



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η αξιολόγηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και μελέτη περίπτωσης στο νοσοκομείο ΚΑΤ»

Σκαλτσάς Κωνσταντίνος

Επιβλέπουσα: Αικατερίνη Καστανιώτη

Καλαμάτα, Απρίλιος 2010

Περίληψη

Τα νοσοκομεία υπάρχουν και λειτουργούν ακριβώς για να παρέχεται, στους ασθενείς, φροντίδα η οποία είναι ή πρέπει να είναι συνεχής, απρόσκοπτη και πάνω σε 24ωρη βάση. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφενός παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Η εφαρμογή σε ένα νοσοκομείο ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας αποτελεί τεκμήριο για την ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με τις προδιαγραφές που επαγγέλλεται. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται λοιπόν ανάμεσα στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες.

Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από την άποψη των κύριων συμμετεχόντων και σε σχέση με σαφή κριτήρια, τα οποία αντανακλούν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η αναζήτηση της ποιότητας συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας και τείνει να καλύπτει όλο φάσμα τους. Παράλληλα, η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες γιατί αφορά, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλους είδους υπηρεσίες ή και στο βιομηχανικό πεδίο.

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να περιγράψει τη σχέση της ποιότητας με τις παρεχόμενες, από οποιοδήποτε φορέα, υπηρεσίες υγείας. Αρχικά, παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες και στον κλάδο της υγείας. Ακολούθως τονίζονται η αναγκαιότητα για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη που προκύπτουν από την επίτευξη του στόχου. Παρουσιάζονται διάφορες μέθοδοι-διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας, καθώς και οι δυσκολίες που ανακύπτουν, το κόστος, αλλά και τα πλεονεκτήματα των προγραμμάτων.

Τέλος, φαίνεται πως η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στους οργανισμούς υγείας είναι δύσκολη, λόγω της πολύ-τμηματικής διάρθρωσης και της

δυσκαμψίας των διοικητικών υπηρεσιών τους. Όμως, η εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα τους, θα βοηθήσει σημαντικά στην απόκτηση ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων και στη βελτίωση εν γένει της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Περιεχόμενα.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η έννοια της ποιότητας.....	7
1.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας.....	7
1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	12
1.3 Η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	22
1.4 Στρατηγική διοίκηση και διοίκηση ολικής ποιότητας.....	23
1.5 Πρότυπα Συστημάτων Ποιότητας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Στοιχεία για την ποιότητα.....	35
2.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.....	35
2.2 Αρχές της διαχείρισης ποιότητας.....	38
2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας...40	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αξιολόγηση της ποιότητας.....	45
3.1 Αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	45
3.2 Μεθοδολογία Αξιολόγησης.....	50
3.3 Ρυθμίσεις για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ποιότητα και ικανοποίηση.....	56
4.1 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών.....	56
4.2 Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Έρευνα.....	62
5.1 Υλικό και μέθοδος.....	62
5.2 Ανάλυση προσωπικών στοιχείων.....	63
5.3 Ανάλυση ερωτήσεων για την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών.....	65

6. Συμπεράσματα.....	79
----------------------	----

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας.....	9
Πίνακας 2: Μετρήσιμες διαστάσεις της λειτουργίας των συστημάτων υγείας.....	21
Πίνακας 3: Τα μέρη της σειράς ISO 9000.....	26

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Βασικά στοιχεία και μέτρα της ποιότητας.....	11
Διάγραμμα 2: Βασικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών.....	17
Διάγραμμα 3: Διεύθυνση Ολικής Ποιότητας.....	31
Διάγραμμα 4: Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας.....	32
Διάγραμμα 5: Τμήμα Διασφάλισης Ποιότητας.....	33
Διάγραμμα 6: Η διαδικασία της κυκλικής αξιολόγησης.....	46

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Το φύλο.....	63
Σχήμα 2: Η ηλικία.....	64
Σχήμα 3: Το μορφωτικό επίπεδο.....	64
Σχήμα 4: Είχαν γνωστό στο νοσοκομείο;.....	65
Σχήμα 5: Πλήρωσαν άτυπα χρήματα;.....	65
Σχήμα 6: Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο.....	66
Σχήμα 7: Πληροφόρηση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.....	66
Σχήμα 8: Η φροντίδα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.....	67
Σχήμα 9: Λίστα αναμονής.....	67
Σχήμα 10: Αναμονή για κρεβάτι.....	68
Σχήμα 11: Επισκέψεις ιατρών.....	68
Σχήμα 12: Ενδιαφέρον ιατρών.....	69
Σχήμα 13: Ενημέρωση από ιατρούς.....	69
Σχήμα 14: Οδηγίες ιατρών.....	70
Σχήμα 15: Δυνατότητα επικοινωνίας με ιατρούς.....	70
Σχήμα 16: Θεραπευτική αγωγή.....	71

Σχήμα 17: Προσωπικό για υπηρεσίες διατροφής.....	71
Σχήμα 18: Επάρκεια προσωπικού.....	72
Σχήμα 19: Αγένεια προσωπικού.....	72
Σχήμα 20: Ποιότητα φαγητού.....	73
Σχήμα 21: Καθυστέρηση φαγητού.....	73
Σχήμα 22: Καθαριότητα θαλάμου.....	74
Σχήμα 23: Φασαρία θαλάμου.....	74
Σχήμα 24: Θερμοκρασία θαλάμου.....	75
Σχήμα 25: Καθαριότητα χώρων υγιεινής.....	75
Σχήμα 26: Αριθμός ασθενών ανά θάλαμο.....	76
Σχήμα 27: Καθαριότητα υπόλοιπων χώρων.....	76
Σχήμα 28: Καθυστέρηση στις διαδικασίες.....	77
Σχήμα 29: Οργάνωση παραμονής.....	77
Σχήμα 30: Γενική ικανοποίηση από το νοσοκομείο ΚΑΤ.....	78

Βιβλιογραφία.....	80
-------------------	----

Παράρτημα Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤ.....	82
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η έννοια της ποιότητας

1. 1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας

Η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια και προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ό,τι αφορά τον ορισμό της όσο και σε ό,τι αφορά τη μέτρησή της. Στις περισσότερες περιπτώσεις ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Γίνεται επίσης αντιληπτό ότι η ποιότητα αντανακλά τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης στα πλαίσια των οποίων αυτό το σύστημα λειτουργεί.

Πρώτος, προσδιόρισε την έννοια της ποιότητας ο Walter Shewhart (1931) λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Με αυτή την έννοια, «η ποιότητα είναι απόλυτα και παγκόσμια αναγνωρίσιμη, πρόκειται για ένα σημείο το οποίο αποτελείται από μη διαπραγματεύσιμα όρια και υψηλή απόδοση. Έτσι, ενώ, δεν μπορεί να οριστεί ακριβώς, παρόλα αυτά, γίνεται αντιληπτή όπου υπάρχει».

Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Ο Deming ορίζει: «Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Η ικανοποίηση εκφράζεται από τη σχέση: ικανοποίηση= τωρινή απόδοση- αναμενόμενη απόδοση. Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε ένα προϊόν να σχεδιαστεί για να δίνει ικανοποίηση στο πελάτη με μια τιμή στην οποία θα μπορεί να αντεπεξέλθει. Αυτό δεν είναι εύκολο και μόλις κάποιος αισθανθεί σχετικά επιτυχής στην προσπάθεια, βρίσκει ότι οι ανάγκες του πελάτη έχουν αλλάξει, οι ανταγωνιστές έχουν μπει στο παιχνίδι, προκύπτουν νέα υλικά καλύτερα από τα παλιά, κάποια χειρότερα, άλλα φθηνότερα από τα παλιά, άλλα πιο αγαπητά. Η ποιότητα οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας, είναι μια πολνεπίπεδη έννοια. Ο Deming υποστηρίζει επίσης ότι η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν διαρκώς. Γι' αυτό το λόγο, είναι σημαντική η μέτρηση των προσδοκιών των καταναλωτών και η συχνή επανάληψη της μέτρησης αυτής.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών

της ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους. Ποιότητα σε ένα προϊόν ή σε μια υπηρεσία δεν είναι αυτό που βάζει ο προμηθευτής. Είναι αυτό που παίρνει ο πελάτης και για το οποίο είναι διατεθειμένος να πληρώσει. Αυτό που προσδίδει ποιότητα σε ένα προϊόν δεν είναι ούτε η δυσκολία κατασκευής του, ούτε το μεγάλο κόστος του, όπως πιστεύουν συνήθως οι κατασκευαστές. Οι πελάτες πληρώνουν μόνο γι' αυτό που είναι χρήσιμο σ' αυτούς και προσφέρει σ' αυτούς αξία. Τίποτε άλλο δεν αποτελεί "ποιότητα". Επιπλέον σύμφωνα με τον Τσιότρα ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ονομάζουμε τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη ή που ικανοποιούν δεδομένες προδιαγραφές.

Όταν εξετάζουμε τους παράγοντες που θεωρούνται ότι επηρεάζουν το πώς ο πελάτης αντιλαμβάνεται την ποιότητα, σκόπιμο είναι ίσως να αναφέρουμε τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας σύμφωνα με τον Garvin. Αυτές είναι:

1. επιδόσεις
2. χαρακτηριστικά γνωρίσματα
3. αξιοπιστία
4. συμμόρφωση
5. ανθεκτικότητα
6. συντηρησιμότητα
7. αισθητική
8. φαινομενική ποιότητα

Σύμφωνα με τον Garvin, οι διαστάσεις αυτές είναι ανεξάρτητες και εντελώς διακριτές η μια από την άλλη. Ωστόσο, μπορεί επίσης να αλληλοσυνδέονται, π.χ. ανθεκτικότητα και συμμόρφωση. Σε ένα προϊόν, μια διάσταση μπορεί να είναι καθοριστική για την επιτυχία του, ενώ σε ένα άλλο η ίδια διάσταση να μη θεωρείται κεφαλαιώδης. Επομένως, οι διαστάσεις προσφέρουν μια βάση για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών στοιχείων οποιουδήποτε προϊόντος/ υπηρεσίας και άρα πρέπει να ερμηνεύονται με ευρύ πνεύμα.

Ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2000) ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση. Καθόρισε 9 παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα στη φροντίδα υγείας όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας

Χαρακτηριστικά ποιότητας

Appropriateness (Κατάλληλότητα): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.

Availability (Διαθεσιμότητα): ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται.

Continuity (Συνέχεια): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.

Effectiveness (Αποτελεσματικότητα): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Efficacy (Δραστηκότητα): ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Efficiency (Αποδοτικότητα): η αναλογία των αποδόσεων (αποτελέσματα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.

Respect and caring (Σεβασμός και φροντίδα): ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

Safety (Ασφάλεια): ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.

Timeliness (Επικαιρότητα): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την πιο ευεργετική ή απαραίτητη στιγμή.

Πηγή: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2000)

Σύμφωνα με τον John Onretveit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τί χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretveit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία

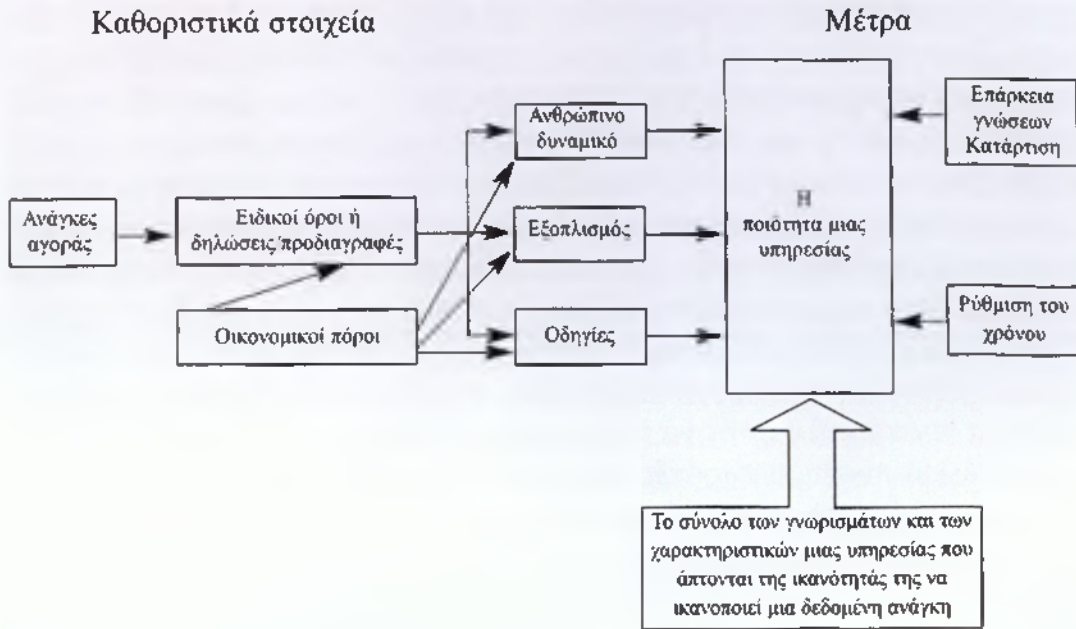
μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και, τέλος, την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Ο ορισμός της ποιότητας, βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, καθιστά κάποιον ικανό να μετατρέψει τους στόχους ποιότητας σε μετρήσιμους δείκτες απόδοσης. Η ποιότητα της φροντίδας η οποία αναμένεται από μια υπηρεσία, γίνεται σαφής με γραπτά πρότυπα τα οποία δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία πρέπει να παρασχεθεί, καθώς και τα αποτελέσματα τα οποία πρέπει να επιτευχθούν από αυτή την υπηρεσία. Τα πρότυπα συνεπώς ορίζουν την ποιότητα. Ένα πρότυπο είναι μια γραπτή δήλωση αξίας κανόνων, συνθηκών και πράξεων σε ένα ασθενή ή μέλος του προσωπικού, ή το σύστημα το οποίο έχει εγκριθεί από μια αρμόδια αρχή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Στη συνέχεια, στο διάγραμμα 1 απεικονίζονται τα καθοριστικά στοιχεία και τα μέτρα ποιότητας σε ένα οργανισμό υπηρεσιών τα οποία βοηθούν στην περαιτέρω αποσαφήνιση της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Καθοριστικοί παράγοντες και μέτρα της ποιότητας μιας υπηρεσίας



Διάγραμμα 1: Βασικά στοιχεία και μέτρα της ποιότητας

Η ποιότητα είναι διεθνώς αντιληπτή και συνώνυμη με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες σχετικά με την λειτουργικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Με αυτή την έννοια, η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια. Είναι μια υποκειμενική εκτίμηση των προϊόντων ή υπηρεσιών και τείνουμε να αποφασίζουμε με βάση το ανώτερο που μπορούμε να πληρώσουμε ή την αξία που παίρνουμε για τα χρήματα που ξοδεύουμε. Τα ατομικά στοιχεία του ορισμού αυτού, είναι το στοιχείο της δυναμικής κατάστασης που αναφέρεται στο γεγονός ότι αυτό που αναφέρεται στην ποιότητα συχνά αλλάζει καθώς περνά ο καιρός και οι συνθήκες μεταβάλλονται. Το στοιχείο των προϊόντων, των υπηρεσιών, των ανθρώπων, των διαδικασιών και το περιβάλλοντος είναι σημαντικό. Τονίζει ότι η ποιότητα δεν εφαρμόζεται μόνο στα προϊόντα και στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται, αλλά και στους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται.

Η ποιότητα σε τελική ανάλυση συνιστά σχέση μεταξύ τριών διαδοχικά εξαρτημένων μεταβλητών:

- α. την δράση υπηρεσίας- προμηθευτή η οποία καθορίζει
- β. τα χαρακτηριστικά του διοικητικού προϊόντος (υπηρεσίας ή αγαθού) που με τη σειρά τους καθορίζουν

γ. το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη που διαμορφώνεται από το επίπεδο κάλυψης των αναγκών του.

Με μια άλλη διατύπωση, αποτελεί σχέση μιας δημόσιας υπηρεσίας με το κοινό της διαμεσολαβούμενη από το χορηγούμενο υπ' αυτής προϊόν. Η ποιότητα για κάποιους μπορεί να προσδιορίζεται από αυτό που ικανοποιεί καλύτερα κάποιες ανάγκες μας ή για άλλους να είναι αυτό που καλύπτει τις προσδοκίες μας. Η πιο κυρίαρχη εκδοχή της ποιότητας, ωστόσο, εστιάζεται στην κάλυψη των αναγκών των χρηστών και στο κατά πόσο εκπληρώνει μια επιχείρηση ή οργανισμός τις προσδοκίες τους. Υπεράνω του σημείου αυτού υπαισθέρχεται ο «υποκειμενικός παράγων», όπου κάθε επιχείρηση δύναται να καθορίσει τον πήχη σε εκείνο το σημείο, όπου η ίδια επιθυμεί να αναρριχηθεί.

Η έννοια της ποιότητας είναι ζωντανή και διαρκώς μεταβάλλεται. Την ιδιαιτερότητα και τη διαφοροποίηση της ποιότητας σε κάθε κοινωνία την είχε ήδη τονίσει ο Αριστοτέλης 2.500 χρόνια πριν λέγοντας :‘Οι άνθρωποι αποκτούν μια ιδιαίτερη ποιότητα, ενεργώντας σταθερά με έναν ιδιαίτερο τρόπο’.

Το ταξίδι όμως για την ποιότητα ξεκινά με ένα βήμα τη φορά, αποτελεί ένα ζήτημα επιβίωσης, το οποίο απαιτεί ανώτερη κλινική ποιότητα, εξαιρετική εξυπηρέτηση και καινοτομία. Οι μελλοντικές επιτυχίες, τόσο οι ατομικές όσο και αυτές του οργανισμού εξαρτώνται από την ικανότητα για συνεχή βελτίωση. Η συνεχής βελτίωση ποιότητας είναι ταυτοχρόνως δυο πράγματα: μια φιλοσοφία διοίκησης και μια μέθοδο διοίκησης. Διαχωρίζεται από τις άλλες φιλοσοφίες και μεθόδους μέσω της αναγνώρισης ότι οι απαιτήσεις των πελατών αποτελούν το κλειδί για την ποιότητα και ότι τελικά οι απαιτήσεις των πελατών θα αλλάξουν με τον καιρό λόγω των αλλαγών στην εκπαίδευση, την οικονομία, την τεχνολογία και την κουλτούρα. Τέτοιες αλλαγές, με τη σειρά τους, απαιτούν συνεχείς βελτιώσεις στις διαδικασίες οι οποίες επηρεάζουν την παρεχόμενη ποιότητα.

1.2 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο, ο τομέας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα δυναμικά μεταβαλλόμενο σύστημα δεδομένων. Οι μετακινήσεις πληθυσμών, οι οικονομικές και εμπορικές σχέσεις που έχουν ως συνέπεια τη μετακίνηση ατόμων για εργασία ή μόνιμη κατοικία, η χρήση κοινών φυσικών πόρων (ποτάμια, λίμνες) είναι

μερικά από τα νέα δεδομένα σε διασυνοριακό επίπεδο και ταυτόχρονα προκλήσεις για το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας.

Οι προκλήσεις από τα νέα δεδομένα για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι ήδη αισθητές και αναμένεται να αυξηθούν τα αμέσως επόμενα έτη με τη σταδιακή ένταξη στην Ε.Ε. όμορων με την Ελλάδα κρατών. Η διασυνοριακή διάσταση των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας είναι ήδη πραγματικότητα για τις περισσότερες παραμεθόριες περιοχές της χώρας, ενώ οι όποιες προσπάθειες διασυνοριακής συνεργασίας στην υγεία μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να επαρκούν.

Σε εθνικό επίπεδο οι δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες αποτελούν καθοριστικά ενδογενή παράγοντα καθορισμού του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, καθώς η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος οδηγεί τα άτομα να θέτουν σε προτεραιότητα την υγεία ως αγαθό, που στο σύνολό του συμβάλλει στην παραγωγική διαδικασία και την οικονομική εξέλιξη των πολιτών και του κράτους. Η απαίτηση του ατόμου για υγεία είναι ωστόσο άμεσα συνυφασμένη με την ανταπόκριση και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών στη ζήτηση, αφού οι πολίτες θεωρούν το καλό επίπεδο υγείας τους ως δεδομένο και αναζητούν καλύτερη αντιμετώπιση από το κράτος.

Τα θέματα του ιατρικού ελέγχου και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχουν εισαχθεί από χρόνια στις συζητήσεις για τη διαμόρφωση σύγχρονων συστημάτων υγείας και φροντίδας σε Ευρώπη και Αμερική, και φαίνεται να επηρεάζουν τις προσεγγίσεις βελτίωσης της απόδοσης και κλινικής διακυβέρνησης. Η έλλειψη ενός ενιαίου αποδεκτού ορισμού της ποιότητας φαίνεται να προσφέρει δικαιολογίες στην άρνηση ένταξης της συζήτησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της αξιολόγησής της σε ορισμένα συστήματα υγείας. Παρά τις δυσκολίες ανάπτυξης ομοφωνίας σε ορισμό και μεθόδους για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δεν είναι λίγες οι προσπάθειες και οι καινοτομίες που εισάγονται στην Ευρώπη.

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS) από χρόνια αναδεικνύει τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας ως κύριο συστατικό του και την εντάσσει στη στρατηγική ανάπτυξή του, ενώ πρόσφατα καθιέρωσε το συμβόλαιο με τον γενικό ιατρό ως μέσο για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ασθενή (Investing in General Practice: the New Medical Services Contract). Το νέο αυτό συμβόλαιο που έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις στο ίδιο το Ηνωμένο Βασίλειο, εισάγει ένα

πλαίσιο εκτίμησης της ποιότητας και των εκβάσεων στα ιατρεία του συστήματος, το οποίο βασίζεται στην καλύτερη διαθέσιμη, με βάση την μαρτυρία, απόδειξη. Δείκτες αποτίμησης της επίτευξης σε επιλεγμένες κλινικές περιοχές, οργανωτικών διαδικασιών, επιπρόσθετων υπηρεσιών και εμπειρίες ασθενούς αναφέρονται στον κατάλογο των περιοχών προς επιλογή για βαθμολόγηση. Οι δείκτες αυτοί διαμορφώθηκαν από μια ομάδα εμπειρογνομόνων με βάση την καλύτερη διαθέσιμη απόδειξη και οι πρώτες αξιολογήσεις αυτού του νέου θεσμού συζητούνται σήμερα στη βιβλιογραφία.

Αντίθετα με τις εξελίξεις στην Ευρώπη το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει ουσιαστικά ενταχθεί στις μείζονες προτεραιότητες του εθνικού συστήματος υγείας στην χώρα μας. Η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει, συνήθως, ως σημείο εκκίνησης την απουσία της γιατί ίσως η ποιότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που δύσκολα ορίζεται. Ίσως γι' αυτό τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται από σχετική βιβλιογραφία ότι η παρεχόμενη φροντίδα δεν είναι ανάλογη της επιστημονικής γνώσης, δεν είναι ασφαλής και δεν αφήνει ικανοποιημένους τους ασθενείς και άλλα συναφή αρνητικά ευρήματα. Η ποιότητα και η διασφάλισή της απασχολεί προμηθευτές και καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η διαφορετική αντίληψη της ποιότητας προκαλεί συγκρουσιακές εντυπώσεις και χαρακτηρίζει την ιδιοτυπία της διασφάλισης της στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ποιότητα των υπηρεσιών καθορίζεται πάντοτε από ορισμένες ιδιότητες που έχουν ή πρέπει να έχουν. Με την προϋπόθεση ότι οι υπηρεσίες έχουν σχεδιαστεί κατάλληλα, οι πλέον σημαντικές ιδιότητες είναι:

- η διαθεσιμότητά τους και η πρόσβαση σε αυτές
- η αποδοχή τους
- η δυνατότητα χρήσεώς τους, σε σχέση με τις δαπάνες που συνεπάγονται
- η δυνατότητα ελέγχου

Οι παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας εντοπίζονται στην οργανωτική δομή και διαχείριση των πόρων, στη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών και βαθμό ικανοποίησης ασθενών, στην οργανωτική συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και στους μηχανισμούς διαχείρισης πληροφοριών. Οι παράγοντες τεκμηριώνουν ποιοτική υποβάθμιση που οφείλεται στη γραφειοκρατία, στην αρνητική συμπεριφορά των δημόσιων λειτουργών υγείας, στο επιχειρησιακό μοτίβο

των ιδιωτικών λειτουργιών και στην κατάχρηση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού (διαγνωστικού και επεμβατικού). Η υποβάθμιση δημιουργεί μειωμένη υγειονομική αποτελεσματικότητα, αντιστρόφως ανάλογη οικονομική αποδοτικότητα και χαμηλού επιπέδου κοινωνική ωφελιμότητα του συστήματος. Παράλληλα όμως το θεσμικό πλαίσιο προδιαγράφει έμμεσο παρεμβατισμό στη διασφάλιση της ποιότητας. Επίσης, οι συναφείς νομοθεσίες αναφορικά με την εγγραφή σε μητρώα άσκησης επαγγελματιών υγείας, την εγκαθίδρυση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και την προστασία, υπαγορεύουν ότι τα δικαιώματα ασθενών αποτελούν τα πρώτα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.

Είναι λοιπόν σαφές ότι το ζήτημα της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών τάσεων και προσπαθειών για γρήγορες λύσεις. Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας γύρω από τα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες :

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε . Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλει υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

Η ποιότητα όμως στις υπηρεσίες υγείας αφενός παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Πέραν τούτου τα

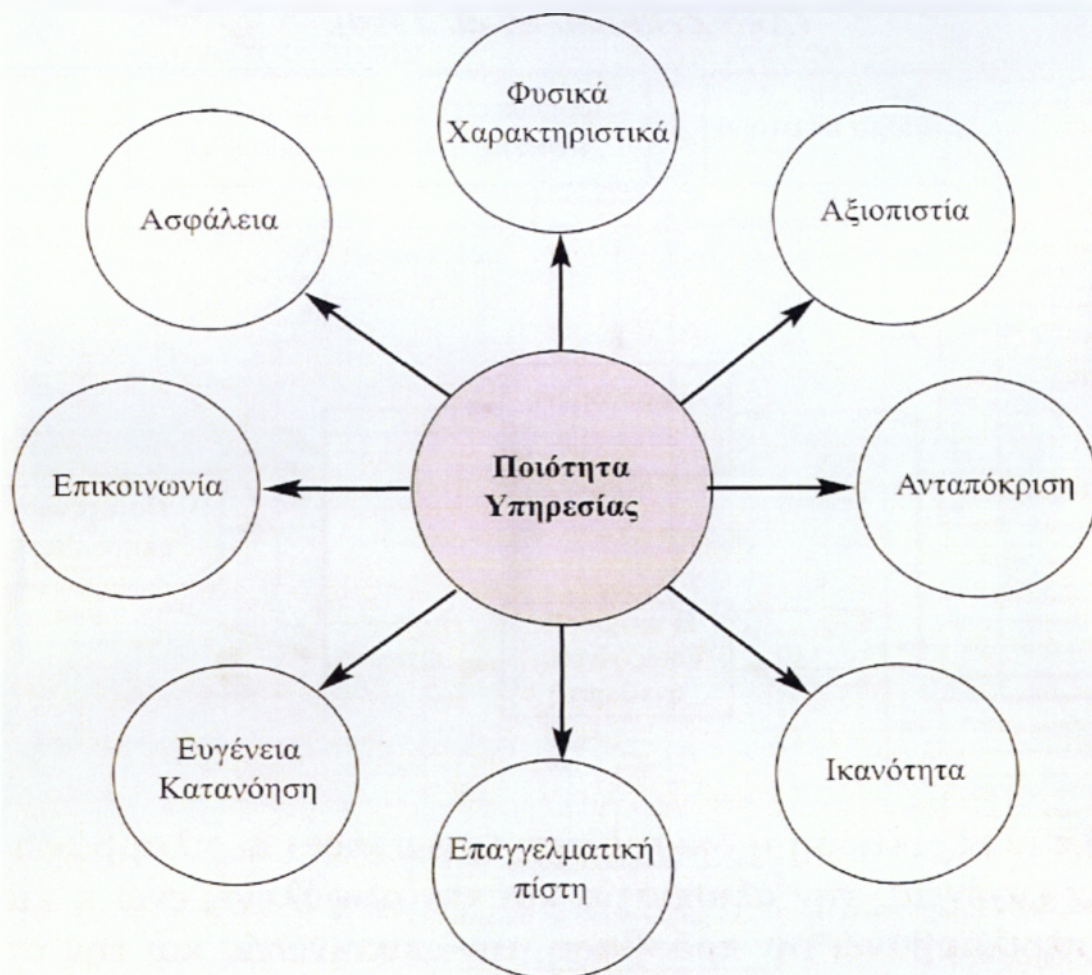
συστήματα καθώς και οι σχετικές πολιτικές υγείας περιπλέκονται και περιπλέκουν το όλο θέμα όλο και περισσότερο. Παρόλο που οι παρεμβάσεις του κάθε συστήματος παροχής φροντίδας υλοποιούνται με πρόθεση το όφελος του ατόμου και της κοινωνίας γενικότερα, εντούτοις μερικές φορές προκαλείται βλάβη, η οποία είναι τα κλινικά λάθη. Οι συνεχείς εξελίξεις στον τομέα της υγείας σε συνδυασμό με την αλματώδη αύξηση των επενδύσεων, την προοδευτική επικράτηση σε μεγάλο βαθμό των νέων τεχνολογιών, την αύξηση των πόρων – ανθρωπίνων και υλικών- οδηγούν αναπόδραστα σε προβληματισμό των εμπλεκόμενων γύρω από θέματα ποιότητας, χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η επάρκεια και η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, οι χρήστες εκτός από την επάρκεια και την προσβασιμότητα επιζητούν ποιοτική φροντίδα υγείας σε επίπεδο ικανοποίησης και ανταποκρισιμότητας.

Από πολύ νωρίς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας επιδιώκει να διασφαλίζει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την περί ποιότητας στην υγεία έννοια καθόρισε ότι πρέπει “να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο”. Η αναζήτηση της ποιότητας συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας και τείνει να καλύπτει όλο το φάσμα τους. Παράλληλα, η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες γιατί ακριβώς η ποιότητα αφορά, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλους είδους υπηρεσίες ή και στο βιομηχανικό πεδίο.

Οι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας. Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς. Οι προσεγγίσεις αυτές χρησιμοποιούνται σε κάποια Νοσοκομεία στην Ελλάδα και διεθνώς. Η δεύτερη προσέγγιση προέρχεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization ISO) και παρέχει ένα συνεκτικό σύνολο προτύπων για την διοίκηση της ποιότητας.

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης της ποιότητας υπηρεσιών μιας μεθοδολογίας, οι Zeithaml et al. Βρήκαν ότι κάποιες από τις δέκα διαστάσεις οι οποίες αναφέρονται στο Διάγραμμα 2 έχουν σχέση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα το υπόδειγμα του SERVQUAL (Service Quality), να προτείνει συνοψίζοντας τις 5 διαστάσεις: φυσικό περιβάλλον, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, κατανόηση.

Καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών



Διάγραμμα 2: Βασικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών

Ακόμη, αξίζει να αναφέρουμε τον Avedis Donabedian, καθηγητή στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, που ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

Σύμφωνα με τον Donabedian, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Σύμφωνα, πάλι, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών και ανθρώπινης επαφής.

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους. Στόχος λοιπόν είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αποσκοπώντας στην ικανοποίηση των ασθενών και τη διατήρηση και βελτίωση της φήμης του συστήματος υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαρκή αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της ανταγωνιστικότητας καθώς και τη δημιουργία υποδομών και οργανωτικών δομών που θα μπορούν να εξελίσσονται και να παραμένουν αποτελεσματικές.

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

Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι το δεύτερο συστατικό της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Μέσω της διαπροσωπικής ανταλλαγής, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση λοιπόν της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις απαιτήσεις των ασθενών

θεωρείται μείζονος σημασία και αποτελεί διεθνώς μια από τις βασικές περιοχές ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Στα πλαίσια του ΕΣΥ, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτές φαίνεται ότι μειώνεται ραγδαία με την αύξηση της απόστασης κατοικίας και εργασίας από τις μεγάλες δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες μονάδες. Δυσκολεύεται συχνά από τις καιρικές συνθήκες και από τις δυνατότητες μεταφοράς των ασθενών. Η διαθεσιμότητα τους επίσης είναι διαφορετική για τις διάφορες ώρες της ημέρας. Δυσκολεύεται έως και καθίσταται αδύνατη από μια σειρά παραγόντων όπως η πυκνότητα κυκλοφορίας, οι δύσκολες καιρικές συνθήκες, οι μαζικές μετακινήσεις σε περιόδους διακοπών πάσης φύσεως κ.α. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις (αλλά και πολλές άλλες) είναι εξαιρετικής σημασίας ο χρόνος απόκρισης σε συγκεκριμένο αίτημα, η ανταπόκριση από το ενδεδειγμένο επίπεδο του συστήματος και η εγκυρότητα της απόκρισης. Είναι περισσότερο από προφανές, ότι οργανισμοί φροντίδας υγείας χωρίς χρήστες ή δυσαρεστημένους χρήστες, κινδυνεύουν άμεσα να βρεθούν εκτός «αγοράς», με όλες τις επακόλουθες δυσάρεστες συνέπειες.

Επίσης, η ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας είναι μετρήσιμη με πληθώρα δεικτών μέτρησης και, επομένως, επιδέχεται βελτίωσης. Βεβαίως, η εθνική κουλτούρα και το τοπικό περιβάλλον επηρεάζουν σημαντικά τις προσπάθειες μέτρησης της Ποιότητας Υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Γι αυτό και πολλοί οργανισμοί και υπηρεσίες, απαιτούν από τους προμηθευτές τους να έχουν πιστοποιημένα συστήματα ποιότητας. Ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να οριστεί ως ένα πλαίσιο το οποίο περιγράφει την οργανωτική δομή, τις ευθύνες, τις διαδικασίες και τα μέσα τα οποία απαιτούνται για την εφαρμογή της ποιότητας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τους δείκτες ως «μεγέθη που μετρούν μεταβολές» χρησιμοποιούνται δε όταν οι μεταβολές αυτές δεν είναι δυνατόν να μετρηθούν. Ιδιότητες των δεικτών είναι η εγκυρότητα (πρέπει να μετρούν αυτό που καλούνται να μετρήσουν), η αμεροληψία (πρέπει να μην επιδέχονται διαφορετική ερμηνεία) και η ευαισθησία (να αντιλαμβάνονται τις αλλαγές μιας δεδομένης κατάστασης). Για την πρωτοβάθμια περίθαλψη η χρησιμοποίηση εκφράζεται μέσω δεικτών επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς ή άλλους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και με βάση την συχνότητα συνταγογράφησης, εξαρτώνται δε σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία και το φύλο.

Όσον αφορά τους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την νοσοκομειακή περίθαλψη εκφράζουν: α) κατοίκους ανά νοσηλευτικό κρεβάτι, β) εισαγωγές ανά

100.000 κατοίκους, γ) μέση διάρκεια νοσηλείας και δ) μέση κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών. Συχνότερα χρησιμοποιούνται οι δείκτες:

1. Ποσοστό Κάλυψης = $\frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους} \times 100}{\text{Αριθμός Κλινών Έτους} \times 365}$

2 .Μέση Διάρκεια Νοσηλείας = $\frac{\text{Σύνολο Ημερών Έτους}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών Έτους}}$

3.Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Ρκ)= $365 \times \frac{\text{Ποσοστό Κάλυψης}}{100} \times \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}$, εκφράζει δε τον ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι κλίνες σε μια δεδομένη χρονική περίοδο.

4.Διάστημα Εναλλαγής= $(365/\text{Ρκ}) - \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}$, εκφράζει δε τον ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή τον μέσο αριθμό ημερών που μένει κενή η κλίνη.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την νοσοκομειακή περίθαλψη έχει παρατηρηθεί ότι εξαρτώνται από την ηλικία και το φύλο. Οι δείκτες χρησιμοποίησης νοσοκομείων εκτός από το ενδιαφέρον που παρουσιάζουν για την έρευνα των υπηρεσιών υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την Οικονομία της Υγείας αφού η διαμόρφωση του Νοσοκομειακού Κόστους έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται από:

- Τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
- Το Ποσοστό Κάλυψης των Κλινών
- Τον Αριθμό των Κλινών
- Τον Αριθμό των Ασθενών ανά Κλινική.

Έχει διαπιστωθεί μάλιστα ότι με δεδομένο το ποσοστό κάλυψης, το μέσο κόστος νοσηλείας ανά περιστατικό μειώνεται όταν μειώνεται η διάρκεια παραμονής των ασθενών. Επιπλέον οι δείκτες χρησιμοποίησης «κλειστής περίθαλψης» αποτελούν ένα εργαλείο αξιολόγησης του εσωτερικού περιβάλλοντος των Νοσοκομείων.

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

Οι δείκτες ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με τους παράγοντες που προσδιορίζουν την «απόδοση» των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης, οι διαστάσεις αυτές αφορούν στην αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην προσβασιμότητα, την καταλληλότητα, την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, τη συνέχεια στη φροντίδα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ασφάλεια. Στον πίνακα 2 φαίνονται οι διαστάσεις της απόδοσης για τις οποίες έχουν αναπτυχθεί δείκτες μέτρησης σε κάθε μια από τις πέντε χώρες.

Πίνακας 2: Μετρήσιμες διαστάσεις της λειτουργίας των συστημάτων υγείας

Διαστάσεις απόδοσης	Καναδάς	Αυστραλία	Ν. Ζηλανδία	Ηνωμένο Βασίλειο	ΗΠΑ
αποδοχή	+	+	+	+	+
προσβασιμότητα	+	+	+	+	+
καταλληλότητα ικανότητα επαγγελματιών υγείας	+	+	-	+	+
συνέχεια της προσφοράς + υπηρεσιών	+	+	-	+	+
αποτελεσματικότητα	+	+	+	+	+
αποδοτικότητα	+	+	+	+	-
ασφάλεια	+	+	+	+	+

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά λοιπόν τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν

αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κ.λπ. καθώς και οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

1.3 Η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ο μηχανισμός που περιλαμβάνει τη μέτρηση του επιπέδου της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και τις προσπάθειες που καταβάλλονται για τη μεταβολή της, όταν αυτό είναι αναγκαίο. Αποτελεί ένα μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, βασισμένο στην κλινική πράξη και σε τεκμηριωμένη έρευνα. Η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας στοχεύει μεταξύ άλλων στη μείωση των διοικητικών αστοχιών και των Ιατρονοσηλευτικών λαθών κατά την παραγωγή υπηρεσιών υγείας που δύνανται να οδηγήσουν σε επιβάρυνση της υγείας των ασθενών.

Η διασφάλιση ποιότητας είναι ένα ολοκληρωμένο κομμάτι των δραστηριοτήτων όλων των υπηρεσιών υγείας. Ο αντικειμενικός σκοπός της είναι να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχεται στους πελάτες και επί της ουσίας αποσκοπεί στην αποτελεσματική εκτέλεση όλων των απαραίτητων δραστηριοτήτων για την επίτευξη του σκοπού αυτού. Έχει άμεση σχέση με τις απαιτήσεις των πελατών και αποτελεί μεθοδική και ανεξάρτητη έρευνα για να προσδιοριστεί αν υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στις δραστηριότητες στις υπάρχουσες προδιαγραφές.

Η εφαρμογή σε ένα νοσοκομείο ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας αποτελεί τεκμήριο για την ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με τις προδιαγραφές που επαγγέλλεται. Το σύστημα ποιότητας είναι ένα εργαλείο για την οργάνωση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ενός οργανισμού. Με άλλα λόγια περιλαμβάνει τις περισσότερες από τις μεθόδους και τις τυπικές διαδικασίες, οι οποίες σχετίζονται με τη λειτουργία του οργανισμού, καθώς επίσης την οργάνωση και τον καταμερισμό των ευθυνών. Το σύστημα πρέπει να είναι σωστά τεκμηριωμένο γιατί η τεκμηρίωση αποτελεί τη βάση για τον έλεγχο ποιότητας του οργανισμού.

Επίσης, ο έλεγχος ποιότητας αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση ποιότητας. Ως έλεγχος θα μπορούσε να οριστεί το σύνολο των ενεργειών που εξασφαλίζουν την παρακολούθηση και αξιολόγηση των λειτουργιών, συμπεριφορών,

αλλά και αποτελεσμάτων όλων των συντελεστών της οργάνωσης, ώστε να επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότητά της. Η διαδικασία του ελέγχου περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

1. Καθορισμός προτύπων: Τα πρότυπα εκφράζουν συγκεκριμένα επιθυμητά αποτελέσματα, επιδόσεις ή στόχους, χαρακτηριστικά συμπεριφορών, τρόπους ενεργειών και ιδιότητες καταστάσεων.
2. Παρακολούθηση-αξιολόγηση: Οι λειτουργίες και οι συμπεριφορές παρακολουθούνται και αξιολογούνται, ώστε τα στελέχη της οργάνωσης να γνωρίζουν αυτό που συμβαίνει στα πλαίσια αυτής.
3. Σύγκριση συμπεριφορών με πρότυπα: Η σύγκριση αυτή έχει ως σκοπό να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο έχουν επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και οι στόχοι. Η σύγκριση στοχεύει στον εντοπισμό πιθανών αποκλίσεων μεταξύ επιθυμητού και πραγματοποιηθέντος.
4. Ανάλυση αποκλίσεων: Οι αποκλίσεις αναλύονται με σκοπό την εξήγησή τους μέσω του εντοπισμού των αιτιών που τις έχουν προκαλέσει.
5. Διόρθωση αποκλίσεων: Στο σημείο αυτό συνδέεται η λειτουργία του ελέγχου με αυτήν του προγραμματισμού και γίνεται προσπάθεια εξάλειψης των αιτιών που τις προκαλούν.

Είναι γεγονός ότι, σύμφωνα με τη διοικητική τεχνοκρατική αντίληψη, ο έλεγχος αποτελεί το πιο αποδοτικό μέσο για την εκτίμηση της ποιότητας και το πρώτο βήμα για τη διασφάλισή της. Αναφορικά όμως με τις επιστήμες υγείας, οι τεχνικές του έλεγχου είναι απαραίτητο να διευρυνθούν από την κλασική διοικητική έννοια, αφού φαίνεται ότι η εγγύτητα με τον ασθενή, η στενή παρακολούθηση των κλινικών δεδομένων, η επαγρύπνηση, η εγρήγορση στην παροχή ουσιαστικής και κυρίως ολιστικής φροντίδας, αλλά και ο αυτοέλεγχος είναι εξίσου σημαντικές, ακόμα και αν πρόκειται σε ορισμένες περιπτώσεις για ανεπίσημες τεχνικές ελέγχου.

1.4 Στρατηγική διοίκηση και διοίκηση ολικής ποιότητας

Η στρατηγική ποιότητας είναι οι συνολικές προθέσεις σχετικά με την ποιότητα και η καθοδήγηση ενός οργανισμού όσον αφορά την ποιότητα όπως αυτή έχει εκφραστεί από την ανώτερη διοίκηση. Πρέπει να αναπτυχθεί με βάση τη διαρκή και συνεπή δέσμευση της ανώτατης διοίκησης όσον αφορά στα ζητήματα ποιότητας. Η ανώτατη διοίκηση πρέπει να συμπεριλάβει στο όραμα του οργανισμού στοιχεία

ποιότητας και να στηρίζει τόσο ηθικά όσο και με διοικητικούς πόρους, τις δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την ποιότητα. Επιπλέον, η ανώτατη διοίκηση πρέπει να λαμβάνει μέρος ενεργά στη διαδικασία βελτίωσης. Αν οι ενέργειές της δε δείχνουν ότι η ποιότητα είναι επουσιώδης τότε το προσωπικό του οργανισμού δε θα την εκτιμήσει ανάλογα.

Για να είναι επιτυχής η στρατηγική ποιότητας πρέπει να βασίζεται στη δέσμευση της ανώτατης διοίκησης. Έχοντας ως βάση τη δέσμευση, η στρατηγική θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει:

- εστίαση στις ανάγκες των πελατών
- αποφάσεις οι οποίες βασίζονται σε δεδομένα
- εστίαση στις διαδικασίες
- συνεχής βελτίωση των διαδικασιών
- δυνατότητα δέσμευσης όλου του προσωπικού-πλήρης συμμετοχή.

Η Διοίκηση της ποιότητας στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών έχει διανύσει δύο σημαντικές περιόδους:

α) Την φάση της διασφάλισης ποιότητας με την εφαρμογή συστημάτων διοίκησης που συμπεριλαμβάνουν και τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας.

β) Η δεύτερη φάση με την ανάπτυξη μοντέλων διαπίστευσης & προγραμμάτων Διοίκησης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ).

Η ολική ποιότητα εφαρμόζεται μόνο όταν αναγνωρίζεται η αξία της και υποστηρίζεται με συνέπεια από την ηγεσία, ο ρόλος της οποίας είναι πρωταγωνιστικός στα στάδια εφαρμογής ολικής ποιότητας. Η ανώτατη διοίκηση πρέπει να αναλάβει προσωπικά την ηγεσία της προσπάθειας και να παρέχει την αναγκαία καθοδήγηση δίνοντας πρώτη το παράδειγμα. Η διοίκηση συνθέτει και συντηρεί το όραμα, θέτει στόχους, παρακινεί, παρακινεί και επιβραβεύει. Είναι καθήκον της διοίκησης να δημιουργήσει τις σωστές συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρηση της ποιότητας. Μόνο έτσι η ποιότητα μπορεί να γίνει αναπόσπαστη πτυχή των δραστηριοτήτων του κάθε εργαζομένου. Ο εργαζόμενος με τη σειρά του μπορεί να λειτουργήσει στο βαθμό τον οποίο το σύστημα του επιτρέπει, πέρα από αυτό υπάρχει η ευθύνη της διοίκησης.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας συνδέει τον ποιοτικό έλεγχο και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας με τον στρατηγικό σχεδιασμό του δημόσιου νοσοκομείου. Η συνεχής βελτίωση παρέχει τη δυνατότητα να ικανοποιούνται οι προσδοκίες των

ασθενών. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας βασίζεται στην αποτελεσματική επίτευξη του άριστου συνδυασμού όλων των συντελεστών της παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Δίνεται πρακτική έμφαση στην εφαρμογή της στρατηγικής αλλαγής, στα συστήματα αξιολόγησης υπαλλήλων, στην ανάπτυξη μίας νοοτροπίας συνεχούς βελτίωσης και καινοτομίας, στην αποτελεσματική διαχείριση της εξυπηρέτησης ασθενών, στην ποιοτική βελτίωση όλων των μερών μίας διαδικασίας, στην επανεξέταση και στην βελτίωση των τεχνικών και διοικητικών διεργασιών με στόχο την αναζήτηση τρόπων αποτελεσματικότερης λειτουργίας και στην δημιουργία επιπρόσθετης αξίας μέσω της παραγωγής και της παροχής ποιοτικών νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας εστιάζει σε πολλές και διαφορετικές πτυχές της ποιοτικής διαχείρισης, δεδομένου ότι έχει να κάνει με τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τις ενέργειες μέσω των οποίων η ποιότητα διατηρείται και αναπτύσσεται. Χρησιμοποιείται στρατηγικά για να αναλύσει τις στρατηγικές πρωτοβουλίες μιας οργάνωσης και των κύριων διαδικασιών που οι επιχειρήσεις έχουν αποφασίσει να εκτελέσουν προκειμένου να επιτευχθούν αυτές οι πρωτοβουλίες. Επεξεργάζεται αφ' ετέρου και έχει να κάνει με άλλες παρόμοιες πτυχές της διαχείρισης όπως το πώς οι υπάλληλοι μαθαίνουν να υιοθετούν τις όποιες νέες διαδικασίες, το πώς αλληλεπιδρούν με τους πελάτες, και πώς στηρίζουν, αναπτύσσονται, ή ακόμα και καταστρέφουν, την επιχειρησιακή φιλοσοφία και πόσο αποτελεσματικά έχουν ενσωματώσει τους στόχους της επιχείρησης. Εντούτοις, αν και η κατανόηση είναι η βάση, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι επίσης απαραίτητη για τις καλά σχεδιασμένες μεθόδους αξιολόγησης των διοικητικών διαδικασιών.

Οι τεχνικές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες του δημόσιου χώρου μπορούν να προσφέρουν στις υπηρεσίες και στα στελέχη τους, σύγχρονη μεθοδολογία εργασίας που υπό κατάλληλες συνθήκες μπορεί να αποδειχτεί για την δημόσια διοίκηση ενδεχομένως και περισσότερη αποτελεσματική από ότι για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Και τούτο διότι η ποιότητα προϋποθέτει την συμμετοχή και τη συνεργασία που θα εδράζονται σε μια κουλτούρα προσφοράς, σύμφυτη με τον ρόλο του δημόσιου φορέα και σε αντίθεση με τον ανταγωνισμό και την προς επιβίωση και ανάπτυξη επιθετικότητα του χώρου των επιχειρήσεων.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να περιγραφεί λοιπόν ως η φιλοσοφία εκείνη του μάνατζμεντ η οποία επιζητεί τη συνεχή βελτίωση στην ποιότητα εκτέλεσης όλων των διεργασιών, προϊόντων και υπηρεσιών σε ένα οργανισμό. Είναι

μια προσέγγιση συναλλαγών η οποία επιχειρεί να μεγιστοποιήσει την ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού μέσα από τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων, των υπηρεσιών, των ανθρώπων, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος. Η επιδίωξη της συνεχούς βελτίωσης πρέπει να γίνει τρόπος ζωής για κάθε άτομο στον οργανισμό εάν θέλει να επιτύχει στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον.

1.5 Πρότυπα Συστημάτων Ποιότητας

Η εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για τη Διοίκηση κάθε Οργανισμού, καθώς βοηθά στη βελτίωση της οργάνωσής του και στην επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η εφαρμογή σε ένα νοσοκομείο ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας αποτελεί τεκμήριο για την ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με τις απαραίτητες προδιαγραφές. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται συνελπώς ανάμεσα στις προτεραιότητες των υπηρεσιών υγείας .

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 καθορίζουν ένα αποτελεσματικό σύστημα ποιότητας και αναφέρονται στην οργανωτική δομή, στις διεργασίες και τις διαδικασίες και τέλος στην τεκμηρίωση και την εφαρμογή του συστήματος.

Πίνακας 3: Τα μέρη της σειράς ISO 9000

ISO 9000	Οδηγίες για την επιλογή και χρήση των Προτύπων Διαχείρισης και Διασφάλισης Ποιότητας
ISO 9001	Απαιτήσεις για Σχεδιασμό / Ανάπτυξη, Παραγωγή, Εγκατάσταση κι Εξυπηρέτηση
ISO 9002	Απαιτήσεις για Παραγωγή κι Εγκατάσταση
ISO 9003	Απαιτήσεις για Τελική Επιθεώρηση και Δοκιμή
ISO 9004	Βασικές Έννοιες κι Εφαρμογές. Οδηγός για Διοίκηση Ποιότητας και Ποιότητα

Οι απαιτήσεις ενός προτύπου διασφάλισης ποιότητας αναφέρονται περιληπτικά παρακάτω.

1. Ευθύνη της Διοίκησης

Είναι η ύπαρξη πολιτικής διοίκησης και οργάνωσης και διάθεση πόρων για την ποιότητα και παρακολούθηση του συστήματος ποιότητας από τη διοίκηση.

2. Σύστημα για την ποιότητα

Περιλαμβάνει την ύπαρξη και εφαρμογή όλων εκείνων των εγγράφων που αποτελούν το Σύστημα Ποιότητας (εγχειρίδιο ποιότητας, διαδικασιών, οδηγιών, περιγραφών εργασίας και αρχεία ποιότητας), καθώς και προγραμματισμός σε ανθρώπους, υλικά και μέσα για τον έλεγχο της ποιότητας.

3. Ανασκόπηση συμβάσεων

Εδώ πρέπει να εξετάζονται λεπτομερώς οι απαιτήσεις των συμβολαίων των πελατών προτού γίνουν δεκτά

4. Έλεγχος σχεδιασμού

Να υπάρχει συστηματική και τεκμηριωμένη διαδικασία σχεδίασης προϊόντων όπως και αλλαγών στη σχεδίαση.

5. Έλεγχος εγγράφων και δεδομένων

Να υπάρχει κωδικοποίηση εγγράφων και παρακολούθηση των εκδόσεών τους, σαφώς καθορισμένος υπεύθυνος αλλαγών και έκδοσης κάθε εγγράφου, καθώς και σύστημα διανομής και απόσυρσης.

6. Αγορές

Να υπάρχουν καθορισμένες γραπτές απαιτήσεις για τα προμηθευόμενα προϊόντα, καθώς και αξιολόγηση των προμηθευτών και γραπτή τεκμηρίωση.

7. Έλεγχος παρεχόμενου από τον πελάτη προϊόντος

Αφορά υλικά που δίνονται στην επιχείρηση από τους πελάτες της για κατεργασία.

8. Αναγνώριση της ταυτότητας και ιχνηλασιμότητα προϊόντος

Καθιέρωση και τήρηση διαδικασιών για την αναγνώριση του προϊόντος κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων της παραγωγής, παράδοσης κι εγκατάστασης.

9. Έλεγχος διεργασιών

Ύπαρξη διαδικασιών έγκρισης των παραγωγικών διαδικασιών, οδηγιών εργασίας κλπ., έλεγχος συνθηκών παραγωγής.

10. Έλεγχος και δοκιμές

Έλεγχος όλων των υλικών και προϊόντων για το αν είναι σύμφωνα με τις απαιτήσεις που έχουν τεθεί για αυτά. Εξασφάλιση ότι μη ελεγμένα δεν θα προχωρούν στις επόμενες φάσεις.

11. Έλεγχος του εξοπλισμού ελέγχων, μετρήσεων και δοκιμών

Ύπαρξη ολοκληρωμένου συστήματος διακρίβωσης, δηλαδή κατάσταση εξοπλισμού, περιοδικός έλεγχος ακρίβειας μέτρησης εξοπλισμού, διακρίβωση προτύπων, κλπ.

12. Κατάσταση ελέγχων και δοκιμών

Επισήμανση των υλικών με κατάλληλα μέσα, ώστε να φαίνεται αν έχουν ελεγχθεί ή όχι και ποια είναι τα αποτελέσματα των ελέγχων τους.

13. Έλεγχος μη συμμορφούμενου προϊόντος

Ύπαρξη καθορισμένων αρμοδιοτήτων για τις αποφάσεις που αφορούν στην τύχη των υλικών ή προϊόντων που βρέθηκαν εκτός προδιαγραφών και απομόνωση με κατάλληλη επισήμανση.

14. Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες

Ύπαρξη γραπτών τυποποιημένων διαδικασιών για το πώς ξεκινούν και διεκπεραιώνονται διορθωτικές ενέργειες για όλα τα προβλήματα που αφορούν την ποιότητα των προϊόντων και το σύστημα ποιότητας.

15. Χειρισμός, αποθήκευση, συσκευασία, διατήρηση και παράδοση

Οι συνθήκες διακίνησης, αποθήκευσης, συσκευασίας και παράδοσης των υλικών στους πελάτες πρέπει να μην επιδρούν δυσμενώς και να προστατεύουν την ποιότητα των προϊόντων.

16. Έλεγχος των καταχωρήσεων σε αρχεία για την ποιότητα

Τήρηση συστηματικών αρχείων με τα δελτία των ποιοτικών ελέγχων, των εκθέσεων των επιθεωρήσεων.

17. Εσωτερικές επιθεωρήσεις της ποιότητας

Πρέπει να γίνονται για το σύστημα ποιότητας της παραγωγικής διαδικασίας και τα προϊόντα.

18. Εκπαίδευση

Να υπάρχει πρόγραμμα εκπαίδευσης και να καθορίζονται οι αιτήσεις εκπαίδευσης για κάθε θέση εργασίας που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα.

19. Εξυπηρέτηση

Υπαρξη τεκμηριωμένων διαδικασιών και προδιαγραφών για την υποστήριξη των προϊόντων μετά την πώληση (service).

20. Τεχνικές στατιστικής

Χρήση τεχνικών στατιστικού ποιοτικού ελέγχου όπου είναι δυνατό και αποδοτικό.

Επιπλέον, το ελληνικό πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001 (1996-11-22) με τίτλο <<Συστήματα για την ποιότητα-Υπόδειγμα για την διασφάλιση της ποιότητας στο σχεδιασμό, ανάπτυξη, παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση>>, είναι μέρος μιας σειράς τριών διεθνών προτύπων που περιέχουν απαιτήσεις συστημάτων για την ποιότητα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας από τρίτους. Οι απαιτήσεις αυτού του προτύπου είναι συμπληρωματικές προς τις προδιαγραμμένες τεχνικές απαιτήσεις του προϊόντος. Οι απαιτήσεις του προτύπου έχουν στόχο την ικανοποίηση του πελάτη μέσα από την πρόληψη μη

συμμορφώσεων σε όλα τα στάδια, από τον σχεδιασμό μέχρι την εξυπηρέτηση μετά την πώληση.

Η παράγραφος 1 του προτύπου αναφέρεται στο αντικείμενο του, δηλαδή ότι το πρότυπο χρησιμοποιείται για να δείξει την ικανότητα ενός προμηθευτή να σχεδιάσει προϊόντα με καθορισμένες επιδόσεις ή όταν η εμπιστοσύνη στην συμμόρφωση του προϊόντος μπορεί να αποκτηθεί με την απόδειξη σε ικανοποιητικό βαθμό των ικανοτήτων ενός προμηθευτή στο σχεδιασμό, στην ανάπτυξη, στην παραγωγή, στην εγκατάσταση και την εξυπηρέτηση.

Η παράγραφος 2 αναφέρεται στην ισχύ των διατάξεων του προτύπου κατά το χρόνο της έκδοσής του. Οι διατάξεις των προτύπων αναθεωρούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα (περίπου ανά επταετία), επομένως υποδεικνύει στους ενδιαφερόμενους να χρησιμοποιούν την πλέον πρόσφατη έκδοση του αντίστοιχου προτύπου.

Η παράγραφος 3 κάνει αναφορά σε ορισμούς που δίδονται στο πρότυπο ISO 8402 (λεξιλόγιο) και ισχύουν για το συγκεκριμένο πρότυπο. Το προϊόν είναι αποτέλεσμα δραστηριοτήτων ή διεργασιών και περιλαμβάνει ως έννοια την υπηρεσία, υλικό εξοπλισμό, υλικά από διεργασίες συνεχούς χαρακτήρα, λογισμικό ή συνδυασμό αυτών. Η προσφορά που γίνεται από ένα προμηθευτή, σε ανταπόκριση μιας πρόσκλησης για να υλοποιήσει μια ανάθεση σύμβασης για την παροχή προϊόντος. Τέλος, η σύμβαση αφορά συμφωνημένες απαιτήσεις μεταξύ προμηθευτή και πελάτη, οι οποίες μεταδίδονται με οποιοδήποτε μέσον.

Η παράγραφος 4 περιέχει τις απαιτήσεις του συστήματος για την ποιότητα, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Η Διοίκηση πρέπει να καθορίσει, δημοσιοποιήσει κι εκδώσει την Πολιτική Ποιότητας της εταιρείας. Αυτή καθορίζει τους στόχους ποιότητας και βοηθάει στην ανάδειξη της δέσμευσης της Διοίκησης στην Ποιότητα. Η επιχείρηση οφείλει να βεβαιώνει ότι η πολιτική για την ποιότητα έχει γίνει κατανοητή και εφαρμόζεται σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσής της.

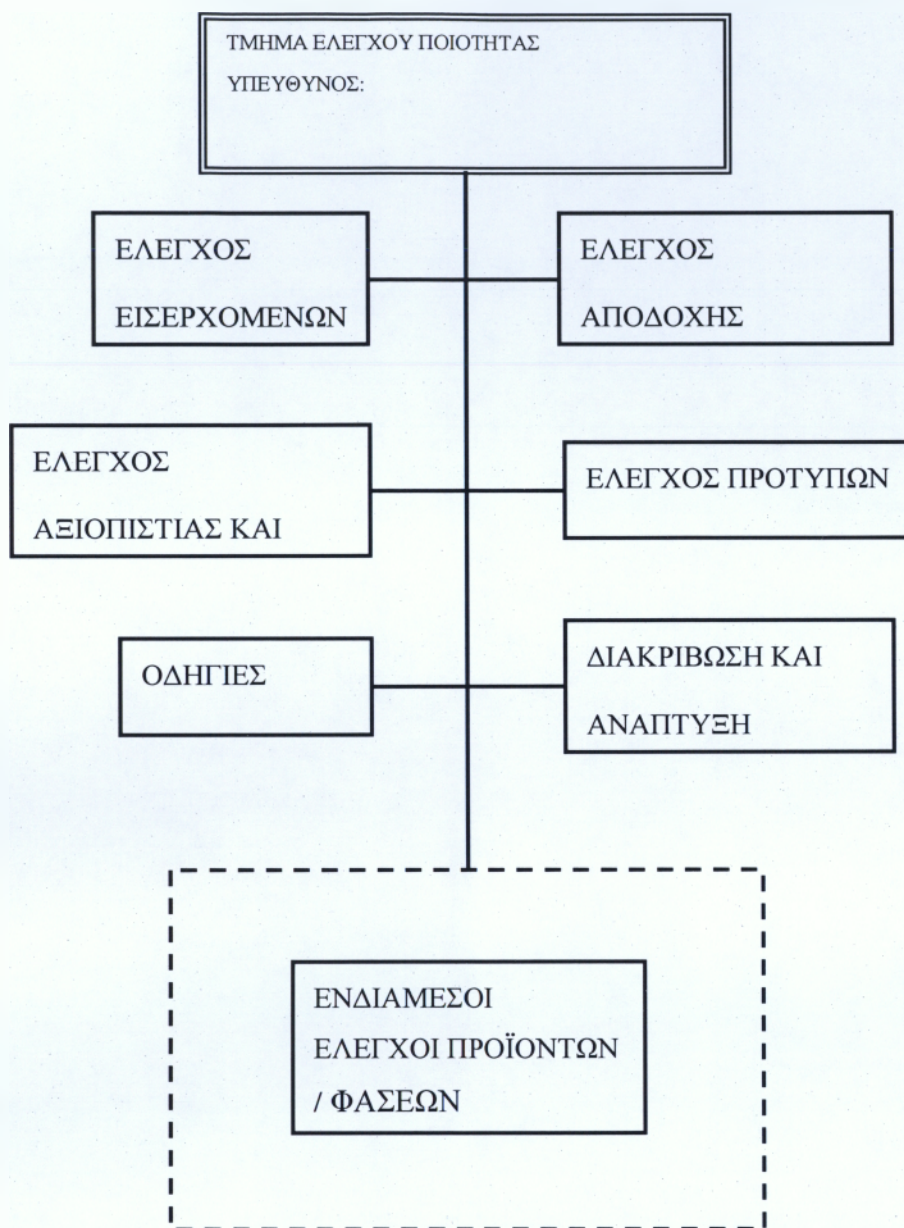
Πρέπει ακόμη να καθορίζονται οι υπευθυνότητες, οι αρμοδιότητες και οι αμοιβαίες σχέσεις όλου του προσωπικού που με την εργασία του επηρεάζει την Ποιότητα. Επίσης, πρέπει να προσδιοριστούν οι δραστηριότητες ελέγχου, επιθεώρησης και παρακολούθησης που απαιτούνται για τη διασφάλιση της ποιότητας, καθώς και το αναγκαίο προσωπικό για την πραγματοποίησή τους.

Επιπλέον, απαιτείται η εξασφάλιση όλων των μέσων καθώς και του εκπαιδευμένου προσωπικού για την εκτέλεση εργασιών που σχετίζονται με την ποιότητα. Τέλος, καθορίζεται ένας Εκπρόσωπος της Διοίκησης ο οποίος, πέρα από τις άλλες του υποχρεώσεις, διασφαλίζει ότι το Σύστημα Ποιότητας εφαρμόζεται και τηρείται. Βέβαια, η Διοίκηση πρέπει να αναθεωρεί περιοδικά το Σύστημα Ποιότητας για να εξασφαλίζει τη συνέχεια της καταλληλότητάς του και της αποτελεσματικότητάς του.

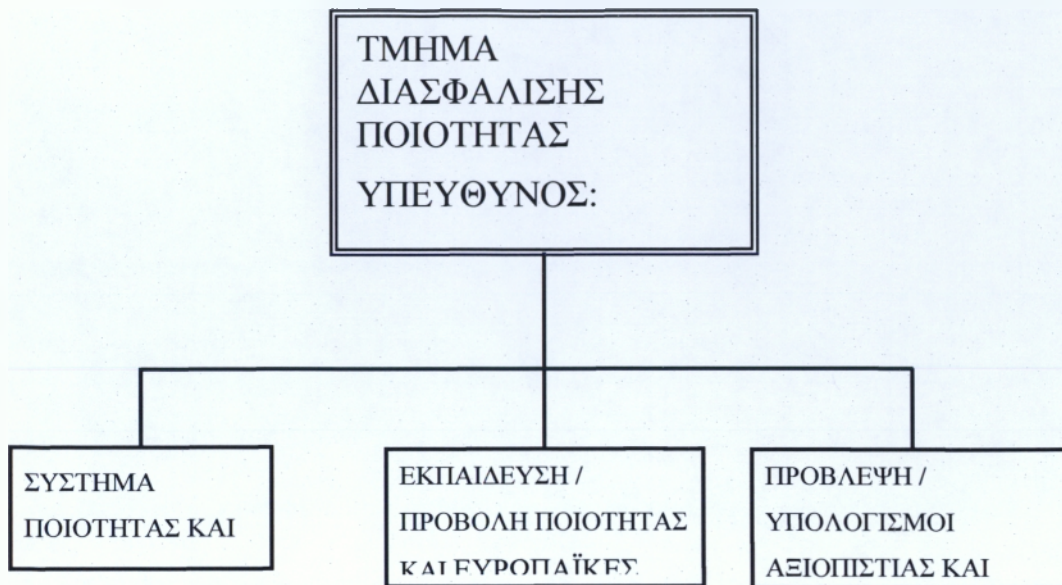
Στη συνέχεια απεικονίζονται επιμέρους οργανογράμματα των Διευθύνσεων οι οποίες επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργία του συστήματος ποιότητας.



Διάγραμμα 3: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



Διάγραμμα 4: ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



Διάγραμμα 5: ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι αρμοδιότητες του τμήματος ελέγχου ποιότητας είναι:

- Έκδοση οδηγιών ελέγχου ποιότητας
- Συντονισμός ελέγχων ποιότητας σε όλες τις φάσεις παραγωγής
- Έλεγχος πρώτων υλών / εξαρτημάτων
- Έλεγχος πρωτοτύπων δειγμάτων
- Έγκριση ποιότητας κατασκευής σε όλες τις φάσεις
- Έλεγχος αποδοχής ποιότητας τελικού προϊόντος
- Έλεγχος αξιοπιστίας προϊόντων / υλικών
- Δημιουργία λίστας κρίσιμων υλικών από πλευράς αξιοπιστίας
- Ειδικοί έλεγχοι (π.χ. ηλεκτρομαγνητική συμβατότητα, ασφάλεια χρήσης, έγκριση τύπου, κλπ.)
- Περιβαλλοντολογικές δοκιμές
- Δοκιμές τεχνικής ωρίμανσης / γήρανσης (Accelerated stress screen, Burn-in)
- Διακρίβωση συσκευών ελέγχου
- Ανάπτυξη ειδικών συσκευών / συστημάτων ελέγχου
- Αρχαιοθέτηση αποτελεσμάτων ελέγχου ποιότητας

Ακόμη, οι αρμοδιότητες του τμήματος διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνουν τα παρακάτω θέματα:

- Ερμηνεία προδιαγραφών και ανάλυση απαιτήσεων ποιότητας
- Επιθεωρήσεις διαδικασιών
- Στατιστική ανάλυση θεμάτων ποιότητας
- Προγράμματα πρόληψης ελαττωματικών προϊόντων
- Αξιολόγηση και παρακολούθηση προμηθευτών
- Ανάλυση κόστους ποιότητας
- Ανάλυση παραπόνων πελατών
- Εκπαίδευση και προώθηση κουλτούρας ποιότητας
- Συντονισμός κύκλων ποιότητας
- Συντονισμός ανάλυσης απαιτήσεων ποιότητας
- Εφαρμογή οδηγιών στην εκλογή και χρήση δομικών στοιχείων
- Υπολογισμοί εκτίμησης αξιοπιστίας (parts count method, parts stress analysis)
- Τακτές συναντήσεις με τα εμπλεκόμενα τμήματα ανασκόπησης σχεδιασμού (Design Review)
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ελέγχου αξιοπιστίας
- Διερεύνηση τυποποίησης και προτάσεις εφαρμογής
- Εκθέσεις ποιότητας
- Αρχαιοθέτηση αποτελεσμάτων παρακολούθησης συστήματος ποιότητας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Στοιχεία για την ποιότητα

2.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας εκφράζουμε την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας όπως νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα - θεραπευτήρια, κέντρα υγείας, φαρμακευτικές εταιρίες, ιατρούς, προμηθευτές ιατρικών μηχανημάτων. Οι υπηρεσίες υγείας με βάση τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης διακρίνονται σε τρεις μορφές: Η πρώτη μορφή αφορά το Κρατικό Σύστημα Υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κλινικές) και χρηματοδοτείται από το κρατικό προϋπολογισμό, στοχεύοντας στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών της υγείας όλου του πληθυσμού, σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge για τα εθνικά συστήματα υγείας και το μοντέλο Semashsko το οποίο εκπροσωπεί τα κρατικοποιημένα συστήματα στα σοσιαλιστικά καθεστώτα.

Η δεύτερη μορφή αποτελεί το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (δημόσια ταμεία, υπηρεσίες περίθαλψης, ιατρικές μονάδες, ιατροί συμβεβλημένοι) το οποίο βασίζεται στην ύπαρξη και λειτουργία πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων τα οποία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, μοντέλο Bismark. Και η τρίτη μορφή αφορά το σύστημα της Ιδιωτικής Υγείας, (διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά θεραπευτήρια, εξωτερικά ιατρεία). Το μοντέλο της ιδιωτικής υγείας διαμορφώνεται σύμφωνα με την προσφορά και την ζήτηση της αγοράς, οι δε, προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ιδιωτικές και κατά κανόνα και οι δαπάνες. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία είναι:

- Η επάρκεια ανθρωπίνων πόρων
- Οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι προς εκμετάλλευση
- Το εκάστοτε επιδημιολογικό πρότυπο
- Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη ενός τόπου

Το εθνικό σύστημα υγείας είναι ένας τομέας που οι περισσότεροι πολίτες υποσυνείδητα θεωρούν «φιλανθρωπικό», υπό την έννοια ότι οι υπηρεσίες υγείας σχεδόν ταυτίζονται με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που ο ρόλος τους είναι να «γιατρεύουν». Έτσι, παραμελείται η σημασία της οργάνωσης και διοίκησης στον τομέα αυτό. Στην υγεία, που αποτελεί κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα, δεν χωρούν η

ιδιωτικοποίηση και η κερδοσκοπία. Ωστόσο, η δραστηριοποίηση του ιδιωτικού κερδοσκοπικού επιχειρηματικού κεφαλαίου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι σήμερα μια υπαρκτή πραγματικότητα την οποία οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας.

Από τον μεγάλο κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα διαχωρίζουμε τον τομέα των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας. Πρόκειται για ατομικά ιατρεία (γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, φυσιοθεραπευτές) που καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες τις οποίες αδυνατεί να ικανοποιήσει ο δημόσιος τομέας, κυρίως λόγω έλλειψης οργανωμένου συστήματος ΠΦΥ. Η στήριξη των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας και η χρησιμοποίησή τους στο μεταβατικό στάδιο μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών και στην οικοδόμηση κοινωνικών συμμαχιών ενάντια στα μεγάλα συμφέροντα που επιδιώκουν τη μονοπώληση του χώρου.

Με τις διατάξεις των προηγθέντων Νόμων (Ν. 2646/98, Ν. 2889/01, Ν. 2955/01, Ν. 3204/03) και Προεδρικών Διαταγμάτων (ΠΔ 346/9816, ΠΔ 18/200017), εφαρμόστηκε ήδη, σε περιορισμένους τομείς της Υγείας, η Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων αυτών έχει ήδη δώσει θετικά αποτελέσματα, καθώς τα Νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε ιδιωτικούς φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντιστοίχων υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους κατά 20% περίπου.

Η ενεργοποίηση ενός πληρέστερου νομικού πλαισίου Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα, με βάση την εμπειρία που αποκτήθηκε, θεωρείται πλέον απολύτως απαραίτητη, για την ανάπτυξη του χώρου του Δημόσιου Τομέα της Υγείας που υστερεί, κυρίως από άποψη ανακαίνισης, ανανέωσης εγκαταστάσεων και εξοπλισμού. Το γεγονός, επίσης, ότι τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, οδηγεί στην αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Φαίνεται ότι η Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα θα αποτελέσει το απαραίτητο εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης. Με τη Σύμπραξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων μέσω συμβάσεων και τη συνεργασία του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα, πολλά παλαιά Νοσοκομεία θα μπορούσαν να ανακατασκευασθούν ή να ανακαινισθούν, ενώ η σύμπραξη αυτή φαίνεται ως η μοναδική δυνατότητα, ώστε ο Δημόσιος Τομέας να αρχίσει και πάλι να αναπτύσσεται.

Με τη ψήφιση του Ν. 3389/2005, η Κυβέρνηση προσπαθεί να εκμεταλλευτεί την εμπειρία, την τεχνογνωσία, τους πόρους και τις εν γένει δυνατότητες των ιδιωτικών φορέων μέσω συνεργασιών με δημόσιους φορείς, ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Ο νόμος για τις Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα δημιούργησε πλέον το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο που θα ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, μέσω Συμπράξεων. Σύμφωνα με το θεσμικό αυτό πλαίσιο:

- συστήνεται συλλογικό κυβερνητικό όργανο που θα εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική και θα λαμβάνει τις σχετικές αποφάσεις, καθώς και
- διοικητική υπηρεσία, Ειδική Γραμματεία, που θα έχει την ευθύνη υποστήριξης των εμπλεκόμενων κάθε φορά δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κατά την ανάθεση και υλοποίηση των συμβάσεων Σύμπραξης,
- παρέχονται επίσης κίνητρα τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς φορείς, ώστε να επιλέγουν τη μέθοδο Συμπράξεων για τα έργα ή τις υπηρεσίες που επιθυμούν να εκτελέσουν ή να παράσχουν, ενώ προβλέπεται και η διαδικασία για την άρση νομικών και πρακτικών προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών μέσω Συμπράξεων.

Η υγεία είναι άλλη μια παρεχόμενη υπηρεσία με ζήτηση, συνεχώς αυξανόμενη και έντονο ανταγωνισμό. Την αγορά, μοιράζονται το Δημόσιο και ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος στοχεύει στην κάλυψη των κενών που αφήνουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Έτσι, γίνεται σαφής η αναγκαιότητα των μάντζερ στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς η κακοδιαχείριση και η ανυπαρξία συστήματος οργάνωσης, μπορεί να προκαλέσει δυσχέρειες σε όλο το σύστημα υπηρεσιών υγείας.

Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αντικατοπτρίζεται στους ίδιους τους πολίτες – ασθενείς και από το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη – ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας που του παρασχέθηκαν. Στις σχετικές έρευνες προβαίνει ο ιδιωτικός τομέας υγείας, ο οποίος βασίζεται πολύ στις προτιμήσεις του πελάτη – ασθενή, σε αντίθεση με το δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο δεν ασχολείται ιδιαίτερα με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, πιθανότατα λόγω κόστους.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις αναφέρονται σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα δύο μεγαλύτερα νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης, Βενιζέλειο και ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η., με τυχαία δειγματοληψία 110 ασθενών. Σύμφωνα με

τη μελέτη, οι Έλληνες πολίτες λόγω της δυσαρέσκειάς τους από το δημόσιο σύστημα υγείας, χρησιμοποιούν και την ιδιωτική περίθαλψη πέρα από τη δημόσια. Και ενώ το 85,3% των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί τη δημόσια περίθαλψη, παράλληλα το 72,5% χρησιμοποιεί και ιδιωτική περίθαλψη, ενώ μόνο το 27,5% έδωσε αρνητική απάντηση. Άλλο ένα ποσοστό 16,5% συνεργάζεται με κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αναδεικνύεται έτσι, η μεγάλη ζήτηση της ιδιωτικής περίθαλψης.

Με την ευκαιρία της προώθησης σχεδίου συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και στη χώρα μας, πρέπει να αναφερθεί και ότι η συνεργασία των δύο τομέων δεν είναι νέα, αφενός μεν λόγω του ότι τα τελευταία χρόνια ολοκληρώθηκε σειρά έργων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα με συν-χρηματοδότηση και εκχώρηση δικαιωμάτων εκμετάλλευσης της χρήσης σε ιδιώτες, αφετέρου δε λόγω του ότι και στον τομέα της υγείας, η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού θεωρείται δεδομένη, αν και όχι με την ίδια ένταση σε όλες τις κατηγορίες των παρεχόμενων φροντίδων. Επιπλέον, το θεσμικό πλαίσιο της τελευταίας περιόδου επιτρέπει την ανάθεση επιμέρους λειτουργιών του δημόσιου τομέα υγείας σε ιδιωτικά εταιρικά σχήματα (όπως π.χ. τη φύλαξη των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας), καθώς και τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υγειονομικών υποδομών (όπως π.χ. οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας) υπό δημόσια χρηματοδότηση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας.

Οι πρωτοβουλίες αυτές οι οποίες μόνο ως θετικές μπορούν να αξιολογηθούν, φαίνεται πως ανοίγουν το δρόμο για μια εκτεταμένη συνεργασία και στην κατασκευή νέων νοσοκομείων, επιλογή η οποία θα αξιολογηθεί στη βάση της σχέσης κόστους/οφέλους, εφόσον συγκεκριμενοποιηθούν περισσότερο οι σχετικές επιλογές. Όμως στην πραγματικότητα, τα νοσοκομεία -για παράδειγμα- ως οι μεγαλύτερες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελούν συγχρόνως και επιχειρήσεις με έσοδα και έξοδα, κέρδη και ζημίες.

2.2 Αρχές της διαχείρισης ποιότητας

Για να είναι ένας οργανισμός ή μια υπηρεσία επιτυχημένοι απαιτούνται κάποιες προϋποθέσεις. Αρχικά, κρίνεται απαραίτητη η χρήση μεθοδικών και συστηματικών προσεγγίσεων από τη διοίκηση. Επίσης, η υπηρεσία θα πρέπει να προσαρμοστεί στις σύγχρονες τάσεις και απαιτήσεις, ενώ κρίνεται απαραίτητη και η συνεχής βελτίωση της απόδοσής της. Ακόμη, η αντιμετώπιση των αναγκών όλων των

ενδιαφερομένων μερών θεωρείται αναγκαία. Επιτυχείς εταιρείες είναι λοιπόν αυτές οι οποίες οδηγούνται από τη Ποιότητα - από τον τρόπο που λειτουργούν, από το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη, από το επίπεδο υπηρεσιών και τα προϊόντα που παράγουν. Η εστίαση στην ποιότητα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για έναν πιο ανταγωνιστικό και ευέλικτο οργανισμό που έχει τα εφόδια να κερδίσει νέες ευκαιρίες σε μία ολοένα αυξανόμενη και ανταγωνιστική αγορά.

Έπειτα από συνεχή έρευνα προέκυψαν οι οκτώ βασικές αρχές της ποιότητας, οι οποίες θα πρέπει να κατανοηθούν και ληφθούν υπόψη από τη διοίκηση ενός νοσοκομείου και κατ' επέκταση κάθε οργανισμού. Αυτό πρέπει να γίνει τόσο κατά το σχεδιασμό ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας όσο και σε κάθε δραστηριότητα του οργανισμού για να εξασφαλιστεί η συνεχής αναβάθμισή του και η ικανοποίηση όλων των ενδιαφερομένων μερών. Οι οκτώ αρχές επιγραμματικά είναι οι εξής:

1. **Εστίαση στον πελάτη** - οι οργανισμοί βασίζονται στους πελάτες τους και επομένως χρειάζεται να οργανώσουν τις δραστηριότητές τους γύρω από την εκπλήρωση των αναγκών της αγοράς.
2. **Ηγεσία** - χρειάζεται για να εξασφαλίσει ενότητα του σκοπού και κατεύθυνση.
3. **Εμπλοκή των ανθρώπων** - δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου οι άνθρωποι εμπλέκονται πλήρως στο να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού.
4. **Προσέγγιση μέσω διεργασίας** - για να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού, πόροι και δραστηριότητες πρέπει να διοικούνται ως διεργασίες, με κατανόηση του πως το αποτέλεσμα μίας διεργασίας επηρεάζει τις υπόλοιπες.
5. **Συστηματική προσέγγιση στη διοίκηση** - η αποτελεσματικότητα και η ικανότητα του οργανισμού βασίζεται επάνω στη συστηματική προσέγγιση των δραστηριοτήτων.
6. **Συνεχής βελτίωση**- η εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης ως μέρος της καθημερινής κουλτούρας αποτελεί το βασικό στόχο για έναν οργανισμό.
7. **Αποφάσεις βασιζόμενες σε δεδομένα** - οι αποτελεσματικές αποφάσεις βασίζονται στη λογική και διαισθητική ανάλυση δεδομένων και στοιχείων.
8. **Αμοιβαίες ευεργετικές σχέσεις με προμηθευτές** - τέτοιες σχέσεις θα αυξάνουν την ικανότητα να δημιουργείται αξία.

Οι αρχές αυτές είναι γενικές και προορίζονται να είναι εφαρμόσιμες σε όλους τους οργανισμούς ανεξαρτήτως τύπου, μεγέθους και υπηρεσίας που παρέχεται. Κάθε αρχή διαχείρισης της ποιότητας είναι ένας βασικός και θεμελιώδης κανόνας για τη διοίκηση και τη λειτουργία ενός οργανισμού. Στοχεύει στη μακροπρόθεσμη και συνεχή βελτίωση της επίδοσης, επικεντρώνοντας την προσοχή στους πελάτες και συγχρόνως καλύπτοντας τις ανάγκες όλων των άλλων ενδιαφερομένων μερών. Όταν αυτές οι αρχές είναι πλήρως υιοθετημένες, τότε μπορούν να βοηθήσουν να βελτιωθεί η επιχειρηματική επίδοση.

2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα των ιατρικών προϊόντων, τα πρότυπα ασφαλείας και επιδόσεων στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας καθώς και η βασική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αποτελούν τομείς δραστηριότητας που έχουν καθοριστική σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας και την αποφυγή αρνητικών συνεπειών στους ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω, η λήψη νομοθετικών μέτρων σε συνδυασμό με τη σύσταση υπηρεσιών και ομάδων εργασίας (που διατυπώνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώμες) αποτελούν τον κορμό των δραστηριοτήτων της ΕΕ στον συγκεκριμένο τομέα.

Η πρώτη έμμεση αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται στο Ν.2519/1997 με την πρόβλεψη σύστασης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9 Ν.2519/1997). Το άρθρο 9 θεσμοθετεί τον ποιοτικό έλεγχο των προσφερομένων υπηρεσιών. Η σημαντική αυτή αποστολή ανατίθεται στο Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σκοπός αυτής της αυτοτελούς μονάδας όπως ορίζει ο νόμος είναι:

- η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας
- ο έλεγχος διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας

- η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας
- η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του υπουργού υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ακόμα, σύμφωνα με το Ν. 2519/97 το κράτος προστατεύει τα δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του αρ. 1 του Ν. 1397/83 με βάση το οποίο «...το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών...» και «...οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση...». Ο νόμος ταυτίζει τις Υγειονομικές Περιφέρειες με τις Διοικητικές, δημιουργεί υπηρεσία Σχολικής Υγείας, Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας. Στο τομέα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας προβλέπει για τις αστικές και ημιαστικές περιοχές τη δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επαναφέρει τον θεσμό του Οικογενειακού γιατρού και παιδίατρου.

Μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 2889/2001 του Παπαδόπουλου που περιλαμβάνει τεκμηριωμένη γνώση, επιτροπές ποιότητας, κατοχύρωση δικαιωμάτων ασθενών, ολοκληρωμένη φροντίδα, προσωπικό γιατρό για όλους, πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των πανεπιστημιακών. Η μεταρρύθμιση αυτή στόχευε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών, στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων και στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Με βάση τους στόχους αυτούς θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες όπως ο ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού ινστιτούτου υγείας και τμήματα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο της εφαρμογής τους σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου ποιότητας.

Το άρθρο 6 προβλέπει ότι η πληρωμή των προμηθευτών θα γίνεται μέσα από αλληλόχρεο τρεχούμενο λογαριασμό μεσολαβούσης τράπεζας για να αντιμετωπιστεί η καθυστέρηση στην εξόφληση των προμηθευτών. Ο Αλ. Παπαδόπουλος παρουσίασε

αυτή τη διάταξη ως το τέλος του «δανεισμού» των νοσοκομείων από τους προμηθευτές. Εξάλλου μεταξύ άλλων, καθιερώνεται νέο θεσμικό πλαίσιο για την οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και την στελέχωση της ιατρικής τους υπηρεσίας.

Επίσης, ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας με την ίδρυση των ΠεΣΥ, την διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, τον διορισμό Διοικητών στα νοσοκομεία, την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, τη δημιουργία γραφείων υποδοχής ασθενών, τμημάτων επειγόντων περιστατικών κ.ά. Το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» Γ΄ ΚΠΣ 2000-2006 σε συνδυασμό με τον Ν. 2889 διαμορφώνουν το πλαίσιο της πολιτικής υγείας στη Ελλάδα και θέτουν τους νέους στόχους για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας πιο σύγχρονων και αποτελεσματικών εναρμονισμένων με τις ανάλογες πολιτικές της Ε.Ε.

Η επόμενη μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 3172/2003 για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή αφορά την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και θεσμοθετεί σύσταση εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας το οποίο λειτουργεί βάσει αναγνωρισμένης και τεκμηριωμένης γνώσης και έχει μεταξύ άλλων τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- γνωμοδοτεί και προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της δημόσιας υγείας
- υποβάλλει προτάσεις για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας
- γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας
- γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες στη δημόσια υγεία.

Η μεταρρύθμιση 3235/2004 για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στοχεύει στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης, επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας, μέσω της παραπομπής και παρακολούθησης της διακίνησης τους από τον οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό του

συστήματος υγείας. Με βάση αυτόν το στόχο θεσμοθετεί όργανα και διαδικασίες οι οποίες συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας υγείας.

Στα τέλη του 2006 κυκλοφόρησε και ένα νέο σχέδιο Νόμου για τις κρατικές προμήθειες στο χώρο της υγείας. Ο Νόμος 3580/2007 επανέφερε στην ουσία παλαιές, εν πολλοίς, προβληματικές πρακτικές και νοοτροπίες της περιόδου πριν το 2001. Με το σχέδιο Νόμου συγκεντρώνονταν πάλι όλοι οι διαγωνισμοί ετήσιοι ή μη στο χώρο της υγείας, σε ένα φορέα. Η σύσταση μιας εννεαμελούς Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) στο Υπουργείο Υγείας ήταν αρμόδια για τα πάντα πλην, της διενέργειας των διαγωνισμών προμηθειών. Αναλυτικότερα μεριμνούσε από τον επιχειρησιακό και στρατηγικό σχεδιασμό, τον καθορισμό όλων των διαδικασιών διενέργειας ενός διαγωνισμού, τη σύνταξη του προϋπολογισμού, την εκτέλεση των πληρωμών έως και την εξεύρεση πόρων για την έγκαιρη εξόφληση των οφειλών.

Η ΕΠΥ όμως, δε θα διενεργούσε τους διαγωνισμούς, ούτε θα τηρούσε το Μητρώο των προμηθευτών ούτε τέλος θα σύντασσε τις προδιαγραφές των προϊόντων. Αυτά θα τα υλοποιούσαν τρεις φορείς, η ΙΦΕΤ, η ΔΕΠΑΝΟΜ και το ΕΚΕΒΥΛ. Έτσι λοιπόν αποκεντρώνονταν κάποιες λειτουργίες, που αφορούσαν όμως συγκεντρωτικούς διαγωνισμούς. Εδώ, στο συγκεκριμένο αποκεντρωτικό μηχανισμό λειτουργίας ενός όμως άκρως συγκεντρωτικού συστήματος, εντοπιζόταν, σύμφωνα με πολλούς, η καινοτομία του προηγούμενου σχεδίου Νόμου. Η αποκέντρωση αυτή θα ελάμβανε χώρα με τη βοήθεια των τριών προαναφερθέντων υφιστάμενων, και όχι νέων, φορέων.

Ο νόμος αυτός δεν αντιμετώπιζε στην ουσία τα προβλήματα των προμηθευτών ενώ από την άλλη, το μέγεθος των διαγωνισμών σε περιφερειακό επίπεδο, μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένες τιμές προσφοράς. Οπότε καθώς περιόριζε τη γραφειοκρατία που υφίσταται σε μεγάλο βαθμό στο πλαίσιο των συγκεντρωτικών διαγωνισμών, δίνοντας την ευκαιρία στους προμηθευτές που έχαναν μια σύμβαση ενός ΠΕΣΥ να συμμετάσχουν σε άλλους διαγωνισμούς άλλων ΠΕΣΥ, δεν υπήρχε λόγος ματαίωσης των διαγωνισμών μέσω των γνωστών τεχνικών που υπάρχουν. Επίσης δεν εμπεριείχε τα όποια 'καινοτόμα' στοιχεία του προηγούμενου σχεδίου Νόμου και θεωρείται ένας νόμος που αναπαράγει ένα παραδοσιακό σύστημα προμηθειών, το οποίο βέβαια καθοδηγείται από τις νέες διαδικασίες της Οδηγίας 18/2004.

Κάθε χώρα αντιμετωπίζει τις δικές της προκλήσεις, υπάρχουν πολλές εμπειρίες τις οποίες οι χώρες μπορούν να ανταλλάξουν μεταξύ τους σχετικά με τον

ορισμό, τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας. Μια κοινή εμπειρία είναι ότι η βελτίωση της ποιότητας εξαρτάται δευτερευόντως από την ύπαρξη περισσότερου προσωπικού, εξοπλισμού ή χρημάτων και κυρίως από την αναδιοργάνωση της διαχείρισης των πόρων που ήδη υπάρχουν. Σχετίζεται περισσότερο με τη συμπεριφορά παρά με την τεχνολογία. Γι' αυτό το λόγο, το ανοιχτό πνεύμα, η εμπιστοσύνη, η παροχή κινήτρων και η αφοσίωση αποτελούν τα θεμέλια μιας νοοτροπίας ποιότητας. Για την αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας προτείνεται η εφαρμογή των υφιστάμενων μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ.

Οι σπόροι της βελτίωσης ποιότητας προϋποθέτουν ένα γόνιμο έδαφος που μπορεί να χρειαστεί χρόνια για να προετοιμαστεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αξιολόγηση της ποιότητας

3.1 Αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση Δεικτών Αξιολόγησης. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον καθορισμό των νέων στόχων.

Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από την άποψη των κύριων συμμετεχόντων (χρήστες, προμηθευτές φροντίδας, ασφαλιστικοί οργανισμοί, πολιτικοί και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας) και σε σχέση με σαφή κριτήρια, τα οποία αντανακλούν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία. Μολονότι οι όροι αξιολόγηση και μέτρηση χρησιμοποιούνται συχνά ο ένας στη θέση του άλλου, στην ουσία απέχουν σημαντικά. Η μέτρηση αναφέρεται στη διαδικασία αποκόμισης βαθμολογίας για μια μεταβλητή, ενώ η αξιολόγηση είναι η διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική, γιατί η διαμόρφωση μιας κρίσης συνεπάγεται την αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών και των οργανωτικών συστημάτων στην αξιολόγηση. Ο Suchman (1967) επεσήμανε ότι η αξιολόγηση είναι μια κυκλική διαδικασία η οποία ξεκινά και ολοκληρώνεται με τη διαμόρφωση κρίσεων αξιών, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.

Η διαδικασία κυκλικής αξιολόγησης



Πηγή: Μοντέλο προσαρμοσμένο από το Suchman (1967)

Διάγραμμα 6: Η διαδικασία της κυκλικής αξιολόγησης

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

Η αξιολόγηση των στελεχών στο χώρο της υγείας παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες, κυρίως λόγω της σύνθεσης του προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, κ.λπ.). Όταν όμως η μέτρηση των ιδιοτήτων και των συμπεριφορών γίνεται έπειτα από συνεχή παρατήρηση και προσωπική μελέτη, στο ευαίσθητο περιβάλλον της υγείας, επιτυγχάνεται η ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που

σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους, οι οποίοι αξιοποιούνται αποτελεσματικότερα, ώστε να υποστηρίξουν με επιτυχία τα συστήματα.

Με τον όρο «Αξιολόγηση», νοείται η εκτίμηση, με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και των μέσων και των διεργασιών που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αυτή. Η αξιολόγηση ποιότητας ξεκινά με την πρόσβαση του ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας και συνεχίζει μέχρι τη διαδικασία εξιτηρίου.

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

1. Αποδοτικότητα
2. Αποτελεσματικότητα
3. Επιστημονική και Τεχνική Ποιότητα
4. Επάρκεια
5. Επίδραση
6. Επίπτωση
7. Οικονομική Διάσταση

Τα παραπάνω στοιχεία, αποτελώντας βασικές παραμέτρους που λαμβάνονται υπ όψιν κατά την διεργασία της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας, είναι προφανές ότι θα δημιουργήσουν προβληματισμούς κατά την διάρκεια της αξιολόγησης. Οι προβληματισμοί αυτοί εντοπίζονται στη συσχέτιση των μέσων ως προς τους στόχους, των αποτελεσμάτων τα οποία επιτεύχθηκαν και των αποτελεσμάτων ως προς τα μέσα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν.

Επιπλέον, οι αξιολογήσεις των προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας επικεντρώνονται στα ακόλουθα μοντέλα:

- **ανάλυση κόστους - ωφέλειας** :Στην ανάλυση αυτή, τα κόστη μεταφράζονται σε οικονομικές μονάδες, συνεπώς ο αναλυτής-αξιολογητής μπορεί να συγκρίνει ανόμοια στοιχεία και καταστάσεις. Έτσι, μπορούν να υπολογιστούν τα κόστη ανέγερσης ενός γενικού νοσοκομείου και να συγκριθούν με την

αντίστοιχη ανέγερση μιας κλινικής ή ενός διαγνωστικού κέντρου. Το κύριο μειονέκτημα της ανάλυσης, είναι ότι δεν είναι δυνατό, συγκρίνοντας στοιχεία κόστους, να συγκριθούν μεγέθη που αποσκοπούν στην βελτίωση της παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Το παραπάνω κενό, καλύπτεται από το μοντέλο αξιολόγησης ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας.

- **ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας:** Σε αυτή την ανάλυση, τα διαφορετικά είδη κόστους μεταφράζονται σε οικονομικές μονάδες και ακολούθως, συγκρίνονται και αποτιμώνται σε φυσικές μονάδες.
- **ανάλυση κόστους – χρησιμότητας:** Στην ανάλυση αυτή, χρησιμοποιούνται αρχικά, οικονομικές μονάδες κόστους, οι οποίες ακολούθως συγκρίνονται και μεταφράζονται σε φυσικές μονάδες, που περικλείουν ποιότητα και χρηστικότητα ως εξερχόμενο.
- **ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους:** Η συγκεκριμένη ανάλυση χρησιμοποιείται κυρίως στις περιπτώσεις όπου προσχεδιασμένα αποτελέσματα είναι δυνατόν να επιτευχθούν με ισοδύναμη μεθοδολογία και με κριτήριο το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- **ανάλυση κόστους – ασθένειας:** Στην συγκεκριμένη ανάλυση, λαμβάνονται υπόψη τα κόστη που απαιτούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης νόσου, σε σχέση με τις οικονομικές επιπτώσεις αυτής.
- **ανάλυση της ποιότητας ζωής:** Η ανάλυση αυτή, μετρά και αξιολογεί τις επιπτώσεις της παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Στην έννοια της ποιότητας ζωής, που είναι πολυδιάστατη, η ανάλυση είναι δυνατό να επιτευχθεί μέσω πολλαπλών μετρήσεων της κάθε διάστασης της ποιότητας ζωής ξεχωριστά, μέσω της διάκρισης αλλά και της συσχέτισης υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων και μέσω της συνδυασμένης χρήσης πηγών συλλογής στοιχείων.

Η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας συνιστά ένα ζήτημα συνεχώς αυξανόμενης σπουδαιότητας, δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμα

αναπτυχθεί συστήματα ιατρικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας, ενώ εμπειρικές μελέτες αναδεικνύουν το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Ο Αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας Donabedian πρότεινε τρεις βασικούς τρόπους για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα:

1. Η μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή αξιολόγηση των προϊόντων μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
2. Η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
3. Η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας.

Σήμερα στον κλάδο της ποιότητας στην υγεία κυριαρχεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας, η οποία ξεπερνά την απλή μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε κάποια προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση ποιότητας είναι δυναμική προσέγγιση στην διασφάλιση της ποιότητας σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η βελτίωση ποιότητας υποστηρίζει τόσο την προσπάθεια του συνόλου, όσο τονίζει και την σημαντικότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό.

Η συνεχής Βελτίωση Ποιότητας αφορά όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Οδηγεί σε συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της επιχείρησης, της τεχνολογίας και των παραγωγικών δυνατοτήτων.

Δείκτες μέτρησης, είναι τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, κατά τις συναλλαγές τους με τις δημόσιες υπηρεσίες. Σκοπός της μέτρησης, είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών της διοίκησης, προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη, η επαύξηση της εμπιστοσύνης και του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών του από τη διοίκηση, η ενίσχυση της διαφάνειας, η πληρέστερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και γενικότερα, η άσκηση της Διοίκησης προς όφελος του πολίτη. Το μέτρο εντάσσεται στο Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης. Συγκεκριμένα με το Ν. 3230/04 καθιερώνεται το σύστημα διοίκησης

στόχων, με το οποίο επιδιώκεται η αποτελεσματικότερη λειτουργία των Δημοσίων Υπηρεσιών και η ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες ανάγκες και τα πρότυπα διοίκησης.

Με τον ίδιο νόμο ορίζεται, ότι η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών, μετρώνται με βάση γενικούς και ειδικούς δείκτες που αφορούν τους τομείς της Διοίκησης, της Εποπτείας των Ο.Τ.Α., της Αστικής κατάστασης και της Μετανάστευσης, της Έρευνας, της Τεχνολογίας και της Καινοτομίας, της Ανάπτυξης, των Οικονομικών Πόρων, του Περιβάλλοντος, της Προστασίας των Δασών, της Γεωργικής Ανάπτυξης, των Φυσικών Πόρων, των Μεταφορών και των Διαπεριφερειακών - Διακρατικών συνεργασιών.

3.2 Μεθοδολογία Αξιολόγησης

Τα βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του πλαισίου αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον καθορισμό του πεδίου αξιολόγησης, δηλαδή το κύριο αντικείμενο αυτής, τους προσχεδιασμένους στόχους της αξιολόγησης, τον καθορισμό της μεθοδολογίας η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί και τέλος τη συλλογή και ανάλυση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, το κύριο αντικείμενο αξιολόγησης μπορεί να αφορά μεμονωμένες Υπηρεσίες Υγείας ή ολόκληρες κατηγορίες αυτών (π.χ. Αξιολόγηση Υπηρεσιών Εντατικής Θεραπείας ή ολοκληρωμένες Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, Επείγοντα Περιστατικά κ.α.).

Όσον αφορά στους προσχεδιασμένους στόχους στις υπό αξιολόγηση Υπηρεσίες Υγείας, αυτοί μπορεί να διακριθούν σε Κύριους και σε Υποστηρικτικούς-Ειδικούς. Στους μεν πρώτους, καθορίζονται τα προσχεδιασμένα αποτελέσματα τα οποία θα πρέπει να προκύψουν από την αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας, χωρίς όμως να επεκταθούν σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες. Όσον αφορά στους Υποστηρικτικούς-Ειδικούς στόχους, αυτοί θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από λεπτομερείς περιγραφές και εξειδίκευση ανά κατηγορία και τομέα. Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι οι οποίοι θα έχουν τεθεί θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται οι συνηθέστερες πηγές πληροφοριών από τις οποίες είναι δυνατόν να προκύψουν και να

συλλεχθούν δεδομένα. Τέτοιες πηγές μπορεί να είναι διαφόρων τύπων στατιστικές οι οποίες αφορούν στη δομή, στην οργάνωση, στο νομοθετικό πλαίσιο και στη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας. Επίσης, πηγές πληροφοριών αποτελούν στατιστικές μελέτες οι οποίες αφορούν στον πληθυσμό, στη φυσική κίνηση αυτού, σε επιδημιολογικές έρευνες, αξιολογήσεις ασθενών και φυσικά ιατρικές μελέτες και δημοσιεύσεις.

Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες αξιολόγησης, οι διευθυντές μπορεί να αποφασίσουν: να διακόψουν ή να συνεχίσουν το πρόγραμμα, να βελτιώσουν τις διαδικασίες του, να προσθέσουν ή να σταματήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές, να χρησιμοποιήσουν παρόμοια προγράμματα σε άλλους τομείς, να καταναείμουν τους περιορισμένους πόρους μεταξύ των προγραμμάτων και να αποδεχτούν ή να απορρίψουν την προσέγγιση ενός προγράμματος.

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

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

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

την μέτρηση της απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας, αποτελούν η μέση διάρκεια νοσηλείας, μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης, μέση κάλυψη κλινών, ποσοστό μείωσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, ποσοστό μείωσης επανεισαγωγών, ικανοποίηση ασθενών, αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή ανά νοσηλευτή, κ.λ.π

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση Δεικτών Αξιολόγησης. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων.

3.3 Ρυθμίσεις για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα και η απόδοση του τομέα της υγείας σε κάθε χώρα και ιδιαίτερα στην Ελλάδα συγκεντρώνει ολοένα και περισσότερο την προσοχή του κρατικού μηχανισμού συμπεριλαμβανομένου και το ενδιαφέρον των πολιτών - ασθενών. Ο τομέας της υγείας, που καλείται στην παγκοσμια βιβλιογραφία ως εκείνος με τη μεγαλύτερη ποικιλία και συγκέντρωση υπηρεσιών σε ένα χώρο, έχει να κάνει με την ικανοποίηση των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών. Με σκοπό την ικανοποίηση όλων αυτών των αναγκών, οι παροχείς φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) αναζητούν «νέες» λύσεις σε «παλαιά» προβλήματα, όπως είναι η μέτρηση της αποδοτικότητας στους οργανισμούς, τα εναλλακτικά χρηματοδοτικά εθνικά πρότυπα του υγειονομικού συστήματος, η ποιότητα στην ιατρική φροντίδα, η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών (π.χ. πληροφοριακά και επικοινωνιακά συστήματα - I.C.Ts) και θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενή.

Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί θεμελιώδη απαίτηση της κοινωνίας. Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε σωστά λειτουργούντος κράτους. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο

νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Από την εξέταση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει επιτακτική ανάγκη αναβάθμισης, ποιοτικά, των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, τόσο διεθνώς, όσο και στη χώρα μας. Αμέσως παρακάτω, παραθέτονται ορισμένες προτάσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Αρχικά, θα πρέπει να βελτιωθούν οι κτιριακές υποδομές, οι χώροι υγιεινής, οι χώροι αναμονής και ο ιατρικός εξοπλισμός, τα οποία συνήθως είναι απαρχαιωμένα ή έχουν σημαντικές ελλείψεις. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντική η παροχή έγκαιρης υπηρεσίας υγείας όταν υπάρχει ανάγκη, η σαφή μείωση στις λίστες και στους χρόνους αναμονής και η μεγαλύτερη ευκολία κλεισίματος ραντεβού. Βέβαια, όλα αυτά είναι αδύνατον να επιτευχθούν αν δεν υπάρχει επαρκής αριθμός ιατρών και νοσηλευτών. Επίσης, θα πρέπει να δοθούν κίνητρα μεγαλώνοντας τις οικονομικές απολαβές ή παρέχοντας δυνατότητες εξέλιξης στους εργαζομένους. Η θέσπιση κινήτρων, τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας και με το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών θα τους έκανε να δείχνουν καλύτερο επαγγελματισμό, προθυμία και διάθεση εξυπηρέτησης στον ασθενή και στους συνοδούς του.

Η διασφάλιση Ποιότητας αποτελεί επίσης μια πιο «προχωρημένη» μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας τις υπηρεσίες η οποία κατοχυρώνει ότι η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους. Πρέπει, λοιπόν, για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος, κατ' αρχάς, όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή και διάθεση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές από εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Ο τελικός στόχος της διασφάλισης της Ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Η εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης της Ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολος – αν όχι αδύνατος – ο ακριβής προσδιορισμός των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου.

Επιτακτική είναι και η ανάγκη εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων με την εισαγωγή νέων μεθόδων ορθολογικής διαχείρισης, παράλληλα με μια πολυεπίπεδη

αναδιάρθρωσή τους. Όσον αφορά τους στόχους της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, της ικανότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, απαιτείται ο επιχειρησιακός εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο), μέσα από τον ορθολογισμό της λειτουργίας των υφισταμένων δομών και τη δημιουργία σύγχρονων συστημάτων διαχείρισης, διοίκησης και ελέγχου. Παράλληλα, η ανάπτυξη των αναγκαίων δομών στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης, θα επιτρέψει στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας να ανακτήσουν τον δικό τους διακριτό ρόλο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας. Ο εκσυγχρονισμός της διαχείρισης και της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας θα συμβαδίζει με μία πλέον ορθολογική αναδιάταξη του προσωπικού, στο πλαίσιο μιας νέας πολιτικής εξέλιξης του προσωπικού, προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα από ποσοτική και ποιοτική άποψη.

Ο προγραμματισμός, η οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται βάσει παλαιών προτύπων που δεν δίνουν την δυνατότητα για την εφαρμογή ενός σύγχρονου και ορθολογικού μανάτζμεντ. Κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη η ανάπτυξη μιας πλατφόρμας διοίκησης για την εφαρμογή των νέων μεθόδων και εργαλείων προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Η ικανοποίηση του πολίτη εξαρτάται από την οργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Αναμονή, σφάλματα, επανάληψη υπηρεσιών, γραφειοκρατία, χάσιμο πολύτιμου χρόνου άρα και εισοδήματος, συγκρούσεις, αναξιόπιστη πληροφορία μπορούν να αποφευχθούν με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης συστημάτων.

Από τα μεγαλύτερα προβλήματα του ΕΣΥ και αιτία της χαμηλής ικανοποίησης των ασθενών είναι η άσχημη ξενοδοχειακή υποδομή των περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων όπως: παλαιά και κακο-συντηρημένα κτήρια, κακή πρόσβαση του ασθενή σε υπηρεσίες του νοσοκομείου, έλλειψη διαιτολογικού προγράμματος, μη τήρηση των κανόνων, καθαριότητα, οργάνωση των χώρων, ασφάλεια κ.α. και η ανεπάρκεια του σε σύγχρονο βιοιατρικό εξοπλισμό. Παρά τη συνεχή προσπάθεια ανακαίνισης των κτηρίων, την κατασκευή νέων και την προμήθεια εξοπλισμού μέσω των τριών ΚΠΣ για πάνω από δέκα χρόνια υλοποίησής τους ακόμη ο πολίτης δεν έχει δει διαφορά αφού η ανέγερση των νέων νοσοκομείων γινόταν όπου υπήρχαν ρυθμιστικές μελέτες κι όχι όπου αυτά ήταν πραγματικά απαραίτητα. Το ίδιο συνέβη και με τις ανακαινίσεις κτιρίων, οι οποίες ήταν κατευθυνόμενες προς συγκεκριμένα νοσοκομεία χωρίς να υπάρχει ένας κεντρικός

μηχανισμός αξιολόγησης των προτεινόμενων έργων και θέσπισης προτεραιοτήτων στην εκτέλεσή τους.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό τα προβλήματα που αφορούν την ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και λοιπές υπηρεσίες στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι κοινά και συγκλίνουν στην έλλειψη προσωπικού, στην άσχημη κατανομή των ανθρώπινων πόρων μεταξύ των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στην ισοπεδωτική πολιτική περί αμοιβής τους και τη μη σύνδεσή της με το παραγόμενο έργο, στις άνισες ευκαιρίες για κατάρτιση, στη μη επιβράβευση της δεοντολογικής συμπεριφοράς, στην ανοχή της ανεπάρκειας και στην έλλειψη κινήτρων και κυρώσεων και στην σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων.

Τέλος αυτό που πρέπει να είναι ξεκάθαρο είναι ότι ο ασθενής είναι στο επίκεντρο κάθε αλλαγής στο Σύστημα Υγείας άρα το Εθνικό Σχέδιο για την Υγεία πρέπει να έχει δύο βασικούς στόχους την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πολίτη και την ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι Μονάδες Υγείας είναι απαραίτητο να έχουν στρατηγικό σχεδιασμό, για να καταστούν ικανές να αντιμετωπίσουν τις επερχόμενες αλλαγές στο χώρο των δραστηριοτήτων τους. Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανάπτυξής τους επιτυγχάνεται με τη βαθιά γνώση και τη συνδυασμένη εφαρμογή της επιστήμης του Μάνατζμεντ με τις επιστήμες της Υγείας. Παρότι είναι δύσκολη η εφαρμογή του ομαδικού τρόπου εργασίας στις ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, με τη σωστή λειτουργία ομάδων εργασίας επιτυγχάνεται καλύτερη απόδοση σε πολύπλοκους στόχους, ευελιξία, υποκίνηση, ανταποκρισιμότητα και ολική αξιοποίηση των δεξιοτήτων των μελών τους.

Κάθε Μονάδα Υγείας πρέπει να αποτελεί το φορέα της υπεύθυνης ενημέρωσης της κοινωνίας και του πολίτη και να έχει σχεδιασμό πιθανών κρίσεων σε επίπεδο διοίκησης και ασθενών. Για την αποτελεσματική λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας απαιτούνται η εφαρμογή ενός συστήματος ολιστικής ποιότητας, η ικανοποίηση των εξωτερικών (ασθενείς - συγγενικό περιβάλλον τους) και των εσωτερικών (εργαζόμενοι) πελατών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ποιότητα και ικανοποίηση

4.1 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών παγκοσμίως οι προσπάθειες όλων των οργανισμών για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Έχοντας ως στόχο τον έλεγχο της ποιότητας των προϊόντων, υιοθετήθηκαν οι θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας των Deming και Juran, των οποίων μια βασική συστατική αρχή είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με στόχο να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης.

Για να καθορίσουμε την ποιότητα της φροντίδας απαιτείται ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της, καθώς και των κριτηρίων που συνιστούν την καλή φροντίδα. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να τη δούμε σαν το μέτρο στο οποίο εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν πετύχει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες του. Η ικανοποίηση του ασθενή έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επηρεάζει επίσης την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αποκτά ως εκ τούτου σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας.

Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να διακρίνει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και να βελτιώσει τη ποιότητα περίθαλψης. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες οφείλουν να αποτελούν προϊόν μιας μεθοδευμένης ιατρικής, νοσηλευτικής, οικονομικής και ξενοδοχειακής διαδικασίας που συντονίζεται από μία διοίκηση η οποία παράγει μετρήσιμα αποτελέσματα υπό όρους κόστους και ποιότητας. Τα μεγαλύτερα προβλήματα των δημόσιων νοσοκομείων είναι αυτά της έλλειψης αποτελεσματικής διοίκησης και εκσυγχρονισμού ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και του χαμηλού βαθμού ικανοποίησης των πολιτών.

Τα δημόσια νοσοκομεία γίνονται δέσμια του κρατικού προϋπολογισμού, της γραφειοκρατίας, του συγκεντρωτισμού και της αδυναμίας να λαμβάνουν κρίσιμες διαχειριστικές αποφάσεις. Η αδυναμία πρόσληψης του αναγκαίου προσωπικού, η αδυναμία απολύσεων μη κατάλληλου προσωπικού, η αδυναμία ουσιαστικού ελέγχου του εργασιακού περιβάλλοντος, η δυσπραγία στη χρήση σύγχρονων εργαλείων και η αδυναμία αναζήτησης πόρων πέραν του κρατικού προϋπολογισμού καθλώνουν σε χαμηλά επίπεδα την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η Ε.Ε., ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο ΟΟΣΑ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο απαιτούν αποτελεσματική διοίκηση του συστήματος υγείας. Τα πολλαπλά προβλήματα, οι ταλαιπωρημένοι πολίτες και οι νέες συνθήκες και ανάγκες επιβάλλουν αλλαγές στα δημόσια νοσοκομεία.

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι η πιο σημαντική προϋπόθεση για τη μακροχρόνια επιτυχία του δημόσιου νοσοκομείου. Οι πρακτικές που τη συνοδεύουν περιλαμβάνουν την προώθηση άμεσης επαφής με τον ασθενή, τη συλλογή πληροφοριών για τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους και τη διάχυση αυτής της πληροφόρησης σε όλο το δημόσιο νοσοκομείο. Η σύγχρονη διοίκηση στα δημόσια νοσοκομεία επιβάλλεται να θεμελιωθεί σε αρχές όπως την ισότητα πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες, την αποτελεσματικότητα των ιατρικών επεμβάσεων, την αποδοτικότητα των δαπανών μεγιστοποιώντας το κοινωνικό όφελος, την συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και την συνεργασία του δημόσιου νοσοκομείου με ασθενείς και προμηθευτές.

Η ποιότητα ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών μια υγείας επαφίεται στις εμπειρίες των ασθενών και των οικείων τους, από την επαφή τους με εκείνους που παρέχουν τη φροντίδα. Οι θετικές εμπειρίες εξαρτώνται από την ποιότητα της φροντίδας αυτής. Οι ασθενείς επίσης έχουν ανάγκη να επιβεβαιώσουν ότι η φροντίδα και η θεραπεία που λαμβάνουν είναι η καλύτερη δυνατή οποτεδήποτε και οπουδήποτε έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας.

Η σύγχρονη διοίκηση επιβάλει την αποτίμηση του υγειονομικού συστήματος σε αριθμούς και την αξιολόγηση με αξιόπιστα και επαρκή στοιχεία. Επιβάλλεται να εντοπιστούν οι πηγές ταλαιπωρίας των ασθενών και να ληφθούν μέτρα βελτίωσης της κατάστασης. Η διοίκηση πρέπει να δεσμεύεται με συμβόλαιο αποδοτικότητας και ποιότητας. Η παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών αποτελεί κοινωνικό αγαθό, γι αυτό η πολιτεία έχει χρέος απέναντι στον κάθε πολίτη να εξασφαλίσει ένα εθνικό δημόσιο

σύστημα υγείας, το οποίο θα εγγυάται την παροχή ποιοτικών νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας χρησιμοποιεί μια απλή τυπολογία για να διαφοροποιήσει τους πελάτες. Οι πελάτες διαχωρίζονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς. Οι εσωτερικοί πελάτες περιλαμβάνουν όλους τους επαγγελματίες, τους εργαζόμενους και τη διοίκηση, ενώ οι εξωτερικοί είναι οι ασθενείς και το συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Όλοι οι πελάτες έχουν προσδοκίες που εκφράζονται συχνά ως ανάγκες στο πλαίσιο της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας και πρέπει να καλυφθούν ώστε να νιώθει ο πελάτης ικανοποιημένος.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας αναδεικνύει τον ασθενή ως τον πρωταρχικό πελάτη σε ένα σύνθετο δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων υπερθεματίζει ότι η φροντίδα υγείας οφείλει να είναι υψίστης ποιότητας. Συνεπώς, η συνεχής βελτίωση ποιότητας επιδιώκει να καλλιεργεί και να ενισχύει στον οργανισμό το αίσθημα αφοσίωσης στον πελάτη, δημιουργώντας ένα περιβάλλον όπου οι ανάγκες των ασθενών κατανοούνται, τα λάθη αναγνωρίζονται και επανορθώνονται ώστε να εξασφαλιστεί η αίσθηση εμπιστοσύνης από την πλευρά του πελάτη.

Η εκτίμηση λοιπόν της ικανοποίησης των ασθενών, συνιστά μείζον ζήτημα για τη λειτουργία ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ένα ορθώς σχεδιασμένο και αξιόπιστο πρόγραμμα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών:

1. αποτελεί την πλέον αντικειμενική πληροφορία για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας και βοηθά τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών, των διοικητικών και άλλων υποστηρικτικών δραστηριοτήτων,
2. συντελεί στην κατανόηση των αντιλήψεων του πελάτη και πιο συγκεκριμένα στον προσδιορισμό και την ανάλυση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του,
3. μπορεί να ενδυναμώσει τη διοίκηση διαχείριση, να διασφαλίσει την εισαγωγή καινοτομιών,
4. να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων,
5. να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας,
6. να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και γενικότερα να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής διοίκησης για τους οργανισμούς υγείας.

Ωστόσο, είναι απαραίτητη η σαφήνεια σχετικά με το πώς τα μέτρα ικανοποίησης διαφέρουν, επειδή τα συμπεράσματα σχετικά με την ικανοποίηση ποικίλλουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των μέτρων που χρησιμοποιούνται. Γι' αυτό το λόγο, η ικανοποίηση θα πρέπει να ερμηνεύεται με βάση ένα σύνολο μετρήσιμων παραμέτρων, οι οποίες θα σχετίζονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού, δηλαδή παράγοντες που το προσωπικό μπορεί να αντιληφθεί και να διαμορφώσει.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών συνοψίζονται στα εξής σημεία:

- Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
- Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών.
- Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης οι οποίες θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.
- Δίνεται ένα κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητά του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται, αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής. Ο καλύτερος τρόπος για να κρατήσουμε τον πελάτη σε αυτήν την πρώτη θέση είναι να μπορούμε να μετρούμε την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

4.2 Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασχολείται, σύμφωνα με τους Ware et al, με τη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του

εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με

- (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία,
- (β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος,
- (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει.

Ανάλογα τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη. Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, αυτοί επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al, μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους.

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του.

Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων (face to- face interviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά

ανταπόκρισης παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς.

Την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που πιστοποιείται από πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, ωστόσο, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι περιορισμένη, παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών.

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου ΚΑΤ της Αττικής. Στο πρώτο μέρος της οικείας μελέτης παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και τα κριτήρια επιλογής του χρησιμοποιηθέντος δείγματος. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, ενώ πραγματοποιείται και συγκριτική τους ανάλυση. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Έρευνα

5.1 Υλικό και μέθοδος

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου επιλέχθηκε ένα δείγμα 80 ατόμων. Η έρευνα απευθυνόταν προς τους ασθενείς της Α γενικής χειρουργικής, της Β γενικής χειρουργικής και της παθολογικής κλινικής.

Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία, η οποία προσδίδει υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας δείγματος και ποιότητας δεδομένων.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας σχεδιάστηκε ένα σύνθετα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές μεταβλητές –που συνδέονται με τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγησή τους– και αποτελείτο από 30 ερωτήσεις. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν, ανάλογα με το σκοπό τον οποίο επιτελούσαν, στις ακόλουθες ενότητες:

- α. Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο.
- β. Αφιξη στο νοσοκομείο.
- γ. Νοσηλευτικό προσωπικό.
- δ. Ιατρικό προσωπικό.
- ε. Υπόλοιπο προσωπικό.
- στ. Φαγητό.
- ζ. Εσωτερικό περιβάλλον.
- η. Διαδικασίες.
- θ. Συνολική ικανοποίηση.

Η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών αφορούσε αφενός στην ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και αφετέρου στο προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Η αξιολόγηση των ανωτέρω τομέων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, η οποία περιελάμβανε τις εξής βαθμίδες:

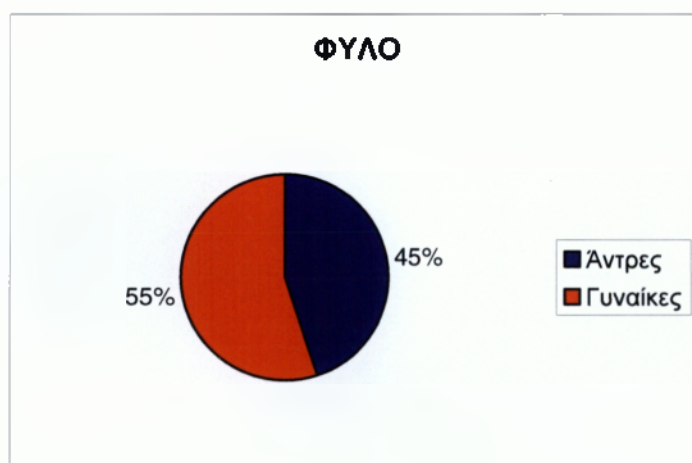
- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος

- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο απάντησης ενός ερωτηματολογίου 30 ερωτήσεων. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 80 ασθενείς στο νοσοκομείο ΚΑΤ τον Ιανουάριο του 2010.

5.2 Ανάλυση προσωπικών στοιχείων

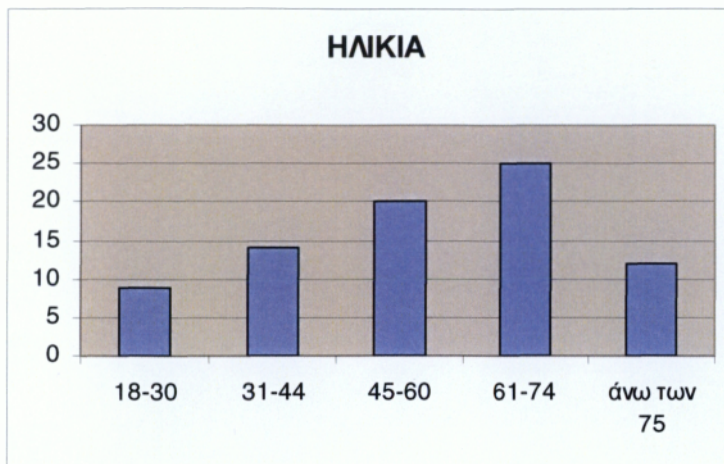
Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε 80 ασθενείς στο νοσοκομείο ΚΑΤ, εκ των οποίων οι 36 ήταν άντρες και οι 44 γυναίκες.



Σχήμα 1: Το φύλο

Οι ηλικιακές ομάδες στην έρευνα ήταν 5. Συγκεκριμένα:

- Από 18-30 ετών ήταν 9 ασθενείς,
- Από 31-44 ετών ήταν 14,
- Από 45-60 ετών ήταν 20,
- Από 61-74 ετών ήταν 25 και,
- Από 75 και πάνω ήταν 12.



Σχήμα 2: Η ηλικία

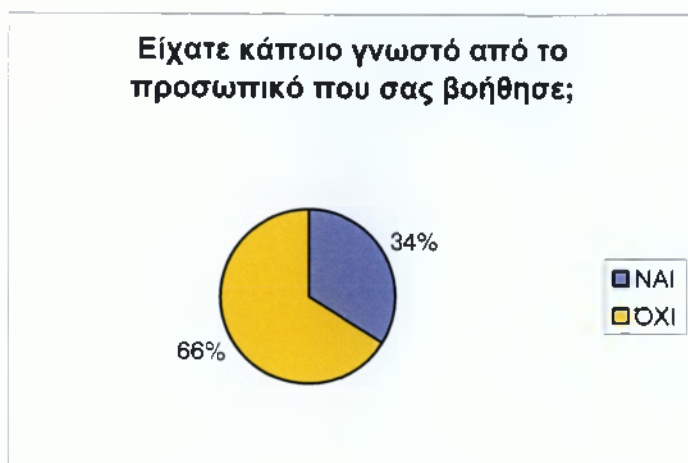
Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, δημιουργήθηκαν 5 κατηγορίες και τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής:

- Αναλφάβητοι ήταν 16 ασθενείς, στους οποίους διάβαζα τα ερωτηματολόγια και μου έλεγαν ποια απάντηση να επιλέξω.
- 15 ασθενείς είχαν τελειώσει το δημοτικό ή κάποια τάξη του δημοτικού.
- 19 ασθενείς ήταν τελειόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου.
- 25 είχαν τελειώσει κάποια σχολή σε ΙΕΚ, ΑΕΙ ή ΤΕΙ.
- 5 ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού.



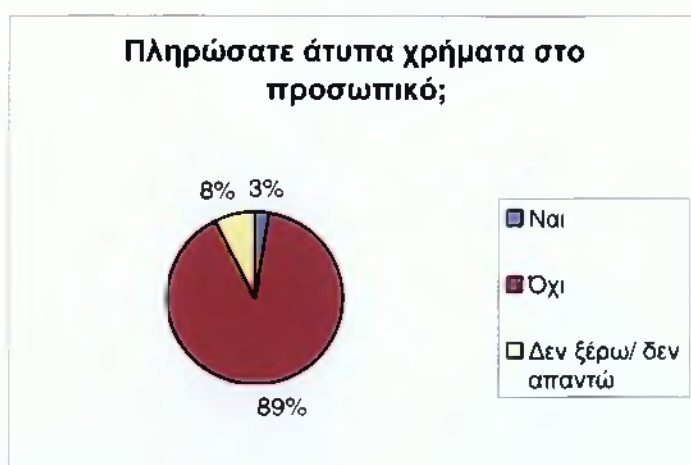
Σχήμα 3: Το μορφωτικό επίπεδο

Επίσης, 27 είχαν κάποιο γνωστό από το προσωπικό που τους βοήθησε αρκετά στο νοσοκομείο, ενώ οι υπόλοιποι 53 δεν είχαν.



Σχήμα 4: Είχαν γνωστό στο νοσοκομείο;

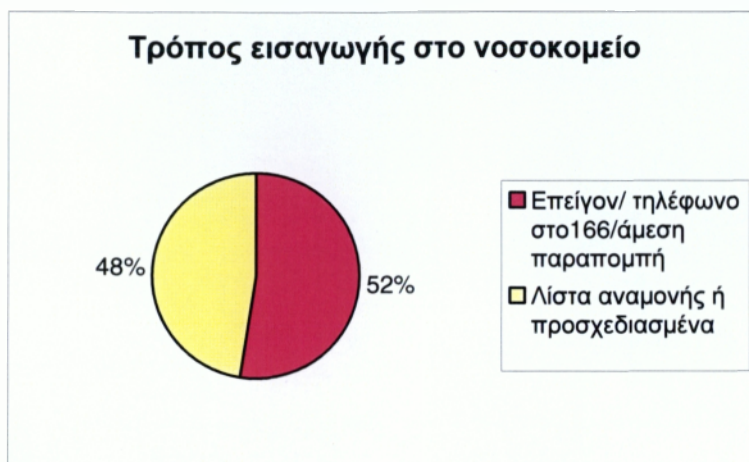
Ακόμη, ρωτήθηκε στους ασθενείς εάν αναγκάστηκαν να πληρώσουν για κάποια υπηρεσία, άτυπα, επιπλέον χρήματα σε κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου (π.χ. γιατρό, νοσοκόμα), ενώ κανονικά δεν έπρεπε. 6 ασθενείς αρνήθηκαν να απαντήσουν σε αυτήν την ερώτηση, 2 απάντησαν καταφατικά και 72 αρνητικά. Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι πως οι 2 που απάντησαν θετικά και οι 4 που αρνήθηκαν να απαντήσουν ήταν όλοι ασθενείς της Β' Γενικής Χειρουργικής. Δηλαδή από τους 28 ασθενείς της Β' Γενικής Χειρουργικής, οι 8 υπαινίχθηκαν ή παραδέχθηκαν πως τους ζητήθηκε κάποιο χρηματικό ποσό, από γιατρό ή νοσοκόμα, για κάποια υπηρεσία.



Σχήμα 5: Πλήρωσαν άτυπα χρήματα;

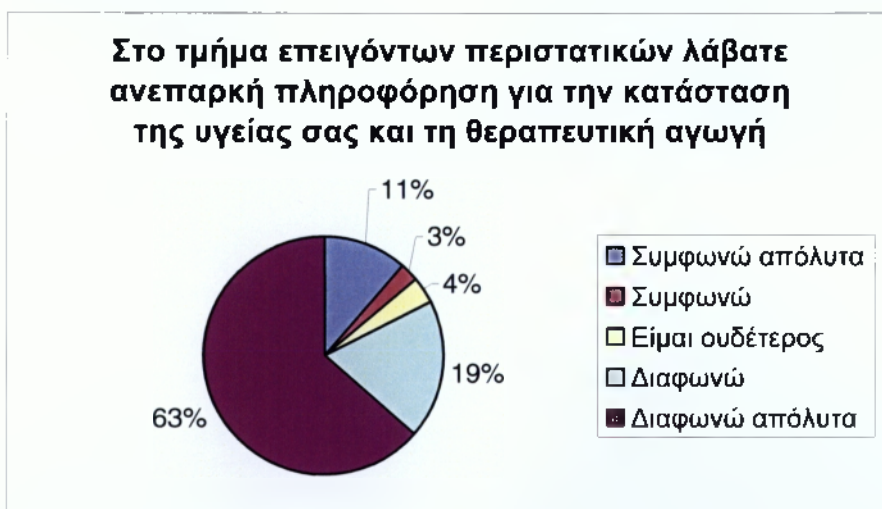
5.3 Ανάλυση ερωτήσεων για την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών

Η πρώτη ερώτηση σχετίζονταν με τον τρόπο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι 42 εισήχθησαν ως Επείγον περιστατικό, με τηλέφωνο στο 166 ή άμεση παραπομπή, ενώ οι 38 με λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα.



Σχήμα 6: Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο

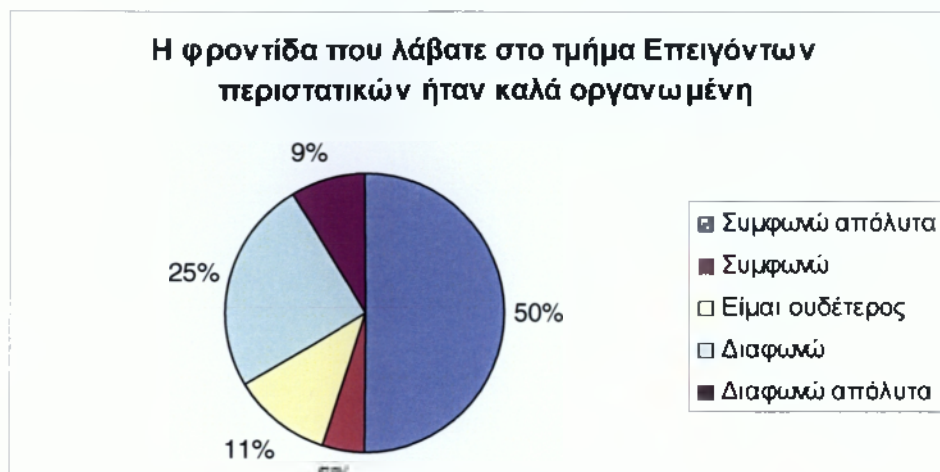
Έπειτα, τους ζητήθηκε να σχολιάσουν την άφιξη τους στο νοσοκομείο και συγκεκριμένα το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Συγκεκριμένα, σχολίασαν την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους και τη φροντίδα που έλαβαν.



Σχήμα 7: Πληροφόρηση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

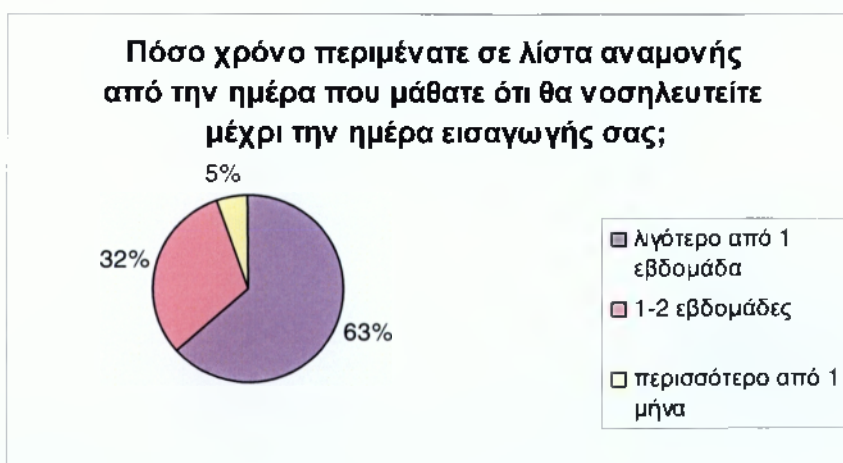
Στην ερώτηση, αυτή 9 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα πως έλαβαν μη επαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους ή τη θεραπευτική τους αγωγή, 2 συμφώνησαν, 3 ήταν ουδέτεροι, 15 διαφώνησαν και 51 διαφώνησαν απόλυτα. Στην επόμενη ερώτηση, 40 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 4 συμφώνησαν, 9 ήταν ουδέτεροι, 30 διαφώνησαν και 7 διαφώνησαν απόλυτα. Από τις δύο αυτές ερωτήσεις

βλέπουμε πως οι ασθενείς ήταν σχετικά ικανοποιημένοι με το τμήμα επειγόντων περιστατικών.



Σχήμα 8: Η φροντίδα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

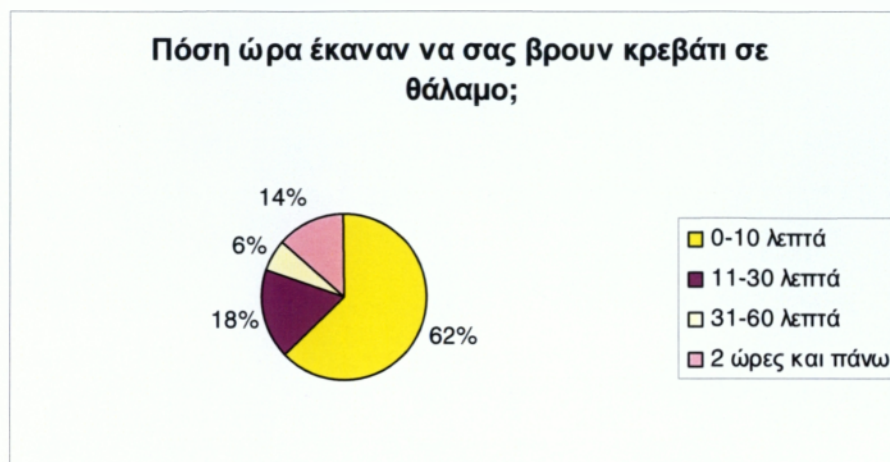
Η επόμενη ερώτηση απευθύνονταν μόνο, σε όσους εισήχθησαν στο νοσοκομείο με λίστα αναμονής. Ρωτήθηκαν λοιπόν για το χρονικό διάστημα που έμειναν σε λίστα και από τους 38 που ήταν σε λίστα, οι 2 περίμεναν περισσότερο από 1 μήνα, οι 24 λιγότερο από 1 εβδομάδα και οι 12, 1-2 εβδομάδες. Κι εδώ φάνηκαν ικανοποιημένοι οι ασθενείς με το χρόνο που έμειναν σε λίστα αναμονής.



Σχήμα 9: Λίστα αναμονής

Έπειτα, ρωτήθηκαν για το χρονικό διάστημα που πέρασε μέχρι να βρουν κάποιο κρεβάτι. Πάνω από τους μισούς, δηλαδή 50 άτομα βρήκαν σε λιγότερο από 10 λεπτά, γεγονός που δείχνει πως δεν υπάρχει μεγάλο πρόβλημα στο θέμα των

κρεβατιών στο νοσοκομείο ΚΑΤ. 11 άτομα περίμεναν πάνω από 2 ώρες, 14 περίμεναν 11 λεπτά έως μισή ώρα και 5 από μισή ως μια ώρα.



Σχήμα 10: Αναμονή για κρεβάτι

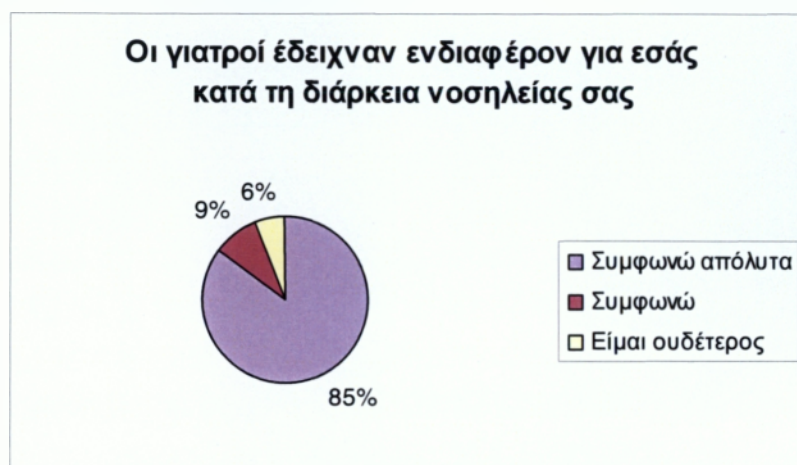
Ο επόμενες 6 ερωτήσεις αφορούσαν το ιατρικό προσωπικό. Σε αυτές τις ερωτήσεις φάνηκε η γενική ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό αφού σε αρκετούς τομείς, οι ασθενείς ήταν ευχαριστημένοι με την αντιμετώπιση που είχαν από τους ιατρούς. Στην έκτη κατά σειρά ερώτηση, σχολίασαν το διάστημα κατά το οποίο τους επισκέπτονταν οι ιατροί. Θετικό είναι το γεγονός ότι μόνο 2 συμφώνησαν απόλυτα ότι οι ιατροί περνούσαν σπάνια να τους ελέγξουν για την κατάσταση της υγείας τους και οι περισσότεροι, δηλαδή οι 59, διαφώνησαν απόλυτα με αυτό. 10 διαφώνησαν με αυτήν την πρόταση, 2 συμφώνησαν και 7 ήταν ουδέτεροι.



Σχήμα 11: Επισκέψεις ιατρών

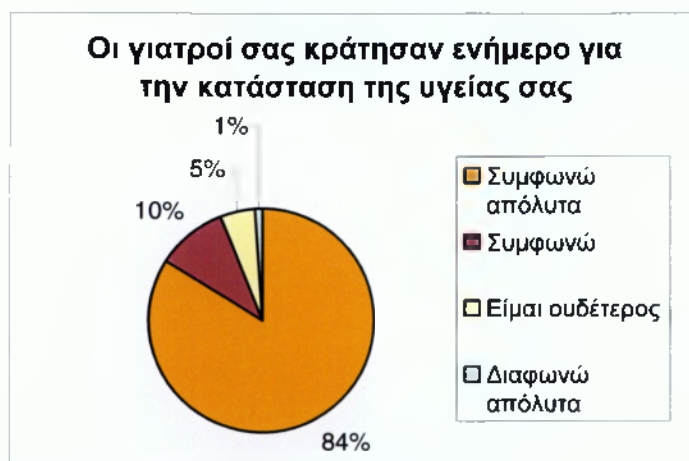
Έπειτα σχολίασαν εάν οι γιατροί έδειχναν αρκετό ενδιαφέρον στους ασθενείς τους. Οι περισσότεροι ασθενείς και συγκεκριμένα 68 ασθενείς, συμφώνησαν

απόλυτα, 7 συμφώνησαν και 5 ήταν ουδέτεροι. Αξιοσημείωτο είναι πως κανείς δε διαφώνησε με αυτή την πρόταση και όλοι οι ασθενείς έβλεπαν από λίγο έως αρκετό ενδιαφέρον από τους γιατρούς τους.



Σχήμα 12: Ενδιαφέρον ιατρών

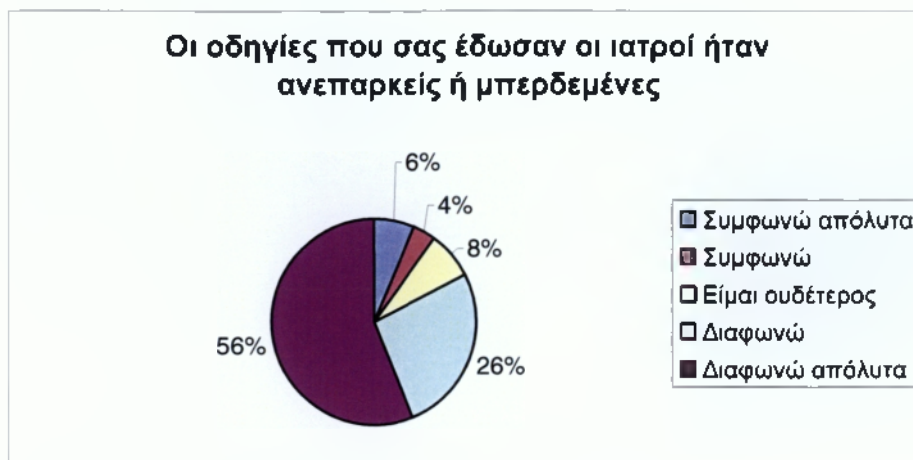
Και στην επόμενη ερώτηση οι ασθενείς φάνηκαν ικανοποιημένοι με το ιατρικό προσωπικό αφού 67 συμφώνησαν απόλυτα πως οι ιατροί τους κρατούσαν καλά ενημερωμένους για την κατάσταση της υγείας τους, 8 συμφώνησαν, 4 ήταν ουδέτεροι και 1 μόνο διαφώνησε απόλυτα.



Σχήμα 13: Ενημέρωση από ιατρούς

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τις οδηγίες που τους έδωσαν οι ιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) τους. Οι περισσότεροι, δηλαδή οι 45 διαφώνησαν απόλυτα πως οι οδηγίες των ιατρών ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες και 21 απλά διαφώνησαν. Ήταν ουδέτεροι μόνο 6 ασθενείς και 3

συμφώνησαν, ενώ υπήρχαν και 5 ασθενείς που συμφώνησαν απόλυτα πως οι οδηγίες των ιατρών δεν ήταν σαφείς.



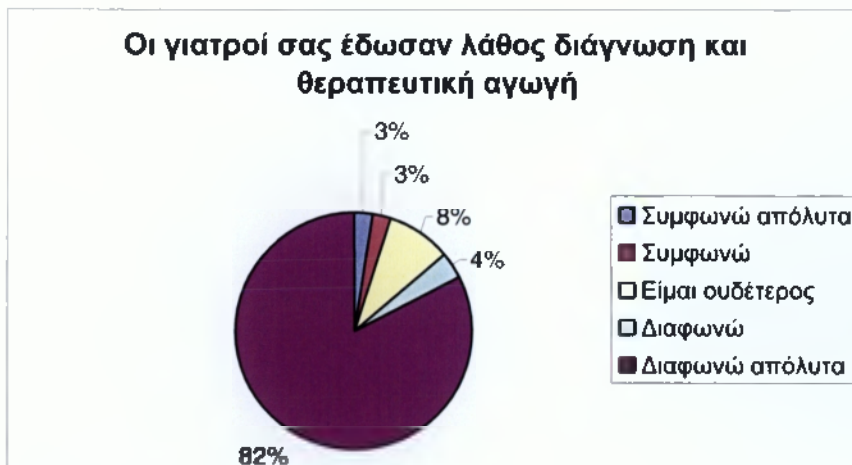
Σχήμα 14: Οδηγίες ιατρών

Ακόμη ρωτήθηκαν κατά πόσο μπορούσαν να βρουν τους ιατρούς όταν τους ήθελαν να τους ρωτήσουν για κάτι σημαντικό. 47 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα πως μπορούσαν να τους βρουν ανά πάσα στιγμή, 8 συμφώνησαν, 5 ήταν ουδέτεροι, 15 διαφώνησαν και 5 διαφώνησαν απόλυτα. Κι εδώ δηλαδή βλέπουμε πως σε γενικές γραμμές οι ιατροί ήταν πάντα διαθέσιμοι στους ασθενείς τους.



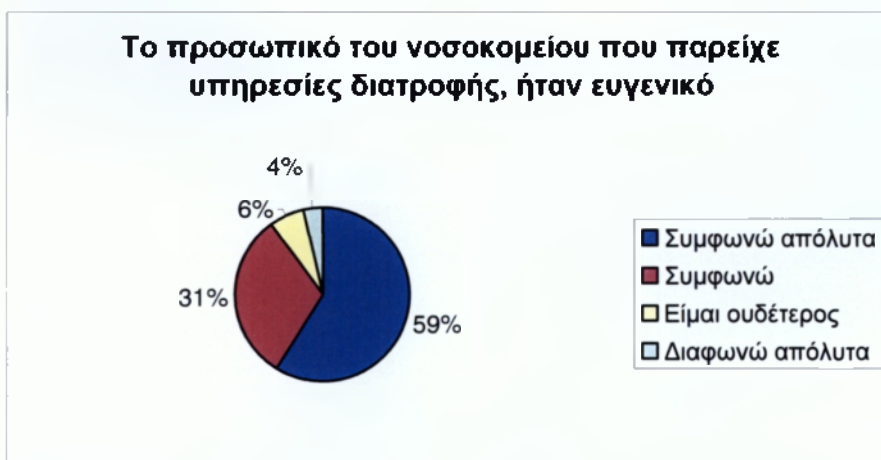
Σχήμα 15: Δυνατότητα επικοινωνίας με ιατρούς

Η τελευταία ερώτηση σχετικά με τους ιατρούς ανέφερε ότι οι ιατροί έδωσαν λάθος διάγνωση και θεραπευτική αγωγή. 2 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 2 συμφώνησαν, 7 ήταν ουδέτεροι, 3 διαφώνησαν και 66 διαφώνησαν απόλυτα.



Σχήμα 16: Θεραπευτική αγωγή

Οι επόμενες τρεις ερωτήσεις αναφέρονταν στο υπόλοιπο προσωπικό. Η ερώτηση 12 αναφέρονταν στο αν το προσωπικό του νοσοκομείου που έδινε το φαγητό, ήταν ευγενικό. 47 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 25 συμφώνησαν, 5 ήταν ουδέτεροι και 3 διαφώνησαν απόλυτα.



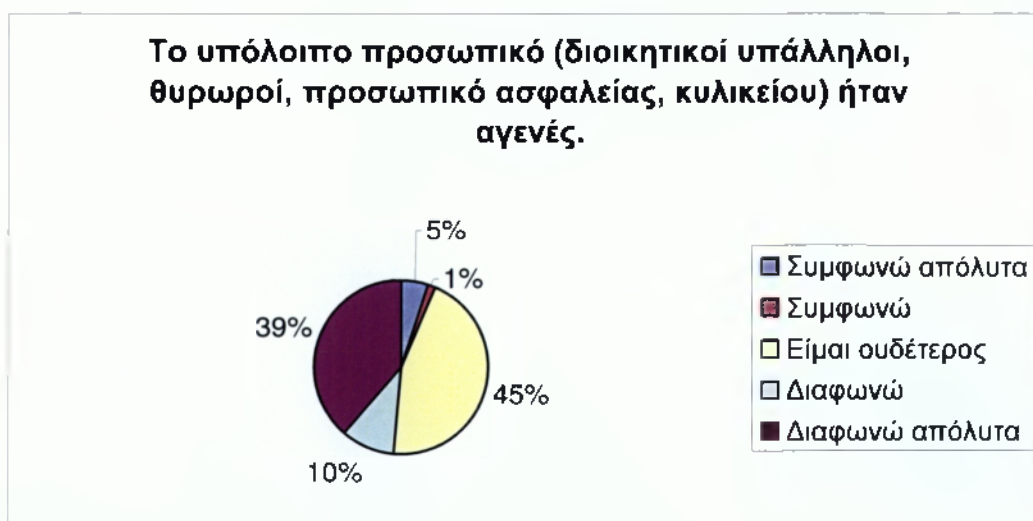
Σχήμα 17: Προσωπικό για υπηρεσίες διατροφής

Η επόμενη ερώτηση ανέφερε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές. 40 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 26 συμφώνησαν, 10 ήταν ουδέτεροι, 1 διαφώνησε και 3 διαφώνησαν απόλυτα.



Σχήμα 18: Επάρκεια προσωπικού

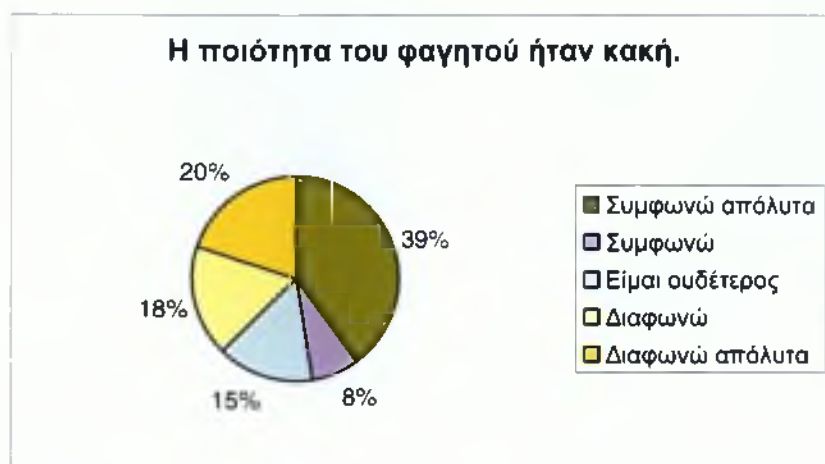
Στη συνέχεια, η επόμενη ερώτηση που αφορούσε το προσωπικό, ανέφερε ότι το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές. 4 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 1 συμφώνησε, 36 ήταν ουδέτεροι, 8 διαφώνησαν και 31 διαφώνησαν απόλυτα. Βλέπουμε σε αυτήν την ερώτηση πως οι δυσαρεστημένοι με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, ήταν πολύ περισσότεροι σε σχέση με τους δυσαρεστημένους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Εντύπωση προκαλεί, όμως και ο μεγάλος αριθμός των απαντήσεων που ήταν ουδέτεροι.



Σχήμα 19: Αγένεια προσωπικού

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις αφορούσαν το φαγητό. Η ερώτηση 15 του ερωτηματολογίου ανέφερε πως η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή. Εδώ, 32 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 6 συμφώνησαν, 12 ήταν ουδέτεροι, 14 διαφώνησαν και 16 διαφώνησαν απόλυτα. Φαίνεται όμως, πως αρκετοί είχαν παράπονα με την ποιότητα

του φαγητού αν και σε γενικές γραμμές σεβριζόταν στην ώρα του, όπως βλέπουμε στην επόμενη ερώτηση. Η ερώτηση 16 έλεγε λοιπόν πως το φαγητό σεβριζόταν με καθυστέρηση. 5 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 9 συμφώνησαν, 10 ήταν ουδέτεροι, 33 διαφώνησαν και 23 διαφώνησαν απόλυτα.

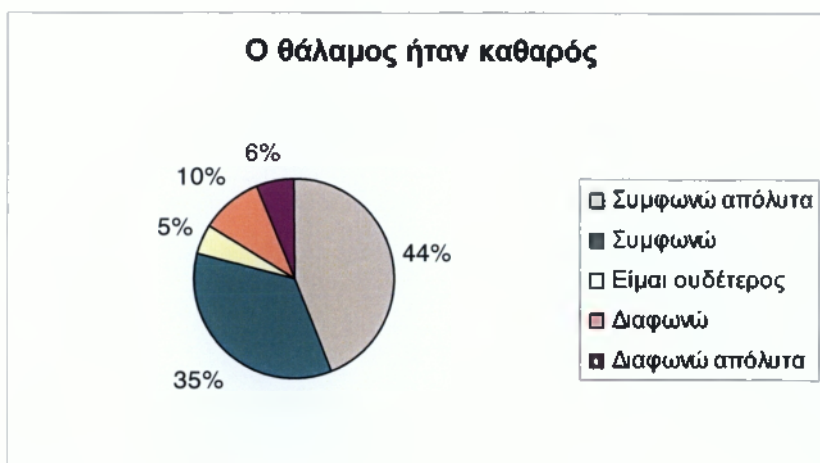


Σχήμα 20: Ποιότητα φαγητού



Σχήμα 21: Καθυστέρηση φαγητού

Οι επόμενες 5 ερωτήσεις αφορούσαν το θάλαμο των ασθενών. Η ερώτηση 17 ανέφερε πως ο θάλαμος των ασθενών ήταν καθαρός. 35 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 28 συμφώνησαν, 4 ήταν ουδέτεροι, 8 διαφώνησαν και 5 διαφώνησαν απόλυτα.



Σχήμα 22: Καθαριότητα θαλάμου

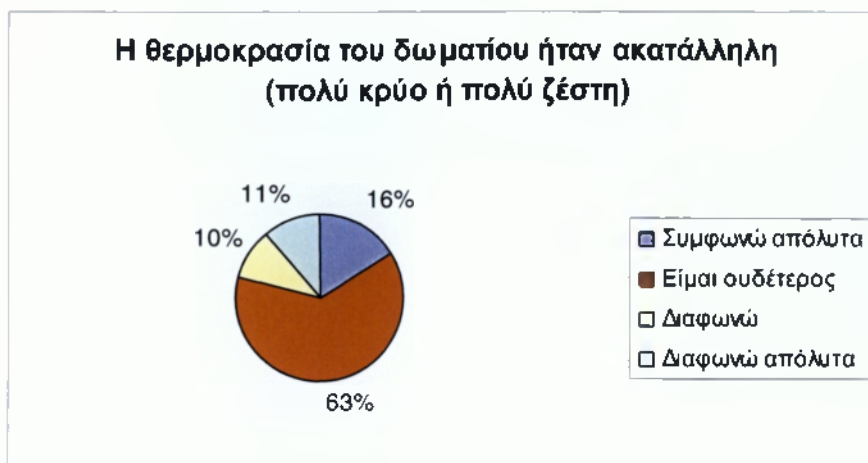
Στην επόμενη ερώτηση σχολίασαν εάν στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου έμεναν είχε φασαρία. 41 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 12 συμφώνησαν, 5 ήταν ουδέτεροι, 7 διαφώνησαν και 15 διαφώνησαν απόλυτα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της παθολογικής κλινικής δεν είχαν ιδιαίτερα προβλήματα με τη φασαρία, ενώ οι ασθενείς της Α και Β χειρουργικής είχαν πολλά παράπονα για τη φασαρία στους θαλάμους.



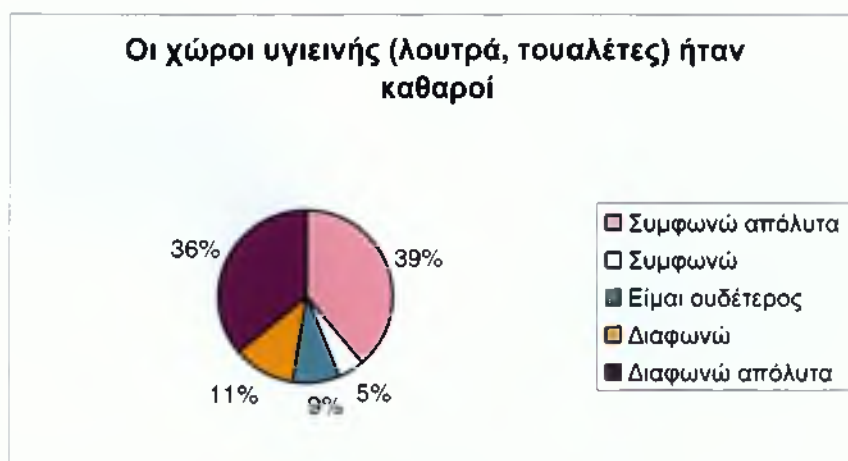
Σχήμα 23: Φασαρία θαλάμου

Στη συνέχεια ρωτήθηκαν αν η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη. 13 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 50 ήταν ουδέτεροι, 8 διαφώνησαν και 9 διαφώνησαν απόλυτα. Επίσης σχολίασαν κατά πόσο οι χώροι υγιεινής ήταν καθαροί. 31 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 4 συμφώνησαν, 7 ήταν ουδέτεροι, 9 διαφώνησαν και 29 διαφώνησαν απόλυτα. Οι ασθενείς της παθολογικής και Β γενικής χειρουργικής σε γενικές γραμμές σχολίασαν πως είναι καθαροί οι χώροι υγιεινής, ενώ

οι περισσότεροι ασθενείς της Α γενικής χειρουργικής διαφώνησαν απόλυτα με το ότι οι χώροι υγιεινής είναι καθαροί.



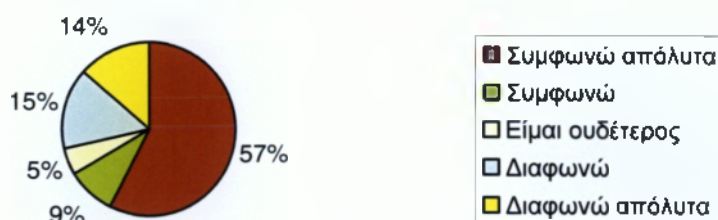
Σχήμα 24: Θερμοκρασία θαλάμου



Σχήμα 25: Καθαριότητα χώρων υγιεινής

Η τελευταία ερώτηση που αφορούσε το θάλαμο, ήταν ότι οι ασθενείς ένιωθαν άβολα σε αυτόν. 46 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 7 συμφώνησαν, 4 ήταν ουδέτεροι, 12 διαφώνησαν και 11 διαφώνησαν απόλυτα. Η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια στην ερώτηση αυτή ήταν στην Α και Β γενική χειρουργική, ενώ στην παθολογική κλινική οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι.

Στο θάλαμό σας νιώσατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι θα έπρεπε



Σχήμα 26: Αριθμός ασθενών ανά θάλαμο

Συμπερασματικά οι θάλαμοι ήταν γενικά καθαροί, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα στη θερμοκρασία, αν και υπήρχαν προβλήματα όσον αφορά τη φασαρία, την καθαριότητα στις τουαλέτες και στον αριθμό των ασθενών ανά θάλαμο. Στην επόμενη ερώτηση σχολίασαν αν οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου ήταν καθαροί. 3 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 20 συμφώνησαν, 16 ήταν ουδέτεροι, 18 διαφώνησαν και 23 διαφώνησαν απόλυτα. Η πλειοψηφία δηλαδή εξέφρασε δυσαρέσκεια για την καθαριότητα του νοσοκομείου.

Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου(διάδρομοι, γραφεία, χώροι αναμονής, κυλικείο) ήταν καθαροί



Σχήμα 27: Καθαριότητα υπόλοιπων χώρων

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τις διαδικασίες και ανέφερε πως οι προγραμματισμένες διαδικασίες όπως οι εξετάσεις, η χειρουργική επέμβαση ή η ακτινογραφία, γινόταν χωρίς καθυστέρηση. 5 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 22 συμφώνησαν, 4 ήταν ουδέτεροι, 22 διαφώνησαν και 27 διαφώνησαν απόλυτα.

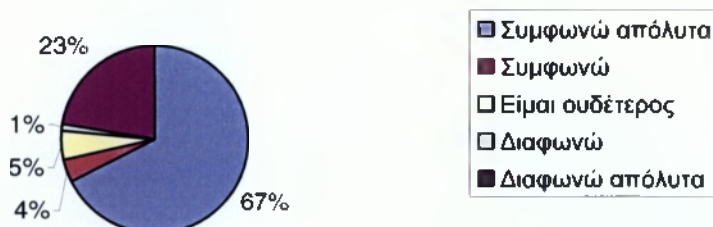
Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξετάσεις αίματος και ούρων) γινόταν χωρίς καθυστέρηση.



Σχήμα 28: Καθυστέρηση στις διαδικασίες

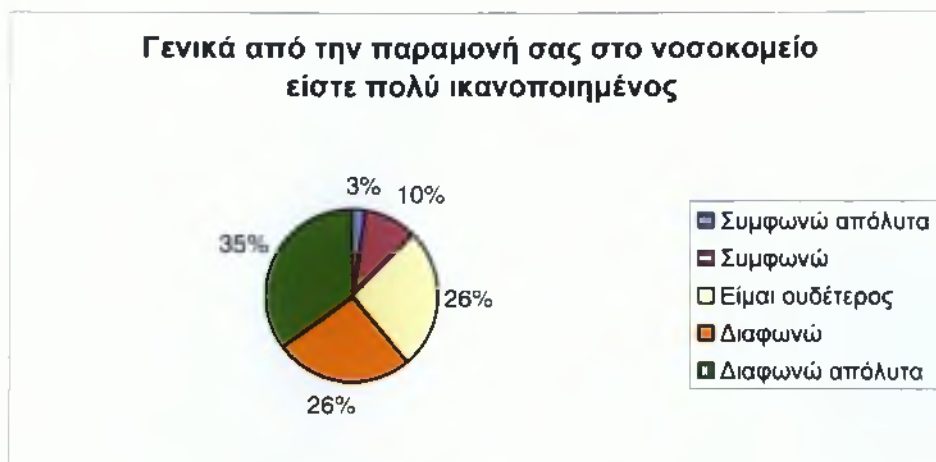
Στη συνέχεια, οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν η παραμονή τους στο νοσοκομείο ήταν ανοργάνωτη και έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε). 54 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 3 συμφώνησαν, 4 ήταν ουδέτεροι, 1 διαφώνησε και 18 διαφώνησαν απόλυτα. Σε αυτήν την ερώτηση φάνηκε πως η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια των ασθενών συνολικά, ήταν σχετικά με την οργάνωση της παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Η παραμονή σας στο νοσοκομείο ήταν ανοργάνωτη και έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί



Σχήμα 29: Οργάνωση παραμονής

Η τελευταία ερώτηση αφορούσε τη γενική εικόνα των ασθενών και ανέφερε πως οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι. 2 ασθενείς συμφώνησαν απόλυτα, 8 συμφώνησαν, 21 ήταν ουδέτεροι, 21 διαφώνησε και 28 διαφώνησαν απόλυτα.



Σχήμα 30: Γενική ικανοποίηση από το νοσοκομείο ΚΑΤ

Σίγουρα λοιπόν χρήζει ιδιαίτερης ανησυχίας το γεγονός ότι πάνω από το 60% των ασθενών, ήταν δυσαρεστημένοι με την παραμονή τους στο νοσοκομείο ΚΑΤ.

Συμπεράσματα

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) αποτελεί σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Η φροντίδα του ασθενούς, έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη. Η παροχή φροντίδας από το δυναμικό του νοσοκομείου και κυρίως από το ιατρικό προσωπικό φαίνεται ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών. Ακολουθώντας, αρκετά ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό, όμως υπήρχαν κάποια παράπονα με το υπόλοιπο προσωπικό. Δυσανεστημένοι ήταν και με την ποιότητα του φαγητού, όπως και με τη φασαρία και την καθαριότητα των θαλάμων.

Συμπερασματικά, η παραμονή τους στο νοσοκομείο συνοδεύονταν με κάποια προβλήματα, γι' αυτό και ο βαθμός της συνολικής τους ικανοποίησης από την παραμονή τους στο νοσοκομείο είναι σχετικά χαμηλός. Από την εξέταση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πολλών ερευνών που έχουν εκπονηθεί, προκύπτει επιτακτική ανάγκη αναβάθμισης, ποιοτικά, των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, τόσο διεθνώς, όσο και σε μεγαλύτερο βαθμό-στη χώρα μας.

Θα πρέπει λοιπόν να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη διασύνδεσή της με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας. Η ευαισθητοποίηση των γιατρών, νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε γενικότερα θέματα ποιότητας, κρίνεται απαραίτητη, όπως και η θέσπιση κινήτρων, τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας και με το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, οι υποδομές του νοσοκομείου πρέπει να βελτιωθούν.

Βιβλιογραφία

Amason EQI, Οι αρχές της ποιότητας στον χώρο της υγείας, Αθήνα, 2006.

Donabedian A., «Exploration in quality assessment and monitoring», Ann Arbor, Mich: Health Administration Press

Garvin A., “Managing Quality”, New York, NY: The Free Press, Division of Macmillan, 1998.

Ζοπουνίδης Κ., «Θέματα μανατζμεντ υπηρεσιών υγείας», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007.

Λαζάρου Π., «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε Νοσοκομείο: Εργαλείο διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας ή φωνή βοώντος εν τη ερήμω;», Επιθεώρηση Υγείας, Μάιος – Ιούνιος 2004.

Λιαρόπουλος Λ., Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα, 2007.

Μαντή Π., Τσελέπη Χ., «Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών υγείας – Κοινωνικές και πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας», Τόμος Α, ΕΑΠ

Νιάκας, «Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ», Θέματα διοίκησης και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, Mediforce, Αθήνα, 2003.

Ovretveit J., “Formulating a health quality improvement strategy for a developing country – International Journal of Health Care Quality Assurance, 2004.

Παπανικολάου, Β., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Αρχές- Μέθοδοι και Εφαρμογές, Εκδόσεις Παλαζήση, Αθήνα, 2007.

Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 56, Αθήνα, 1995.

Παυλάκης Α. Νοσηλευτική Φροντίδα και Νομική Ευθύνη των Νοσηλευτών, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, Τόμος 1, τεύχος 2,1992.

Σαρρής Μ., «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001

Σιγάλας Ι., Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, στο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.

ΦΕΚ Α 232: Ν. 3389/05. «Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 22/9/2005.

http://healthsystemsc.blogspot.com/2009/11/blog-post_2298.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤ

Όνομα.....

1. Εισαχθήκατε στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ή τηλεφωνώντας στο 166 ή κατόπιν λίστας αναμονής ή προσχεδιασμένα;

Επείγον/ τηλέφωνο στο166/άμεση παραπομπή

Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
2. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβατε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5
3. Η φροντίδα που λάβατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη	1	2	3	4	5

4. Πόσο διάστημα περιμένατε στη λίστα αναμονής, από την ημέρα που μάθατε ότι πρέπει να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας;

- Λιγότερο από 1 εβδομάδα
- Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων
- Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων
- Περισσότερο από 1 μήνα
- δεν θυμάστε

5. Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;

- Λιγότερο από 10 λεπτά
- 11 λεπτά έως μισή ώρα
- μισή έως μία ώρα

- Περισσότερο από 2 ώρες
- Δεν θυμάστε

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
6. Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	1	2	3	4	5
7. Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5
8. Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5
9. Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	1	2	3	4	5
10. Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	1	2	3	4	5
11. Οι γιατροί σας έδωσαν λάθος διάγνωση και θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5
12. Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	1	2	3	4	5
13. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές	1	2	3	4	5
14. Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές	1	2	3	4	5
15. Η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή	1	2	3	4	5
16. Το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση	1	2	3	4	5
17. Ο θάλαμος ήταν καθαρός	1	2	3	4	5
18. Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	1	2	3	4	5
19. Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	1	2	3	4	5
20. Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
21. Στο θάλαμό σας νοιώθατε άβολα γιατί	1	2	3	4	5

υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22. Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) γινόταν χωρίς καθυστέρηση | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Η παραμονή σας στο νοσοκομείο ήταν ανοργάνωτη και έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. σας ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Γενικά από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε πολύ ικανοποιημένος /η | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

26. Φύλο:



Άρρεν



Θήλυ

27. Τι ηλικία έχετε;

- 18-30
- 31-44
- 45-60
- 61-74
- Άνω των 75

28. Μορφωτικό επίπεδο:

- Αναλφάβητος
- Απολυτήριο Δημοτικού
- Απολυτήριο Γυμνασίου/Λυκείου
- Ανώτερη Σχολή (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ)
- Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών/Διδακτορικό

29. Είχατε κάποιο γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που σας βοήθησε;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω /Δεν απαντώ

30. Αναγκαστήκατε να πληρώσετε για κάποια υπηρεσία, άτυπα, επιπλέον χρήματα σε κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου (π.χ. γιατρό, νοσοκόμα), ενώ κανονικά δεν έπρεπε;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ