
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Καρλικιώτη Εμμανουέλα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Καρλικιώτη Εμμανουέλα, Α.Μ.: ΟΔΥ/1722

Επιβλέπουσα: Κοτταρίδη Κωνσταντίνα/ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια/ Πανεπιστήμιο
Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE CONTRIBUTION OF QUALITY ASSURANCE
SYSTEMS TO THE OPERATION OF HEALTHCARE
UNITS AND PATIENT MANAGEMENT**

Karlikioti Emmanouela

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, Year 2019

*Σε όσους ονειρεύτηκαν,
κυνήγησαν τα όνειρα τους
και τελικά τα πραγματοποίησαν*

Ευχαριστίες

Κάθε επιστημονική εργασία για να ολοκληρωθεί χρειάζεται – μεταξύ άλλων - χρόνο, επιμέλεια και προσοχή. Η συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας αποτελεί για εμένα την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών στα οικονομικά και την διοίκηση της υγείας. Σε αυτό το χρονικό σημείο λοιπόν, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου και με βοήθησαν στην εκπόνηση της εργασίας αυτής αλλά και στο σύνολο των σπουδών μου και συγκεκριμένα:

Πρωτίστως, στην καθηγήτρια μου κυρία Κωνσταντίνα Κοτταρίδη για την εξαιρετική συνεργασία, τις χρήσιμες υποδείξεις και την καθοδήγηση της κατά την διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και στα μέλη της εξεταστικής επιτροπής κυρίους Σ. Καρκαλάκο και Μ. Ραΐκου.

Στην κυρία Σ. Χατζηδήμα, καθηγήτρια και διευθύντρια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στα «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας», για την ευκαιρία που μου προσέφερε επιλέγοντας με να συμμετέχω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα αλλά και για τις γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσε.

Σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για την αρτιότητα του χαρακτήρα τους και το επίπεδο των γνώσεων τους που με επιμονή και υπομονή κατάφεραν να μας μεταδώσουν, καθώς και στον κύριο Β. Καταβέλη, γραμματέα του προγράμματος, για την συμβολή του στην ομαλή λειτουργία του προγράμματος και την παροχή βοήθειας σε ότι χρειαστήκαμε.

Επιπρόσθετα, στους υπεύθυνους του γραφείου ποιότητας των μονάδων υγείας που επισκέφτηκα για την διεξαγωγή του ερευνητικού τμήματος της παρούσης εργασίας για τις ειλικρινείς απαντήσεις και συμβουλές που μου παραχώρησαν κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων και που χωρίς την συμβολή τους η ολοκλήρωση της θα ήταν αδύνατη. Φυσικά, δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση και την στήριξη της τόσο ηθικά όσο και υλικά καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου αλλά και σε κάθε μου βήμα καθώς επίσης τους φίλους και τους συμφοιτητές μου για την υποστήριξη, την υπομονή, την προτροπή και τις συμβουλές τους κατά την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σημαντικοί Όροι: Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διασφάλιση Ποιότητας, Διοίκηση ολικής ποιότητας, Ποιότητα, Υγεία, Υγειονομικά συστήματα, Ικανοποίηση ασθενών, Συγκριτική Προτυποποίηση, Συστήματα και Πρότυπα διασφάλισης ποιότητας

Περίληψη

Το θέμα της παρούσης διπλωματικής εργασίας έχει ως βάση τον ρόλο που διαδραματίζει η διαπίστευση ή η πιστοποίηση διασφάλισης ποιότητας στον κλάδο της υγείας, εστιάζοντας περισσότερο στο κομμάτι του ιδιωτικού τομέα. Το κατά πόσο δηλαδή αυτή συμβάλλει στην βελτίωση της λειτουργίας των μονάδων υγείας με κεντρικό γνώμονα την καλύτερη δυνατή διαχείριση των ασθενών με στόχο την ικανοποίησή τους όπως αυτή έχει εξελιχθεί ως έννοια στις ημέρες μας.

Επιπρόσθετα, επιχειρείται να διερευνηθεί η σημασία που προσδίδουν οι υγειονομικές μονάδες στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και στα πρότυπα που τα διέπουν καθώς και αν αυτά αποτελούν βασικό πυλώνα πάνω στον οποίο βασίζεται η εύρυθμη λειτουργία τους.

Στο πλαίσιο αυτό θα εξεταστούν βασικές – θεμελιώδεις έννοιες που αναπτύχθηκαν, εξελίχθηκαν, καθόρισαν σε μεγάλο βαθμό τη σημερινή πραγματικότητα στο χώρο της υγείας και συνεχίζουν να τη διαμορφώνουν.

Συγκεκριμένα, το 1^ο κεφάλαιο ασχολείται με την ποιότητα, τους ορισμούς που έχουν κατά καιρούς δοθεί σε αυτήν, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους της, καθώς και τις εξελίξεις που έλαβαν χώρα οι διάφορες σχετικές με αυτήν θεωρίες. Επιπλέον μελετώνται έννοιες όπως η διασφάλιση ποιότητας και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) καθώς και οι συγγραφείς – ερευνητές που πλέον θεωρούνται οι «κλασικοί» της ποιότητας ή οι «γκουρού» της ποιότητας. Στο τέλος του 1^{ου} κεφαλαίου παρουσιάζονται η μέτρηση που

μπορεί να δεχθεί η ποιότητα προκειμένου να εξαχθούν πολύ χρήσιμα στοιχεία και η αξιολόγησή της, ενώ το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αντιπαραβολή των υπηρεσιών έναντι των προϊόντων.

Στο 2^ο κεφάλαιο συναντάμε ορισμένους σημαντικούς ορισμούς που έχει λάβει η υγεία και οι υπηρεσίες υγείας καθώς και τα χαρακτηριστικά των τελευταίων, τους στόχους και τη ταξινόμησή τους. Στη συνέχεια μελετώνται τα υγειονομικά συστήματα με ιδιαίτερη έμφαση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Το 2^ο κεφάλαιο κλείνει με την ποιότητα, που αφορά ειδικά τις υπηρεσίες υγείας, αναπτύσσοντας την κλασική προσέγγιση του A. Donabedian καθώς και τις εναλλακτικές προσεγγίσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας όπως αυτές έχουν διατυπωθεί.

Την ιδρυματική φροντίδα υγείας αναπτύσσει το 3^ο κεφάλαιο, ξεκινώντας με την διάκριση των νοσοκομείων. Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά, οι στόχοι και γενικότερα ο τρόπος λειτουργίας ενός δημόσιου νοσοκομείου έναντι του ιδιωτικού που διαφοροποιείται σε ορισμένους βασικούς τομείς και έτσι διαθέτει τα δικά του χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Τέλος, γίνεται αναφορά στο ρόλο που διαδραματίζει το μάρκετινγκ στις μονάδες υγείας και διατυπώνεται η θετική του συμβολή στα νοσοκομεία και την κοινωνία γενικότερα αλλά και οι αντιρρήσεις, περισσότερο ηθικού χαρακτήρα, που ορισμένοι έχουν εκφράσει.

Στο 4^ο κεφάλαιο αναπτύσσεται η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας στον κλάδο της υγείας, έτσι ώστε να προκύπτουν και να εξάγονται χρήσιμες πληροφορίες και συμπεράσματα προκειμένου η ποιότητα να είναι σε μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Παράλληλα γίνεται αναφορά στα κριτήρια επιλογής των δεικτών μέτρησης της ποιότητας καθώς επίσης και στην ικανοποίηση των ασθενών και πως αυτή μπορεί να μετρηθεί. Στο τέλος του κεφαλαίου, μάς γνωστοποιείται το κόστος που δημιουργείται στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες υγείας δεν έχουν υιοθετήσει ή αδυνατούν να εφαρμόσουν με τον σωστό – κατάλληλο τρόπο την ποιότητα στη λειτουργία τους είτε συνολικά είτε στα επιμέρους τμήματά τους.

Το benchmarking ή η συγκριτική αξιολόγηση είναι η βασική έννοια ή διαδικασία που αναπτύσσεται στο 5^ο κεφάλαιο. Στο οποίο παρουσιάζονται η συγκεκριμένη μέθοδος, οι στόχοι και τα είδη του, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στο benchmarking που αφορά την υγεία καθώς και στα αποτελέσματα που έχει η εφαρμογή του.

Στο 6^ο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι έννοιες: συστήματα ποιότητας και πρότυπα ποιότητας στο τομέα της υγείας. Παρουσιάζονται ως διαδικασίες – μηχανισμοί η χορήγηση άδειας, η διαπίστευση και η πιστοποίηση και παράλληλα αναπτύσσονται τα πρότυπα της σειράς ISO 9000. Τέλος, στο 7^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται και εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με το θέμα αυτής της διπλωματικής εργασίας.

THE CONTRIBUTION OF QUALITY ASSURANCE SYSTEMS TO THE OPERATION HEALTHCARE UNITS AND PATIENT MANAGEMENT

Keywords: Healthcare Unit Management, Quality Assurance, Total Quality Management, Quality, Health, Healthcare Systems, Patient Satisfaction, Benchmarking, Quality Assurance Systems and Standards

Abstract

The subject of this thesis is based on the role of accreditation or certification of quality assurance in the health sector, focusing more on the private sector. That is to say, how much it contributes to the improvement of the functioning of healthcare units to the best possible management of patients with the aim to satisfy their needs.

In addition, it is attempted to explore the importance that healthcare units pay to quality assurance systems and the standards that govern them, as well as whether they constitute a key pillar upon which their proper functioning is based upon.

In this context, we will examine basic – fundamental concepts that have been developed, evolved, and largely have defined the present reality of healthcare and continue to shape it.

In particular, chapter 1 deals with quality, the definitions that have been given to it from time to time, its characteristics and goals, and the development that have taken place in the various theories related to it. In addition, concepts such as quality assurance and Total Quality Management (TQM) are being studied as well as authors – researchers now regarded as “classics” of quality or “gurus” of quality. At the end of chapter 1 we present the kind of measurement that quality can receive in order to extract very useful data and evaluate it, and the chapter concludes by comparing services versus products.

In chapter 2 we come across some important definitions of health and healthcare services as well as the characteristics of the latter, their goals and their classification. Furthermore, the healthcare systems with special emphasis on the Greek Health System are

being studied. Chapter 2 concludes with quality, specifically designed for healthcare services, by developing the classic A. Donabedian approach as well as alternative approaches to quality in healthcare services as those have been formulated so far.

Institutional health care is developed by chapter 3, commencing with the distinction of hospitals. Then an attempt is made to identify the characteristics, objectives and more generally the way a public hospital operates in relation to the private which differs in some key areas and thus has its own characteristics. Finally, reference is made to the role marketing plays in healthcare units and its positive contribution to hospitals and society in general and to the more ethical objection some have expressed.

Chapter 4 develops the measurement and evaluation of quality in the healthcare sector, so that useful information and conclusions can be drawn and derived so that quality can be continually improved. At the same time, reference is made to the criteria for selecting quality measurement indicators as well as to patient satisfaction and how this can be measured. At the end of the chapter, we are informed of the costs incurred in cases where healthcare services have not adopted or are unable to properly and appropriately implement quality in their operation, either as whole or in their individual departments.

Benchmarking or comparative evaluation is the key concept or process outlined in chapter 5. This method, its goal and types are presented, with a greater emphasis on healthcare benchmarking and the results of its application.

Chapter 6 discusses the concepts: quality systems and quality standards in the healthcare sector. They are presented as procedures – mechanisms for licensing, accreditation and certification, while developing the standards of the ISO 9000 series. Finally, chapter 7 presents and draws conclusions on the subject of this thesis.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xv
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xxi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ποιότητα	1
1.1 Ορισμοί της ποιότητας	1
1.2 Η εξέλιξη των θεωριών της ποιότητας.....	2
1.2.1 Διασφάλιση ποιότητας	4
1.2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)	5
1.3 Οι «κλασσικοί» της ποιότητας	10
1.3.1 Edwards Deming	10
1.3.2 Joseph Juran	13
1.3.3 Philip Crosby.....	15
1.3.4 Kaoru Ishikawa	16
1.3.5 Genichi Taguchi	17
1.3.6 Armand Feigenbaum.....	18
1.3.7 John Oakland.....	19
1.4 Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Υγεία	25
2.1 Ορισμοί	25
2.2 Υπηρεσίες υγείας	26
2.2.1 Διάκριση – Ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας.....	28
2.2.2 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.....	30
2.3 Υγειονομικά συστήματα	32
2.3.1 Εισαγωγή.....	32
2.3.2 Στόχοι των υγειονομικών συστημάτων.....	33
2.3.3 Στοιχειώδης ταξινόμηση των συστημάτων υγείας.....	34
2.3.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας.....	36
2.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	40
2.4.1 Εισαγωγή.....	40
2.4.2 Α.Donabedian: Η κλασσική προσέγγιση.....	42
2.4.3 Επιπλέον προσεγγίσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ιδρυματική φροντίδα υγείας	49
3.1 Διάκριση των νοσοκομείων	49
3.2 Δημόσια νοσοκομεία.....	51

3.3	Ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές.....	55
3.4	Το marketing στις μονάδες υγείας	58
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στο κλάδο της υγείας.....	61
4.1	Εισαγωγή.....	61
4.2	Κριτήρια επιλογής δεικτών	63
4.3	Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	64
4.4	Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών	69
4.5	Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας.....	73
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Benchmarking	77
5.1	Τι είναι το benchmarking και ποιοι είναι οι στόχοι του	77
5.2	Διάκριση και είδη του benchmarking	79
5.3	Το benchmarking στην υγεία	81
5.4	Αποτελέσματα της εφαρμογής του benchmarking.....	83
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συστήματα και πρότυπα ποιότητας στο τομέα της υγείας.....	85
6.1	Εισαγωγή.....	85
6.2	Η χορήγηση άδειας (licensure).....	86
6.3	Η διαπίστευση (accreditation).....	87
6.4	Η πιστοποίηση (certification).....	88
6.5	Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000	90
6.5.1	Εισαγωγή.....	90
6.5.2	Παρουσίαση των προτύπων ISO 9000	91
6.5.3	Το πρότυπο ISO 9001: 2000	94
6.5.4	Το νέο αναθεωρημένο πρότυπο ISO 9001: 2015	96
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Έρευνα για την αξιολόγηση και πιστοποίηση μονάδων υγείας	99
7.1	Εισαγωγή.....	99
7.2	Μεθοδολογία έρευνας και διαδικασία.....	99
7.3	Παρουσίαση αποτελεσμάτων	102
7.4	Συμπεράσματα	109
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	113
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1	Η εξέλιξη θεωριών και προσεγγίσεων ποιότητας	Σελ. 3
Πίνακας 1.2	Η πυραμίδα της διοίκησης ολικής ποιότητας	Σελ. 6
Πίνακας 1.3	Ο κύκλος του Deming	Σελ. 13
Πίνακας 1.4	Η διαδικασία κυκλικής αξιολόγησης του Suchman	Σελ. 22
Πίνακας 2.1	Το ελληνικό σύστημα υγείας	Σελ. 37
Πίνακας 2.2	Η ποιότητα περίθαλψης κατά τον Donabedian	Σελ. 43
Πίνακας 3.1	Γενική παρουσίαση εσόδων – εξόδων ιδιωτικής κλινικής	Σελ. 57
Πίνακας 4.1	Οι έννοιες της τεχνικής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και οι χώρες που ανέπτυξαν δείκτες για την μέτρηση της	Σελ. 61
Πίνακας 4.2	Η πυραμίδα του Maslow	Σελ. 67
Πίνακας 5.1	Τα βήματα του Benchmarking	Σελ. 79
Πίνακας 6.1	Η αλυσίδα της διασφάλισης ποιότητας	Σελ. 86
Πίνακας 6.2	Οι σχέσεις μεταξύ των προτύπων της σειράς ISO 9000	Σελ. 93

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1	Η τριλογία του Juran	Σελ. 14
Διάγραμμα 1.2	Ορισμός του κόστους ποιότητας	Σελ. 18
Διάγραμμα 1.3	Το μοντέλο του Oakland	Σελ. 20
Διάγραμμα 2.1	Η παραγωγή της υγείας στην κοινωνία	Σελ. 28
Διάγραμμα 2.2	Εθνικά και φιλελεύθερα συστήματα	Σελ. 35
Διάγραμμα 2.3	Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας στην Ελλάδα	Σελ. 40
Διάγραμμα 3.1	Χρηματοδότηση δημόσιων νοσοκομείων	Σελ. 54
Διάγραμμα 7.1	Βελτίωση Ποιότητας Μονάδων Υγείας μέχρι σήμερα (2019)	Σελ. 109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ποιότητα

1.1 Ορισμοί της ποιότητας

Δίχως άλλο η ποιότητα ως έννοια γίνεται αντιληπτή ως θετική (Κέφης, 2005). Λειτουργεί προσπαθώντας να συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες και έτσι θεωρείται βαθιά ανθρωποκεντρική και σύνθετη. Ως προς το περιεχόμενο της είναι έννοια υποκειμενική και δυναμική αφού τροποποιείται και διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008).

Η αύξηση του ανταγωνισμού ως απόρροια της παγκοσμιοποίησης έχει επιβάλλει την ποιότητα ως βασικό στρατηγικό επιχειρησιακό παράγοντα επιτυχίας και ως τέτοιος έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονης και εκτενούς επιστημονικής αναζήτησης τις τελευταίες δεκαετίες (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008).

Ορισμοί για το τι είναι ποιότητα είναι πολλοί. Αυτοί έχουν εκφραστεί κατά καιρούς από διαφορετικές προσεγγίσεις οι οποίες έχουν αναπτυχθεί από πολλούς ανθρώπους αλλά και οργανισμούς σε σημείο που αρκετοί συγγραφείς να αναφέρουν ότι ο όρος ποιότητα συχνά προκαλεί σύγχυση (Παπανικολάου, 2007). Αυτό όμως που όλοι αποδέχονται είναι η σημαντικότητα της έννοιας της ποιότητας για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες.

Το 1920 ο Αμερικανός Walter Shewhart εφαρμόζει τις τεχνικές Στατιστικού Ελέγχου των Διεργασιών (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008), ενώ ο ίδιος το 1931 διατυπώνει την πρώτη προσέγγιση του όρου ποιότητα λέγοντας ότι «*ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν*».

Σύμφωνα με τον Juran η ποιότητα ορίζεται ως «*Η καταλληλότητα για χρήση*» (Juran, 1964) καθώς και «*Η συμμόρφωση με προδιαγραφές*» (Juran, 1968). Ο Crosby την έχει ορίσει ως «*Η συμμόρφωση με απαιτήσεις*» (Crosby, 1979) ενώ ο Feigenbaum ως «*Το σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής*

και της συντήρησης ενός προϊόντος και μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν και η υπηρεσία όταν αποδοθούν σε χρήση θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη» (Feigenbaum, 1983). Ο Deming διατυπώνει την ποιότητα ως «Η στόχευση στις ανάγκες των πελατών, παρούσες και μελλοντικές» (Deming, 1986) ενώ σύμφωνα με τον Taguchi η έλλειψη ποιότητας συνιστά τις «απώλειες προς την κοινωνία» (Taguchi, 1986). Ένας άλλος σύγχρονος ορισμός περιγράφει τη ποιότητα ως τον «βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη» (Evans και Lindsay, 1995). Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης προτείνει την ποιότητα ως «Το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας (ενός αγαθού, μιας υπηρεσίας, ενός οργανισμού) που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκπεφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες» (ISO 8402: 1994) αλλά και «Ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο έμφυτων χαρακτηριστικών ικανοποιεί απαιτήσεις» (ISO 9000: 2000).

1.2 Η εξέλιξη των θεωριών της ποιότητας

Ήδη από την βιομηχανική επανάσταση που είχε ως απόρροια την μαζική παραγωγή προϊόντων, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής θεωρήθηκε απαραίτητη. Αν και στην αρχή, αυτή περιορίστηκε στην επιθεώρηση των πρώτων υλών και των ενδιάμεσων προϊόντων, στην συνέχεια καταστάθηκε σαφής η σπουδαιότητα του ελέγχου των διαδικασιών που οδηγούν στο προϊόν και της διακύμανσής τους (Πίνακας 1.1). Έτσι, από το στάδιο της επιθεώρησης που περιλαμβάνει ενέργειες όπως μέτρηση, εξέταση, δοκιμή ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας και σύγκρισή τους βάση προσδιορισμένων προδιαγραφών για την επίτευξη της συμμόρφωσης της ποιότητας (ISO 8402), περνάμε στο στάδιο του ελέγχου ποιότητας μέσω του οποίου δίνεται η δυνατότητα για τη μέτρηση της ποιότητας (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008).

Πίνακας 1.1



Η εξέλιξη θεωριών και προσεγγίσεων ποιότητας (Τσιόρτας, 2002)

Είναι η πρώτη φορά που η ποιότητα αποκτά μια ανεξάρτητη λειτουργία ενώ παράλληλα αξιοποιούνται στατιστικές τεχνικές δειγματοληψίας, ο κύκλος και η ανάλυση αποκλίσεων του Shewhart καθώς και έλεγχοι στατιστικών διαδικασιών. Βέβαια τα σφάλματα και τα προβλήματα που εντοπίζονται σε αυτό το στάδιο έχουν μεγάλο κόστος επανόρθωσης διότι το ελαττωματικό προϊόν ή η υπηρεσία έχει ήδη δημιουργηθεί – συντελεστεί και επομένως έχει ήδη στοιχίσει το κόστος κατασκευής του. Επιπρόσθετα, οι μετρήσεις που ο έλεγχος ποιότητας επιβάλλει βρίσκει και άλλες επικρίσεις. Σύμφωνα με τον Pentland (2000) οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να πετύχουν στόχους απόλυτα βασισμένους σε μετρήσεις και σε εξαγωγές δεικτών τοποθετούν χαμηλότερα στην ιεραρχία την κατάλληλη φροντίδα από τους προαναφερθέντες στόχους. Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι απόψεις των Wiener και Kayser-Jones οι οποίοι εντοπίζουν τον κίνδυνο που ελλοχεύει στο να αναλώνει κανείς το μεγαλύτερο μέρος της δυναμικής του στις μετρήσεις. Η άσκηση της νοσηλευτικής επιστήμης για παράδειγμα βασισμένη στην δημιουργία σωστών δεικτών μπορεί να οδηγήσει σε μη θετικά αποτελέσματα όσο αφορά την γενικότερη περίθαλψη του ασθενή (Wiener & Kayser-Jones, 1989). Παραταύτα η Καϊτελίδου *et. al.*, (2006) διατυπώνει πως ο ρόλος του ελέγχου της ποιότητας στη λειτουργία της διοίκησης είναι αναμφισβήτητος.

Σύμφωνα με τον Δερβιτσιώτη (2001) η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος ελέγχου ποιότητας προϋποθέτει:

- ✓ Γνώση στόχων ελέγχου της ποιότητας.
- ✓ Γνώση της ικανότητας της διαδικασίας και διεκπεραίωσή της σύμφωνα με τις απαιτούμενες προδιαγραφές.
- ✓ Προσαρμογή της διαδικασίας εφόσον παρουσιαστεί απόκλιση από τους προβλεπόμενους στόχους.
- ✓ Παραχώρηση αρμοδιοτήτων σε υπευθύνους με σκοπό να αναλάβουν και να κατέχουν την ευθύνη ελέγχου.

1.2.1 Διασφάλιση ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι το τρίτο εξελικτικό βήμα και αφορά το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσιότρας, 1995). Αυτό σημαίνει πως οι ενέργειες που αφορούν την διόρθωση των ελαττωματικών προϊόντων ή υπηρεσιών δίνουν την θέση τους στην πρόληψη εμφάνισης αυτών καθώς και στην πρόληψη που έχει σκοπό να μην προκύψουν προϊόντα ή υπηρεσίες που να παρουσιάζουν αποκλίσεις από προκαθορισμένα χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τον Feigenbaum (1991) «εάν οι διαδικασίες της παραγωγής και του ελέγχου είναι σωστά ορισμένες, εάν τα συστήματα και η τεκμηρίωση που τα συνοδεύει είναι επακριβώς καθορισμένα, οι χρήστες γνωρίζουν ότι το προϊόν ή η υπηρεσία που προμηθεύονται είναι πολύ πιθανό να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις τους, όπως αυτές δηλώνονται στις προδιαγραφές του προϊόντος ή της υπηρεσίας» (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008). Για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, η οποία αποτελεί και το βασικό ζητούμενο, δεν επαρκεί ο εντοπισμός κάποιου σφάλματος στην διαδικασία της ποιότητας αλλά το να προλαμβάνουμε το πρόβλημα πριν αυτό εμφανιστεί. Έτσι η διασφάλιση ποιότητας ως διοικητικό σύστημα που συνδέεται με την παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα εγγυάται στον ίδιο τον οργανισμό αλλά και στους πελάτες του, την ποιότητα των εργασιών που προσφέρονται (Καλοκαιρινού,

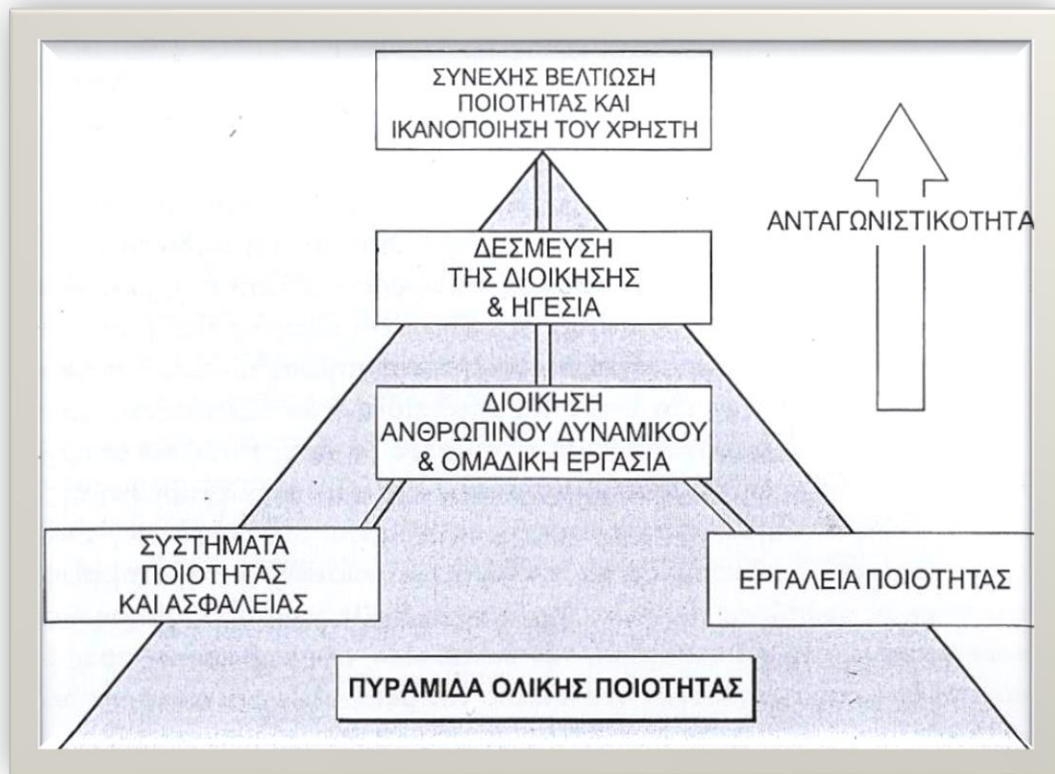
1994) ενώ παράλληλα εξασφαλίζει πως οι διαδικασίες που τελούνται εφαρμόζονται σωστά από την πρώτη φορά και κάθε φορά αξιοποιώντας το προσωπικό παρέχοντας σε όλους τις ανάλογες ευθύνες. Η διεθνής συνομοσπονδία ISO (International Standardization Organization) έχει συντάξει το γνωστό πρότυπο ISO 9000:2000 η χρήση του οποίου αξιοποιείται σε διμερείς συμβάσεις συνεργασίας ανάμεσα σε προμηθευτή και πελάτη. Σκοπός του προτύπου ISO 9000 είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη και η διασφάλιση ότι το προϊόν πληροί τις προδιαγραφές. Ειδικότερα για τις Ελληνικές επιχειρήσεις ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας ενισχύει την δυνατότητα ένταξης τους στην αγορά, ενδυναμώνει την διοίκηση τους θεσπίζοντας προσδιορισμένους στόχους και βελτιώνει την επικοινωνιακή τους πολιτική καθώς και την εικόνα τους δημιουργώντας μηχανισμούς βελτίωσης των σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτές και τους πελάτες τους.

1.2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι το τέταρτο και πιο εξελιγμένο στάδιο της ποιότητας και περιλαμβάνει όλες τις σύγχρονες μεθοδολογίες της διοικητικής επιστήμης. Μια πλειάδα ορισμών, μοντέλων και προσεγγίσεων έχουν καταγραφεί και αναδειχτεί αναφορικά με αυτήν σε σημείο που για ορισμένους θεωρητικούς η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί ένα είδος κοινωνικού κινήματος (Hackman & Wageman 1995) ενώ για κάποιους άλλους αποτελεί ένα νέο υπόδειγμα στην οργάνωση και διοίκηση των επιχειρήσεων (Grandet. Al. 1994, Ciampa 1992, Oakland 1989, Garvin 1988). Σύμφωνα με την Παπανικολάου (2007) η ΔΟΠ καταλογίζει το 90% των προβλημάτων ενός οργανισμού σε προβλήματα διαδικασιών και όχι σε προβλήματα του προσωπικού. Επιπρόσθετα ως δομικό σύστημα βασίζεται στη συμμετοχή των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα, από αυτό του σχεδιασμού ως της εφαρμογής μιας διαδικασίας διαρκούς βελτίωσης με σκοπό όχι μόνο την ικανοποίηση των αναγκών – απαιτήσεων του πελάτη αλλά την υπερκάλυψη και των προσδοκιών τους και μάλιστα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ο Δερβιτσιώτης (2001) διατυπώνει πως η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί φιλοσοφία διοίκησης που έχει στόχο τη διαρκή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας και της ανταγωνιστικότητας ενεργοποιώντας, προσθέτει ο Τσιότρας (2002), όλο το προσωπικό της επιχείρησης ή του οργανισμού.

Οι «κλασικοί» της ποιότητας, οι προσεγγίσεις των οποίων θα παρατεθούν παρακάτω, αλλά και πολλοί ακόμη διακεκριμένοι ερευνητές και ειδικοί οδήγησαν στην ανάγκη για μετάβαση από το παραδοσιακό σύστημα διοίκησης στη διοίκηση ολικής ποιότητας (Πίνακας 1.2).

Πίνακας 1.2



Η πυραμίδα της διοίκησης ολικής ποιότητας¹

Έτσι, από την έμφαση στη μαζική παραγωγή και την κάθετη δομή της επιχείρησης, από τις σταθερές πολιτικές και τις πάγιες διαδικασίες με τα τμήματα να λειτουργούν «στεγανά» μεταξύ τους και έχοντας σαφείς διαχωριστικές γραμμές περνάμε σε έναν σύγχρονο τρόπο διοίκησης, αυτόν της διοίκησης ολικής ποιότητας. Νέες έννοιες γεννιούνται όπως για παράδειγμα η «ικανοποίηση πελατών» ενώ άλλες π.χ. «πελάτες» αλλάζουν ερμηνεία και αποκτούν νέα διάσταση.

¹Χλωμούδης Κ., Κωσταγιώλας Π. (2004). *Σύγχρονες βιβλιοθήκες-Τράπεζες πληροφοριών: οργάνωση και νέες τάσεις*. Εκδόσεις J&J

Ένας οργανισμός ή μία επιχείρηση που θέλει να υιοθετήσει την ΔΟΠ πρέπει καταρχήν να αναδιοργανώσει όλα της τα τμήματα καθώς και όλες τις δραστηριότητές της, ενεργοποιώντας προς αυτή την κατεύθυνση κάθε εργαζόμενο. Αν και οι επιμέρους μέθοδοι και προσεγγίσεις για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος δεν θεωρούνται δύσκολες να εφαρμοστούν, εν τούτοις η συνύπαρξη και η εναρμόνισή τους έτσι ώστε να προκύψει η ζητούμενη κουλτούρα ολικής ποιότητας θεωρείται αρκετά σύνθετη και εμπεριέχει δυσκολίες που απαιτούν την πιστή τήρηση των αρχών της ολικής ποιότητας στο πλαίσιο ενός οράματος το οποίο πρέπει να αποτελεί τρόπο ζωής. Ο Δερβιτσιώτης (2001) αναφέρει ότι πρέπει να διατρέχουν τρεις βασικοί λόγοι προκειμένου ένας οργανισμός να πρέπει να «προσφύγει» στην ΔΟΠ:

- α. Όταν ο οργανισμός κινητοποιείται σε μια άκρως ανταγωνιστική διεθνή αγορά.
- β. Όταν διαφορετικά συστήματα που σχετίζονται με την διασφάλιση της ποιότητας αδυνατούν να πετύχουν τους στόχους τους.
- γ. Όταν οι διαδικασίες οργάνωσης και διοίκησης δεν φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και επιπλέον δεν έχουν ενσωματώσει μια διοικητική κουλτούρα που οδηγεί στην βελτίωση τους.

Είναι σαφές ότι η μετάβαση από ένα παραδοσιακό τρόπο διοίκησης στην υιοθέτηση και εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας εμπεριέχει δυσκολίες. Ο Κέφης (2005) αναφέρει πως τα εμπόδια της ποιότητας κατηγοριοποιούνται στο βιβλίο του James Adams με τίτλο «Conceptual Blockbusting» σε:

- ❖ Εμπόδια αντίληψης. Αυτά μπορεί να αφορούν την δυσκολία εντοπισμού κάποιας προβληματικής διαδικασίας, την λανθασμένη τάση να προσδιορίζεται ένα πρόβλημα στο πλαίσιο λιγότερων διαστάσεων από αυτές που στην πραγματικότητα έχει, την αναξιοποίητη χρήση των πληροφοριών και των δεδομένων κ.α.
- ❖ Εμπόδια κουλτούρας. Τα εμπόδια αυτά έχουν να κάνουν με στερεότυπα και προκαταλήψεις που έχουν εδραιωθεί και που δύσκολα αναθεωρούνται και ανατρέπονται όπως για παράδειγμα η εμμονή στην παράδοση, η ενοχοποίηση της

φαντασίας, της ποιοτικής κρίσης και της ευχαρίστησης, η απόλυτη και πιθανώς μονοδιάστατη εμπιστοσύνη στην τεκμηρίωση και στους αριθμούς.

- ❖ Εμπόδια που απορρέουν εσωτερικά από το περιβάλλον του οργανισμού. Τέτοια μπορεί να είναι η προβληματική συνεργασία και η ανεπάρκεια εμπιστοσύνης ανάμεσα στους εργαζόμενους, στελέχη που βασίζονται ως επί το πλείστον σε δικές τους ιδέες υποτιμώντας τις απόψεις ή τις πρωτοβουλίες άλλων καθώς και προβλήματα που προκύπτουν από την αδυναμία συγκέντρωσης λόγω συχνών παρεμβάσεων τρίτων.
- ❖ Συναισθηματικά εμπόδια. Τα εμπόδια αυτά περιλαμβάνουν τον φόβο που απορρέει από τυχόν λάθη και από την μη επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, κάτι που πιθανώς θα επιφέρει επικρίσεις, την ασφάλεια της πεπατημένης που λειτουργεί ανασταλτικά για την δημιουργία ιδεών, την απόφαση για διατήρηση της ασφάλειας και της τάξης σε αντιδιαστολή με την ασάφεια και την αμφιβολία κ.α.

Στην πράξη οι οργανισμοί ή οι επιχειρήσεις που λειτουργούν υπό τις επιταγές της ολικής ποιότητας πρέπει να:

- Διαθέτουν τη έμπρακτη δέσμευση της ηγεσίας πως διοικεί και λειτουργεί με γνώμονα την ολική ποιότητα μόνιμα και μεθοδικά δίνοντας μάλιστα η ίδια το παράδειγμα. Προς αυτή τη κατεύθυνση ορίζει στόχους, ενθαρρύνει, εμπνυχώνει και επιβραβεύει τους εργαζόμενους δημιουργώντας και συντηρώντας το κατάλληλο περιβάλλον για να διεισδύσει και να ενσωματωθεί η ποιότητα ως ένα είδος συνείδησης βάση της οποίας όλοι θα δραστηριοποιούνται.
- Δίνουν πρωταρχική σημασία στις ανάγκες του πελάτη. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να έχει αναπτυχθεί ο απαραίτητος σχεδιασμός μέσω του οποίου θα καθίσταται σαφής ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών ή και των προσδοκιών των πελατών. Αυτό με τη σειρά του απαιτεί τον προσδιορισμό της ταυτότητας των πελατών καθώς και τις προσδοκίες που αυτοί (θα) έχουν σε σχέση με το παραγόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Οι έρευνες αγοράς εκτίμησης αυτών των αναγκών ή και προσδοκιών θεωρούνται εργαλεία προς την

επίτευξη αυτού του σκοπού. Ως πελάτες δεν νοούνται μόνο οι αγοραστές ή οι αποδέκτες κάποιας υπηρεσίας (εξωτερικοί πελάτες) αλλά και όσοι:

- εμπλέκονται στην όλη διαδικασία δηλαδή όλοι οι εργαζόμενοι (εσωτερικοί πελάτες).
- Δίνουν μεγάλη έμφαση στη χρήση της στατιστικής αλλά και άλλων επιστημονικών προσεγγίσεων μέσω των οποίων μελετώνται και επεξεργάζονται δεδομένα από τα οποία προκύπτουν συμπεράσματα και εξάγονται σημαντικές πληροφορίες με στόχο την κατανόηση των διαδικασιών και την βελτίωση τους. Κάθε στάδιο πρέπει να καταγράφεται συστηματικά έτσι ώστε μετά την ανάλυσή του να παρέχει σημαντικά στοιχεία που θα ληφθούν υπόψη στον νέο σχεδιασμό. Έτσι, οι αδυναμίες προβλέπονται και τα λάθη διορθώνονται ή εξαλείφονται βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα.
- Εστιάζουν στις διαδικασίες. Ως διαδικασία ορίζεται μια σειρά ενεργειών οι οποίες συνεχώς συγκεντρώνονται και αξιοποιούνται προκειμένου να μετατρέψουν τα εισαγόμενα στοιχεία που παρέχει ένας προμηθευτής σε παραγόμενα στοιχεία που λαμβάνει ένας πελάτης. Συνεπώς, η αποδοτικότητα των διαδικασιών εξαρτάται από την αναλογική σχέση των παραγόμενων στοιχείων προς τα εισαγόμενα στοιχεία (Παπανικολάου, 2007). Από την άλλη, οι διαδικασίες ως αποτέλεσμα ενεργειών δεν έχουν πάντα θετικό πρόσημο. Ο διπλός έλεγχος για παράδειγμα μιας εργασίας δεν προσδίδει καμία προστιθέμενη αξία στο παραγόμενο προϊόν. Τέτοιου είδους λοιπόν πράξεις εφόσον έχουν αρνητικές επιπτώσεις (π.χ. άνοδος του κόστους της ποιότητας) δεν είναι οι ενδεδειγμένες. Αντίθετα η διάθεση πόρων πρέπει να έχει προσανατολισμό στη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών. Παρόλα αυτά, αν προκύψει οποιαδήποτε απόκλιση από το επιθυμητό αποτέλεσμα τότε αυτή πρέπει να εξεταστεί έτσι ώστε τα στοιχεία που καθορίζουν τους λόγους αυτής της απόκλισης να προσδιοριστούν με σκοπό να ελαχιστοποιήσουμε ή να εξαλείψουμε τις αιτίες εμφάνισης παρόμοιων αποκλίσεων.
- Προωθούν την επικοινωνία ως μια απαραίτητη συμμετοχική διαδικασία που στο πλαίσιο της ιεραρχικής πυραμίδας εκτελείται από κάτω προς τα πάνω ενώ παράλληλα στηρίζουν και ενθαρρύνουν την (συν)εργασία όλων (οριζόντιο σύστημα).

- Ενθαρρύνουν το προσωπικό του κάθε τμήματος να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και επιπρόσθετα απομακρύνουν τις πάγιες ανελαστικές πολιτικές. Από την άλλη επιτάσσουν την συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και συγκροτούν ομάδες εργασίας (κύκλοι ποιότητας) οι οποίες αναλαμβάνουν μερικούς από τους ρόλους των τμημάτων.
- Καθιερώνουν την εκπαίδευση των εργαζομένων, ειδικά των στελεχών με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής τους η οποία με τη σειρά της θα οδηγήσει σε συνεχή και αδιάλειπτη βελτίωση της ολικής ποιότητας σε όλα της τα στάδια.
- Καταργήσουν τις διακρίσεις που δεν είναι απαραίτητες καθώς και τους φραγμούς στην επικοινωνία και στη συνεργασία μεταξύ τμημάτων.
- Στηρίζουν και να αναγνωρίζουν τις προσπάθειες και τις πρωτοβουλίες των εργαζομένων για βελτίωση προχωρώντας σε επιβραβεύσεις που θα λειτουργούν ως εφελκυστήριον για τη διεύθυνση ακόμη περισσότερης «κουλτούρας ποιότητας». Επιπλέον, εφόσον η διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι ευθύνη ενός μόνο στελέχους ή ενός τμήματος αλλά όλων, θα πρέπει όλοι οι υπάλληλοι, σε όποιο επίπεδο του οργανισμού ή της επιχείρησης βρίσκονται, να έχουν τη προσωπική ευθύνη για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της. Ο κάθε υπάλληλος πρέπει να ενεργεί υπό αυτό το πρίσμα ατομικά αλλά και ομαδικά με σκοπό όχι μόνο την επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονται αλλά και προληπτικά πριν αυτά εμφανιστούν.
- Διαθέτουν ανώτατα στελέχη τα οποία θα δημιουργούν και θα καλλιεργούν ένα ομαδικό πνεύμα προς την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας το οποίο θα βγαίνει από το στενό πλαίσιο του οργανισμού και θα περιλαμβάνει και τους προμηθευτές σε ένα περιβάλλον συνεργασίας και εμπιστοσύνης.

1.3 Οι «κλασσικοί» της ποιότητας

1.3.1 Edwards Deming

Ο Edwards Deming που θεωρείται ως ένας από τους «γκουρού» της ποιότητας και μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο συνέβαλλε τα μέγιστα για αυτό που ονομάστηκε

ιαπωνικό οικονομικό θαύμα, έδωσε έμφαση στη δέσμευση στην ποιότητα και τη προσεκτική άντληση πληροφοριών σχετιζόμενων με τις ανάγκες των πελατών (Sullivan E. & Decker P., 2016).

Τα 14 σημεία του, αφορούν το βασικό σκελετό μιας θεωρίας που οδηγεί στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και μπορούν να εφαρμοστούν στο τομέα των υπηρεσιών καθώς και στη μεταποίηση, συμπεριλαμβάνοντας μάλιστα μικρές, μεσαίες αλλά και μεγάλες επιχειρήσεις. Τα σημεία αυτά είναι:

1. Δημιουργία συνθηκών σταθερότητας και συνέπειας σκοπού για τη βελτίωση του προϊόντος, της υπηρεσίας και της ανταγωνιστικότητας. Η σταθερότητα σκοπού σημαίνει καινοτομία, έρευνα και εκπαίδευση, συνεχή βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών, και συντήρηση της παραγωγικής μονάδας καθώς και του εξοπλισμού.
2. Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας. Η διοίκηση πρέπει να εντάξει την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας σε όλες τις βαθμίδες, σε όλα τα επίπεδα, σε κάθε εργαζόμενο και να αναλάβει ηγετικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση.
3. Παύση της εξάρτησης από την επιθεώρηση της ποιότητας του έτοιμου προϊόντος. Η απλή επιθεώρηση δεν μπορεί να διασφαλίσει την εμφάνιση του ελαττώματος.
4. Τερματισμός στην επιλογή των προμηθευτών με βασικό κριτήριο την τιμή. Βελτίωση της ποιότητας των προμηθευόμενων ειδών.
5. Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών. Η διαρκής βελτίωση των διαδικασιών είναι μια απαίτηση που διατυπώθηκε από όλους τους συγγραφείς της ΔΟΠ και μέσω αυτής εξασφαλίζεται στις επιχειρήσεις βελτιστοποίηση της παραγωγικότητας και μειωμένο κόστος παραγωγής.
6. Καθιέρωση της εκπαίδευσης και της επανεκπαίδευσης όλων των εργαζομένων με σύγχρονες μεθόδους.
7. Αποτελεσματική ηγεσία. Η αυτοκαθοδήγηση και η δημιουργία ενός πραγματικού πνεύματος ηγεσίας είναι πρωταρχικές απαιτήσεις της ποιότητας.

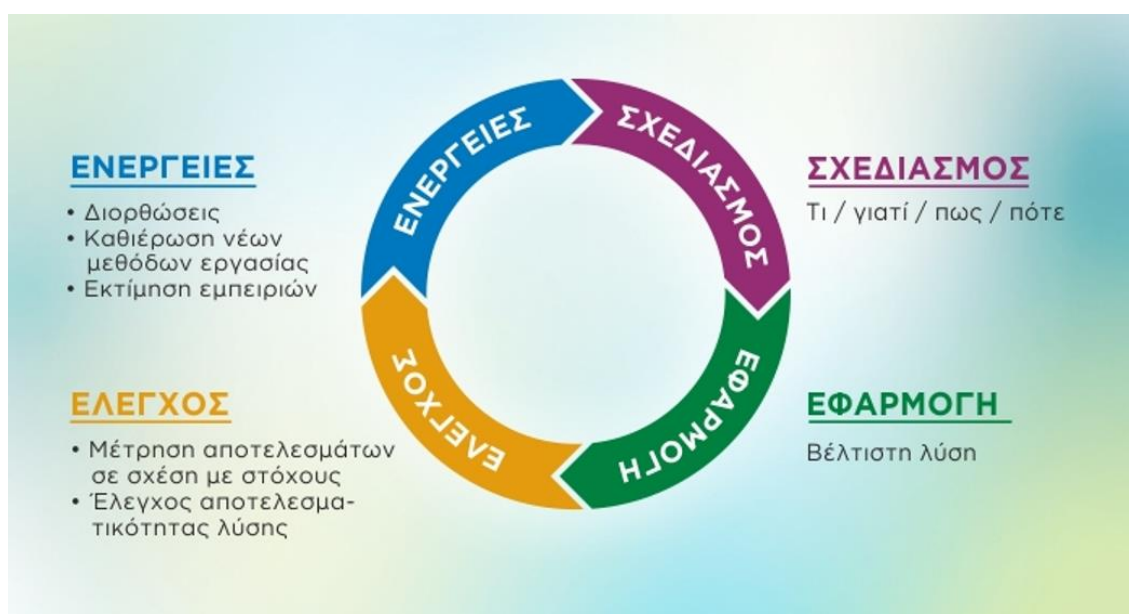
8. Αποβολή του φόβου έτσι ώστε αυτός να μην αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα βελτιώσεων. Οι προτάσεις των εργαζομένων για βελτίωση πρέπει να αντιμετωπίζονται θετικά.
9. Κατάργηση των φραγμών μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού όλων των τομέων μιας επιχείρησης.
10. Κατάργηση των σλόγκαν, διατύπωση εφικτών στόχων. Οι εξωπραγματικοί και οι αριθμητικοί στόχοι αποθαρρύνουν τους εργαζομένους.
11. Εξάλειψη των αριθμητικών ποσοστών και στόχων στους εργαζόμενους κάθε βαθμίδας μιας και αυτοί αποθαρρύνουν το προσωπικό και δημιουργούν αμηχανία και ανασφάλεια, αφού στα κριτήρια απόδοσης δεν συνυπολογίζεται η προσπάθεια.
12. Άρση των εμποδίων που περιορίζουν την ανάπτυξη της υπερηφάνειας του εργαζομένου.
13. Δημιουργία και καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτοβελτίωσης του προσωπικού.
14. Ανάληψη δράσης και δέσμευση της διοίκησης με στόχο τον μετασχηματισμό θέτοντας σε εφαρμογή τα παραπάνω 13 σημεία. Όλοι οι εργαζόμενοι και ιδιαίτερα τα ανώτατα στελέχη θα πρέπει να δεσμευτούν για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας και για την αλλαγή κουλτούρας μακροπρόθεσμα.

Ο Deming επιπλέον πρότεινε 4 βασικά στάδια τα οποία έγιναν γνωστά ως ο κύκλος του Deming (Πίνακας 1.3) τα οποία οδηγούν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και τα οποία επαναλαμβάνονται συνεχώς με μια προκαθορισμένη σειρά:

- 1) Σχεδίαση. Στο στάδιο αυτό σχεδιάζεται προσεκτικά η πορεία που θα πρέπει να ακολουθηθεί ώστε να υπάρξει καθολική επίτευξη των επιθυμητών και ρεαλιστικών επιπέδων ποιότητας.
- 2) Υλοποίηση. Εφαρμόζω τους σχεδιασμούς του πρότερου σταδίου συλλέγοντας απαραίτητα δεδομένα και αξιοποιώντας στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των εργαζομένων καθώς και τις ερευνητικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων.

- 3) Έλεγχος. Έχει να κάνει με τη μέτρηση και την παρατήρηση των αποτελεσμάτων. Αν έχει υπάρξει κάποια απόκλιση από τον αρχικό σχεδιασμό τότε πρέπει να καθοριστούν τα πιθανά αίτια που προκάλεσαν αυτή την αστοχία με τέτοιο τρόπο όμως που να μην προκαλέσει φοβίες ή αντιδράσεις στα μέλη μιας ομάδας εργαζομένων που ενδεχομένως δεν έχουν αποδώσει τα αναμενόμενα.
- 4) Δράση. Σε αυτό το στάδιο, εφόσον απαιτείται, λαμβάνουν χώρα διορθωτικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της λειτουργίας του σταδίου 2. Στη περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό αναθεωρείται ή και εγκαταλείπεται ο αρχικός σχεδιασμός ή τα πρότυπα.

Πίνακας 1.3



Ο κύκλος του Deming²

1.3.2 Joseph Juran

Ένας άλλος Αμερικανός, ο Joseph Juran, που στη δεκαετία του '50 προσκλήθηκε όπως και ο Deming στην Ιαπωνία, πρότεινε τρεις διαδικασίες (Διάγραμμα 1.1) μέσω των οποίων η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα. Αυτές είναι:

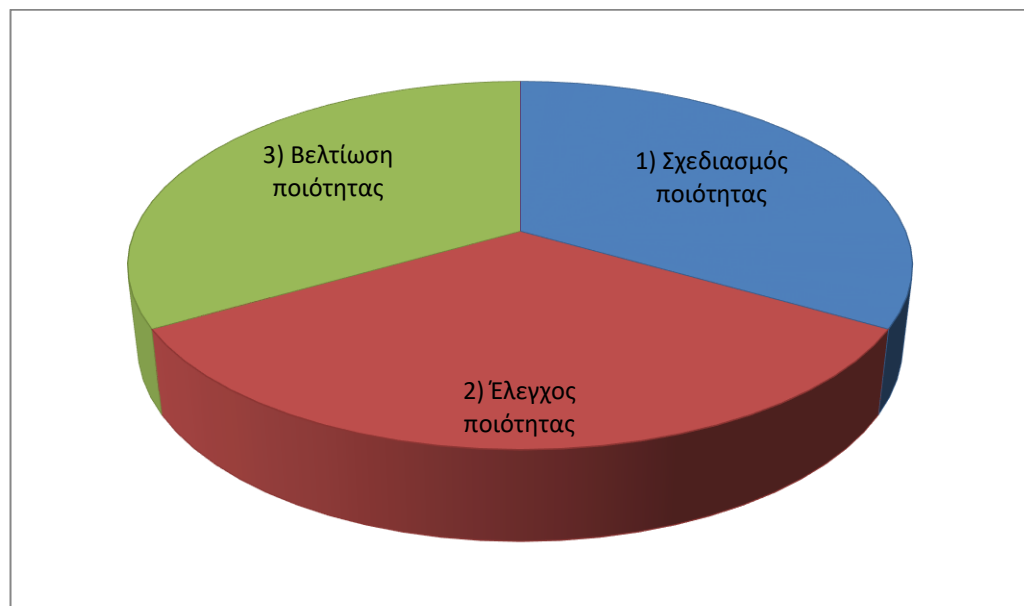
- i. Ο σχεδιασμός ποιότητας. Αυτός έχει να κάνει με την ταυτότητα των πελατών και των αναγκών τους καθώς και με την ανάπτυξη και την βελτίωση των χαρακτηριστικών

²Deming WE (1986) Out of Crisis, institute of Technology Center of Advanced Engineering Study, Cambridge, MA. Πηγή: <https://e-journal.gr>

των προϊόντων ή των υπηρεσιών με σκοπό τη κάλυψη των αναγκών των πελατών. Οι ανάγκες αυτές πρέπει να μεταφραστούν σε μια γλώσσα που να μπορεί να κατανοήσει ο καθένας προκειμένου να ικανοποιηθούν με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

- ii. Ο έλεγχος ποιότητας. Αυτό το στάδιο αφορά στον εντοπισμό τυχόν αποκλίσεων από τους προκαθορισμένους στόχους και τη λήψη διορθωτικών μέτρων.
- iii. Η βελτίωση ποιότητας. Οργανωμένες διαδικασίες λαμβάνουν χώρα προκειμένου να εξαλειφθούν φαινόμενα σπατάλης και ελαττωματικών προϊόντων έτσι ώστε να υπάρξει μείωση του κόστους που έχει προκύψει ως αποτέλεσμα της κακής ποιότητας. Προς τη κατεύθυνση αυτή παρέχονται πόροι, δίνονται κίνητρα και εκπαιδεύεται το προσωπικό.

Διάγραμμα 1.1



Η τριλογία του Juran

Σημειώνεται πως σύμφωνα με τον Juran η ανώτατη διοίκηση κατά βάση είναι αυτή που πρέπει να ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση σε ότι αφορά την ποιότητα περιορίζοντας έτσι τη συμβολή των υπόλοιπων εργαζομένων σε αυτή.

Επιπρόσθετα ο Juran κατηγοριοποίησε τους πελάτες σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ορίζοντας τους δεύτερους ως όλους όσους σχετίζονται με τη παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

1.3.3 Philip Crosby

Ένας ακόμα «γκουρού» της ποιότητας, ο Philip Crosby διεθνώς αναγνωρισμένος και πρωτεργάτης της θεωρίας του «Κάνε το σωστό με την πρώτη φορά» και της αρχής των «μηδέν λαθών» εισήγαγε τα ακόλουθα τέσσερα αξιώματα:

1. Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και όχι το πόσο καλό ή κομψό είναι κάτι. Σύμφωνα με αυτή την θέση οι απαιτήσεις του πελάτη πρέπει να έχουν γίνει πλήρως κατανοητές δίχως να αφήνουν περιθώρια λανθασμένης εκτίμησης έτσι ώστε το τελικό προϊόν ή υπηρεσία να είναι απόλυτα εναρμονισμένα με τις προδιαγραφές με στόχο τη μηδενική έλλειψη ποιότητας.
2. Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη. Ο έλεγχος και η διαπίστωση της αστοχίας μετά την παραγωγή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους.
3. Ο σκοπός και το πρότυπο απόδοσης είναι τα «μηδέν λάθη». Για να γίνει εφικτό αυτό ο κάθε εργαζόμενος, από τη θέση που βρίσκεται, θα πρέπει να φέρνει άρτιο αποτέλεσμα κάθε φορά αλλά και από την πρώτη φορά ενεργώντας με γνώμονα την έλλειψη ελαττωματικών προϊόντων – υπηρεσιών και όχι με την μετέπειτα διόρθωσή τους.
4. Η αξιολόγηση της ποιότητας δεν μπορεί να μετρηθεί με δείκτες αλλά με βάση το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη.

Πέρα των τεσσάρων αυτών αξιωμάτων ο Crosby διατύπωσε τα παρακάτω 14 βήματα που πρέπει να ακολουθούνται με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας:

- 1) Δέσμευση της διοίκησης για επιδίωξη της ποιότητας.
- 2) Συγκρότηση και λειτουργία ομάδων βελτίωσης ποιότητας.
- 3) Μέτρηση της ποιότητας σε όλες τις διαδικασίες – δραστηριότητες της επιχείρησης και συλλογή στοιχείων με σκοπό την μελλοντική αξιολόγηση και διόρθωση.
- 4) Εκτίμηση του κόστους ποιότητας.
- 5) Ενημέρωση για τα ζητήματα της ποιότητας σε όλο το προσωπικό με στόχο τη δημιουργία συνείδησης ποιότητας. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρέπει να αντιμετωπίζεται και να υιοθετείται ως κουλτούρα από όλους τους εργαζομένους.

- 6) Ανάλυση διορθωτικών παρεμβάσεων που θα έχουν σκοπό την πρόληψη των λαθών. Προσδιορισμός των αιτιών που έχουν δημιουργήσει προβλήματα στην ποιότητα και δράση προς την οριστική επίλυση αυτών.
- 7) Σχεδιασμός για μηδενικά ελαττώματα.
- 8) Εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων.
- 9) Ημέρα μηδενικών ελαττωμάτων μέσω της οποίας τονίζεται και συνειδητοποιείται από κάθε εργαζόμενο η αλλαγή νοοτροπίας.
- 10) Καθορισμός στόχων ποιότητας και βελτίωσης της κάθε ομάδας αλλά και του κάθε εργαζομένου ξεχωριστά. Όλοι οι επιμέρους στόχοι πρέπει να δραστηριοποιούνται με απώτερο σκοπό την κατάκτηση του βασικού στόχου που δεν είναι άλλος από αυτόν των μηδενικών ελαττωμάτων.
- 11) Εξάλειψη των αιτιών των σφαλμάτων αφού έχει προηγηθεί η συλλογή προβλημάτων ποιότητας.
- 12) Αναγνώριση της προόδου, επιβράβευση εργαζομένων.
- 13) Θέσπιση συμβουλίων ποιότητας, καθιέρωση συγκλίσεων μελών βελτίωσης της ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- 14) Επανεναρξη όλων των παραπάνω βημάτων, η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας δεν σταματά ποτέ καθώς υπάρχουν πάντα περιθώρια προς το καλύτερο.

1.3.4 Kaoru Ishikawa

Τη δεκαετία του 1950 στην Ιαπωνία ο Kaoru Ishikawa εργάστηκε πάνω στους κύκλους ποιότητας αποδεχόμενος την σπουδαιότητα του έργου του Deming. Ανέπτυξε διαγράμματα που λειτουργούν ως συστηματικά εργαλεία προκειμένου να εντοπίσει και να κατηγοριοποιήσει τα αίτια που προκαλούν ένα πρόβλημα καθώς και να κατανοήσει τις σχέσεις αυτών των αιτιών μεταξύ τους. Παράλληλα εισήγαγε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εργαζομένων καθώς όπως ανέφερε «η ποιότητα ξεκινά με εκπαίδευση και τελειώνει με εκπαίδευση».

Το 1985 κατέταξε τα εργαλεία στατιστικού ελέγχου σε τρία επίπεδα από την άποψη των γνώσεων στατιστικής οι οποίες απαιτούνται για την εφαρμογή τους:

- α. Στο χαμηλότερο επίπεδο βρίσκουμε επτά εργαλεία με τα οποία και ο απλός εργαζόμενος μπορεί να εξοικειωθεί και να τα εφαρμόσει αξιολογώντας έτσι προβλήματα ποιότητας που προκύπτουν. Αυτά είναι: α) Ιστόγραμμα, β) Διάγραμμα αιτίου αποτελέσματος, γ) Ανάλυση Pareto, δ) Φύλλο ελέγχου, ε) Διάγραμμα ροής, στ) Διάγραμμα συσχετισμού, ζ) Διάγραμμα ελέγχου.
- β. Το δεύτερο επίπεδο αφορά εργαλεία που διαχειρίζονται από ειδικούς σε θέματα της ποιότητας και στελέχη. Αυτά τα εργαλεία περιλαμβάνουν τον έλεγχο υποθέσεων, τη δειγματοληψία κ.α.
- γ. Το τρίτο και ανώτερο επίπεδο περιλαμβάνει εργαλεία που μπορούν να τα εφαρμόσουν μόνο ειδικοί και σύμβουλοι της ποιότητας μιας και απαιτούν πειραματικές σχεδιάσεις και τεχνικές επιχειρησιακής έρευνας, ζητήματα δηλαδή που εμπεριέχουν ανώτερες και εξειδικευμένες γνώσεις.

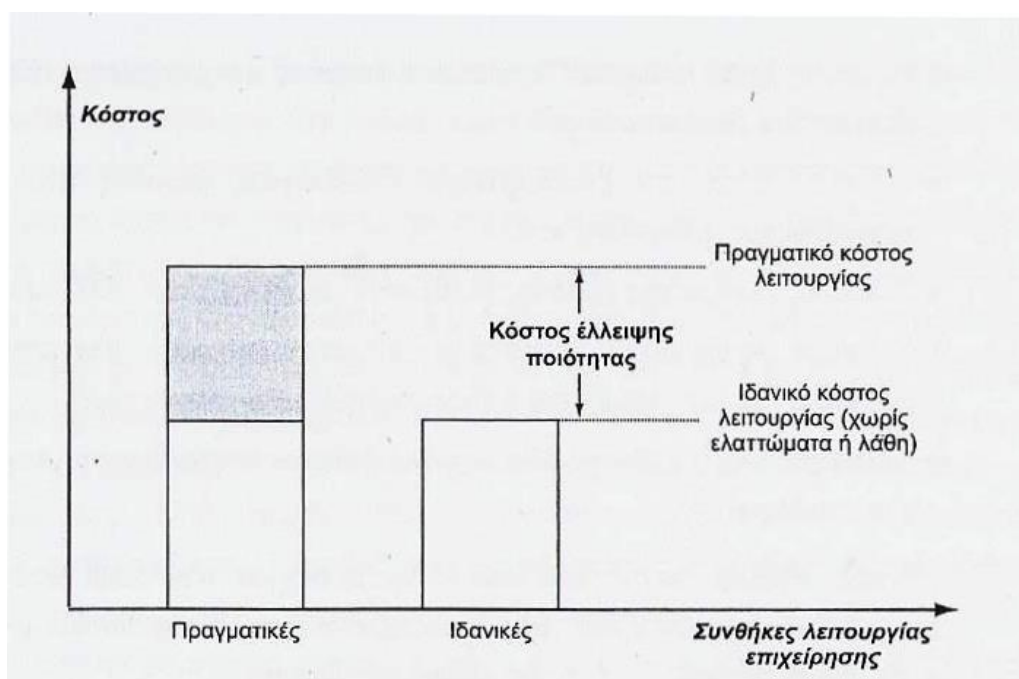
1.3.5 Genichi Taguchi

Ένας επίσης διακεκριμένος ειδικός της ποιότητας, ο Genichi Taguchi τονίζει την σπουδαιότητα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας δίνοντας όμως μεγάλη έμφαση σε μεθόδους που προσδιορίζουν το κόστος της μη επίτευξης της τιμής στόχου (Δερβιτσιώτης, 2001). Έτσι, ορίζει την ποιότητα με βάση τις λιγότερες δυνατές απώλειες από τη στιγμή χρήσης του προϊόντος (Διάγραμμα 1.2). Ως απώλειες νοούνται οι καθυστερήσεις, τα λάθη, οι επιδιορθώσεις, η κακή επικοινωνία κ.α. (Τσιόρτας, 2002).

Επιπλέον προτείνει τρία ενδεικτικά επίπεδα που αφορούν στον σχεδιασμό της ποιότητας:

- Σχεδιασμός συστήματος βασισμένος στην τεχνολογία.
- Παραμετρικός σχεδιασμός ο οποίος συνδυάζει την μείωση του κόστους με τη βελτίωση στην απόδοση δίχως να εξαλειφθούν οι αιτίες μεταβολών.
- Σχεδιασμός ανοχής στο πλαίσιο μείωσης των μεταβολών εξετάζοντας τις αιτίες προς επίτευξη αυτού του σκοπού (Παπανικολάου, 2007).

Διάγραμμα 1.2



Ορισμός του κόστους ποιότητας (Δερβιτσιώτης, 2001)³

1.3.6 Armand Feigenbaum

Ο Armand Feigenbaum υπήρξε εισηγητής της έννοιας του ολικού ελέγχου ποιότητας και υπέρμαχος της άποψης ότι η διοίκηση πρέπει να προσεγγίζει και να διαχειρίζεται την ποιότητα με συστηματικό τρόπο (Kruger, 2001). Η θέση του κινείται σε δύο άξονες: Στον πρώτο άξονα όπου η ποιότητα είναι ευθύνη όλων των εργαζομένων και στον δεύτερο όπου ερευνάται το κόστος έλλειψης της ποιότητας, στη συνέχεια κατηγοριοποιείται και στο τέλος γίνονται όλες εκείνες οι ενέργειες που θα λάβουν χώρα για την βελτίωσή της.

Ο έλεγχος ποιότητας, υποστήριξε ο Feigenbaum, διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο από ότι ο ρυθμός παραγωγής. Στην περίπτωση όπου ο οποιοσδήποτε εργαζόμενος αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα ποιότητας, τότε έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση να εμπλακεί ακόμα και αν χρειαστεί να διακοπεί η γραμμή παραγωγής (Τσιόρτας, 2002).

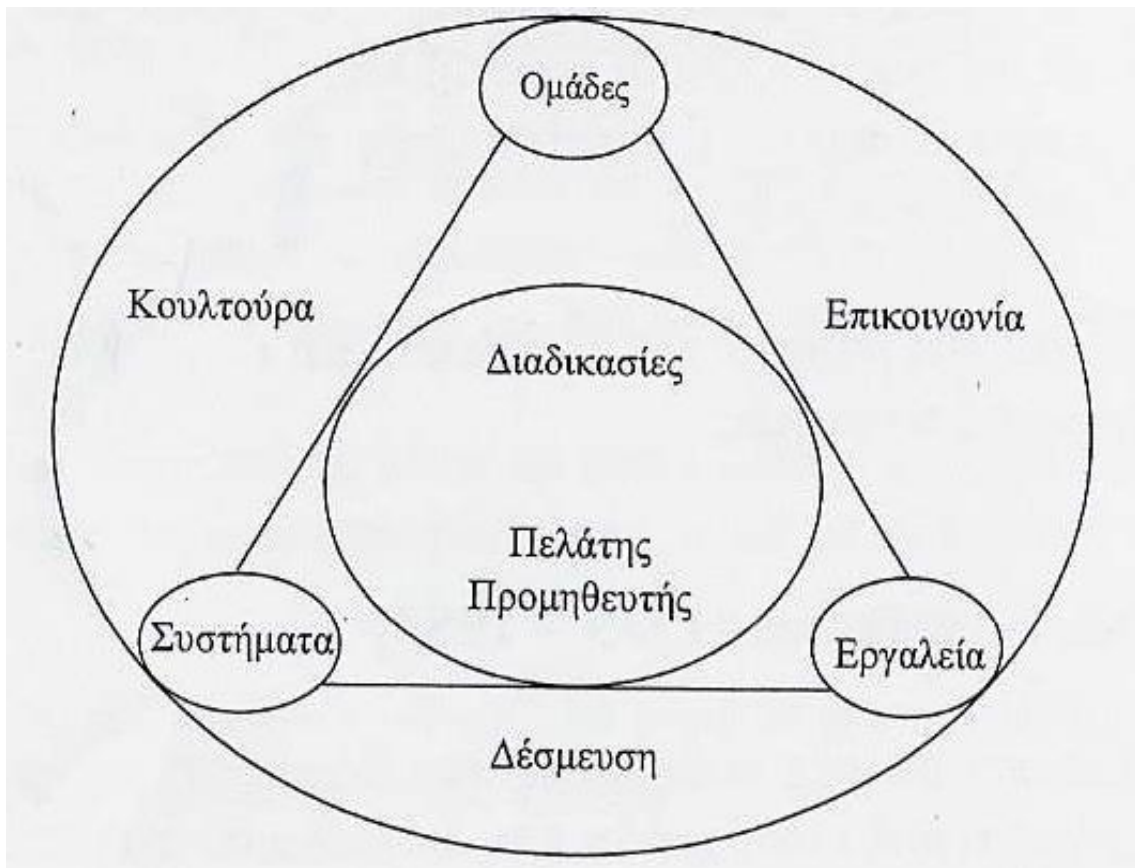
³Πηγή: Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου (2008), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου

1.3.7 John Oakland

Ένας από τους κορυφαίους θεωρητικούς της διοίκησης ολικής ποιότητας, ο John Oakland, διατύπωσε ένα μοντέλο το οποίο διαδόθηκε ευρύτατα στην Ευρώπη και ειδικότερα στην Μεγάλη Βρετανία (Διάγραμμα 1.3). Βάση αυτού η ποιότητα πρέπει να καλύπτεται από τις παρακάτω προτεραιότητες:

- ✓ Προσδιορισμός των σχέσεων ανάμεσα σε πελάτες και προμηθευτές και καθορισμός των αναγκών τους.
- ✓ Προσδιορισμός προδιαγραφών των προϊόντων με στόχο την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών.
- ✓ Σύστημα ελέγχου και βελτίωσης των διαδικασιών.
- ✓ Υιοθέτηση συστημάτων ποιότητας.
- ✓ Καθορισμός πολιτικής ποιότητας σε συνδυασμό με εκπαίδευση των εργαζομένων από τη διοίκηση.
- ✓ Στήριξη και ενθάρρυνση του προσωπικού κάθε βαθμίδας προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις ανάγκες ενός προγράμματος ολικής ποιότητας.

Διάγραμμα 1.3



Το μοντέλο Oakland⁴

Επιπρόσθετα ο Oakland, συνοψίζοντας της προτάσεις των κλασικών «γκουρού» της ποιότητας, εξέφρασε την άποψη πως μία πολιτική ποιότητας πρέπει να εμπεριέχει:

- ❖ Ισχυρή και μόνιμη δέσμευση της τη συνεχή βελτίωση.
- ❖ Δημιουργία μιας καθολικής νοοτροπίας εναρμονισμένη με την φράση του Crosby «Κάνε το σωστό με την πρώτη φορά».
- ❖ Εκπαίδευση όλων των εργαζομένων έτσι ώστε να καταστεί σαφής η σημαντικότητα της σχέσης πελάτη – προμηθευτή.

⁴Πηγή: Oakland J.S. (1994). Total Quality Management: The Route to Improving Performance. Oxford: Butterworth - Heinemann

- ❖ Κατανόηση της έννοιας του ολικού κόστους.
- ❖ Αδιάλειπτη βελτίωση όλων των συστημάτων και διαδικασιών.
- ❖ Εποπτεία μέσω σύγχρονων μεθόδων και απομάκρυνση του φόβου.
- ❖ Κατάργηση των φραγμών και των στεγανών μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού όλων των τομέων μιας επιχείρησης. Αντίθετα, ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και της επικοινωνίας με γνώμονα τη βελτίωση όλων των διαδικασιών.
- ❖ Τέλος στο κυνήγι των στόχων χωρίς συνέπεια, των προδιαγραφών που προκύπτουν και ικανοποιούν μόνο αριθμούς.
- ❖ Διαρκής εκπαίδευση από την οποία τα εξειδικευμένα στελέχη θα βελτιώνουν της γνώσεις και της δεξιότητές της.
- ❖ Συστηματική και μόνιμη επιδίωξη της διοίκησης ολικής ποιότητας.

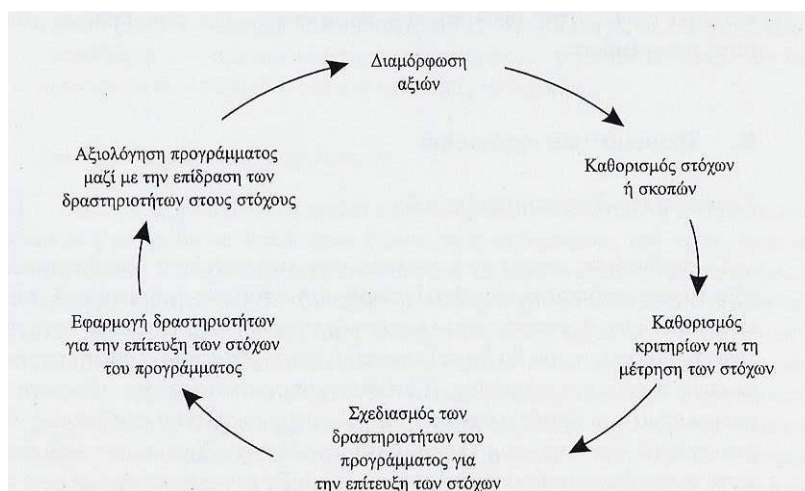
1.4 Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας

Για την μέτρηση χαρακτηριστικών της ποιότητας χρησιμοποιούνται στατιστικά εργαλεία ελέγχου ποιότητας τα οποία αποτελούν τεχνικές οργανωτικού ή αναλυτικού χαρακτήρα και συμβάλλουν τα μέγιστα για την διατύπωση προτάσεων που βοηθούν σε διορθωτικές κινήσεις και στην γενικότερη βελτίωση της ποιότητας (Δερβιτσιώτης, 2001). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο Ishikawa (1982) προτείνει επτά βασικά στατιστικά εργαλεία ποιότητας:

1. Ιστόγραμμα.
2. Διάγραμμα αιτίου αποτελέσματος.
3. Ανάλυση Pareto.
4. Φύλλο ελέγχου.
5. Διάγραμμα ροής.
6. Διάγραμμα συσχετισμού.
7. Διάγραμμα ελέγχου.

Η Παπανικολάου (2007) αναφέρει πως η μέτρηση της ποιότητας ως έννοια αφορά την διαδικασία βαθμολόγησης μιας μεταβλητής. Τονίζει παράλληλα την σύγχυση που πολλές φορές προκαλείται χρησιμοποιώντας τον όρο «αξιολόγηση» στην θέση του όρου «μέτρηση» μιας και η αξιολόγηση αφορά την άποψη που διαμορφώνουμε σε σχέση με την απόδοση. Ως γνωστόν όμως η διαμόρφωση μιας άποψης δεν συντελείται αποκλειστικά βάσει αντικειμενικών παραγόντων – δεδομένων αλλά επηρεάζεται από προσωπικά καθώς και από οργανωτικά συστήματα. Επιπλέον ως αξιολόγηση μπορεί να θεωρηθεί η διαδικασία που διαπιστώνει πόση αξία έχει ένα πράγμα ή ένα πρόγραμμα. Σύμφωνα με τον Deming (1993), προκειμένου να διαπιστωθεί η αξία ενός προγράμματος διεξάγεται έρευνα αξιολόγησης η οποία αναλύει τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος ενώ ο Lohr (1997) αναφέρει πως η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων έτσι ώστε να επιτευχθεί κάποιος στόχος. Ο Suchman (1967) προσέγγισε την αξιολόγηση ως μια κυκλική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει και αποτελείται από τη διαμόρφωση κρίσεων αξιών (Πίνακας 1.4).

Πίνακας 1.4



Η διαδικασία κυκλικής αξιολόγησης του Suchman⁵

Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις εφαρμογής διορθωτικών παρεμβάσεων ή προγραμμάτων θεραπείας, η αξιολόγηση μπορεί να δώσει απαντήσεις για όσο αφορά την αποτελεσματικότητα που είχαν αυτές οι παρεμβάσεις ή τα προγράμματα και το πώς και γιατί έφεραν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

⁵ Πηγή: Παπανικολάου (2007), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, εκδόσεις Παπαζήση

Από την άλλη πλευρά η αξία της μέτρησης υπονομεύεται εάν αυτή δεν εφαρμόζεται πάνω στο ευρύτερο πλαίσιο βελτίωσης της ποιότητας με βάση α) την διασφάλιση της ποιότητας, β) τη μέτρηση της ποιότητας και γ) τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας. Σύμφωνα με τον Anderson (1993) η μέτρηση περιλαμβάνει τρία στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για την λειτουργία της:

- Τα δεδομένα (data). Ανάλογα με το που θέλουμε να επικεντρωθούμε χρησιμοποιούμε συγκεκριμένα δεδομένα. Τα δεδομένα για παράδειγμα που αφορούν την έκβαση θεραπείας ασθενών θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων, η μελέτη της οποίας θα αναδείκνυε που έχει επιτευχθεί υψηλή και που χαμηλή ποιότητα φροντίδας. Αντίστοιχα, δεδομένα που θα σχετίζονταν με στοιχεία δομής θα χρησιμοποιούνταν προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που αφορούν τον εξοπλισμό, την στελέχωση, τον τρόπο που μια μονάδα έχει οργανωθεί κ.λπ. έτσι ώστε να φανεί εάν όλα αυτά διασφαλίζουν ότι τηρούνται όλες οι αρχές της ποιότητας.
- Τα πρότυπα (standards). Τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες οφείλουν να μην αποκλίνουν από ένα επιτρεπόμενο όριο που οι κανόνες ή τα κριτήρια καθορίζουν. Υπό μία άλλη οπτική, «πρότυπο είναι ο έγκυρος τρόπος ορισμού, οργάνωσης, αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας μιας παρεχόμενης υπηρεσίας.» (Παπανικολάου, 2007).
- Τα κριτήρια (criteria). Είναι στοιχεία που προέρχονται από την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων τα οποία άλλοτε είναι ρητά καθορισμένα ενώ άλλοτε υπονοούνται ή δεν ορίζονται με ακρίβεια. Στην πρώτη περίπτωση δεν αφήνουν περιθώρια κριτικής ενώ στην δεύτερη περίπτωση αξιολογούνται από τον εκάστοτε εκτιμητή βάση της εμπειρίας και της εξειδίκευσης που αυτός κατέχει (Οικονομοπούλου, 2002).

1.5 Παραγωγή υπηρεσιών έναντι παραγωγής προϊόντων

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας πέρα από την χρησιμότητα της στο βιομηχανικό κλάδο εφαρμόζεται εξίσου καλά στις υπηρεσίες. Η παραγωγή υπηρεσιών έναντι αυτής των προϊόντων παρουσιάζει αρκετές διαφορές εφόσον οι υπηρεσίες έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά (Παπανικολάου, 2007) τα οποία τις διαφοροποιούν όπως:

- Οι υπηρεσίες είναι άυλα προϊόντα με αποτέλεσμα δύσκολα να μπορούν να προσδιοριστούν, να σχεδιαστούν, να ελεγχθούν κ.α. από αυτόν που τα παράγει ενώ δύσκολη χαρακτηρίζεται και η αξιολόγηση τους από τον πελάτη.
- Δεν είναι λίγες οι φορές όπου ο πελάτης έχει ενεργό ρόλο στην παραγωγή μιας υπηρεσίας μιας και συχνά συμμετέχει σε αυτήν.
- Οι υπηρεσίες ως προϊόντα καταναλώνονται με το που θα δημιουργηθούν ενώ είναι αδύνατη η αποθήκευση τους. Έτσι στην περίπτωση όπου διαπιστωθεί κάποιο σφάλμα πολύ δύσκολα διορθώνεται.
- Σε αντίθεση με την αγορά ενός υλικού προϊόντος, η πληρωμή για την παροχή μιας υπηρεσίας δεν συνιστά κάποιον ιδιοκτήτη.
- Εφόσον οι υπηρεσίες δεν έχουν υλική υπόσταση δεν μπορούν να ελεγχθούν από τον πελάτη πριν την αγορά τους.
- Συχνά οι υπηρεσίες υπάγονται σε ένα ευρύτερο πλέγμα παροχής υπηρεσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο πελάτης να κρίνει και να αξιολογεί με βάση ολόκληρο το σύστημα πληροφοριών και όχι μεμονωμένα.
- Μεγάλοι οργανισμοί υπηρεσιών συχνά καλούνται να βγάλουν εις πέρας έναν όγκο συναλλαγών τόσο μεγάλο που αυξάνει τις πιθανότητες δημιουργίας λαθών.
- Ως επί το πλείστον οι υπηρεσίες θεωρούνται περισσότερο εντάσεως εργασίας σε αντίθεση με τα προϊόντα που είναι εντάσεως κεφαλαίου. Συνακόλουθα, η επιτυχία των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα άτομα που τις παρέχουν, από την εκπαίδευσή τους και από τον χώρο εργασίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Υγεία

2.1 Ορισμοί

Αποτελεί κοινό τόπο πως η υγεία συνιστά ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του ανθρώπου. Οι επιστήμονες και οι μελετητές που ασχολήθηκαν με τους ορισμούς της έννοιας της υγείας διέκριναν και χαρακτήρισαν αυτούς σε σχέση με την θετική έναντι της αρνητικής τους διάσταση. Επιπλέον ανάλογα από ποια θεωρητική προσέγγιση ακολούθησαν οδηγήθηκαν στην διατύπωση ενός λειτουργικού ή ενός βιωματικού ορισμού.

Ο Jeremy Bentham έδωσε έναν αρνητικό ορισμό στην υγεία λέγοντας: «Υγεία είναι η απουσία νόσου». Όμως ο ορισμός αυτός δεν λαμβάνει υπόψη του τυχόν φθορές ή αλλοιώσεις που μπορεί να έχει ένας ανθρώπινος οργανισμός και που πολλές φορές αυτές δεν γίνονται καν αντιληπτές. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007), ένας καλύτερος και πιο περιεκτικός αρνητικός ορισμός της υγείας είναι: «Η ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης ή ανικανότητας και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής».

Το 1946 διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένας ορισμός ο οποίος είναι από τους πιο διαδεδομένους και επικρατέστερους σήμερα. Σύμφωνα με αυτόν «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Από τον θετικό αυτόν ορισμό προκύπτει πως το ίδιο το άτομο είναι αυτό που κρίνει και (καθ)ορίζει το καλύτερο δυνατό επίπεδο της υγείας του. Το ίδιο δηλαδή αποτέλεσμα μπορεί να διαμορφώσει διαφορετικές αντιλήψεις κατά περίπτωση. Ένα άτομο για παράδειγμα με μικρή σωματική διάπλαση αισθάνεται απόλυτα υγιές λόγω αυτής της «απόκλισης» η οποία συμβάλλει στην ευεξία του εφόσον είναι αθλητής της ενόργανης γυμναστικής.

Η έννοια της υγείας λοιπόν βγαίνει από το στενό πλαίσιο της σωματικής υγείας και μέσω της ανάδειξης της σημασίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων επεκτείνεται σε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1979), το κοινωνικό περιβάλλον ενός ατόμου είναι αυτό που προσδιορίζει την υγεία του. Αν δηλαδή κάποιος δεν μπορεί να συνεχίσει την εργασία του ή δεν μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στον ρόλο του γονέα για παράδειγμα τότε θεωρείται πως δεν είναι υγιής. Ο βαθμός ικανοποίησης του κοινωνικού ρόλου που κατέχει ένας άνθρωπος είναι αυτός που ορίζει το αν και κατά πόσο είναι υγιής.

Σε αντιδιαστολή με τον λειτουργικό ορισμό, ο βιοματικός ορισμός της υγείας (Kelman, 1975) επικεντρώνεται στον τρόπο που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία. Τα προσωπικά βιώματα, οι εμπειρίες και οι πεποιθήσεις που έχει αναπτύξει ο καθένας είναι αυτά που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στο αν αισθάνεται ή όχι υγιής (Ιωαννίδης *et. al.*, 1999).

2.2 Υπηρεσίες υγείας

Οι περισσότεροι πολίτες, ακόμη και σήμερα, ταυτίζουν σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας με την θεραπεία μέσω των ιατρικών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ότι δηλαδή αποκαλούμε δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η βασική αιτία για την διαμόρφωση αυτής της αντίληψης έχει να κάνει με το γεγονός πως ο τομέας που αναπτύχθηκε ιστορικά πρώτος ήταν αυτός των υπηρεσιών περίθαλψης (Λιαρόπουλος, 2007). Οι άνθρωποι δέχονταν τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς θεραπεία αφού το πρόβλημα της υγείας τους γινόταν αντιληπτό. Η παρουσία συμπτωμάτων αλλά και η ένταση που αυτά εμφανίζονται, όπως για παράδειγμα ο πόνος ή η αδυναμία, ώθησαν την ιατρική επιστήμη να εστιάσει καταρχάς στη θεραπεία παραγκωνίζοντας τη διαμόρφωση μιας επιστημονικής και κοινωνικής συνείδησης που να σχετίζεται με τα προβλήματα υγείας. Επιπρόσθετα, εφόσον οι αποφάσεις που αφορούν θέματα υγείας παίρνονται (ακόμα και σήμερα) κατά βάση από τους ιατρούς, ο επιστημονικός ρόλος αυτών είχε και έχει την μεγαλύτερη βαρύτητα ακόμα και σε θέματα που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Επομένως οι ιατροί εύλογα ανέλαβαν τον πιο σημαντικό ρόλο, να

δώσουν λύση δηλαδή στα ορατά προβλήματα των ασθενών τους μιας και αυτό αποτελούσε την καθολική επιθυμία αυτών. Ένας επιπλέον βασικός λόγος που αναπτύχθηκε πρώτη η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι αυτός της πολιτικής σκοπιμότητας. Ο σχεδιασμός πάνω στον οποίο βασίζεται η εκάστοτε κυβέρνηση χαρακτηρίζεται συνήθως από μια βραχύχρονη υλοποίηση των προγραμμάτων της με σκοπό την εξαργύρωση τους από τους πολίτες την στιγμή της ολοκλήρωσης της θητείας της. Η δημιουργία υγειονομικών μονάδων για παράδειγμα αποτελούσε μια πάγια στρατηγική της πολιτικής εξουσίας με σκοπό να δοθεί άμεσα (εντός της χρονικής θητείας της εκάστοτε κυβέρνησης στη εξουσία) στους πολίτες η εντύπωση μιας κοινωνικής πολιτικής. Αυτό το φαινόμενο δυστυχώς λειτούργησε αρνητικά στην ανάπτυξη της συνολικής φροντίδας υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξελίχθηκε μόλις τις τελευταίες δεκαετίες και ήρθε ως απόρροια της καθιέρωσης μέτρων δημόσιας υγείας τα οποία συνέβαλλαν στη διαπλάτυνση της έννοιας αγαθό της υγείας από την κοινωνία. Έτσι σήμερα, που οι απαιτήσεις του κοινωνικού συνόλου έχουν αυξηθεί, η υγεία σχετίζεται με ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα και περιλαμβάνει τις ακόλουθες διακριτές έννοιες:

- ❖ Φροντίδα, η οποία αντιμετωπίζει τα ζητήματα της υγείας συνολικά σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.
- ❖ Θεραπεία, έννοια που εμπεριέχει και την αποκατάσταση της υγείας.
- ❖ Έλεγχος. Αυτός αφορά τον εντοπισμό στοιχείων και παραγόντων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν επικίνδυνα για την υγεία και στη συνέχεια την υιοθέτηση αποφάσεων προς καταπολέμηση αυτών των στοιχείων με σκοπό την ενίσχυση της δημόσιας υγείας.
- ❖ Κοινότητα, η οποία αποτελεί τον αποδέκτη της υλοποίησης των μέτρων στο πλαίσιο μιας πολιτικής υγείας με έμφαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Οι τέσσερις αυτές έννοιες δεν μπορούν να λειτουργήσουν με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα εάν δεν τηρούνται συνολικά και δεν συνδυάζονται αρμονικά και συμπληρωματικά μεταξύ τους. Ο σκοπός του συστήματος υγείας καθορίζει την ουσία της φροντίδας υγείας που σύμφωνα με τον Σπάρο (2001) ταξινομείται σε: α) Πρόληψη (Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας), β) Θεραπεία (Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας) και γ) Αποκατάσταση (Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας).

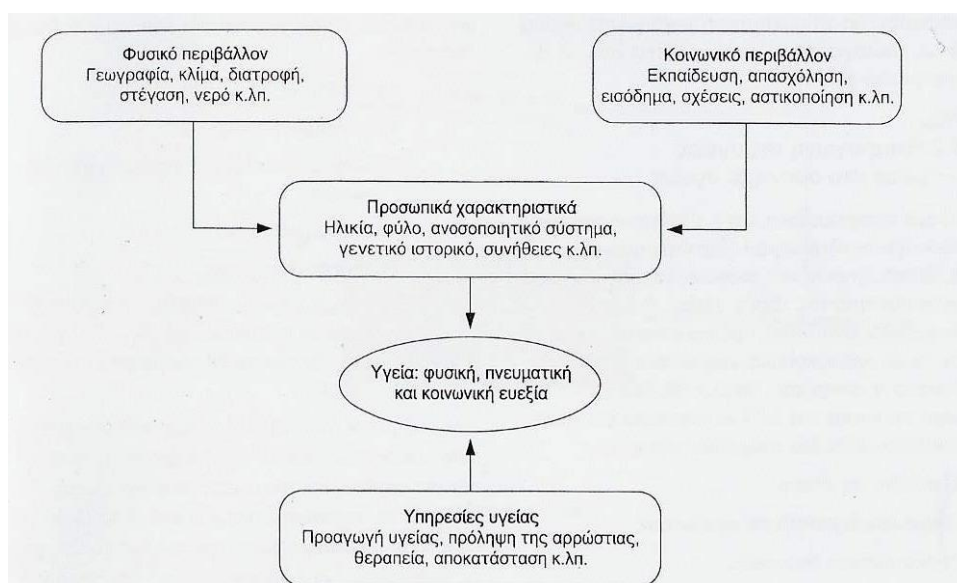
Ως υπηρεσίες υγείας ορίζονται αυτές οι υπηρεσίες που έχουν στόχο:

- Την πρόληψη της ασθένειας.

- Την διάγνωση καθώς και την θεραπεία της νόσου.
- Την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.
- Την αντιμετώπιση μιας κατάστασης χρόνιας ανικανότητας.

Ο στόχος των υπηρεσιών υγείας αναφέρει ο Λιαρόπουλος (2007) είναι η διατήρηση ή η βελτίωση του γενικότερου επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Η ίδια η υγεία όμως δεν εξαρτάται μόνο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Μία πλειάδα άλλων παραμέτρων όπως η γενετική υποδομή, οι φυσικοί, οικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, το επίπεδο εκπαίδευσης κ.α. παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο που οδηγεί πολλούς εκτιμητές να διατυπώνουν πως μόνο ένα 10-15% είναι το ποσοστό που αναλογεί στο σύστημα υγείας στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Διάγραμμα 2.1).

Διάγραμμα 2.1



Η παραγωγή της υγείας στην κοινωνία⁶

2.2.1 Διάκριση – Ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας διαχωρίζονται σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) σε ιδρυματικές υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν τα νοσοκομεία καθώς και τις δομές προστατευμένης διαβίωσης και σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δηλαδή εξωνοσοκομειακές. Με βάση όμως το αντικείμενο των υπηρεσιών υγείας η ταξινόμηση

⁶ Πηγή: Roemer (1991)

διαφοροποιείται και έτσι οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε: α) Δημόσιας υγείας και πρόληψης, β) Υπηρεσίες θεραπευτικού χαρακτήρα, γ) Υπηρεσίες που αφορούν στην αποκατάσταση του ασθενούς και δ) Κοινωνικοϊατρικές υπηρεσίες.

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) συνέταξε ένα σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ) στο οποίο ταξινομεί τους προμηθευτές υγείας. Η ταξινόμηση αυτή κατά κύριο λόγο αποτελεί και το πεδίο εφαρμογής των υπηρεσιών υγείας που παράγονται. Οι βασικοί άξονες της εν λόγω ταξινόμησης είναι:

- Νοσοκομειακή περίθαλψη.
 - Νοσοκομεία.
 - Γενικά νοσοκομεία.
 - Ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες και δομές προστατευμένης διαβίωσης.
 - Κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης.
 - Ξενώνες φροντίδας υγείας τελικού σταδίου.
 - Νοσηλευτικές μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.
 - Υγειονομικές υπηρεσίες και δομές προστατευμένης διαβίωσης ψυχικά ασθενών και κέντρα απεξάρτησης.
- Εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
 - Γενικός – Οικογενειακός ιατρός, ιατρεία άλλων επαγγελματιών υγείας, διαγνωστικά εργαστήρια.
 - Μονάδες υγείας εξωτερικών ασθενών.
 - Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.
 - Δομές εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών και κέντρα απεξάρτησης.
 - Ανεξάρτητα εξωνοσοκομειακά χειρουργεία.
 - Σταθμοί αιμοκάθαρσης.
 - Άλλα πολυϊατρεία.
 - Νοσηλεία Κατ' οίκον.
 - Άλλοι προμηθευτές κατ' οίκον φροντίδας υγείας, επείγουσα φροντίδα υγείας, τράπεζες αίματος – δωρητών οργάνων.
- Φαρμακευτική περίθαλψη.
- Δημόσια υγεία.
- Λοιπές υπηρεσίες.

- Υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας.
- Τα νοικοκυριά ως προμηθευτές υγειονομικών φροντίδων.

2.2.2 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (1991) είναι:

- Η διαθεσιμότητα.
- Η προσπελασιμότητα.
- Η συνέχεια της προσφοράς.
- Η καταλληλότητα σε συνδυασμό με την αποδοτικότητα.

Κάθε άνθρωπος ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική του κατάσταση δικαιούται να είναι αποδέκτης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς κανένα εμπόδιο αλλά και δίχως χρονικό περιορισμό. Η προσφορά των υπηρεσιών οφείλει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του πληθυσμού με στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας του όχι μόνο κατά την εμφάνιση της ασθένειας αλλά και προτού αυτή παρουσιαστεί καθώς και μετά την υποχώρησή της.

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η διατύπωση του Τρακατέλλη (Τρακατέλλης *et al.*, 1993) σύμφωνα με την οποία:

- Ο βαθμός ισοτιμίας του συστήματος σε σχέση με την χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η ισοτιμία αυτή αποτελείται από δύο διαστάσεις: α) την οριζόντια, η οποία αφορά την «ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων» με σκοπό το μεγαλύτερο δυνατό κέρδος της κοινωνίας με συγκεκριμένους πόρους και β) την κάθετη που αφορά την «άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων αναγκών» και που έργο της είναι να προσδιορίσει το πρόβλημα της μέτρησης και της εκτίμησης των ανισοτήτων έτσι ώστε να προκύψουν οι κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες. Στην ισοτιμία συγκαταλέγεται η ισότητα στις δαπάνες και στους πόρους ανά κεφαλή, η ίση χρησιμοποίηση των πόρων καθώς και τη πρόσβαση για ίσες ανάγκες, η ισότητα για χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες

μεταξύ ομάδων του πληθυσμού και η ισότητα στη γενικότερη κατάσταση του πληθυσμού (Mooney, 1984). Όσο αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι ανισότητες δημιουργούνται από το μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο των πολιτών, από τη γεωγραφική κατανομή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, το διαθέσιμο χρόνο που έχουν οι πολίτες καθώς και το ασφαλιστικό σύστημα με τους οικονομικούς περιορισμούς που θέτει στην χρήση των υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό.

- Η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Αυτή διαμορφώνεται από την επιστημονική κατάρτιση και στάση των επαγγελματιών υγείας ιδιαίτερα των ιατρών και των νοσηλευτών, από το πως διοχετεύονται οι πόροι και οι υπηρεσίες σε γεωγραφική – τοπική κλίμακα και τέλος από το πόσο επαρκείς είναι οι υπηρεσίες και οι πόροι που χορηγούνται στη παραγωγική διαδικασία.
- Η μορφή υπηρεσιών υγείας τις οποίες ενισχύει περισσότερο. Οι υπηρεσίες υγείας μεταβάλλονται και εξαρτώνται από τις ανάγκες κάθε πληθυσμού και επομένως διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Ένα υγειονομικό σύστημα δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ενώ ένα άλλο στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.
- Η σχέση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών. Η αντίληψη που επικρατεί είναι πως ο ιδιωτικός τομέας πρέπει να έχει έναν συμπληρωματικό και ανταγωνιστικό χαρακτήρα ως προς τον δημόσιο τομέα. Στη πράξη παρατηρούμε πως στις χώρες που λειτουργεί με επιτυχία ο δημόσιος φορέας, ο ιδιωτικός φορέας δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη άνθηση. Αντιθέτως, όπου παρουσιάζονται ανισότητες στη κατανομή της δημόσιας υποδομής, έντονη γραφειοκρατία σε συνδυασμό με μια αυξημένη ροπή του πληθυσμού για εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας, ο ιδιωτικός τομέας εμφανίζεται αρκετά ανεπτυγμένος.
- Ο βαθμό ελευθερίας επιλογών που έχουν στη διάθεση τους οι χρήστες των υπηρεσιών. Αυτός, αφορά την έλλειψη γνώσης της συντριπτικής πλειονότητας του πληθυσμού σε σχέση με τα θέματα υγείας που τον απασχολούν. Αποτέλεσμα αυτού είναι η περιορισμένη ελευθερία επιλογών που σχετίζεται με την επιλογή του ιατρού, των επαγγελματιών υγείας και γενικότερα με την κατάλληλη θεραπεία που θα πρέπει να επιλέξουν.

2.3 Υγειονομικά συστήματα

2.3.1 Εισαγωγή

Κάνοντας λόγο για υγειονομικό σύστημα ή σύστημα υγείας εννοούμε όλες τις δομές και τις υποδομές που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης και οι οποίες θεσμοθετούνται από την πολιτεία μέσα σε συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας. Σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., 1999). Δεν είναι λίγες οι φορές που οι προαναφερθέντες όροι έχουν εναλλακτική χρήση με τους όρους υγειονομικός τομέας ή τομέας υγείας. Στην πραγματικότητα όμως είναι δύο διαφορετικές έννοιες εφόσον οι τελευταίες σημαίνουν τις δομές και τις υποδομές που σχετίζονται με την παραγωγή και την διανομή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνοντας το θεσμικό πλαίσιο αυτών, τις υπηρεσίες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της παραγωγής αναλώσιμου υλικού, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων κ.λπ. Αντίθετα, ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο τις δομές και υποδομές (δημόσιες και ιδιωτικές) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Τέτοιες είναι η προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.α.

Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007) ορίζουν ένα σύστημα υγείας ως το σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ τους όσο και με το περιβάλλον με σκοπό την διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Επιπρόσθετα αναφέρουν τρία υποσυστήματα που απαρτίζουν ένα υγειονομικό σύστημα. Το πρώτο έχει να κάνει με παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο αφορά τη παραγωγή υπηρεσιών υγείας και το τρίτο υποσύστημα τους τρόπους που καλύπτονται οι δαπάνες.

Μία ακόμα προσέγγιση είναι αυτή του Λιαρόπουλου (2007) σύμφωνα με την οποία ένα υγειονομικό σύστημα ορίζεται ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των διαθέσιμων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) στο τομέα της υγείας, με στόχο την επίτευξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου υγείας του πληθυσμού εντός των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας μέσα από μία σχεδιασμένη πολιτική ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας.

2.3.2 Στόχοι των υγειονομικών συστημάτων

Όπως προαναφέρθηκε ο κοινός σκοπός των υγειονομικών συστημάτων είναι η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις και να τηρούνται κάποιοι στόχοι. Αν και η έμφαση που δίνεται σε κάθε έναν στόχο είναι διαφορετική και εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και από το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα που αυτή ακολουθεί, εν τούτοις κάποιοι γενικά αποδεκτοί βασικοί στόχοι που θα μπορούσαν να αναφερθούν είναι (Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., 1999):

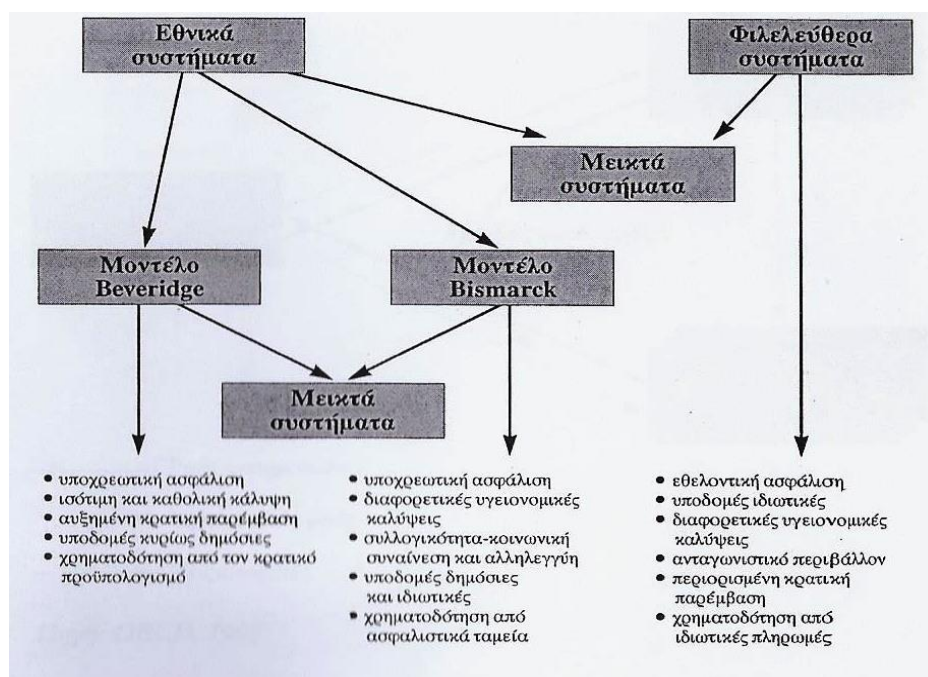
- ❖ Η επάρκεια καθώς και η ισότητα στην πρόσβαση. Αυτό σημαίνει πως ένα προκαθορισμένο πλέγμα υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει ολόκληρο τον πληθυσμό είναι διασφαλισμένο.
- ❖ Η προστασία των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενή, με την έννοια ότι οι πληρωμές που αυτός κάνει για υπηρεσίες υγείας που τον αφορούν να μην αποτελέσουν την βασική αιτία για δραματική μείωση του βιοτικού του επιπέδου. Για να μπορεί να συμβεί αυτό η υγειονομική φροντίδα πρέπει να είναι ανεξάρτητη της οικονομικής κατάστασης του ατόμου.
- ❖ Μακρο-οικονομική αποδοτικότητα. Αυτή έχει να κάνει με την σωστή ισορροπία ανάμεσα στις δαπάνες που χρεώνονται στον τομέα της υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και σε ένα διασφαλισμένο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.
- ❖ Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα. Αφορά την εύρωστη λειτουργία του συστήματος μέσα από την κατάλληλη κατανομή των πόρων έτσι ώστε να αποφέρει την μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- ❖ Ελευθερία επιλογής. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να επιλέγει πρωτίστως τον οικογενειακό του γιατρό και αν είναι δυνατόν τον ειδικό ιατρό που ενδεχομένως θα χρειαστεί καθώς και το νοσοκομείο στο οποίο θα του προσφερθούν οι υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται.
- ❖ Αυτονομία στους προμηθευτές. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν μια σχετική αυτονομία για τα ιατρικά ζητήματα.

2.3.3 Στοιχειώδης ταξινόμηση των συστημάτων υγείας

Μία απλή ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων τα διακρίνει σε: α) εθνικά ή δημόσια και β) φιλελεύθερα (Διάγραμμα 2.2).

Τα βασικά χαρακτηριστικά των εθνικών ή δημόσιων συστημάτων υγείας είναι η υποχρεωτική ασφάλιση, η συλλογικότητα, η κάλυψη όλου του πληθυσμού καθώς και ο υπερμεγέθης κρατικός παρεμβατισμός ενώ εκφράζονται με δύο βασικά μοντέλα: α) με το μοντέλο Beveridge με βασικό εκπρόσωπο τη Μεγάλη Βρετανία και β) το μοντέλο Bismarck με εκπρόσωπο τη Γερμανία. Στο μοντέλο Beveridge η συμμετοχή είναι υποχρεωτική και η κάλυψη ισότιμη και καθολική. Ο ρόλος του κράτους είναι έντονα παρεμβατικός και πρωταγωνιστικός. Ασφαλιστικά ταμεία δεν υπάρχουν και η πηγή χρηματοδότησής του έρχεται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την άλλη, στο μοντέλο Bismarck βασικό ρόλο στη κοινωνική ασφάλιση παίζουν τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία των οποίων η αυτονομία μειώνει κάπως τον κρατικό παρεμβατισμό που παρατηρούμε στο μοντέλο Beveridge. Τα διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία έχουν συγκροτηθεί και εκφράζονται από διαφορετικές ομάδες πληθυσμού όσο αφορά τις επαγγελματικές και κοινωνικές τους διαστάσεις. Η χρηματοδότηση αυτού του μοντέλου προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες και οι συνταξιούχοι. Στον αντίποδα έχουμε τα φιλελεύθερα συστήματα, κύριος εκφραστής των οποίων είναι οι Η.Π.Α. Εδώ, ο κρατικός παρεμβατισμός δίνει την θέση του στα ιδιωτικά μέσα παραγωγής τα οποία χαρακτηρίζονται από έντονο ανταγωνισμό. Ο πολίτης δεν υποχρεούται να ασφαλιστεί ενώ οι υγειονομικές καλύψεις των ασφαλιζόμενων εξαρτώνται από την οικονομική ευμάρεια τους. Ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί και τον βασικό χρηματοδότη αυτών των συστημάτων.

Διάγραμμα 2.2



Εθνικά και φιλελεύθερα συστήματα⁷

Μία σημαντική παρατήρηση που μπορεί να κάνει κανείς μελετώντας χρονικά την πορεία των δημόσιων και φιλελεύθερων μοντέλων είναι πως έχει δημιουργηθεί μια τάση σύγκλισης αυτών. Αποτέλεσμα αυτού είναι πως τα δημόσια μοντέλα μπαίνουν όλο και περισσότερο στη λογική των μεταρρυθμίσεων που ευνοούν τον ανταγωνισμό και τις ελεύθερες αγορές ενώ τα φιλελεύθερα υιοθετούν προγράμματα με δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα. Οι κύριοι λόγοι που οδήγησαν στην διαμόρφωση αυτής της σύγκλισης μεταξύ των διαφορετικών μοντέλων είναι:

- ✓ Η αδυναμία των φιλελεύθερων μοντέλων να καλύπτουν τις ανάγκες όλων των πολιτών στα προβλήματα υγείας που προκύπτουν, εφόσον αυτά λειτουργούν υπό τις επιταγές της ελεύθερης αγοράς, σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού και χωρίς καμιά κρατική παρέμβαση με αποτέλεσμα οι στόχοι της επάρκειας και της ισότητας όλων των πολιτών ή η προστασία του εισοδήματος του ασθενή από αμοιβές που ενδέχεται να διακυβεύσουν την δυνατότητα του για ένα αξιοπρεπή βιοτικό επίπεδο να μην μπορούν να επιτευχθούν.

⁷ Πηγή: Μάμα Θ., Μητροσύλη Μ. (1999), Δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και Νομικές διαστάσεις) Τόμος Γ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

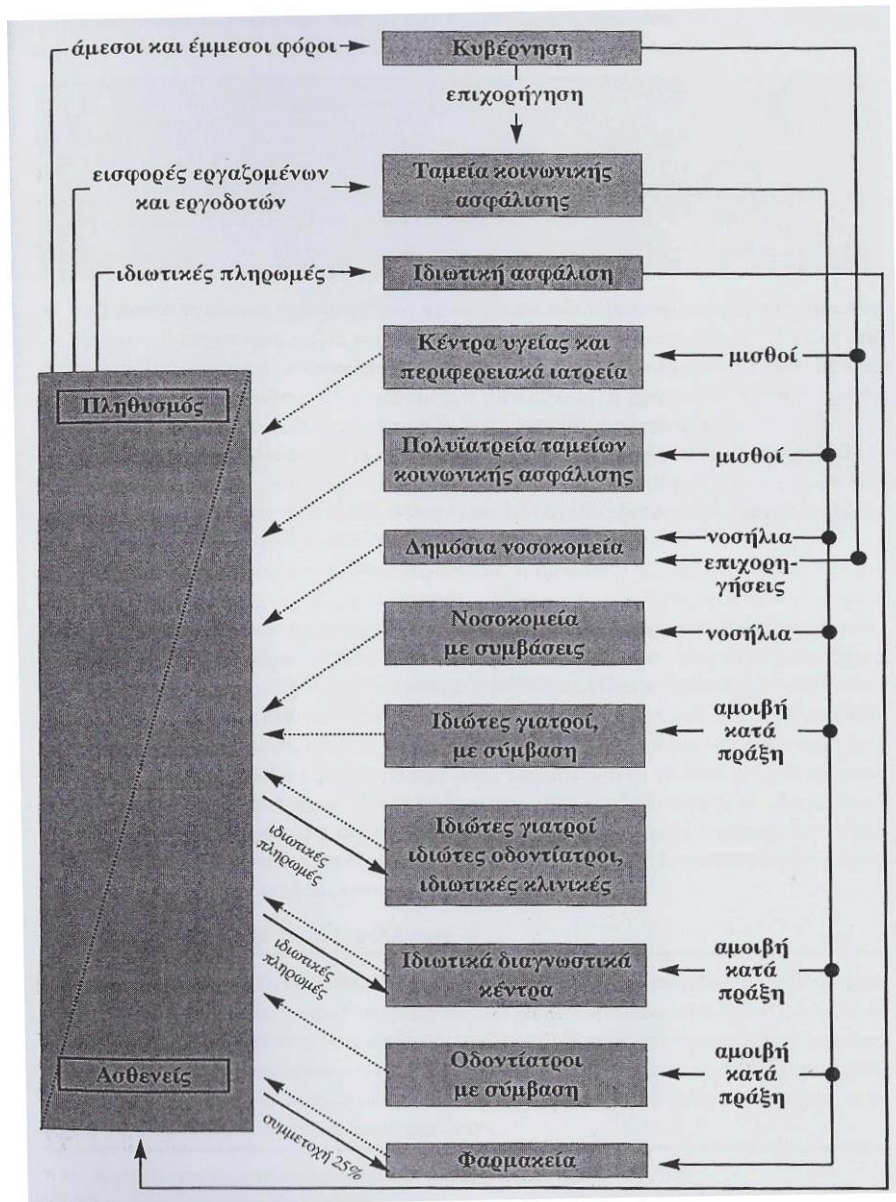
- ✓ Η έντονη γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει τα εθνικά συστήματα υγείας σε συνδυασμό με τον περιορισμό που προβάλλουν στην ελευθερία επιλογής του ασθενή και στην αυτονομία του προμηθευτή έχουν καταστήσει τους στόχους της μακρό-οικονομικής και μικρό-οικονομικής αποδοτικότητας ανέφικτους (Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., 1999).

2.3.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας

Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας είναι μεικτό. Όσο αφορά την πλευρά της προσφοράς ακολουθεί το μοντέλο Beveridge ενώ όσο αφορά τη πλευρά της ζήτησης το Bismarck. Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ένα αξιόλογο μέρος των αναγκών υγείας και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά στην Ευρώπη. Σύμφωνα με την Γούλα (2014) το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας χαρακτηρίζεται ως (Πίνακας 2.1):

- Κατά βάση ολοκληρωμένο δημόσιο μοντέλο.
- Μοντέλο δημοσίου χαρακτήρα με συμβάσεις όπου τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνται υποχρεωτικά από εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών.
- Μοντέλο που χαρακτηρίζεται από εθελοντικές συμπληρωματικές αμοιβές από ασθενείς που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Μοντέλο στο οποίο δίνονται ιδιωτικές αμοιβές προς ιδιώτες ιατρούς, μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα κλπ.

Πίνακας 2.1



Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας⁸

Ο Πολύζος (2014) χαρακτηρίζει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ως ένα μείγμα αποτελούμενο από «στοιχεία ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων». Επιπρόσθετα σημειώνει πως περιλαμβάνει χαρακτηριστικά του ιδιωτικού τομέα σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό.

⁸ Πηγή: Μάμα Θ., Μητροσύλη Μ. (1999), Δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και Νομικές διαστάσεις) Τόμος Γ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Οι στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) που συγκροτήθηκε το 1983 ήταν η ισότιμη παροχή αλλά και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για κάθε πολίτη, η ανάπτυξη και η εύρωστη λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αποδοτική οργάνωση των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία καθώς και ο σχεδιασμός για ενίσχυση της περιφέρειας. Στην πραγματικότητα, ο υγειονομικός τομέας της χώρας μας είχε αρκετά φτωχή ανάπτυξη δίχως αυτό να σημαίνει πως δεν σημειώθηκαν και κάποιες κινήσεις πολύ θετικού χαρακτήρα. Οι δυσκολίες όμως που εμφανίζει σε θέματα οργάνωσης, διαχείρισης, αποδοτικότητας σε συνδυασμό με βασικές ελλείψεις και αναποτελεσματικότητα συγκρατούν το ΕΣΥ σε ένα από τα λιγότερα ανεπτυγμένα κοινωνικό – οικονομικά υποσυστήματα. (Θεοδώρου *et. al.*, 2001).

Κάνοντας λόγο στα πλεονεκτήματα του ΕΣΥ θα μπορούσαμε να αναφέρουμε: α) την ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό, β) την καθολική κάλυψη των πολιτών, γ) την ενισχυμένη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας, δ) την περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών στα νοσήλια ακόμα και των πολυδάπανων ασθενειών και ε) στην πρόληψη που προκύπτει μέσα από την δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας.

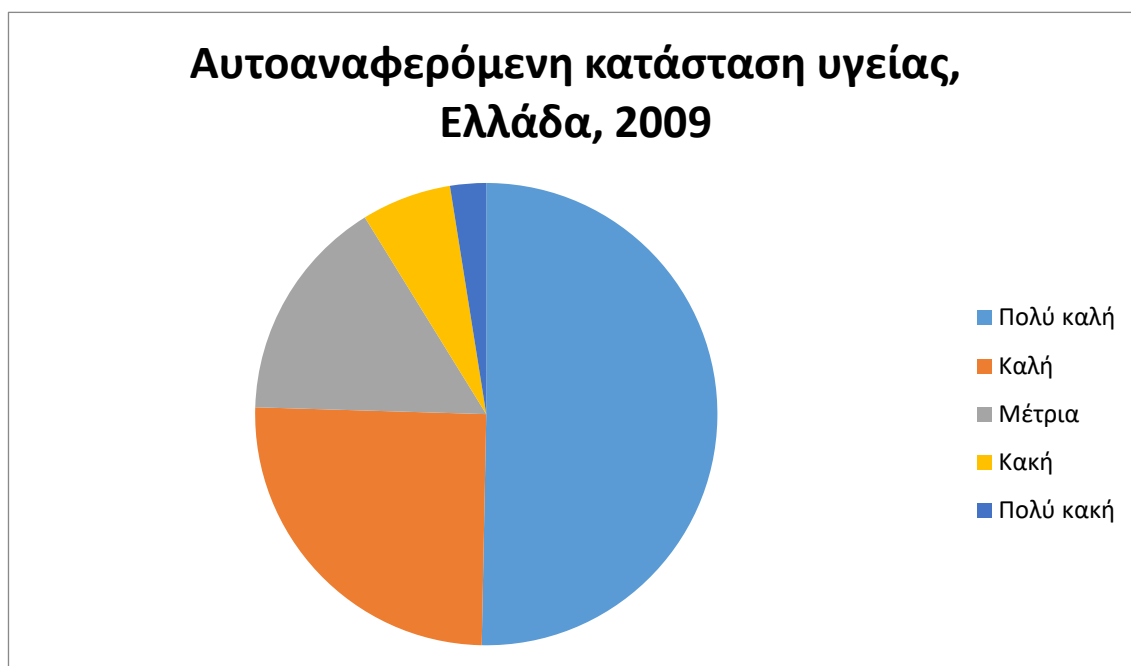
Στον αντίποδα αρνητικά αξιολογούνται οι: α) αυξημένες δαπάνες για την υγεία, β) το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γ) το περιορισμένο εύρος που δίνεται στους πολίτες όσο αφορά την επιλογή ιατρού, δ) οι ανισότητες που αφορούν τη διαφορετική γεωγραφική τοποθεσία ή ακόμα και διαφορετικές περιοχές της πρωτεύουσας και ε) οι άτυπες αμοιβές προς τους επαγγελματίες υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Ο Χλέτσος, Μ. (2015) διατυπώνει τρία σημαντικά προβλήματα τα οποία υπονομεύουν την λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και παράλληλα χαμηλώνουν κατά πολύ τον πήχη των προσδοκιών ικανοποίησης των χρηστών του: α) τα οικονομικό-δημοσιονομικά ζητήματα των νοσοκομείων τα οποία πηγάζουν αφενός από τις υποτιμημένες χρεώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το πραγματικό κόστος αυτών και αφετέρου από τις υπερτιμολογήσεις όσο αφορά την προμήθεια νοσοκομειακού υλικού σε συνδυασμό με σπατάλες, β) το αυξημένο λειτουργικό κόστος το οποίο θέτει σε κίνδυνο την ισότιμη συμμετοχή των πολιτών στο υγειονομικό σύστημα και γ) το αρνητικό αίσθημα ικανοποίησης του πολίτη – απόρροια εν πολλοίς από τα δύο προαναφερόμενα προβλήματα – που συχνά έχει ως αποτέλεσμα την επιλογή της ιδιωτικής οδού υπηρεσιών υγείας.

Σημειώνεται πως σε μια έρευνα γνώμης που διεξήχθη το 1996 από το Ευρωβαρόμετρο, οι Έλληνες δήλωσαν ότι ήταν μέτρια έως πολύ δυσαρεστημένοι από τη λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας. Το ποσοστό αυτό ήταν της τάξεως 53,9 % και ήταν το τρίτο υψηλότερο ποσοστό δημόσιας δυσαρέσκειας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά τους Ιταλούς (59,4%) και τους Πορτογάλους (59,3%). Σε συναφή έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010 ένα ποσοστό των Ελλήνων της τάξεως του 83% δήλωσαν ότι αισθάνονται πως υπάρχει ο κίνδυνος να υποστούν βλάβη στην υγεία τους από τη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο. Αντίστοιχα για όσο αφορά την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, το 78% των Ελλήνων δήλωσαν ότι νιώθουν φόβο πως η υγεία τους θα υποστεί βλάβη από την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Και τα δύο αυτά ποσοστά ήταν τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2012), τα πολύ υψηλά αυτά ποσοστά σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους, οφείλονται σε τρεις παράγοντες: α) στο πάγωμα των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα, β) στην ύπαρξη εκτενών λιστών αναμονής και γ) στη μη γενικευμένη εφαρμογή στις μονάδες υγείας συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας.

Παρά την προαναφερθείσα δυσαρέσκεια, αίσθηση προκαλεί η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των συμπολιτών μας ως θετική παρά την περιορισμένη ικανοποίηση που αντλούν από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Παπαθεοδώρου και Μουσίδου, 2011). Οι Έλληνες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας με ένα ποσοστό της τάξης 50,9% να δηλώνει πως έχει πολύ καλή υγεία, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Διάγραμμα 2.3).

Διάγραμμα 2.3



Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας στην Ελλάδα (2009)

Πηγή: Eurostat

2.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

2.4.1 Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία χαρακτηρίζονται σαφώς από ιδιαίτερα γνωρίσματα τα οποία την διαφοροποιούν σε σχέση με τα προϊόντα ή τις υπόλοιπες προσωπικές υπηρεσίες. Το βασικό ζητούμενο που είναι ο προσδιορισμός και η επίτευξη της ποιότητας αποτελεί την μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στο κλάδο της βιομηχανίας και του κλάδου της υγείας (Πολύζος, 2014). Στη βιομηχανία η ποιότητα είναι συνυφασμένη με την συμμόρφωση με τις προδιαγραφές με στόχο τα μηδενικά ελαττώματα τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα. Αντίθετα, στο τομέα της υγείας οι ασθενείς ως ανθρώπινοι οργανισμοί είναι διαφορετικοί με αποτέλεσμα να είναι διαφορετική και η πορεία της θεραπείας τους. Η έννοια των «μηδέν λαθών» αποκτά νέα διάσταση και δυναμική και αφορά την εξασφάλιση της καταλληλότερης θεραπευτικής

αγωγής με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του ασθενή. Σύμφωνα με τον Sloan David (1992) στη φροντίδα υγείας εμπλέκονται περισσότερο ανθρωπίνι, οργανωσιακοί και μηχανικοί παράγοντες σε σχέση με την βιομηχανία. Σε αυτούς προστίθενται και οι ψυχολογικοί παράγοντες, γεγονός που καθιστά πιο δύσκολο τον καθορισμό τους εφόσον κάθε περίπτωση παροχής φροντίδας υγείας είναι διαφορετική. Οι ασθενείς ως καταναλωτές – αγοραστές παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κατά κανόνα αδυνατούν να εκτιμήσουν την τεχνική ποιότητα της φροντίδας υγείας που δέχονται με αποτέλεσμα να καθορίζουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας με βάση τις ανθρώπινες διαστάσεις της όπως για παράδειγμα σε σχέση με την ανταποκρισιμότητα, την εμπάθεια, την επικοινωνία κ.ο.κ.

Οι πρώτες προσπάθειες για την ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται το 1950 στις ΗΠΑ αφού προηγουμένως είχε επικρατήσει μια ατμόσφαιρα αισιοδοξίας αλλά και εφησυχασμού λόγω της μεγάλης εξέλιξης της ιατρικής. Οι λόγοι για τους οποίους η συζήτηση για την ποιότητα επανήλθε έντονα στο προσκήνιο ήταν (Θεοδώρου, 1992):

- Η συνεχής αύξηση του κόστους.
- Η βελτίωση των δεικτών υγείας.
- Η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου σε συνδυασμό με τις αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού.
- Οι περιορισμοί στην αποτελεσματικότητα των ιατρικών μεθόδων στα χρόνια που ακολούθησαν.

Τη δεκαετία του 1970 στις ΗΠΑ ο υγειονομικός κλάδος περνούσε μια έντονη κρίση με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τη ραγδαία αύξηση του κόστους, με όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που αυτό συνεπάγεται, δίχως όμως αυτή να ακολουθείται και με ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτός ήταν και ο βασικότερος λόγος για την εμφάνιση μιας συστηματικής προσπάθειας προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

2.4.2 A.Donabedian: Η κλασσική προσέγγιση

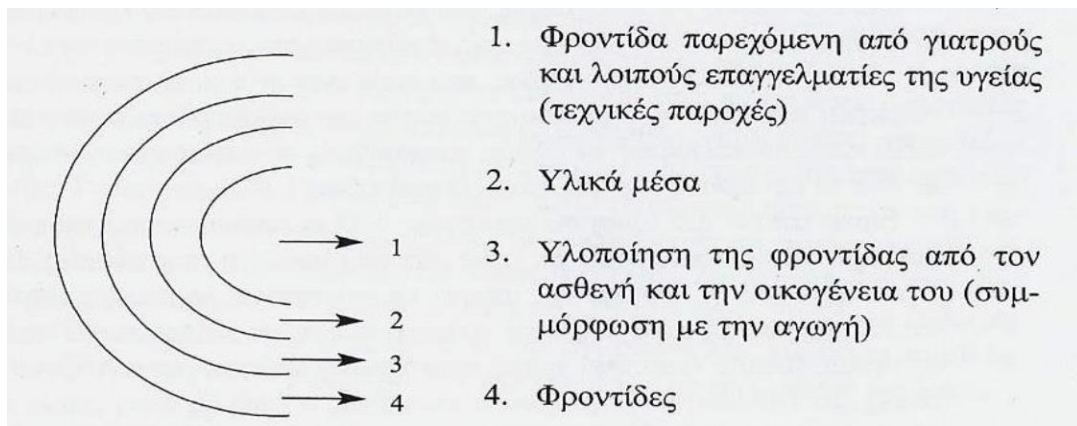
Πρωταρχικό ρόλο στα θέματα της ποιότητας στο χώρο της υγείας καθώς και της διασφάλισης της ποιότητας της υγείας διαδραμάτισε η προσέγγιση του Αμερικανού Avedis Donabedian ο οποίος διαχώρισε την περίθαλψη σε σχέση με:

- α. Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Αυτό περιλαμβάνει τις υποδομές, τον εξοπλισμό και γενικότερα όλα τα μέσα που απαιτούνται για την καλύτερη δυνατή παροχή υγείας και συνδυάζει την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης, τεχνολογίας και των άλλων επιστημών υγείας.
- β. Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Έχει να κάνει με την ανθρώπινη προσέγγιση, το πώς δηλαδή αντιμετωπίζεται ο ασθενής από τους ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα όλους τους επαγγελματίες που εμπλέκονται με την υγεία του. Περιλαμβάνει τις γνώσεις και τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού, την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, την ικανοποίηση των ασθενών και των προσδοκιών τους καθώς και τα ήθη της κοινωνίας. Όλα αυτά μέσω της αλληλεπίδρασης που αναπτύσσεται ανάμεσα στους λειτουργούς υγείας με τον ίδιο τον ασθενή επηρεάζουν και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία του.
- γ. Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Αυτή αφορά το χώρο της υγειονομικής μονάδας ή του οργανισμού, τις φροντίδες, ευκολίες και ανέσεις που αυτοί παρέχουν και γενικότερα την αίσθηση που διαμορφώνεται στον ασθενή από όλο το περιβάλλον κατά τη διάρκεια νοσηλείας του. Ενδεχομένως, η ξενοδοχειακή υποδομή θα μπορούσε να αποτελεί τμήμα του διαπροσωπικού μέρους της φροντίδας εφόσον εμπεριέχει έννοιες σχετικές με την ικανοποίηση του ασθενούς.

Βάση αυτών των τριών διαστάσεων ο Donabedian (1980) όρισε την ποιότητα της φροντίδας στην ιατρική ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία». Το 1988 στο άρθρο του «The Quality of care how can it be assessed» η ποιότητα της περίθαλψης διατυπώνεται με βάση ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων (Πίνακας 2.2). Βάση αυτού, η αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στο τεχνικό επίπεδο αλλά

στο γενικότερο αποτέλεσμα το οποίο λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικό - πολιτιστικό περιβάλλον του ασθενούς, τις προσωπικές προτιμήσεις του καθώς και τη συμμετοχή του.

Πίνακας 2.2



Η ποιότητα περίθαλψης κατά τον Donabedian⁹

Ο Donabedian κρίνοντας πως δεν μπορεί να διατυπωθεί ένας ορισμός που να καλύπτει επαρκώς όλες τις πλευρές της ποιότητας προχώρησε στην δημιουργία τριών ορισμών με βάση τις διαφορετικές οπτικές που η ποιότητα της περίθαλψης γίνεται αντιληπτή (Παπανικολάου, 2007). Αυτοί είναι:

1. Ο απόλυτος ορισμός, όπου οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν τα οφέλη ή τις ζημίες στην υγεία ανεξάρτητα από το κόστος.
2. Ο εξατομικευμένος ορισμός, ο οποίος προκύπτει από τις προσδοκίες που έχει ο ασθενής αναφορικά με τα οφέλη ή τις βλάβες της υγείας του.
3. Ο κοινωνικός ορισμός, ως εκτίμηση του πληθυσμού γενικότερα για το τι σημαίνει παροχή φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το κόστος της περίθαλψης καθώς και την συνάφεια του οφέλους και της ζημίας.

Από τους παραπάνω ορισμούς παρατηρούμε πως ο Donabedian είναι κατηγορηματικός ως προς την ερμηνεία αλλά και την κριτική της ποιότητας υγείας.

⁹ Πηγή: Παπανικολάου (2007), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση

Αυτή δεν αφορά μόνο τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας αλλά περιλαμβάνει την γνώμη και τις προτιμήσεις των ασθενών καθώς και όλης της κοινωνίας. Στη συνέχεια, ο ίδιος προχωρά σε μία διαφορετική διατύπωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας η οποία δεν καθορίζεται σε σχέση με τις διαφορετικές ομάδες των εμπλεκομένων και αφορά τρεις διαστάσεις:

- Τη Δομή (Structure), η οποία περιλαμβάνει τις υποδομές του νοσοκομείου ή της μονάδας υγείας (εγκαταστάσεις, ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός κ.ο.κ.), το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό), την ικανοποίηση των ασθενών, τους οικονομικούς πόρους, την πρόσβαση στον χώρο, τα συστήματα επικοινωνίας κ.α.
- Τη Διαδικασία (Process), στην οποία αξιολογείται η έκβαση της θεραπείας του ασθενή μέσω μετρήσεων της ποιότητας και προσδιορίζεται τι μπορεί να βελτιωθεί (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Αυτό γίνεται εφικτό μέσω αφενός μιας τεχνικής διάστασης που αφορά τις επισκέψεις, την φαρμακευτική αγωγή και τις διαγνωστικές εξετάσεις και αφετέρου από την διαπροσωπική διάσταση η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας.
- Τα Αποτελέσματα (Outcomes), που αφορούν το σύνολο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και προκύπτουν από έρευνες ικανοποίησης των ασθενών οι οποίοι αξιολογούν το αποτέλεσμα της θεραπείας τους και με αυτό τον τρόπο διαπιστώνεται αν και κατά πόσο οι υπηρεσίες που έλαβε ήταν ποιοτικές (Aram *et. al.*, 2003).

2.4.3 Επιπλέον προσεγγίσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο Maxwell (1984) προσδιόρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες της υγείας με βάση έξι παραμέτρους:

- 1) Προσπελασιμότητα. Κάθε είδους εμπόδια (γεωγραφικά, οικονομικά, γλωσσικά) πρέπει να ξεπερνιούνται έτσι ώστε να διασφαλισθεί η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

- 2) Ισότητα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αφορούν ανθρώπους από όλα τα κοινωνικά στρώματα ανεξαιρέτως.
- 3) Κοινωνική αποδοχή. Αφορά την κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών – πελατών και περιλαμβάνει την κριτική των παρεχόμενων υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν καθώς και την αξιολόγηση τους.
- 4) Συνάφεια με τις ανάγκες. Αυτή αφορά τη συμφωνία που δημιουργείται ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της ασθένειας και της δυνητικής αναπηρίας και τηρείται από συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο καθώς και από την παρεχόμενη υπηρεσία.
- 5) Αποδοτικότητα. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- 6) Αποτελεσματικότητα. Η θεραπεία κάθε ασθενούς με βάση το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η ερμηνεία των διαφορετικών αυτών παραμέτρων εξαρτάται από την εμπλεκόμενη ομάδα που σχετίζεται με την υγεία. Η προσπελασιμότητα, για παράδειγμα είναι μία διάσταση η οποία αφορά ως επί τω πλείστον τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ενώ αντίθετα η τεχνική ποιότητα ενδιαφέρει περισσότερο το επιστημονικό προσωπικό. Επομένως, για την επίτευξη της ποιότητας επιβάλλεται ο συνδυασμός και η εναρμόνιση και των έξι αυτών παραμέτρων εφόσον η ποιότητα αφορά όλους και καθένα ξεχωριστά που μετέχει σε οποιαδήποτε δραστηριότητα ή διαδικασία (παραγωγής, παροχής, κατανάλωσης).

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), η ποιότητα στην υγεία είναι ταυτισμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και τον έλεγχο του κόστους. Η επιδίωξή της, συμπληρώνει, σχετίζεται με τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, των νοσοκομείων, των εργαστηρίων κ.α. καθώς και με την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Έτσι, η ποιότητα στην υγεία δεν περιορίζεται απλά στην ικανοποίηση του χρήστη – ασθενή αλλά περιλαμβάνει όλους τους «πελάτες» υπηρεσιών υγείας όπως οι συγγενείς, οι επισκέπτες κ.α. ενώ οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας εφόσον εμπλέκονται με αυτήν θεωρούνται εσωτερικοί πελάτες.

Σύμφωνα με τον Καναδικό Νοσοκομειακό Σύνδεσμο (Canadian Hospital Association, 1989), ως φροντίδα υγείας υψηλής κλίμακας ορίζονται οι συγκεκριμένες υπηρεσίες και λειτουργίες που ικανοποιούν τις προσδοκίες των ασθενών παρέχοντας το

μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο κάνοντας αποδοτική και αποτελεσματική χρήση της τεχνογνωσίας καθώς και των χρηματικών κεφαλαίων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε πως για να επιτευχθεί περίθαλψη υψηλής ποιότητας πρέπει να συνυπάρχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- ✓ Υψηλό επαγγελματικό επίπεδο.
- ✓ Χρήση των διαθέσιμων πόρων με αποτελεσματικό τρόπο.
- ✓ Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς.
- ✓ Ικανοποίηση του ασθενή.
- ✓ Μετά την ολοκλήρωση των υπηρεσιών να έχει σημειωθεί θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Ο Κωσταγιόλας (2006) αναφέρει τρεις διαφορετικές ομάδες που εμπλέκονται με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας:

- α. Τους χρήστες.
- β. Τους επαγγελματίες υγείας όλων των κατηγοριών και ειδικοτήτων.
- γ. Την ανώτατη διοίκηση.

Επιπρόσθετα, θεωρεί πως δεν μπορεί να βρεθεί ένας ενιαίος ορισμός για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που να καλύπτει εξίσου και τις τρεις προαναφερόμενες ομάδες. Έτσι, προτείνει τους παρακάτω τρεις ορισμούς (Κωσταγιόλας *et. Al.*, 2006):

- ❖ Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη. Αυτή, αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη και προσδοκά ο χρήστης στο χρόνο που αυτός επιθυμεί και στο μικρότερο δυνατό κόστος.
- ❖ Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας. Αυτή, έχει να κάνει με την αίσθηση – αντίληψη του επαγγελματία υγείας σχετικά με: α) πόσο ικανοποιημένος έμεινε ο χρήστης από τις υπηρεσίες που του δόθηκαν και β) πόσο το υπόλοιπο προσωπικό που είχε οποιαδήποτε συμμετοχή ή δραστηριότητα στην όλη διαδικασία φέρθηκε με το καλύτερο δυνατό τρόπο προς επίτευξη του ίδιου σκοπού.
- ❖ Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης. Η καλύτερη δυνατή χρήση, δηλαδή των διαθέσιμων πόρων αποτελεσματικά και αποδοτικά με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του χρήστη μέσα στο υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο.

Σύμφωνα με την Αδαμαντίδου (2004) η ποιότητα στην υγεία καθορίζεται με βάση κάποια κριτήρια τα οποία σχετίζονται με: α) την άμεση παροχή της υπηρεσίας, β) την καταλληλότητα, γ) την αξιοπιστία, δ) την ευκολία πρόσβασης και ε) την υποστήριξη που παρέχεται μετά την διάθεσή της. Επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα είναι:

- Η συμπεριφορά των ιατρών και νοσηλευτών στους ασθενείς η οποία οφείλει να είναι ευγενική , φιλική αλλά και επαγγελματική.
- Η επάρκεια του προσωπικού.
- Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.
- Οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία τα οποία συνιστούν στοιχεία για έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας.
- Η διαρκής εκπαίδευση όλου του προσωπικού που εμπλέκεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Η καταλληλότερη επιλογή θεραπευτικής αγωγής.
- Η υποστήριξη που παρέχεται μετά τις προσφερόμενες βασικές υπηρεσίες υγείας
- Η σωστή και επαρκής υλικοτεχνική υποδομή.
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των εγκαταστάσεων με στόχο την διευκόλυνση της μετακίνησης των ασθενών.
- Η χρήση σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών.
- Η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Η διασφάλιση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ιδρυματική φροντίδα υγείας

3.1 Διάκριση των νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία εντάσσονται στην ιδρυματική φροντίδα υγείας και διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο γενικότερο σύστημα υγείας παραγκωνίζοντας συχνά υπηρεσίες που σχετίζονται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Η διάκριση – κατηγοριοποίησή τους, σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007), εξαρτάται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ✓ Το σκοπό ή τη λειτουργία τους. Από την μια έχουμε τα γενικά νοσοκομεία τα οποία διατηρούν τμήματα που καλύπτουν τις περισσότερες ή όλες τις ειδικότητες και από την άλλη τα ειδικά νοσοκομεία που εξειδικεύονται σε ορισμένες μόνο ειδικότητες όπως για παράδειγμα τα μαιευτήρια.
- ✓ Το είδος των περιπτώσεων που νοσηλεύουν. Έτσι, τα νοσοκομεία στα οποία η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη τους ενός μηνός ονομάζονται οξείας νοσηλείας ενώ αντίθετα στις περιπτώσεις που χρήζουν μεγάλης χρονικά νοσηλείας ονομάζονται χρονίων περιπτώσεων.
- ✓ Τη νομική τους μορφή. Αυτή, αφορά κυρίως διαφορές σε σχέση με την ιδιοκτησία καθώς και με τον τρόπο της οικονομικής τους οργάνωσης. Από αυτή προκύπτει η διάκριση σε κρατικά, δημοτικά, κοινωφελή, ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών και ιδιωτικά.
- ✓ Τη γεωγραφική τους κάλυψη και τον πληθυσμό που εξυπηρετούν. Αυτά που έχουν την δυνατότητα να καλύψουν μέχρι 50.000 κατοίκους ορίζονται ως τοπικά, ως 200.000 κατοίκους νομαρχιακά και ως 1.000.000 κατοίκους περιφερειακά. Τα δύο πρώτα εντάσσονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ενώ τα περιφερειακά στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- ✓ Τον εκπαιδευτικό τους χαρακτήρα. Έτσι έχουμε τα πανεπιστημιακά, τα νοσοκομεία που μόνο ορισμένα τμήματά τους είναι πανεπιστημιακά και εκείνα που δεν παράγουν κάποιο εκπαιδευτικό έργο.

Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία διακρίνονται και σε σχέση με τα λειτουργικά τους μεγέθη. Τέτοια είναι: α) ο αριθμός των κρεβατιών ο οποίος εξαρτάται άμεσα από την επάρκεια του προσωπικού, του εξοπλισμού, των χειρουργείων κ.λπ. β) Ο αριθμός των αρρώστων που μπορούν να νοσηλευτούν ταυτόχρονα σε μία δεδομένη στιγμή, γ) η ημέρα νοσηλείας με την έννοια της δυνατότητας που έχει ένα νοσοκομείο να παράγει ένα σύνολο ημερών νοσηλείας μέσα σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δ) η διάρκεια νοσηλείας, δηλαδή το σύνολο των ημερών που νοσηλεύτηκε ένας ασθενής. Η διάρκεια νοσηλείας έχει βαρύνουσα σημασία για την γενικότερη λειτουργία του νοσοκομείου εφόσον από αυτήν μπορεί κάποιος να αξιολογήσει σε έναν μεγάλο βαθμό τη αποτελεσματικότητα και τη αποδοτικότητα του.

Αρκετές νοσοκομειακές μονάδες διαθέτουν εξειδικευμένες μονάδες νοσοκομειακής φροντίδας. Τέτοιες είναι:

- Οι μονάδες εντατικής φροντίδας. Σκοπός τους είναι η διάσωση της ζωής του ασθενούς μέσω παροχής συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (ιατρική και νοσηλευτική). Αυτή, συνδυάζεται με την συμβολή της τεχνολογικής υποστήριξης καθώς και με την 24ωρη παρακολούθηση πολλών ζωτικών λειτουργιών του ασθενή. Όσο αφορά τα οικονομικά μεγέθη, οι μονάδες εντατικής φροντίδας καταλαμβάνουν ένα αξιοσημείωτο ποσοστό του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.
- Οι μονάδες βραχείας νοσηλείας. Αποτελεί πλέον κοινό τόπο παγκοσμίως η αναγκαιότητα για την ύπαρξη αυτών των μονάδων μιας και αφενός η εξοικονόμηση των κλινών οξείας νοσηλείας και αφετέρου η έλλειψη των αρνητικών επιπτώσεων που επιβαρύνει τον ασθενή η μεγάλη παραμονή στο νοσοκομείο, είναι ζητήματα ύψιστης σημασίας.
- Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Πρόκειται για τμήματα σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους με τον απαιτούμενο εξοπλισμό τα οποία παρέχουν παρακολούθηση, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε επείγουσες περιπτώσεις ασθενών που έχουν προσκομισθεί στο νοσοκομείο. Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός εφόσον εκεί κρίνεται ποιοι ασθενείς χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης και πιθανώς διαμονής και ποιοι όχι αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τις άσκοπες εισαγωγές εντός του νοσοκομείου.

3.2 Δημόσια νοσοκομεία

Το δημόσιο νοσοκομείο είναι το κυριότερο από τα ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας, έχοντας μια μακρά ιστορία προσφοράς ενώ λειτουργεί εν πολλοίς βάση του βιομηχανικού τρόπου οργάνωσης της παραγωγής. Έτσι, η εξειδίκευση της εργασίας που τελείται σε αυτά δίνει την δυνατότητα σε μεγάλο αριθμό ασθενών να είναι αποδέκτες των οφελών που έχει επιφέρει η εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης πάνω σε αυτούς τους οργανισμούς οι οποίοι έχουν ιδρυθεί από το κράτος με σκοπό να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη καθώς και διάφορες υπηρεσίες υγείας από ειδικευμένο προσωπικό με την χρήση του κατάλληλου υλικού εξοπλισμού. Αν και κατά βάση τα νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας εν τούτοις υπάρχει η δυνατότητα να προσφέρουν και παροχές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που διαθέτουν καθώς και των εργαστηρίων (Λιαρόπουλος, 2007), μία ευρύτερα αποδεκτή βάση. Τα δημόσια νοσοκομεία είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί.

Σύμφωνα με τον Σούλη (1994) το νοσοκομείο αποτελεί το κυριότερο υποσύστημα παροχής υπηρεσιών ιατρικού και νοσηλευτικού χαρακτήρα και στοχεύει πρωτίστως στο να προσφέρει υπηρεσίες σε όλο το φάσμα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και σε ορισμένες εξειδικευμένες ανάγκες που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν πολυάριθμο προσωπικό και ως οργανισμοί μεγάλου μεγέθους χαρακτηρίζονται από υψηλούς προϋπολογισμούς ενώ σύμφωνα με την Γούλα (2007) αποτελούν συνέχεια και συμπληρωματικός μηχανισμός του συστήματος εκπαίδευσης σε κάθε χώρα για τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία.

Το νοσοκομείο δεν είναι απλά μια οποιαδήποτε επιχείρηση και δεν μπορεί να αναλυθεί ως τέτοια διότι σκοπός του είναι η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών του ανθρώπου με τη καλύτερη δυνατή ποιότητα φροντίδας υγείας και επομένως την βέλτιστη ποιότητα ζωής και όλα αυτά δίχως λειτουργικούς περιορισμούς σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής αιτιολογίας και ανεξαρτήτως της όποιας κοινωνικής, επαγγελματικής ή οικονομικής κατάστασης του ατόμου (Σαρρής Μ. *et. al.*, 2003).

Το προσωπικό ενός νοσοκομείου (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνολόγοι κλπ) εντάσσεται σε οριζόντια και πυραμιδικά υποσύνολα και διαφέρει όσο αφορά την εκπαίδευση τους αλλά και το κοινωνικό – οικονομικό τους επίπεδο. Όταν αναφέρουμε οριζόντια υποσύνολα εννοούμε τις κλινικές και τα τμήματα του νοσοκομείου συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων τους. Από την άλλη, οι ιατρικές, οι νοσηλευτικές, οι διοικητικές και οι τεχνικές υπηρεσίες αποτελούν αυτό που ονομάζουμε πυραμιδικά υποσύνολα (Γούλα, 2014). Ο βαθμός εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές ενώ οι λήψεις αποφάσεων που παίρνονται συχνά αποτελούν αιτία για προστριβές, διάσπαση της δομής της εξουσίας και έντονες δυσκολίες στην άσκηση της διοίκησης (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008). Σύμφωνα με τον Πολύζο (2007), το φαινόμενο αυτό δημιουργεί προβλήματα και στις ιεραρχικές δομές με αποτέλεσμα συχνά την κάλυψη των εξουσιών των πιο αδυνάμων επαγγελματικά τάξεων από αυτές των ισχυρότερων.

Το Υπουργείο Υγείας, μέσω των οδηγιών που εκδίδει προς τις νοσοκομειακές μονάδες με σκοπό την διασφάλιση μιας εξισορροπημένης κλειστής περίθαλψης παίζει κεντρικό ρόλο στη λειτουργία αυτών ενώ όσο αφορά την ιεραρχία, αυτή έχει ως αφετηρία της την ανώτατη διοίκηση η οποία αποτελείται από τον Πρόεδρο ή τον Διοικητή του νοσοκομείου και το Διοικητικό συμβούλιο. Τα περιφερειακά γενικά ή ειδικά νοσοκομεία στελεχώνονται από τέσσερις βασικές υπηρεσίες: α) την ιατρική, β) τη νοσηλευτική, γ) τη διοικητική και δ) την τεχνική – ξενοδοχειακή. Στα δε νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία η τεχνική – ξενοδοχειακή υπηρεσία εντάσσεται στις διοικητικές υπηρεσίες συνήθως ως τμήμα του τεχνικού τους εξοπλισμού. Οι προαναφερθείσες υπηρεσίες υπάγονται στον γενικό διευθυντή του νοσοκομείου ή στην περίπτωση που δεν προβλέπεται τέτοια θέση, στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Και οι τέσσερις θεωρούνται ιεραρχικά ισότιμες και οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η σωστή διάγνωση και η ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών (Δίκαιος, *et al.*, 1999). Στην πράξη, δεν είναι λίγες οι φορές, που οι εν λόγω υπηρεσίες (κυρίως η ιατρική και η διοικητική) έρχονται σε σύγκρουση εφόσον η κάθε μία είναι ξεχωριστά συγκροτημένη με την δική της οργάνωση και λειτουργία και ασκούν διοικητικές λειτουργίες που αντιτίθενται μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απουσία ενός ενιαίου συντονισμού έχει ως αποτέλεσμα την εσωτερική αποδιοργάνωση του νοσοκομείου δημιουργώντας ένα κλίμα «οργανωμένης ανευθυνότητας» (Ζηλίδης Χ., 2005).

Όπως ολόκληρη η δημόσια διοίκηση, έτσι και τα δημόσια νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από το γραφειοκρατικό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας που στηρίζεται στους παρακάτω πυλώνες οργάνωσης (Γούλα (2014):

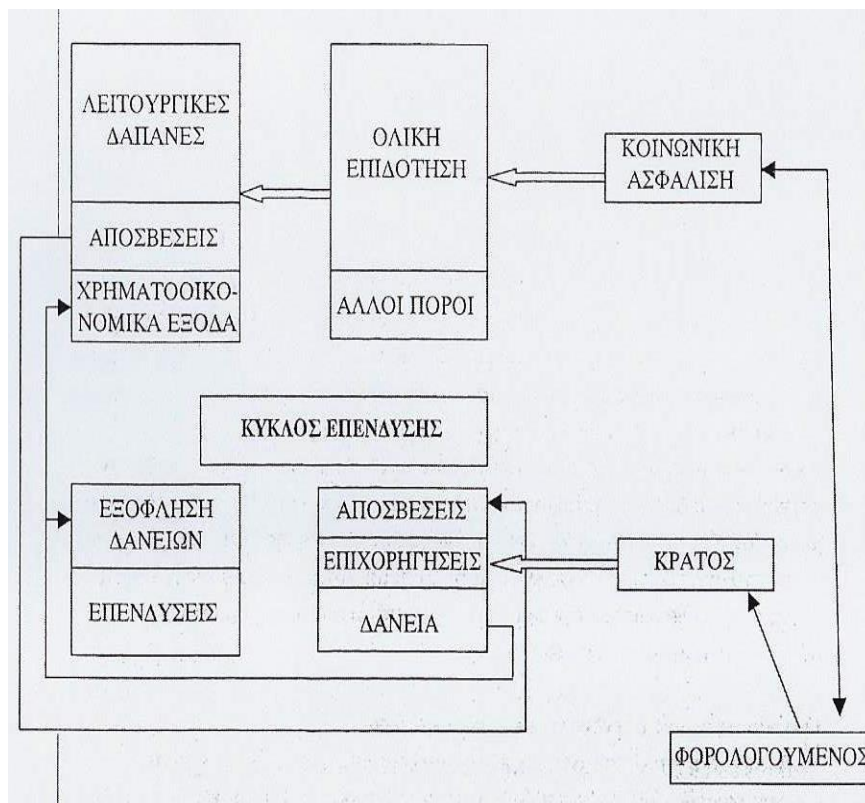
- Της εξειδίκευσης.
- Της κλίμακας της οργάνωσης.
- Της μισθωτής εργασίας.
- Του περιορισμού των προμηθευτών.
- Της χρηματοδότησης από το κράτος.
- Της δημόσιας γραφειοκρατίας.

Όσο αφορά τη χρηματοδότηση των επενδύσεων στα δημόσια νοσοκομεία, αυτή μπορεί να προέλθει κυρίως από επιχορηγήσεις, από αποσβέσεις ή από δάνεια (Διάγραμμα 3.1). Αν και η πρώτη πηγή δεν δημιουργεί κάποιο κόστος για το ίδιο τα νοσοκομεία εν τούτοις επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή όλους τους φορολογούμενους πολίτες. Σε περιόδους λοιπόν οικονομικής στενότητας ή κρίσης το πρόβλημα που δημιουργείται είναι μεγάλο και επομένως συχνά επιλέγεται ο δρόμος της αναζήτησης δανειακών κεφαλαίων (Δουμουλάκης Γ. *et al.*, 2000). Ο δανεισμός επίσης αποτελεί την κύρια μορφή χρηματοδότησης όταν πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα κάποια επενδυτικά προγράμματα. Η διοίκηση του νοσοκομείου που προσφεύγει στην λύση αυτή οφείλει να λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη της τους κινδύνους που εμπεριέχει εφόσον ενδέχεται να προκύψουν προβλήματα ρευστότητας. Οι ταμειακές εισροές και εκροές πρέπει και να ελέγχονται εξονυχιστικά αλλά και όσο είναι εφικτό να προβλέπονται προκειμένου αφενός η αποπληρωμή του δανείου και των τόκων αυτού να εκτελείται εμπρόθεσμα και αφετέρου να υπάρχει η αναγκαία ρευστότητα που θα μπορεί να καλύψει τις υποχρεώσεις του νοσοκομείου στους προμηθευτές και στους πιστωτές του.

Έντονες αντιρρήσεις ηθικού χαρακτήρα όσο αφορά το marketing στο τομέα της υγείας έχουν εκφραστεί κατά καιρούς. Μεταξύ άλλων, ο Daniels (1974) διατυπώνει πως η ιατρική φροντίδα οφείλει να διατηρεί τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά της. Επιπλέον, το 1971 στην Αμερική ο Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων εξέτασε έναν αριθμό προϊόντων τα οποία αυτό-προσδιορίζονταν ως θεραπευτικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν προέκυψε καμία απόδειξη σε ποσοστό 60% αυτών, όσο αφορά τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Μία διαφημιστική καμπάνια στη Βρετανία προώθησε προϊόντα που

περιείχαν νικοτίνη αναφέροντας «εξαγνισμένος καπνός» έτσι ώστε να υποτιμηθούν τα προβλήματα που προκαλεί ο καπνός στον άνθρωπο.

Διάγραμμα 3.1



Χρηματοδότηση δημόσιου νοσοκομείου¹⁰

Το νοσοκομείο σήμερα οδηγείται όλο και περισσότερο σε πολύπλοκες διαδικασίες που καθιστούν την λειτουργία του προβληματική. Από την μια, παρατηρούμε μια συνεχή αύξηση των αντικειμένων και των δραστηριοτήτων του σε συνδυασμό με αύξηση των μεγεθών του με αποτέλεσμα αυξημένες ανάγκες για προσωπικό δυναμικό και εξοπλισμό. Από την άλλη, ως γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης, κατέχει μια σειρά από παθογένειες όπως:

- Δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία του ανθρώπινου δυναμικού και ευθυνοφοβία.
- Απουσία μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας.
- Έλλειψη κινήτρων για αυξημένη παραγωγή του προσωπικού.
- Παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών χαμηλού επιπέδου (λίστες αναμονής, ελλείψεις υλικών κ.α.).
- Προβληματικός συντονισμός των επιμέρους τμημάτων.

¹⁰ Πηγή: Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ. (2000). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.*

- Αυξημένες δαπάνες λόγω ανεπαρκούς ελέγχου κατανάλωσης νοσοκομειακού υλικού – προϊόντων.

Σύμφωνα με τον Αλεξιάδη και Σιγάλα (1999) η οργάνωση και η λειτουργία των σύγχρονων νοσοκομείων ως πολυσύνθετες μονάδες παραγωγής υπηρεσιών εκπαίδευσης και έρευνας απαιτεί:

- ✓ Μία θεσμική και οργανωτική βάση πάνω στην οποία οι οργανισμοί αυτοί θα μπορούν να λειτουργούν με αυτοτέλεια και ευελιξία σε διοικητικά, οικονομικά και διαχειριστικά θέματα.
- ✓ Κτηριακές εγκαταστάσεις υψηλών λειτουργικών προδιαγραφών.
- ✓ Τεχνολογικά προηγμένο εξοπλισμό.
- ✓ Εκπαιδευμένο και επαρκές προσωπικό με συνεχή επιμόρφωση.
- ✓ Υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης.
- ✓ Μόνιμη αξιολόγηση των παραγόμενων υπηρεσιών.

Δυστυχώς σε μεγάλο βαθμό τα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αδυνατούν να ακολουθήσουν τις περισσότερες αρχές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην εύρωστη λειτουργία και αποδοτικότητα τους. Λόγω αυτής της αδυναμίας χαρακτηρίζονται μεταξύ άλλων από: α) αναποτελεσματική λειτουργία, β) το ότι παράγουν υπηρεσίες φροντίδας ποιοτικά φτωχές, γ) τη διαμόρφωση χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών τους, δ) το ότι έχουν αυξημένες δαπάνες και σπαταλούν ανθρώπινους και υλικούς πόρους, ε) την ενίσχυση της παραοικονομίας, στ) το ότι αποτελούν εμπόδιο και ανασταλτικό παράγοντα για την ορθολογική ανάπτυξη και εξέλιξη ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος.

3.3 Ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές

Η μεγάλη ανάπτυξη που γνώρισε ο δημόσιος τομέας της υγείας την δεκαετία του 1980 στην χώρα μας αφορούσε κυρίως τις μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν η ιδιωτική πρωτοβουλία να στραφεί στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη διαγνωστική μέσω της αγοράς σύγχρονου ιατρού – τεχνολογικού εξοπλισμού. Σε αυτή την κίνηση – επένδυση έπαιξε σημαντικό ρόλο η αδυναμία του δημοσίου τομέα να εφοδιαστεί με αντίστοιχο σύγχρονο τεχνολογικό

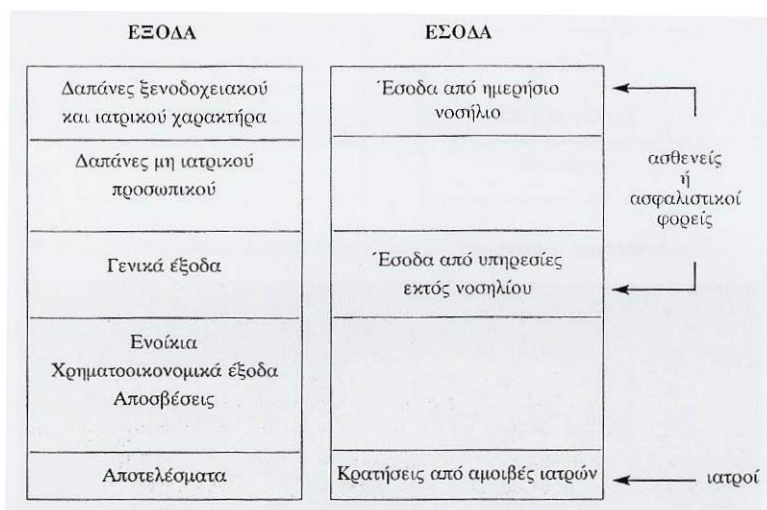
εξοπλισμό που απαιτούσαν οι αυξημένες ανάγκες για διαγνωστικές υπηρεσίες λόγω του ότι είχε να αντιμετωπίσει αφενός τις χρηματοοικονομικές δυσκολίες και αφετέρου τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που χαρακτηρίζει γενικότερα το ευρύτερο δημόσιο. Έτσι, η πρόοδος που συντελέστηκε στον ιδιωτικό τομέα στο χώρο των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων ήταν εντονότατη. Ο Μπέσης (1993) αναφέρει χαρακτηριστικά πως την πενταετία 1986-1991 η ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα ήταν της τάξης του 25,8% κάθε χρόνο.

Όταν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 το νομικό πλαίσιο που αφορούσε την ίδρυση και τη λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών άλλαξε, ξεκίνησε ο ιδιωτικός τομέας να κινείται και προς την επένδυση νοσοκομειακών μονάδων περίθαλψης. Οι πρώτες ιδιωτικές κλινικές δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν από ομάδες γιατρών που όμως μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις υπέρογκες επενδύσεις που απαιτούνταν για την αγορά νέου πιο σύγχρονου ιατρο – τεχνολογικού εξοπλισμού παρέδωσαν σταδιακά την σκυτάλη σε μεγάλους χρηματοδοτικούς οργανισμούς, σε μεγαλοεπενδυτές και σε ασφαλιστικές εταιρείες (Δίκαιος, et al., 1999). Έτσι δημιουργήθηκαν επιχειρηματικές μονάδες με στόχους την καλύτερη δυνατή απόδοση των επενδύσεων τους, την υιοθέτηση επιχειρηματικής και ανταγωνιστικής στρατηγικής που θα έχει ως αποτέλεσμα την κατάκτηση μεγαλύτερου μεριδίου αγοράς, την επέκταση των δραστηριοτήτων τους μέσω της δημιουργίας αλυσίδας ιδιωτικών επιχειρήσεων προσανατολισμένες στην υγεία κ.ο.κ. Πρέπει να σημειωθεί πως η παραδοσιακή μορφή μικρής κλίμακας ιδιωτικών κλινικών υπό την ιδιοκτησία γιατρών διατηρήθηκε σε ένα βαθμό έχοντας όμως μειωμένες δυνατότητες όσο αφορά τα οικονομικά μεγέθη (Δουμουλάκης Γ. et al., 2000).

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές οι περισσότεροι γιατροί είναι είτε επισκέπτες είτε συνεργαζόμενοι. Το κόστος αυτών των ιατρών δεν επιβαρύνει τα ιδιωτικά νοσοκομεία μιας και αυτοί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς. Παράλληλα το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η κλινική απασχολεί έναν μικρό σχετικά αριθμό μόνιμων γιατρών οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών όταν οι επισκέπτες ή συνεργάτες γιατροί απουσιάζουν. Με αυτό τον τρόπο εξοικονομείται μεγάλο μέρος του λειτουργικού κόστους των ιδιωτικών νοσοκομείων ή κλινικών (Πίνακας 3.1). Ως ιδιωτικές επιχειρήσεις χρεώνουν τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς – πελάτες και τις περισσότερες φορές λαμβάνουν ένα ποσοστό ή το σύνολο που κοστίζουν αυτές οι υπηρεσίες από τον ασφαλιστικό φορέα των πελατών τους. Προϋπόθεση για αυτό είναι ο

ασθενής να έχει πάρει έγκριση από τον ασφαλιστικό του φορέα ότι καλύπτει μέρος ή ολόκληρη την δαπάνη. Πέρα τούτου οι παρεχόμενες υπηρεσίες τελούνται βάση ενός συγκεκριμένου συστήματος αμοιβής. Αυτό αφορά διαφορετικές υπηρεσίες χρέωσης όπως για παράδειγμα τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες (νοσήλιο), έξοδα χειρουργείου και αναισθησίας, φάρμακα, ιατρικό υλικό που χρησιμοποιείται στον ασθενή κ.λπ.

Πίνακας 3.1



Γενική παρουσίαση εσόδων-εξόδων ιδιωτικής κλινικής¹¹

Όσο αφορά την διάρθρωση τους, απαρτίζονται από τρεις βασικές υπηρεσίες:

- α. Την ιατρική.
- β. Τη νοσηλευτική.
- γ. Τη διοικητική.

Το νομικό πλαίσιο που καθορίζει όλες τις προδιαγραφές που οφείλουν να πληρούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές συμπεριλαμβανομένων τον αναγκαίο ιατρικό εξοπλισμό που πρέπει να διαθέτουν, τα εργαστήρια αλλά και θέματα σε σχέση με το προσωπικό κ.ο.κ. βασίζεται στις διατάξεις του Π.Δ. 517/1991.

¹¹Πηγή: Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοΐδης Γ. (2000). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

3.4 Το marketing στις μονάδες υγείας

Σύμφωνα με τον Kotler (2008), το marketing με την ευρύτερη έννοια του όρου είναι η ανάλυση, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο έλεγχος προγραμμάτων που έχουν σχεδιαστεί σχολαστικά με σκοπό να διαφοροποιήσουν τις αξίες που σχετίζονται με τις αγορές – στόχους προς την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Οι στόχοι αυτοί είναι η κάλυψη των αναγκών ή των επιθυμιών της αγοράς που απευθύνονται, καθώς και η κατάλληλη κοστολόγηση, επικοινωνία και διανομή της πληροφορίας έτσι ώστε να δώσει κίνητρο και να εξυπηρετήσει την αγορά. Μία εναλλακτική προσέγγιση, προτείνει την ανάγκη που αναπτύσσεται στο προσδιορισμό του marketing σε σχέση με τις απαιτήσεις του αγοραστή προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι και οι σκοποί της επιχείρησης υπό τις επιταγές ενός σχεδίου το οποίο αναλύει προσεκτικά όλες τις παραμέτρους (Perreault et al., 2012).

Η ερμηνεία όμως του marketing όσο αφορά το σύστημα υγείας διαφοροποιείται και ενέχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Κλασικά, η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες αποτελεί τον βασικό παράγοντα βάση του οποίου σχεδιάζονται οι διάφορες τεχνικές του marketing. Στην περίπτωση όμως της υγείας, η άκαμπτη εφαρμογή αυτού θα είχε πολύ αρνητικές επιπτώσεις εφόσον η προφύλαξη και η βελτίωση της φροντίδας του ασθενή θα ερχόταν σε δεύτερη μοίρα (Πολύζος, 2014). Σε ένα βαθμό αυτό έχει αποφευχθεί λόγω της θεωρίας της κλινικής αυτονομίας η οποία προστατεύει τους γιατρούς και τους ασθενείς από τις εμπορικές επιρροές αφήνοντας στους πρώτους την ευθύνη για τις αποφάσεις της φροντίδας των ασθενών. Οι Kotler P. και Clarke R. (1987) ορίζουν το marketing του νοσοκομείου ως: η ανάλυση, ο σχεδιασμός, η εκτέλεση και ο έλεγχος προγραμμάτων τα οποία έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να επηρεάζουν τις αγορές – στόχους με σκοπό την επίτευξη και ικανοποίηση αντικειμενικών στόχων του νοσοκομείου.

Μία βασική χρήση του marketing που εξυπηρετεί τα νοσοκομεία είναι η δημιουργία και διατήρηση μιας καλής «φήμης – ονόματος» μέσω των αξιόπιστων υπηρεσιών που προσφέρει και που εκφράζεται μέσα από την ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών του. Προς την επίτευξη αυτού του σκοπού σημαντικό ρόλο παίζει η πιστοποίηση ή η διαπίστευση η οποία συσχετίζεται και εξαρτάται εν πολλοίς από την διασφάλιση της ποιότητας. Η «καλή» εικόνα ενός νοσοκομείου μπορεί να προσελκύσει όσο το δυνατόν περισσότερους χρήστες υπηρεσιών υγείας – ασθενείς κατέχοντας και προβάλλοντας

αυτήν ως πλεονέκτημα έναντι του ανταγωνισμού. Επιπλέον ενθαρρύνει όλα τα τμήματα και τις υπηρεσίες του να ανταποκρίνονται και αυτά σε αυτή την διαδικασία έτσι ώστε να πληρούνται οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Έντονες αντιρρήσεις ηθικού χαρακτήρα όσο αφορά το marketing στο τομέα της υγείας έχουν εκφραστεί κατά καιρούς. Μεταξύ άλλων, ο Daniels (1974) διατυπώνει πως η ιατρική φροντίδα οφείλει να διατηρεί τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά της. Επιπλέον, το 1971 στην Αμερική ο Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων εξέτασε έναν αριθμό προϊόντων τα οποία αυτό-προσδιορίζονταν ως θεραπευτικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν προέκυψε καμία απόδειξη σε ποσοστό 60% αυτών, όσο αφορά τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Μία διαφημιστική καμπάνια στη Βρετανία προώθησε προϊόντα που περιείχαν νικοτίνη αναφέροντας «εξαγνισμένος καπνός» έτσι ώστε να υποτιμηθούν τα προβλήματα που προκαλεί ο καπνός στον άνθρωπο.

Παρά τις αντιρρήσεις που έχουν διατυπωθεί, το marketing στην υγεία σήμερα πρέπει να έχει μια έντονη δραστηριότητα με σκοπό:

- ✓ Την ωφέλεια των πελατών – ασθενών μέσω των βελτιωμένων αποδόσεων του που ενισχύουν την ποιότητα των υπηρεσιών του.
- ✓ Να δίνεται έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.
- ✓ Να παρέχεται κλινική αυτονομία μέσω της διασφάλισης κλινικής ουδετερότητας που θα χαρακτηρίζει τους μηχανισμούς του marketing έτσι ώστε οι εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή που καθορίζει ο ιατρός ή ο νοσηλευτής του να προηγούνται από τις υπόλοιπες επιλογές που παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας του.
- ✓ Την διαρκή ανάπτυξη των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Την ύπαρξη ενός περιβάλλοντος που θα μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ξαφνικές διαφορετικές αποφάσεις – επιθυμίες των πελατών.
- ✓ Την ανάδειξη των υπηρεσιών υγείας ως παραγόντων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το απαραίτητο κλίμα που θα βοηθήσει τους χρήστες να βελτιώσουν το επίπεδο της υγείας τους μέσω μιας μόνιμης και διαρκούς ενθάρρυνσης για αλλαγή στη στάση τους όσο αφορά υγειονομικά θέματα.

- ✓ Την ανάπτυξη του «διαδραστικού μάρκετινγκ» το οποίο χρησιμοποιεί αμφίδρομα κανάλια επικοινωνίας με σκοπό την σύνδεση των χρηστών με την υπηρεσία υγείας στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στο κλάδο της υγείας

4.1 Εισαγωγή

Ο δείκτης υγείας είναι μια μονάδα μέτρησης για την επιτήρηση της δημόσιας υγείας που καθορίζει τον βαθμό υγείας ή τον βαθμό με τον οποίο ένας παράγοντας συσχετίζεται με την υγεία μεταξύ των ατόμων συγκεκριμένου πληθυσμού (Πολύζος, 2014). Με άλλα λόγια είναι πληροφορίες που αφορούν διαφορετικές υγειονομικές ιδιότητες, διαστάσεις και αποδόσεις του συστήματος υγείας και διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση και την εκτίμηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγείας, ανάλογα και με τους προσδιοριστικούς παράγοντες.

Πολλές χώρες ήδη χρησιμοποιούν δείκτες για την μέτρηση της τεχνικής ποιότητας. Στον πίνακα 4.1 παρατίθενται τα στοιχεία που αφορούν έξι χώρες αναφορικά με την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την καταλληλότητα και την έκβαση της κατάστασης της υγείας του ασθενή.

Πίνακας 4.1

Έννοιες της ποιότητας	Αυστραλία	Καναδάς	Δανία	Ολλανδία	Μεγάλη Βρετανία	ΗΠΑ
Ασφάλεια	+	+		+		+
Αποτελεσματικότητα	+	+	+	+	+	+
Καταλληλότητα	+	+			+	+
Έκβαση της κατάστασης της υγείας				+	+	+

Οι έννοιες της τεχνικής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και οι χώρες που ανέπτυξαν δείκτες για τη μέτρησή της¹²

Ο Donabedian, όπως είδαμε στο κεφάλαιο 2.5, προσέγγισε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την Δομή, τη Διαδικασία και τα

¹² Πηγή: The OECD Health Care Quality Indicators Project

Αποτελέσματα. Και οι τρεις αυτές κατηγορίες εμπεριέχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι μετρήσιμα, όπως για παράδειγμα τα χρόνια εμπειρίας των ιατρών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών και των εγχειρήσεων, τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών κ.α. Μέσω αυτών, προκύπτουν οι δείκτες ποιότητας οι οποίοι προσφέρουν στοιχεία και πληροφορίες και μέσω αυτών βοηθούν στη σύγκριση των τμημάτων μεταξύ τους και στην σωστή σχέση με τα προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου να ποσοτικοποιηθεί βοηθώντας με αυτό τον τρόπο να αναδειχθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ενός τμήματος με σκοπό την καλύτερη δυνατή λειτουργία τους στο πλαίσιο της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Οι δείκτες ποιότητας διακρίνονται σε:

- Δείκτες δομών (Structure measures). Η «δομή» αφορά χαρακτηριστικά των υλικών και των ανθρώπινων πόρων και της δομής της οργάνωσης, χαρακτηριστικά δηλαδή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας. Τέτοια είναι οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, η διεύθυνση προσωπικού κ.α. Τα χαρακτηριστικά αυτά σύμφωνα με τον Κωσταγιόλα *et. al.* (2008) αν και αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.
- Δείκτες διαδικασιών (Process measures). Αφορούν την οργάνωση, τη λειτουργία του οργανισμού, καθώς και την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα το χρόνο αναμονής των ασθενών σε ένα τμήμα, το διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας, τον αριθμό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, το χρονικό διάστημα που κάποιο μηχάνημα έχει τεθεί εκτός λειτουργίας κ.α.
- Δείκτες αποτελέσματος (Outcome measures). Το αποτέλεσμα δηλώνει τις επιπτώσεις – συνέπειες των υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας των ασθενών. Τέτοιες μπορεί να είναι τα ποσοστά επιβίωσης ανά νόσο, το διάστημα ελεύθερο νόσου, τα ποσοστά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κ.α. Πέρα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να σχετιστεί και με άλλους παράγοντες όπως για παράδειγμα η ηλικία του ασθενή, η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του, το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο κ.α.

Η αξιολόγηση και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων πρέπει να βασιστούν (Πολύζος, 2014):

- ✓ Στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών.
- ✓ Στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εξειδικευμένων υπηρεσιών.
- ✓ Στη βελτίωση των νοσηλευτικών και οικονομικών δεικτών.
- ✓ Στην ικανοποίηση του χρήστη και στη βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων υγείας.
- ✓ Στην ανάπτυξη σύγχρονων λειτουργιών και στην ανταγωνιστικότητα των μονάδων υγείας.

4.2 Κριτήρια επιλογής δεικτών

Η επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού γίνεται κυρίως με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

- ❖ Την χρησιμότητα (usefulness). Για την επιλογή ενός δείκτη που αφορά μια ασθένεια, συνυπολογίζεται η επίπτωση της ασθένειας και η επίπτωση των θεραπευτικών μέτρων αφενός στην κατάσταση της υγείας του ασθενή και αφετέρου στις δαπάνες υγείας. Ρόλο στην απόφαση επιλογής αυτού του δείκτη παίζει επίσης η δυνατότητα παρέμβασης του συστήματος υγείας καθώς και όσων σχετίζονται με την διαμόρφωση πολιτικής υγείας με στόχο την βελτίωση των αποτελεσμάτων.
- ❖ Την εγκυρότητα (Validity). Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Αν δεν ισχύει αυτό, τότε προκύπτει «προκατάληψη» ή «συστηματικό σφάλμα». Ο εντοπισμός της εγκυρότητας ή όχι ενός τέτοιου δείκτη απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων και για αυτό θεωρείται δυσκολότερα ανιχνεύσιμος από την «αξιοπιστία».
- ❖ Την αξιοπιστία (Reliability). Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ αποτελεσμάτων στις περιπτώσεις που η μέτρηση επαναλαμβάνεται κάτω από πανομοιότυπες συνθήκες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Anders & Staffan, 1992). Εφόσον η μέτρηση γίνεται με τις ίδιες συνθήκες θα πρέπει τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να είναι παρόμοια.

- ❖ Την δυνατότητα σύγκρισης (Comparability). Η διαθεσιμότητα πρότυπων δεικτών, καθώς και η αξιοποίηση συγκρίσιμων στοιχείων σε διεθνή κλίμακα, δίνει την δυνατότητα για χρήση του συγκεκριμένου δείκτη.
- ❖ Την ανταποκρισιμότητα (Responsiveness). Αφορά το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη στο να ανιχνεύει μεταβολές και έχει ιδιαίτερη σημασία όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- ❖ Την ειδικότητα (Specificity). Αφορά την ικανότητα εντοπισμού των διαφορών ανάμεσα στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών όπως για παράδειγμα ανθρώπους με καλή ποιότητα ζωής και ανθρώπους με κακή ποιότητα ζωής.
- ❖ Την ευαισθησία (Sensitivity). Ανιχνεύει τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις του δείκτη έπειτα από την επαναλαμβανόμενη χρήση του.

Οι δείκτες, ως ένα σύστημα εργαλείων, μπορούν να παράγουν χρήσιμα και ουσιαστικά αποτελέσματα εφόσον η χρήση τους δεν περιορίζεται απλά σε μία μέτρηση μια δεδομένη χρονική στιγμή. Ένας οργανισμός οφείλει να πραγματοποιεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα πολλές μετρήσεις διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο διαρκή αξιολόγηση και βελτίωση. Τονίζεται πως οι δείκτες, τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται και οι μηχανισμοί που τους διέπουν δεν είναι στατικοί, επομένως πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να επαναξιολογούνται και να εναρμονίζονται με τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις.

4.3 Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Στο πλαίσιο της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, βάση των σχετικών θεωριών που αναπτύχθηκαν όπως του Deming και του Juran, οι οργανισμοί διεθνώς έδωσαν έμφαση στις εκτιμήσεις των καταναλωτών – χρηστών για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες. Ένας σημαντικός λόγος ήταν η βασική αρχή των προαναφερθέντων θεωριών βάση της οποίας οι κρίσεις των χρηστών – καταναλωτών μπορούν να καταδείξουν τυχόν ελλείψεις ή διαφορές σε σχέση με το αναμενόμενο προϊόν ή την υπηρεσία τις οποίες οι προμηθευτές πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους και να προχωρήσουν έτσι στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν οι έρευνες για την ικανοποίηση των πελατών που διεξάγονται να μην περιορίζονται απλά στην καλύτερη δυνατή προώθηση

των υπηρεσιών – προϊόντων αλλά να αποτελούν μηχανισμούς μέτρησης της ποιότητας. Στις μονάδες υγείας, για παράδειγμα, ο κάθε ασθενής μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται, πληροφορίες που η διοίκηση του οργανισμού δεν τις είχε αντιληφθεί ή τις αξιολογούσε διαφορετικά.

Η Παπανικολάου (2007) προσεγγίζει την ικανοποίηση των ασθενών ως το μέτρο στο οποίο «εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν πετύχει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες του» και συμπληρώνει πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι μία μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Κυριόπουλο *et. al.*, (2000), η ικανοποίηση των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας οπότε έχει ιδιαίτερη σημασία για το σχεδιασμό και την χάραξη της πολιτικής υγείας.

Οι Μάντη και Τσελέπη (2000) αναφέρουν δύο ομάδες παραγόντων που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση του ασθενή – χρήστη υπηρεσιών υγείας:

- α. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Αυτά αφορούν: α) τη διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο καθώς και τη παροχή των πρώτων φροντίδων (χρόνος αναμονής, εξασφάλιση κρεβατιού, καταγραφή ιατρικού ιστορικού κ.α.), β) τη φροντίδα στον θάλαμο και την ιατρική φροντίδα (διαγνωστικές εξετάσεις, προετοιμασία για το χειρουργείο, νοσηλευτική φροντίδα κ.α.), γ) τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενή στο θάλαμο (διατροφή, καθαριότητα δωματίου, ωράριο επισκεπτηρίου, θέρμανση κ.α.), δ) τη διαδικασία της αναχώρησης (ιατρικές οδηγίες, συνταγές φαρμάκων κ.α.) και ε) τη διευθέτηση – διεκπεραίωση θεμάτων οικονομικού χαρακτήρα (πληρωμές, συμπλήρωση εγγράφων κ.α.).
- β. Τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ γιατρού και ασθενή. Βασικό ζητούμενο είναι το κλίμα εμπιστοσύνης που πρέπει να δημιουργηθεί από τον γιατρό αξιοποιώντας παράλληλα τις επιστημονικές του γνώσεις, την εμπειρία του αλλά και τις επικοινωνιακές του ικανότητες. Πέρα από το καθαρά ιατρικό κομμάτι πολύ σημαντική κρίνεται η ανθρωπιστική διάσταση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών η οποία βοηθά τον ασθενή να συρρικνώσει το άγχος και τον φόβο του.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 59 δημόσια νοσοκομεία, με αποδέκτες τους υπεύθυνους ποιότητας, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το 98,2% έκρινε πως η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στην καλύτερη επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μονάδες υγείας σήμερα (Γούλα *et. al.*, 2017).

Η Παπανικολάου (2007) προσεγγίζοντας τις θεωρίες των Dutka (1995), Neumann & Giel (1995) και Czarnecki (1999), συνοψίζει τα κυριότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης ικανοποίησης ασθενών τα οποία είναι:

- Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, στην βάση διαρκών και συστηματικών προσπαθειών του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με τους χρήστες.
- Ο οργανισμός έχει την δυνατότητα να διαπιστώσει αν και σε ποιο βαθμό οι υπηρεσίες που παρέχει ικανοποιούν τις προσδοκίες των πελατών – ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των νέων ενεργειών και προγραμμάτων που ενδεχομένως έχει συγκροτήσει.
- Αφού εντοπιστούν οι βασικότερες παράμετροι της ικανοποίησης, στην συνέχεια γίνονται προσπάθειες για να βρεθούν οι καλύτεροι δυνατοί τρόποι βελτίωσής της.
- Οι απόψεις και η γνώμη των χρηστών οδηγούν στον προσδιορισμό των βασικότερων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό.
- Προκειμένου να αυξήσει την παραγωγικότητα του προσωπικού δυναμικού του, ο οργανισμός του παρέχει κάποιο κίνητρο. Η αύξηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών θα έχει θετικό αντίκτυπο στους χρήστες – πελάτες οι οποίοι θα αξιολογήσουν ανάλογα.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή πλέον αντιμετωπίζεται ως ένας βασικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται (Cleary 1997). Σύμφωνα με την θεωρία της ιεράρχησης αναγκών του Maslow (Πίνακας 4.2) μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης (Πολυκανδριώτη *et. al.*, 2013). Τις ανάγκες αυτές τις ταξινόμησε σε:

- Φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες που με την ικανοποίησή τους κρατιόμαστε στην ζωή, δηλαδή ανάγκες επιβίωσης.
- Ανάγκες ασφάλειας. Είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης.
- Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία.
- Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους (Φήμη, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός).
- Η ανάγκη για αυτό-ολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτό-ανάπτυξη.

Πίνακας 4.2



Η πυραμίδα του Maslow¹³

Το συγκεκριμένο μοντέλο αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών εν τούτοις έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά συχνά για αυτό τον σκοπό. Επιπρόσθετα, σημειώνεται πως επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (ανάπτυξη, κοινωνικές δομές, τεχνολογία κ.α.) οπότε δεν είναι στατικό αλλά μεταβαλλόμενο μοντέλο (Taylor et. al., 2002).

Ο Donabedian (1988), αναφέρει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες τους και προσθέτει πως επιπλέον παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που προέρχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και η εξέλιξη της αρρώστιας. Ο Αμερικάνικος

¹³ Πηγή: www.mixanitouxronou.gr

Σύνδεσμος Νοσηλευτών ορίζει την ικανοποίηση του ασθενή ως τη «μέτρηση της γνώμης ενός ασθενή ή μιας οικογένειας για τη φροντίδα που λαμβάνει»

Όσο αφορά το ερώτημα «Από τι αλήθεια ικανοποιείται ο ασθενής και ποιες είναι οι βασικές συνιστώσες για την οριοθέτηση του επιπέδου ικανοποίησης» η Γούλα (2007) διατυπώνει τρεις γενικές κατηγορίες αναγκών που επιδιώκει να καλύψει ο ασθενής:

- α. Φροντίδα, έτσι ώστε να επανέλθει ο ασθενής σε αποδεκτό επίπεδο υγείας.
- β. Επικοινωνία και πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει.
- γ. Ένδειξη ενδιαφέροντος κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την επίλυση των ιατρικών θεμάτων που τον απασχολούν.

Σύμφωνα με τις κυριότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα προκειμένου να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις ασθενών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που τους έχουν προσφερθεί, ένα μεγάλο ποσοστό (μεταξύ 82% - 94%) έχει εκφράσει πως έχει ικανοποιηθεί σε υψηλό βαθμό από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα, η ικανοποίηση που αφορά τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις συνθήκες διαμονής στο νοσοκομείο ήταν ιδιαίτερα χαμηλή με ποσοστό που διακυμάνθηκε ανάμεσα στο 52% - 68%.

Σημειώνεται πως σύμφωνα με σχετική έρευνα των Παπαδημητρίου *et. al.*, (1996) το 82,5% των ασθενών πιστεύει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μεταφέρει τα προσωπικά του προβλήματα στο νοσοκομείο, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά ο τρόπος συμπεριφοράς τους προς τους νοσηλευόμενους. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα ένα ποσοστό της τάξεως του 90% πιστεύει πως μπορεί να εξασφαλίσει προσεγγμένη και εξατομικευμένη φροντίδα με φιλοδώρημα, κάτι που καταδεικνύει την αλλοτριωμένη σχέση ανάμεσα στον γιατρό και στον ασθενή.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί το πώς λαμβάνει χώρα η συστηματική καταγραφή των στάσεων και των απόψεων των ασθενών. Η απάντηση είναι μέσω ερωτηματολογίου, η συμπλήρωση του οποίου μπορεί να διεξαχθεί με τρεις τρόπους:

1. Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, διαδικασία που διεξάγεται από το γραφείο κίνησης ασθενών, με τη μέθοδο της αυτό-συμπλήρωσης.
2. Με ταχυδρομική αποστολή του ερωτηματολογίου στο χώρο διαμονής του ασθενούς.

3. Με προσωπική συνέντευξη του ασθενή είτε κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο είτε στο χώρο διαμονής του.

4.4 Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ταυτόχρονα δείκτη αλλά και ουσιαστικό στοιχείο της ποιότητας της παρεχόμενης προς αυτούς φροντίδα υγείας. Η διασφάλιση της ποιότητας είναι άμεσα συνυφασμένη με την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του ασθενή και η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ικανοποίησης αποτελεί βασικό ζητούμενο για το υγειονομικό σύστημα. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γίνεται από κάθε ασθενή ξεχωριστά με υποκειμενικά κριτήρια, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση είναι μια σχετική έννοια (Gnardellis *et. al.*, 2005). Ο Merkouris (1999) αναφέρει μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των McDonnell και Nash (1990), στην οποία καταγράφονται όλα τα εργαλεία ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες από το 1970 ως το 1990. Από τις 21 δημοσιευμένες κλίμακες εργαλείων που βρέθηκαν, μόνο οι 9 είχαν αξιολογηθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους μέσω κάποιας επίσημης διαδικασίας.

Χρυσός κανόνας, όσο αφορά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν υπάρχει. Σύμφωνα με τους Sitzia & Wood (1998) για την μέτρηση της ικανοποίησης χρειάζεται: α) περιγραφή των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του ασθενή, β) αναγνώριση προβληματικών περιοχών στους υγειονομικούς οργανισμούς και στη συνέχεια παραγωγή ιδεών ως λύσεις και γ) αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Ο Powell (2001) διατυπώνει πως οι έρευνες που διεξάγονται για την ικανοποίηση τους ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία μάθησης, πιστοποίησης οργανισμών αλλά και ως οδηγός για τη λήψη αποφάσεων διαχειριστικού τύπου.

Ορισμένα βασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή είναι (Στάγιας, 2011):

- ❖ Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ- 18 και CSQ-8) (Larsen, 1979). Δημιουργήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στο CSQ-8, παρόλο που είναι σύντομο, οι ερωτήσεις του μοιάζουν πολύ μεταξύ τους.

- ❖ Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από την Επίσκεψη (Consultation Satisfaction Questionnaire, Consult SQ). Αν και έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, οι ερωτήσεις χαρακτηρίζονται από επαναληψιμότητα και δεν υπάρχει ερώτηση που να μετρά τα θεραπευτικά αποτελέσματα.
- ❖ Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ασθενούς (La Monica-Oberst patient satisfaction scale, LOPSS). Αν και έχει τροποποιηθεί πολλές φορές, έχει περιορισμένη αξία και αφορά κυρίως τη νοσηλευτική φροντίδα (La Monica, 1986).
- ❖ Η Επαφή με τον ιατρό (Linder-Pelz, 1982). Περιλαμβάνει κλίμακες Γενικής Ικανοποίησης και Άνεσης για τις οποίες δεν υπάρχουν διαθέσιμες σαφείς ψυχομετρικές πληροφορίες.
- ❖ Η Κλίμακα Ιατρικής Συνέντευξης για την Ικανοποίηση (Medical Interview Satisfaction Scale, MISS). Διαθέτει μέτριες ψυχομετρικές ιδιότητες. Η εσωτερική της δομή είναι χαμηλή, υπάρχουν περιττές ερωτήσεις και αντιμετωπίζει τους ασθενείς με μια πατερναλιστική οπτική (Wolf, 1978).
- ❖ Ο Δείκτης Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient Satisfaction Index, PSI) (Guyatt *et al.*, 1995). Η εννοιολογική του βάση και η κατασκευή του εργαλείου ήταν υποδειγματικά. Είναι αξιόπιστο εργαλείο παρόλο που τα στοιχεία για την εγκυρότητά του ήταν ασαφή. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων του αντανακλά περισσότερο τις εμπειρίες παρά την ικανοποίηση και σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε συνεντεύξεις.
- ❖ Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ) (Ware, *et. al.*, 1983). Αναπτύχθηκε προκειμένου να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες παρόλο που ορισμένες υποκλίμακες έχουν χαμηλή αξιοπιστία και μπορεί να αντανακλά την ικανοποίηση από τη ζωή.
- ❖ Ένα σύντομο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς είναι το «PPE-15» (Picker Patient Experience Questionnaire) το οποίο παρέχει μια βασική ομάδα 15 ερωτήσεων που εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία και αφορούν κάθε ασθενή. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι έχει υψηλή εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια.
- ❖ Το SERVQUAL είναι από τις ελάχιστες κλίμακες των οποίων η ανάπτυξη βασίστηκε σε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα και η μοναδική με τόσο καλή θεωρητική τεκμηρίωση. Η κλίμακα SERVQUAL δημιουργήθηκε από 3

σπουδαίους ανθρώπους του μάρκετινγκ, τους Parasuraman, Zeithaml και Berry. Έκτοτε είναι η πιο πολυχρησιμοποιημένη και σταθμισμένη κλίμακα σε όλους τους τομείς, ενώ αποτέλεσε και το επίκεντρο κριτικής. Υπολογίζεται ότι αποτελεί λέξη κλειδί σε πάνω από 50 άρθρα, που αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος αλλά και στην εφαρμογή του εργαλείου. Η ανάπτυξη της κλίμακας SERVQUAL, προήλθε μετά μια βαθιά αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας μιας υπηρεσίας και ύστερα από μια ευρεία ποιοτική έρευνα.

Σύμφωνα με μία άποψη η «ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών. Το SERVQUAL αποτελεί μεθοδολογία και ταυτόχρονα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του προκειμένου να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώληση τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών. (Κωσταγιόλας Π., 2006).

Η SERVQUAL παρέχει ένα σχέδιο που βασίζεται στις απόψεις των πελατών για μια επιχείρηση, στην σπουδαιότητα της αξιολόγησης των βασικών πόρων και στη σύγκριση μεταξύ του τι πιστεύουν οι εργαζόμενοι και τι νιώθουν οι πελάτες.

Παρέχει αναλυτικές πληροφορίες σχετικά:

- Με τις προοπτικές για υπηρεσία που έχουν οι πελάτες.
- Με τα επίπεδα απόδοσης της επιχείρησης όπως τα αντιλαμβάνονται οι πελάτες.
- Με τα σχόλια και τις προτάσεις των πελατών.
- Με τις εντυπώσεις υπαλλήλων με σεβασμό στις προσδοκίες των πελατών και την ικανοποίησή τους (Κερμίτσης, 2005).

Τα παραπάνω βασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή αργότερα εμπλούτισαν τα:

- ❖ The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al. 2000). Είναι από τις ελάχιστες κλίμακες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών και εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.
- ❖ Η “CAHPS” (Consumer Assessment of Health Providers and Systems) “Αξιολόγηση των Παροχών Υγείας και του Συστήματος από τον Καταναλωτή” το οποίο χρησιμοποιείται σε πολλές μελέτες.
- ❖ Το “EUROPEP” (Grol et al., 2000) αξιολογεί τις βαθμολογήσεις των ασθενών για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που καλύπτουν τις προοπτικές των ασθενών για τη φροντίδα τους από τους νοσηλευτές, τη φροντίδα τους από τους γιατρούς, το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις εμπειρίες τους στο νοσοκομείο, την παροχή πληροφοριών κατά την αναχώρηση και τη συνολική βαθμολόγηση του νοσοκομείου παρόμοια με τις διαστάσεις που χρησιμοποιεί η Press Ganey.
- ❖ Το “Ερωτηματολόγιο Εμπειριών Ασθενή” (Patient Experiences Questionnaire) αξιολογεί τη σχέση μεταξύ των εμπειριών του ασθενή, τις πτυχές της φροντίδας υγείας που παρέχεται και τα χαρακτηριστικά των εσωτερικών ενήλικων ασθενών. Περιέχει 10 υποκλίμακες. (Danielson et al., 2007).
- ❖ Η “Verona Service Satisfaction Scale-European version” (VSSS-EU, Corbière et al., 2003). Αξιολογεί την ικανοποίηση ασθενών με ψυχική ασθένεια από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Είναι σχετικά μεγάλη κλίμακα, ακόμη και στις πιο σύντομες εκδόσεις, και οι απαντήσεις εκφράζονται σε λέξεις ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει δεν αναφέρονται μόνο στην τρέχουσα νοσηλεία.
- ❖ «The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire, PJHQ» (Meterko et al., 1990) είναι μια κλίμακα που παρουσιάστηκε λεπτομερώς και εκτενώς μέσα από 8 άρθρα ενός τεύχους του περιοδικού Medical Care, στο οποίο οι Meterko et al. παρουσίασαν τα πορίσματα ενός έργου διάρκειας 6 μηνών και την κλίμακα που ανέπτυξαν. Είναι από τις λίγες κλίμακες που είχαν σαν πρωταρχικό στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και την διαχώρισε από την ικανοποίηση.

Σημειώνεται πως τα αποτελεσματικά ερωτηματολόγια πρέπει να διαθέτουν κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες και να έχουν τρεις σημαντικές ιδιότητες: α) την

εστίαση, β) τη συντομία και γ) τη σαφήνεια. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να εστιάζουν άμεσα σε συγκεκριμένα θέματα, να είναι σύντομες και να εκφράζονται όσο πιο απλά και με σαφήνεια γίνεται.

Δείκτες για την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών υπηρεσιών υγείας έχουν υιοθετηθεί σε εθνικό επίπεδο και σχετίζονται με τις αντιλήψεις, προσεγγίσεις και προτεραιότητες των χωρών που τους χρησιμοποιούν. Στην Ευρώπη, ο πιο διαδεδομένος είναι ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Ικανοποίησης Χρηστών Υπηρεσιών (European Customer Satisfaction Index, ECSI) στον οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα. Βασικοί στόχοι του αποτελούν: α) η παραγόμενη σχέση που προκύπτει ανάμεσα στην ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και σε οικονομικούς δείκτες και μετρήσεις, β) η μέτρηση της οικονομικής σταθερότητας, γ) η μέτρηση συσχέτισης και δ) η εκτίμηση της οικονομικής ευημερίας (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008).

4.5 Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά ολόκληρη τη κοινωνία στο σύνολό της. Αφορά τους ασθενείς – χρήστες των υπηρεσιών υγείας καθώς και τις οικογένειες και τους συγγενείς αυτών. Παράλληλα, αφορά όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες που σχετίζονται με την υγεία (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) καθώς και αυτούς που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς κ.α.).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μία συνεχή και υπέρογκη αύξηση των δαπανών υγείας η οποία εν τούτοις δεν συνοδεύεται από τα αναμενόμενα υγειονομικά οφέλη και αποτελέσματα. Κυβερνήσεις χωρών και διεθνείς οργανισμοί προσπαθούν να περιορίσουν το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας εφόσον όσο αφορά αφενός τον δημόσιο τομέα το αυξημένο κόστος οδηγεί στην περικοπή δαπανών από άλλες κοινωνικές δομές, όπως για παράδειγμα την παιδεία και την πρόνοια, και αφετέρου όσο αφορά τον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος για την συγκράτηση των δαπανών επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβαρύνει την οικονομία στο σύνολό της (Κοντούλη και Γείτονα, 1992).

Αν και το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια καθοριστική παράμετρο για την λειτουργία των μονάδων που τις παρέχουν, εν τούτοις τελευταία όλο και περισσότερο οι διοικήσεις των μονάδων υγείας αλλά και πολλοί ερευνητές δίνουν έμφαση στο επιμέρους κόστος που φέρνει η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το κόστος αυτό είναι στην ουσία το κόστος που δημιουργείται είτε από την απουσία εξαρχής των κατάλληλων και ενδεδειγμένων ενεργειών για την παροχή της υπηρεσίας υγείας είτε από την λάθος εφαρμογή τους.

Μερικά παραδείγματα χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι η επανάληψη μιας ιατρικής εξέτασης λόγω αναξιοπιστίας του αποτελέσματός της, η ματαίωση ή αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης λόγω ακατάλληλης προετοιμασίας, η λανθασμένη καταγραφή του ιατρικού ιστορικού κ.λπ. Σε περίπτωση δε σωματικής βλάβης ή απώλειας ζωής του ασθενούς λόγω κακής ή καθυστερημένης αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι ανυπολόγιστο (Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με υπολογισμούς που έχουν διατελέσει επιστήμονες που ασχολούνται με θέματα ποιότητας, το κόστος της χαμηλής ή της κακής ποιότητας οργανισμών με καλή διοίκηση και διαχείριση αγγίζει το ποσοστό 30% των εσόδων τους. Επιπρόσθετα, τονίζουν πως το ¼ του προσωπικού τους απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά (Δερβιτσιώτης, 1993).

Πέρα όμως από τις προαναφερθείσες αρνητικές επιπτώσεις, το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας έχει αντίκτυπο και στην συνολική παραγωγικότητα ενός νοσοκομείου με την έννοια πως αν αυτό επαναλαμβάνει ή διορθώνει δραστηριότητες που δεν έγιναν σωστά με την πρώτη φορά απασχολεί ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Στην αντίθετη περίπτωση αυτοί οι πόροι θα μπορούσαν να αυξήσουν την παραγωγικότητα αντί να ασχολούνται με θέματα για την διόρθωση τους.

Μία ακόμη αρνητική επίπτωση της χαμηλής ή κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας – ίσως η πιο σημαντική – είναι πως το προσωπικό «μαθαίνει να συμβιώνει» με αυτή και μετά από κάποιο χρονικό διάστημα εργάζεται χωρίς καν να την αναγνωρίζει (Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999).

Η εκτίμηση ή ο υπολογισμός της κακής ή χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι μία δύσκολη υπόθεση η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ειδικές μελέτες από ειδικούς επιστήμονες. Για αυτό τον λόγο το συγκεκριμένο κόστος χαρακτηρίζεται αφανές κόστος και οι δαπάνες αυτού δεν καταγράφονται πουθενά και ελέγχονται με δυσκολία.

Σύμφωνα με τους Porter & Teisberg αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι η ποιότητα και το κόστος πολλές φορές βελτιώνονται ταυτόχρονα. Έτσι, στον κλάδο της υγείας δεν πρέπει να δημιουργείται ή συντηρείται μια νοοτροπία που να ευνοεί την αντίληψη, ότι το κόστος ή η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί το ένα εις βάρος του άλλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Benchmarking

5.1 Τι είναι το benchmarking και ποιοι είναι οι στόχοι του

Το benchmarking, το οποίο έχει αποδοθεί στα Ελληνικά ως συγκριτική προτυποποίηση¹⁴ αλλά και ως συγκριτική αξιολόγηση¹⁵, αποτελεί αναμφισβήτητα ένα σημαντικό κεφάλαιο στο τομέα της ποιότητας. Είναι μία συνεχής διαδικασία μέτρησης προϊόντων, υπηρεσιών και μεθόδων που εφαρμόζεται στο πλαίσιο του ανταγωνισμού (Παπανικολάου, 2007) έναντι των μονάδων που θεωρούνται καλύτερες και επιτυγχάνουν μεγαλύτερες και ποιοτικότερες αποδόσεις (Κέφης, 2005). Σύμφωνα με τον Robbins (1995) αποτελεί μια πολύ συγκεκριμένη απεικόνιση της λεπτομερούς ανίχνευσης του επιχειρηματικού περιβάλλοντος.

Στόχος του benchmarking είναι η βελτίωση του οργανισμού μέσω της σύγκρισής του με άλλους καλύτερους στο είδος του. Μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης ο οργανισμός μπορεί:

- ✓ Να προσδιορίσει ποσοτικά τις διαφορές απόδοσης που υπάρχουν ανάμεσα σε αυτόν και στον συγκρίσιμο οργανισμό.
- ✓ Να αιτιολογήσει, βάση πραγματικών δεδομένων, που οφείλονται αυτές οι διαφορές.
- ✓ Να εντοπίσει τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει με στόχο τη συνεχή βελτίωσή του μέσω νέων μεθόδων και μηχανισμών που θα βοηθήσουν να αναλύσει την αποτελεσματικότητα και την ανταγωνιστικότητά του.

Ένα βασικό ζητούμενο της συγκριτικής προτυποποίησης είναι η βελτίωση της ποιότητας σε όλους τους επιμέρους της τομείς. Η ανάλυση επομένως των δεικτών της προς μελέτη επιχείρησης όσο αφορά την ποιότητα του προσωπικού, την ποιότητα των

¹⁴ Παπαδάκης Β. Μ., Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής εμπειρία, Τόμος Α', 4^η Έκδοση, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 2002

¹⁵ Θεριού Ν., Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2002

προϊόντων – υπηρεσιών που παράγονται καθώς και την ικανοποίηση των πελατών της συμβάλλει σε ένα σημαντικό βαθμό στην επίτευξη αυτού του στόχου.

Benchmarking δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση πιστή αντιγραφή των μεθόδων και των διαδικασιών του οργανισμού «πρότυπο». Αυτό, θα οδηγούσε κατά τον Deming απλά στην αποτυχία. Αντίθετα, η μελέτη των δεδομένων και των διαδικασιών της επιχείρησης ή του οργανισμού που έχει επιλεγεί για την σύγκριση, πρέπει να οδηγήσει στην υιοθέτηση τους, προσαρμοσμένα όμως στον χαρακτήρα, στις αξίες, στις συνήθειες και γενικότερα στην κουλτούρα του οργανισμού που εφαρμόζει την συγκριτική αξιολόγηση (Κέφης, 2005).

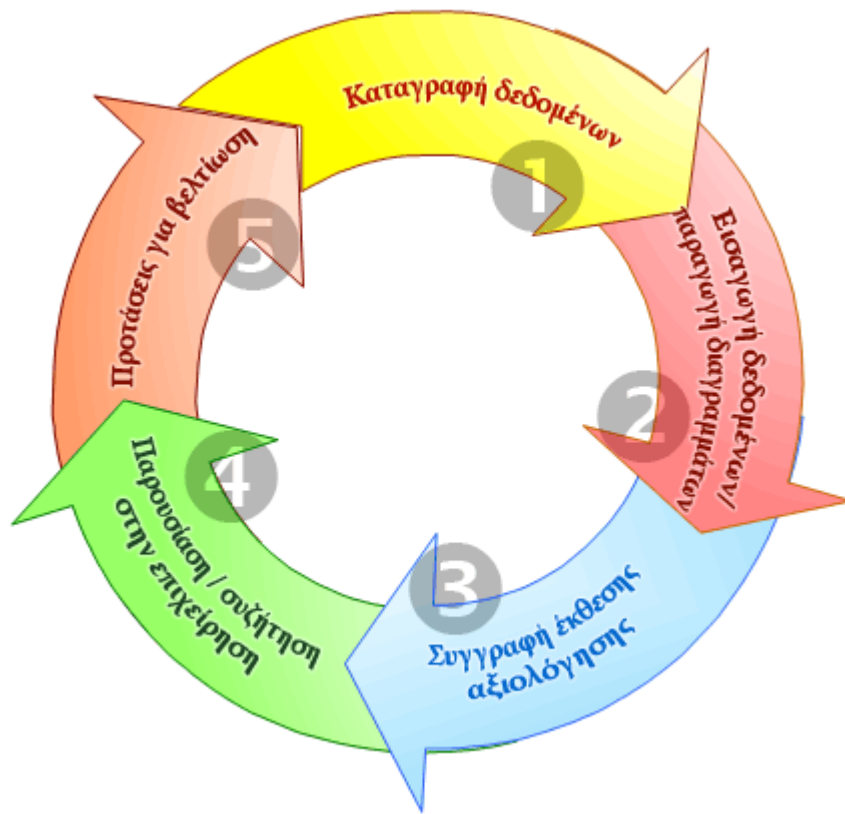
Κατά την εφαρμογή του benchmarking (Πίνακας 5.1) πρέπει να ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα (Pitts & Lei, 1996):

- α. Εντοπισμός από τα στελέχη του οργανισμού των εσωτερικών διαδικασιών που χρήζουν βελτίωσης.
- β. Εύρεση των εταιριών που έχουν επιτύχει με αποτελεσματικότητα στις προαναφερθείσες διαδικασίες.
- γ. Προσπάθεια για επικοινωνία με τα ειδικευμένα στελέχη της εταιρείας – πρότυπο με σκοπό την ανταλλαγή και μετάδοση των γνώσεων που απέκτησαν μέσω των εμπειριών τους.
- δ. Υιοθέτηση των μηχανισμών και των μεθόδων που ακολούθησε η προς μελέτη εταιρεία που την οδήγησαν σε αυξημένες αποδόσεις, βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας.

Υπό μία άλλη οπτική η διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης περιλαμβάνει:

1. Καταγραφή των δεδομένων από την επιχείρηση ή τον οργανισμό.
2. Εισαγωγή των δεδομένων στο καλύτερο δυνατό πλαίσιο και κατόπιν παραγωγή των διαγραμμάτων αξιολόγησης.
3. Αξιοποίηση της βάσης δεδομένων εξάγοντας από αυτήν αποτελέσματα και διαγράμματα και βάση αυτών συγγραφή της έκθεσης αξιολόγησης.
4. Παρουσίαση και συζήτηση με ειδικούς εμπειρογνώμονες για τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει από την αξιολόγηση προκειμένου να διερευνηθούν νέες λύσεις.
5. Προτάσεις για βελτίωση και εφαρμογή μεθόδων καινοτομίας.

Πίνακας 5.1



Τα βήματα τού benchmarking¹⁶

5.2 Διάκριση και είδη του benchmarking

Ο Κέφης (2005) διακρίνει δύο βασικές κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης: α) την εσωτερική και β) την εξωτερική. Η πρώτη, αφορά τη μελέτη των επιτυχημένων τρόπων λειτουργίας και των διαδικασιών των τμημάτων μιας επιχείρησης με σκοπό να επεκταθούν στο σύνολο των τμημάτων της. Από την άλλη, η εξωτερική περιλαμβάνει: 1) την συγκριτική προτυποποίηση του ανταγωνιστή η οποία εξετάζει τους μηχανισμούς και τις μεθόδους των ανταγωνιστικών εταιρειών και την κατόπιν υιοθέτησή τους προσαρμοσμένες στο χαρακτήρα της δικής της κουλτούρας, 2) τη συγκριτική προτυποποίηση των μη ανταγωνιστών η οποία έχει πανομοιότυπη λειτουργία με την προηγούμενη με την διαφορά ότι οι προς εξέταση εταιρείες δεν είναι ανταγωνιστικές και

¹⁶ Πηγή: <http://www.e-benchmarking.org/el/benchmarking.html>

3) τη τεχνολογική συγκριτική προτυποποίηση η οποία λαμβάνει υπόψη της την τεχνολογία που διαθέτουν οι άλλες εταιρείες και εφόσον αυτή λειτουργεί στο πλαίσιο βελτίωσης της ποιότητας αυτών, προσπαθεί να υιοθετήσει και εφαρμόσει αντίστοιχη τεχνολογία και η ίδια.

Οι Bogan και English (1994) διατυπώνουν τρία είδη benchmarking: α) την διαδικασία, η οποία αφορά συγκεκριμένες λειτουργίες της εταιρείας ή του οργανισμού και έχει σκοπό να βρεθούν οι καλύτεροι δυνατοί μηχανισμοί και μέθοδοι που χρησιμοποιούν εταιρείες με παρόμοιες λειτουργίες, β) την απόδοση, η οποία συγκρίνει τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες έτσι ώστε η εταιρεία - οργανισμός να μπορεί να ενισχυθεί έναντι των ανταγωνιστικών εταιρειών – οργανισμών και γ) το στρατηγικό benchmarking, το οποίο εστιάζει στους τρόπους που οι επιχειρήσεις αυξημένης απόδοσης αντιμετωπίζουν τον ανταγωνισμό καθώς και στις στρατηγικές που ακολουθούν για αυτό τον σκοπό αυτό. Επισημαίνεται πως το στρατηγικό benchmarking, σε αντίθεση με τα δύο προηγούμενα, αντιμετωπίζει τον οργανισμό ως σύνολο.

Ο Πολύζος (2014) αναφέρει τρεις προσεγγίσεις, όσο αφορά την κατηγοριοποίηση, οι οποίες προκύπτουν από μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησε η Aulik (2002). Αυτές συνοπτικά είναι:

- Οι συγκρίσεις ποσοτικών μετρήσεων (κόστος, τιμή, χρόνος κ.λπ.) και ποιοτικών μετρήσεων (ικανοποίηση πελατών, ικανοποίηση προσωπικού κ.λπ.) που τελούνται σε διαφορετικούς οργανισμούς.
- Η εκτίμηση της θέσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας σε σχέση με την αντίστοιχη θέση που κατέχει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και η οποία θεωρείται βέλτιστη.
- Η εξέταση και η ανάλυση των μηχανισμών και των διαδικασιών οι οποίες έχουν παράγει ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα έτσι ώστε να εντοπιστούν οι λόγοι και οι μέθοδοι που έφεραν αυτό το αποτέλεσμα προκειμένου να υιοθετηθούν.

Τέλος, σύμφωνα με τον Watson (1993) υπάρχουν οι παρακάτω τέσσερις βασικοί τύποι benchmarking:

- 1) Εσωτερικό benchmarking. Αφορά διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα μέσα στον οργανισμό όπως για παράδειγμα συγκρίσεις επιμέρους τμημάτων,

κέρδη, τόποι εγκατάστασης κ.λπ. Επιφέρει διαφάνεια στις επιδόσεις που επιτυγχάνουν τα επιμέρους τμήματα – διευθύνσεις της επιχείρησης μέσω της μελέτης τους.

- 2) Ανταγωνιστικό benchmarking. Αφορά τη σύγκριση με άλλες επιχειρήσεις – οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην παραγωγή ίδιων ή παρόμοιων προϊόντων – υπηρεσιών, με σκοπό να υιοθετήσει ανάλογες πρακτικές προκειμένου να επιτύχει αυξημένες επιδόσεις και αποτελέσματα.
- 3) Λειτουργικό benchmarking. Συγκρίνει ειδικές λειτουργίες (διανομή, εξυπηρέτηση, πληροφοριακό σύστημα κ.λπ.) του οργανισμού με το καλύτερο της κατηγορίας του. Απαιτείται η αναγνώριση – εντοπισμός του κορυφαίου κάτι που είναι ιδιαίτερος χρονοβόρο αλλά από την άλλη υπάρχει ευκολότερη πληροφόρηση λόγω ανυπαρξίας ανταγωνιστή.
- 4) Γενικό benchmarking. Αφορά τη σύγκριση μόνο επιχειρησιακών διαδικασιών ανεξαρτήτως οργανισμών, τομέα της οικονομίας ή κλάδου.

5.3 Το benchmarking στην υγεία

Η συγκριτική αξιολόγηση αν και νέα στον κλάδο της υγείας (Camp, 1995), εν τούτοις είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που μεταξύ άλλων χρησιμεύει (Παπανικολάου, 2007):

- ✓ Στη διοίκηση.
- ✓ Στην μείωση του κόστους.
- ✓ Στην ανάπτυξη επιχειρησιακής στρατηγικής.
- ✓ Στην υλοποίηση της διοίκησης ολικής ποιότητας.
- ✓ Στο να μειωθεί ο χρόνος που αφορά την ανάπτυξη του προϊόντος ή της υπηρεσίας καθώς και της παροχής αυτών.
- ✓ Στη βελτίωση της εξυπηρέτησης πελατών.

Τα στάδια εφαρμογής της συγκριτικής αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας είναι (Πολύζος, 2014):

- Αναγνώριση και καταγραφή των τάσεων. Καταρχάς σχεδιάζεται και οριοθετείται η διαδικασία πάνω στην οποία θα εφαρμοστεί η συγκριτική

αξιολόγηση. Κατόπιν μετριέται έτσι ώστε να καταδειχτεί αν και σε ποιον βαθμό η διαδικασία αυτή βελτιώθηκε. Στην περίπτωση που έχει βελτιωθεί αυτό θα οδηγήσει και στην βελτίωση της μονάδας υγείας, γεγονός που θα έχει άμεσο θετικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση του ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

- Παρακολούθηση των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό υγείας. Προκειμένου να προσδιοριστούν οι διαδικασίες που θα εφαρμοστούν καθώς και οι μετρήσεις που σχετίζονται με αυτές, πρέπει να συλλεχθούν τα απαραίτητα στοιχεία και δεδομένα.
- Οριοθέτηση και εντοπισμός του σημείου αναφοράς , η επίτευξη του οποίου θα αποτελεί στόχο για τον οργανισμό. Επιπρόσθετα, επιλέγονται τα κατάλληλα κριτήρια που θα καθορίσουν ποιοι είναι οι στόχοι για όσο αφορά την βελτίωση και παράλληλα γίνεται έρευνα για να βρεθούν οι ανταγωνιστές.
- Ανάλυση όλων των δεδομένων που έχουν προκύψει από τις συγκρίσεις. Η απόδοση μεταξύ ανταγωνιστών και εταίρων τίθεται προς σύγκριση και επιπλέον ανιχνεύονται οι καλύτερες μέθοδοι και τεχνικές που μπορούν να συμβάλλουν προς μια ενισχυμένη απόδοση και αποτελεσματικότητα.
- Καθορίζονται οι νέοι στόχοι και οι ενέργειες έτσι ώστε ο οργανισμός να λειτουργεί με τις καλύτερες δυνατές πρακτικές ενώ παράλληλα σχεδιάζονται οι διαδικασίες που θα επιτρέψουν στην καλύτερη παρακολούθησή τους μέσω μετρήσεων που θα πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πολλές βάσεις δεδομένων που έχουν σχέση με την υγεία και στις οποίες έχει το κοινό πρόσβαση. Αυτές, δείχνουν συγκρίσεις από διάφορους τομείς των νοσοκομείων και συχνά αποτελούν επαρκείς βάσεις για συγκρίσεις. Παρόλα αυτά είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο και πρέπει να γίνουν περισσότερα και μεγαλύτερα βήματα εφόσον το benchmarking «είναι το κλειδί για την επιτυχημένη εφαρμογή των αρχών της διοίκησης ολικής ποιότητας» (Παπανικολάου, 2007).

5.4 Αποτελέσματα της εφαρμογής του benchmarking

Το benchmarking, σύμφωνα με την βιβλιογραφία γενικά, αποσκοπεί στην αύξηση της παραγωγικότητας, στην υιοθέτηση πραγματικών – εφικτών στόχων, στην αντιμετώπιση του ανταγωνισμού, στην εκπαίδευση – μάθηση του προσωπικού καθώς και στην ενθάρρυνση του για την ανάπτυξη και διαμόρφωση νέων ιδεών. Συγκεκριμένα οι Yassin & Zimmerer (1995) αναφέρουν πως η πετυχημένη εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης σε συνδυασμό με την υιοθέτηση της στην γενικότερη οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού ή της επιχείρησης μπορεί να φέρει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να βελτιώσει την οικονομική του/της δυναμική, ενώ ο Zairi (1994) διατυπώνει την πεποίθησή του πως το benchmarking βελτιώνει την αποδοτικότητα και οδηγεί στην αριστεία.

Ο Πολύζος (2014), αναφέρει πως οι λειτουργίες του οργανισμού με το μεγαλύτερο όφελος από την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης είναι η βελτίωση των διαδικασιών, η θέσπιση εσωτερικών στόχων και η βελτίωση της ποιότητας.

Τα βασικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου, σύμφωνα με τον Κέφη (2005) είναι: α) η εύρεση των δυνατοτήτων και των αδυναμιών που έχουν άλλες επιχειρήσεις ή οργανισμοί, β) ο προσδιορισμός της πραγματικής θέσης της επιχείρησης – οργανισμού έναντι άλλων, γ) η γρήγορη εφαρμογή της αναδόμησης, της αναδιάρθρωσης και του ανασχεδιασμού, δ) ο εντοπισμός τρόπων που βελτιώνουν τις δραστηριότητες του οργανισμού πέρα από τις περιοριστικές γραμμές που πλαισιώνεται και ε) η βελτίωση της ποιότητας του περιβάλλοντος που διέπει τον οργανισμό. Στον αντίποδα, ως κύριο μειονέκτημα αναφέρει την μη εγκυρότητα, συχνά, των δεδομένων – στοιχείων που παρέχει η εταιρεία πρότυπο στην εταιρεία «μελετητή» με στόχο την παραπλάνηση της τελευταίας. Επιπρόσθετα, αρνητικά αξιολογείται και η παροχή πληροφοριών δευτερεύουσας σημασίας η οποία συνοδεύεται με την απόκρυψη των κύριων και σημαντικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συστήματα και πρότυπα ποιότητας στο τομέα της υγείας

6.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα ποιότητας είναι εργαλεία που σκοπό έχουν την οργάνωση καθώς και την βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών ενός οργανισμού. Περιλαμβάνουν τις περισσότερες από τις μεθόδους και τις τυπικές διαδικασίες που έχουν σχέση με τη λειτουργία του οργανισμού αλλά και με την οργάνωση και τον καταμερισμό των ευθυνών. Ένα σύστημα ποιότητας οφείλει να είναι άρτια τεκμηριωμένο εφόσον η τεκμηρίωση παίζει πρωταρχικό ρόλο για τον έλεγχο ποιότητας ενός οργανισμού (Παπανικολάου, 2007).

Ο Κέφης (2005) ορίζει το σύστημα διασφάλισης ποιότητας ως όλες εκείνες τις σχεδιασμένες και συστηματικές ενέργειες οι οποίες είναι απαραίτητες ώστε να αισθανθεί ο χρήστης την εμπιστοσύνη που χρειάζεται προκειμένου να είναι σίγουρος ότι το αγαθό ή η υπηρεσία ικανοποιούν προσδιορισμένες απαιτήσεις. Προσθέτει δε πως κάθε επιχείρηση ανεξάρτητα με το πόσο μεγάλη ή μικρή είναι, οφείλει να καλύπτεται από ένα τέτοιο σύστημα διότι αυτό οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων – υπηρεσιών της, στη κατάλληλη πρόληψη για την αποφυγή λαθών, στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη μείωση του κόστους.

Ο Κωσταγιόλας *et. al.* (2008) αναφέρει πως «πρότυπο», σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN), είναι ένα επιθυμητό και εφικτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, ένα μέτρο, στάθμη ή σειρά εφαρμογών, η επιθυμητή ποσότητα, ποιότητα ή επίπεδο απόδοσης που ανταποκρίνεται σε κάποιο κριτήριο με το οποίο συγκρίνεται η εφαρμοσμένη φροντίδα υγείας (Wright & Whittington, 1992).

Τα πρότυπα οφείλουν να συμμορφώνονται στο καλύτερο δυνατό επίπεδο με τους κανόνες, τις οδηγίες, τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων με στόχο την κατοχύρωση της ασφάλειας του χρήστη καθώς και τη πρόληψη προβλημάτων.

Η Παπανικολάου (2007) διατυπώνει πως το πρότυπο είναι μια τεχνική ή διοικητική προδιαγραφή που υποδεικνύει συγκεκριμένα κριτήρια βάση των οποίων διασφαλίζεται πως υλικά, προϊόντα και υπηρεσίες είναι κατάλληλα για χρήση. Τα πρότυπα, συμπληρώνει, προσδιορίζουν το πώς τα συστήματα θα έπρεπε να κατασκευάζονται και να λειτουργούν (Πίνακας 6.1).

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό (ΕΛΟΤ EN 45020:1996), πρότυπο είναι το έγγραφο που έχει καθιερωθεί με συναίνεση και έχει εγκριθεί από έναν αναγνωρισμένο φορέα. Ο όρος «πρότυπο» δεν πρέπει να συγχέεται με αυτόν της τυποποίησης ο οποίος αφορά στην εκπόνηση προδιαγραφών και προτύπων, κανονισμών και κανόνων.

Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας τελείται μέσω τριών βασικών προσεγγίσεων που τυγχάνουν μεγάλης αποδοχής εδώ και χρόνια (Παπανικολάου, 2007). Αυτές είναι η χορήγηση άδειας, η διαπίστευση και η πιστοποίηση.

Πίνακας 6.1



Η αλυσίδα της διασφάλισης ποιότητας¹⁷

6.2 Η χορήγηση άδειας (licensure)

Η χορήγηση άδειας (licensure) είναι πάντοτε υποχρεωτική και αφορά τα πρότυπα που πρέπει να χρησιμοποιούνται - πληρούνται έτσι ώστε να υπάρχει διασφάλιση ότι ο οργανισμός διαθέτει τα απαραίτητα συστατικά που απαιτούνται σε ένα ελάχιστο επίπεδο που αφορά την παροχή φροντίδας υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον ελάχιστου κινδύνου για την υγεία του ασθενούς. Μέσω των προτύπων που οφείλουν να πληρούν οι οργανισμοί, τους δίνεται η δυνατότητα να μπορούν να διαφημίσουν την ίδια τους την λειτουργία π.χ. ότι πρόκειται για ένα κέντρο υγείας. Στην ουσία, όταν το κράτος χορηγεί άδεια σε έναν οργανισμό τού επιτρέπει να μπορεί να αναπτύξει τις υπηρεσίες φροντίδας

¹⁷ Πηγή: Κωσταγιόλας et. al., (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου

υγείας προς τους ασθενείς. Η χορήγηση της άδειας σε έναν οργανισμό ή σε ένα άτομο τελείται αρχικά με βάση κάποια εξωτερική αξιολόγηση ή εξέταση. Τέτοια μπορεί να είναι για παράδειγμα η αντιστοίχιση των δικαιολογητικών που έχει καταθέσει ο οργανισμός στην αρμόδια κρατική υπηρεσία με αυτά που ο νόμος απαιτεί.

6.3 Η διαπίστευση (accreditation)

Η διαπίστευση είναι ένα πρόγραμμα – συνήθως εθελοντικό – μέσω του οποίου γίνεται η αξιολόγηση της συμμόρφωσης ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας από εξωτερικούς αξιολογητές βάση προκαθορισμένων προτύπων επίδοσης. Η διαπίστευση απευθύνεται στην ικανότητα και στην επίδοση οργανισμών και όχι μεμονωμένων επαγγελματιών όπως η πιστοποίηση που θα εξετάσουμε παρακάτω. Επιπλέον, την ενδιαφέρει περισσότερο η ανάπτυξη στρατηγικών συνεχούς βελτίωσης, καθώς και το να μπορέσει ο οργανισμός να φτάσει στα καλύτερα δυνατά πρότυπα ποιότητας και όχι απλά στο να συμμορφωθεί με τα ελάχιστα πρότυπα όπως λειτουργεί δηλαδή η χορήγηση άδειας. Τα πρότυπα διαπίστευσης οφείλουν να συμβαδίζουν με το πιο εξελιγμένο και ανώτερο επίπεδο γνώσης του τομέα της ποιότητας της φροντίδας υγείας λαμβάνοντας πάντα υπόψη τα νέα τεχνολογικά δρώμενα, τις νέες θεραπείες αλλά και τις νέες τάσεις στην υγεία. Για τον λόγο αυτό αναθεωρούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα μέσω της ανάπτυξης και εξέλιξής τους. Οι βασικοί στόχοι της διαπίστευσης είναι:

- α. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν μέσω της επίτευξης των καλύτερων δυνατών στόχων που κινούνται προς αυτό τον σκοπό.
- β. Η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων, των οργανισμών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, μέσω της οποίας θα μπορούν να συγκριθούν στοιχεία και πληροφορίες βάση επιλεγμένων προτύπων, διαδικασιών και αποτελεσμάτων.
- γ. Η εκπαίδευση και η παροχή συμβουλών στη διοίκηση και στους επαγγελματίες υγείας των οργανισμών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- δ. Η βελτίωση του δημόσιου αισθήματος εμπιστοσύνης στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.
- ε. Η μεγαλύτερη δυνατή μείωση του ποσοστού κινδύνου που αφορούν τραυματισμούς και μολύνσεις ασθενών αλλά και των εργαζομένων.
- στ. Η ενθάρρυνση για βελτίωση της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας.

Ενδεικτικά, ορισμένοι σημαντικοί εθνικοί οργανισμοί διαπίστευσης είναι:

- Στις ΗΠΑ, η Ενιαία Αρχή Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (JCAHO), η οποία εκδίδει πρότυπα και αξιολογεί αν και κατά πόσο ένας οργανισμός υγείας είναι συμμορφωμένος με αυτά τα πρότυπα και βάση αυτής της αξιολόγησης εκτιμά την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.
- Στον Καναδά, το Καναδικό Συμβούλιο Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας (Canadian Council on Health Services Accreditation), το οποίο πέρα από την διαπίστευση γενικών νοσοκομείων, παρέχει διαπιστεύσεις και σε ψυχιατρικά νοσοκομεία καθώς και σε ιδρύματα αποκατάστασης (Scrivens et. al., 1995).
- Στην Μ. Βρετανία, η υπηρεσία για τη διαπίστευση υπηρεσιών υγείας (Health Quality Service) με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης προτύπων φροντίδας υγείας καθώς και με την λειτουργία συμβουλευτικών υπηρεσιών.
- Στην Ιαπωνία, το Ιαπωνικό συμβούλιο για την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Πρόκειται για έναν διεθνή, μη κερδοσκοπικό και ανεξάρτητο οργανισμό που έχει την αποκλειστικότητα να παρέχει διαπιστεύσεις στην Ιαπωνία. Πέρα των κοινών προτύπων για τα γενικά νοσοκομεία παρέχει και ένα πρότυπο που αφορά μόνο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αποκατάστασης.

Σημειώνεται πως στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί εθνικά πρότυπα ποιότητας που αφορούν την ψυχική υγεία.

6.4 Η πιστοποίηση (certification)

Πιστοποίηση είναι η διαδικασία αξιολόγησης του συστήματος ποιότητας ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης σε σύγκριση με ένα συγκεκριμένο πρότυπο ή εγχειρίδιο (Λιαρόπουλος, 2007). Ως διαδικασία άρχισε να εφαρμόζεται πριν από έναν αιώνα περίπου σε νοσοκομεία της Αμερικής και κατόπιν και σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Αν και δεν υποκαθιστά την διασφάλιση και την βελτίωση της ποιότητας εν τούτοις αποτελεί μία πολύ σημαντική διαδικασία που έρχεται να τις συμπληρώσει. Τελείται από έναν ανεξάρτητο φορέα – άλλοτε κρατικό και άλλοτε όχι – ο οποίος διαθέτει οπωσδήποτε

εμπειρογνωμοσύνη και αξιοπιστία. Με άλλα λόγια, η πιστοποίηση «αποτελεί μια δήλωση ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο στις παραγωγικές της διαδικασίες».

Η πιστοποίηση μπορεί να οριστεί και ως μια διαδικασία επιβεβαίωσης που δίνεται μέσω επιθεώρησης από έναν εξωτερικό και ανεξάρτητο φορέα που διασφαλίζει πως όλες οι απαιτήσεις του προτύπου πληρούνται και πως καλύπτονται από ένα σύστημα ποιότητας. Τα βασικά στάδια που ακολουθεί η διαδικασία πιστοποίησης είναι τα ακόλουθα (Κωσταγιόλας *et. al.*, 2008):

1. Η προμελέτη πιστοποίησης. Αφορά μελέτες οι οποίες λαμβάνουν χώρα από επενδυτικούς συμβούλους ή συμβούλους ποιότητας . Ο ενδεικτικός χρόνος αυτού του σταδίου είναι 2-3 μήνες.
2. Η προετοιμασία για πιστοποίηση. Η εφαρμογή αυτής χρειάζεται 6-9 μήνες και περιλαμβάνει την κατανόηση της ανώτερης διοίκησης όσο αφορά τα οφέλη που θα φέρει η πολιτική διοίκησης ολικής ποιότητας. Στο στάδιο αυτό, ορίζεται ο υπεύθυνος ποιότητας και συγκροτείται η κεντρική επιτροπή για την διασφάλισή της. Ανατίθεται σε εξωτερικό συνεργάτη η ανάθεση προετοιμασίας του οργανισμού για την πιστοποίηση. Δίνονται οδηγίες λειτουργίας τμημάτων και ακολουθεί η δοκιμαστική λειτουργία του συστήματος για την ποιότητα. Τέλος, ολοκληρώνεται το προκαταρκτικό εγχειρίδιο ποιότητας
3. Η πιστοποίηση από αρμόδιο φορέα. Στο στάδιο αυτό, που κρατάει ενδεικτικά 2-3 μήνες, συναντάται καταρχήν ο υπεύθυνος ποιότητας με τον εκπρόσωπο για τα ζητήματα αυτά, του φορέα πιστοποίησης. Η συνάντηση αυτή αποσκοπεί στο να καταστούν γνωστά τα πρώτα αποτελέσματα της αξιολόγησης και να κατανοήσει ο οργανισμός τις διαδικασίες, τα κόστη και τις μεθόδους που θα χρειαστούν. Τέτοια είναι: α) η λήψη διορθωτικών μέτρων και η εφαρμογή των διαδικασιών, β) αίτηση για επίσημη αξιολόγηση και γ) προ-αξιολόγηση συστήματος και λήψη διορθωτικών μέτρων. Μετά το πέρας των αποτελεσμάτων της προ-αξιολόγησης και τις κατάλληλες διορθωτικές κινήσεις εκ μέρους του οργανισμού ο εξωτερικός σύμβουλος ποιότητας: α) αξιολογεί μέσω της ομάδας του εκ νέου τον οργανισμό προκειμένου να δοθεί η τελική αξιολόγηση, β) συναντάται με την διοίκηση, γ) αξιολογεί το εγχειρίδιο ποιότητας του οργανισμού, δ) εκτιμά το κατά πόσο ο οργανισμός έχει συμμορφωθεί σε σχέση με τα πρότυπα, ε) εισηγείται γραπτώς την πιστοποίηση του οργανισμού αφού προηγουμένως έχει προβεί σε

διαπιστώσεις και στ) δίνει το «πράσινο φως» για να δοθεί γραπτή απάντηση από τον φορέα πιστοποίησης στον οργανισμό.

Στην περίπτωση θετικής αξιολόγησης δίνεται στον οργανισμό το σχετικό πιστοποιητικό ύστερα από 1-2 μήνες ενώ στην αντίθετη περίπτωση, δηλαδή της αρνητικής αξιολόγησης, η διαδικασία διακόπτεται και δίνεται παράταση προκειμένου να παρθούν οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις.

4. Η διατήρηση ή η αλλαγή του είδους της πιστοποίησης. Ο οργανισμός επαναξιολογείται από τον φορέα πιστοποίησης κάθε τρία με τέσσερα χρόνια μέσω επιθεωρήσεων. Σε περίπτωση αλλαγής δραστηριότητας ή επέκτασής της δίνεται η δυνατότητα να αλλαχθεί το είδος της πιστοποίησης ή να διευρυνθεί.

Η πιστοποίηση, πέρα από ολόκληρους οργανισμούς υγείας, μπορεί να εφαρμοστεί και σε μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας π.χ. σε έναν χειρουργό αλλά και σε επιμέρους τμήματα ενός οργανισμού φροντίδας υγείας π.χ. υπηρεσίες εργαστηρίων ή υπηρεσίες που αφορούν την κουζίνα ενός νοσοκομείου.

6.5 Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000

6.5.1 Εισαγωγή

Όπως είδαμε παραπάνω, πρότυπα είναι όλα τα έγγραφα που έχουν εκδώσει αναγνωρισμένοι φορείς και τα οποία περιέχουν κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες και τεχνικές προδιαγραφές που εξασφαλίζουν την ανταπόκριση των πρώτων υλών, των αγαθών και των υπηρεσιών στο σκοπό για τον οποίο προορίζονται. Η ραγδαία ανάπτυξη και εξέλιξη της τεχνολογίας καθώς και η παγκοσμιοποίηση των οικονομιών και των κοινωνιών οδήγησαν στη δημιουργία προτύπων, κοινά αποδεκτών όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά διεθνώς. Η διαχείριση της ποιότητας παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο όχι μόνο για την ανάπτυξη αλλά και για την επιβίωση κάθε επιχείρησης. Η ποιότητα και τα συστήματα που την διασφαλίζουν επηρεάζουν κάθε λειτουργία της επιχείρησης – οργανισμού και μέσω της συνεχής βελτίωσής της οδηγεί στην καλύτερη δυνατή ικανοποίηση του χρήστη – πελάτη. Προκειμένου να πιστοποιηθούν τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας έχουν δημιουργηθεί τα διεθνή πρότυπα ISO (International Standardization Organization) τα

οποία αναφέρονται στην αξιολόγηση αυτών των συστημάτων «σύμφωνα με τις απαιτήσεις που περιλαμβάνονται σε ένα από τα τρία πρότυπα της σειράς, τα οποία χρησιμοποιούνται για σκοπούς πιστοποίησης Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας» (Κέφης, 2005).

Τα πρότυπα ISO δημιουργήθηκαν το 1947 στην Γενεύη από τον Διεθνή Οργανισμό Συστημάτων Τυποποίησης «σύμφωνα με τις απαιτήσεις που περιλαμβάνονται σε ένα από τα τρία πρότυπα της σειράς, τα οποία χρησιμοποιούνται για σκοπούς πιστοποίησης Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας» (Κέφης, 2005) που είναι μη κυβερνητικός οργανισμός και περιλαμβάνει εθνικούς οργανισμούς τυποποίησης από 142 και πλέον χώρες. Η χρησιμοποίησή τους έχει πολλαπλά οφέλη:

- α. Οι επιχειρήσεις μπορούν να απευθυνθούν σε όλο και περισσότερες αγορές εφόσον η κατοχή των προτύπων τους δίνει ένα μεγάλο πλεονέκτημα έναντι του ανταγωνισμού.
- β. Οι καταναλωτές νιώθουν ένα αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς εφόσον γνωρίζουν πως η συμμόρφωση των προϊόντων – υπηρεσιών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα είναι πολύ σημαντική για την ποιότητα, την ασφάλεια και την αξιοπιστία τους.
- γ. Οι κυβερνήσεις μέσω της τεχνολογικής και επιστημονικής βάσης που τα διεθνή πρότυπα παρέχουν, μπορούν να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας τους, την ασφάλεια καθώς και την περιβαλλοντική τους νομοθεσία.
- δ. Οι αναπτυσσόμενες χώρες κάνοντας χρήση της τεχνογνωσίας που τα πρότυπα προσφέρουν, μπορούν να εξοικονομήσουν πολύτιμους πόρους.
- ε. Σε περιβαλλοντικό επίπεδο, συμβάλλουν τα μέγιστα προκειμένου να υπάρχει μια σωστή διαχείριση των φυσικών πόρων με στόχο την καλύτερη δυνατή προστασία τους.

6.5.2 Παρουσίαση των προτύπων ISO 9000

Η σειρά ISO 9000 είναι ένα διεθνές σύνολο εντύπων που αποτελείται από 5 έντυπα και κυκλοφόρησε το 1987. Τα τρία από αυτά είναι έντυπα συστημάτων ποιότητας (ISO 9001, ISO 9002 και ISO 9003) και αποτελούν υποδείγματα διασφάλισης της ποιότητας, ενώ τα υπόλοιπα δύο (ISO 9000 και ISO 9004) είναι έντυπα οδηγιών.

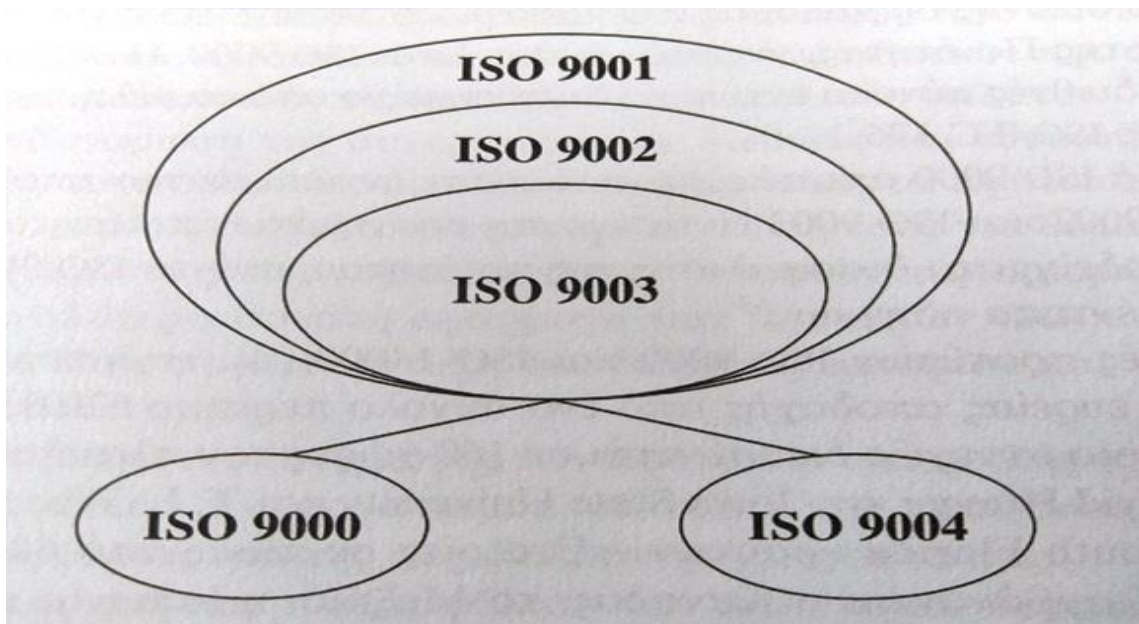
Το ISO 9000 περιλαμβάνει περιγραφές βασικών εννοιών και σχετική ορολογία. Οι υποδείξεις του αφορούν την επιλογή μοντέλου διασφάλισης ποιότητας, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη συμβατική σχέση και το οργανωτικό σύστημα της εταιρείας. Το πρότυπο ISO 9000 τροποποιήθηκε το 1994 μιας και κατά την εφαρμογή τους παρουσίασαν τα παρακάτω μειονεκτήματα:

- 1) Εστίασαν στη διασφάλιση της ποιότητας των αγαθών ενώ ο σχεδιασμός, ο έλεγχος και η συνεχής προσπάθεια για βελτίωση ήταν έννοιες που αντιμετωπίστηκαν ως υποδεέστερες (Μάτσας, 2000-2001).
- 2) Ο χαρακτήρας των παραγράφων του εν λόγω προτύπου συχνά οδήγησε στο να αναπτυχθούν γραφειοκρατικά και ανελαστικά συστήματα με αποτέλεσμα να χαθεί η ουσία του συστήματος που είναι ο προγραμματισμός, η πρόληψη και η ικανοποίηση των καταναλωτών (Καλλιός, 2000-2001).

Σύμφωνα με τον Κοντό (2000-2001) δημιουργήθηκε η ανάγκη για πρότυπα που «να ικανοποιούν κάθε είδος ή μέγεθος οργανισμού, να έχουν απλή γλώσσα, να είναι εύκολα κατανοητά και να παρέχουν συμβατότητα με πρότυπα για άλλα διαχειριστικά συστήματα όπως της περιβαλλοντικής διαχείρισης. Επιπλέον, πρέπει να είναι προσανατολισμένα στη δημιουργία συστημάτων που έχουν ως στόχο τη συνεχή βελτίωση των αγαθών/υπηρεσιών και την ικανοποίηση του πελάτη αλλά και να αποτελούν ένα φυσικό βήμα προς τη διαχείριση της ολικής ποιότητας».

Το ISO 9001 (Πίνακας 6.2) είναι ένα πρότυπο για την πιστοποίηση ποιότητας που αφορά το σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την παραγωγή, την εγκατάσταση και την συντήρηση. Αποτελεί το πιο ολοκληρωμένο πρότυπο καθώς διασφαλίζει την ποιότητα σε όλο το εύρος της και ουσιαστικά καλύπτει ένα είδος «αλυσίδας αξίας». Στόχο έχει να γνωστοποιήσει στους πελάτες την ποιότητα που επιτυγχάνεται από το σύστημα μάλιστα ποιότητας για όλες τις σχετιζόμενες διαδικασίες, από τον σχεδιασμό μέχρι και την εξυπηρέτηση μετά την πώληση.

Πίνακας 6.2



Οι σχέσεις μεταξύ των προτύπων της σειράς ISO 9000¹⁸

Το ISO 9002 εστιάζει στην παραγωγή και στην εγκατάσταση ενώ δεν περιλαμβάνει το στάδιο σχεδιασμού του ISO 9001.

Το ISO 9003 έχει περιορισμένη εφαρμογή καθώς είναι το λιγότερο λεπτομερές από τα προηγούμενα. Επικεντρώνεται στη δοκιμή και στην επιθεώρηση.

Το ISO 9004 δίνει τις γενικές κατευθύνσεις και οδηγίες για την οργάνωση μιας επιχείρησης έτσι ώστε να μπορέσει να αναπτύξει και να εφαρμόσει ένα σύστημα ποιότητας. Δεν αφορά τις σχέσεις με τους εξωτερικούς πελάτες αλλά παρέχει προτάσεις για την εξασφάλιση των ποιοτικών κριτηρίων των προηγούμενων προτύπων. Επιπλέον, περιγράφει μεθόδους προκειμένου να αντιμετωπιστούν θέματα σχετικά με τις προμήθειες, το λογισμικό, την αξιοπιστία του συστήματος, τη λήψη διορθωτικών μέτρων κ.α.

1. ¹⁸ Πηγή: Κέφης (2005), *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Εκδόσεις Κριτική

6.5.3 Το πρότυπο ISO 9001: 2000

Το ISO 9001 αναθεωρήθηκε το 2000. Η εισαγωγή του νέου προτύπου καταργεί τον όρο Διασφάλιση Ποιότητας και τον αντικαθιστά με τη «Διαχείριση Ποιότητας». Παράλληλα δίνει ιδιαίτερο ρόλο στην επιδίωξη της συνεχούς βελτίωσης καθώς και στην εγκατάσταση συγκεκριμένων δεικτών που μετρούν, αναλύουν και βελτιώνουν την απόδοση του οργανισμού.

Το νέο ISO 9001 δομείται σε πέντε βασικές ενότητες (Κέφης, 2005). Αυτές είναι:

- α. Το σύστημα διαχείρισης της Ποιότητας (Quality Management System).
Το πρότυπο καθορίζει το περιεχόμενο του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας (ΣΔΠ) καθώς και τις απαιτήσεις για την τεκμηρίωσή του. Η ενότητα αποτελείται από δύο βασικές παραγράφους. Στην πρώτη, δίδονται οι γενικές απαιτήσεις που μέσω αυτών διασφαλίζεται ότι το ΣΔΠ είναι εναρμονισμένο με το περιεχόμενο και τις απαιτήσεις του προτύπου όπως επίσης και αποτελεσματικό, επίκαιρο και τεκμηριωμένο επαρκώς για αυτό τον σκοπό. Στη δεύτερη παράγραφο, αναπτύσσονται οι απαιτήσεις του προτύπου προκειμένου να μπορεί να τεκμηριωθεί το ΣΔΠ. Η τεκμηρίωση δεν τελείται υποχρεωτικά από τα στελέχη της μονάδας υγείας αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθούν εξωτερικοί συνεργάτες – σύμβουλοι. Τα αποτελέσματα και οι σχετικές διεργασίες οφείλουν να τίθενται υπό τον πλήρη έλεγχο του οργανισμού ενώ για το εύρος του ΣΔΠ και για την αντίστοιχη τεκμηρίωση μεγάλο ρόλο διαδραματίζουν πολλοί παράγοντες όπως το μέγεθος του οργανισμού, η ιδιοσυστασία των δραστηριοτήτων, των λειτουργιών και του δυναμικού που το στελεχώνει.
- β. Η ευθύνη της διοίκησης (Management Commitment). Αποτελείται από:
α) τη δέσμευση της διοίκησης, β) την εστίαση στον πελάτη, γ) τη πολιτική για την ποιότητα, δ) τη σχεδίαση, ε) τις ευθύνες, τις αρμοδιότητες και την επικοινωνία και στ) την ανασκόπηση από την Διοίκηση. Σημειώνεται πως με τον όρο Διοίκηση εννοούμε το φυσικό πρόσωπο ή την λειτουργική οντότητα ενός οργανισμού η οποία έχει κύρια αρμοδιότητα τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων σχετικών με τη μονάδα υγείας. Η ανάπτυξη πολιτικής για τη διασφάλιση της ποιότητας έχει ως αφετηρία το

Διοικητικό Συμβούλιο του οργανισμού και αυτή η πολιτική προκύπτει από διαβουλεύσεις μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων μερών που ονομάζονται Συμβούλιο ή Επιτροπή ποιότητας.

- γ. Η διαχείριση πόρων (Resource Management). Το πρότυπο ISO 9001 ορίζει ότι ο οργανισμός οφείλει να καθορίσει και να εξασφαλίσει τους απαραίτητους πόρους για τις δραστηριότητες που τον διέπουν και να καθιερώσει διεργασίες χρηστής διαχείρισης αυτών. Τέτοιοι πόροι είναι:
- α) οι ανθρώπινοι πόροι που περιλαμβάνουν τις Γενικότητες (General) και την Ικανότητα, Ενημέρωση και Εκπαίδευση (Competence, Awareness and Training, β) οι υποδομές που περιλαμβάνουν κτήρια, χώρους εργασίας και εξοπλισμό και γ) το περιβάλλον εργασίας δηλαδή το σύνολο των συνθηκών και γεγονότων (ανθρώπινων και φυσικών) που λαμβάνουν χώρα.
- δ. Η παραγωγή αγαθών και προσφορά υπηρεσιών (products and/or Service Realization). Η διοίκηση της επιχείρησης προσδιορίζει τις ρητές απαιτήσεις των πελατών για το προϊόν ως προς τη διαθεσιμότητα, παράδοση, εγκατάσταση και υποστήριξη του και άλλες αναγκαίες διατυπώσεις ακόμα κι αν δεν είναι διατυπωμένες. Παράλληλα, η διοίκηση προσδιορίζει και υιοθετεί τις ενδεδειγμένες μορφές επικοινωνίας με τους πελάτες ενώ επιπρόσθετα μπορεί να αντιμετωπίσει θέματα όπως ερωτήματα πελατών, τρόπους εκτέλεσης παραγγελιών, προβλήματα που προκύπτουν μετά την αγορά του προϊόντος. Εν κατακλείδι, περιλαμβάνονται: α) ο έλεγχος παραγωγής και παροχής υπηρεσιών, β) η επικύρωση διεργασιών παραγωγής και παροχής υπηρεσιών, γ) η αναγνώριση και ιχνηλασιμότητα, δ) η ιδιοκτησία του πελάτη και ε) η διατήρηση προϊόντος.
- ε. Η μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση (Measurement, Analysis and Improvement): α) συλλογή και ανάλυση των στοιχείων που ενδείκνυνται προκειμένου να προσδιοριστεί η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος ποιότητας καθώς και η αναγνώριση δυνατοτήτων για τη βελτίωση, β) η ανάλυση των πληροφοριών πρέπει να τελείται με κριτήριο το βαθμό ικανοποίησης των πελατών, τη συμμόρφωση στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους, χαρακτηριστικά και τάσεις σχετικά με τα προϊόντα και τις διαδικασίες, χαρακτηριστικά και

τάσεις σχετικά με τους προμηθευτές, γ) εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων για τη μέτρηση και παρακολούθηση όλων των διαδικασιών παραγωγής και άλλων εμπλεκόμενων σχετικά με την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, δ) σε ενδεδειγμένα φάσεις της διαδικασίας δημιουργίας του προϊόντος η επιχείρηση οφείλει να μετρά και να παρακολουθεί τα χαρακτηριστικά του προϊόντος με στόχο την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών – χρηστών και ε) προγραμματισμός και έλεγχος εκείνων των διαδικασιών που είναι αναγκαία για την βελτίωση του συστήματος ποιότητας (Παπανικολάου, 2007).

Με την έναρξη εφαρμογής του προτύπου ISO 9001: 2000 καταργήθηκαν τα πρότυπα της σειράς ISO 9001, 9002, 9003 εφόσον αντικαταστάθηκαν από το νέο ενιαίο πρότυπο. Αντίθετα, τα πρότυπα βοηθήματα ISO 9000 και ISO 9004 που περιλαμβάνουν κατευθυντήριες γραμμές εφαρμογής, παρέμειναν σε ισχύ.

Επιπρόσθετα, σημειώνεται ότι όλο και περισσότερο οι οργανισμοί που έχουν πιστοποιηθεί με αυτό το πρότυπο φροντίζουν να επιλέγουν για προμηθευτή έναν οργανισμό που και αυτός έχει πιστοποιηθεί με αυτό το πρότυπο. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να δημιουργείται μια μεγάλη πίεση στους προμηθευτές να αποκτήσουν πιστοποίηση προκειμένου να μπορέσουν να επιβιώσουν σε ένα άκρως ανταγωνιστικό περιβάλλον (Λιαρόπουλος, 2007). Στην Ελλάδα, την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού την έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ).

6.5.4 Το νέο αναθεωρημένο πρότυπο ISO 9001: 2015

Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης αναθεώρησης των προτύπων, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO, μετά την μικρή τροποποίηση που έλαβε χώρα το 2008, προχώρησε στην αναθεώρηση του 2015. Η εν λόγω αναθεώρηση του προτύπου θεωρήθηκε απαραίτητη προκειμένου:

- ✓ Να δημιουργηθεί μια κοινή μορφή και γλώσσα στα πρότυπα έτσι ώστε να εναρμονίζει τα διαφορετικά συστήματα διαχείρισης (όπως για παράδειγμα με το ISO 14001, OHSAS 18001 κ.α.).

- ✓ Να υπάρχει περιορισμός στις απαιτήσεις για τεκμηρίωση με έμφαση στην αξία της οργάνωσης και στον πελάτη.
- ✓ Να διατηρηθεί η σημασία των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την αγορά.

Όσο αφορά τις διαφορές με το προηγούμενο πρότυπο, η κυριότερη αλλαγή είναι πως το ISO 9001: 2015 αποτελεί μια πιο συνεπής προσέγγιση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας ως προληπτικό σύστημα διακινδύνευσης ώστε να αντιμετωπίζονται οι απειλές και οι ευκαιρίες και να επιτυγχάνονται, στο πλαίσιο λειτουργίας του, οι στόχοι του Οργανισμού για την ποιότητα, με πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Ως αποτέλεσμα αυτού προκύπτουν προτεινόμενες αλλαγές όπως:

- 1) Η απαίτηση κατάλληλου προσδιορισμού του πλαισίου λειτουργίας και των παραγόντων του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν, θετικά ή αρνητικά, την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού για την ποιότητα.
- 2) Οι απαιτήσεις στο σχεδιασμό του συστήματος και των δραστηριοτήτων του για προσδιορισμό και τον έλεγχο των απειλών και ευκαιριών ώστε να διασφαλίζεται η επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Οι απαιτήσεις αυτές ανταποκρίνονται στις εξελίξεις. Όλο και περισσότερες επιχειρήσεις αναζητούν ενιαία προσέγγιση και ενιαία συστήματα διαχείρισης της ποιότητας για να επιτυγχάνουν τους στόχους τους σε καταστάσεις όλο και μεγαλύτερης αβεβαιότητας.

Από τα παραπάνω και τις επιταγές της βιώσιμης ανάπτυξης προκύπτουν οι απαιτήσεις:

- Πελάτες και αποδέκτες της λειτουργίας και των προϊόντων και υπηρεσιών του Οργανισμού. Για πιο σαφή προσδιορισμό του πεδίου εφαρμογής, των ορίων, των πελατών και λοιπών αποδεκτών της λειτουργίας, των προϊόντων και υπηρεσιών του Οργανισμού. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των απειλών και ευκαιριών και η διαχρονική επιτυχία του Οργανισμού βασίζεται στην εστίαση στον πελάτη αλλά και στην οικοδόμηση ισχυρών δεσμών εμπιστοσύνης με τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη της τοπικής και ευρύτερης κοινότητας λειτουργίας.

- Καλύτερη διαχείριση της ενδοεπιχειρησιακής γνώσης και πληροφοριών. Για την καλύτερη αξιοποίηση της ενδοεπιχειρησιακής γνώσης, βέλτιστων λύσεων και καινοτομιών που επινοήθηκαν ή επινοούνται εντός του Οργανισμού ή πληροφορίες και γνώση τρίτων που μπορούν να αξιοποιηθούν για την προσθήκη αξίας στον Οργανισμό.
- Μέτρηση της αποδοτικότητας στη χρήση πόρων, πέραν της αποτελεσματικότητας.
- Έμφαση στα αποτελέσματα έναντι των διαδικασιών. Οι όροι «τεκμηριωμένη διαδικασία» και «αρχείο» έχουν αντικατασταθεί από την «τεκμηριωμένη πληροφόρηση».
- Σαφής υποχρέωση προσδιορισμού, βάσει της προσέγγισης διακινδύνευσης, του είδους και της έκτασης των ελέγχων για την υπεργολαβία προϊόντων και υπηρεσιών.

Οι λόγοι ενσωμάτωσης του κινδύνου στο πρότυπο ISO 9001:2015 είναι οι εξής:

- α. Βελτίωση της εμπιστοσύνης των πελατών και κατ' επέκταση της ικανοποίησής τους.
- β. Εξασφάλιση της συνοχής της ποιότητας των αγαθών και των υπηρεσιών.
- γ. Δημιουργία μιας προορατικής κουλτούρας πρόληψης και βελτίωσης.

Οι οργανισμοί αναγνωρίζουν ότι ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας έχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα όταν είναι ευθυγραμμισμένο με τους εταιρικούς στόχους. Ο ρόλος της διοίκησης είναι πρωταγωνιστικός εφόσον: α) το νέο πρότυπο δίνει έμφαση στον καθορισμό στρατηγικών στόχων, τοποθετώντας την ηγεσία του οργανισμού στο κέντρο της λειτουργίας του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, β) δίνεται έμφαση στην διαχείριση των αλλαγών (εξωτερικών ή εσωτερικών) που μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργία και οργάνωση του οργανισμού και γ) η νέα δομή του προτύπου χαρακτηρίζεται από τον οργανισμό ISO ως Higher Level Structure και επιτρέπει την ενοποίηση όλων των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Έρευνα για την αξιολόγηση και πιστοποίηση μονάδων υγείας

7.1 Εισαγωγή

Δεδομένης της σημασίας της αξιολόγησης και της πιστοποίησης που αναλύσαμε παραπάνω, το παρόν κεφάλαιο διεξάγει έρευνα βάσει ερωτηματολογίου σε τέσσερεις μονάδες υγείας. Η έρευνα, μεταξύ άλλων, αποσκοπεί στο να δώσει απάντηση στο αν και κατά πόσο τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας συμβάλλουν – παίζουν ρόλο στη λειτουργία των υγειονομικών μονάδων καθώς και στη διαχείριση των ασθενών τους.

Στην περίπτωση που η απάντηση είναι καταφατική θα γίνει μια προσπάθεια να ανιχνευθεί αν η συμβολή αυτών των συστημάτων είναι υπερτιμημένη ή όχι ή είναι υποτιμημένη. Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε στα γραφεία ποιότητας τεσσάρων αθηναϊκών μονάδων υγείας – νοσοκομείων (από τα μεγαλύτερα στον ελλαδικό χώρο), τα οποία εξέφρασαν την επιθυμία τους να μην γνωστοποιηθούν τα ονόματά τους, επιθυμία που φυσικά έγινε σεβαστή και αποδεκτή. Η εν λόγω επιθυμία κρίθηκε με θετικό πρόσημο εφόσον η ανωνυμία τους, τούς δίνει την δυνατότητα να εκφραστούν δίχως τον φόβο κάποιου αρνητικού χαρακτηρισμού.

7.2 Μεθοδολογία έρευνας και διαδικασία

Όσον αφορά τη μεθοδολογία της έρευνας, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα που διεξάγεται μέσω συνέντευξης. Στόχος της ποιοτικής προσέγγισης είναι η ανάλυση καθώς και η ερμηνεία ποιοτικών στοιχείων αφού έχει προηγηθεί η συλλογή, η κατηγοριοποίηση και η αξιολόγηση των δεδομένων που μας ενδιαφέρουν. Σε σύγκριση με τις ποσοτικές μεθόδους συλλογής στοιχείων, η ποιοτική έρευνα επιλέγεται προκειμένου να αναλυθούν και να ερμηνευθούν βαθύτερα καταστάσεις, γεγονότα, συμπεριφορές και εμπειρίες. Ένα βασικό χαρακτηριστικό αυτής της μεθόδου, το οποίο διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην συγκεκριμένη επιλογή, αποτελεί το γεγονός ότι επικεντρώνεται σε μικρότερο

αριθμό περιπτώσεων συγκριτικά με την ποσοτική μέθοδο εφόσον το κύριο ζητούμενο είναι ο σχηματισμός μιας πιο ολοκληρωμένης άποψης και εικόνας των υπό μελέτη περιπτώσεων.

Η συνήθης τεχνική συλλογής στοιχείων σε μια ποιοτική έρευνα είναι η συνέντευξη. Αυτή διακρίνεται σε τυποποιημένη και μη τυποποιημένη συνέντευξη. Στις τυποποιημένες συνεντεύξεις περιλαμβάνονται: α) οι δομημένες και β) οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Στις δομημένες συνεντεύξεις τίθενται μια σειρά από ερωτήσεις οι οποίες έχουν προκαθοριστεί ενώ οι απαντήσεις που ζητούνται πρέπει επίσης να κινούνται πάνω σε πολύ συγκεκριμένα θέματα. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η δομημένη συνέντευξη η οποία χαρακτηρίζεται από την άμεση συνάφεια με το ερωτηματολόγιο ενώ παράλληλα αφήνει το περιθώριο για την συλλογή επιπρόσθετων λεπτομερειών. Οι ερωτήσεις που έχουν τεθεί σε όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι ακριβώς οι ίδιες, διατυπωμένες με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, τηρώντας όσον αφορά τη στάση του ερευνητή μία ουδετερότητα.

Η διαδικασία που έχει ακολουθηθεί για την συνέντευξη βασίστηκε: α) στο να αποτελούν οι ερωτώμενοι (υπεύθυνοι των γραφείων ποιότητας) χαρακτηριστικές τυπικές περιπτώσεις μονάδων υγείας οι οποίες είναι αντιπροσωπευτικό δείγμα των υπό μελέτη περιπτώσεων. Η προσέγγιση έγινε μέσω τηλεφωνικής και ηλεκτρονικής επικοινωνίας (e-mails), β) στο σχεδιασμό της συνέντευξης και στο καθορισμό των ερωτήσεων βάσει συγκεκριμένων θεματικών πεδίων. Παράλληλα, προσδιορίστηκε ο τόπος της συνάντησης ο οποίος σε όλες τις περιπτώσεις ήταν αυτός που οι συνεντευξιαζόμενοι αισθάνονται πιο άνετα, δηλαδή ο χώρος εργασίας τους, γ) στην εδραίωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης το οποίο είχε ως αφετηρία την πολύ καλή επικοινωνία και την διαφάνεια του τι ακριβώς θα είναι η εν λόγω συνέντευξη, πάνω σε ποιο πλαίσιο γίνεται, τι εξυπηρετεί, το ότι δεν θα εκθέσει ονομαστικά την εκάστοτε μονάδα υγείας κλπ., δ) στην ομαλή και άνετη διεξαγωγή της συνέντευξης. Αυτό, μεταξύ άλλων, σημαίνει το ενδιαφέρον του ερευνητή για τις απαντήσεις, την ώθηση που μπορεί να χρειαστεί να δοθεί προκειμένου να αποκαλυφθούν περισσότερες πληροφορίες που αφορούν τα θέματα που τίγονται και γενικότερα τη δημιουργία ενός κλίματος που θα οδηγήσει τον συνεντευξιαζόμενο να ανοιχτεί και να δώσει πλήρεις και ειλικρινείς απαντήσεις, ε) στη ευελιξία, δηλαδή στη δυνατότητα οι απαντήσεις να μην περιορίζονται προς μια κατεύθυνση αλλά να μπορούν να κινηθούν μέσα σε ένα ευρύ φάσμα πιθανών απαντήσεων δίχως όμως να μπορούν να

εκτροχιαστούν εκτός των θεματικών αξόνων των ερωτήσεων που τίθενται και στ) στη κατάλληλα διαμορφωμένη κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων έτσι ώστε οι απαντήσεις να αποτελέσουν στοιχεία και δεδομένα που θα μπορούν να ερμηνευτούν με ποιοτικούς όρους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις ενότητες. Στη πρώτη τίθενται ερωτήσεις που αφορούν περισσότερο γενικά στοιχεία της μονάδας υγείας. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήματα που αφορούν τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, ενώ η τρίτη ενότητα αφορά τον έλεγχο και την διαχείριση της ποιότητας. Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού αλλά και στους στόχους που θέτει η εκάστοτε υγειονομική μονάδα – νοσοκομείο για το μέλλον.

Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν την χρονική περίοδο από 31-05-2019 έως 31-07-2019. Όσο αφορά τον τρόπο προσέγγισης της επικοινωνίας, καταρχάς διενεργήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τα γραφεία επικοινωνίας των μονάδων υγείας όπου τους ζητήθηκε να έρθω σε επαφή με τα γραφεία ποιότητας τους. Ύστερα από ένα μικρό χρονικό διάστημα μου ζητήθηκε (μέσω e-mails) να αποστείλω το περίγραμμα της εργασίας μου καθώς και των ερωτήσεων που θα τους έθετα προκειμένου το αίτημα μου να λάβει την τελική έγκριση. Παράλληλα, χρειάστηκε να δοθεί βεβαίωση από την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου προς τα γραφεία ποιότητας των υγειονομικών μονάδων που ανέφερε ότι οι εν λόγω συνεντεύξεις θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς διατηρώντας διακριτικότητα σε ευαίσθητα ζητήματα και προκειμένου να προσδιοριστεί η στρατηγική της εκάστοτε μονάδας υγείας για την ποιότητα και τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα.

Τέλος, εφόσον απεστάλησαν όλα τα προηγούμενα, ορίστηκε ο τόπος και ο χρόνος διεξαγωγής της εκάστοτε συνέντευξης με τον υπεύθυνο του κάθε γραφείου ποιότητας των μονάδων υγείας. Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν περίπου μία ώρα η κάθε μία και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από εμένα καταγράφοντας αποκλειστικά εντύπως και αυτολεξεί τις απαντήσεις των αρμοδίων συμπεριλαμβανομένων και των απαντήσεων τους που αφορούσαν τις διευκρινιστικές ερωτήσεις που τους έθετα. Μετά το τέλος των συνεντεύξεων παραδόθηκε στους υπευθύνους των γραφείων ποιότητας των μονάδων υγείας σε έντυπη μορφή η υπογεγραμμένη βεβαίωση της επιβλέπουσας καθηγήτριας μου ως επισφράγιση των ανωτέρω.

7.3 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Ο μέσος όρος λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων που τέθηκε το ερωτηματολόγιο είναι τα 18 έτη. Ο χρόνος μέχρι την απόκτηση των πρώτων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας ποικίλλει σε ένα μεγάλο βαθμό και κυμαίνεται μεταξύ ενός και δώδεκα χρόνων.

Στις τρεις από τις τέσσερις υγειονομικές μονάδες διακρίνουμε, ήδη από την αρχή της λειτουργίας τους, μία έντονη διάθεση η οποία συνοδεύτηκε με σχετικές αποφάσεις και ενέργειες προκειμένου να εντάξουν στους κόλπους τους την Ποιότητα καθώς και τα συστήματα που την διασφαλίζουν. Στο πλαίσιο αυτό έλαβαν χώρα συζητήσεις για την ποιότητα καθώς διαπιστώθηκε η ανάγκη για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του πελάτη – χρήστη των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ικανοποίηση τους. Έτσι, και προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία των τριών αυτών μονάδων υγείας – νοσοκομείων σε όλα τα επίπεδα δημιουργήθηκαν γραφεία ποιότητας (σε ένα οργανισμό το γραφείο ποιότητας υπήρξε ταυτόχρονα και το γραφείο εκπαίδευσης του προσωπικού και μετά από τέσσερα χρόνια διαχωρίστηκαν) τα οποία συγκροτήθηκαν και λειτούργησαν πάνω σε ένα πολύ καλό κλίμα που συνοδεύτηκε σε έναν βαθμό και από ενθουσιασμό των εργαζομένων που εμπλέκονταν με τα εν λόγω γραφεία. Η διοίκηση της τέταρτης μονάδας υγείας – οργανισμού, υποχρεώθηκε σύμφωνα με τους «νόμους» του μάρκετινγκ, από τον ΕΦΕΤ αλλά και προκειμένου να μπορεί να πάρει μέρος σε διαγωνισμούς όπου η πιστοποίηση κάποιου προτύπου είναι απαραίτητη, να κινηθεί τις ανάλογες διαδικασίες.

Πλέον, και οι τέσσερις μονάδες υγείας διαθέτουν ISO 9001:2015 και ISO 22000: 2005. Στις τρεις από αυτές, τα ISO 9001:2015 αφορούν ολόκληρες τις μονάδες ενώ η τέταρτη διαθέτει μόνο για τα εργαστήριά της. ISO 22000:2005 διαθέτουν και οι τέσσερις οργανισμοί υγείας. Επιπλέον, οι δύο διαθέτουν TEMOS ενώ η μία εξ αυτών διαθέτει και EN 15224:2016 καθώς και 50001:2011. Τέλος, μία μονάδα υγείας διαθέτει ISO 14001.

Όσο αφορά την απάντηση που αφορά την ερώτηση B4, όλα τα ιδιωτικά νοσοκομεία του δείγματος απάντησαν πως ενδιαφέρονται για την απόκτηση νέων πιστοποιητικών που κυκλοφορούν ενώ δύο από αυτά βρίσκονται ήδη στην διαδικασία απόκτησής τους. Μάλιστα ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας ενός από αυτά απάντησε πως βρίσκονται σε συνεχή ενημέρωση σχετικά με νέα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και νέα

πρότυπα και αμέσως μόλις κυκλοφορήσει κάποιος, τότε αμέσως υιοθετείται από το εν λόγω νοσοκομείο.

Σχετικά με τις αλλαγές που έχουν διαπιστωθεί από τα νοσοκομεία του δείγματος που αφορούν την λειτουργία τους πριν και μετά την υιοθέτηση αυτών των πιστοποιητικών, τρία εξ αυτών απάντησαν ότι έχουν διαπιστώσει μεγάλες αλλαγές σε όλα τα τμήματα και σε όλους τους τομείς (ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες). Ως παραδείγματα αναφέρουν την καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών, την αποδοτικότερη επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων και την ομοιομορφία στην εξυπηρέτηση. Οι διαδικασίες που συνοδεύουν την απόκτηση των πιστοποιητικών διασφάλισης της ποιότητας καθώς και οι αλλαγές στην νοοτροπία και κουλτούρα του προσωπικού των νοσοκομείων, έχουν βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών τους –γεγονός το οποίο είναι βασικό ζητούμενο- οι οποίοι εκφράζουν πως αισθάνονται πιο ασφαλείς που γνωρίζουν πως οι μονάδες υγείας διαθέτουν συστήματα διασφάλισης της ποιότητας. Το τέταρτο νοσοκομείο του δείγματος απάντησε πως αν και έχει αρχίσει να διαμορφώνεται σιγά - σιγά ένα κλίμα αναγνώρισης του τι σημαίνει ποιότητα, εν τούτοις δεν έχει διαπιστώσει ριζικές αλλαγές μετά την υιοθέτηση των πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας. Αξίζει να σημειωθεί πως το ιδιωτικό νοσοκομείο που εξέφρασε αυτή την άποψη είναι το ίδιο με αυτό που «υποχρεώθηκε» να εντάξει στη λειτουργία του τα πιστοποιητικά ποιότητας λόγω ΕΦΕΤ αλλά και άλλων παραγόντων που έχουν ήδη προαναφερθεί.

Η επιφύλαξη, η δυσπιστία και σε ένα βαθμό μια γενικότερη αρνητικότητα είναι οι κοινές στάσεις των υγειονομικών μονάδων του δείγματός μας όσο αφορά την εφαρμογή αυτών των συστημάτων στην λειτουργία τους τουλάχιστον κατά το αρχικό στάδιο της εφαρμογής τους. Ένας οργανισμός υγείας έκανε λόγο ακόμα και για «αντιστάσεις» που αντιμετώπισε η απόφαση για την ένταξη αυτών των συστημάτων στην λειτουργία του. Όσο αφορά την αντιμετώπιση του προσωπικού από την άποψη των τομέων τους, παρατηρούμε ότι στα τρία από τα τέσσερα νοσοκομεία, την μεγαλύτερη δυσκολία ένταξης των αλλαγών που τα συστήματα πιστοποίησης ποιότητας θα έφερναν, την παρουσίασε το ιατρικό προσωπικό. Αμέσως μετά το διοικητικό ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αυτό που τις αποδέχτηκε με πιο θετικό τρόπο. Το τέταρτο νοσοκομείο δεν προχώρησε σε έναν τέτοιο διαχωρισμό, απλά ανέφερε πως μετά την αρχική δυσπιστία όλο το προσωπικό αντιλήφθηκε την αξία αυτών των συστημάτων οπότε και τα

αποδέχτηκε στην λειτουργία του. Αυτή την αλλαγή στάσης, μετά από τα αρχικά στάδια, παρατηρείται σε ένα γενικότερο βαθμό και στα υπόλοιπα τρία νοσοκομεία, αν και ακόμα σε ορισμένα τμήματα και από ορισμένους εργαζομένους, την εφαρμογή αυτών των συστημάτων την αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη.

Σχετικά με τον έλεγχο που διεξάγεται προκειμένου να γίνει αντιληπτό το εάν και πόσο επιτυγχάνεται η ποιότητα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία απάντησαν πως αυτός τελείται μέσω επιθεωρήσεων (εσωτερικών και στα τρία από αυτά και εξωτερικών) ενώ όλα διαθέτουν ειδικό τμήμα που ασχολείται αποκλειστικά με αυτό το κομμάτι με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Δύο υγειονομικές μονάδες έκαναν λόγο για χρήση δεικτών ποιότητας ενώ μία άλλη ανέφερε πως ο έλεγχος της ποιότητας γίνεται και μέσω μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων (Intranet) στην οποία έχει πρόσβαση αποκλειστικά η διοίκηση. Το τμήμα ποιότητας, πρόσθεσε ένας από τους υπεύθυνους του γραφείου, διαθέτει τρία άτομα που ασχολούνται αποκλειστικά με αυτό τον τομέα σε συνεργασία με όλους τους προϊσταμένους των επιμέρους τμημάτων.

Οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί έλεγχοι που διεξάγονται, συμπίπτουν σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό, δηλώνουν οι υπεύθυνοι και των τεσσάρων μονάδων υγείας του δείγματος. Όσο αφορά τους εξωτερικούς ελέγχους αυτοί τελούνται από τους: TUV Hellas, TUV Αυστρίας, Swiss Approval Technische Bewertung, Temos, Bureau Veritas, Lloyd's Register και ΕΛΟΤ.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι υπεύθυνοι των υγειονομικών τμημάτων του δείγματος, στα τμήματα – ομάδες ποιότητας εμπλέκεται ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων. Ενδεικτικά αναφέρουμε: πρόεδρος ιατρικής υπηρεσίας, υποδιευθυντές διοικητικού και διοικητικοί υπάλληλοι, οικονομικοί υποδιευθυντές, διευθυντές, υποδιευθυντές και προϊστάμενοι τεχνικής υπηρεσίας, διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας, υπεύθυνοι λοιμώξεων νοσοκομείων, διευθυντές κεντρικών εργαστηρίων, υπεύθυνοι τμήματος μάρκετινγκ, υπεύθυνοι ΜΕΘ, υπεύθυνοι εργαστηρίων, υπεύθυνοι κουζίνας και διεύθυνση ιατρικών υπηρεσιών.

Παρακάτω παρατίθενται οι δείκτες που χρησιμοποιούν οι υγειονομικές μονάδες του δείγματος:

1. Δείκτες ικανοποίησης ασθενών και προσωπικού.
2. Δείκτες αξιολόγησης κλινικού έργου.
3. Δείκτες βαθμού εκμετάλλευσης των νοσοκομειακών πόρων (δείκτες παραγωγικότητας, δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας κ.λπ.).
4. Μέσης διάρκειας νοσηλείας.
5. Ποσοστού ίασης ασθενών.
6. Πτώσεων των ασθενών.
7. Θνησιμότητας.
8. Εκπαίδευσης προσωπικού.
9. Χρόνου έκδοσης εργαστηριακών αποτελεσμάτων.
10. Αριθμού συντηρήσεων μηχανημάτων.
11. Πληροφοριακό σύστημα (καταγραφές).
12. Λοιμώξεων.
13. Ανακύκλωσης υλικών.
14. Κατανάλωσης ενέργειας.
15. Χρόνοι αναμονής συμπλήρωσης ιατρικού φακέλου.
16. Κατανάλωσης αντιβιοτικών.
17. Τήρησης απαιτήσεων υγιεινής χεριών.

Ένα νοσοκομείο του δείγματος χρησιμοποιεί ως εργαλεία μέτρησης της ποιότητας τα Swot analysis, fishbown και risk aseymment ενώ ένα άλλο νοσοκομείο χρησιμοποιεί risk assessment, feedback από ασθενείς και Gap analysis.

Όσο αφορά την ερώτηση Γ11, οι απαντήσεις που έδωσαν οι υπεύθυνοι των τριών νοσοκομείων παρουσιάζουν πολλά κοινά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, ανέφεραν πως τα αποτελέσματα που παίρνουν από τη μέτρηση της ποιότητας τα διαχειρίζονται με συζήτηση και εξαγωγή συμπερασμάτων προκειμένου να επιτευχθεί στο μέλλον καλύτερη λειτουργία του οργανισμού. Ύστερα από αξιολόγηση από την ομάδα ποιότητας αν χρειαστεί συζητείται με την ανώτατη διοίκηση και λαμβάνονται οι σχετικές διορθωτικές και μελλοντικές ενέργειες όπου απαιτείται. Ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας του τέταρτου νοσοκομείου δήλωσε πως, με εξαίρεση τομείς που μπορούν να γίνουν δράσεις όπως για παράδειγμα το κομμάτι των λοιμώξεων, στα υπόλοιπα παρακολουθούν την

εξέλιξη αλλά δεν τους παρέχεται η δυνατότητα παρέμβασης για την επίτευξη της επιθυμητής απόδοσης.

Η ποιότητα στην εκπαίδευση και στην επανεκπαίδευση των εργαζομένων αποτελεί βασικό μέλημα των περισσότερων ιδιωτικών νοσοκομείων του δείγματος. Συγκεκριμένα, τα τρία από τα τέσσερα νοσοκομεία δήλωσαν ότι δίνουν πολύ μεγάλη σημασία στο κομμάτι αυτό, με εκπαίδευση εσωτερικά και εξωτερικά από αρμόδιους επιθεωρητές. Στη μία υγειονομική μονάδα του δείγματος διεξάγονται πέντε κύκλοι μαθημάτων εντός του πρώτου τετράμηνου ετησίως, διαφορετικοί σε κάθε κλάδο εργαζομένων (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό). Σε μία άλλη μονάδα υγείας, η εσωτερική εκπαίδευση στους νέους εργαζόμενους τελείται από τους παλαιότερους στο χρόνο άσκησης των καθηκόντων τους ενώ μία άλλη υγειονομική μονάδα για την εκπαίδευση και την επανεκπαίδευση των εργαζομένων της συνεργάζεται με διάφορους φορείς και συλλόγους (για παράδειγμα σύλλογοι καρδιοπαθών Ελλάδας) αξιοποιώντας την εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία που αυτοί διαθέτουν. Τέλος, ένα νοσοκομείο του δείγματος ανέφερε πως πέρα από την εκπαίδευση που αφορά τη βασική λειτουργία του καθώς και τις ενδεχόμενες αλλαγές γύρω από νέα θέματα που προκύπτουν, δεν υπάρχει στοχευμένη εκπαίδευση του προσωπικού πάνω στη ποιότητα.

Σχετικά με την ερώτηση που αφορά το πιο δυνατό και το πιο αδύναμο σημείο λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου του δείγματος (ερώτηση Γ 13) ένα εξ αυτών απάντησε ότι τα πάντα που διέπουν την λειτουργία του κινούνται σε ρυθμούς ποιότητας χωρίς καμιά απόκλιση, οπότε δεν υπάρχει κάποιο αδύναμο σημείο ή κάποιο σημείο που να υπερτερεί έναντι κάποιου άλλου. Η ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών είναι το δυνατότερο σημείο του, υποστήριξε ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας ενός άλλου νοσοκομείου του δείγματος και όσο αφορά τα αδύναμα σημεία δήλωσε πως υπάρχουν ελάχιστα τέτοια και αυτά βρίσκονται σε διαδικασία βελτίωσης, χωρίς όμως να κατονομάσει κάποιο εξ αυτών. Η τρίτη υγειονομική μονάδα του δείγματος απάντησε ότι το δυνατότερο σημείο της είναι η επίγνωση της ποιότητας που διαθέτει το νοσοκομείο ενώ ως αδύναμο παρουσίασε την μη πλήρη υποστήριξη της ανώτερης διοίκησης πάνω σε θέματα ποιότητας. Το τέταρτο νοσοκομείο του δείγματος θεωρεί πως υπάρχουν εξίσου δυνατά σημεία στη λειτουργία του όπως είναι τα εργαστήρια για την ποιότητα των αναλύσεων που παρέχουν, την αντιμετώπιση των λοιμώξεων, τη λειτουργία της κουζίνας και η διαχείριση του βιοϊατρικού εξοπλισμού. Ως αδύναμο σημείο, δηλώνει τις

καθυστερήσεις που υπάρχουν στα ραντεβού των εξωτερικών ασθενών, καθυστερήσεις που το νοσοκομείο τις αποδίδει εν πολλοίς στην έλλειψη χώρων.

Η ερώτηση Γ 14 είναι άμεσα συνυφασμένη με την προηγούμενη ερώτηση. Έτσι, το πρώτο νοσοκομείο του δείγματος (αυτό που θεωρεί πως δεν υπάρχει κάποιο αδύναμο σημείο στην λειτουργία του) απέδωσε το γεγονός αυτό στη πρόθεση όλων των εργαζομένων του νοσοκομείου για συνεχή βελτίωση καθώς και στην εστίαση στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών. Στο ίδιο πνεύμα κινήθηκε και η απάντηση που δόθηκε από τον υπεύθυνο του δεύτερου νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, δήλωσε πως η τόσο καλή απόδοση οφείλεται στο σύστημα ποιότητας, στην τήρηση των διαδικασιών, στην συνεχή εκπαίδευση και στην ομαδικότητα του προσωπικού. Η τρίτη μονάδα υγείας του δείγματος ανέφερε πως το πιο δυνατό της σημείο οφείλεται στο ίδιο της το προσωπικό ενώ το πιο αδύνατο στο γεγονός πως δεν έχουν, στο ποσοστό που θα ήθελαν, την διοίκηση με το μέρος τους. Η τέταρτη υγειονομική μονάδα του δείγματος απάντησε ότι το πιο δυνατό τους σημείο οφείλεται στην αυτονομία που διαθέτουν τα επιμέρους τμήματα της. Όσο αφορά το που οφείλεται το πιο αδύναμο σημείο της (καθυστερήσεις εξωτερικών ραντεβού) η απάντηση παρουσιάζει μια αναντιστοιχία αφού την απέδωσε στην σχέση του ιατρού με τη διοίκηση του νοσοκομείου, σχέση όπως αναφέρει ιατρού – πελάτη και όχι ιατρού – υπαλλήλου όπως θα ήταν, σύμφωνα με τον υπεύθυνο, το πρόβλημα.

Η βαθμολογία που δίνουν τα γραφεία ποιότητας των μονάδων υγείας του δείγματος όσο αφορά την επίδοση τους σε σχέση με τον στόχο της βελτίωσης της ποιότητας είναι: α) 9,9 /10, β) 9 /10, γ) 7 /10 και δ) 7,5 /10 (Διάγραμμα 7.1).

Τα νοσοκομεία του δείγματος κάνουν benchmarking (συγκριτική αξιολόγηση) σε ποσοστό 50%. Από τα δύο που δεν εφαρμόζουν την μέθοδο αυτή, το ένα υποστηρίζει πως δεν κάνει διότι θεωρεί πως είναι «οι καλύτεροι» στον κλάδο τους ενώ το δεύτερο κάνει λόγο πως ενίοτε και όχι σε τακτά χρονικά διαστήματα συγκρίνουν τους δείκτες τους με κάποιους άλλους διεθνείς δείκτες οι οποίοι έχουν επίσημα αναρτηθεί στο διαδίκτυο.

Η ικανοποίηση των ασθενών όλων των μονάδων υγείας του δείγματος μετριέται μέσω ερωτηματολογίων που διαθέτουν σε ειδικά σημεία στους χώρους του νοσοκομείου. Μία από τις τέσσερις μονάδες υγείας ανέφερε πως χρησιμοποιούν συνδυαστικά την επιστήμη

της στατιστικής προκειμένου να επεξεργαστούν τα ερωτηματολόγια με τις απαντήσεις των ασθενών και να εξάγουν χρήσιμες πληροφορίες και συμπεράσματα. Παράλληλα, λαμβάνουν υπόψη τους την γνώμη των ασθενών τους μέσω της προσωπικής εξυπηρέτησης από το προσωπικό του νοσοκομείου.

Η ικανοποίηση του προσωπικού μετράται συστηματικά μόνο από την μία μονάδα υγείας του δείγματος μέσω ερωτηματολογίου, έντυπο της κλινικής όπου ο κάθε εργαζόμενος συμπληρώνει ελεύθερα για το θέμα που τον απασχολεί και τέλος μέσω μιας αξιολόγησης που λαμβάνει χώρα μια φορά τον χρόνο. Μία δεύτερη μονάδα υγείας μετρά ανά αραιά χρονικά διαστήματα την ικανοποίηση του προσωπικού μέσω ερωτηματολογίου που τους διανέμεται.

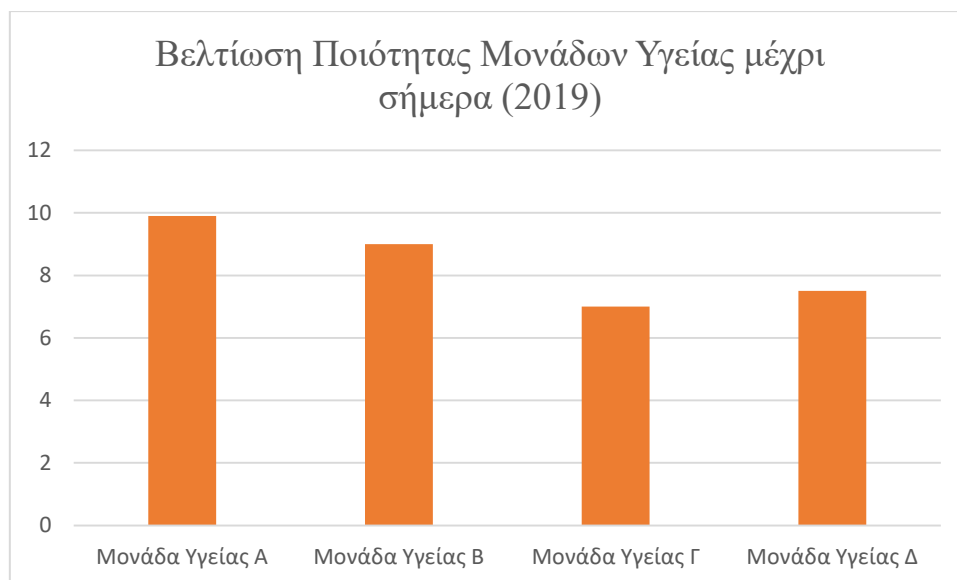
Ως όραμα του νοσοκομείου όσο αφορά τη ποιότητα, τα νοσοκομεία του δείγματος απάντησαν ως εξής: Ένα εξ αυτών έχει όραμα οι ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας να αποχωρούν από το νοσοκομείο 100% ευχαριστημένοι και έχοντας αποκομίσει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Το δεύτερο νοσοκομείο του δείγματος έχει όραμα την απόκτηση όλης της γκάμας των πιστοποιήσεων γνωρίζοντας πως αυτό συμβάλλει στο να βελτιωθεί η λειτουργία του σε όλα τα επίπεδα και σε όλους τους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, έχει άμεσο στόχο την απόκτηση του JCI έτσι ώστε να κινείται σε τροχιά υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Το τρίτο νοσοκομείο του δείγματος δηλώνει πως το όραμά του, που είναι ένα ενιαίο σύστημα διαχείρισης ποιότητας, θα γίνει πραγματικότητα. Η τέταρτη μονάδα υγείας του δείγματος έχει και αυτή ως όραμα την απόκτηση του JCI.

Σε ένα γενικό σχόλιο, αναφέρεται η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, σε σχέση με τη λειτουργία του γραφείου ποιότητας όσο αφορά τη συνολική επίδοση του νοσοκομείου. Οι απαντήσεις παρατίθενται παρακάτω:

- α. «Κάθε πρότυπο έχει διαφορετικό πεδίο εφαρμογής. Εφαρμόζουμε πολλά πρότυπα για να έχουμε αφενός μεγαλύτερο εύρος και αφετέρου για να πετύχει η ομάδα ποιότητας να μεγιστοποιήσει την απόδοση των προτύπων».
- β. «Το γραφείο ποιότητας σχεδιάζει και παρακολουθεί όλο το σύστημα ποιότητας. Επιπλέον, συνεργάζεται με όλα τα τμήματα για την βελτίωση της ποιότητας και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας γενικά».
- γ. «Έχουν ήδη αναφερθεί όλα που αφορούν την ποιότητα».

- δ. «Ένας από τους περιοριστικούς παράγοντες είναι η μη απόκτηση ηλεκτρονικών εργαλείων με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος της λειτουργίας του νοσοκομείου να λειτουργεί στο χαρτί (σε έντυπη μορφή). Αυτό αποτελεί τροχοπέδη στην γενικότερη λειτουργία του νοσοκομείου».

Διάγραμμα 7.1



Βελτίωση Ποιότητας Μονάδων Υγείας μέχρι σήμερα (2019).

7.4 Συμπεράσματα

Από την μελέτη της παρουσίασης του ερωτηματολογίου που τέθηκε σε τέσσερα αθηναϊκά ιδιωτικά νοσοκομεία εξάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα: Η υιοθέτηση των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας και των προτύπων αυτής δεν υπήρξε καθολικό οικειοθελές αίτημα των νοσοκομείων του δείγματος. Ακόμα και στις τρεις από τις τέσσερις μονάδες υγείας του δείγματος που προχώρησαν σε μια τέτοια κίνηση αναγνωρίζοντας τα δυνητικά οφέλη αυτών των συστημάτων, υπήρξε – στην αρχή πιο έντονα – ένα κλίμα επιφύλαξης και δυσπιστίας που όμως σταδιακά αυτό αποδυναμωνόταν προς όφελος της ίδιας της ποιότητας. Η τέταρτη μονάδα υγείας, που «υποχρεώθηκε» να εντάξει τα συστήματα και πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας στην λειτουργία της, ακόμα και μετά από χρόνια παρουσίας αυτών, έχει αποκομίσει τα

λιγότερα οφέλη. Αυτό δικαιολογείται απόλυτα εφόσον η υιοθέτηση αυτών των συστημάτων και προτύπων απαιτεί – σύμφωνα με την θεωρία της διοίκησης ολικής ποιότητας – πέρα της τήρησης όλων των διαδικασιών και των τεχνικών μηχανισμών, την δημιουργία και ανάπτυξη μιας κουλτούρας ποιότητας η οποία θα είναι απόλυτα εναρμονισμένη με όλες τις υπόλοιπες διαδικασίες. Το κριτήριο αυτό δεν αποδόθηκε στην πράξη στον βαθμό που θα όφειλε, ειδικά σε μία από τις τέσσερις μονάδες υγείας.

Τα αποτελέσματα και οι αλλαγές μετά την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας και των προτύπων αυτής ήταν στις περισσότερες των περιπτώσεων πολύ θετικά. Για ακόμη μια φορά διαπιστώνουμε πως τα μικρότερα οφέλη παρουσιάστηκαν στην μονάδα υγείας που «αντιστάθηκε» και δεν ενέταξε σε ένα μεγάλο βαθμό στην νοοτροπία της τις επιταγές αυτών των συστημάτων και προτύπων. Το θετικό πρόσημο που είχαν αυτές οι αλλαγές –ειδικότερα στις υπόλοιπες τρεις μονάδες υγείας- καθίσταται απόλυτα σαφές εφόσον αποτυπώνεται από αφενός την βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών – πελατών τους (εξωτερικοί πελάτες) και αφετέρου από το προσωπικό και όλους τους εμπλεκόμενους με το σχετικό μέρος εργαζόμενους (εσωτερικοί πελάτες).

Η συμβολή της ανώτατης διοίκησης στη σημασία των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας κρίνεται ως εξαιρετικά σημαντική. Η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των μονάδων υγείας είναι σε άμεση συνάρτηση με την θετική αξιολόγηση ή αντιθέτως απαξίωση των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας εκ μέρους της διοίκησης των νοσοκομείων. Έτσι παρατηρείται πως στα τρία από τα τέσσερα νοσοκομεία του δείγματος τα αποτελέσματα είναι σαφώς βελτιωμένα σε σχέση με το ένα νοσοκομείο το οποίο δεν αποδέχτηκε εξ αρχής με θετικό τρόπο την σημασία αυτών των συστημάτων και προτύπων.

Επιπρόσθετα, από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου προέκυψε ότι τα νοσοκομεία του δείγματος δεν τηρούν ευλαβικά όλες τις επιμέρους διαδικασίες και τους μηχανισμούς που τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας απαιτούν. Η κακή εφαρμογή ή ακόμα η μη εφαρμογή βασικών διαδικασιών - μηχανισμών αναπόφευκτα οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα σε βάθος χρόνου. Benchmarking, για παράδειγμα, οφείλεις να κάνεις συνεχώς με άλλες μονάδες υγείας είτε του εσωτερικού είτε του εξωτερικού για να μπορέσεις να αποκομίσεις τα οφέλη της συγκριτικής αξιολόγησης. Ορισμένες μονάδες υγείας βρίσκονται σε ένα πολύ καλό επίπεδο και συνεχώς εξελίσσονται προς τη σωστή κατεύθυνση ενώ ορισμένες άλλες σε μικρότερο βαθμό. Παραταύτα, όλες βρίσκονται σε

διαδικασία παρακολούθησης των εξελίξεων που αφορούν αυτό το θέμα και αυτό αποτυπώνεται από τα οράματά τους για το μέλλον, οράματα που αφορούν την πιστοποίηση περισσότερων ή όλων των πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας που κυκλοφορούν.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται πως τα συστήματα πιστοποίησης της ποιότητας και τα πρότυπα που αφορούν αυτά, συμβάλλουν τα μέγιστα προς την καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας, ειδικά δε αν αυτές οι μονάδες υγείας έχουν εντάξει πλήρως και τηρούν όπως πρέπει όλες τις συνοδευτικές διαδικασίες και τους μηχανισμούς που απαιτούνται από τα συστήματα αυτά.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε για τους σκοπούς εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. «Οικονομικά & Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Η έρευνα είναι ποιοτική και διεξάγεται προκειμένου να προσδιοριστεί η στρατηγική των υγειονομικών μονάδων για την ποιότητα και τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα. Η εν λόγω έρευνα θα χρησιμοποιηθεί αυστηρά για σκοπούς ερευνητικούς, διατηρώντας τη διακριτικότητα σε ευαίσθητα ζητήματα. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας.

A. Γενικά Στοιχεία

1. Πόσα χρόνια λειτουργεί το νοσοκομείο σας;
2. Μετά από πόσα χρόνια λειτουργίας του αποφασίσατε να εντάξετε σε αυτό τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας; (για ποιους λόγους, κάτω από ποιες συνθήκες).

3. Ποια συστήματα διασφάλισης ποιότητας διαθέτει το νοσοκομείο σας; (σε ποια τμήματα & ποια έκδοση).

B. Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας

4. Ενημερώνεστε για τα νέα συστήματα που κυκλοφορούν; Είστε σε διαδικασία ή θα σας ενδιέφερε η απόκτηση τους;

5. Ποιες αλλαγές έχετε διαπιστώσει στην λειτουργία του νοσοκομείου σας, σε ποιους τομείς και σε ποια τμήματα μετά την εφαρμογή των συστημάτων αυτών;

6. Πώς αποδέχτηκε/αποδέχεται το προσωπικό σας (ιατρικό, διοικητικό, λοιπό) την εφαρμογή αυτών των συστημάτων;

Γ. Έλεγχος & Διαχείριση της Ποιότητας

7. Με ποιους τρόπους ελέγχετε την ποιότητα στα διαφορά τμήματα του νοσοκομείου σας; Διαθέτετε ειδικό τμήμα ή προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο για αυτό τον σκοπό;

8. Ο έλεγχος της ποιότητας διενεργείται μόνο εσωτερικά ή και εξωτερικά; Στην περίπτωση του εξωτερικού ελέγχου, αυτός τελείται από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και από ποιόν; Πόσο συμπίπτουν τα δύο είδη ελέγχων;

9. Ποιοι εμπλέκονται στο τμήμα/ομάδα ποιότητας;

10. Τι δείκτες και τι εργαλεία μέτρησης της ποιότητας χρησιμοποιείτε στο νοσοκομείο σας; Αναφέρετε ενδεικτικά κάποιους δείκτες.

11. Πώς διαχειρίζεστε τα αποτελέσματα που παίρνετε από τη μέτρηση της ποιότητας;

12. Πόση σημασία δίνετε για την ποιότητα στην εκπαίδευση και την επανεκπαίδευση του προσωπικού σας; Τι κάνετε γι' αυτό;

13. Ποιο είναι το πιο δυνατό σας σημείο (στο οποίο έχετε τη μεγαλύτερη βελτίωση) και ποιο το πιο αδύναμο;

14. Πού νομίζετε ότι οφείλεται το πιο δυνατό σας σημείο (ως προς τη βελτίωση της ποιότητας που έχει επιτευχθεί) και πού το πιο αδύνατο;

15. Αν μπορούσατε να βαθμολογήσετε την επίδοση του γραφείου/ομάδας ποιότητας, τι βαθμό θα βάζατε ως προς την επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου μέχρι σήμερα; (από το 1 έως το 10).

Δ. Ικανοποίηση Ασθενών, Προσωπικού & στόχοι για το μέλλον

16. Κάνετε benchmarking;

17. Πώς μετράτε την ικανοποίηση των ασθενών;

18. Πώς μετράτε την ικανοποίηση του προσωπικού;

19. Ποιο είναι το όραμα του νοσοκομείου σας ως προς την ποιότητα και τι στόχους έχετε θέσει για το επόμενο έτος και την επόμενη πενταετία;

20. Αναφέρατε ένα γενικό σχόλιο για τη λειτουργία του γραφείου/ομάδας ποιότητας και των συστημάτων που ακολουθεί σε σχέση με την επίδοση όλου του νοσοκομείου που θεωρείτε σημαντικό και δεν έχει αναφερθεί στις παραπάνω απαντήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αλεξιάδης Α. Δ. και Σιγάλας Ι. (1999). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων. Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές, Τόμος Δ*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
2. Anders A., Staffan N. (1992). Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
3. Γαλάνης Π. (2017). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
4. Γούλα Α. (2007). *Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου. Η Ελληνική εμπειρία και πρακτική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
5. Γούλα Α. (2013). *Οργανωσιακή κουλτούρα δημοσίου νοσοκομείου: Παράγοντες μετάβασης από το γραφειοκρατικό σε ένα νέο μοντέλο διοίκησης*. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
6. Γούλα Α. (2014), *Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
7. Δερβιτσιώτης Κ. (1993). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα.
8. Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). *Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας 2η έκδοση*. Εκδόσεις INTERBOOKS.
9. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
10. Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ. (2000). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
11. Ζηλίδης, Χ. (2005). *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004*, εκδ. Mediforce.
12. Θεοδώρου Μ. (1992), *Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, (3)1 :41-47.
13. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης. Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα.

14. Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Λοπατατζίδης Α. (1999), *Υπηρεσίες υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις Α' τόμος*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
15. Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Τόμος Α ,Αθήνα: εκδόσεις κλειδάριθμος.
16. Καλοκαιρινού Α. (1994). *Βελτίωση ποιότητας νοσηλευτικής πράξης*, 21^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 17-19/5/1994, Αθήνα.
17. Κερμίτσης Α., (2005). «*Service Quality*», Πάντειο Πανεπιστήμιο.
18. Κέφης (2005), *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Εκδόσεις Κριτική.
19. Κοντούλη -Γείτονα, Μ. (1992). *Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
20. Κυριόπουλος Ι., Μπεαζόγλου Τρ. (2000). *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μία απόπειρα για την συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης*. Εκδόσεις Θεμέλιο.
21. Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ. (2006). *Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6): 603-614.
22. Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Παπασωτηρίου.
23. Λιαρόπουλος (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας (Α' τόμος)*. Εκδόσεις Βήτα.
24. Μάμα Μ., Μητροσύλη Μ. (1999). *Δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και Νομικές διαστάσεις)*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
25. Μπέσης, Ν., (1993). *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*. Ειδικά Κλαδικά Θέματα, Νο. 1, Αθήνα, ΙΟΒΕ.
26. Μπουρσανίδης Χ. (1991), *Συστήματα υγείας*. Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας.
27. Οικονομοπούλου Χ. (2002). *Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα*.
28. Οικονόμου Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
29. Παπαδημητρίου Μ., et. al. (1996). *Διαπροσωπικές σχέσεις – Ικανοποίηση νοσηλευτριών και Ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα*. Νοσηλευτική 37(3): 251 – 264.

30. Παπαθεοδώρου Χ. και Μωυσίδου Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Έκδοση Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
31. Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. (2012). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(4):480-488.
32. Παπανικολάου (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.
33. Πολύζος (2014), *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*, Εκδόσεις Κριτική.
34. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. (2013). *Ανάγκες ασθενών*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 2(2):73-83.
35. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ. (2003). Το νοσοκομείο – επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα. Περιοδικό επιθεώρηση οικονομικών επιστημών, τεύχος 3 Πρέβεζα, σελ. 31-52.
36. Σκορδή Α. (1997), Μεταπτυχιακή εργασία του τμήματος οικονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας με θέμα: «*Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*».
37. Σούλης Σ. (1994). *Η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας ενόψει των νέων κοινωνικό – πολιτισμικών αλλαγών*. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, 4-6/11/94, σελ. 11.
38. Σπάρος Λ. (2001), *Μετα-επιδημιολογία*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
39. Στάγιας (2011). *Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό*. Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα.
40. Τσιότρας Γ. (1995). *Βελτίωση Ποιότητας*. Εκδόσεις Μπένου.
41. Τσιότρας (2002), *Βελτίωση ποιότητας, β' έκδοση*. Εκδόσεις Μπένου.
42. Χλέτσος, Μ. (2015). *Κεφάλαιο Δεύτερο: Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα*. Χλέτσος Μ., *Κύκλος Διαλέξεων "Οικονομία και Κοινωνία"* (σφ. 3-23). Ιωάννινα: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών-Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
43. Χλωμούδης Κ., Κωσταγιόλας Π. (2004). *Σύγχρονες βιβλιοθήκες-Τράπεζες πληροφοριών: οργάνωση και νέες τάσεις*. Εκδόσεις J&J.
44. Perreault, W.D., Cannon, J.P. και McCarthy, E.J. (2012). *Βασικές αρχές μάρκετινγκ – Μια στρατηγική προσέγγιση*. Πασχαλίδης, Αθήνα.
45. Porter M. & Teisberg E. (2009). *Αναδιάρθρωση του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας*. Εκδόσεις Ίων.

46. Sullivan E. & Decker P. (2016). Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας. Εκδότης Γκιούρδας.
47. Taylor C, Lillis C, Le Mone Pr. (2002). *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λεμονίδου Χρ., και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

1. Arah Oa, Klazinga Ns, Delnoij Dm, Ten Asbroek Ah, Custe Rs T, (2003), *Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement*. Int J Qual Health Care.
2. Baker R. (1990). «*Development of a questionnaire to assess patients ' satisfaction with consultations in general practice*», British Journal of General Practice.
3. Bogan, C. E. και English, M.J. (1994). *Benchmarking for best practices. Wining through innovative adaptation*. McGraw Hill, New York.
4. Camp, R.C. (1995). *Business Process Benchmarking: finding and implementing best practice*, ASQC Quality Press, Milwaukee, WI (USA).
5. Cleary, P.D., Edgman – Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives. JAMA; 278: 1608-12.
6. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, (2001), *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC .
7. Crosby, P., Quality is Free. New York : McGraw-Hill, 1979.
8. Danielsen K., et al., (2007). «*Patient experiences to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26.938 patients attending 62 hospitals throughout Norway*», Scandinavian Journal of Public Health, 35 (1).
9. Donabedian, A., (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press.
10. Donabedian A., (1988), *The Quality of care how can it be assessed*, American Medical Association.
11. Evans R.J, Lindsay M.W (1995), *The management and Control of Quality*. West publishing company, 3rd Edt.

12. Gnardellis, D. Niakas, (2005). «*Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System*». *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3).
13. Grol, R. et al., (2000). «*Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison*», *British Journal of General Practice*, 50(460).
14. Guyatt H., et al. (1995). «*Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness*», *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(10).
15. ISO, *Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary* (Revision of ISO 8402: 1994 and ISO 9000 - 1: 1994), 1999.
16. Kelman S. (1975), «*The social nature of the definition problem in health*», *International journal of Health Service _planning administration*.
17. Kotler P., Clarke R. (1987). *N. Marketing for health care organizations*. Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall.
18. Kotler P., Shalowitz J. και Stevens R.J. (2008). *Strategic Marketing For Health Care Organizations: Buliding a Customer-Driven Health System*. Jossey-Bass.
19. Kruger, V. (2001). *Main schools of TQM: the big five*. TQM Magazine.
20. La Monica, L., Oberst, T., Madea, R., Wolf, M., (1986). «*Development of a patient satisfaction scale*», *Research in Nursing and Health*, 9(1).
21. Larsen, L., Attkisson, C., Hargreaves, A., Nguyen, D., (1979). «*Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale*» *Evaluation and Program Planning*, 2(3).
22. Linder-Pelz, S., (1982). «*Toward a theory of patient satisfaction*». *Social Science and Medicine*, 16.
23. Lohr K. (1997). *How do we measure quality?* *Health Affairs*
24. Maxwell, R. (1984). *Quality assessment in health*. *British Medical Journal*, 288: 1470-1471.
25. Merkouris J. Infantopoulos, V. Lañara, C. Lemonidou, (1999). «*Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece*», *Journal of Nursing Management*, 7 (2).
26. Meterko M., H.R. Rubin, (1990). *Patient judgement of hospital quality: report of a pilot study*, *Medical Care*.
27. Oakland J.S. (1994). *Total Quality Management: The Route to Improving Performance*. Oxford.

28. Parsons T. *Definition of health and illness in the light of the American values and structure in* Jaco E.G. and Gartley E. (eds), *Patients, physicians and illness*, New York, Free Press, 1979.
29. Pentland B. (2000), “*Will Auditors take over the world? Program, Technique and the Verification of Everything*”. *Accountancy, Organizations and Society* 25(3):307-312.
30. Pitts R. A., Lei D. (1996): *Strategic Management. Building and Sustaining Competitive Advantage*. West Publishing Company.
31. Robbins S. P., DeCenzo D.A. (1995). *Fundamentals of management. Essential concepts and applications*. Prentice Hall, New Jersey.
32. Roemer MI (1991). *National health systems of the world*. Vol. 1 Oxford University Press, New York.
33. Scrivens E., Klein A. (1995). *Accreditation: what can we learn from the Anglophone model?*. *Health Policy*, 34: 153-226.
34. Sitzia,N. Wood, (1998). «*Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies*», *International Journal for Quality in Health Care*.
35. Sloan David S.G. (1992). “*Health Care and the Demand for Quality*”. *International Journal of Quality and Reliability Management*.
36. Suchman E. (1967). *Evaluative Research, Principles in Public Service and Social Action Programs*. Russell Sage Foundation, New York.
37. Ware E., Snyder,R. Wright,R. Davies, (1983). «*Defining and measuring patient satisfaction with medical care*», *Evaluation and Program Planning*, 6.
38. Watson, G.H. (1993). *Strategic Benchmarking. How to rate your Company's performance against the World's Best*. John Wiley and Sons, New York.
39. WHO (1993) *Continuous Quality Development: a proposal national policy* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
40. Wiener C., Kayser-Jones J. (1989). “*Defensive work in nursing homes: accountability gone amok*”. *Social Science and Medicine* 28(I):37-44.
41. Wolf, H. et al., (1978). «*The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior*», *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4).
42. World Health Organization (WHO), (2000): *Global strategy for health for all by the year*.

43. Wright C., Writtington D. (1992). *Quality Assurance: an introduction for health care professionals*, Churchill Livingstone.
44. Yasin M.M. & Zimmerer T.W. (1995). *The Role of Benchmarking in Achieving Continuous Service Quality*. International Journal of Contemporary Hospitality Management.
45. Zairi M. (1994). *Benchmarking: The Best Tool for Measuring Competitiveness*. Benchmarking for Quality Management & Technology.

Διαδικτυακές Πηγές

1. <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-C124/54/414,1539>
2. <http://www.tuv-hellas.gr>
3. <http://www.elot.gr>
4. <https://www.tuvaustriahellas.gr>
5. <https://www.lib.unipi.gr/>
6. <https://ebookcentral.proquest.com>
7. <https://www.heal-link.gr/>
8. <http://www.e-benchmarking.org/el/benchmarking.html>
9. <https://www.iso.org/>