

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΕΦQM ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ*

Επιβλέπων καθηγητής: Γεώργιος Μποχώρης

Αικατερίνη Ι. ΦΑΜΕΛΗ

*Πτυχιούχος Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης Δημοκρίτειου
Πανεπιστημίου Θράκης*

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2005

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου που μου συμπαραστέκεται και με
συνδράμει στην πραγματοποίηση των στόχων μου
και με βοηθά να κάνω τα όνειρά μου πραγματικότητα,
στους αγαπημένους μου γονείς,
Βασιλική και Γιάννη
και στον αδερφό μου Θοδωρή*

Σημαντικοί Όροι

“Τομέας Υγείας”: Ο τομέας δραστηριοτήτων που αφορούν στην Υγεία, στην Κοινωνική Αλληλεγγύη και στη Δημόσια Υγεία.

“Υπηρεσίες τομέα Υγείας”: Οι επαγγελματικές δραστηριότητες και διεργασίες που απαιτούν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και υλικοτεχνικούς πόρους, προκειμένου να εξυπηρετούνται ανάγκες της υγειονομικής φροντίδας του πολίτη, σε όλο το φάσμα της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του.

“Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης”: Ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, καθώς και τα λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

“Μονάδες Υγείας”: Οι φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι έχουν την αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών στον τομέα Υγείας.

“Τυποποίηση”: Η δραστηριότητα με την οποία θεσπίζονται διατάξεις, οι οποίες προορίζονται να εφαρμοστούν, προκειμένου να αντιμετωπιστούν υπαρκτά ή εν δυνάμει προβλήματα και να επιτευχθεί ο καλύτερος βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής.

“Τυποποιητικό Κείμενο”: Το έγγραφο που παρέχει κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή για τα αποτελέσματά τους. Μπορεί να είναι πρότυπο, οδηγός, τεχνική έκθεση κ.ά.

“Πρότυπο”: Το έγγραφο στο οποίο περιλαμβάνονται, για συνεχή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή τα αποτελέσματά τους και το οποίο έχει καταρτιστεί, μετά από συναίνεση, από έναν αναγνωρισμένο φορέα, προκειμένου να επιτευχθεί ο καλύτερος δυνατός βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής.

“Προδιαγραφή”: Το έγγραφο εκείνο, το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις που πρέπει να πληρεί ένα προϊόν ή υπηρεσία, διεργασία, δραστηριότητα, οργανισμός, σύστημα, πρόσωπο ή συνδυασμός αυτών.

“Εθνικό πρότυπο”: Το πρότυπο που έχει υιοθετηθεί από έναν εθνικό φορέα προτύπων και είναι διαθέσιμο στο κοινό.

“Πιστοποίηση”: Διαδικασία με την οποία ένα τρίτο μέρος (Φορέας Πιστοποίησης) παρέχει γραπτή διαβεβαίωση ότι ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.

“Διαπίστευση”: Διαδικασία με την οποία ένας αρμόδιος φορέας (Φορέας Διαπίστευσης) παρέχει επίσημη αναγνώριση ότι ένας φορέας ή πρόσωπο είναι ικανός να πραγματοποιεί ειδικά έργα.

“Κατάρτιση”: Ο όρος αυτός αναφέρεται σε δράσεις εκπαίδευσης βραχείας ή μεγαλύτερης διάρκειας που στοχεύουν στη δημιουργία επαγγελματικών δεξιοτήτων.

“Επιμόρφωση”: Ο όρος αυτός αναφέρεται σε δράσεις εκπαιδευτικού χαρακτήρα βραχείας διάρκειας που επιδιώκουν τη βελτίωση και την εξειδίκευση δεξιοτήτων, όπως και τη μεταφορά τεχνογνωσίας, καθώς και δράσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και επικοινωνίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μέσα στον σημερινό κόσμο μεταβολών, όπου τα οφέλη του υγειονομικού τομέα επαναπροσδιορίζονται και ο σκεπτικισμός για τα οργανωτικά πρότυπα και τις νέες τεχνολογίες επιτείνεται από την υφιστάμενη σπανιότητα των πόρων, μόνον ένα δρόμο μπορούμε να διαλέξουμε. Τη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο χώρο της υγείας πάνω στο οποίο θα πρέπει να κινείται δημιουργικά οποιοδήποτε είδος και σχήμα κεντρικής εξουσίας. Και αυτά που χρειαζόμαστε είναι η γνώση και η συνεργασία, η φιλοσοφία και η δράση. Αυτά είναι άλλωστε που πραγματεύεται η παρούσα εργασία προκειμένου να ενεργοποιήσει σκέψεις, να προβληματίσει και κυρίως να παρακινήσει υπευθύνους να ασχοληθούν με κάποιες από τις τόσες πτυχές του θέματος.

Παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια και σε ένα ευρύ φάσμα τομέων και διαδικασιών έχει παρατηρηθεί μια συνεχής προσπάθεια για απόκτηση ποιότητας. Η αναγνώριση ότι μια προσέγγιση ποιότητας, που θα ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, θα αναπτύσσει το εργατικό δυναμικό και θα βελτιώνει κύριες διεργασίες και αποτελέσματα, μπορεί να επιφέρει ουσιαστικά οφέλη και πλεονεκτήματα. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας βρίσκεται στην καρδιά αυτών των αλλαγών και αποτελεί μια προσέγγιση η οποία όλο και περισσότερο υιοθετείται από πολλούς οργανισμούς και κυβερνήσεις ανά τον κόσμο και με αργά αλλά σταθερά βήματα διαφαίνεται ότι αρχίζει να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης η ποιοτική προσέγγιση αναγνωρίζεται ως το όχημα για συνεχή βελτίωση, καλύτερη παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών επιδρώντας δυναμικά σε όλο το φάσμα των κλινικών, νοσοκομειακών και διοικητικών διαδικασιών.

Σε αυτή την εργασία επιχειρείται να προσεγγιστεί και να παρουσιαστεί η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό μέσω της παρουσίασης ενός πλαισίου στο οποίο πρέπει να κυμαίνεται η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας το οποίο αποτελεί και την εισαγωγή της μελέτης αναφέρονται ο σκοπός και το αντικείμενο της εργασίας. Παρουσιάζονται, ακόμη, οι έννοιες της συνεχής ανάπτυξης της ποιότητας (continuous quality development) και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) που θεωρούνται ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται ιστορική αναδρομή για την εφαρμογή της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και αναλύονται ο ορισμός της υγείας, η λειτουργία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα συστατικά ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών, οι ποιοτικοί στόχοι της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τα εμπόδια που αντιμετωπίζονται κατά την διάρκεια εφαρμογής ενός Προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Επιπλέον, αναφέρονται τρόποι εφαρμογής της στρατηγικής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και τα μοντέλα ποιότητας στην Ευρώπη.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας και το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (EFQM) στο οποίο αυτό στηρίζεται. Αναφέρεται η σχέση του με τις υπηρεσίες υγείας και τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης και επιχειρείται ανάλυση των κριτηρίων του μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή της εφαρμογής του EFQM στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη. Σε μια προσπάθεια να συγκεντρωθεί και να παρατεθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα μέσα από εφαρμογές που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία, αναλύεται η εφαρμογή του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας σε Ολλανδικούς, Γερμανικούς, Ισπανικούς και Βρετανικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Αναφέρονται συγκεντρωτικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του προτύπου στα Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία και ο τρόπος με τον οποίο το Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας βοήθησε.

Το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει την ανάγκη για εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη. Παράλληλα, παρατίθεται έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα ελληνικά νοσοκομεία και τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Τέλος, γίνεται αναφορά σε ενέργειες που έχουν γίνει στο παρελθόν από την ελληνική κυβέρνηση για ποιοτική αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και παρουσιάζονται συνοπτικά σχέδια που πρόκειται να τεθούν σε εφαρμογή για αναβάθμιση του ΕΣΥ το έτος 2005 με Σχέδιο Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I.	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
II.	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	II
III.	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	II
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
1.1	Αντικείμενο και Σπουδαιότητα της Εργασίας	2
1.2	Εισαγωγικά στοιχεία	3
1.3	Η σημασία της μέτρησης στην υγειονομική περίθαλψη	4
1.4	Η Έννοια της Ποιότητας	5
	Βιβλιογραφία 1ου Κεφαλαίου	7
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ	9
	ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
2.2	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Συστήματα Υγείας	11
2.2.1	Η λειτουργία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	12
2.2.3	Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Ιστορική αναδρομή	13
2.2.4	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και φορείς υγειονομικών υπηρεσιών	16
2.2.5	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και επαγγελματίες υγείας	18
2.2.6	Συστατικά ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών	19
2.2.7	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Αποτελεσματική Επικοινωνία	21
2.2.8	Ποιος καθορίζει την ποιότητα;	22
2.2.9	Ο παράγοντας «πελάτης» και η οργανωτική απόδοση	24
2.2.10	Ποιος είναι ο δέκτης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	25
2.3	Οι ποιοτικοί στόχοι της υγειονομικής περίθαλψης	25
2.4	Εμπόδια κατά την διάρκεια ενός Προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	27
2.5	Τρόποι εφαρμογής της στρατηγικής στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	30
2.6	Τελικά η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας λειτουργεί;	35
2.6.1	Προβλήματα κατά την εφαρμογή	36
2.7	Επιτυχίες και μελλοντικές κατευθύνσεις	36
2.8	Διοίκηση ολικής ποιότητας και συνεχής βελτίωση της ποιότητας	37

	(CQI) πρέπει να έχει ένα σχέδιο	
2.9	Μια εθνική ποιότητα υγείας πρέπει να προγραμματίζει το σκοπό που	40
2.10	Το κόστος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	42
2.10.1	Επενδύοντας στην ποιότητα	45
2.11	Τα μοντέλα ποιότητας στην Ευρώπη	47
2.11.1	Οι κοινές προσεγγίσεις –Τέσσερα μοντέλα	47
2.11.2	Χρήση των τεσσάρων μοντέλων στην Ευρώπη	49
	Βιβλιογραφία 2 ^{ου} Κεφαλαίου	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- EUROPEAN FOUNDATION OF QUALITY MANAGEMENT

		61
3.1	Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία	63
3.2	Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (“EUROPEAN QUALITY AWARD”).	63
3.3	Το μοντέλο του EFQM και οι υπηρεσίες υγείας	65
3.3.1	Βασική προϋπόθεση του προτύπου	67
3.3.2	Ανάλυση των κριτηρίων του μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας	70
3.4	EFQM και επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης	74
	Βιβλιογραφία 3 ^{ου} Κεφαλαίου	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

		79
4.1	Εφαρμογή του EFQM στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη	80
4.2	Η Ολλανδική Εμπειρία: Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM και η εφαρμογή του στους Ολλανδικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.	82
4.2.1	Η χρήση του προτύπου του EFQM στις Κάτω Χώρες- Η Ολλανδική περίπτωση	83
4.2.2	Οι οδηγίες του INK για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης	84
4.3	Η αυτό-αξιολόγηση	85

4.3.1	Αυτό-αξιολόγηση σύμφωνα με το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του EFQM στο KENTPO Jellinek	86
4.3.2	Διαπιστώσεις	93
4.4	Η Γερμανική Εμπειρία: Αξιολόγηση των οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης στην Γερμανία βάσει του μοντέλου EFQM	95
4.4.1	Η γερμανική περίπτωση	96
4.4.2	Εμπόδια που προέκυψαν	101
4.4.3	Οι παράγοντες επιτυχίας	102
4.4.4	Αυτό-αξιολόγηση σύμφωνα με το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του EFQM στο MAX-Burger-Center (MBC).	103
4.4.5	Προκαλώντας τη συνεχή βελτίωση στο MBC.	104
4.5.	Η Ισπανική Εμπειρία: Αξιολόγηση των οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης στην Γερμανία βάσει του μοντέλου EFQM	105
4.5.1	Πολιτική Ποιότητας	105
4.5.2	Η Ισπανική Περίπτωση	106
4.5.3.	Αποτελέσματα της διαδικασίας αυτό-αξιολόγησης στους Ισπανικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης	107
4.5.4	Η εφαρμογή των κατάλληλων ενεργειών στις περιοχές προς βελτίωση	110
4.6	Η Βρετανική Εμπειρία	111
4.6.1	Η καταλληλότητα του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM να στηρίζει την Διαχείριση Κλινικής Φροντίδας	113
4.6.2.	Η εφαρμογή του EFQM στα Νοσοκομεία της Περιφέρειας του Wakefield και Pontefract του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας	113
4.6.3	Ποια ήταν η πρόκληση	114
4.6.4	Πως εφαρμόστηκε	115
4.6.5	Κέρδη από την εφαρμογή του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract	118
4.7	Συγκεντρωτικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του μοντέλου στα Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία	119

4.8	Πως το Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας βοήθησε	121
	Βιβλιογραφία 4 ^{ου} Κεφαλαίου	123
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	127
5.1	Η ανάγκη για εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη	127
5.2	Η Ελληνική Πραγματικότητα	127
5.2.1	Υγεία και ποιότητα	129
5.2.2	Τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από τα ελληνικά νοσοκομεία	130
5.3	Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε	131
5.3.1	Υπόθεση πάνω στην οποία στηρίχτηκε η έρευνα	132
5.3.2	Αποτελέσματα από την έρευνα	133
5.3.3	Προτάσεις προς βελτίωση	144
5.4	Προσπάθεια Μεταρρύθμισης- Μάνατζερ υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»	146
5.5	Ενέργειες Ποιοτικής Αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας	148
5.6	Σχέδια επί χάρτου για αναβάθμιση του ΕΣΥ το έτος 2005	152
5.6.1	Συνοπτική Παρουσίαση του Σχεδίου Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας.	151
5.6.1.1	Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	154
5.6.1.2	Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας και το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.).	155
5.6.2	Εξωτερική Αξιολόγηση της Ποιότητας και της Ασφάλειας των Υπηρεσιών τομέα Υγείας	157
5.6.3	Διαπιστώσεις	157
	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	159
	Βιβλιογραφία 5 ^{ου} Κεφαλαίου	161
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	163

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Μποχώρη για τη συμπαράστασή του, την καθοδήγησή του και τη στήριξή του, μέσα σε ένα άριστο κλίμα συνεργασίας, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας, τους καθηγητές μου κ. Σωτήρη Καρβούνη και κ. Δημήτρη Γεωργακέλλο για την συμβολή τους στην αξιολόγησή της, καθώς και όλους τους καθηγητές μου που κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού, μου μετέδωσαν ανεκτίμητη γνώση και εμπειρία.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1:	Η χρήση των τεσσάρων μοντέλων στην Ευρώπη	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 2:	Δυναμικά Κριτήρια κατά τα έτη 1994-1996 στο κέντρο Jellinek	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 3:	Αποτελέσματα	88

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1:	Ελεύθερη ροή επικοινωνίας	22
ΣΧΗΜΑ 2:	Απεικόνιση του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας	62
ΣΧΗΜΑ 3:	Συμπληρωματική προοπτική των προτύπων ποιότητας	94
ΣΧΗΜΑ 4:	Οργανισμοί που ξεκίνησαν και ολοκλήρωσαν τη διαδικασία της αυτο-αξιολόγησης	109
ΣΧΗΜΑ 5:	Κατανομή των αποτελεσμάτων κατά τη διαδικασία της αυτο-αξιολόγησης	109
ΣΧΗΜΑ 6:	Απαντήσεις στην έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών	117
ΣΧΗΜΑ 7:	Μείωση των κλινικών αποβλήτων από το 1995/96 μέχρι το 1999/00	118
ΣΧΗΜΑ 8:	Ηγεσία	134
ΣΧΗΜΑ 9:	Κατάσταση των πόρων στα ελληνικά νοσοκομεία	136
ΣΧΗΜΑ 10:	Ποιότητα ως μέρος της στρατηγικής και πολιτικής των ελληνικών νοσοκομείων	137
ΣΧΗΜΑ 11:	Γνώση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με θέματα ποιότητας	138
ΣΧΗΜΑ 12:	Γνώση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με θέματα ποιότητας	140
ΣΧΗΜΑ 13:	Χρήση τεχνικών και εργαλείων ποιότητας	140
ΣΧΗΜΑ 14:	Επάρκεια προσωπικού	142
ΣΧΗΜΑ 15:	Αποδοτικότητα των συστημάτων μέτρησης της ποιότητας	141
ΣΧΗΜΑ 16:	Απεικόνιση των μέσων και υποδομών για την ποιότητα και την ασφάλεια σύμφωνα με το σχέδιο νόμου	156

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡ. 1	Βελτίωση της ποιότητας του κέντρου Zellinek κατά τα έτη 94-96	90
ΔΙΑΓΡ. 2	Απεικόνιση της βελτίωσης της ποιότητας του κέντρου Jellinek στα	91

	δυναμικά κριτήρια κατά τα έτη 1994	
ΔΙΑΓΡ. 3	Απεικόνιση της βελτίωσης της ποιότητας του κέντρου Jellinek στα δυναμικά κριτήρια κατά τα έτη 1994	91
ΔΙΑΓΡ. 4	Βελτίωση των αποτελεσμάτων του κέντρου Jellinek κατά τα έτη 94-96	92
ΔΙΑΓΡ. 5	Ιστός Ποιότητας- έτη 1994/1996- Κέντρο Jellinek	92
ΔΙΑΓΡ. 6	Διακύμανση της τελικής βαθμολογίας από την αυτο-αξιολόγηση 17 οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης	98
ΔΙΑΓΡ. 7	Βαθμολογική διακύμανση ανά κριτήριο	99

***Μπορεί η ανθρώπινη ζωή να είναι κάτι πρόσκαιρο,
πρόσκαιρη η ζωή της ανθρωπότητας
του πλανήτη μας, του σύμπαντος.
Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν έχουν αξία
όσα περαστικά περιέχει.
Δεν τα καταξιώνει ο χρόνος αλλά η Ποιότητα.***

Κ. Τσάτσος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Αντικείμενο και Σπουδαιότητα της Εργασίας

Το οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αντιμετωπίσει αρκετά προβλήματα, τα οποία εμφανίζονται να ξεπερνούν τον ιστορικό προορισμό της υγείας, που είναι η παροχή φροντίδας στους ανθρώπους που χρίζουν ανάγκης. Η γενική πρόοδος που σημειώνεται στην ιατρική και την τεχνολογία, η αύξηση των προϋπολογισμών και οι υψηλότερες προσδοκίες των καταναλωτών υγείας, η γήρανση των πληθυσμών και το περιορισμένο ποσό κεφαλαίων που μπορούν να διατεθούν για την υγεία, θέτουν συνεχώς νέα διλήμματα. Τα ανωτέρω ζητήματα αποτελούν την κύρια ανησυχία της Επιστήμης της Οργάνωσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και καταλαμβάνουν μια σημαντική θέση στην πολιτική υγείας.

Αναμφισβήτητα, οι σημερινές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη απαιτούν περισσότερο από ποτέ καινοτόμες προσεγγίσεις και έγκαιρη δράση. Στην υγειονομική περίθαλψη, οι διοικητικές αποφάσεις γίνονται όλο και πιο περίπλοκες και απαιτητικές. Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ολοένα αυξάνονται, ενώ οι απαιτήσεις για επέκταση της τεχνολογίας ασκούν πιέσεις να βελτιστοποιηθεί η σύνδεση των πόρων – αποτελέσματος (Οικονομοπούλου, 2002). Οι υπάρχουσες συνθήκες λοιπόν, απαιτούν έναν προσανατολισμό προς τον πελάτη και τον ασθενή, ένα βελτιωμένο αποτέλεσμα και συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση των κεφαλαίων (Geoffrey, 1997).

Ο όρος «βελτίωση ποιότητας», εμπεριέχει τις ηθικές αρχές του επαγγελματισμού και της μεταχείρισης του ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε η όλη διαδικασία παροχής φροντίδας να τον ωφελήσει και σε καμία περίπτωση να μην προκαλέσει βλάβη (ωφελείν ή βλάπτειν). Πρώτο βήμα σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας είναι η αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση αυτή έχει αξία ως ένας επιμέρους στόχος ως προς τον τελικό σκοπό που είναι η διαρκής βελτίωση της ποιότητας.

Η εργασία που ακολουθεί, παρουσιάζει τη βασική θεωρία για τον ορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και παρατίθενται μοντέλα, εργαλεία, τεχνικές και παραδείγματα από την διεθνή αλλά και εθνική εμπειρία.

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα ο δρόμος για τη βελτίωση της Ποιότητας στο Σύστημα Υγείας της χώρας μας είναι μακρύς. Αν η προσπάθεια αυτή για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των στελεχών του συστήματος, προβληματίσει και κυρίως αν παρακινήσει και άλλους συναδέλφους να ασχοληθούν με κάποια από τις τόσες πτυχές του θέματος, θα αισθανθώ ιδιαίτερα ευτυχής.

1.2. Εισαγωγικά στοιχεία

Η συνεχής ανάπτυξη ποιότητας (continuous quality development) αποτελεί βασικό όρο στις υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς και γενικά οι πολίτες έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται έντονα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και απαιτούν τη βελτίωσή τους. Οι πολιτικοί και οι υγειονομικές αρχές απαιτούν τη μέτρηση της ποιότητας καθώς και τη συνεχή της βελτίωση (Οικονομοπούλου, 2002). Οι απαιτήσεις αυτές συμπίπτουν με μία εποχή όπου οι δυνατότητες που υπάρχουν για αύξηση στην ποιότητα των παρεχομένων φροντίδων, μέσω της αύξησης των δαπανών για την υγεία είναι περιορισμένες. Αντίθετα, το ενδιαφέρον της κοινότητας απαιτεί την επίτευξη καλύτερου επιπέδου υγείας εντός των δεδομένων πλαισίων των υπηρεσιών υγείας.

Η συνεχής ανάπτυξη ποιότητας (continuous quality development) είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων φροντίδων. Το ουσιώδες έγκειται στο ότι οι στόχοι ποιότητας τίθενται με βάση τόσο τις προσδοκίες και επιθυμίες των ασθενών όσο και της κοινότητας (Οικονομοπούλου,

2002). Οι άνθρωποι εργάζονται συνεχώς και συστηματικά για την επίτευξη στόχων οι οποίοι διαρκώς επεκτείνονται.

1.3 Η σημασία της μέτρησης στην υγειονομική περίθαλψη

Ο Τομέας των Υπηρεσιών Υγείας είναι μία μοναδική περίπτωση προσωπικών υπηρεσιών υψηλού επαγγελματισμού και τεχνολογίας, όπου η ανάπτυξη μεθόδων και τεχνικών μέτρησης της ποιότητας αποτελεί μία ξεχωριστή πρόκληση. Θεωρητικά, αν γίνει αποδεκτό ότι η ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας (Οικονομοπούλου, 2002; Σούλης και άλλοι, 2001).

Η ποιότητα θα μπορούσε επίσης να μετρηθεί με τον λόγο: αποτελεσματικότητα (*effectiveness*) προς ιδανική αποτελεσματικότητα (*efficacy*), δεδομένου ότι η ικανοποίηση των αναγκών από τις υγειονομικές φροντίδες, εξαρτάται από το αποτέλεσμα σε σχέση με τους τιθέντες στόχους (Οικονομοπούλου, 1994).

Η αποτελεσματικότητα συνδέεται με ιατρικές παρεμβάσεις και αναφέρεται στη δυνατότητά τους να προκαλέσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, σε αντίθεση με το μη επιδιωκόμενο, δηλαδή παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ιδανική αποτελεσματικότητα είναι το αποτέλεσμα μιας συγκεκριμένης παρέμβασης κάτω από ιδανικές συνθήκες, όπως π.χ. η χορήγηση ενός φαρμάκου σε μία κλινική έρευνα.

Στην τρέχουσα πρακτική ωστόσο, η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας συχνά δεν επικεντρώνεται στην ίδια τη «φροντίδα» αλλά στα επιμέρους στοιχεία που τη διαμορφώνουν. Η μέτρηση κατ' αρχήν προϋποθέτει ένα μοντέλο το οποίο χρησιμεύει για:

- Τον προσδιορισμό των στοιχείων τα οποία διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας.

- Τα δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια στα οποία θα βασισθούν οι μετρήσεις.
- Τα εργαλεία και τις τεχνικές μέτρησης.

Όποιος και αν είναι ο στόχος της ποιότητας, η προσοχή και η προτεραιότητα με την οποία θα αντιμετωπισθεί σε κάθε επίπεδο εξαρτάται από το βαθμό που το χαρακτηριστικό στο οποίο αναφέρεται επιδέχεται ικανοποιητική μέτρηση. Όσο πιο αντικειμενικό και μετρήσιμο είναι το χαρακτηριστικό που περιγράφει την ποιότητα, τόσο λιγότερη είναι η αμφισβήτηση από διαφορετικές πλευρές για το επιθυμητό είδος κάθε μεταβολής και την ανάγκη λήψεως μέτρων για τη βελτίωσή του.

Η μέτρηση έχει αξία μόνο όταν αποτελεί μέρος μιας γενικότερης στρατηγικής που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και περιλαμβάνει τα στάδια: διασφάλιση ποιότητας - μέτρηση ποιότητας - συνεχή βελτίωση ποιότητας (Οικονομοπούλου, 2002).

1.4 Η Έννοια της Ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας έχει προκαλέσει πολλές διαμάχες στην προσπάθεια να εξηγηθούν ποικίλα φαινόμενα. Κατά συνέπεια, σήμερα, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες (Black, 1990; Onretveit, 1990; Οικονομοπούλου, 1991; Οικονομοπούλου et al., 1999). Εντούτοις, ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός είναι: «η ποιότητα να ικανοποιεί ή να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lidsay, 1996). Στο τομέα της υγείας, ο Donabedian ορίζει την ποιότητα ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, σκεπτόμενοι όλα τα οφέλη και τις απώλειες που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Harteloh, 2003; Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας, 2000). Σήμερα, αν και η συμβολή του Donabedian στη βελτίωση της ποιότητας είναι υψηλή, ο κλασικός ορισμός του τείνει να θεωρηθεί στατικός, και όπως και στο τομέα των επιχειρήσεων στρέφεται προς μια συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Μεταξύ των διαφορετικών ποιοτικών προσεγγίσεων, έχει παρατηρηθεί μια σαφής προτίμηση, σε καθολικό επίπεδο, για υιοθέτηση των αρχών διασφάλισης της ποιότητας στο τομέα της υγείας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου et al., 1995). Ακολουθώντας τα θεαματικά αποτελέσματά της χρήσης της διοίκησης ολικής ποιότητας στις επιχειρήσεις, η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας έχει βαθμιαία περάσει στον τομέα της υγείας (Short και Rahim, 1995). Εντούτοις, λόγω της έντονης κρίσης που παρουσιάζεται στον συγκεκριμένο τομέα, έχει παρατηρηθεί ότι η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας έχει εφαρμοστεί σε μικρό βαθμό στον χώρο των νοσοκομείων συγκριτικά με τις επιχειρήσεις.

Οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν σε δυσκολία εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας στα νοσοκομεία είναι:

- η οργανωτική δομή, καθώς τα νοσοκομεία παραδοσιακά έχουν οργανωθεί κατά μήκος μιας ιεραρχικής δομής, αντίθετης προς τη φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας, η οποία απαιτεί μια ευέλικτη δομή με χαμηλό αριθμό επιπέδων,
- η επιχειρησιακή φιλοσοφία,
- η συμμετοχή των εργαζομένων που συχνά είναι ελλιπής,
- η επαγγελματική αυτονομία,
- ο διαχωρισμός μεταξύ διασφάλισης ποιότητας και διοίκησης ολικής ποιότητας,
- η δυσκολία επίτευξης καλών συνεργασιών

Βιβλιογραφία 1ου Κεφαλαίου

1. Black, N. (1990) Quality assurance of medical care, *Journal of Public Health Medicine*, 12, pp. 97- 104
2. Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2002), “The Management and Control of Quality”, 5th South-Western.
3. Ovretveit, J. (1990) What is quality in health services?, *Health Services Management*, 86, pp. 131-133.
4. Harteloh, P., (2004), “Understanding the quality concept in health care”, *Accred. Quality Assurance*, Vol. 9, pp.92-95
5. Geoffrey, L. (1997) Research orientation and hospital services improvement, *Hospital Management International*, Annual Review, pp. 59-61.
6. Theodorakiogloy Y., and Tsiotras, G., (2000), “The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare”, *Total quality management*, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165
7. Short, P., and Rahim, M., (1995), “Total Quality management in hospitals”, *Total quality management*, Vol.6, N. 3, pp255-263.
8. Οικονομοπούλου, Χρ., (2002), Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
9. Οικονομοπούλου Χρ. (1994), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: «Εφαρμογές στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Τεύχος 6.
10. Οικονομοπούλου Χρ. Πολύζος Ν. Μεράκου Κ. Σούλης Σ. (1995), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα». *Επιθεώρηση Υγείας*, 6(1) 32.
11. Οικονομοπούλου, Χρ, Αναγνώστου-Κακαρά Ε., Λιαρόπουλος Λ. (1999) «Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί». *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας.*, 44 (1) : 61-69.
12. Οικονομοπούλου, Χρ., (1991) Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας στα Ελληνικά Νοσοκομεία, *Ιατρικό Βήμα*, Νοέμβριος, pp. 29-34.

13. Σούλης, Σ., Σαρρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., (2001), “Συστήματα Υγείας”,
Εκδόσεις Παπαζήση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός υπηρεσιών υγείας

Ο ορισμός της υγείας όπως διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1958) είναι «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός της υγείας περιγράφει μια ιδεατή κατάσταση η οποία στην πράξη είναι αδύνατο να μετρηθεί.

Ο γενικός όρος υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες, περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care) όσο και αυτή της περίθαλψης (treatment). Πολύ συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η φροντίδα, αντίθετα είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας (δημόσια υγιεινή και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) (Καρυώτης, 1992).

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται στις μονάδες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας που μπορεί να είναι ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία, ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κ.α. Η εξειδίκευση των μονάδων αυτών καθορίζει το είδος των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι πόροι που χρησιμοποιούν οι μονάδες παραγωγής υπηρεσιών υγείας δηλαδή το προσωπικό και ο εξοπλισμός, αλλά και η οργάνωση τους καθορίζουν την ποσότητα και ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εξαρτώνται από την προσφορά και τη ζήτηση υπηρεσιών και υποδιαιρούνται κατά είδος, ανάλογα με το επιδιωκόμενο σκοπό καθώς και σε σχέση με το μέρος κατανάλωσής τους. Προκειμένου να γίνουν αξιολογήσεις και αναλύσεις είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι εξωτερικές δομές της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας (περιοχή εξυπηρέτησης, απόσταση της πλησιέστερης μονάδας υπηρεσιών υγείας) όσο και εσωτερικές (φάσμα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, πόροι, οργάνωση). Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε :

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:

Σαν φιλοσοφία βασίζεται στη σφαιρική και πολυδιάστατη θεώρηση της έννοιας της προστασίας και προαγωγής της υγείας σε σαφή αντιδιαστολή προς την περίθαλψη και έχει ως κύριο προσανατολισμό την πρόληψη και αποκατάσταση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή του κοινού με το σύστημα υγείας και παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία, κ.α.

- Δευτεροβάθμια περίθαλψη:

Είναι η περίθαλψη που προσφέρεται στους ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο. Συμπεριλαμβάνει την νοσηλεία τον εργαστηριακό έλεγχο και τις γενικές επεμβάσεις. Η ανάπτυξη της παρουσιάζει έντονες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα και συνδέεται με την οικονομική και κοινωνικοπολιτική πορεία του κάθε τόπου. Απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία.

- Τριτοβάθμια περίθαλψη:

Αναφέρεται σε υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις από το μέρος του προσωπικού καθώς και υψηλά εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης, εξοπλισμού, κόστους δημιουργίας, λειτουργίας και συντήρησης (Σαρρής και άλλοι, 2001). Παρέχεται από Πανεπιστημιακά νοσοκομεία και Πανεπιστημιακές κλινικές (Καρυώτης, 1992).

2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Συστήματα Υγείας

Σε όλο τον κόσμο, τα συστήματα υγείας βρίσκονται κάτω από πίεση. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη, τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις στις βιομηχανικές χώρες, ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες αγωνίζονται να αναπτύξουν ένα σύστημα υγείας ικανό να ικανοποιήσει τις αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες των πληθυσμών (Blaise and Kegels, 2004).

Στην Ευρώπη, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται και όλο και περισσότερα χρήματα ξοδεύονται για την κοινωνική χρηματοδότησή της. Παράλληλα, αυξάνεται και η πίεση που ασκείται στους επαγγελματίες για περισσότερη υπευθυνότητα και αποτελεσματικότητα. Έτσι πλέον, η βελτίωση της ποιότητας έχει γίνει το σημείο συνάθροισης που καλείται να συγκεντρώσει τους υπερασπιστές και τους αντιπάλους όλων των μέτρων που πρόκειται να παρθούν στο μέλλον σχετικά με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Blaise and Kegels, 2004; Jarlier and Charvet - Protat, 2000).

Η αυξανόμενη ανησυχία για την ποιότητα στην Ευρώπη είχε ως επακόλουθο την εφαρμογή διαφόρων πρότυπων διοίκησης ποιότητας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Προσαρμοσμένη από τη βιομηχανία, η μετακίνηση προς την ποιότητα ακολούθησε διάφορες προσεγγίσεις που κυμαίνονται από τον

έλεγχο και την πιστοποίηση (Klazinga, 2000; Shaw, 2000) ως την κλινική διακυβέρνηση και την ανάπτυξη οδηγιών (Blaise and Kegels, 2004; Bohigas και Heaton, 2000; Buetow και Roland, 1999; Campbell et Al, 2001; Grol, 2000; Scally και Donaldson, 1998).

2.2.1 Η λειτουργία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Οι λειτουργίες της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (TQM) μπορούν να θεωρηθούν ως στρατηγικές, ρουτίνες εργασίας καθώς και κουλτούρα για τους οργανισμούς που στοχεύουν σε υψηλότερη ποιότητα (Dahlgaard et Al, 1998). Σύμφωνα με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ένας οργανισμός που στοχεύει στην υψηλότερη ποιότητα των υπηρεσιών της οφείλει να εστιάζει και να προσανατολίζεται στους πελάτες, στη συνεχή βελτίωση και στη συμμετοχή όλων όσων εργάζονται μέσα σε αυτόν τον οργανισμό (Kammerlind et al., 2003). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η ενεργός συμμετοχή του μάνατζμεντ και της ηγεσίας (Kammerlind et al., 2004).

Διεθνώς τα τελευταία χρόνια, και σε μια σειρά τομέων και διαδικασιών, έχει υπάρξει μια ποιοτική επανάσταση, μια αναγνώριση ότι μια πιο ποιοτική προσέγγιση, που να προσδιορίζει και ικανοποιεί τις ανάγκες πελατών, που να προωθεί την πλήρη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού και που να βελτιώνει τις διαδικασίες, μπορεί να αποδώσει ουσιαστικά οφέλη και πλεονεκτήματα (Rourke et al., 2001).

Ο τομέας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει τις αρχές και τις πολύτιμες μεθόδους που είναι ικανές να οδηγήσουν στη βελτίωση της κατάστασης στην υγειονομική περίθαλψη (Kammerlind et al., 2004). Η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει κατακτήσει εξέχουσα θέση τα τελευταία χρόνια στις υπηρεσίες υγείας. Όλο και περισσότερο εμφανίζεται ως μέσο για αύξηση της αποδοτικότητας και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται (Ennis and Harrington, 1999).

Οι αξίες και η κουλτούρα που από μόνες τους διακατέχονται οι υπηρεσίες υγείας ενισχύουν την ποιότητα στην υγεία. Ανέκαθεν το προσωπικό των υπηρεσιών, προσπαθούσε για την παροχή φροντίδας που θα ικανοποιούσε τον ασθενή, και εργαζόταν σκληρά προκειμένου να βελτιώσει την προσφερόμενη υπηρεσία. Παρόλα αυτά, καθώς πολλοί αναφέρουν, ανεξάρτητα από τον επαγγελματισμό που οι λειτουργοί του ιατρικού χώρου μπορεί να επιδεικνύουν, εάν η διοίκηση του νοσοκομείου δε συνεργαστεί αποτελεσματικά και δε μοιραστεί κοινές αξίες και ιδέες σχετικά με τους στόχους που πρέπει να τεθούν, κανένα σχέδιο δεν μπορεί να ευοδωθεί.

2.2.3 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Ιστορική αναδρομή

Στο χώρο της Υγείας, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου είχε εμφανιστεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών της διοίκησης. Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του Ιατρικού Επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων προς τον ασθενή υπηρεσιών (ωφελείν ή βλάπτειν).

Ουσιαστικά όμως, ο «ποιοτικός έλεγχος» μαζί με τον «απολογισμό πεπραγμένων», ξεκινά τον 19ο αιώνα στην Αγγλία, από την θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής, Αγγλίδα Florence Nightingale (Οικονομοπούλου, 2002). Η Florence Nightingale (1820-1910), που είναι γνωστή ως μητέρα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη κατέδειξε τι μπορεί να επιτευχθεί με αυτήν την έννοια σχεδόν 150 έτη πριν (Marshall et al., 2000). Το 1854 στο Skutary στρατιωτικό νοσοκομείο, στην Κριμαία, απέδειξε ότι μια στατιστική προσέγγιση με τη χρήση γραφικών μεθόδων θα μπορούσε να είναι πειστική στη μείωση του κόστους της χαμηλής ποιοτικής περίθαλψης περισσότερο από 90% σε μια μικρή χρονική περίοδο (Malone, 2003). Έχοντας εστιάσει στη συνεχή βελτίωση της υγιεινής, των τροφίμων, στην φροντίδα των

ασθενών, στη στέγασή τους κ.λπ. ήταν σε θέση να μειώσει το ποσοστό θανάτου στο νοσοκομείο από 42% σε 2%.

Μερικά χρόνια αργότερα ο Godman (1914), γενικός χειρουργός στο Massachusetts General Hospital (Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης), ανέλυσε την έκβαση των χειρουργηθέντων ασθενών, ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σκοπός του ήταν να ελέγξει εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάσθηκαν κάποια προβλήματα που μπορούν να αποδοθούν στη χειρουργική επέμβαση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας (Οικονομοπούλου, 2002).

Το 1952, στις ΗΠΑ, ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCAH), εθελοντική μη κυβερνητική οργάνωση, υπεύθυνη για την αξιολόγηση των προδιαγραφών λειτουργίας των νοσοκομείων και την εκτίμηση της ποιότητας βάσει προκαθορισμένων προτύπων που ανέπτυξε η ίδια η υπηρεσία.

Έκτοτε, πολλοί επισήμονες του χώρου της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο ασχολήθηκαν και συνέβαλλαν αποφασιστικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Από τους πρωτοπόρους, ο Αρμενικής καταγωγής Avedis Donabedian, γιατρός που ζει στις ΗΠΑ, διακεκριμένος μελετητής θεμάτων υγείας, καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο τη διασφάλιση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης.

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, στις ΗΠΑ, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας, ο οποίος έγινε αντικείμενο ειδικών

προσπαθειών, προγραμμάτων και φορέων (Kennedy et al., 1996). Οι προσπάθειες αυτές αξιοποίησαν εξειδικευμένες μεθοδολογίες, μεγάλες βάσεις δεδομένων, νομοθετημένα υποχρεωτικά προγράμματα ελέγχου και σημαντικούς οικονομικούς πόρους.

Τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν από τις ΗΠΑ για διάφορους λόγους. Βασικός λόγος η αυστηρή νομοθεσία περί ιατρικής ευθύνης (medical liability), η οποία υποχρέωσε τόσο τους γιατρούς και τις επαγγελματικές τους ενώσεις, όσο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, που συχνά αντιμετώπιζαν υπέρογκες αποζημιώσεις για θέματα που σχετίζονται με την ευρύτερη έννοια της ποιότητας στην φροντίδα, να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στα θέματα της ορθής χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Εξίσου σημαντικό ρόλο, έπαιξαν το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο χρησιμοποιεί σε μεγάλο βαθμό τη μέθοδο της πληρωμής ανά μονάδα υπηρεσίας (fee for service) και η πρόωγη ανάπτυξη της τεχνολογίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών που έδωσε τη δυνατότητα για επεξεργασία μεγάλων βάσεων δεδομένων (Οικονομοπούλου, 2002).

Έτσι, στις ΗΠΑ και στον Καναδά, ο ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής πράξης και η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, αποτελεί μια καθοριστική μεταβολή του υγειονομικού συστήματος. Ιδιαίτερα από τις αρχές της δεκαετίας του '80 στα νοσοκομεία τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας έχουν γίνει υποχρεωτικά. Η διαδικασία αυτή έχει γίνει υποχρεωτική γιατί η εξασφάλιση της ποιότητας όχι μόνο μειώνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας, αλλά δημιουργεί όλες εκείνες τις προϋποθέσεις για την καλύτερη έκβαση και τη συντομότερη αποκατάσταση των ασθενών. Αυτό συμβάλλει άμεσα στην ατομική ικανοποίηση των ασθενών και έμμεσα στην ικανοποίηση του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Μόνο τέτοιο υπόβαθρο, πρέπει να είναι εύκολο οι σύγχρονες θεωρίες, οι αρχές, τα εργαλεία και οι μέθοδοι διοίκησης ολικής ποιότητας να γίνουν αποδεκτές μέσα στην υγειονομική περίθαλψη (Dahlgaard et al., 1998b, 1998c, 1999a, 1999b).

Προσφάτως, σε παγκόσμιο επίπεδο έχει υπάρξει μια αυξανόμενη εστίαση στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα κι αν οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται σε πολλές χώρες η ικανοποίηση των χρηστών αυτής φαίνεται να μην αυξάνεται. Αντιθέτως φαίνεται σε πολλές περιπτώσεις να υπάρχει ένας αρνητικός συσχετισμός μεταξύ του μεγέθους των δαπανών και της ικανοποίησης των χρηστών και των άλλων συμφεροντούχων (διαφορετικές ομάδες της κοινωνίας). Ο λόγος μπορεί να είναι ότι οι δαπάνες δεν χρησιμοποιούνται αποδοτικά και αποτελεσματικά.

Όταν οι ποιοτικοί δείκτες, π.χ. ο χρόνος αναμονής για τις θεραπείες, έχουν καθοδική πορεία υπάρχει παντού μια τάση να επιλυθούν τα προβλήματα αφήνοντας μεγαλύτερη ροή χρημάτων στα πεδία που εμφανίζονται φτωχότερα στους ποιοτικούς δείκτες (Dahlgard et al., 1998a, 1998b, 1999a, 1999b).

Οι θεωρίες, οι αρχές και οι μέθοδοι διοίκησης ολικής ποιότητας φαίνονται να είναι πολύ χρήσιμες στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης για διάφορους λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι ότι η ποιοτική διαχείριση έχει εξελιχθεί σε μια ολιστική και προσανατολισμένη προς τους ανθρώπους διοικητική πειθαρχία, η οποία απαιτεί τη συνολική συμμετοχή όλων για την κατάκτηση της επιτυχίας. Ο άλλος λόγος είναι ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας έχει πολλά να προσφέρει στην υγειονομική περίθαλψη στα εργαλεία και τις τεχνικές τα σχετικά με την συνεχή βελτίωση.

2.2.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και φορείς υγειονομικών υπηρεσιών

Είναι βασικό να αναφερθεί ότι οι φορείς παροχής υπηρεσιών πρέπει όλο και περισσότερο να εξετάσουν ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, ρυθμιστικών και πολιτιστικών προκλήσεων (Coulson-Thomas, 1997), ο αντίκτυπος των οποίων, μεταξύ άλλων παραγόντων, είναι η απαίτηση για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, καλύτερη ποιότητα και χαμηλότερο κόστος (Ovretveit, 2000; Ovretveit, 2004). Ως εκ τούτου, η ποιοτική διαχείριση αποτελεί όχι

μόνο τη σημαντικότερη στρατηγική στην εξασφάλιση της επιβίωσης των οργανώσεων (Ennis και Harrington, 1999), αλλά και θεμελιώδης διαδρομή που οδηγεί στην επιχειρησιακή τελειότητα (Wang και Ahmed, 2001).

Η εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είχε ως στόχο την εισαγωγή μερικών από τα εργαλεία που εφαρμόστηκαν επιτυχώς στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα. Ενώ ο όρος Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να καθοριστεί ποικιλοτρόπως σύμφωνα με ποιο “γκουρού” (Deming, Juran, Crosby, Ishikawa) το ακολουθεί (Claus; 1991, Hart,1996; Behara και Gudersen, 2001; Stewart, 2003; Attaran και Fitzgerald, 1995) υπάρχει ένα μέτρο της συμφωνίας στα ακόλουθα στοιχεία:

- μια εταιρική (ή σε όλο τον οργανισμό) δέσμευση για την ποιότητα
- δέσμευση για βελτίωση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα
- με την ποιότητα πρέπει να ξεπεραστούν τα όρια
- η εκπαίδευση αποτελεί υψηλή προτεραιότητα και επένδυση
- δέσμευση για συνεχή βελτίωση, δηλ. μια ασταμάτητη διαδικασία
- "getting it right first time"- «να το λαμβάνεις σωστά εξ αρχής»
- ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών (Hart,1996).

Πληθώρα ορισμών έχουν διατυπωθεί για την ποιότητα σε συνάφεια με την υγεία. Η ποιότητα είναι μια λέξη που ορίζεται και διαμορφώνεται αναλόγως με την κατάσταση για την οποία προορίζεται. Γι' αυτό τον λόγο ο ορισμός της ποιότητας παραμένει ένα μεγάλο ερωτηματικό (Ennis& Harrington, 1999).

Αν και η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει τις ρίζες της στη βιομηχανία κατασκευής (Mehra και Agrawal, 2003), οι αρχές της μπορούν να εφαρμοστούν στον τομέα των υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Βεβαίως, η υπεροχή εννοιών, όπως «μηδενικά ελαττώματα» και εργαλείων, όπως ο στατιστικός έλεγχος διεργασίας (SPC) προειδοποιεί στο ότι η

διοίκηση ολικής ποιότητας πρέπει να προσαρμοστεί ώστε να εφαρμοστεί με επιτυχία στις υπηρεσίες υγείας (Hart, 1996).

2.2. 5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και επαγγελματίες υγείας

Παραδοσιακά, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησε από τις τεχνικές γνώσεις των ιατρικών και νοσηλευτικών επαγγελματιών που χρειαζόταν να την χρησιμοποιήσουν ως προς το συμφέρον των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν παγκοσμίως η απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούσε να αξιολογηθεί μόνο μέσω των κλινικών δεικτών.

Εντούτοις, σήμερα τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης είναι σύνθετες οργανώσεις όπου η εργασία κάθε επαγγελματία είναι μέρος ενός συστήματος που πρέπει να είναι συνεχώς σε μια κατάσταση πλήρους ετοιμότητας προς όφελος του ασθενή. Η οργανωσιακή αλλαγή θεωρείται κλειδί στη βελτίωση της ποιότητας και πρέπει να δώσει έμφαση στις σχέσεις μεταξύ σωστών πρακτικών εργασίας και της κατάλληλης φροντίδας προς τους ασθενείς. Γι' αυτό τον λόγο σε όλη την Ευρώπη, μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας στοχεύουν στην επίτευξη της δικαιοσύνης στον τρόπο μεταχείρισης των ασθενών, της αποδοτικότητας, της ικανοποίησης των ασθενών, της αυτονομίας προμηθευτών και στην επιτυχία βελτιωμένων αποτελεσμάτων σε θέματα υγείας και ζητούν όλο και περισσότερο την ενεργό συμμετοχή των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης (Ruiz et al., 1999).

Συχνά οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, είτε ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που παρέχουν φροντίδα είτε σε αυτούς που διοικούν αντίστοιχες μονάδες, έρχονται αντιμέτωποι με ένα από τα πλέον περίπλοκα ζητήματα στη σημερινή υγειονομική περίθαλψη. Ειδικότερα, η συζήτηση σχετικά με το πώς θα επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς το φόβο να χαθούν οι παραδοσιακοί ρόλοι και ευθύνες, καθώς και η αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας οφείλουν να

ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις και τις αξίες των ασθενών τους είναι υψίστης σημασίας (Ruiz et al.,1999).

2.2.6 Συστατικά ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών

Ο Cunningham το 1991 αναφέρθηκε στις διαστάσεις της ποιότητας ως "κλινική ποιότητα", "οικονομική ποιότητα" και "ποιότητα καθοδηγούμενη από τον ασθενή". Ο Cunningham εξήγησε ότι η "κλινική ποιότητα" συνδέεται με τη χρήση των όρων ποσοστά νοσηρότητας, θνησιμότητας και ασθένειας, ενώ η "οικονομική ποιότητα" και η "ποιότητα καθοδηγούμενη από τον ασθενή" αναφέρονται στην πλευρά της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Rose et al.,2004). Ο Ovretveit (2000), προτίμησε τους όρους "ποιότητα στον ασθενή", "επαγγελματική ποιότητα" και "διοικητική ποιότητα". Η "ποιότητα στον ασθενή" αναφέρεται στην παροχή στον ασθενή ότι ουσιαστικά θέλει, η "επαγγελματική ποιότητα" περιλαμβάνει την παροχή των υπηρεσιών που οι ασθενείς χρειάζονται, ενώ η "διοικητική ποιότητα" περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση των ελάχιστων πόρων χωρίς λάθη ή καθυστερήσεις κατά την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών (Ovretveit, 2000; Ovretveit, 2004).

Επομένως, κοινός τόπος όλων αποτελεί το γεγονός ότι η ποιοτική διαχείριση είναι το μέσο για την επιτυχία των αλλαγών. Μια τέτοια προσέγγιση αποτελεί τον τρόπο για να οδηγηθεί ένας οργανισμός βασισμένος σε αρχές και τεχνικές που εστιάζουν:

1. στους πελάτες, στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους
2. στη συνεχή βελτίωση
3. σε μια συστηματική και μεθοδολογική βάση
4. στη συμμετοχή όλων των συμφεροντούχων (stakeholders) στη διαδικασία.

Η ποιοτική διαχείριση αποτελεί ουσιαστικά μια επανάσταση, εφόσον παρέχει μια φιλοσοφία και χρησιμοποιεί δοκιμασμένα όργανα και εργαλεία που οδηγούν έναν

οργανισμό στην βελτίωση (Rourke et al., 2001; Lim και Tag, 2000). Στον τομέα της υγείας, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αναγνωρίζεται ως όχημα για τη συνεχή βελτίωση, την απόκτηση βελτιωμένων αποτελεσμάτων, καλύτερης φροντίδας των ασθενών (Rourke et al., 2001).

Έχει αποδειχθεί ότι με τη χρήση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι δυνατό να βελτιωθεί η δυνατότητα των οργανισμών να επιζήσουν και να εξελιχθούν παρά τις εξωτερικές πιέσεις και τον ανταγωνισμό (Soltani et al., 2004). Μια ποιοτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει τους οργανισμούς του δημόσιου τομέα να εκπληρώσουν τους στόχους τους αποτελεσματικά και με μειωμένες δαπάνες για την κυβέρνηση και τους φορολογούμενους βελτιώνοντας ταυτόχρονα τις υπηρεσίες (Rourke et al., 2001).

Η ποιότητα στην υγεία μπορεί να οριστεί ως η διοικητική φιλοσοφία που επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση στην απόδοση των διαδικασιών, των προϊόντων και των υπηρεσιών. Η έμφαση δίνεται κυρίως στην ενεργό συμμετοχή της διοίκησης, της συμμετοχής όλων των υπαλλήλων σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσης στην αναζήτηση της βελτίωσης (Øvretveit και Gustafson, 2003; Øvretveit, 2003a; Hug, 1996). Αυτή η έννοια της συνεχούς βελτίωσης:

1. καθορίζει την ποιότητα από την άποψη που την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς όσον αφορά το περιεχόμενο αλλά και την παροχή της υπηρεσίας
2. αναλύει τα συστήματα για λάθη και αποκλίσεις αποφεύγοντας την ατομικές μομφές
3. αναπτύσσει τις μακροπρόθεσμες συνεργασίες με εξωτερικούς και εσωτερικούς προμηθευτές
4. χρησιμοποιεί ακριβή στοιχεία για να αναλύσει τις διαδικασίες και για να μετρήσει τη βελτίωση συστημάτων
5. χρησιμοποιεί αποτελεσματικές και συνεργάσιμες ομάδες εργασίας

6. εκπαιδεύει επόπτες και διευθυντές για την σωστή καθοδήγηση της διαδικασίας βελτίωσης
7. προωθεί τη συμμετοχή του προσωπικού στον καθορισμό των στόχων και εξασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα ανατροφοδοτούνται
8. τονίζει την ανάγκη, η ανώτερη διοίκηση να συμμετέχει στον στρατηγικό σχεδιασμό για την βελτίωση
9. επιτυγχάνει το μακροπρόθεσμο κέρδος μέσω της βελτίωσης με μικρά βήματα που όμως λειτουργούν προσθετικά (Rourke et al., 2001)
10. αναζητά τα βαθμύ που η ποιότητα έχει περάσει στην κουλτούρα του οργανισμού (Mallak et al., 2003)

Προκείμενου να εφαρμοστεί επιτυχώς η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας η σχετική βιβλιογραφία έχει κατακλυστεί με μια πληθώρα από μοντέλα και τεχνικές εφαρμογής. Τα μοντέλα συνήθως παρουσιάζονται ως «βήματα» στην ποιότητα, «φάσεις» στην βελτίωση της ποιότητας ή Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως Αλλαγή Κουλτούρας (Nuabueze, 2001). Έτσι, λοιπόν ο Claus (1991) συνηγορεί σε τρία βήματα για την εφαρμογή της ποιότητας:

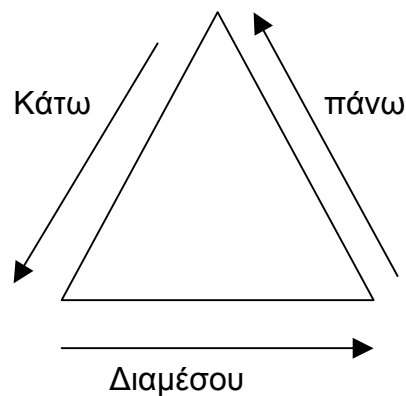
- Οργάνωση για να επέλθει η αλλαγή
- Προετοιμασία του περιβάλλοντος
- Συμμετοχή του περιβάλλοντος

2.2.7 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Αποτελεσματική Επικοινωνία

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας χρειάζεται να αναπτυχθεί προσεκτικά και να εφαρμοστεί με τρόπο που να επιφέρει μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, ένας οργανισμός είναι απαραίτητο να γνωρίζει καλά τα προβλήματα και τις αντιξοότητες που μπορεί να προκύψουν και να δυσκολέψουν την εφαρμογή της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας. Το πιο κρίσιμο συστατικό για την επιτυχή εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι

η αποτελεσματική επικοινωνία. Σύμφωνα με τον Nuabueze (2001), για να ισχύει κάτι τέτοιο η επικοινωνία πρέπει να λειτουργεί σε τρεις διαστάσεις.

Σύμφωνα με αυτό, λοιπόν, η ελεύθερη ροή της επικοινωνίας και των πληροφοριών εξασφαλίζει πως όλοι μέσα στον οργανισμό γνωρίζουν και κατανοούν την αποστολή, την προσπάθεια για βελτίωση, την ανάδραση, τις απαιτήσεις των πελατών και αρχίζει να γίνεται ξεκάθαρο ποιες είναι οι ελλείψεις που πρέπει να καλυφθούν.



Πηγή: Nuabueze, 2001

Σχήμα 1: Ελεύθερη ροή επικοινωνίας

Παρόλα αυτά, στην πραγματικότητα μάλλον ακριβώς το αντίθετο φαίνεται να συμβαίνει κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου, λοιπόν, να εφαρμοστεί η διοίκηση ολικής ποιότητας στον χώρο της υγείας είναι απαραίτητο να υπάρξει μια κοινή αντίληψη γύρω από την έννοια ποιότητα.

2.2.8 Ποιος καθορίζει την ποιότητα;

Ο όρος «ποιότητα» έχει χρησιμοποιηθεί με μια πληθώρα τρόπων. Παραδείγματος χάριν, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για:

- ποιοτικές εισροές - quality inputs (καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό)

- ποιοτικές διαδικασίες – quality processes (ακολουθώντας κλινικά πρωτόκολλα-protocols)
- ποιοτικά εκροές – quality outputs
- ποιοτικά αποτελέσματα- quality outcomes (χαμηλά ποσοστά επανεισαγωγής ασθενών) (Hart,1996).

Βεβαίως η ποιότητα μπορεί να οριστεί και από την σκοπιά των επαγγελματιών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει:

- «ιατρική» ποιότητα – medical quality (νοσοκομειακοί γιατροί)
- ποιότητα στα επαγγέλματα τα σχετικά με την περιποίηση (νοσηλευτικό προσωπικό και επαγγέλματα που συνδέονται με την ιατρική)
- ποιότητα «υπηρεσιών» (που ενσωματώνει τα ανωτέρω αλλά συμπεριλαμβάνει και άλλες πτυχές της παροχής υπηρεσιών, όπως γρήγοροι χρόνοι στις συναντήσεις των ασθενών με τους εκάστοτε επαγγελματίες)
- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας- TQM (μια εταιρική προσέγγιση στην ποιότητα - καθορίζεται από το μάνατζμεντ)
- ποιότητα που γίνεται αντιληπτή (όπως βιώνεται η ποιότητα κυρίως από τους ασθενείς αλλά και από άλλους βασικούς φορείς).

Προκειμένου να απαντηθεί πληρέστερα η ερώτηση ως προς το εάν οι ασθενείς λαμβάνουν μια ποιοτικά καλύτερη υπηρεσία, πρέπει να γνωρίζουμε ποια ομάδα είναι υπεύθυνη για την ποιότητα, πώς η ποιότητα καθορίζεται, και για ποιους λόγους γίνεται (Hart,1996).

2.2.9 Ο παράγοντας «πελάτης» και η οργανωτική απόδοση

Οι Crosby και Juran αναγνώρισαν τον παράγοντα «πελάτης» ως το θεμέλιο των οργανωσιακών στρατηγικών για τη διαχείριση των υπηρεσιών, της ποιότητας και της αξιοπιστίας. Η εστίαση και παραμονή κοντά στους πελάτες, η εκμάθηση των προτιμήσεών τους και η τροφοδότηση των αναγκών τους αποτελούν τους κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας που διαφοροποιούν τις «άριστες» επιχειρήσεις (Rose et al.,2004).

Η παροχή υπηρεσιών κακής ποιότητας και η ύπαρξη δυσαρεστημένων πελατών είναι οι πρόγονοι διάφορων κρίσιμων συμπεριφορών (McDougall και Levesque, 2000). Σύμφωνα με τη φιλοσοφία του Deming, τα πραγματικά κέρδη δεν προέρχονται ακριβώς από τους ικανοποιημένους πελάτες, αλλά από τους πιστούς πελάτες (Rose et al., 2004). Συμπεράσματα που έχουν προκύψει από έρευνες, έχουν δείξει ότι οι επιχειρήσεις που κατόρθωσαν να διατηρήσουν ακριβώς 5 τοις εκατό (5%) περισσότερο, των πελατών τους, είχαν ένα αυξανόμενο κέρδος σχεδόν 100 τοις εκατό (100%) (Gagliano και Hathcote, 1994). Επιπλέον, ένας δυσαρεστημένος πελάτης είναι πιθανό να διαδώσει τη δυσαρέσκεια του δέκα φορές περισσότερο από ότι ένας ικανοποιημένος πελάτης την ευχαρίστησή του. Όπως παρατίθεται από τον Onretneit (2000), το κόστος των εκκρεμών καταγγελιών από τους δυσαρεστημένους «πελάτες» -ασθενείς για ένα νοσοκομείο με 88.000 ασθενείς, οι οποίοι έχουν πάρει ελιξίριο, υπολογίζεται ετησίως να είναι 4 εκατομμύρια δολάρια. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η ικανοποίηση των «πελατών» αποτελεί προτεραιότητα για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

2.2.10 Ποιος είναι ο δέκτης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Μια σημαντική δυσκολία στον ορισμό της έννοιας της ποιότητας βρίσκεται στο γεγονός ότι το παραδοσιακό TQM εστιάζει στην ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του πελάτη. Στην περίπτωση ενός εμπορικού προϊόντος, ο όρος

"πελάτης" μπορεί να ισχύσει και για τον αγοραστή (δηλ. κάποιος που πληρώνει τα χρήματα για μια υπηρεσία) και επίσης για το "καταναλωτή" (ένας που απολαμβάνει το όφελος). Εντούτοις, η αναδιοργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια διοικούμενη αγορά, έχει οδηγήσει στην μια διαφοροποίηση του ρόλου του πελάτη σε 1) καταναλωτή των υπηρεσιών και 2) παροχέα των υπηρεσιών (Hart,1996).

2.3 Οι ποιοτικοί στόχοι της υγειονομικής περίθαλψης

Στην τελική έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική (Fadlalla και Wickramasinghe, 2004), διαπιστώθηκε ότι η βελτίωση της φροντίδας του ασθενή συνδέεται ολοκληρωτικά με την παροχή της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθεί υψηλή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης η επιτροπή προσδιόρισε έξι βασικούς ποιοτικούς στόχους οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

- η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι ασφαλής - αποφεύγοντας τους τραυματισμούς στους ασθενείς από την φροντίδα που τους παρέχεται με σκοπό να τους βοηθήσει
- αποτελεσματική - παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες σε όλους τους τομείς και προωθώντας την επιστημονική γνώση
- προσανατολισμένη στον ασθενή - παρέχοντας την προσοχή και την φροντίδα που είναι πλήρης σεβασμού και ανταποκρίνεται στις μεμονωμένες προτιμήσεις, ανάγκες, αξίες του ασθενή και επιπλέον εξασφαλίζει ότι οι αξίες για τον ασθενή είναι αυτές που οδηγούν όλες τις αποφάσεις του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης

- έγκαιρη - μειώνοντας την αναμονή και μερικές φορές τις επιβλαβείς καθυστερήσεις, τόσο για εκείνους που λαμβάνουν την φροντίδα όσο και για εκείνους που την παρέχουν
- αποδοτική - αποφεύγοντας τα προβλήματα και ελαττώματα
- δίκαιη - παρέχοντας φροντίδα που δεν ποικίλλει σε ποιότητα αναλόγως με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή (Fadlalla και Wickramasinghe, 2004)

Όπως είναι προφανές οι ανωτέρω ποιοτικοί στόχοι μπορούν μόνο να επηρεαστούν αρνητικά από την κακή ποιότητα και ροή πληροφοριών. Αντιθέτως, μια υψηλότερη ποιότητα, ροή και ακεραιότητα πληροφοριών θα μπορούσε να επιδράσει θετικά σε αυτούς τους ποιοτικούς στόχους βοηθώντας έτσι να μειωθεί ο μεγάλος αριθμός ιατρικών λαθών που διακατέχουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Fadlalla και Wickramasinghe, 2004).

Αυτό που είναι κρίσιμο στη συνέχεια είναι να ενσωματωθούν αυτοί οι ποιοτικοί στόχοι στην κατασκευή του προϊόντος πληροφοριών έτσι ώστε αυτό που θα απορρέει να είναι ποιοτική πληροφόρηση. Αυτό απαιτεί την καθιέρωση ενός ποιοτικού προγράμματος πληροφοριών που να εξυπηρετεί:

- ❖ Την διάρθρωση ενός ποιοτικού οράματος πληροφοριών στους επιχειρησιακούς όρους υγειονομικής περίθαλψης
- ❖ Την καθιέρωση των κεντρικών ευθυνών για την ποιότητα πληροφοριών μέσα στις διαδικασίες κατασκευής προϊόντων πληροφοριών
- ❖ Την εκπαίδευση των «παραγωγών» και «καταναλωτών» των πληροφοριών για τα ποιοτικά ζητήματα σχετικά με την πληροφόρηση

- ❖ Την θεσμοθέτηση, αξιολόγηση και συνεχή ανάπτυξη νέων ποιοτικών δεξιοτήτων στην παροχή πληροφοριών (Fadlalla και Wickramasinghe, 2004).

2.4 Εμπόδια κατά την διάρκεια ενός Προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Η επιτυχής εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας θα μπορούσε να επιφέρει μερικά από τα άμεσα και έμμεσα οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της ενισχυμένης ανταγωνιστικής θέσης, την υψηλότερη παραγωγικότητα, τις μειωμένες δαπάνες και καλύτερη διαχείριση δαπανών, την αυξανόμενη πίστη από πλευράς πελατών και διατήρηση, ή και την βελτίωση του ηθικού των υπαλλήλων, (Forza & Filippini, 1998, Lorente et al, 1999, Chen et al., 2004).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εφαρμογής, τα λάθη και τα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν συνοψίζονται ως εξής:

1. Έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης: Χωρίς την υποστήριξη από την κορυφαία διαχείριση, οι προσπάθειες θα είναι μάταιες (Brashier and Sower, 1996, Matherly and Lasater, 1992; Chen et al., 2004).
2. Δυσκολία αλλαγής της φιλοσοφίας που επικρατεί στον οργανισμό.
3. Προβλήματα εφαρμογής: Πριν από την εφαρμογή της διοίκησης Ολικής ποιότητας, η διαχείριση οφείλει να λαμβάνει :
 - ο μια επιχειρησιακή δέσμευση για τη διαδικασία
 - ο να επικοινωνεί το όραμα, την αποστολή, και τους στόχους του οργανισμού και
 - ο να παρέχει ανοικτή επικοινωνία

4. Ελλιπής χρήση των στοιχείων: Για την επιτυχή εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα στοιχεία πρέπει να είναι αξιόπιστα, η διαδικασία μέτρησης πρέπει να είναι συνεπής, και οι μέθοδοι ανάκτησης στοιχείων πρέπει να είναι ικανοποιητικές (Chen et al., 2004).

Τα πρόσθετα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της φτωχής εφαρμογής του TQM είναι:

- ο έλλειψη συνεργασίας και ομαδικής εργασίας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εργασίας
- ο μια αποτυχία να γίνει κατανοητό, τι η ομαδική εργασία συνεπάγεται
- ο εστίαση σε βραχυπρόθεσμα κέρδη αντί των μακροπρόθεσμων στόχων
- ο ανεπαρκής πόροι ή έλλειψη συνεχούς υποχρέωσης των πόρων
- ο έλλειψη συνεχούς και αποτελεσματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης
- ο αποτυχία να επικεντρωθεί στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών
- ο έλλειψη αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των υπαλλήλων
- ο έλλειψη κοινής διορατικότητας, αποστολής, ή κατευθυντήριων αρχών
- ο έλλειψη στρατηγικής κατεύθυνσης
- ο διοικητική αποτυχία να αναγνωριστεί ή να ανταμειφθεί η επίτευξη του στόχου (Black & Porter, 1996; Chen et al., 2004; Stashevsky & Elizur, 2000).

Επιπλέον τα εμπόδια που πρέπει να προσπελαθούν κατά την έναρξη ενός προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι:

- 1) το **ενδιαφέρον από πλευράς των υπαλλήλων**: Να υπάρχει η βεβαιότητα ότι οι υπάλληλοί γνωρίζουν πως η επιτυχία σε αυτό το πρόγραμμα έχει επιπτώσεις στη θέση εργασίας τους δεδομένου ότι πολλοί μπορούν να

θεωρήσουν ότι ένα επιτυχές TQM πρόγραμμα θα αποβάλει την εργασία τους, θα τους απομακρύνει, και θα είναι λιγότερο ενθουσιώδεις στη προσπάθεια να αποδώσουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Είναι πολύ βασικό η ηγεσία να ενημερώνει συχνά το προσωπικό μιας και η αλλαγή πάντα συνοδεύεται από κάποιο βαθμό φοβίας (Brashier and Sower, 1996, Gopalakrishnam and McIntyre, 1992, Stephens, 1994).

- 2) **Η μη ενεργή ανάμειξη των γιατρών:** Συχνά παρατηρείται ότι κάθε οργανισμός επενδύει χρήματα προκειμένου να διαθέτει τους κατάλληλους γιατρούς οι οποίοι θα ενδιαφέρονται και θα ασχολούνται με τους ασθενείς. Γιατροί με ενδιαφέρον και ιδιαίτερο ζήλο για αυτό που κάνουν, αποτελούν ουσιαστικά ένα τεράστιο μέρος οποιουδήποτε επιτυχούς προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Brashier and Sower, 1996, Lewis and Lamprey, 1992).
- 3) **Η έλλειψη ενός καλού μελλοντικού σχεδίου:** Η εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας μπορεί να χρειαστεί αρκετά έτη και ανεξαρτήτως με το πόσο καλά έχει σχεδιαστεί έχει να αντιμετωπίσει παγίδες.
- 4) **Η έλλειψη εστίασης στη διαδικασία:** Ο Edwards Deming έχει δηλώσει ότι το σύστημα είναι αρμόδιο για το 85 τοις εκατό (85%) σε κάτι που πηγαίνει στραβά. Η εστίαση στη διαδικασία και όχι στο άτομο αποτελεί το κλειδί για σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων (Brashier and Sower, 1996, Hassen, 1991).
- 5) **Η χρησιμοποίηση του υψηλού κόστους ως δικαιολογία** για την μη εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας: Συχνά αναφέρεται από νοσοκομεία που εφαρμόζουν ποιότητα ότι είναι καλύτερα το κόστος του TQM να αποκρύβεται, έτσι ώστε οι διευθυντές τμημάτων να μην το χρησιμοποιούν ως δικαιολογία για την μη εφαρμογή των εργαλείων και τεχνικών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Brashier and Sower, 1996, Johnson, 1991).

6) **Τέλος, η κατάρτιση** είναι ένα άλλο σημαντικό μέρος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας- TQM που είναι σημαντικό να αναφερθεί. Για να είναι επιτυχές ένα TQM πρόγραμμα, πρέπει σε κάθε υπάλληλο να παρασχεθεί κατάρτιση. Αυτή η κατάρτιση μπορεί να παρασχεθεί είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά. Η εκπαίδευση που γίνεται εκ των έσω σε έναν οργανισμό είναι προφανώς λιγότερο ακριβή από την χρησιμοποίηση εξωτερικών συμβούλων, αλλά διάφοροι οργανισμοί προτιμούν αρχικά τη δεύτερη λύση γιατί προσθέτει μεγαλύτερη αξιοπιστία στη TQM διαδικασία. Άλλοι οργανισμοί απασχολούν τους εξωτερικούς συμβούλους απλά για την εκπαίδευση των ανώτερων διευθυντών, οι οποίοι έπειτα αναμένεται να εκπαιδεύσουν τους άμεσους υφισταμένους τους, οι οποίοι εν συνεχεία θα εκπαιδεύσουν τους υπαλλήλους τους (Brashier and Sower, 1996). Ανεξάρτητα, όμως από τον τρόπο που προσφέρεται η ύπαρξη μιας ουσιαστικής εκπαίδευσης αποτελεί κεντρικό παράγοντα για την σωστή επιτυχία και λειτουργία οποιουδήποτε οργανισμού.

2.5 Τρόποι εφαρμογής της στρατηγικής στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Ένας οργανισμός προκειμένου να εξασφαλίσει ότι διαθέτει τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες δραστηριότητες.

2.5.1 Να εξασφαλιστεί ότι η παρουσία και συμμετοχή του μάνατζερ είναι ορατή.

Η Jackson (2001) υποστηρίζει ότι η συμμετοχή της ηγεσίας πρέπει να γίνεται "εμμονή" εάν η διοίκηση ολικής ποιότητας πρόκειται να επιτευχθεί. Επιπλέον, αυτή η συμμετοχή πρέπει να είναι ορατή διότι οι άνθρωποι του οργανισμού θα ανταποκριθούν καλύτερα αν δουν ότι οι ηγέτες εφαρμόζουν έμπρακτα τις ίδιες αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας που και οι ίδιοι αναμένεται να εφαρμόσουν.

Επομένως η συμπεριφορά των κορυφαίων διευθυντών πρέπει να αντιπροσωπεύει τις αξίες και τις προσδοκίες του νέου πολιτισμού.

Ομοίως, ο Ovretveit (1999) υποστηρίζει ότι οι ηγέτες μέσα σε έναν οργανισμό πρέπει να καταστήσουν ορατές τις συνεχείς προσπάθειες για βελτίωση εάν θέλουν και οι συνεργάτες τους να δεσμευτούν με τις ίδιες αξίες. Οι άνθρωποι είναι πολύ πιο ικανοποιημένοι όταν ακολουθούν ένα καλό πρότυπο (Ovretveit, 1999). Παρόλα αυτά, η διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ορατής συμμετοχής μπορεί να είναι προκλητική κατά περιόδους και έτσι οι ηγέτες ίσως χρειαστεί να προσδιορίσουν μια ομάδα υποστήριξης ή ανθρώπους «κλειδιά» που θα βοηθήσουν να συνεχιστούν οι προσπάθειές τους και σε δύσκολες, προκλητικές και αμφισβητήσιμες περιόδους.

2.5.2 Προώθηση του προγράμματος

Η Jackson (2001) παρατήρησε ότι μέσα στην υγειονομική περίθαλψη που προωθεί μια πρωτοβουλία σχετική με διοίκηση ολικής ποιότητας συνδέθηκε με τις επιτυχίες και ανεπιτυχίες προσεγγίσεις εφαρμογής, γι αυτό το λόγο ο προγραμματισμός είναι μια δραστηριότητα που οι ηγέτες πρέπει να εξετάσουν λαμβάνοντας υπόψη τους κανόνες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις της οργάνωσης.

2.5.3 Δέσμευση των τρεχόντων πόρων

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

2.5.4 Συντονισμός για την σωστή εισαγωγή των εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Ο Wright (1997) παρατήρησε ότι οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να θεωρήσουν ότι ελάχιστα μπορούν να μαθευτούν από άλλους τομείς, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν δέχονται εύκολα τη δυνατότητα εκμάθησης από άλλους οργανισμούς. Η Jackson (2000) παρατήρησε ένα παρόμοιο σενάριο κατά την εφαρμογή της του μοντέλου επιχειρηματικής υπεροχής EFQM σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να επισημανθεί ότι μια επιτυχής εφαρμογή μιας τέτοιας προσέγγισης συνδέεται με μια συγχρονισμένη εισαγωγή των εννοιών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Ovretveit, 1999). Για παράδειγμα, σε σχέση με το πρότυπο τελειότητας EFQM, αυτό θα σήμαινε τη διασφάλιση, μέσα στον οργανισμό, μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης (που να εστιάζει στις έννοιες).

2.5.5 Ενσωμάτωση των εργαλείων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον Ovretveit (1999) εάν δεν υπάρχει ενοποίηση ένας οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους του στο μέγιστο βαθμό και με την καλύτερη αποδοτικότητα. Έτσι λοιπόν όταν υπάρχουν ενοποιημένες δραστηριότητες που αντανακλούν τις επιθυμητές αξίες που πρέπει να έχει ένας οργανισμός επιτρέπουν στους ανθρώπους να συνεχίζουν μέσα σ' ένα κλίμα «άνεσης» και λαμβάνοντας, ταυτόχρονα, υπόψη τις νέες έννοιες και τους νέους τρόπους εργασίας. Έτσι οι συναντήσεις και οι ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης μπορούν να εμπλουτίσουν και να υποστηρίξουν τη διαδικασία εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας (Dayton,2003).

2.5.6. Εξασφαλίστε τις γρήγορες επιτυχίες

Δεδομένου ότι η επίτευξη των χαρακτηριστικών που συνδέονται με τη διοίκηση ολικής ποιότητας απαιτεί χρόνο, είναι σημαντικό να εξασφαλιστούν οι γρήγορες και

εύκολες ενέργειες που θα οδηγήσουν στην επιτυχία. Η Jackson (2001) αναφέρει ότι ο τομέας αυτός είναι πολύ σημαντικός κατά την εφαρμογή των εννοιών της αυτοαξιολόγησης και της συνεχούς βελτίωσης μέσα στις κλινικές υπηρεσίες υποστήριξης ενός νοσοκομείου (Jackson et al, 1998).

2.5.7. Γιορτάστε την επιτυχία

Σύμφωνα με τον Brannan (1998) η αναγνώριση και ο εορτασμός των επιτυχιών αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική πλευρά του προγράμματος εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας εάν με αυτό τον τρόπο δύναται να εξασφαλιστεί η συνεχής συμμετοχή όλων.

2.5.8 Παροχή καλής πληροφόρησης

Οι άνθρωποι που σχετίζονται με την εφαρμογή ενός προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας είναι σημαντικό να παραμένουν ενήμεροι για την πρόοδο που επιτελείται. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αντίσταση ως προς αυτό (Brannan, 1998) και παράγεται ένα αίσθημα συμμετοχής. Η καλή επικοινωνία πρέπει να είναι έγκαιρη, ακριβής, συνεπής και κατάλληλη. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται καλύτερα με τη χρησιμοποίηση ποικίλων μεθόδων που μπορεί να είναι λεκτικοί, γραπτοί (έγγραφο και ηλεκτρονικός), διάφορες τελετές για επιβράβευση, συνέδρια και άλλα ειδικά γεγονότα. Επιπλέον, αυτές οι μέθοδοι πρέπει να χρησιμοποιηθούν τακτικά για να εξασφαλίσουν τη μέγιστη επίδραση (Brannan, 1998; Jackson, 2001).

2.5.9 Εξασφάλιση ότι όλοι συμμετέχουν

Στην προσπάθεια για την επίτευξη κουλτούρας σε έναν οργανισμό, ως ενδεικτικό της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η συμμετοχή όλων στην διαδικασία (Downey-Ennis et al, 2004). Ως εκ τούτου εξαρτάται από τους ηγέτες προγράμματος και τους διευθυντές οργάνωσης να εξασφαλίσουν τη συμβολή όλων σε αυτό το ποιοτικό ταξίδι. Οι δραστηριότητες που υποστηρίζουν κάτι τέτοιο περιλαμβάνουν,

αναγνώριση του προσωπικού, καλή επικοινωνία, κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, κοινοποίηση της επιτυχίας και ένα κατάλληλο σύστημα για την διασφάλιση της προόδου (Dayton, 2003). Παρόλα αυτά, κοινό τόπο αποτελεί το γεγονός ότι οι διαφορετικοί άνθρωποι μαθαίνουν με διαφορετικές ταχύτητες και συχνά χρειάζονται διαφορετικές ανάγκες για να κατανοήσουν την αξία της χρησιμοποίησης ενός εργαλείου διοίκησης ολικής ποιότητας (Jackson, 2001).

2.5.10 Αναγνώριση του προσωπικού

Η αναγνώριση του προσωπικού είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας σε ένα πρόγραμμα εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας (Brannan, 1998) δεδομένου ότι αυτό είναι μια από τις κεντρικές αξίες του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διάφορα γεγονότα αναγνώρισης (επίσημα ή άτυπα), όπως τις τελετές επιβραβεύσεων και τα εργαλεία δημοσιοποίησης (Jackson, 2001).

2.5.11 Παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης

Η May (1998) αναφέρει ότι η εμπειρία έχει δείξει ότι καθένας που συμμετείχε σε προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είχαν μια διαφορετική άποψη για αυτό που έκαναν και γιατί το έκαναν. Σύμφωνα με την Jackson, ο Crosby (1980) προτείνει ότι ένα πρόγραμμα εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει τρεις μορφές εκπαίδευσης:

- προσανατολισμός στις έννοιες και τις διαδικασίες της ποιότητας,
- άμεση βελτίωση των ικανοτήτων και
- ένα συνεχής και επικεντρωμένη επικοινωνία της ιδέας της ποιότητας (Jackson, 2001).

Ο Wright (1997) υποστηρίζει αυτήν την προσέγγιση διότι μετά από παρατήρηση κατέληξε πως μερικοί επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να

εφάρμοζαν επιμελώς κάποιο από τα εργαλεία της ποιότητας στην πραγματικότητα όμως δε γνώριζαν το γιατί. Επομένως η συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση αποτελεί κλειδί για την επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας (Jackson, 2001; McAdam και Bannister, 2001; Zairi και Thiagarajan, 1997).

2.5.12 Χρήση εργαλείων ποιότητας

Ενώ η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια ολιστική έννοια, για την επιτυχία των χαρακτηριστικών της είναι απαιτούμενη η χρήση των γενικών ποιοτικών εργαλείων όπως τα διαγράμματα ανάλυσης Pareto, αιτίου και αιτιατού - cause and effect, η χαρτογράφηση της διαδικασίας - process mapping, ο στατιστικός έλεγχος της διεργασίας και τα ιστογράμματα. Θα αναμενόταν ότι κάποιος ειδικός εξοικειώνεται με τη χρησιμοποίηση αυτών των εννοιών στην υγειονομική περίθαλψη και οι ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης θα ευθυγραμμίζονταν αναλόγως (Jackson, 2001). Εντούτοις, η κοινή αίσθηση για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης δεν πρέπει να είναι αγνοημένη, καθώς αυτή μπορεί συχνά να αποτελεί την καλύτερη, και αποτελεσματικότερη μέθοδο που εφαρμόζεται.

2.6 Τελικά η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας λειτουργεί;

Έχει θεωρηθεί ότι είναι αδύνατο ή δύσκολο να αξιολογηθεί η διοίκηση ολικής ποιότητας και ότι γενικότερα στην πράξη έχει ελάχιστα εφαρμοστεί με τον σωστό τρόπο.

- Υπάρχουν ακόμη λιγότερες αποδείξεις από τον χώρο της υγείας στην Ευρώπη. Συμπεράσματα από έρευνες που έχουν γίνει καταλήγουν ότι υπάρχουν αποδείξεις για βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί μέσω ερευνητικών έργων αλλά δυστυχώς ασαφή αποτελέσματα από προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί. Πολλά νοσοκομεία υιοθετούν τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας και ακόμη μετά από δέκα χρόνια δεν υπάρχουν ξεκάθαρες αποδείξεις για το ποιος τύπος από τα TQM

προγράμματα είναι πιο επιτυχή ειδικά αν το συγκρίνουν με άλλες προσεγγίσεις βελτίωσης ποιότητας (Ovretveit, 2000).

2.6.1 Προβλήματα κατά την εφαρμογή

Στην Ευρώπη τα μεγαλύτερα προβλήματα στην εισαγωγή και εφαρμογή των ιδεών του TQM είναι:

- Το κόστος επένδυσης: Το TQM έχει να συναγωνιστεί άλλες επενδύσεις όπως τεχνολογία της πληροφορίας και ιατρικό εξοπλισμό.
- Η αβεβαιότητα.
- Η επαγγελματική αντοχή: μέσω της ομαδικότητας, γνωρίζοντας νέες μεθόδους και έχοντας πίστη ότι άλλες μέθοδοι μπορεί να είναι εξίσου καλοί. Επίσης δεν υπάρχει χρόνος (λόγω των απαιτήσεων των ασθενών και της αναγκαιότητας να καλυφθούν όλες οι ανάγκες) και επικρατεί ο φόβος για το χάσιμο της αυτονομίας (Yasin και Alani, 1999).
- Η διατήρηση της συνεχούς βελτίωσης εκεί όπου δεν υπάρχουν κίνητρα λόγω μη ανταγωνισμού στην αγορά ή επειδή η μέτρηση της ποιότητας είναι φτωχή.
- Ο χρόνος: Υπάρχει λίγος χρόνος για τους μάνατζερ και τους επαγγελματίες να επικεντρωθούν σε μακροπρόθεσμα σχέδια με αναμορφώσεις και συχνές αλλαγές στις υπηρεσίες παροχής υγείας (Ovretveit, 2000).

2.7 Επιτυχίες και μελλοντικές κατευθύνσεις

Έχουν υπάρξει επιτυχημένα προγράμματα από τα οποία μπορούμε να μάθουμε και υπάρχουν νέοι τρόποι με τους οποίους οι μέθοδοι διοίκησης ολικής ποιότητας χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες προσεγγίσεις:

- Υπάρχει μια σύγκλιση μεταξύ της διοίκησης ολικής ποιότητας και της βασιζόμενης σε αποδείξεις ιατρική. Και οι δύο δίνουν έμφαση σε μια συστηματική μέθοδο που βασίζεται σε γεγονότα.
- Computer support: Είναι αναγκαία τα στοιχεία για την σωστή προσέγγιση και για την ανανέωση των δεδομένων και διαδικασιών καθώς επίσης για την συλλογή και ανάλυση αυτών.
- Η γνώση για το πώς θα πραγματοποιηθούν ομαδικά ερευνητικά έργα που θα είναι πολύ αποδοτικά και θα περιλαμβάνουν δομές για την αντιμετώπιση εύκολων αλλά και δύσκολων προβλημάτων. Για την καλύτερη επιλογή των προβλημάτων, την ανταπόκριση των ομάδων, την διευκόλυνσή τους και την ηγεσία.
- Καλύτερη εκπαίδευση για γιατρούς και μάνατζερ (Ovretveit, 2000).

2.8 Διοίκηση ολικής ποιότητας και συνεχής βελτίωση της ποιότητας (CQI)

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αποτελεί την προσέγγιση της διοίκησης ποιότητας που εστιάζει στις διεργασίες και αναγνωρίζει εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες και προωθεί την ανάγκη για συλλογή των δεδομένων εκείνων που θα οδηγήσουν στην ανάλυση και βελτίωση των διεργασιών (Revere et al., 2004). Μια αμερικανική μελέτη 67 νοσοκομείων που χρησιμοποιούν διοίκηση ολικής ποιότητας διαπίστωσε ότι, μετά από δύο έτη, τα αποτελέσματα από τους ασθενείς (patient outcomes) δεν ήταν σημαντικά διαφορετικά συγκριτικά με εκείνα των νοσοκομείων που μόλις άρχιζαν να εφαρμόζουν διοίκηση ολικής ποιότητας. Μια άλλη μελέτη 61 αμερικανικών νοσοκομείων αναφέρει ότι τα προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας είχαν αποτύχει κατά ένα μεγάλο μέρος να αντιμετωπίσουν ποιοτικά ζητήματα. Μετά από 3.6 έτη κατά μέσο όρο, λιγότεροι από 30% είχαν εξετάσει την κλινική ποιότητα, και μόνο 14% των παθολόγων είχε

συμμετάσχει στην κατάρτιση μέσα σε 43% των επιλεγέντων νοσοκομείων (Ovretveit, J., 2003; Carman JM et al., 1996).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες ή την Ευρώπη ελάχιστες δημόσιες υπηρεσίες υγείας έχουν εισαγάγει πλήρη προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας, αν και υπάρχουν συχνά πολλές μικρότερης κλίμακας πρωτοβουλίες που καλούνται προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας. Μια από τις λίγες μακροπρόθεσμες αξιολογήσεις που έχουν αναφερθεί είναι αυτή μεταξύ των επιλεγμένων νοσοκομείων και κοινοτικών υγειονομικών υπηρεσιών που συμμετέχουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (United Kingdom National Health Service) / Τμήμα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης πειραματικού προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας (Department of Health and Social Security TQM pilot programme)(Ovretveit, J., 2003).

Αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι:

- δύο έτη μετά την εφαρμογή διοίκησης ολικής ποιότητας, τρεις από τις 20 υπηρεσίες, ξανάρχισαν τα ποιοτικά προγράμματά τους βασισμένοι πλέον στην προσέγγιση του Deming
- πολλές υπηρεσίες παρόλο που δεν είχαν εισαγάγει μια πλήρη στρατηγική διοίκησης ολικής ποιότητας, ενθάρρυναν τις μικρής κλίμακας πρωτοβουλίες στα διαφορετικά τμήματα και τα επαγγέλματα
- υπήρξαν μερικές αλλαγές στην κατανόηση των ποιοτικών μεθόδων από το προσωπικό σχεδόν σε όλες τις περιοχές που εφαρμοζόταν
- η επένδυση σε ποιοτικά προγράμματα ήταν μεταξύ 5% και 10% συγκριτικά με οργανισμούς μη υγειονομικής περίθαλψης

- ελάχιστη εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε για την κατανόηση των βασικών αρχών της ποιότητας, των ποιοτικών μεθόδων ή τη βελτίωση της διαδικασίας
- μόνο τέσσερις υπηρεσίες στο δείγμα ήταν σε θέση να συμπεριλάβουν και γιατρούς
- τα περισσότερα προγράμματα είχαν ελαττωθεί λόγω του κύκλου εργασιών του προσωπικού, την αναδόμηση, τους ελάχιστους πόρους και τη φτωχή διαχείριση προγράμματος.

Πιθανόν, η πλέον φιλόδοξη στρατηγική είναι εκείνη του Ηνωμένου Βασιλείου NHS. Από το 1998, έχει περιλάβει τις γενικές στρατηγικές των πρόσθετων πόρων και της αναδόμησης. Συγκεκριμένες στρατηγικές περιλαμβάνουν τις εθνικές οδηγίες και τα πρότυπα για την κλινική φροντίδα και περίθαλψη, την εθνική επιθεώρηση και τη δημόσια ποιοτική απόδοση υποβάλλοντας μια έκθεση, έναν νόμο που δίνουν όλες τις οργανώσεις NHS με ένα "νομικό καθήκον της ποιότητας" και που απαιτείται να εφαρμοστεί μια στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας και τα κλινικά συστήματα ποιοτικής διαχείρισης διακυβέρνησης, Κανένα στοιχείο των αποτελεσμάτων ή των δαπανών δεν αναφέρεται και καμία έρευνα για να συγκεντρώσει τέτοια στοιχεία δεν προγραμματίζεται (Ovretveit, 2003).

Το 2000 μια μελέτη περίπου 20% όλων των προμηθευτών παροχής υγειονομικής περίθαλψης του NHS του Ηνωμένου Βασιλείου διαπίστωσε ότι σχεδόν όλες εφαρμόζαν εκπαιδευτικά προγράμματα, τοπικές οδηγίες, ομάδες βελτίωσης, και παρόμοιες μεθόδους αξιολόγησης (Bandolier, 2001), με τις μισές να χρησιμοποιούν ανατροφοδότηση (feedback) των στοιχείων απόδοσης. Λιγότεροι από τους μισούς θεώρησαν ότι τα εκπαιδευτικά και καθοδηγητικά προγράμματα ήταν αποτελεσματικά (Wallace et al., 2001).

Η Νορβηγική στρατηγική για την ποιότητα που ίσχυε από το 1995 αναθεωρήθηκε ως μέρος της ανάπτυξης μιας νέας στρατηγικής το 2003, αλλά καμία έκθεση δεν έχει δημοσιευθεί (Ovretveit, J.,2003). Μια ομάδα εμπειρογνομόνων έχει συντάξει ένα σύνολο αρχών ως οδηγό για τις εθνικές στρατηγικές ποιότητας, βασισμένες στην εμπειρία από πρακτικές ποιότητας που εφαρμόστηκαν στο NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1985 (Shaw C, Nichol, 2000).

Οι πιο μακροχρόνιες στρατηγικές ποιότητας που εφαρμόστηκαν σε νοσοκομεία στην Ευρώπη, και οι πλέον επιτυχημένες σύμφωνα με τις εκθέσεις τους, είναι εκείνες Reinier de Graaf in Delft and Maastricht The Netherlands, Haugesund, Kristiansand, Tromsø και Trondhiem νοσοκομεία στην Νορβηγία, Danderyd and Huddinge στη Στοκχόλμη, Leicester Royal Infirmary στο Ηνωμένο Βασίλειο και ένα νοσοκομειακό σύστημα στο Μόναχο, στη Γερμανία, και στο νοσοκομείο της Πάδοβας και του Reggio Emilia στην Ιταλία (Ovretveit, 1997; Ovretveit, 2003).

2.9 Μια εθνική ποιότητα υγείας πρέπει να προγραμματίζει το σκοπό που πρέπει να έχει ένα σχέδιο

Οι στόχοι ενός ποιοτικού σχεδίου είναι:

- να περιγράψει τα νέα όργανα και να υποστηρίξει τις δομές με τις οποίες θα μεταφέρει και θα στηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας σε μια χώρα
- να περιγράψει το ρόλο των διαφορετικών συνεργατών στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης
- να σύρει μαζί τις δραστηριότητες και τις ιδέες και να παράσχει ένα όχημα για ένα συντονισμένο και συνεχές πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας
- να υποδηλώσει τα πρώτα βήματα που πρέπει να γίνουν και τις ευθύνες για δράση.

Ένα "αρχικό πλαίσιο" δεν είναι αναγκαίο να δίνει λεπτομέρειες ή χρονοδιαγράμματα. Αυτά μπορεί να τα αναπτύξει μια εθνική επιτροπή ποιότητας σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας, καθώς μαθαίνουν μέσα από την εμπειρία και από τη βαθύτερη γνώση που αποκτιέται κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης από τις ποιοτικές μεθόδους και τα προγράμματα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά ενός σχεδίου είναι:

- Η ανάπτυξη και δοκιμή συγκεκριμένων μεθόδων ποιότητας όπως η ομαδική επίλυση προβλημάτων ή η εφαρμογή ενός συστήματος διοίκησης ποιότητας σε επιλεγμένες περιοχές του οργανισμού. Το σχέδιο θα σκιαγραφούσε πως αυτή η προσπάθεια θα αξιολογούνταν και η προσέγγιση θα επανεξεταζόταν για μια πιο ευρεία χρήση, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο μια κεντρική μονάδα ποιότητας θα διάχεε την προσέγγιση σε άλλες περιοχές.
- Η καθιέρωση των περιοχών εκείνων που θα αποτελούσαν υπόδειγμα για τον τρόπο με τον οποίο η επένδυση στο προσωπικό και σε συστήματα διαχείρισης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα διατηρώντας χαμηλό κόστος.
- Η ενθάρρυνση στους επαγγελματικούς οργανισμούς να ασκήσουν την ηγεσία τους με τρόπο που να αναβαθμίζουν την ποιότητα και τον επαγγελματισμό.
- Η ανάπτυξη νέων κινήτρων για το προσωπικό στους χώρους της υγειονομικής περίθαλψης που θα οδηγούσαν στη βελτίωση της ποιότητας.
- Οι εξωτερικές διαδικασίες αναθεώρησης όπως η peer-όμοια αναθεώρηση και ο ισχυρότερος κανονισμός της ποιότητας των ιδιωτικών επαγγελματιών και των υπηρεσιών μέσω της αποτελεσματικότερης επιθεώρησης, της πιστοποίησης και της χορήγησης αδειών της πρακτικής (όχι μόνο

εγκαταστάσεις και εξοπλισμός), με τις επίσημες διαδικασίες για την έκκληση και την προστασία ενάντια στη δωροδοκία.

Και, εάν δεν εξετάζονται από άλλα προγράμματα μεταρρύθμισης:

- αναβάθμιση των δεξιοτήτων όλου του προσωπικού υγείας και εκσυγχρονισμός της κατάρτισης και των εκπαιδευτικών όργανο, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης στα ποιοτικά πρότυπα και τις τοποθετήσεις
- βελτιωτικός εξοπλισμός και προμήθειες, με την επαρκή υπευθυνότητα για τη χρήση τους μέσω των διαδικασιών επίβλεψης και ελέγχου και
- μια αναθεώρηση και μια αιτιολόγηση των εγκαταστάσεων υγείας ώστε περισσότερο να προσανατολιστεί και προσιτός στις ανάγκες του πληθυσμού.

2.10 Το κόστος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Πριν επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στο κόστος ποιότητας, θα πρέπει να υπενθυμισθεί ότι:

α) Η έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών ουσιαστικά υπήρξε μία ακόμη προσπάθεια για την έξοδο από την κρίση των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων, κρίση που χαρακτηρίζεται από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Έτσι, είναι ευρύτερα αποδεκτό, ότι η καλύτερη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών μπορεί να συμβαδίσει με τον περιορισμό του κόστους.

β) Στον ορισμό της ποιότητας υπεισέρχεται και η έννοια των διαθέσιμων πόρων τόσο με τη λογική των περιορισμών που το κάθε σύστημα υγείας έχει να

αντιμετωπίσει όσο και με την έννοια της καλύτερης δυνατής αξιοποίησης ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι τόσο στην παραγωγή όσο και στην παροχή υπηρεσιών, οι επιχειρήσεις, ανεξάρτητα εάν ανήκουν στον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα, αν είναι κερδοσκοπικές ή κοινωφελούς χαρακτήρα, ασχολούνται ιδιαίτερα με τον υπολογισμό του κόστους και αξιοποιούν τα πάσης φύσεως στοιχεία και πληροφορίες που σχετίζονται με την διαμόρφωση του κόστους για τον έλεγχο αλλά και τον προγραμματισμό, βραχυπρόθεσμο, μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο. Αυτό επιτυγχάνεται και μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού ο οποίος αποτελεί ένα στρατηγικό εργαλείο για κάθε επιχείρηση ή φορέα.

Η αύξηση του ανταγωνισμού οδήγησε τις εταιρείες στην αναζήτηση μεθόδων και εργαλείων για την συστηματική μέτρηση και ανάλυση του κόστους ποιότητας, και κυρίως του κόστους από την έλλειψη της ποιότητας.

Τέλος ιδιαίτερη σημασία έχει η διαχρονική εκτίμηση και παρακολούθηση του κόστους ποιότητας τόσο για την αξιολόγηση των διαχρονικών μεταβολών στην ποιότητα όσο και για την ιεράρχηση των διαφορετικών προτάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας.

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

- 1) *Τη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.*

Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών έχει δύο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια

που μπορεί να έχει η φροντίδα. Η δεύτερη αντίθετα, αναφέρεται στις περιπτώσεις, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις (επεμβάσεις, εξετάσεις κλπ).

Η έλλειψη επαρκών φροντίδων σαφώς περιορίζει το επίπεδο της ποιότητας, εξίσου όμως επικίνδυνη και τελικά εις βάρος της ποιότητας είναι και η πρακτική των περιπτώσεων και κυρίως μη τεκμηριωμένων εξετάσεων και γενικώς ιατρικών πράξεων.

2) *Το οικονομικό κόστος της ποιότητας*

Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαδικασία διαπίστευσης κλπ. Αυτή είναι η μία πλευρά και η μία παράμετρος του κόστους ποιότητας, δηλαδή το κόστος επίτευξης της ποιότητας.

Η στρατηγική σημασία όμως της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό το κόστος επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία και ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως το «υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Έτσι το κόστος ποιότητας αναλύεται σε κόστος επίτευξης της ποιότητας και σε κόστος έλλειψης ποιότητας.

A) Κόστος επίτευξης της ποιότητας.

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες:

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

B) Κόστος έλλειψης ποιότητας

Το κόστος έλλειψης ποιότητας κατά τον Philip Crosby, είναι αυτό που θα απέφυγε ο οργανισμός εάν κάθε προϊόν ή υπηρεσία που προσφέρει ή και κάθε δραστηριότητα για την παραγωγή και διάθεσή τους ή κάθε δραστηριότητα υποστήριξης εκτελείται άψογα κάθε φορά την πρώτη φορά .

Μερικά παραδείγματα κόστους έλλειψης ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου είναι: Παράταση νοσηλείας, επανάληψη εξετάσεων, ακύρωση χειρουργικής επέμβασης, μη προγραμματισμένη επανεγχείρηση, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, ανεπιθύμητα συμβάντα από λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή από μετάγγιση. Μπορούν να παρατεθούν και πολλά άλλα παραδείγματα που φαίνονται λιγότερο απλά ωστόσο η συμμετοχή τους στη διαμόρφωση του κόστους δεν είναι καθόλου αμελητέα, όπως π.χ επιστροφή μερίδων φαγητού λόγω κακής ποιότητας (Οικονομοπούλου, 2002).

2.10.1 Επενδύοντας στην ποιότητα

Οι συνέπειες που μπορεί να έχει άμεσα και έμμεσα η έλλειψη της ποιότητας στον ευαίσθητο χώρο των υπηρεσιών Υγείας, αποτελούν το καλύτερο επιχείρημα για την άμεση βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Οι κάθε είδους δαπάνες που θα απαιτηθούν κυρίως για την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού και την βελτίωση της υποδομής αποτελούν στην πραγματικότητα την καλύτερη δυνατή επένδυση, εφόσον με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών επιτυγχάνεται (Οικονομοπούλου, 2002):

α) Για τον ασθενή

- αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης
- έγκαιρη διάγνωση

- κατάλληλη θεραπεία.
- αποφυγή (μείωση κινδύνου) επιπλοκών
- ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες
- βελτίωση ποιότητας ζωής

β) για το ιατρικό προσωπικό και τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

- ικανοποίηση από την εργασία τους
- υψηλό φρόνημα

γ) για την κλινική

- καλύτερη αξιοποίηση υποδομής
- μείωση μέσου όρου νοσηλείας
- καλύτερα αποτελέσματα μείωση)
- θνησιμότητα
- επιπλοκές
- επανεισαγωγές
- επανεγχειρήσεις
- αύξηση ικανότητας για καινοτομίες
- περισσότερος διαθέσιμος χρόνος για έρευνα και εκπαίδευση

δ) Για το νοσοκομείο

- καλύτερη διαχείριση πόρων
- ορθολογικότερη αξιοποίηση υποδομής
- μείωση κόστους νοσηλείας
- μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας
- καλύτερα αποτελέσματα σε δείκτες νοσηρότητας και θνητότητας

ε) Για το σύστημα υγείας

- βελτίωση επιπέδου υγείας λαού
- βελτίωση ικανοποίησης πολιτών

2.11 Τα μοντέλα ποιότητας στην Ευρώπη

Με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής δημιουργήθηκε από τον Αύγουστο του 1996 το ExPeRt project (external peer review techniques) με σκοπό να αξιολογήσει την χρήση και την ανάπτυξη των εξωτερικών επιθεωρήσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Heaton, 2000). Η ομάδα ExPeRt καθόρισε μια σειρά από αποστολές σε όλα τα έθνη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Heidemann, 2000). Στην πορεία αναγνωρίστηκαν τέσσερα κύρια μοντέλα για την μέτρηση των υπηρεσιών που παρέχονταν στις υπηρεσίες και είναι τα ακόλουθα:

1. Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO- International Organization for Standardization)
2. Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM
3. Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος- external peer review (*visitatie*)
4. Η Διαπίστευση- Accreditation

2.11.1 Οι κοινές προσεγγίσεις –Τέσσερα μοντέλα

Πολλές χώρες έχουν εθελοντικούς και νομικούς μηχανισμούς για την εξωτερική αξιολόγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης ενάντια στα καθορισμένα πρότυπα (Klanzina, 2000, Shaw, 2001; Bohigas και Heaton, 2000; Heaton, 2000) Ο καθένας από αυτούς τους μηχανισμούς προορίζεται να βεβαιώσει στοιχεία της ποιότητας. Οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνονται με κάποιες μικρές παραλλαγές σε τέσσερις κύριες προσεγγίσεις.

Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO- International Organization for Standardization), που έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση συγκεκριμένων

θεμάτων στις υπηρεσίες υγείας- κυρίως σε Γερμανία και Ελβετία- παρέχει τα πρότυπα ενάντια στα οποία οι οργανισμοί ή οι λειτουργίες μπορούν να πιστοποιηθούν από τους αρμόδιους ελεγκτές. Πιο συγκεκριμένα το ISO έχει χρησιμοποιηθεί σε συστήματα ακτινολογίας και εργαστηρίων, και γενικότερα σε συστήματα ποιότητας σε κλινικά τμήματα άλλα και σε ολόκληρα νοσοκομεία (Klanzina, 2000; Shaw, 2000; Shaw, 2001; Bohigas και Heaton, 2000, Gotzamani και Tsiotras 2002; Lee και Palmer, 1999; Eggli και Halfon, 2003; Shaw, 2003).

Τα κριτήρια Baldrige έχουν αναπτυχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες για την βελτίωση της ποιότητας στις διάφορες βιομηχανίες και αποτελούν βασική πηγή έμπνευσης του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM (Nabitz, 2000; Shaw, 2000). Το EFQM, το οποίο θα αναλυθεί στην πορεία εκτενέστερα, το χρησιμοποιούν στο χώρο της υγείας, οι οργανισμοί που αναζητούν τη συνεχή βελτίωση και το Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας. Βασίζεται, δε, σε κριτήρια απόδοσης που έχουν σχέση με κλινικά αποτελέσματα, ικανοποίηση ασθενών, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, ηγεσία (Shaw, 2000; Klazinga, 2000; Heaton, 2000; Pun et al., 1999; Shaw, 2003).

Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος - external peer review (visitation ή αλλιώς visitatie στα Ολλανδικά) είναι βασισμένη στο συλλογικά, προγράμματα για την αξιολόγηση και την παροχή επίσημης επικύρωσης σε επιμορφωτικά προγράμματα αλλά τώρα επίσης επεκτείνεται στην κλινική πιστοποίηση των υπηρεσιών (Klazinga, 2000; Shaw,2000; Shaw,2001; Weert, 2000; Shaw, 2003).

Η Διαπίστευση (Accreditation) αποτελεί την αρχή των αξιολογήσεων στα νοσοκομεία βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων. Αναπτύχθηκε το 1917 στις Ηνωμένες Πολιτείες ως ένας μηχανισμός αναγνώρισης της κατάρτισης στις διεπιστημονικές αξιολογήσεις των λειτουργιών, των οργανώσεων, και των δικτύων υγειονομικής περίθαλψης (Klazinga, 2000; Bohigas, 2000; Ruiz, 1999; Shaw, 2003). Αυτές οι οργανώσεις έχουν εξαπλωθεί από τις δυτικές χώρες στη λατινική Αμερική, Αφρική, και το νοτιοανατολικό τμήμα Ασίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και πιο

πρόσφατα στη Γαλλία, Ιταλία, και Σκοτία (Buetow, S and Wellingham, 2003; Shaw, 2000; Shaw, 2001).

2.11.2 Χρήση των τεσσάρων μοντέλων στην Ευρώπη (Heaton, 2000)

	Ενδιαφέρον για το μοντέλο
	Αρχική εφαρμογή του μοντέλου
	Εφαρμογή του μοντέλου

V	Visitatie
A	Accreditation
E	EFQM και άλλα εθνικά βραβεία ποιότητας βασισμένα στο EFQM
I	ISO 9000

	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IS	IE	IT	LU	NL	NO	PT	ES	SE	UK
V																	
A																	
E																	
I																	

Πηγή: Heaton, 2000

Πίνακας 1: Η χρήση των τεσσάρων μοντέλων στην Ευρώπη

Πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως η Ιταλία, η Δανία, η Ισπανία και το Βέλγιο δημιούργησαν εθνικά προγράμματα δράσης σχετικά με την εφαρμογή της ποιότητας στην υγεία. Ενώ η Γαλλία, η Γερμανία, η Σουηδία και η Ισπανία

συμπεριέλαβαν τη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας στην νομοθεσία τους.

Βιβλιογραφία 2^{ου} Κεφαλαίου

1. Attaran M., Fitzgerald, H., (1995), “ Implementing TQM in the Delivery of Government-Contracted Healthcare, Total Quality Management, March/April,1995, pp. 9-14.
2. Arcelay, A., Sannchez, E., Hernandez., L. et al., (1999) “ Self- assessment of all health centers of a public health service through the European Model of Total Quality Management”, International Journal for quality in healthcare, V.12, N.2, pp. 54-58.
3. Behara, R., Gudersen., D.,(2001), ”Analysis of quality management practices in services”, International Journal of quality and reliability management, Vol.18, No. 6, pp. 584-603.
4. Black, S. A. & Porter, L. J. (1996) Identification of the critical factors of TQM, *Decision Sciences*, Vol. 27, No1, pp. 1–21.
5. Blaise, P. and Kegels, G., (2004), “A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in healthcare systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg’s organizational models” International journal of health planning and management; 19: 337–364.
6. Bohigas, L., Heaton, C., (2000), “Methods for external evaluation of health care institutions”. Int J Qual Health Care vol. 12: 231–238.
7. Buetow, SA., Roland, M., (1999), ”Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care”. Qual Health Care 8: 184–190.
8. Buetow, S and Wellingham, (2003), “Accreditation of general practices: challenges and lessons”, Quality Safety Health Care, Vol. 12, pp. 129-135.
9. Brashier L., and Sower, V., (1996), “Implementation of TQM/CQI in the health-care industry A comprehensive model”, Benchmarking for Quality Management & Technology, Vol. 3 No. 2.
10. Brannan, K., (1998), “Total quality in health care”, Hospital Material Management Quarterly, May, Vol.19, No.4, pp.1-8.

11. Campbell S, Roland M, Wilkin D. (2001), "Improving the quality of care through clinical governance". *Br Med J* 322: 1580–1582.
12. Carman JM et al. (1996), "Keys for successful implementation of total quality management in hospitals". *Health care management review*, Vol.21, No.1, 48-60.
13. Claus, L., (1991),"Total quality management: a healthcare application", *Total Quality Management*, Vol.2, N.2, pp.131-148.
14. Chen, H., Lin, W., (2004), "Implementation in a Healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuellig Pharma in Taiwan", *Journal of Total Quality Management*.
15. Coulson-Thomas, C.J. (1997), "Process management in a hospital and health-care context", *Business Process Management Journal*, Vol. 3 No. 2, pp. 118-32.
16. Dahlgaard, J. J., Kristensen, K. & Kanji, G. K. (1998a) *Fundamentals of TQM* (London: Chapman & Hall).
17. Dahlgaard, Jens J. ,Dahlgaard, Su Mi Park & Edgeman, Rick (1998b): Core Value Deployment – the need for a new renaissance, *Total Quality Management*, vol. 9, 4, special issue with the proceedings of the third World Congress, Sheffield, UK.
18. Dahlgaard, Jens J., Dahlgaard & Su Mi Park & Edgeman, Rick (1998c): Core Values – the precondition for Business Excellence, *Total Quality Management*, vol. 9, 4, special issue with the proceedings of the third World Congress, Sheffield, UK.
19. Dahlgaard, Jens J. & Eskildsen, Jacob (1999a): Scoring Business Excellence, *European Quality*, Vol. 6, no. 1.
20. Dahlgaard, Jens J., Dahlgaard & Su Mi Park (1999b): Developing a Culture for Innovation, Creativity and Learning, *Total Quality Management*, vol. 10, 4 and 5, Special issue with the proceedings of the fourth World Congress, Sheffield, UK.
21. Dayton, N., (2003) "The demise of total quality management (TQM)",*The TQM Magazine*, Vol.15, Number 6 · pp. 391-396.

22. Downey-Ennis, K., Harrington, D., and Williams, B., (2004), "Head and Heart in Quality Implementation- Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions", *Total Quality Management*, Vol., 15, No, 8, pp. 114-1153.
23. Dunning, M., (2001), "Delivering Better Healthcare 3", *Bandolier extra*, December 2001, pp.1-12.
24. Egli Y., & Halfon, P., (2003), "A conceptual framework for hospital quality management", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 16, No.1, pp 29-36.
25. Ennis, K. and Harrington, D. (1999), "Factors to consider in the implementation of quality within Irish health care", *Managing Service Quality*, Vol. 9 No. 5, pp. 320-6.
26. Ennis, K., Harrington, D., (1999) "Quality management in Irish health care" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol.12,n.6,pp232-243.
27. Fadlalla, A., Wickramasinghe, N.,(2004), "An integrative framework for HIPAA-compliant I*IQ healthcare information systems", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, V.17, N.2, pp65-74.
28. Firth-Cozens J, Mowbray D (2001). "Leadership and the quality of care. *Quality in health care*, Vol 10, pp.13-17.
29. Forza, C. & Filippini, R. (1998) TQM impact on quality conformance and customer satisfaction: a causal model, *International Journal of Production Economics*, 55, pp. 1–20.
30. Gagliano, K.B. and Hathcote, J. (1994), "Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores", *Journal of Services Marketing*, Vol. 8 No. 1, pp. 60-9.
31. Giraud, A., (2001), "Quality improvement around the world : Accreditation and the quality movement in France" *Quality in health Care*, Vol.10, pp 111-116.
32. Gopalakrishnam, K.N. and McIntyre, B.E., (1992), "Hurdles to quality health care", *Quality Progress*, Vol. 25 No. 4, April, pp. 93-5.

33. Goldmann D. Sustaining CQI. *International journal for Quality in health care* Vol 9, No 1, pp.7-9.
34. Gotzamani, K., Tsiotras, (2002), "The true motives behind ISO 9000 certification. Their effect on the overall certification benefits and long term contribution towards TQM, *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 19 No. 2, pp. 151-169.
35. Grol R. (2000), "Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research?" *Int J Qual Health Care* 12: 455–456.
36. Hart. M.,(1996), "Improving the quality of NHS out-patient clinics: the applications and missapplications of TQM, *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.9,n.2, pp. 20-27.
37. Hassen, P., "Continuous quality improvement in health care: an example", *Business Quarterly*, Vol. 56 No. 2, Autumn 1991, pp. 34-40.
38. Heaton, C., (2000), "External peer review in Europe: an overview from the Expert Project", *International Journal for quality in health care*, Vol., 12, No.3, pp.177-183.
39. Henry, S., 2001, "Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system", *International Journal for Quality in Healthcare*, V.14, N.4, pp. 174-180.
40. Hug, Z.,(1996)," A TQM evaluation framework framework for hospitals: Observations from a study", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 13, No. 6, pp 59-76.
41. Jackson, S. and Bircher, R., (2002), "Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model", *International Journal Healthcare of Quality Assurance*, Vol. 15, No.6, pp255-267.
42. Jackson, S., Freer, J and France, B., (1998), "Managing change and learning that quality is journal not a destination", *British Journal of Health Care Management*, Vol.4, No.11, November, pp.528-33.

43. Jackson, S., (1998), "Organisational effectiveness within National Health Service (NHS) Trusts", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.11, No. 7, pp216-221.
44. Jackson, S., (2001), "Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service", *Quality Assurance Journal*, Vol.5, pp 19-31.
45. Jackson, S., (2001c), "Achieving clinical governance in Women's Services through the use of the EFQM Excellence Model" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.13, No. 4, pp182-190.
46. Jackson, S., (2001), "Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.14, No. 4, pp157-163.
47. Jarlier A, Charvet-Protat S. (2000)," Can improving quality decrease hospital costs?" *Int J Qual Health Care* Vol.12, pp 125–131.
48. Καρυώτης, Σ., (1992), "Το Σύστημα Υγείας και η οργάνωση του", *Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica, Αθήνα
49. Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J. & Rutberg, H. (2003), "Characterizing leadership for improvement in health care by a leadership profile model", *Total Quality Management* Vol. 15, No.4, pp. 495–509.
50. Kammerlind, P., Dahlgaard, J., & Rutberg, H., (2004) "Healthcare—a Survey in the County Council of Ostergotland, Climate for Improvement and the Effects on Performance in Swedish Healthcare", *Total Quality Management & Business Excellence*; Vol. 15,n.9, pp909-924.
51. Kennedy M., Mirmirami, S., Spivack, R., (1999), "Continuous Quality improvement in health maintenance organisations: an application of the Hedis model" *International Journal of healthcare Quality*, Vol. 9, No.4, pp.4-9.

52. Klazinga N. (2000), "Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems". *Int J Qual Health Care* 12: 183–189.
53. Lewis, A. and Lamprey, J., "Averting CQI failures: five early warning signs", *Health Care Strategic Management*, July 1992, pp. 1-10.
54. Lee, K., and Palmer, E., (1999) "An empirical evaluation of ISO 9000-registered companies in N.Zealand", *Total Quality Management*, Vol. 10, N.6, pp 887-99.
55. Lim, P., and Tang, N., (2000), "The development of a model for total quality healthcare", *Managing Service Quality*, Vol.10, No.2, pp. 103-111.
56. Lorente, A. R. M., Dewhurst, F. & Dale, B. G. (1999) TQM and business innovation, *European Journal of Innovation Management*, 2(1), pp. 12–19.
57. Mallak L., Lyth, D, Ison, S., Ulshafer, S., Sardone, F.,(2003), "Diagnosing culture in healthcare organisations using critical incidents, *International Journal of healthcare Quality Assurance*, Vol. 16, No.4, pp 180-190.
58. Malone, B, (2004), "Pursuing patient safety", *Quality Safety Health Care*, Vol.13, pp.86-87.
59. Marshall, M., Shekelle, P., Leatherman, S., and Brook., R., (2000) "Public disclosure of performance data: Learning from the US experience", Vol. 9., pp.53-57.
60. Matherly, L.L. and Lasater, H.A., "Implementing TQM in a hospital", *Quality Progress*, Vol. 25 No. 4, April 1992, pp. 81-4.
61. May, A., (1998), "Take it up with the kipper", *Health Service Journal*, October, pp.22
62. McDougall, G.H.G. and Levesque, T. (2000), "Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation", *Journal of Services Marketing*, Vol. 14 No. 5, pp. 392-410.
63. McAdam, R., and Bannister, A., (2001), "Business performance measurement and change management within a TQM framework", *International journal of operations and production management*, Vol.21, N. ½, pp. 88-107.

64. Mehra, S., and Agrawal, S., (2003), "Total quality as a new global competitive strategy", *International journal of quality and reliability management*, Vol., 20, No. 9, pp.1009-1025.
65. Moeller, J., Breinlinger, J., Elser, J., (2000) "Quality management in German Healthcare- the EFQM Excellence Model", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 13, No.6, pp 254-258.
66. Nabitz, U., Klazinga, N., Walburg, J., "The Efqm excellence Model European and Dutch experiences with the Efqm approach in healthcare", *International Journal for quality in healthcare*, V.12, N.3, pp 191-201.
67. Naylor, G., (1999), "Using the Business Excellence Model to develop a strategy for healthcare organization", *International Journal Healthcare quality Assurance*, Vol. 12, No.2, pp 37-44.
68. Nwabueze, U., (2001) "The implementation of TQM for the NHS manager", *Total Quality Management*, Vol. 12, No. 5.pp.657-675
69. Øvretveit, J. (2000), "The economics of quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 5, pp. 200-7.
70. Øvretveit, J.,(2000) "Total quality management in European healthcare" *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.1,n.2, pp. 74-79.
71. Øvretveit, J., (2004), "Formulating a health quality improvement strategy" *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.17,n.7, pp. 368-376.
72. Øvretveit, J., Gustafson, D., (2003), "Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes" *Bmj*,vol.326, 5 April, pp. 759-761.
73. Øvretveit, J., (2003), "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?" WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) November 2003.
74. Øvretveit J. (2001), "The Norwegian approach to integrated quality development". *Journal of management in medicine*, Vol 15, No 1, pp125-141.

75. Οικονομοπούλου, Χρ., (2002), Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης.
76. Perides, M., (2002), "Aiming at Excellence in Healthcare – The European Foundation for Quality Management Excellence Model" Business briefing: Global healthcare, issue 3, pp.56-60.
77. Pitt, D., (1999), "Improving performance through self assessment", International Journal for quality in healthcare, V.12, N.2, pp. 45-53.
78. Pollitt C. (1996), "Business approaches to quality management: why are they so hard for the NHS to swallow". Quality in health care, Vol 5, pp104-110.
79. Pun, K., Chin, K., and Lau, H., (1999), "A self-assessed quality management system based on integration of MBNQA/ISO 9000/IS 14000", International Journal of quality and reliability management, Vol. 16, N. 6, pp. 606-629.
80. Revere, L., Black, K., and Huq, A., (2004) "Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care", The TQM Magazine, Volume 16.
81. Rose, R., Uli, J., Abdul, M. and Ng, K., (2004), "Hospital service quality: a managerial challenge", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 17, n.3, pp.146-159.
82. Rourke, M., et al.,(2001), "Developing quality health systems in Mongolia" International Journal of Health Care Quality Assurance, vol.14,n.5, pp. 212-217.
83. Ruiz. U., Simon, J., Molina, P., Limelez, J. and Grandal, J., (1999) "A two-level integrated approach to self-assessment in healthcare organizations" International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 12, n.4, pp.135-142
84. Σούλης, Σ., Σαρρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., (2001), "Συστήματα Υγείας", Εκδόσεις Παπαζήση.
85. Scally G, Donaldson LJ. (1998). "The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England" Br Med J, Vol317,pp 61–65.
86. Shaw, Ch., (2001), "External assessment of healthcare", BMJ, Vol 322, pp.851-854.

87. Shaw, Ch., (2000), "External quality mechanisms for healthcare summary of the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in the European Union countries", International Journal for quality in healthcare, Vol. 12, No 3.
88. Shaw C, Nichol D. (2000) "A framework for evaluating governmental quality initiatives: the Wimpole Street principles", International journal for quality in health care, Vol.12, No.4, pp.273-274.
89. Shaw CD. (2000), "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management, International Organization for Standardization", Int J Qual Health Care 12: 169–175.
90. Shaw C., (2003) "How can hospital performance be measured and monitored, Health Evidence Network (HEN).
91. Shortell M et al. (1995),"Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. Health services research, Vol30, pp.377-401.
92. Soltani, E., Van R., & Williams, T., (2004), "Challenges Posed to Performance Management by TQM Gurus: Contributions of Individual Employees Versus Systems-Level Features", Total Quality Management, Vol. 15, No. 8
93. Stashevsky, S. & Elizur, D. (2000) "The effect of quality management and participation in decision-making on individual performance", Journal of Quality Management, 5, pp. 53–65.
94. Stewart, A.,(2003), "An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust" International Journal of HealthCare Quality Assurance
95. Stephens, R., (1994), "Cost, quality and reform", Healthcare Executive, Vol. 9 No. 1, January /February 1994, p. 23.
96. Van Weert C.,(2000) "Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the

- Netherlands and the U.K.”, International Journal for quality in healthcare, Vol 12, No 239-242.
97. Wallace LM et al. (2001),”Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance”. Quality in health care, Vol.10, pp76-82.
 98. Wang, C.L. and Ahmed, P.K. (2001), “Energising the organization: a new agenda for business excellence”, Measuring Business Excellence, Vol. 5 No. 4, pp. 22-7.
 99. Wright, A., (1997), “Public service quality: lessons not learned “, Total Quality Management, Vol.8, No.5, October, pp.313-20.
 100. Yasin M., and Alavi, J., (1999), “An analytical approach to determining the competitive advantage of TQM in healthcare, International Journal of Healthcare in quality Assurance, Vol., 12, No. 1, pp.18-24.
 101. Zairi, M and Thiagarajan,T.,(1997), “A review of total quality management in practice: Understanding the fundamentals through examples of best practice applications”, The TQM magazine, Vol.,9, N.4, 1997, pp.270-286.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- EUROPEAN FOUNDATION OF QUALITY MANAGEMENT

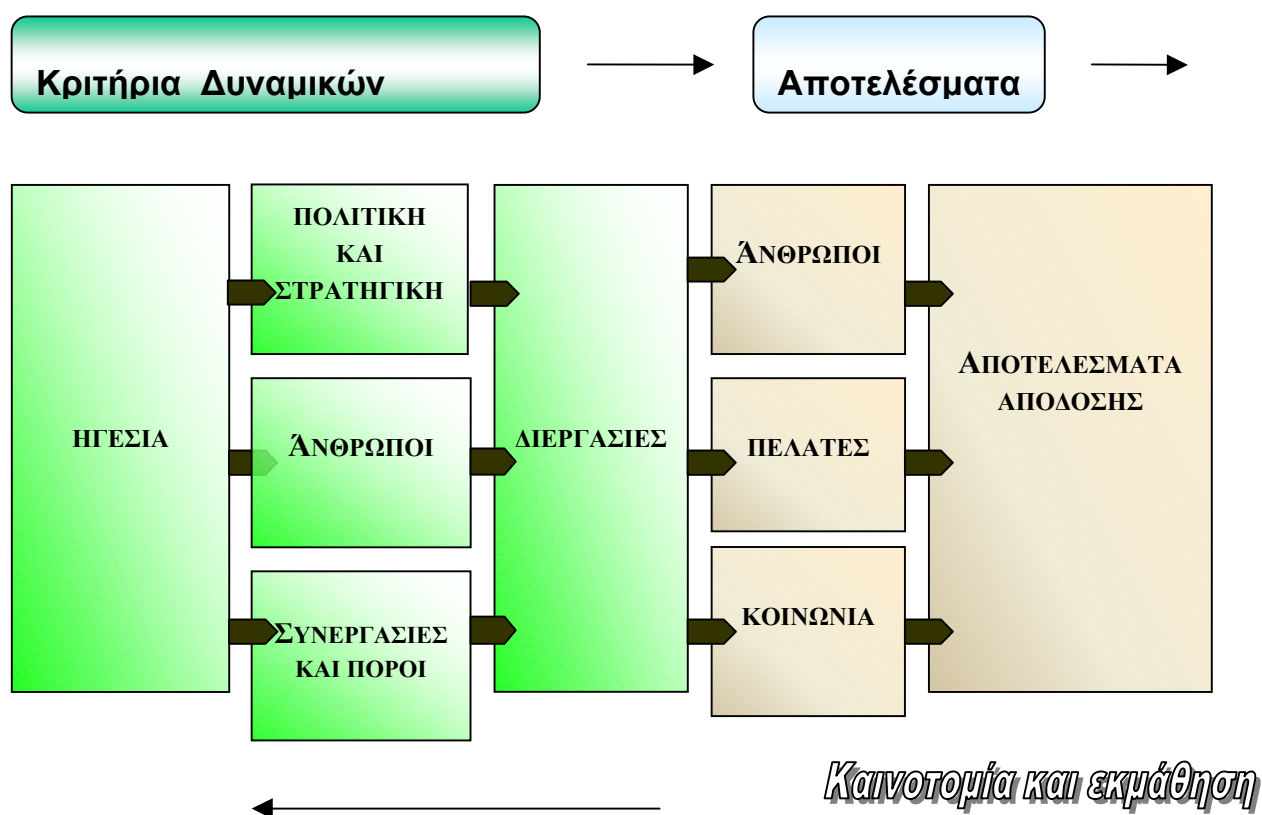
Ο Donabedian (1980) εισήγαγε την τριλογία: δομή, διαδικασία και έκβαση, προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Evans et al., 2001). Υπογράμμισε ότι και στα τρία μέρη είναι απαραίτητο να δοθεί προσοχή. Το 1988, χωρίς τη γνώση της προσέγγισης του Donabedian, 14 διευθυντές, αντιπρόσωποι των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων όπως η British Telecom, η Volkswagen και η Philips (Nabitz, U και Klazing, N, 1999; Moeller, J και Sonntag A., 2001; Jackson, 2001c; Egli και Halfon, 2003) συζήτησαν το ζήτημα της ποιότητας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η ευρωπαϊκή οργάνωση για την ποιότητα υποστήριξαν την πρωτοβουλία. Κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου οι ερωτήσεις ήταν «πώς μπορεί να βρεθεί τρόπος ώστε να αξιολογηθεί η ποιότητα;» και «πώς μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα στους οργανισμούς;». Μέσα από έρευνα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι έπρεπε να γίνει μια διάκριση σε εννέα κριτήρια (Moeller και Sonntag, 2001; Gaad, 1995; Stewart, 2003).

Τα ιδρυτικά μέλη ανέπτυξαν ένα πολυδιάστατο ποιοτικό πρότυπο όπου σήμερα, είναι ευρέως διαδεδομένο στην Ευρώπη και είναι γνωστό ως το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (EFQM). Το αποκαλούμενο πρότυπο του EFQM εισήγαγε την αρχή της αυτό-αξιολόγησης και του ευρωπαϊκού προγράμματος βραβείων ποιότητας (Claver et al., 2001; Venero, 2004a; Venero, 2004b).

Σύμφωνα με το ίδρυμα, η ποιοτική διαχείριση πρέπει να στραφεί προς όλες τις δραστηριότητες, σε όλα τα επίπεδα ενός οργανισμού και πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία προς βελτίωση. Η βασικότερη αρχή της προσέγγισης είναι ότι η απόδοση πρέπει να ικανοποιεί τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τα αιτήματα όλων των συμφεροντούχων. Αυτή η περιγραφή της ποιοτικής διαχείρισης συσχετίζεται

άμεσα με τη φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας και της επιχειρηματικής τελειότητας και εξηγείται περαιτέρω στις θεμελιώδεις έννοιες και αρχές του προτύπου EFQM (Nabitz και Klazing, 1999; Jackson, 2001γ).

Ως κεντρικά κριτήρια προσδιόρισαν τις διαδικασίες ενός οργανισμού. Για τα αποτελέσματα έγινε η διάκριση σε λειτουργικά (operational) και χρηματοοικονομικά αποτελέσματα, στην ικανοποίηση πελατών, την ικανοποίηση των εργαζομένων και τον αντίκτυπο στην κοινωνία. Για τη δομή προσδιόρισαν την ηγεσία, την πολιτική και τη στρατηγική, τη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων και των πόρων (McAdam και Bannister, 2001; Sherhold, 1996; Wongrassamee et al., 2003). (Δείτε σχήμα 2.)



Πηγή: www.efqm.org

Σχήμα 2: Απεικόνιση του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας

3.1 Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία

Πρόκειται για το επίπεδο, το οποίο είναι σχεδιασμένο για οργανισμούς ή επιχειρήσεις που βρίσκονται στο ξεκίνημα της πορείας τους προς την επιχειρηματική αριστεία. Η συμμετοχή στη διαδικασία για την απόκτηση του τίτλου εκτός από την επιβεβαίωση της προόδου σε τρίτους, δίνει επίσης τη δυνατότητα στον οργανισμό να κατανοήσει το επίπεδό του και να θέσει προτεραιότητες βελτίωσης. Η εμπειρία από τη χρησιμοποίηση του μοντέλου EFQM, και η αξιολόγηση από έμπειρους αξιολογητές συμβάλλουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Πιο αναλυτικά η διαδικασία που ακολουθείται μπορεί να διαιρεθεί σε δύο στάδια:

Στο πρώτο στάδιο οι αιτούμενοι πραγματοποιούν αυτό-αξιολόγηση χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίζεται στα εννέα κριτήρια του μοντέλου EFQM. Κατ' αυτόν τον τρόπο οι οργανισμοί μπορούν να συγκρίνουν το επίπεδο στο οποίο βρίσκονται με αυτό των πρότυπων οργανισμών (role models), και να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία και τις περιοχές που επιδέχονται βελτίωση.

Στο δεύτερο στάδιο αποδεικνύεται ότι πράγματι οι αιτούμενοι οργανισμοί ανέπτυξαν και υλοποίησαν σχέδια βελτίωσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αυτό-αξιολόγησης. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται με μονοήμερη ή διήμερη επίσκεψη αξιολογητών του EFQM, καθώς επίσης και μέσα από συναντήσεις, συζητήσεις και επιθεωρήσεις των κατάλληλων εγγράφων.

3.2 Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (“EUROPEAN QUALITY AWARD”).

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας αποτελεί ένα αυστηρό και απαιτητικό διαγωνισμό, σχεδιασμένο για οργανισμούς ή επιχειρησιακές μονάδες, οι οποίοι θεωρούνται εθνικά ή ευρωπαϊκά πρότυπα οργανισμών και διαθέτουν πενταετές τουλάχιστον ιστορικό συνεχούς βελτίωσης (Conti, 2002). Οι συμμετέχοντες οργανισμοί έχουν διενεργήσει αυτό-αξιολόγηση με βάση το μοντέλο EFQM

περισσότερες από μία φορές και έχουν συγκεντρώσει τουλάχιστον 450 βαθμούς σε κλίμακα βαθμολογίας 0-1000.

Βασίζεται στο μοντέλο του EFQM, το οποίο χρησιμοποιείται ως βάση και για άλλα εθνικά και τοπικά βραβεία ποιότητας. Η διαδικασία συμμετοχής είναι η εξής: Οι υποψήφιοι συντάσσουν και υποβάλλουν στους αξιολογητές μία λεπτομερή έκθεση αυτό-αξιολόγησης σελίδων και μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα με βάση το μοντέλο EFQM. Η ομάδα αξιολόγησης συγκροτείται από ανεξάρτητους αξιολογητές του βραβείου, οι οποίοι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι. Συμμετέχουν στη διαδικασία εθελοντικά και χωρίς πληρωμή και είναι ανώτατα διοικητικά στελέχη προερχόμενα από διάφορες χώρες. Ο αριθμός των αξιολογητών κυμαίνεται από 4-8 ανάλογα με το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του οργανισμού. Εάν η έκθεση αυτό-αξιολόγησης πετύχει βαθμολογία ανώτερη του ορίου που έχει θέσει η Επιτροπή Βραβείων, τότε η ομάδα των αξιολογητών θα επισκεφτεί τον οργανισμό για περισσότερο από μια εβδομάδα έτσι ώστε να επιβεβαιωθούν με ανεξάρτητες αποδείξεις όλα όσα αναφέρονται στην έκθεση και να επαληθευτεί η βαθμολογία. Η ίδια ομάδα μετά την πραγματοποίηση της επιτόπιας επίσκεψης συντάσσει μια αναφορά “feedback report” το οποίο και καταθέτει σε ειδική επιτροπή, η οποία αποφασίζει και τα επίπεδα αναγνώρισης για τους υποψηφίους.

Οι συμμετέχοντες μπορούν να αναγνωριστούν ως «Φιναλίστ» (“Finalists”), το οποίο δηλώνει ένα υψηλό βαθμό τελειότητας στη διοίκηση ποιότητας και συστηματική επιδίωξη της συνεχούς βελτίωσης, «Βραβευμένοι Διαγωνιζόμενοι» (“Prize Winners”), δηλαδή οργανισμοί, οι οποίοι υπερέχουν σε κάποια βασική έννοια επιχειρηματικής τελειότητας. Τέτοιες βασικές έννοιες, είναι για παράδειγμα η ηγεσία και συνέπεια σκοπού, η επικέντρωση στον πελάτη, η ενσωματωμένη κοινωνική ευθύνη, η ανάπτυξη και ενδυνάμωση του προσωπικού, ο προσανατολισμός στα αποτελέσματα. «Νικητές βραβείου» (“Award winners”), είναι εξέχοντες οργανισμοί τιμώμενοι με την ανώτατη διάκριση και θεωρούμενοι ως πρότυποι (“role models”).

Για την καλύτερη κατανόηση του βραβείου στη συνέχεια ακολουθεί περιγραφή του μοντέλου EFQM, στο οποίο και βασίζεται, όπως επίσης και περιγραφή του όρου αυτό-αξιολόγησης.

3.3 Το μοντέλο του EFQM και οι υπηρεσίες υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη έχει μια μακροχρόνια παράδοση στις ανεπτυγμένες μεθόδους και τα πρότυπα για να αξιολογήσει την ποιότητα της εργασίας. Όπως έχουμε αναφερθεί και προηγούμενα, γνωστά είναι τα επαγγελματικά πρότυπα, οι διαδικασίες επιθεώρησης, οι επιτροπές εξωτερικής επιθεώρησης (visitation), οι διαδικασίες πιστοποίησης. Η προσέγγιση EFQM αποτελεί ένα ευρύτερο πλαίσιο συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις που παραδοσιακά εφαρμόζονταν στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι φαινομενικές. Η πίεση στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, νοσοκομειακούς γιατρούς, διευθυντές, βοηθητικό προσωπικό ή σε εκείνους που λειτουργούν στα επαγγέλματα που συνδέονται με την ιατρική ή οι ακαδημαϊκοί, για να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις, μπορεί συχνά να γίνεται εξουθενωτική. Η παροχή αποτελεσματικής, οικονομικά αποδοτικής και προσανατολισμένης στους ασθενείς υγειονομική περίθαλψη είναι ο στόχος των πολιτικών για τους ασθενείς σε όλη την Ευρώπη. Δεδομένου ότι οι ασθενείς ενημερώνονται καλύτερα μέσω της μεγαλύτερης πρόσβασης στην τεχνολογία της πληροφορίας, η προθυμία τους να αντιμετωπίσουν και τους επαγγελματίες και τους πολιτικούς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη αυξάνεται σε συχνότητα και την ένταση.

Σαφώς, το πλαίσιο στο οποίο η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται ποικίλλει ανάλογα με τον πολιτισμό, την κουλτούρα και την οικονομία κάθε χώρας. Εντούτοις, υπάρχει ένας κοινός τόπος. Η αναγνώριση ότι η δημιουργική χρήση του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση Ποιότητας και του Μοντέλου

Επιχειρηματικής Υπεροχής (EFQM) οδηγεί στη συνεχή βελτίωση, αντιμετωπίζεται ως σημαντικός παράγοντας στην παροχή μιας ασφαλούς, οικονομικώς αποδοτικής και κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης.

Το κέντρο για την ανάπτυξη επιχειρηματικής αριστείας στο πανεπιστήμιο του Salford στην Μεγάλη Βρετανία, από κοινού με την Ευρωπαϊκή Ομάδα που είναι υπεύθυνη για τον τομέα της υγείας, υποστηρίζει μια σειρά οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη που χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM. Το μοντέλο, όλο και περισσότερο, χρησιμοποιείται από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στην Ολλανδία, στην Ιταλία, στην Γερμανία, στην Γαλλία, στην Αυστρία, στην Ισπανία, στην Πορτογαλία και στο Βέλγιο, καθώς επίσης και στο Εθνικό Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικών Υπηρεσιών (NHS - National Health Services). Επιπλέον, οι χώρες όπως η Τσεχία και η Πολωνία ερευνούν επίσης πώς η χρήση του προτύπου τελειότητας EFQM μπορεί να εφαρμοστεί θετικά στην παροχή υγειονομικής περίθαλψής τους.

Το πρότυπο τελειότητας EFQM είναι ένα μη-καθοδηγητικό πλαίσιο βασισμένο σε εννέα κριτήρια. Καθένα από αυτά αφορά διαφορετικές λειτουργίες του (Jackson, 1999; Moeller et al., 2000; Jackson, 2001 α, 2001β). Τα κριτήρια από το ένα έως το πέντε ομαδοποιούνται ως enabler κριτήρια, δηλαδή αυτοί που καθιστούν ικανές κάποιες συγκεκριμένες δραστηριότητες. Τα κριτήρια "enabler" ενδιαφέρονται για αυτό που μια οργάνωση κάνει και πώς το κάνει. Σχετίζονται με τα πράγματα που χρησιμοποιούνται για τη λειτουργία ενός οργανισμού υγείας (π.χ. ηγεσία, πολιτική και στρατηγική, άνθρωποι, συνεργασίες και πόροι, γνώση αγοράς υγειονομικής περίθαλψης) και με τις διαδικασίες σε έναν οργανισμό υγείας (π.χ. δραστηριότητες διάγνωσης και θεραπείας, διοικητικές διαδικασίες ή διαδικασίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών).

Τα κριτήρια έξι έως εννέα του μοντέλου ομαδοποιούνται σε κριτήρια αποτελέσματος. Εστιάζουν στα αποτελέσματα (π.χ. βασικά αποτελέσματα απόδοσης, αποτελέσματα αναφορικά με την εικόνα των πελατών, των

εργαζομένων, της κοινωνίας για τον οργανισμό και αποτελέσματα των κρίσιμων δεικτών απόδοσης του οργανισμού) που έχει ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας από την λειτουργία του (Stahr, 2001). Τα "αποτελέσματα" προκαλούνται από τα κριτήρια δυναμικών "enablers".

Τα κριτήρια αποτελέσματος σημειώνονται για τις τάσεις, την απόδοση ενάντια στους στόχους και τις συγκριτικές μετρήσεις επιδόσεων και εάν προκαλούνται ή όχι από την προσέγγιση. Τα κριτήρια δυναμικών -enablers εκτιμώνται στην προσέγγιση, την επέκταση, την αξιολόγηση και την αναθεώρηση. Η κλίμακα εκτίμησης πέντε βημάτων (0 τοις εκατό - 25 τοις εκατό - 50 τοις εκατό - 75 τοις εκατό - 100 τοις εκατό) χρησιμοποιείται ομοίως για τα κριτήρια δυναμικών-enablers και για τα αποτελέσματα (Nabitz et al, 2000; Jackson, 1999; Moeller et al, 2000; Holland και Fennel, 2000).

3.3.1 Βασική προϋπόθεση του προτύπου

Το πρότυπο, που αναγνωρίζει ότι υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στην επίτευξη της βιώσιμης τελειότητας σε όλες τις πτυχές της απόδοσης, είναι βασισμένο στην προϋπόθεση που αναφέρει ότι:

«Τα άριστα αποτελέσματα όσον αφορά τη βασική απόδοση, τους πελάτες, τους ανθρώπους και την κοινωνία επιτυγχάνονται μέσω της ηγεσίας που καθοδηγεί την πολιτική και στρατηγική, των ανθρώπων, των συνεργασιών και των πόρων και των διαδικασιών».

Μπορεί να υποστηριχτεί ότι ο όρος "αριστεία" είναι σχετικά νεφελώδης. Εντούτοις, το μοντέλο Αριστείας του EFQM χτίζεται γύρω από την πεποίθηση ότι μια άριστη οργάνωση θα αναγνωρίσει και θα υιοθετήσει τις ακόλουθες έννοιες:

- προσανατολισμός στα αποτελέσματα,
- εστίαση στους πελάτες,

- ηγεσία και σταθερότητα στον σκοπό,
- διαχείριση βάσει διαδικασιών και γεγονότων,
- ανάπτυξη και συμμετοχή των εργαζομένων,
- συνεχής εκμάθηση,
- καινοτομία και βελτίωση,
- ανάπτυξη συνεργασιών,
- δημόσια ευθύνη.

Ενώ είναι αλήθεια να ειπωθεί ότι το πρότυπο τελειότητας EFQM έχει τη γένεσή του στον εμπορικό κόσμο, τα εννέα κριτήρια στα οποία είναι βασισμένο είναι κρίσιμα για την επιτυχία οποιασδήποτε οργάνωσης. Ερευνώντας αυτά τα εννέα κριτήρια μέσω της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης μπορεί να γίνει επιτρεπτό στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης (Jackson, 1999) να αναγνωρίσουν τις ευκαιρίες που παρέχονται προκειμένου να προχωρήσουν με επιτυχία.

Η διαδικασία της αυτό-αξιολόγησης αναγκάζει την οργάνωση να εξετάσει πώς λειτουργεί σε μια συγκεκριμένη περίοδο σύμφωνα με τα εννέα κριτήρια και τι πρέπει να αλλάξει ώστε να βελτιωθεί. Με αυτό τον τρόπο, ο οργανισμός ερευνά τη σχέση μεταξύ των διάφορων στοιχείων που λειτουργούν μέσα στην οργάνωση (ασθενείς, επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, τεχνολογία και πόροι), το πώς συνδυάζονται ώστε να παρέχουν την υπηρεσία. Έχοντας επίγνωση για την αλληλεπίδρασή τους μπορεί να δημιουργηθεί ένα καινοτόμο κλίμα μέσα στον οργανισμό. Οι διευθυντές υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες του εργατικού δυναμικού τους και να ταιριάξουν με εκείνων τις ανάγκες του στόχου που ο οργανισμός πρέπει να εφαρμόσει προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών και των διαφόρων συμφεροντούχων της.

Η χρήση του μοντέλου αριστείας του EFQM ενθαρρύνει τους διευθυντές να επιδιώξουν την ενεργό συμμετοχή όλων, αυτών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες, τους συμφεροντούχους και το προσωπικό υπηρεσιών τους. Για παράδειγμα, λοιπόν, στο κριτήριο «συνεργασίες και πόροι», οι εφαρμοστές του μοντέλου

καλούνται να εξετάσουν πώς μπορούν καλύτερα να χρησιμοποιήσουν τη σχέση που έχουν με τους χρήστες και τους συμφεροντούχους των υπηρεσιών τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία μιας διοικούμενης συνεργασίας (managed partnership), έτσι ώστε τα προϊόντα και οι υπηρεσίες να αναπτύσσονται μέσα σε ένα πλαίσιο αμοιβαίου οφέλους. Σε αυτήν την περίπτωση, υπάρχει ένας μεγαλύτερος βαθμός εναρμόνισης μεταξύ των αναγκών του καταναλωτή και των υπηρεσιών του προμηθευτή (Perides, 2002).

Εκτός από την ανάγκη να γίνει κατανοητός ο ρόλος του καταναλωτή, υπάρχει το ζήτημα της ποιότητας που πρέπει να γίνει κατανοητό. Η εργασία του W Edward Deming, σε σχέση με τη σημασία της ποιότητας, καταδεικνύεται από την επιτυχία των ιαπωνικών προϊόντων, ειδικότερα στους τομείς της ηλεκτρονικής και των αυτοκινητικών βιομηχανιών. Ο Perides υποστηρίζει την ανάγκη να γίνει προσαρμογή της εργασίας του Deming σε ζητήματα της παροχής υπηρεσιών και όχι μόνο στην εστίαση της κατασκευής προϊόντων. Καταλήγει, δε, στο συμπέρασμα ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να προσαρμοστεί στις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα με την υιοθέτηση των σημαντικότερων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων μιας τέτοιας προσέγγισης:

- Ανατροφοδότηση από τους πελάτες (consumer feedback),
- Έλεγχος της απόδοσης (performance monitoring),
- Συνεχής βελτίωση (continuous improvement) και
- Συμμετοχή των εργαζομένων (worker participation).

Αυτά τα ζητήματα συμπεριλαμβάνονται με σαφήνεια στα πλαίσια του προτύπου τελειότητας EFQM. Τα κριτήρια "customer results-αποτελέσματα πελατών", "people results-αποτελέσματα εργαζομένων" και "people- ανθρώπινοι πόροι" θα βοηθήσουν τους διευθυντές να εισέλθουν στις αντιλήψεις του εργατικού δυναμικού τους και των πελατών τους και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες ως μέσο για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών, αυτών των ζωτικά σημαντικών

ομάδων. Με την βοήθεια, λοιπόν, αυτών των πληροφοριών, οι οργανισμοί είναι έτοιμοι να μπουν στο δρόμο για τη συνεχή βελτίωση.

Στην καρδιά της Επιχειρηματικής Αριστείας του μοντέλου του EFQM το πρότυπο έχει

- **Results** - αποτελέσματα,
- **Approach** - προσέγγιση,
- **Deployment** – επέκταση, ανάπτυξη,
- **Assessment and Review** - αξιολόγηση και αναθεώρηση ,

(**RADAR**), που στηρίζεται στον κύκλο Deming «σχεδίασε, ενήργησε, ήλεγξε, εφάρμοσε – plan, do, check, act» (Jackson, 1999; Harteloh, 2003). Ο οργανισμός έχει την ανάγκη να καθορίσει τα αποτελέσματα που στοχεύει ως τμήμα της πολιτικής και στρατηγικής του. Κάνει τη διαδικασία, σχεδιάζει, και αναπτύσσει ένα ενσωματωμένο σύνολο προσεγγίσεων ώστε να παραδώσει τα απαραίτητα αποτελέσματα, να επεκτείνει τις προσεγγίσεις με έναν συστηματικό τρόπο, να εξασφαλιστεί η πλήρης εφαρμογή και να αξιολογηθούν και να αναθεωρηθούν οι προσεγγίσεις (Jackson, 2001). Με βάση αυτές τις πληροφορίες, η οργάνωση θα προσδιορίσει, θα δώσει προτεραιότητα, θα προγραμματίσει και θα εφαρμόσει τις βελτιώσεις, όπου απαιτούνται. Ο προσδιορισμός των αποτελεσμάτων του είναι ένα προϊόν της αυτό-αξιολόγησης του οργανισμού.

3.3.2 Ανάλυση των κριτηρίων του μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας

ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (ENABLERS)

1. Ηγεσία (Συντελεστής Βαρύτητας:10%)

Εξετάζει πώς αναπτύσσονται και γίνονται πράξη η αποστολή, το όραμα και οι αξίες από τα ηγετικά στελέχη μέσα στον οργανισμό και πώς αυτά διασφαλίζουν με ενέργειές τους την υλοποίηση του συστήματος διοίκησης. Ειδικότερα εξετάζεται ο

ρόλος της ηγεσίας στην ανάπτυξη της αποστολής, του οράματος και των αξιών εμπνέοντας την ανάπτυξη μιας κουλτούρας επιχειρηματικής αριστείας στον οργανισμό (Υποκριτήριο 1), στην εξασφάλιση της ανάπτυξης, υλοποίησης και διαρκούς βελτίωσης του συστήματος διοίκησης, στην προσωπική επαφή με τους πελάτες, εταίρους και αντιπροσώπους της κοινωνίας, στην παρακίνηση, αναγνώριση και υποστήριξη των προσπαθειών του προσωπικού.

2. Πολιτική και στρατηγική (Συντελεστής Βαρύτητας: 8%)

Εξετάζει πώς η στρατηγική του οργανισμού είναι προσανατολισμένη στις ανάγκες του και υποστηριζόμενη από πολιτικές, σχέδια και διεργασίες προωθεί την υλοποίηση του οράματος και της αποστολής του οργανισμού. Ειδικότερα εξετάζεται πώς η πολιτική και στρατηγική βασίζονται στις παρούσες και μελλοντικές ανάγκες και προσδοκίες των εμπλεκομένων, βασίζονται σε πληροφορίες αναφορικά με μετρήσεις απόδοσης, έρευνας, δραστηριότητες σχετικές με τη μάθηση και τη δημιουργικότητα. αναπτύσσονται, ανασκοπούνται και ενημερώνονται. εφαρμόζονται μέσα από ένα πλαίσιο βασικών διαδικασιών. Γνωστοποιούνται σε όλους μέσα στον οργανισμό και υλοποιούνται.

3. Ανθρώπινο Δυναμικό (Συντελεστής Βαρύτητας: 9%)

Εξετάζει πώς διοικείται και σχεδιάζεται η ανάπτυξη και των γνώσεων και δυνατοτήτων του προσωπικού σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο μέσα στον οργανισμό και η αξιοποίησή τους για την υποστήριξη της πολιτικής και στρατηγικής και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών. Ειδικότερα εξετάζεται πώς ο οργανισμός σχεδιάζει, διαχειρίζεται και βελτιώνει τους ανθρώπινους πόρους, εντοπίζει, αναπτύσσει και διατηρεί τις γνώσεις και ικανότητες του προσωπικού, ενδυναμώνει και υποστηρίζει την εμπλοκή του προσωπικού σε δραστηριότητες, αναπτύσσει το διάλογο με τους υπαλλήλους, επιβραβεύει, αναγνωρίζει και φροντίζει τους εργαζομένους.

4. Πόροι και συνεργασίες (Συντελεστής Βαρύτητας: 9%)

Εξετάζει πώς σχεδιάζονται και τι διαχειρίζονται οι πόροι και οι εξωτερικές συνεργασίες προκειμένου να υποστηριχτεί η πολιτική και στρατηγική και να είναι αποτελεσματική η λειτουργία των διαδικασιών. Ειδικότερα εξετάζεται πώς γίνεται η διαχείριση των εξωτερικών συνεργασιών, των χρηματοοικονομικών, των κτιρίων, του εξοπλισμού και των υλικών, της τεχνολογίας, των γνώσεων και πληροφοριών.

5. Διαδικασίες (Συντελεστής Βαρύτητας: 14%)

Εξετάζει πώς σχεδιάζονται, διαχειρίζονται και βελτιώνονται οι διαδικασίες ώστε να υποστηρίζεται η πολιτική και η στρατηγική και να δημιουργείται αυξανόμενη προστιθέμενη αξία για τους πελάτες και λοιπούς συμφεροντούχους. Ειδικότερα εξετάζεται αν ο οργανισμός σχεδιάζει και διαχειρίζεται τις διαδικασίες με συστηματικό τρόπο. Βελτιώνει όταν είναι απαραίτητο τις διαδικασίες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι πελάτες και γενικά οι συμφεροντούχοι. Σχεδιάζει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών. Παράγει, παραδίδει τα προϊόντα και παρέχει υπηρεσίες ώστε οι πελάτες να μένουν ικανοποιημένοι, διαχειρίζεται και προάγει τις σχέσεις του με πελάτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (RESULTS)

6. Αποτελέσματα πελατών (Συντελεστής Βαρύτητας: 20%)

Αφορά στο τι πετυχαίνει ο οργανισμός σχετικά με τους εξωτερικούς πελάτες. Είναι το κριτήριο με το μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας. Ειδικότερα περιλαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων που είναι σχετικά με: αντιλήψεις πελατών για τον οργανισμό όπως αυτά προκύπτουν για παράδειγμα από έρευνες πελατών, από ομάδες εστίασης, από επιδόσεις πωλητών, φιλοφρονήματα και παράπονα εσωτερική παρακολούθηση της απόδοσης του οργανισμού ώστε να προβλέπονται και οι αντιλήψεις των εξωτερικών πελατών.

7. Αποτελέσματα προσωπικού (Συντελεστής Βαρύτητας: 9%)

Αφορά στο τι πετυχαίνει ο οργανισμός σχετικά με το προσωπικό του. Ειδικότερα περιλαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων που είναι σχετικά με: αντιλήψεις του προσωπικού για τον οργανισμό όπως αυτές προκύπτουν για παράδειγμα από έρευνες, ομάδες εστίασης, συνεντεύξεις, δομημένες αξιολογήσεις, εσωτερική παρακολούθηση της απόδοσης του προσωπικού, ώστε να λαμβάνονται υπόψη και οι αντιλήψεις του.

8. Αποτελέσματα κοινωνικού συνόλου (Συντελεστής Βαρύτητας: 6%)

Αφορά στο τι πετυχαίνει ο οργανισμός σχετικά με το τοπικό, εθνικό και διεθνές κοινωνικό περιβάλλον του. Είναι το κριτήριο με το μικρότερο συντελεστή βαρύτητας. Ειδικότερα περιλαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων που είναι σχετικά με: αντιλήψεις της κοινωνίας για τον οργανισμό όπως αυτές προκύπτουν για παράδειγμα από έρευνες, αναφορές, δημόσιες συγκεντρώσεις, δημόσιους αντιπροσώπους, κυβερνητικές αρχές, εσωτερική παρακολούθηση της απόδοσης του οργανισμού με σκοπό τη βελτίωση και την πρόβλεψη των αντιλήψεων της κοινωνίας.

9. Βασικά αποτελέσματα απόδοσης (Συντελεστής Βαρύτητας: 15%)

Αφορά στο τι πετυχαίνει ο οργανισμός σχετικά με τη σχεδιασμένη απόδοσή του. Ειδικότερα περιλαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων που είναι σχετικά με: την απόδοση της επιχείρησης σε βασικές περιοχές χρηματοοικονομικές ή μη όπως π.χ. είναι οι πωλήσεις και το μερίδιο αγοράς, λειτουργικούς δείκτες που παρακολουθούν τα βασικά αποτελέσματα σχετικά με την απόδοση της επιχείρησης, με σκοπό την πρόβλεψη βελτιώσεων, όπως π.χ. ποσοστό ελαττωμάτων, στοιχεία ισολογισμού, βαθμός καινοτομίας, προσβασιμότητα στις πληροφορίες και γνώσεις (Assessor Scorebook, 1999; Jackson, 2001α; Russell, 2000).

3.4 EFQM και επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης

Οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης κινούνται μεταξύ διαφόρων ρόλων. Είναι αναγκαίο να αποφασίσουν εάν πρέπει να παραμείνουν στην πρακτική για την οποία εκπαιδεύτηκαν και να συνεχίζουν να διατηρούν τις δεξιότητές τους ή εάν επιθυμούν να εισέλθουν σε μια άλλη λογική όπου επικρατεί ένα πάντρεμα μεταξύ της κλινικής πρακτικής και της επιχειρησιακής ηθικής. Αυτό παραμένει εκκρεμές για πολλούς επαγγελματίες (Perides, 2002).

Οι διευθυντές πρέπει εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στον τρόπο που θα ασκούν την ηγεσία. Έτσι, είναι αναγκαίο να προαγάγουν ένα ισχυρό ομαδικό πνεύμα. Χρειάζεται να δημιουργήσουν καλά καθορισμένες και με σαφήνεια στρατηγικές και αξιόπιστες πολιτικές που να προσαρμόζουν ένα επιχειρηματικό κλίμα. Το σημαντικό εδώ είναι το γεγονός ότι οι οργανισμοί του δημόσιου τομέα θα γίνουν όλο και περισσότερο θέμα δημόσιας διερεύνησης καθώς θα κινούνται όλο και περισσότερο σε συνεργασία με τους καταναλωτές τους (Perides, 2002). Είναι επομένως ευθύνη των ανώτερων στελεχών να αντιληφθούν τον αντίκτυπο που έχουν οι πράξεις τους στο προσωπικό τους και να επενδύσουν σε αυτούς με έναν τρόπο που θα εξασφαλίζει ότι και το προσωπικό και ο οργανισμός θα λειτουργούν αρμονικά προς τους καταναλωτές.

Άλλη μια φορά, το μοντέλο αριστείας EFQM παρέχει έναν μηχανισμό που επιτρέπει στους διευθυντές να προσδιορίσουν και να αναθεωρήσουν τις κρίσιμες διαδικασίες προκειμένου να δημιουργηθούν πιο δυνατές σχέσεις μεταξύ του καταναλωτή και του προμηθευτή. Σαφώς, αυτές οι ιδέες δεν είναι καινούργιες και μπορεί να φαντάζουν προφανείς. Η απλότητα αυτών των εννοιών διαφεύγει το γεγονός ότι η διαχείριση των αξιών σε έναν οργανισμό είναι χρονοβόρα, δύσκολη και απαιτεί την ανάπτυξη από την πλευρά των διευθυντών νέων δεξιοτήτων. Οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι έντασης εργατικού δυναμικού και επομένως η επιτυχία εξαρτάται από τις δεξιότητες του εργατικού δυναμικού. Κάθε

μέλος αυτού, έχει κάτι να προσφέρει που προσθέτει αξία στην λειτουργία ολόκληρου του οργανισμού.

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν σε ένα ταραχώδες περιβάλλον. Οι αλλαγές στην επιστήμη και την τεχνολογία, οι ηθικές τοποθετήσεις, οι περιβαλλοντικές συνθήκες απαιτούν εύκαμπτες και γρήγορες στην προσαρμογή των νέων αναγκών της κοινωνίας υπηρεσίες υγείας (Perides, 2002).

Θα πρέπει να αναφερθεί πως το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας του EFQM δεν αποτελεί πανάκεια. Από μόνο του δεν καθίσταται δυνατό να δημιουργήσει τον «τέλειο» οργανισμό. Εντούτοις, το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα πλαίσιο βασισμένο σε διάφορες θεμελιώδεις έννοιες που υποστηρίζουν με σαφήνεια την ιδέα της συνεχούς βελτίωσης.

Η χρήση αυτού του πλαισίου επιτρέπει σε έναν οργανισμό να δεσμευτεί με τις δεξιότητες και τη δημιουργικότητα ολόκληρου του εργατικού του δυναμικού και των καταναλωτών του, ώστε να εξετάσει και να εξελίξει τον τρόπο με τον οποίο διεκπεραιώνει και βελτιώνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Βιβλιογραφία 3^{ου} Κεφαλαίου

1. Blank Assessor Scorebook, (1999), European Foundation for Quality Management, pp.1-75.
2. Conti, T., (2002), “Human and social implications of excellence models: are they really accepted by the business community?”, *Managing service quality*, Vol.12, N.3, pp.151-158.
3. Evans D., Edejer, T., Lauer, J., Frenk, J., Murray, C., (2001), “Measuring quality: from the system to the provider”, *International Journal for Quality in Health care*, Vol. 13, N.6, pp.439-446.
4. Eggli Y., & Halfon, P., (2003), “A conceptual framework for hospital quality management”, *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 16, No.1, pp 29-36.
5. Holland K., and Fennell, S., (2000), “Clinical governance is “ACE”- using the EFQM Excellence Model to support baseline assessment”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.14, No. 4, pp157-163.
6. Moeller, J., and Sonntag K., 2001 “Evaluation of health services organisations –German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare”, *The TQM Magazine*, Vol.13, N. 5.
7. McAdam, R., and Bannister, A., (2001), “Business performance measurement and change management within a TQM framework”, *International journal of operations and production management*, Vol.21, N. ½, pp. 88-107.
8. Perides, M., (2002), “Aiming at Excellence in Healthcare – The European Foundation for Quality Management Excellence Model” *Business briefing: Global healthcare*, issue 3, pp.56-60.
9. Jackson, S., Davies, J., Hides, M., (2004), “Implementation of EFQM excellence model self-assessment in the UK higher education sector”, *The TQM Magazine*, Vol. 16, No, 3, pp. 194-201.
10. Jackson, S., (2001α), “Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for

Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service”, Quality Assurance Journal, Vol.5, pp 19-31.

11. Jackson, S., (2001 β), “Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?” International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.14, No. 4, pp157-163.
12. Jackson, S., (2001 γ), “Achieving clinical governance in Women’s Services through the use of the EFQM Excellence Model” International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.13, No. 4, pp182-190.
13. Jackson, S., (1999), “Exploring the possible reasons why the UK Government commented the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS” International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.12, No. 6, pp 244-253.
14. Gaad, K., (1995), “Business self-assessment, a strategic tool for building process robustness and achieving integrated management”, Business Process re-engineering and management journal, Vol. 1, N. , pp. 66-85.
15. Moeller, J., Breinlinger, J., Elser, J., (2000) “Quality management in German Healthcare- the EFQM Excellence Model”, International Journal of Healthcare Quality Assurance, Vol. 13, No.6, pp 254-258.
16. Nabitz, U., and Klazinga, N., (2000), “The EFQM excellence Model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in healthcare”, International Journal for quality in healthcare, Vol 12, No 3.
17. Nabitz, U., Klazinga, N., Walburg, J., (2000) “The Efqm excellence Model European and Dutch experiences with the Efqm approach in healthcare”, International Journal for quality in healthcare, V.12, N.3, pp. 191-201
18. Russell, S., (2000), “ISO 9000: 2000 and the EFQM Excellence Model: competition or co-operation?”, Total Quality Management, Vol. 4, pp.657-665.
19. Stahr, H., (2001), “Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 14, n.4, pp.174-180.

20. Stewart, A.,(2003), “An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust” International Journal of HealthCare Quality Assurance.
21. Venero S., Bragonzi G., Rebelli A. (2004), “The EFQM Excellence Model application in Udine Hospital through a two level self-assessment process” ISQua
22. Venero S., Favaretti C., Orlandini D., Pavan P., Pilati G., Poletti P., Teodori C., (2004) Wienand U.b “The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian healthcare organisations”, ISQua

Ηλεκτρονική Διεύθυνση

www.efqm.org European Foundation of Quality Management

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης το πρότυπο του EFQM χρησιμοποιείται στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για αυτό-αξιολόγηση. Παρόλα αυτά μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ολλανδία αποτελεί ένα εθνικό οργανισμό που επισήμως υποστηρίζει το πρότυπο στην πράξη. Το Βρετανικό Ίδρυμα Ποιότητας (British Quality Foundation) έχει εκδώσει και υιοθετήσει τα κριτήρια του EFQM για την υγειονομική περίθαλψη και το Ολλανδικό Ινστιτούτο ποιότητας έχει αναπτύξει συγκεκριμένες οδηγίες για το χώρο της υγείας που υποστηρίζονται από το Υπουργείο Υγείας (Nabitz et al.,2000).

Βραβεία ποιότητας εφαρμόζουν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν σχετίζονται άμεσα με το πρότυπο του EFQM. Για παράδειγμα, η Σουηδία έχει το Institute for Kvalitetsutveckling που αποτελεί μια προσέγγιση πιο στενά συσχετιζόμενη με το Αμερικάνικο Πρότυπο Ποιότητας, το βραβείο Malcolm Baldrige.

Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο, υπηρεσίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης να συντονίζουν τη λειτουργία τους με τα κριτήρια και υποκριτήρια του EFQM, να πειραματίζονται και να εφαρμόζουν την δική τους προσέγγιση απευθείας στον τομέα που τους ενδιαφέρει. Αυτός ο τρόπος εφαρμογής δεν έρχεται σε πλήρη συμμόρφωση με την κύρια φιλοσοφία του EFQM. Σύμφωνα με το πρότυπο η έμφαση πρέπει να δίνεται στην συνεχή βελτίωση και στην οργανωσιακή αριστεία και όχι στην μέτρηση και την τυποποίηση. Παρόλα αυτά πολλοί μάνατζερ και οργανισμοί έλκονται από την πρακτική πλευρά του προτύπου και αμελούν την θεωρητική. Έτσι λοιπόν οι περισσότερες έρευνες ποιότητας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι επισήμως καταγεγραμμένες και δημοσιευμένες στην βιβλιογραφία.

Η ανάλυση που ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια να συγκεντρωθεί και να παρατεθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα μέσα από εφαρμογές που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία, στα αποτελέσματα συνεδρίων και την επιτροπή υγειονομικής περίθαλψης του EFQM.

4.1 Εφαρμογή του EFQM στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει πληθώρα οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποιούν το πρότυπο του EFQM ως πλαίσιο ή ως μέσο αυτό-αξιολόγησης (Mittler, 1998). Μερικά από αυτά είναι τα ακόλουθα. Το Salford Royal Hospital στο Manchester που υποστηρίζεται από το Πανεπιστήμιο του Salford χρησιμοποιεί το EFQM ως πλαίσιο εφαρμογής διοίκησης ποιότητας και εκπαίδευσης (Henry, S., 2001; Jackson, S., 2001; Stahr, 2001; Stewart, 2003). Επίσης, το Lifecare Trust στο Surrey, ένα κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας σε άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ικανότητες, χρησιμοποιεί το EFQM προκειμένου να ενσωματώσει και να ευθυγραμμίσει τα προγράμματα βελτίωσης. Ακόμη, στο Lockside Medical Centre στο Manchester τον Απρίλιο του 2000 άρχισε να εφαρμόζεται το EFQM (Jackson & Bircher, 2002). Τα Royal Bolton Hospitals (Naylor, 1999) πραγματοποίησαν αξιολόγηση βασισμένη στην μέθοδο του ερωτηματολογίου και διέκριναν τα προβλήματα που ήταν αναγκαίο να αντιμετωπιστούν προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα. Τέλος η Κοινότητα Health NHS Trust of Wakefield εφάρμοσε με την βοήθεια μιας ομάδας αυτό-αξιολόγησης την μέθοδο και χρησιμοποίησε τα αποτελέσματα στο σχεδιασμό του οργανισμού (Pitt, 1999; Nabitiz et al., 2000).

Στην Σκανδιναβία υπάρχουν δύο projects που πρέπει να αναφερθούν. Το νοσοκομείο του Tomso στη Νορβηγία όπου φέρνοντας σε πέρας 60 αυτό-αξιολογήσεις με τις ομάδες του νοσοκομείου συνέχισαν στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών. Επιπλέον, κατάφεραν να κερδίσουν το Νορβηγικό Βραβείο Ποιότητας (Norheim et al., 2001). Η Φιλανδική Εταιρεία τοπικών αρχών ανέπτυξε ένα μικρό ερωτηματολόγιο για μονάδες και μικρές ομάδες που χρησιμοποιούνται σε 200

υπηρεσίες. Η μέθοδος αυτή αποδείχτηκε θετική διότι όλοι οι εργαζόμενοι είχαν τη διάθεση και τη θέληση για πιο ποιοτική διαχείριση των υπηρεσιών τους.

Στην Γερμανία ο πρώτος οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποίησε το EFQM ήταν το Deutsche Herz Zentrum στο Μόναχο και το Asklepios στο Triberg. Πρόσφατα το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Heidelberg και οι υγειονομικές υπηρεσίες του Asklepios πραγματοποιούν κάθε χρόνο συνέδρια ποιότητας που παρουσιάζουν περιπτώσεις από την εφαρμογή του μοντέλου του EFQM σε νοσοκομεία, εργαστήρια και υπηρεσίες υγείας. Είναι επίσης άξιο αναφοράς ότι ένα δίκτυο από ιδιωτικές πρακτικές εφαρμόζει το μοντέλο του EFQM προκειμένου να αξιολογήσει και να βελτιώσει την ποιότητα. Στο Βερολίνο ένας μεγάλος οίκος ευγηρίας ο Max Burger Zentrum, εισήγαγε τη μέθοδο αυτή και εφάρμοσε το ερωτηματολόγιο σε 24 διευθυντικά στελέχη (Moeller et al., 2000). Στην Αυστρία και την Ελβετία μια πληθώρα από υπηρεσίες υγείας βρίσκονται στην φάση του προσανατολισμού και της αναδιαμόρφωσης της πολιτικής ποιότητας και σκέφτονται ως πλαίσιο την εφαρμογή του EFQM (Nabitz et al., 2000; Vogt, 2001).

Στην Ολλανδία οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης συμμετείχαν στην προσέγγιση EFQM από την αρχή. Σήμερα, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν το πρότυπο EFQM για την αυτό-αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας σε τέτοιο βαθμό που το πρότυπο αποτελεί ένα γνωστό πλαίσιο αναφοράς για την ποιοτική διαχείριση (Wagner, 2003). Στην Ολλανδία έχει ιδρυθεί για την ποιοτική διαχείριση ο οργανισμός «Instituut Nederlandse Kwaliteit» και αναπτύσσει τις οδηγίες «τοποθέτηση και βελτίωση» και «αυτό-αξιολόγηση». Οι οδηγίες αυτές είναι έτσι σχεδιασμένες ώστε να ανταποκρίνονται και να υποστηρίζουν τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και να μπορεί ομαλά να εισαχθεί η προσέγγιση της διοίκησης ολικής ποιότητας. Το 1996, το κέντρο Jellinek στο Άμστερνταμ, ο πρώτος οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, κέρδισε το ολλανδικό βραβείο ποιότητας του EFQM. Μια πρώτη έρευνα μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης δείχνει ότι πολλά

όργανα χρησιμοποιούν την προσέγγιση προκειμένου να βελτιωθεί η ποιοτική διαχείριση (Nabitz, U., 1999).

Στην Γαλλία ο προσανατολισμός σχετικά με την ποιότητα βρίσκεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Διαπίστευσης (National Accreditation programme) του Οργανισμού Agence Nationale d'Accreditation et d' Evaluation en Sante, παρόλα αυτά όμως υπάρχουν κάποιες ειδικές μονάδες που ενδιαφέρονται να λειτουργήσουν το μοντέλο της επιχειρηματικής αριστείας (Eggli & Halfon, 2003; Nabitz et al., 2000; Giraud, 2001; Bertrand et al., 1998; Francois et al., 2003). Στην Νότια Ευρώπη ένα μεγάλο πιλοτικό πρόγραμμα στην Δημόσια Υγεία των Βάσκων επεξηγεί πως το μοντέλο του EFQM μπορεί να εφαρμοστεί σε τοπικό επίπεδο (Arcelay et al., 1999; Nabitz et al., 2000). Δώδεκα νοσοκομεία και 12 τοπικά κέντρα υγείας με 22.000 εργαζομένους διεξήγαγαν έρευνα βασιζόμενοι σε ερωτηματολόγια με σκοπό την εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας σε μεγάλη κλίμακα. Αναγκαίο, επίσης, αναφοράς είναι το γεγονός ότι η Βασκικές Υπηρεσίες Υγείας υποστηρίζονται από το Βασκικό Οργανισμό Προαγωγής της Ποιότητας (Basque Foundation for Quality Promotion).

4.2 Η Ολλανδική Εμπειρία: Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM και η εφαρμογή του στους Ολλανδικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαχείριση της ποιότητας είναι ένα σημαντικό στρατηγικό ζήτημα για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι πριν κάποια χρόνια, στην ολλανδική υγειονομική περίθαλψη, χαρακτηριστικό των περισσότερων οργανισμών ήταν ότι δεν υπήρχε καμία περιεκτική προσέγγιση ποιότητας. Οι προσπάθειες να βελτιωθεί η ποιότητα ήταν διάσπαρτες. Υπήρξαν διάφορα μεμονωμένα ποιοτικά προγράμματα στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, που στρέφονταν στην εκπαίδευση, τη βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων, σε διαδικασίες για διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού (Klazinga et al., 2000). Την τελευταία δεκαετία στην Ολλανδία έχει αναπτυχθεί μια συστηματικότερη και δομημένη προσπάθεια

προσέγγισης της ποιότητας. Τα προγράμματα ποιότητας έχουν αρχίσει να εναρμονίζονται όσο το δυνατόν περισσότερο στα δεδομένα της υγειονομικής περίθαλψης και σε πολλούς ολλανδικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης έχει δοθεί προτεραιότητα στην διοίκηση ολικής ποιότητας.

Προκειμένου να ληφθεί συστηματική προσοχή στην ποιότητα, τα συστήματα ποιοτικής διαχείρισης ολοένα και αναπτύσσονται. Η οργάνωση ενός συστήματος ποιοτικής διαχείρισης αποτελεί, από την 1 Απριλίου του 1996, νομική απαίτηση στην ολλανδική υγειονομική περίθαλψη. Το 1995 μόνο 13% ολλανδικών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούσαν με ένα σύστημα ποιότητας, ενώ το 59% ήταν στο στάδιο της ανάπτυξης ενός τέτοιου συστήματος (Wagner et al, 1995). Η πλέον συνήθης προσέγγιση για την διοίκηση ποιότητας στην ολλανδική υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από το πρότυπο επιχειρηματικής αριστείας του EFQM (Schalk & van Dijk, 2005).

4.2.1 Η χρήση του προτύπου του EFQM στις Κάτω Χώρες- Η Ολλανδική περίπτωση

Μια πρώτη έρευνα μεταξύ 1.711 οργανισμών έδειξε ότι ένα απροσδόκητα υψηλό ποσοστό των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούσε στην πράξη την προσέγγιση του EFQM. Από πολύ νωρίς η αυτό-αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελούσε κεντρικό θέμα της Ολλανδικής προσέγγισης. Γι' αυτό το ολλανδικό ποιοτικό πρότυπο βασισμένο στο μοντέλο EFQM καλείται συχνά πρότυπο αυτό-αξιολόγησης. Το επίσημο όνομα είναι το μοντέλο του «Instituut Nederlandse Kwaliteit» ή αλλιώς Μοντέλο INK (INK Model). Εκτός από τη μετάφραση του προτύπου και την παροχή των οδηγιών, ένα πρόγραμμα κατάρτισης και εκπαίδευσης για την αυτό-αξιολόγηση επιχειρήσεων τέθηκε σε λειτουργία. Το Ολλανδικό βραβείο ποιότητας εισήχθη το 1993 (Nabitz και Walburg, 2000).

Η προσέγγιση της ολλανδικής ποιότητας είναι πρακτική, διευθυντική και μη-καθοδηγητική. Παρόμοια με το πρότυπο του EFQM, η ολλανδική προσέγγιση αποφεύγει έναν σταθερό καθορισμό της ποιοτικής διαχείρισης. Εστιάζει στη βελτίωση, στα καλά αποτελέσματα, στην ικανοποίηση των πελατών και την αποδοτικότητα. Επιπλέον, η ποιοτική διαχείριση στρέφεται στην ποιότητα ολόκληρης της οργάνωσης, η οποία υπονοεί ότι η ποιοτική διαχείριση καλύπτει όλες τις δραστηριότητες, όλους τους ανθρώπους και όλες τις πτυχές της οργάνωσης. Το αποτέλεσμα αυτής της ποιοτικής διαχείρισης πρέπει να είναι ότι τα προϊόντα και οι υπηρεσίες παραδίδονται τόσο αποτελεσματικά και όσο το δυνατόν πιο αποδοτικά, και ικανοποιούν τις προσδοκίες του πελάτη από κάθε άποψη. Αυτή η περιγραφή ταιριάζει με το συνηθισμένο καθορισμό της διοίκησης ολικής ποιότητας και της επιχειρησιακής τελειότητας.

4.2.2 Οι οδηγίες του INK για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης

Το 1997 ο INK δημοσίευσε δύο οδηγίες για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης:

1. Τοποθέτηση και βελτίωση
2. Αυτο-αξιολόγηση.

Οι οδηγίες αναπτύχθηκαν από την Ολλανδική ομάδα εργασίας για την ποιότητα και την υγειονομική περίθαλψη και υποστηρίχθηκαν από τους διοικητές των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Ο Ολλανδός Υπουργός υγείας παρείχε επίσης την υποστήριξη του σε αυτό το έργο.

Οι οδηγίες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη ευθυγραμμίζονται με τις οδηγίες του INK καθώς και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού EFQM. Μοιράζονται τα ίδια κριτήρια, τις θεμελιώδεις έννοιες και το σύστημα μέτρησης. Η έμφαση στις οδηγίες είναι στην αυτοαξιολόγηση, τη βελτίωση, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα.

Η οδηγία «Τοποθέτηση και Βελτίωση» βοηθά τη διοίκηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης να κάνουν μια γρήγορη ανίχνευση στη βάση των εννέα κριτηρίων του προτύπου. Οι οδηγίες που αναφέρονται στην αυτό-αξιολόγηση χρησιμοποιούνται ως δεύτερο βήμα. Οι οδηγίες γι' αυτό το σκέλος είναι δυσκολότερο να εφαρμοστούν αλλά παρέχουν πολλά παραδείγματα από την πρακτική άσκηση (Nabitz & Klazinga, 1999; Klazinga et al., 2000). Οι οργανισμοί χρησιμοποιούν το πρότυπο της αυτό-αξιολόγησης για να κρίνουν αυστηρά την ποιοτική διαχείρισή τους. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης το πρότυπο κτίζει την έννοια της ποιότητας. Επιπλέον η χρήση των σχεδιαγραμμάτων και πινάκων ελέγχου ενθαρρύνει τη συζήτηση για τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα του οργανισμού.

4.3 Η αυτό-αξιολόγηση

Ακολουθώντας την προσέγγιση του EFQM, τα εγχειρίδια του INK αναφέρουν δύο τρόπους με τους οποίους μπορούν να απεικονιστούν τα αποτελέσματα από την αυτοαξιολόγηση σε δύο διαφορετικές γραφικά σχήματα:

- Το προφίλ
- Ο «ιστός της ποιότητας».

Το προφίλ επεξηγεί με σαφήνεια τις 32 προσεγγίσεις μαζί με τα υποκριτήρια και τις μετρήσεις. Ο «ιστός της ποιότητας» είναι ουσιαστικά τα τελικά αποτελέσματα που γίνονται εμφανή μετά το τέλος των συνεδριάσεων και βοηθούν στην καλύτερη ερμηνεία της θέσης της οργάνωσης σε σχέση με το επίπεδο της ποιότητας που θέλουν να επιτευχθεί (Nabitz & Klazinga, 1999; Klazinga et al., 2000).

Στην Ολλανδία αρκετοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM και εφαρμόζουν την αυτοαξιολόγηση. Κάποιοι οργανισμοί γράφουν μια λεπτομερή αναφορά και ζητούν αξιολόγηση και επιτόπια επίσκεψη από την ομάδα ελέγχου της Ολλανδικής Ποιότητας (Klazinga et al., 2000). Αρκετά

νοσοκομεία έχουν υποβάλλει επίσημες αναφορές για αξιολόγηση παρόλα αυτά όμως μόνο το κέντρο Jellinek έχει καταφέρει να ολοκληρώσει όλη την διαδικασία (Nabitz και Walburg, 2000).

Στην συνέχεια ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή της πορείας που ακολούθησε προκειμένου να φτάσει σε αυτό το σημείο και γίνεται εμφανής ο τρόπος που λειτούργησε. Η διαδικασία για το Ολλανδικό Βραβείο Ποιότητας έχει πολλά κοινά με τη διαδικασία για την απόκτηση του βραβείου ποιότητας του μοντέλου του EFQM (Klazinga et al., 2000; Nabitz & Klazinga, 1999).

4.3.1 Αυτοαξιολόγηση σύμφωνα με το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του EFQM στο ΚΕΝΤΡΟ Jellinek

Το κέντρο Jellinek είναι ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που έχει χρησιμοποιήσει το πρότυπο επιχειρηματικής αριστείας του EFQM. Το κέντρο Jellinek είναι ένα κέντρο αποθεραπείας και είναι αρμόδιο για την παροχή ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών που απευθύνεται στους εθισμένους, από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, ασθενείς. Βρίσκεται στην περιοχή του Άμστερνταμ στην Ολλανδία (Klazinga et al., 2000). Το κέντρο Jellinek θεραπεύει περίπου 5000 ασθενείς ετησίως με την βοήθεια προσωπικού 500 ατόμων που τρέχουν 24 διαφορετικά προγράμματα (Nabitz et al., 2005). Το 1988 το κέντρο Jellinek άρχισε το πρώτο πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας και το 1993 αποφάσισε να χρησιμοποιήσει την Ολλανδική προσέγγιση του μοντέλου EFQM (Nabitz και Walburg, 2000; Dijkstra και van der Bij, 1999).

Στην Ολλανδία οι εξωτερικοί ελεγκτές του EFQM συνεργάζονται με το INK. Έτσι, μια ομάδα τριών αξιολογητών εξέτασαν την γραπτή αναφορά και το φθινόπωρο του 1994 επισκέφτηκαν το κέντρο. Κατέληξαν ότι η γενική εικόνα του κέντρου κυμαινόταν από 20% έως 60% (Nabitz & Klazinga, 1999). Ο οργανισμός βρισκόταν στην διαδικασία του προσανατολισμού με δυνατά σημεία στην πολιτική και

στρατηγική, την ηγεσία, την διαχείριση των πόρων στα αποτελέσματα απόδοσης και στα αποτελέσματα στην κοινωνία (Nabitz και Walburg, 2000).

Οι αδυναμίες βρίσκονταν κυρίως στο γεγονός ότι δεν υπήρχαν εγκατεστημένα συστήματα μέτρησης. Επιπλέον υπήρχαν μόνον ελάχιστα δεδομένα σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και των εργαζομένων (Klazinga et al., 2000). Ακόμη ένα στοιχείο που εμφάνιζε αδυναμία ήταν η ελλιπής διαχείριση των διαδικασιών. Έτσι, το επίπεδο ποιότητας του κέντρου μεταφράστηκε και βαθμολογήθηκε σε 350 (Nabitz et al., 2005). Το προφίλ και ο «ιστός της ποιότητας», που η ομάδα αξιολόγησης έκανε παρουσιάζονται στα σχετικά σχεδιαγράμματα που ακολουθούν.

Στην πορεία η έκθεση που συνέταξε η ομάδα αξιολόγησης ως ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων περιελάμβανε περισσότερα από 100 προτάσεις για βελτίωση. Η ηγεσία του κέντρου χρησιμοποίησε αυτή την έκθεση ως βάση για την ανάπτυξη ενός πλάνου για βελτίωση της ποιότητας (Nabitz & Klazinga, 1999). Για κάθε υποκριτήριο οι προτάσεις των ελεγκτών συνοψίστηκαν και νέοι τρόποι δράσης αναγνωρίστηκαν και ανατέθηκαν σε διαφορετικά μέλη της ομάδας διοίκησης. Το έγγραφο αυτό παρουσιάστηκε σε όλους στο κέντρο και ορίστηκε ως το Πλάνο Βελτίωσης της Ποιότητας 1995-1996 (Klazinga et al., 2000; Nabitz και Walburg, 2000). Στο Πλάνο δινόταν έμφαση στο γεγονός ότι ήταν αναγκαίο να εφαρμοστεί ο ποιοτικός τρόπος σκέψης σε όλο τον οργανισμό και να βελτιωθούν οι διαδικασίες ξεκινώντας πρώτα από την πιστοποίηση ISO και στη συνέχεια με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και εργαζομένων (Nabitz & Klazinga, 1999).

Πίνακας 2: Δυναμικά Κριτήρια κατά τα έτη 1994-1996 στο κέντρο Jellinek

KENTRO JELLINEK			
ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (ENABLERS)	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΑ	1994	1996
1. ΗΓΕΣΙΑ 49% 60%	1.A. Συμμετοχή της ηγεσίας	53%	60%
	1.B. Κουλτούρα ποιότητας	58%	70%
	1.Γ. Αναγνώριση, εκτίμηση	45%	50%
	1.Δ. Υποστήριξη	40%	60%
2. ΠΟΛΙΤΙΚΗ & ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ 57% 62%	2.A. Διοίκηση ποιότητας	65%	70%
	2.B. Πληροφοριακό σύστημα	65%	80%
	2.Γ. Επιχειρησιακό σχέδιο	55%	60%
	2.Δ. Επικοινωνία	60%	50%
3. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ 34% 45%	2.E. Έλεγχος	40%	50%
	3.A. Πολιτική εργαζομένων	35%	50%
	3.B. Ειδίκευση	25%	50%
	3.Γ. Επίτευξη στόχων	58%	60%
4. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΡΩΝ 45% 54%	3.Δ. Συμμετοχή για βελτίωση	20%	60%
	4.A. Χρηματοοικονομική κατάσταση	43%	60%
	4.B. Πληροφοριακή υποστήριξη	65%	50%
	4.Γ. Προμηθευτές	25%	40%
5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ 25% 50%	4.Δ. Τεχνολογία	45%	30%
	5.A. Αναγνώριση διαδικασιών	38%	50%
	5.B. Έλεγχος διαδικασιών	30%	50%
	5.Γ. Αναθεώρηση και βελτίωση των διαδικασιών	20%	50%
	5.Δ. Προσπάθεια για ανανέωση	23%	50%
	5.E. Αλλαγή διαδικασιών	15%	50%

Πηγή: Nabitz & Klazinga, 1999

Πίνακας 3: Αποτελέσματα

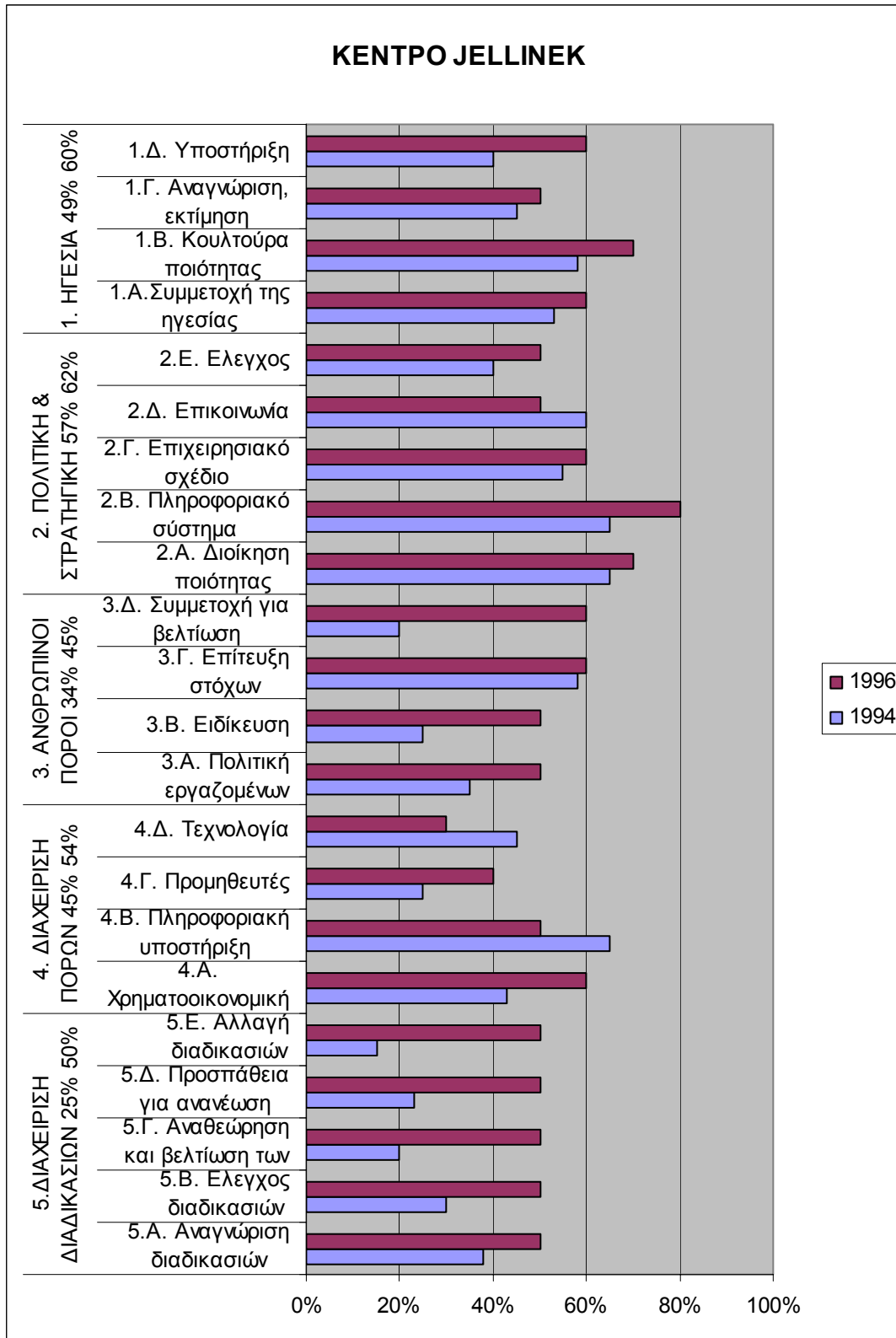
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-RESULTS		
ΚΡΙΤΗΡΙΑ	1994	1996
6. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ	25%	44%
7. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	28%	49%
8. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	65%	62%
9. ΤΕΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	50%	47%

Πηγή: Nabitz & Klazinga, 1999

Μετά την εργασία δύο ετών πάνω στο πρόγραμμα για βελτίωση της ποιότητας, μια δεύτερη αναφορά γράφτηκε και υποβλήθηκε στο INK (Nabitz et al., 2005). Μια ομάδα αξιολόγησης από 6 άτομα ανασκόπησαν την αναφορά και επισκέφτηκαν το οργανισμό για νέα αξιολόγηση (Nabitz & Klazinga, 1999). Ανέλυσαν την κατάσταση εκτενώς και σχεδίασαν ένα νέο προφίλ και «ιστό της ποιότητας», το οποίο διαγράφεται στα ακόλουθα σχήματα με κόκκινο χρώμα.

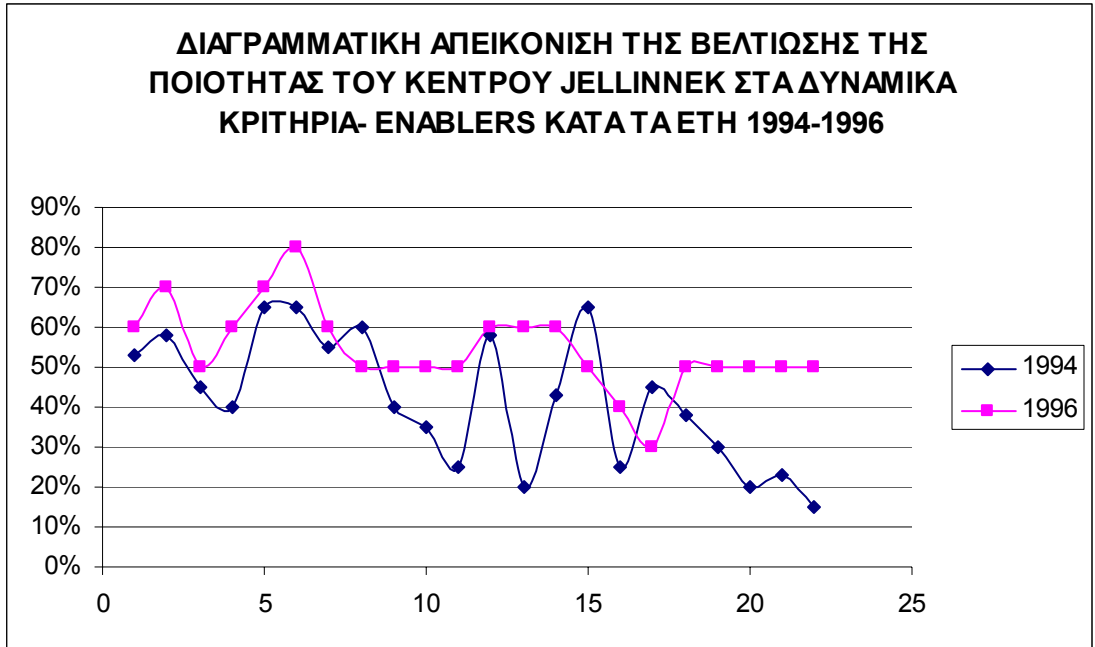
Το προφίλ παρουσιάζει με σαφήνεια ότι το ποιοτικό επίπεδο του κέντρου Jellinek, βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια των 2 ετών σχεδόν σε όλα τα υποκριτήρια (Klazinga et al., 2000). Ο «ιστός της ποιότητας» δείχνει επίσης ότι οι μεγάλες διαφορές ομαλοποιήθηκαν και ότι ο ιστός εμφανίζεται πιο ισορροπημένος από πριν. Οι διαδικασίες και τα κριτήρια που σχετίζονται με τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν ότι βελτιώθηκαν και άλλα κριτήρια παρέμειναν στο ίδιο σημείο ή και πάλι παρουσίασαν μια ελαφριά βελτίωση (Nabitz & Klazinga, 1999; Nabitz και Walburg, 2000).

Στη συνέχεια αφού προσδιορίστηκε η βαρύτητα του κάθε υποκριτηρίου, συγκεντρώθηκαν τα αποτελέσματα από την αυτό-αξιολόγηση και προέκυψε η τελική βαθμολογία των 510 μονάδων στο σύνολο των 1000. Όταν η βαθμολογία η οποία έχει λάβει ένας οργανισμός βρίσκεται μεταξύ των 450 και 650 βαθμών προτείνεται για Βραβείο Ποιότητας (Nabitz et al., 2005). Έτσι το 1996, μετά από απόφαση το κέντρο Jellinek έλαβε το Ολλανδικό Βραβείο Ποιότητας. Το κέντρο Jellinek έχει τη φήμη του πρότυπου οργανισμού σε σχέση με την ποιότητα, την καινοτομία, και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που πραγματεύεται στην Ολλανδία (Nabitz et al., 2005; Klazinga et al., 2000; Nabitz & Klazinga, 1999; Nabitz και Walburg, 2000).



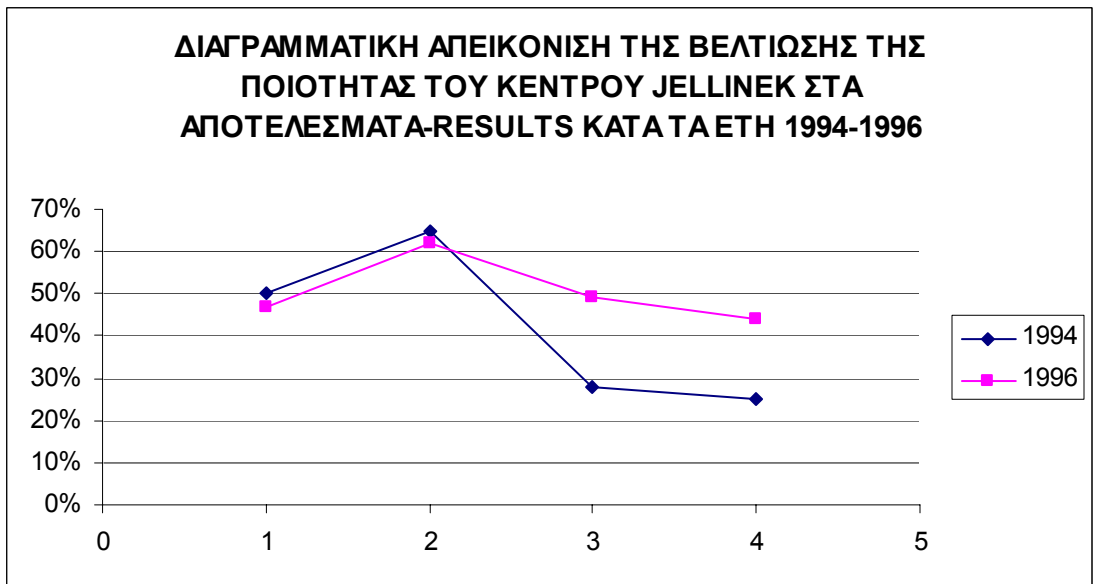
πηγή: Nabitz et al., 2000

Διάγραμμα 1: Βελτίωση της ποιότητας του κέντρου Zellinek κατά τα έτη 94-96.



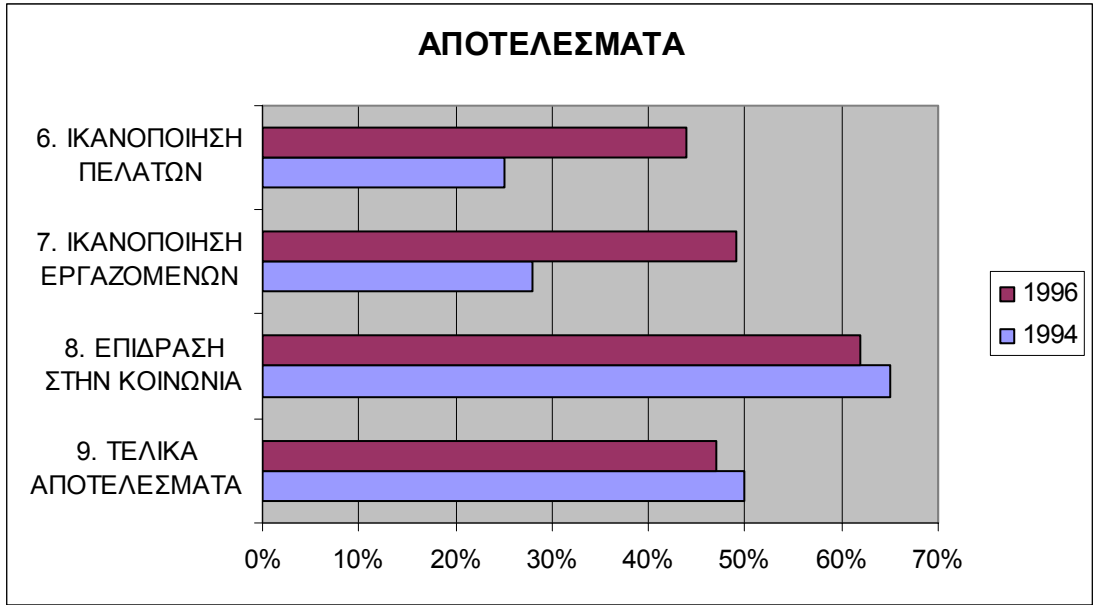
πηγή: Nabitz et al., 2000

Διάγραμμα 2: Απεικόνιση της βελτίωσης της ποιότητας του κέντρου Jellinek στα δυναμικά κριτήρια κατά τα έτη 1994-1996



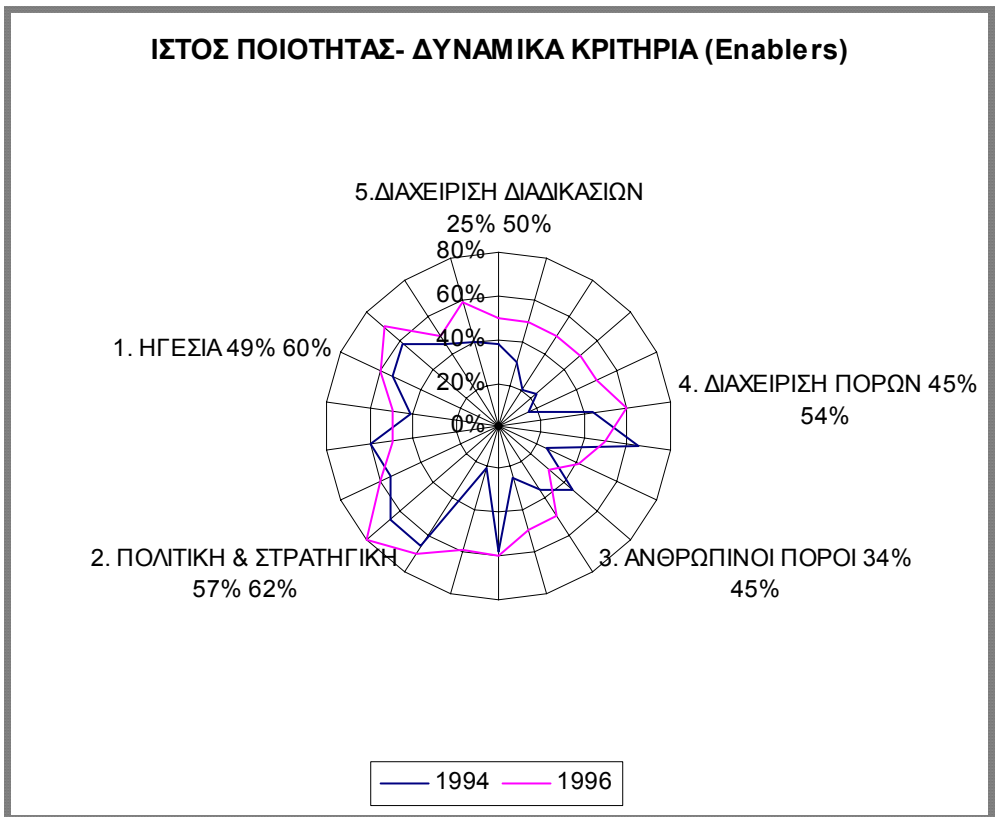
πηγή: Nabitz et al., 2000

Διάγραμμα 3: Απεικόνιση της βελτίωσης της ποιότητας του κέντρου Jellinek στα δυναμικά κριτήρια κατά τα έτη 1994-1996



πηγή: Nabitz et al., 2000

Διάγραμμα 4: Βελτίωση των αποτελεσμάτων του κέντρου Jellinek κατά τα έτη 94-96



Διάγραμμα 5: Ιστός Ποιότητας- έτη 1994/1996- Κέντρο Jellinek

4.3.2 Διαπιστώσεις

Από την αρχή η Ολλανδική κυβέρνηση έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα και την προσέγγιση του EFQM. Για σειρά ετών λάμβαναν χώρα προγράμματα για επαγγελματίες που εστίαζαν στον έλεγχο και στην εξωτερική επιθεώρηση (visitatie). Την τελευταία δεκαετία τα συστήματα ποιότητας έχουν γίνει υποχρεωτικά. Τα νοσοκομεία συμμετέχουν σε προγράμματα Διαπίστευσης (accreditation) και αναπτύσσουν συστήματα ISO (Nabitz et al., 2000; Shaw, 2000).

Το 1995 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε όλους τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να μετρηθεί το μέγεθος της εφαρμογής ποιότητας. Η έρευνα εφαρμόστηκε και σε όλους του υποτομείς της υγειονομικής περίθαλψης όπως ψυχική υγεία, πρωτοβάθμια υγεία, σε οίκους ευγηρίας, σε φαρμακεία. Στην έρευνα απάντησε το 74% των οργανισμών και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά από 5 χρόνια μόνο το 13% είχε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας. Το 59% των οργανισμών είχε εφαρμόσει μέρος του συστήματος ποιότητας.

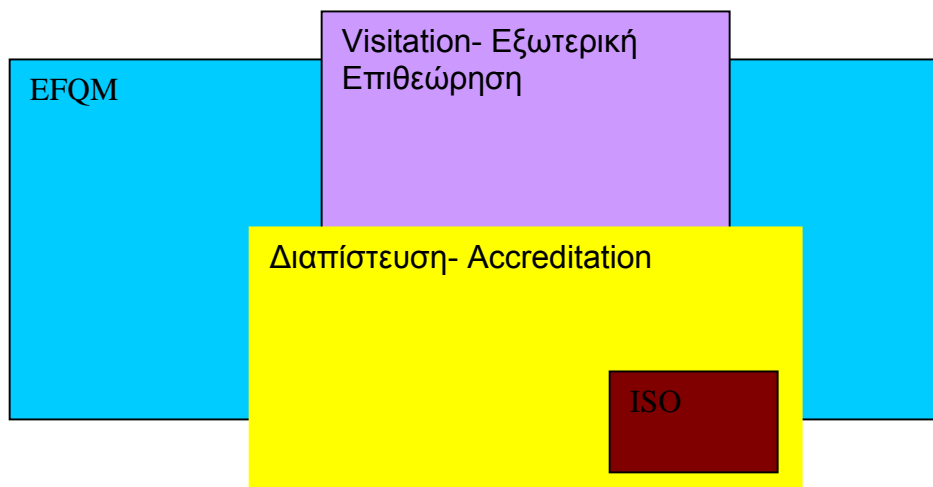
Το 1998 πραγματοποιήθηκε άλλη μια έρευνα πιο μικρή σε μέγεθος μεταξύ των 20 καλύτερων νοσοκομείων της Ολλανδίας και έδειξε ότι 13 από τα 20 νοσοκομεία χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM ως πλαίσιο για την ποιοτική διαχείριση των συστημάτων τους (Nabitz et al., 2000; Nabitz και Walburg, 2000).

Στην Ολλανδία, υπάρχουν πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που έχουν κάποια εμπειρία στην εφαρμογή του προτύπου. Οι εμπειρογνώμονες στον τομέα της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη εκφράζουν την αισιοδοξία τους σχετικά με την αύξηση των οργανισμών που θα χρησιμοποιούν το πρότυπο του EFQM (Klazinga, 2000). Κατά τη διάρκεια μιας διάσκεψης στις Κάτω Χώρες, η ομάδα αναγνώρισε ότι υπάρχει κάποια επικάλυψη μεταξύ των προτύπων πιστοποίησης, εξωτερικής επιθεώρησης, EFQM και του ISO. Το σχήμα 3 επεξηγεί την πρώτη προσπάθεια της ομάδας να συγκρίνει και να επεξηγήσει την επικάλυψη των διαφορετικών προτύπων. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στο σχεδιάγραμμα

παρουσιάζεται το πρότυπο EFQM να είναι πιο μεγάλο και αντιπροσωπεύει τις στρατηγικές, γενικές και πτυχές έκβασης της ποιοτικής διαχείρισης (Klazinga, 2000).

Δεύτερον, η ομάδα θεώρησε ότι η διαπίστευση- accreditation αφορά με πιο άμεσο τρόπο την υγειονομική περίθαλψη, ενώ το ISO που στρέφεται κυρίως στις διαδικασίες και η εξωτερική επιθεώρηση- visitation αντιπροσωπεύουν ένα ευρύ μέσο μέρος, το οποίο αφορά κυρίως τους επαγγελματίες της ποιότητας.

Οι εμπειρογνώμονες επίσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η προσέγγιση EFQM απαιτεί μια υψηλή ωριμότητα από την πλευρά του οργανισμού. Εντούτοις, είναι δυνατό, οργανισμοί που μόλις ξεκινούν να χρησιμοποιούν το πρότυπο EFQM μπορούν να εξασφαλίσουν τη διαμόρφωση της στρατηγικής και της γενικότερης προσέγγισής τους βάση της διοίκησης ολικής ποιότητας (Klazinga, 2000). Επομένως το πρότυπο του EFQM δεν είναι σε ανταγωνισμό με την πιστοποίηση ή την εξωτερική επιθεώρηση- visitation και το ISO. Παρέχει μια συμπληρωματική προοπτική που μπορεί να βοηθήσει στην διεύρυνση του ποιοτικού πεδίου των διοικητικών λειτουργιών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.



πηγή: Klazinga, 2000

Σχήμα 3: Συμπληρωματική προοπτική των προτύπων ποιότητας

4.4 Η Γερμανική Εμπειρία: Αξιολόγηση των οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης στην Γερμανία βάσει του μοντέλου EFQM.

Σε όλο τον κόσμο η υγειονομική περίθαλψη λαμβάνει την αυξανόμενη προσοχή όχι μόνο για τον τεράστιο αντίκτυπο στους οικονομικούς πόρους που διατίθενται για αυτό τον τομέα σε έναν πληθυσμό, αλλά και για τη στοιχειώδη αξία της σε εκείνο τον συγκεκριμένο πληθυσμό (Moeller et al., 2000). Σε πολλές χώρες σήμερα, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τον πλούτο τους, η υγεία του πληθυσμού και ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί μια σημαντική ανησυχία. Όλοι όσοι διαχειρίζονται την υγειονομική περίθαλψη προσπαθούν να επιτύχουν την υψηλότερη δυνατή ποιοτική φροντίδα σε σχέση με τους πόρους που δύνανται να διαθέσουν (Pitt, 1999). Επομένως, η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί μια απαίτηση.

Μια μελέτη του γερμανικού υπουργείου υγείας και του προγράμματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Shaw, 2000) ερεύνησε το πεδίο, τους μηχανισμούς και τη χρήση των τεχνικών αξιολόγησης στα διεθνή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Εκεί διευκρινίστηκε το πρότυπο τελειότητας που δημιουργήθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (EFQM) ως προοπτική καθοδήγησης για την ανάπτυξη διοίκησης ολικής ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Παράλληλα κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης, βάσει της προσέγγισης του προτύπου του EFQM έχει παρατηρηθεί μια σειρά από βελτιώσεις στην υγειονομική περίθαλψη σχεδόν σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα (Arcelay et al, 1999; Jackson, 1999; Nabitiz et al, 2000).

4.4.1 Η γερμανική περίπτωση

Σύμφωνα με το νόμο, οι γερμανικοί οργανισμοί υγείας υποχρεούνται να συμμετέχουν στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Ακολουθώντας αυτή την υποχρέωση μπορούν να χρησιμοποιήσουν το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας με διαφορετικούς τρόπους (Moeller, 2001). Αρχικά, μπορεί να αποτελέσει πλαίσιο

αναφοράς για την τεκμηρίωση και την ανάπτυξη ποιοτικής διοίκησης. Δεύτερον, ως εργαλείο για αυτό-αξιολόγηση, και τρίτο, τα κριτήρια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εφαρμοστούν στο γερμανικό εθνικό βραβείο ποιότητας «Ludwig Erhard Preis» ή/και για την απόκτηση του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας.

Στη Γερμανία οι πρώτες οργανώσεις υγείας άρχισαν να χρησιμοποιούν την προσέγγιση EFQM το 1996. Περιπτώσεις εφαρμογής αποτελούν το γερμανικό καρδιολογικό κέντρο του Μονάχου, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Χαϋδελβέργης (Moeller και Sonntag, 1998), η Asklepios κλινική στο Triberg (υπηρεσίες αποκατάστασης), και το Urologische Facharztpraxis (ουρολογική κλινική) (Moeller και Sonntag, 2001).

Όλα τα ανωτέρω άρχισαν να εφαρμόζουν το μοντέλο κάνοντας μια αυτό-αξιολόγηση και προσπαθώντας να προσδιορίσουν τις δυνάμεις και τις αδυναμίες τους ανά κριτήριο. Αυτό τους οδήγησε στην πρώτη έκθεση ανατροφοδότησης που αναφέρεται ακόμα και σήμερα. Από την έκθεση ανατροφοδότησης, προέκυψε μια λίστα περιοχών προς βελτίωση που εφάρμοσαν και αξιολόγησαν (Moeller και Sonntag, 2001). Σήμερα, βάσει των ανατροφοδοτήσεων που επακολούθησαν αποδεικνύονται οι συνεχείς βελτιώσεις της ποιότητας με υψηλό βαθμό ακρίβειας και συνέπειας.

Άλλες πρωτοβουλίες είναι ένα δίκτυο προαγωγής της υγείας και των νοσοκομείων (Health Promoting Hospitals) του WHO (Schmidt και Brandt, 1995), ένα δίκτυο των ιατρών παθολόγων (Scheibe, 1999), και ένα δίκτυο των δημοτικών νοσοκομείων στην περιοχή του Αμβούργου. Άλλα παραδείγματα εφαρμογής του μοντέλου στην Γερμανία προκύπτουν από μια ένωση κέντρων ψυχιατρικής υποστήριξης (Jung, 1999) καθώς επίσης και από τις υπηρεσίες ειδικευμένων κέντρων δερματολογίας, ωτορυνολαρυγγολογίας (Waller και Moeller, 1999), από μια σειρά φαρμακείων και ιατρικά εργαστήρια μικροβιολογικά κέντρα και οίκους ευγηρίας (Moeller, et al., 2000).

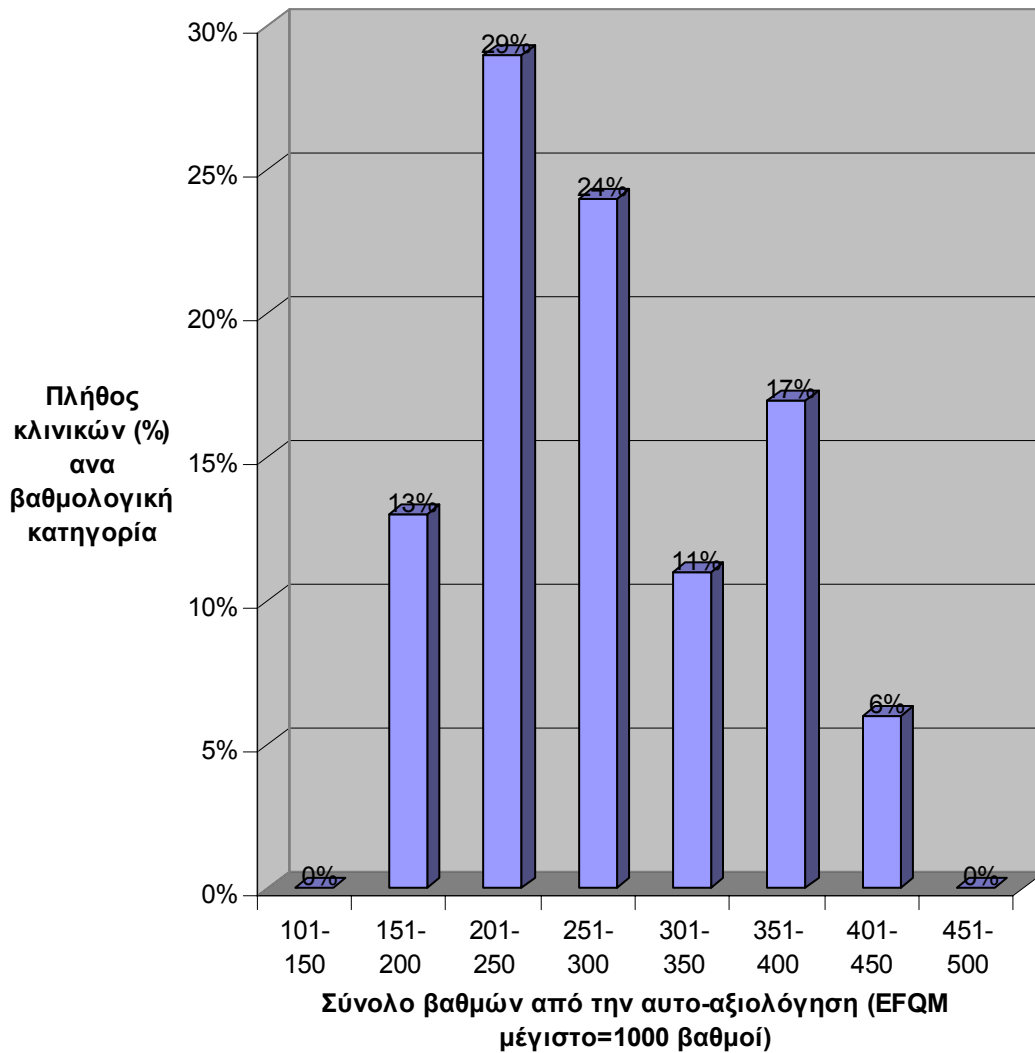
Το 1998, το γερμανικό υπουργείο υγείας άρχισε ένα πιλοτικό πρόγραμμα τριών ετών αποκαλούμενο «Διοίκηση ποιότητας στα νοσοκομεία» (Moeller and Sonntag, 2001). Η πρόοδος των 44 νοσοκομείων που μελετήθηκαν και των 80 νοσοκομείων που τέθηκαν κάτω από τον έλεγχο του συγκεκριμένου προγράμματος, αξιολογήθηκε σύμφωνα με το πρότυπο τελειότητας του EFQM.

Από το 1997, σε εθνικό επίπεδο μια ομάδα ειδικευμένη στην εφαρμογή του EFQM στον τομέα της υγείας, που συντονιζόταν από τα πανεπιστήμια της Χαϊδελβέργης (Ιατρική Σχολή) και του Μπίλφελντ (Σχολή της Δημόσιας Υγείας) οργάνωνε τις ετήσιες διασκέψεις, όπου παρουσιάζονταν εκθέσεις από τις διάφορες εφαρμογές των προγραμμάτων του EFQM (Moeller και Sonntag, 2001). Ταυτόχρονα, η ομάδα αυτή έκανε μια μελέτη που συνέκρινε την απόδοση των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση με τις καλύτερες εφαρμογές στην βιομηχανία και μοιράστηκε την εμπειρία από τις αξιολογήσεις στην υγειονομική περίθαλψη (Moeller, 2001).

Το διάγραμμα 6 παρουσιάζει τη διαβάθμιση των αποτελεσμάτων σε ποσοστό από την αξιολόγησή ανά κριτήριο, σε ένα δείγμα 17 πρωτοποριακών νοσοκομείων στη Γερμανία (Moeller και Sonntag, 2001).

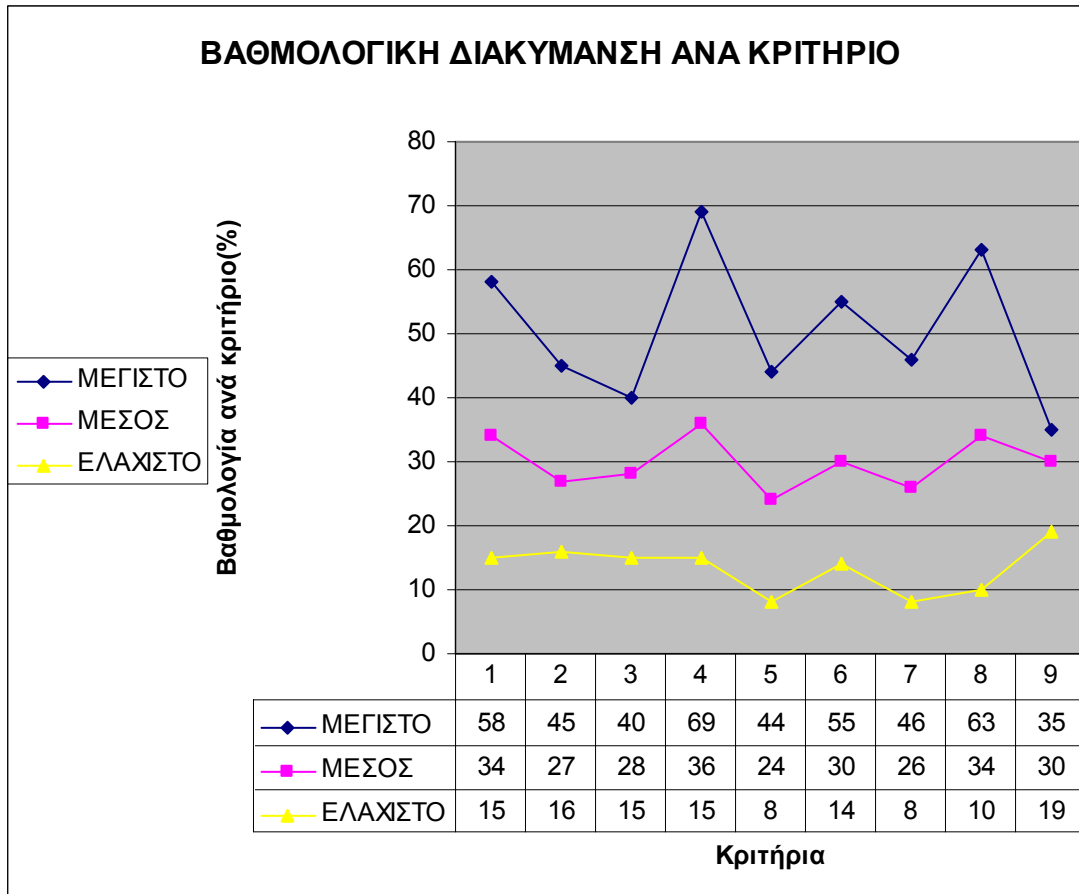
Μικρές αποκλίσεις στα αποτελέσματα απόδοσης (κριτήριο 9 (μέγιστη αξία / ελάχιστη αξία) < 2) έρχονται σε αντίθεση με τα μεγάλα διαστήματα των κριτηρίων 5 και 7, διαχείριση διεργασιών και διοίκηση ανθρωπίνων πόρων αντίστοιχα (κριτήρια 5 και 7 (μέγιστη αξία / ελάχιστη αξία) >5). Ενώ, άριστοι οργανισμοί προέκυψαν να εμφανίζουν ένα σταθερό βαθμολογικό προφίλ ((μέγιστη αξία όλων των κριτηρίων/ ελάχιστη αξία όλων των κριτηρίων) < 1.4) και τρεις οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης από το δείγμα πραγματοποίησαν ένα πηλίκιο (μέγιστη αξία όλων των κριτηρίων/ ελάχιστη αξία όλων των κριτηρίων) > 3,4.

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΤΕΛΙΚΩΝ ΒΑΘΜΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 17 ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Πηγή: Moeller και Sonntag, 2001

Διάγραμμα 6: Διακύμανση της τελικής βαθμολογίας από την αυτοαξιολόγηση 17 οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.



Πηγή: Moeller, 2001

Διάγραμμα 7: Βαθμολογική διακύμανση ανά κριτήριο.

Προκειμένου να γίνει απόλυτα κατανοητό το ανωτέρω παράδειγμα, παρατίθενται στη συνέχεια τα βασικότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την αξιολόγηση των νοσοκομείων στην Γερμανία (Moeller και Sonntag, 2001).

Δυνατά σημεία

- Υπάρχουν στοιχεία ότι το πεδίο οποιασδήποτε αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκε στις κλινικές (π.χ. θρεπτικά, λειτουργικά) είναι βασισμένο στη διάγνωση του ασθενή, στην προσοχή που θέτουν, στην επιθυμία του ασθενή για φροντίδα, και στον βαθμό ανταπόκρισης του ασθενή σε οποιαδήποτε προηγούμενη φροντίδα.

- Σε όλους τους τομείς και τα τμήματα όπου η παροχή νοσοκομειακής φροντίδας κρίνεται απαραίτητη, υπάρχουν εξειδικευμένες νοσοκόμες που αξιολογούν την ανάγκη του ασθενή για φροντίδα και περιποίηση.
- Η διαχείριση των διεπαφών μεταξύ των διαφόρων τμημάτων, για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών, ακολουθεί μια προσέγγιση βασισμένη σε στοιχεία (Moeller, 2001).

Τομείς βελτίωσης

- Παραμένει ασαφές μέχρι ποιο σημείο σε όλους τους ασθενείς που καλούνται να συμμετέχουν σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα σχετικά με την υγεία τους, δίνεται μια περιγραφή των αναμενόμενων οφελών, των δυσκολιών και των ρίσκων που πρόκειται να αντιμετωπίσουν, καθώς επίσης και μια περιγραφή εναλλακτικών τεχνολογιών που μπορεί να είναι πολύ συμφέρουσες για αυτούς (Moeller, 2001).
- Παραμένει ασαφές μέχρι ποιου σημείου οι ασθενείς με ειδικές ανάγκες αξιολογούνται και επαναξιολογούνται λαμβάνοντας οι επαγγελματίες υγείας υπόψη πληροφορίες σχετικές με την ηλικία τους (νήπιο, παιδί, έφηβος), ανικανότητα (ειδική φροντίδα για τις συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές), έτη πάθησης ή κατάσταση (αλκοολισμός, εξαρτήσεις από φάρμακα) (Moeller και Sonntag, 2001).

Τα θέματα προς επίσκεψη

- Δώστε διευκρίνιση για το βαθμό στον οποίο το νοσοκομείο καταδεικνύει σεβασμό απέναντι στις ανάγκες των ασθενών όπως είναι η εμπιστευτικότητα, η μυστικότητα, η ασφάλεια, η επίλυση των

παραπόνων, η παροχή συμβουλών και η επικοινωνία (Moeller, 2001).

- Ελέγξτε εάν το ιατρικό τμήμα λειτουργεί σύμφωνα με έναν κώδικα συμπεριφοράς αναφορικά με την σχέση του με τους ασθενείς, τους συγγενείς, καθώς και τους προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης και τα εκπαιδευτικά όργανα (Moeller et al, 2000).
- Ελέγξτε εάν το ιατρικό τμήμα έχει καθορίσει τις ενέργειες αξιολόγησης εγγράφως (Moeller και Sonntag, 2001).

Το 2001, ο συνολικός αριθμός νοσοκομείων που χρησιμοποιούν την προσέγγιση EFQM στη Γερμανία μπορεί να υπολογιστεί μεταξύ 250 με 350 αντιπροσωπεύοντας το 10 με 15 τοις εκατό (%) του εθνικού συνόλου.

4.4.2 Εμπόδια που προέκυψαν

Οι επιτυχημένες αξιολογήσεις του προτύπου EFQM δεν πραγματοποιούνται χωρίς δυσκολίες. Πολύ συχνά νοσοκομειακοί γιατροί ανέφεραν προβλήματα που οφείλονταν στην έλλειψη χρόνου και αφοσιωμένου προσωπικού (Moeller και Sonntag, 2001). Συχνά, προέκυψε η σύγκυση μεταξύ της διάθεσης του χρόνου στην θεραπεία των ασθενών και στην εφαρμογή των αξιολογήσεων (Moeller et al, 2000). Προβλήματα προέκυψαν επίσης από την έλλειψη καλής ποιότητας πληροφοριακών συστημάτων που θα βοηθούσε σημαντικά τα άτομα που προσέφεραν ιατρικές υπηρεσίες. Επιπλέον, αναφέρθηκαν προβλήματα σχετικά με την ανεύρεση κατάλληλων και αμοιβαία ικανοποιητικών χώρων για τις συνεδριάσεις. Υπήρξαν φορές που αυτές οι δυσκολίες επιδεινώθηκαν από την έλλειψη επαρκώς εκπαιδευμένου προσωπικού υποστήριξης που συμβλήθηκαν σε βραχυπρόθεσμη βάση, και την αποτυχία να ανανεωθούν οι συμβάσεις ή να προσληφθεί το προσωπικό λόγω ανεπαρκούς χρηματοδότησης (Robinson, 1999).

Αναφέρθηκε επίσης η δυσλειτουργία μεταξύ των μελών της ομάδας ή η ατελέσφορη δυναμική τους που πολλές φορές εμπόδιζε την επιτυχία των αυτό-αξιολογήσεων (Moeller και Sonntag, 2001). Οι ελλιπείς σχέσεις μεταξύ των ομάδων αξιολόγησης που προκαλούνταν λόγω των συχνών διακοπών (π.χ. τηλέφωνα, βομβητές, μέλη που άλλαζαν), της έλλειψης του αισθήματος υποχρέωσης για τη μελέτη, τις ανησυχίες για την εμπιστευτικότητα, τον προσωπικό ανταγωνισμό / ιεραρχία, της απροθυμίας να αλλάξει η πρακτική, αποτελούν μερικούς από τους λόγους που επηρεάζουν την επιτυχία των αυτό-αξιολογήσεων (Moeller, 2001).

Διαφωνίες μεταξύ των νοσοκομειακών γιατρών (π.χ. « η έκβαση της αξιολόγησης μπορεί να μην επιτρέψει να επηρεάσει την ιατρική πρακτική») και τους διευθυντές (π.χ. «δεν κάνουμε τις αλλαγές λόγω του κόστους») προσδιορίστηκαν επίσης ως αιτία της αποτυχίας (Moeller και Sonntag, 2001). Επειδή το πρότυπο προέρχεται από την εφαρμογή του στη βιομηχανία, η ορολογία προέκυψε ως ένα άλλο εμπόδιο. Επιπλέον, η προσπάθεια να εφαρμοστεί άμεσα προκάλεσε εμπόδια καθώς και απογοήτευση (Moeller et al, 2000). Άλλες παγίδες εναπόκεινται στις διοικητικές ομάδες που εμπλέκονται λιγότερο προσωπικά προτιμώντας την εκπροσώπησή τους κατά το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας. Είναι βασικό επιπλέον, να σημειωθεί ότι εάν δίνεται έμφαση μόνο στα καλά στοιχεία τότε η προσέγγιση αυτό-αξιολόγησης διατρέχει τον κίνδυνο να αποτελέσει μια άσκηση δημιουργικού γραψίματος αντί μια τρέχουσα δραστηριότητα που σκοπό θα έχει τον προσδιορισμό των περιοχών προς βελτίωση (Moeller, 2001).

4.4.3.Οι παράγοντες επιτυχίας

Παρόλα τα πολλά εμπόδια, οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν προσδιόρισαν μερικούς από τους παράγοντες που διευκόλυναν την επιτυχία των αυτό-αξιολογήσεων (Moeller et al, 2000). Αυτοί περιλαμβάνουν το αφιερωμένο προσωπικό, ένα ενθαρρυντικό οργανωτικό περιβάλλον, την υγιή ηγεσία, τις

τακτικές συνεδριάσεις με τους συναδέλφους, τις πληροφορίες σχετικά με τους στόχους του προγράμματος, και χρόνο να απελευθερωθούν οι προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες από τον φόρτο εργασίας τους (Moeller και Sonntag, 2001).

Έχει βρεθεί, επίσης, ότι οι επιτυχείς αυτό-αξιολογήσεις εμφανίστηκαν όταν σκέφτηκαν προσεκτικά οι ηγέτες που πρέπει να κυμανθεί ο ανταγωνισμός, η ιεραρχία, και πως πρέπει να κατανεμηθούν τα καθήκοντα του προσωπικού αξιολόγησης αφού δεν ήταν απλώς καθήκοντα γραφείου, αλλά παρείχαν εκπαίδευση σε περίπτωση ανάγκης, και αποτελούσαν προσωπικό υποστήριξης και πολύτιμα μέλη της ομάδας (Moeller et al, 2000).

Εκτός από την συμμετοχή των μάνατζερ, ένας άλλος παράγοντας επιτυχίας αποτέλεσε το γεγονός ότι κάτι θετικό μπορεί να προκύψει από όλη αυτή την έρευνα (Moeller και Sonntag, 2001). Επομένως συνιστάται οι οργανώσεις να αρχίζουν με τα «σημεία-νικητές» όπου οι άνθρωποι που λαμβάνουν μέρος στην αυτό-αξιολόγηση θα είναι σε θέση να δουν γρήγορα τα αριθμητικά στοιχεία της επιτυχίας.

4.4.4 Αυτό-αξιολόγηση σύμφωνα με το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του EFQM στο MAX-Burger-Center (MBC).

Το Κέντρο MAX-Burger που παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής ιατρικής, γηριατρικής και υπηρεσίες για ηλικιωμένους στο Βερολίνο, στην Γερμανία αποτελεί το πρώτο του είδους του που ανέλαβε την εφαρμογή αυτό-αξιολόγησης σύμφωνα με το μοντέλο του EFQM. Το MBC αποτελείται από έξι κλινικές, 5 οίκους ευγηρίας, εκπαιδευτικά κέντρα για το προσωπικό και τους εξωτερικούς ασθενείς (Moeller και Sonntag, 2001).

Μεταξύ του Ιουνίου του 1998 όπου λήφθηκε η απόφαση για την εφαρμογή της αυτοαξιολόγησης, και του Δεκεμβρίου του ίδιου έτους, οι διευθυντές ποιότητας, σχεδιασμού, και 24 άλλοι μάνατζερ από άλλα τμήματα εκπαιδεύτηκαν ως

αξιολογητές του EFQM. Μετά το πέρας της εκπαίδευσης εξελέγη ένας οργανωτής του προγράμματος και ορίστηκε ένα χρονοδιάγραμμα (Moeller και Sonntag, 2001). Κατά τη διάρκεια των επόμενων μηνών συστάθηκε η τελική έκθεση αυτο-αξιολόγησης η οποία περιελάμβανε μια περιεκτική έκδοση της διαδικασίας που ακολουθήθηκε, δεδομένα και πληροφορίες γύρω από την μελέτη, καθώς επίσης αποτελέσματα και ακριβή περιγραφή των δυνατών σημείων και των περιοχών προς βελτίωση (Moeller, 2001).

Η μελέτη παρουσίασε μια συστηματική διάγνωση του οργανισμού περιεκτική και αντικειμενική και μπορεί να συγκριθεί με τουλάχιστον 100 κλινικές ανά την Ευρώπη που χρησιμοποίησαν μια αντίστοιχη δομή (Moeller et al, 2000). Στην πρώτη αξιολόγηση, το MBC άγγιξε το σκορ των 200 και 250 πόντων στο σύνολο των 1000. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν παραπλήσια με άλλα αποτελέσματα κέντρων στην Γερμανία (Moeller, 2001). Ένα σύνολο από 90 δυνατά σημεία, 70 περιοχές προς βελτίωση διαπιστώθηκαν (Moeller et al, 2000).

4.4.5 Προκαλώντας τη συνεχή βελτίωση στο MBC.

Η διαδικασία της αυτό-αξιολόγησης αποδείχτηκε ότι λειτούργησε υποκινητικά δεδομένου ότι παλαιές τάσεις βελτιώθηκαν και νέα οράματα ήρθαν στο προσκήνιο (Moeller et al, 2000). Τον Ιούλιο του 1999, ακολουθώντας την πρώτη διαδικασία αυτό-αξιολόγησης το κέντρο Max-Burger εκπαίδευσε επιπλέον 26 μάνατζερ ως αξιολογητές του μοντέλου EFQM συμπληρώνοντας έτσι 50 αξιολογητές στο σύνολο (Moeller, 2001). Αυτή η ενέργεια είναι ενδεικτική της προσπάθειας για αύξηση της συμμετοχής της ηγεσίας στη συνεχή βελτίωση (Moeller και Sonntag, 2001). Επιπλέον, αξιοσημείωτη είναι η μεγαλύτερη οικονομική χρηματοδότηση στους εργαζομένους που έπαιρναν μέρος σε αυτήν την διαδικασία (Moeller et al, 2000).

Ανεξάρτητα με την πρόοδο του συγκεκριμένου κέντρου αυτό που είναι αναγκαίο να σημειωθεί είναι το γεγονός ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου

να συνεχίσουν την προσπάθεια για βελτίωση και ποιότητα χρειάζονται συνεχή υποστήριξη από τις κυβερνήσεις (Moeller και Sonntag, 2001). Μόνο με αυτό τον τρόπο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θα ικανοποιήσει τις ανάγκες των πελατών, των εργαζομένων και στο σύνολο τους συμφεροντούχους (Moeller et al, 2000).

4.5. Η Ισπανική Εμπειρία: Αξιολόγηση των οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης στην Γερμανία βάσει του μοντέλου EFQM

Στην Ισπανία και συγκεκριμένα στην περιοχή των Βάσκων η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας προσανατολίζεται στη σκέψη ότι όλη η διαχείριση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βελτιωθεί, και ότι αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας. Η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας, έχει υπό την ευθύνη της:

- Πρωτοβάθμια περίθαλψη: Επτά αρχικές περιοχές πρωτοβάθμιας φροντίδας με 315 κέντρα υγείας .
- Νοσοκομεία: Συνολικά 16 νοσοκομεία με 5.659 κρεβάτια.
- Ψυχική υγεία: Συνολικά 31 κέντρα ψυχικής υγείας, 20 νοσοκομεία ημερήσιας φροντίδας και τέσσερα νοσοκομεία. Υπάρχουν 22.013 άνθρωποι που εργάζονται στην υπηρεσία δημόσιας υγείας, 21% της οποίας είναι γιατροί, 30% είναι νοσοκόμες, 20% είναι άλλοι επαγγελματίες ενώ το υπόλοιπο είναι εργαζόμενοι σε άλλες κατηγορίες.

4.5.1 Πολιτική Ποιότητας

Στη Βασκική χώρα η πολιτική ποιότητας εισήχθη το 1992 και από τότε έχει εξελιχθεί. Αρχικά δημιουργήθηκε ως εσωτερικό πλάνο ποιότητας στα νοσοκομεία. Ενώ το 1995, άρχισε να εφαρμόζεται το Ευρωπαϊκό Πρότυπο της Διοίκησης

Ολικής Ποιότητας (Arcelay, 1999). Οι στόχοι της νέας προσπάθειας ήταν αρχικά η προώθηση της εκπαίδευσης πάνω στο μοντέλο του EFQM στη διοίκηση των νοσοκομείων, σε όλα τα κέντρα υγείας, και στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και στη συνέχεια η εφαρμογή της αυτό-αξιολόγησης σε όλους τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Ruiz et al., 1999).

4.5.2 Η Ισπανική Περίπτωση

Προκειμένου να εφαρμοστεί το σχέδιο για την βελτίωση της ποιότητας ακολουθήθηκε μια σταδιακή μεθοδολογία. Αρχικά, το 1995, 65 διευθυντές εκπαιδεύτηκαν σε μια βιομηχανική περίπτωση («Eugocar»). Στη συνέχεια, το 1996, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από συνεδριάσεις με τους διευθυντές που σκοπό είχαν τη συζήτηση σχετικά με την εμπειρία άλλων ιδιωτικών επιχειρήσεων από τους τομείς της βιομηχανίας και άλλους τομείς υπηρεσιών, έτσι ώστε να μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση του προτύπου. Εκείνο το έτος, οι 65 διευθυντές έλαβαν επίσης θεωρητική και πρακτική κατάρτιση εξετάζοντας μια περίπτωση νοσοκομείου (Rainbow Mental Hospital).

Όλη αυτή η διαδικασία υποστηρίχτηκε από το Βασκικό Οργανισμό προώθησης της ποιότητας (BFQP). Ο Βασκικός Οργανισμός προώθησης της ποιότητας (BFQP) είναι ένα δημόσιο, μη κερδοσκοπικό όργανο, το οποίο πραγματοποιεί πολλαπλές δραστηριότητες όπως συνεδριάσεις, προώθηση των ετήσιων βραβείων, δημοσίευση των άρθρων, οργάνωση και υποστήριξη μιας λέσχης συμβούλων και πολυάριθμων επιμορφωτικών προγραμμάτων σχετικά με το πρότυπο του EFQM για τους διευθυντές των ιδιωτικών επιχειρήσεων, κέντρα εκπαίδευσης, κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και δημόσια διοίκηση.

Το 1997, μετά από τις δραστηριότητες κατάρτισης που αναφέρθηκαν προηγουμένως, πραγματοποιήθηκε μια διαδικασία αυτοαξιολόγησης κάθε κέντρου από τις εκτελεστικές ομάδες τους, χρησιμοποιώντας μια, προσαρμοσμένη από την BFQP, προφόρμα αξιολόγησης βασισμένη στο μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας

του EFQM. Καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας υπήρχε ένας σύμβουλος που στήριζε την προσπάθεια.

Κατόπιν, ανιχνεύθηκαν οι περιοχές προς βελτίωση και δόθηκε σε αυτές προτεραιότητα. Στη συνέχεια, βάσει των αποτελεσμάτων περιλήφθηκαν στα επιχειρησιακά σχέδια, στα ετήσια διοικητικά σχέδια, και στους στόχους οι απαραίτητες ενέργειες που θα βοηθούσαν τους οργανισμούς στην επίτευξη της βελτίωσης ποιότητας, σύμφωνα με τις συστάσεις του EFQM.

Προκειμένου να κριθούν η χρησιμότητα και η αποδοτικότητα της διαδικασίας, δόθηκε στα μέλη των εκτελεστικών ομάδων που είχαν συμμετάσχει στη διαδικασία ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο ερευνούσε το χρόνο που είχε σπαταληθεί για την ολοκλήρωση της διαδικασίας αυτό-αξιολόγησης και το βαθμό της ικανοποίησής τους μετά από αυτήν την δραστηριότητα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συγκρίθηκαν με εκείνα άλλων οργανώσεων, που αξιολογήθηκαν από το BFQP.

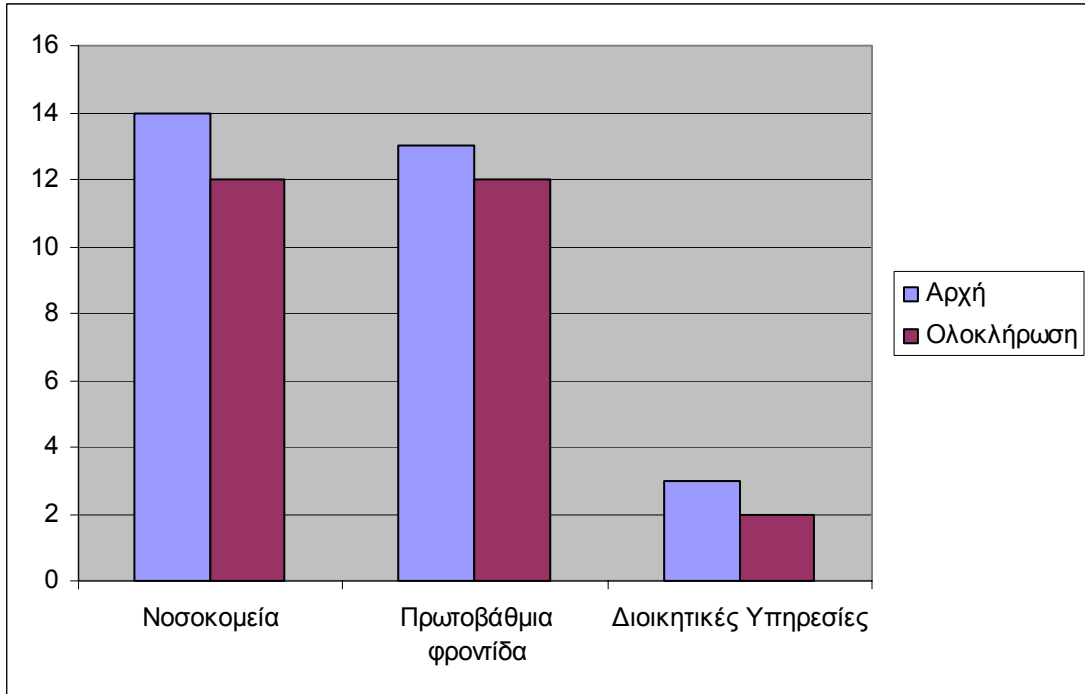
4.5.3. Αποτελέσματα της διαδικασίας αυτό-αξιολόγησης στους Ισπανικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

Στην έρευνα αυτή παρατηρήθηκε υψηλή συμμετοχή των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά άρχισαν το πρόγραμμα 30 οργανισμοί από τους οποίους 26 το ολοκλήρωσαν, και τρεις προσδιόρισαν τα δυνατά σημεία και τις περιοχές προς βελτίωση αλλά δεν πραγματοποίησαν τη διαδικασία βαθμολόγησης. Το σχέδιο X παρουσιάζει τη διανομή των κέντρων που άρχισαν και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Η διαδικασία, όπως γίνεται φανερό και στο σχεδιάγραμμα ολοκληρώθηκε σε 12 νοσοκομεία, 12 πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δύο διοικητικά κέντρα (Arcelay at al., 1999).

Το μέσο αποτέλεσμα που προέκυψε από όλα τα κέντρα ήταν 259. Το πώς κατανεμήθηκε η βαθμολογία παρουσιάζεται στο σχήμα 5. Πέντε κέντρα έλαβαν μεταξύ 100 και 200 βαθμών, εννέα κέντρα βαθμολογήθηκαν μεταξύ 200 και 300 βαθμών και άλλα εννέα κέντρα μεταξύ 300 και 400 βαθμών.

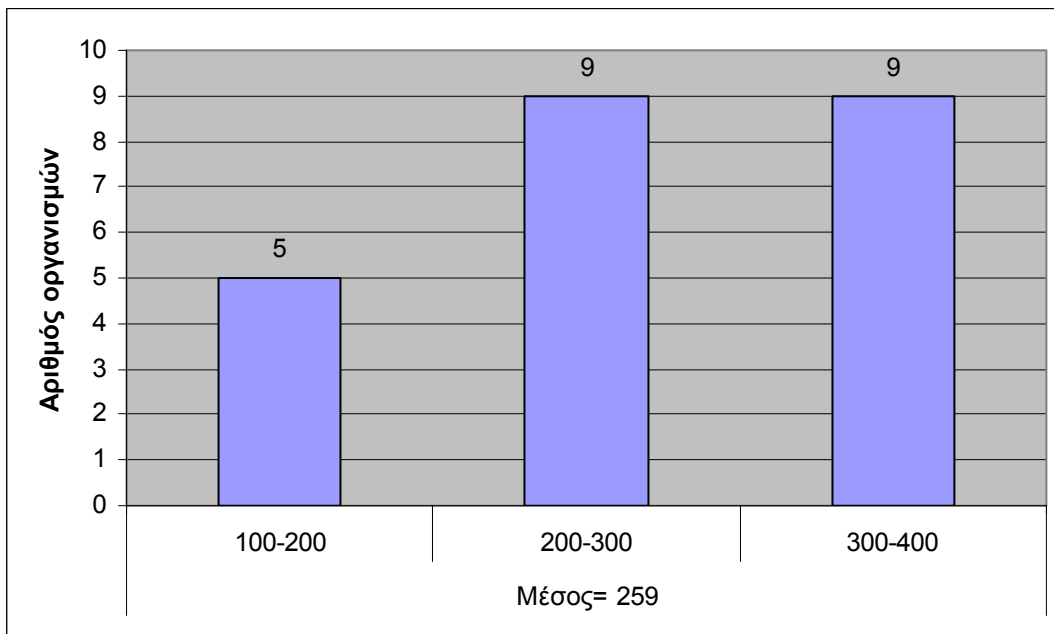
Τέλος, ως κύριο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, προέκυψε η ανάγκη για βελτίωση 50 με 100 περιοχών βελτίωσης σε κάθε κέντρο. Οι περιοχές που σημειώθηκαν ως οι πλέον σημαντικές για βελτίωση στην Βασικά κέντρα υγείας παρουσιάζονται στη συνέχεια συγκεντρωμένες (Arcelay at al., 1999):

1. Πλάνο επικοινωνίας σε 21 κέντρα
2. Στρατηγικός σχεδιασμός σε 17 κέντρα
3. Διοίκηση διαδικασιών σε 13 κέντρα
4. Αναγνώριση κρίσιμων διαδικασιών σε 11 κέντρα
5. Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων σε 12 κέντρα
6. Έρευνες σε εργαζομένους σε 12 κέντρα
7. Έρευνες για βελτίωση ικανοποίηση ασθενών σε 11 κέντρα
8. Ανάπτυξη αντικειμενικών στόχων σε 8 κέντρα



Πηγή: Arcelay at al., 1999

Σχήμα 4: Οργανισμοί που ξεκίνησαν και ολοκλήρωσαν τη διαδικασία της αυτο-αξιολόγησης



Πηγή: Arcelay at al., 1999

Σχήμα 5: Κατανομή των αποτελεσμάτων κατά τη διαδικασία της αυτο-αξιολόγησης

4.5.4 Η εφαρμογή των κατάλληλων ενεργειών στις περιοχές προς βελτίωση

Οι τρόποι που ακολουθήθηκαν προκειμένου να εφαρμοστούν οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες στις περιοχές προς βελτίωση είναι οι ακόλουθες:

- Συνυπολογισμός των περιοχών προς βελτίωση στο επιχειρησιακό σχέδιο ή στο ετήσιο διοικητικό σχέδιο των όργανων που αξιολογήθηκαν.
- Αναθεώρηση των αντικειμενικών στόχων στα κέντρα που θα εφαρμοστούν τα προγράμματα προς βελτίωση.
- Καθιέρωση των ομάδων βελτίωσης (Arcelay et al, 1999).

Η διοίκηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και η ομάδα προώθησης της διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διατύπωσαν μια σειρά από μέτρα για την επίτευξη της βελτίωσης:

- Δραστηριότητες κατάρτισης για τη διαχείριση διαδικασιών, την επέκταση στόχων και την επικοινωνία.
- Ανάπτυξη εργαλείων ποιότητας, όπως έρευνες για τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και το βαθμό συμμετοχής των γιατρών (Arcelay et al, 1999).

Από την σκοπιά της διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα της φροντίδας μετά από την ανάλυση της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης προέκυψαν οι ανάγκες για:

- Προηγμένη κατάρτιση των επαγγελματιών που απαρτίζουν τις εκτελεστικές ομάδες για την εφαρμογή του προτύπου του EFQM.
- Μετάφραση της χρήσης του μοντέλου στα άλλα επίπεδα που πρόκειται να εφαρμοστεί (π.χ. μάνατζερ των κλινικών υπηρεσιών).

Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, μια σειρά από δραστηριότητες σχεδιάστηκαν με σκοπό να αυξήσουν τη γνώση σχετικά με το πρότυπο του EFQM. Πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες συσκέψεις για να βελτιωθεί η κατανόηση του προτύπου καθώς και σεμινάρια με πρακτικές και θεωρητικές εφαρμογές (Arcelay et al, 1999). Επίσης, πραγματοποιήθηκε και μια σειρά από συνέδρια και συζητήσεις για να προσαρμόσουν το πρότυπο EFQM σε ένα επίπεδο που θα ήταν πολύ πιο κατανοητό και λειτουργικό για αυτούς που θα το εφάρμοζαν στα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα αυτής της δραστηριότητας προέκυψε ένα πιο απλουστευμένο πρότυπο αυτό-αξιολόγησης, βασισμένο στη μεθοδολογία EFQM, προκειμένου να διευκολύνει την αυτοαξιολόγηση σύμφωνα με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας σε αυτό το επίπεδο. Κατόπιν, προσδιορίστηκαν οι περιοχές προς βελτίωση:

- Αναγνώριση των κρίσιμων διεργασιών
- Διαχείριση των κρίσιμων διεργασιών
- Κατευθυντήριες οδηγίες για ανάπτυξη και αναθεώρηση του στρατηγικού σχεδίου
- Σύστημα αναγνώρισης του προσωπικού
- Έρευνες ικανοποίησης των πελατών και των εργαζομένων
- Πλάνο επικοινωνίας (Arcelay et al, 1999).

4.6 Η Βρετανική Εμπειρία

Τον Δεκέμβριο του 1997, η Βρετανική κυβέρνηση κοινοποίησε την υποχρέωσή της προς τους πολίτες της χώρας για την παροχή ενός από τα καλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο (Jackson, 2001; Rowland 2003). Για να επιτύχει αυτόν τον στόχο, η κυβέρνηση υποστήριξε ότι επρόκειτο να «επιβιβαστεί» επάνω σε ένα πρόγραμμα δέκα ετών που θα οδηγούσε σε μεγάλη επιτυχία και κέρδη όσον αφορά στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα στο σύνολο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έτσι, μια σειρά από ενέργειες προσδιορίστηκαν στη

Λευκή Βίβλο-White Paper το νέο μοντέρνο Εθνικό Σύστημα Υγείας – NHS (Jackson, 2001; Crowing et al., 1999; West, 2001).

Η κυβέρνηση ανέλαβε μια δέσμευση να παραδώσει μέχρι το τέλος του 1998 τα έγγραφα των διαβουλεύσεων για ζητήματα σχετικά με την ποιότητα και να αναπτύξει μια υποδομή σχετικά με την τοπική διαχείριση κλινικής φροντίδας -local clinical governance μέχρι το τέλος του 1999. Σύμφωνα με αυτές τις υποσχέσεις διάφορα έγγραφα διανεμήθηκαν τα οποία άρχισαν να περιγράφουν ένα πλαίσιο για την ποιότητα. Ένα τέτοιο έγγραφο ήταν κυκλική διαχείριση κλινικής φροντίδας υγειονομικών υπηρεσιών – Health Service Circular Clinical Governance (HSC) 1999:065: στο νέο NHS όπου η κλινική διακυβέρνηση ορίστηκε ως:

«Ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί NHS είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και της προστασίας των υψηλών προτύπων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο η τελειότητα στην κλινική φροντίδα θα ακμάσει».

Επίσης μέσα σε εκείνο το έγγραφο υπογραμμίζόταν:

«Η πρόκληση που τίθεται από το νέο νομικό καθήκον της ποιότητας στο NHS είναι να μεταμορφωθεί η παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, του νοσοκομείου και της κοινοτικής φροντίδας, ώστε να αποδώσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους ασθενείς» (Jackson, S, 2001).

και ότι

«η κλινική διακυβέρνηση θα σημάνει τη δημιουργία ενός συστηματικού συνόλου μηχανισμών που θα υποστηρίζει το προσωπικό και θα αναπτύσσει όλους τους οργανισμούς υγείας προκειμένου να παραδώσει μια νέα προσέγγιση στην ποιότητα».

4.6.1 Η καταλληλότητα του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM να στηρίξει την Διαχείριση Κλινικής Φροντίδας

Από την άποψη της επιχειρησιακής φιλοσοφίας, η βρετανική κυβέρνηση θέλει η ποιότητα να αποτελέσει την κατευθυντήρια δύναμη πίσω από τη λήψη αποφάσεων σε κάθε επίπεδο μιας υπηρεσίας και θέλουν καθένας που εργάζεται μέσα στο NHS να νιώθει την ανάγκη και την ευθύνη για την βελτίωση της ποιότητας (Jackson, 1999; Stahr, 2001; Ritchie, 2002). Αποτελεί απαίτηση λοιπόν, η κλινική διακυβέρνηση και το πρότυπο του EFQM να ευθυγραμμίζονται. Προκειμένου αυτό να γίνει περισσότερο κατανοητό αναφέρουμε το εξής παράδειγμα. Το μοντέλο τελειότητας EFQM σχεδιάστηκε με την πεποίθηση ότι η ποιότητα είναι θεμελιώδης για την επίτευξη της «επιχειρηματικής» αριστείας. Σύμφωνα με αυτήν την πεποίθηση το πρότυπο παρέχει ένα πρακτικό εργαλείο για να βοηθήσει τους οργανισμούς να μετρήσουν σε ποια θέση βρίσκονται σχετικά με την τελειότητα.

Μια περαιτέρω σημαντική αρχή της κλινικής διακυβέρνησης και του προτύπου τελειότητας EFQM είναι ότι η ποιότητα θέλει αρκετό χρόνο προκειμένου να εφαρμοστεί. Η βρετανική κυβέρνηση αναγνωρίζει ότι θα διαρκέσει τουλάχιστον 10 έτη για να επιτύχει μια κουλτούρα που θα αντανάκλα τα χαρακτηριστικά της ποιότητας. Επιπλέον, η χρήση του προτύπου τελειότητας EFQM προτείνει ότι οι οργανώσεις πρέπει να έχουν εμβαθύνει στην έννοια της ποιότητας για τουλάχιστον 5 έτη προτού να καταδείξουν τις βιώσιμες, θετικές τάσεις στα αποτελέσματά τους, προϋπόθεση απαραίτητη για την κατάκτηση της αριστείας. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα της εφαρμογής του EFQM στη Μεγάλη Βρετανία είναι αυτό της περιφέρειας του Wakefield και Pontefract.

4.6.2 Η εφαρμογή του EFQM στα Νοσοκομεία της Περιφέρειας του Wakefield και Pontefract του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας

Το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας του Wakefield και Pontefract καθιερώθηκε την 1 Απριλίου 1993. Το σύστημα αυτό παρέχει τις υπηρεσίες κυρίως στον πληθυσμό

της περιοχής του Wakefield στο δυτικό Yorkshire της Μεγάλης Βρετανίας. Εκεί παρέχονται υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, νοσοκομειακή φροντίδα καθώς υπηρεσίες για την φροντίδα της Κοινότητας.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ψυχική υγεία (ειδικευμένες για όλα τις ηλικίες), υπηρεσίες δυσλεξίας, πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας. Η Περιφέρεια παρέχει αυτές τις υπηρεσίες σε περισσότερες από 50 περιοχές, συμπεριλαμβανομένου των νοσοκομείων, των κλινικών και των κέντρων υγείας. Επίσης παρέχονται υπηρεσίες σε σχολεία, προγράμματα φροντίδας στο σπίτι. Προκειμένου να καλύψει το σύνολο των υπηρεσιών, η Περιφέρεια απασχολεί περίπου 2000 άτομα προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των θεραπόντων, του διοικητικού προσωπικού καθώς και του προσωπικού υποστήριξης.

Η εμπιστοσύνη κυβερνάται από έναν πίνακα εμπιστοσύνης φτιαγμένο επάνω από μη-ανώτερους διευθυντές, οι οποίοι διορίζονται από το γραμματέα του κράτους για την υγεία και των εκτελεστικών διευθυντών, οι οποίοι είναι υπάλληλοι της εμπιστοσύνης με τους συγκεκριμένους τομείς της ευθύνης. Ο ρόλος της επιτροπής είναι να εξασφαλίσει ότι οι πόροι της εμπιστοσύνης ρυθμίζονται κατάλληλα και ότι η εμπιστοσύνη είναι υπεύθυνη για τις ενέργειές της στο γραμματέα του κράτους για την υγεία.

4.6.3 Ποια ήταν η πρόκληση

Η αλλαγή στην κουλτούρα που εισήχθη από την κυβέρνηση έφερε μια απομάκρυνση από την κατάσταση που επικρατούσε μέχρι τότε εστίαση στον ανταγωνισμό, τις δυνάμεις αγοράς και την εταιρική διακυβέρνηση, προς την εταιρική σχέση και τη συνεργασία, και ένα νομικό καθήκον για τους προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών να καταδείξουν την ποιότητα της παρεχόμενης κλινικής φροντίδας παρεχόμενη (Price WaterhouseCoopers, 2000)

4.6.4 Πως εφαρμόστηκε

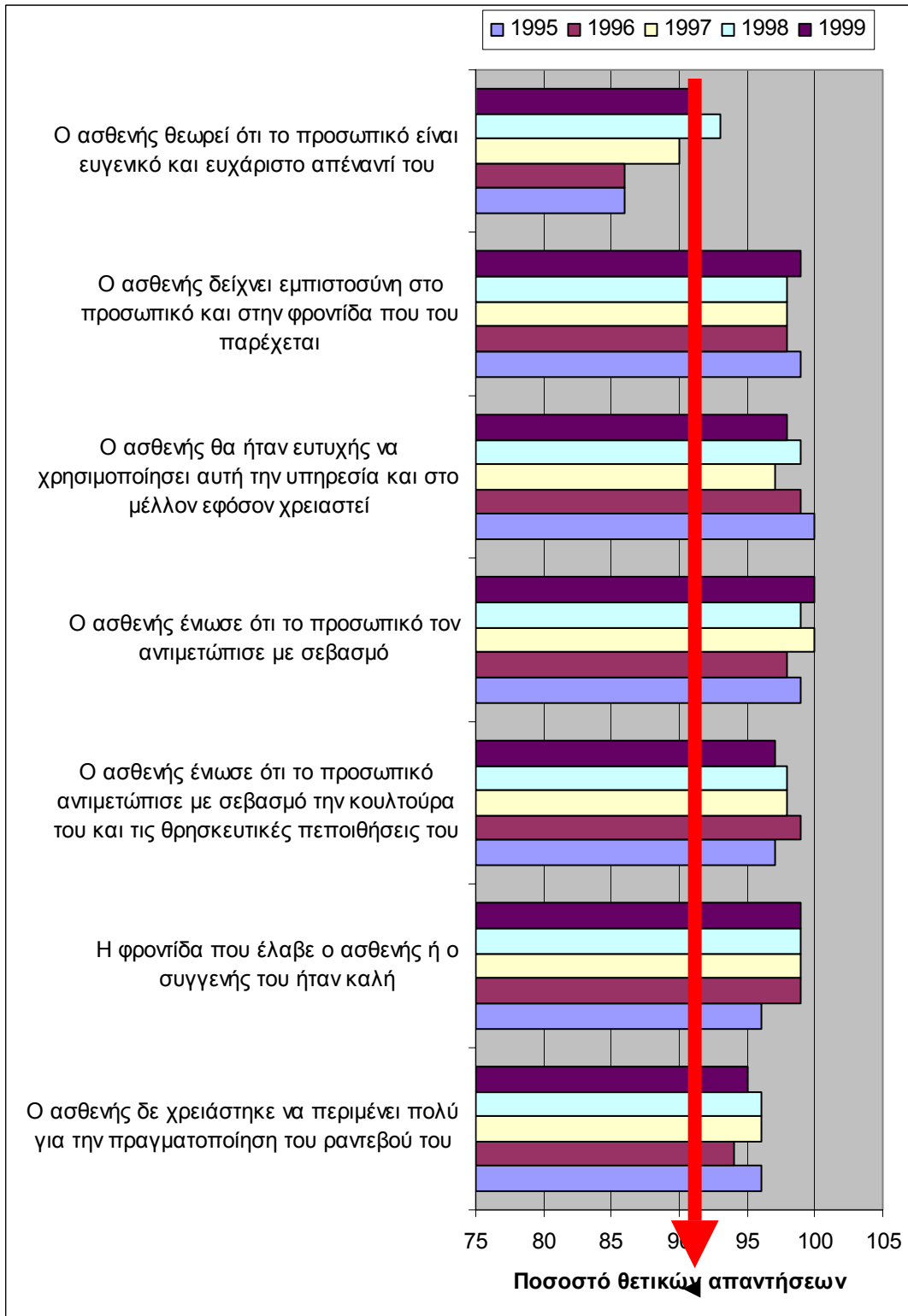
Το 1995, όταν υιοθετήθηκε επισήμως από την Συγκεντρωτική δομή εποπτείας των νοσοκομείων του Wakefield και Pontefract το πρότυπο τελειότητας του EFQM κατέστη σαφές ότι θα εφαρμοζόταν η αυτοαξιολόγηση σε όλους τους φορείς. Επτά ανώτερα στελέχη εκπαιδεύθηκαν ως εσωτερικοί αξιολογητές και πραγματοποίησαν ετήσιες αξιολογήσεις. Αυτή η διαδικασία περιελάμβανε αξιολόγηση των δεδομένων που κατείχαν οι οργανισμοί, εστίασης σε όλες τις ομάδες του προσωπικού και εις βάθος συνεντεύξεις. Η χρήση του προτύπου βαθμιαία ενσωματώθηκε στην κουλτούρα των οργανισμών.

Από τον Μάρτιο του 1995 μέχρι το 2000 μια σειρά από σημαντικά γεγονότα και κύρια σημεία επιτεύχθηκαν:

- Εφαρμογή στρατηγικής ποιότητας σύμφωνα με την ηγεσία της συγκεντρωτικής δομής της εποπτείας των νοσοκομείων (Trust)
- Διαμόρφωση Συμβουλίου Ποιότητας
- Δημιουργία Εγχειριδίου με οδηγίες για την ποιότητα
- Εφαρμογή στρατηγικής ποιότητας
- Δημιουργία ειδικών διαμορφωμένων τμημάτων ποιότητας, αξιολόγησης και ανάπτυξης
- Ετήσιες έρευνες για την γνώμη που έχει το προσωπικό και για το βαθμό ικανοποίησης
- Ετήσια εφαρμογή της αυτο-αξιολόγησης
- Διασκέψεις, παρουσιάσεις, εξωτερικές επισκέψεις,
- Εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Είναι πιθανό ότι αυτή η προσέγγιση θα καθιστούσε το πρότυπο τελειότητας ευρέως "προσιτό" στις οργανώσεις νέες στο πρότυπο.

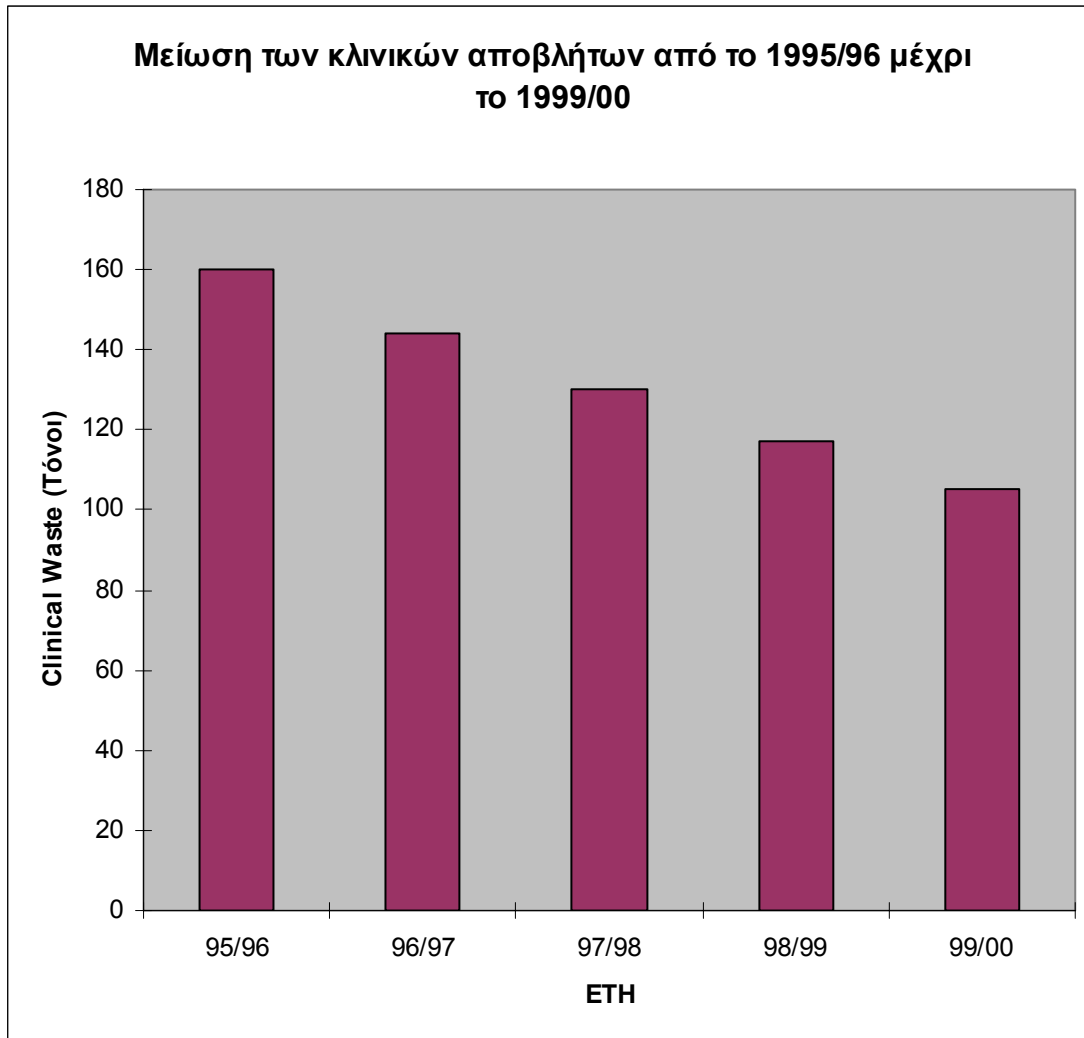
Τα επόμενα διαγράμματα δείχνουν τον θετικό αντίκτυπο που είχε η εφαρμογή του μοντέλου του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract στην

ικανοποίηση των ασθενών και στα αποτελέσματα στην κοινωνία, σχήματα 16 και 17 αντιστοίχως. Στο σχήμα 16 το κόκκινο βέλος παρουσιάζει τον στόχο που η Περιφέρεια είχε θέσει και προσπαθούσε να ξεπεράσει σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών.



Πηγή: Case studies, Price WaterhouseCoopers, 2000

Σχήμα 6: Απαντήσεις στην έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών



Πηγή: Case studies, Price WaterhouseCoopers, 2000

Σχήμα 7: Μείωση των κλινικών αποβλήτων από το 1995/96 μέχρι το 1999/00

4.6.5 Κέρδη από την εφαρμογή του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract

Από την εφαρμογή του EFQM στην Περιφέρεια του Wakefield και Pontefract προέκυψαν τα ακόλουθα:

- Ανέπτυξε το μέσο για μέτρηση της προόδου κατά τη διάρκεια του χρόνου
- Αποτελεί τη βάση της εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης
- Παρείχε μια βασισμένη σε δεδομένα αξιολόγηση

- Πραγματοποίηση διασκέψεων, παρουσιάσεων, εξωτερικών επισκέψεων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και την εκμάθηση
- Μείωση του χρόνου παραμονής από 24% που εμφανιζόταν κατά την περίοδο 1994/95 σε 4% κατά την περίοδο 1999/00
- Η συχνότητα επανεισαγωγής των ασθενών έχει μειωθεί αισθητά κατά τα χρόνια 1997, 1998, 1999 αγγίζοντας κατά μέσο όρο λιγότερο από το 10% ποσοστό χαμηλότερο συγκριτικά με τον εθνικό μέσο όρο
- Το πρόβλημα των κατειλημμένων κρεβατιών από ασθενείς που έχουν λάβει την απαραίτητη φροντίδα αλλά χρίζουν ακόμη κάποιας υποστήριξης αντιμετωπίστηκε με την βοήθεια των συνεργασιών- partnerships. Δουλεύοντας σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες ήταν σε θέση να βελτιώσει αυτήν την κατάσταση. Μια ακόμη επιτυχία σημειώθηκε στη μείωση του αριθμού παρεμποδισμένων κρεβατιών από 716 τον Σεπτέμβριο του 1997 σε 549 τον Σεπτέμβριο του 1999 και σε 500 το 2000 (Price WaterhouseCoopers, 2000).

4.7 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του μοντέλου στα Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία

Από την εξέταση όλων των ανωτέρω περιπτώσεων εφαρμογής του μοντέλου EFQM στα νοσοκομεία της Ευρώπης προκύπτει:

- Η ενεργός συμμετοχή των ανώτερων στελεχών και του βασικού προσωπικού είναι κρίσιμη για την επιτυχία του προγράμματος
- Μπορεί να υπάρξει η ανάγκη για την προσαρμογή στους διαφορετικούς τομείς μιας οργάνωσης. Οι σειρές των βημάτων στο πρόγραμμα εφαρμογής δεν ισχύουν γενικά

- Δεν υπάρχει απαραίτητα ένας σωστός τρόπος να εφαρμοστεί τα μοντέλο. Ο οργανισμός οφείλει να αφιερώσει χρόνο προκειμένου να το κατανοήσει και να καταφέρει να το προσαρμόσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο
- Η σχετική κατάρτιση σε όλα τα επίπεδα είναι απαραίτητη προκειμένου να εφαρμοστεί το πρότυπο πλήρως
- Πριν εφαρμοστεί το πρότυπο σε ολόκληρο τον οργανισμό είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη από την μεριά των ανώτερων στελεχών απέναντι στο πρόγραμμα βελτίωσης
- Σημαντική κρίνεται η, από νωρίς, συμμετοχή όλων των επαγγελματικών ομάδων (ειδικά νοσοκομειακοί γιατροί) στην κατάρτιση σχετικά με το πρότυπο τελειότητας και τον τρόπο χρήσης της αυτό-αξιολόγησης
- Αναγκαία κρίνεται η εξασφάλιση ότι η αποστολή, το όραμα και οι αξίες της οργάνωσης γίνεται ξεκάθαρη και κατανοητή
- Διαφαίνεται η ανάγκη καθιέρωσης ενός πεπειραμένου διοικητή- μάνατζερ που θα εφαρμόσει την αλλαγή και θα έχει την άμεση πρόσβαση και τον σεβασμό από την ανώτερη διοίκηση
- Απαραίτητη είναι η εφαρμογή μιας διαδικασίας αναθεώρησης της αυτό-αξιολόγησης. Κάτι τέτοιο είναι κρίσιμο για την παρακίνηση, την εστίαση, τη συνεργασία και τον προσδιορισμό των ζητημάτων που χρειάζονται εταιρική ανάλυση
- Εξασφάλιση ότι οι στρατηγικοί στόχοι, οι μετρήσεις και οι αξιολογήσεις της απόδοσης ευθυγραμμίζονται αποτελεί βασικό στοιχείο για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία του προγράμματος

- Άμεση δράση στις περιοχές προς βελτίωση με τη βοήθεια τεχνικών επίλυσης προβλημάτων
- Δεν πρέπει να αναμένονται γρήγορα αποτελέσματα. Αυτά θα προκύψουν μακροπρόθεσμα
- Είναι αναγκαίο το πρότυπο τελειότητας να μην αντιμετωπίζεται ως πρόσθετη δραστηριότητα ή ως ενέργεια που απλώς καταναλώνει χρόνο αλλά ως πλαίσιο για την αποτελεσματικότητα των πρακτικών που χρησιμοποιεί το προσωπικό
- Αναπτύσσει τις προσεγγίσεις για να βοηθήσει τους γιατρούς και τους διευθυντές να αναδείξουν τις αποδόσεις τους μέσα από μια διαδικασία αυτό-αξιολόγησης και αναθεώρησης
- Είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται το πρότυπο τελειότητας με απλή μορφή έτσι ώστε να μην περιπλέκει τους επαγγελματίες υγείας και τους μάνατζερ
- Αντικαθιστά τις παραδοσιακές ομάδες καθοδήγησης και συμβάλλει στην συλλογική εργασία και ευθύνη της ομάδας

4.8 Πως το Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας βοήθησε

Η εφαρμογή του μοντέλου επιχειρηματικής τελειότητας EFQM έχει αρχίσει να εφαρμόζεται όλο και πιο έντονα στις διευθύνσεις και τα τμήματα των κλινικών. Σταδιακά όλο και περισσότερο προσωπικό, σε όλα τα επίπεδα, αναμιγνύεται και εμπλέκεται ενεργά στην εφαρμογή του προτύπου. Τα βασικά οφέλη που προέκυψαν από την εφαρμογή του EFQM είναι τα ακόλουθα:

- παρείχε μια κοινή γλώσσα στην οποία ήταν δυνατό να ενεργοποιηθεί ένα σύστημα διαχείρισης που θα ήταν κατά τρόπο όμοιο εύκολα αποδεκτό, στο κλινικό και διοικητικό προσωπικό
- παρείχε ένα κοινό πλαίσιο μέτρησης, εστιάζοντας και βελτιώνοντας τους βασικούς τομείς από όπου απορρέουν τα αποτελέσματα όλων των τμημάτων του οργανισμού.
- βοήθησε στην αποσαφήνιση των προβλημάτων και οδήγησε στη λύση μέσω της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης
- Προώθησε την ευκαιρία να περιληφθεί όλο το προσωπικό στον καθορισμό των προτεραιοτήτων.
- Βοήθησε στην δημιουργία μιας κουλτούρας ποιότητας σε ολόκληρο τον οργανισμό

Βιβλιογραφία 4^{ου} Κεφαλαίου

1. Arcelay, A., Sannchez, E., Hernandez., L. et al., (1999) “ Self-aassessment of all health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management”, International Journal for quality in healthcare, V.12, N.2, pp. 54-58.
2. Bertrand, D., P. François, J.-L. Bosson, J. Fauconnier, G. Weil [1998], “Quality assessment of discharge letters in a French University hospital”, International Journal of Health Care Quality Assurance, 11/3 90–95.
3. Brandt, E., Schmidt, W., 1999, The Utilisation of EFQM in the Health Promoting Hospital Rüdersdorf, Health Promoting hospitals.
4. Cowling, A., Newman, K., and Leigh, S., (1999), “Developing a competency framework to support training in evidence- based healthcare”, International Journal of Health Care Quality Assurance, V. 12, o 4, pp. 149-159.
5. Dijkstra, L., and Bij, H., (2002), "Methods for meeting customer requirements in redesign and renewal", International Journal of Quality & Reliability Management.
6. Eggli Y., & Halfon, P., (2003), “A conceptual framework for hospital quality management”, International Journal of Healthcare Quality Assurance, Vol. 16, No.1, pp 29-36.
7. Francois, P., et al., (2003), “Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital’s clinical departments”, International Journal for quality in healthcare, Vol. 15, No 1.
8. Giraud, A., (2001) ”Quality improvement around the world : Accreditation and the quality movement in France” Quality in health Care, Vol.10, pp 111-116
9. Jackson, S., (2001), “Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a

Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service”, *Qual Assur J*; 5, 19–31.

10. Jackson, S. and Bircher, R., (2002), “Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model”, *International Journal Healthcare of Quality Assurance*, Vol. 15, No.6, pp255-267.
11. Jackson, S., (1999), Improving organisational culture through innovative development programmes International, *Journal of Health Care Quality Assurance*, v.12, n.4 pp.143-148.
12. Jackson, S., (2001β) “Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?” *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
13. Kay, D., Harrigton D., & Williams, B., (2004), “Head and Heart in Quality Implementation—Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions” *Total Quality Management*, Vol. 15, No. 8.
14. Mittler, S., (1998), Southampton University Hospitals NHS Trust: our approach to performance management *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11/4 134–136.
15. Möller J., and Sonntag, H., (1998), “Systematic analysis and controlling of health care organisations lead to numerical health care improvements *Health Manpower Management*”, Volume 24 · Number 5, pp. 178–182.
16. Moeller, J., Breinlinger, J., and Elser, J., (2000), “ Quality management in German health care- the EFQM Excellence Model”, *International Journal of health care quality Assurance*, Vol, 13, No. 6, pp 254-258.
17. Moeller, J., and Sonntag K., (2001), “Evaluation of health services organisations –German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare”, *The TQM Magazine*, Volume 13, N. 5 .
18. Moeller, J., (2001), “The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in healthcare”, *International Journal for quality in healthcare*, Vol 13, No 1.

19. Nabitz, U., (1999) "EFQM approach and the Dutch Quality Award", International Journal of Health Care Quality Assurance.
20. Nabitz, U., and Klazinga, N., (2000), "The EFQM excellence Model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in healthcare", International Journal for quality in healthcare, Vol 12, No 3.
21. Nabitz, U., and Klazinga, N., (1999), "EFQM approach and the Dutch Quality Award", International Journal of health care quality assurance, Vol 12, No 3. pp 65-70.
22. Nabitz, U., Brink W., and Jansen, P., (2005), "Using Concept Mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres", International Journal for Quality in Health Care, Vol. 17, N. 3, pp. 193–201
23. Nabitz, U and Walburg, J., (2000), "Addicted to quality winning the Dutch quality award based on the EFQM MODEL", International journal of healthcare quality assurance, V.13, N.6, pp259-265.
24. Nabitz, U., Klazinga, N., Walburg, J., (2000), "The Efqm excellence Model European and Dutch experiences with the Efqm approach in healthcare", International Journal for quality in healthcare, V.12, N.3, pp 191-201.
25. Naylor, G., (1999), "Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a healthcare organisation", International Journal of Health Care Quality Assurance.
26. Norheim O, Ekeberg, Ø., Evensen S, Halvorsen, M., Kvernebo, K., (2001), "Adoption of new health care services in Norway (1993–1997): specialists' self-assessment according to national criteria for priority setting", Health Policy Vol. 56 65–79.
27. Pitt, D., (1999), "Improving performance through self assessment", International Journal for quality in healthcare, V.12, N.2, pp. 45-53
28. Price WaterhouseCoopers, (2000), Case studies
29. Ritchie, (2002), "Driving quality clinical governance in the National Health Service", Managing Service quality, V.12, N. 2, pp. 117-128

30. Ruiz. U., Simon, J., Molina, P., Limelez, J. and Grandal, J., (1999) "A two-level integrated approach to self-assessment in healthcare organizations" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 12, n.4, pp.135-142.
31. Stewart, A.,(2003), "An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust" *International Journal of HealthCare Quality Assurance*, vol.16, n.2, pp.65-76
32. Shaw, Ch., (2000), "External quality mechanisms for healthcare summary of the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in the European Union countries", *International Journal for quality in healthcare*, Vol 12, No 3.
33. Schalk, R., Dijk, W., (2005), "Quality management and employee commitment, illustrated with examples from the Dutch health care", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18, n.1, pp.32-40.
34. Stahr, H., (2001), "Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14, n.4, pp.174-180.
35. Vogt W., (2001), "The German perspective of using the EFQM model in medical laboratories", *Accred Quality Assurance*, .V.6, pp.396–401
36. Wagner, C. and Sluis, E., (2003), "Progress in the implementation of quality Management in Dutch health care: 1995-2000" *International Journal for quality in health care*, V.15, N.3, pp. 223-234.
37. West, E., (2001), "Management matters: the link between the hospital organisation and the quality of patient care", *Quality Health Care*, Vol.10, pp. 40-48.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

5.1 Η ανάγκη για εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ελληνική Υγειονομική Περίθαλψη

Όπως εκτενώς έχει αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια τα τελευταία χρόνια, η προσοχή έχει επιστηθεί στα ζητήματα της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη και στη διασφάλιση της ποιότητας στο τομέα της οργάνωσης και της πολιτικής υγείας. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, τα νοσοκομεία φαίνεται να δίνουν έμφαση στην ποιότητα και την βελτίωσή τους (Bradburry, et al., 1998). Στο ανταγωνιστικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η επιτυχία στην παροχή των υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και στην οικοδόμηση μιας αξιοσέβαστης φήμης έχει γίνει μια ηθική και οργανωσιακή απαίτηση (Lam και Simons, 1997; Black, 1990; Onretveit, 1990, Curry et al., 1997). Κατά τα προηγούμενα έτη, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν ιδρύσει και έχουν προωθήσει τα απαραίτητα όργανα, τις διαδικασίες, τις διεθνείς οργανώσεις και τις υπηρεσίες που σκοπό έχουν να αξιολογήσουν και να διασφαλίσουν όλους τους παράγοντες που συνδέονται με την ποιότητα (Champagne et al., 1997; Short και Rahim, 1995).

Σε αντίθεση με τις σημαντικές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί σχετικά με την εξασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να μένει πίσω.

5.2 Η Ελληνική Πραγματικότητα

Διαπιστώσεις για την έλλειψη ποιότητας και ικανοποίησης των πολιτών σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος έχουν επανειλημμένα

διατυπωθεί τόσο από απλούς πολίτες όσο και από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες.

Οι κυριότερες επισημάνσεις έχουν να κάνουν με:

- Μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος Υγείας.
- Έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.
- Έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, μέσα και εκπαιδευμένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των στοιχείων των ιατρικών φακέλων και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων από τα νοσοκομεία και τις άλλες υπηρεσίες Υγείας.
- Έλλειψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στις αρχές και την μεθοδολογία της ποιότητας.
- Έλλειψη προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος παροχής υπηρεσιών Υγείας.
- Έλλειψη μηχανισμού διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Βέβαια δεν έλειψαν μεμονωμένες πρωτοβουλίες από επιστημονικούς φορείς, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων αλλά και του αρμόδιου υπουργείου. Στο Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», που υπάρχει αναφορά στη συνέχεια, τον Ιούλιο 2000, γίνεται επανειλημμένα αναφορά στην ποιότητα καθώς και στον έλεγχο της ποιότητας (Οικονομοπούλου, 2002).

Η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Θεοδωρακιάδης και Τσιότρας (2000) παρουσιάζει το βαθμό εφαρμογής των συστημάτων ποιοτικής διαχείρισης στα ελληνικά νοσοκομεία και εξετάζει το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Προσπάθεια αυτής της έρευνας ήταν να διαπιστωθούν, οι κρίσιμοι παράγοντες για την προσαρμογή των αρχών ποιότητας στον ελληνικό δημόσιο τομέα των νοσοκομείων.

5.2.1 Υγεία και ποιότητα.

Τα ελληνικά νοσοκομεία καταναλώνουν αναλογικά το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού κεφαλαίου που απορροφάται για διαφορετικές δραστηριότητες της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου, 1991). Για αυτόν τον λόγο, τα νοσοκομεία είναι ο κύριος στόχος κάθε προσπάθειας που γίνεται για να αναβαθμιστεί το σύστημα υγείας, αφού η ποιοτική και ποσοτική ανεπάρκειά τους αντανακλάται στην ανεπάρκεια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σήμερα, τα πολυάριθμα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από τα ελληνικά νοσοκομεία οδηγούν σε ένα μη αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης το οποίο χρειάζεται να μεταρρυθμιστεί. Αυτή η μεταρρύθμιση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής των συστημάτων διοίκησης ολικής ποιότητας.

Επίσης, η συμμετοχή της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα δεν θα μπορούσε να αφήσει το τομέα της υγείας ανεπηρέαστο. Στα πλαίσια της εφαρμογής της έννοιας για μια ενωμένη Ευρώπη, είναι δυνατό να παρατηρηθεί μια συνεργασία στο τομέα της ιατρικής έρευνας και μιας σταθερής κυκλοφορίας των ιδεών, οι οποίες δεν επιτρέπουν στην Ελλάδα να παραμείνει μωπική, ειδικά όσον αφορά στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης.

5.2.2 Τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από τα ελληνικά νοσοκομεία

Σχετικά με τη θεσμική τους μορφή, τα ελληνικά νοσοκομεία είναι, χαρακτηριστικά, εταιρικό σώμα του δημόσιου νόμου. Κατά συνέπεια, αν και αποτελούν τα ανεξάρτητα, αυτοδιαχειριζόμενα όργανα, ενσωματωμένα στο κράτος (δημόσιος τομέας), ο κώδικας των δημόσιων υπαλλήλων, που ορίζει τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, τείνει να είναι συχνά αμφισβητούμενος, αφήνοντας μικρά περιθώρια για καλή διαχείριση (Σιγάλας, 1994; Παπανικολάου και Σιγάλας, 1994).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θέση των ελληνικών νοσοκομείων έχει επιλεγεί με έναν μάλλον περιστασιακό τρόπο. Με εξαίρεση έναν περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων, τα περισσότερα στεγάζονται σε παλαιά κτήρια ή στα κτήρια που κατασκευάστηκαν για άλλους λόγους αρχικά και κατέληξαν νοσοκομεία. Οι σταθερές αναδιοργανώσεις που έχουν πραγματοποιηθεί δεν ήταν πάντα οι κατάλληλες, και κατά συνέπεια αυτό επηρεάζει την λειτουργία του νοσοκομείου με αρνητικό τρόπο (Σιγάλας, 1994; Theodorakioglou και Tsiotras, 2000).

Αν και σχετικά με τα προηγούμενα έτη ο εξοπλισμός των νοσοκομείων, όπως οι μηχανές, οι συσκευές και τα όργανα της υψηλής τεχνολογίας, έχουν αναβαθμιστεί λόγω της ταχείας διάδοσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα, ακόμα θεωρείται ανεπαρκής (Theodorakioglou και Tsiotras, 2000).

Επιπλέον, η έλλειψη δημοσιονομικού ελέγχου, μαζί με την απουσία ενός σύγχρονου νοσοκομειακού προϋπολογισμού δεν εξασφαλίζει τα απαραίτητα οικονομικά κίνητρα από πλευράς προσωπικού, και έτσι δεν είναι εύκολο να αναπτυχθούν αποδοτικές από πλευράς κόστους διεργασίες. Το σύστημα λογιστικής είναι ξεπερασμένο, ενώ μόνο μερικά νοσοκομεία κατέχουν τα πληροφοριακά συστήματα (Πολύζος, 1994; Theodorakioglou και Tsiotras, 2000).

Σήμερα, ο αριθμός υπαλλήλων που εργάζονται στα νοσοκομεία είναι βεβαίως υψηλότερος σε σχέση με το παρελθόν. Εντούτοις, αυτός ο αριθμός δεν μπορεί

ακόμα να θεωρηθεί ικανοποιητικός για να καλύψει τις σύγχρονες απαιτήσεις στα νοσοκομεία.

Οι εσωτερικές διαδικασίες λειτουργίας δεν έχουν καθιερωθεί ακόμα. Η συνηθισμένη έλλειψη εσωτερικών διαδικασιών αυξάνει τα προβλήματα στην συνεργασία και στις σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού, και παρατηρούνται πολυάριθμα προβλήματα επικοινωνίας. Επίσης, παρατηρείται σχετική έλλειψη της επιθεώρησης με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να εξασφαλιστεί η ποιότητα και η παραγωγικότητα στην εργασία (Πολύζος, 1994; Theodorakioglou και Tsiotras, 2000).

Ακόμη, όσο ο ρόλος, οι ικανότητες και η λειτουργία της διοίκησης και της διαχείρισης δεν διαχωρίζονται πλήρως, η σύγχυση φαίνεται να είναι ένα μόνιμο πρόβλημα. Ένας, επιπλέον, σημαντικός παράγοντας αποτελεί το γεγονός ότι τα ελληνικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα με αποτέλεσμα να μην εστιάζουν στην εφαρμογή της ποιότητας μέσα στον οργανισμό. Τέλος, η έλλειψη εξειδικευμένων υπαλλήλων που θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν και να εφαρμόσουν μια νέα πολιτική υγείας δεν πρέπει να παραμεληθεί.

5.3 Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε

Η έρευνα των Θεοδορακιόγλου και Τσιότρα σχετικά με την εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη έγινε βάσει ενός δομημένου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από 95 ερωτήσεις σύμφωνα με τις κατηγορίες του Ευρωπαϊκού μοντέλου ποιότητας. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για να λάβει τα στοιχεία και τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση της ποιότητας, την εφαρμογή των συστημάτων διοίκησης ποιότητας και για την έρευνα της θέσης που κατέχει η διοίκηση ολικής ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα ελληνικά νοσοκομεία κατά τη διάρκεια έξι μηνών από το Μάιο του 1998 μέχρι τον Οκτώβριο του 1998. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας έγινε σύμφωνα με το EFQM και εξετάστηκαν τα ακόλουθα στοιχεία:

- Ο ρόλος της ηγεσίας στην εφαρμογή των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας
- Η επάρκεια των πόρων και η χρήση πληροφοριακών συστημάτων
- Η πολιτική και στρατηγική ποιότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων
- Η γνώση του ανθρώπινου δυναμικού σε ζητήματα ποιότητας και επάρκεια του προσωπικού του νοσοκομείου
- Η κατάσταση των διεργασιών όσον αφορά την οργανωτική δομή, τους μηχανισμούς ποιότητας και την πιστοποίηση των διαδικασιών
- Η εφαρμογή διαδικασιών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ικανοποίηση των πελατών
- Το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι ο αντίκτυπος στην κοινωνία δεν έχει αναλυθεί διότι πηγάζει από την αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων και έτσι αποτελεί ένα γενικό αποτέλεσμα της έρευνας. Επίσης, δεν γίνεται αναφορά στα οικονομικά αποτελέσματα λόγω έλλειψης στοιχείων σχετικά με την οικονομική απόδοση των νοσοκομείων.

5.3.1 Υπόθεση πάνω στην οποία στηρίχτηκε η έρευνα

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν φαίνεται να ακολουθούν σε ικανοποιητικό βαθμό την παγκόσμια τάση της εφαρμογής των αρχών ποιότητας και των συστημάτων διαχείρισης. Η έρευνα βασίστηκε σε αυτήν την υπόθεση και εξετάζει την οργανωμένη και επιστημονική εφαρμογή των συστημάτων διοίκησης ολικής ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Αρκετά είναι εκείνα τα στοιχεία τα οποία παρουσιάζονται ως εμπόδιο στην παραγωγική και ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- Η γενική σύγχυση που επικρατεί σχετικά με την έννοια της ποιότητας
- Η απουσία γραπτής πολιτικής ποιότητας
- Η έλλειψη συστηματικής κατάρτισης στην ποιότητα
- Τα οικονομικής φύσης προβλήματα
- Η έλλειψη των πόρων
- Η απουσία μιας σαφούς πολιτικής υγείας σε κεντρικό επίπεδο.

5.3.2 Αποτελέσματα από την έρευνα

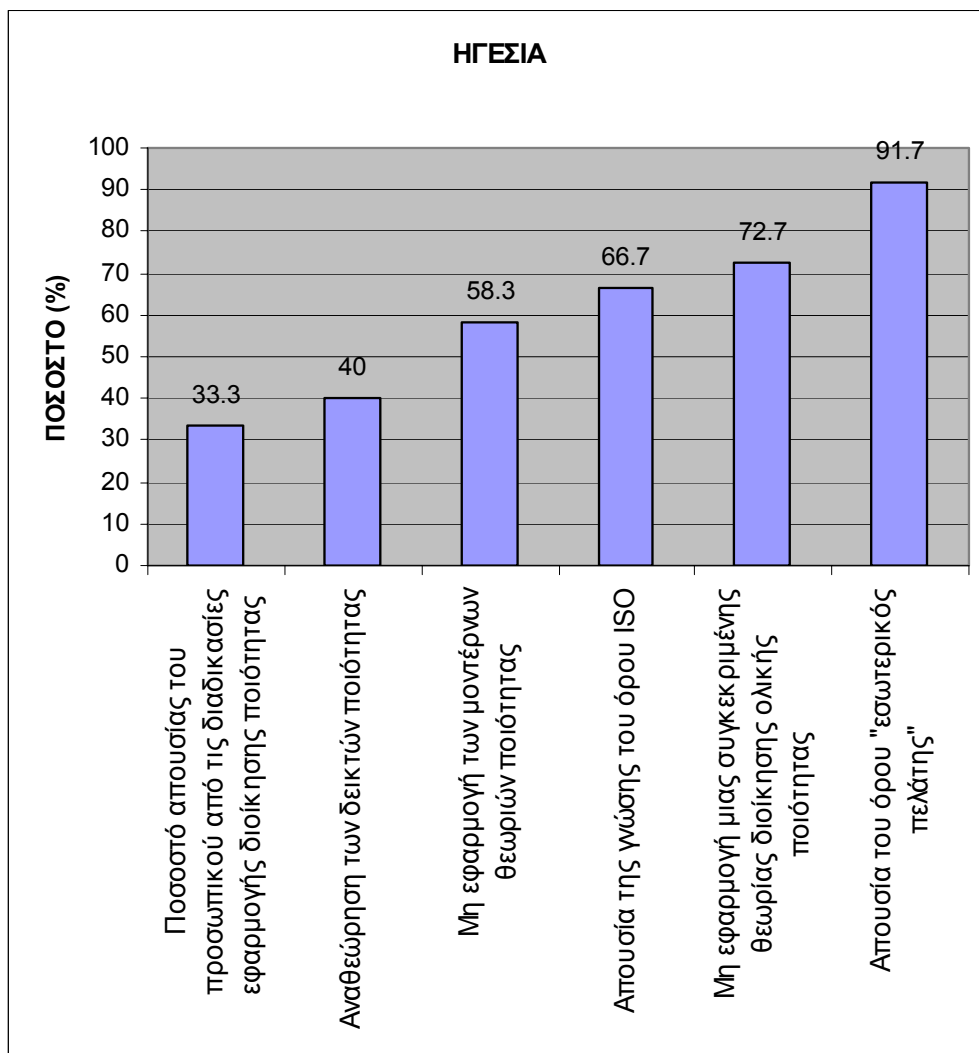
Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σε μεγάλη πλειοψηφία των νοσοκομείων που μελετήθηκαν, η εφαρμογή των ποιοτικών προσεγγίσεων στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη είναι σε αρχικό στάδιο. Ο κύριος παράγοντας που σταματά την υιοθεσία των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η άγνοια, από την πλευρά της ηγεσίας των νοσοκομείων, των θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα, δεδομένου ότι οι μάνατζερ αυτών δεν φαίνονται να είναι σε θέση να εφαρμόσουν τις σύγχρονες μεθόδους διαχείρισης και συχνά δεν κατέχουν την απαιτούμενη πληροφόρηση.

Πιο συγκεκριμένα:

- Το 58.3% των μάνατζερ δεν είναι έτοιμο να εφαρμόσει θεωρίες διοίκησης που να επηρεάζουν ενεργά την δομή του νοσοκομείου
- Το 91.7% των μάνατζερ δεν είναι καλά πληροφορημένο σχετικά με τον όρο εσωτερικός πελάτης, ενώ το 66.7% έχει χαμηλή γνώση σχετικά με την πιστοποίηση του ISO

- Μόνο το 40% της ηγεσίας αναθεωρεί τακτικά τους βασικούς δείκτες ποιότητας προκειμένου να αξιολογήσει την απόδοση του οργανισμού
- Το 33.3% της ηγεσίας δεν έχει ενεργό προσωπική συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες τις σχετικές με την ποιότητα όπως η θέσπιση και ο προγραμματισμός στόχων
- Το 72.7% της ηγεσίας δεν εφαρμόζει μια συγκεκριμένη θεωρία ή ένα πρόγραμμα διοίκησης ολικής ποιότητας

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται γραφικά στο σχέδιο 8.

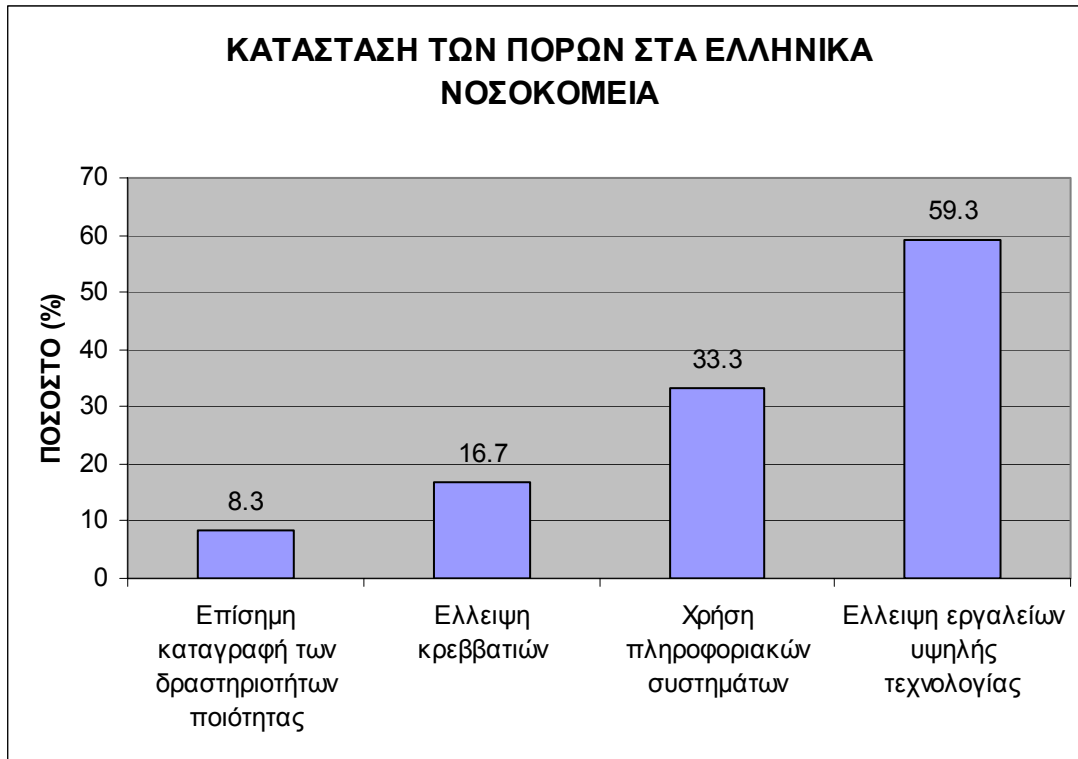


Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 8: Ηγεσία

Επιπλέον, τα ελληνικά νοσοκομεία εμφανίζονται να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα, τα οποία εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία τους και τις κινήσεις τους για βελτίωση της ποιότητας. Η έλλειψη πόρων φαίνεται να είναι ένα κύριο πρόβλημα. Παρόλο τον εκσυγχρονισμό που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε συστήματα και όργανα υψηλής τεχνολογίας το 59.3% των νοσοκομείων στερούνται αυτών των οργάνων που θα βοηθούσαν σημαντικά να καλύψουν πλήρως τις απαιτήσεις των ασθενών τους για διάγνωση και θεραπεία. Όσον αφορά στο πρόβλημα με τα κρεβάτια των νοσοκομείων, δηλώθηκε ότι το έλλειμμα δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο αλλά απαιτείται καλύτερη διαχείριση.

Η χρήση των πληροφοριακών συστημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη. Μόνο το ένα τρίτο (1/3) των νοσοκομείων που αποκρίθηκαν στην έρευνα χρησιμοποιεί κάποιο πληροφοριακό σύστημα. Εντούτοις, αυτά τα πληροφοριακά συστήματα δεν καλύπτουν όλο το φάσμα των διαδικασιών. Τέλος, μόνο 8.3% των νοσοκομείων ανέφεραν ότι κρατούν μια επίσημη έκθεση σχετικά με τις δραστηριότητες ποιότητας. Αυτά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται γραφικά στο σχέδιο 9.



Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

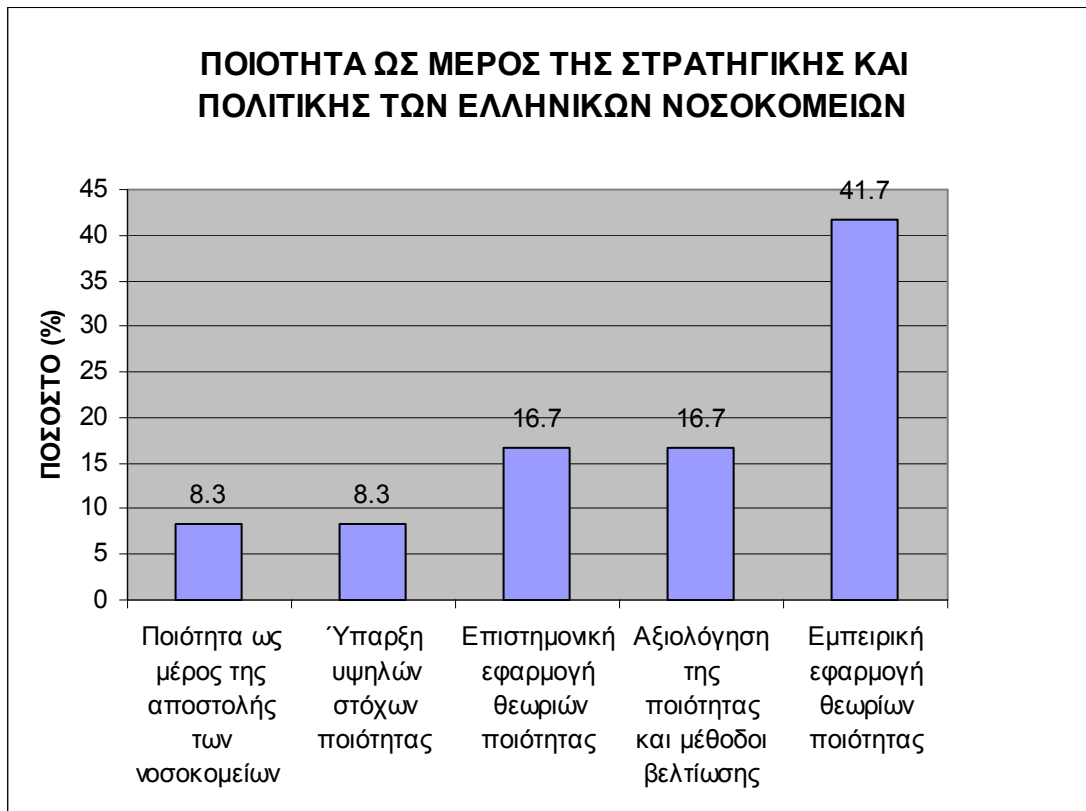
Σχήμα 9: Κατάσταση των πόρων στα ελληνικά νοσοκομεία

Όσον αφορά στη στρατηγική και πολιτική, η ποιότητα δεν εφαρμόζεται ενεργά και δεν αποτελεί στόχο του οργανωτικού προγραμματισμού και μέρος της αποστολής στη μεγάλη πλειοψηφία των νοσοκομείων. Μόνο μερικά νοσοκομεία έχουν μια σαφή πολιτική ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα:

- μόνο 8.3% των νοσοκομείων δήλωσε ότι η ποιότητα αποτελεί μέρος της αποστολής τους
- στις περισσότερες περιπτώσεις οι στόχοι των νοσοκομείων σχετικά με την ενημέρωση των μονάδων τους ή την κατασκευή νέων μονάδων είναι περιορισμένοι
- μόνο το 8.3% των νοσοκομείων δήλωσε ότι έχουν καθιερωθεί σημαντικοί στόχοι ποιότητας

- μόνο το 16.7% των νοσοκομείων ανέφερε ότι εφαρμόζουν μεθόδους αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας
- η επιστημονική εφαρμογή των θεωριών ποιότητας είναι σπάνια (83.3% των νοσοκομείων δεν έχουν μια επίσημη υιοθετημένη πολιτική ποιότητας), ενώ η εμπειρική εφαρμογή τους είναι μάλλον κοινή
- μόνο 58.3% των νοσοκομείων δήλωσε ότι σκοπεύουν να ακολουθήσουν συγκεκριμένη πολιτική ποιότητας στο μέλλον. Αυτό το ποσοστό θεωρείται χαμηλό σχετικά με την ανάγκη για τη βελτίωση της ποιότητας στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη.

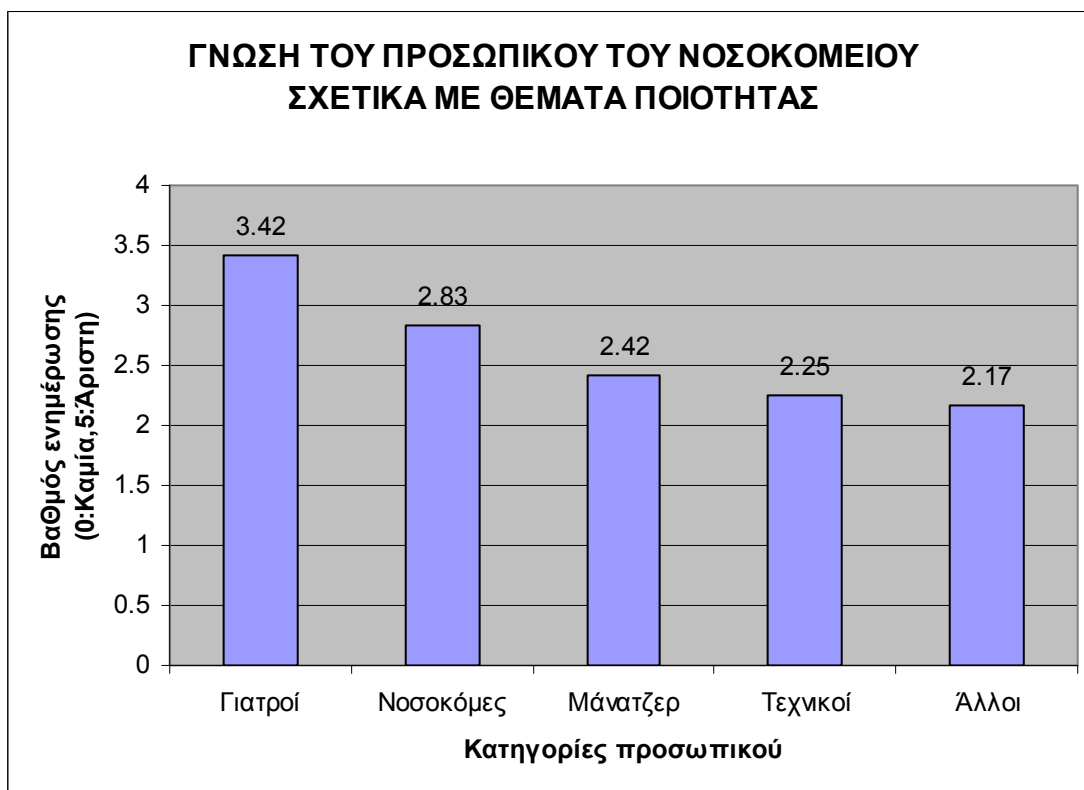
Αυτά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο σχέδιο 10.



Πηγή: Θεοδωρακιόγλου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 10: Ποιότητα ως μέρος της στρατηγικής και πολιτικής των ελληνικών νοσοκομείων

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, η απουσία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ζητήματα ποιότητας είναι χαρακτηριστική. Οποιοσδήποτε υπάρχουσες μορφές κατάρτισης, αφορά, τις περισσότερες φορές, κατάρτιση σχετική με το επάγγελμα. Αυτό το είδος κατάρτισης απευθύνεται κυρίως στο ιατρικό (100% των περιπτώσεων) και νοσηλευτικό προσωπικό (81.8%). Οι μάνατζερ και οι τεχνικοί είναι οι λιγότερο συχνά εκπαιδευόμενοι, ενώ σε άλλες κατηγορίες του προσωπικού σπάνια παρέχεται οποιαδήποτε μορφή κατάρτισης. Επιπλέον, μόνο 16.67% των νοσοκομείων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα συλλέγουν τακτικά και ανανεώνουν πληροφορίες σχετικές με την ποιότητα. Επομένως, η συνειδητοποίηση των ζητημάτων ποιότητας από το προσωπικό των νοσοκομείων δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής, όπως παρουσιάζεται στο σχέδιο 11.



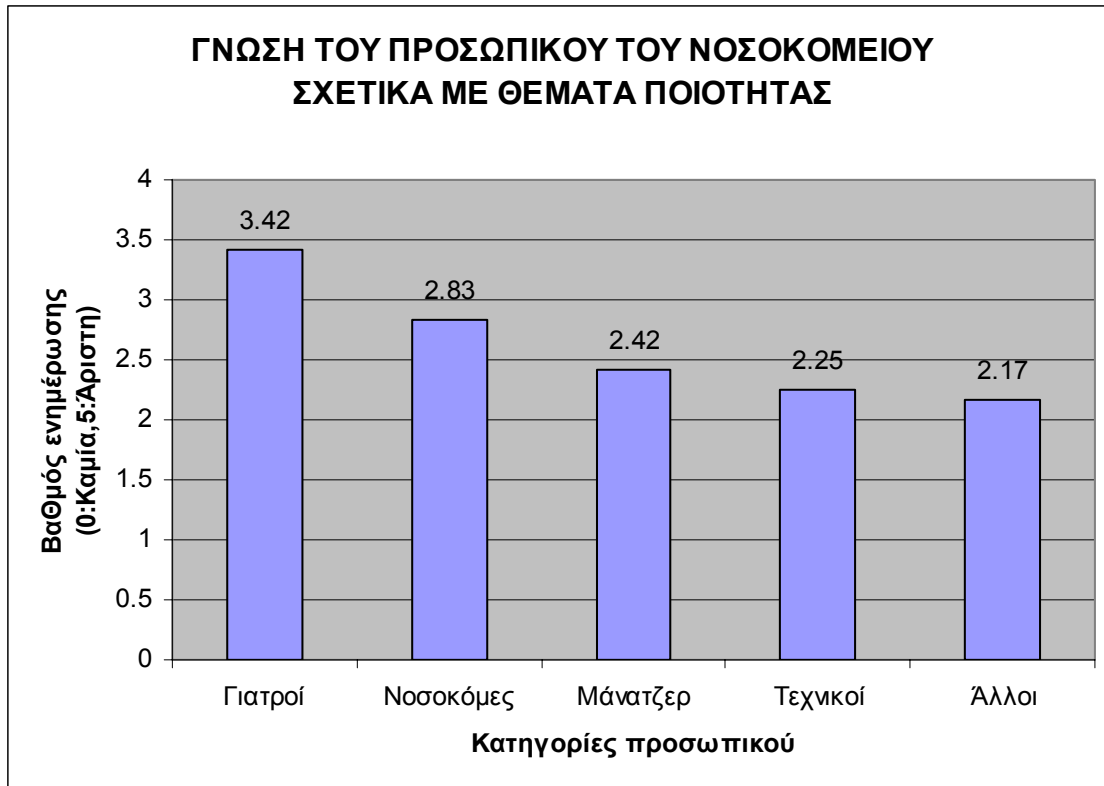
Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 11: Γνώση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με θέματα ποιότητας

Η χρήση των εργαλείων και των τεχνικών διοίκησης ολικής ποιότητας όπως οι κύκλοι ποιότητας και διάφορες έρευνες και ομάδες εισήγησης είναι σπάνια, όπως παρουσιάζεται στο σχέδιο 5. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας εξαρτάται από τις πρωτοβουλίες των υπαλλήλων και δεν προέρχεται από ένα οργανωμένο, κεντρικό σχέδιο ή από μια επίσημη πολιτική ποιότητας.

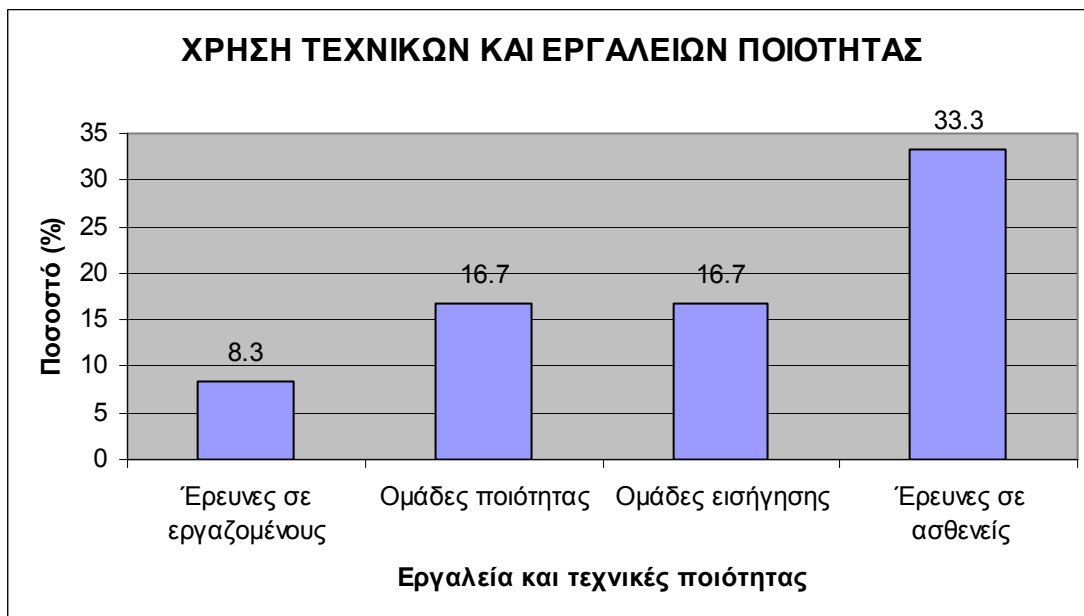
Μεμονωμένες ή συλλογικές προσπάθειες για ποιότητα ανταμείβονται μόνο ηθικά καθώς το 91.7% των νοσοκομείων δεν έχουν έναν ειδικό προϋπολογισμό που να αναφέρεται στα έργα και στα προγράμματα ποιότητας και επομένως στερούνται τα χρήματα για ανταμοιβή και αναγνώριση των υπαλλήλων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το εργατικό δυναμικό, παρόλο που έχει αυξηθεί συγκριτικά με το παρελθόν, δεν είναι επαρκές, κυρίως όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως παρουσιάζεται σχήμα 12.



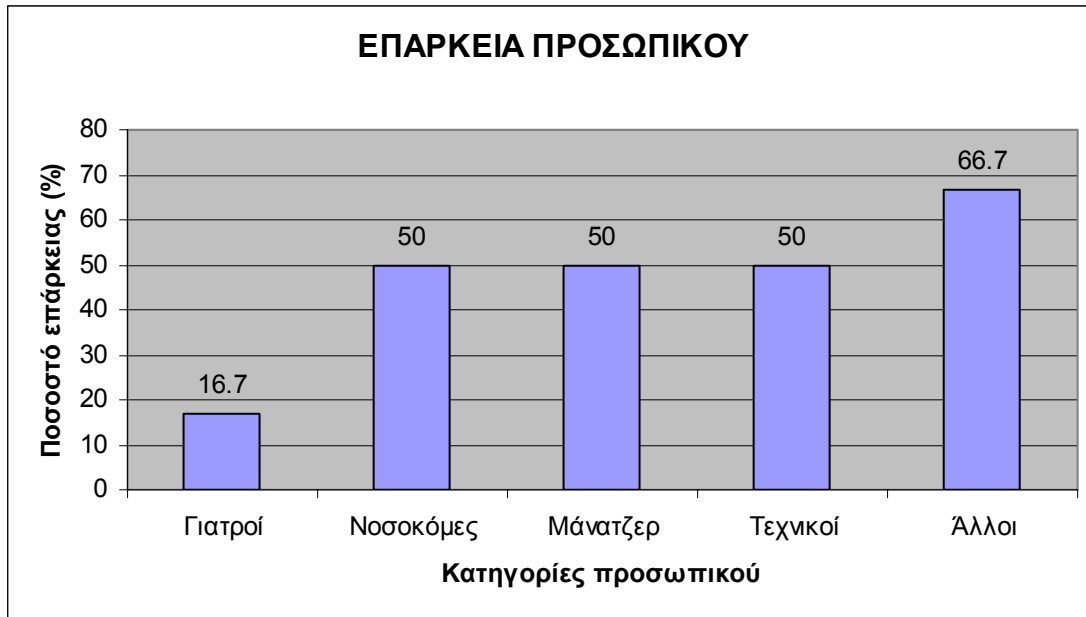
Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 12: Γνώση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με θέματα ποιότητας



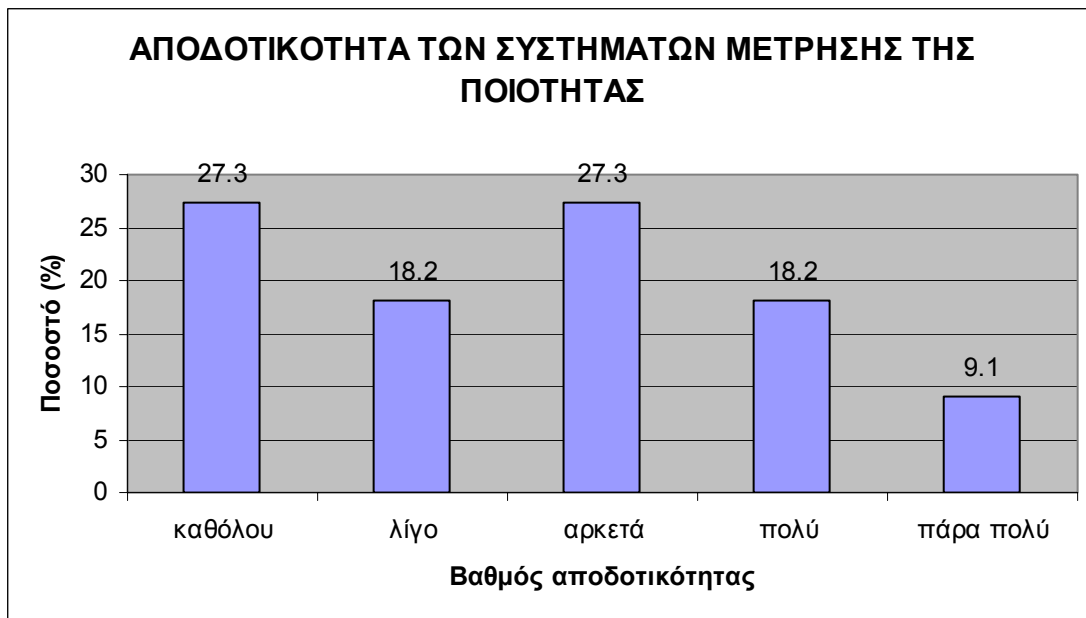
Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 13: Χρήση τεχνικών και εργαλείων ποιότητας



Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 14: Επάρκεια προσωπικού



Πηγή: Θεοδωρακιάδου και Τσιότρας, 2000

Σχήμα 15: Αποδοτικότητα των συστημάτων μέτρηση της ποιότητας

Η έλλειψη εσωτερικών οδηγιών λειτουργίας αποτελεί ένα άλλο κρίσιμο πρόβλημα. Το 66,7% των νοσοκομείων δήλωσε ότι δεν κάνουν γραπτές αναφορές. Αυτό

δημιουργεί μια σύγκυση μεταξύ των μελών του προσωπικού και χρησιμοποιείται συχνά ως δικαιολογία για την αποφυγή της εργασίας. Σε πολλά νοσοκομεία, η διοικητική οργάνωση εμφανίστηκε να είναι προβληματική.

Η μελέτη των διεργασιών στα ελληνικά νοσοκομεία αποκάλυψε την έλλειψη μιας οργανωτικής δομής κατάλληλης να υποστηρίξει την εφαρμογή βελτιώσεων. Πιο συγκεκριμένα:

- ❖ παρατηρείται απουσία διευθυντών ποιότητας
- ❖ οι «επιτροπές ποιότητας» είναι αρμόδιες μόνο για θέματα επιθεώρησης, και δεν ακολουθούν κάποια πολιτική ποιότητας
- ❖ η μέτρηση της ποιότητας στα συστήματα, στις διαδικασίες, στα προϊόντα και στις υπηρεσίες των νοσοκομείων είναι μέτρια, όπως παρουσιάζεται στο σχέδιο 13
- ❖ μόνο 27.3% των νοσοκομείων έχουν έναν συγκεκριμένο μηχανισμό που να προσδιορίζει σημαντικές μεταβολές στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα και μια μεθοδολογία που να ορίζει και να διορθώνει τις πρωταρχικές αιτίες.

Η προληπτική συντήρηση του εξοπλισμού γίνεται κυρίως από άτομα που δεν απασχολούνται εσωτερικά από τα νοσοκομεία. Η έλλειψη ειδικευμένου τεχνικού προσωπικού οδηγεί σε σπατάλη χρημάτων, δεδομένου ότι τα νοσοκομεία υποχρεώνονται να αναζητήσουν εξωτερική βοήθεια η οποία τις περισσότερες φορές, είναι ακριβή.

Επιπλέον, η πιστοποίηση της διαδικασίας είναι σπάνια. Το υπόβαθρο για την εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας απουσιάζει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, όπως είναι το υπόβαθρο για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. Μόνο το 8.3% των νοσοκομείων συμμετέχουν σε οποιαδήποτε περιφερειακά ή εθνικά εξωτερικά προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας όπως τα προγράμματα

πιστοποίησης για ειδικές κατηγορίες του νοσοκομείου. Ο ομοτεχνειακός έλεγχος (peer review) εφαρμόζεται σπάνια και είναι περιορισμένος μέσα στα νοσοκομεία.

Πιο συγκεκριμένα:

- ❖ κανένα από τα νοσοκομεία δεν αποδίδει ή υποβάλλεται σε εξωτερικό ομοτεχνειακό έλεγχο- external peer review
- ❖ μόνο 54.5% των νοσοκομείων διευθύνουν εσωτερικό ομοτεχνειακό έλεγχο

Η έλλειψη μιας δημιουργικής ανταλλαγής απόψεων και ιδεών σε κρίσιμα θέματα παρακωλύει την ανάπτυξη και την εφαρμογή των τεχνικών βελτίωσης της ποιότητας. Όσον αφορά στους προμηθευτές, τα ελληνικά νοσοκομεία φαίνονται να διατηρούν έναν παραδοσιακό τρόπο της διαχείρισης. Αν και το 83.3% των νοσοκομείων αναφέρει ότι υιοθετούν μια πολιτική ποιότητας σχετικά με τους προμηθευτές, η τελική επιλογή των προμηθευτών είναι βασισμένη μόνο στις προσφερόμενες από τους προμηθευτές τιμές που ικανοποιούν τα βασικά κριτήρια της ποιότητας.

Όσον αφορά την ικανοποίηση πελατών, η επικοινωνία με τους ασθενείς και ο χειρισμός παραπόνων των ασθενών διευθύνονται μέσω διαφορετικών υπηρεσιών (Γραφείο επικοινωνίας, Επιτροπή για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών), το όργανο το οποίο επιβάλλεται ή καθιερώνεται με κυβερνητική νομοθεσία. Επομένως, το 91.7% των νοσοκομείων δήλωσε ότι έχουν μια επίσημη διαδικασία για το χειρισμό των παραπόνων. Εντούτοις, οι πρωτοβουλίες και οι περαιτέρω διαδικασίες επικοινωνίας, οι έρευνες για τα μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών, είναι λιγοστές, όπως παρουσιάζονται στο σχέδιο 5. Επιπλέον, μόνο 25% των νοσοκομείων ανέφερε ότι χρησιμοποιούν συστηματικά τα αποτελέσματα των ερευνών για βελτίωση της ποιότητας.

Η εκπαίδευση και οι πληροφορίες σε θέματα που αφορούν τους ασθενείς δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικές. Το 75% των νοσοκομείων ανέφερε ότι δεν υπάρχει μια

ειδική υπηρεσία από όπου οι ασθενείς μπορούν να πληροφορηθούν σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας που παρέχει το νοσοκομείο.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των εργαζομένων, η πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων δεν ερευνά το επίπεδο ικανοποίησής τους, όπως παρουσιάζεται στο σχέδιο 14.

Τα κύρια προβλήματα που τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σχετικά με τους υπαλλήλους τους είναι:

- ❖ απουσία των υπαλλήλων (75%)
- ❖ καταγγελίες (41.7%)
- ❖ απεργίες (33.3%)

Επομένως, οι υπάλληλοι των νοσοκομείων δεν παρουσιάζονται ικανοποιημένοι. Η έλλειψη σύγχρονων διοικητικών μεθόδων, τα λιγοστά κίνητρα, η μη ικανοποιητική αμοιβή και οι περιορισμένες ευκαιρίες ανέλιξης, συνδυαζόμενα συχνά με το κακό εργασιακό περιβάλλον, είναι παράγοντες που οδηγούν στη δυσαρέσκειά τους.

Τέλος, εκτός από την έλλειψη των πόρων (ανθρώπινο δυναμικό, βιοϊατρικός εξοπλισμός), τα ελληνικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν άλλα κρίσιμα προβλήματα. Ένα από αυτά είναι η τοποθεσία τους, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις έχει επιλεγεί τυχαία. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα αφορά τις εγκαταστάσεις τους, οι οποίες δεν καλύπτουν τις λειτουργικές απαιτήσεις δεδομένου ότι είναι παλαιές. Αυτά τα προβλήματα εμποδίζουν την αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων και την επέκταση των δραστηριοτήτων τους.

5.3.3 Προτάσεις προς βελτίωση

Η ανάγκη για ανανέωση και νέες μεθόδους διαχείρισης-διοίκησης και πολύπλευρης αναδόμησης των ελληνικών νοσοκομείων είναι επιτακτική. Προκειμένου να εξασφαλιστεί μια επιτυχή εφαρμογή των ανωτέρω ενεργειών, οι οποίες

αναμένεται να οδηγήσουν σε μια αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας, οι ακόλουθες ενέργειες κρίνονται ουσιαστικής σημασίας:

1. Ο προσδιορισμός μιας σαφούς, λεπτομερής και συγκεκριμένης πολιτικής υγείας σε κεντρικό επίπεδο.
2. Η αλλαγή του νομικού και νομοθετικού πλαισίου των ελληνικών νοσοκομείων, με τέτοιο τρόπο ότι δεν θα στερήσει τα νοσοκομεία από το δημόσιο χαρακτήρα τους αλλά αυτό θα οδηγήσει σε διοικητική ευελιξία, και αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
3. Η επιμόρφωση των μάνατζερ των νοσοκομείων σε θέματα ποιότητας
4. Η εφαρμογή ενός σύγχρονου λογιστικού σχεδίου, το οποίο σαφώς θα περιγράφει ικανοποιητικά την υπάρχουσα οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων.
5. Η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης, και η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία, για την προώθηση της ποιότητας στα νοσοκομεία.
6. Η εκτεταμένη χρήση καλά σχεδιασμένων πληροφοριακών συστημάτων.
7. Η αύξηση των κινήτρων των υπαλλήλων έτσι ώστε να αυξηθεί η παραγωγικότητά τους και κατά συνέπεια να βελτιωθεί το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ίδιους.
8. Η διαθεσιμότητα των πληροφοριών σχετικά με ζητήματα ποιότητας σε όλα τα τμήματα και τα επίπεδα των εργαζομένων.
9. Η προώθηση μεθόδων και διαδικασιών έτσι ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να αποτελεί το κεντρικό σημείο διαφορετικών δραστηριοτήτων της υγειονομικής πολιτικής (Οικονομοπούλου, 1991; Σιγάλας, 1994).

Η ουσιαστική οργανωτική και διοικητική αναδιάρθρωση των ελληνικών νοσοκομείων αποτελεί το βασικότερο τρόπο που θα οδηγήσει στην βελτίωση των ελληνικών νοσοκομείων. Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί την εφαρμογή των σύγχρονων διοικητικών μεθόδων έτσι ώστε να λειτουργήσει σε

υψηλά πρότυπα. Με το ίδιο ποσοστό δαπανών υγείας, αλλά με μια νέα οργανωτική δομή και κατάλληλες διευθυντικές και διοικητικές επεμβάσεις, μπορεί να υπάρξει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κορυφαίας ποιότητας. Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί μια ελπιδοφόρο προσέγγιση, η οποία, με τη σωστή χρήση των αρχών της και μια αποτελεσματική εφαρμογή, μπορεί να θεραπεύσει πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

5.4 Προσπάθεια Μεταρρύθμισης- Μάνατζερ υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»

Μια πρώτη προσπάθεια μεταρρύθμισης στην χώρα μας προσέγγισης ποιότητας και εισαγωγή μιας καλύτερης διοίκησης έγινε στο ελληνικό σύστημα υγείας το 2000.

Κύριος σκοπός ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρινόταν στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες τον Έλληνα πολίτη και θα παρείχε αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Κεντρικός στόχος αυτής της ενέργειας ήταν η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και η προσπάθεια κατοχύρωσης ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών. Αυτή η αλλαγή θα διατηρούσε και θα διασφάλιζε το δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ, ενώ βασικό μέλημα θα αποτελούσε η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων.

Για την αποτελεσματικότητα του συστήματος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθοριστικός θα ήταν ο ρόλος όλων των εργαζομένων στο ΕΣΥ. Το νέο περιβάλλον της μεταρρύθμισης ευνοούσε την καταξίωση του ανθρώπινου παράγοντα μέσα από νέους κανόνες, αρχές και λειτουργίες στο σύστημα.

Με το Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» δόθηκε έμφαση στην ανάγκη ανάληψης της διοίκησης των νοσοκομείων από ένα Διοικητή (Manager), ο οποίος θα είχε και τη γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας, στα πλαίσια σαφώς καθορισμένων από το νόμο αρμοδιοτήτων, σε συνεργασία με το Συντονιστικό Συμβούλιο Διοίκησης (Διοικητής και 4 Διευθυντές - Ιατρικών, Νοσηλευτικών, Διοικητικών-Οικονομικών και Τεχνικών-Ξενοδοχειακών Υπηρεσιών).

Παράλληλα, για τη νέα διοικητική δομή και λειτουργική συγκρότηση των Νοσοκομείων θεωρήθηκε χρήσιμη η εκπόνηση νέων και σύγχρονων κανονισμών και οργανισμών που θα λειτουργούσαν τα Νοσοκομεία. Με βάση τους νέους οργανισμούς η κατανομή ή ανακατανομή σε κλίνες, εργαστήρια, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό ήταν επιβεβλημένη.

Ένας ακόμη στόχος της μετεξέλιξης του ΕΣΥ αποτελεί η συγκρότηση νέων τμημάτων και υπηρεσιών για την υποστήριξη του έργου της διοίκησης των Νοσοκομείων δημιουργώντας τμήματα ποιοτικού ελέγχου, πληροφορικής, στατιστικής, κοστολόγησης, κ.ά. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ανάγκη ανάληψης της διοίκησης των νοσοκομείων από ένα Διοικητή, η εκπόνηση νέων και σύγχρονων κανονισμών και η δημιουργία τμημάτων αποτελούν τα μόνα μέτρα αυτής της μεταρρύθμισης που εξελίχθηκαν και σε ένα βαθμό εφαρμόστηκαν.

Οι επιλογές που υιοθετήθηκαν για τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταρρύθμισης, βασίστηκαν στα ισχύοντα πρότυπα από ετών στις Ευρωπαϊκές χώρες με προσαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα. Δυστυχώς όμως η εφαρμογή του δεν επιτεύχθηκε εξ ολοκλήρου.

Όπως αναφέρει ο Μασσαγγάνης όσον αφορά την σημασία των μεταρρυθμίσεων στην χώρα μας στο ελληνικό κράτος πρόνοιας, βασικό μέλημα είναι η εξέταση και υιοθέτηση προτεραιοτήτων. Ο θεσμός της διοίκησης ολικής ποιότητας μπορεί να έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε άλλες χώρες της Ευρώπης, αλλά κάθε χώρα έχει να αντιμετωπίσει τα δικά της προβλήματα και να δώσει λύσεις σε αυτά, σύμφωνα με

τα δικά της μέτρα. Επομένως, λύσεις που δίνονται σε διαφορετικά προβλήματα όσο επιτυχημένες και αν είναι δεν μπορεί να έχουν την ίδια απόδοση, αποτελεσματικότητα και επομένως επιτυχία όταν εφαρμόζονται σε διαφορετικά δεδομένα. Έτσι, μια αποσπασματική χρήση των αρχών ποιότητας που θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνονται σε ένα γενικότερο μοντέλο ανάπτυξης του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, θα μπορούσε να επιφέρει μεγαλύτερη αποδιοργάνωση στο σημερινό σύστημα (Ματσαγγάνης, 1994). Προκειμένου λοιπόν να στεφθούν με επιτυχία μεταρρυθμιστικές αλλαγές θα πρέπει πρώτα να δοκιμαστούν ολοκληρωμένα αποτελεσματικές μέθοδοι προγραμματισμού, διαχείρισης και ποιότητας.

5.5 Ενέργειες Ποιοτικής Αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Σήμερα το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει κατανοήσει πως προκειμένου να βελτιώσει το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οφείλει να θέσει σε εφαρμογή μια σειρά από συντονισμένες ενέργειες και μέτρα. Ευθύνη του Υπουργείου Υγείας είναι να τεθούν σε εφαρμογή όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου:

- να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του τομέα Υγείας και η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να βελτιωθούν, σε διαρκή βάση, η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού,
- να εγguhθεί την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας σύμφωνα με τις προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας και με τους όρους και τις προϋποθέσεις της άδειας λειτουργίας τους,
- να αναγνωριστεί, να εκτιμηθεί και να διαχειριστεί κινδύνους για τη δημόσια υγεία, τους ασθενείς, τους εργαζομένους στις Μονάδες Υγείας και τον πληθυσμό και να εγguhθεί την ασφαλή παροχή υπηρεσιών.

Επίσης το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεωρεί ότι αποτελεί κρίσιμο παράγοντα βελτίωσης η γνωστοποίηση, σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας, στοιχείων απαραίτητων για την ενημέρωση των πολιτών, ασφαλιστικών οργανισμών και άλλων καταναλωτών και ενδιαφερομένων μερών σχετικά με το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά των παρεχομένων υπηρεσιών του τομέα Υγείας, σε όρους κόστους, οφέλους και ποιότητας. Ακόμη, βασική είναι η γνωστοποίηση στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ένας ακόμη τομέας που το Υπουργείο ενδιαφέρεται να εστιάσει αποτελεί η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη των υπηρεσιών του τομέα Υγείας. Είναι λοιπόν ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των Μονάδων Υγείας να προβαίνουν σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται για τη διαρκή εκπαίδευση, επιμόρφωση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού των Μονάδων Υγείας, ως θεμελιώδους προϋπόθεσης για την ασφάλεια και διαρκή βελτίωσή της ποιότητας των υπηρεσιών. Αυτό απαιτεί:

- α. συστηματική συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών οργανισμών, των Μονάδων Υγείας και των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων
- β. οργάνωση των Μονάδων Υγείας, ώστε να συνιστούν παράλληλα περιβάλλον μάθησης, εξειδίκευσης και διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού
- γ. συστηματική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των προγραμμάτων, των γνώσεων και δεξιοτήτων και εν γένει του συστήματος ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας
- δ. πιστοποίηση δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω των δράσεων κατάρτισης και επιμόρφωσης.

Ένας άλλος τομέας που το Υπουργείο δεν ξεχνά να αναφέρει είναι της επιστημονικής έρευνας και καινοτομίας στον τομέα της Υγείας που οδηγεί στην

ανάπτυξη της γνώσης και κατ' επέκταση στη βελτίωση των παρεμβάσεων και των τεχνικών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των εποπτευομένων μονάδων του να προωθούν και να υποστηρίζουν την ανάπτυξη ερευνητικής δραστηριότητας στο πλαίσιο των κανόνων ασφάλειας, ηθικής και δεοντολογίας και να ενθαρρύνουν την ενσωμάτωση στην κλινική πράξη των επικυρωμένων επιστημονικών εξελίξεων.

Τέλος για την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας αναγνωρίζεται ότι αναγκαία είναι η προδιαγραφή αυτών σε Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας. Τα Ελληνικά Πρότυπα και Προδιαγραφές Υγείας θα δημιουργούνται και θα αναθεωρούνται συστηματικά, μέσα από διαδικασίες τυποποίησης που τα καθιστούν ανά πάσα στιγμή κανόνες της τέχνης και της επιστήμης (state-of-the-art). Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω των αρμοδίων οργάνων του, με την εφαρμογή του Νόμου, θα ελέγχει και θα επαληθεύει την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών του τομέα Υγείας (www.ypyg.gr).

5.6 Σχέδια επί χάρτου για αναβάθμιση του ΕΣΥ το έτος 2005

Σε ασκήσεις ποιοτικής αναβάθμισης του ΕΣΥ επί χάρτου έχει αρχίσει από το Μάρτιο του 2005 να επιδίδεται το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πρόκειται για το Σχέδιο Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας».

Οι στόχοι του σχεδίου είναι εξαιρετικά φιλόδοξοι, καθώς προβλέπεται η δημιουργία σημαντικών οργάνων για τη διασφάλιση της ποιότητας και την προαγωγή της επιστημονικής έρευνας. Πρόκειται για το «Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Τομέα Υγείας», το οποίο παρέχει πληροφορίες στους επαγγελματίες του ΕΣΥ, το «Παρατηρητήριο ΕΣΥ», που θα εξυπηρετεί τους πολίτες και θα ανταλλάσσει στοιχεία με αντίστοιχους φορείς του εξωτερικού και το «Ανοιχτό Φόρουμ Υγείας» ως μηχανισμός μελέτης και διαβούλευσης ειδικών θεμάτων.

Για την διασφάλιση της ποιότητας θεσπίζεται το «Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και για την εκπαίδευση του προσωπικού το «Ινστιτούτο κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού Τομέα Υγείας». Προβλέπεται επίσης η καθιέρωση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή, η πρόσβαση στο οποίο θα γίνεται ύστερα από εξουσιοδότηση.

5.6.1 Συνοπτική Παρουσίαση του Σχεδίου Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας.

Η Ποιότητα και η Ασφάλεια των υπηρεσιών γενικά, και ειδικότερα του τομέα Υγείας, αποτελεί θεμελιώδη απαίτηση της κοινωνίας. Σήμερα η ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, εδράζεται πάνω στην Γνώση και την οργάνωση του συστήματος παροχής τους ώστε να αποτελούν ένα ενιαίο, διαλειτουργικό σύμπλεγμα διεργασιών.

Οι σύγχρονες τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων αυτών της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών, αποτελούν βασική συνιστώσα για την αποτελεσματική παροχή της φροντίδας, και μπορούν να δώσουν λύσεις σε σημαντικά προβλήματα διάγνωσης και θεραπείας, αφού καθίστανται άμεσα προσβάσιμες οι εμπλεκόμενες αιτούμενες πληροφορίες και Γνώση.

Οι Μονάδες Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν ουσιαστικές αδυναμίες αφομοίωσης και ενσωμάτωσής των τεχνολογιών αυτών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, καθώς η είσοδος τους εμφανίζεται να εισάγει πολυπλοκότητα και απαιτήσεις για την διαχείριση των αλλαγών που αυτές συνεπάγονται. Η πρόκληση για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν είναι πλέον η απόκτηση της τεχνολογίας μόνο, αλλά η δυνατότητα αφομοίωσής της. Το κέντρο βάρους της ευθύνης για την βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται έτσι κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές, με παράλληλη ανάπτυξη

και εξέλιξη των αντιλήψεων και την ταυτόχρονη εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού και τυποποίησης των υπηρεσιών Υγείας.

Το σχέδιο νόμου «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας» έχει ως στόχο την θέσπιση ενός θεσμικού πλαισίου, για πρώτη φορά στην χώρα μας, για την Ποιότητα και την Ασφάλεια των υπηρεσιών τομέα Υγείας στο νέο, ταχέως εξελισσόμενο περιβάλλον των σύγχρονων τεχνολογιών Υγείας, επικοινωνιών και πληροφορικής. Προβλέπει την δημιουργία, πρόσβαση και διάθεση, στις Μονάδες Υγείας, του βασικού ιστού των απαραίτητων υποδομών που απαιτούνται για την διαρκή ανάπτυξη της ποιότητας και την ασφάλεια των υπηρεσιών καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας, αξιοποιώντας παράλληλα τις εθνικές υποδομές για την Ποιότητα.

Αποτελεί το πλέον εξελιγμένο θεσμικό πλαίσιο σήμερα στην Ευρώπη, αφού έχουν ληφθεί υπόψη οι υφιστάμενες καταστάσεις των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών, και έχουν εξειδικευτεί στις ελληνικές ανάγκες και προϋποθέσεις. Φιλοδοξία είναι να αποτελέσει πιλότο και για άλλες πρωτοβουλίες στον κλάδο, διαμορφώνοντας συνθήκες προαγωγής του ανταγωνισμού και βελτίωσης της ανάπτυξης, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας για την χώρα μας.

Ο Νόμος δεν έχει ως στόχο τον καθορισμό λεπτομερών κανόνων αλλά τον καθορισμό των ουσιαστών απαιτήσεων και υποχρεώσεων. Οι τεχνικές και τα μέσα για την υλοποίησή τους χαρακτηρίζονται από την ανάγκη για διαρκή επικαιροποίηση και προβλέπονται να λαμβάνουν την μορφή Εθνικών Προτύπων και / ή Προδιαγραφών Υγείας. Η ένταξη τους σε πλαίσιο Τυποποίησης Υγείας προσδίδει την απαιτούμενη ευελιξία και αξιοπιστία.

Το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.) προβλέπεται ως μία εκ των βασικών Υποδομών για την Ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του με στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας. Οι επαγγελματίες Υγείας θα

αναζητούν και θα αξιοποιούν πληροφορίες του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών προκειμένου να υποστηρίζονται στην παροχή των υπηρεσιών τους, να βελτιστοποιούν το έργο τους και να συνεισφέρουν στοιχεία σε αυτό. Έτσι θα αρχίσει μια σοβαρή προσπάθεια διαρκούς βελτίωσής του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Παράλληλα, συνδεδεμένο με το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ) είναι το Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το οποίο θα αξιοποιεί τους πόρους του Ε.Σ.Π.Υ. για την συστηματική παρακολούθηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και την αξιολόγηση της ικανότητάς του να εξυπηρετεί τους στόχους και τις πολιτικές για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη. Θα αποτελεί επίσης τον κόμβο μέσω του οποίου θα γίνεται η ανταλλαγή πληροφοριών Υγείας με τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς.

Η υλοποίησή και συνεχιζόμενη υποστήριξή του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας και του Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας στο νέο περιβάλλον των Τεχνολογιών Επικοινωνιών και Πληροφορικής απαιτεί την ενεργοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της Υγείας μέσα σε ένα συνεκτικό οργανωτικό και επιχειρησιακό πλαίσιο. Θεσμοθετείται το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, ως βασικός μηχανισμός μελέτης, ανάπτυξης και διαβούλευσης επί θεμάτων που αφορούν στο περιεχόμενο του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας, με την μορφή οδηγιών, προδιαγραφών, κωδικοποιήσεων και ταξινομήσεων, τυποποίησης διεργασιών, κλινικών εγγράφων, πληροφορίας και ανταλλασσόμενων μηνυμάτων, βέλτιστων πρακτικών, κλινικών οδηγιών και συστάσεων.

Μέλη του Ανοικτού Φόρουμ Υγείας είναι θα επιστημονικές οργανώσεις, επαγγελματικές εταιρείες, σύλλογοι και άλλες επιστημονικές Ομάδες Ειδικού Ενδιαφέροντος. Αρμόδιο όργανο για την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Ανοικτό Φόρουμ Υγείας και τα μέλη του είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (www.ypryg.gr).

Για την υποστήριξη του Ε.Σ.Π.Υ. και την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας δημιουργούνται επιπλέον οι παρακάτω υποδομές.

5.6.1.1 Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Το προβλεπόμενο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, μετονομάζεται σε «ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ - Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ και προβλέπεται να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης. Ο Τομέας Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, στον οποίο εκχωρείται η συνολική ευθύνη της εκπόνησης του εθνικού σχεδιασμού για την ποιότητα, της προώθησης πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών του τομέα Υγείας (www.ypyg.gr):

- καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες της τυποποίησης για τον τομέα της Υγείας,
- κοινοποιεί, διαχέει και προωθεί τα εθνικά πρότυπα και τις ελληνικές προδιαγραφές του τομέα Υγείας και υποστηρίζει τις Μονάδες Υγείας κατά την εφαρμογή τους,
- λαμβάνει μέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της πιστοποίησης των συστημάτων ποιότητας και της αξιολόγησης των υπηρεσιών από ανεξάρτητους οργανισμούς,
- αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα Υγείας στη βάση των στοιχείων και αναφορών του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών του τομέα Υγείας,
- δημοσιοποιεί στοιχεία αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα Υγείας,
- συνεργάζεται με εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών και των τεχνολογιών του τομέα Υγείας.

5.6.1.2 Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας και το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.).

Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας με τη μορφή της Ανώνυμης εταιρείας κοινής ωφελείας 'Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. Α.Ε.' επιφορτίζεται με την ευθύνη να φέρει σε πέρας το δύσκολο επιχειρησιακό έργο υλοποίησης του προγράμματος εκσυγχρονισμού των Μονάδων Υγείας και του ΕΣΥ στο περιβάλλον της Κοινωνίας της Πληροφορίας και της Γνώσης. Σκοπός του Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. είναι η ανάπτυξη, διατήρηση και διαθεσιμότητα των πόρων του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Τομέα Υγείας και η αποτελεσματική υποστήριξη των φορέων παροχής υπηρεσιών τομέα Υγείας και των επαγγελματιών τομέα Υγείας για την ενεργό συμμετοχή τους σε αυτό.

Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.) συνιστάται και λειτουργεί ως ουσιαστικός μηχανισμός υλοποίησης του σχεδιασμού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας στα πρότυπα βέλτιστων πρακτικών σχεδιασμού, υλοποίησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης των προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης και των δεξιοτήτων που αποκτώνται μέσω αυτών.

Το Υ.Υ.Κ.Α. έχει ξεκινήσει ήδη να θέτει τις βάσεις πάνω στις οποίες θα μπορεί να στηριχθεί η εφαρμογή του θεσμικού αυτού πλαισίου: Έχει ολοκληρωθεί η επεξεργασία της συνεργασίας του Κ.Ε.Σ.Υ με τον ΕΛΟΤ για την συγκρότηση του οργανωτικού πλαισίου Τυποποίησης Υγείας, το οποίο αναμένεται να ξεκινήσει την λειτουργία του άμεσα. Έχουν προωθηθεί παράλληλα προς ένταξη στα Ε.Π. της Κ.τ.Π και «Υγεία-Πρόνοια» αναπτυξιακά έργα για την τυποποίηση Υγείας, τόσο σε επίπεδο διαδικασιών όσο και σε επίπεδο κωδικοποιήσεων –ταξινομήσεων.

5.6.2 Εξωτερική Αξιολόγηση της Ποιότητας και της Ασφάλειας των Υπηρεσιών τομέα Υγείας.

Όλοι οι εποπτευόμενοι από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς μπορούν να επωφελούνται της εξωτερικής αξιολόγησης από διαπιστευμένους, ανεξάρτητους φορείς πιστοποίησης, ως μηχανισμοί βελτίωσης της ποιότητας και ενίσχυσης της αξιοπιστίας τους προς τους καταναλωτές των υπηρεσιών τους. Οι φορείς πιστοποίησης υπηρεσιών του τομέα Υγείας θα μπορούν να διαπιστεύονται από το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) ή άλλους ισοδύναμους φορείς, μέλη της Ευρωπαϊκής Διαπίστευσης (European Accreditation) ή του διαδόχου της φορέα (www.ypryg.gr).

Είναι βασικό ωστόσο να επισημανθεί ότι η ύπαρξη ενός νομοθετικού έργου δεν διασφαλίζει πάντα και την ουσία της εφαρμογής. Η βελτίωση της ποιότητας πέρα από την πιστή ακολουθία του νόμου απαιτεί δέσμευση από πλευράς της ηγεσίας και προϋποθέτει όραμα, επίκεντρο του οποίου είναι ο ασθενής ή ο χρήστης των υγειονομικών υπηρεσιών και η ικανοποίησή του.

5.6.3 Διαπιστώσεις

Η δέσμευση αυτή στην πράξη μεταφράζεται:

- Σε ηθική και υλική στήριξη και διάθεση των απαραίτητων πόρων για την έναρξη και υλοποίηση αυτού του οράματος.
- Εκπαίδευση των εργαζομένων για απόκτηση γνώσεων και το κυριότερο «ήθους ποιότητας» (quality ethos).
- Σαφή επικοινωνιακή πολιτική του Υπουργείου Υγείας και άμεση συστράτευση όλων των επαγγελματικών και επιστημονικών φορέων οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν καταλυτικά με την αξιοποίηση της εμπειρίας και την ευαισθητοποίηση των μελών τους. Οι εργαζόμενοι

είναι δεκτικοί στην βελτίωση με κίνητρα, στην ανησυχία, στην αναζήτηση νέων ιδεών και στον αυτοέλεγχο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει τη δυναμική να προσφέρει τα απαραίτητα εφόδια που χρειάζονται τα νοσοκομεία για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία αλλά να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και στην αναβάθμιση των σχέσεων μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.

Παρόλα αυτά η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας αποτελεί μια μακρά και σύνθετη διαδικασία που επηρεάζει κάθε όψη των νοσοκομειακών λειτουργιών. Μέσα σε κάθε υπηρεσία υγείας πολύ συχνά παρατηρούνται νόρμες, κουλτούρα, φιλοσοφία διοίκησης και οργανωσιακή δομή εχθρικές προς τις αρχές της ποιότητας. Η επιτυχής εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε ένα τέτοιο εχθρικό περιβάλλον, είναι δύσκολη και απαιτεί από την αρχή ενότητα και κλίμα συνεργασίας από όλους.

Το πρότυπο του EFQM είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την προσπάθεια να υπάρξει αλλαγή κουλτούρας ενός οργανισμού προς μια στρατηγική διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Συμπληρώνει άλλες προσεγγίσεις στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στην φροντίδα, όπως την πιστοποίηση, την διαπίστευση, τους κλινικούς ελέγχους. Προκειμένου να μπορέσει το μοντέλο να αφομοιωθεί και να εφαρμοστεί επιτυχώς στον τομέα της υγείας, και να επεκταθεί σε λειτουργικό επίπεδο, απαραίτητο είναι να τεθούν οι επιθυμητοί στόχοι και να υπάρξει χρόνος ώστε ο οργανισμός να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που το μοντέλο επιτάσσει.

Οι ποιοτικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καταστήσουν τις υπηρεσίες ασφαλέστερες, αποτελεσματικότερες και να μειώσουν όλων των

ειδών τα κόστη. Η ποιότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως μια επένδυση ρίσκου: δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι επενδύοντας ένας οργανισμός σε ποιοτικές προσεγγίσεις θα οδηγηθεί στην υψηλότερη ποιότητα. Κάθε οργάνωση ανάλογα με το επίπεδο ποιότητας στο οποίο βρίσκεται θα πρέπει να διαχειριστεί τη διαδικασία προσεκτικά. Βασική προϋπόθεση αποτελεί οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να έχουν την ωριμότητα να μη μεταφέρουν την πολιτική ποιότητας στο εσωτερικό τους αλλά να την μεταφράσουν και να την προσαρμόσουν. Οι χώρες που θέλουν να εισαγάγουν την διοίκηση ολικής ποιότητας στο σύστημα υγείας είναι απαραίτητο να δημιουργήσουν ένα πρόγραμμα που να είναι συμβατό και να ταιριάζει στην κουλτούρα και τις ειδικές περιστάσεις της χώρας.

Μια υγειονομική υπηρεσία καλής ποιότητας δεν αποτελεί πολυτέλεια για τους ανθρώπους, αλλά ανάγκη. Η βελτίωση της ποιότητας στην υγεία απαιτεί χρόνο. Δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν όλα άμεσα, χρειάζεται πλάνο, σωστή στρατηγική και μια πολιτική ποιότητας που να προσδιορίζει τι μπορεί να γίνει και τι θα επιφέρει μεγαλύτερο όφελος. Ως εκ τούτου, η ποιοτική διαχείριση αποτελεί όχι μόνο τη σημαντικότερη στρατηγική στην εξασφάλιση της επιβίωσης των οργανώσεων, αλλά και θεμελιώδης διαδρομή που οδηγεί στην επιχειρησιακή τελειότητα.

Βιβλιογραφία 5^{ου} Κεφαλαίου

1. Black, N. (1990) Quality assurance of medical care, *Journal of Public Health Medicine*, 12, pp. 97-104.
2. Bradbury, R.C., Golec, J.H. & Steen, P.M. (1998), "Toward a systems quality paradigm: relating health outcomes, resource expenditures, and appropriateness of cholecystectomy patients", *Health Services Management Research*, 10, pp. 231-244.
3. Champagne, F., Langley, A., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cazale, L. & Rivard, M. (1997), "Resource constraints and strategic change in a public hospital system", *Health Services Management Research*, 10, pp. 146-162.
4. Curry, A.C., Keogh, W. & Hogg, G.M. (1997), "Promoting a quality of service culture in health care: review of a Scottish initiative", *Health Services Management Research*, 10, pp. 69- 78.
5. Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2002), "The Management and Control of Quality", 5th South-Western, New York.
6. Lam, S.K. & Simons (1997), "SERVQUAL: a tool of measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong", *Total Quality Management*, 8, pp. 145- 152.
7. Μαρσαγγάνης Μ., (1994), "Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού: Μεταρρυθμίσεις Τύπου «Οιονεί Αγορών» σε Δημόσια Συστήματα Υγείας, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα 1996.
8. Ovretveit, J. (1990), "What is quality in health services?", *Health Services Management*, 86, pp. 131-133.
9. Οικονομοπούλου, Χρ., (2002), Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
10. Οικονομοπούλου, Χρ., (1991), "Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας στα Ελληνικά Νοσοκομεία", *Ιατρικό Βήμα*, Νοέμβριος, pp. 29- 34.
11. Παπανικολάου, Β., και Σιγάλας, Ι., (1994) "Η Ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης για την ποιότητα στην υγεία", *Πρακτικά Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη*, Νοέμβριος, pp. 181- 206.

12. Πολύζος, Ν. (1994) "Total quality indicators of hospital products", *Πρακτικά Συνεδρίου*, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος, pp. 71- 100.
13. Σιγάλας, Ι. (1994) Current organizational and managerial reality of Greek hospitals, *Επιθεώρηση Υγείας*, vol. 5, pp. 21(349)- 22(350).
14. Short, P.J. & Rahim, M.A. (1995), "Total quality management in hospitals", *Total Quality Management*, 6, pp. 255- 263.
15. Theodorakiogloy, Y., and Tsiotras, G., (2000), "The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare", *Total quality management*, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165.
16. Σχέδιο Μεταρρύθμισης (2000) «Υγεία για τον Πολίτη», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, Ιούλιος 2000

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

1. <http://www.ypyp.gr/gr/theministry/> Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Καρυώτης, Σ., (1992), “Το Σύστημα Υγείας και η οργάνωση του”, Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία, Εκδόσεις Euroclinica, Αθήνα.
2. Ματσαγγάνης Μ., (1994), “Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού: Μεταρρυθμίσεις Τύπου «Οιονεί Αγορών» σε Δημόσια Συστήματα Υγείας”, Ίδρυμα Σάκη Καραγιωργα, Αθήνα 1996.
3. Οικονομοπούλου, Χρ., (2002), Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης
4. Οικονομοπούλου, Χρ. (1994), “Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: «Εφαρμογές στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας”. ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Τεύχος 6.
5. Οικονομοπούλου, Χρ., Πολύζος, Ν. Μεράκου, Κ. Σούλης, Σ. (1995), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα». Επιθεώρηση Υγείας, Vol 6, N1, pp.32.
6. Οικονομοπούλου, Χρ, Αναγνώστου- Κακαρά Ε., Λιαρόπουλος Λ. (1999) «Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί». Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Vol. 44 N.1, pp.61-69.
7. Οικονομοπούλου, Χρ., (1991),” Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας στα Ελληνικά Νοσοκομεία”, *Ιατρικό Βήμα*, Νοέμβριος, pp. 29-34.
8. Παπανικολάου, Β., και Σιγάλας, Ι., (1994), “Η Ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης για την ποιότητα στην υγεία”, Πρακτικά Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος, pp. 181- 206.
9. Πολύζος, Ν. (1994) “Total quality indicators of hospital products”, Πρακτικά Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος, pp. 71- 100.
10. Σιγάλας, Ι. (1994), “Current organizational and managerial reality of Greek hospitals, Επιθεώρηση Υγείας”, vol. 5, pp. 21(349)- 22(350).
11. Σούλης, Σ., Σαρρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., (2001), “Συστήματα Υγείας”, Εκδόσεις Παπαζήση.
12. Σχέδιο Μεταρρύθμισης (2000) «Υγεία για τον Πολίτη», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, Ιούλιος 2000.

Ξενόγλωσση

13. Attaran M., Fitzgerald, H., (1995), "Implementing TQM in the Delivery of Government-Contracted Healthcare, Total Quality Management, March/April, 1995, pp. 9-14.
14. Arcelay, A., Sanchez, E., Hernandez, L. et al., (1999), "Self-assessment of all health centers of a public health service through the European Model of Total Quality Management", International Journal for quality in healthcare, V.12, N.2, pp. 54-58.
15. Behara, R., Gudersen, D., (2001), "Analysis of quality management practices in services", International Journal of quality and reliability management, Vol.18, No. 6, pp. 584-603.
16. Bertrand, D., P. François, J.-L. Bosson, J. Fauconnier, G. Weil (1998), "Quality assessment of discharge letters in a French University hospital", International Journal of Health Care Quality Assurance, vol.11, No.3, pp. 90-95
17. Black, N. (1990), "Quality assurance of medical care", Journal of Public Health Medicine, 12, pp. 97-104
18. Black, S. A. & Porter, L. J. (1996) "Identification of the critical factors of TQM", Decision Sciences, Vol. 27, No1, pp. 1-21.
19. Blaise, P. and Kegels, G., (2004), "A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in healthcare systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models" International journal of health planning and management; Vol.19, pp.337-364.
20. Bohigas, L., Heaton, C., (2000), "Methods for external evaluation of health care institutions". Int J Qual Health Care vol. 12: 231-238.
21. Bradbury, R.C., Golec, J.H. & Steen, P.M. (1998) "Toward a systems quality paradigm: relating health outcomes, resource expenditures, and appropriateness of cholecystectomy patients", Health Services Management Research, Vol.10, pp. 231-244.
22. Brannan, K., (1998), "Total quality in health care", Hospital Material Management Quarterly, May, Vol.19, No.4, pp.1-8.

23. Brandt, E., Schmidt, W., (1999), "The Utilisation of EFQM in the Health Promoting Hospital Rüdersdorf", Health Promoting hospitals.
24. Brashier L., and Sower, V., (1996), "Implementation of TQM/CQI in the health-care industry A comprehensive model", Benchmarking for Quality Management & Technology, Vol. 3 No. 2.
25. Buetow, SA., Roland, M., (1999), "Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care". Qual Health Care 8: 184–190.
26. Buetow, S and Wellingham, (2003), "Accreditation of general practices: challenges and lessons", Quality Safety Health Care, Vol. 12, pp. 129-135.
27. Campbell S, Roland M, Wilkin D. (2001), "Improving the quality of care through clinical governance". Br Med J 322: 1580–1582.
28. Carman JM et al. (1996), "Keys for successful implementation of total quality management in hospitals". Health care management review, Vol.21, No.1, 48-60.
29. Claus, L., (1991), "Total quality management: a healthcare application", Total Quality Management, Vol.2, N.2, pp.131-148.
30. Chen, H., Lin, W., (2004), "Implementation in a Healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuellig Pharma in Taiwan", Journal of Total Quality Management
31. Champagne, F., Langley, A., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cazale, L. & Rivard, M. (1997), "Resource constraints and strategic change in a public hospital system", Health Services Management Research, 10, pp. 146-162.
32. Conti, T., (2002), "Human and social implications of excellence models: are they really accepted by the business community?", Managing service quality, Vol.12, N.3, pp.151-158.
33. Coulson-Thomas, C.J. (1997), "Process management in a hospital and health-care context", Business Process Management Journal, Vol. 3 No. 2, pp. 118-32
34. Cowling, A., Newman, K., and Leigh, S., (1999), "Developing a competency framework to support training in evidence- based

- healthcare”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, V. 12, o 4, pp. 149-159.
35. Curry, A.C., Keogh, W. & Hogg, G.M. (1997), “Promoting a quality of service culture in health care: review of a Scottish initiative”, *Health Services Management Research*, 10, pp. 69- 78.
 36. Dahlgaard, J. J., Kristensen, K. & Kanji, G. K. (1998a), “Fundamentals of TQM” (London: Chapman & Hall).
 37. Dahlgaard, Jens J. ,Dahlgaard, Su Mi Park & Edgeman, Rick (1998b): “Core Value Deployment – the need for a new renaissance”, *Total Quality Management*, vol. 9, 4, special issue with the proceedings of the third World Congress, Sheffield, UK.
 38. Dahlgaard, Jens J., Dahlgaard & Su Mi Park & Edgeman, Rick (1998c): “Core Values – the precondition for Business Excellence”, *Total Quality Management*, vol. 9, 4, special issue with the proceedings of the third World Congress, Sheffield, UK.
 39. Dahlgaard, Jens J. & Eskildsen, Jacob (1999a): “Scoring Business Excellence”, *European Quality*, Vol. 6, no. 1.
 40. Dahlgaard, Jens J., Dahlgaard & Su Mi Park (1999b): “Developing a Culture for Innovation, Creativity and Learning”, *Total Quality Management*, vol. 10, 4 and 5, Special issue with the proceedings of the fourth World Congress, Sheffield, UK.
 41. Dayton, N., (2003) “The demise of total quality management (TQM)”,*The TQM Magazine*, Vol.15, Number 6 · pp. 391-396.
 42. Dijkstra, L., and Bij, H., (2002), "Methods for meeting customer requirements in redesign and renewal", *International Journal of Quality & Reliability Management*.
 43. Downey-Ennis, K., Harrington, D., and Williams, B., (2004), “Head and Heart in Quality Implementation- Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions”, *Total Quality Management*, Vol., 15, No, 8, pp. 114-1153.
 44. Dunning, M., (2001), “Delivering Better Healthcare 3”,*Bandolier extra*, December 2001, pp.1-12.

45. Eggli Y., & Halfon, P., (2003), "A conceptual framework for hospital quality management", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 16, No.1, pp 29-36.
46. Ennis, K. and Harrington, D. (1999), "Factors to consider in the implementation of quality within Irish health care", *Managing Service Quality*, Vol. 9 No. 5, pp. 320-6.
47. Ennis, K., Harrington, D.,(1999) "Quality management in Irish health care", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol.12, n.6, pp232-243.
48. Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2002), "The Management and Control of Quality", 5th South-Western, New York.
49. Fadlalla, A., Wickramasinghe, N.,(2004), "An integrative framework for HIPAA-compliant I*IQ healthcare information systems", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, V.17, N.2, pp65-74
50. Firth-Cozens J, Mowbray D (2001). "Leadership and the quality of care. Quality in health care, Vol 10, pp.13-17.
51. Forza, C. & Filippini, R. (1998) "TQM impact on quality conformance and customer satisfaction: a causal model", *International Journal of Production Economics*, 55, pp. 1–20.
52. Francois, P., et al., (2003), "Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments", *International Journal for quality in healthcare*, Vol 15, No 1.
53. Gagliano, K.B. and Hathcote, J. (1994), "Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores", *Journal of Services Marketing*, Vol. 8 No. 1, pp. 60-9.
54. Giraud, A., (2001),"Quality improvement around the world: Accreditation and the quality movement in France" *Quality in health Care*, Vol.10, pp 111-116.
55. Gopalakrishnam, K.N. and McIntyre, B.E., (1992), "Hurdles to quality health care", *Quality Progress*, Vol. 25 No. 4, April, pp. 93-5.
56. Goldmann D. "Sustaining CQI", *International journal for Quality in health care* Vol 9, No 1, pp.7-9.
57. Gotzamani, K., Tsiotras, (2002), "The true motives behind ISO 9000 certification. Their effect on the overall certification benefits and long term

- contribution towards TQM, *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 19 No. 2, pp. 151-169.
58. Grol R. (2000), "Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research?" *International Journal Quality Health Care* vol12, pp.455–456.
 59. Geoffrey, L. (1997), "Research orientation and hospital services improvement", *Hospital Management International, Annual Review*, pp. 59-61.
 60. Hart. M.,(1996), "Improving the quality of NHS out-patient clinics: the applications and misapplications of TQM", *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.9,n.2, pp. 20-27.
 61. Harteloh, P., (2004), "Understanding the quality concept in health care", *Accred. Quality Assurance*, Vol. 9, pp.92-95.
 62. Hassen, P., "Continuous quality improvement in health care: an example", *Business Quarterly*, Vol. 56 No. 2, Autumn 1991, pp. 34-40.
 63. Heaton, C., (2000), "External peer review in Europe: an overview from the Expert Project", *International Journal for quality in health care*, Vol., 12, No.3, pp.177-183.
 64. Henry, S., 2001, "Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system", *International Journal for Quality in Healthcare*, V.14, N.4, pp. 174-180.
 65. Hug, Z.,(1996)," A TQM evaluation framework for hospitals: Observations from a study", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 13, No. 6, pp 59-76.
 66. Jackson, S. and Bircher, R., (2002), "Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model", *International Journal Healthcare of Quality Assurance*, Vol. 15, No.6, pp255-267.
 67. Jackson, S., (1999), "Improving organisational culture through innovative development programmes *International Journal of Health Care Quality Assurance*", v.12, n.4 pp.143-148.
 68. Jackson, S., Freer, J and France, B., (1998), "Managing change and learning that quality is journal not a destination", *British Journal of Health Care Management*, Vol.4, No.11, November, pp.528-33.

69. Jackson, S., (1998), "Organisational effectiveness within National Health Service (NHS) Trusts", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.11, No. 7, pp216-221.
70. Jackson, S., (2001 α), "Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service", *Quality Assurance Journal*, Vol.5, pp 19-31.
71. Jackson, S., (2001 β), "Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.14, No. 4, pp157-163.
72. Jackson, S., (2001c), "Achieving clinical governance in Women's Services through the use of the EFQM Excellence Model" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.13, No. 4, pp182-190.
73. Jarlier A, Charvet-Protat S. (2000), "Can improving quality decrease hospital costs?" *Int J Qual Health Care* Vol.12,pp 125–131.
74. Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J. & Rutberg, H. (2003), "Characterizing leadership for improvement in health care by a leadership profile model", *Total Quality Management* Vol. 15, No.4, pp. 495–509.
75. Kammerlind, P., Dahlgaard, J., & Rutberg, H., (2004) "Healthcare—a Survey in the County Council of Ostergotland, Climate for Improvement and the Effects on Performance in Swedish Healthcare", *Total Quality Management & Business Excellence*; Vol. 15, n.9, pp909-924.
76. Kennedy M., Mirmirami, S., Spivack, R., (1999), "Continuous Quality improvement in health maintenance organisations: an application of the Hedis model" *International Journal of healthcare Quality*, Vol. 9, No.4, pp.4-9.
77. Klazinga N. (2000), "Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems". *Int J Qual Health Care* 12: 183–189.
78. Lam, S.K. & Simons (1997), "SERVQUAL: a tool of measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong", *Total Quality Management*, 8, pp. 145- 152.

79. Lewis, A. and Lamprey, J., "Averting CQI failures: five early warning signs", *Health Care Strategic Management*, July 1992, pp. 1-10.
80. Lee, K., and Palmer, E., (1999), "An empirical evaluation of ISO 9000-registered companies in N.Zealand", *Total Quality Management*, Vol. 10, N.6, pp 887-99.
81. Lim, P., and Tang, N., (2000), "The development of a model for total quality healthcare", *Managing Service Quality*, Vol.10, No.2, pp. 103-111.
82. Lorente, A. R. M., Dewhurst, F. & Dale, B. G. (1999), "TQM and business innovation", *European Journal of Innovation Management*, 2(1), pp. 12–19.
83. Kay, D., Harrington D., & Williams, B., (2004), "Head and Heart in Quality Implementation—Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions" *Total Quality Management*, Vol. 15, No. 8
84. Mallak L., Lyth, D, Ison, S., Ulshafer, S., Sardone, F., (2003), "Diagnosing culture in healthcare organisations using critical incidents, *International Journal of healthcare Quality Assurance*, Vol. 16, No.4, pp 180-190.
85. Malone, B, (2004), "Pursuing patient safety", *Quality Safety Health Care*, Vol.13, pp.86-87.
86. Marshall, M., Shekelle, P., Leatherman, S., and Brook., R., (2000) "Public disclosure of performance data: Learning from the US experience", Vol. 9., pp.53-57.
87. Matherly, L.L. and Lasater, H.A., "Implementing TQM in a hospital", *Quality Progress*, Vol. 25 No. 4, April 1992, pp. 81-4.
88. May, A., (1998), "Take it up with the kipper", *Health Service Journal*, October, pp.22
89. McDougall, G.H.G. and Levesque, T. (2000), "Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation", *Journal of Services Marketing*, Vol. 14 No. 5, pp. 392-410.
90. McAdam, R., and Bannister, A., (2001), "Business performance measurement and change management within a TQM framework", *International journal of operations and production management*, Vol.21, N. ½, pp. 88-107.

91. Mehra, S., and Agrawal., S., (2003), "Total quality as a new global competitive strategy", *International journal of quality and reliability management*, Vol., 20, No. 9, pp.1009-1025.
92. Mittler, S., (1998), "Southampton University Hospitals NHS Trust: our approach to performance management", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.11, No.4,pp.134–136
93. Moeller, J., Breinlinger, J., Elser, J., (2000) "Quality management in German Healthcare- the EFQM Excellence Model", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 13, No.6, pp 254-258.
94. Möller J., and Sonntag, H.,(1998), "Systematic analysis and controlling of health care organisations lead to numerical health care improvements *Health Manpower Management*", Vol. 24, N 5, pp. 178–182.
95. Moeller, J., Breinlinger, J., and Elser, J., (2000), " Quality management in German health care- the EFQM Excellence Model", *International Journal of health care quality Assurance*, Vol, 13, No. 6, pp 254-258.
96. Moeller, J., and Sonntag K., (2001), "Evaluation of health services organisations –German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare", *The TQM Magazine*, Vol. 13, N 5.
97. Moeller, J., (2001), "The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in healthcare", *International Journal for quality in healthcare*, Vol 13, No 1.
98. Nabit, U., (1999) "EFQM approach and the Dutch Quality Award", *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
99. Nabit, U., and Klazinga, N., (2000), "The EFQM excellence Model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in healthcare", *International Journal for quality in healthcare*, Vol 12, No 3.
100. Nabit, U., and Klazinga, N., (1999), "EFQM approach and the Dutch Quality Award", *International Journal of health care quality assurance*, Vol 12, No 3,pp65-70.
101. Nabit, U., Brink W., and Jansen, P., (2005), "Using Concept Mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres", *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 17, Number 3: pp. 193–201.

102. Nabitz, U and Walburg, J., (2000), "Addicted to quality winning the Dutch quality award based on the EFQM MODEL", *International journal of healthcare quality assurance*, V.13, N.6, pp259-265.
103. Nabitz, U., Klazinga, N., Walburg, J., (2000), "The Efqm excellence Model European and Dutch experiences with the Efqm approach in healthcare", *International Journal for quality in healthcare*, V.12, N.3, pp 191-201.
104. Naylor, G., (1999), "Using the Business Excellence Model to develop a strategy for healthcare organization", *International Journal Healthcare quality Assurance*, Vol. 12, No.2, pp 37-44.
105. Norheim O, Ekeberg, Ø., Evensen S, Halvorsen, M., Kvernebo, K., (2001), "Adoption of new health care services in Norway (1993–1997): specialists' self-assessment according to national criteria for priority setting", *Health Policy* 56 65–79.
106. Nwabueze, U., (2001), "The implementation of TQM for the NHS manager", *Total Quality Management*, Vol. 12, No. 5.pp.657-675
107. Ovretveit, J. (1990) What is quality in health services?, *Health Services Management*, 86, pp. 131-133.
108. Ovretveit, J. (2000 α), "The economics of quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 5, pp. 200-7.
109. Øvretveit, J.,(2000 β) "Total quality management in European healthcare", *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.1,n.2, pp. 74-79.
110. Øvretveit, J., (2004), "Formulating a health quality improvement strategy" *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.17,n.7, pp. 368-376.
111. Øvretveit, J., Gustafson, D., (2003), "Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes" *Bmj*,vol.326, 5 April, pp. 759-761.
112. Ovretveit, J., (2003), "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?" WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) November 2003.

113. Øvretveit J. (2001), "The Norwegian approach to integrated quality development". *Journal of management in medicine*, Vol 15, No 1, pp125-141.
114. Perides, M., (2002), "Aiming at Excellence in Healthcare – The European Foundation for Quality Management Excellence Model" *Business briefing: Global healthcare*, issue 3, pp.56-60.
115. Price WaterhouseCoopers, (2000), *Case studies*.
116. Pitt, D., (1999), "Improving performance through self assessment", *International Journal for quality in healthcare*, V.12, N.2, pp. 45-53.
117. Pollitt C. (1996),"Business approaches to quality management: why are they so hard for the NHS to swallow". *Quality in health care*, Vol 5, pp104-110.
118. Pun, K., Chin, K., and Lau, H., (1999), "A self-assessed quality management system based on integration of MBNQA/ISO 9000?IS 14000", *International Journal of quality and reliability management*, Vol. 16, N. 6, pp. 606-629.
119. Revere, L., Black, K., and Huq, A., (2004) "Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care", *The TQM Magazine*, Volume 16.
120. Ritonja, S., and Hocevar, Z., (2001) "Redesign of healthcare processes classification to improve the processes gathering information and data processing on professional and organizational quality in healthcare", *International Journal of health care Quality Assurance*, V.14, N.6, pp254-259
121. Ritchie, (2002), "Driving quality clinical governance in the National Health Service", *Managing Service quality*, V.12, N. 2, pp. 117-128
122. Rose, R., Uli, J., Abdul, M. and Ng, K., (2004), "Hospital service quality: a managerial challenge", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, n.3, pp.146-159.
123. Rourke, M., et al.,(2001), "Developing quality health systems in Mongolia" *International Journal of Health Care Quality Assurance*,vol.14,n.5, pp. 212-217.
124. Ruiz. U., Simon, J., Molina, P., Limelez, J.and Grandal, J., (1999) "A two-level integrated approach to self-assessment in healthcare organizations"

- International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 12, n.4, pp.135-142
125. Senellier, C., et al., (2002), "Designing adverse event prevention programmes using quality management methods: the case of falls in hospitals", International Journal for quality in healthcare, V.14, N.5,pp.419-426.
 126. Scally G, Donaldson LJ. (1998). "The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England" Br Med J, Vol317,pp.61–65.
 127. Schalk, R., Dijk,W., (2005), "Quality management ant employee commitment, illustrated with examples from the Dutch health care", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 18, n.1, pp.32-40.
 128. Shaw, Ch., (2001), "External assessment of healthcare", BMJ, Vol 322, pp.851-854.
 129. Shaw, Ch., (2000), "External quality mechanisms for healthcare summary of the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in the European Union countries", International Journal for quality in healthcare, Vol 12, No 3.
 130. Shaw C, Nichol D. (2000), "A framework for evaluating governmental quality initiatives: the Wimpole Street principles. International journal for quality in health care, Vol.12, No.4, pp.273-274.
 131. Shaw CD. (2000), "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management, International Organization for Standardization", Int J Qual Health Care 12: 169–175.
 132. Shaw C., (2003) "How can hospital performance be measured and monitored, Health Evidence Network (HEN)
 133. Shaw, Ch., (2000), "External quality mechanisms for healthcare summary of the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in the European Union countries", International Journal for quality in healthcare, Vol 12, No 3.

134. Short, P., and Rahim, M., (1995), "Total Quality management in hospitals", *Total quality management*, Vol.6, N. 3, pp.255-263.
135. Shortell M et al. (1995),"Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health services research*, Vol30, pp.377-401.
136. Soltani, E., Van R., & Williams, T., (2004), "Challenges Posed to Performance Management by TQM Gurus: Contributions of Individual Employees Versus Systems-Level Features", *Total Quality Management*, Vol. 15, No. 8
137. Stahr, H., (2001), "Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14, n.4, pp.174-180.
138. Stashevsky, S. & Elizur, D. (2000), "The effect of quality management and participation in decision-making on individual performance", *Journal of Quality Management*, 5, pp. 53–65.
139. Stewart, A.,(2003), "An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust" *International Journal of HealthCare Quality Assurance*.
140. Stephens, R., (1994), "Cost, quality and reform", *Healthcare Executive*, Vol. 9 No. 1, January/February 1994, p. 23.
141. Theodorakiogloy Y., and Tsiotras, G., (2000), "The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare", *Total quality management*, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165
142. Van Weert C. (2000) "Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some example² of peer review in the Netherlands and the U.K.", *International Journal for quality in healthcare*, Vol 12, No 239-242.
143. Venero S., Bragonzi G., Rebelli A. (2004a), "The EFQM Excellence Model application in Udine Hospital through a two level self-assessment process", *ISQua*
144. Venero S., Favaretti C., Orlandini D., Pavan P., Pilati G., Poletti P., Teodori C., (2004b), Wienand U.b "The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian healthcare organisations", *ISQua*

145. Vogt W., (2001), "The German perspective of using the EFQM model in medical laboratories", *Accred Quality Assurance*, .V.6, pp.396–401
146. Wagner, C. and Sluis, E., (2003), "Progress in the implementation of quality Management in Dutch health care:1995-2000" *International Journal for quality in health care*, V.15, N.3,pp. 223-234.
147. Wallace LM et al. (2001),"Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance". *Quality in health care*, Vol.10, pp76-82.
148. Wang, C.L. and Ahmed, P.K. (2001), "Energising the organization: a new agenda for business excellence", *Measuring Business Excellence*, Vol. 5 No. 4, pp. 22-7.
149. West, E., (2001), "Management matters: the link between the hospital organisation and the quality of patient care", *Quality Health Care*, Vol.10, pp. 40-48.
150. Wright, A., (1997), "Public service quality: lessons not learned ", *Total Quality Management*, Vol.8, No.5, October, pp.313-20.
151. Yasin M., and Alavi, J., (1999), "An analytical approach to determining the competitive advantage of TQM in healthcare, *International Journal of Healthcare in quality Assurance*, Vol., 12, No. 1, pp.18-24.
152. Zabada, C., Rivers P & Munckus G.,(1998), "Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations" *Total Quality Management*, V. 9, N.1, 57- 66.
153. Zairi, M and Thiagarajan, T., (1997), "A review of total quality management in practice: Understanding the fundamentals through examples of best practice applications", *The TQM magazine*, Vol.,9, N.4, 1997, pp.270-286.

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

154. <http://www.yyp.gov.gr/theministry/> Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
155. <http://www.efqm.org/> European Foundation of Quality Management

