τόσο για την αξιολόγηση 91 γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων⁽⁷⁴⁾, όσο και για τη σύγκριση της αποδοτικότητας των κλινικών του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Πάτρας⁽⁵⁸⁾.

Από τα παραπάνω παραδείγματα γίνεται σαφές ότι η μέθοδος D.E.A. μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε διάφορους τομείς του κλάδου των ιατρικών υπηρεσιών. Τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την ορθή επιστημονικά εφαρμογή της είναι τα παρακάτω:

1. Ο σαφής καθορισμός των μονάδων απόφασης. Μπορούμε να επιλέξουμε οποιοδήποτε οργανωτικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας από τα ΠΕ.Σ.Υ.Π., μέχρι τους μεμονωμένους γιατρούς. Ζητούμενο σε αυτήν τη διαδικασία αποτελεί το να είναι οι μονάδες απόφασης ομοειδείς, ώστε να μπορούμε με αξιοπιστία να θεωρήσουμε ότι καταναλώνουν τις ίδιες εισροές για να παράγουν τις ίδιες εκροές⁽⁵⁶⁾. Έτσι, δε μπορούμε να θεωρήσουμε ομοειδείς μονάδες ένα γενικό και ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο από τη στιγμή που στο δεύτερο υπάρχει σαφώς η εκροή της εκπαίδευσης των φοιτητών, που απουσιάζει από το πρώτο. Αντίστοιχο πρόβλημα θα αντιμετωπίσουμε και για ένα γιατρό που εργάζεται σε κάποια κλινική μακράς νοσηλείας (π.χ. ορθοπαιδική) αν τον συμπεριλάβουμε ως μονάδα απόφασης μαζί με γιατρούς που εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου. Άρα πρωταρχικό μέλημα μας είναι η σωστή ταυτοποίηση των μονάδων απόφασης, έτσι ώστε να διασφαλίσουμε την εκπλήρωση της βασικής αρχής της D.E.A. για ενιαίο σύνολο εισροών και εκροών που να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

2. Καθορισμός των εισροών και των εκροών του συστήματος. Ανάλογα με την επιλογή των μονάδων απόφασης μπορούμε να επιλέξουμε τις μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την πραγματικότητα. Οι μεταβλητές αυτές μπορεί να είναι είτε ποσοτικά είτε ποιοτικά μεγέθη. Γενικά σε αυτή τη διαδικασία επιλογής πρέπει να ακολουθούμε τις εξής κατευθύνσεις⁽⁵⁶⁾:
- Όσο μικρότερος είναι ο βαθμός συσσώρευσης των δεδομένων, τόσο το καλύτερο, *ceteris paribus* (δηλαδή αν θεωρήσουμε σταθερούς όλους τους άλλους παράγοντες).
 - Όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των αποδοτικών μονάδων, τόσο το καλύτερο, *ceteris paribus*.
 - Όσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των χρησιμοποιήσιμων αποτελεσμάτων αποδοτικότητας τόσο το καλύτερο, *ceteris paribus*.
3. Επιλογή μεταξύ διαφορετικών συνδυασμών μεταβλητών. Δεν υπάρχει κάποιος τρόπος που να μας οδηγεί αυτόματα στην επιλογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου. Τις περισσότερες φορές επιλέγουμε διάφορους συνδυασμούς εισροών / εκροών, τα οποία συγκρίνουμε μεταξύ τους με την τεχνική της ανάλυσης ευαισθησίας. Το μοντέλο που τελικά επιλέγουμε είναι αυτό που επιδεικνύει τη μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στις μεταβολές της μεθόδου και των δεδομένων⁽⁵⁶⁾.

Η διαδικασία εφαρμογής της D.E.A. στο χώρο των υπηρεσιών υγείας ολοκληρώνεται με την επεξεργασία των δεδομένων μας με τη βοήθεια ενός εξειδικευμένου για τη μέθοδο πακέτου λογισμικού. Τα αποτελέσματα μίας τέτοιας διαδικασίας έχουν τεράστια χρησιμότητα για τα στελέχη διοίκησης των μονάδων υγείας, αφού τεκμηριώνουν την αποδοτικότητα των μονάδων και δίνουν σαφείς ενδείξεις για τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν τόσο για τη μείωση του κόστους, όσο και για την αύξηση του παραγόμενου έργου. Πρέπει τέλος να σημειωθεί, ότι το ζήτημα της αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου εμπεριέχει πάντα δυσκολίες, αφού δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουμε την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ως μία καθαρά εμπορική πράξη. Για αυτό το λόγο πρωτεύουσα σημασία δίνεται όχι τόσο στη με κάθε τρόπο αύξηση της αποδοτικότητας της μονάδας, αλλά στην αξιοποίηση όλων των διοικητικών τεχνικών και στην υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών που εντοπίστηκαν στις μονάδες αναφοράς.

ΠΗΓΕΣ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- (54) **Giuffrida Antonio, Gravelle Hugh**, «*Measuring performance in primary care: Econometric analysis and DEA.*», **Applied Economics**, Vol. 33, Num.2, February 2001, pp 163-164
- (55) **Hollingsworth B., Dawson P.J., Maniadakis N.**, «*Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications*», **Health Care Management Science**, Vol. 2, Num.3, March 1999, pp 161-162
- (56) **Parkin David, Hollingsworth Bruce**, «*Developing efficiency measures for use in the NHS*», www.citeseer.nj.nec.com
- (57) **Δεσπότης Δημήτρης**, «*Σημειώσεις για την Αποτίμηση Αποδοτικότητας Συστημάτων- Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων*», www.dsmlab.cs.unipi.gr
- (58) **Maniadakis Nikos, Kotsopoulos Nikos**, «*Measuring intra-hospital clinic efficiency and productivity: an application to a greek university general hospital*», www.hewpem.econ.upatras.gr
- (59) **Felder Stefan, Schmitt Horst**, «*DEA-based bonus payments: theory and application to inpatient care in Saxony - Anhalt*», 4th **European Conference of Health Economics**, Paris 2002
- (60) **Molinero C. M., Tsai P.F.**, «*A variable returns to scale data envelopment analysis model for the joint determination of efficiencies with an example of the UK health service*», **European Journal of Operational Research**, Num. 141, 2002, pp 21-38
- (61) **Silva Sofia**, «*Measuring and evaluating the efficiency of NHS Trusts in England: a non-parametric and econometric analysis* », www.perso.wanadoo.fr/ces/Pages/english/PS28-3Slides.pdf
- (62) **Thanassoulis E., Boussofiane A., Dyson R.G.**, «*Exploring output quality targets in the provision of perinatal care in England using DEA* », **European Journal of Operational Research**, Num. 80, 1995, pp 588-607
- (63) **Chilingerian Jon**, «*Evaluating physician efficiency in hospitals: A multivariate analysis of best practices*», **European Journal of Operational Research**, Num. 80, 1995, pp 548-574
- (64) **Linna Miika**, «*Determinants of cost efficiency of Finnish hospitals: A comparison of DEA and SFA*», 15th **Joint International Meeting of EURO**, Barcelona 7-14 July 1997
- (65) **Linna Miika, Nordblada Anne, Koivu Matti**, «*Technical and cost efficiency of oral health care provision in Finnish health centres*», **Social Science & Medicine**, Num. 56, pp 343-353
- (66) **Olesen Ole, Petersen Niels**, «*The use of Dea with probabilistic assurance regions for measuring hospital efficiency*», www.sdu.dk
- (67) **Kittelsen Sverre, Magnussen Jon**, «*Economies of scope in Norwegian hospital production: A DEA analysis*», **Health Economics Research Programme at the university of Oslo**, April 2003
- (68) **Ballesteroa Enrique, Maldonado Jose**, «*Objective measurement of efficiency: applying single price model to rank*

hospital activities», **Computers & Operations Research**, Num.53, March 2001

(69) **Puig - Junoy Junoi**, «*Partitioning input cost efficiency into its allocative and technical components: an empirical DEA application in hospitals*», **Socio-Economic Planning Sciences**, Num 34, 2000, pp 199-218

(70) **Goni Salome**, «*An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams*», **Health Policy**, Num. 48, May 1999, pp 107-117

(71) **Ozcan Yasar**, «*Efficiency of hospital service production in local markets: The balance sheet of US medical armament*», **Socio-Economic Planning Sciences**, Vol.29, Num 2, 1995, pp 139-150

(72) **Ouellette Pierre, Vierstraete Valerie**, «*Technological change and efficiency in the presence of quasi-fixed inputs: A DEA application to the hospital sector*», **European Journal of Operational Research**, Num. 152, 2003, pp 324-331

(73) **Chang Hsi - Hui**, «*Determinants of hospital efficiency: The case of central government-owned hospitals in Taiwan*», **International Journal of Management Science**, Vol. 26, Num.2, 1998,pp 307-317

(74) **Giokas Dimitris**, «*Greek hospitals: How well their resources are used*», **International Journal of Management Science**, Vol. 29, 2001,pp 73-83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να εξετάσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και να επικεντρωθεί στη μελέτη τόσο των συστημάτων εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητάς του, όσο και στην αποτίμηση της αποδοτικότητας του. Αυτή η προσέγγιση επέβαλε την πραγματοποίηση βιβλιογραφικής αναζήτησης που απέδωσε ενδιαφέροντα συμπεράσματα που ομαδοποιούνται ως εξής:

- Το νομικό πλαίσιο για την οργάνωση και τη διοίκηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας φαντάζει αναλυτικό και πλήρες. Όμως είναι γεγονός ότι η κάθε κυβέρνηση θεωρεί υποχρέωσή της την ψήφιση νόμου πλαίσιο για την Υγεία, χωρίς αυτό να συνοδεύεται από την αντίστοιχη πολιτική βούληση εφαρμογής του. Η έκδοση στη συνέχεια Προεδρικών Διαταγμάτων, Υπουργικών Αποφάσεων και Εγκυκλίων για τη διασαφήνιση επιμέρους θεμάτων και λεπτομερειών δημιουργεί ένα νομικό λαβύρινθο που περιπλέκει τη λειτουργία του Συστήματος Υγείας και δυσχεραίνει το έργο κατ' αρχήν των διοικούντων του, αλλά και των εργαζόμενων σε αυτό. Οι δυσκολίες αυτές θα αμβλύνονταν με τακτική κωδικοποίηση της νομοθεσίας.
- Τέσσερα είναι τα διεθνώς καθιερωμένα συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης της Ποιότητας στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης: το Ευρωπαϊκό μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας του E.F.Q.M., το σύστημα διαχείρισης ISO 9001, τα συστήματα πιστοποίησης (accreditation) και τα συστήματα ομοτεχνιακού ελέγχου (visitation). Η χώρα μας έχει να επιδείξει την σχεδόν πλήρη ανυπαρξία αυτών των μηχανισμών ελέγχου της Ποιότητας. Είναι αναγκαία η γρήγορη προσαρμογή μας στα σύγχρονα δεδομένα. Σε αυτή τη διαδικασία θα πρέπει να στηριχθούμε στα συμπεράσματα που κατέδειξε το πρόγραμμα ExPeRT και να οδηγηθούμε σε ένα μοντέλο που να στηρίζεται στο γενικό πλαίσιο που έχει θέσει το E.F.Q.M., εμπλουτισμένο με απαιτήσεις που περιλαμβάνουν τα προγράμματα πιστοποίησης και ομοτεχνιακού ελέγχου, και επικυρωμένο με την εγκυρότητα του ISO.
- Ο χώρος παροχής ιατρικών υπηρεσιών έχει χαρακτηριστικά που οδηγούν στην υιοθέτηση της μεθόδου D.E.A. για την αποτίμηση της αποδοτικότητας του. Η δυνατότητα ενσωμάτωσης ετερογενών εισροών και εκροών, αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα για τη

χρησιμοποίησή της στο συγκεκριμένο τομέα. Για αυτό το λόγο έχει εφαρμοστεί ευρέως σε διεθνές επίπεδο. Τα αποτελέσματα μίας τέτοιας διαδικασίας έχουν τεράστια χρησιμότητα για τα στελέχη διοίκησης των μονάδων υγείας, αφού τεκμηριώνουν την αποδοτικότητα των μονάδων και δίνουν σαφείς ενδείξεις για τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν τόσο για τη μείωση του κόστους, όσο και για την αύξηση του παραγόμενου έργου. Αυτό επιτυγχάνεται με την αξιοποίηση όλων των διοικητικών τεχνικών και την υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών που εντοπίζονται στις μονάδες αναφοράς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Δεσπότης Δημήτρης, «Σημειώσεις για την Αποτίμηση Αποδοτικότητας Συστημάτων- Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων», www.dsslab.cs.unipi.gr
- Ε.Ε.Δ.Ε, «Πληροφοριακό έντυπο για το πρόγραμμα: Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία», 2001
- Λαγοδήμος Αθανάσιος, «Σημειώσεις για τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας»
- Υπουργείο Υγείας, «Νόμος 2889 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης 37, τεύχος Α', 2.3.2001

ΔΙΕΘΝΗΣ

- Anderson Elizabeth, «Measuring service quality at a university health clinic», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.10, Num.4, April 1997, pp. 153-154
- Austrian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- Ballesteroa Enrique, Maldonado Jose, «Objective measurement of efficiency: applying single price model to rank hospital activities», **Computers & Operations Research**, Num.53, March 2001
- Belgian Summary Report, www.caspe.co.uk/expert.htm
- Blomberg Iris, «The EFQM Model», www.caspe.co.uk/expert.htm
- Bohigas Luis, Heaton Catherine, «Methods for external evaluation of health care institutions», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 238
- Bohigas Luis, «Accreditation operations», ExPeRT operational seminar, Budapest 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- Chang Hsi – Hui, «Determinants of hospital efficiency: The case of central government-owned hospitals in Taiwan», **International Journal of Management Science**, Vol. 26, Num.2, 1998, pp 307-317
- Chilingerian Jon, «Evaluating physician efficiency in hospitals: A multivariate analysis of best practices», **European Journal of Operational Research**, Num. 80, 1995, pp 548-574
- Conway Tony, Willcocks Stephen, «The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.10, Num.3, March 1997, pp. 133-134

- **Danish Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Dutch Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **EFQM**, «*Assessor Scorebook*», 1999
- **Ennis Kay, Harrington Denis**, «*Quality management in Irish health care*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, Num.6, June 2000, pp. 239-243
- **Felder Stefan, Schmitt Horst**, «*DEA-based bonus payments: theory and application to inpatient care in Saxony - Anhalt*», **4th European Conference of Health Economics**, Paris 2002
- **Finnish Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **French Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Gennip E.**, «*A study of attitudes towards and endorsement of Dutch external health service reviews models*», ExPeRT operational seminar, May 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **German Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Giokas Dimitris**, «*Greek hospitals: How well their resources are used*», **International Journal of Management Science**, Vol. 29, 2001, pp 73-83
- **Giuffrida Antonio, Gravelle Hugh**, «*Measuring performance in primary care: Econometric analysis and DEA.*», **Applied Economics**, Vol. 33, Num.2, February 2001, pp 163-164
- **Goni Salome**, «*An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams*», **Health Policy**, Num. 48, May 1999, pp 107-117
- **Greek Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Heaton Catherine**, «*External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT project*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 178
- **Heidemann Elma**, «*Moving to global standards for accreditation processes: the ExPeRT project in a larger context*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 227-230
- **Holland Karen, Fennell Sharon**, «*Clinical governance is "ACE" – using the EFQM excellence model to support baseline assessment*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.4, April 2001, pp. 174-176
- **Hollingsworth B., Dawson P.J., Maniadakis N.**, «*Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications*», **Health Care Management Science**, Vol. 2, Num.3, March 1999, pp 161-162
- **Icelandic Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Irish Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Italian Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **JCAHO**, «*Brochure of Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*», 2003, www.jcaho.org

- **Kittelsen Sverre, Magnussen Jon**, «*Economies of scope in Norwegian hospital production: A DEA analysis*», **Health Economics Research Programme at the university of Oslo**, April 2003
- **Klazinga Niek**, «*Re-engineering trust: The adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems*», Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 183-185
- **Li Ling, Collier David**, «*The role of technology and quality on hospital financial performance*», **International Journal of Service Industry Management**, Vol.11, Num.3, March 2000, pp. 203-204
- **Linna Miika**, «*Determinants of cost efficiency of Finnish hospitals: A comparison of DEA and SFA*», **15th Joint International Meeting of EURO**, Barcelona 7-14 July 1997
- **Linna Miika, Nordblada Anne, Koivu Matti**, «*Technical and cost efficiency of oral health care provision in Finnish health centres*», **Social Science & Medicine**, Num. 56, pp 343-353
- **Lorenzo Susana, Harrington Noel**, «*European Society for Quality in Healthcare: the experience of learning to work together in Europe*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.1, January 2001, pp. 1-2
- **Luxembourg Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Maniadakis Nikos, Kotsopoulos Nikos**, «*Measuring intra-hospital clinic efficiency and productivity: an application to a greek university general hospital*», www.hewpem.econ.upatras.gr
- **Moeller Johannes, Breinlinger Jochen, Else John**, «*Quality management in German health care – The EFQM excellence model*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.6, June 2001, pp. 255-256
- **Moeller Johannes, Sonntag Anne-Katharina**, «*Evaluation of health service organisation – German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare*», **The TQM Magazine**, Vol.13, Num. 5, May 2001, pp361-366
- **Moeller Johannes**, «*The EFQM excellence model: German experiences with the EFQM approach in health care*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.1, January 2001, pp. 45-46
- **Moliner C. M., Tsai P.F.**, «*A variable returns to scale data envelopment analysis model for the joint determination of efficiencies with an example of the UK health service*», **European Journal of Operational Research**, Num. 141, 2002, pp 21-38
- **Nabitz Udo, Klazinga Niek, Walburg Jan**, «*The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 192-193

- **Nabitz U., Klazinga N.**, «*EFQM approach and the Dutch Quality Award*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.12, Num.2, February 1999, pp. 69
- **Nabitz U., Walburg J.**, «*Addicted to Quality – winning the Dutch Quality Award based on the EFQM model*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.13, Num.6, June 2001, pp. 259-265
- **Norwegian Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Olesen Ole, Petersen Niels**, «*The use of Dea with probabilistic assurance regions for measuring hospital efficiency*», www.sdu.dk
- **Ouellette Pierre, Vierstraete Valerie**, «*Technological change and efficiency in the presence of quasi-fixed inputs: A DEA application to the hospital sector*», **European Journal of Operational Research**, Num. 152, 2003, pp 324-331
- **Ozcan Yasar**, «*Efficiency of hospital service production in local markets: The balance sheet of US medical armament*», **Socio-Economic Planning Sciences**, Vol.29, Num 2, 1995, pp 139-150
- **Parkin David, Hollingsworth Bruce**, «*Developing efficiency measures for use in the NHS*», www.citesee.nj.nec.com
- **Portuguese Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Puig - Junoy Junoi**, «*Partitioning input cost efficiency into its allocative and technical components: an empirical DEA application in hospitals*», **Socio-Economic Planning Sciences**, Num 34, 2000, pp 199-218
- **Schilling J., Cranovsky R., Straub R.**, «*Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.13, Num.2, February 2001, pp. 157-161
- **Schylve Paul**, «*The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 255-258
- **Shaw Charles**, «*An analysis of current revisions in the EFQM model and in the ISO 9001*», www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Shaw Charles**, «*National accreditation programmes in Europe*», pp 9, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Shaw Charles**, «*External quality mechanisms for health care: symmary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO in European Union Countries*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 170-173
- **Shaw Charles**, «*External quality mechanisms for health care: symmary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO in European Union Countries*», **International Journal for Quality in Health Care**, Vol.12, Num.3, March 2000, pp. 170-173

- **Shaw Charles**, «*A study of attitudes towards and endorsement of UK BASED external health service reviews models*», ExPeRT operational seminar, May 1998, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Silva Sofia**, «*Measuring and evaluating the efficiency of NHS Trusts in England: a non-parametric and econometric analysis* », www.perso.wanadoo.fr/ces/Pages/english/PS28-3Slides.pdf
- **Spanish Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Swedish Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Thanassoulis E., Boussofiene A., Dyson R.G.**, «*Exploring output quality targets in the provision of perinatal care in England using DEA* », **European Journal of Operational Research**, Num. 80, 1995, pp 588-607
- **Tucker Jessie, Adams Sheila**, «*Incorporating patients' assessment of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care*», **Managing Service Quality**, Vol.11, Num.4, April 2001, pp. 275
- **UK's Summary Report**, www.caspe.co.uk/expert.htm
- **Wagar Terry, Rondeau Kent**, «*Total quality commitment and performance in health care organizations*», **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol.11, Num.4, April 1998, pp.
- **Weert Caroline**, «*Study of the new developments in peer review programmes in the U.K. and the Netherlands*», www.caspe.co.uk/expert.htm