



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Δήμητρα Βαγενά

Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

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

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Δήμητρα Βαγενά

Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια :
Κυρία Χατζηδήμα Σ.
Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2008



**UNIVERSITY
PIRAEUS**

**COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES
ADMINISTRATION OF HEALTH**



**TEI OF
PIRAEUS**

Dimitra Vagená

Quality of Health Services in Greece

Supervisor:

Mrs. Hadjidema S.

Ass. Professor of University of Piraeus

**Dissertation submitted for the Postgraduate Degree in
“Health Management”**

Piraeus, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κα. Χατζηδήμα για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της στην διαμόρφωση και ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου για την συμπαράστασή τους κατά την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική καθώς η πληθώρα των παρεχόμενων υπηρεσιών απαιτεί συντονισμό και σωστή οργάνωση, ενώ οι απαιτήσεις τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο και από την πλευρά των εργαζομένων είναι συνεχώς αυξανόμενες.

Η βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας με έμφαση στα νοσοκομεία επικεντρώνει το ενδιαφέρον μας στην ικανοποίηση του ασθενούς. Η βελτίωση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής διεργασιών και μέτρησης της ποιότητας που εντάσσονται μέσα στα συστήματα ποιότητας.

Για την εκκίνηση της διαδικασίας βελτίωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επισημανθούν οι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Η αξιολόγηση αυτή αποτελεί στόχο της συγκεκριμένης εργασίας και επιτυγχάνεται με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Γι αυτό το λόγο καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο από την επεξεργασία του οποίου αντλήθηκαν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής.

Λέξεις – Κλειδιά

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, διασφάλιση ποιότητας, βελτίωση ποιότητας

Quality of Health Services in Greece

Dimitra Vagena

Postgraduate Thesis Submitted for the Degree “Health Management”

University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Mrs. Hadjidema S. Ass. Professor of University of Piraeus

The introduction of the meaning of quality in the Health Services is important, as the variety of the offered services requires coordination and organization, while the demands, either from the patients or from the health professionals, are rising continuously.

The improvement of the quality in health's area, with emphasis in hospitals, focuses our interest in the satisfaction of the patients. This improvement is accomplished through the implementation of processes and measurement of quality, which are placed among the quality methods.

For the initiation of the improvement procedure, the survey of the offered health services is necessary, so the sectors that need improvement can be pinpointed. This survey comprises the target of this specific work and it is accomplished by the measurement of patients' satisfaction in public hospitals. For this reason, a questionnaire was formed, the processing of which gave some very useful results, that are analytically presented in the corresponding chapter of this diplomatic work.

Key-words

Quality of health services, quality assurance, quality improvement

Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΓΕΙΑ.....	6
1.1 Η έννοια της Υγείας.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	10
2.1 Η αναζήτηση της ποιότητας ως καθολικό αίτημα	10
2.2 Η έννοια της ποιότητας είναι για όλους κοινή;.....	11
2.3 Οι ορισμοί της έννοιας της ποιότητας	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	14
3.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα: καθολική προσδοκία.....	14
3.2 Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	14
3.3 Οι ορισμοί της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	20
5.1 Οφέλη για τον ασθενή.....	22
5.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας	23
5.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας	23
5.4 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	25
6.1 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	26
6.2 Μέτρηση της ποιότητας	26
6.2.1 Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	34
8.1 Ο Ποιοτικός Έλεγχος.....	34
8.2 Η Διασφάλιση της Ποιότητας.....	35
8.3 Οι κύκλοι ποιότητας	37
8.4 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	40
8.5 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs).....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	46
9.1 Διεθνές περιβάλλον: Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	51
10.1 Οι προτεραιότητες των χρηστών	51
10.2 Επιχειρώντας έναν σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενή.....	53
10.2.1 Ερεθίσματα, χρησιμότητα της κριτικής και αντιδράσεις.....	53
10.2.2 Ατομικές διαφορές και αποτελέσματα.....	53
10.3 Αναλύοντας την διαδικασία εξυπηρέτησης από την πλευρά του χρήστη	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	58
11.1 Μεθοδολογία και ερευνητικό πλαίσιο	58
11.1.1 Περιγραφή πληθυσμού έρευνας.....	58
11.1.2 Δείγμα έρευνας	58
11.1.3 Η μέθοδος συλλογής στοιχείων και παρουσίαση ερωτηματολογίου.....	59
11.2 Ανάλυση έρευνας.....	62
11.2.1 Γενικές ερωτήσεις.....	63
11.2.2 Ειδικές ερωτήσεις	67

11.3 Συμπεράσματα έρευνας	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	92
12.1 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα	92
12.2 Προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.....	93
12.3 Προτάσεις για την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας.....	94
12.4 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	96
ΣΥΝΟΨΗ.....	98
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ.....	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Αύξων Αριθμός	Τίτλος Πίνακα	Σελ ίδα
1.1	<i>Έννοιες της Υγείας</i>	5
9.1	<i>Διαστάσεις απόδοσης ανά Χώρα</i>	47
9.2	<i>Διαστάσεις απόδοσης συστημάτων υγείας</i>	48
11.1	<i>Η κατανομή του δείγματος βάσει ηλικίας</i>	63
11.2	<i>Μορφωτικό επίπεδο δείγματος</i>	64
11.3	<i>Ο τόπος κατοικίας ερωτηθέντων δείγματος</i>	65
11.4	<i>Η επαγγελματική σχέση των ερωτηθέντων</i>	66
11.5	<i>Επιλογή μαιευτηρίου</i>	67
11.6	<i>Επιλογή μεθόδου τοκετού</i>	68
11.7	<i>Σύνολο ημερών νοσηλείας</i>	69
11.8	<i>Σύνολο ημερών νοσηλείας για περισσότερες των 4 ημερών</i>	70
11.9	<i>Η καταλληλότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού</i>	71
11.10	<i>Η εύκολη προσβασιμότητα στο νοσοκομείο</i>	72
11.11	<i>Οι δυσκολίες στο τμήμα υποδοχής των νοσοκομείων</i>	73
11.12	<i>Είδος ασφάλισης</i>	74
11.13	<i>Η κάλυψη ασφάλειας</i>	75
11.14	<i>Η ανάγκη μεταφοράς σε άλλο νοσοκομείο</i>	75
11.15	<i>Σύνολο απαντήσεων ερωτηματολογίου ανά κατηγορία υπηρεσίας και υποδομών</i>	76
11.16	<i>Απεικόνιση ποσοστών ανά κατηγορία υπηρεσίας και υποδομών</i>	77
11.17	<i>Κριτήρια επιλογής</i>	82
11.18	<i>Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό</i>	84
11.19	<i>Επικοινωνία με τους γιατρούς</i>	85
11.20	<i>Οικονομική συμβολή νοσηλευομένων</i>	86
11.21	<i>Η επιλογή του ίδιου νοσοκομείου</i>	87
11.22	<i>Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών</i>	88
11.23	<i>Η επιθυμία των ασφαλισμένων για οικονομική συνεισφορά για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας</i>	89

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Αύξων Αριθμός	Τίτλος Διαγράμματος	Σελ ίδα
11.1	<i>Η κατανομή του δείγματος βάσει ηλικίας</i>	63
11.2	<i>Μορφωτικό επίπεδο δείγματος</i>	64
11.3	<i>Η επαγγελματική σχέση των ερωτηθέντων</i>	66
11.4	<i>Ποσοστιαία κατανομή δείγματος στην επιλογή μαιευτηρίου</i>	67
11.5	<i>Απεικόνιση ποσοστών μεθόδων τοκετού</i>	68
11.6	<i>Σύνολο ημερών νοσηλείας</i>	69
11.7	<i>Σύνολο ημερών νοσηλείας για περισσότερες των 4 ημερών</i>	70
11.8	<i>Η καταλληλότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού</i>	71
11.9	<i>Η εύκολη προσβασιμότητα στο νοσοκομείο</i>	72
11.10	<i>Ποσοστά δυσκολιών στο τμήμα υποδοχής των νοσοκομείων</i>	73
11.11	<i>Είδος ασφάλισης</i>	74
11.12	<i>Ποσοστιαία κατανομή παροχής ασφάλισης</i>	75
11.13	<i>Η ανάγκη μεταφοράς σε άλλο νοσοκομείο</i>	76
11.14	<i>Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό</i>	78
11.15	<i>Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό</i>	79
11.16	<i>Αντιμετώπιση από το διοικητικό προσωπικό</i>	79
11.17	<i>Ικανοποίηση από την καθαριότητα στα νοσοκομεία</i>	80
11.18	<i>Ικανοποίηση από το φαγητό στα νοσοκομεία</i>	80
11.19	<i>Ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή</i>	81
11.20	<i>Ικανοποίηση από το κόστος νοσηλείας</i>	81
11.21	<i>Κριτήρια επιλογής</i>	83
11.22	<i>Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό</i>	84
11.23	<i>Επικοινωνία με τους ιατρούς</i>	85
11.24	<i>Οικονομική συμβολή νοσηλευομένων</i>	86
11.25	<i>Η επιλογή του ίδιου νοσοκομείου</i>	87
11.26	<i>Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών</i>	88
11.27	<i>Η επιθυμία των ασφαλισμένων για οικονομική συνεισφορά για την βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας</i>	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, όλο και πιο συστηματικά, απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία. Μια σειρά από επιστημονικές περιοχές πέρα από τις ιατρικές και βιολογικές επιστήμες προσεγγίζουν και διερευνούν την υπόσταση της υγείας μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικό-πολιτιστικές συνθήκες (Αγραφιώτης, 1988). Η σημαντική συνεισφορά των κοινωνικών επιστημών έχει αναγνωριστεί στις χώρες της Δύσης από τις αρχές της δεκαετίας του '60, όταν για το σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας λαμβάνονταν σοβαρά υπόψη οι κοινωνικό-ψυχολογικοί παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας και την ανταπόκριση των χρηστών σε θεραπευτικά μέσα. Για παράδειγμα, όλα τα άτομα δε χρησιμοποιούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με τον ίδιο τρόπο. Το πότε και με ποιον τρόπο θα αναζητήσει ένα άτομο ιατρική φροντίδα εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κοινωνική του τάξη. Από την άλλη πλευρά οι κοινωνικές επιστήμες έχουν συμβάλει σημαντικά στην ερμηνεία της υγείας, μελετώντας πώς την αντιλαμβάνονται διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Κάθε κοινωνία διαγράφει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. ο ορισμός της υγείας σχετίζεται με τις αναπαραστάσεις των ατόμων αυτών, με τις αναπτυσσόμενες αντιλήψεις, τις γνώσεις των ομάδων ή και ολόκληρης της κοινωνίας. Πρέπει να αναφέρουμε επιγραμματικά σε αυτό το σημείο ότι σήμερα οι ειδικοί στο χώρο της υγείας μιλάνε για την ύπαρξη κρίσης γύρω από τα θέματα υγείας όσον αφορά τόσο την αντιμετώπιση των βασικών νόσων της εποχής μας και τις υγειονομικές ανισότητες, όσο και τον έλεγχο του διαρκούς κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μπορούμε να πούμε ότι έθεσε υπό αμφισβήτηση την «εξουσία» των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των νόσων, καθώς δεν κατορθώνουν πάντα να θεραπεύσουν τους ασθενείς ή να παραγάγουν το εμβόλιο για να περιορίσουν την εξάπλωση μιας νόσου. Εκείνο όμως που μας ενδιαφέρει είναι ότι η κρίση αυτή έχει οδηγήσει σε αναθεώρηση τόσο της βασικής φιλοσοφίας για την έννοια της υγείας, όσο και της μορφής των παρεχόμενων υπηρεσιών, με έμφαση στην κοινωνική/προληπτική ιατρική για την προαγωγή της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΓΕΙΑ

Η υγεία ενός λαού και η ατομική μας υγεία είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων, πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών. Το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα είναι ένας, μόνο, από αυτούς τους παράγοντες και ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι υπηρεσίες παίζει θετικό ή αρνητικό ρόλο. Για τη μελέτη της επίδρασης του συστήματος υγείας στο επίπεδο της υγείας είναι απαραίτητη η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της υγείας και, μάλιστα, εργαλείων που διευκολύνουν τον εντοπισμό των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο της υγείας.

1.1 Η έννοια της Υγείας

Σύμφωνα με την UNESCO, δεν υπάρχει σαφής και διακρατικά αποδεκτός τρόπος ορισμού της υγείας, αφού ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος την αντιλαμβάνεται άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, ενώ αυξήθηκαν και οι γνώσεις και οι απαιτήσεις μας γύρω από την υγεία. Ο προφανέστερος τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος καταλαβαίνει την υγεία εκφράζεται με τον ορισμό που έδωσε ο Jeremy Bentham: **«Υγεία είναι η απουσία νόσου»**. Πώς, όμως, διαπιστώνεται η απουσία νόσου; Με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, έγινε φανερό ότι μπορεί να υπάρχουν αλλοιώσεις στον οργανισμό χωρίς να προκαλούν ενοχλήματα ή αντικειμενικές λειτουργικές διαταραχές. Έγινε επίσης αντιληπτό ότι υπάρχουν συγγενείς διαμαρτίες που δεν εξελίσσονται, δεν συντομεύουν τη ζωή και δεν συνεπάγονται σημαντικές βλάβες (π.χ. οι μεταβολικές ανεπάρκειες). Έτσι, 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**. Υπάρχουν τρεις έννοιες που περιγράφουν (αρνητικά) την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Οι όροι αυτοί, που συχνά (αλλά λανθασμένα) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, περιγράφουν την πραγματική αρνητική κατάσταση της υγείας σύμφωνα με τον τρόπο εκδήλωσης και τις επιπτώσεις τους σε οργανικό ή λειτουργικό επίπεδο. Παράλληλα, εμπεριέχουν και υποδηλώνουν διαφορετικό είδος παρέμβασης που απαιτείται από το σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση τους. Σύμφωνα με τον αρνητικό αυτόν ορισμό, η υγεία αποκτά ενδιαφέρον και απαιτεί την ενεργοποίηση του ατόμου ή/και της κοινωνίας

μόνον όταν κινδυνεύει η λειτουργική επάρκεια ή η ζωή του ατόμου, ή ομάδων του πληθυσμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1
Έννοιες της Υγείας

Όρος	Επιπτώσεις	Παρέμβαση
Νόσημα	Βλάβη σε οργανικό επίπεδο	Πρόληψη, θεραπεία
Αρρώστια	Κλινικά συμπτώματα ή θετικά εργαστηριακά ευρήματα	Θεραπεία
Ασθένεια	Διαταραχή της κοινωνικής λειτουργίας	Κοινωνική φροντίδα

Στη σύγχρονη εποχή έχει γίνει αντιληπτό ότι το αγαθό της υγείας περιλαμβάνει και διαστάσεις που μπορούν να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και όχι, απλώς, να την προφυλάξουν. Έτσι, στις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της υγείας απέκτησε μια θετική διάσταση, η οποία τονίζει το πλήρες δυναμικό του ατόμου ως προς την κατάσταση της υγείας του. Σύμφωνα με αυτή τη διάσταση, δόθηκε ο ευρύτερος δυνατός ορισμός της υγείας, όπως έχει καθιερωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). **Υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας αλλά η πλήρης σωματική και ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.** Είναι προφανές ότι ο ευρύτατος αυτός ορισμός περιέχει τη θετική άποψη για την υγεία και ότι είναι ένας «επιθετικός» ή μαξιμαλιστικός ορισμός, σε αντίθεση με τον «αμυντικό» ή μινιμαλιστικό ορισμό που περιορίζεται στο τι δεν πρέπει να χαρακτηρίζει την κατάσταση υγείας του ατόμου. Αναγνωρίζει δηλαδή, ότι το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας είναι αυτό που επιτρέπει

στον άνθρωπο να επιτύχει ή να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητες του (potential) ως έλλογον, χωρίς να περιορίζεται στην επιδίωξη αυτή από κάποια μειονεξία σε σχέση με το σωματικό ή ψυχικό του δυναμικό. Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει, έστω και έμμεσα, την έννοια του «ομαλού», δηλαδή περιγράφει το απόλυτα υγιές άτομο κατά τρόπο υποκειμενικό, τοποθετώντας την κρίση ως προς την κατάσταση της υγείας στο ίδιο το άτομο. Στην περίπτωση αυτή, ένα άτομο με υπερβολικό ύψος ή τεράστιους μύες (μη ομαλή κατάσταση) θεωρείται υγιές, εφόσον μια τέτοια κατάσταση για ορισμένα άτομα (αθλητές) είναι επιθυμητή και, συνεπώς, συμβάλλει στην ευεξία τους.

1.2 Η έννοια της υγείας σε κρατικό επίπεδο

Το 1977 η Παγκόσμια Συνέλευση της Υγείας αποφάσισε ότι ο πρωταρχικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι να παράσχουν, μέχρι το έτος 2000, στους πολίτες όλου του κόσμου ένα επίπεδο υγείας που θα τους επιτρέπει να διάγουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, στόχος ο οποίος αποδίδεται από τη φράση «Υγεία για όλους ως το έτος 2000». Αυτό σημαίνει ότι, κατά το δυνατόν, οι κάτοικοι όλων των χωρών του κόσμου πρέπει να αποκτήσουν το ελάχιστο επίπεδο υγείας που θα τους καθιστά ικανούς να εργάζονται κατά τρόπο αποδοτικό και να μετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή της κοινότητας στην οποία ανήκουν. Η επιτυχία αυτού του σκοπού εξαρτάται κυρίως από την εφαρμογή προληπτικών μέτρων μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο από το 1984, που υιοθετήθηκε η πρώτη Ευρωπαϊκή Πολιτική και ο στόχος «Υγεία για όλους», μέχρι σήμερα έχουν συντελεστεί σημαντικές αλλαγές. Για παράδειγμα, η γήρανση του πληθυσμού -με θετικές και αρνητικές συνέπειες-, τα νέα δεδομένα σε σχέση με το περιβάλλον και οι επιπτώσεις στον άνθρωπο (π.χ. τρύπα του όζοντος), οι πολιτικό-οικονομικές αλλαγές στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Έτσι, η Περιφερειακή Επιτροπή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην 41η Σύνοδο το 1991 συμπεριέλαβε τις ακόλουθες τέσσερις διαστάσεις στο πλαίσιο της κίνησης «Υγεία για όλους»:

- τη διασφάλιση της ισότητας στην υγεία, με τη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας, μεταξύ των χωρών αλλά και μεταξύ των ομάδων στις ίδιες χώρες (στο χώρο της περίθαλψης η ισότητα διασφαλίζεται με ίση πρόσβαση στη δια-

θέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες, ίση χρήση για ίδιες ανάγκες και, τέλος, ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους)

- την προσθήκη ζωής στα χρόνια, βοηθώντας τους ανθρώπους να επιτύχουν να αξιοποιούν πλήρως τις φυσικές, διανοητικές και κοινωνικές ικανότητες τους.
- την προσθήκη υγείας στη ζωή, με τη μείωση νοσημάτων και ανικανοτητών
- την προσθήκη χρόνων στη ζωή, με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Η επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» εξαρτάται βεβαίως σε μεγάλο βαθμό από τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση της υγείας και τη θνησιμότητα του πληθυσμού, καθώς και το επίπεδο ανάπτυξης του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Πλησιάζοντας το έτος 2000 παρατηρούμε ότι αυτός ο στόχος, τουλάχιστον για τις αναπτυσσόμενες και υπανάπτυκτες χώρες, δεν κατάφερε να επιτευχθεί. Πάνω από ένα δισεκατομμύριο άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο βασανίζονται από διάφορες αρρώστιες, από υποσιτισμό, από φτώχεια, παράγοντες που δεν τους επιτρέπουν να συμμετάσχουν ενεργά στη διαμόρφωση ενός ελπιδοφόρου μέλλοντος. Τα άτομα αυτά ζουν κυρίως σε χωριά, στην ύπαιθρο και σε φτωχογειτονιές στις πόλεις των υπανάπτυκτων περιοχών της γης (Κονταράτος, 1983).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

2.1 Η αναζήτηση της ποιότητας ως καθολικό αίτημα

Οι πρώτες προσπάθειες για παραγωγή προϊόντων ή παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας προήλθαν ουσιαστικά από την ανάγκη να διασφαλιστεί υψηλό επίπεδο ασφάλειας και αξιοπιστίας, ανάγκη την οποία απαιτούσε η χρήση ειδικών προϊόντων ή υπηρεσιών, όπως είναι το στρατιωτικό υλικό, τα διάφορα συστήματα ασφάλειας και τα διαστημικά σκάφη. Η πληρότητα όμως που χαρακτηρίζει στη σύγχρονη εποχή όλες τις κατηγορίες των προσφερόμενων αγαθών, στις οργανωμένες τουλάχιστον κοινωνίες, είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση των προσπαθειών αυτών και στην παραγωγή των άλλων αγαθών ή υπηρεσιών.

Η προσφορά αγαθών και υπηρεσιών σ' αυτό που ονομάζουμε «αγορά» είναι σήμερα πράγματι μεγάλη και συνήθως υπερκαλύπτει τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονος ανταγωνισμός. Έρευνες της αγοράς απέδειξαν ότι υπάρχουν και σήμερα πολλοί καταναλωτές αγαθών ή υπηρεσιών οι οποίοι προτιμούν να αγοράσουν το φθηνότερο. Προτιμούν δηλαδή να αποφασίζουν με βάση την τιμή. Οι ίδιες Έρευνες όμως έδειξαν, επίσης, ότι είναι εντυπωσιακά μικρός ο αριθμός αυτών που θα αγόραζαν ξανά κάτι που δεν τους ικανοποίησε πλήρως την πρώτη φορά. Κανένας, όπως αποδείχθηκε, δεν είναι διατεθειμένος να κάνει την ίδια λανθασμένη επιλογή για δεύτερη φορά.

Τα συμπεράσματα των ερευνών αυτών, όπως ήταν φυσικό, έγιναν πλήρως κατανοητά από αυτούς που παράγουν και διαθέτουν τα προϊόντα τους ή τις υπηρεσίες τους στην αγορά. Οι παραγωγοί, επιδιώκοντας να εξασφαλίσουν όσο το δυνατό μεγαλύτερο μερίδιο από την αγορά, στρέφονται όλο και περισσότερο στην κατάρτιση προγραμμάτων ποιότητας, ώστε τα αγαθά ή οι υπηρεσίες που διαθέτουν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και στις ανάγκες των καταναλωτών.

Σήμερα είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ενός οργανισμού δεν προέρχεται μόνο από την τιμή των προϊόντων ή των υπηρεσιών που διαθέτει ούτε ακόμη από τα ίδια τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες του -τα περισσότερα από τα οποία πιθανόν θα μπορούσαν εύκολα να αντιγραφούν από τους ανταγωνιστές του-, αλλά κυρίως από την ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών του, σε σύγκριση πάντα με την ποιότητα των άλλων ομοειδών προϊόντων και υπηρεσιών της αγοράς.

Έτσι, η ποιότητα αποτελεί πλεονέκτημα στρατηγικής σημασίας για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών και συνεπώς για την επιβίωση, την εξέλιξη και την ανάπτυξη κάθε επιχείρησης και οργανισμού σε διεθνή κλίμακα. Η κατανόηση του όρου «ποιότητα», που βασίζεται ουσιαστικά στη σταδιακή και πλήρη διερεύνηση και αποσαφήνιση του τι ικανοποιεί τον καταναλωτή (Τσιότρας, 1995), αποτελεί σήμερα ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα επιτυχίας για κάθε οργανισμό παραγωγής προϊόντων ή υπηρεσιών.

2.2 Η έννοια της ποιότητας είναι για όλους κοινή;

Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί και πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος «ποιότητα» προκαλεί συχνά σύγχυση, επειδή ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο τόσο από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας όσο και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους.

Από την πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Οι απαιτήσεις του βέβαια προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τις ικανοποιήσει.

Από την πλευρά του παραγωγού/προμηθευτή, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία (Δερβιτσιώτης, 1993). Οι προδιαγραφές, επομένως, που επιλέγει η διοίκηση για ένα συγκεκριμένο προϊόν ή μια υπηρεσία θα πρέπει κατ' αρχάς να «πλησιάζουν» όσο περισσότερο γίνεται στις απαιτήσεις του αγοραστή/καταναλωτή, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία τελικά να έχει τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν προωθηθεί στην αγορά.

2.3 Οι ορισμοί της έννοιας της ποιότητας

Ο ορισμός της έννοιας της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και μέχρι ενός σημείου εξαρτάται από αυτόν που τον επεξηγεί. Οπωσδήποτε σχετίζεται με την «τελειότητα» ενός πράγματος (προϊόντος ή υπηρεσίας) ή την «τελειότητα» μιας σειράς από δραστηριότητες και δράσεις που αποτελούν μια σύνθετη έννοια και γι' αυτό είναι δύσκολο και να εκτιμηθεί (Πετσετάκη, 1995). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η σύγχρονη έννοια των λέξεων «προϊόν» ή «υπηρεσία» δεν περιορίζεται πλέον στην τεχνική αρτιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας -δηλαδή στο να πληροί ορισμένες προδιαγραφές-, αλλά συμπεριλαμβάνει και την ικανοποίηση που προσφέρει το προϊόν ή η υπηρεσία στον καταναλωτή, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο με τον οποίο υποστηρίζεται το προϊόν ή η υπηρεσία κατά την εξυπηρέτηση του καταναλωτή (Σπανός, 1993). Για παράδειγμα, συγκρίνοντας δύο ασφαλιστικά προγράμματα με τα ίδια ακριβώς τεχνικά χαρακτηριστικά, θα θεωρήσουμε καλύτερο αυτό που συνοδεύεται από την κατάλληλη εξυπηρέτηση, η οποία το διαφοροποιεί. Όταν, λόγω χάρη, η ασφαλιστική εταιρεία που έχει το ένα πρόγραμμα είναι περισσότερο συνεπής στις υποσχέσεις της, εκδίδει πιο γρήγορα την αποζημίωση και το ποσό αναλύεται με ακρίβεια στον πελάτη, οι υπάλληλοί της είναι ευγενικοί κ.λπ., τότε είναι φανερό ότι το προϊόν (η υπηρεσία) που παρέχει η συγκεκριμένη εταιρεία είναι ποιοτικά καλύτερο από το προϊόν της άλλης εταιρείας, το οποίο δεν συνοδεύεται από την εξυπηρέτηση αυτή.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Τσιότρα (1995), οι πιο χαρακτηριστικοί ορισμοί για την έννοια της ποιότητας, που έχουν και την ευρύτερη δυνατή εφαρμογή, είναι:

- τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη·
- τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν δεδομένες προδιαγραφές·
- το σύνολο των ιδιοτήτων και στοιχείων της κατασκευής, της παραγωγής, της συντήρησης και του μάρκετινγκ μέσω των οποίων ένα προϊόν ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του πελάτη·
- ο βαθμός στον οποίο ένα συγκεκριμένο προϊόν συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές του σχεδίου του.

Ποιότητα, επίσης, είναι:

- ο πιο σύγχρονος, ενδεδειγμένος, ευέλικτος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού
- η καταλληλότητα για χρήση
- κάθε δραστηριότητα που ικανοποιεί δεδομένες ή πιθανές ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη·
- η σωστή διεκπεραίωση μιας εργασίας όσες φορές κι αν επαναλαμβάνεται
- η καταβολή χρηματικού αντιτίμου που να αντιστοιχεί στις υπηρεσίες που παρατέθηκαν.

Η μελέτη των παραπάνω ορισμών μπορεί να δώσει μια πρώτη εικόνα της έννοιας της ποιότητας. Η πλήρης όμως κατανόηση και εισαγωγή της έννοιας αυτής στο σύστημα διοίκησης ενός οργανισμού απαιτεί σοβαρή, συνεπή και εκτεταμένη έρευνα και μελέτη και κυρίως πολλή προσπάθεια.

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα: καθολική προσδοκία

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια αγορά που παρά τις ιδιομορφίες της σε σχέση με τις κλασικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών, δεν παύει να είναι αγορά. Το προϊόν, δηλαδή η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελεί επιθυμητό αγαθό (Λιαρόπουλος, 1989).

Η πρόληψη των ασθενειών, η αποκατάσταση, η βελτίωση ή η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών προϋποθέτουν την ύπαρξη αποτελεσματικών υπηρεσιών. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και την επιβίωση του ανθρώπου έχει ως αποτέλεσμα οι ανάγκες για φροντίδα υγείας να θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας και ο άνθρωπος να προσπαθεί να τις ικανοποιήσει με κάθε τρόπο. Αν, επομένως, η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει η εξασφάλιση ποιότητας σε υπηρεσίες οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου, όπως στις υπηρεσίες υγείας.

3.2 Ποιοι και πώς αναζητούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

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

- οι χρήστες - καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν τη γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, επιθυμούν τη χρήση για τον σκοπό αυτό της σύγχρονης τεχνολογίας (συναινώντας πολλές φορές ακόμη και στην κατάχρησή της), συχνά έλκονται από τη φήμη ιδρυμάτων ή ειδικών επιστημόνων, ακόμη πιο συχνά παρακάμπτουν τις νόμιμες διαδικασίες,

έχουν την εντύπωση ότι «δικαιούνται τα πάντα», συχνά αναστατώνουν τους χώρους υγείας και κάποτε «κινδυνεύουν» προκειμένου να ικανοποιήσουν με κάθε μέσο παράλογες απαιτήσεις τους

- οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας, κάποτε υποκύπτουν σε ανορθόδοξες διαδικασίες, μερικές φορές αυξάνουν το κόστος παροχής των υπηρεσιών και συχνά δεν έχουν την οργανωτική στήριξη που είναι απαραίτητη για τον επιδιωκόμενο στόχο τους
- τα νοσηλευτικά ιδρύματα, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν την ποιότητα αφενός με την έννοια της καλής λειτουργίας, της «έξωθεν καλής μαρτυρίας», και αφετέρου με την έννοια του περιορισμού της σπατάλης και των δυσλειτουργιών
- η κοινωνία αναζητά την ποιότητα παντού και συνήθως έχει πολλές απαιτήσεις, συχνά μεγιστοποιεί ατέλειες και πολλές φορές δεν είναι το ίδιο πρόθυμη ή αδυνατεί να συνεισφέρει στο κόστος που απαιτείται για την ικανοποίηση των προσδοκιών της. Συνδικάτα, αυτοδιοίκηση, ΜΜΕ λειτουργούν αρκετές φορές παρορμητικά, καλλιεργούν ελπίδες, ενθαρρύνουν απαιτήσεις, μερικές φορές προκαλούν σύγχυση·
- η πολιτεία πρέπει να συνδυάσει όλες τις παραμέτρους, να δεχτεί την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ως καθολικές προσδοκίες και να συντονίσει τις λειτουργίες του συστήματος υγείας προγραμματισμένα και συστηματικά· οι διεθνείς προδιαγραφές τόσο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, όσο και της ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και των διεθνών συνδιασκέψεων συνεχώς διευρύνονται, η τήρησή τους όμως εξαρτάται από το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό).

3.3 Οι ορισμοί της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει, επίσης, δυσκολίες, που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Από μερικούς υποστηρίζεται ότι η ποιότητα στην περίπτωση των φροντίδων υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και γι' αυτό δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μπορεί βέβαια να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές, είναι όμως απροσδιόριστη από άλλες (Πετσετάκη, 1995). Δεν υπάρχει παγκόσμια αποδεκτός ορισμός της ποιότητας, αντίθετα ο όρος χρησιμοποιείται με διαφορετικές έννοιες (Birch & Συν., 2000).

Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι και αυτοί πολλοί και, όπως αναφέρθηκε, εξαρτώνται σε κάποιον βαθμό απ' αυτόν που τους επεξηγεί. Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- Κατά τον Donabedian (1980), είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αν ληφθούν υπόψη τα κέρδη και οι ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Επίσης, σύμφωνα με τον Donabedian, ο οποίος καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης, ο διαφορετικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δυνατός και δικαιολογημένος, καθώς εξαρτάται τόσο από τη σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας, όσο και από το είδος και την έκταση των ευθυνών του (Donabedian, 1988).
- Κατά τον Thomson (1980) ,το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα, όσο και το κόστος των υπηρεσιών.
- Κατά τον Nelson (1996), είναι ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση -Institute of Medicine Committee, USA.

- Κατά τον Baker, η ποιότητα εκφράζει την αναμενόμενη δυνατότητα της φροντίδας να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σύμφωνα με τις αξίες των επαγγελματιών, των ατόμων και της κοινωνίας (Baker, 1992).
- Σύμφωνα με τους Roland και συν., η ποιότητα εξαρτάτε κυρίως από την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα (Roland και συν., 1998)
- Κατά το Centre for the Evaluation of Public Policy and Practice (CEPPP), αρχικά ο ορισμός της λέξης σήμαινε ένα αγαθό ή μία υπηρεσία που συμφωνούσε με τις προδιαγραφές.

Αργότερα έγινε κατανοητό, ότι ορισμένες φορές οι προδιαγραφές δεν ικανοποιούν ακριβώς και σαφώς τη συγκεκριμένη ανάγκη του καταναλωτή-χρήστη και ότι, παρόλο που κάποιο αγαθό ή υπηρεσία μπορεί πραγματικά να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές, ωστόσο είναι δυνατόν να εξακολουθεί να μην ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των καταναλωτών-χρηστών. Αυτός ο ορισμός φαίνεται να είναι ο πλέον χρήσιμος απ' όλους, με δεδομένο ότι οι προσδοκίες των καταναλωτών-χρηστών, που υποτίθεται ότι πρέπει να ικανοποιηθούν, έχουν κατανοηθεί πλήρως από αυτόν που έχει αναλάβει να τις ικανοποιήσει και, συνεπώς, να παράγει την ποιότητα (CEPPP, 1991).

Αν και η έννοια της ποιότητας άρχισε να εμφανίζεται στο χώρο των υπηρεσιών υγείας πριν από μισό περίπου αιώνα, η επιστήμη της μέτρησης της ποιότητας βρίσκεται σήμερα, στην καλύτερη περίπτωση, στην εφηβεία (Starfield, 2001). Ο ορισμός της ποιότητας υποδηλώνει ότι είναι «ιδιοκτησία» αλλά και «κριτής» της φροντίδας. Η σύγχυση που επικρατεί στον ορισμό της ποιότητας οφείλεται στη δυσκολία που υπάρχει να εξηγηθούν οι λόγοι της παρουσίας ή της απουσίας της (Baker, 1992).

Η ποιότητα είναι ένα πολύπλοκο θέμα και οι αντιφατικοί ορισμοί τείνουν να αντανακλούν τις απόψεις των διαφόρων ενδιαφερόμενων ομάδων. Οι διάφοροι εταίροι μέσα στο σύστημα υγείας συχνά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία ή χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας, καθώς και στη μέθοδο αξιολόγησης της ποιότητας της υπηρεσίας αυτής (π.χ. με τη χρήση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών ή συνεντεύξεων με τους χρήστες ή οικονομικών αξιολογήσεων συγκρινόμενων θεραπευτικών αγωγών (Birch και συν., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο καταναλωτής - χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Και είναι ίσως η μόνη περίπτωση που η ικανοποίηση του καταναλωτή (του «πελάτη») δεν μπορεί να αποτιμηθεί βάσει της συχνότητας με την οποία θα «επιστρέψει» στην επιχείρηση/στον οργανισμό, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα προϊόντα ή με τις άλλες υπηρεσίες.

Η ποιότητα μιας προσωπικής υπηρεσίας εκτιμάται συνήθως με βάση την ετοιμότητα παροχής της, τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σ' αυτή, την καταλληλότητα της, την αξιοπιστία της, τη φιλικότητα στην παροχή της και την επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεση της. Όλα αυτά εξ ορισμού ισχύουν και για τις υπηρεσίες υγείας· δεν αρκούν όμως. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η επιτυχημένη πείρα, η υψηλή τεχνολογία, η λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων, ο άμεμπτος επαγγελματισμός, το αίσθημα και η αξιοπρέπεια είναι έννοιες που αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελούν ουσιαστική αναγκαιότητα και έχουν προτεραιότητα.

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

Οι δύο αυτές αντιλήψεις δεν χαρακτηρίζονται ως προσθετικές/αθροιστικές, αλλά συσχετίζονται με πολυποίκιλους τρόπους. Δηλαδή ο τελικός στόχος, που είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μπορεί να επιτευχθεί είτε με βελτιώσεις που επιχειρούνται ταυτόχρονα τόσο στο επίπεδο της τεχνικής όσο και στο επίπεδο της τέχνης της φροντίδας, είτε με βελτιώσεις που επιχειρούνται σε έναν από τους παραπάνω δύο τομείς (Πετσετάκη, 1995).

Κλίσης η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να αναφέρεται σε δύο διαφορετικά μεταξύ τους επίπεδα. Συγκεκριμένα, η ποιότητα μπορεί να αφορά σε:

- ένα γενικό επίπεδο (μάκρο- επίπεδο), όπως, π.χ., στο σύστημα υγείας στο σύνολο του, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στον νοσοκομειακό τομέα κ.λπ.
- ένα περιορισμένο επίπεδο (μίκρο- επίπεδο), όπως, π.χ., σε μια ιατρική παρέμβαση, σε μια θεραπεία, σε μια συγκεκριμένη υγειονομική φροντίδα.

Οπωσδήποτε όμως είναι κοινά αποδεκτό ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους (Νιάκας,1993).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), τρία είναι τα βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας κάθε συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας

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

Και στην περίπτωση αυτή ο τελικός στόχος, δηλαδή η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μπορεί να πραγματοποιηθεί με βελτιώσεις που επιτηρούνται είτε ταυτόχρονα και στα τρία βασικά στοιχεία του συστήματος τα οποία προαναφέρθηκαν είτε μόνο σ' ένα ή δύο από αυτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μάς ενδιαφέρει άμεσα όλους. Πρώτα πρώτα ενδιαφέρει τους ασθενείς, που είναι οι χρήστες - καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και βέβαια τις οικογένειες τους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει, επίσης, τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κ.ά.), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς) και, τέλος, την ίδια την κοινωνία στο σύνολο της.

Είναι φανερό όμως ότι η ποιότητα μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον ασθενή και διαφορετικά από τον γιατρό, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα ή τον ερευνητή - επιστήμονα. Ιδιαίτερα όσοι από τους παραπάνω δεν έχουν άμεση σχέση με την παροχή των υγειονομικών φροντίδων δυσκολεύονται να εκτιμήσουν τι είναι ακριβώς αυτό που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως όσον αφορά στην τεχνική και την επιστημονική διάσταση των φροντίδων αυτών.

Για την αδυναμία αυτή ενοχοποιείται βέβαια και η επιστημονική κοινότητα, η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει καθορίσει σαφείς τεχνικές και μεθόδους μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ούτε ασχολήθηκε ιδιαίτερα με το πώς καθένας από τους παραπάνω ενδιαφερομένους θα μπορούσε να αξιολογήσει τις υπηρεσίες αυτές. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας. Για παράδειγμα, αφορούν στη θνησιμότητα, στα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, στην απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών λόγω επιπλοκών κ.λπ. Με άλλα λόγια αφορούν σε παραμέτρους που συνδέονται με πιθανά σφάλματα που έγιναν καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας περίθαλψης και δεν επικεντρώνονται στην εξυπηρέτηση του ασθενή και στην άριστη φροντίδα του (Gaucher et al., 1993).

Κάθε οργανισμός που ενδιαφέρεται πραγματικά για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει θα πρέπει να εξετάσει την ποιότητα τους απ' όλες τις πλευρές και να λάβει σοβαρά υπόψη του τη γνώμη που έχουν γι' αυτήν όλοι οι ενδιαφερόμενοι.

Θα πρέπει όμως να τονιστεί το γεγονός ότι η προσέγγιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κατά τρόπο που να ικανοποιεί όλους όσοι εμπλέκονται σ' αυτή (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, κράτος και κοινωνία), είναι ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση, αφού συχνά οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις τους μπορεί να είναι αλληλοσυγκρουόμενες. Έτσι

είναι ευνόητο ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή, δηλαδή του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής μπορεί να μη γνωρίζει τι είδους υπηρεσίες έχει ανάγκη ή μπορεί να ζητά υπηρεσίες που στην πραγματικότητα όχι μόνο δεν είναι οι κατάλληλες για την αντιμετώπιση του υγειονομικού του προβλήματος, αλλά μπορεί να είναι ακόμη και επιζήμιες για τον ίδιο. Για παράδειγμα, συχνή είναι η πίεση που ασκείται από γονείς για διενέργεια αμυγδαλεκτομής στα παιδιά τους, επειδή παρουσιάζουν τακτικά αμυγδαλίτιδες. Συνήθως όμως τα παιδιά αυτά βρίσκονται στη διαδικασία παραγωγής αντισωμάτων και επομένως η ύπαρξη των αμυγδαλών τους είναι αναγκαία. Οι απόψεις των ασθενών θα πρέπει, φυσικά, να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, οι εκτιμήσεις όμως των επαγγελματιών υγείας είναι εκείνες που τελικά θα προσδιορίσουν το είδος και το εύρος των υπηρεσιών που έχει ανάγκη ο ασθενής. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, τόσο η ανάγκη όσο και τα μέσα ικανοποίησης της δεν είναι αντικειμενικά δυνατό να προσδιοριστούν μόνο από τον πελάτη - καταναλωτή.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που πρέπει, επίσης, να λαμβάνεται υπόψη κατά την προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Μια υπηρεσία υγείας, παρόλο που μπορεί να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών -όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ίδιους και προσδιορίζονται συγκεκριμένα από τους επαγγελματίες υγείας-, δεν είναι δυνατό να χαρακτηριστεί ποιοτική, αν είναι αναποτελεσματική και συνακόλουθα οδηγεί σε σπατάλη πολύτιμων πόρων (ανθρώπινων και υλικών), οι οποίοι σίγουρα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ικανοποίηση των αναγκών άλλων ασθενών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η κατάχρηση βιταμινών, χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα, η οποία γίνεται κυρίως για ψυχολογικούς λόγους.

Η στενότητα των πόρων -ή διαφορετικά η διάσταση που υπάρχει μεταξύ των απεριόριστων αναγκών και των περιορισμένων πόρων- αποτελείτο μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε ανθρώπινη κοινωνία. Επόμενο είναι λοιπόν η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας να απασχολεί έντονα τόσο τους ασθενείς, τους καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, όσο και τους παραγωγούς - προμηθευτές τους (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, επαγγελματίες υγείας), όπως και την κοινωνία γενικότερα. Είναι φανερό ότι η απόσταση ανάμεσα στη ζήτηση που εκδηλώνουν τα άτομα για υπηρεσίες υγείας και στην προσφορά των υπηρεσιών αυτών μπορεί να μειωθεί σημαντικά με την εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής αποτελεσματικότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι μια υπηρεσία υγείας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ποιοτική όταν έρχεται σε αντίθεση με την ισχύουσα νομοθεσία ή με τις επικρατούσες στην κοινωνία αντιλήψεις περί ηθικής. Κλασικό παράδειγμα θεωρείται η περίπτωση της ευθανασίας.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σε κάθε περίπτωση, αποτελεί σήμερα κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους τους ενδιαφερομένους ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

5.1 Οφέλη για τον ασθενή

- *Υγειονομικά οφέλη.* Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, λοιμώξεων κ.λπ.
- *Ψυχολογικά οφέλη.* Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη. Επομένως, όσο περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητα τους το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών (του νοσοκομείου, του κέντρου υγείας κ.λπ.) και οι συνθήκες διαμονής του ασθενή, τόσο περισσότερα είναι και τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Βέβαια μεγάλο είναι, επίσης, και το ψυχολογικό όφελος που έχει ο ασθενής λόγω της συντόμευσης του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- *Οικονομικά οφέλη.* Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψης του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

5.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

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

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

5.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

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

5.4 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

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

5.5 Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει το σύστημα υγείας είναι αντικείμενο ευρύτατου ενδιαφέροντος για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό έχει πρόσφατα αυξηθεί για τρεις λόγους:

- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Οι καταναλωτές, είτε ως κυβερνήσεις, είτε ως ασφαλιστικοί οργανισμοί, αλλά και ως μεμονωμένοι χρήστες, εύλογα διερωτώνται αν τα χρήματα τους «πιάνουν τόπο». Είναι λοιπόν απαραίτητη μια συσχέτιση των δαπανών με τα επίπεδα ποιότητας των υπηρεσιών.
- Το άτομο ως καταναλωτής υπηρεσιών είναι σήμερα πολύ πιο ενημερωμένος είτε λόγω αυξημένου μορφωτικού επιπέδου, είτε επειδή η Ιατρική έχει επιτύχει ένα υψηλό επίπεδο εκλαΐκευσης, άγνωστο στο παρελθόν. Έτσι, το άτομο δεν είναι πλέον ο παθητικός δέκτης υπηρεσιών που δεν κατανοεί, αλλά έχει απαίτηση να ενημερώνεται και να συμμετέχει στη διαδικασία.
- Το αυξημένο ενδιαφέρον στα θέματα της ποιότητας των υπηρεσιών. Η αλλαγή στο νοσολογικό φάσμα που παρατηρείται σημαίνει ότι το ίδιο το σύστημα υγείας χρειάζεται τη συνεργασία του ασθενούς αλλά και του υγιούς ατόμου. Έχει περάσει η εποχή που μια συγκεκριμένη ιατρική ή φαρμακευτική παρέμβαση αρκούσε για την αντιμετώπιση, π.χ., των λοιμωδών νοσημάτων. Είμαστε τώρα στην εποχή των χρόνιων νοσημάτων, των νοσημάτων φθοράς, της αποκατάστασης και των θανατηφόρων ασθενειών, όπου τέτοιες παρεμβάσεις δεν βοηθούν. Χρειαζόμαστε λοιπόν πολύ περισσότερη συνεργασία από το ίδιο το άτομο είτε για την πρόληψη είτε για τη νοσηλεία του. Για την επίτευξη αυτής της συνεργασίας είναι απαραίτητο να υπάρχει η εμπιστοσύνη στην ποιότητα των υπηρεσιών από την πλευρά του ατόμου, το οποίο μάλιστα πρέπει συχνά να έχει και συμμετοχή στις αποφάσεις.

6.1 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση».

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνίσταται σε δύο διαστάσεις: την τεχνική ποιότητα (technical quality) και τη διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Αυτό σημαίνει ότι η επιτυχία τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με τη δυνατότητα να επιτευχθούν οι μέγιστες δυνατές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας με βάση τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και την πρόοδο της επιστήμης. Υπό αυτή την έννοια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητας τους αλλά και της ασφάλειας που τις χαρακτηρίζει.

Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι το δεύτερο συστατικό της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Είναι ένα ζωτικής σημασίας στοιχείο. Μέσω της διαπροσωπικής ανταλλαγής, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση λοιπόν της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας (responsiveness) στις απαιτήσεις των ασθενών (ικανοποίηση ασθενών) θεωρείται μείζονος σημασίας και αποτελεί διεθνώς μια από τις βασικές περιοχές ερευνητικού ενδιαφέροντος.

6.2 Μέτρηση της ποιότητας

Η μέτρηση της τεχνικής ποιότητας (technical quality) αποσκοπεί στην εκτίμηση των βελτιώσεων στην υγεία που προκύπτουν από την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του υγειονομικού συστήματος. Πολλές χώρες έχουν ήδη αναπτύξει αρκετούς δείκτες για τη μέτρηση της τεχνικής ποιότητας. Επίσης, σε πολλές χώρες γίνεται προσπάθεια εκτίμησης της «καταλληλότητας» (appropriateness) των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτοί οι όροι θεωρούνται ως συνώνυμοι με την αποτελεσματικότητα ή ορισμένες πτυχές της αποτελεσματικότητας.

6.2.1 Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας

Οι πληροφορίες από τις οποίες εξάγονται συμπεράσματα για την τεχνική ποιότητα στην υγεία μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: δείκτες δομών, δείκτες διαδικασίας και δείκτες αποτελέσματος.

α. Δείκτες δομών (structure measures). Η δομή δηλώνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα. Αυτό περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά των υλικών πόρων (όπως εγκαταστάσεις, εξοπλισμός και χρήματα), των ανθρώπινων πόρων (όπως ο αριθμός και τα προσόντα του προσωπικού) και της δομής του οργανισμού (όπως η οργάνωση του ιατρικού προσωπικού, οι μέθοδοι αξιολόγησης συναδέλφων και οι μέθοδοι αποζημίωσης). Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, παρότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, δεν κρίνονται επαρκή για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η παρουσία τους δεν διασφαλίζει την επίτευξη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων. Αυτός είναι ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο η μέτρηση δεικτών δομής, παρότι εργασία ρουτίνας, δεν αξιολογείται ιδιαίτερα από αρκετές χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ. Βέβαια, στην Ελλάδα είναι γεγονός ότι υπάρχει ένδεια σημαντικών πληροφοριών για την επάρκεια των δομών και για το λόγο αυτόν κρίνεται αναγκαία η παρακολούθηση ορισμένων σημαντικών δεικτών δομής (π.χ. κλίνες ΜΕΦ στο σύνολο των αναπτυγμένων κλινών, νοσηλευτές ανά κλίνη).

β. Δείκτες διαδικασιών (process measures). Η διαδικασία δηλώνει το τι πράγματι γίνεται στην παροχή και λήψη φροντίδας. Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες του ασθενούς όταν αναζητά φροντίδα και τη λαμβάνει, όπως και τις δραστηριότητες του επαγγελματία υγείας όταν θέτει μια διάγνωση και συστήνει ή εφαρμόζει μια θεραπεία. Οι δείκτες διαδικασίας δίνουν πληροφορίες αναφορικά με το τι συμβαίνει στον ασθενή, όπως το διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας, τη χρήση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και παρεμβάσεων ή την πραγματοποίηση νοσηλειών εντός νοσοκομείου, οι οποίες κάτω από φυσιολογικές συνθήκες θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί. Παρότι οι δείκτες διαδικασίας μπορούν να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι δύσκολα μετρήσιμοι, αφού αφενός είναι δύσκολος ο εντοπισμός του πληθυσμού που βρίσκεται σε «κίνδυνο να νοσήσει» και αφετέρου στις

περιπτώσεις αυτές η ελλιπής ή προβληματική καταγραφή των δεδομένων αποτελεί συχνό φαινόμενο, που μπορεί να οδηγήσει σε χειραγώγηση των πληροφοριών που θα προκύψουν.

γ. Δείκτες αποτελεσμάτων (outcome measures). Το αποτέλεσμα δηλώνει τις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας των ασθενών και του πληθυσμού (π.χ. τα ποσοστά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ή οι ενδονοσοκομειακοί θάνατοι μετά από ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, OEM). Βέβαια, στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι συχνά ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες πέρα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η επιβίωση μετά από ένα OEM εξαρτάται επίσης από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως για παράδειγμα η ηλικία, η σοβαρότητα της περίπτωσης, η ύπαρξη συνοδών νόσων, καθώς και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στην περίπτωση αυτή, ένα είδος στάθμισης του κινδύνου (risk adjustment) είναι απαραίτητο, αν και πολύ συχνά τα κλινικά δεδομένα για τέτοιου είδους σταθμίσεις δεν επαρκούν.

Τα παραπάνω κριτήρια -τα οποία στην πλειονότητα τους είναι ρητά καθορισμένα, χωρίς δηλαδή να δίνουν στον εκτιμητή περιθώρια για προσωπικές κρίσεις και απόψεις- προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το οποίο μπορεί να είναι:

1. *Το ελάχιστο επίπεδο.* Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από το επίπεδο αυτό.
2. *Το μέσο επίπεδο.* Η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών φροντίδων, στην περίπτωση που τεθούν τέτοια κριτήρια, είναι δυνατή με την ανεύρεση εκείνων των στοιχείων (υλικοτεχνικής υποδομής, ανθρώπινων πόρων, οικονομικών πόρων, διαδικασιών, ιατρικών πράξεων κ.λπ.) που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου, καθώς και με τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση μόνο αυτών.
3. *Το ιδανικό επίπεδο.* Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί τον στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοίμορφο τρόπο σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη

δυνατότητα σύγκρισης. Τα παράπονα των ασθενών, οι αντιδικίες των ασθενών και των συγγενών τους με τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές κ.ά.), οι προσωπικές παρατηρήσεις των γιατρών ή της διοίκησης του νοσοκομείου, οι ψίθυροι στους διαδρόμους κ.λπ. δεν αποτελούν, σε καμιά περίπτωση, στοιχεία αρκετά και ικανά να αξιολογήσουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας. Ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας για συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία στοιχείων και πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο σίγουρα θα βοηθούσε σημαντικά στη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση. Συμπληρωματικές πηγές πληροφοριών μπορεί να είναι:

1. οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών, με την προϋπόθεση ότι θα είναι πλήρως και σωστά ενημερωμένοι
2. οι φάκελοι που τηρούν οι ασφαλιστικές εταιρείες (αυτό μπορεί να γίνει σε χώρες στις οποίες ένα μεγάλο μέρος του υγειονομικού τομέα καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση)
3. τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις ασθενών οι οποίοι βγήκαν πρόσφατα από τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, η σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας αλλά και του ίδιου του ασθενή, επαρκείς οικονομικούς πόρους, μεγάλη και μακρόχρονη προσπάθεια. Τον πιο πολύτιμο και συγχρόνως τον πιο ευαίσθητο «κρίκο» σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας αποτελούν οι γιατροί, οι οποίοι πρέπει να αντιμετωπίζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να συνεργάζονται σωστά και να μη θεωρούν ότι επιχειρείται η κριτική του έργου τους. Η λανθασμένη προσέγγιση των γιατρών μπορεί να διαταράξει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση τους με τον ασθενή, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο σε κάθε ιατρική παρέμβαση, και να οδηγήσει την όλη προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών σε αποτελέσματα τελείως αντίθετα από αυτά που επιδιώκει η αξιολόγηση της.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που να είναι τελείως απαλλαγμένη από λάθη (Brook et al., 1996). Το γεγονός αυτό επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης, αφού τα αποτελέσματα, όπως είναι ευνόητο, σχετίζονται θετικά ή αρνητικά τόσο με την επάρκεια των μονάδων παροχής των υπηρεσιών (νοσοκομείων, κέντρων υγείας), όσο και με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, στην περίπτωση που η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας γίνεται με βάση τα στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του αποτελέσματος της, χρησιμοποιούνται δηλαδή κριτήρια

αποτελεσμάτων, θα πρέπει να έχουμε πάντοτε υπόψη μας ότι η μη επιθυμητή ή κακή έκβαση δεν είναι οπωσδήποτε αποτέλεσμα κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες υγείας επιβάλλεται εξαιτίας της συνεχούς και ανεξέλεγκτης αύξησης τους, με συνέπεια την περικοπή δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς (π.χ. παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση). Στον ιδιωτικό τομέα ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολο της (Γείτονα-Κοντούλη, 1992).

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

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος που συνεπάγεται η χαμηλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομείων), όπως και των ερευνητών.

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

Από την καθημερινή πρακτική μπορεί κανείς να αντλήσει πολλά και ενδιαφέροντα παραδείγματα χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών. Κόστος χαμηλής ή κακής ποιότητας αποτελεί, για παράδειγμα, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος που συνεπάγεται η αναβολή ή ματαίωση της εξέτασης ή της

χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργεια της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας του ασθενή επειδή χάθηκε ο ιατρικός του φάκελος κ.λπ.

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

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

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

Είναι, πιστεύουμε, κατανοητό ότι το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι αρκετά υψηλό. Επιστήμονες, ειδικοί σε θέματα ποιότητας, υπολογίζουν ότι σε οργανισμούς με καλή διοίκηση και διαχείριση (management) το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών μπορεί να φτάσει μέχρι και ποσοστό 30% των εσόδων τους. Ακόμη επισημαίνουν ότι περίπου το 1/4 του προσωπικού τους απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά (Gaucher et al., 1993· Δερβιτσιώτης, 1993).

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν είτε στην επανάληψη των ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή είτε στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών και δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα·

επεκτείνεται και στον περιορισμό που προκαλεί η χαμηλή ή κακή ποιότητα στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους είναι αναγκασμένο να διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή, θα μπορούσε σίγουρα να παράγει και να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς. Κάθε βελτίωση, επομένως, της ποιότητας των υπηρεσιών του έχει ως αποτέλεσμα και την άμεση αύξηση της παραγωγικότητας του.

Το κόστος χαμηλής ή κακής ποιότητας χαρακτηρίζεται ως «αφανές κόστος», αφού οι σχετικές με αυτό δαπάνες δεν καταγράφονται ούτε εμφανίζονται πουθενά, γι' αυτό και είναι δύσκολος ο έλεγχος του. Τα διάφορα λογιστικά συστήματα που χρησιμοποιούνται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία και κέντρα υγείας), όπως και σε άλλους οργανισμούς και επιχειρήσεις, δεν προβλέπουν τον υπολογισμό του κόστους χαμηλής ή κακής ποιότητας, με αποτέλεσμα η εκτίμηση του να επιτυγχάνεται μόνο με ειδικές μελέτες.

Τέλος -και αυτό πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα-, η σοβαρότερη επίπτωση που μπορεί να έχει η χαμηλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών στη λειτουργία της μονάδας παροχής υπηρεσιών (νοσοκομείο, κέντρο υγείας) είναι το γεγονός ότι το προσωπικό της «συνηθίζει» σ' αυτή και -το χειρότερο- έπειτα από μικρό χρονικό διάστημα δεν αντιλαμβάνεται καθόλου την ύπαρξη της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τις συνηθέστερες πρωτοβουλίες για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούμε να τις κατατάξουμε στις παρακάτω μεθόδους:

- Ποιοτικός Έλεγχος·
- Διασφάλιση της Ποιότητας·
- Κύκλοι Ποιότητας·
- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας·
- Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs).

Στις επόμενες υποενότητες επιχειρείται η σύντομη παρουσίαση των παραπάνω μεθόδων βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

8.1 Ο Ποιοτικός Έλεγχος

Την πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αποτελεί η επιθεώρηση - εκτίμηση, που ουσιαστικά είναι η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας (Σπανός, 1993).

Ο έλεγχος αυτός, ενώ αποτελεί πολύ εύκολη υπόθεση για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, και ειδικότερα σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, καθώς υπάρχουν ακόμη αρκετά προβλήματα ορισμού και μέτρησης της ποιότητας, ενώ ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή.

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

Η προσπάθεια για την οργάνωση ενός προγράμματος Ποιοτικού Ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει αναμφισβήτητα να ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια πρέπει να αποφασιστεί σε ποιο από τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος (δομή, διαδικασίες ή αποτελέσματα) θα πρέπει να

γίνουν παρεμβάσεις, ποια θα είναι η μορφή των παρεμβάσεων αυτών και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έτσι ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να έχει τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις. Μπορεί δηλαδή να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα είτε των δομών του συστήματος είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή, τέλος, να κρίνει τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων. Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα μπορεί να κρίνεται παράλληλα σ' ένα, δύο ή ακόμη και στα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.

Προγράμματα Ποιοτικού Ελέγχου για τις υπηρεσίες υγείας, και ιδιαίτερα για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν από τη δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ. Την εφαρμογή τους ευνόησε ιδιαίτερα η μορφή του συστήματος υγείας της χώρας αυτής (ιδιωτική ασφάλιση). Ο Ποιοτικός Έλεγχος επεκτάθηκε στη συνέχεια και σε άλλες χώρες, όπως στον Καναδά και σε χώρες της Ευρώπης.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής - διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, μετά δηλαδή την παραγωγή τους. Η διόρθωση σ' αυτό το στάδιο είναι δυσκολότερη -αν όχι αδύνατη- και κοστίζει φυσικά πολύ περισσότερο, αφού ο οργανισμός έχει ήδη επιβαρυνθεί με το κόστος του ελαττωματικού προϊόντος ή της υπηρεσίας και κάθε διορθωτική ενέργεια προϋποθέτει πρόσθετες δαπάνες. Επίσης, ο Ποιοτικός Έλεγχος διασφαλίζει βέβαια τον εντοπισμό των αδυναμιών και τη διόρθωση τους -όπου αυτό είναι δυνατό-, δεν προεξοφλεί όμως ότι δεν θα παρουσιαστούν ξανά.

8.2 Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Μέριανου - Μιχαήλ και συν., 1993, Τσιότρας, 1995).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας αποτελεί μια πιο «προχωρημένη» μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας στα προϊόντα και τις υπηρεσίες. Η διαφορά της από τον Ποιοτικό Έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι, ενώ ο Ποιοτικός Έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες

προδιαγραφές, η Διασφάλιση της Ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

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

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

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας καθιστά πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, τον ακριβή και λεπτομερή προσδιορισμό των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου, αφού κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση. Η δημιουργία, επομένως, για το ιατρικό κλινικό έργο αποδεκτών προτύπων φαίνεται να είναι αντικειμενικά αδύνατη. Στις περιπτώσεις εφαρμογής προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας σε εργαστήρια, στα οποία ο προσδιορισμός των προδιαγραφών και των απαιτήσεων διενέργειας των εξετάσεων και, κατ' επέκταση των προτύπων είναι περισσότερο εύκολος, οι προδιαγραφές, οι απαιτήσεις και τα πρότυπα προσδιορίζονται από επιστημονικές επιτροπές και ιατρικές εταιρίες.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας των δραστηριοτήτων διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσεως που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρ' όλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για την λειτουργία τους.

Γίνεται φανερό ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας δεν σχετίζεται ούτε υπόσχεται, και πολύ περισσότερο δεν εγγυάται, την βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Εκείνο που διασφαλίζεται είναι ότι τα

προϊόντα ή οι υπηρεσίες θα έχουν την ποιότητα που προσδιορίζουν τα προκαθορισμένα αποδεκτά πρότυπά τους. Το ουσιαστικό όφελος του οργανισμού που θα εφαρμόσει ένα τέτοιο πρόγραμμα θα είναι, τελικά, η σταθερότητα της ποιότητας και η αξιοπιστία των προϊόντων ή των υπηρεσιών του. Και αυτό σίγουρα είναι το πρώτο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας.

8.3 Οι κύκλοι ποιότητας

Οι κύκλοι ποιότητας βασίζονται στην φιλοσοφία ότι οι εργαζόμενοι θα αποκτήσουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται και για τη *εργασία*. Αποτελούν δηλαδή ένα σύστημα διοίκησης που στοχεύει στη βελτίωση της παραγωγικότητας και της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών των επιχειρήσεων και των οργανισμών μέσω της ανάπτυξης και της παρακίνησης των εργαζομένων (Παπανικολάου, 1995· Σπανός, 1993).

Ως Κύκλος Ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων/στελεχών, κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 και 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιους τομείς ενός οργανισμού και εθελοντικά συναντώνται τακτικά, με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι πάντα δυνατό να επιλυθούν με συμβατικές μεθόδους. Οι δικές τους προσπάθειες πρέπει να είναι προσανατολισμένες στο μικρότερο δυνατό κόστος και στις όσο το δυνατό λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό.

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

Οι συχνότερα αναφερόμενοι σκοποί των Κύκλων Ποιότητας είναι (Παπανικολάου, 1995):

- η βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών
- η αύξηση της παραγωγικότητας·

- η μείωση του κόστους·
- η αύξηση του ενδιαφέροντος των εργαζομένων
- η ενίσχυση του ηθικού των εργαζομένων.

Η διοίκηση της επιχείρησης ή του οργανισμού μπορεί, κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος Κύκλου Ποιότητας, να έχει και άλλους στόχους, όπως την καλλιέργεια πνεύματος περιορισμού των εξόδων, την ανάπτυξη και την αξιοποίηση της δημιουργικότητας των υπαλλήλων, την επαγγελματική ανάπτυξη των στελεχών κ.λπ. Είναι ευνόητο ότι για την επιτυχία του προγράμματος θα πρέπει οι στόχοι τόσο της διοίκησης όσο και των εργαζομένων να αλληλοσυμπληρώνονται, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα ταυτίζονται.

Αναφέρουμε στη συνέχεια τα κύρια χαρακτηριστικά της λειτουργίας των Κύκλων Ποιότητας.

- Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν εθελοντικά.
- Η συμμετοχή προϊσταμένου στην ομάδα του Κύκλου Ποιότητας είναι επιθυμητή και χρήσιμη, με την προϋπόθεση ότι συμμετέχει στην ομάδα ως απλό μέλος.
- Οι εργαζόμενοι, μέλη της ομάδας του Κύκλου Ποιότητας, εκλέγουν μεταξύ τους τον υπεύθυνο της ομάδας, με βάση τα ηγετικά του χαρακτηριστικά, τη δημιουργικότητα του, το πνεύμα συνεργασίας και την ευελιξία που τον διακρίνουν. Ο υπεύθυνος που θα εκλεγεί, αφού εκπαιδευτεί κατάλληλα από τον συντονιστή όσον αφορά στις τεχνικές λειτουργίας της ομάδας, εκπαιδεύει τα υπόλοιπα μέλη, τα ενθαρρύνει, συντονίζει τη δραστηριότητα τους, έχει την ευθύνη για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ομάδας και είναι αυτός που παρουσιάζει στη διοίκηση του οργανισμού τα αποτελέσματα της εργασίας του Κύκλου Ποιότητας.
- Τα μέλη ενός Κύκλου Ποιότητας εργάζονται όλα μαζί, ως ομάδα, με σκοπό να λύνουν τα προβλήματα και όχι μόνο να τα προσδιορίζουν.
- Οι συναντήσεις - συνεδριάσεις της ομάδας γίνονται τακτικά, σε ώρες εργασίας, καταβάλλεται όμως ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε το γεγονός αυτό να μην έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία του οργανισμού.
- Όλα τα προβλήματα που απασχολούν την ομάδα του Κύκλου Ποιότητας επιλέγονται από τα μέλη της. Τα μέλη της ομάδας είναι στη συνέχεια υποχρεωμένα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά σε σχέση μόνο με το αντικείμενο της εργασίας τους.

- Κάθε Κύκλος Ποιότητας έχει το δικαίωμα να επιλέγει για μελέτη και λύση τα δικά του προβλήματα.
- Η διοίκηση, σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας, πρέπει να δείχνει με κάθε τρόπο το ενδιαφέρον της για το πρόγραμμα και να το υποστηρίζει έμπρακτα.

Για την επιτυχία της εφαρμογής ενός προγράμματος Κύκλων Ποιότητας απαραίτητος είναι ο συντονιστής. Ο συντονιστής εποπτεύει το πρόγραμμα, είναι ο άμεσα υπεύθυνος για τον συντονισμό των δραστηριοτήτων των διάφορων Κύκλων Ποιότητας που λειτουργούν σε όλο τον οργανισμό, εκπαιδεύει τους υπεύθυνους – επικεφαλής των Κύκλων, εξασφαλίζει τους απαραίτητους χώρους και τον εξοπλισμό και, τέλος, αποτελεί τον σύνδεσμο με τη διοίκηση.

Οι Κύκλοι Ποιότητας εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην Ιαπωνία το 1962 από τον καθηγητή Kaoru Ishikawa και η εφαρμογή τους σημείωσε μεγάλη επιτυχία στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς της χώρας. Στην Ευρώπη και στην Αμερική έγιναν σταδιακά δεκτοί, τα τελευταία χρόνια όμως εφαρμόζονται απ' όλο και μεγαλύτερο αριθμό επιχειρήσεων και οργανισμών, μεταξύ των οποίων τράπεζες, υπηρεσίες περίθαλψης κ.λπ. (Σπανός, 1993).

Το πλεονέκτημα της εφαρμογής ενός προγράμματος Κύκλων Ποιότητας είναι ότι η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων, η οποία καταλήγει σε βελτίωση της ποιότητας, μπορεί να πραγματοποιηθεί πολύ πιο εύκολα στο πλαίσιο της λειτουργίας μικρών ομάδων στελεχών (Κύκλων Ποιότητας), όπου συγκεντρώνονται αναπτυγμένες ήδη μέθοδοι και τεχνικές, τα μέλη τους επιδεικνύουν αυξημένο ενδιαφέρον και είναι δυνατή η αξιοποίηση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων τους στον μέγιστο βαθμό.

Δεν θα πρέπει όμως να παραγνωρίζονται και τα προβλήματα που είναι πιθανό να προκύψουν κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος Κύκλων Ποιότητας. Η αδυναμία πρόληψης ή έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης τους μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την όλη προσπάθεια και να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα. Πιθανά προβλήματα είναι οι υπερβολικές απαιτήσεις που ενδεχομένως θα προβάλουν οι Κύκλοι Ποιότητας και η αντικειμενική αδυναμία ικανοποίησής τους, η ανεπαρκής υποστήριξη του προγράμματος από τη διοίκηση, η έλλειψη συνεργασίας με τα μεσαίου επιπέδου στελέχη που πιθανώς θα σχηματίσουν την εντύπωση ότι με τη δημιουργία των Κύκλων Ποιότητας υποβαθμίζεται ο ρόλος τους και χάνουν μέρος της εξουσίας που είχαν, η εμπλοκή των ομάδων των Κύκλων Ποιότητας σε συνδικαλιστικά θέματα και η επιδίωξη τους να τα επιλύσουν κ.λπ.

8.4 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, γνωστή και ως TQM (Total Quality Management), είναι ένα σύστημα διοίκησης - διαχείρισης (management) επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή William Edwards Deming, επεκτάθηκε αρκετά χρόνια αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Τσιότρας, 1995).

Σύμφωνα με έναν άλλο κοινά αποδεκτό ορισμό, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η φιλοσοφία και το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που αποσκοπούν στη συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, με ελαχιστοποίηση του κόστους και ενεργοποίηση όλων των εργαζομένων στην επιχείρηση ή στον οργανισμό.

Από τους παραπάνω ορισμούς γίνεται φανερό ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στοχεύει στην πλήρη ικανοποίηση του πελάτη - χρήστη, άρα στην παραγωγή προϊόντων ή στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, και απαιτεί την ενεργό συμμετοχή όλων των εργαζομένων.

Από την αρχή θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζομένου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε άτομο ή τμήμα ενός οργανισμού αναπτύσσει, στο πλαίσιο της εργασίας/λειτουργίας του, κάποιες δραστηριότητες που επηρεάζουν την εργασία κάποιων άλλων ατόμων ή τη λειτουργία άλλων τμημάτων του οργανισμού. Υπάρχει δηλαδή πάντοτε ένας αποδέκτης του αποτελέσματος κάθε διαδικασίας (οποιασδήποτε δραστηριότητας, λειτουργίας, δράσης, μεμονωμένης εργασίας ή απόφασης), που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της λειτουργίας του οργανισμού. Το γεγονός αυτό καθιστά κάθε εργαζόμενο στον οργανισμό πελάτη κάποιου και ταυτόχρονα προμηθευτή κάποιου άλλου. Έτσι, κάθε οργανισμός έχει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς του πελάτες. Όλοι αυτοί οι πελάτες (εσωτερικοί και εξωτερικοί) συγκροτούν την αλυσίδα των πελατών, στην οποία μόνο ο τελευταίος κρίκος της

αποτελεί τον εξωτερικό πελάτη - χρήστη, δηλαδή τον αποδέκτη του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγει ο οργανισμός (Λογοθέτης, 1992).

Για παράδειγμα, οι κλινικές ενός νοσοκομείου, οι οποίες ζητούν από το Μικροβιολογικό του Εργαστήριο τη διενέργεια εξετάσεων για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε αυτό, αποτελούν τους πελάτες του εργαστηρίου, ενώ το εργαστήριο αποτελεί για τις κλινικές τον προμηθευτή τους με τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο από την πλευρά του αποτελεί ταυτόχρονα και τον πελάτη του φαρμακείου του νοσοκομείου, όσον αφορά στον εφοδιασμό του με τα αντιδραστήρια που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια των εξετάσεων που ζητούν οι κλινικές. Είναι, πιστεύουμε, κατανοητό ότι για κάθε δραστηριότητα που αναπτύσσεται μέσα στο νοσοκομείο υπάρχουν οι εσωτερικοί του πελάτες, που μπορεί να είναι είτε στελέχη του προσωπικού του είτε διάφορα τμήματα του, οι οποίοι δέχονται πληροφορίες, υπηρεσίες, υλικά ή μέσα για να συνεχίσουν τη δική τους εργασία. Η συνισταμένη όλων αυτών των επιμέρους δραστηριοτήτων διαμορφώνει την τελική ολοκληρωμένη υπηρεσία (διάγνωση, θεραπεία), τελικός αποδέκτης της οποίας είναι ο ασθενής που αποτελεί και τον εξωτερικό πελάτη του νοσοκομείου.

Η επιδίωξη επομένως ενός οργανισμού που εφαρμόζει τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, σύμφωνα με την παραπάνω αποσαφήνιση της έννοιας του πελάτη, είναι η συνεχής ικανοποίηση όλων των πελατών του, τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών. Είναι ευνόητο ότι οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες. Η τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, προϋποθέτει πρώτα απ' όλα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού.

Τα παραπάνω γίνονται περισσότερο κατανοητά αν επιστρέψουμε στο προηγούμενο παράδειγμα μας και κάνουμε την υπόθεση εργασίας ότι το φαρμακείο του νοσοκομείου εφοδιάζει το Μικροβιολογικό Εργαστήριο με χαμηλής ή κακής ποιότητας αντιδραστήρια (π.χ. έχει παρέλθει η ημερομηνία λήξης της ισχύος τους). Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο, που είναι ο πελάτης του φαρμακείου, διενεργεί με τα αντιδραστήρια αυτά τις εξετάσεις που ζήτησαν οι κλινικές για τους ασθενείς τους και βέβαια, στο τέλος, αντιλαμβάνεται ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεων δεν είναι αξιόπιστα. Αναγκάζεται λοιπόν, αφού διαμαρτυρηθεί, να ζητήσει νέα αντιδραστήρια, να πραγματοποιήσει ξανά αιμοληψίες στους ασθενείς των κλινικών και να επαναλάβει τις εξετάσεις. Εν τω μεταξύ οι κλινικές στις οποίες νοσηλεύονται οι συγκεκριμένοι ασθενείς, μη έχοντας τα

αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, δεν μπορούν να προχωρήσουν στη διάγνωση του προβλήματος των ασθενών τους και γι' αυτό καθυστερούν τη θεραπεία τους. Σ' αυτή την υπόθεση εργασίας το Μικροβιολογικό Εργαστήριο (εσωτερικός πελάτης) δεν είναι ικανοποιημένο από το φαρμακείο (τον προμηθευτή των αντιδραστηρίων), οι κλινικές (εσωτερικοί πελάτες) δεν είναι ικανοποιημένες από το Μικροβιολογικό Εργαστήριο (τον προμηθευτή των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων) και, φυσικά, τελείως δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς των κλινικών (εξωτερικοί πελάτες) για την ταλαιπωρία που έχουν υποστεί, την καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία του υγειονομικού τους προβλήματος, όπως και για την αδικαιολόγητη παράταση της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών - αξιωμάτων, τις οποίες παραθέτουμε στη συνέχεια (Λογοθέτης, 1992).

α) *Η δέσμευση της ηγεσίας.* Η απόλυτη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας και όλων των ηγετικών στελεχών του οργανισμού για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι απολύτως απαραίτητη και πρέπει να επιβεβαιώνεται διαρκώς στην πράξη. Χωρίς τη δική τους δέσμευση δεν είναι δυνατή καμιά αλλαγή στον οργανισμό. Ταυτόχρονα καθήκον και υποχρέωση της ηγεσίας του οργανισμού είναι αφενός να διαθέσει όλα τα αναγκαία μέσα για την επίτευξη της βελτίωσης και αφετέρου να δημιουργήσει τις απαιτούμενες συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρηση της. Η ηγεσία ενός οργανισμού που απαιτεί την τελειότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών του, χωρίς όμως να παρέχει τα απαραίτητα μέσα για την επίτευξη της, συμβάλλει σε προσωπικούς ανταγωνισμούς μεταξύ των στελεχών, καθώς και στην έλλειψη ομαδικού πνεύματος, στοιχεία που αναμφισβήτητα παρεμποδίζουν κάθε προσπάθεια για συνεχή βελτίωση.

β) *Επιστημονική γνώση.* Η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού όλων των βαθμίδων και κατηγοριών του οργανισμού είναι απαραίτητη. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν όλες εκείνες τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητα τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση. Η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού σε νέες μεθόδους και τεχνικές, οι οποίες καθημερινά πολλαπλασιάζονται, εξυπηρετεί αυτή την αναγκαιότητα. Ακόμη, τα ηγετικά στελέχη του οργανισμού θα πρέπει να εκπαιδεύονται επαρκώς στις σύγχρονες μεθόδους και τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας, αφού, όταν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και είναι εξοικειωμένα με τη χρήση των κατάλληλων

επιστημονικών μεθόδων και εργαλείων, μπορούν να επισημάνουν την αιτία μιας δυσλειτουργίας και να δώσουν έγκαιρα την ενδεδειγμένη λύση, προλαμβάνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα.

γ) *Συμμετοχή όλου του προσωπικού.* Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι αδύνατη χωρίς τη συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων. Η εφαρμογή της απαιτεί την ενεργό ανάμιξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Άλλωστε, γι' αυτό χαρακτηρίζεται και «ολική». Όλοι οι εργαζόμενοι είναι στο σύνολο τους υπεύθυνοι για την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγει/παρέχει ο οργανισμός, και προσωπικά καθένας για την ποιότητα της δικής του εργασίας. Παράλληλα, η ηγεσία του οργανισμού πρέπει πάντα να έχει υπόψη της ότι οι εργαζόμενοι είναι οι πιο κατάλληλοι για να υποδείξουν τον τρόπο με τον οποίο θα βελτιωθεί τόσο η εργασία τους, όσο και η ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος.

Το ουσιαστικό πλεονέκτημα που αποκτά ο οργανισμός από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων. Η πολυπλοκότητα των λειτουργιών αλλά και των επιμέρους εργασιών, που χαρακτηρίζει σήμερα κάθε οργανισμό, απαιτεί την ομαδική αντιμετώπιση των δυσκολιών. Είναι φανερό ότι η δυνατότητα επίλυσης των προβλημάτων που υπάρχουν ή δημιουργούνται στην πορεία της εργασίας αυξάνεται με την κοινή προσπάθεια, αφού μια ομάδα στελεχών συγκεντρώνει αριθμό ικανοτήτων και δυνατοτήτων πολύ μεγαλύτερο από αυτόν που διαθέτει κάθε μέλος της ξεχωριστά. Τα μέλη της ομάδας τα οποία αισθάνονται ότι αγωνίζονται για έναν κοινό σκοπό βοηθούν το ένα το άλλο για να αποκλειστούν τα λάθη, αλλά και για να δοθούν οι ενδεδειγμένες κάθε φορά λύσεις. Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η οποία, όπως τονίστηκε ήδη, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή όλου του προσωπικού, συμβάλλει στη δημιουργία και ανάπτυξη - του πολύτιμου για τον οργανισμό-ομαδικού πνεύματος. Η ευθύνη της ηγεσίας για την ανάπτυξη και κυρίως για τη διατήρηση του είναι αναμφίβολα καθοριστική.

Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας οργανισμός από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων που παράγει ή των υπηρεσιών που παρέχει, η αύξηση της ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών του πελατών, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών του, η αύξηση της παραγωγικότητας του, η μείωση του κόστους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων

σ' αυτόν. Όλα τα παραπάνω οφέλη όμως είναι στην πραγματικότητα απόρροια της καλλιέργειας πνεύματος συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στον οργανισμό.

8.5 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs)

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς QALYs (Quality Adjusted Life Years) αποτελούν τα τελευταία χρόνια έναν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους - χρησιμότητας, η οποία είναι μία από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνικό-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων, και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.

Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με τη Διασφάλιση της Ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί, με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών, να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους.

Συγκεκριμένα, με τη μέθοδο αυτή μπορούν αφενός να καταγραφούν οι αλλαγές που επέρχονται στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενή, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής, και αφετέρου να μετρηθεί η υποκειμενική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες σ' αυτόν υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενή, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως «προστιθέμενη» σ' αυτό αξία, συσχετίζεται στη συνέχεια με τα δεδομένα του προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζεται σε QALYs, που είναι το σύνολο των ποιοτικώς σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Επικεντρώνεται δηλαδή η μέθοδος αυτή στην ποιότητα της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας (Γείτονα και συν., 1999· Κυριόπουλος και συν., 1996).

Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η έννοια των QALYs, πολύ συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι για κάθε άτομο ένα έτος της ζωής του, με πολύ καλή υγεία και καλή ποιότητα ζωής, αντιστοιχεί σε μία μονάδα QALY. Επομένως, κάθε έτος ζωής του ασθενή, με κακή κατάσταση υγείας και κακή ποιότητα ζωής, που εκφράζεται ως q (όπου $q < Q$, άρα < 1), αντιστοιχεί σε μέρη ενός QALY. Με δεδομένο το προσδόκιμο επιβίωσης συγκεκριμένου ασθενή, είναι στη συνέχεια δυνατή, με τον τρόπο αυτό, η μετατροπή σε

τρέχουσες τιμές (q) των αναμενόμενων γι' αυτόν μελλοντικών ετών ζωής. Ιατρικές παρεμβάσεις (χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτικές αγωγές κ.λπ.), αλλά και διαδικασίες επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα, τη διάρκεια και ποιότητα ζωής του ασθενή, και δημιουργούν ένα διαφορετικό κάθε φορά q . Η διαφορά σε μέρη QALYs, εξαιτίας διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων και διαδικασιών, για το ίδιο υγειονομικό πρόβλημα, είναι τελικά το κέρδος ή η απώλεια σε μέρη QALYs, δηλαδή σε q , του ασθενή.

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

Ακόμη, η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επίπεδο κράτους για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους ορισμένων θεραπειών, συνεπώς και για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την κατανομή των πόρων στον τομέα υγείας.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μέθοδος της ανάλυσης κόστους - χρησιμότητας ανταποκρίνεται και στη σημερινή φιλοσοφία και τάση να συμμετέχουν ο ασθενής και οι δικοί του στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην αντιμετώπιση του υγειονομικού του προβλήματος. Αυτή η συμμετοχή έχει ιδιαίτερη σημασία όταν προκύπτουν διλήμματα ή πρόκειται για επιλογές που έχουν σχέση με την παράταση της ζωής σε περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων (εγχειρήσεις σε πολύ προχωρημένη ηλικία, καρκίνος σε τελικό στάδιο, βαριές καρδιοπάθειες, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση κλπ.), και καθορίζονται τόσο από τις αξίες του ατόμου και της κοινωνίας στην οποία ζει, όσο και από τις προσδοκίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η διαδικασία με την οποία το σύστημα ποιότητας μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού αξιολογείται (με αυτο-, έτερο- ή αξιολόγηση από τρίτο) σε σύγκριση με κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ή εγχειρίδιο αποτελεί την πιστοποίηση. Συνήθως η πιστοποίηση γίνεται από έναν ανεξάρτητο φορέα, κρατικό ή μη, που διαθέτει την απαραίτητη εμπειρογνωμοσύνη και αξιοπιστία. Ουσιαστικά, η πιστοποίηση αποτελεί μια δήλωση ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο στις παραγωγικές της διαδικασίες.

Η διαδικασία της πιστοποίησης άρχισε να εφαρμόζεται στα αμερικανικά νοσοκομεία περίπου πριν από έναν αιώνα και στη συνέχεια επεκτάθηκε και στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας. Βεβαίως, η πιστοποίηση σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας και γι' αυτόν το λόγο ουσιαστικά αποτελεί συμπληρωματική διαδικασία.

Ορισμένα από τα πρότυπα πιστοποίησης ποιότητας που εφαρμόζονται διεθνώς είναι τα εξής:

- *Πρότυπα ISO*. Ένα από τα πλέον γνωστά πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας που χρησιμοποιείται είναι το ISO 9000 -1 -2 -3 -4. Το πρότυπο αυτό έχει συνταχθεί από το Διεθνή Οργανισμό Πιστοποίησης (International Standardization Organization, ISO), μια διεθνή συνομοσπονδία εθνικών φορέων διασφάλισης ποιότητας. Όλο και περισσότερο, οι οργανισμοί που έχουν πιστοποιηθεί σε αυτό το πρότυπο φροντίζουν να επιλέγουν για προμηθευτή έναν οργανισμό που επίσης να έχει πιστοποιηθεί σε αυτό. Μ' αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια ασφυκτική πίεση στους προμηθευτές -ιδιαιτέρως των δημόσιων φορέων- να αποκτήσουν πιστοποίηση, είτε το θέλουν είτε όχι. Σήμερα εφαρμόζεται μια νέα σειρά προτύπων, το ISO 9000:2000, που ουσιαστικά ενσωματώνουν τη διοίκηση ποιότητας σε όλες τις διαδικασίες ενός οργανισμού. Την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ).

- *I I P* - Επενδυτές στους ανθρώπους: Προσφέρει ένα πρότυπο που βασίζεται στην έρευνα για τις καλύτερες μεθόδους που χρησιμοποιούνται από τους εργοδότες για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων όλων των εργαζομένων, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης, θίγει περισσότερο ανθρώπινες πλευρές και λιγότερο τεχνολογικές.

- *Βραβείο DEMING*: Η Ιαπωνική Ένωση Επιστημόνων και Μηχανικών χορηγεί το βραβείο αυτό στην εταιρεία που εφαρμόζει με τον καλύτερο τρόπο την ποιότητα. Τα κριτήρια περιλαμβάνουν: πολιτική και στόχους, λειτουργία του οργανισμού, εκ-

παίδευση-επιμόρφωση, συλλογή, διάδοση και χρήση πληροφοριών, ανάλυση, τυποποίηση, έλεγχος, διασφάλιση ποιότητας, αποτελέσματα και μελλοντικά σχέδια.

■ *Εθνικό Βραβείο Ποιότητας MALCOM BALDRIGE*: Το βραβείο αυτό δημιουργήθηκε το 1987 στις ΗΠΑ και δίνεται στους οργανισμούς με τη μεγαλύτερη βαθμολογία στις κατηγορίες: ηγεσία, πληροφόρηση και ανάλυση, στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας, εκμετάλλευση ανθρώπινων πόρων, διασφάλιση προϊόντων και υπηρεσιών, αποτελέσματα ποιότητας και ικανοποίηση πελατών.

9.1 Διεθνές περιβάλλον: Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Είναι γεγονός ότι οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στον τομέα της υγείας, οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, η «κακή» ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι μεγάλες διαφορές στην κλινική πράξη, τα ιατρικά λάθη, αλλά και οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν εγείρει τον προβληματισμό των υπεύθυνων για τη χάραξη πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Έντονος προβληματισμός υπάρχει και αναφορικά με τη μικρή ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε όρους αποτελεσμάτων υγείας (value for money), αφού παρότι οι δαπάνες υγείας των αναπτυγμένων χωρών έχουν σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα και τη στάθμη υγείας του πληθυσμού. Όπως προκύπτει από στοιχεία του ΟΟΣΑ, χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες υγείας δεν συνοδεύονται και από τους καλύτερους δείκτες υγείας.

Έτσι, έγινε σιγά-σιγά αντιληπτό ότι χωρίς σαφή μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής. Παράλληλα, τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς-χρήστες θέλουν να γνωρίζουν την απόδοση του συστήματος υγείας τους, συγκριτικά με εκείνη άλλων χωρών. Για τους παραπάνω λόγους, τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον εστιάζεται γύρω από την εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας (performance measurement), η οποία επιχειρείται μέσω της μέτρησης συγκεκριμένων διαστάσεων, όπως είναι η ποιότητα της φροντίδας, η πρόσβαση σε αυτήν (προσπελασιμότητα) και το κόστος της.

Κατά την εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας ανακύπτουν διάφορες δυσκολίες, που αφορούν στον καθορισμό της διάστασης της φροντίδας υγείας που θα

εκτιμηθεί, στην ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων δεικτών στους οποίους θα βασιστεί η αξιολόγηση και, τέλος, στη συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων. Μέχρι πρόσφατα, για παράδειγμα, οι μόνοι δείκτες που χρησιμοποιούνταν για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων υγείας διεθνώς αφορούσαν σε μέτρα εκτίμησης του επιπέδου υγείας των πληθυσμών, όπως το προσδόκιμο ζωής και η βρεφική θνησιμότητα. Ωστόσο, καθώς οι περισσότεροι από αυτούς τους δείκτες επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, εκτός του συστήματος υγείας, όπως περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς, η αιτιακή συσχέτιση μεταξύ αυτών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται ασαφής.

Διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο ΟΟΣΑ, έχουν αναπτύξει τα τελευταία χρόνια διεθνείς συνεργασίες, επικεντρώνοντας τις προσπάθειες τους στην ανάπτυξη σαφούς μεθοδολογικού πλαισίου για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων που θα επιτρέπουν τη διενέργεια διακρατικών και διαχρονικών συγκρίσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Αξίζει να αναφερθεί, για παράδειγμα, η προσπάθεια που έγινε με τη σύσταση μιας Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την ανάπτυξη Δεικτών Ποιότητας (International Working Group on Quality Indicators) συλλέγοντας στοιχεία αναφορικά με την απόδοση των συστημάτων υγείας πέντε αγγλόφωνων χωρών, του Καναδά, της Αυστραλίας, της Ν. Ζηλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και των ΗΠΑ. Η συγκεκριμένη ομάδα προχώρησε στην κατάρτιση λίστας συγκεκριμένων δεικτών για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, επιλέγοντας από μια δεξαμενή 1000 δεικτών. Βασικό κριτήριο στην επιλογή των συγκεκριμένων δεικτών ήταν η συγκρισιμότητα τους μεταξύ των πέντε χωρών.

Οι δείκτες ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με τους παράγοντες που προσδιορίζουν την «απόδοση» των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης, οι διαστάσεις αυτές αφορούν στην αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην προσβασιμότητα, την καταλληλότητα, την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, τη συνέχεια στη φροντίδα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ασφάλεια. Στον πίνακα 9.1 φαίνονται οι διαστάσεις της απόδοσης για τις οποίες έχουν αναπτυχθεί δείκτες μέτρησης σε κάθε μια από τις πέντε χώρες, αλλά και σε άλλες που έχουν προχωρήσει στη μέτρηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας.

Ανάλογες προσπάθειες έγιναν και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (π.χ. Hospital Data Project), τον ΟΟΣΑ (OECD Health Care Quality Indicators Project, το οποίο και βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε εξέλιξη), οργανισμούς όπως οι BASYS, CEPS INSTEAD, CREDES, IGSS (Denning a Minimum Data Set and Related Indicators for use with

System of Health Accounts in the European Union), αλλά και άλλους επιστημονικούς φορείς, οι οποίοι, ωστόσο, με μικρές διαφορές καταλήγουν στην ανάγκη μέτρησης ανάλογων διαστάσεων με αυτές που απεικονίζονται στον πίνακα 9.2.

Θα πρέπει βέβαια να αναφερθεί ότι, παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται διεθνώς, σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι ακόμη εφικτή η σύγκριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για το σκοπό αυτόν, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση στο είδος των στοιχείων που θα πρέπει να συλλέγονται, καθώς και στη διεθνή εναρμόνιση των δεικτών, που θα επιτρέψει τη σύγκριση της συνολικής απόδοσης των συστημάτων υγείας μεταξύ χωρών. Προς αυτή την κατεύθυνση καταβάλλονται προσπάθειες από το σε εξέλιξη πρόγραμμα του ΟΟΣΑ με τίτλο Health Care Quality Project, στο οποίο μελετήθηκαν τα μεθοδολογικά πλαίσια για τη μέτρηση διαστάσεων όπως η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, που έχουν ήδη αναπτυχθεί από έξι χώρες (Αυστραλία, Καναδάς, Δανία, Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία και ΗΠΑ. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα δίνεται επίσης ιδιαίτερη έμφαση στην συγκρισιμότητα των επιλεγμένων δεικτών μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.1

Διαστάσεις απόδοσης ανά Χώρα

Διαστάσεις απόδοσης	Καναδάς	Αυστραλία	Δανία	Νέα Ζηλανδία	Ηνωμένο Βασίλειο	ΗΠΑ	Ολλανδία
Αποδοχή	+	+		+	±	+	
Προσβασιμότητα	+	+	+	+	+	+	+
Καταλληλότητα	+	+		-	±	+	
Ικανότητα επαγγελματιών υγείας	+	+		-	+	-	
Συνέχεια της προσφοράς υπηρεσιών	+	+		-	+	+	
Αποτελεσματικότητα	+	+	+	+	+	+	+
Αποδοτικότητα	+	+	+	+	+	-	+
Ασφάλεια	+	+		+	-	+	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.2

Διαστάσεις απόδοσης συστημάτων υγείας

Διαστάσεις της απόδοσης (performance) των συστημάτων υγείας			
<p>Καταλληλότητα (appropriateness) Παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης, βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων</p>	<p>Προσβασιμότητα (accessibility) Δυνατότητα των χρηστών/ ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους</p>	<p>Αποδοχή (acceptability) Ικανοποίηση των προσδοκίων των χρηστών, της κοινότητας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας</p>	<p>Ικανότητα (competence) Κατάλληλα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας</p>
<p>Αποτελεσματικότητα (effectiveness) Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες/ παρεμβάσεις</p>	<p>Συνέχεια (continuity) Δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας, μέσω διαφορετικών προγραμμάτων, επαγγελματιών υγείας και φορέων, διαχρονικά</p>	<p>Αποδοτικότητα (efficiency) Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων</p>	<p>Ασφάλεια (safety) Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης</p>

Πανεπιστήμιο Πατρών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Εάν συζητήσουμε με έναν οποιονδήποτε επαγγελματία του τομέα της Υγείας σχετικά με την ικανοποίηση του χρήστη-ασθενή, πιθανόν το πρώτο πράγμα που θα σκεφτεί να είναι... παράπονα.

- Τι είναι αυτό που πραγματικά μελετούμε υπό την ετικέτα «ικανοποίηση του ασθενούς»;
- Ποιες πλευρές ή ποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νοσοκομειακής τους εμπειρίας θα αξιολογούσαν οι ασθενείς;
- Πόσο εφικτό είναι να αποσπάσουμε εκτιμήσεις του ασθενή για την περίθαλψη;
- Είναι οι εκτιμήσεις των ασθενών αξιόπιστες και έγκυρες;
- Ποιες προκαταλήψεις θα επηρέαζαν τις εκτιμήσεις των ασθενών; Είναι κάποιες πλευρές της διαμονής στο νοσοκομείο, η διαδικασία εισαγωγής, η φροντίδα των νοσοκόμων, η σχέση με τον υπεύθυνο γιατρό, η αναχώρηση από το νοσοκομείο, κ.ά., πιο καλότερες σε σχέση με άλλες;

Τι προσπάθειες κάνουν τα νοσοκομεία για τη δημιουργία ενός πραγματικού περιβάλλοντος φροντίδας;

10.1 Οι προτεραιότητες των χρηστών

Έρευνες από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988), έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε δέκα κατηγορίες-κλειδιά που καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθοι:

1) Αξιοπιστία (reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.

2) Ανταπόκριση (responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζόμενων να εξυπηρετήσουν το χρήστη.

3) Ικανότητα (competence): Απαραίτητα προσόντα-δεξιότητες των εργαζόμενων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.

4) Πρόσβαση (access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.

5) Ευγένεια (courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.

6) Επικοινωνία (communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για να ακούσεις τις ανησυχίες του χρήστη.

7) Επαγγελματική πίστη (credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.

8) Ασφάλεια (security): Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.

9) Κατανόηση (understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

10) Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles): Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζόμενων και άλλων χρηστών-προμηθευτών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας «κόστος υπηρεσίας» καταλαμβάνει συνήθως πολύ χαμηλότερη θέση στην ανωτέρω ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Όλα τα ανωτέρω ισχύουν και για τις υπηρεσίες υγείας, δεν αρκούν όμως μόνο αυτά. Χρειάζεται επίσης:

- έγκαιρη, σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας·
- άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση·
- θέληση εξυπηρέτησης πέραν πάσης προσδοκίας·
- υπεύθυνη ενημέρωση ως προς την εξέλιξη της κατάστασης·
- παρακολούθηση και μέτρηση αποτελεσματικότητας·
- αριστοποίηση σχέσης κόστους-οφέλους.

Κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη όλων αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την αίσθηση κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

10.2 Επιχειρώντας έναν σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενή

10.2.1 Ερεθίσματα, χρησιμότητα της κριτικής και αντιδράσεις

Εισερχόμενος ο ασθενής σε μια υπηρεσία παροχής φροντίδας υγείας έρχεται σε επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί ή όχι να απαντά. Πινακίδες που τον κατευθύνουν απ' το ένα μέρος στο άλλο, ασφαλιστικά έντυπα που πρέπει να συμπληρωθούν, έγγραφα αξιοπιστίας να υπογραφούν, χώροι παρκαρίσματος, υπάλληλοι στην υποδοχή που πρέπει να δουλέψουν μαζί του, το επίπεδο της άνεσης στις καρέκλες της υποδοχής, η συμπεριφορά των γιατρών, ο τρόπος των νοσοκόμων, οι διαδικασίες των εργαστηριακών τεχνικών, οι αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν μέσα στο νοσοκομείο, οι ήχοι των μηχανημάτων.

Καθώς αυτά τα ερεθίσματα παρατηρούνται και γίνονται αντιληπτά, ο ασθενής ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνειδήτες κρίσεις γι' αυτά.

Ο ορισμός λοιπόν της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις -τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής και οι αντιδράσεις- οι οποίες περιγράφονται παραπάνω και η τέταρτη - οι ατομικές διαφορές (Παπανικολάου, 1995). Το κλειδί σ' αυτές τις κρίσεις είναι οι αξίες που οι ασθενείς προσαρμόζουν σ' αυτές. Η χρησιμότητα της κριτικής αντιπροσωπεύει τις προσπάθειες των ασθενών με την έννοια να προσδιορίσουν τη σημασία των πολλών ερεθισμάτων στα οποία εκτίθενται. Αυτή η χρησιμότητα της κρίσης μπορεί να εκφραστεί με όρους όπως καλό, άσχημο, διαφορετικό, τρομακτικό, θετικό, αρνητικό, ουδέτερο, κλπ. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδεται στα ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο κλειδί-στοιχείο της ικανοποίησης του ασθενή που εμείς επιθυμούμε να μετρήσουμε.

10.2.2 Ατομικές διαφορές και αποτελέσματα

Το πρώτο μέρος του ορισμού εστιάζει τη προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία οι ασθενείς κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Το δεύτερο μέρος του ορισμού εστιάζει στο πως η ψυχοσύνθεση, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα

πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας, μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα αυτά.

Συνολικά, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, η ικανοποίηση των ασθενών εννοιολογικά ορίζεται ως: οι προσωπικές εκτιμήσεις τους και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής καθώς και από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του και από τον τομέα της Υγείας.

Το μήνυμα των ανωτέρω είναι ότι ο ασθενής κάνει τις προσωπικές του εκτιμήσεις βάσει των αξιών του και αντιδρά σαν απάντηση στα ερεθίσματα στο περιβάλλον της υγείας. Τόσο η κριτική του ασθενή όσο και οι αντιδράσεις του μπορούν να επηρεαστούν από την προσωπικότητα, τη διάθεση και τις εμπειρίες που έχει από τη ζωή του· στην προκειμένη περίπτωση, από τις υπηρεσίες υγείας.

Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία υγείας σε σχέση με:

(α) το τι θα ήθελαν να λάβουν από μία υπηρεσία και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν σε ιδανικές συνθήκες· (β) το τι περιμένουν σε ρεαλιστική βάση ότι θα τους προσφερθεί, και

(γ) το τι πιστεύουν ότι έχουν ανάγκη, ανεξάρτητα από το τι επιθυμούν («Γνωρίζω ότι είναι καλό για μένα, αλλά αυτό που πραγματικά θέλω είναι...»). Συνήθως οι άνθρωποι δεν έχουν επίγνωση για τις υποθέσεις που κάνουν ή τις προσδοκίες που έχουν μέχρι τη στιγμή που τις βιώνουν. Επιπρόσθετα, η αντιλαμβανόμενη εμπειρία μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι διαφορετική σε διαφορετικές στιγμές (ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια). Αυτό το γεγονός διαφοροποιεί, με τη σειρά του, τη γενική ή διαρκή αντίληψη ή εικόνα μιας υπηρεσίας και καταλήγει στην αντίληψη της ποιότητας για την παρεχόμενη υπηρεσία. Κατά συνέπεια, η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια του ασθενούς μέσα στα πλαίσια αυτού του υποδείγματος είναι μια δυναμική λειτουργία που αφορά τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

10.3 Αναλύοντας την διαδικασία εξυπηρέτησης από την πλευρά του χρήστη

Υπάρχουν βασικά ερωτήματα που πρέπει να μας απασχολήσουν κατά την ανάλυση της διαδικασίας εξυπηρέτησης των χρηστών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι είναι σκόπιμο να απαντηθούν τα εξής:

- Ποιοι είναι οι χρήστες μας;
- Ποιες οι κυριότερες προσδοκίες/ανάγκες τους;
- Ποια είναι τα επαγγελματικά πρότυπα αντιμετώπισης των χρηστών;
- Τι πρέπει να γίνει σε λειτουργικό επίπεδο για να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των χρηστών στα πλαίσια των επαγγελματικών προτύπων;
- Ποια μέτρα/δείκτες θα χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση της εκτέλεσης σε σχέση με τις λειτουργικές απαιτήσεις που αποσκοπούν στην ικανοποίηση των χρηστών;
- Ποια τα σχέδια δράσης;

Μια βασική αρχή που διέπει την προσέγγιση της ποιότητας είναι η διαδικασία της εξυπηρέτησης. Το υπόδειγμα της διαδικασίας εξυπηρέτησης του χρήστη διαχωρίζει τις υπηρεσίες σε μια σειρά από βήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη ένα προς ένα ώστε να επιλεγούν περιοχές χαμηλής ποιότητας, να οριστεί η απλούστερη και συντομότερη διαδικασία, να επισημανθούν σημεία καθυστέρησης και σφαλμάτων ή για τη θέσπιση προτύπων. Η σημαντικότερη όμως συμβολή του υποδείγματος είναι να βοηθήσει το προσωπικό να λάβει υπόψη του τις υπηρεσίες του από την πλευρά του χρήστη και να αποκτήσει μεγαλύτερη κατανόηση στο σύνολο των διαδικασιών. Το αντικείμενο των περισσότερων παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο χρήστης, ο οποίος συμμετέχει. Οι χρήστες συμμετέχουν στην παραγωγή της υπηρεσίας (συμπαράγουν) και πάντα θέτουν σε ενεργή δοκιμασία την υπηρεσία και σχηματίζουν αντιλήψεις γι' αυτές. Η διαδικασία αποτελείται από οκτώ διαδοχικές φάσεις, ως ακολούθως:

Φάση 1: Επιλογή (Κριτήρια επιλογής συγκεκριμένης υπηρεσίας/ προσδοκίες). Μερικοί χρήστες δυσαρεστούνται κάνοντας κατ' αρχήν κακή επιλογή της υπηρεσίας. Το γεγονός είναι ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν είναι σε θέση να εξυπηρετήσει το χρήστη, και στην προσπάθεια της να το κάνει, οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις και απροθυμία χωρίς εξηγήσεις. Σ' αυτή την περίπτωση, η δημοσιότητα που δίνεται για το τι προσφέρει η κάθε υπηρεσία επηρεάζει την επιλογή και τις προσδοκίες του χρήστη.

Φάση 2: Είσοδος. Ο χρήστης έρχεται σε επαφή με την υπηρεσία και ζητά, π.χ., το μικροβιολογικό εργαστήριο ή να κάνει ένα τηλέφωνο. Τα μέτρα της ποιότητας περιλαμβάνουν τις εκτιμήσεις των χρηστών για το πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση στην υπηρεσία και τη χρησιμότητα των πληροφοριών που τους δόθηκαν σ' αυτό το σημείο.

Φάση 3: Πρώτη επαφή. Αυτή η φάση είναι κρίσιμη διότι αποτελεί την πρώτη φορά που ο χρήστης συναντά ένα πρόσωπο που εκπροσωπεί την υπηρεσία. Για το χρήστη που έχει μια σειρά από προσδοκίες, είναι αγχωμένος και αβέβαιος για το πώς θα του συμπεριφερθούν, αυτό το μέλος του προσωπικού αντιπροσωπεύει την υπηρεσία. Ο χρήστης εφοδιάζεται με τα πρώτα πραγματικά στοιχεία, με το πώς θα είναι η υπηρεσία και το τι μπορεί να του συμβεί. Αυτή η φάση είναι μια σημαντική ευκαιρία για να επηρεαστούν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις κάποιου.

Φάση 4: Εκτίμηση-αξιολόγηση. Όταν ένα μέλος του προσωπικού δέχεται τους χρήστες και προσδιορίζει τις ανάγκες τους, η υπηρεσία κάνει την πρώτη επιτυχημένη ανταπόκριση.

Η χαμηλή ανταπόκριση του προσωπικού μπορεί να επιφέρει δυσαρέσκεια προς το χρήστη, η οποία όμως μπορεί να βελτιωθεί εάν η ιεραρχία του προσωπικού είναι καλή, υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού και καλή αξιολόγηση του προβλήματος του χρήστη ώστε να παραπεμφθεί στον αρμόδιο υπάλληλο ή τμήμα. Οι υπεύθυνοι εξυπηρέτησης μπορούν να φέρουν τις προσδοκίες των χρηστών σε ευθυγράμμιση-αρμονία σχετικά με το τι η υπηρεσία μπορεί να προσφέρει και αυτό είναι ένα κρίσιμο σημείο για να αποφευχθεί η απογοήτευση.

Φάση 5: Παρέμβαση. Η φάση παρέμβασης περιλαμβάνει την προσπάθεια της υπηρεσίας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του χρήστη. Συμπεριλαμβάνει πολλαπλές προσωπικές επαφές που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις του χρήστη. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν την ικανότητα της υπηρεσίας να ανταποκρίνεται ακριβώς στις διαφορετικές ανάγκες των χρηστών και το χρονικό διάστημα της ανταπόκρισης.

Φάση 6: Επανεκτίμηση-αναθεώρηση. Η αναθεωρητική φάση είναι σημαντική για τρεις λόγους. Κατά πρώτο λόγο για να επαναξιολογήσει τις ανάγκες και να επανασχεδιάσει παρεμβάσεις, ώστε να πετύχει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα. Κατά δεύτερο λόγο για να ελέγξει τις προσδοκίες των χρηστών και να παρέμβει σ' αυτές και, τέλος, για να κρίνει εάν οι δεξιότητες του προσωπικού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το καλύτερο αποτέλεσμα σε άλλους χρήστες που αναμένουν την εξυπηρέτηση.

Φάση 7: Ολοκλήρωση. Η φάση της ολοκλήρωσης θα πρέπει να παίρνει υπόψη τον τρόπο με τον οποίο οι χρήστες λαμβάνουν το προϊόν του τμήματος και εάν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για να αποχωρήσουν από την υπηρεσία. Η υπηρεσία από την πλευρά της θα πρέπει να ελέγξει εάν οι ανάγκες και οι επιθυμίες των χρηστών έχουν καλυφτεί (αξιολόγηση και απογραφή της επαγγελματικής ποιότητας) και ποιες ενέργειες θα πρέπει να γίνουν σε περίπτωση που δεν έχει επιτευχθεί αυτό.

Φάση 8: Παρακολούθηση (Follow-up). Είναι η φάση που επανεξετάζει εάν η υπηρεσία κάλυψε τις ανάγκες του χρήστη κατάλληλα, εάν τον έπεισε ότι μπορεί να τον καλύψει και σε άλλες επιθυμίες του, ώστε να μπορέσει να τον διατηρήσει ως ικανοποιημένο χρήστη.

Το παραπάνω υπόδειγμα είναι ένα υπεραπλουστευμένο πλαίσιο ικανοποίησης των αναγκών ενός χρήστη, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως διαδικασία. Οι παρέχοντες υπηρεσίες χρησιμοποιώντας αυτό το πλαίσιο μπορούν να αναλύσουν τις υπηρεσίες τους και να αντιληφθούν ότι μια σειρά εσωτερικών υπηρεσιών και ξεχωριστών διαδικασιών εμπεριέχονται στη δουλειά τους. Πολλές εξ αυτών εμπλέκουν το χρήστη, από το σημείο επαφής του για πρώτη φορά, την παρέμβαση, την αξιολόγηση και την αναχώρηση. Τα περισσότερα προβλήματα συμβαίνουν μεταξύ αυτών των διαδικασιών παρά μέσα στις ίδιες τις διαδικασίες.

Το παρόν υπόδειγμα βοηθά να γίνουν πιο ξεκάθαρα τα όρια των διαφορετικών διαδικασιών, των αρμοδιοτήτων σε κάθε φάση και των προσδοκιών των χρηστών. Οι πιο πολύπλοκες μέθοδοι για ανίχνευση των ροών των χρηστών και της διαμόρφωσης των αποφάσεων είναι χρήσιμες για το σχεδιασμό και επανασχεδιασμό των υπηρεσιών. Περιληπτικά, το παραπάνω πλαίσιο μπορεί να γίνει χρήσιμο ώστε:

- 1) Να βοηθήσει το προσωπικό να κατανοήσει τη ροή εργασίας της υπηρεσίας και τη θέση του μέσα σ' αυτήν.
- 2) Να ευαισθητοποιήσει το προσωπικό για το πως αντιλαμβάνονται οι χρήστες την παρεχόμενη υπηρεσία.
- 3) Να εργαστεί απλούστερα και ταχύτερα συνδυάζοντας χρήστες, πληροφορίες, υλικά και προσωπικό (π.χ. αποσύροντας αγκυλώσεις).
- 4) Να θεσμοθετήσει διαδικασίες για το τι πρέπει να γίνει.
- 5) Να κατανοήσει το προσωπικό πως μπορεί να διαπραγματευτεί τις προσδοκίες των χρηστών ώστε να διασφαλίσει ότι δεν θα είναι ποτέ δυσαρεστημένοι ή στην ιδανική περίπτωση, θα είναι ευχαριστημένοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

11.1 Μεθοδολογία και ερευνητικό πλαίσιο

11.1.1 Περιγραφή πληθυσμού έρευνας

Ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχθηκε το δείγμα, αποτελείται από γυναίκες που έχουν γεννήσει σε δημόσιο ή ιδιωτικό Μαιευτήριο. Το δημόσιο Μαιευτήριο στο οποίο γέννησαν είναι το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο “Αρεταίειο” και τα ιδιωτικά Μαιευτήρια είναι το “Ίαώ”, το “Μητέρα” και το “Λητώ”. Κυρίως κατοικούν στην Αθήνα και εργάζονται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους στον δημόσιο τομέα. Ο λόγος για τον οποίο δεν επιλέχθηκαν γυναίκες που εργάζονται αποκλειστικά στο δημόσιο τομέα, είναι διότι και ο ιδιωτικός τομέας παρέχει υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούνται από τους πολίτες σε μεγάλη κλίμακα.

11.1.2 Δείγμα έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε σε ένα δείγμα 115 γυναικών. Το κριτήριο για την επιλογή των συγκεκριμένων γυναικών ήταν κατά κύριο λόγο η προσωπική επαφή. Ο στόχος ήταν να αποκτηθεί πρόσβαση και να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις με γυναίκες οι οποίες σχετίστηκαν ή θα σχετιστούν άμεσα με τις υπηρεσίες υγείας. Απώτερος στόχος ήταν η άντληση όσο το δυνατό εγκυρότερης πληροφόρησης. Συμπερασματικά λοιπόν, έγινε προσπάθεια επιλογής ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, ώστε τα συμπεράσματα που θα προέκυπταν, να μπορούσαν να γενικευτούν και στον πληθυσμό.

11.1.3 Η μέθοδος συλλογής στοιχείων και παρουσίαση ερωτηματολογίου

Για τις ανάγκες της έρευνας επιλέχθηκε η δομημένη και άμεση μέθοδος, δηλαδή τυποποιημένες ερωτήσεις και απαντήσεις που κάνουν ευκολότερη τη συμπλήρωση, ανάλυση και επεξεργασία των στοιχείων. Ο τρόπος συλλογής των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (ερωτηματολόγιο). Ο λόγος που επιλέχθηκε η προσωπική συνέντευξη για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, ήταν για να υπάρξει η βεβαίωση συμπλήρωσης όλων των μερών του ερωτηματολογίου και να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινίσεις στις ερωτώμενες.

Οι ερωτήσεις που αυτό περιλαμβάνει καλύπτουν μια πλειάδα τομέων σχετικά με υπηρεσίες υγείας και την αναβάθμισή τους. Πιο συγκεκριμένα καλύπτονται:

Κριτήρια επιλογής νοσοκομείου.

Επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό.

Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.

Ερωτηματολόγιο

Γενικές Ερωτήσεις:

Ηλικία:	<input type="checkbox"/> Έως 25	<input type="checkbox"/> 26 – 35	<input type="checkbox"/> 36 – 45	<input type="checkbox"/> 46 και άνω
Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Κατώτερη	<input type="checkbox"/> Μέση	<input type="checkbox"/> Ανώτερη	<input type="checkbox"/> Ανώτατη
Τόπος Κατοικίας:				
Επαγγελματική Δραστηριότητα:				

Ειδικές Ερωτήσεις:

1	Έχετε γεννήσει σε:	<input type="checkbox"/> Δημόσιο Μαιευτήριο	<input type="checkbox"/> Ιδιωτικό Μαιευτήριο	
		<input type="checkbox"/> Σπίτι	<input type="checkbox"/> Άλλο:	
2	Τι τοκετό είχατε:	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό τοκετό	Αριθμός τέκνων:	
		<input type="checkbox"/> Καισαρική τομή	Αριθμός τέκνων:	
3	Πόσες μέρες νοσηλεύτηκατε:	<input type="checkbox"/> 1 ημέρα	<input type="checkbox"/> 2 ημέρες	<input type="checkbox"/> 3 ημέρες
		<input type="checkbox"/> 4 ημέρες	<input type="checkbox"/> Άλλο:	
4	Υπήρχε ο κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός (π.χ. υπέρηχος, μονάδα εντατικής θεραπείας κ.α.);	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
5	Ήταν εύκολη η πρόσβαση στο νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
6	Αντιμετωπίσατε δυσκολίες στο τμήμα υποδοχής;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
7	Τι είδους ασφάλεια έχετε;	<input type="checkbox"/> Δημόσια	<input type="checkbox"/> Ιδιωτική	<input type="checkbox"/> Ανασφάλιστη
8	Σας κάλυψε η ασφάλειά σας για την νοσοκομειακή σας περίθαλψη;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

9	Χρειάστηκε να καταφύγετε σε άλλο νοσοκομείο από αυτό που αρχικά είχατε επιλέξει;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
10	Ποιά είναι η γνώμη σας για τα παρακάτω: Ιατρικό προσωπικό <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Νοσηλευτικό προσωπικό <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Διοικητικό προσωπικό <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Καθαριότητα <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Φαγητό <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Ξενοδοχειακή υποδομή <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό Κόστος νοσηλείας <input type="checkbox"/> Πολύ καλό <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Πολύ κακό		
11	Για ποιούς λόγους επιλέξατε αυτό το νοσοκομείο; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Τα έξοδα καλύπτονται από την ασφάλεια <input type="checkbox"/> Σύσταση θεράποντος ιατρού <input type="checkbox"/> Σύσταση συγγενών – φίλων <input type="checkbox"/> Προηγούμενη νοσηλεία <input type="checkbox"/> Ξενοδοχειακή υποδομή <input type="checkbox"/> Άλλο: 		
12	Υπήρχε επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και άμεση εξυπηρέτηση;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
13	Είστε ικανοποιημένη από την επικοινωνία με τους ιατρούς;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
14	Συμβάλατε χρηματικά για την νοσηλεία, τα φάρμακα και τις εξετάσεις σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
15	Αν χρειαστεί, θα επιλέξετε ξανά το ίδιο νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
16	Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Πολύ καλές <input type="checkbox"/> Καλές <input type="checkbox"/> Μέτριες <input type="checkbox"/> Κακές <input type="checkbox"/> Πολύ κακές 		
17	Θα πληρώνατε στο μέλλον περισσότερα χρήματα για να έχετε καλύτερη ποιότητα στον τομέα της υγείας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

11.2 Ανάλυση έρευνας

Με την έρευνά μας προσπαθήσαμε να ελέγξουμε κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στις γυναίκες καλύπτουν τις ανάγκες τους. Με τη χρήση ερωτήσεων, προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε όχι μόνο τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, αλλά και κατά πόσο η διοίκηση τους αξιοποιεί τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Αναλυτικότερα σε κάθε ερώτηση θα παρουσιάσουμε το αποτέλεσμα που προέκυψε, με τη χρήση πινάκων και διαγραμμάτων. Οι στρογγυλοποιήσεις έγιναν για χρηστικούς λόγους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

11.2.1 Γενικές ερωτήσεις

I. Ηλικία

Στην συγκεκριμένη ερώτηση, και βάσει των απαντήσεων που δόθηκαν, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αφορούσε τις ηλικίες μεταξύ 26 και 35 ετών με 63,48%. Ακολουθούν οι ηλικίες μεταξύ 36 και 45 με ποσοστό 26,96. (πίνακας 11.1, διάγραμμα 11.1).

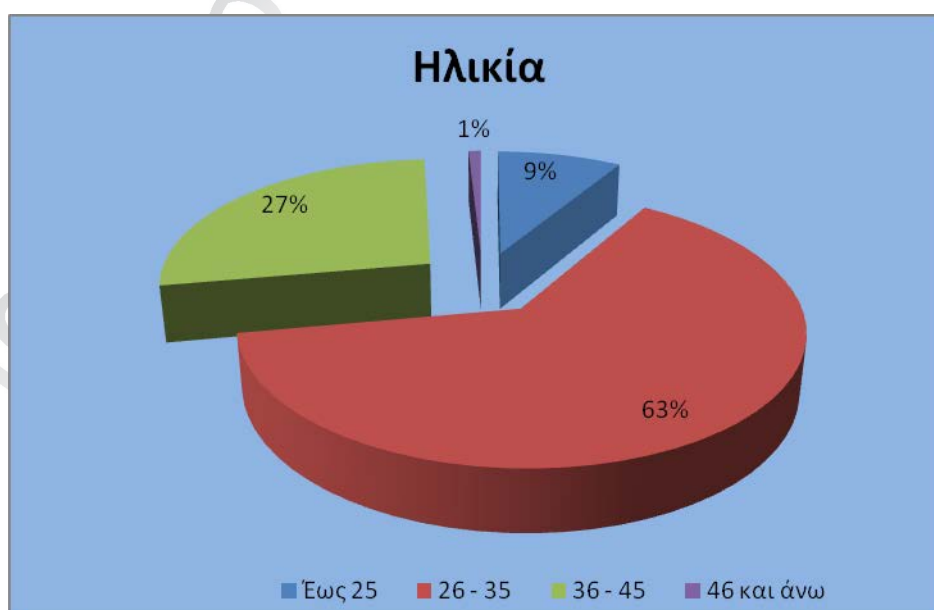
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.1

Η κατανομή του δείγματος βάσει ηλικίας

Ηλικία	Απαντήσεις	Ποσοστό
Έως 25	10	8.70%
26 - 35	73	63.48%
36 - 45	31	26.96%
46 και άνω	1	0.87%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.1

Η κατανομή του δείγματος βάσει ηλικίας



II. Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση αποτελεί αναμφισβήτητα βασικό στοιχείο της συγκρότησης του κάθε ατόμου. Η ύπαρξη της ερώτησης είχε σαν σκοπό να παρουσιάσει το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Βάσει των τιμών του παρακάτω πίνακα, μόλις το 5,22% δεν έχει τουλάχιστον ολοκληρώσει την μέση εκπαίδευση. Στοιχείο ιδιαίτερα ενθαρρυντικό που θα βοηθήσει σε πιο ολοκληρωμένα συμπεράσματα από τις μετέπειτα απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.2

Μορφωτικό επίπεδο δείγματος

Εκπαίδευση	Απαντήσεις	Ποσοστό
Κατώτερη	6	5.22%
Μέση	31	26.96%
Ανώτερη	42	36.52%
Ανώτατη	36	31.30%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.2

Μορφωτικό επίπεδο δείγματος



III. Τόπος κατοικίας

Ο τόπος κατοικίας των ερωτηθέντων γυναικών, έχει ιδιαίτερη σημασία για την έρευνά μας. Το 95,65% του δείγματος απάντησε ότι κατοικεί στην Αθήνα ενώ μόλις το 4,35 % εκτός Αθηνών. Γεγονός απόλυτα φυσιολογικό καθώς το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας βρίσκεται εντός του Ν. Αττικής. Ο πίνακας που ακολουθεί μας παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις που δόθηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.3

Ο τόπος κατοικίας ερωτηθέντων δείγματος

Τόπος κατοικίας	Απαντήσεις	Ποσοστό
Αθήνα	110	95.65%
Θεσ/νίκη	1	0.87%
Πάρος	1	0.87%
Ικαρία	1	0.87%
Κόρινθος	1	0.87%
Σάμος	1	0.87%

IV. Επαγγελματική δραστηριότητα

Με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, διαπιστώνεται ότι το δείγμα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Οι δημόσιοι υπάλληλοι αντιπροσωπεύουν το 76,52% του δείγματος, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται στους ιδιωτικούς υπαλλήλους και τους ελεύθερους επαγγελματίες με 18,26% και 5,22% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.4

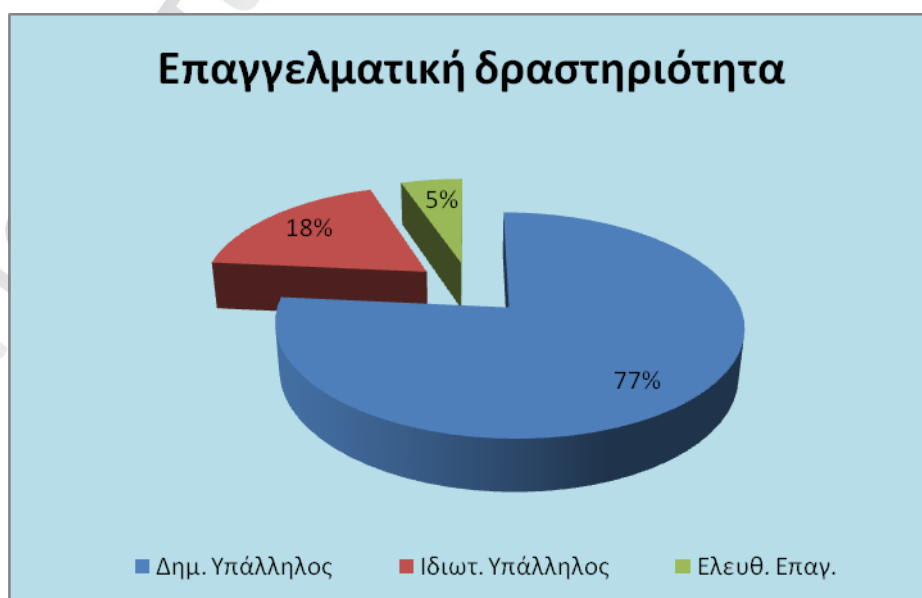
Η επαγγελματική σχέση των ερωτηθέντων

Επαγγελματική δραστηριότητα	Απαντήσεις	Ποσοστό
Δημ. Υπάλληλος	88	76.52%
Ιδιωτ. Υπάλληλος	21	18.26%
Ελευθ. Επαγ.	6	5.22%

Η απεικόνιση των παραπάνω τιμών του πίνακα παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.3

Η επαγγελματική σχέση των ερωτηθέντων



11.2.2 Ειδικές ερωτήσεις

I. Τόπος τοκετού

Η επιλογή του μαιευτηρίου ποικίλει ανάλογα με τις συνθήκες. Από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, το μεγαλύτερο ποσοστό με 65,22%, επέλεξε κάποιο δημόσιο μαιευτήριο ενώ το υπόλοιπο 34,78% ιδιωτικό. Η γέννηση ενός παιδιού στο σπίτι ή αλλού φαίνεται να εκλείπει ενδεικτικό της σημασίας που δείχνουν οι γυναίκες σ' αυτό το στάδιο της ζωής τους. Αυτό αποτελεί ένα λόγο παραπάνω για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

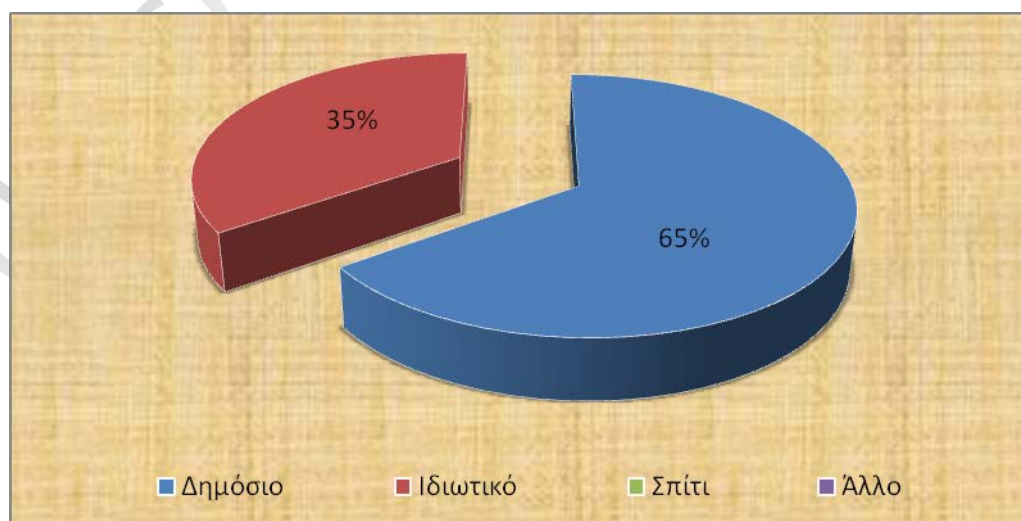
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.5

Επιλογή μαιευτηρίου

Μαιευτήριο	Απαντήσεις	Ποσοστό
Δημόσιο	75	65.22%
Ιδιωτικό	40	34.78%
Σπίτι	0	0.00%
Άλλο	0	0.00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.4

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος στην επιλογή μαιευτηρίου



II. Είδος τοκετού

Η επιλογή της μεθόδου με την οποία θα γεννήσει μια γυναίκα δεν αποτελεί αποκλειστικά δική της επιλογή. Είναι ένα σύνολο παραμέτρων που λαμβάνεται υπόψη. Από το δείγμα μας το 60,87% ακολούθησε τη φυσιολογική οδό, ενώ το 39,13% χρησιμοποίησε την χειρουργική μέθοδο. Παρότι, η καισαρική τομή βοηθά σε ευκολότερο τοκετό, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος προτιμά τον φυσιολογικό. Ο πίνακας και το διάγραμμα παρακάτω μας παρουσιάζουν αυτά τα στοιχεία.

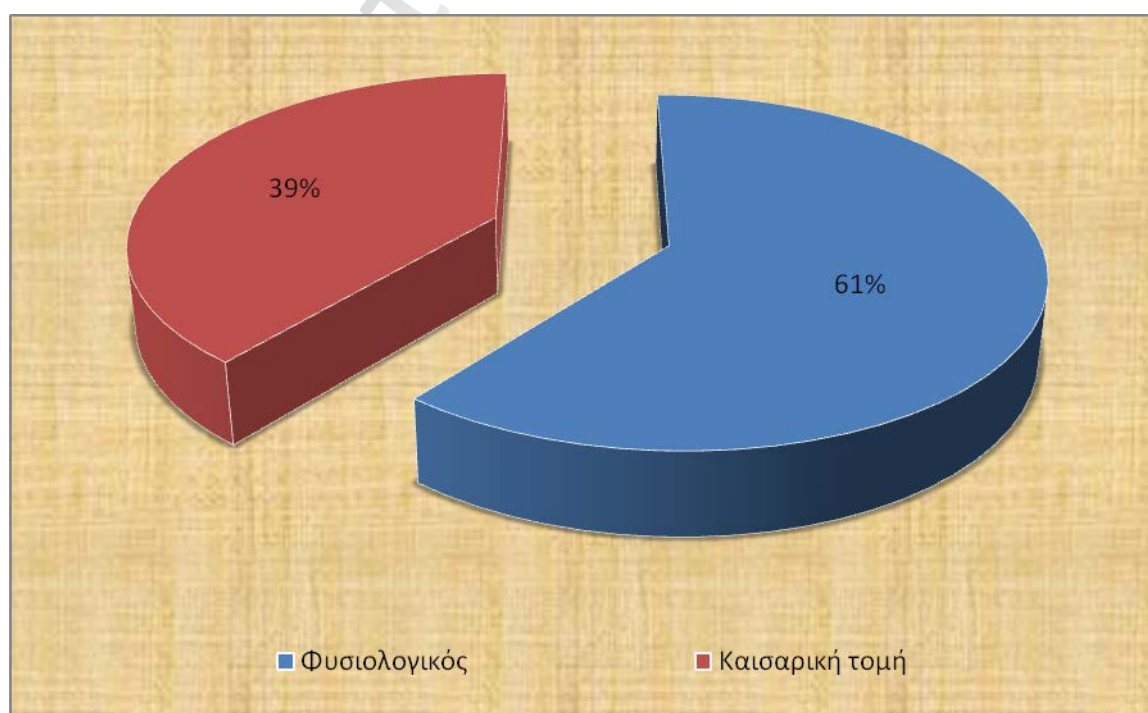
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.6

Επιλογή μεθόδου τοκετού

Μέθοδος τοκετού	Απαντήσεις	Ποσοστό
Φυσιολογικός	70	60.87%
Καισαρική τομή	45	39.13%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.5

Απεικόνιση ποσοστών μεθόδων τοκετού



III. Ημέρες νοσηλείας

Η χρονική διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο καθορίζει σε μεγάλο ποσοστό την άποψη που σχηματίζει κάποιος τόσο για το ίδιο το νοσοκομείο όσο και για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Από τις απαντήσεις που λάβαμε, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι παρέμεινε στο νοσοκομείο τουλάχιστον για 4 ημέρες. Χρονικό διάστημα που βοηθά για το σχηματισμό πιο ολοκληρωμένης και ορθής άποψης. Τα ποσοστά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, αλλά και διαγραμματικά.

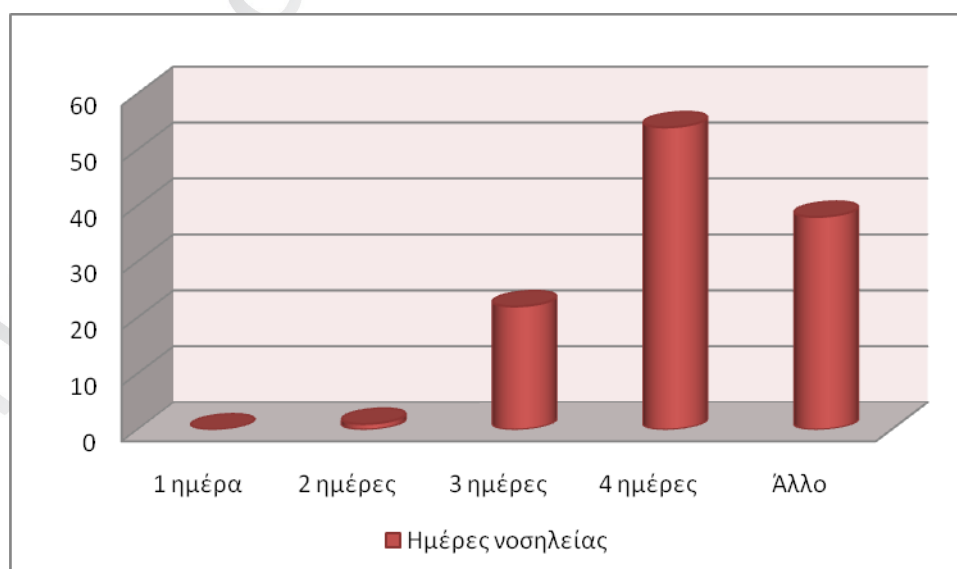
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.7

Σύνολο ημερών νοσηλείας

Ημέρες νοσηλείας	Απαντήσεις	Ποσοστό
1 ημέρα	0	0.00%
2 ημέρες	1	0.87%
3 ημέρες	22	19.13%
4 ημέρες	54	46.96%
Άλλο	38	33.04%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.6

Σύνολο ημερών νοσηλείας



Για το σύνολο των 38 γυναικών που απάντησαν ότι νοσηλεύτηκαν περισσότερες από 4 ημέρες, 33,04% του δείγματος, μπορούμε να αναφέρουμε το σύνολο της χρονικής διάρκειας παραμονής τους στο νοσοκομείο. Έτσι, από το σύνολο 38 γυναικών η 1 παρέμεινε 31 ημέρες (λόγω επιπλοκών τοκετού), 2 γυναίκες παρέμειναν 7 ημέρες, 7 γυναίκες νοσηλεύτηκαν 6 ημέρες και 28 γυναίκες 5 ημέρες.

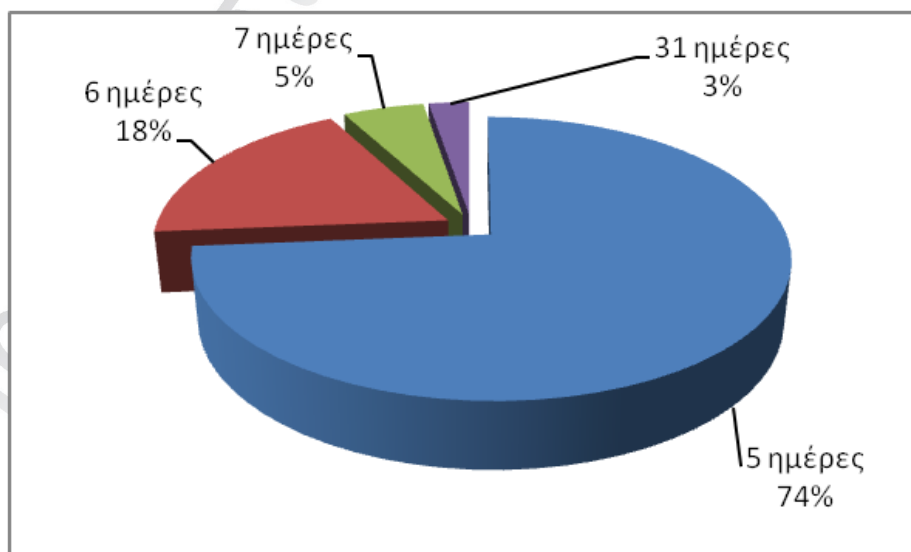
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.8

Σύνολο ημερών νοσηλείας για περισσότερες των 4 ημερών

Ημέρες νοσηλείας	Απαντήσεις	Ποσοστό
5 ημέρες	28	73.68%
6 ημέρες	7	18.42%
7 ημέρες	2	5.26%
31 ημέρες	1	2.63%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.7

Σύνολο ημερών νοσηλείας για περισσότερες των 4 ημερών



IV. Ύπαρξη τεχνολογικού εξοπλισμού

Ο κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός αποτελεί μείζονα παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα μ' αυτόν, παρέχονται πληθώρα ανέσεων και διευκολύνσεων στους ασθενείς. Το 92,17% των γυναικών δήλωσε ότι υπήρχε ο κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός ενώ μόλις το 7,83% δήλωσε ότι δεν πληρούνταν όλες οι προϋποθέσεις από τεχνολογικής πλευράς.

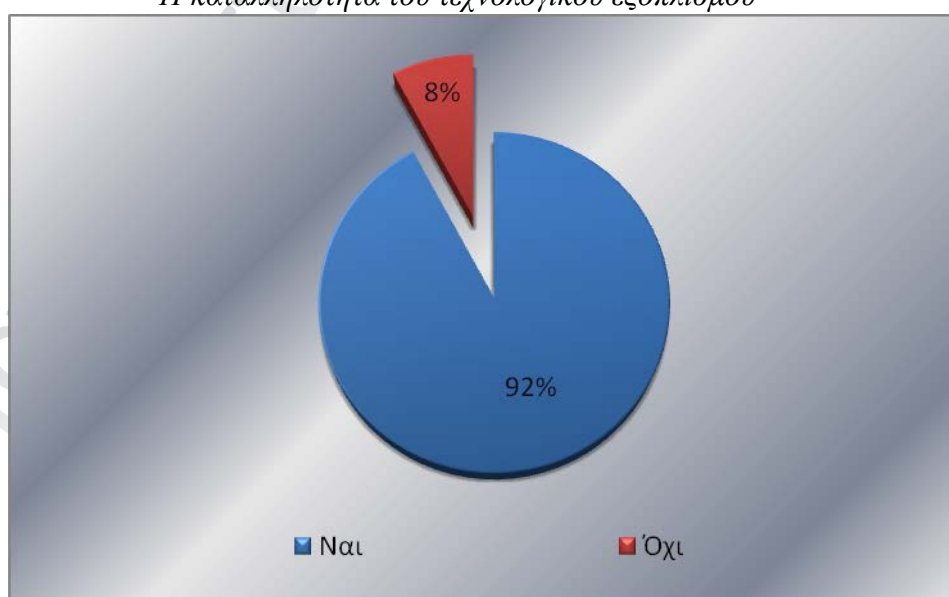
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.9

Η καταλληλότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού

Κατάλληλος τεχν. εξοπλισμός	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	106	92.17%
Όχι	9	7.83%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.8

Η καταλληλότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού



V. Προσβασιμότητα στο νοσοκομείο

Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσε περισσότερο εξωγενείς παράγοντες και όχι τόσο τα ίδια να νοσοκομεία στις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν. Παρ' όλα αυτά, είναι ενδεικτικά υψηλό το ποσοστό των γυναικών που απάντησε ότι η πρόσβασή του στο νοσοκομείο ήταν εύκολη.

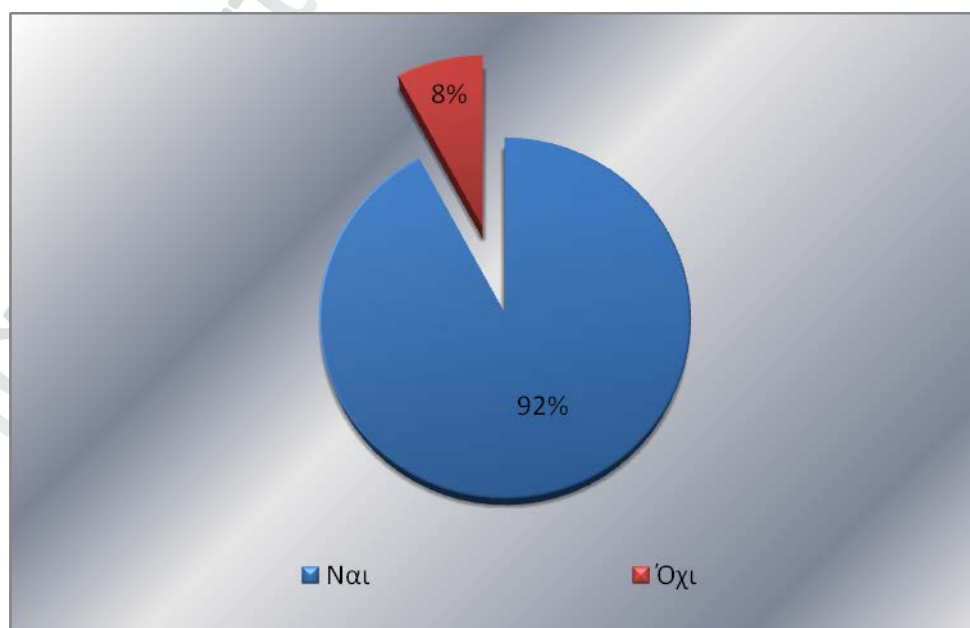
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.10

Η εύκολη προσβασιμότητα στο νοσοκομείο

Εύκολη προσβασιμότητα	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	106	92.17%
Όχι	9	7.83%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.9

Η εύκολη προσβασιμότητα στο νοσοκομείο



VI. Τμήμα υποδοχής

Αποτελεί το πρώτο τμήμα με το οποίο έρχεται σε επαφή ο κάθε νοσηλευόμενος. Επομένως, ο τρόπος με τον οποίο των αντιμετωπίζουν έχει καθοριστική σημασία για τη γνώμη που θα σχηματίσει. Οι 103 από τις 115 γυναίκες που ερωτήθηκαν, απάντησαν ότι δεν αντιμετώπισαν κάποια ιδιαίτερη δυσκολία.

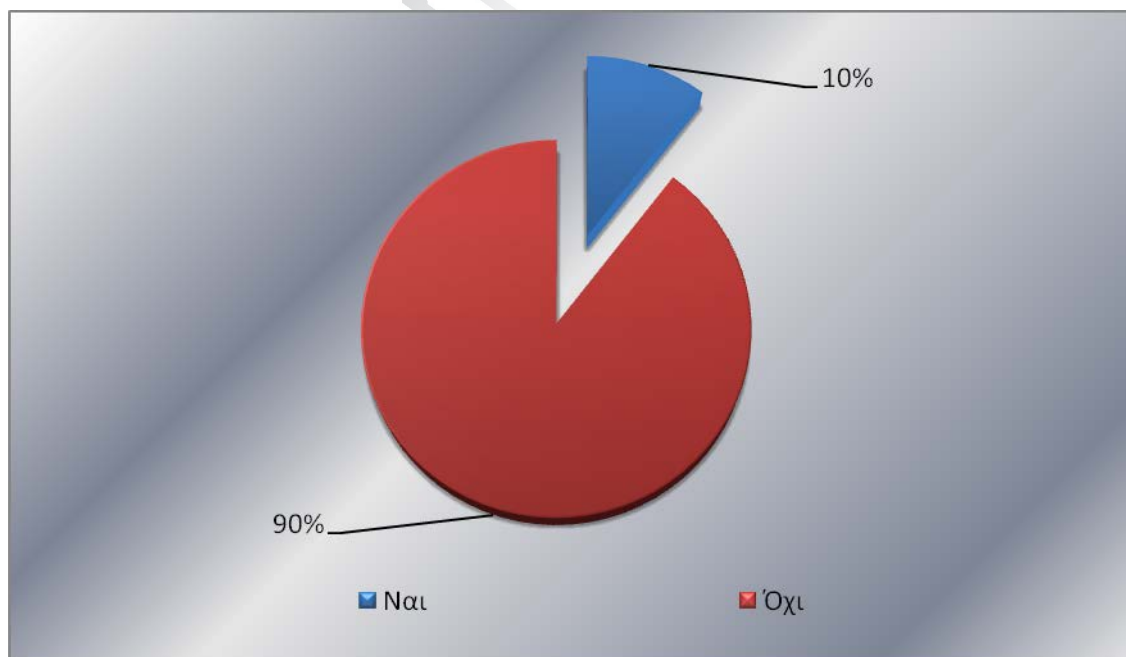
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.11

Οι δυσκολίες στο τμήμα υποδοχής των νοσοκομείων

Δυσκολίες στο τμήμα υποδοχής	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	12	10.43%
Όχι	103	89.57%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.10

Ποσοστά δυσκολιών στο τμήμα υποδοχής των νοσοκομείων



VII. Είδος ασφάλισης

Η ασφάλεια αποτελεί κοινωνικό αγαθό που στις μέρες μας, με τις μεταβολές που πραγματοποιούνται, γίνεται όλο και πολυτιμότερο. Από τα αποτελέσματα του δείγματός μας συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση. Γεγονός απόλυτα φυσιολογικό, διότι το δημόσιο καλύπτει με ένα ευρύτερο αριθμό νοσοκομείων και ιατρών τόσο τους ιδιωτικούς όσο και τους δημόσιους υπαλλήλους. Το ανησυχητικό είναι ότι σε ποσοστό 4,35% απάντησαν ότι είναι ανασφάλιστες. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αυτά τα ποσοστά.

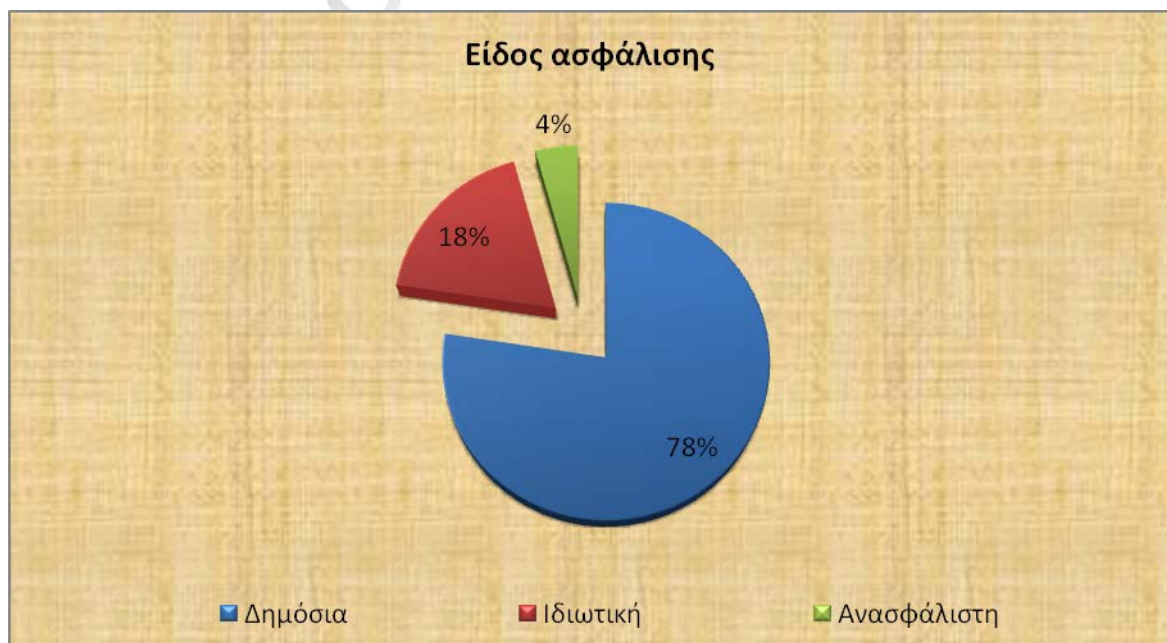
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.12

Είδος ασφάλισης

Είδος ασφάλισης	Απαντήσεις	Ποσοστό
Δημόσια	89	77.39%
Ιδιωτική	21	18.26%
Ανασφάλιστη	5	4.35%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.11

Είδος ασφάλισης



VIII. Η κάλυψη που παρέχει η ασφάλιση

Με τη συγκεκριμένη ερώτηση θέλαμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο η ασφάλεια, οποιασδήποτε μορφής όπως αναφέρθηκε παραπάνω, καλύπτει τους ασφαλισμένους στη νοσοκομειακή τους περίθαλψη. Το 66,09% των γυναικών απάντησε ότι για την νοσοκομειακή τους περίθαλψη καλύφθηκαν από την ασφάλειά τους, ενώ το 33,91% ότι δεν καλύφθηκαν. Στην δεύτερη περίπτωση, το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό. Αυτό επισημαίνει τα κενά του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, που ενώ οι ασφαλισμένοι ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους, δεν συμβαίνει απαραίτητως το ίδιο και από την πλευρά του συστήματος.

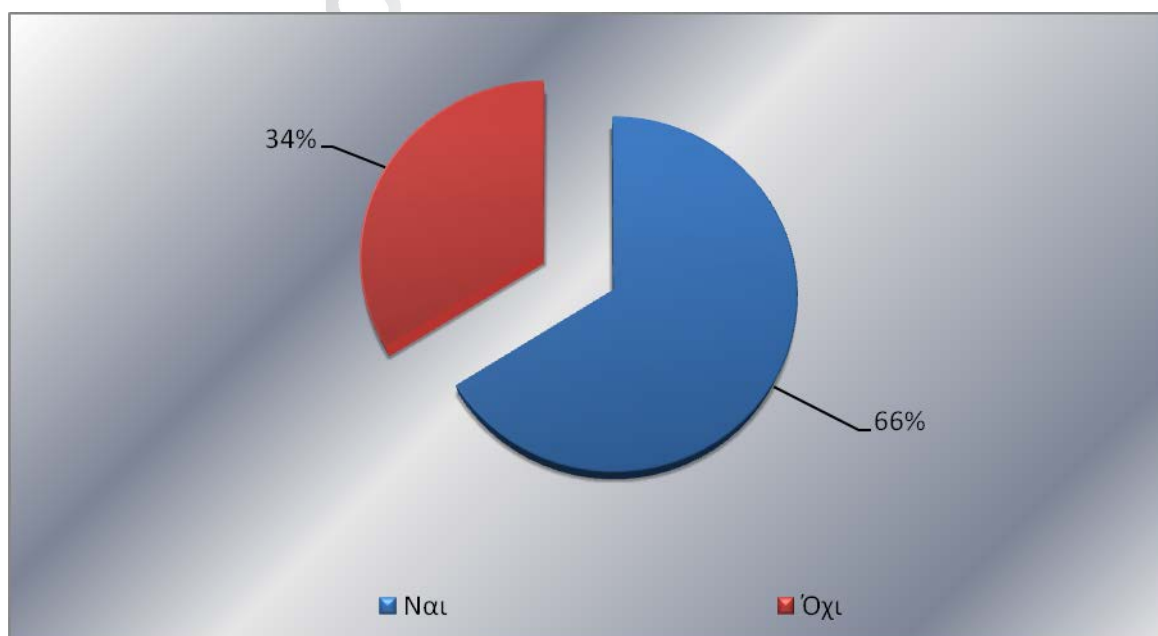
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.13

Η κάλυψη ασφάλειας

Κάλυψη ασφάλειας	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	76	66.09%
Όχι	39	33.91%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.12

Ποσοστιαία κατανομή παροχής ασφάλισης



ΙΧ. Η πληρότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο

Το ερώτημα τέθηκε για να διαπιστωθεί κατά πόσο το εκάστοτε νοσοκομείο κατάφερε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ασθενούς ή χρειάστηκε η μεταφορά της σε άλλο νοσοκομείο. Από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, διαπιστώνουμε ότι για το 93,91% των γυναικών δεν χρειάστηκε μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο. Αυτό σημαίνει, ότι άσχετα με το ποιο νοσοκομείο επιλέξει κάθε γυναίκα, στο μεγαλύτερο σύνολό τους μπορούν να ανταποκριθούν στις βασικές απαιτήσεις μιας ασθενούς.

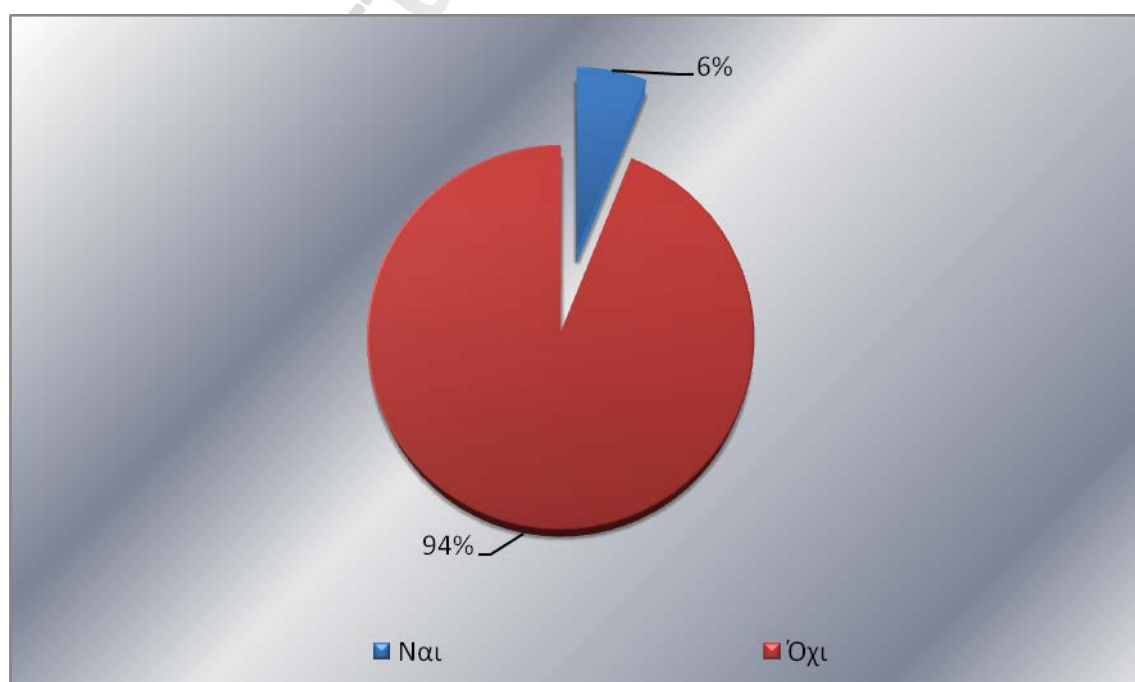
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.14

Η ανάγκη μεταφοράς σε άλλο νοσοκομείο

Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	7	6.09%
Όχι	108	93.91%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.13

Η ανάγκη μεταφοράς σε άλλο νοσοκομείο



X. Ποιότητα υπηρεσιών και υποδομών

Στη συγκεκριμένη ερώτηση δόθηκε η δυνατότητα στις ερωτώμενες να απαντήσουν σε ερωτήσεις αξιολόγησης τόσο των υπηρεσιών όσο και των υποδομών που τους παρείχε το νοσοκομείο το οποίο επέλεξαν. Σύμφωνα με τα ποσοστά που συγκεντρώθηκαν, παρατηρούμε ότι σε γενικές γραμμές, οι υπηρεσίες και οι υποδομές των νοσοκομείων βρίσκονται σε καλό επίπεδο. Εκείνο που ξεχώρισε είναι το ιατρικό προσωπικό που με ποσοστό 78% χαρακτηρίστηκε ως πολύ καλό. Ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 50%, με τον ίδιο χαρακτηρισμό ενώ το διοικητικό προσωπικό με 48% χαρακτηρίστηκε ως καλό. Παρατηρούμε λοιπόν ότι από πλευράς του προσωπικού, τόσο ιατρικού όσο και διοικητικού υπάρχει μια ικανοποίηση. Το σημείο που εντοπίζονται κυρίως τα προβλήματα, είναι στις υποδομές. Η καθαριότητα με ποσοστό 43% χαρακτηρίζεται ως καλή, εντούτοις υπάρχει ένα 20% που την χαρακτηρίζει από πολύ κακή έως μέτρια. Στο φαγητό, το ποσοστό αυξάνει στο 29% ενώ στις υποδομές φτάνει το υψηλό ποσοστό 46%, σημείο ιδιαίτερα ανησυχητικό. Τέλος, το κόστος νοσηλείας με ποσοστό 74% χαρακτηρίστηκε από καλό έως πολύ καλό. Συμπερασματικά, αναφέρουμε ότι για βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο τομέας που πρέπει να επικεντρωθούν οι υπεύθυνοι, βάσει της έρευνας, είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις όπου εντοπίζονται και τα μεγαλύτερα προβλήματα. Στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα ποσοστά του πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.15

Σύνολο απαντήσεων ερωτηματολογίου ανά κατηγορία υπηρεσίας και υποδομών

Υπηρεσίες και υποδομές	Απαντήσεις				
	Πολύ καλό	Καλό	Μέτριο	Κακό	Πολύ κακό
Ιατρικό προσωπικό	90	16	7	1	1
Νοσηλευτικό προσωπικό	58	38	16	1	2
Διοικητικό προσωπικό	47	55	11	0	2
Καθαριότητα	44	49	19	1	2
Φαγητό	34	48	28	3	2
Ξενοδοχειακή υποδομή	22	40	43	7	3
Κόστος νοσηλείας	36	50	23	5	1

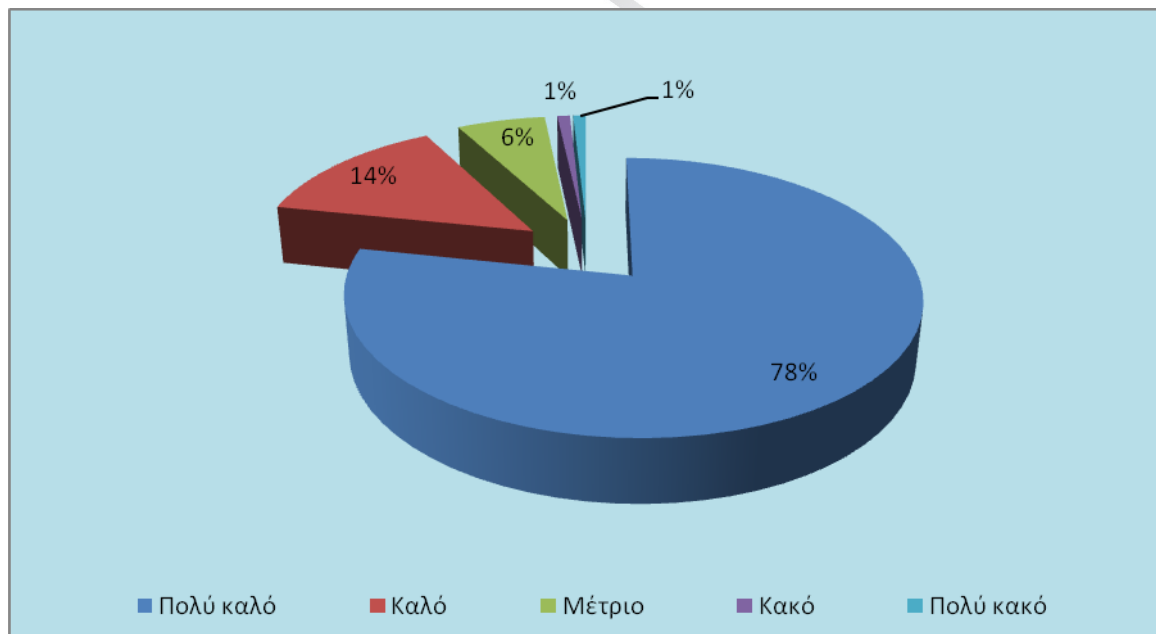
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.16

Απεικόνιση ποσοστών ανά κατηγορία υπηρεσίας και υποδομών

Υπηρεσίες και υποδομές	Ποσοστά				
	Πολύ καλό	Καλό	Μέτριο	Κακό	Πολύ κακό
Ιατρικό προσωπικό	78.26%	13.91%	6.09%	0.87%	0.87%
Νοσηλευτικό προσωπικό	50.43%	33.04%	13.91%	0.87%	1.74%
Διοικητικό προσωπικό	40.87%	47.83%	9.57%	0.00%	1.74%
Καθαριότητα	38.26%	42.61%	16.52%	0.87%	1.74%
Φαγητό	29.57%	41.74%	24.35%	2.61%	1.74%
Ξενοδοχειακή υποδομή	19.13%	34.78%	37.39%	6.09%	2.61%
Κόστος νοσηλείας	31.30%	43.48%	20.00%	4.35%	0.87%

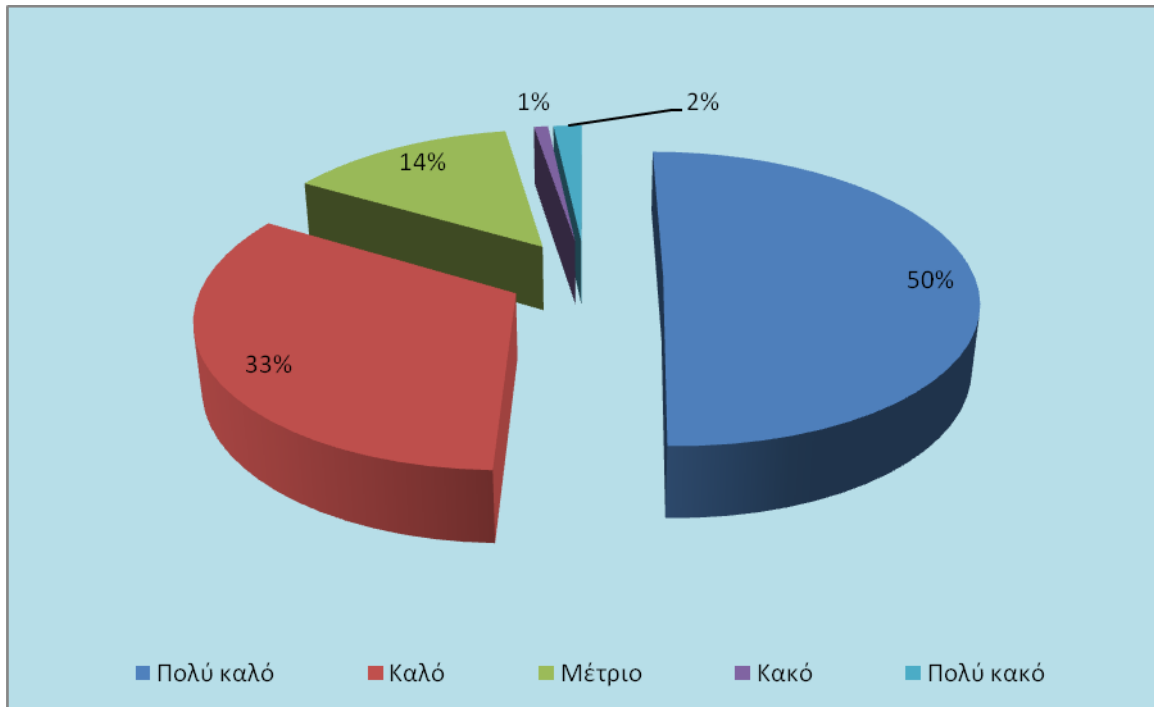
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.14

Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό



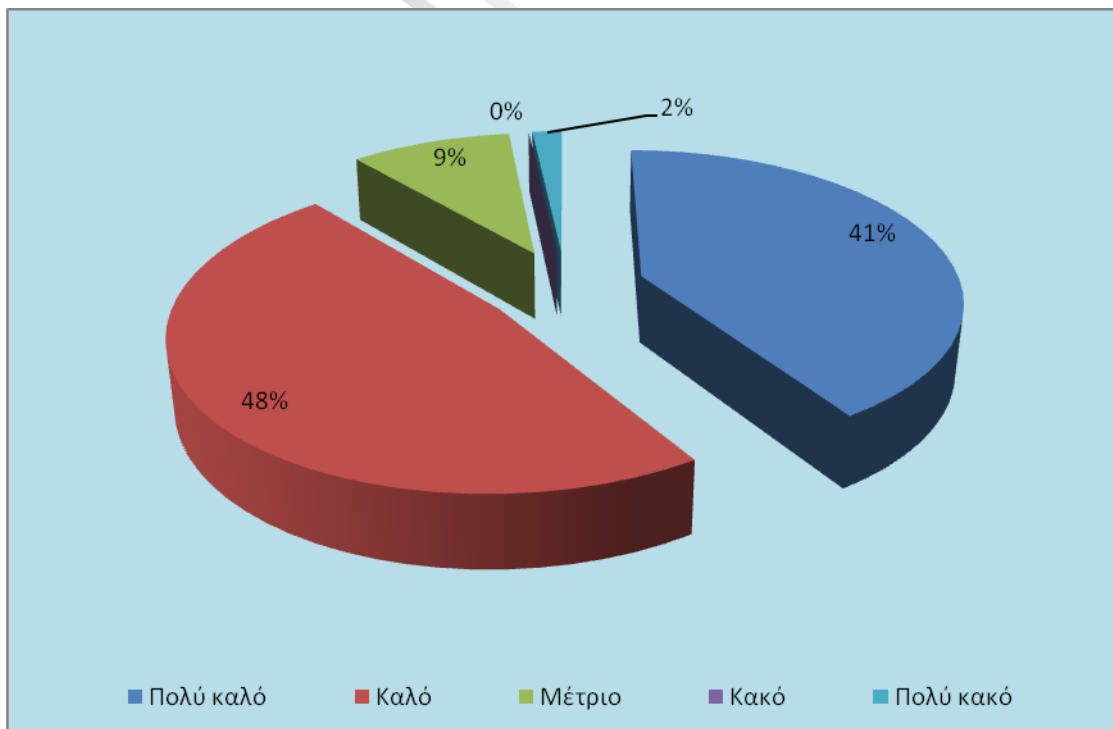
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.15

Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό



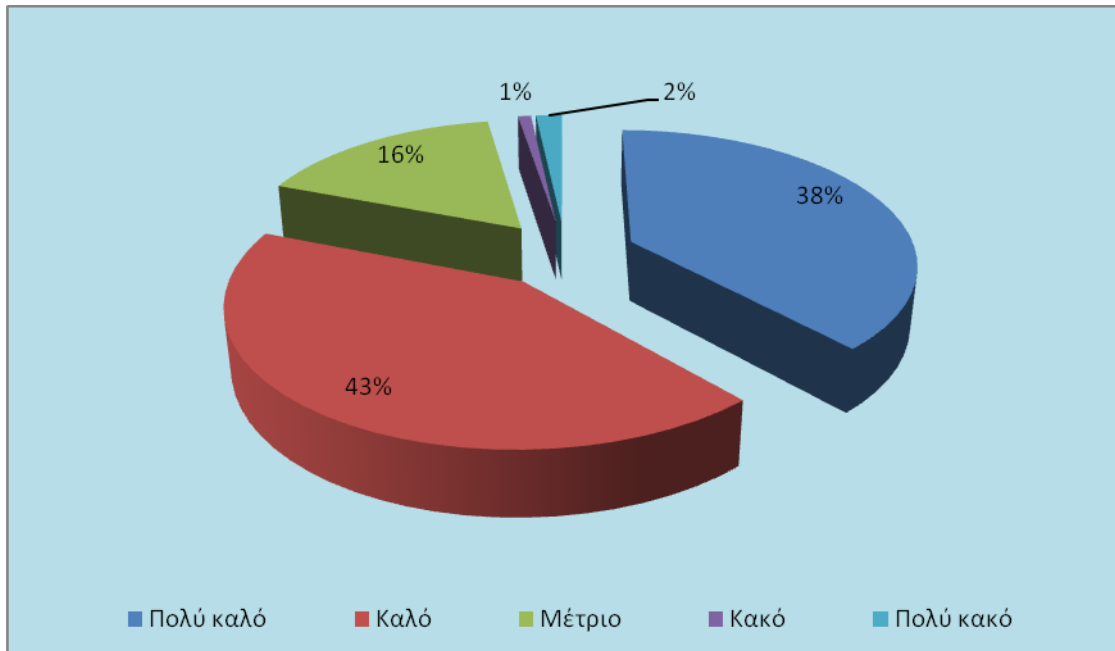
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.16

Αντιμετώπιση από το διοικητικό προσωπικό



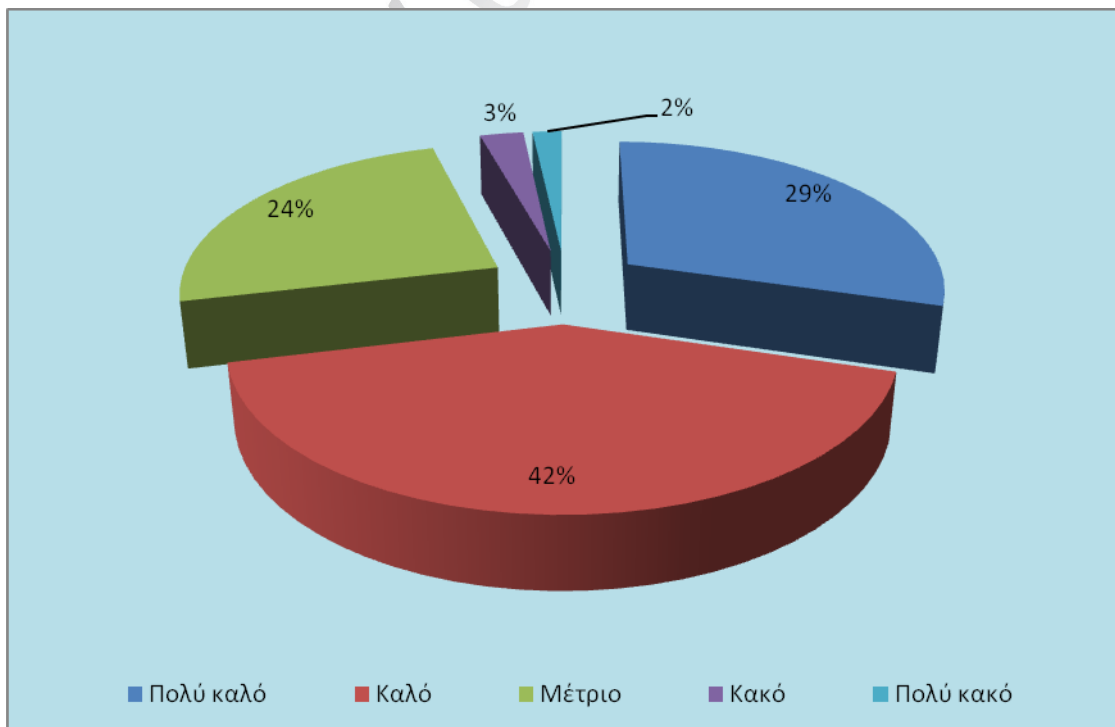
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.17

Ικανοποίηση από την καθαριότητα στα νοσοκομεία



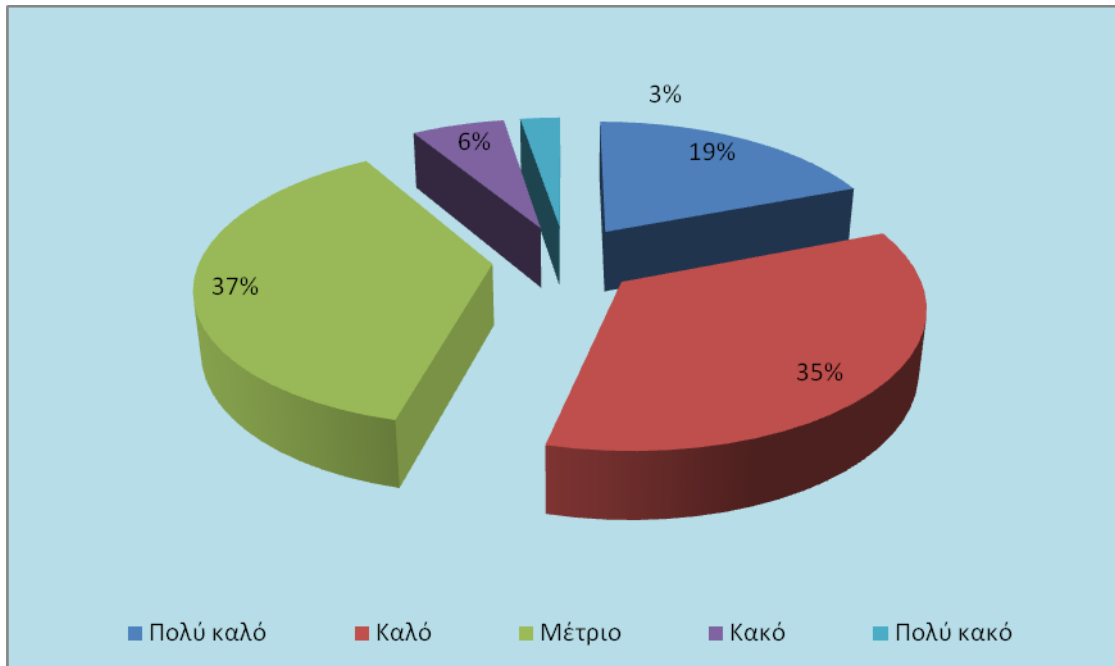
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.18

Ικανοποίηση από το φαγητό στα νοσοκομεία



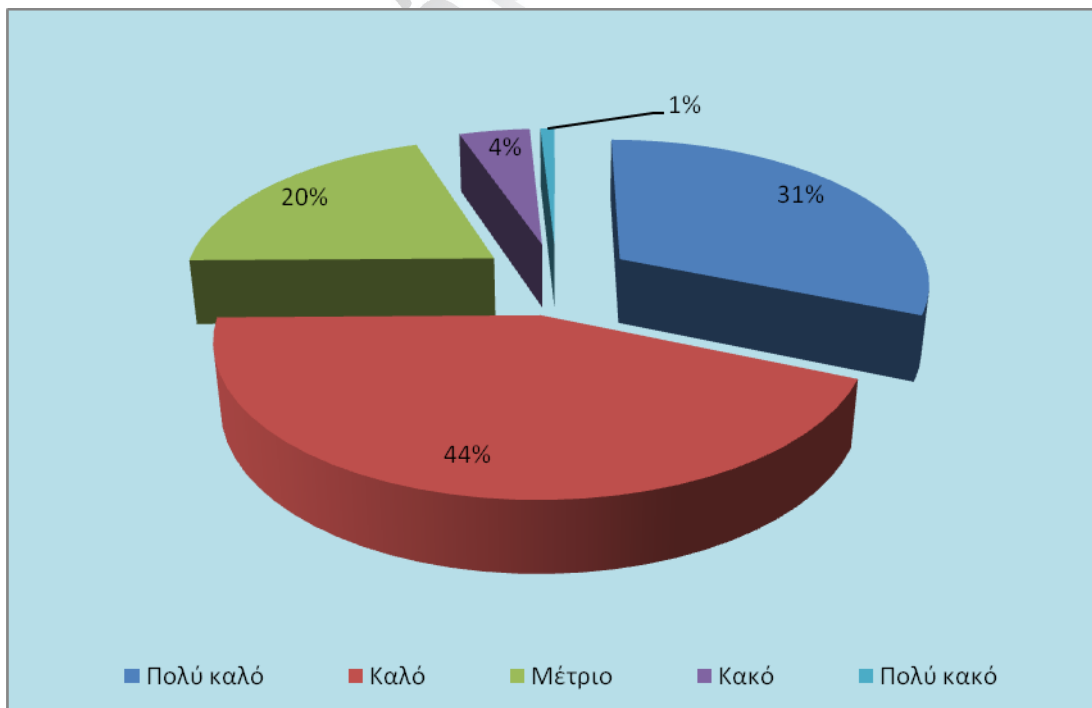
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.19

Ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.20

Ικανοποίηση από το κόστος νοσηλείας



XI. Κριτήρια επιλογής νοσοκομείου

Τα κριτήρια επιλογής του κατάλληλου νοσοκομείου ποίκιλλαν βάσει των απαντήσεων που δόθηκαν. Το υψηλότερο ποσοστό κατέχει με 40% η σύσταση του θεράποντος ιατρού ενώ ακολουθούν οι συστάσεις που δίνουν οι συγγενείς και οι φίλοι με 25,22%. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό που συγκεντρώνει η επιλογή βάσει του νοσοκομείου που καλύπτεται από την ασφάλεια, που φτάνει το 21,74%. Ακολουθεί η προηγούμενη νοσηλεία με 11,3% και τέλος με 1,74% μόλις η ξενοδοχειακή υποδομή. Βλέπουμε λοιπόν, ότι βασικό κριτήριο για την επιλογή αποτελεί η άποψη του ιατρού και των συγγενών και όχι τόσο η προηγούμενη νοσηλεία ή οι υποδομές. Ο πίνακας που ακολουθεί μας παρουσιάζει αυτά τα στοιχεία.

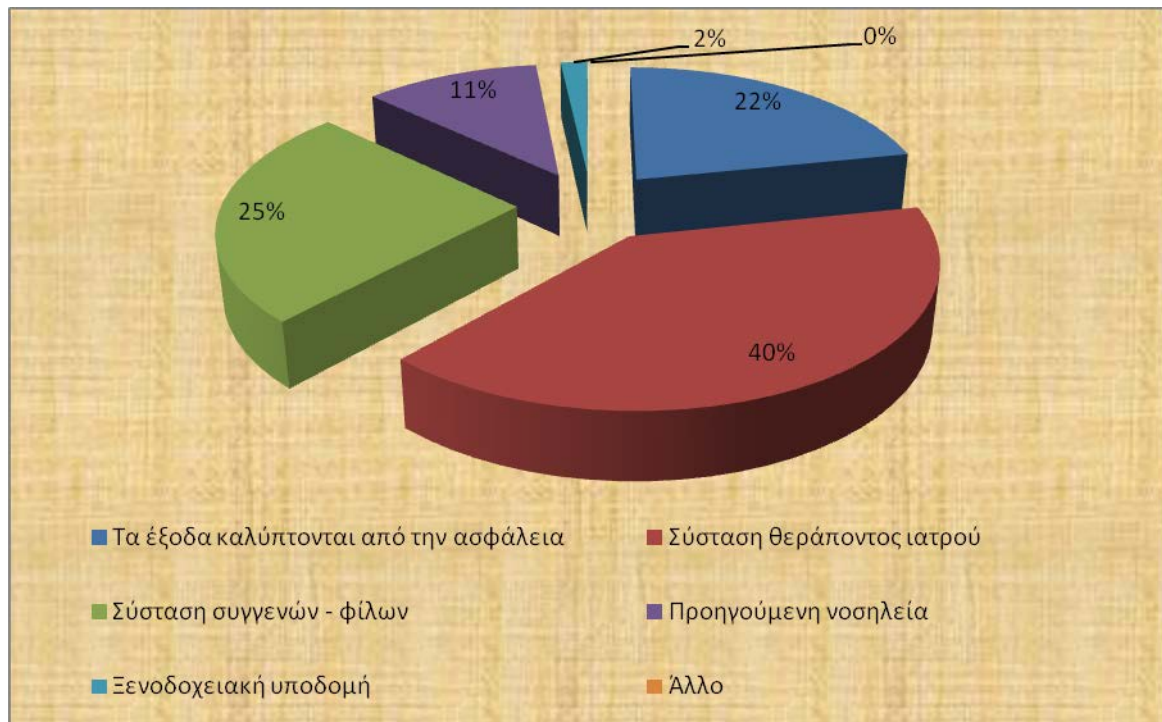
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.17

Κριτήρια επιλογής

Κριτήρια επιλογής	Απαντήσεις	Ποσοστό
Τα έξοδα καλύπτονται από την ασφάλεια	25	21.74%
Σύσταση θεράποντος ιατρού	46	40.00%
Σύσταση συγγενών - φίλων	29	25.22%
Προηγούμενη νοσηλεία	13	11.30%
Ξενοδοχειακή υποδομή	2	1.74%
Άλλο	0	0.00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.21

Κριτήρια επιλογής



Πανεπιστήμιο

XII. Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό

Βασικότατο στοιχείο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και η άμεση εξυπηρέτηση. Σαν συνέχεια προηγούμενης ερωτήσεως, όπου μεγάλο ποσοστό γυναικών απάντησε ότι έχει σχηματίσει καλή γνώμη για το νοσηλευτικό προσωπικό, το 82,61% μας απάντησε ότι είχε καλή επικοινωνία με άμεση εξυπηρέτηση.

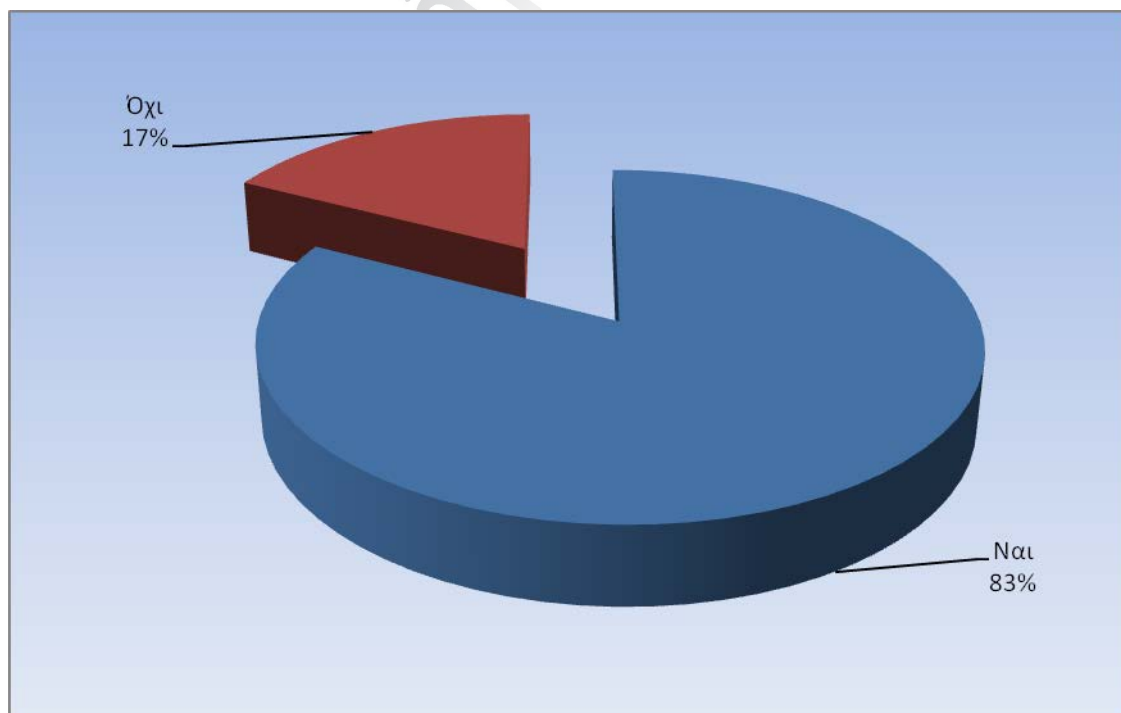
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.18

Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό

Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	95	82.61%
Όχι	20	17.39%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.22

Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό



XIII. Επικοινωνία με τους ιατρούς

Οι απαντήσεις που δόθηκαν σ' αυτήν την ερώτηση είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακές. Το 96,52% των ερωτώμενων γυναικών δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένες από την επικοινωνία τους με τους ιατρούς. Στοιχείο που παρουσιάζει ξεκάθαρα ότι βελτίωση στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη, όχι τόσο όμως για το ιατρικό προσωπικό που βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

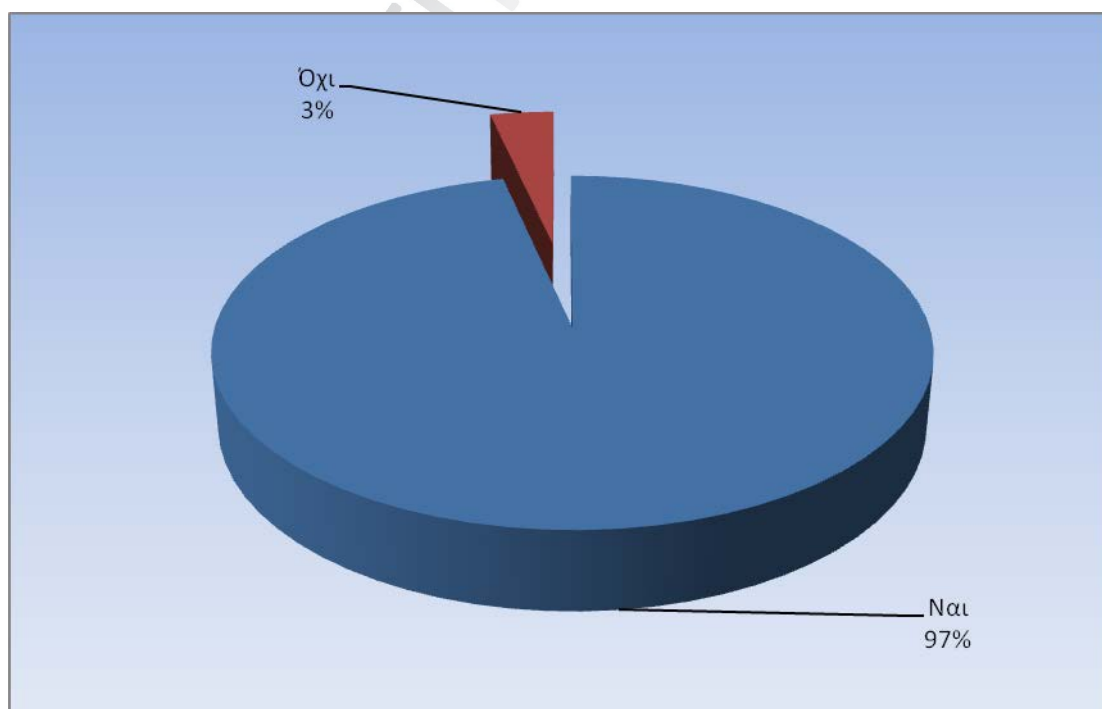
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.19

Επικοινωνία με τους γιατρούς

Επικοινωνία με τους ιατρούς	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	111	96.52%
Όχι	4	3.48%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.23

Επικοινωνία με τους ιατρούς



XIV. Η οικονομική συμβολή από την πλευρά των νοσηλευομένων

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την συγκεκριμένη ερώτηση είναι εκείνα που θα πρέπει να εστιάσουν οι υπεύθυνοι, αν ενδιαφέρονται πραγματικά για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Το 72,17% απάντησε ότι συνέβαλλε οικονομικά τόσο για τα νοσήλια όσο και για τα φάρμακα. Η ασφάλιση των νοσηλευομένων γυναικών δεν τις κάλυπτε πλήρως με αποτέλεσμα να επιβαρυνθούν οικονομικά. Ο πίνακας που ακολουθεί μας παρουσιάζει τα αποθαρρυντικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν.

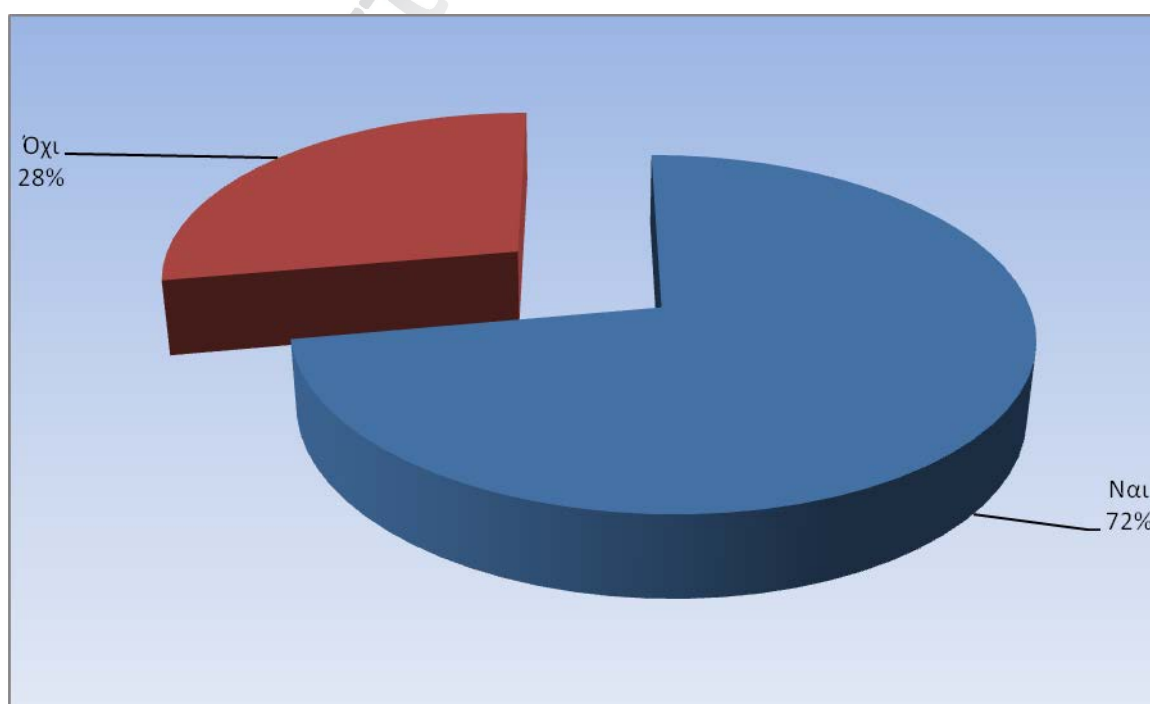
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.20

Οικονομική συμβολή νοσηλευομένων

Οικονομική συμβολή νοσηλευομένων	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	83	72.17%
Όχι	32	27.83%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.24

Οικονομική συμβολή νοσηλευομένων



XV. Επιλογή του ίδιου νοσοκομείου

Το ποσοστό των γυναικών που θα επέλεγαν ξανά το ίδιο νοσοκομείο, αν χρειαζόταν είναι 86,96%. Ένα ποσοστό που δείχνει ότι η γνώμη που σχηματίζεται την πρώτη φορά είναι και η καθοριστική για τις επόμενες επιλογές, χωρίς αυτό βέβαια να αποτελεί και κανόνα.

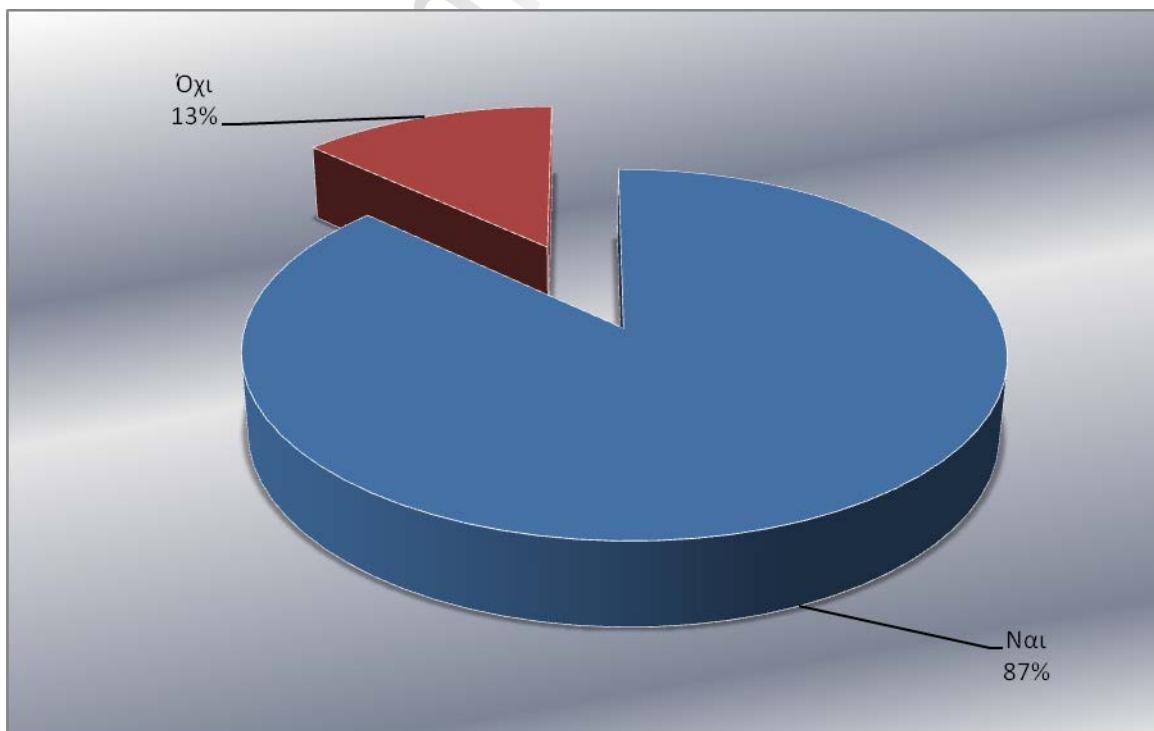
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.21

Η επιλογή του ίδιου νοσοκομείου

Επιλογή του ίδιου νοσοκομείου	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	100	86.96%
Όχι	15	13.04%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.25

Η επιλογή του ίδιου νοσοκομείου



XVI. Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται και η βελτίωσή τους. Είναι εντυπωσιακό το ποσοστό των απαντήσεων που απάντησαν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες ήταν από καλές έως πολύ καλές και άγγιξαν το 90,44%. Στοιχείο που φανερώνει ότι το πρόβλημα για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εντοπίζεται για άλλη μια φορά στις κτιριακές εγκαταστάσεις.

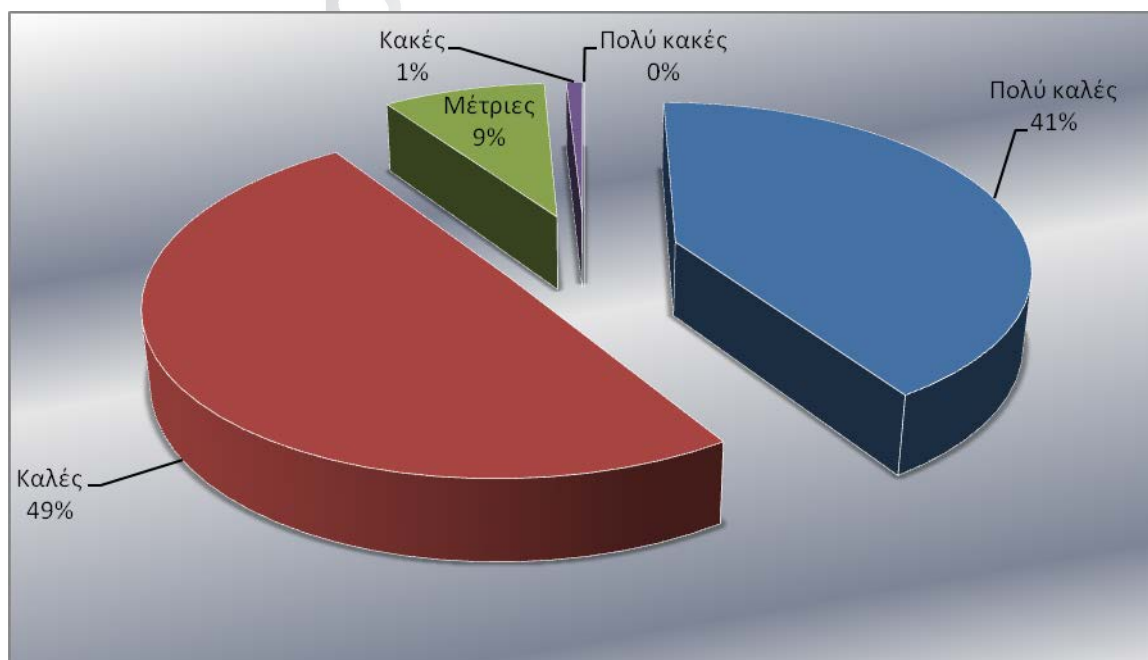
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.22

Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών

Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών	Απαντήσεις	Ποσοστό
Πολύ καλές	47	40.87%
Καλές	57	49.57%
Μέτριες	10	8.70%
Κακές	1	0.87%
Πολύ κακές	0	0.00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.26

Αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών



XVII. Η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών

Αναμφισβήτητα, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβολή αποκλειστικά του Κράτους. Είναι απαραίτητη και η συμβολή των ασφαλισμένων. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που λάβαμε, το 62,61% δήλωσε πρόθυμο να συνεισφέρει περισσότερα χρήματα για καλύτερη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ποσοστό αρκετά ικανοποιητικό, αν αναλογιστεί κανείς την οικονομική επιβάρυνση που αυτό συνεπάγεται. Αυτό που μένει είναι και το Κράτος να πράξει το ίδιο.

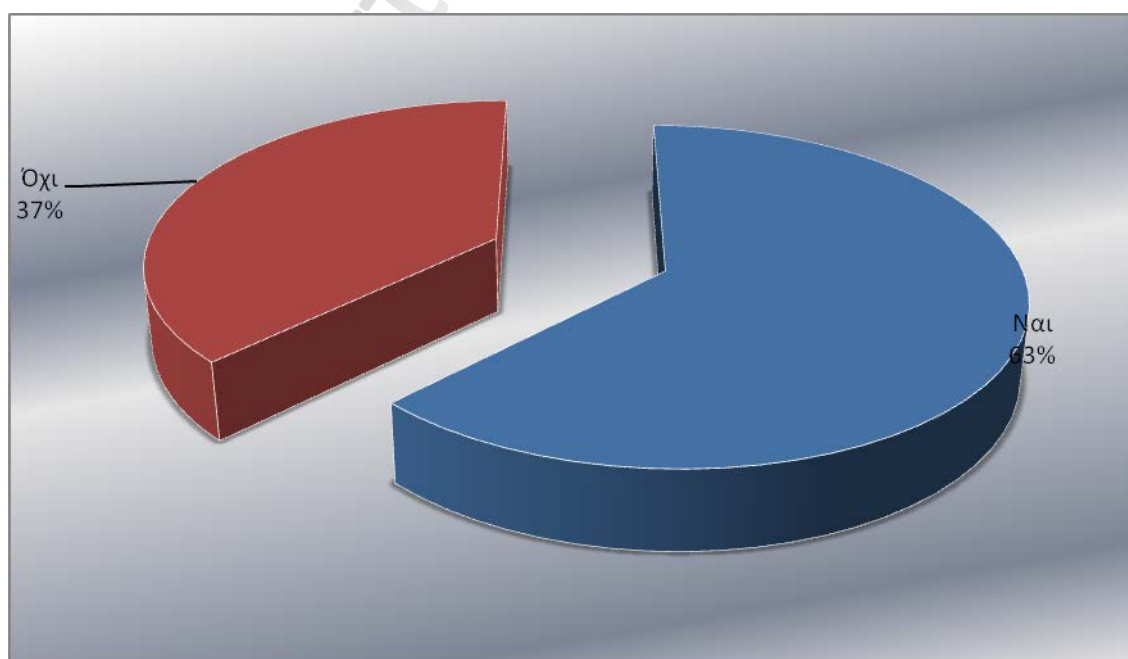
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.23

Η επιθυμία των ασφαλισμένων για οικονομική συνεισφορά για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας

Οικονομική συνεισφορά ασφαλισμένων	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ναι	72	62.61%
Όχι	43	37.39%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.27

Η επιθυμία των ασφαλισμένων για οικονομική συνεισφορά για την βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας



11.3 Συμπεράσματα έρευνας

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνάς μας, είχαν την κατεύθυνση που αναμέναμε. Τα ελληνικά νοσοκομεία θα λέγαμε πως βρίσκονται σε ένα πολύ καλό σημείο όσον αφορά τις ικανότητες του προσωπικού και την αξιοποίησή του.

Όμως φαίνεται ότι οι σύγχρονες στρατηγικές επιταγές για ανάπτυξη και διεθνοποίηση έχουν ωθήσει τα νοσοκομεία στο να προσπαθήσουν να ακολουθούν τους διεθνείς ρυθμούς σε ικανοποιητικό επίπεδο. Οι προσπάθειες που γίνονται είναι προς αυτή την κατεύθυνση, χωρίς αυτό να σημαίνει βέβαια ότι έχουν επιτευχθεί στο μέγιστο βαθμό τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η έρευνά μας, στηρίχθηκε κυρίως στην προσπάθεια που γίνεται για αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έγινε προσπάθεια να καλυφτεί ένα όσο το δυνατόν μεγαλύτερο εύρος ερωτήσεων που θα μας βοηθούσε στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Έτσι, σαν γενικό συμπέρασμα θα μπορούσαμε να πούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών εστίασε το πρόβλημα στην πλευρά του Κράτους. Θεωρήθηκε ότι ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ενός αρκετά καλού επιπέδου, παρεχόμενες από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καλά καταρτισμένο, ωστόσο ο τομέας των εγκαταστάσεων και των υποδομών βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να σταθούμε, είναι ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών ανέφερε ότι χρειάστηκε να συνεισφέρει οικονομικά τόσο για τη νοσηλεία του όσο και τα φάρμακα. Ως ένα σημείο, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να θεωρηθεί κατανοητό και απόλυτα φυσιολογικό, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που κάποια γυναίκα επέλεξε ένα ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Δεν μπορεί όμως να είναι αποδεκτή η συνεισφορά των νοσηλευομένων σε δημόσια νοσοκομεία. Το Κράτος οφείλει, αν επιθυμεί οι υπηρεσίες υγείας που παρέχει να βελτιωθούν, να ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης ασθενούς, πάντα βέβαια μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια. Προς αυτή την κατεύθυνση, σύμφωνα πάντα με την έρευνα, επιθυμούν να συμβάλλουν και οι ασφαλιζόμενοι στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συνεισφέροντας περισσότερα χρήματα χωρίς αυτό να αναιρεί τις ευθύνες του Κράτους.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε για μία ακόμα φορά να τονίσουμε ότι οι αλλαγές και οι βελτιώσεις των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, επιβάλλουν τόσο την ύπαρξη βάσιμων

και «δυνατών» κινήτρων πίσω από την απόφαση υλοποίησής τους, όσο και την πραγματοποίηση προσεκτικά και έγκαιρα σχεδιασμένων χειρισμών σε όλη τη διάρκεια της σύνθετης αυτής διαδικασίας της αλλαγής, προκειμένου να αποδώσουν τα αναμενόμενα ευεργετικά αποτελέσματα. Οι ευθύνες του Κράτους είναι αυτονόητες, όμως η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι και υπόθεση των ασφαλισμένων οι οποίοι πρέπει όχι μόνο να εισφέρουν οικονομικά, αλλά να δείξουν και κατανόηση στις προσπάθειες που γίνονται προς αυτή την κατεύθυνση.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

12.1 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα

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

- Να θεσπιστούν στόχοι για ανάπτυξη της ποιότητας, οι οποίοι θα πείθουν για την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας.
- Να αναπτυχθεί εθνική πολιτική που θα προωθήσει νομοθεσία που θα κατοχυρώνει την εφαρμογή προγραμμάτων,
- Τον σχεδιασμό στην ποιότητα όπου θα καθοριστούν οι στόχοι, τα μέσα επίτευξης και οι υπεύθυνοι υλοποίησης των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας,
- Την εγκατάσταση βάσεων δεδομένων που θα βοηθήσουν στην εφαρμογή μεθόδων μέτρησης της ποιότητας,
- Την έρευνα ικανοποίησης των πελατών.
- Να εκτιμηθεί το επίπεδο της ποιοτικής απόδοσης των υπηρεσιών και να προσδιοριστούν τα αποτελέσματα. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να αφορά: α) την καταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, την επάρκεια των οικονομικών και υλικών πόρων, την επάρκεια και καταλληλότητα του ανθρώπινου δυναμικού, β) τις τεχνικές και τα είδη των διαγνωστικών και χειρουργικών εξετάσεων και επεμβάσεων, τους τρόπους θεραπείας και τη χρήση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, γ) το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς.
- Να ερευνηθεί πιο συστηματικά ο τομέας της ικανοποίησης του ασθενούς και να δοθούν λύσεις που να αφορούν:
 - Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του ασθενούς
 - Την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Την εύκολη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης
 - Την επαρκή πληροφόρηση
 - Τις συνθήκες διαμονής, διατροφής και καθαριότητας

- Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.
- Την αξιοπρεπή συμπεριφορά.
- Να προωθηθεί η δημιουργία κύκλων ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, οι οποίοι θα συμβάλλουν: α) στην εκδήλωση ενδιαφέροντος των εργαζομένων, β) στην προσπάθεια για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και γ) στον εντοπισμό των προβλημάτων που δημιουργούν συνθήκες χαμηλής ποιότητας.
- Να εφαρμοστούν διατομεακά προγράμματα εκπαίδευσης των στελεχών, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας και να συμβάλλουν στην προώθηση της ανάπτυξης προγραμμάτων ποιότητας.
- Να προσδιοριστεί το κόστος ποιότητας σε σχέση με την βελτίωση.
- Να εφαρμοστεί ο έλεγχος και η αξιολόγηση των προγραμμάτων ποιότητας, προκειμένου να υπάρχει ανατροφοδότηση.

12.2 Προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας

Τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευσης, επιλογής, λειτουργίας) που απασχολούνται στον υγειονομικό τομέα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες και συγκεκριμένα σε:

- Προβλήματα ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού, τα οποία σχετίζονται με την επάρκεια των γνώσεων και δεξιοτήτων που πρέπει αυτό να διαθέτει.
- Προβλήματα υπερπροσφοράς ή έλλειψης του ανθρώπινου δυναμικού, σε κάποιες κατηγορίες και ειδικότητες προσωπικού και
- Προβλήματα ανισοκατανομής του ανθρώπινου δυναμικού, τόσο γεωγραφικά όσο και κατά βαθμίδα περίθαλψης.

Τέτοιου είδους προβλήματα μπορούν έγκαιρα να αποφευχθούν μόνο με τον σωστό σχεδιασμό – προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού και την κατάλληλη κυβερνητική πολιτική σε θέματα εκπαίδευσης.

Στην Ελλάδα καθυστέρησε ο σχεδιασμός – προγραμματισμός του ανθρώπινου

δυναμικού στον τομέα της υγείας καθώς και η εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής στα θέματα εκπαίδευσης που άπτονται αυτού του τομέα. Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού – προγραμματισμού οδήγησε στη δημιουργία πολλών προβλημάτων, που επιδρούν αρνητικά στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, και διαμόρφωσε τελικά μια κατάσταση που σήμερα δεν είναι εύκολα αναστρέψιμη.

Για μια ελπιδοφόρα λοιπόν προσπάθεια επίλυσης των παραπάνω σοβαρών προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας, απαιτούνται άμεσες κρατικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να αφορούν :

- στην ανακατανομή του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού, με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού
- στην κατάλληλη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει σήμερα τις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του
- στον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων παραγωγικών σχολών και των προγραμμάτων εκπαίδευσης που αυτές εφαρμόζουν, καθώς και στη δημιουργία νέων σχολών για την παραγωγή στελεχών σε ειδικότητες που σήμερα απουσιάζουν.

12.3 Προτάσεις για την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας

Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στην παροχή ιατρικής περίθαλψης. Αυτή η πρόοδος θα εξακολουθήσει να επιτυγχάνεται και στο μέλλον, μάλιστα ίσως και με πιο γρήγορους ρυθμούς. Οι τομείς που παρουσιάζεται η μεγαλύτερη πρόοδος είναι η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Αποτέλεσμα της ανάπτυξης αυτής είναι η παροχή ποιοτικά αναβαθμισμένης ιατρικής περίθαλψης προς τους πολίτες. Πολλές, όμως, από τις προόδους αυτές είναι δαπανηρές. Εκτός από αυτό, σε αρκετές από τις νέες μεθόδους θεραπείας δεν έχει αποδειχθεί η ωφελιμότητα τους και είναι αμφίβολο αν επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα και αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής και ευεξίας προς τον ασθενή.

Σήμερα πολύ λίγες χώρες έχουν κατορθώσει να παρέχουν υψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προς τον πληθυσμό τους, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα οι δαπάνες να βρίσκονται μέσα στα πλαίσια της αντοχής της οικονομίας τους. Ειδικά το

ύψος των δαπανών το οποίο μπορούν να αντέξουν τα κράτη και ταυτόχρονα να διασφαλίζουν το στοιχείο της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ισότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες είναι στοιχεία που χωρίς σωστή οργάνωση και υποδομή των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να επιτευχθούν. Η πρόκληση αυτή φαίνεται να γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη καθώς ο χρόνος περνά και σημειώνονται πιο πολλές τεχνολογικές πρόοδοι στη διάγνωση και θεραπεία των διαφόρων ασθενειών.

Το αμερικανικό σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, το οποίο συνεχίζει να διεισδύει σιγά-σιγά στις αναπτυσσόμενες χώρες, επικεντρώνεται περισσότερο στη διαχείριση των διατεθειμένων πόρων στον τομέα της υγείας παρά στη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση οδηγεί στην μεγιστοποίηση της χρήσης πανάκριβων διευκολύνσεων και τεχνολογίας, παρά να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στην εφαρμογή της τεχνολογίας, ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Η ιατρική επιστήμη υποδουλώνεται διαρκώς στην τεχνολογία και ο ασθενής έχει γίνει αιχμάλωτος της τεχνολογίας.

Η ποιοτική διασφάλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει καταστεί πλέον αναπόφευκτη. Η ιατρική βασίζεται ήδη πάνω στην απόδειξη της αναγκαιότητας για ιατρική παρέμβαση και χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας και τεχνογνωσίας. Κριτήριο του συστήματος θα πρέπει να είναι η ικανοποίηση των ιεραρχημένων αναγκών του ασθενούς, οι οποίες εκτιμήθηκαν με τη σωστή επιστημονική προσέγγιση, μέσα στις δυνατότητες της οικονομίας και των υπαρχόντων πόρων στην υγεία και όχι ικανοποίηση των τεχνολογικών μέσων και φαρμακευτικών σκευασμάτων που υπάρχουν σε πληθώρα στην αγορά. Αυτός ο πληθωρισμός της αγοράς με τα νέα "προϊόντα" αγωνίζεται καθημερινά να πείσει, τόσο τους καταναλωτές "ασθενείς", όσο και τους προμηθευτές "ιατρούς", για τη χρησιμότητα / ωφελιμότητα των προϊόντων τους. Η ριζική αλλαγή της σημερινής δομής και σφαιρικής προσέγγισης του θέματος υγεία είναι πια επιτακτική. Σ' αυτό χρειάζεται να συνεισφέρουν τόσο οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας με πρώτο το ιατρικό επάγγελμα και ακολούθως η ίδια η κοινωνία, η οποία έχει την ανάγκη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σήμερα βρισκόμαστε σε μια προδιαγραμμένη τροχιά όσον αφορά το μέλλον της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Όραμα και στόχοι της πορείας αυτής είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον λαό αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους και προσφέροντας στους πολίτες την καλύτερη δυνατή ιατροφαρμακευτική φροντίδα που να αντανakλά τις σύγχρονες αντιλήψεις και πραγματικότητες.

12.4 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την πιστοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχόμενα αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώσει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα υγείας.

Για να είναι λοιπόν αποτελεσματική η ΠΦΥ θα πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά:

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

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, δηλαδή να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

3. Να στηρίζεται στην ομαδική εργασία του προσωπικού (teamwork), με βάση την «ομάδα υγείας» (health team), στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων και την εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίας.

4. Να προωθεί τη συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών όσο και μέσα από τη συγκεκριμένη ανάθεση στον πληθυσμό ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών.

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

Το σημαντικότερο ρόλο θα παίζει το Κέντρο Υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα «Υγείας» που συγκροτείται από εκπροσώπους των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και

των κοινωνικών επιστημών, και στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Με αυτό τον τρόπο το Κέντρο Υγείας μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και το συντονισμό της Δημόσιας Υγείας και να αποτελέσει το βασικό συντονιστή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο.

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

Η ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλου για ΠΦΥ και Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στη καθιέρωση της αναμφισβήτητα πολύτιμης κάρτας υγείας του πολίτη. Η ύπαρξη της κάρτας υγείας θα συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα θα βοηθήσει σημαντικά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος.

Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητα τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Μόνο μ' αυτό τον τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επακόλουθο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα πραγματικό σύστημα που να στοχεύει στην υγεία των πολιτών και όχι απλά στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας.

ΣΥΝΟΨΗ

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα απ' όσα προσδοκά από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Η έννοια της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας, παρόλο που μπορεί να προκαλεί σύγχυση εξαιτίας τόσο της ιδιαιτερότητας των υπηρεσιών αυτών, όσο και της διαφορετικής συχνά αντίληψης που έχουν γι' αυτήν όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση τους (θεσμικά όργανα, φορείς, επαγγελματίες υγείας, χρήστες), διευρύνεται συνεχώς καλύπτοντας ολοένα και ευρύτερο πεδίο.

Η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, η οποία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων υγείας -και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους-, αποτελεί σήμερα αναγνωρισμένη ανάγκη σε όλο τον κόσμο. Η εξέλιξη αυτή έγινε σταδιακά, με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας, αλλά κυρίως με την άνοδο του βιοτικού, του μορφωτικού και του πολιτισμικού επιπέδου των λαών.

Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων σ' αυτούς υπηρεσιών αποτελούν πλέον καθολικό κοινωνικό αίτημα και έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των μονάδων παραγωγής και παροχής τους (νοσοκομείων, κέντρων υγείας, πολύ-ιατρείων). Κάθε παρέκκλιση από την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την εντύπωση της κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα οι υπερβολικές απαιτήσεις των χρηστών - καταναλωτών και η κακή χρήση των διατιθέμενων μέσων από τους επαγγελματίες υγείας -που παρατηρούνται συχνά- συντελούν, σε συνδυασμό με την τεχνολογική έκρηξη, στην αύξηση του κόστους, παράμετρος η οποία τις τελευταίες δεκαετίες επηρεάζει καθοριστικά τη διαμόρφωση της πολιτικής όλων των χωρών στον τομέα της υγείας.

Παράλληλα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας και για τους επαγγελματίες υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και την ίδια την κοινωνία στο σύνολο της, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σε κάθε περίπτωση κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους ξεχωριστή σημασία.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν και εξακολουθεί να είναι ακόμη και σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας και οι δαπάνες που διατίθενται γι' αυτήν αποτελούν τη μεγαλύτερη συνιστώσα των συνολικών δαπανών υγείας (περίπου 60%). Επόμενο είναι, λοιπόν, η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία, να έχει προσελκύσει το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, των υπεύθυνων για την παροχή της φροντίδας (της πολιτείας, των ασφαλιστικών ταμείων, των διοικήσεων των νοσοκομείων), αλλά και των ασθενών των νοσοκομείων. Άλλωστε, όπως είναι φανερό, κάθε βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει ως φυσικό αποτέλεσμα και τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας, αφού όλοι οι τομείς λειτουργούν συνεκτικά, αλληλοσυμπληρώνοντας και υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλο.

Τα νοσοκομεία, οι μονάδες που παράγουν και παρέχουν υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτελούν πολυσύνθετους, πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Η συνεχής επέκταση και διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων τους, με την ταχεία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και η διαρκής αύξηση των μεγεθών τους δημιουργούν ολοένα και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό και εξοπλισμό και οδηγούν σε σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας.

Η σωστή και αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων και, κατ' επέκταση η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών, από τις θεσμοθετημένες λειτουργίες και τον τρόπο εφαρμογής τους.

Σημαντικοί παράγοντες που αναβαθμίζουν ή υποβαθμίζουν την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν η οργανωτική δομή και ο τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων, η συχνότητα των νοσοκομειακών λοιμώξεων και η αποτελεσματική ή μη αντιμετώπιση τους, ο τρόπος διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στο νοσοκομείο, καθώς και ο τρόπος άσκησης της εξουσίας.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται συνήθως για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι: α) ο Ποιοτικός Έλεγχος, β) η Διασφάλιση της Ποιότητας, γ) οι Κύκλοι Ποιότητας, δ) η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και ε) τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (QUALYs).

Η απαίτηση όλων (ασθενών, επαγγελματιών υγείας, νοσοκομείων, ασφαλιστικών ταμείων και κράτους) να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας αντανακλά

απλώς την ανάγκη για το καλύτερο -ανάγκη που αφορά σε όλα τα προϊόντα και όλες τις υπηρεσίες-, αλλά συνδέεται και με την αντιμετώπιση πολλών άλλων παραμέτρων, όπως είναι η οργάνωση και η λειτουργία των δομών, η αποτελεσματικότητα των μονάδων παροχής των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το οικονομικό κόστος. Η πολυπλοκότητα της διασύνδεσης πολλών παραμέτρων εξηγεί τον λόγο για τον οποίο, για ένα τόσο λογικό και ξεκάθαρο αίτημα («αναζήτηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας»), οι λύσεις δεν μπορεί να είναι μονοσήμαντες και εύκολες. Διότι, παράλληλα με την επιδίωξη της ποιότητας, αναδεικνύονται προβλήματα στις δομές, στις λειτουργίες και στις διαδικασίες, τα οποία απαιτούν εξειδικευμένη και μεθοδική αντιμετώπιση.

Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, και ιδιαίτερα σ' αυτές του νοσοκομειακού τομέα, ο χαρακτήρας των οποίων είναι διαγνωστικός και θεραπευτικός ταυτόχρονα, η ανάγκη για εξασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει αναδειχτεί πλέον σε βασική προϋπόθεση της όλης λειτουργίας τους. Η βασική αυτή προϋπόθεση επικυρώνεται με την αναγνώριση της απ' όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών (γιατρών, νοσηλευτών, τεχνολόγων, διοικητικών κ.ά.). Για την υλοποίηση της, εξάλλου, απαιτείται όχι μόνο η θετική τους στάση, αλλά και η υπεύθυνη και ενεργός συμμετοχή τους σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

Η προσδοκία/απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας τα επόμενα χρόνια θα αυξάνεται συνεχώς, με αποτέλεσμα η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση τόσο των λειτουργών των μονάδων παραγωγής και παροχής τους (νοσοκομείων, κέντρων υγείας κ.λπ.), όσο και των πολιτών γενικότερα να καθίστανται απολύτως αναγκαίες.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Λυκούργος Λ. Λιαρόπουλος «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας» Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, 2007
- Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας» Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2003
- Σαρρής Μ. «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής» Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
- Μάντη Π., Τσελέπη Χ. «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων-Υπηρεσιών Υγείας» (Κοινωνικές και Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας) Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000
- Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομεία, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις» (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές) Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999
- Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Λοπατατζίδης Α. «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις» (Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές) Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000
- Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. «Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας» Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004
- Υφαντόπουλος Γ. «Τα Οικονομικά της Υγείας» (Θεωρία και Πολιτική) Τυπωθήτω Δαρδάνος Γ., Αθήνα 2006
- Σούλης Σ. «Οικονομική της Υγείας» Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999

- Κυριόπουλος Γ. «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών» Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1995
- Μάμας Θ., Μητροσύλη Μ. «Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας» (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999
- Σαραφίδης Π. Σταφυλάς «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Έκδοση του Περιοδικού Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα 2006
- Οικονομοπούλου Β.Χ., Αναγνώστου – Κάκαρα Ε., Λιαρόπουλος Λ. «Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας» (Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Λειτουργικοί Ορισμοί), Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας, Αθήνα 1999
- Καριώτης Π. «Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία», Εκδόσεις Clinica, Αθήνα 1992
- Μάμας Θ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα 1997
- Τσαλίκης Γ. «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003
- Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ. «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003
- Παπανικολάου Β. «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003
- Θεοδώρου Μ. «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992
- Δημολιάτης Γ. «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003

- Στάθης Γ. «Σημαντικά Προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος», Έκδοση του Περιοδικού Επιθεώρηση της Υγείας, Αθήνα 1995
- Οικονόμου Χ. «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004
- Τσιότρας Δ. «Βελτίωση Ποιότητας» Β΄, Έκδοση Μπένου, Αθήνα 2002
- Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ. «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994
- Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999
- Τζόγιος Α. «Διασφάλιση Ποιότητας / Το Κόστος της Ποιότητας / Προγραμματισμός για την Ποιότητα», Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000
- Κυριόπουλος Γ. «Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης – Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000
- Στεφανάτος Σ. «Προγραμματισμός για την Ποιότητα», Τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000
- Laurence F., Καραμαλής Μ. «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις Mediforce, 2001
- Τρίλιζας Ν. «Ειδικά Θέματα για την Ποιότητα / Επιθεώρηση Συστημάτων Ποιότητας», Τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2001
- Πετσετάκη Ε. «Εξασφάλιση Φροντίδας Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», (Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία), Τόμος 2, Τεύχος 4, 1995

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Jackson S. «Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance», Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 14, No. 4, 2001
- Donabedian A. «The Definition of Quality and Approaches to its Assessment», Health Administration Press, 1980
- Heaton C. «External Peer Review in Europe: An Overview from the Expert Project», International Journal for Quality in Healthcare, Vol. 12, No. 3, 2000
- Nelson A. «Measuring Performance and Improving Quality», Sterling Publications, 1996
- Rosser L. and J. and B. Kleiner «Using Management Information Systems to Enhance Health Care Quality Assurance», Journal of Management in Medicine, Vol. 9, No. 1, 1995
- Thompson R. «Next Steps in Implementing Quality Appraisal / Action Plans in Hospitals», Thompson Publications, 1980
- Wright A. «Public Service Quality: Lessons not Learned», Total Quality Management, Vol. 8, No. 5, 1997
- William B. Martin «Quality Service: What Every Hospital Manager Needs to Know», New Jersey, 2002
- B. Batalden, Eugene C. Nelson «Hospital Quality: Patient – Physician and Employee Judgements», International Journal of Health Care, Quality Assurance, Vol. 3, No. 4, 1990

ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- <http://www.mohaw.gr>
- <http://www.nosokomia.gr>
- <http://www.helspor.gr>
- <http://www.digitalhealthcare.gr>
- <http://www.elot.gr>
- <http://www.healthcaremanaging.com>
- <http://www.disaboom.gr>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς