



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ
ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Διπλωματική Εργασία:
«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ :ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ»

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΕΤΑΞΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ

2017-2018

"Ἡ ποιότητα δεν είναι μία πράξη. Είναι συνήθεια."

Αριστοτέλης ο Σταγειρίτης 384-322 π.Χ.

“Τι θέλεις να επιτύχεις ή να αποτύχεις; Για να πετύχεις, η απάντηση είναι στόχοι. Πως θα ενεργήσεις για να πετύχεις τα επιθυμητά αποτελέσματα; Η απάντηση είναι στρατηγική.”

William E. Rothschild, Αμερικανός σύμβουλος management

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που χωρίς την βοήθεια και συμπαράσταση τους θα ήταν αδύνατη η συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Στους καθηγητές μου στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών για τις γνώσεις που μου μεταδώσανε και τους συναδέλφους για τις συμβουλές που μου προσέφεραν

Στο προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου που συμμετείχε στην έρευνα και στην Διοίκηση για την αναγνώριση του εγχειρήματος

Στην οικογένεια μου και στα κοντινά μου πρόσωπα για την υπομονή και κατανόηση που δείχνανε κατά την διάρκεια της έρευνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία ως θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό αποτελεί άμεση προτεραιότητα για την ευημερία τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας στο τομέα της υγείας απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.χ.), που αποτελεί μέχρι σήμερα κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας. Ποιότητα και υγεία αναπόφευκτα συμβαδίζουν.

Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κυρίαρχο ζήτημα όλων των βασικών μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιούνται στα σύγχρονα συστήματα υγείας τα οποία τα τελευταία χρόνια στρέφονται σε συστήματα διασφάλισης της ποιότητας προκειμένου να επιτύχουν βελτιώσεις στις αποδόσεις τους και πλήρης κάλυψη των αναγκών και προσδοκιών των πελατών τους.

Στο πλαίσιο αυτό στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά μια προσπάθεια αποσαφήνισης των εννοιών της ποιότητας στον τομέα της υγείας και ανάδειξης των παραμέτρων που την διαμορφώνουν, ενώ στο ερευνητικό μέρος στα πλαίσια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας επιχειρήθηκε μέσω της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης, με αναφορά στα κριτήρια και υποκριτήρια του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM, να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται από το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου κύριες πρακτικές για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της χρήσης ενός δομημένου ερωτηματολογίου η σύνταξη του οποίου πραγματοποιήθηκε έχοντας σαν οδηγό την επισήμως μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα εκδοχή του προτύπου EFQM Excellence Model.

Στην έρευνα συμμετείχε προσωπικό όλων των Διευθύνσεων του Οργανισμού (Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική Υπηρεσία) ενώ για την συλλογή των απαντήσεων επιλέχθηκε η διαβαθμισμένη κλίμακα Likert με ένα εύρος πέντε σημείων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου σε αυτήν την πρώτη φάση κινείται σε ένα επίπεδο όπου απαιτούνται ακόμη αρκετές βελτιώσεις στην δομή και την συνολική του λειτουργία προκειμένου να εξασφαλίσει μια επιτυχημένη πορεία προς την ποιότητα με την κατάκτηση του πρώτου από τα τρία επίπεδα αξιολόγησης του EFQM, την Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Committed to Excellence).

Εντοπίστηκαν τομείς που χρήζουν άμεσης αναδιάρθρωσης όπως αυτοί της πολιτικής και στρατηγικής και του Ανθρώπινου Δυναμικού περιοχές που αναγνωρίστηκαν ως τα πιο αδύναμα σημεία του Οργανισμού ενώ ένας ακόμη τομέας που έλαβε χαμηλή βαθμολογία και επιδέχεται αρκετών βελτιώσεων είναι αυτός των Αποτελεσμάτων των Πελατών.

Ως δυνατά σημεία του Οργανισμού ,με την επιφύλαξη του υψηλού ποσοστού που έλαβε η επιλογή «3=Δεν γνωρίζω», μπορούν να χαρακτηριστούν τα κριτήρια των Συνεργασιών και Πόρων , των Κοινωνικών Αποτελεσμάτων και των Κύριων Αποτελεσμάτων Απόδοσης.

Προτείνεται λοιπόν το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου να αξιολογήσει την τρέχουσα επίδοση του και να θέσει προτεραιότητες προς βελτίωση ώστε μέσω μιας δεύτερης φάσης αυτοαξιολόγησης να προσεγγίσει το πλαίσιο που εφαρμόζουν οι Οργανισμοί πρότυπα (rolemodel).

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ποιότητα ,Διοίκηση, Υγεία, Νοσοκομείο ,Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Διασφάλιση ποιότητας , Βελτίωση ποιότητας, Διοίκηση ολικής ποιότητας , EFQM.

ABSTRAC

Health as a fundamental social asset constitutes a direct priority for the well-being of both the individual and society.

The evaluation and improvement of the quality in the healthcare sector has concerned people since antiquity, with the Hippocratic Oath (5th century BC), a code of good practice, ethics and conduct, as a typical example. Quality and health inevitably align with each other.

Ensuring the quality of the healthcare services provided forms a predominant issue of all key reforms in modern healthcare systems that, nowadays, focus on quality assurance systems in order to achieve improvements in their performance and to fully meet the needs and expectations of their customers.

In this context, the present work focuses initially on an attempt to clarify the concepts of quality in the healthcare sector and to highlight the parameters that elaborate it, while the research part, in relation to the Total Quality Management and through the self-evaluation process, referring to the criteria and subcriteria of the EFQM Business Excellence Model, examines the extent to which the General Hospital of Volos applies the main practices for introducing and improving quality.

For the needs of the present study, the method of a structured questionnaire was selected, drafted in accordance with the officially translated version of the EFQM Excellence Model into the Greek language.

The survey involved staff from all Departments of the Organization (Medicine, Nursing and Administrative Services) while the Likert Scale, with a five-point range, was selected for the collection of the answers.

The results of the survey indicate that the General Hospital of Volos, in this first phase, is at a level where several improvements in its structure and overall functioning are still required to ensure a successful course towards quality, by acquiring the first of the three levels of the EFQM assessment, which is the Commitment to Business Excellence (Committed to Excellence). Areas in need of immediate reorganization were identified, such as the political and strategic as well as the Human Resources areas that were recognized as the weakest points of the Organization, while another sector that received low grading and is capable of several improvements is that of the Customer Results.

As strong points were characterized, always skeptically, regarding the high rate received by option "3 = Do not know", the criteria of Partnerships and Resources, Social Results and Principal Performance Results.

It is therefore proposed that the General Hospital of Volos assess its current performance and set priorities for improvement, so that through a second phase of self-evaluation it will approach the framework, in which Organizations apply standards (role model).

KEYWORDS: Quality, Management, Health, Hospital, Quality of Health Services, Quality Assurance, Quality Enhancement, Total Quality Management, EFQM.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	12
1.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	16
1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ...	32
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	32
2.2 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	34
2.3 ΚΟΣΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	41
3.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	41
3.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	61
4.1 ΣΤΟΧΟΙ- ΕΝΝΟΙΕΣ –ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ	61
4.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΔΟΠ)	69
4.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΕ ΚΑΙ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Α' ΜΕΡΟΥΣ	106
Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΕΡΕΥΝΑ	113
5.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	113
5.2 ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ	115
5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	120
5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	127
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	151

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Β' ΜΕΡΟΥΣ.....	155
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1- ΠΙΝΑΚΕΣ	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ, ΠΡΑΚΤΙΚΑ Δ.Σ.....	168

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα τόσο τα ανεπτυγμένα όσο και τα αναπτυσσόμενα κράτη είναι η επιτακτική ανάγκη για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας. Ανάγκη η οποία έχει προκύψει από την ραγδαία αύξηση στο κόστος της φροντίδας, τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, αλλά και τις απαιτήσεις των ασθενών.

Σε αυτήν την κατεύθυνση οι Οργανισμοί Υγείας υιοθετούν μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας με σκοπό την επίτευξη οργανωσιακής Αριστείας που θα τους προσδώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των άλλων Οργανισμών.

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αξιοποιώντας νέες μεθόδους διοίκησης και καινοτόμες τεχνολογίες, μπορεί να αποδειχτεί ο κυριότερος παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία ενός Οργανισμού πόσο μάλλον στον κλάδο της Υγείας όπου η έννοια της ποιότητας αποκτά άλλη διάσταση λόγω της ιδιαιτερότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός της εργασίας αρχικά είναι να αποσαφηνιστεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο αλληλεπιδρούν οι διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν ενώ σε μια προσπάθεια πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης της έννοιας της αριστείας στον τομέα της υγείας επιχειρήθηκε μια πρώτη αυτό-αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου σύμφωνα με το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM ώστε να εξετάσουμε το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Απώτερος σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση τυχόν βελτιώσεων που προκύπτουν από την προσπάθεια εφαρμογής των κριτηρίων του EFQM στον Οργανισμό και η παρακίνηση του σε ένα «ταξίδι» προς την αριστεία.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη το θεωρητικό το οποίο περιλαμβάνει τα τέσσερα πρώτα κεφάλαια και το ερευνητικό το οποίο περιέχει τα τελευταία δύο κεφάλαια.

Στα τέσσερα πρώτα κεφάλαια παρουσιάζονται και αναλύονται οι βασικές έννοιες της ποιότητας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν, τα οφέλη και τα κόστη που προκύπτουν από την εφαρμογή της, οι τεχνικές (στατιστικά και διοικητικά εργαλεία) που είναι απαραίτητες για τη σωστή εξέταση και διαχείριση του συστήματος ποιότητας, οι δείκτες (εργαλεία μέτρησης) μέσω των οποίων παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας και οι κύριες στρατηγικές και οι επιμέρους στόχοι τους για την βελτίωση της ποιότητας και την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας με μια ιδιαίτερη αναφορά στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και τα μοντέλα αξιολόγησης –βραβεία ποιότητας.

Επίσης στο τέλος του πρώτου μέρους επιχειρείται μια συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων πολιτικών που αναπτύχθηκαν για την βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της Υγείας εντός και εκτός της Ε.Ε. και σε εθνικό επίπεδο.

Στα τελευταία δύο κεφάλαια παρουσιάζονται και αναλύονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας μέσα από την πρακτική εφαρμογή της αυτοαξιολόγησης του Οργανισμού και τα συμπεράσματα μαζί με τις προτάσεις που προκύπτουν για μελλοντικές ενέργειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το κίνημα της ποιότητας έχει τις ρίζες του στη δεκαετία του 1920 όταν οι Shewhart, Deming και Juran άρχισαν να αναπτύσσουν και να εφαρμόζουν μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας στις γραμμές παραγωγής της εταιρείας Western Electric Company, κύριο προμηθευτή α' υλών της AT&T (American Telephone & Telegraph), η οποία εκείνη την εποχή κατασκεύαζε ένα εκτεταμένο δίκτυο τηλεπικοινωνιών στην Αμερική (ASQ, 2008).

Ο Shewhart χρησιμοποίησε στατιστικές μεθόδους για τη μέτρηση της διακύμανσης της διαδικασίας κατασκευής τηλεφωνικού εξοπλισμού. Με τον έλεγχο της ανεπιθύμητης διακύμανσης, η σπατάλη μειώθηκε και η ποιότητα των προϊόντων βελτιώθηκε (Shewhart, 1931). Από την άλλη ο Deming επικεντρώθηκε στη μέτρηση και τον έλεγχο της διακύμανσης της διαδικασίας, ενώ ο Juran στην ανάπτυξη των διαχειριστικών τεχνικών για την υποστήριξη της ποιότητας (Spath, 2009).

Έτσι στις αρχές του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν ο αμερικανικός στρατός εφάρμοσε στατιστικές μεθόδους δειγματοληψίας για τον έλεγχο των προμηθευτών του, κεντρικό ρόλο στη διάδοση της στατιστικής μεθοδολογίας για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran. Μετά τον πόλεμο, τα ηνία πήραν Ιάπωνες ερευνητές, όπως ο Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, ο οποίος κατασκεύασε επτά εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έως σήμερα και στα οποία θα αναφερθούμε πιο αναλυτικά κατά την ανάπτυξη αυτού του κεφαλαίου.

- Διάγραμμα αιτίας- αποτελέσματος (causeand-effect diagram/fishbone diagram/Ishikawa diagram)
- Φύλλο ελέγχου (check sheet)
- Διάγραμμα ελέγχου μιας διαδικασίας (control chart/process behavior chart)
- Ιστόγραμμα (histogram)
- Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)
- Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram)
- Διάγραμμα ροής (Flow chart)

Ο Ishikawa ήταν αυτός που εισήγαγε και την έννοια των κύκλων ποιότητας (ομάδες αποτελούμενες από 3 έως 12 εργαζόμενους της γραμμής παραγωγής, οι οποίοι συναντώνται τακτικά για να αναλύσουν τα προβλήματα που σχετίζονται με την παραγωγή και να προτείνουν λύσεις) (Ishikawa, 1990).

Με οδηγό λοιπόν την ποιότητα τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν τόσο ανταγωνιστικά, σε τιμή και ποιότητα, ώστε έως τα τέλη της δεκαετίας του 1970 εκτόπισαν μεγάλους τομείς της αμερικανικής

βιομηχανίας, όπως των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων. Αυτό που διαφοροποίησε τους Ιάπωνες ήταν ότι προέκτειναν την έννοια της ποιότητας από τις στατιστικές μετρήσεις της παραγωγής στη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που αφορούσε όλους τους εργαζόμενους στον οργανισμό.(Pawlicki T, Mundt AJ ,2007)

Σε αυτήν την κατεύθυνση το σύγχρονο κίνημα της ποιότητας άρχισε να αναπτύσσεται από τη δεκαετία του 1950 και μετά όπου και καθιερώθηκε το Βραβείο Ποιότητας Deming στην Ιαπωνία (1951) το οποίο εστιάστηκε στη βελτίωση της τεχνικής ποιότητας προϊόντων μαζικής βιομηχανικής παραγωγής, στη βάση κυρίως του στατιστικού ελέγχου της ποιότητας που διενεργούνταν εξωτερικά από ειδικούς συμβούλους.

Το 1988 ακολούθησε η καθιέρωση του Βραβείου Ποιότητας των ΗΠΑ -το MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award)- και το 1989 η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για τη Διοίκηση της Ποιότητας (EFQM). Είναι προφανές ότι η ιδέα της ποιότητας, όπως αναπτύχθηκε και εξελίσσεται από τη δεκαετία του 1950 μετουσιώθηκε σε Βραβεία-Μοντέλα Ποιότητας όπως τα Deming, MBNQA και EFQM τα οποία θεμελιωδώς βασίζονται στη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ).

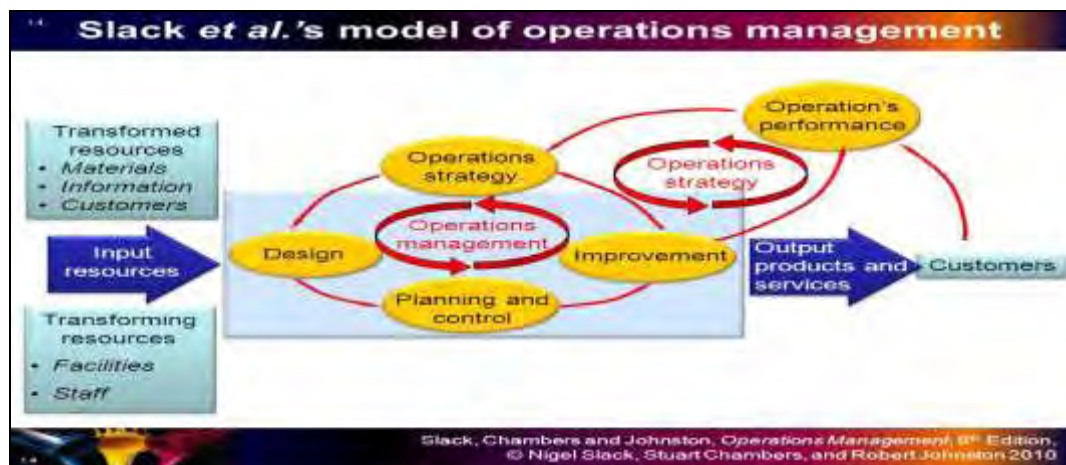
Αυτό σημαίνει -μεταξύ άλλων- ότι η ποιότητα δεν πρέπει πλέον να θεωρείται ως καθήκον κάποιων ειδικών αλλά ως υπευθυνότητα όλων των μελών του οργανισμού. Κάθε μονάδα του αντιμετωπίζεται σαν «εσωτερικός πελάτης» της παραγωγικής διαδικασίας με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση ή ακόμη και την υπέρβαση των προσδοκιών των εξωτερικών πελατών (Bovaird et all, 1995).

Σε αυτήν την λογική και με γνώμονα την αυξανόμενη επιθυμία των ανθρώπων για περισσότερα ποιοτικά προϊόντα και υπηρεσίες ,επιχειρήσεις και οργανισμοί ανά τον κόσμο αναγκάζονται εκ των πραγμάτων να θέσουν την ποιότητα στον πυρήνα της παραγωγικής διαδικασίας είτε αφορά προϊόν είτε υπηρεσία καθώς διακρίνεται καθαρά πως πρόκειται για ένα στρατηγικό εργαλείο διαφοροποίησης για τη διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Η ποιότητα θεωρείται ως ένα από τα πέντε κριτήρια της λειτουργικής απόδοσης και είναι μια έννοια-κλειδί για τους περισσότερους οργανισμούς. Τα αγαθά και οι υπηρεσίες υψηλής ποιότητας μπορούν να προσδώσουν σε έναν οργανισμό αξιοσημείωτο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Η καλή ποιότητα μειώνει το κόστος, αυξάνει το κέρδος και το σημαντικότερο, δημιουργεί ευχαριστημένους πελάτες. Μακροχρόνια θεωρείται από πολλούς ειδικούς ότι είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την απόδοση ενός οργανισμού σε σχέση με τους ανταγωνιστές του (Slack et al, 2007, p.537).

Ο David Garvin (Garvin D., 1984) κατηγοριοποιεί τους ορισμούς της ποιότητας σε πέντε προσεγγίσεις:

1. Η Ιδανική προσέγγιση: Ορίζει την ποιότητα σαν έμφυτη τελειότητα. (π.χ. ένα Ρολόι Rolex ή ένα αυτοκίνητο Rolls-Royce)
 2. Η προσέγγιση βασισμένη στην παραγωγή: Αφορά την παροχή προϊόντων ή υπηρεσιών χωρίς ελαττώματα που ακολουθούν πιστά τις προσυμφωνημένες προδιαγραφές (π.χ. ένα αυτοκίνητο χωρίς ελαττώματα φτηνότερο από μια Rolls-Royce ορίζεται σαν ένα προϊόν ποιότητας χωρίς αναγκαστικά να είναι το καλύτερο)
 3. Η προσέγγιση του χρήστη: Το παραγόμενο προϊόν ή υπηρεσία απλά εκπληρώνει το σκοπό του και είναι ικανοποιητική η χρήση του από τον πελάτη ή χρήστη.
 4. Η προσέγγιση βασισμένη στο παραγόμενο προϊόν: Η ποιότητα είναι ένα σετ χαρακτηριστικών που θα ικανοποιήσει τους πελάτες.
 5. Η προσέγγιση βασισμένη στην αξία: Η ποιότητα σχετίζεται με το κόστος. Ο πελάτης μπορεί να δεχτεί ένα προϊόν χαμηλότερων προδιαγραφών αν η τιμή είναι χαμηλότερη και το αντίστροφο.
- Η προσέγγιση της λειτουργικής διοίκησης (Slack et al, 2007) σύμφωνα με την οποία «Η ποιότητα είναι συνακόλουθη και συνεπής με τις προσδοκίες των καταναλωτών», συνδυάζει και τις πέντε προσεγγίσεις που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Στην βάση αυτής της προσέγγισης οι πόροι και οι διαδικασίες έχουν σχεδιαστεί και ρυθμιστεί έτσι ώστε να καλύπτουν τις προδιαγραφές ενώ ταυτόχρονα, τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες υπηρετούν τις προσδοκίες των πελατών-καταναλωτών που όντως μπορεί να επηρεάζονται από τις τιμές.



Εικόνα 1: Το μοντέλο της λειτουργικής διοίκησης, (Slack et al, 2010)

Επίσης, υπάρχει και η προσέγγιση του πελάτη-καταναλωτή σύμφωνα με την οποία «Η ποιότητα είναι αυτό που κάποιος θεωρεί ή αντιλαμβάνεται πώς ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πρέπει να είναι», επειδή οι προσδοκίες των πελατών-καταναλωτών μπορεί να διαφέρουν καθώς η ποιότητα διαμορφώνεται από το κενό μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών (Haywood- Farmer et al, 1991, Parasuraman et al, 1985).

Οι Harvey (1995b) και Oakland (1995) θέτουν την ποιότητα σε όρους εκπλήρωσης των αναγκών των καταναλωτών ενώ οι Mc Nealy (1993) ,Goetsch & Davis (1994) προσθέτουν ότι η ποιότητα πρέπει να ικανοποιεί ή και να υπερβαίνει τις ανάγκες και προσδοκίες των καταναλωτών.

Σύμφωνα με τον Oakland ποιότητα είναι η πλήρωση των απαιτήσεων του πελάτη (delight the customer). Οι απαιτήσεις μπορεί να σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα, την αξιοπιστία, την συντηρησιμότητα, την αποτελεσματικότητα του κόστους κλπ. (Oakland 1995)

Η ποιότητα μπορεί να:

- δηλώνει το excellence/την υπεροχή (Rolls-Royce)
- χρησιμοποιηθεί για να υποδείξει μια μορφή επαγγελματισμού, “professionalism” (νοσοκομείο)
- είναι συνδεδεμένη και με την έννοια της αξιοπιστίας (reliability) , την ικανότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας να λειτουργήσει ικανοποιητικά/να εξυπηρετεί τις απαιτήσεις των πελατών μέσα στη πάροδο του χρόνου (BMW)
- σχετίζεται όχι με λειτουργικά χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας αλλά με την ικανοποίηση του πελάτη “satisfaction in ownership” (αντίκες)

Ορισμοί της ποιότητας:

- ✓ «Ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». (Shewhart 1931)
- ✓ «Η καταλληλότητα για χρήση» (Juran, 1967)
- ✓ «Η συμμόρφωση με προδιαγραφές» (Juran, 1988)
- ✓ «Η συμμόρφωση με απαιτήσεις» (Crosby, 1979)
- ✓ «Το σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος και μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν και η υπηρεσία όταν αποδοθούν σε χρήση θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη» (Feigenbaum, 1983)
- ✓ «Η ποιότητα σε ένα προϊόν ή μία υπηρεσία δεν έχει να κάνει με το τι παρέχει ο προμηθευτής, έχει να κάνει με το τι αποκομίζει και πόσα είναι διατεθειμένος να πληρώσει ο πελάτης για αυτό» (Peter Drucker 1985)
- ✓ «Η στόχευση στις ανάγκες των πελατών, παρούσες και μελλοντικές» (Deming, 1986)
- ✓ «Μια συνεχή προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του πελάτη» (Laffel & Blumenthal, 1986)
- ✓ «Προϊόντα και υπηρεσίες που πληρούν ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες των πελατών. Δισδιάστατο μοντέλο της ποιότητας: "υποχρεωτικής ποιότητας" και "ελκυστικής ποιότητας"» (Noriaki Kano 1996)

- ✓ «Το σύνολο των προδιαγραφών και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας τα οποία συμβάλλουν στην ικανοποίηση των άμεσων και έμμεσων αναγκών του πελάτη» (American Society for quality, ASQ 2010).
- ✓ «Συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη παρέχοντας του προϊόντα και υπηρεσίες σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες λειτουργικές προδιαγραφές που πληρούν και υπερβαίνουν τις ρητές και έμμεσες ανάγκες του και ικανοποιούν τον παραγωγό / προμηθευτή » (Am Mosadeghrad 2014).

Προσανατολισμός των συγγραφέων της Διοίκησης ποιότητας:

Συγγραφέας	Ορισμός Ποιότητας	Προσανατολισμός	Ανέπτυξε
Juran	Καταλληλότητα προς χρήση	Πελάτης	Τριλογία της ποιότητας Τα πέντε χαρακτηριστικά της ποιότητας Εσωτερικός πελάτης Τα 6 στάδια της επίλυσης προβλημάτων Συμβούλιο ποιότητας Η έλικά της ποιότητας
Deming	Καταλληλότητα προς το σκοπό	Πελάτης	14 σημεία ποιότητας Ο κύκλος PDCA Οι 7 θανάσιμες ασθένειες
Garvin	Δεν έδωσε συγκεκριμένο ορισμό	Πελάτης και Προμηθευτής	Οι πέντε βάσεις της ποιότητας Οι 8 διαστάσεις της ποιότητας
Crosby	Συμμόρφωση στις απαιτήσεις	Προμηθευτής	Οι πέντε απαράβατες αρχές της ποιότητας Το πρόγραμμα 14 σημείων για την ποιότητα
Ishikawa	Δεν έδωσε συγκεκριμένο ορισμό	Προμηθευτής	Διάγραμμα Ishikawa («ψαροκόκαλο») Ταξινόμηση των στατιστικών εργαλείων ποιότητας Κύκλοι ποιότητας
Feigenbaum	Ικανοποίηση του πελάτη	Προμηθευτής	Βιομηχανικοί κύκλοι Χρήση του συμβουλίου ποιότητας Τέσσερα βήματα ελέγχου
Taguchi	Δεν έδωσε συγκεκριμένο ορισμό	Προμηθευτής	Ποιότητα των μεθόδων σχεδιασμού

Πίνακας 1.1: Προσανατολισμός των συγγραφέων του μάνατζμεντ ποιότητας ,Πηγή: James, 1998

1.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.

Εντούτοις, ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός είναι αυτός των Evans & Lidsay: «η ποιότητα να ικανοποιεί ή να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lidsay, 1996) ενώ οι βασικές παράμετροι της ποιότητας ενός προϊόντος όπως έχουν αποδοθεί από τον David Garvin συνοψίζονται στα παρακάτω χαρακτηριστικά (Evans & Lindsay, 2005):

1. Απόδοση (performance).
2. Προδιαγραφές (features).

3. Αξιοπιστία (Reliability).
4. Συμμόρφωση Προδιαγραφών (conformance).
5. Ανθεκτικότητα (durability).
6. Εξυπηρέτηση μετά την Πώληση (service ability).
7. Αισθητικά Χαρακτηριστικά (aesthetics).
8. Υποκειμενική Αντίληψη Ποιότητας (perceived quality).



Εικόνα 2: Διαστάσεις της ποιότητας, Garvin D.(1986)

Πηγή: <http://www.onquality.info/2010/04/product-quality-by-dr-garvin-1984.html/>

Έρευνες από τους Parasuraman et al (1988) δείχναν ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια και στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε 10 κατηγορίες - κλειδιά τα οποία καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθες:

- (1) Αξιοπιστία (Reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- (2) Ανταπόκριση (Responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.
- (3) Ικανότητα (Competence): Απαραίτητα προσόντα - δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
- (4) Πρόσβαση (Access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
- (5) Ευγένεια (Courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- (6) Επικοινωνία (Communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.

- (7) Επαγγελματική πίστη (Credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- (8) Ασφάλεια (Security): Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.
- (9) Κατανόηση (Understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.
- (10) Φυσικά χαρακτηριστικά (Physical tangibles): Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων και άλλων προμηθευτών.

Συνήθως ο παράγοντας κόστος έπεται των άνω προτεραιοτήτων καθώς κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη όλων αυτών των προσδοκιών δίνει την αίσθηση κακής ποιότητας, των παρεχομένων υπηρεσιών.

Υπάρχουν επίσης κάποια χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν τις υπηρεσίες από τα προϊόντα με τις σημαντικότερες διαφορές μεταξύ των παραγωγικών τους συστημάτων να συνοψίζονται ως εξής:

Προϊόντα	Υπηρεσίες
Απτά	Μη απτές, αναλώνονται στη διάρκεια της παραγωγής τους
Ελάχιστη επαφή του παραγωγικού συστήματος με τον τελικό καταναλωτή	Άμεση επαφή με τον πελάτη
Αποθεματοποιούνται και διατίθενται από απόθεμα	Διατίθενται μόνο κατά την διάρκεια της παραγωγής τους
Σύνθετη παραγωγική διαδικασία	Απλή παραγωγική διαδικασία (συνήθως)
Οι αγορές είναι περιφερειακές, εθνικές, διεθνείς	Οι αγορές είναι συνήθως τοπικές
Μεγάλο σύστημα, μπορεί να πετύχει «οικονομίες κλίμακας»	Το σύστημα είναι μικρό (συνήθως)
Η τυποποίηση είναι κανόνας	Μικρή τυποποίηση
Η φύση της παραγωγικής διαδικασίας είναι συνήθως «έντασης κεφαλαίου»	Η φύση της παραγωγικής διαδικασίας είναι συνήθως «έντασης εργασίας»
Μικρή δυσκολία στη διασφάλιση ποιότητας	Μεγάλη δυσκολία στη διασφάλιση ποιότητας
Εύκολη μέτρηση της απόδοσης	Δύσκολη μέτρηση της απόδοσης

Πίνακας 1.2 Διαφορές Συστημάτων Παραγωγής Προϊόντων και Υπηρεσιών

Πηγή: “Διοίκηση Παραγωγής – Ο Σχεδιασμός παραγωγικών Συστημάτων”, Κ. Παππής

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι:

Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες η διαδικασίες άυλης φύσης (Kotler P., 1997) και ως εκ τούτου δεν γίνεται να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε σε αντίθεση με τα υλικά αγαθά τα οποία είναι φυσικά αντικείμενα.

Οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται ταυτόχρονα και ως εκ τούτου δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν ενώ στα αγαθά η παραγωγή και κατανάλωση διαχωρίζονται με συνέπεια να είναι δυνατή και η αποθήκευση.

Οι υπηρεσίες είναι ετερογενείς και ως εκ τούτου καθίστανται προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη τα οποία πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του, ενώ τα αγαθά παρουσιάζουν ομοιογένεια. Η ετερογένεια των υπηρεσιών η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση των παρόχων με τους χρήστες –καταναλωτές και το εξωτερικό περιβάλλον είναι αυτή που καθιστά το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας παροχής υπηρεσιών πιο ευμετάβλητο σε σχέση με αυτό της παραγωγής αγαθών.

Οι υπηρεσίες συχνά εμφανίζονται ως ένα σύνολο που αποτελείται από ένα σύστημα υπο-υπηρεσιών. Ο πελάτης εκτιμά το σύνολο όλων αυτών των διαβαθμισμένων υπηρεσιών. Η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας εξαρτάται από τη συνολική εμπειρία την οποία αποκόμισε ο πελάτης (Παπανικολάου Β., 2007).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της Υγείας αποτελεί ένα πεδίο ιδιαίτερης προσοχής στην διεθνή βιβλιογραφία με τους ερευνητές να αποδίδουν διαφορετικές διαστάσεις στην ερμηνεία της. Έτσι οι επιστήμονες που έχουν εντρυφήσει στο πεδίο της έρευνας σχετικά με την υγεία και τις παραμέτρους της ,στην προσπάθεια τους να ορίσουν την έννοια της υγείας με οδηγό διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις κατέληξαν στο διαχωρισμό μεταξύ θετικού και αρνητικού, καθώς και λειτουργικού και βιοματικού ορισμού (Λιαρόπουλος 2007) (Καλογεροπούλου 2007).

- Θετικός ορισμός της υγείας: Η υγεία αντιμετωπίζεται ως κάτι ευρύ και δίνεται έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην επίτευξη αυτού που καλούμε υγεία πολύ υψηλού επιπέδου. Ένας τέτοιος ορισμός της υγείας δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο «υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας, αλλά η πλήρης σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία του ατόμου» (WHO, 1958) . Αυτός ο ορισμός εκφράζει μία θετική διάσταση για την υγεία και αναγνωρίζει τι πρέπει να περιλαμβάνει η κατάσταση πλήρους υγείας.
- Αρνητικός ορισμός της υγείας: σύμφωνα με τον Bentham "υγεία είναι η απουσία νόσου". Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης απέδειξε ότι υπάρχουν αλλοιώσεις του οργανισμού χωρίς να προκαλούν συμπτώματα και ως εκ τούτου μπορεί να μην υπάρχει "καλή υγεία", παρόλο που δεν υπάρχουν συμπτώματα.

- Λειτουργικός ορισμός της υγείας: με βάση τον ορισμό του Parson (1979) η υγεία ορίζεται αναφορικά με την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, π.χ. στην εργασία του (αν είναι σε θέση να εργάζεται), στο σπίτι του (στις σχέσεις του με τα οικεία του πρόσωπα) κ.α.
- Βιωματικός ορισμός της υγείας. Ο βιωματικός ορισμός εστιάζεται κυρίως στο άτομο και στον τρόπο που αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία του.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς ορισμούς αφού η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού πληρότητας, όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. (Καραδήμας 2005)

Ο ορισμός της Υγείας όπως περιλαμβάνεται στον πρόλογο του καταστατικού του ΠΟΥ (Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία, Νέα Υόρκη, 19 - 22 Ιουνίου 1946), *"Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας."* (*"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*) φαίνεται να είναι αυτός με τις περισσότερες αναφορές έως σήμερα.

Ενδεικτικά ένας παρόμοιος ορισμός αναφέρει *"Υγεία είναι μια κατάσταση σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και απουσία ασθένειας ή οποιαδήποτε άλλη φυσιολογική κατάσταση"* (Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια Mosby, 1992)

Η υγεία η οποία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου έχει αναγνωριστεί επίσης ως ένα από τα κυρίαρχα ανθρώπινα δικαιώματα όπως αυτό προβάλλεται σε εθνικές και διεθνείς συνθήκες και διακηρύξεις. Στο δικαίωμα για την προστασία της υγείας κάνει λόγο το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο 21 παρ 3. του, το οποίο ορίζει ότι: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...». , η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) στο άρθρο 25 το οποίο επισημαίνει ότι: «όλοι έχουν δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο, το οποίο να επαρκεί για την υγεία και ευημερία των ίδιων,.....» ,ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης, στο άρθρο 11 και υπό τον τίτλο «Δικαίωμα για προστασία της υγείας» ορίζει ότι: «για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας,» ,ο Καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρει: «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου.....» και η Συνθήκη του Μάαστριχτ (άρθρο 129) αναγνώρισε ότι: «Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής, οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνισταμένη των άλλων πολιτικών της Κοινότητας».

1.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.4.1 ΕΝΝΟΙΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ-ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Μια από τις πρώτες προσπάθειες εισαγωγής προτύπων ποιότητας στον χώρο της Υγείας έγινε το 1918, όταν και θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, ενώ στην συνέχεια το 1952 ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων, ο οποίος παρείχε πιστοποιήσεις στους Οργανισμούς Υγείας για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003). Από την πλευρά των παρόχων Υγείας, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε συνδυασμό με ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων ενώ από την πλευρά των ασθενών σημαίνει την δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η ερμηνεία του Π.Ο.Υ. για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφέρει ότι: «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (W.H.O.1993)

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Σιγάλας 1999, Τούντας 2002).

Στο τομέα της υγείας, ο Donabedian ορίζει την ποιότητα ως «την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, σκεπτόμενοι όλα τα οφέλη και τις απώλειες που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Harteloh, 2003).

Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

α) Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή.

β) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Αυτό αφορά την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, συμπεριφορά η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

γ) Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις, οι ευκολίες.

Έχοντας λοιπόν ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, ο Donabedian διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Donabedian, 1980).

Επίσης ο Donabedian (1988) περιέγραψε την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων στο οποίο η περίθαλψη αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικό-πολιτιστικό του περιβάλλον.



Εικόνα 3: Επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας, Donabedian (1988)

Πηγή: <https://nursekey.com/outcomes-research/>

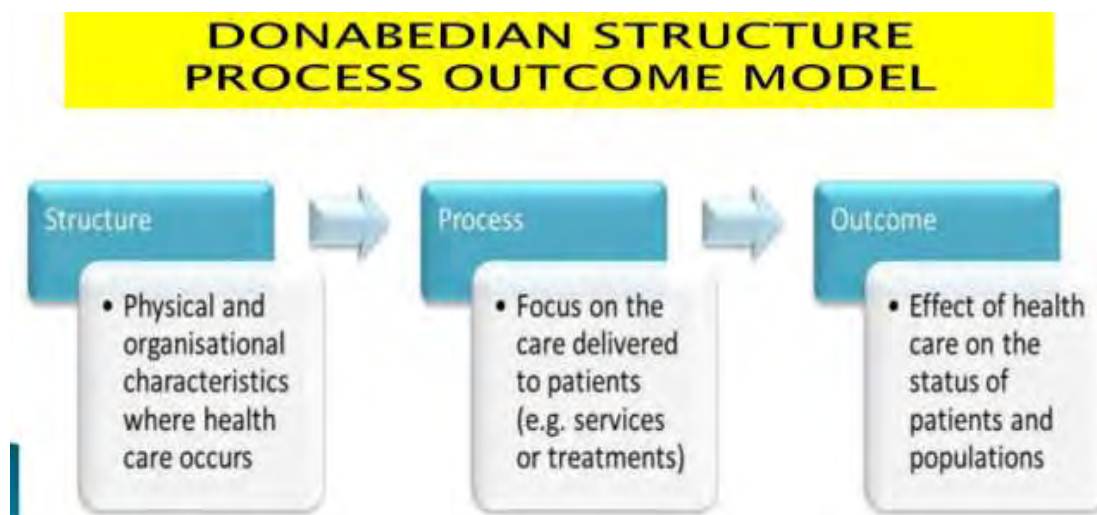
Το 1990, με το άρθρο του «The Seven Pillars of Quality» ο Donabedian, παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

1. Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy), η οποία έγκειται στην ικανότητα της φροντίδας για βελτίωση της υγείας.

2. Αποτελεσματικότητα (effectiveness), που σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο έχουν επιτευχθεί οι βελτιώσεις στην υγεία.
3. Αποδοτικότητα (efficiency), η ικανότητα δηλαδή να λαμβάνεις όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
4. Βελτιστότητα (optimality), η πλέον συμφέρουσα εξισορρόπηση κόστους και οφέλους.
5. Αποδεκτικότητα (acceptability), που αναφέρεται στη συμμόρφωση στις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα, τη σχέση του ασθενούς - επαγγελματία, τις παροχές, τις επιπτώσεις της φροντίδας και το κόστος της περίθαλψης.
6. Νομιμότητα, ορθότητα (legitimacy), η συμμόρφωση δηλαδή με τις κοινωνικές προτιμήσεις που αφορούν όλα τα παραπάνω και τέλος,
7. Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity), η οποία αναφέρεται στη δίκαιη κατανομή της περίθαλψης και των επιπτώσεών της στην υγεία.

Ο Donabedian υπήρξε πρωτοπόρος όσον αφορά την έρευνα για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εισάγοντας το μοντέλο «δομή- διεργασία- αποτέλεσμα» κατ' αντιστοιχία του μοντέλου «εισροές-διεργασία-εκροές» που προϋπήρχε στο βιομηχανικό κλάδο (Shaw & Kalo, 2002). Υποστήριξε ότι η κατάλληλη δομή αυξάνει την πιθανότητα καλών διεργασιών, και οι καλές διεργασίες αυξάνουν την πιθανότητα καλών αποτελεσμάτων (Donabedian, 1988). Σύμφωνα με τον Donabedian (1988) η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν ο γιατρός βοηθά τον ασθενή κατάλληλα ώστε να φθάσει σε ένα επιτεύξιμο επίπεδο υγείας. Αυτός ο ορισμός προσεγγίζει τη μέτρηση της ποιότητας από την πλευρά του γιατρού. Οι μετρήσεις που χρησιμοποιούνται στο εν λόγω μοντέλο για να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν την ποιότητα στην περίθαλψη, ταξινομούνται όπως προαναφέραμε με βάση τρία πεδία: την δομή (structure), την διαδικασία (process) και το αποτέλεσμα (outcome). Κάθε πεδίο έχει άμεση επιρροή στο επόμενο. Δηλαδή, η δομή επηρεάζει τη διαδικασία και η διαδικασία με τη σειρά της επηρεάζει το αποτέλεσμα. Η ποιότητα της δομής αντανακλάται στους φυσικούς και ανθρώπινους πόρους και οι διαρθρωτικές μετρήσεις αφορούν τον ιατρικό εξοπλισμό τις εγκαταστάσεις, το προσωπικό και την διοίκηση του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνονται οι ικανότητες, τα συστήματα και οι διαδικασίες για την παροχή περίθαλψης υψηλού ποιοτικού επιπέδου (π.χ. ο αριθμός πιστοποιημένων γιατρών, ο αριθμός κλινών, εάν η οργάνωση χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία κ.α.). Η ποιότητα της διαδικασίας αντανακλάται στις ενέργειες που προβαίνουν οι πάροχοι υγείας για την κατανομή και την διατήρηση της φροντίδας και απεικονίζει πρωτίστως την αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης, η οποία εξαρτάται από την τεχνική κατάρτιση του επαγγελματία υγείας (διάγνωση, θεραπεία), τη διαπροσωπική σχέση (επικοινωνία) και την πρόσβαση (χρόνος αναμονής). Οι μετρήσεις που αφορούν την διαδικασία, δείχνουν τι κάνει ο πάροχος υγείας ώστε να διατηρήσει ή να βελτιώσει το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας είτε για

τους υγιείς ανθρώπους είτε για εκείνους που η διάγνωση δείχνει ότι χρειάζονται περίθαλψη. Η ποιότητα του αποτελέσματος αντανakλάται από την επίπτωση της περίθαλψης στην υγεία του ασθενή και στην κοινωνία γενικότερα ενώ στο πεδίο αυτό οι μετρήσεις επικεντρώνονται τόσο στην ικανοποίηση του χρήστη από το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών όσο και στα οφέλη ή τις απώλειες που προκύπτουν για τον ίδιο τον ασθενή, τον πάροχο και το κοινωνικό σύνολο (χαμένος χρόνος εργασίας λόγω ανικανότητας, αναπηρία, θνησιμότητα κ.α).



Εικόνα 4 : Donabedian model (1988)

Πηγή: American Nurses Association (ANA)

(<https://www.slideshare.net/abhilashachaudhary4/quality-assurance-in-nursing71996102>)

Σύμφωνα με τον Ovretveit (2009), η ποιότητα υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως η «παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τις προσδοκίες των ασθενών και επιτυγχάνει τα υψηλότερα δυνατά κλινικά αποτελέσματα με τους διαθέσιμους πόρους». Αυτός ο ορισμός περικλείει τρεις διαστάσεις της ποιότητας:

- α) Ποιότητα πελάτη: αναφέρεται στο αν και σε ποιο βαθμό οι άμεσοι χρήστες πελάτες/ασθενείς και οι υπεύθυνοι φροντίδας αισθάνονται ότι λαμβάνουν αυτό που θέλουν από τις υπηρεσίες (άτομα και πληθυσμοί).
- β) Επαγγελματική ποιότητα: αναφέρεται στο αν και κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες, όπως αυτές τελικά προσδιορίζονται από τους επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιώντας τις σωστές τεχνικές και διαδικασίες για την επίτευξη των προσδοκιών των πελατών.
- γ) Διοικητική ποιότητα: αναφέρεται στο αν και σε ποια κλίμακα οι υπηρεσίες παρέχονται με τρόπο αποδοτικό από πλευράς πόρων. (αποτελεσματική και παραγωγική χρήση των πόρων).

Τα Χαρακτηριστικά ποιότητας των υπηρεσιών υγείας όπως έχουν καταγραφεί από τον Ovretveit και τον Εθνικό Φορέα Διαπίστευσης των Η.Π.Α. (JCAHO) αποτυπώνονται στον κάτωθι πίνακα:

ΕΝΝΟΙΕΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
“Appropriateness” (Καταλληλότητα):	Περιγράφει τον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία που παρέχεται είναι η πλέον ενδεδειγμένη για να καλύψει τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.
“Availability” (Διαθεσιμότητα):	Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία είναι διαθέσιμη από τον πάροχο στον χρήστη ώστε ο τελευταίος να καλύψει άμεσα τις ανάγκες του.
“Continuity” (Συνέχεια):	Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία που λαμβάνει ο ασθενής είναι προϊόν συντονισμένων ενεργειών μεταξύ των επαγγελματιών και των δομών υγείας που επικαιροποιείται με το πέρασμα του χρόνου.
“Effectiveness” (Αποτελεσματικότητα):	Περιγράφει τον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία που παρέχεται εκτελείται με τον πλέον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
“Efficacy” (Δραστηκότητα):	Περιγράφει τον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία που παρέχεται στον ασθενή με σκοπό την θεραπεία του , επιτυγχάνει το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα.
“Efficiency” (Αποδοτικότητα):	Περιγράφει την αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της υπηρεσίας. Εάν επετεύχθη δηλαδή το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (μέγιστο όφελος).
“Respect and Caring” (Σεβασμός και Φροντίδα):	Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν με ευαισθησία και σεβασμό τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του ασθενή που λαμβάνει των υπηρεσιών τους.
“Safety” (Ασφάλεια):	Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο το «ρίσκο» μιας παρέμβασης και το «ρίσκο» στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.
“Timeless” (Επικαιρότητα):	Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η υπηρεσία παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Πίνακας 1.3. Χαρακτηριστικά ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (JCAHO 2000, Ovretveit, 2003)

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα στην υγεία που προέκυψε από την ανάγκη για μια πιο αποτελεσματική προσέγγιση στις απαιτήσεις των σύγχρονων οργανισμών Υγείας αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιον τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. (Al-Assaf Af.,1993)

Στους εξωτερικούς πελάτες περιλαμβάνονται οι χρήστες-καταναλωτές του συστήματος υγείας (ασθενείς ,συνοδοί ασθενών) και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη (προμηθευτές ,συνεργαζόμενες αρχές ,κοινωνικοί φορείς) ενώ ως εσωτερικοί πελάτες νοούνται οι επαγγελματίες υγείας (διοικητικά στελέχη ,εργαζόμενοι του Οργανισμού) (Sullivan & Decker 2009).

Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες που δίνουν την απαραίτητη ανατροφοδότηση (π.χ. ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών).

Σε αυτή την λογική ένας παραπλήσιος ορισμός για την ποιότητα που διατυπώθηκε από τον Al-Assaf Af. αναφέρει: «Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς» , αυτό ισχύει για παράδειγμα, όταν ο ιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή (Al-Assaf Af. , Sheikh M.2004.).

Ωστόσο τρεις από τους πιο ευρέως αποδεκτούς ορισμούς στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με την ποιότητα στον χώρο της Υγείας είναι αυτοί των Donabedian, Thomson και Nelson.

- «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή» (Donabedian, 1980)
- «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών» (Thomson, 1980)
- «ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδέκτες με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Nelson, 1996).

Όλες οι ανωτέρω προσεγγίσεις καταδεικνύουν το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών όπου έννοιες όπως η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η πείρα, η υψηλή τεχνολογία, η λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων, ο άμεμπτος επαγγελματισμός, το αίσθημα και η αξιοπρέπεια αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελούν ουσιαστική αναγκαιότητα και έχουν

προτεραιότητα στην ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών οι οποίες είναι πολύ υψηλότερες σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία .

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από την παροχή αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών στον βαθμό που το επιτρέπουν οι διαθέσιμοι πόροι του συστήματος (έλεγχος του κόστους). Συνεπώς η ποιότητα στην υγεία δεν περιλαμβάνει μόνο το ιατρικό έργο (παροχή μεμονωμένης φροντίδας), αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων (λειτουργικά συστήματα και δομές υγείας).

1.4.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας είναι ακόμη πιο δύσκολο να καθοριστεί και να μετρηθεί από ότι σε άλλους τομείς και αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στα διακριτά χαρακτηριστικά της Ιατρικής περίθαλψης.

Χαρακτηριστικά Ιατρικής περίθαλψης (Santerre, R.E. & Neun, S.P., 2013)

- Αμετάβλητο: δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε μια ιατρική υπηρεσία με τις πέντε αισθήσεις μας
- Αδιάσπαστο: η παραγωγή και η κατανάλωση λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα
- Απογραφή: (συνέχεια με το Αδιάσπαστο) δεν μπορούμε να αποθεματοποιήσουμε την ιατρική υπηρεσία
- Ασυνέπεια: η σύνθεση και η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών ποικίλλουν από περιστατικό σε περιστατικό
- Διαφορές μεταξύ ποιότητας δομής (εγκαταστάσεις, ιατρικός εξοπλισμός, κ.λπ.), ποιότητας διαδικασίας (ώρα αναμονής, διάγνωση, θεραπεία, κ.λπ.), ποιότητας αποτελέσματος (επίπτωση της περίθαλψης στην υγεία του ασθενούς) .

Η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα άυλο προϊόν το οποίο δεν μπορούμε να το αγγίξουμε, να το αισθανθούμε όπως τα μεταποιημένα αγαθά και για αυτό το λόγο η ποιότητα του εξαρτάται τόσο από τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά την παροχή της φροντίδας όσο και από τις αλληλεπιδράσεις των χρηστών και των παρόχων υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παράγονται και καταναλώνονται ταυτόχρονα και δεν δύναται να αποθεματοποιηθούν ώστε να τις καταναλώσουμε σε μεταγενέστερο χρόνο. Αυτό το γεγονός καθιστά ανέφικτο τον ποιοτικό έλεγχο ,από την πλευρά του πελάτη ,πριν από την αγορά και την κατανάλωση και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι εγγυημένα.

Επίσης οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρόλο που βασίζονται σε συγκεκριμένα πρότυπα (πρωτόκολλα, διαδικασίες ,κ.τ.λ.) παρουσιάζουν ωστόσο αρκετές διαφορές ως προς την παροχή τους ανάλογα με τον πάροχο ,τον χρήστη, την θέση και τον χρόνο. Αυτή η «ετερογένεια» υπάρχει επειδή οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν ως προς τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά (εμπειρία, ατομικές ικανότητες, προσωπικότητες) και παρέχουν την υπηρεσία σε ασθενείς με διαφορετικές ανάγκες.

Από την άλλη είναι σχεδόν αδύνατο να διατηρηθούν και οι τρεις πτυχές της ποιότητας (δομής- διαδικασίας –αποτελέσματος) σταθερές σε κάθε ιατρικό περιστατικό γι αυτό είναι συχνά δύσκολο να αναπαραχθούν συνεπείς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να μετρηθούν με ακρίβεια.

Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη είναι μια υποκειμενική, πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια όπως αποδόθηκε και από τους Donabedian, Ovretveit, Thomson Nelson κ.α (βλ. ενότητα 1.4.1) που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και ανάλυσης.

Οι Schuster *et al* (1988) ορίζουν την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη ως *«την παροχή στους ασθενείς των κατάλληλων υπηρεσιών με τεχνικά ικανοποιητικό τρόπο από άποψη επιστημονικής και τεχνολογικής επάρκειας , μέσα σε ένα πλαίσιο καλής και αμφίδρομης επικοινωνίας που να επιτρέπει την από κοινού λήψη αποφάσεων και να διακρίνεται από πολιτισμική ευαισθησία »* .

Ενώ ο ορισμός του Lohr (1991) για την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη αποδίδεται ως *" ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στα άτομα και τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων και συνάδουν με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις"* .

Ο Mosadeghrad (2014) καθόρισε την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη ως *" την σταθερή απόλαυση του ασθενούς μέσω της παροχής δραστικών, αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις τελευταίες κλινικές οδηγίες και πρότυπα που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και στις απαιτήσεις των παρόχων "* και προσδιόρισε 182 χαρακτηριστικά της τα οποία ομαδοποίησε σε πέντε κατηγορίες: περιβάλλον, ενσυναίσθηση, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και δραστηριότητα.

Η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, η προσιτότητα, η αποδοχή, η καταλληλότητα, η ικανότητα, η εμπιστευτικότητα, η ιδιωτικότητα, η προσοχή, η φροντίδα, η ανταπόκριση, η υπευθυνότητα, η ακρίβεια, η αξιοπιστία, η πληρότητα είναι μερικά από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά της.

Οι διάφορες προοπτικές, επιθυμίες και προτεραιότητες των χρηστών ,των παρόχων και γενικά όλων των εμπλεκόμενων μερών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάζονται σε κάθε προσπάθεια προσδιορισμού, μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας της διότι τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν ή τα κίνητρα με τα οποία την επιδιώκουν δεν είναι ενιαία.

- Οι *χρήστες - καταναλωτές* των υπηρεσιών υγείας λόγω της ψυχολογικής τους φόρτισης που προέρχεται από το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν επιδιώκουν την άμεση λύση του

προβλήματος με η όχι ορθόδοξους μεθόδους παρακάμπτοντας αρκετές φορές τις νόμιμες διαδικασίες.

- Οι επαγγελματίες υγείας προσεγγίζουν την ποιότητα από την πλευρά της αποτελεσματικότητας που περιέχει την έννοια της βέλτιστης θεραπείας χωρίς περιορισμό του κόστους.
- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποδοτικότητας ώστε να επιτύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος σε όλους τους τομείς λειτουργίας τους.
- Η κοινωνία αναζητά την ποιότητα σε όλο το φάσμα του τομέα Υγείας με υπερβάλλουσες απαιτήσεις, συχνά μεγιστοποιεί ατέλειες και αρκετές φορές δεν είναι το ίδιο πρόθυμη ή αδυνατεί να συνεισφέρει στο κόστος που απαιτείται για την ικανοποίηση των προσδοκιών της.
- Η πολιτεία και οι διεθνείς φορείς όπως ο ΠΟΥ, η Ε.Ε. κ.α. πρέπει να συνδυάσουν όλες τις παραμέτρους, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, υπερβάλλουσες προσδοκίες σε ένα πλαίσιο όπου η ποιότητα θα οριστεί ως οδηγός για την επίτευξη των στόχων των συστημάτων υγείας .

Ενώ έχουν διεξαχθεί αρκετές εμπειρικές μελέτες για την αξιολόγηση της ποιότητας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης παρόμοιες έρευνες για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν αναφέρονται πολλές στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε αυτή την κατεύθυνση ,με στόχο να καλύψει αυτό το ερευνητικό κενό, κινήθηκε και η έρευνα του Mosadeghrad (2014) ο οποίος μέσα από την εμπειρική διερεύνηση των προοπτικών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των διευθυντικών στελεχών, των πληρωτών και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής προσπάθησε να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο ιρανικό πλαίσιο.

Η έρευνα διεξήχθη σε οκτώ Νοσοκομεία (Δημόσια και Ιδιωτικά) που αντιπροσωπεύουν τα τρία κυρίαρχα συστήματα Υγείας στο Ιράν ,μέσω δομημένων ατομικών συνεντεύξεων που απευθυνόταν στους Ιατρούς ,τα διευθυντικά στελέχη, τους πληρωτές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και μέσω ομαδικών συνεντεύξεων (ομάδες εστίασης) που απευθυνόταν στους υπόλοιπους επαγγελματίες Υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συγκεντρώθηκαν σε τρεις βασικές κατηγορίες και 10 μεταβλητές όπως παρουσιάζονται στον κάτωθι πίνακα .

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ
Παράγοντες που σχετίζονται με τον χρήστη, παραλήπτη των υπηρεσιών υγείας	Κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές χρηστών (γλώσσα, ταυτότητα, θρησκευτικές πεποιθήσεις ,εισόδημα, μόρφωση, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.τ.λ.)
	Συνεργασία των ασθενών
	Τύπος ασθένειας (σοβαρότητα της ασθένειας)
Παράγοντες που σχετίζονται με τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας	Κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές παρόχων (Ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα, η προσωπική και οικογενειακή κατάσταση, οι διαπροσωπικές σχέσεις,(κ.τ.λ.)
	Επάρκεια παρόχου (Γνώσεις ,δεξιότητες, εμπειρία, κ.τ.λ.)
	Παροχή κινήτρων και ικανοποίηση (οι αμοιβές, το εργασιακό περιβάλλον, η ποιότητα της ηγεσίας και των διευθυντικών στελεχών, οι οργανωτικές πολιτικές, οι συνεργάτες, η αναγνώριση, η ασφάλεια και η ταυτότητα της εργασίας , η επαγγελματική εξέλιξη, κ.τ.λ.)
Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας	Σύστημα υγείας (αποδοτικότητα,αποτελεσματικότητα,προσβασιμότητα,ανταποκρισιμότητα, οικονομική προσιτότητα, κ.τ.λ.)
	Πόροι και εγκαταστάσεις (Ανθρώπινο δυναμικό, χρηματοοικονομικές ροές, εξοπλισμός, υλικά κ.τ.λ.)
	Ηγεσία και διαχείριση (αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα ,σταθερότητα επαγγελματισμός ,αντικειμενικότητα, ευελιξία κ.τ.λ.)
	Συνεργασία και εταιρική ανάπτυξη (Ομαδικότητα, επικοινωνία ,υπηρεσίες υποστήριξης, κ.τ.λ.)

Πίνακας 1.4. «Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης»

Am Mosadeghrad (2014)

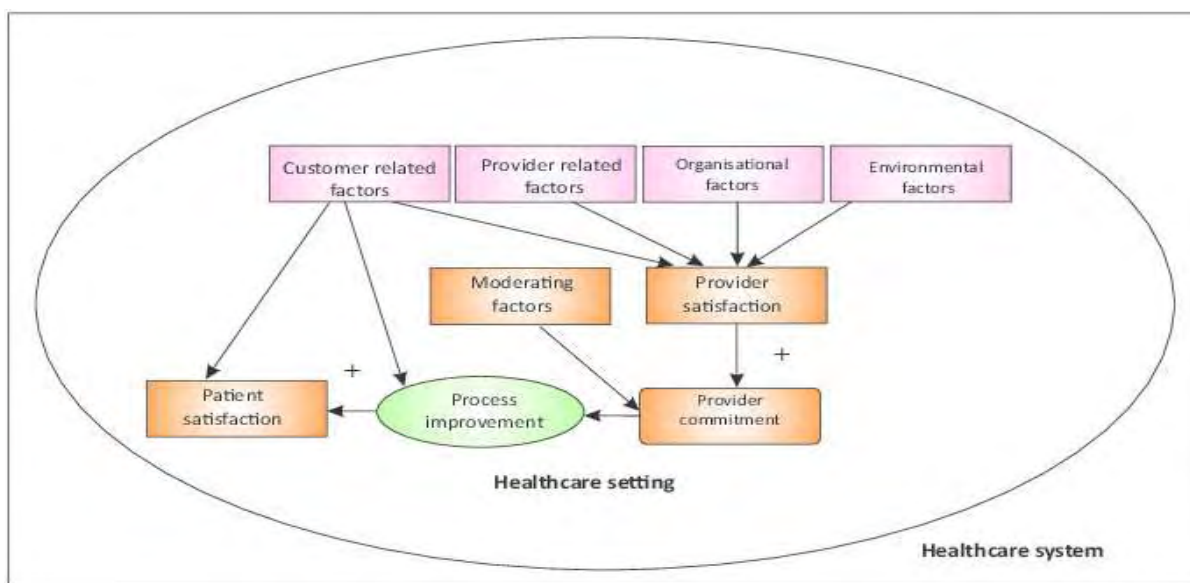
Όπως συνάγεται από τα ανωτέρω η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου μέσα σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη και του παρόχου από την μια και τα δομικά χαρακτηριστικά των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας από την άλλη είναι αυτά που διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη και παράγουν αποτελέσματα.

Αυτές οι σχέσεις απεικονίζονται στο μοντέλο του Mosadeghrad (2014) όπου μια σειρά από ατομικούς , οργανωσιακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση τόσο του επαγγελματία υγείας όσο και του ασθενή από την χρήση του συστήματος η οποία οδηγεί μέσω

της δέσμευσης των παρόχων στην βελτίωση των διαδικασιών - αποτελεσμάτων και την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, την προσωπικότητα, την εκπαίδευση, τις ικανότητες, την εμπειρία κ.τ.λ., οι οργανωσιακοί το ύφος της διοίκησης, τις συνθήκες εργασίας τις διαδικασίες κ.τ.λ., ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούνται από οικονομικές και κοινωνικές επιρροές.

Αυτές οι σαφείς σχέσεις μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων, των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης, υποστηρίζονται και από παλαιότερες έρευνες (Haas JS et al 2000, Di Matteo MR 1993).



Εικόνα 5: Μοντέλο παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη
(Πηγή: Mosadeghrad ,2014)

Τα τελικά ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βελτιωθεί με την υποστηρικτική ηγεσία, τον σωστό σχεδιασμό, την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και των διαδικασιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη των ασθενειών, η αποκατάσταση, η βελτίωση ή η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών προϋποθέτουν την ύπαρξη ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και επιβίωση του ανθρώπου έχει ως αποτέλεσμα οι ανάγκες για φροντίδα υγείας να θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας και ο άνθρωπος να προσπαθεί να τις ικανοποιεί με κάθε τρόπο.

Για να καταστεί επομένως εφικτή η ικανοποίηση αυτών των αναγκών, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ενός αποδοτικού συστήματος που θα εξασφαλίζει στον καταναλωτή – χρήστη των υπηρεσιών του τη μέγιστη ωφέλεια από τη χρήση τους.

Ωστόσο παρά την συνεχόμενη προσπάθεια που καταβάλουν οι Οργανισμοί Υγείας ανά την υφήλιο για την παροχή ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας (σωστή -έγκαιρη διάγνωση ,άμεση- αποτελεσματική θεραπεία ,ανέσεις ,ευγενικό προσωπικό ,σεβασμός ,φροντίδα ,ευχάριστο περιβάλλον ανάρρωσης κτλ.) ο στόχος αυτός εξακολουθεί να αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις Μονάδες Υγείας είναι (McGlynn, Elizabeth A.,2003):

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare):

Η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των επαγγελματιών υγείας όλων των απαιτούμενων μέσων και τεχνικών για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία τους και να βλάψει ακόμη και την σωματική τους ακεραιότητα.

2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare):

Η υπερβολή εκ μέρους των θεραπειών στην χορήγηση μη απαραίτητων φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, οδηγεί στην διόγκωση του κόστους της θεραπείας.

3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice):

Λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρώπινων ζωών.

4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation):

Η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί ανά τον κόσμο.

Παράλληλα, οι Norman Weiberg et al. (2001) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

- 1 .Λανθασμένη διάγνωση ασθένειας
2. Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας

3. Προβληματική θεραπεία λόγω λάθος συνταγογράφησης, ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργικό σοκ).

Σύμφωνα με τους Gilbert et al (1992), το κύριο συστατικό για την βελτίωση της ποιότητας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

1. Πρόληψη λαθών
2. Πρόληψη από την διάδοση των λαθών στα επόμενα στάδια της παραγωγής
3. Διακοπή παραγωγής μέχρι την εξακρίβωση του λάθους.

Επίσης ένας ακόμη παράγοντας που επιβάλλει να αναδειχθεί ως άμεση προτεραιότητα η συνεχή βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας είναι η προοδευτικά αυξανόμενη πορεία που καταγράφει το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών το οποίο μπορεί να μην μειώνεται πάντα με την παροχή υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας αλλά η χαμηλή επιπέδου ποιότητα πάντα στοιχίζει ακριβά (Ortiz 2003).

Η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας σε έναν Οργανισμό πιθανόν να απαιτεί κάποιους πρόσθετους πόρους (RW Broyles, AF Al-Assaf 1999) ωστόσο τα οφέλη που θα προκύψουν από την βελτίωση της ποιότητας και κατά συνέπεια από την αποφυγή λαθών ,επαναλαμβανόμενων ενεργειών κ.τ.λ. θα είναι πολύ μεγαλύτερα με αποτέλεσμα να έχουμε αισθητή μείωση του κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας του Οργανισμού. (Kabat Zinn, J. ,2003)

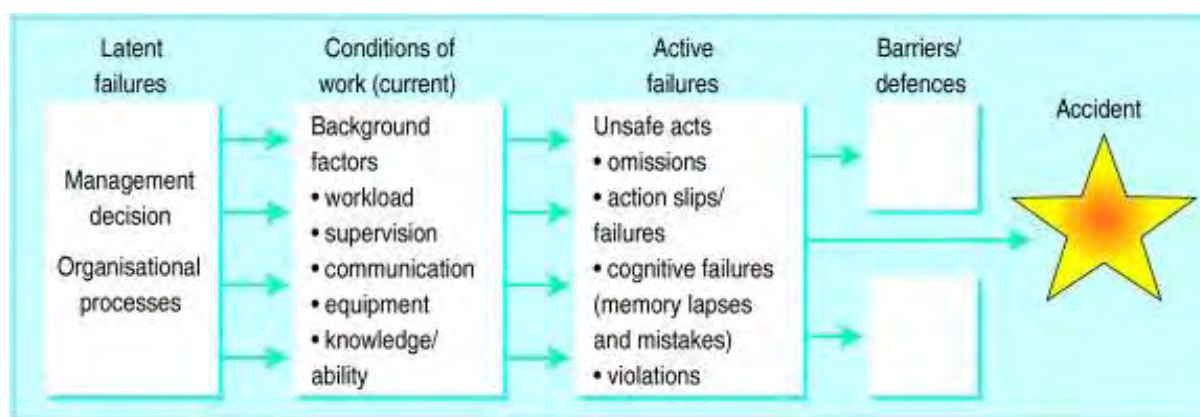
Η κακή ποιότητα υπηρεσιών υγείας εκτός από την διόγκωση του κόστους λόγω των λειτουργικών και άλλων δαπανών που προκύπτουν από λάθη και επαναλήψεις αποτελεί τροχοπέδη και για την ανάπτυξη του Οργανισμού αφού μειώνει σε μεγάλο βαθμό την παραγωγικότητα του. (Swift TA. et al ,2000)

Τα Ιατρικά λάθη τα οποία κατηγοριοποιούνται σε διαγνωστικά , θεραπείας ,πρόληψης και άλλα αναγνωρίζονται ως η πέμπτη αιτία θανάτων στις ΗΠΑ και προκαλούν πάνω από 98.0000 θανάτους ετησίως με το επίσης ετήσιο κόστος να προϋπολογίζεται στα 29 εκατομμύρια δολάρια (Al-Assaf A. F et al ,2003) .

Οι περισσότεροι ορισμοί για την ασφάλεια των ασθενών και τα ιατρικά σφάλματα αναγνωρίζουν ότι οι οργανωτικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τον ανθρώπινο παράγοντα για να συμβεί ή να αποτραπεί ένα λάθος (Veazie, 2006). Αν και η ανάπτυξη ενός σωστά εκπαιδευμένου και ικανού προσωπικού είναι σημαντική, οι άσχημες συνθήκες εργασίας είναι σε θέση να φέρουν ακόμα και τους καλύτερους και ικανότερους επαγγελματίες σε κατάσταση αβεβαιότητας και να τους οδηγήσουν σε λάθη (Spath, 2009).

Σύμφωνα με τους Vincent et al (1998), τα ατυχήματα στην υγειονομική περίθαλψη δεν οφείλονται τόσο στους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή, αλλά κυρίως σε όλους τους άλλους παράγοντες που έχουν συντελέσει στην εξασθένηση της άμυνας του

συστήματος. Το μοντέλο που ανέπτυξαν διευκολύνει τη συστηματική προσέγγιση για την αξιολόγηση των οργανωσιακών κινδύνων .



Εικόνα 6: Organisational accident model (Εικόνα ιατρικού ατυχήματος)

Πηγή: Vincent et al (1998)

Τέλος, τόσο ο Crosby όσο και ο Juran υποστηρίζουν ότι αυτό που τελικά κοστίζει δεν είναι η ποιότητα, αλλά αντίθετα η έλλειψή της: “*What costs money are the unquality things-all the actions that involve not doing it right the first time*” (Philip Crosby, 1979).

Έτσι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σε κάθε περίπτωση, αποτελεί σήμερα κύρια προτεραιότητα και έχει για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη ξεχωριστή σημασία, αφού η έλλειψη της δημιουργεί αναμφισβήτητα κόστη μακροπρόθεσμα ενώ η διατήρησή της σε υψηλά επίπεδα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Οι αποδέκτες είτε του κόστους είτε της ωφέλειας ποικίλουν κατά περίπτωση και διακρίνονται στους άμεσους χρήστες του συστήματος Υγείας (ασθενείς ,συνοδούς ,επαγγελματίες υγείας) και τους έμμεσα εμπλεκόμενους όπως τα ασφαλιστικά ταμεία ,το κράτος και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα.

2.2 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

✚ Τα οφέλη της ποιότητας διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Al-Assaf A. F and Schmele J.A. ,1993):

1. Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την άμεση καταγραφή της παθολογικής κατάστασης του ασθενή και την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος υγείας του ώστε να του παρασχεθεί η κατάλληλη θεραπεία που θα οδηγήσει στην εξάλειψη της νόσου .Όσο πιο έγκαιρη και σωστή είναι η διάγνωση και κατ’ επέκταση η θεραπεία τόσο περισσότερο είναι και το όφελος που αποκομίζει ο χρήστης καθώς αποφεύγει επιπλοκές η πρόσθετες επιβαρύνσεις που πιθανόν να αντιμετώπιζε εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης εκτίμησης ,αγωγής κλπ.

- Ψυχολογικά οφέλη. Έχουν σχέση αφ' ενός με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας (Νοσοκομείο, Κλινική, Εργαστήριο κτλ.), και αφ' ετέρου με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Όσο λοιπόν περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες απολαμβάνει ο ασθενής κατά την διάρκεια της διαμονής του στην Μονάδα Υγείας (ανέσεις, ευγενικό προσωπικό, σεβασμός, φροντίδα κτλ.), τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός από το γενικότερο ποιοτικό περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής -έγκαιρης διάγνωσης του υγειονομικού του προβλήματος και της άμεσης-αποτελεσματικής θεραπείας του. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται.
- Οικονομικά οφέλη. Προκύπτουν και αυτά ως αποτέλεσμα της σωστής -έγκαιρης διάγνωσης του υγειονομικού του προβλήματος και της άμεσης-αποτελεσματικής θεραπείας του αφού όσο βελτιώνονται αυτές οι υπηρεσίες, γίνονται δηλαδή περισσότερο ποιοτικές, τόσο μικρότερη θα είναι και η οικονομική επιβάρυνση που θα έχει ο ασθενής λόγω της μικρότερης παραμονής του στην Μονάδα Υγείας (έξοδα περίθαλψης, διαμονής, κτλ.)

2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Σχετίζονται αρχικά με την ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους ως αποτέλεσμα της κοινωνικής αποδοχής του σεβασμού και της εμπιστοσύνης που απολαμβάνουν από τους χρήστες και γενικά από το κοινωνικό σύνολο. Η ύπαρξη ποιότητας δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την δόμηση ενός εργασιακού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μπορούν να εργάζονται χωρίς άγχος, με ασφάλεια και σιγουριά για την αποτελεσματικότητα του έργου τους και την επαγγελματική τους εξέλιξη.

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών οδηγεί σε περιορισμό του συνολικού χρόνου νοσηλείας και στην αποφυγή διενέργειας περιττών εξετάσεων ή θεραπευτικών αγωγών που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες, αφού τα προβλήματα των ασθενών αφενός εντοπίζονται γρήγορα και με ακρίβεια και αφετέρου αντιμετωπίζονται άμεσα.

Έτσι η μείωση του λειτουργικού κόστους, ως αποτέλεσμα της σωστής -έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης-αποτελεσματικής θεραπείας των προβλημάτων υγείας των ασθενών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, άλλων λειτουργικών αναγκών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα, για επενδύσεις σε εξοπλισμό υποδομές κλπ.

- Αναγνώριση και φήμη. Αντίστοιχα το υψηλό επίπεδο ποιοτικών υπηρεσιών δημιουργεί ευκαιρίες τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον του Οργανισμού και του προσδίδει ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (πρόσθετες χρηματοδοτήσεις , δωρεές ,συμμετοχές σε ερευνητικά προγράμματα κτλ.)

4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Οικονομικά οφέλη. Αναφέρονται στα μειωμένα κόστη που προκύπτουν ως απόρροια του υψηλού επιπέδου ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ,καθώς οι σχετικές δαπάνες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους βαίνουν όλο και πιο μειούμενες ,καλούνται δηλαδή να καταβάλουν όλο και λιγότερα χρήματα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Προκύπτουν από τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που αισθάνονται οι ασφαλισμένοι από την βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών με συνέπεια να δημιουργείται η αίσθηση ότι τα ασφαλιστικά ταμεία ως δομές Υγείας εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών οδηγεί στην μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα πρώτον να διατηρείται η παραγωγικότητα των πολιτών σε σταθερά επίπεδα καθώς έχουμε γρήγορη επανένταξη και δεύτερον να εξοικονομούνται πόροι από την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
- Υγειονομικά οφέλη: Σχετίζονται με την προοδευτικά αυξανόμενη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να προκύπτουν μια σειρά από οφέλη όπως η μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών μέσω της άμεσης διάγνωσης -θεραπείας, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Κοινωνικά οφέλη: Εντοπίζονται στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας των πολιτών και στην βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας στον τομέα της υγείας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

2.3 ΚΟΣΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



Τα κόστη της ποιότητας ακολουθούν τις βασικές αρχές της προσέγγισης PAF (Prevention – Appraisal – Failure Approach) του Feigenbaum (1956) και διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες (, Τσιότρας 2002, Ψωμάς 2013,):

2.3.1 ΚΟΣΤΟΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ .

Το κόστος έλλειψης ποιότητας η αλλιώς κόστος μη συμμόρφωσης κατά τον Philip Crosby (1979) , είναι το κόστος των ενεργειών που επιβαρύνεται ο Οργανισμός επειδή δεν επιτυγχάνεται η επιθυμητή ποιότητα με την πρώτη φορά και περιλαμβάνει το κόστος της εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας.

- Το κόστος της εσωτερικής αποτυχίας (Internal Failure Costs) σχετίζεται με τα λάθη και τις αστοχίες που λαμβάνουν χώρα στο στάδιο της προετοιμασίας πριν δηλαδή την παροχή της υπηρεσίας στον χρήστη-ασθενή , λάθη τα οποία είναι αντιστρέψιμα ,μπορούν δηλαδή να διορθωθούν και ελέγχονται από τον Οργανισμό. Μερικά παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων είναι οι λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις είτε ως προς το αποτέλεσμα ή την ταυτότητα του χρήστη ,η προσωρινή απώλεια ιατρικού φακέλου η ανάγνωση λάθος ιατρικού ιστορικού, η λανθασμένη αρχική διάγνωση ,η επανάληψη εξετάσεων κ.τ.λ. ,ενέργειες οι οποίες γίνονται επί το πλείστον αντιληπτές πριν την έναρξη της θεραπείας του ασθενή και τυγχάνουν διόρθωσης .

Η εσωτερική αποτυχία, δηλαδή το κόστος της σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, εξαλείφεται μέσα από τη σοφή διαχείριση και την αποτελεσματική ροή των διαδικασιών (Suver Jd., et al 1992).

- Το κόστος της εξωτερικής αποτυχίας(External Failure Costs) σχετίζεται με τα λάθη και τις αστοχίες που συμβαίνουν στο στάδιο της θεραπείας , δηλαδή κατά την παροχή της υπηρεσίας στον χρήστη-ασθενή , ή μετά το πέρας της θεραπείας λάθη τα οποία είναι μη αντιστρέψιμα δεν μπορούν δηλαδή να διορθωθούν και αφορούν περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice) όπως χορήγηση ελλειπούς η λανθασμένης θεραπευτικής αγωγής . Μερικά παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων είναι η χορήγηση ακατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος , ανεπιτυχής έκβαση χειρουργικής επέμβασης ,λάθος διάγνωση που δεν εντοπίστηκε άμεσα ,αναποτελεσματική μεταθεραπεία κ.τ.λ. ενέργειες οι οποίες δεν γίνονται αντιληπτές όταν λαμβάνουν χώρα και σπάνια τυγχάνουν διόρθωσης .

Η εξωτερική αποτυχία η αλλιώς το εξωτερικό κόστος που είναι το πλέον σοβαρό και αφορά σε περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice) που καταλήγουν στην απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού και σε διεκδικήσεις των ασθενών (αστική ευθύνη, αποζημιώσεις) εξαλείφεται καθώς μειώνονται τα σφάλματα ή τουλάχιστον ελέγχονται οι

καταστροφικές τους συνέπειες για τους ασθενείς στο πρώτο στάδιο πριν δηλαδή την παροχή της υπηρεσίας στον χρήστη-ασθενή (Suver Jd., et al 1992).

Από την καθημερινή πρακτική μπορεί να αντλήσει κανείς πολλά ακόμη παραδείγματα έλλειψης ποιότητας στο χώρο των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας τα οποία παίζουν μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση του συνολικού κόστους του Οργανισμού, όπως:

- Η παράταση νοσηλείας λόγω ελλιπούς ή λανθασμένης θεραπευτικής αγωγής
- Η επανάληψη εξετάσεων λόγω λανθασμένων αποτελεσμάτων
- Η ακύρωση χειρουργικής επέμβασης λόγω μη σωστής προετοιμασίας του ασθενή
- Η διενέργεια μη προγραμματισμένης επέμβασης ως κατεπείγουσας λόγω λανθασμένης ιατρικής εκτίμησης
- Η εμφάνιση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ως αποτέλεσμα της μη τήρησης των σωστών πρωτοκόλλων και διαδικασιών.
- Η υπερκοστολόγηση των προμηθειών λόγω έλλειψης οργάνωσης και συντονισμού των αρμόδιων φορέων(Υπουργεία, Αρχές ,Μονάδες Υγείας)

Από τα ανωτέρω διαφαίνεται ότι η παροχή χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην θεραπεία και επιβίωση του ασθενή, όσο και στο λειτουργικό κόστος και την αποτελεσματικότητα της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, ως εξής:

- ✓ Επιπτώσεις στον ίδιο τον ασθενή, π.χ. πιθανή επιδείνωση του υγειονομικού του προβλήματος εξαιτίας ενδονοσοκομειακής λοίμωξης, οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της παράτασης της νοσηλείας του, απώλεια εισοδήματος λόγω της μακράς απουσίας του από την εργασία ή βαριάς σωματικής βλάβης, ψυχολογική επιβάρυνση κ.λπ.,
- ✓ Επιπτώσεις στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, π.χ. δέσμευση των διαθέσιμων κλινών της και γενικά περιορισμό των δραστηριοτήτων της εις βάρος της ικανοποίησης των αναγκών άλλων ασθενών, απώλεια ιδίων πόρων ,μείωση της αποτελεσματικότητας κ.λπ. Η μονάδα υγείας, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους είναι αναγκασμένη να διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση ενεργειών που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά, θα μπορούσε σίγουρα να βελτιώσει την συνολική της λειτουργία απέναντι τόσο στους εξωτερικούς όσο και στους εσωτερικούς πελάτες της.
- ✓ Επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο, π.χ. άσκοπη αύξηση των δαπανών υγείας , απώλεια παραγωγικότητας κ.λπ.

2.3.2 ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ .

Το κόστος επίτευξης της ποιότητας η αλλιώς κόστος συμμόρφωσης κατά τον Philip Crosby (1979) , είναι το κόστος των ενεργειών που επιβαρύνεται ο Οργανισμός προκειμένου να επιτευχθεί η

επιθυμητή ποιότητα με την πρώτη φορά και περιλαμβάνει το κόστος της πρόληψης και της εκτίμησης.

- Το κόστος της πρόληψης (Prevention Costs) σχετίζεται με τις δαπάνες που αφορούν τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας που πραγματοποιούνται πριν την έναρξη της παραγωγικής διαδικασίας με σκοπό την προσπάθεια αποφυγής σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Οι πόροι δηλαδή που χρειάζονται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων και για την οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών. Γενικότερα, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που προάγουν την άποψη «Do it right the first time» («Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά»).

Το κόστος πρόληψης περιλαμβάνει ποικίλα κόστη, τα βασικότερα των οποίων είναι τα εξής:

- Το κόστος σχεδιασμού και οργάνωσης της Ποιότητας.
- Το κόστος διερεύνησης παροχής νέων υπηρεσιών
- Το κόστος διερεύνησης της αξιοπιστίας των υφιστάμενων διεργασιών
- Το κόστος εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας - εξάλειψης αιτίων κακής ποιότητας
- Το κόστος της αξιολόγησης των προμηθευτών.
- Το κόστος εκπαίδευσης.
- Το κόστος σχεδιασμού, ανάπτυξης και εφαρμογής συστημάτων ποιότητας.
- Το κόστος Βελτίωσης και συντήρησης των υποδομών.
- Το κόστος των επιθεωρήσεων, μετρήσεων και γενικότερα αξιολόγησης του επιπέδου ποιότητας
- Το κόστος τήρησης των αρχείων.
- Το κόστος μελετών βελτίωσης της αξιοπιστίας των παραγόμενων υπηρεσιών.

Το κόστος της πρόληψης ελαχιστοποιείται εφ' όσον ενσωματωθούν οι καλές πρακτικές και εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή των διαδικασιών, έχοντας όλοι συνειδητοποιήσει τι απαιτείται για τη βελτίωση της ποιότητας ,με αποτέλεσμα να αυτοματοποιούνται οι απαιτούμενες δράσεις και να ελαχιστοποιούνται οι άσκοπες ενέργειες(Suver Jd., et al 1992).

- Το Κόστος Εκτίμησης (Appraisal Costs) από την άλλη, σχετίζεται με ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση του επιπέδου ποιότητας και τη βελτίωσή του μέσω ελέγχων και μετρήσεων (Checking it is right” ή «Έλεγχος για την ορθότητα») των τελικά παραγόμενων υπηρεσιών για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης τους με τις καθορισμένες απαιτήσεις.

Το Κόστος Εκτίμησης περιλαμβάνει ποικίλα κόστη, τα βασικότερα των οποίων είναι τα εξής:

- Το κόστος ελέγχου και δοκιμών εισερχομένων.
- Το κόστος ελέγχων, μετρήσεων και δοκιμών που γίνονται κατά τη διάρκεια της παραγωγής υπηρεσιών .
- Το κόστος εσωτερικών ή/και εξωτερικών επιθεωρήσεων ποιότητας των υπηρεσιών.
- Το κόστος ελέγχων παραγγελιών, τιμολογίων, δαπανών.
- Το κόστος του εξοπλισμού (προμήθειας ,επιθεωρήσεων , ελέγχων -δοκιμών ,διακρίβωσης)

Το Κόστος Εκτίμησης ελαχιστοποιείται στη φάση που πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά όλες οι απαιτούμενες διαδικασίες για την συμμόρφωση με τις καθορισμένες απαιτήσεις του συστήματος ποιότητας , με αποτέλεσμα όσο αυξάνει η ποιότητα το κόστος να μειώνεται και να επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας (Suver Id., et al 1992).



Εικόνα 7 : Κόστη ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη

Πηγή: Zoran Bojic's , 2009

<http://www.systemico.ca/quality-and-risk-management/cost-of-quality/>

Στον απλό ορισμό του κόστους της ποιότητας που προσφέρει το διεθνές πρότυπο ISO 8402 (BS 4778:Part 2) συνοψίζονται όλα τα ανωτέρω. Σύμφωνα με το πρότυπο, «το κόστος της ποιότητας ορίζεται ως το άθροισμα των προκληθεισών δαπανών που σχετίζονται με τον παραγωγό του προϊόντος ή τον πάροχο της υπηρεσίας, το χρήστη και την κοινωνία. Το ίδιο πρότυπο ορίζει το σχετικό με την ποιότητα κόστος , ως την προκληθείσα δαπάνη, που απορρέει από την προσπάθεια πρόληψης των ελαττωμάτων, τις δραστηριότητες αξιολόγησης καθώς και τις απώλειες εσωτερικής ή εξωτερικής αποτυχίας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ανάπτυξη ενός συνόλου κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων, είναι απαραίτητη για τη σωστή εξέταση και διαχείριση του συστήματος ποιότητας. Η επιτυχής χρήση των εργαλείων αυτών, τα οποία εντάσσονται στην επιχειρησιακή και παραγωγική διαδικασία συντονίζει και δίνει ώθηση στη βελτίωση της ποιότητας.

Τα εργαλεία της ποιότητας χρησιμεύουν στον καθορισμό και την ανάλυση των διαδικασιών και παράγουν συνήθως ποσοτικά δεδομένα. Είναι οργανωτικές τεχνικές με τις οποίες μπορεί κανείς να περιγράψει τις διαδικασίες, να προσδιορίσει πιθανές αιτίες για τις δυσλειτουργίες του συστήματος, να εστιάσει σε κύρια προβλήματα επιδόσεων, και μέσα από την επεξεργασία των δεδομένων να προτείνει λύσεις προς βελτίωση του συστήματος ποιότητας.

Επομένως μέσω της εφαρμογής αυτών των εργαλείων δίνεται η δυνατότητα στους Οργανισμούς Υγείας να βελτιώσουν αρχικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τελικά συνολικά την απόδοση τους.

Διακρίνονται σε «παλαιά» τα οποία αποτελούν μέρος του στατιστικού έλεγχου των διαδικασιών σκοπός του οποίου είναι ο άμεσος εντοπισμός των παραγόντων εκείνων που προκαλούν προβλήματα στην σταθερότητα και την απόδοση του συστήματος ποιότητας λόγω της μεταβλητότητας των υπηρεσιών και «νέα» εργαλεία ποιότητας τα οποία χρησιμοποιούνται περισσότερο για την επίλυση πιο σύνθετων διοικητικών προβλημάτων.



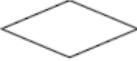



Ενδεικτικά, περιγράφονται στη συνέχεια τα σημαντικότερα από αυτά τα εργαλεία ποιότητας (Ishikawa.K.,1976, Oakland J.S.,2008):

3.1.2 «ΠΑΛΑΙΑ» ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Διάγραμμα ροής (Flow chart)

Τα διαγράμματα ροής βοηθούν στη διερεύνηση και κατανόηση της αλληλουχίας των βημάτων μίας διαδικασίας, επιτρέποντας τον εντοπισμό δυνητικών βελτιώσεων όταν αυτά δεν είναι ευθυγραμμισμένα. Απεικονίζουν την αρχή και το τέλος της διαδικασίας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο κάθε ενδιάμεσο βήμα της διαδικασίας εξαρτάται από τα υπόλοιπα.

Το διάγραμμα ροής καταγραφεί κάθε βήμα της διαδικασίας παραγωγής ενός προϊόντος ή της παροχής κάποιας υπηρεσίας. Είναι μια τεχνική που χρήζει ευρείας αποδοχής και χρησιμοποιεί διακριτά σύμβολα για να καταδείξει την φύση μιας ενέργειας όπως "διαδικασία" "καθυστέρηση", "κίνηση", "επιθεώρηση", κ.λπ.,

ΣΥΜΒΟΛΟ	ΧΡΗΣΗ
	Για απεικόνιση μιας διεργασίας ή δραστηριότητας. Μέσα στο τετράγωνο αναγράφεται σύντομα η περιγραφή της δραστηριότητας.
	Για απεικόνιση της ροής μίας διαδικασίας. Το βέλος δείχνει προς την κατεύθυνση της ροής.
	Για απεικόνιση σημείου απόφασης όπου υπάρχουν τουλάχιστον δύο εναλλακτικές λύσεις
	Για απεικόνιση της έναρξης ή της λήξης μίας διαδικασίας
	Για απεικόνιση συνδέσμου. Χρησιμοποιείται για να δείχνει την συνέχεια σε ένα διάγραμμα ροής (π.χ. όταν δεν χωράει σε μια σελίδα)
	Για απεικόνιση ενός εγγράφου ή ντοκουμέντου το οποίο είναι σχετικό με την διαδικασία.

Εικόνα 8 : Σύμβολα διαγραμμάτων ροής.

Το διάγραμμα ροής βοηθά στον εντοπισμό δαπανηρών ή χρονοβόρων ενεργειών και περιγράφει πλήρως την παραγωγική διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα το διάγραμμα ροής χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ανάγκη:

- Εντοπισμού των προβλημάτων και των δυσλειτουργιών των διαδικασιών
- Βελτίωσης, απλοποίησης, κατάργησης μιας διαδικασίας.
- Κατανόησης από τους εμπλεκόμενους των διαφορετικών φάσεων μιας προβληματικής
- δραστηριότητας με σκοπό τη βελτίωση της.
- Τεκμηρίωσης και καταγραφής μιας λειτουργικής διαδικασίας ώστε να χρησιμοποιηθεί
- αυτή για ενημερωτικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Γενικά συνιστάται η κατάστρωση των διαγραμμάτων ροής χρησιμοποιώντας τα τυποποιημένα σύμβολα και παράλληλα με το διάγραμμα ροής μπορεί να χαραχθεί μια χρονική κλίμακα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η χρονική διάρκεια αποτελεί σημαντική παράμετρο. Η πιο ευρεία χρήση του εστιάζει στην καταγραφή/περιγραφή μιας παραγωγικής διαδικασίας που έχει υποστεί αλλαγές/τροποποιήσεις όπως και στον έλεγχο/διαπίστωση της εφαρμογής της νέας τροποποιημένης διαδικασίας.

Το παρακάτω διάγραμμα αποτελεί ένα παράδειγμα χρήσης διαγράμματος ροής το οποίο απεικονίζει τα διαδοχικά βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν στην περίπτωση εξυπηρέτησης ενός πολίτη στο Περιφερειακό Ιατρείο μέχρι και την έξοδο του από το σύστημα.

Ποσοστό διενέργειας προληπτικών εξετάσεων
κατά κοινωνικοοικονομική τάξη, στην Ελλάδα (2006).

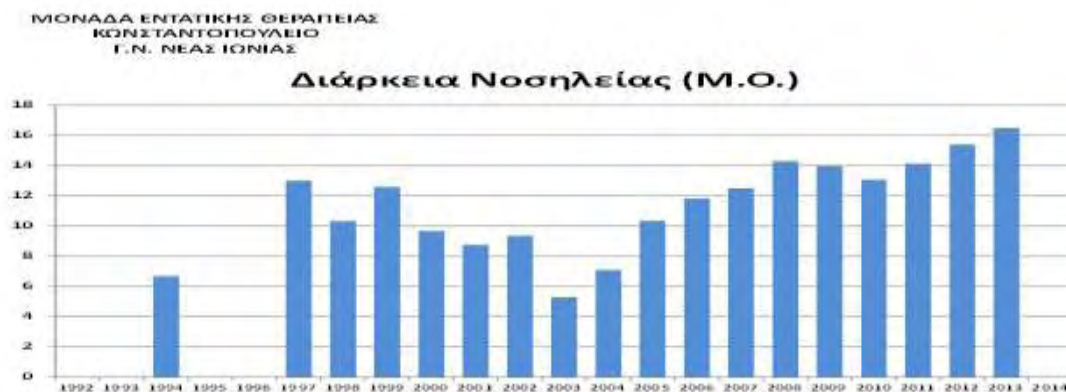
Προληπτική εξέταση	Κοινωνικοοικονομική τάξη				
	Ανώτερη	Μέση προς ανώτερη	Μέση προς κατώτερη	Κατώτερη	Σύνολο
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	93,0%	85,6%	84,8%	82,5%	84,9%
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	73,7%	71,2%	67,3%	66,9%	68,0%
Μέτρηση χοληστερόλης	84,2%	75,7%	70,3%	73,3%	72,8%
Μέτρηση σακχάρου	84,2%	74,8%	71,6%	75,2%	74,0%
Μέτρηση PSA	41,4%	19,0%	23,5%	19,7%	22,6%
Δακτυλική εξέταση	37,9%	14,5%	13,4%	8,2%	13,2%
Κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου	85,7%	78,7%	68,6%	65,8%	69,4%
Μαστογραφία	50,0%	57,4%	41,6%	41,9%	43,6%
Ψηλάφηση μαστού (από γιατρό)	81,5%	74,5%	54,9%	52,5%	57,1%

Εικόνα 10: Φύλλο ελέγχου , Πηγή: (Τούντας και συν. 2007)

Ιστόγραμμα (histogram)

Το ιστόγραμμα αποτελεί τη γραφική απεικόνιση ενός πίνακα συχνοτήτων και αποκαλύπτει σημαντικές πληροφορίες για το σύνολο των τιμών που αντιπροσωπεύει όπως είναι η κεντρική τάση, η μεταβλητότητα και το σχήμα της κατανομής των τιμών.

Διευκολύνει τον εντοπισμό της διακύμανσης σε μια ομάδα δεδομένων και την ανάλυση της κατανομής τους γύρω από μία μέση ή διάμεση τιμή, βοηθώντας έτσι στον εντοπισμό των αιτιών της μεταβλητότητας μιας διαδικασίας. Το παρακάτω διάγραμμα αποτελεί ένα ιστόγραμμα όπου απεικονίζονται τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά την περίοδο 1994-2013 σχετικά με την διάρκεια νοσηλείας στην ΜΕΘ του Νοσοκομείου της Ν. Ιωνίας Αττικής .



Εικόνα 11: Ιστόγραμμα , Πηγή: <http://icukonstant.gr/> κλινικό-έργο-της-μεθ/

Διάγραμμα ελέγχου (control chart/process behavior chart)

Τα διαγράμματα ελέγχου αποτελούν μια γραφική μέθοδο αναγνώρισης του αν μια διεργασία βρίσκεται υπό στατιστικό έλεγχο ή όχι. Στόχος τους είναι να καταδείξουν αν η μεταβλητότητα μιας

διεργασίας υπακούει στους κανόνες της τυχαιότητας ή εάν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που την κάνουν να διαφέρει από τη μεταβλητότητα που οφείλεται μόνο σε τυχαία αίτια.

Με τον όρο μεταβλητότητα (variation) αναφερόμαστε στην διαπίστωση ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες στην έξοδο (output) μιας διεργασίας δεν είναι ποτέ ακριβώς τα ίδια (όσον αφορά κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ποιότητας). Η συνολική μεταβλητότητα ενός χαρακτηριστικού ποιότητας ενός προϊόντος έχει δύο συνιστώσες:

- Τη μεταβλητότητα που συνοδεύει αναπόσπαστα τη διεργασία και που οφείλεται σε κοινές ή τυχαίες αιτίες (random causes), δηλαδή σε επιδράσεις των παραγόντων που επηρεάζουν τη διεργασία κατά έναν τυχαίο τρόπο που δεν είναι δυνατό να ελεγχθεί. Η μεταβλητότητα αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί και ως αναπόφευκτη.
- Τη μεταβλητότητα που οφείλεται σε συγκεκριμένες, αναγνωρίσιμες και προσδιορίσιμες αιτίες (assignable causes). Οι επιδράσεις αυτές, επειδή δεν είναι τυχαίες, είναι δυνατό να προσδιοριστούν και να ελεγχθούν. Σε αυτή την περίπτωση, η σχετική διεργασία δε λαμβάνει χώρα κατά το βέλτιστο τρόπο ενώ το (κατάλληλο) διάγραμμα μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση του τελικού αποτελέσματος.

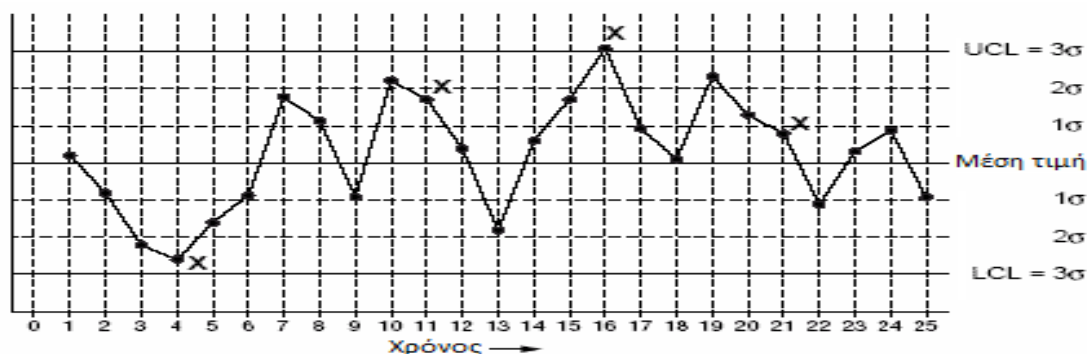
Μια διεργασία λέγεται ότι βρίσκεται υπό στατιστικό έλεγχο (in statistical control), όταν κατά την πραγματοποίηση της είναι παρούσες μόνο τυχαίες αιτίες. Μια διεργασία λέγεται ότι βρίσκεται εκτός στατιστικού ελέγχου (out of statistical control), όταν υπάρχουν και μη τυχαία αίτια στη διεργασία. Τα αίτια αυτά λέγονται ειδικά ή προσδιορίσιμα και συνήθως μπορούν να ανιχνευτούν και να εξουδετερωθούν.

Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες διαγραμμάτων:

- Διαγράμματα ελέγχου μεταβλητών (control charts for variables) τα οποία χρησιμοποιούνται όταν τα χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν είναι συνεχή και μετρήσιμα (π.χ. διαστάσεις, θερμοκρασία, πίεση, βάρος, ταχύτητα κτλ.).
- Διαγράμματα ελέγχου χαρακτηριστικών ή ιδιοτήτων (control charts for attributes) τα οποία χρησιμοποιούνται όταν τα δεδομένα είναι διακριτά και μη μετρήσιμα (π.χ. αποδεκτό- απορριπτέο).

Ανεξάρτητα από την κατηγορία στην οποία ανήκουν, τα διαγράμματα ελέγχου έχουν κοινή μορφή. Αποτελούνται από την κεντρική γραμμή (center line, CL) η οποία αναπαριστά την μέση τιμή του χαρακτηριστικού και δύο εκατέρωθεν παράλληλες προς αυτή γραμμές, το άνω όριο ελέγχου (upper control limit, UCL) και το κάτω όριο ελέγχου (lower control limit, LCL) τα οποία ορίζουν τα όρια της κανονικής διακύμανσης της υπό μέτρηση μεταβλητής, όπως φαίνεται στην εικόνα 12.

Όταν όλες οι μετρήσεις είναι εντός των ορίων ελέγχου τότε η διαδικασία είναι υπό-έλεγχο ενώ όταν κάποια μέτρηση βρεθεί έξω από τα όρια τότε η διαδικασία είναι εκτός-ελέγχου.

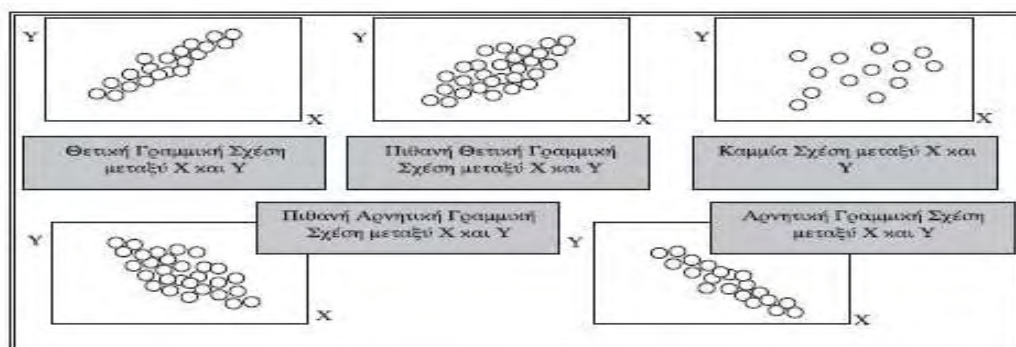


Εικόνα 12: Διάγραμμα ελέγχου, Πηγή: American Society for Quality (ASQ)
<http://asq.org/learn-about-quality/data-collection-analysis-tools/overview/control-chart.html>

Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram)

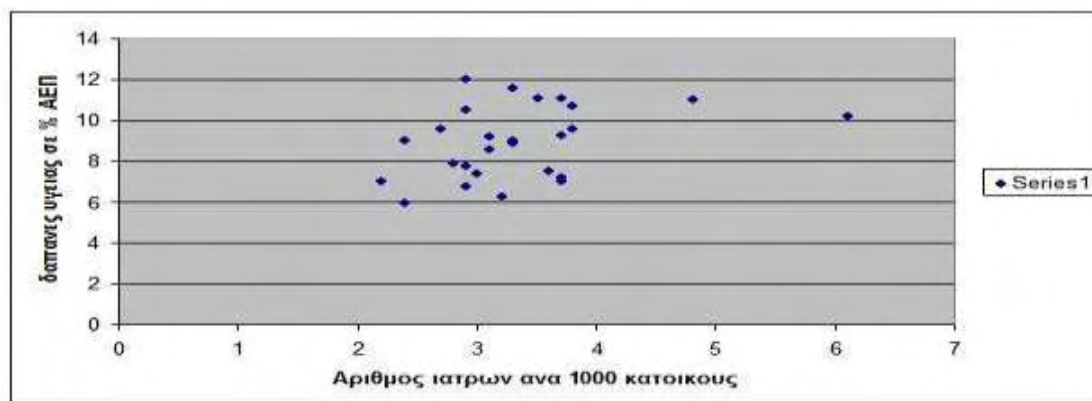
Τα Διαγράμματα **διασποράς** (Scatter diagrams) χρησιμοποιούνται για την ανακάλυψη και την παρουσίαση συσχετισμών μεταξύ δύο συνδεδεμένων ομάδων δεδομένων, είναι ένα εργαλείο για την μελέτη δύο μεταβλητών, όπου τα δεδομένα της μίας μεταβλητής επηρεάζουν είτε θετικά (θετική συσχέτιση +1) είτε αρνητικά (αρνητική συσχέτιση -1) η καθόλου τα δεδομένα της άλλης, δημιουργώντας έτσι ζευγάρια, π.χ. (X,Y).

Στον οριζόντιο άξονα X τοποθετείται η ανεξάρτητη μεταβλητή και στον κάθετο Ψ η εξαρτημένη. Κάθε ζεύγος μετρήσεων αποτυπώνεται σε ένα σημείο, δημιουργώντας έτσι συνολικά ένα «νέφος» από σημεία. Εάν η κατανομή των σημείων είναι τυχαία τότε δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ενώ αν εμφανίζεται μια κατανομή που ακολουθεί ένα μοτίβο/πρότυπο τότε υπάρχει συσχέτιση και το μέγεθος της εξαρτάται από την πυκνότητα της κατανομής. Όσο μεγαλύτερη είναι η πυκνότητα τόσο μεγαλύτερη είναι και η συσχέτιση, αρνητική ή θετική ενώ η σχέση μεταξύ των δύο ομάδων δεδομένων αποτυπώνεται μέσω του σχήματος του «νέφους» όπως φαίνεται στην εικόνα 13.



Εικόνα 13. Διάγραμμα διασποράς, Πηγή: Χαραλάμπους Α. 2002
<http://www.pneumon.org/783/newsid844/211>

Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει την συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των Ιατρών ανά 1000 κατοίκους και των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες της Ευρώπης σύμφωνα με στοιχεία της έκθεσης του ΟΟΣΑ « Health at a Glance, Europe 2012 ».



Εικόνα 14: Διάγραμμα διασποράς

Πηγή: <http://www.iatropedia.gr/eidiseis/telika-echoume-pollous-i-ligous-giatrous-stin-ellada/33653/>

Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)

Η εν λόγω ανάλυση είναι μια τεχνική ταξινόμησης αιτιών ή προβλημάτων, από τα περισσότερα στα λιγότερο σημαντικά. Με τον τρόπο αυτό εντοπίζονται «τα λίγα και σημαντικά» (Juran 1930) και οι προσπάθειες μπορούν να επικεντρωθούν σε αυτά, παρέχοντάς μας έτσι το ανώτατο όφελος με τη μικρότερη προσπάθεια.

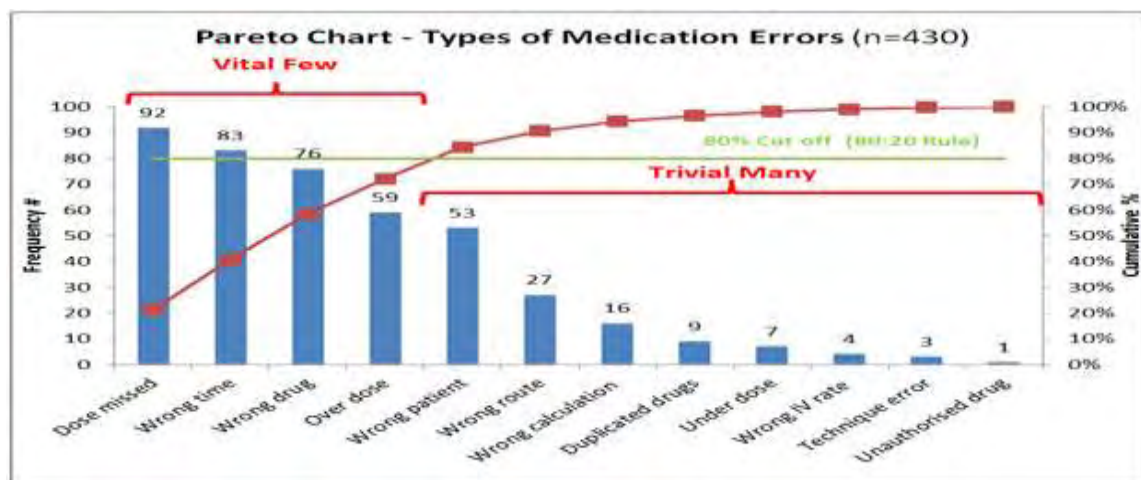
Ο κανόνας του 80/20 είναι η βασική αρχή της ανάλυσης κατά Pareto, η οποία ονομάστηκε έτσι προς τιμήν του Ιταλού επιστήμονα V.Pareto (1848-1923) που ανακάλυψε μετά από σωρεία ερευνών ότι η σχέση αυτή ίσχυε σχεδόν παντού, όχι μόνο στην οικονομία ή στην κατανομή της γης, αλλά και σε πολλούς άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και θέλει να υπογραμμίσει το γεγονός ότι το 80% των αποτελεσμάτων προκύπτουν από το 20% των μέσων ή αιτιών. Με άλλα λόγια, ο κανόνας 80-20 σημαίνει ότι, σε κάθε κατάσταση, λίγοι παράγοντες (20%) είναι ζωτικοί και πολλοί (80%) είναι επουσιώδεις.

Η ανάλυση κατά Pareto είναι μία τεχνική στατιστικής ανάλυσης που βοηθάει στην σωστή λήψη αποφάσεων για την βελτίωση μίας κατάστασης. Με την ανάλυση Pareto δεν επικεντρωνόμαστε σε όλες τις αιτίες ενός προβλήματος, αλλά μόνο στις πιο σημαντικές εξοικονομώντας έτσι χρόνο για την επίλυση των πρωταρχικής σημασίας ζητημάτων. Η επίλυση λίγων βασικών προβλημάτων ποιότητας μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις. (Τσιότρας 2002).

Ένα διάγραμμα Pareto εκθέτει, με φθίνουσα σειρά, τη σχετική συνεισφορά του κάθε αιτίου (ή προβλήματος) στο σύνολο. Η σχετική συνεισφορά μπορεί να βασίζεται στον αριθμό των εμφανίσεων, τη ζημιά της χαμηλής ποιότητας ή το κόστος που σχετίζεται με κάθε αίτιο (ή πρόβλημα). Είναι μια απεικόνιση της αθροιστικής συχνότητας εμφάνισης των παραμέτρων ενός

προβλήματος, μέσω του οποίου μπορεί κανείς να καταλήξει σε αυτόν τον μικρό αριθμό παραμέτρων που έχουν τη μεγαλύτερη συνεισφορά (ASQ, 2007).

Τα αίτια εμφανίζονται στο διάγραμμα με σειρά από αριστερά προς τα δεξιά με την έννοια ότι αριστερά απεικονίζονται οι πιο σημαντικές αιτίες και όσο πάμε δεξιά τόσο αμβλύνεται το πρόβλημα που αντιπροσωπεύουν τα αίτια του διαγράμματος. Το παρακάτω διάγραμμα Pareto αναφέρεται στις αιτίες που προκαλούν τα ιατρικά λάθη σε ένα Οργανισμό Υγείας.



Εικόνα 15: Ανάλυση Pareto

Πηγή: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/quality-improvement/improvement-academy/quality-improvement-tools/pareto-charts>

Διάγραμμα αιτίας- αποτελέσματος (cause and-effect /fishbone /Ishikawa diagram)

Στο διάγραμμα Pareto η συμβολή κάθε προβλήματος στη συνολική κατάσταση εκφράζεται με ποσοστά και συνεπώς αντιμετωπίζουμε πρώτα το πρόβλημα με το μεγαλύτερο ποσοστό. Από τη στιγμή που ανακαλύψαμε την πηγή που προκαλεί το ελάττωμα, το λάθος ή το πρόβλημα, και το απομονώσουμε πρέπει να αρχίσουμε να διερευνούμε τις πιθανές αιτίες αυτού του ανεπιθύμητου αποτελέσματος. Όταν οι αιτίες δεν είναι προφανείς, η χρήση του διαγράμματος αιτίου-αποτελέσματος αποδεικνύεται πολύ ωφέλιμη στην ανακάλυψη των αιτιών.

Το διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος, το οποίο ονομάζεται και διάγραμμα ψαροκόκαλο, εξ αιτίας της εμφάνισής του η και διάγραμμα Ishikawa, ο οποίος έκανε ευρεία τη χρήση του στην Ιαπωνία, χρησιμοποιήθηκε συχνότερα προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν αιτίες συγκεκριμένων προβλημάτων. Οι γραμμές που εξέρχονται από την κεντρική οριζόντια γραμμή αποτελούν τις δευτερεύουσες αιτίες, ενώ η κεντρική είναι η βασική αιτία .

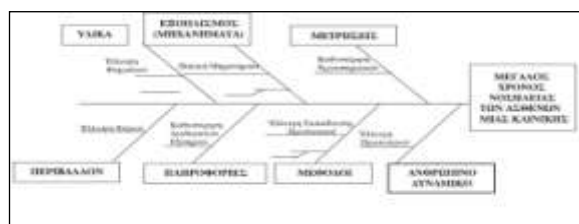
Το διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος χρησιμοποιείται για την καταγραφή όλων των πιθανών αιτιών (causes) που συνεισφέρουν σε ένα πρόβλημα (effect) το οποίο απεικονίζεται συνήθως σε ένα πλαίσιο στη δεξιά πλευρά του σχήματος ενώ οι πιθανές αιτίες καταγράφονται ομαδοποιημένες

σε κατηγορίες στα κόκαλα της ραχοκοκαλιάς του ψαριού (*fishbone diagram*), τεχνική που βοηθά στον εντοπισμό αυτών που προκαλούν τις μεγαλύτερες δυσλειτουργίες .

Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τύπος γραφήματος είναι ο τύπος 4M αλλά οι αιτίες μπορεί να προκύψουν από ένα συνδυασμό των 4M { Machinery(μηχανές) , Manpower(Ανθρώπινο δυναμικό), Method(Μέθοδοι), Material(Υλικά)}, των 4P {(Policies(Πολιτικές) ,Procedures(Διαδικασίες) ,People(Ανθρωποι),Plant(Εγκαταστάσεις)} και των 4S { Surroundings(Περιβάλλον), Suppliers(Προμηθευτές), Systems(Συστήματα), Skills(Δεξιότητες) } ,(Doggett M. 2005).

Το παρακάτω διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος αναφέρεται στις καθυστερήσεις που παρατηρούνται στον χρόνο νοσηλείας των ασθενών σε μία κλινική. (Χαραλάμπους Α., 2002).

Εικόνα 16.
αποτελέσματος, Πηγή:



Διάγραμμα αιτίας-
Χαραλάμπους Α. 2002

(<http://www.pneumon.org/783/newsid844/211>)

3.1.3 «ΝΕΑ» ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Καταιγισμός Ιδεών (Brainstorming)

Πρόκειται για μια τεχνική δημιουργίας ιδεών από μια ομάδα ατόμων τα οποία προσπαθούν να μετουσιώσουν την γνώση και την εμπειρία τους σε προτάσεις που θα επιφέρουν λύσεις στα προβλήματα και θα ανοίξουν νέους ορίζοντες στους Οργανισμούς. Στόχος της τεχνικής brainstorming είναι:

- Να συνεισφέρει στη λύση ενός προβλήματος.
- Να εμπλέξει αρκετά άτομα στη διαδικασία εξεύρεσης λύσης.
- Να δημιουργήσει ένα μεγάλο αριθμό ιδεών.
- Να διεγείρει τη δημιουργικότητα των μελών της ομάδας.

Όλες, χωρίς εξαίρεση, οι ιδέες καταγράφονται και γνωστοποιούνται σε όλους τους συμμετέχοντες και στο τέλος οι καλύτερες ιδέες επιλέγονται, συνδυάζονται, απλοποιούνται κτλ., ώσπου να γίνουν κατά το δυνατό απλές, πρακτικές και εφαρμόσιμες. Η τεχνική brainstorming είναι στενά συνδεδεμένη με την λειτουργία των λεγομένων κύκλων ποιότητας που επίσης εισήχθησαν από τον K. Ishikawa.

What do I write about? - Brainstorming



Εικόνα 17 : Διάγραμμα Brainstorming

Πηγή: <http://www.jsingermarketing.com/healthcare-content-marketing-topics/>

Διάγραμμα Συνάφειας -Συγγένειας (Affinity Diagram)

Η κατασκευή ενός διαγράμματος συνάφειας συνήθως έπεται μίας συνεδρίας brainstorming, κατά την οποία κάθε ιδέα διατυπώνεται, γραπτά πάνω σε μια κάρτα, ενώ το σύνολο των καρτών τοποθετούνται, χωρίς νοηματική σειρά, πάνω σε κάποιο μεγάλο πίνακα. Οι συμμετέχοντες ξεχωρίζουν τις κάρτες ανά ομάδες, με το σκεπτικό ότι το περιεχόμενο της κάθε ομάδας παρουσιάζει κάποια συγγένεια ή ομοιότητα ενώ οι κάρτες που δεν μπορούν να καταταγούν σε μια ομάδα αντιστοιχίζονται σε μια γενική ομάδα όπως αποτυπώνεται στην παρακάτω εικόνα.



Εικόνα 18: Διάγραμμα Συνάφειας –Συγγένειας, Πηγή: (Ραϊδης Π.)

Η τεχνική οργανώνει τα συλλεγόμενα τμήματα πληροφοριών σε ομάδες, με βάση τις φυσικές σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσά τους (συνάφεια) και συμβάλλει στη μείωση ενός κατά τα άλλα δύσχρηστου όγκου πληροφοριών σε μικρότερο αριθμό ομοιογενών ομάδων, τις οποίες μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει ανεξάρτητα πολύ πιο εύκολα, να τις κατατάξει κατά σειρά σπουδαιότητας ή να τις κατανείμει σε συγκεκριμένα προγραμματισμένα έργα για περαιτέρω μελέτη ή έρευνα όπως αποτυπώνεται στην εικόνα 19.

Οι συμμετέχοντες έχουν την δυνατότητα επίσης να προβούν σε τροποποιήσεις στην αρχική ομαδοποίηση και να εντοπίσουν θεματικές επικεφαλίδες οι οποίες μπορεί να αποτελούν μία αίτια, ένα σύμπτωμα, μία επίπτωση ή μία παρενέργεια του υπό εξέταση ζητήματος (ASQ, 2007).



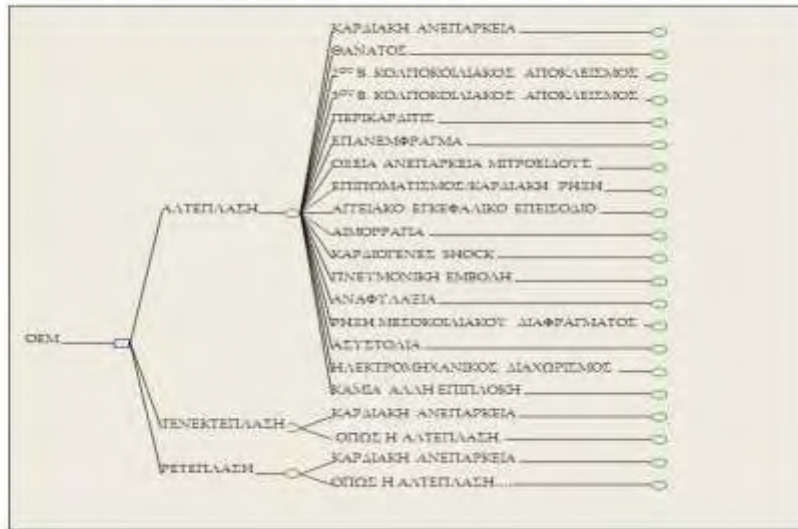
Εικόνα 19: Διάγραμμα Συνάφειας -Συγγένειας, Πηγή: <http://slideplayer.gr/slide/11426257/>

Διάγραμμα Δένδρου (Tree Diagram)

Η κύρια χρήση του αποσκοπεί στην διάσπαση ενός πολύπλοκου προβλήματος σε επιμέρους κατηγοριοποιημένα θέματα και εν συνεχεία στην αποτύπωση των ενεργειών που απαιτούνται για την επίλυση τους (βήματα ,διαδικασίες ,κ.τ.λ.) ,(Κωσταγιόλας & συν.2008). Το Δενδροδιάγραμμα η αλλιώς και δέντρο αποφάσεων χρησιμοποιείται για να παρουσιαστούν οι σχέσεις μεταξύ ενός θέματος και των συστατικών του στοιχείων ,δηλαδή προσπαθούμε μέσω της χρήσης τεχνικών όπως το brainstorming να κατακερματίσουμε ένα θέμα στα βασικά συστατικά του στοιχεία και να τα απεικονίσουμε σε ένα διάγραμμα με την μορφή δένδρου προκειμένου να καταδείξουμε λογικούς ή σειριακούς δεσμούς όπου συνήθως στην ρίζα του δένδρου εντοπίζεται το πρόβλημα και περιμετρικά αυτής οι πιθανές λύσεις.

Το παρακάτω διάγραμμα αναφέρεται σε ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου τουλάχιστον στις προηγμένες χώρες το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) .

Δένδρο-διάγραμμα θεραπείας του OEM



Εικόνα 20: Διάγραμμα δένδρου. Πηγή: Φραγκουλάκης Β., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013

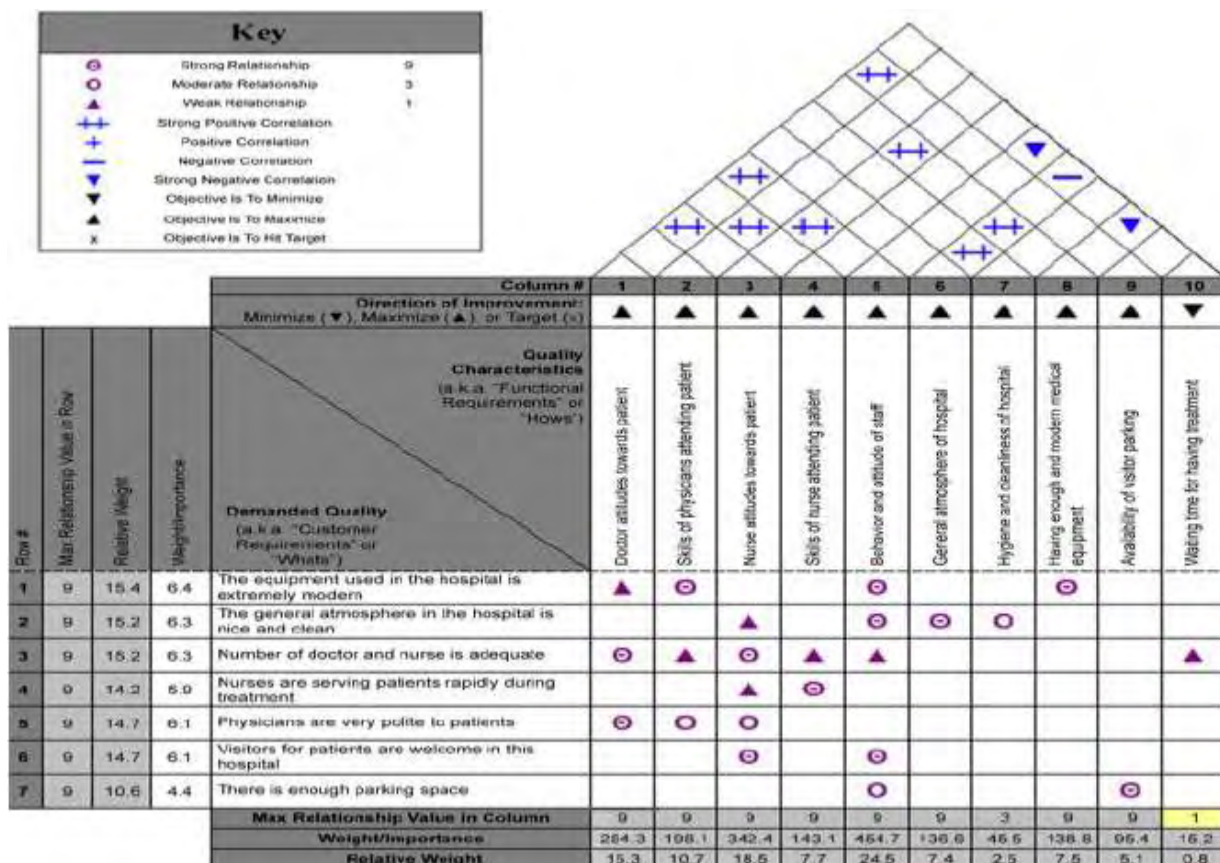
(<http://slideplayer.gr/slide/2462103/>)

Διάγραμμα μήτρας (Matrix Diagram)

Το διάγραμμα μήτρας βοηθά στη σύγκριση των τιμών δύο ή περισσότερων μεταβλητών, δίνοντας απάντηση στο αν και κατά πόσο υπάρχει κάποια αλληλοσυσχέτιση χρησιμοποιώντας διαφορετικά σύμβολα ανάλογα με το βαθμό της σχέσης. Σκοπός του είναι η αποσαφήνιση των σχέσεων μεταξύ αποτελεσμάτων και αιτιών μέσα από την ανάδειξη της σημασίας της κάθε σχέσης (Dale 1994). Με την χρήση του βελτιώνεται το σύστημα διασφάλισης ποιότητας συνδέοντας επίπεδα ποιότητας με διαφορετικές λειτουργίες έλεγχου και ανιχνεύονται τα αίτια μη συμμόρφωσης στις διαδικασίες.

Ένα κλασικό παράδειγμα διαγράμματος μήτρας αποτελεί το «Σπίτι της Ποιότητας» (House of Quality), το οποίο είναι το κύριο εργαλείο σχεδιασμού της μεθόδου QFD (Quality Function Deployment), με τις απαιτήσεις των πελατών να εμφανίζονται στον έναν άξονα και τα εσωτερικά πρότυπα στον άλλο (ASQ, 2007).

Το παρακάτω διάγραμμα μήτρας αποτελεί ένα παράδειγμα εφαρμογής της τεχνικής του «Σπιτιού της Ποιότητας» στην περίπτωση ενός ιδιωτικού νοσοκομείου όπου απεικονίζεται η συσχέτιση των αναγκών- προσδοκιών των πελατών με τα λειτουργικά χαρακτηριστικά του Οργανισμού. (Akdağ et al, 2013).



Εικόνα 20. Διάγραμμα μήτρας , Πηγή: Akdag et al, 2013

Μήτρα προτεραιοτήτων (Prioritization Matrix)

Η τεχνική της Μήτρας προτεραιοτήτων βρίσκει συνήθως εφαρμογή όταν οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι και εκ των πραγμάτων πρέπει να τεθούν κάποιες προτεραιότητες όσον αφορά τις επιλέξιμες ενέργειες-δράσεις που θα ακολουθηθούν στο πλαίσιο βελτίωσης του συστήματος ποιότητας. Οι προτεραιότητες τίθενται μέσα από ένα συνδυασμό των ανωτέρω δύο τεχνικών Tree Diagram και Matrix Diagram οι οποίες και καθορίζουν τα κριτήρια για την ανάδειξη των προτεραιοτήτων. Αυτές στις οποίες θα αποδοθεί η μεγαλύτερη βαρύτητα (βαθμός σπουδαιότητας) από την Μήτρα προτεραιοτήτων είναι και οι τελικές προτεραιότητες που πρέπει να ακολουθήσει ο Οργανισμός στην προσπάθεια που καταβάλει για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας. (ASQ, 2007).

Διάγραμμα προγραμματισμού των διαδικασιών (Process decision program chart -PDPC)

Η ανάπτυξη αυτού του εργαλείου μας παρέχει μία σχεδόν πλήρη εικόνα όλων των πιθανών συμβάντων και αποκλίσεων που μπορεί να συναντήσουμε κατά την διάρκεια υλοποίησης μιας δράσης που σχετίζεται με την επίλυση ενός πολύπλοκου θέματος με αποτέλεσμα να μας δίνεται η δυνατότητα να εστιάσουμε σε όλες τις πιθανές ενέργειες οι οποίες θα μας βοηθήσουν να οδηγηθούμε σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Χρησιμοποιείται για το σχεδιασμό καινούργιων ή

ανανεωμένων ενεργειών οι οποίες είναι πολύπλοκες και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην περίπτωση που η ομάδα μελέτης δεν έχει εμπειρία στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει .

Αρχικά καθορίζουμε τη ροή των δραστηριοτήτων του σχεδίου και τις τοποθετούμε σε ένα διάγραμμα ροής. Το διάγραμμα ροής αποτελείται από κόμβους και βέλη. Κάθε κόμβος είναι μια διακριτή ενέργεια. Η βασική ιδέα είναι πως ο στόχος, δηλαδή ο τελικός κόμβος προσεγγίζεται με πολλούς τρόπους αλλά μόνο μία θα είναι η τελική ροή.

Στην συνέχεια επιλέγουμε τη βέλτιστη ροή λαμβάνοντας υπόψη το κόστος, το χρόνο, τις επιπτώσεις κ.α. (Bounds et al,1994).

3.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας έχει εκφραστεί κατά καιρούς από διάφορους ερευνητές όπως ο Royer (1999) που αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις» ή ο ο Betka (1993) ο οποίος προτείνει στην Διοίκηση που έχει ως στόχο την ποιότητα να δώσει έμφαση στην δημιουργία και εφαρμογή συστημάτων και διαδικασιών που μετρούν την ποιότητα, αντί να θέτουν προτεραιότητες βασιζόμενοι στο ένστικτο και την διαίσθηση, γιατί οι Οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Ως δείκτης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (quality indicator) ορίζεται το εργαλείο μέτρησης, μέσω του οποίου παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας.

Δεν αποτελούν άμεσο μέτρο ποιότητας, αλλά τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών καθώς εστιάζουν σε ειδικά θέματα απόδοσης σε έναν οργανισμό. Οι δείκτες δεν στοχεύουν στη θεραπεία συμπτωμάτων ενός προβλήματος αλλά στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών που τα προκάλεσε αφού χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής του προγράμματος ποιότητας και τροφοδοτούν συνέχεια με πληροφορίες τον Οργανισμό προκειμένου να πετύχει τους στόχους του στην πορεία προς την ποιότητα. Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός οργανισμού και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ οργανισμών η συστημάτων υγείας όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων ενός οργανισμού .

Η συνεχόμενη παρατήρηση και επεξεργασία τους αυξάνει προοδευτικά και την χρησιμότητά τους γι αυτό πρέπει να εφαρμόζονται σε όλες τις διαδικασίες από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική .Πιο

συχνοί είναι οι δείκτες αναλογίας (rate-based) οι μετρήσεις των οποίων δεν στηρίζονται απλά σε συγκρίσεις εφαρμογής ή μη της τεκμηριωμένης φροντίδας, αλλά λαμβάνουν υπόψη όλους τους προσδιοριστικούς παράγοντες εφαρμογής σε επίπεδο δομής (structure), διεργασίας (process) και έκβασης (outcome) μιας πράξης ή/και ενός συνόλου ενεργειών, για να είναι εφικτή και η συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ διαφορετικών οργανισμών.

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donebedian και στα τρία αυτά στοιχεία που διακρίνουν τις υπηρεσίες υγείας την δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές), τις διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας) και τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών) υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Επομένως σύμφωνα με την προσέγγιση του Donebedian οι δείκτες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες (Κωσταγιόλας και συν 2008, Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012):

3.2.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΟΜΗΣ (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική, κ.α.)
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών
- Χαρακτηριστικά και επάρκεια του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού ,συμμόρφωση με τις απαιτούμενες προδιαγραφές.
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τον εξοπλισμό εκτός λειτουργίας ανά έτος
- Αναλογία προσωπικού προς ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά έτος.
- Βασική και συνεχόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Επάρκεια και λειτουργικότητα διευθύνσεων του Οργανισμού, συστήματα επαγγελματικής εξέλιξης -αμοιβών
- Αριθμός νοσηλευτών ,ιατρών, διοικητικού προσωπικού

Οι δείκτες δομής μας αποκαλύπτουν αν διατηρείται η όχι το επίπεδο εκείνο των συνθηκών που κρίνονται απαραίτητες για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ικανοποιητικό βαθμό, αλλά δεν αρκούν από μόνοι τους για να μας εξασφαλίσουν τα βέλτιστα αποτελέσματα.

3.2.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί ο εξοπλισμός εκτός λειτουργίας ανά έτος
- Χρόνοι αναμονής για επείγουσες θεραπείες (καρκίνος, εμφράγματα, κ.α.)

- Λίστες αναμονής τακτικών και έκτακτων περιστατικών
- Πληρότητα των ιατρικών φακέλων
- Αμεσότητα και ακρίβεια των διαγνώσεων που βοηθούν στην πρόληψη
- Αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ανά ημέρα/μήνα/ έτος
- Αριθμός και εγκυρότητα εργαστηριακών εξετάσεων, διαγνωστικών θεραπειών, χειρουργικών επεμβάσεων
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ημέρα/μήνα/ έτος
- Δαπάνη ανά ημέρα/ ώρα νοσηλείας
- Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών ανά ημέρα/μήνα/ έτος
- Μέση διάρκεια νοσηλείας. Δείχνει το μέσο αριθμό ημερών νοσηλείας ανά περιστατικό – ασθενή. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ημερών νοσηλείας σ' ένα έτος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στο ίδιο έτος .
- Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Δείχνει το μέσο αριθμό ανά έτος που είναι απασχολημένο με ασθενή μία κλίνη. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ετήσιων ημερών νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει πολλαπλασιαστεί με το 365 .
- Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI). Δείχνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Διαιρούμε το ποσοστό κάλυψης κλινών ενός νοσοκομείου με το ποσοστό κάλυψης κλινών όλων των νοσοκομείων και αυτό το δείκτη τον πολλαπλασιάζουμε με τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου.

Οι δείκτες διαδικασιών, αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών (όπως η επικοινωνία, η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι χειρουργικές και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση και η τήρηση αρχείων). Αναγνωρίζονται ως οι πιο ευαίσθητοι δείκτες ποιότητας, δεδομένου ότι μια φτωχή έκβαση (σε ένα δείκτη αποτελέσματος) δεν εμφανίζεται κάθε φορά που υπάρχει ένα λάθος ή μια παράλειψη στο σύστημα παροχής φροντίδας. Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

3.2.3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Ποσοστά θνησιμότητας γενικά η ειδικά ανά κατηγορία νοσημάτων .Δείχνει τον αριθμό θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο (γενικός δείκτης ή δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου)
- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου

- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Οι δείκτες αποτελέσματος συχνά επηρεάζονται και από πολλούς άλλους παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συν-νοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).

Σε αυτήν την κατεύθυνση αξιολόγησης της ποιότητας μέσω του τρίπτυχου δομή-διαδικασία – αποτέλεσμα που όρισε ο Donabedian, και συνδυάζοντας παράλληλα την τεχνική διάσταση της ποιότητας με τις ευρύτερες έννοιες που σχετίζονται με την υγεία και με άλλους παράγοντες που την επηρεάζουν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ταξινόμησε τους δείκτες σε πέντε βασικές κατηγορίες (WHO 1980,2003):

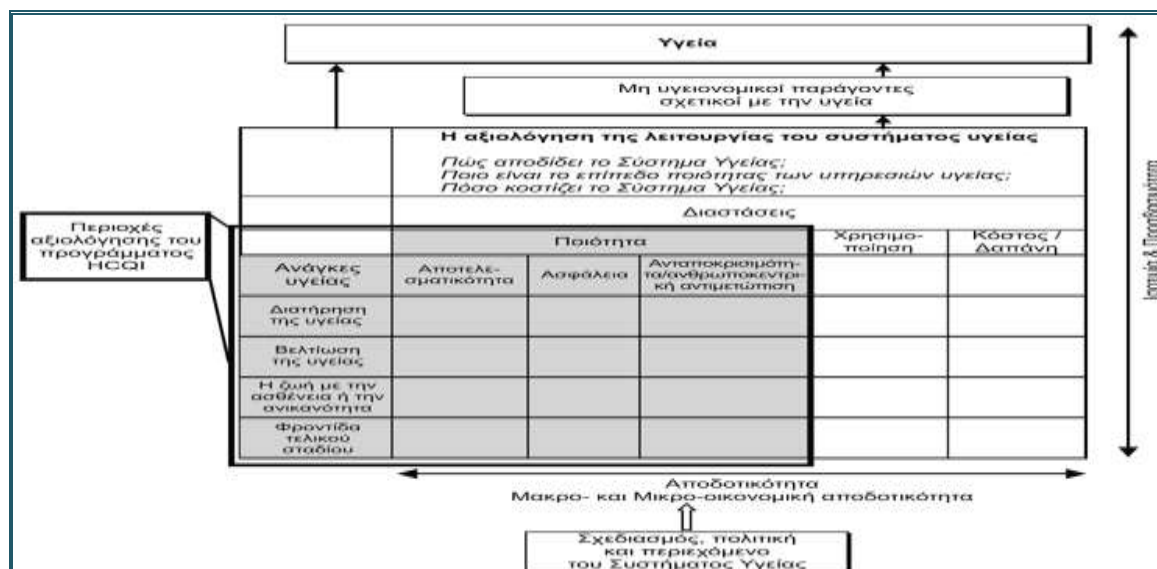
- ✓ Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- ✓ Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες
- ✓ Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- ✓ Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- ✓ Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

στους οποίους περιλαμβάνονται :

- Δείκτες εισροών (Ποσοτικοί ,ποιοτικοί επάρκειας , προσβασιμότητας κλπ)
- Δείκτες εκροών(Απλοί και σύνθετοι δείκτες π.χ. αριθμός εξαγωγών , μέση διάρκεια νοσηλείας ,εργαστηριακοί δείκτες κλπ)
- Δείκτες διαδικασιών (Δείκτες εγκυρότητας ,αξιοπιστίας, προσπελασιμότητας, χρόνων αναμονής κλπ)
- Δείκτες αποτελεσμάτων (Δείκτες θνησιμότητας ,νοσηρότητας ,αποτελεσματικότητας, ικανοποίησης ασθενών, κλπ)
- Δείκτες αποδοτικότητας(Στατιστικοί και οικονομικοί δείκτες σε μικρο (κόστος/ αποτελεσματικότητα) και μακρο επίπεδο (τεχνική αποδοτικότητα)
- Δείκτες Κοινωνικοοικονομικοί (Δείκτες εισοδήματος, μορφωτικού επιπέδου, επαγγελματικής και οικογενειακής κατάστασης, κλπ)
- Δείκτες πολιτικής υγείας (Δείκτες κατανομής πόρων ,οργανωτικού πλαισίου κλπ)

Υπό αυτό το πρίσμα ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) όρισε ένα μεθοδολογικό πλαίσιο (*Health Care Quality Indicators Project. OECD, Paris 2005*) ,το οποίο

ενσωμάτωσαν και άλλοι επιστημονικοί φορείς (Institute of Medicine, OECD, Canadian Health Indicator Framework, European Community Health Indicators Project e.t.c.), για τη συγκριτική αξιολόγηση κλινικών πρακτικών ή οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικότερα για την λειτουργία των συστημάτων υγείας στο οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην μέτρηση της τεχνικής διάστασης της ποιότητας αλλά λαμβάνεται υπ όψιν και η επίδραση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία όπως απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα.



Εικόνα 21. Μεθοδολογικό πλαίσιο για την μέτρηση ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. (Πηγή: Κωσταγιόλας και συν 2008)

Το μοντέλο αποτιμά την απόδοση του συμπλέγματος υπηρεσιών υγείας μέσα από μετρήσεις που αφορούν την υγεία, την αποδοτικότητα της πολιτικής υγείας, το κόστος αλλά και την προσβασιμότητα μαζί με την ισοτιμία σε όλες τις εκφάνσεις της. Αποδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στην αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ανταποκρισιμότητα ως διαστάσεις της ποιότητας αλλά συνδυάζει επιτυχώς και την επίδραση άλλων μη υγειονομικών παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία όπως ο σχεδιασμός, η πολιτική και το λειτουργικό πλαίσιο του συστήματος υγείας.

3.2.4. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από απλότητα, καταλληλότητα και αντικειμενικότητα ώστε να μας δώσουν όσο το δυνατόν πιο σαφή και ακριβή αποτελέσματα για αυτό η επιλογή τους γίνεται συνήθως με γνώμονα μια σειρά από κριτήρια από τα οποία ως πιο σημαντικά αναφέρονται τα εξής (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012, Γείτονα 2004) :

1. Η χρησιμότητα (usefulness). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης αναφέρεται σε μια σημαντική παράμετρο, βοηθά στην εξαγωγή συμπερασμάτων και συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

2. Η εγκυρότητα (validity). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά την μεταβλητή για την οποία επιλέχθηκε να μετρήσει ,μετρά δηλαδή ότι ισχυρίζεται . Διαφορετικά τίθεται θέμα προκατάληψης (bias) ή συστηματικού σφάλματος. Η εγκυρότητα ενός δείκτη είναι πιο δύσκολα ανιχνεύσιμη απ' ότι η αξιοπιστία του, διότι απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.
3. Η αξιοπιστία (reliability). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης εκφράζει συνέπεια μεταξύ των αποτελεσμάτων, χαρακτηριστικό το οποίο εντοπίζεται στις περιπτώσεις που η μέτρηση επαναλαμβάνεται υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Η αξιοπιστία εκφράζει εκτός από την συνέπεια και την ακρίβεια της μέτρησης ως προς τις θεματικές τις οποίες μελετά σε συνδυασμό με το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης δύναται να ελεγχθεί με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και κυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις από 0, 70–0, 90
4. Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability). Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής, και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες .
5. Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης έχει την δυνατότητα να εντοπίζει μεταβολές (βαθμό ευαισθησίας). Η ανταποκρισιμότητα ενός δείκτη χρήζει ιδιαίτερης σημασίας, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
6. Η ειδικότητα (specificity). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης έχει την ικανότητα να διακρίνει διαφορές στις υπο εξέταση ομάδες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας , π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής .
7. Η ευαισθησία (sensitivity). Ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης είναι ακριβής μέσα στην πάροδο του χρόνου κατά πόσο διαπιστώνονται δηλαδή αλλαγές ή διαφοροποιήσεις από την επαναλαμβανόμενη χρήση του.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών, καθώς και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικώς αποδεκτά πρότυπα καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι στατικό. Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται, οι δείκτες και οι μηχανισμοί υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση.

Δύο τρόποι υπάρχουν για να παρακολουθούμε τα πρότυπα η αναδρομική και η ταυτόχρονη αξιολόγηση των ενεργειών(Παπανικολάου 2003).

- Η αναδρομική αξιολόγηση περιλαμβάνει όλους τους μηχανισμούς αποτίμησης και διενεργείται μετά την εξαγωγή του χρήστη από το σύστημα.

Περιλαμβάνει συγκεκριμένα:

- *Παρακολούθηση κλειστού κύκλου*, η οποία είναι μια ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου του χρήστη που εστιάζει κυρίως στον εντοπισμό των δυνατών και αδύνατων σημείων κατά την διάρκεια παροχής της φροντίδας. Αυτό δύναται να επιτευχθεί με δομημένο και συστηματικό έλεγχο των αρχείων του χρήστη.
- *Συνέντευξη ασθενούς μετά την παροχή υπηρεσίας υγείας*, λαμβάνει χώρα μετά την αποχώρηση του χρήστη από την μονάδα υγείας ή την ολοκλήρωση της θεραπείας του, και διενεργείται με τον ίδιο ή και μέλη της οικογένειάς προκειμένου να αποκτήσει η μονάδα υγείας μια εικόνα από την εμπειρία της παραμονής τους. Η συνέντευξη μπορεί να είναι δομημένη, μη δομημένη, ή ημι-δομημένη χρησιμοποιώντας διάφορα σχετικά εργαλεία.
- *Ερωτηματολόγιο μετά τη φροντίδα*, το οποίο δίνεται προς συμπλήρωση στον χρήστη αφού λάβει το σχετικό εξιτήριο από την μονάδα υγείας. Είναι συνήθως σχεδιασμένο να μετρά την ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η ταυτόχρονη αξιολόγηση περιλαμβάνει όλες τις αποτιμήσεις που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια παραμονής του χρήστη μέσα στην μονάδα υγείας.

Περιλαμβάνει συγκεκριμένα:

- *Παρακολούθηση ανοικτού κύκλου*, η οποία είναι μια συστηματική επίβλεψη του ιατρικού φακέλου του χρήστη (έλεγχος του ιστορικού, των αρχείων, των γραφημάτων και γενικότερα όλης της κλινικής διαδικασίας σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια). Όσο ο ασθενής συνεχίζει να λαμβάνει φροντίδα που ανταποκρίνεται στα πρότυπα, τόσο αυξάνεται και η ανατροφοδότηση που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας από την διαδικασία.
- *Συνέντευξη ή παρακολούθηση του ασθενούς*, η οποία διενεργείται μέσα σε ένα πλαίσιο ανοικτής επικοινωνίας με τον χρήστη, στην βάση των καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των παρόχων και των χρηστών, αφού μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας ο ασθενής μεταδίδει απαραίτητες πληροφορίες για τις προτιμήσεις του κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια.
- *Συνέντευξη ή παρατήρηση του προσωπικού*, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση και παρατήρηση της κλινικής συμπεριφοράς σχετικά με τα προκαθορισμένα κριτήρια.
- *Ομαδικές συναντήσεις με τον χρήστη ή/και τα προσκείμενα σε αυτόν πρόσωπα* που περιλαμβάνουν ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων, στην βάση ενός από κοινού διαλόγου, με τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ασθένεια και την εξέλιξη της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

4.1 ΣΤΟΧΟΙ- ΕΝΝΟΙΕΣ –ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ

Σε μια επισκόπηση των στρατηγικών για την ποιότητα και την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας που έχουν υιοθετηθεί στις ΗΠΑ, στη Μεγάλη Βρετανία, στον Καναδά, στην Αυστραλία και σε συνδυασμό με το πλαίσιο αξιολόγησης των συστημάτων υγείας που προτάθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον ΟΟΣΑ οι Arah et al (2003) αναδεικνύουν τους ακόλουθους επιμέρους στόχους των εφαρμοζόμενων στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας:

- βελτίωση της υγείας (health improvement),
- αποτελεσματική παροχή κατάλληλης φροντίδας (effective delivery of appropriate health care),
- οικονομική αποδοτικότητα (efficiency),
- σχέση παροχέα – ασθενούς (patient / carer experience),
- ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (fair access),
- βελτίωση υγειονομικών αποτελεσμάτων (health outcomes of care),
- αποδοχή της απόδοσης του συστήματος από τους χρήστες (acceptability),
- καταλληλότητα της φροντίδας (appropriateness),
- ασφάλεια (safety),
- συνέχεια της φροντίδας (continuity of care),
- ενδυνάμωση της ικανότητας του συστήματος (competence, capability),
- ανταποκρισιμότητα (responsiveness),
- βιωσιμότητα (sustainability),
- επικέντρωση στον ασθενή (patient centeredness),
- χρονική ανταπόκριση του συστήματος (timeliness).

Όλοι αυτοί οι επιμέρους στόχοι εντάσσονται σε ένα πλαίσιο επίτευξης των βασικών στόχων των συστημάτων υγείας οι οποίοι σύμφωνα με τους AL.Assaf AF et al (2004) και Institute of Medicine,(2001)εντοπίζονται στις έννοιες :

- Της Αποτελεσματικότητας (effectiveness), Αποδοτικότητας (efficiency) και τεχνικής Ικανότητας (technical competence) .

Η ποιότητα μέσα σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων όπως είναι αυτό των υπηρεσιών υγείας, είναι εφικτή μόνο με ορθολογική κατανομή των πόρων ,ώστε μέσα από σωστές και κατάλληλες διαδικασίες να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα που υπαγορεύει η υπάρχουσα επιστημονική γνώση και οι κατευθυντήριες γραμμές με την χρησιμοποίηση των ελάχιστων δυνατών μέσων.

➤ Της Ασφάλειας (safety).

Σήμερα, η ασφάλεια ανάγεται όλο και περισσότερο σε πρώτη προτεραιότητα και θεωρείται κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας. Όπως αναφέρει η επιτροπή για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική, «η επίτευξη ασφάλειας υψηλού επιπέδου αποτελεί ένα πρώτο ουσιαστικό βήμα για τη συνολική βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης» (Committee on Quality Health Care in America; Institute of Medicine, 2001). Η έλλειψη ασφάλειας δημιουργεί κενό αξιοπιστίας και εμπιστοσύνης με αποτέλεσμα τα συστήματα να οδηγούνται σε παρακμή.

➤ Της Προσβασιμότητας των υπηρεσιών (accessibility) και της ανάπτυξής τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare).

Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικό-πολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις θέτοντας τον στο επίκεντρο των διαδικασιών, ώστε η φροντίδα που του παρέχεται να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες τις προσδοκίες και στις αξίες του.

➤ Της Συνέχειας της φροντίδας (continuity).

Η έννοια της Συνέχειας της φροντίδας αποδίδει στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας το στοιχείο της διαχρονικότητας καθώς μέσα από μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας (continuity of care) που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας. Έτσι, ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη απέναντι σε ένα σύστημα που δείχνει να έχει συνέχεια στην λειτουργία του και την ποιότητα των υπηρεσιών του (Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας) ,με αποτέλεσμα να αυξάνεται η φήμη και η αξιοπιστία του..

➤ Των Διαπροσωπικών σχέσεων (interpersonal relations).

Η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα για την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και τον κατάλληλο συντονισμό των δράσεων για την βελτίωση της ποιότητας. Μέσα από μια καλά συντονισμένη ομάδα ως προς τις αρμοδιότητες και τις λειτουργίες των μελών της μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Αυτή η θετική αλληλεπίδραση στις ανθρώπινες σχέσεις δημιουργεί ένα επίσης θετικό κλίμα στο περιβάλλον του συστήματος υγείας και παράλληλα πολλαπλά οφέλη για τους χρήστες όπως η φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ασθενών, στοιχείο το οποίο υποδηλώνει ποιότητα.

Για να επιτευχθούν οι ανωτέρω στόχοι και να στεφθεί με επιτυχία ένα πρόγραμμα ποιότητας η στρατηγική που θα ακολουθηθεί πρέπει να βασίζεται στους εξής παράγοντες (Α. Papakostidi, Ν. Tsoukalas (2012):

Ηγεσία και δέσμευση της ηγεσίας (leadership and commitment)

Η ανώτατη ηγεσία ενός οργανισμού αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την αποτελεσματική εγκαθίδρυση και εφαρμογή ενός συστήματος ποιότητας μέσω της δέσμευσης της για συνεχή βελτίωση και παρακολούθηση των «επιδόσεων». Η βελτίωση της ποιότητας προωθείται από την ανώτατη ηγεσία κυρίως με την αλλαγή της κουλτούρας και δευτερευόντως από τις τεχνικές μεθόδους που φέρνει μαζί του η εφαρμογή του προγράμματος ποιότητας. Η αλλαγή πρέπει να ξεκινήσει από την κορυφή της ηγεσίας όπως αυτή είναι διαστρωματωμένη και σταδιακά να ενσωματωθεί σε όλο τον Οργανισμό. Ο στόχος της Διοίκησης πρέπει να εστιάζεται στη δημιουργία ενός καθαρού οράματος για τον Οργανισμό και στην προσπάθεια ώθησης και ενθάρρυνσης των εργαζομένων να συμμετέχουν ενεργά στην πραγματοποίησή του μέσω της επιβράβευσης των προσπαθειών τους. Το όραμα ή δήλωση αποστολής που περιλαμβάνει τους στόχους του Οργανισμού, οι στρατηγικές και τα πλάνα για την εκπλήρωση της αποστολής, η αναγνώριση των κρίσιμων διαδικασιών και των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας (critical success factors) οι πιο σημαντικοί υποστόχοι που πρέπει να επιτευχθούν για να ολοκληρωθεί η αποστολή, η επανεξέταση της διοικητικής δομής και η ενδυνάμωση-ενθάρρυνση της αποτελεσματικής συμμετοχής των εργαζομένων είναι τα πέντε βασικά στοιχεία που συνθέτουν την εικόνα μιας αποτελεσματικής ηγεσίας (Oakland, 2003).

Εστίαση στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών.

Από την στιγμή που οι χρήστες του συστήματος υγείας είναι ο κύριος λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού η εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών τους είναι αυτή που θα του αποδώσει το συγκριτικό πλεονέκτημα. (Παπανικολάου 2007) . Τα χαρακτηριστικά τους, οι προτεραιότητες τους, τα παράπονα, οι καταγγελίες τους και ο βαθμός ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι τομείς στους οποίους θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή προκειμένου να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Εστίαση στις διαδικασίες με στόχο τις συνεχείς βελτιώσεις τους.

Όλες οι δραστηριότητες ενός οργανισμού βασίζονται στις διαδικασίες, αν οι διαδικασίες είναι οι κατάλληλες τότε και τα αποτελέσματα θα είναι ανάλογα. Οι διαδικασίες πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά και τα στοιχεία που τις διαμορφώνουν να τίθενται σε διαρκή αναθεώρηση και να χρησιμοποιούνται ως βάση για βελτίωση. Η απλότητα, ο έλεγχος, η εναρμόνιση τους με τα διεθνή αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα, είναι στοιχεία τα οποία πρέπει να τις χαρακτηρίζουν προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του προγράμματος ποιότητας.

Προληπτικές βελτιώσεις με στόχο την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Είναι προτιμότερο για έναν οργανισμό να αποφύγει το μοντέλο της «διαχείρισης κρίσεων» (risk management), στο οποίο οι δράσεις για την όποια βελτίωση κινητοποιούνται από κάποιο λάθος ή κάποια κρίση. Μια τέτοια πρακτική προάγει την αδράνεια αντί της διάθεσης για καινοτομία. Το

κλειδί της υπεροχής είναι η συνεχής αναζήτηση ευκαιριών για περαιτέρω βελτίωση και όχι η στατικότητα (Dale 1994). Στα πλαίσια της Συνεχούς Βελτίωσης, οι μετρήσεις απόδοσης παίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο (Oakland, 2003).

- Εντοπίζουν και πληροφορούν για την εξέλιξη των στόχων που έχουν τεθεί
- Εντοπίζουν ευκαιρίες βελτίωσης
- Αξιολογούν την απόδοση βάσει εσωτερικών και εξωτερικών κριτηρίων-προτύπων

Η παρακολούθηση της απόδοσης είναι σημαντική για τον σχεδιασμό της στρατηγικής που θα ακολουθήσει μια επιχείρηση. Είναι απαραίτητο, οι διοικούντες να γνωρίζουν τα δυνατά, αλλά και τα αδύναμα σημεία της επιχείρησής τους (SWOT analysis). Οι μετρήσεις, σαν αναπόσπαστο στοιχείο του κύκλου ποιότητας του Deming (Plan-Do-Check-Act cycle) τον οποίο αξιοποιούν πολλά συστήματα μέτρησης κατέχουν βασικό ρόλο σε ποιοτικές και παραγωγικές ενέργειες βελτίωσης.

Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.

Η σωστή διαχείριση της πληροφορίας και η αξιοποίηση επιστημονικών εργαλείων αποτελούν τη βάση για τη ορθή λήψη αποφάσεων. Απαιτείται η χρήση στατιστικών μεθόδων και εργαλείων (εργαλεία ποιότητας βλ.παρ.3.2) που βοηθούν στην ακριβή ανάλυση των δεδομένων και ενισχύουν την λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων. Η τεχνική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε αυτές τις μεθόδους οι οποίες αξιοποιούν κατάλληλα την προηγούμενη εμπειρία, προβλέπουν αποκλίσεις, διορθώνουν σφάλματα κ.α. αποτελεί το κλειδί για την συνεχή αναβάθμιση της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας και την επιτυχία της στρατηγικής.

Ενδυνάμωση των εργαζομένων.

Όπως αναφέρουν οι Jackson και Schuler (2000), οι ανθρώπινοι πόροι είναι το σύνολο των ταλέντων και της διάθεσης για απόδοση όλων των ανθρώπων ενός Οργανισμού οι οποίοι μπορούν να συντελέσουν στην δημιουργία και ολοκλήρωση του οράματος ,της αποστολής, της στρατηγικής και των στόχων του .Επομένως όταν ο στόχος της ποιότητας γίνεται κτήμα όλων των μερών ενός Οργανισμού υγείας αυξάνονται σημαντικά και οι πιθανότητες για την κατάκτηση του ,για αυτό και η χρηστή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (προαγωγές, κινητικότητα, bonus-αμοιβές, εκπαίδευση) τίθεται ως άμεση προτεραιότητα .Η ανάπτυξη ανοικτών διαύλων επικοινωνίας μεταξύ όλων των βαθμίδων του Οργανισμού , η ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε κάθε επίπεδο, η αναγνώριση των προσπαθειών τους, η τόνωση και η αναγνώριση του ρόλου της εκπαίδευσης, η συνεχής υποστήριξη τους ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας , η εκπαίδευση τους στις βασικές αρχές του management: Εκτίμηση-Σχεδίαση-Πράξη-Τσέκαρε-Τροποποίησε (EPCDA) ως απόρροια του μοντέλου της συμμετοχικής διοίκησης είναι στοιχεία στα οποία πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση . Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό είναι η πλέον επιτυχής και εξασφαλίζει την υγιή ανάπτυξη και τη

συνεχιζόμενη βελτίωση καθώς όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι, με υψηλό ηθικό, τότε δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη παραγωγικότητα και υπερβάσεις.

Πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία.

Παρέχει το πλεονέκτημα της συνέργειας των ατόμων, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι συγκριτικά πολύ καλύτερο από το απλό άθροισμα των επί μέρους στοιχείων.

Η διεθνής βιβλιογραφία παραθέτει μια σειρά από στρατηγικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών στο χώρο της υγείας . Σύμφωνα με την μελέτη του Øvnretveit J. (2003) «Ποιες είναι οι καλύτερες στρατηγικές για την εξασφάλιση ποιότητας στα νοσοκομεία» η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του ερευνητικού έργου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 2003) οι κυριότερες από αυτές βασίζονται στις εξής προσεγγίσεις:

- **Αύξηση των πόρων:**

Αύξηση της χρηματοδότησης, του προσωπικού, των εγκαταστάσεων ή του εξοπλισμού που χρησιμοποιούνται από τον Οργανισμό ή το σύστημα υγείας, με στόχο τη θεραπεία περισσότερων ασθενών ή την ταχύτερη, καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία του ίδιου αριθμού ασθενών με χαμηλότερο κόστος ανά άτομο.

- **Μεγάλης κλίμακας αναδιοργάνωση ή χρηματοοικονομική μεταρρύθμιση:**

Αλλαγή της δομής του Οργανισμού ή του συστήματος υγείας ώστε να διευκολυνθεί η καλύτερη λήψη αποφάσεων ή η χρήση των πόρων. Οι αλλαγές στις μεθόδους χρηματοδότησης συνήθως αποτελούν μέρος της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας.

- **Ενίσχυση του management:**

Αύξηση των αρμοδιοτήτων ,της εξουσίας ,των τομέων ευθύνης της Διοίκησης με στόχο την βελτίωση της ποιότητας. Μερικές φορές αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται ως μέρος άλλων στρατηγικών.

- **Ενδυνάμωση των ασθενών:**

Δημιουργία ενός ανοικτού διαύλου επικοινωνίας με τους ασθενείς οι όποιοι μέσα από συγκεκριμένες φόρμες και διαδικασίες (έντυπα παραπόνων, ερωτηματολόγια κ.τ.λ.) θα μπορούν να εκφράζουν τις ανησυχίες τους ,τα παράπονα τους ,τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και να δημοσιοποιούν τις απόψεις και τις προσδοκίες τους. Καθιέρωση προγραμμάτων ενίσχυσης της δύναμης των ασθενών μέσω νόμιμων δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα θεραπείας εντός 30 λεπτών από την άφιξη σε αίθουσα έκτακτης ανάγκης που είχε εφαρμογή στο Ηνωμένο Βασίλειο στις αρχές της δεκαετίας του 1990(Department of Health, 2000) ή το μέτρο της «εθνικής εγγύησης του

χρόνου αναμονής» και άλλα παρόμοια προγράμματα που εφαρμόζονται σε ορισμένες σκανδιναβικές χώρες (Fallberg L. et all ,2003) .

- Καθιέρωση Πρότυπων και κατευθυντήριων γραμμών:
Καθιέρωση προτύπων τα οποία θέτουν το πλαίσιο για το πώς πρέπει να λειτουργήσουν οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, παροχή κατάρτισης για την αφομοίωση τους και θέσπιση νομοθετικών ρυθμίσεων για την υποχρεωτική τήρηση τους. Παραδείγματα αποτελούν τα εθνικά πρότυπα του Ηνωμένου Βασιλείου (Department of Health, 2000), τα εθνικά τεχνικά πρότυπα της Ζάμπια και οι κλινικά κατευθυντήριες γραμμές για διάφορες συνθήκες υγείας (Bouchet B. et all ,2002).
- Σύστημα διαχείρισης ποιότητας:
Εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας το οποίο θα ορίζει το πλαίσιο για την επίτευξη της ποιότητας (δομές ,συστήματα, διαδικασίες ,κτλ.) Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) εκδίδει κατευθυντήριες γραμμές που χρησιμοποιούνται από ορισμένα ευρωπαϊκά νοσοκομεία για το σχεδιασμό συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας. Η σύνθεση ενός τέτοιου συστήματος ερμηνεύεται διαφορετικά από χώρα σε χώρα ελλείπει γενικών προτύπων.
- Αξιολόγηση και διαπίστευση ποιότητας, εσωτερική ή εξωτερική:
Υπάρχουν πολλά συστήματα αξιολόγησης το πιο γνωστό στην Ευρώπη είναι το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (EFQM), με βάση το αμερικανικό σύστημα βραβείων Baldrige .Μια σχετική στρατηγική είναι η εθελοντική ή υποχρεωτική εξωτερική αξιολόγηση ποιότητας από ένα οργανισμό αξιολόγησης που απαρτίζεται από ομοτίμους τρίτους ή από ένα κυβερνητικό φορέα η οποία μπορεί να συνεπάγεται την έκδοση τυπικής διαπίστευσης. Μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα διαπίστευσης νοσοκομείων δεν αποτελούν καλή χρήση των πόρων σε αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλά εισοδήματα. (Øvretveit J. ,2002)
- Διοίκηση ολικής ποιότητας (TQM):
Η Διοίκηση ολικής ποιότητας TQM είναι ένα σύνολο από αρχές και μεθόδους που αρχικά είχε εφαρμογή στον τομέα της βιομηχανίας αλλά σήμερα αποτελεί ένα πρότυπο το οποίο έχει ευρεία προσαρμογή σε πολλούς και διαφορετικούς οργανισμούς. Η στρατηγική αυτή βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του οργανισμού και στοχεύει στην μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης των πελατών. Τα εργαλεία ποιότητας χρησιμοποιούνται από επιστημονικές ομάδες εργαζομένων για να προβούν σε αλλαγές και η προσέγγιση γενικά θεωρείται ότι απαιτεί ισχυρή ηγετική διαχείριση. Βασίζεται στην άποψη ότι τα προβλήματα ποιότητας οφείλονται συχνότερα σε κακή οργάνωση παρά σε μεμονωμένα σφάλματα (Berwick D et all ,1990).

- Συνεχή βελτίωση της ποιότητας (CQI):

Η Συνεχής βελτίωση της ποιότητας CQI ακολουθεί τις αρχές της Διοίκησης ολικής ποιότητας σύμφωνα με τις περισσότερες αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία. Επιστημονικές ομάδες έργων αναλύουν τις διαδικασίες του Οργανισμού και χρησιμοποιούν επαναλαμβανόμενους κύκλους δοκιμών για να επιβεβαιώσουν αν απαιτούνται η όχι μικρές αλλαγές.

- Συνεργασίες ποιότητας:

Η στρατηγική αυτή έχει ως στόχο να συγκεντρώσει ομάδες έργων από πολλούς διαφορετικούς Οργανισμούς Υγείας οι οποίες συνήθως συναντώνται κάθε 3 μήνες σε διάστημα 9 μηνών για να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα του έργου τους να αφομοιώσουν και να εφαρμόσουν ποιοτικές μεθόδους . Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν πιο οικονομικό τρόπο εκμάθησης αποτελεσματικών πρακτικών και μεθόδων ποιότητας στους εργαζομένους, να τονώσει τον ενθουσιασμό τους και να οδηγήσει σε ταχύτερα αποτελέσματα σε σχέση με αυτά που συνήθως λαμβάνονται από στρατηγικές CQI / TQM . Αποτελεί εθνική και περιφερειακή στρατηγική στην Αυστραλία, τη Νορβηγία, τη Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες ενώ προωθείται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και δοκιμάζεται σε αναπτυσσόμενες χώρες με σχετικά καλούς εισοδηματικούς δείκτες.

- Ανασχεδιασμός (Re-engineering):

Ο Ανασχεδιασμός χρησιμοποιεί μερικές από τις μεθόδους TQM, αλλά περιλαμβάνει έναν πιο ριζοσπαστικό επανασχεδιασμό της "διαδικασίας παραγωγής" σε σχέση με την προσέγγιση TQM, η οποία συνήθως περιλαμβάνει μικρής κλίμακας και αυξημένων δοκιμών αλλαγές .

- Σύγκριση δεικτών ποιότητας:

Η στρατηγική αυτή επιδιώκει να παρακινήσει τους ασθενείς, τους κλινικούς ιατρούς και τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους στον χώρο της Υγείας να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα για να κάνουν βελτιώσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προαιρετική ή υποχρεωτική στρατηγική από τους Οργανισμούς Υγείας που συμμετέχουν σε ένα συγκριτικό πρόγραμμα συλλογής δεδομένων ώστε να συλλέγουν και να αναφέρουν τα ίδια δεδομένα. Ορισμένα συστήματα σύγκρισης είναι δημόσια και προσβλέπουν στην ενθάρρυνση τόσο των ασθενών όσο και των παρόχων ώστε να αναλάβουν δράση για τη βελτίωση της ποιότητας .

- Συγκριτική αξιολόγηση (Benchmarking):

Η στρατηγική αυτή μέσα από πρόσθετες μεθόδους χρησιμοποιεί και αναλύει συγκριτικές πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα με σκοπό να βοηθήσει τους παρόχους να πάρουν τις

σωστές αποφάσεις για την βελτίωση της .Στηρίζεται στην σύγκριση της απόδοσης μεταξύ ομοειδών τμημάτων, Οργανισμών και διακρίνεται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες Εσωτερικό, Ανταγωνιστικό ,Λειτουργικό και Γενικό Benchmarking. Υπάρχουν συγκεκριμένες μέθοδοι για τον εντοπισμό, την τεκμηρίωση και την εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών.

- Διαχείριση κινδύνων και ασφάλεια (Risk management):

Η στρατηγική αυτή εντοπίζει διαδικασίες ή καταστάσεις υψηλού κινδύνου στις οποίες βρίσκεται ο Οργανισμός. Περιλαμβάνει μεθόδους για τη διάγνωση αιτίων ανεπιθύμητων συμβάντων. Οι στρατηγικές ασφάλειας των ασθενών συχνά περιλαμβάνουν τη διαχείριση κινδύνου και ένα ευρύ φάσμα μεθόδων από άλλους τομείς για τη συλλογή και ανάλυση αναφορών σχετικά με ανεπιθύμητες ενέργειες ή αναπάντητες περιπτώσεις με σκοπό την πρόληψη(Cohen M et all ,2003).

Ενδεικτικά παραδείγματα τέτοιων στρατηγικών ποιότητας που αναφέρονται στην έρευνα (WHO 2003) είναι μια σειρά από εθνικές στρατηγικές για την ποιότητα όπως αυτή του Ηνωμένου Βασιλείου (Εθνικό Σύστημα Υγείας –NHS 1988) με τις περισσότερες και πιο εκτεταμένες αναφορές στην βιβλιογραφία , η νορβηγική στρατηγική για την ποιότητα (Norwegian 1995) και το πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (Medicare 1990) των Ηνωμένων Πολιτειών .

Από την άλλη αντίστοιχες στρατηγικές ποιότητας έχουν εφαρμοστεί σε αρκετούς Οργανισμούς Υγείας στην Ευρώπη με πιο επιτυχημένες και μακροβιότερες να αναφέρονται ως αυτές των Νοσοκομείων Reinier de Graaf στο Delft και το Maastricht της Ολλανδίας, των Danderyd και Huddinge στη Στοκχόλμη της Σουηδίας ,των Haugesund, Kristiansand, Tromsø and Trondhiem Νοσοκομείων της Νορβηγίας , του Leicester Royal Infirmary Νοσοκομείου του Ηνωμένου Βασιλείου, των Padua and Reggio Emilia Νοσοκομείων της Ιταλίας και ενός Δικτύου Νοσοκομείων στο Μόναχο της Γερμανίας.

Τα συμπεράσματα της έρευνας ανέδειξαν ως πιο επιτυχημένη στρατηγική έναν συνδυασμό των ανωτέρω προσεγγίσεων διότι δεν υπήρξαν αποδείξεις που να υποδηλώνουν μια στρατηγική ως «καλύτερη» έναντι των άλλων. Το είδος της στρατηγικής που θα επιλεγεί, θα πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά και να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις και τις απαιτήσεις των ενδιαφερόμενων μερών όπως επίσης και να υπηρετείται με συνέπεια από την Ηγεσία για να αντέξει στην πάροδο του χρόνου.

Από τις ανωτέρω προσεγγίσεις ιδιαίτερης μνείας χρήζει η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στρατηγική η οποία ενσωματώνει πολλά στοιχεία από τις προαναφερόμενες πολιτικές και ακολουθείται σε μεγάλο βαθμό από τους Οργανισμούς Υγείας διεθνώς.

4.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΔΟΠ)

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (*Total Quality Management*) αντικατέστησε ουσιαστικά τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας, τα οποία είχαν θεωρηθεί ως αποσπασματικά και αποξενωμένα από το κεντρικό σύστημα διοίκησης του οργανισμού. Η ΔΟΠ βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του οργανισμού και στοχεύει στην μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης των πελατών (WHO 2003).

Η ΔΟΠ είναι μία φιλοσοφία, ένας τρόπος διοίκησης οργανισμών, με ανθρωποκεντρική δομή, που δίνει έμφαση αφενός στην ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών και αφετέρου στη συνεχή βελτίωσή τους με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Λειτουργεί κάθετα και οριζόντια, εμπλέκει όλα τα τμήματα, τις λειτουργίες του οργανισμού, σε όλα τα επίπεδα είναι μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει όλους όσους εμπλέκονται στη διαδικασία και εφαρμόζεται σε όλη την επιχείρηση/οργανισμό, διατηρώντας την αποτελεσματικότητα της σχέσης πελάτη-προμηθευτή. Ενθαρρύνει τη μάθηση και την υιοθέτηση συνεχούς αλλαγής θεωρώντας τα στοιχεία αυτά καίρια χαρακτηριστικά για την επιχειρησιακή επιτυχία (Evans & Lindsay, 2005).

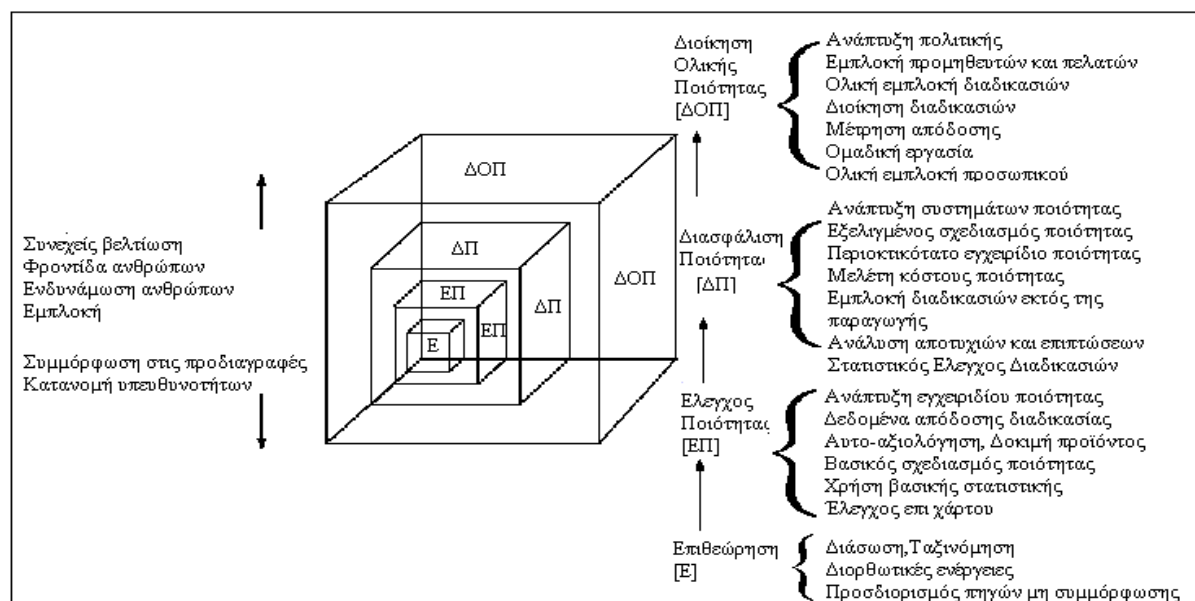
Σύμφωνα με τον Λογοθέτη (2005) «το Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας είναι μία κουλτούρα. Εγγενές συστατικό αυτής της κουλτούρας είναι η ολοκληρωτική δέσμευση ως προς την ποιότητα και μία συγκεκριμένη νοοτροπία η οποία εκδηλώνεται με την ανάμειξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων και των υπηρεσιών, μέσα από τη χρήση καινοτομικών επιστημονικών μεθόδων.»

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μία φιλοσοφία που διέπεται από τις εξής βασικές αρχές: (Noori & Russell 1995, Cua, Mc Kone, Schroeder 2001).

1. Δεσμευμένη ηγεσία
2. Εστίαση στον πελάτη
3. Συμμετοχή του προσωπικού
4. Συνεχής βελτίωση
5. Στρατηγική σχεδίαση
6. Ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης
7. Διαχείριση των διαδικασιών
8. Πολυλειτουργική εκπαίδευση
9. Αποτελεσματική επικοινωνία

Οι σημαντικότεροι συγγραφείς της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι οι W.E. Deming, J.M. Juran, και P.B. Crosby. Ο καθένας από αυτούς συνετέλεσε σε διαφορετικά σετ χαρακτηριστικών πάνω σε θέματα ποιότητας που τελικά προσαρμόστηκαν και δημιούργησαν το μοντέλο της ΔΟΠ. (Oakland, 2012).

Η εξέλιξη της ΔΟΠ παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα όπου παρατηρούμε τέσσερα διακριτά στάδια: την Επιθεώρηση, τον Έλεγχο Ποιότητας, την Διασφάλιση Ποιότητας και την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.



Εικόνα 22.: Εξελικτική πορεία Διοίκησης Ποιότητας (Dale, 1994)

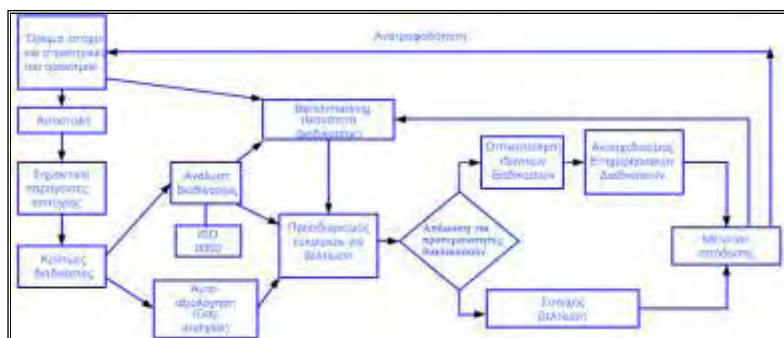
Η διοίκηση της ποιότητας επικεντρώθηκε αρχικά στο να μειώσει σφάλματα και ελαττώματα στα προϊόντα και τις υπηρεσίες μέσω μετρήσεων, στατιστικών και άλλων εργαλείων λύσεως προβλημάτων (Επιθεώρηση, Έλεγχος) στην συνέχεια πέρασε στο στάδιο της πρόληψης του εντοπισμού των προβλημάτων στην πηγή, δηλαδή εστίασε στη διαδικασία μέσω του στατιστικού ελέγχου διαδικασιών (ΣΕΔ) και απέφυγε τα κόστη μη συμμόρφωσης (Διασφάλιση ποιότητας) και εξελίχθηκε μέσα από την έννοια της συνεχούς βελτίωσης, της αρίστευσης της απόδοσης που ευθυγραμμίζει και συνενώνει σε ένα ενιαίο σύνολο όλες τις λειτουργίες και δραστηριότητες του Οργανισμού με την ανάπτυξη ολιστικών πολιτικών ποιότητας όπου η ποιότητα της διοίκησης είναι το ίδιο σημαντική με την διοίκηση της ποιότητας (ΔΟΠ).

Προκειμένου να αναπτυχθεί ένα μοντέλο-σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας κάθε Οργανισμός πρέπει να δημιουργήσει έναν «οδικό χάρτη» προσδιορίζοντας την αποστολή του, το όραμά του, του πελάτες, τους προμηθευτές, αλλά και τον ίδιο τον οργανισμό, πιο συγκεκριμένα πρέπει να (Κέφης, 2005):

- Εδραιωθεί η πολιτική ποιότητας, οι στόχοι της και να αποτελέσουν στρατηγικό στόχο όλων, με την καθημερινή υποστήριξη της ηγεσίας του φορέα
- Σχεδιαστεί συνολικά το σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας
- Προσδιοριστεί η δομή του συστήματος ποιότητας
- Αναπτυχθούν τα συστήματα ποιότητας
- Προσδιοριστούν μεθοδολογικά οι διαδικασίες, τα πρότυπα και οι διεργασίες ποιότητας
- Εφαρμοστούν στρατηγικές βελτίωσης ποιότητας

- Καθοριστούν οι στόχοι και να εδραιωθεί σύστημα αξιολόγησης και επιθεώρησης-ελέγχου
- Εδραιωθεί σύστημα διορθωτικών κινήσεων
- Υπάρξει εστίαση στην ικανοποίηση των πελατών, αλλά και στην ταυτόχρονη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στον Οργανισμό.

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζονται όλες οι διεργασίες –ενέργειες που εκτελούνται κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε έναν Οργανισμό.



Εικόνα 23: Πλαίσιο εφαρμογής της ΔΟΠ στον οργανισμό (Oakland, 2012)

Κύριο χαρακτηριστικό για την επιτυχία του συστήματος ολικής ποιότητας είναι η αποδοχή από όλα τα μέρη του Οργανισμού των βασικών αρχών που καθοδηγούν και επηρεάζουν τις μετέπειτα αποφάσεις ή προτεραιότητες.

Όλα ξεκινάνε με την διατύπωση του οράματος ,της αποστολής που θέτουν γενικούς στόχους και η διαδικασία εξελίσσεται με την χάραξη της στρατηγικής και των πολιτικών που θα οδηγήσουν στην επίτευξη των στόχων. Απαραίτητα στοιχεία σε αυτήν την κρίσιμη φάση είναι :

- Η ανάπτυξη και δημοσίευση σαφώς τεκμηριωμένων οργανωσιακών πεποιθήσεων και σκοπών - μια δήλωση αποστολής .Τα στελέχη θα πρέπει να διατυπώσουν ένα καθαρό όραμα(που θέλουμε να πάμε , πως θα πάμε ,με ποια μέσα θα το πετύχουμε) ,το σκοπό του Οργανισμού, τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους. Οι πεποιθήσεις και οι στόχοι μπορούν να συνοψιστούν με τη μορφή του οράματος και της δήλωσης αποστολής.
- Η ανάπτυξη ξεκάθαρων και αποτελεσματικών στρατηγικών και υποστηρικτικών πλάνων για να επιτευχθεί η αποστολή με την ενεργή συμμετοχή όλων των τμημάτων στον σχεδιασμό τους.
- Η αναγνώριση των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας -critical success factors (οι πιο σημαντικοί υποστόχοι που πρέπει να επιτευχθούν για να ολοκληρωθεί η αποστολή) και των κρίσιμων διαδικασιών που πρέπει να γίνουν καλά για να επιτευχθούν οι στόχοι. Αυτό το στάδιο θεωρείται πολύ σημαντικό για την συνέχεια του προγράμματος ,πρέπει να υπάρχει πλήρης γνώση των διαδικασιών, διότι σε διαφορετική περίπτωση απαιτείται επανεξέταση της διοικητικής δομής βασισμένη στη διαχείριση των διαδικασιών (based on process management).

Η επανεξέταση περιλαμβάνει καθορισμό των ευθυνών για τη διαχείριση του Οργανισμού και των επιχειρησιακών διαδικασιών και δημιουργία μιας ομάδας βελτίωσης των διαδικασιών.

Στην επόμενη φάση του προγράμματος αφού έχουν προσδιορισθεί αναλυτικά οι διαδικασίες διαχείρισης του Οργανισμού είναι ώριμες οι συνθήκες για να εφαρμόσουμε προγράμματα διαχείρισης Ποιότητας όπως το πρότυπο ISO 9000: 9001 ή μοντέλα αυτοαξιολόγησης όπως το EFQM ή το Malcolm Baldrige και μεθόδους όπως το Benchmarking προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες ευκαιρίες βελτίωσης. Σε αυτό το στάδιο ο παράγοντας ανθρώπινο δυναμικό θεωρείται πολύ κρίσιμος γι αυτό και απαιτείται ενδυνάμωση και ενθάρρυνση της αποτελεσματικής συμμετοχής των εργαζομένων.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα κάτωθι:

ΣΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

«Θα φροντίσω να καταλάβω ποιοι είναι οι πελάτες μου, ποιες είναι οι ανάγκες τους και θα κάνω όποια πράξη είναι αναγκαία για να τους ικανοποιήσω. Θα φροντίσω οι προμηθευτές μου να κατανοήσουν τις απαιτήσεις μου, θα τους ενημερώνω για αλλαγές και θα τους παρέχω ανατροφοδότηση». Αυτή η στάση πρέπει να υιοθετηθεί από το διευθυντή έως τον τελευταίο εργαζόμενο.

ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ

Κάθε υπάλληλος θα πρέπει να κάνει ότι είναι αναγκαίο και αναμενόμενο, αλλά πρωτίστως πρέπει να καθοριστεί τι είναι αναγκαίο και αναμενόμενο. Η εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική αλλά και δαπανηρή, γι αυτό η εκπαίδευση πρέπει να σχετίζεται με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις διαδικασίες βελτίωσης. Πρέπει να είναι σχεδιασμένη και η αποτελεσματικότητα της πάντοτε πρέπει να επανεξετάζεται.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Αφού όλοι πρέπει να συμμετάσχουν για να έχουμε έναν επιτυχημένο οργανισμό, όλοι πρέπει να εκπαιδευτούν σε βασικές αρχές του management: Εκτίμησε-Σχεδίασε-Πράξε-Τσέκαρε-Τροποποίησε (EPSCA) σύμφωνα με τον κύκλο ποιότητας του Deming.



Εικόνα 24: Κύκλος ποιότητας του Deming (Tsioka et al 2016)

Στην τελευταία φάση του προγράμματος ο Οργανισμός καλείται να θέσει προτεραιότητες και να ιεραρχήσει τις διαδικασίες σε αυτές που πηγαίνουν παρά πολύ καλά και φέρνουν αποτελέσματα και σε εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ως προς την εφαρμογή τους . Στην πρώτη περίπτωση απαιτείται συνεχή υποστήριξη τους με σκοπό την συνεχή βελτίωση (CQI) ώστε να φέρουν ακόμη καλύτερα αποτελέσματα ενώ στην δεύτερη περίπτωση απαιτείται πλήρης ανασχεδιασμός τους (BPR) προκειμένου να καταστούν ωφέλιμες για τον Οργανισμό.

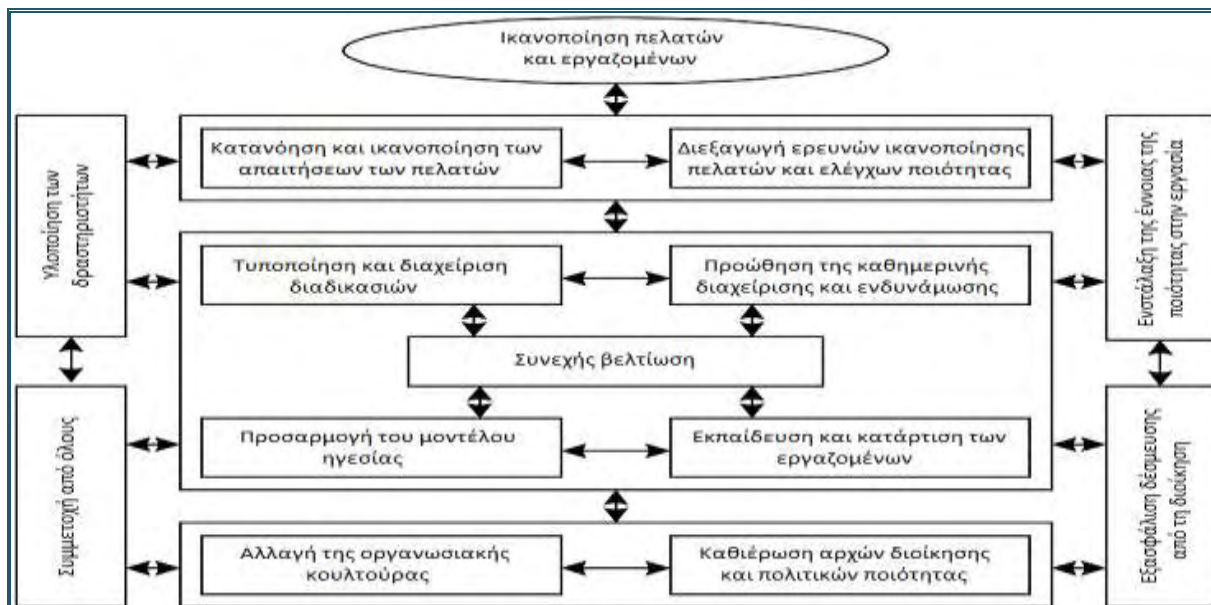
Τέλος η διαδικασία που θεωρείται θεμελιώδης για την επιτυχή έκβαση του προγράμματος είναι η συνεχής μέτρηση των αποδόσεων ,τα αποτελέσματα των οποίων ανατροφοδοτούν το σύστημα (Benchmarking - Strategic planning activities) με νέα δεδομένα και εξασφαλίζουν την επικαιροποίηση των στόχων και των πολιτικών.

Συνοπτικά τα εργαλεία και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως από τους Οργανισμούς σε αυτήν την διαδικασία είναι:

Τα επτά βασικά εργαλεία ποιότητας ελέγχου	Τα επτά εργαλεία διοίκησης	Άλλα εργαλεία	Τεχνικές
Cause and effect diagram	Affinity Diagram	Brainstorming	Benchmarking
Check sheet	Arrow Diagram	Control Plan	Departmental purpose analysis
Control Chart	Matrix Diagram	Flow Chart	Design of experiments
Graphs	Matrix Data Analysis Diagram	Force Field Analysis	FMEA
Histogram	Process Decision Program Chart	Questionnaire	Fault tree Analysis
Pareto Diagram	Relations Diagram	Sampling	Poka Yoke
Scatter Diagram	Systematic Diagram		Problem-solving methodology
			Quality costing
			QFD
			Quality Improvement Teams
			Statistical Process Control

Πίνακας 4.1 :Τα εργαλεία και οι τεχνικές της Διοίκησης ολικής ποιότητας (M. Spring et al, 1998)

Το παρακάτω διάγραμμα εμφανίζει ένα πλαίσιο δράσεων που μπορούν να αναπτύξουν οι Οργανισμοί Υγείας προκειμένου να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα Διοίκησης ολικής ποιότητας (TQM) , (Yang. 2003).



Εικόνα 25: Πλαίσιο ανάπτυξης δράσεων κατά την εφαρμογή της ΔΟΠ (Yang, 2003)

4.2.1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.

Ο όρος «διασφάλιση της ποιότητας» (*Quality assurance*) χρησιμοποιήθηκε πολύ στον τομέα της Υγείας κατά τη δεκαετία του 1980, σε συνδυασμό με το μοντέλο της ποιότητας της φροντίδας που εισήγαγε ο Donabedian (δομή-διεργασία-αποτέλεσμα). Περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που συντελούν στον καθορισμό, το σχεδιασμό, την αξιολόγηση, την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ο τελικός στόχος διασφάλισης της ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα στάδια της λειτουργίας ενός Οργανισμού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω αλλαγών που ενισχύουν όλα τα θετικά στοιχεία, όπως αυτά διαμορφώνονται από την επιστήμη, την έρευνα και την επιμόρφωση, αποτρέπουν στην αφετηρία τα πιθανά λάθη και ελέγχουν τα αποτελέσματα σύμφωνα με αποδεκτά πρότυπα.

Τα πρότυπα αναφέρονται σε ένα σύνολο συστηματικών ενεργειών και έχουν ως σκοπό την επίτευξη του βέλτιστου βαθμού συμμόρφωσης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής, μέσω κατευθυντηρίων γραμμών ή χαρακτηριστικών για δραστηριότητες η και για τα αποτελέσματά τους. Η διασφάλιση της ποιότητας μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής προτύπων αποτελεί μια διαδικασία όπου οι έννοιες της τυποποίησης, των προτύπων, της πιστοποίησης και της διαπίστευσης παίζουν καταλυτικό ρόλο για την επιτυχή έκβαση της διαδικασίας.

Έννοιες	Ορισμοί
---------	---------

Τυποποίηση (Standardization)	«Τυποποίηση», είναι η δραστηριότητα με την οποία καθιερώνονται, για υφιστάμενα ή δυνητικά προβλήματα κοινής και επαναλαμβανόμενης χρήσης, διατάξεις οι οποίες αποσκοπούν στην επίτευξη του βέλτιστου βαθμού τάξης σε συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής.
Πρότυπο (Standard)	Η έννοια του προτύπου (standard) ξεκινά από την τεχνική προδιαγραφή (technical specification) , είναι έντυπο που αναφέρει τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (π.χ. χαρακτηριστικά ποιότητας, επιδόσεις, χαρακτηριστικά ασφάλειας, διαστάσεις) και μπορεί να περιλαμβάνει ή να ασχολείται αποκλειστικά με ορολογία, σύμβολα, έλεγχο και μεθόδους δοκιμής, συσκευασία ή απαιτήσεις σημάτων ποιότητας (συμμόρφωσης) το οποίο έχει εκπονηθεί με συναίνεση όλων των ενδιαφερομένων-σε εθνική κλίμακα-και έχει εγκριθεί από αναγνωρισμένο εθνικό οργανισμό τυποποίησης (π.χ. ΕΛΟΤ).
Πιστοποίηση (Certification)	Πιστοποίηση είναι η επιβεβαίωση από τρίτο ανεξάρτητο φορέα ότι προϊόντα, διεργασίες, συστήματα ή πρόσωπα συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις συγκεκριμένων τυποποιητικών εγγράφων.
Διαπίστευση (Accreditation)	Διαπίστευση είναι η διαδικασία της επίσημης αναγνώρισης από αρμόδιο οργανισμό, ότι ένα νομικό ή φυσικό πρόσωπο ασκεί συγκεκριμένες δραστηριότητες με αμεροληψία και με τεκμηριωμένη επάρκεια.

Πίνακας 4.2. «Έννοιες και ορισμοί για την διασφάλιση της ποιότητας μέσω της εφαρμογής προτύπων»

Πηγές: Α. http://www.elot.gr/33_ELL_HTML.aspx Β. <http://www.esyd.gr/portal/p/esyd/el/index.jsp>

Η αλυσίδα διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνει τα στάδια της τυποποίησης ,των προτύπων , της πιστοποίησης και της διαπίστευσης με την τελευταία να αποτελεί το ανώτατο επίπεδο οργάνωσης της ποιότητας (Κωσταγιόλας & συν.2008).



Σχήμα 1: Αλυσίδα διασφάλισης της ποιότητας

Οι περισσότεροι οργανισμοί διεθνώς για την ανάπτυξη σχεδίων διασφάλισης ποιότητας στην υγεία δίνουν έμφαση στη κατηγορία συστημάτων διοίκησης τα οποία βασίζονται σε αμφότερα διεθνή πρότυπα και επιθεωρήσεις τρίτου μέρους (third party) όπως:

- Πρότυπα διαπίστευσης (Accreditation Standards).

Συστήματα η εξέλιξη των οποίων ελέγχεται από εξωτερικούς φορείς (επιθεωρητές) σύμφωνα με τα εθνικά πρότυπα για την υγεία.

- Διεθνή πρότυπα που οδηγούν στη πιστοποίηση (Certification) .

Συστήματα τα οποία εφαρμόζονται από εξωτερικούς διαπιστευμένους φορείς σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα για την Υγεία όπως αυτά αναπτύσσονται από τους φορείς τυποποίησης .

- Βραβεία ποιότητας (Quality Awards) .

Συστήματα η αλλιώς μοντέλα αξιολόγησης της λειτουργίας και απόδοσης των Οργανισμών Υγείας σε διαφορετικούς τομείς στα πλαίσια της διοίκησης ολικής ποιότητας με τα πιο γνωστά από αυτά να είναι τα βραβεία Deming, Malcolm Baldrige και το μοντέλο αριστείας EFQM .

Η τυποποίηση αναλόγως των επιπέδων ανάπτυξης προδιαγραφών και προτύπων διακρίνεται σε Εθνική, Ευρωπαϊκή , Διεθνή, και Κλαδική ενώ αντίστοιχα οι Οργανισμοί που έχουν την αρμοδιότητα της τυποποίησης είναι:

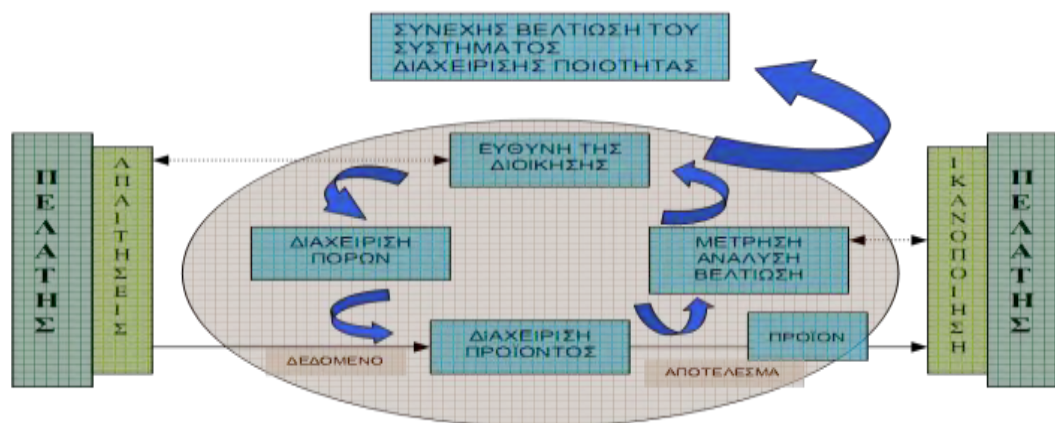
- ✓ Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) για την χώρα μας ο οποίος αποτελεί αυτοτελή λειτουργική μονάδα του Εθνικού Συστήματος Υποδομών Ποιότητας (ΕΣΥΠ) και αναπτύσσει πρότυπα σε εθνικό επίπεδο .
- ✓ Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Τυποποίησης «European Committee for standardization» (CEN) ο οποίος θεωρείται ο κυριότερος στην Ευρώπη και αναπτύσσει πρότυπα για ενιαία χρήση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Προϊόντα του Ευρωπαϊκού φορέα πιστοποίησης είναι μια σειρά από εκθέσεις, τυποποιητικά κείμενα και αναφορές όπως Ευρωπαϊκά Πρότυπα (EN) ,Πειραματικά Ευρωπαϊκά Πρότυπα (ENV) ,Έγγραφα Εναρμόνισης (HD) ,Εσωτερικοί κανόνες (CEN/CENELEC) ,Εκθέσεις (CEN/CENELEC).
- ✓ Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης «International Organization for Standardization» (ISO), ο οποίος είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός ανάπτυξης και δημοσίευσης προτύπων με ένα δίκτυο εθνικών φορέων τυποποίησης σε 155 χώρες έχει αναπτύξει μια σειρά από κείμενα με την μορφή Διεθνών Προτύπων ,Τεχνικών Εκθέσεων και Οδηγιών .

Το πλέον διαδεδομένο σήμερα πρότυπο Συστημάτων διαχείρισης Ποιότητας είναι το ISO 9000: 9001 το οποίο είναι έντονα εστιασμένο στο στόχο της συνεχούς βελτίωσης της συνολικής επίδοσης και της αποδοτικότητας ενός οργανισμού, έτσι ώστε να υπηρετούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ενδιαφερομένων μερών με τον καλύτερο τρόπο, και βασίζεται στην συνεχή εφαρμογή ενός κύκλου βελτίωσης (κύκλος του Deming) (Σχήμα..)

Η σειρά προτύπων ISO 9000 και 9001 αποτελείται από τέσσερα κυρίως πρότυπα και υποστηρίζεται από πολλά άλλα. Τα κύρια τέσσερα πρότυπα είναι τα ακόλουθα:

- ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2015 Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – Θεμελιώδεις αρχές και λεξιλόγιο
- ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2015 Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – Απαιτήσεις
- ΕΛΟΤ EN ISO 9004:2010 Διαχείριση για τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού – Η προσέγγιση της διαχείρισης της ποιότητας

- ΕΛΟΤ EN ISO 19011:2011 Οδηγίες επιθεώρησης συστημάτων διαχείρισης-Κατευθυντήριες Γραμμές.



Εικόνα 26: Πρότυπο Συστημάτων διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001

Πηγή: <http://www.isocom.gr/iso/iso-9001-2000>

Πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας που είναι συμβατά με την σειρά προτύπων ISO 9000 – 9001 και λειτουργούν συμπληρωματικά στα πλαίσια μιας ενιαίας προσέγγισης διασφάλισης της ποιότητας με υποχρεωτικό χαρακτήρα για τους Οργανισμούς Υγείας στην χώρα μας είναι τα ακόλουθα:

1. Πρότυπο διαχείρισης της ποιότητας τροφίμων (HACCP ,ΕΛΟΤ 1.416 EN ISO 22000)
2. Πρότυπο πιστοποίησης Ιατρικών Εργαστηρίων (ΕΛΟΤ EN ISO 17.025)
3. Πρότυπο Διαχείρισης Ιατρικών Εργαστηρίων (ΕΛΟΤ EN ISO 15.189)
4. Πρότυπο Διαχείρισης περιβάλλοντος (ΕΛΟΤ EN ISO 14.001)
5. Πρότυπο Διαχείρισης Ασφάλειας Επαγγελματικού κινδύνου (ΕΛΟΤ 1801/OHSAS 18.001)
6. Πρότυπο Διαχείρισης Ασφάλειας δεδομένων (BS 7.799)

Ο αρμόδιος Φορέας πιστοποιήσεων που δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας στην χώρα μας , με ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα και την ιατρική τεχνολογία είναι το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε.) το οποίο λειτουργεί ως ΔΕΚΟ εποπτευόμενη από το Υπουργείο Υγείας και παρέχει υπηρεσίες σε όλο το φάσμα των επιχειρήσεων και οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της υγείας, στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, ως:

- Οργανισμός Πιστοποίησης, διαπιστευμένος από το ΕΣΥΔ ως προς το πρότυπο EN ISO 17021. Πιστοποιεί συστήματα ποιότητας σύμφωνα με τα πρότυπα EN ISO 9001:2008 ,EN ISO 13485:2012 και χορηγεί βεβαιώσεις συμμόρφωσης ως προς την Υπουργική Απόφαση ΔΥ8/1348/04,
- Κοινοποιημένος Οργανισμός για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, σύμφωνα με την Οδηγία 93/42/ΕΟΚ,
- Κέντρο Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας,

- Φορέας υποστήριξης του Υπουργείου Υγείας σε θέματα Κωδικοποιήσεων, Μητρώων και Προμηθειών,
- Οργανισμός Παροχής Εκπαίδευσης

Έως σήμερα έχει πιστοποιήσει περισσότερες από 900 παραγωγικές και εμπορικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και πλήθος νοσοκομειακών τμημάτων.

Η αξιολόγηση ενός συστήματος ποιότητας πραγματοποιείται σε δύο φάσεις. Στην πρώτη εξετάζεται η τεκμηρίωση του συστήματος και καθορίζεται με βάση τους στόχους, την εσωτερική επιθεώρηση και την ανασκόπηση, κατά πόσον το σύστημα διαχείρισης έχει αναπτυχθεί επαρκώς και εφαρμόζεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Στη 2η φάση αξιολογείται η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα του συστήματος αναφορικά με τις ισχύουσες νομικές και κανονιστικές απαιτήσεις, τους στόχους και την πολιτική ποιότητας του οργανισμού.

Σε συνέχεια της τυποποίησης των προτύπων και της πιστοποίησης ακολουθεί η διαπίστευση η οποία καθώς αποτελεί το ανώτατο επίπεδο οργάνωσης της ποιότητας αρκετοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης την επιζητούν επειδή ενισχύει την εικόνα του Οργανισμού τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό του περιβάλλον.

Ο Εθνικός Οργανισμός Διαπίστευσης στην χώρα μας είναι το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με σκοπό την υλοποίηση, εφαρμογή και διαχείριση του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης ο οποίος είναι και ιδρυτικό μέλος της "Ευρωπαϊκής Συνεργασίας για τη Διαπίστευση" - "European co-operation for Accreditation" (EA), η οποία συντονίζει και επιβλέπει τις δραστηριότητές των ευρωπαϊκών φορέων διαπίστευσης. Στο πλαίσιο της EA που απαρτίζεται από 36 μέλη (<http://www.european-accreditation.org/ea-members#1>) συνάπτονται Πολυμερείς Συμφωνίες (Multilateral Agreements-MLAs) Αμοιβαίας Ισότητας Αναγνώρισης των δραστηριοτήτων τους.

Μερικοί από τους πιο σημαντικούς Οργανισμούς διαπίστευσης φορέων Υγείας είναι οι εξής: (Κωσταγιόλας & συν.2008).:

- Ο εθνικός φορέας διαπίστευσης στις ΗΠΑ "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)" ο οποίος εκδίδει πρότυπα και εκτιμά την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας μέσω της αυστηρής αξιολόγησης της συμμόρφωσης των οργανισμών Υγείας με αυτά τα εθνικά πρότυπα. , ενώ μέσω του διεθνούς παραρτήματός του (Joint Commission International), προσφέρει ένα τροποποιημένο πρόγραμμα διαπίστευσης για οργανισμούς στο εξωτερικό.
- Ο Οργανισμός για τη διαπίστευση υπηρεσιών Υγείας Health Quality Service (HQS) στη Βρετανία ο οποίος μέσω συμβουλευτικών υπηρεσιών, ανάπτυξης προτύπων φροντίδας υγείας και διαδικασιών αξιολόγησης ,στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας που παρέχεται στους ασθενείς της χώρας.

- Το Ιαπωνικό συμβούλιο για την ποιότητα της φροντίδας Υγείας -Japan Council for Quality Health Care, (JCQHC) το οποίο μέσω της χρήσης προτύπων και ανεξαρτήτων μελετών , αξιολογεί και βελτιώνει τη φροντίδα υγείας η οποία παρέχεται από τους οργανισμούς Υγείας.
- Το Καναδικό Συμβούλιο Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας - Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) το οποίο αξιολογεί τους οργανισμούς Υγείας ως προς τη συμμόρφωση σε εθνικά πρότυπα υπεροχής με βάση μια διαδικασία αξιολόγησης την οποία τους προσφέρει.

Τέλος ένα σπουδαίος διεθνής οργανισμός για την διαπίστευση στις υπηρεσίες Υγείας είναι η Διεθνής Ένωση για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας - International Society for Quality in Healthcare (ISQua). Ο ISQua προωθεί διεθνή προγράμματα για την αξιολόγηση, τη μελέτη και τη διαπίστευση, ενώ επιβλέπει πάρα πολλά προγράμματα διαπίστευσης παγκοσμίως σε ένα δίκτυο με πάνω από 100 χώρες.

4.2.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΒΡΑΒΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

4.2.2.1 ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ MALCOLM BALDRIGE (MBNQA)

Το Βραβείο Malcolm Baldrige National Quality Award – MBNQA θεσμοθετήθηκε το 1987, ως Εθνικό Βραβείο Ποιότητας στις ΗΠΑ με κύριο σκοπό την αναγνώριση της επιχειρηματικής τελειότητας στο χώρο της ποιότητας λόγω της διαπίστωσης του εξωτερικού ανταγωνισμού και ειδικά από την Ιαπωνία. Στους επιμέρους στόχους του Βραβείου εντάσσονται η προαγωγή της κατανόησης των απαιτήσεων τελειότητας, αποδοτικότητας και ανταγωνιστικής βελτίωσης, σε συνδυασμό με την κοινοποίηση της πληροφορίας και των πλεονεκτημάτων που προέρχονται από την επιτυχημένη εφαρμογή στρατηγικών της ποιότητας.

Το Βραβείο ονομάστηκε έτσι προς τιμήν του Γραμματέα εμπορίου των ΗΠΑ Malcolm Baldrige ο οποίος κατά την θητεία του (1981 -1987) έδειξε ένα προσωπικό ενδιαφέρον για την βελτίωση της Ποιότητας και βοήθησε να συνταχθούν οι πρώτες εκδόσεις του Αμερικάνικου Βραβείου Ποιότητας. Το βραβείο αρχικά σχεδιάστηκε για την Βιομηχανία ,τις Υπηρεσίες και τις Μικρές επιχειρήσεις αλλά στην συνέχεια η εφαρμογή του επεκτάθηκε και στην Εκπαίδευση (1999) τις Υπηρεσίες Υγείας (1999) και τις Μ.Κ.Ο.(2005).

Το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige εποπτεύεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Προτύπων και Τεχνολογίας των ΗΠΑ (National Institute of Standards and Technology – NIST), με την Αμερικανική Κοινωνία της Ποιότητας (American Society for Quality- ASQ) να υποστηρίζει τη διαδικασία εξέτασης των αιτήσεων(διοικητική υποστήριξη).

Το MBNQA είναι ένα ετήσιο βραβείο που εστιάζει στην ικανοποίηση του πελάτη, την ανταγωνιστικότητα και στα επιχειρησιακά αποτελέσματα που επιτυγχάνονται. Το MBNQA θεωρεί

ότι η ηγεσία αναλαμβάνει τις επιχειρησιακές δραστηριότητες (πολιτική και στρατηγική, διαχείριση διαδικασιών, πόρων) με σκοπό την επίτευξη άριστων ποιοτικών αποτελεσμάτων και απόλυτη ικανοποίηση των πελατών. Τα κριτήρια του βραβείου εστιάζουν σε δυο στόχους: 1) τη βελτίωση της αξίας προς τον πελάτη, 2) τη βελτίωση της συνολικής απόδοσης του Οργανισμού.

Το βραβείο μπορεί να προσαρμοστεί στις ανάγκες του εκάστοτε οργανισμού (Reimann 1989) και όχι μόνο κωδικοποιεί τις αρχές της διοίκησης της ποιότητας σε καθαρή και προσβάσιμη γλώσσα, αλλά παρέχει στις επιχειρήσεις μία κατανοητή δομή πάνω στην οποία μπορούν να εκτιμήσουν την πρόοδο τους (Garvin 1991).

Πολύ οργανισμοί υγείας τα τελευταία 10 χρόνια θέτουν υποψηφιότητα για το βραβείο και οι κατηγορίες που αναφέρονται αφορούν τέσσερα βασικά στοιχεία:

1. Την ηγεσία
2. Το σύστημα
3. Τις μετρήσεις της προόδου και
4. Τους στόχους

Το πλαίσιο του βραβείου για τις υπηρεσίες Υγείας το οποίο έχει κοινά κριτήρια με αυτό της Εκπαίδευσης και των Επιχειρήσεων αλλά με ειδικές επισημάνσεις , δίνεται στο επόμενο σχήμα:



Εικόνα 27: Το μοντέλο του βραβείου Malcolm Baldrige

Πηγή: <https://www.nist.gov/baldrige/publications/baldrige-excellence-framework/health-care>

Περιλαμβάνει επτά κατηγορίες κριτηρίων τα οποία δημιουργήθηκαν σύμφωνα με το ακόλουθο σύνολο αξιών και εννοιών (National Institute of Standards and Technology): □

- ο Σωστή ηγεσία,
- ο Αριστεία ορισμένη από τους πελάτες ,
- ο Οργανωτικότητα και προσωπική εκμάθηση ,
- ο Αξιοποίηση πόρων και συνεργατών,
- ο Ευελιξία ,

- ο Εστίαση στο μέλλον και τα αποτελέσματα,
- ο Διαχείριση βασισμένη στην καινοτομία και τα αποτελέσματα,
- ο Κοινωνική ευθύνη,
- ο Δημιουργία αξιών,
- ο Προοπτική συστημάτων.

Ανάλυση κριτηρίων του βραβείου (National Institute of Standards and Technology):

1. Ηγεσία (120 πόντοι ή 12%): Το πρώτο κριτήριο αυτού του μοντέλου με συντελεστή βαρύτητας 12% δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο διακυβέρνησης του Οργανισμού το πως δηλαδή τα ανώτατα στελέχη προσεγγίζουν τις αξίες και την εκπλήρωση των προσδοκιών του σε σύγκριση με τους πελάτες, τη δυναμικότητα, την καινοτομία και το ανθρώπινο δυναμικό. Παράλληλα, αξιολογείται το πώς ο οργανισμός εξασφαλίζει νομική και ηθική συμπεριφορά πώς εκπληρώνει τις κοινωνικές ευθύνες και ποια είναι επίσης η συνεισφορά του στην κοινοτική υγεία.

2. Στρατηγικός Προγραμματισμός (85 πόντοι ή 8,5%): Στο δεύτερο κατά σειρά κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 8,5% εξετάζεται πώς ο οργανισμός επιλέγει, εξελίσσει, βελτιώνει και εφαρμόζει τα σχέδια δράσης και τους στρατηγικούς στόχους.

3. Προσανατολισμός στον πελάτη και στην αγορά (85 πόντοι ή 8,5%): Στο κριτήριο αυτό, με συνολική βαθμολογία 85 πόντων, εξετάζεται η διαδικασία που ακολουθεί ο οργανισμός για να καθορίσει τις απαιτήσεις, τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις των πελατών και γενικότερα της αγοράς. Αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο οι πληροφορίες που λαμβάνει από τους πελάτες των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται για να βελτιωθεί η επιτυχία του στην αγορά. Ο οργανισμός οφείλει να αναπτύξει ιδιαίτερες σχέσεις με τους πελάτες και να καθορίσει τις ενέργειές του έτσι ώστε να οδηγεί τους πελάτες σε μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης και πίστης.

4. Πληροφορίες και Ανάλυση (90 πόντοι ή 9%): Στο κριτήριο αυτό με συντελεστή 9% εξετάζεται πώς ο οργανισμός επιλέγει, συλλέγει, αναλύει και βελτιώνει τα δεδομένα, τις πληροφορίες και τις γνώσεις. Αξιολογείται το πώς ο οργανισμός μετρά, αναλύει, αξιολογεί και βελτιώνει την επίδοση του ως πάροχος υπηρεσιών υγείας μέσω της χρήσης δεδομένων και πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα.

5. Εστίαση στο Ανθρώπινο Δυναμικό (85 πόντοι ή 8,5%): Το κριτήριο αυτό εξετάζει το πώς τα συστήματα εργασίας και τα εκπαιδευτικά προγράμματα βοηθούν στην εξέλιξη του Ανθρώπινου Δυναμικού και ευθυγραμμίζονται με τους αντικειμενικούς στόχους και τα σχέδια δράσης του οργανισμού . Επίσης, εξετάζονται οι οργανωτικές προσπάθειες που λαμβάνουν χώρα για τη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τη βελτίωση της απόδοσης και την προσωπική και οργανωτική ανάπτυξη .

6. Διοίκηση Διαδικασιών (85 πόντοι ή 8,5%): Το έκτο κατά σειρά κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 8,5 % στη συνολική βαθμολογία, εξετάζει τις βασικές πτυχές της διοίκησης των διαδικασιών του οργανισμού το πώς δηλαδή η οργάνωση σχεδιάζει, εφαρμόζει, χειρίζεται και βελτιώνει τις βασικές της διαδικασίες για να προσφέρει αξία στους χρήστες και να επιτύχει τη βιωσιμότητα και κατ' επέκταση την ανάπτυξη του οργανισμού . Αυτός ο τομέας καλύπτει όλες τις βασικές διαδικασίες και όλα τα τμήματα εργασίας.

7. Επιχειρησιακά αποτελέσματα (450 πόντοι ή 45%): Στο τελευταίο κριτήριο του βραβείου το οποίο έχει και το μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας αποδεικνύοντας έτσι την έμφαση που δίνεται στον τομέα των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η απόδοση και η βελτίωση του οργανισμού σε σημαντικούς τομείς όπως τα αποτελέσματα στην υγεία (κλινικά αποτελέσματα) και τις διαδικασίες ,στον τομέα ικανοποίησης των πελατών (παράπονα ,επιβραβεύσεις) στον χρηματοοικονομικό τομέα (οικονομική κατάσταση και ανταγωνιστικότητα), στο ανθρώπινο δυναμικό ,την οργανωσιακή λειτουργία και την κοινωνική ευθύνη.

Τα παραπάνω κριτήρια του βραβείου υποδιαιρούνται σε 17 συνολικά υπό κριτήρια, κάθε ένα από τα οποία εστιάζεται σε μια κύρια απαίτηση του συστήματος Ποιότητας.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ MBNQA		
Κατηγορίες /Αντικείμενα	Ανώτατοι Βαθμοί/Συντ.Βαρύτητας	
1. Ηγεσία	120	(12%)
1.1 Ηγεσία ανώτατων στελεχών	70	
1.2 Δημόσια ευθύνη	50	
2. Στρατηγικός Προγραμματισμός	85	(8,5%)
2.1 Ανάπτυξη στρατηγικής	40	
2.2 Επέκταση στρατηγικής	45	
3.Προσανατολισμός στον πελάτη και την αγορά	85	(8,5%)
3.1 Κατανόηση των απαιτήσεων των πελατών και της αγοράς	40	
3.2 Ανάπτυξη σχέσεων και ικανοποίηση πελατών	45	
4. Πληροφορίες και Ανάλυση	90	(9%)
4.1 Μέτρηση και ανάλυση της απόδοσης του οργανισμού	45	
4.2 Διαχείριση πληροφοριών και γνώσης	45	
5. Εστίαση στο Ανθρώπινο Δυναμικό	85	(8,5%)
5.1 Ευημερία και ικανοποίηση προσωπικού	35	
5.2 Εκμάθηση και κίνητρα προσωπικού	25	
6. Διοίκηση Διαδικασιών	85	(8,5%)
6.1 Διαδικασίες δημιουργίας αξιών	50	
6.2 Διαδικασίες υποστήριξης	35	
7. Επιχειρησιακά αποτελέσματα	450	(45%)
7.1 Αποτελέσματα υγείας και απόδοσης των διαδικασιών	120	
7.2 Αποτελέσματα ικανοποίησης πελατών	90	
7.3 Οικονομικά αποτελέσματα και αποτελέσματα της αγοράς	80	
7.4 Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού	80	
7.5 Οργανωσιακά αποτελέσματα και αποτελέσματα Κοινωνικής Ευθύνης	80	

Συνολική Βαθμολογία	1.000	(100%)
---------------------	-------	--------

Πίνακας 4.3: Κριτήρια και υποκριτήρια του βραβείου Malcolm Baldrige για τους Οργανισμούς Υγείας (Πηγή: http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/2011_2012HealthCare_Criteria.pdf)

Τα κριτήρια του Baldrige για άριστη επίδοση, προσφέρουν στους οργανισμούς την προοπτική να κατανοήσουν τα συστήματα διαχείρισης των επιδόσεων. Αντικατοπτρίζουν επικυρωμένες πρακτικές διαχείρισης αιχμής, έναντι των οποίων ένας οργανισμός μπορεί να αξιολογήσει τον εαυτό του. Με την εθνική και διεθνή αποδοχή τους, τα κριτήρια του μοντέλου αποτελούν μια κοινή γλώσσα για επικοινωνία μεταξύ των οργανισμών και τη διακίνηση – γνωστοποίηση καλών πρακτικών.

Η αξιολόγηση των Οργανισμών γίνεται βάση των κριτηρίων και υποκριτηρίων που αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα, για τα οποία ο ίδιος παρέχει πληροφορίες μέσω μιας γραπτής αίτησης. Η διαδικασία που ακολουθείται για την αξιολόγηση των αιτήσεων είναι μία διαδικασία τεσσάρων σταδίων και περιλαμβάνει 1.την Επιθεώρηση 2. Την Συναίνεση των αξιολογητών και την επιλογή του αξιολογητή που θα πραγματοποιήσει την επιτόπου επίσκεψη 3. Την Επιτόπου Αξιολόγηση και 4. Την Επιβεβαίωση των βραβείων.

Χρησιμοποιώντας όλες τις κατάλληλες πληροφορίες, όπως για παράδειγμα τις αναφορές των αξιολογητών και τις βαθμολογίες η ομάδα αξιολόγησης αποφασίζει για την απονομή ή όχι του βραβείου με την τελική απόφαση να λαμβάνεται από τη Γραμματεία Εμπορίου και το διευθυντή του NIST (“National Institute of Standards and Technology”), ενώ η απονομή πραγματοποιείται από τον εκάστοτε πρόεδρο των Η.Π.Α. Συνολικά υπάρχουν 6 βραβεία με τον μέσο αριθμό των βραβείων που απονέμονται κάθε χρόνο να ανέρχεται σε 3.

4.2.2.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM).

Το παρόν μοντέλο θα το αναλύσουμε εκτενέστερα καθώς αποτελεί και το κύριο ερευνητικό εργαλείο της εργασίας.

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award, EQA), ή Βραβείο EFQM, όπως μετονομάστηκε αργότερα (1999), είναι το σημαντικότερο και πιο διαδεδομένο βραβείο Ολικής Ποιότητας στην Ευρώπη. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Διοίκηση της Ποιότητας ιδρύθηκε το 1989 ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός από τους προέδρους 14 μεγάλων ευρωπαϊκών εταιρειών με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της ανταγωνιστικότητας, και της αποτελεσματικότητας των ευρωπαϊκών οργανισμών έναντι των αντίστοιχων Αμερικάνικων -Ιαπωνικών. Όραμα του ήταν να εμψυχήσει τις αξίες της ποιότητας στους ευρωπαϊκούς οργανισμούς ώστε να τους οδηγήσει στην επιχειρηματική αριστεία.

Βασικότερη αιτία δημιουργίας αυτού του ισχυρού δικτύου μάνατζμεντ, ήταν η ανάγκη να αναπτυχθεί ένα ευρωπαϊκό πρότυπο για τη βελτίωση της ποιότητας, ακολουθώντας τις γενικές κατευθύνσεις του Αμερικάνικου Βραβείου (Malcolm Baldrige National Quality Award – MBNQA) και του Ιαπωνικού (Deming Prize) η χρήση των οποίων αποδείχθηκε ιδιαίτερα ωφέλιμη για την πλειονότητα των Οργανισμών που το εφάρμοσαν.

Έχοντας ως αρωγούς σε αυτήν του την προσπάθεια την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό ποιότητας (EOQ) εισήγαγε το 1992 το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (EQA), το οποίο απένειμε κάθε χρόνο στους πιο επιτυχημένους υποστηρικτές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Ευρώπη. Αρχικά απευθυνόταν σε μεγάλες επιχειρήσεις ενώ σταδιακά στα βραβεία συμπεριλήφθηκε και αυτό του Δημόσιου Τομέα το 1995 ενώ το 1996 ήταν η σειρά των μικρομεσαίων επιχειρήσεων. Η προσπάθεια προσαρμογής του μοντέλου στον χώρο της Υγείας έγινε το 1997 από το Salford Royal του NHS Trust (SRHT) ένα μεγάλης εμβέλειας Εκπαιδευτικό Νοσοκομείο στην Μεγάλη Βρετανία, το οποίο σε συνεργασία με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Υγείας υποστηρίζει μια σειρά οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη που χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM. (Μουμτζόγλου 2001).

Το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας (EFQM) όπως μετονομάστηκε το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (EQA) το 1999 αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα πλαίσια επιχειρηματικής αριστείας στην Ευρώπη και ένα πρότυπο αυτό-αξιολόγησης των ευρωπαϊκών οργανισμών σε σχέση με τα κριτήρια ενός ιδανικού μοντέλου. Το μοντέλο έχει τεθεί σε εφαρμογή σε πάνω από 30.000 οργανισμούς σε όλο τον κόσμο ως ένα μη δεσμευτικό πλαίσιο αξιολόγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποκτηθεί μια ολιστική εικόνα οποιουδήποτε οργανισμού ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών του.

Στα τέλη του 2001 δημιουργήθηκαν τα “Επίπεδα Αριστείας” που διέδρυναν σημαντικά το φάσμα των επιχειρήσεων που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από το μοντέλο της αριστείας ένα σχήμα εφαρμόσιμο σε οργανισμούς ή επιχειρησιακά τμήματα ανεξάρτητα από το μέγεθος, τον τομέα τους ή το βαθμό ωριμότητάς τους. Τα “Επίπεδα Αναγνώρισης της Επιχειρηματικής Αριστείας” (“*EFQM Levels of Excellence, European Quality Award-2003*”) δημιουργήθηκαν σαν απάντηση σε μία ξεκάθαρη και πειστική ανάγκη για μια διαβαθμισμένη πορεία προς τα ανώτερα επίπεδα επιχειρηματικής αριστείας. Η πορεία προς την επιχειρηματική αριστεία πραγματοποιείται μέσα από μια σειρά βημάτων που πρέπει να ακολουθήσει ο οργανισμός, ώστε να φτάσει στο ανώτερο επίπεδο αριστείας, το οποίο σημαίνει πλήρης κατανόηση και εφαρμογή των αρχών της Ολικής Ποιότητας.

Υπάρχουν τρία ξεχωριστά επίπεδα διεθνούς πιστοποίησης βάσει του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM (ΕΕΔΕ):

- Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (EFQM Committed to Excellence)
- Αναγνώριση για την Επιχειρηματική Αριστεία (EFQM Recognised for Excellence)

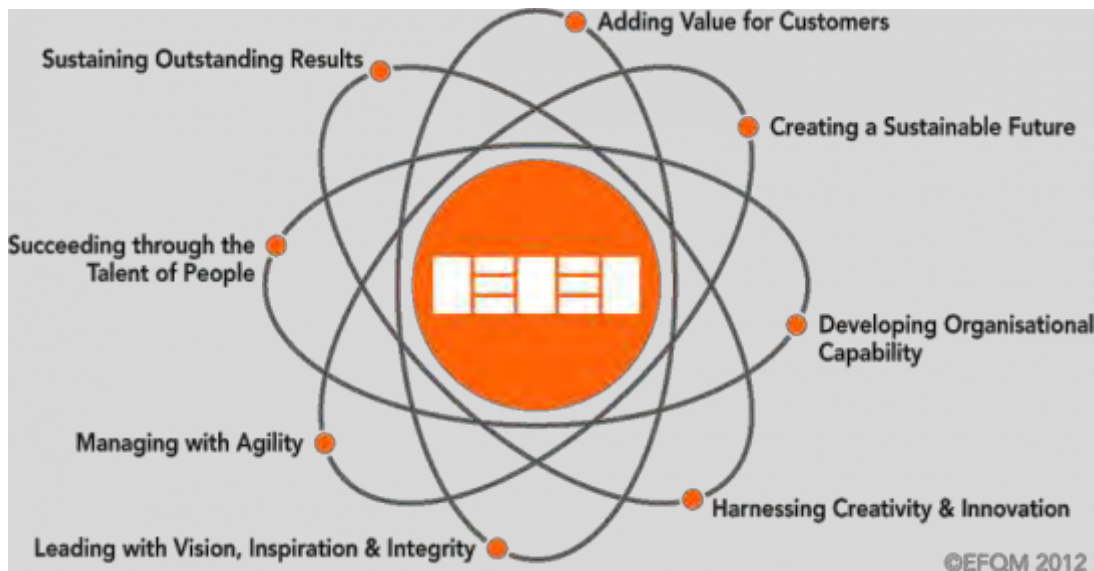
- Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM (EFQM Excellence Award)



Εικόνα 28: “Επίπεδα Αναγνώρισης της Επιχειρηματικής Αριστείας”

Πηγή: <http://www.efqm.org/what-we-do/recognition/efqm-committed-to-excellence>

Οι οργανισμοί είναι ελεύθεροι να θέσουν υποψηφιότητα για το επίπεδο που θεωρούν ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στο βαθμό ωριμότητάς τους, σε σχέση με τα προγράμματα της διοίκησης της Ολικής Ποιότητας. Το πρώτο επίπεδο “Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Committed to Excellence)” αποδεικνύει ότι ένας οργανισμός ξεπέρασε το εμπόδιο της δέσμευσης και έχει ξεκινήσει το ταξίδι του προς την Επιχειρηματική Αριστεία. Στο δεύτερο επίπεδο «Αναγνώριση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Recognised for Excellence)» διαφαίνεται ότι ο οργανισμός λειτουργεί κάτω από ένα άρτιο οργανωτικό πλαίσιο που του επιτρέπει να συνεχίσει απρόσκοπτα την διαδρομή του προς την Επιχειρηματική Αριστεία. Το τρίτο επίπεδο «Ευρωπαϊκό Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας (European Quality Award)» υποδεικνύει οργανισμούς που φιλοδοξούν να πετύχουν τα ανώτερα ευρωπαϊκά ή και παγκόσμια επίπεδα Επιχειρηματικής Αριστείας. Το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Επιχειρηματικής Αριστείας στηρίζεται σε οκτώ βασικές αρχές (Fundamental Concepts) η αλληλεπίδραση των οποίων εντός του Οργανισμού αποτυπώνεται στο παρακάτω σχήμα.



Εικόνα 29: Το πλαίσιο αξιών του EFQM

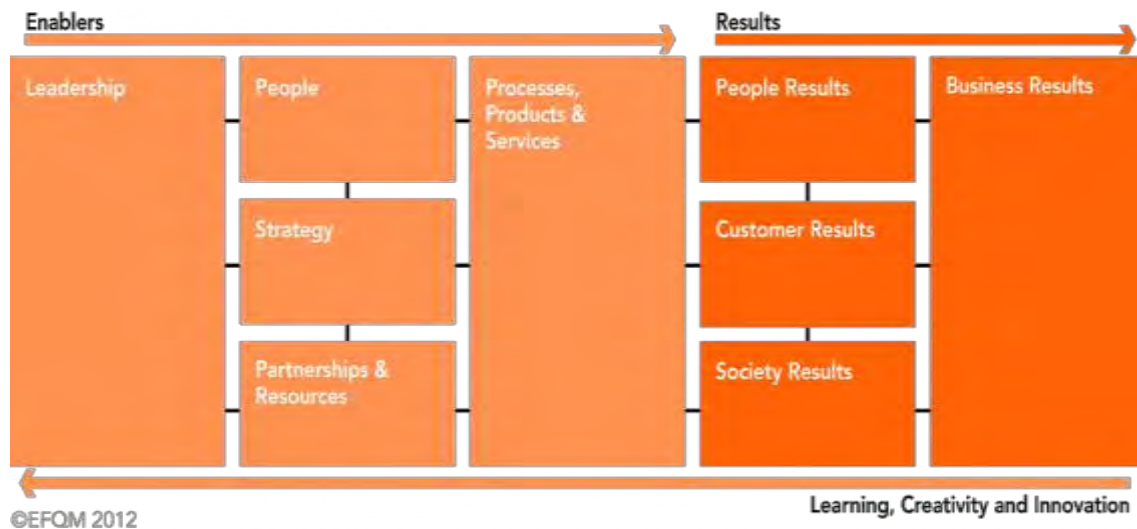
(Πηγή: <http://www.efqm.org/efqm-model/fundamental-concepts>)

Οι Άριστοι Οργανισμοί επιτυγχάνουν και διατηρούν εξαιρετικά επίπεδα απόδοσης που ανταποκρίνονται ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες όλων των ενδιαφερομένων όταν λειτουργούν μέσα σε ένα πλαίσιο όπου αξίες όπως:

- Ο προσανατολισμός στα Αποτελέσματα (Σταθερά επίπεδα απόδοσης ,βιώσιμα εξαιρετικά αποτελέσματα)
- Η Εστίαση στους πελάτες (Δημιουργία Πρόσθετης αξίας εκπληρώνοντας ανάγκες, προσδοκίες και ευκαιρίες)
- Η Ηγεσία με Όραμα, Έμπνευση και Ακεραιότητα (Δέσμευση , Αφοσίωση, Συνέπεια στόχων)
- Η Διοίκηση με ευελιξία (Αποτελεσματική διαχείριση των ευκαιριών και των απειλών μέσω καλά σχεδιασμένων διαδικασιών)
- Η Ανάπτυξη και Βελτίωση του Ανθρώπινου Δυναμικού (Κουλτούρα ενδυνάμωσης, ταύτιση Οργανωσιακών και ατομικών στόχων ,επιτυχία μέσω του ταλέντου των ανθρώπων)
- Η Ανάπτυξη Συνεργασιών (Αποτελεσματική διαχείριση των αλλαγών εντός και εκτός των ορίων του Οργανισμού)
- Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη (Λήψη ευθυνών για ένα βιώσιμο μέλλον ,βελτίωση των οικονομικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών)
- Η Συνεχής Μόρφωση ,οι Καινοτομίες και οι Βελτιώσεις (Καλλιέργεια Καινοτομίας και Δημιουργικότητας)

αποτελούν απαραίστους κανόνες καθ' όλη την διάρκεια της προσπάθειας για την κατάκτηση της κορυφής που οδηγεί στο ανώτερο επίπεδο αριστείας (European Quality Award-Finalists, Prize winners, Award winners.)

Το μοντέλο EFQM αποτελείται από εννέα κριτήρια και μια σειρά από υπό-κριτήρια τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις «προϋποθέσεις» (Enablers) τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες που πρέπει να πληροί ένας Οργανισμός για να επιτύχει υψηλές αποδόσεις στην δεύτερη κατηγορία που αναφέρεται στα «αποτελέσματα» (Results). Τα αποτελέσματα προκύπτουν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες και οι προϋποθέσεις βελτιώνονται βάσει των αποτελεσμάτων όπως αποτυπώνεται και στο ακόλουθο σχήμα.



Εικόνα 30: “ Κριτήρια του μοντέλου EFQM”

Πηγή: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria>

Ανάλυση κριτηρίων του βραβείου (European Foundation for Quality Management):

Κάθε κριτήριο του μοντέλου έχει ορισμένα υποκριτήρια τα οποία διευκολύνουν τη βαθμολόγηση του οργανισμού όμως η λίστα των σημείων αυτών δεν είναι ούτε εξαντλητική αλλά ούτε υποχρεωτική. Σε κάθε κριτήριο αντιστοιχεί και ένας συντελεστής βαρύτητας ανάλογα με τη σημαντικότητά του προς την επίτευξη της επιχειρηματικής αριστείας.

Α. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ -(ENABLERS)

1. ΗΓΕΣΙΑ (Συντελεστής βαρύτητας 10% -100 ΒΑΘΜΟΙ).

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 5 υπό-κριτήρια τα οποία εξετάζουν αναλυτικότερα το ρόλο της ηγεσίας :

- 1α) Σαφή διατύπωση του οράματος, της αποστολής και των αξιών στοιχεία που καθιστούν την Ηγεσία πρότυπο της κουλτούρας της Αριστείας.
- 1β) Συμμετοχή στη διασφάλιση της ανάπτυξης, της εφαρμογής και της συνεχούς βελτίωσης του συστήματος διοίκησης του οργανισμού.
- 1γ) Δέσμευση με τα εμπλεκόμενα μέρη, επικοινωνία με τους πελάτες, τους συνεργάτες και τους εκπροσώπους των κοινωνικών φορέων.
- 1δ) Μετάδοση της φιλοσοφίας της Αριστείας στα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού

1ε) Εντοπισμός των αναγκών για λειτουργικές αλλαγές ,ευελιξία ,αποτελεσματική διαχείριση.

2. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ (Συντελεστής βαρύτητας 8% - 80 ΒΑΘΜΟΙ).

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 4 υπό-κριτήρια που εξετάζουν αν η πολιτική και στρατηγική :

2α) Βασίζονται στις τωρινές και στις μελλοντικές ανάγκες και προσδοκίες των εμπλεκόμενων μερών (stakeholders).

2β) Βασίζονται στις πληροφορίες προερχόμενες από μετρήσεις της απόδοσης, έρευνες, εκπαιδευτικές δραστηριότητες και εξωτερικές διαδικασίες .

2γ) Αναπτύσσονται, κοινοποιούνται ,αναθεωρούνται και ανανεώνονται .

2δ) Αναπτύσσονται και εφαρμόζονται μέσω ενός πλαισίου που αποτελείται από διαδικασίες «κλειδιά».

3. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (Συντελεστής βαρύτητας 9% - 90 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 5 υπό-κριτήρια που εξετάζουν το κατά πόσο ο οργανισμός:

3α) Σχεδιάζει ,διαχειρίζεται και βελτιώνει τους ανθρώπινους πόρους .

3β) Αξιολογεί, αναπτύσσει και βελτιώνει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού.

3γ) Ενθαρρύνει και υποστηρίζει την συμμετοχή του προσωπικού στις διαδικασίες του.

3δ) Αναπτύσσει διάλογο με το προσωπικό.

3ε) Επιβραβεύει ,αναγνωρίζει τις προσπάθειες του προσωπικού και δημιουργεί ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.

4. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ (Συντελεστής βαρύτητας 9%-90 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 4 υπό-κριτήρια που εξετάζουν σε ποιο βαθμό ο οργανισμός:

4α) Διαχειρίζεται τους εξωτερικούς συνεργάτες

4β) Διαχειρίζεται τους οικονομικούς πόρους

4γ) Διαχειρίζεται τα κτίρια, τον εξοπλισμό και τα υλικά

4δ) Διαχειρίζεται την τεχνολογία

4ε) Διαχειρίζεται τις πληροφορίες και τις γνώσεις .

5. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ (Συντελεστής βαρύτητας 14% - 140 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 5 υπό-κριτήρια που εξετάζουν αν και πως ο οργανισμός:

5α) Σχεδιάζει και διαχειρίζεται συστηματικά τις διαδικασίες

5β) Βελτιώνει τις διαδικασίες, όπου χρειάζεται, με την χρήση καινοτομιών που αποσκοπούν στην ικανοποίηση και τη δημιουργία προστιθέμενης αξίας στους πελάτες και τους άλλους εμπλεκόμενους (stakeholders).

5γ) Σχεδιάζει και βελτιώνει τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών

5δ) Παράγει προϊόντα ή παρέχει υπηρεσίες που ικανοποιούν τους πελάτες

5ε) Φροντίζει να ενδυναμώνει τις σχέσεις με τους πελάτες .

Όλα τα υποκριτήρια αυτής της κατηγορίας έχουν την ίδια συμμετοχή –βαρύτητα στη διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας του κάθε κύριου κριτηρίου.

B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (RESULTS)

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ (Συντελεστής βαρύτητας 20% - 200 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό το οποίο έχει και το μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας υποδιαιρείται σε 2 υπό-κριτήρια και εξετάζει το κατά πόσο ένας οργανισμός έχει θετικά αποτελέσματα απέναντι στους πελάτες του :

6α. Μέτρηση αντίληψης. Αναζητούνται αποδείξεις για την αντίληψη των πελατών σχετικά με τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που προσφέρει ο οργανισμός, καθώς και για τις σχέσεις του με τους πελάτες(150 ΒΑΘΜΟΙ).

6β. Δείκτες απόδοσης. Εφαρμογή περαιτέρω μεθόδων μέτρησης σχετικά με την ικανοποίηση των πελατών του οργανισμού(50 ΒΑΘΜΟΙ).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Συντελεστής βαρύτητας 9% - 90 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό υποδιαιρείται σε 2 υπό-κριτήρια και εξετάζονται οι επιδόσεις του οργανισμού απέναντι στους εργαζομένους του:

7α. Μέτρηση Αντίληψης. Αυτές οι μετρήσεις αφορούν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για τον οργανισμό. (68 ΒΑΘΜΟΙ).

7β. Δείκτες Απόδοσης. Χρήση περαιτέρω μεθόδων μέτρησης σχετικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων στον οργανισμό. (22 ΒΑΘΜΟΙ).

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ(Συντελεστής βαρύτητας 6% - 60 ΒΑΘΜΟΙ)

Το κριτήριο αυτό με το μικρότερο ποσοστό διαμόρφωσης της συνολικής βαθμολογίας της κατηγορίας αξιολογείται με τη βοήθεια 2 υπό-κριτηρίων και εξετάζονται οι επιδόσεις του οργανισμού απέναντι στην κοινωνία :

8α. Μέτρηση Αντίληψης. Αυτές οι μετρήσεις αφορούν τις αντιλήψεις της κοινωνίας για τον οργανισμό. (15 ΒΑΘΜΟΙ).

8β. Δείκτες Απόδοσης. Εσωτερικές μετρήσεις του οργανισμού για την κατανόηση, πρόβλεψη και βελτίωση της μελλοντικής απόδοσής του σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο, αξιολογούν τις δεσμεύσεις του με τα εμπλεκόμενα μέρη της κοινωνίας. (45 ΒΑΘΜΟΙ).

9. ΒΑΣΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (Συντελεστής βαρύτητας 15% - 150 ΒΑΘΜΟΙ)

Το τελευταίο κριτήριο του μοντέλου αξιολογείται και πάλι με 2 υπό-κριτήρια και εξετάζεται αν τα αποτελέσματα του οργανισμού επιτυγχάνονται με σεβασμό στα βασικά στοιχεία της πολιτικής και της στρατηγικής του :

9α. Αποτελέσματα βασικής απόδοσης. Αυτές οι μετρήσεις είναι βασικά αποτελέσματα που έχουν οριστεί από τον οργανισμό και περιέχονται στην πολιτική και στρατηγική.(75 ΒΑΘΜΟΙ).

9β. Δείκτες βασικής απόδοσης. Αυτές οι μετρήσεις είναι λειτουργικές και χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για τη μέτρηση και κατανόηση διαδικασιών καθώς και την πρόβλεψη και βελτίωση δυνητικών βασικών αποτελεσμάτων απόδοσης του οργανισμού.(75 ΒΑΘΜΟΙ)

Το Μοντέλο EFQM μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους Οργανισμούς ως:

- ο Εργαλείο αυτοαξιολόγησης και αυτοβελτίωσης.
- ο Οδηγός για τον εντοπισμό περιοχών που επιδέχονται βελτίωση.
- ο Βάση για ένα κοινό λεξιλόγιο με όλο τον παγκόσμιο ιστό.
- ο Μέσο συγκριτικής αξιολόγησης (Benchmarking) με άλλες συγκρίσιμες μονάδες.
- ο Μια δομή για το σύστημα διοίκησης του οργανισμού

και παρέχει 2 εργαλεία αξιολόγησης για τους παραπάνω σκοπούς:

- 1) Την κάρτα προσδιορισμού της παρούσας θέσης του Οργανισμού σε σχέση με την έννοια της Επιχειρηματικής Αριστείας- Pathfinder Card.
- 2) Την Μήτρα Μέτρησης Αποτελεσμάτων, Μεθοδολογίας, Χρήσης Μεθοδολογίας, Αξιολόγησης και Ανασκόπησης- RADAR.

Η μέθοδος αυτοαξιολόγησης Radar βρίσκεται στην καρδιά του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας η οποία αποτελείται από τα παρακάτω στοιχεία:

1. Αποτελέσματα (Results)
2. Προσέγγιση (Approach)
3. Εφαρμογή(Deployment)
4. Αξιολόγηση και αναθεώρηση(Assessment and Review)

Η λογική της μεθόδου στηρίζεται στον κύκλο Deming «plan, do, check, act» και δηλώνει ότι ένας άριστος Οργανισμός πρέπει:

- Να ορίζει τα αποτελέσματά της βάσει της πολιτικής και στρατηγικής της (Results).
- Να σχεδιάζει και να αναπτύσσει ένα συγκροτημένο σύνολο τεκμηριωμένων Προσεγγίσεων για την επίτευξη των απαιτούμενων Αποτελεσμάτων (Approach).
- Να εφαρμόζει τις προσεγγίσεις με συστηματικό τρόπο ώστε να διασφαλίζει την υλοποίησή τους (Deployment).
- Να παρακολουθεί, να αξιολογεί και να αναθεωρεί τα πιο πάνω συνεχώς και να επεμβαίνει όπου υπάρχει πρόβλημα ή αδυναμία (Assessment & Review).

Κατά την χρήση του μοντέλου, τα τρία πρώτα στοιχεία του R.A.D.A.R. (Προσέγγιση, Ανάπτυξη και Αξιολόγηση/ Αναθεώρηση) πρέπει να απευθύνονται στο κάθε ένα από τα πέντε πρώτα κριτήρια του μοντέλου EFQM, που αποτελούν τις Προϋποθέσεις και το τέταρτο στοιχείο του R.A.D.A.R. (Αποτελέσματα) πρέπει να απευθύνεται στα κριτήρια 6-9 τα οποία εκφράζουν τα αποτελέσματα.



Εικόνα 31: “Μέθοδος RADAR”

Πηγή: <http://www.efqm.org/success-stories/radar-the-efqms-management-tool>

Η αξιολόγηση των Οργανισμών γίνεται βάση των κριτηρίων και υποκριτηρίων του μοντέλου EFQM ανάλογα με το επίπεδο Επιχειρηματικής Αριστείας που συμμετέχουν (ΕΕΔΕ, 2013):

- **1^ο Επίπεδο:** Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (EFQM Committed to Excellence) – (Διαδικασία δύο σταδίων)

Το πρώτο στάδιο, περιλαμβάνει μία διαδικασία αυτοαξιολόγησης χρησιμοποιώντας ένα απλουστευμένο ερωτηματολόγιο το οποίο βασίζεται στα εννέα κριτήρια του μοντέλου EFQM ως μέτρο σύγκρισης με αυτό των πρότυπων οργανισμών (“role models”) και με την ολοκλήρωση του ο οργανισμός είναι σε θέση να βάλει στόχους για βελτιώσεις. Στο δεύτερο στάδιο ο Οργανισμός καλείται να αποδείξει ότι ανέπτυξε με επιτυχία ένα σχέδιο βελτίωσης που βασίζεται στα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης με γνώμονα τα εννέα κριτήρια του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM το οποίο επιβεβαιώνεται μετά από εκτενή έλεγχο και η επίτευξη του επιτρέπει στον Οργανισμό να χρησιμοποιήσει το ανάλογο έμβλημα στις εν λόγω του δραστηριότητες.

- **2^ο Επίπεδο:** Αναγνώριση για την Επιχειρηματική Αριστεία (EFQM Recognised for Excellence)

Η διαδικασία βασίζεται στο ολοκληρωμένο μοντέλο που περιλαμβάνει 9 κριτήρια και 32 υποκριτήρια και οι Οργανισμοί το χρησιμοποιούν αφού είναι πλήρως εξοικειωμένοι με την Επιχειρηματική Αριστεία. Σε αυτό το επίπεδο υπάρχουν τρεις διαδικασίες για την αξιολόγηση:

1. Κλασσική διαδικασία (μέσω έκθεσης αυτοαξιολόγησης)
2. Ευέλικτη διαδικασία αξιολόγησης- αξιολόγηση στοιχείων επι τόπου
3. Ευέλικτη διαδικασία αξιολόγησης- αξιολόγηση με επι τόπου εργαστήριο

Στην πρώτη περίπτωση κατατίθεται μια αναλυτική έκθεση αυτοαξιολόγησης βασισμένη σε προκαθορισμένο σχήμα ενώ στις δύο επόμενες ένα μικρότερο εισαγωγικό κείμενο τα οποία τίθενται στη κρίση των αξιολογητών κατά τη διάρκεια της επιτόπου επίσκεψης (site visit issues).

Η ομάδα των αξιολογητών στην επιτόπια επίσκεψη συντάσσει μια αναφορά ανατροφοδότησης (feedback report), η οποία περιγράφει τις περιοχές για επιπλέον βελτίωση μαζί με την βαθμολογία για κάθε ένα από τα κριτήρια βάση μίας κλίμακας από το 0 μέχρι και τις 1.000 μονάδες χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM και το σύστημα βαθμολόγησης RADAR. Οι Οργανισμοί που θα συγκεντρώσουν 300 μονάδες και άνω θεωρούνται επιτυχείς και τους απονέμεται η ανάλογη διάκριση (πιστοποιητικό) που διαρκεί για 2 χρόνια :

- 300-399 διάκριση τριών αστέρων (3*)
- 400-499 μονάδες- διάκριση τεσσάρων αστέρων (4*)
- 500 μονάδες και πάνω- διάκριση πέντε αστέρων (5*)

- **3^ο Επίπεδο:** Αναγνώριση για την Επιχειρηματική Αριστεία (EFQM Recognised for Excellence)

Αποτελεί ένα αυστηρό και απαιτητικό διαγωνισμό, σχεδιασμένο για οργανισμούς ή επιχειρησιακές μονάδες, οι οποίοι θεωρούνται εθνικά ή ευρωπαϊκά πρότυπα οργανισμών και διαθέτουν πενταετές τουλάχιστον ιστορικό συνεχούς βελτίωσης . Οι υποψήφιοι συντάσσουν και υποβάλλουν ένα φάκελο υποψηφιότητας που είναι η βάση για να αξιολογηθεί η ικανότητα συμμετοχής τους στη διαδικασία . Αν κριθούν επιτυχείς σε αυτή την φάση έχουν την δυνατότητα επιλογής δύο διαδικασιών αξιολόγησης της κλασικής προσέγγισης (λεπτομερή έκθεση αυτοαξιολόγησης 75 σελίδων) ή της νέας προσέγγισης (χάρτης επίτευξης- enabler map), τα οποία τίθενται στην κρίση των αξιολογητών κατά τη διάρκεια της επιτόπου επίσκεψης (site visit issues). Η ομάδα των αξιολογητών συντάσσει μία λεπτομερή έκθεση ανατροφοδότησης (feedback report), και μέσω αυτών η Επιτροπή αποφασίζει για το επίπεδο αναγνώρισης. Οι υποψήφιοι μπορούν να αναγνωριστούν σε τρία επίπεδα:

- 1) Νικητής του Βραβείου Επιχειρηματικής Αριστείας (Award Winner),
- 2) Νικητής του Βραβείου (Prize Winner),
- 3) Φιναλίστας (Finalist)

Ο τρίτος τίτλος ταυτίζεται με την ανώτατη διάκριση και οι Οργανισμοί που τον αποκτούν θεωρούνται Πρότυποι Οργανισμοί (“role models”)

Το EFQM με περισσότερα από 500 μέλη επιχειρήσεις και οργανισμούς του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα σε 55 χώρες και από 50 διαφορετικούς κλάδους, διατηρεί σε κάθε Ευρωπαϊκή χώρα Εθνικό Εταίρο – National Partner Organization (NPO) ενώ σημειώνεται ότι για την Ελλάδα

και την Κύπρο τον επίσημο αυτό ρόλο κατέχει η Ελληνική Εταιρία Διοίκησης Επιχειρήσεων (ΕΕΔΕ) από το 1999.

4.2.2.3 ΚΟΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (ΚΠΑ)-COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK (CAF)

Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) προέκυψε από την συνεργασία μεταξύ των υπουργείων Δημόσιας Διοίκησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και σχεδιάστηκε από την Ομάδα Καινοτόμων Δημοσίων Υπηρεσιών (Innovation Public Services Group) της Ε.Ε. σύμφωνα με το Πρότυπο Αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση Ποιότητας (European Foundation Quality Management - EFQM) και το πρότυπο του Γερμανικού Πανεπιστημίου Διοικητικών Επιστημών Speyer.

Η πρώτη πιλοτική έκδοση παρουσιάστηκε το Μάιο 2000 στην πρώτη συνδιάσκεψη ποιότητας για την δημόσια διοίκηση στην Λισσαβόνα και ακολούθησαν τρεις επικαιροποιημένες εκδόσεις το 2002, το 2006 και η τελευταία το 2013. Από το 2000 μέχρι σήμερα έχουν εγγραφεί ως χρήστες του ΚΠΑ περισσότεροι από 3000 οργανισμοί του Δημοσίου Τομέα στο Κέντρο Πόρων του ΚΠΑ (Caf Resource Center) του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Δημόσιας Διοίκησης (European Institute of Public Administration- EIPA) στο Μάαστριχτ της Ολλανδίας το οποίο είναι υπεύθυνο για τον συντονισμό του δικτύου και διαχειρίζεται την ιστοσελίδα του ΚΠΑ www.eipa.eu/caf.

Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ), αποτελεί το πρώτο μέσο διαχείρισης της ποιότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο το οποίο αναπτύχθηκε ειδικά για τη δημόσια διοίκηση και είναι ένα απλό, οικονομικό και εύχρηστο εργαλείο που παρέχει τη δυνατότητα στις Δημόσιες Οργανώσεις να χρησιμοποιήσουν τεχνικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ώστε να βελτιώσουν την διοικητική τους ικανότητα μέσω της μεθόδου της αυτοαξιολόγησης. Βασίζεται στην παραδοχή ότι τα άριστα αποτελέσματα ως προς την οργανωσιακή απόδοση, τους πελάτες/πολίτες και την κοινωνία είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την ηγεσία που καθοδηγεί τη στρατηγική και το σχεδιασμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τις συνεργασίες, τους πόρους και τις διοικητικές διαδικασίες. Το ΚΠΑ αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση της ανάλυσης της οργανωσιακής απόδοσης, προσεγγίζοντάς την από διαφορετικές οπτικές ταυτόχρονα.

Το ΚΠΑ έχει τους εξής στόχους:

1. Να εισαγάγει στην δημόσια διοίκηση τις θεμελιώδεις έννοιες της αριστείας και τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας,
2. Να αποτελέσει το μέσο που θα τις οδηγήσει προοδευτικά σε έναν ολοκληρωμένο κύκλο ποιότητας (Προγραμματισμός-Εκτέλεση- Ελέγχος- Ανάδραση).
3. Να διευκολύνει την αυτο-αξιολόγηση μιας δημόσιας οργάνωσης, ώστε να αποτυπωθεί η υπάρχουσα κατάσταση, και να σχεδιαστούν δράσεις βελτίωσης.

4. Να αποτελέσει τη «γέφυρα» μεταξύ των διαφορετικών προτύπων ποιότητας που χρησιμοποιούνται στη δημόσια διοίκηση και να διευκολύνει τη συγκριτική μάθηση-αξιολόγηση μεταξύ των Δημόσιων Οργανισμών.

Το μοντέλο ΚΠΑ αποτελείται από εννέα κριτήρια τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

Η πρώτη κατηγορία (κριτήρια 1 έως 5) αναφέρεται στις «προϋποθέσεις», τις διοικητικές προσεγγίσεις και πρακτικές δηλαδή που εφαρμόζει ο Οργανισμός ώστε να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η δεύτερη κατηγορία (κριτήρια 6 έως 9) αφορά τα «αποτελέσματα» τις επιδόσεις δηλαδή του Οργανισμού σε τομείς όπως οι πολίτες/ πελάτες, το ανθρώπινο δυναμικό, η κοινωνική ευθύνη και η κύρια απόδοση του οι οποίες εκτιμώνται με τη χρήση εργαλείων όπως οι δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων.

Τα εννέα κύρια κριτήρια υποδιαιρούνται σε 28 υποκριτήρια μέσω των οποίων προσδιορίζονται τα κύρια ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν αξιολογείται ένας Οργανισμός (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Α, 2015).

Η δομή του ΚΠΑ είναι όμοια με αυτήν του EFQM ενώ η μόνη τους διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι στο ΚΠΑ σε αντίθεση με το EFQM δεν υπάρχει βαρύτητα μεταξύ των κριτηρίων, όλα τα κριτήρια είναι ισοδύναμα.



Εικόνα 32: “ Κριτήρια του μοντέλου ΚΠΑ ”

Πηγή: http://www.minadmin.gov.gr/wp-content/uploads/20160408_poiotita_axiologisi.pdf

Η βαθμολόγηση κάθε κριτηρίου και υποκριτηρίου του προτύπου ΚΠΑ έχει 4 κύριους στόχους:

1. Να παρέχει την απαραίτητη πληροφόρηση στον Οργανισμό ώστε να πάρει τις σωστές αποφάσεις ως προς τις δράσεις βελτίωσης,
2. Να μετρήσει την πρόοδο του Οργανισμού,
3. Να εντοπίσει τις καλές πρακτικές, όπως αυτές προκύπτουν από την υψηλή βαθμολογία στις δύο κατηγορίες (Προϋποθέσεις –Αποτελέσματα) ,
4. Να δώσει τις σωστές κατευθύνσεις ώστε ο Οργανισμός να βρεί τους κατάλληλους εταίρους από τους οποίους μπορεί να αντλήσει γνώση και εμπειρία. (συγκριτική αξιολόγηση).

Προτείνονται δύο τρόποι βαθμολόγησης: ο «απλός τρόπος βαθμολόγησης μέσω ΚΠΑ» και ο «αναλυτικός παραμετροποιημένος τρόπος βαθμολόγησης» ο οποίος ταιριάζει σε Οργανισμούς που επιθυμούν να αναλύσουν περισσότερες λεπτομέρειες σε κάθε υποκριτήριο γιατί δίνει τη δυνατότητα να βαθμολογούνται ταυτόχρονα για κάθε υποκριτήριο όλες οι φάσεις του Κύκλου Ποιότητας ΠΕΕΑ (Προγραμματισμός–Εκτέλεση–Έλεγχος–Ανάδραση).

Εδώ θα παραθέσουμε τον απλό τρόπο βαθμολόγησης των δύο κατηγοριών (Α.Προϋποθέσεις - Β.Αποτελέσματα) που βοηθά έναν Οργανισμό να εξοικειωθεί με τον κύκλο ΠΕΕΑ και τον κατευθύνει με μεγαλύτερη ακρίβεια προς μια προσέγγιση ποιότητας.

Α) Επιλέγουμε αρχικά το επίπεδο που βρισκόμαστε Προγραμματισμός-Εκτέλεση-Έλεγχος-Ανάδραση {(πρέπει να έχουμε ολοκληρώσει μία φάση (π.χ. Έλεγχος) πριν προχωρήσουμε στην επόμενη (π.χ. Ανάδραση)} και δίνουμε μια βαθμολογία από το 0 έως το 100 σύμφωνα με το επίπεδο που βρισκόμαστε στην κάθε φάση. Η κλίμακα του 100 μας επιτρέπει να συγκεκριμενοποιήσουμε το βαθμό ανάπτυξης και εφαρμογής της προσέγγισης.

ΦΑΣΗ ΚΥΚΛΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	ΟΜΑΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΩΝ 1	ΒΑΘΜΟ-ΛΟΓΙΑ	
	Έλλειψη δραστηριότητας ή έλλειψη πληροφορίας στο συγκεκριμένο πεδίο	0-10	0
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	Υπαρξη προγραμματισμού για την πραγματοποίηση δράσεων	11-30	1
ΕΚΤΕΛΕΣΗ	Υπαρξη προγραμματισμού και εφαρμογής δράσεων	31-50	2
ΕΛΕΓΧΟΣ	Υπαρξη προγραμματισμού, εφαρμογής και επιθεώρησης της εφαρμογής δράσεων	51-70	3
ΑΝΑΔΡΑΣΗ	Υπαρξη προγραμματισμού, εφαρμογής, επιθεώρησης εφαρμογής δράσεων και τροποποίηση της λειτουργίας με βάση τα αποτελέσματα της επιθεώρησης	71-90	4
ΠΕΕΑ	Υπαρξη συνεχούς και ολοκληρωμένου κύκλου βελτίωσης της Ποιότητας (ΠΕΕΑ)	91-100	5

Εικόνα 4.4: Πίνακας Αξιολόγησης Προϋποθέσεων ΚΠΑ -Απλός τρόπος βαθμολόγησης

Πηγή: http://www.minadmin.gov.gr/wp-content/uploads/20160408_poiotita_axiologisi.pdf

Β) Δίνουμε μια βαθμολογία από το 0 μέχρι το 100 για κάθε υποκριτήριο βάσει της κλίμακας που διαιρείται σε 6 επίπεδα. Για κάθε επίπεδο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είτε η τάση των αποτελεσμάτων, είτε η επίτευξη του στόχου ή και τα δύο μαζί.

ΟΜΑΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 1	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	
Απουσία μετρήσιμων αποτελεσμάτων ή έλλειψη σχετικών πληροφοριών	0 – 10	0
Υπαρξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων που δείχνουν αρνητικές τάσεις ή αποκλίσεις από τους βασικούς / κύριους / σημαντικούς στόχους	11 – 30	1
Υπαρξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων που δείχνουν σταθερές τάσεις ή επιτυχία ορισμένων από τους βασικούς / κύριους / σημαντικούς στόχους	31-50	2
Υπαρξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων που δείχνουν τάσεις βελτίωσης ή επιτυχία στους περισσότερους από τους βασικούς / κύριους / σημαντικούς στόχους	51-70	3
Υπαρξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων που δείχνουν σημαντική πρόοδο ή επιτυχία σε όλους τους βασικούς / κύριους / σημαντικούς στόχους	71-90	4
Υπαρξη άριστων αποτελεσμάτων διαχρονικά. Όλοι οι βασικοί / κύριοι / σημαντικοί στόχοι επιτυγχάνονται. Πραγματοποιούνται θετικές συγκριτικές αξιολογήσεις με ομοειδείς δημόσιες οργανώσεις.	91-100	5

Εικόνα 4.5: Πίνακας Αξιολόγησης Αποτελεσμάτων, ΚΠΑ -Απλός τρόπος βαθμολόγησης

Πηγή: http://www.minadmin.gov.gr/wp-content/uploads/20160408_poiotita_axiologisi.pdf

Η χρήση του προτύπου ΚΠΑ είναι μια μαθησιακή διαδικασία για κάθε Οργανισμό και για το σκοπό αυτό έχει καταρτιστεί ένα σχέδιο εφαρμογής του ,το οποίο αποτελείται από 3 φάσεις και 10 βήματα (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Α, 2015):

ΦΑΣΗ 1: Η ΑΡΧΗ ΤΟΥ «ΤΑΞΙΔΙΟΥ» ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΠΑ

Βήμα 1 Οργάνωση και σχεδιασμός της αυτοαξιολόγησης

Βήμα 2 Κοινοποίηση του έργου της αυτοαξιολόγησης

ΦΑΣΗ 2: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΤΟ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Βήμα 3 Δημιουργία ομάδων αυτοαξιολόγησης

Βήμα 4 Επιμόρφωση των ομάδων

Βήμα 5 Διενέργεια της αυτοαξιολόγησης

Βήμα 6 Σύνταξη έκθεσης αποτελεσμάτων της αυτοαξιολόγησης

ΦΑΣΗ 3: ΣΧΕΔΙΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ / ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

Βήμα 7 Εκπόνηση σχεδίου βελτίωσης, με βάση την τελική έκθεση αυτοαξιολόγησης

Βήμα 8 Κοινοποίηση του σχεδίου βελτίωσης

Βήμα 9 Εφαρμογή του σχεδίου βελτίωσης

Βήμα 10 Οργάνωση και σχεδιασμός της επόμενης αυτοαξιολόγησης.

4.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΕ ΚΑΙ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

Στο πλαίσιο λειτουργίας της Ε.Ε. αναπτύχθηκαν αρκετές πολιτικές για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης με αρχή το 1995 και την σύσταση μιας επιτροπής ειδικών η οποία παρουσίασε ένα πλαίσιο με μια σειρά από προτάσεις που έπρεπε να υιοθετήσουν τα μέλη προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη (Council of Europe, 1997).

Το 2000 η Ε.Ε. δημοσίευσε μία περίληψη των υφιστάμενων πολιτικών ποιότητας στα κράτη μέλη της ΕΕ και το 2001 υιοθέτησε μια νέα πολιτική για την υγεία, η οποία έδωσε έμφαση στη διάδοση των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της υγείας ενώ το 2008 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατέθεσε ένα κείμενο με την μορφή μη νομοθετικών προτάσεων το οποίο περιείχε την σύσταση του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την «Πράσινη Βίβλο» και ένα μεθοδολογικό πλαίσιο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη φροντίδα (European Commission, 2007).

Επίσης αρκετά είναι και τα ερευνητικά προγράμματα που έχουν θέση αναφοράς στην Ε.Ε. σχετικά με τις Πολιτικές ποιότητας των νοσοκομείων όπως:

- Το πρόγραμμα “ExPeRT-External peer review techniques” (1996-1999) το οποίο επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση των μοντέλων εξωτερικής αξιολόγησης που εφαρμόζονται κυρίως από τα κράτη μέλη της ΕΕ (ISO, EFQM, ομότιμη αξιολόγηση και διαπίστευση) με στόχο την αξιοποίηση των δυνατών σημείων του κάθε μοντέλου και τον πιθανό συνδυασμό τους προς επίτευξη του κυρίως στόχου ,της ανάπτυξης βέλτιστων πολιτικών ποιότητας (Nabitz et al., 2000).
- Το δίκτυο «ENQuaL -European research Network on Quality management in health care» (2003) το οποίο λειτούργησε ως μέρος του προγράμματος “Public Health” (2003-2007) και στόχος του οποίου ήταν να διευκολύνει την ανταλλαγή των γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών πάνω σε θέματα management για την ποιότητα και την ασφάλεια στους Οργανισμούς Υγείας με την χρήση ενός ερωτηματολογίου (QSMH) επηρεασμένο από το πρότυπο του EFQM το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως μέτρο σύγκρισης των πολιτικών τους (Wagner et al.,2006) .
- Το πρόγραμμα «MARQuIS- Methods Of Assessing Response To Quality Improvement Strategies» (2006) στόχοι του οποίου ήταν η έρευνα και η σύγκριση των διαφόρων πολιτικών και στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας (QI) στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η εκτίμηση της δυνητικής τους αξίας όταν οι ασθενείς διασχίζουν τα σύνορα για να λάβουν υγειονομική περίθαλψη. Έρευνα η οποία αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της ανάγκης και της ανάπτυξης επίσημων διαδικασιών ποιότητας σε επίπεδο ΕΕ για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. (R Sunol et al. , 2009).
- Το πρόγραμμα «EUNetPaS - European Union Network for Patient Safety» (2008-2010) ,μια ομπρέλα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ και τους εμπλεκόμενους φορείς της, το οποίο δημιουργήθηκε για να ενθαρρύνει και να βελτιώσει την εταιρική σχέση στην ασφάλεια των ασθενών, μοιράζοντας την εμπειρογνωμοσύνη των μεμονωμένων κρατών μελών και των ενδιαφερομένων μερών της ΕΕ. (European Society For Quality In Healthcare –ESQH,

<http://esqh.net>)

- Το πρόγραμμα «DUQuE -Deepening our understanding of quality improvement in Europe» (2009-2014) ένα ερευνητικό πρόγραμμα του οποίου κύριος στόχος ήταν να μελετήσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία μέσω της αξιολόγησης της σχέσης των συστημάτων / διαχείρισης και της κουλτούρας βελτίωσης της ποιότητας των οργανισμών, της εμπλοκής των επαγγελματιών και της χειραφέτησης των ασθενών με την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένης της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της εμπλοκής των ασθενών) ,(European Society For Quality In Healthcare –ESQH, <http://esqh.net>)
- Το πρόγραμμα “Public Health” το οποίο ξεκίνησε το 2003 με μια πενταετή πιλοτική εφαρμογή(2003-2007) συνεχίστηκε το 2008(2008-2013) και εξελίσσεται εως σήμερα (2014-2020) με κύριους στοχους να βελτιώσει την παροχή των πληροφοριών και των γνώσεων στον τομέα της υγείας, να ενισχύσει την προστασία των πολιτών της Ένωσης από σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας ,να προωθήσει την δημόσια υγεία και να προλάβει τις ασθένειες μέσω δράσεων που σχετίζονται με τους καθοριστικούς παράγοντες ανάπτυξης της υγείας σε όλη την Ευρώπη και επεκτείνονται σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες, να συμβάλει στην ανάπτυξη καινοτόμων, αποτελεσματικών και βιώσιμων συστημάτων υγείας και να διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών της Ένωσης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη (European Commission Public Health, <https://ec.europa.eu/health/>).
- Το πρόγραμμα “Health 2020” το οποίο σε συνέχεια του “Public Health” είναι ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο πολιτικής για την επένδυση στην υγεία , την προώθηση της υγείας και της ευημερίας στις χώρες της Ε.Ε. το οποίο εγκρίθηκε από όλα τα ευρωπαϊκά κράτη μέλη στην 62 σύνοδο της περιφερειακής επιτροπής του ΠΟΥ για την Ευρώπη τον Σεπτέμβριο του 2012. Βασίζεται σε αξίες και αποδεικτικά στοιχεία και ενσωματώνει τις τελευταίες διαθέσιμες επιστημονικές γνώσεις σχετικά με την κατάσταση και τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των χρηστών των συστημάτων Υγείας. Επικεντρώνεται στη διακυβέρνηση και την ηγεσία για την αντιμετώπιση των σημερινών προβλημάτων υγείας με έναν πολυσυμμετοχικό σχεδιασμό και δράσεις που διαπερνούν το σύνολο των συντελεστών του συστήματος υγείας. Στόχος του είναι να υποστηρίξει τη δράση σε ολόκληρη την κυβέρνηση και την κοινωνία ώστε να βελτιωθεί σημαντικά η υγεία και η ευημερία των πληθυσμών, να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας, να ενισχυθεί η δημόσια υγεία και να διασφαλιστούν ανθρώπινα κεντρικά συστήματα υγείας, καθολικά, δίκαια, βιώσιμα και υψηλής ποιότητας. Παρέχει

στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής όραμα, στρατηγική πορεία, σύνολο προτεραιοτήτων και σειρά προτάσεων για τη βελτίωση της υγείας, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και τη διασφάλιση της υγείας των μελλοντικών γενεών. Προσδιορίζει στρατηγικές δράσης που προσαρμόζονται στις πραγματικές συνθήκες της ευρωπαϊκής περιφέρειας της ΠΟΥ (WHO 2013).

Οι βασικές κατευθύνσεις του “Public Health” και του “Health 2020” αντανakλούν και την στρατηγική της Ε.Ε. στον τομέα της Υγείας όπως εκφράζεται στην έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής COM(2014) 215 final «COMMUNICATION FROM THE COMMISSION «On effective, accessible and resilient health systems» που δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2014 και αποτυπώνεται στο ακόλουθο σχήμα:



Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι φορείς με τη μεγαλύτερη επιρροή είναι ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ποιότητα στην Υγεία - European Society For Quality In Healthcare (ESQH) ,το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ ενώ σημαντική είναι και η συνεισφορά του δικτύου Cochrane Collaboration με έδρα το Λονδίνο ,ενός παγκόσμιου ανεξάρτητου δικτύου ερευνητών, επαγγελματιών υγείας, ασθενών, και ανθρώπων που ενδιαφέρονται για την υγεία, στην παραγωγή ερευνητικού έργου σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης (Legido-Quigley, 2008)

Εθνικό επίπεδο

Σε εθνικό επίπεδο τα κράτη μέλη ανέπτυξαν πολιτικές για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης οι οποίες λειτουργούσαν είτε συμπληρωματικά είτε ανεξάρτητα των πολιτικών της ΕΕ γι αυτό και παρατηρούνται μερικές φορές διαφορές όσον αφορά τις προσεγγίσεις που έχουν υιοθετηθεί και το βαθμό στον οποίο έχουν ληφθεί νομοθετικά μέτρα για την εξασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σε αυτό το πλαίσιο από τις αρχές της δεκαετίας του '90 πολλές χώρες με παράδοση σε δράσεις

σχετικές με την ποιότητα της φροντίδας ανέπτυξαν πρωτοβουλίες μέσω ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων για την βελτίωση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας και συμπεριέλαβαν διατάξεις για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις εθνικές νομοθεσίες (Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία ,Ιταλία Αυστρία, Βέλγιο, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία ,Φινλανδία, Σουηδία ,Δανία) ενώ άλλες σχεδίασαν και ανέπτυξαν εθνικά σχέδια δράσης με θέμα την ποιότητα της περίθαλψης και μετέπειτα υιοθέτησαν νομοθετικές παρεμβάσεις ή εφάρμοσαν σχετικές πολιτικές (Βουλγαρία, Κύπρος, Εσθονία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Μάλτα, Λουξεμβούργο, Λετονία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία , Σλοβακία, Τσεχία, Λιθουανία ,Σλοβενία ,Ιρλανδία).

Σε κάποιο βαθμό, η διαφοροποίηση αυτή αντανακλά την αντίληψη που επικρατεί σε κάθε χώρα σχετικά με το αν η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί ένα ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται ή όχι με νομοθετικές και ρυθμιστικές παρεμβάσεις (Legido-Quigley, 2008).

Επίσης μια πρόσφατη ευρωπαϊκή μελέτη διαπίστωσε ότι το 2005 μόνο η Δανία, η Γερμανία, η Ισπανία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο είχαν καθιερώσει θεσμούς και δομές για την προστασία και βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Ορισμένα προγράμματα έχουν υλοποιηθεί και από άλλες χώρες, τα οποία όμως δεν είναι συστηματικά και παρουσιάζουν μεγάλη μεταβλητότητα στη φύση και την έκτασή τους (Somekh, 2007).

Ενδεικτικά θα αναφέρουμε περιπτώσεις χωρών όπως (Champagne et al,1997):

Η Γερμανία η οποία προέβει σε μια μεγάλη νομοθετική ρύθμιση το 1989 που προέβλεπε Διασφάλιση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία και υποχρεωτική χρήση της στρατηγικής benchmarking στην οργάνωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων, ρύθμιση η οποία το 2001 επεκτάθηκε και στα κέντρα αποκατάστασης με την επιπλέον υποχρέωση υποβολής έκθεσης ποιότητας κάθε 2 έτη ενώ παρόμοια η Γαλλία το 1984 υποχρέωνε τις επιτροπές ποιότητας σε ετήσια υποβολή έκθεσης αξιολόγησης της ποιότητας και αργότερα θέσπισε νομοθεσία που απαιτούσε εσωτερικά συστήματα ποιότητας (1991) και υποχρεωτική διαπίστευση (1996) από τα Νοσοκομεία.

Η Ιταλία με νομοθετική ρύθμιση το 1992 υποχρέωνε τους φορείς σε ανάπτυξη δεικτών και προγραμμάτων ποιότητας παράλληλα με την υποχρεωτική διαπίστευση σε περιφερειακό επίπεδο και μετέπειτα ανέπτυξε Εθνικό Σχέδιο Υγείας (2000) ενώ η Ολλανδία το 1996 υποχρέωνε τους Οργανισμούς Υγείας σε εκθέσεις αυτοαξιολόγησης ελεγχόμενες από το Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και το Βέλγιο το 1997 θέσπισε μέτρα εθνικής πολιτικής για την Υγεία.

Η Αυστρία το 1993 με νόμο υποχρέωνε τους Οργανισμούς Υγείας σε ανάπτυξη συστημάτων και επιτροπών διασφάλισης της ποιότητας παράλληλα με την υποχρεωτική χρήση της στρατηγικής benchmarking ενώ στην Φινλανδία το 1994 ιδρύεται το Συμβούλιο ποιότητας που καθορίζει την γενική στρατηγική για την βελτίωση της ποιότητας .

Στην Ελλάδα έχουν αναληφθεί διάφορες νομοθετικές και μη πρωτοβουλίες σε σχέση με την

μεταρρύθμιση του συστήματος Υγείας και κατ' επέκταση την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας όπως αποτυπώνεται στον κάτωθι πίνακα:

1922-1945	<ul style="list-style-type: none"> • Ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης (Ν. 2882/1922) • Ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) (Ν. 6298/1934) • Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων (Α. Ν. 965/1937) • Χρηματοδότηση των Δημόσιων νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό (Α. Ν. 1965/1937)
1945-1974	<ul style="list-style-type: none"> • Ν. Δ. 2592/1953: «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας -Διοικητική αποκέντρωση • Ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) (Ν.4169/1961) • Καθιέρωση της υπηρεσίας των αγροτικών ιατρειών (Ν.Δ. 67/1968).
1974-2000	<ul style="list-style-type: none"> • Σχέδιο Πάτρα (1968), για την δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου. • Πρόταση ΚΕΠΕ (1976) για την δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και κοινωνικό σχεδιασμό για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών. • Σχέδιο Δοξιάδη (1980) με κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, την σωστή οργάνωση και προγραμματισμό των νοσοκομείων, την ανάπτυξη και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. • Ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) (Ν. 1278/1982) • Ίδρυση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ) (Ν. 1316/1983) • Θέσπιση του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983) • Ίδρυση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. • Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» Θεσμός του Γενικού Διευθυντή ,δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας • Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» • Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη , εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών» • Ίδρυση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΙΕΕΠΥΥ) • Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» (2000)
2000 -2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ» Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΠεΣΥ) • Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας» • Ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» ,Διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των ΠεΣΥ στον τομέα της Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) • Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» Σύσταση και λειτουργία του Ε.ΣΥ.ΔΥ. ,του Ι.Κ.Π.Α. και της Γενικής Δ/σης υπηρεσιών Υγείας • Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» • Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»

	<ul style="list-style-type: none"> • Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» • Ν.3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις.» Σύσταση Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) • Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» • Ν.3918/2011 « Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» Σύσταση και λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) • Ν.4013/2011 Σύσταση Ενιαίας Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων • Ν.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» • Ν.4412/2016 : Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ). • Νόμος 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».
--	--

Πίνακας 4.6.«Μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας(Ιδία Επεξεργασία)

Η πρώτη αναφορά στην βελτίωση της ποιότητας 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) με σκοπό αρχικά την αξιολόγηση και μετέπειτα σε επόμενο στάδιο την διασφάλιση και την διαπίστευση των υπηρεσιών Υγείας μέσα από την συνεργασία με Διεθνείς Φορείς που δραστηριοποιούνται στον χώρο ,όμως η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια δεν ευοδώθηκε καθώς ο ΙΕΕΠΥΥ δεν λειτούργησε όπως προέβλεπε η νομοθεσία.

Επίσης με την ΔΥ7/2480/94 (ΦΕΚ 679/Β/13-9- 94) ΚΥΑ το 1997 ιδρύεται και λειτουργεί το ΕΚΕΒΥΛ ως Οργανισμός Πιστοποίησης και Κοινοποιημένος Οργανισμός για τα Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα και χορηγεί πιστοποιητικά ποιότητας που δηλώνουν τη συμμόρφωση προϊόντων, υπηρεσιών, διεργασιών και συστημάτων ποιότητας με τις απαιτήσεις των Εθνικών, Ευρωπαϊκών και Διεθνών προτύπων και της Νομοθεσίας

Η επόμενη προσπάθεια μεταρρύθμισης έγινε με τον Ν.2889/2001 με τους βασικούς άξονες των νομοθετικών ρυθμίσεων να επικεντρώνονται στην οργάνωση των νοσοκομείων ,την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και την περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ.

Συγκεκριμένα συστήνονται τα Πε.Σ.Υ. με σκοπό:

- α)Την δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.
- β) Τον συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων

υγείας του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

Επίσης θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες όπως το Επιστημονικό Συμβούλιο, η Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας, το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας, το Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών, το "Γραφείο Υποδοχής Ασθενών", τα "Κέντρα Αριστείας", η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, η υπογραφή "συμβολαίου αποδοτικότητας" από τους Διοικητές των Πε.Σ.Υ., η χορήγηση ειδικών κινήτρων για ειδικότητες εν ανεπαρκεία κ.τλ. (Παπανικολάου 2007), (Σιγάλας 2013).

Στη συνέχεια το 2002 γίνεται η πρώτη, ουσιαστικά, προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης και ελέγχου των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων με την σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) βάσει του Ν.2920/2001.

Το 2003 με τον Ν.3172/2003 συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) έργο του οποίου ήταν η υποβολή προτάσεων σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας καθώς και σε θέματα στρατηγικής, ερευνητικών προτεραιοτήτων, αξιολόγησης των κινδύνων και των κρίσεων που αντιμετωπίζει η Δημόσια Υγεία.

Το 2004 με τον Ν.3235/2004 καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, εισάγεται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη, θεσμοθετείται η ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και καθορίζεται ο φορέας πιστοποίησης τους ο οποίος οφείλει να συντάσσει ετήσια έκθεση αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το 2005 με το Ν. 3370/2005 ιδρύεται το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ.Σ.Ο.Τ.Υ.), το οποίο το 2007 μετονομάστηκε σε *Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας* (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) με σκοπό τον συντονισμό των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν τη δημόσια υγεία και το χώρο της υγείας γενικότερα, την παρακολούθηση και τον συντονισμό των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων, με σκοπό τη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη.

Επίσης το 2005 το ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) και ο ΕΛΟΤ (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης) υπέγραψαν πρωτόκολλο συνεργασίας για την Τυποποίηση στον τομέα της Υγείας. έχοντας ως στόχο την ανάπτυξη και έκδοση «εθνικών τυποποιητικών κειμένων (πρότυπα, τεχνικές

προδιαγραφές)» ειδικά για τις υπηρεσίες υγείας σε πλήρη συντονισμό με την Ευρωπαϊκή Τυποποίηση (Κωσταγιόλας κ.α 2008)

Από το 2007 με το Ν.3580/2007 και την σύσταση της «Επιτροπής Προμηθειών Υγείας» (Ε.Π.Υ.) δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της χρηματοοικονομικής διαχείρισης των Οργανισμών Υγείας και στα πλαίσια λειτουργίας της Ε.Π.Υ. δημιουργήθηκαν Πρότυπα προδιαγραφών ανά προϊόν και υπηρεσία ,Μητρώα Εγκεκριμένων Προϊόντων και Υπηρεσιών, Παρατηρητήριο Τιμών Προμηθειών Υγείας (*Observe Net*) ,Μητρώα Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παρόχων Υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θεσπίστηκε από το «Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών» (Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ. Α.Ε.). σύστημα ελέγχου της ποιότητας των πραγματοποιούμενων προμηθειών και των παρεχόμενων υπηρεσιών σε συνεργασία με το «Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας» (Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.) και τη «Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων» (Δ.ΕΠ. Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.). Σε αυτήν την κατεύθυνση της χρηστής διαχείρισης των προμηθειών εκδόθηκαν μια σειρά από νόμοι όπως ο Ν. 4013/2011 με τον οποίο συνιστάται η *Ενιαία Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Συμβάσεων και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων* η οποία έχει σκοπό την ανάπτυξη και προαγωγή της εθνικής στρατηγικής, πολιτικής και δράσης στον τομέα των δημοσίων συμβάσεων, τη διασφάλιση της διαφάνειας, αποτελεσματικότητας, συνοχής και εναρμόνισης των διαδικασιών ανάθεσης και εκτέλεσης των δημοσίων συμβάσεων προς το εθνικό και ευρωπαϊκό δίκαιο, τη διαρκή βελτίωση του νομικού πλαισίου των δημοσίων συμβάσεων, καθώς και τον έλεγχο της τήρησής του από τα δημόσια όργανα και τις αναθέτουσες αρχές.

Η νεότερη σχετική μεταρρύθμιση απαντάται στον Ν.4412/2016 ο οποίος συγκέντρωσε τις διάσπαρτες διατάξεις όλων των προηγούμενων νομοθετικών πρωτοβουλιών στον τομέα των προμηθειών και έτσι με την έκδοση του θεσπίστηκαν όλοι οι σχετικοί κανόνες για τις διαδικασίες προγραμματισμού και σύναψης δημοσίων συμβάσεων και διαγωνισμών μελετών ενώ ρυθμίστηκε επίσης και η λειτουργία της ηλεκτρονικής πύλης promitheus.gov.gr η οποία περιλαμβάνει το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων (ΕΣΗΔΗΣ).

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια για την ανάπτυξη δράσεων σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνεται στο στρατηγικό σχέδιο δράσης του Υπουργείου Υγείας (2017-2020) όπου στις γενικές αρχές ,το όραμα και τους στρατηγικούς στόχους του γίνεται εκτενή αναφορά στην ανάγκη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα: Η 7^η γενική αρχή αναφέρεται στην Ποιότητα, Ασφάλεια και την Περίθαλψη δια μέσου της Διασφάλισης του δικαιώματος πρόσβασης όλων των πολιτών σε ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας με γνώμονα τα τεκμήρια και τη δεοντολογία ενώ στο Όραμα γίνεται λόγος για την ανάγκη της διαρκούς βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού και της μείωσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, μέσω της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, Στους άξονες παρέμβασης του 1ου στρατηγικού στόχου επισημαίνονται τα εξής:

1. Διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε αξιόπιστη και ποιοτική φροντίδα, καθώς και σε υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας .

11.2 Διευκόλυνση της ενημέρωσης και πρόσβασης του κοινού σε πληροφορίες, καθώς και ενίσχυση της δημόσιας συμμετοχής στη διαμόρφωση πολιτικών και στην αξιολόγηση των σχετικών επιπτώσεων, μέσω της υιοθέτησης και εφαρμογής καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών.

12.Εφαρμογή Αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και Διαδικασίες Πιστοποίησης για όλους τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας.

15. Εκπαίδευση επαγγελματιών Υγείας στη φιλοσοφία και στις καλές πρακτικές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

25. Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο αντίλογος έρχεται από την έκθεση του ΟΑΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για την Υγεία «State of health in the EU , Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017» όπου γίνεται σαφή αναφορά για έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας στην χώρα μας καθώς παρότι υπάρχουν επιτροπές ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, επιφορτισμένες να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας ενώ οι εθνικοί φορείς που ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης εστιάζουν κυρίως σε ρυθμιστικές δραστηριότητες και όχι τόσο στην εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας.(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies ,2017)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Α' ΜΕΡΟΥΣ

Α. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Al-Assaf Af. , Bumpus LJ , Carter D, Dixon SB (2003) ,Preventing errors in healthcare: a call for action - Hospital topics, Taylor & Francis
2. Al-Assaf A. F. and Schmele J.A. (1993). The Textbook of Total Quality in Health Care. Delray Beach, Florida: St Lucie Press
3. Al-Assaf Af., Sheikh M. (2004),Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004
4. American Society for Quality - ASQ, "The global voice of quality". (2008, 2010). Basic Concepts Glossary.
5. Arah OA(1), Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. , (2003), “Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement”, *International Journal for Quality in Health Care*, 15.
6. Berwick D, Godfrey A, Roessner J. (1990), *Curing healthcare: New strategies for quality improvement*, San Francisco, Jossey Bass, 1990.
7. Bojic Z .(2009), Fundamentals of Quality Management, Canadian Association of Medical Radiation Technologists (CAMRT)
8. Bouchet B, Fancisco M, Øvretveit J. (2002),The Zambia Quality Assurance Program: successes and challenges. *International journal of quality in health care*, 14 (suppl):89-95.
9. Bounds, G., Yorks, L., Adams, M., & Ranney, G. (1994). Beyond TQM: Toward the Emerging Paradigm. New York: McGraw-Hill.
10. Broyles RW, Al-Assaf AF (1999) ,The costs of quality: an interactive model of appraisal, prevention and failures - Health services management Research ,Volume: 12 issue: 3, page(s): 169-182
11. Champagne F. , Langley A. , Denis J-L. , Contandriopoulos A-P., Cazale L., . Rivard M. (1997) ,Resource Constraints and Strategic Change in a Public Hospital System Health Services Management Research Volume: 10 issue: 3, page(s): 146-162
12. Cohen M, Eustis M, Gribbins R. (2003) ,Changing the culture of patient safety: leadership's role in health care quality improvement. *Joint Commission journal on quality and safety*, 2003, 29,7:329-35.
13. Crosby P. (1979). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill.
14. Cua, K. O., McKone, K. E., & Schroeder, R. G. (2001). Relationships between

- implementation of TQM, JIT, and TPM and manufacturing performance. *Journal of Operations Management*, 19(6), 675-694.
15. Dale, B. G. (ed.) (1994) *Managing Quality*, Hemel Hempstead: Prentice Hall.
 16. Deming W D. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
 17. Department of Health UK(2000), *National service framework for coronary heart disease; modern standards and service models*. London, HMSO.
 18. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, (1993), Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychol*; 12: 3–102.
 19. Doggett, A Mark, (2005), Root Cause Analysis: A Framework for Tool Selection, *The Quality Management Journal*; Milwaukee Vol. 12, Iss. 4, : 34-45.
 20. Donabedian (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality. Health Administration Press.
 21. Donabedian A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), pp. 1743-1748.
 22. Drucker, P.F. (1985), "The discipline of innovation", *Harvard Business Review*, May-June, 66-72.
 23. Eleanor J. Sullivan, Phillip J. Decker (2009) ,*Effective leadership and management in nursing*, Upper Saddle River , N.J. : Pearson Prentice Hall, ©2009.
 24. Fallberg L, Øvretveit J. (2003), Introduction to patient ombudsmen schemes in Europe. In Mackenney S, Fallberg L (eds.). *Protecting patients' rights?* Oxford, Radcliffe Medical Press,.
 25. Feigenbaum, A.V, (1961) ,*Total quality control* New York : McGraw-Hill,,627 p.: il.
 26. Feigenbaum, A.V. (1983). *Total Quality Control*, 3rd edn., McGraw-Hill, New York
 27. Garvin, D. (1984), 'What Does "Product Quality" Really Mean?', *Sloan Management Review*, Fall
 28. Garvin, D. A., (1991)«How the Baldrige Award Really Works», *Harvard Business Review*, pp. 80– 95.
 29. Gilbert, Faye W; Lumpkin, James R; Dant, Rajiv P.(1992) , *Adaptation and customer expectations of health care options* ,*Journal of Health Care Marketing*; Boone Vol. 12, Iss. 3, page(s): 46-55
 30. Goetsch, D.L. & Davis, S., (1994), *Introduction to Total Quality: Quality, productivity, competitiveness* (New York, Macmillian College Publishing Co.)

31. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA (2000), Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*; 15: 122–8.
32. Harteloh PPM (2003), The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis* 2003; 11(3):259-67.
33. Harvey, L., (1995), 'Editorial. The quality agenda', *Quality in Higher Education*, 1(1), pp. 5–12. 1995b
34. Hatice Camgöz-Akdağ, Mehveş Tarım, Subash Lonial, Alim Yatkın, (2013) "QFD application using SERVQUAL for private hospitals: a case study", *Leadership in Health Services*, Vol. 26 Issue: 3, pp.175-183
35. Haywood-Farmer, J. and Nollet, J.(1991) , 'Services Plus: Effective Service Management, Morin Quebec
36. Ishikawa K. (1976), *Guide to Quality Control*, Tokyo, Asian Productivity Organization,.
37. Ishikawa K. (1990), *Introduction to Quality Control*, Productivity Press.
38. Jackson. S., Schuler., R. (2003). *Managing Human Recourses through Strategic Partnerships*. Thomson South-Western Publishing
39. James R. Evans, William M. Lindsay (1996) ,*The management and control of quality* , 3rd ed. Minneapolis/St. Paul : West Pub. Co.,
40. James R. Evans, William M. Lindsay (2005), *The management and control of quality*, 6rd ed. Mason, Ohio : South-Western,
41. Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (2000), *Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of reform*.
42. Juran, J. (1967) ,*Management of Quality Control*, New York.
43. Juran, J. (1988), *Juran on planning for quality*, The Free Press, New York.
44. Kabat Zinn, J. (2003) *Mindfulness-Based Intervention in Context: Past, Present, and Future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
45. Kohn L, Corrigan J, Donaldson. (2000), *To Err is human: Building a safer health care system*. National Academy Press, USA, 2000
46. Kotler, P. (1997) *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*. 9th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
47. Legido-Quigley (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*. WHO.
48. Lohr K. *Medicare* (1991), *A Strategy for Quality Assurance, Vol. I*. Washington, DC: National Academy Press;.

49. McGlynn, Elizabeth A., (2003), Introduction and Overview of the Conceptual Framework for a National Quality Measurement and Reporting System ,Medical Care: Volume 41 - Issue 1 - pp I-1-I-7
50. Mcnealy, R.M., (1993), Making Quality Happen (London, Chapman & Hall)
51. Mosadeghrad Am. (2014) ,Factors influencing healthcare service quality , International journal of health policy and management 3 (2), 77 -89
52. Nelson A.R, (1996)*Measuring Performance and Improving Quality*, London: Sterling,
53. NIST, US Department of Commerce, Technology Administration (2017) «The Malcolm Baldrige National Award»
54. Noori, H., Russell, R. (1995), “Productions and Operation Management: Total Quality and Responsiveness”, McGraw-Hill Education.
55. Noriaki K.(ed.) (1996). *Guide to TQM in Service Industries*. Tokyo: Asian Productivity Organization.
56. Oakland, J.S., (2003), Total Quality Management (Oxford, UK, Butterworth-Heinemann)
57. Oakland, J.S., (2008), Statistical Process Control, 6th ed., Elsevier,
58. Oakland, J.S.,(2012), TQM: Text with Cases ,3th ed., Routledge,
59. Ortiz E., Clancy C. (2003), Use of Information Technology to Improve the Quality of Health Care in the United States ,Health Services Research, 2003, Apr; 38(2): xi–xxii.
60. Osborne SP., Bovaird T., Martin S., Tricker M., Waterston P. (1995) ,Performance management and accountability in complex public programmes Financial Accountability & Management 11 (1), 19-37
61. Øvretveit J. (2002), Improving health care quality in developing countries. *Quality and safety in health care*, 2002,12: 200-201.
62. Øvretveit J. (2003), The quality of health purchasing.. Int. J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2003;16(2-3):116-27.
63. Øvretveit J. (2009), Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation.
64. Parasuraman A., Zeithaml V. & Berry L., (1988). Servqual: Multiple- item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, 64, pp 12- 40.
65. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. ,(1985) “A Conceptual Model of Service Quality and Implications for Future Research”, Journal of Marketing, Vol. 49, Fall, pp. 41- 50;
66. Pawlicki T, Mundt AJ (2007) ,Quality in radiation oncology, Med Phys 2007, 34:1529–1534

67. Reimann, C. W., (1989) «The Baldrige Award: Leading the Way in Quality Initiatives», Quality Progress, pp. 9 – 35.
68. Roberts JS, Coale JG, Redman RR. (1987), A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987, 258:936–940
69. Santerre, R.E. & Neun, S.P., (2013), Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία, Προοπτική και Συστηματική Μελέτη, (εκδ.) Πασχαλίδης, Αθήνα.
70. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH (1988), How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 76: 517–64.
71. Shaw, & Kalo. (2002). A background for national quality policies in health systems. WHO Regional Office for Europe.
72. Shewhart. (1931) ,Economic Control of Quality of Manufactured Product, D.Van Nostrand Co.
73. Slack, n., Chambers, s., Johnston, r., (2007), ‘Operations Management’, Pearson Education Limited, Essex, UK
74. Somekh B.(2007). Working package 2: Mapping exercise of activities related to patient safety in EU countries. The ESQH Office for Patient Safety.
75. Spath. (2009), Introduction to healthcare quality management ,Health Administration Press
76. Spring M., Mc Quater R., Swift K., Dale B., Booker J., (1998) "The use of quality tools and techniques in product introduction: an assessment methodology", The TQM Magazine, Vol. 10 Issue: 1, pp.45-50
77. Sunol R. , Garel P. and Jacquerye A .(2009) , Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project, BMJ Journal Qual. Saf. Health Care
78. Suver JD_, Neumann BR_, Boles KE_ (1992), Accounting for the costs of quality, Healthcare Financial Management, 46(9):28-31, 33-7
79. Swift TA, Humphrey C, Gor V , (2000) ,Great expectations?: The dubious financial legacy of quality audits, British Journal of Management- Wiley Online Library
80. Thomson R.,(1980) ,*Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals*, publ. Thomson.
81. Veazie. (2006). An individual-based framework for the study of medical error. Int J Qual Health Care .
82. Vincent, Taylor-Adams, & Stanhope. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ
83. Wagner C. ,Coppen R., Poortvliet M.C. (2006), Quality and Safety Management in Hospitals (QSMH) ,Netherlands institute for health services research

84. Weiberg N., (2001). Using performance measures identify plans of action to improve care. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 27 (12): 683- 688.
85. WHO (1958). *The first ten years of WHO - Annex constitution of the WHO*
86. WHO (1980) "*Health for All by Year 2000*", Geneva
87. WHO (2003), "Quality and accreditation in health care services: A global review", Geneva
88. WHO (2013) ,Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, Publications WHO Regional Office for Europe UN City Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
89. Yang C.C. (2003), The establishment of a TQM system for the health care industry. *The TQM Magazine* .

B. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Papakostidi A., Tsoukalas N. (2012), «Quality in health care and its evaluation» , Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(4):480–488
2. Tountas G, Filippidis F, Gkouveri E, Dimitrakaki Ch, Koutri E & Lostarakos V. (2007) ,Health of Greek population, Athens: Centre for Study of Health Services Laboratory of Hygiene and Epidemiology, School of Medicine, University of Athens.
3. Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. (1999), Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες-τάσεις και προοπτικές, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,.
4. Γείτονα Μ, Καροκης Α, Κυριόπουλος Γ, Λιονης Χ, Σισσούρας Α, Υφαντόπουλος Γ. (2004) ,«Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας», κείμενα ομοφωνίας Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,
5. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007), Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
6. Καραδήμας Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας , Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα.
7. Κέφης, Β. (2005), *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και Πρότυπα*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
8. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. (2008) ,«Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας» ,Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.
9. Λιαρόπουλος, Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα
10. Λογοθέτης, Ν. (2005), *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*. Έκδοση 2η, Interbooks, Αθήνα.
11. Μουμτζόγλου Α. (2001), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Management.

12. Παπανικολάου Β. (2007), «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007
13. Παππής Κ.(2008) ,Διοίκηση Παραγωγής Ο Σχεδιασμός Παραγωγικών Συστημάτων, 2η Έκδοση/2008, Εκδόσεις Σταμούλη ΑΕ.
14. Τούντας, Γ. (2002), Πολιτική Υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
15. Tsioka A, Pagaki E, Efthimiadi A., Pagdatoglou K, Koukoubani T, Stavrothanasopoulou A, Kouloumoundri V, Siafi M, Papapostolou G, Moriki Sp, Pagouni E, Papaspyrou M, Letsiou K, Ilioudi S, Paraforou Th, (2016) , Protocol on the implementation of the Common Assessment Framework, a quality tool for public administration in the ICU of General Hospital of Trikala, in order to improve health services., The Greek E-Journal of Perioperative Medicine 2016; 14(a): 3-14
16. Τσιότρας, Γ. (2002) ,Βελτίωση της ποιότητας ,Β' εκδ. Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου
17. ΥΠ.ΕΣ.Δ.Α (2015), Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) ,Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτοαξιολόγησης, (ΚΠΑ 2013).
18. Χαραλάμπους Α.(2002), Μέθοδοι ποιοτικής βελτίωσης στην κλινική ιατρική, Πνεύμων τρίμηνη ιατρική έκδοση.
19. Ψωμάς Λ Ευάγγελος. (2013) Αγρίνιο Ο δρόμος προς την Ολική Ποιότητα-Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας ISO9000 και Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΕΡΕΥΝΑ

5.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Τα τελευταία χρόνια το ζήτημα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ελκύει το ενδιαφέρον όλο και περισσότερων ερευνητών με αποτέλεσμα οι σχετικές μελέτες να αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο δεδομένου ότι τα αποτελέσματα τους δύναται να αξιοποιηθούν τόσο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των διαδικασιών όσο και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Σουλιώτης κ.α. 2003).

Για την επιτυχή εφαρμογή μιας ποιοτικής προσέγγισης που τελικά θα οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οι καθοριστικοί παράγοντες σχετίζονται περισσότερο με οργανωτικές και πολιτισμικές αλλαγές που συνοδεύονται από νέες αντιλήψεις και παράλληλα την εισαγωγή σύγχρονων εργαλείων διοίκησης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας .

Οι παράγοντες αυτοί σύμφωνα με τους (Laffel & Blumenthal, 1989) είναι :1)η ενεργή, ορατή υποστήριξη της ηγεσίας για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας. (2) η επικέντρωση στις διαδικασίες ως αντικείμενα βελτίωσης (3) η μείωση της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα και (4) οι αναθεωρημένες στρατηγικές για τη διαχείριση του προσωπικού .

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

Οι παράγοντες που αναλύθηκαν κατά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε στα ελληνικά νοσοκομεία από το Μάιο του 1998 μέχρι τον Οκτώβριο του 1998 και έγινε σύμφωνα με το μοντέλο EFQM,ήταν οι εξής:

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

Σε αυτό το πλαίσιο κινήθηκαν και οι προσπάθειες του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» (Β' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα) και του ΔΟΚΠΥ «Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Παρέμβασης και Υγείας» Μαγνησίας το 2004, Οργανισμοί οι οποίοι έκαναν το πρώτο βήμα προς την «Αριστεία» κατακτώντας το πρώτο από τα τρία επίπεδα αξιολόγησης του EFQM, το οποίο είναι η Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Committed to Excellence) σύμφωνα με την έκθεση της ΕΕΔΕ (http://www.eede.gr/pdf/efqm_elite.pdf)

Αρχικά, η εφαρμογή απλών και χρήσιμων εργαλείων ποιότητας στο ΔΟΚΠΥ Μαγνησίας (Νικολαΐδης, 2006), και στη συνέχεια, η εφαρμογή του μοντέλου αριστείας EFQM (Νικολαΐδης και Τέρπος, 2010) οδήγησαν σε αξιοσημείωτη βελτίωση της λειτουργίας και της δημόσιας εικόνας του οργανισμού.

Με έμπνευση το παράδειγμα του ΔΟΚΠΥ Μαγνησίας οργανώθηκε αυτή η μελέτη με σκοπό να εξετάσουμε το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, σε ποιο βαθμό δηλαδή εφαρμόζονται από τον οργανισμό οι κύριες πρακτικές για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας με απώτερο σκοπό να παρακινήσουμε τον οργανισμό σε ένα «ταξίδι» προς την αριστεία.

Με άλλα λόγια, σκοπός δεν είναι η αξιολόγηση ή αυτοαξιολόγηση ενός οργανισμού στην πορεία του προς το ευρωπαϊκό βραβείο επιχειρηματικής αριστείας (για το οποίο πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί στο παρελθόν) αλλά η διερεύνηση τυχόν βελτιώσεων που προκύπτουν από την προσπάθεια εφαρμογής των κριτηρίων του EFQM στον οργανισμό.

Οι βασικές *ερευνητικές υποθέσεις* που εξετάστηκαν στα πλαίσια της έρευνας είναι οι εξής:

H1: Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου εφαρμόζει σε σημαντικό βαθμό κύριες πρακτικές για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας.

H2: Οι απόψεις των χρηστών ταυτίζονται με τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδει το μοντέλο σε κάθε ένα από τα 5 κριτήρια των Προϋποθέσεων (Ηγεσία, Πολιτική και Στρατηγική, Ανθρώπινο Δυναμικό, Συνεργασία και Πόροι, Διαδικασίες).

Η μελέτη, ενδέχεται να αποτελέσει ιδιαίτερος χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση της πραγματικής κατάστασης που επικρατεί στο Νοσοκομείο και κατ' επέκταση στην υιοθέτηση πολιτικών από την Διοίκηση, τέτοιων ώστε, να ξεπεραστούν οι αδυναμίες που υπάρχουν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικότερες πρακτικές σε όλα τα επίπεδα διαχείρισης του.

5.2 ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ



Το 1900, με χορηγία των Κωνσταντίνου και Νικόλαου Αχιλλόπουλου, τέθηκε ο θεμέλιος λίθος του Νοσοκομείου στη σημερινή του θέση. Το Νοσοκομείο άρχισε να λειτουργεί το 1903, ήταν μάλιστα το δεύτερο σε μέγεθος στον ελλαδικό χώρο μετά τον “Ευαγγελισμό”. Το 2007 εγκαινιάστηκε η νέα του πτέρυγα, συνολικού εμβαδού 33.500 τ.μ. Σήμερα έχει αναπτυγμένες 400 οργανικές κλίνες και είναι ένα από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της 5ης Υ.Πε. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

Το Γενικό Νοσοκομείο του Βόλου εξυπηρετεί σε 24ωρη βάση όλη την εβδομάδα (365 ημέρες το χρόνο) μια Περιφερειακή Ενότητα με πληθυσμό που σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2011) ανέρχεται στις 204.000 κατοίκους. Ο πληθυσμός αυτός όμως δύναται να διπλασιάζεται και να φθάνει τις 400.000 κατά την θερινή περίοδο αποτελώντας τουριστικό προορισμό, περιλαμβάνοντας τον ορεινό όγκο του Πηλίου και το νησιωτικό σύμπλεγμα των Β. Σποράδων.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, στον πληθυσμό της 5ης Υ.Πε Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.Πε. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.
2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.
4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παροχής φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών

προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας, στην 5η Υ.Πε Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

5. Εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.
6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από την 5η Υ.Πε Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και το Υπουργείο Υγείας

Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου σήμερα

Σήμερα, το Δευτεροβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχχιλοπούλειο» με δύναμη 400 οργανικών κλινών (ΦΕΚ Β' 1236/2012), εφημερεύει όλο το 24ωρο, αντιμετωπίζοντας μεγάλο όγκο χρόνιων, έκτακτων και επειγόντων περιστατικών. Το Νοσοκομείο διαρθρώνεται σε τέσσερις τομείς α) Παθολογικό Τομέα με δυναμικότητα 171 κλίνες, β) Χειρουργικό Τομέα με δυναμικότητα 176 κλίνες, γ) Εργαστηριακό Τομέα και δ) Τομέα Ψυχικής Υγείας με δυναμικότητα 40 κλινών.

Το Νοσοκομείο διαθέτει τις ακόλουθες Υπηρεσίες, Αυτοτελή Τμήματα και Ειδικό Γραφείο όπως αποτυπώνονται στον Οργανισμό (ΦΕΚ Β.1236/11.04.2012).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Ιατρική
2. Νοσηλευτική
3. Διοικητική – Οικονομική

ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΤΜΗΜΑΤΑ

1. Οργάνωσης και Πληροφορικής

ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

1. Υποστήριξης Πολίτη

Δραστηριότητες

- Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου εξυπηρετούν ετησίως ~80.000 εξωτερικούς ασθενείς/περιστατικά (Στοιχεία Ο.Π.Σ.Ν. 2012- 2013).
- Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αντιμετωπίζει ετησίως ~72.175 επείγοντα περιστατικά. (Στοιχεία Ο.Π.Σ.Ν. 2012).
- Τα Χειρουργεία αντιμετωπίζουν ετησίως 4.0000-5.0000 προγραμματισμένες & έκτακτες επεμβάσεις. (Στοιχεία 2012-2013).
- Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού υλοποιεί ετησίως ~16.035 συνεδρίες. (Στοιχεία 2012-2013).

- Το Βιοχημικό Εργαστήριο υπάγεται σε Εθνικό & Διεθνή έλεγχο ποιότητας για όλες τις βιοχημικές & ορμονολογικές παραμέτρους. Όλο το επιστημονικό προσωπικό είναι μέλη του Εθνικού Μητρώου κλινικής Βιοχημείας.
 - Γραφείο Ποιότητας – Επιτροπή Ποιότητας Γ.Ν. Βόλου
-

Διοίκηση

Διοικητικό Συμβούλιο

Όλες οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου υπάγονται στο Διοικητικό Συμβούλιο ως ανώτατο όργανο διοίκησης του το οποίο έχει επτά μέλη και αποτελείται από τον Διοικητή ο οποίος ασκεί καθήκοντα Προέδρου, τον Υποδιοικητή (Αντιπρόεδρος) και πέντε μέλη τα οποία τρία από αυτά είναι ορισμένα και δύο αιρετά. Τα ορισμένα μέλη διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και τα αιρετά εκλέγονται από τους εργαζομένους του Νοσοκομείου, το ένα εκπροσωπεί τους Ιατρούς και το άλλο τους υπόλοιπους εργαζομένους του Νοσοκομείου.

Επιστημονικό Συμβούλιο

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποτελείται από δέκα (10) μέλη: Έναν (1) ιατρό με θέση Συντονιστή Διευθυντή, δύο (2) γιατρούς με βαθμό Διευθυντή, έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α', έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β', έναν (1) επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, κατηγορίας ΠΕ, έναν (1) επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, κατηγορίας ΠΕ με βαθμό Α', έναν (1) ειδικευόμενο ιατρό και δύο (2) Νοσηλεύτριες κατηγορίας ΤΕ.

Ο ρόλος του Ε.Σ. είναι να γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου.



Εικόνα 35: Οργανισμός Γενικού Νοσοκομείου Βόλου (Πηγή: <http://ghv.gr>)

Στατιστικά Στοιχεία (ΕΣΔΥ 2010)

Μέση διάρκεια Νοσηλείας 3,56 Ημέρες

Ποσοστό Κάλυψης >67,5%

Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) 2009 61

Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) 2010

Το Νοσοκομείο διαθέτει σύγχρονο Βιοϊατρικό Εξοπλισμό, ενδεικτικά:

Αξονικό Τομογράφο 64+ τομών (ΕΣΠΑ 2007-13): 1

Μαστογράφο: 1

Ακτινολογικά Συγκροτήματα: 2

Ακτινολογικά – Φορητά: 3

Ακτινοσκοπικά μηχανήματα: 4

Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας: 1

Μηχανήματα τεχνητού νεφρού: 28 (ΕΣΠΑ 2007-13)

Σύστημα λιθοτριψίας με Laser: 2 (2016)

Ψηφιακό πύργο Αρθροσκοπήσεων: 1 (ΕΣΠΑ 2007-14)

Καρδιολογικός Υπερηχογράφος: 2 (2015)

Γυναικολογικός Υπερηχογράφος: 2 (2015)

Συγκρότημα ή σύστημα HOLTER: 2 (2017)

Αυτόματοι αναλυτές: 12

Υπερηχοτομογράφοι: 6

Καρδιοτοκογράφοι: 3

Ηλεκτροεγκεφαλογράφοι: 1

Δημόσιες Δομές Υγείας του Νομού Μαγνησίας που ανήκουν διοικητικά στο Νοσοκομείο.

Στο Νομό υπάρχουν έξι Κέντρα Υγείας, Αργαλαστής, Ζαγοράς, τα οποία ανήκουν σε άγονη περιοχή τύπου Β (χερσαία) Σκιάθου, Σκοπέλου που ανήκουν σε άγονη περιοχή τύπου Α (νησιώτικη) ένα πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αλοννήσου και τα Κέντρα Υγείας Αλμυρού και Βελεστίνου. Ακόμη σε όλο το νομό υπάρχουν 30 Περιφερειακά Ιατρεία (Νέας Αγχιάλου, Ευξεινούπολης, Πτελεού, Σούρπης, Άνω Μαυρόλοφου, Ανθότοπου, Πλατάνου, Βρύναινας, Ανάβρας, Νέας Ιωνίας, Σέσκλου, Αερινού, Κεραμιδίου, Στεφανοβίκειου, Ριζόμυλου, Άνω Λεχώνια, Αγίου Βλάσιου, Αγίου Γεωργίου Νηλείας, Μηλέων, Νεοχωρίου, Λαύκου, Προμυρίου, Τρικερίου, Αγίου Λαυρεντίου, Δράκειας, Κισσού, Τσαγκαράδας, Αγίου Γεωργίου Ιωλκού, Πορταριάς, Γλώσσας Σκοπέλου) που καλύπτουν χερσαία και νησιωτική περιοχή.

Λειτουργούν επίσης οργανωμένα κέντρα ψυχικής υγείας, α) Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως μονάδα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το ΦΕΚ 777/26-10-1988/τ. Β΄, β) Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ως μονάδα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το ΦΕΚ 1865/4-9-2009 τ. Β΄ και γ) Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ως μονάδα σύμφωνα με το ΦΕΚ 1887/14-9-2007/ τ. Β΄ (Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ Υ4α/οικ. 116794/2007) .Οι παραπάνω δομές διοικητικά ανήκουν

στο Νοσοκομείο του Νομού, όμως είναι αυτοδιαχειριζόμενες από το προσωπικό τους. Ακόμη, ως μονάδα ψυχικής υγείας έχει συσταθεί ο Ξενώνας Βραχείας Παραμονής «ΑΡΙΑΔΝΗ» σύμφωνα με το ΦΕΚ 42/24-1-2011/ τ. Β' (Υπουργική Απόφαση Υα/36903/2009). Δεν είναι αυτοδιαχειριζόμενος και ανήκει στο Νοσοκομείο του Νομού.
(Πηγή: <http://ghv.gr>)

5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός αυτής της εργασίας όπως προαναφέραμε είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης δημόσιας οργάνωσης ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους πελάτες, καθώς και η υποβολή προτάσεων με βελτιωτικές δράσεις σε πεδία που παρουσιάζουν αδύνατα σημεία.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο διοίκησης ολικής ποιότητας το μοντέλο EFQM Excellence Model μέσω της διανομής ενός ερωτηματολογίου στους εργαζομένους του Νοσοκομείου, με το σκεπτικό ότι αποτελεί απλό εργαλείο, κατάλληλο για ένα οργανισμό που μόλις ξεκινάει το «ταξίδι» του προς την αριστεία.

Αντίστοιχο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και στην έρευνα των Θεοδορακιάδου και Τσιότρα (2000) σχετικά με την εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη η οποία έγινε βάσει ενός δομημένου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από 95 ερωτήσεις σύμφωνα με τις κατηγορίες του Ευρωπαϊκού μοντέλου ποιότητας. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για να λάβει τα στοιχεία και τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση της ποιότητας, την εφαρμογή των συστημάτων διοίκησης ποιότητας και για την έρευνα της θέσης που κατέχει η διοίκηση ολικής ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Από τις αρκετές εφαρμογές του μοντέλου σε οργανισμούς υγείας στην Ευρώπη αξίζει να αναφερθούμε στην Αγγλία, όπου πολλοί οργανισμοί υγείας εφάρμοσαν το μοντέλο ως πλαίσιο αυτό-αξιολόγησης (Mittler, 1998). Από τις σκανδιναβικές χώρες ξεχωρίζουν οι περιπτώσεις ενός νοσοκομείου στην Νορβηγία στην πόλη του Tromsø το οποίο κατάφερε να κερδίσει το Νορβηγικό Βραβείο Ποιότητας (Norheim et al., 2001), ενώ στην Φινλανδία αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εφαρμόστηκε σε 200 υπηρεσίες και είχε πολύ θετικά αποτελέσματα στην ενεργοποίηση του προσωπικού τους για τη διοίκηση ποιότητας.

Το 1998, το γερμανικό υπουργείο υγείας άρχισε ένα πιλοτικό πρόγραμμα τριών ετών αποκαλούμενο «Διοίκηση ποιότητας στα νοσοκομεία» (Moeller and Sonntag, 2001). Η πρόοδος των 44 νοσοκομείων που μελετήθηκαν και των 80 νοσοκομείων που τέθηκαν κάτω από τον έλεγχο του συγκεκριμένου προγράμματος, αξιολογήθηκε σύμφωνα με το πρότυπο τελειότητας του EFQM. Στην Ολλανδία το 1998 επίσης πραγματοποιήθηκε μια έρευνα μεταξύ των 20 καλύτερων νοσοκομείων της και έδειξε ότι 13 από τα 20 νοσοκομεία χρησιμοποιούν το μοντέλο του EFQM ως πλαίσιο για την ποιοτική διαχείριση των συστημάτων τους (Nabitz et al., 2000; Nabitz και

Walburg, 2000). Στην Νότια Ευρώπη δώδεκα νοσοκομεία και 12 τοπικά κέντρα υγείας με 22.000 εργαζομένους διεξήγαγαν έρευνα βασιζόμενοι σε ερωτηματολόγια σύμφωνα με το μοντέλο του EFQM με σκοπό την εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας στους οργανισμούς τους στα πλαίσια ενός μεγάλου πιλοτικού προγράμματος στην Δημόσια Υγεία των Βάσκων (Arcelay et al., 1999; Nabitz et al., 2000).

Η χρησιμοποίηση η ή πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου EFQM σε όλους αυτούς τους οργανισμούς τους έδωσε την ευκαιρία να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της σημασίας της ποιότητας των υπηρεσιών με την παροχή ενός συστηματικού πλαισίου για την προώθηση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας με την εξισορρόπηση και την ικανοποίηση των αναγκών όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Ενδεικτικά παραθέτουμε ακόμη μερικές από τις πιο γνωστές έρευνες που αναφέρονται στην εφαρμογή του μοντέλου EFQM στους ευρωπαϊκούς Οργανισμούς Υγείας.

- ❖ «Η εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στο νοσοκομείο Salford Royal του Βρετανικού NHS, με τη χρήση του EFQM ως εργαλείο ποιότητας, ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη της κλινικής πρακτικής» (Jacqueline, et al. 2005)
- ❖ «Το Μοντέλο αριστείας EFQM: Ευρωπαϊκές και ολλανδικές εμπειρίες από τη χρήση του EFQM στη φροντίδα της υγείας» (Nabitz et al., 2000).
- ❖ «Διαχείριση της ποιότητας στον Γερμανικό τομέα υγείας με το EFQM» (Moeller et al., 2000).
- ❖ «Αυτό-αξιολόγηση δύο επιπέδων με τη χρήση του μοντέλου EFQM σε ιταλικό νοσοκομείο» (Venero, et al., 2007).

5.3.1 ΔΕΙΓΜΑ

Με δεδομένα τα στενά χρονικά όρια έκβασης της έρευνας , καθώς και την απειρία των εργαζομένων σε σχετική έρευνα έγινε μια προσπάθεια σε πρώτο χρόνο ώστε να υπάρξει προηγούμενη ενημέρωση σχετικά με το εγχείρημα της έρευνας με σκοπό να εξοικειωθεί το προσωπικό με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και να αποκτήσουμε την συναίνεση τους σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια.

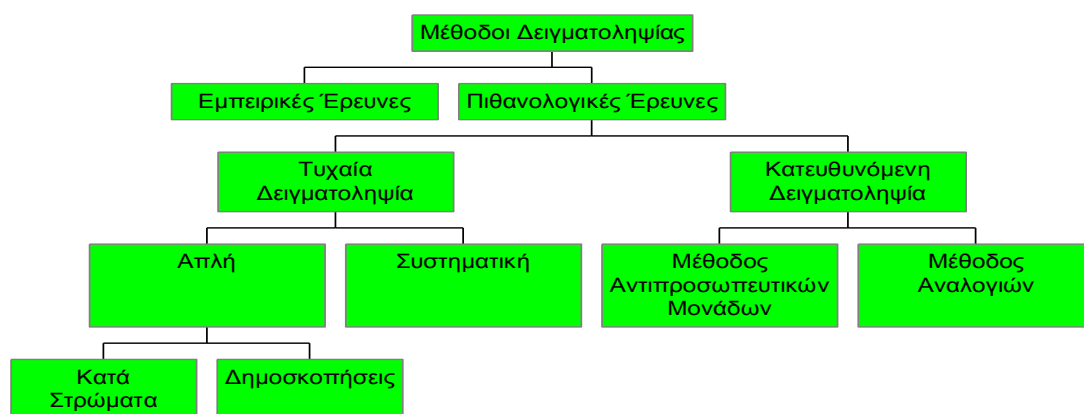
Κατά την διάρκεια διανομής του ερωτηματολογίου επισημάνθηκε ο εθελοντικός χαρακτήρας συμμετοχής του προσωπικού και έγινε ιδιαίτερη αναφορά στην ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των απαντήσεων.

Εστιάζοντας στην επιτυχή εφαρμογή του εγχειρήματος, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη συγκρότηση και στην σύνθεση του δείγματος της έρευνας ώστε να μην υπάρξει καμία αμφισβήτηση σχετικά με την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της.

Για το λόγο αυτό η επιλογή του έγινε με στόχο να αντιπροσωπευθούν όλες οι υπηρεσίες και τα ιεραρχικά επίπεδα της δομής του Νοσοκομείου.

Σε κάθε περίπτωση, όμως εκτός από την αντιπροσώπευση όλων των Διευθύνσεων της ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας το δείγμα που επιλέχθηκε έπρεπε να εξασφαλίζει μία αντιπροσωπευτική αποτύπωση του συνόλου των εργαζομένων του Νοσοκομείου, γι αυτό λήφθηκαν υπόψη και τα προσωπικά και εργασιακά στοιχεία των χρηστών, όπως η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική του ιδιότητα και εμπειρία.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που επιτρέπουν την ανάλυση του δείγματος όπως αποτυπώνεται στο παρακάτω σχεδιάγραμμα.



Εικόνα 36: Μέθοδοι Δειγματοληψίας (ΠΗΓΗ: ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, 2001)

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία κατά στρώματα ή στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Καθώς όταν ο πληθυσμός είναι αριθμημένος ή κατανομημένος με τέτοιο τρόπο ώστε οι διαδοχικές ομάδες που τον αποτελούν να παρουσιάζουν μια ομοιογένεια ως προς τις στατιστικές μονάδες τους, τότε ο πιο κατάλληλος τρόπος επιλογής του δείγματος είναι η τυχαία δειγματοληψία κατά στρώματα (Παπαδημητρίου, 2001:47-65).

Στην συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα αποτελείται από χρήστες του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου και η στρωματοποίηση του πληθυσμού έγινε κατά κύριο λόγο σύμφωνα με την επαγγελματική του ιδιότητα.

Το σύνολο των ερωτηθέντων (δείγμα) ανέρχεται στα 150 άτομα από τα 700 περίπου της συνολικής δύναμης του Νοσοκομείου αριθμός που αντιπροσωπεύει το 20% περίπου του πληθυσμού και ο οποίος κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικός ως προς το μέγεθος του δείγματος.

Όσον αφορά τις επιμέρους κατανομές να αναφέρουμε ότι η Ιατρική υπηρεσία αντιπροσωπεύει το 35%, η Νοσηλευτική το 50% και η Διοικητική υπηρεσία το 20% του πληθυσμού των 700 περίπου ατόμων της συνολικής δύναμης του Νοσοκομείου.

Η ανταποκρισιμότητα κινήθηκε και αυτή σε υψηλά επίπεδα καθώς επεστράφησαν συμπληρωμένα 140 ερωτηματολόγια αριθμός που αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό της τάξης του 94% του συνολικού δείγματος ενώ σχετική ισορροπία υπήρχε και στις επιμέρους κατανομές αφού από τα 140 ερωτηματολόγια τα 50 αφορούσαν την Ιατρική, τα 70 την Νοσηλευτική και τα 20 την Διοικητική υπηρεσία σύμφωνα και με την πραγματική αντιπροσώπευση τους στην συνολική δύναμη του Νοσοκομείου .

Πίνακας 5.1.«Κατανομή του δείγματος (Ιδία Επεξεργασία)

ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ιατρικό προσωπικό	50	35
Νοσηλευτικό προσωπικό	70	50
Διοικητικό προσωπικό	20	15
Σύνολο	140	100

5.3.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της χρήσης ενός δομημένου ερωτηματολογίου η σύνταξη του οποίου πραγματοποιήθηκε έχοντας σαν οδηγό την επισήμως μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα εκδοχή του προτύπου EFQM Excellence Model.

Σε αυτό το πλαίσιο κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο από την μια να καλύπτει τις απαιτήσεις ενός σύγχρονου Οργανισμού Υγείας στηριζόμενο στην βασική δομή του EFQM Excellence Model και από την άλλη να πληροί τις βασικές αρχές ανάπτυξης ερωτήσεων ενός ερωτηματολογίου, όπως την διατύπωση οικείων και κατανοητών ερωτήσεων προς τους ερωτηθέντες, την αποφυγή παραπλανητικών ερωτήσεων κ.λπ. διότι η κατάρτιση του ερωτηματολογίου, λόγω των ιδιοτήτων που έχει, αποτελεί την πλέον κρίσιμη και λεπτή εργασία, καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας. Λέγεται χαρακτηριστικά ότι “καμία στατιστική έρευνα δεν μπορεί να είναι καλύτερη από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σ’ αυτή” (Παρασκευόπουλος, 1993).

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο ίδιο θέμα είναι συγκεντρωμένες σε ενότητες, και οι ερωτήσεις γενικού τύπου προηγούνται των ειδικών έτσι ώστε το ερωτηματολόγιο να έχει μία όψη συναφή και λογική για να μην νιώθει ο ερωτώμενος ότι εκτροχιάζεται (Javeau, 2000).

Έτσι το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα Ι : Ερωτηματολόγιο) αποτελείται από δύο μέρη με 77 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το γενικό μέρος που περιλαμβάνει μια ενότητα με 9 ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά και εργασιακά στοιχεία των χρηστών ,όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, υπηρεσιακή κατάσταση (τμήμα ,θέση ,προϋπηρεσία, κ.τ.λ.) και το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει

εννέα θεματικές ενότητες με 68 ερωτήσεις προσαρμοσμένες στο πρότυπο του EFQM Excellence Model.

Το ειδικό μέρος κατηγοριοποιείται σε εννέα ομάδες ερωτήσεων σύμφωνα με τα εννέα κύρια κριτήρια του EFQM τα οποία περιλαμβάνουν 68 υποκριτήρια (το σύνολο των ερωτήσεων).

Τα κριτήρια αυτά χωρίζονται σε 5 κριτήρια «Προϋποθέσεις» (enablers) και σε 4 κριτήρια «αποτελέσματα» (results).

Τα 5 κριτήρια «προϋποθέσεις» (Ηγεσία, Πολιτική και Στρατηγική, Ανθρώπινο Δυναμικό, Συνεργασία και Πόροι, Διαδικασίες) ελέγχουν μέσα από την λεπτομερή ανάλυση του μοντέλου αν ο οργανισμός εφαρμόζει τις κατάλληλες μεθόδους και στρατηγικές για κάθε τομέα ώστε να επιτύχει την μέγιστη απόδοση στο πεδίο των αποτελεσμάτων.

Τα 4 κριτήρια «αποτελέσματα» (Αποτελέσματα πελατών, Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού, Κοινωνικά Αποτελέσματα, Κύρια Αποτελέσματα Απόδοσης) ελέγχουν αν υπάρχουν περιεκτικά μέτρα που μπορούν να παρακολουθήσουν την απόδοση, και αξιολογούν αν οι στρατηγικοί σκοποί έχουν ικανοποιηθεί. Τα κριτήρια εξετάζουν το κατά πόσο ο οργανισμός δείχνει ότι οι επιλεγμένοι δείκτες μετρούν περιεκτικά το τί είναι σημαντικό για τους πελάτες και άλλους που δέχονται υπηρεσίες από τον οργανισμό και αν και σε ποιο βαθμό παρουσιάζει συνεχή βελτίωση απέναντι σε στόχους και αποτελέσματα που είναι συνδεδεμένα και προκαλούνται από τις μεθόδους.

Το ειδικό μέρος του ερωτηματολογίου αναλύεται ως εξής:

Κριτήριο 1: Ηγεσία (ερωτήσεις 1.1- 1.10)

Περιέχει δέκα ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την Διοίκηση του Οργανισμού και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο η ίδια αναπτύσσει και διευκολύνει την επίτευξη του στόχου και του οράματος, αναπτύσσει αξίες αναγκαίες για την μακροχρόνια επιτυχία και τις εφαρμόζει μέσα από κατάλληλες ενέργειες ώστε να διασφαλίσει ότι το σύστημα διοίκησης συνεχώς βελτιώνεται. Η ερώτηση 1.10 αφορά τον βαθμό σημαντικότητας του κριτηρίου.

Κριτήριο 2: Πολιτική και Στρατηγική (ερωτήσεις 2.1- 2.8)

Περιέχει οκτώ ερωτήσεις που αφορούν τον γενικό σχεδιασμό και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός εφαρμόζει την αποστολή και το όραμα του μέσα από μια στρατηγική επικεντρωμένη στους stakeholders. Η ερώτηση 2.8 αφορά τον βαθμό σημαντικότητας του κριτηρίου.

Κριτήρια 3: Ανθρώπινο Δυναμικό (ερωτήσεις 3.1- 3.8)

Περιέχει οκτώ ερωτήσεις οι οποίες αφορούν το προσωπικό και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός διαχειρίζεται και αναπτύσσει την γνώση και το δυναμικό των ανθρώπων του. Η ερώτηση 3.8 αφορά τον βαθμό σημαντικότητας του κριτηρίου.

Κριτήριο 4: Συνεργασία και Πόροι (ερωτήσεις 4.1- 4.8)

Περιέχει οκτώ ερωτήσεις που αφορούν τους συνεργάτες ,τις υποδομές και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει και διαχειρίζεται αποτελεσματικά τους εξωτερικούς συνεργούς και εσωτερικούς πόρους έτσι ώστε να υποστηρίξει τις πολιτικές και στρατηγικές και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών του. Η ερώτηση 4.8 αφορά τον βαθμό σημαντικότητας του κριτηρίου.

Κριτήριο 5: Διαδικασίες (ερωτήσεις 5.1- 5.7)

Περιέχει επτά ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τις διαδικασίες και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει , αναπτύσσει και βελτιώνει τις διαδικασίες ώστε να υποστηρίξει τις πολιτικές και στρατηγικές , να ικανοποιήσει πλήρως και να δημιουργήσει αυξανόμενη αξία στους πελάτες και τους μετόχους του. Η ερώτηση 5.7 αφορά τον βαθμό σημαντικότητας του κριτηρίου.

Κριτήριο 6: Αποτελέσματα πελατών (ερωτήσεις 6.1- 6.6)

Περιέχει έξι ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση των πελατών και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός προωθεί και θέτει σε εφαρμογή μεθόδους για την επίτευξη αυτού του δύσκολου στόχου, όπως έρευνες ικανοποίησης των πελατών , βελτιωτικές ενέργειες ως προϊόν αξιοποίησης αναγνωρισμένων διεθνών ερευνών, κ.τ.λ.

Κριτήριο 7: Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού (ερωτήσεις 7.1- 7.7)

Περιέχει επτά ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση του προσωπικού και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός αναπτύσσει και εφαρμόζει μεθόδους για να επιτύχει αυτό το αποτέλεσμα όπως έρευνες ικανοποίησης του προσωπικού , παροχή κινήτρων ,επιβράβευση απόδοσης , κ.τ.λ.

Κριτήριο 8: Κοινωνικά Αποτελέσματα (ερωτήσεις 8.1- 8.7)

Περιέχει επτά ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την κοινωνική συμβολή του Νοσοκομείου και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός αναπτύσσει και εφαρμόζει μεθόδους για να επιτύχει αυτό το αποτέλεσμα όπως έρευνες μέτρησης της αντίληψης της κοινής γνώμης, συμμετοχή σε προγράμματα κοινωνικής ευθύνης και δρώμενα με αντικείμενο τον σεβασμό στο περιβάλλον και την εξοικονόμηση ενέργειας, κ.τ.λ.

Κριτήριο 9: Κύρια Αποτελέσματα Απόδοσης (ερωτήσεις 9.1- 9.7)

Περιέχει επτά ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα χρηματοοικονομικά και μη αποτελέσματα της προγραμματισμένης απόδοσης του Νοσοκομείου και αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός αναπτύσσει και εφαρμόζει μεθόδους για να επιτύχει αυτά τα αποτελέσματα όπως ανάπτυξη βάσεων δεδομένων, μετρήσεις δεικτών, χρηματικές ροές, προϋπολογισμοί, στοχοθέτηση κ.τ.λ.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των απαντήσεων στο ειδικό μέρος ήταν αυτή της διαβαθμισμένης κλίμακας Likert με ένα εύρος πέντε σημείων η οποία προσφέρει τη δυνατότητα συλλογής μεγάλου αριθμού παρατηρήσεων και συνδυάζεται αρμονικά με τις ιδιαιτερότητες των χρηστών καθώς προσφέρει ευελιξία στις τελικές επιλογές.

Οι επιλογές της κλίμακας ως προς το βαθμό συμφωνίας των χρηστών σε σχέση με τις ερωτήσεις ήταν οι ακόλουθες : «1=διαφωνώ πολύ», «2=διαφωνώ λίγο» ,«3=δεν γνωρίζω » «4=συμφωνώ λίγο» και «5= συμφωνώ πολύ».

Ενώ στο γενικό μέρος για την συλλογή των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκαν διχοτομικές ερωτήσεις τύπου Ναι ☐ ,Όχι ☐ και ερωτήσεις βαθμονόμησης όπου ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει σε μόνο μία από τις υπάρχουσες επιλογές.

Οι ερωτήσεις του γενικού μέρους προστέθηκαν εκτός των άλλων για να εξετάσουμε και κάποια πιθανή συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των χρηστών και των απαντήσεων που έδωσαν στα πλαίσια της έρευνας .

5.3.3 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στην Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου και των Κ.Υ. αρμοδιότητας του με την προσωπική παράδοση των ερωτηματολογίων στους χρήστες, κατά την περίοδο Δεκεμβρίου 2017 – Φεβρουαρίου 2018.

Υπήρξαν ορισμένα προβλήματα που παρεμπόδισαν την ομαλή ροή της έρευνας με σημαντικότερο όλων την άρνηση αρκετών χρηστών να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας καθώς οι χρήστες είχαν μεγάλη πίεση χρόνου (ιατροί, νοσηλευτές) με αποτέλεσμα αυτό να δυσχεραίνει την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους ερωτώμενους, χωρίς την παρέμβαση ερευνητή, γι αυτό και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην τεχνική αρτιότητα του ερωτηματολογίου και στην δυνατότητα για άμεση επικοινωνία των ερωτώμενων με τον ερευνητή για παροχή επεξηγήσεων όπου αυτό ήταν απαραίτητο ώστε να μην υπάρχουν παρερμηνείες.

Με δεδομένο τα στενά χρονικά όρια έκβασης της έρευνας το χρονικό διάστημα που απέμεινε μετά την διεξαγωγή της για την επεξεργασία των δεδομένων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων ήταν αρκετά περιορισμένο.

Παρόλο που οι μεταβλητές μας είναι διακριτές με τιμές από το 1 έως το 5 { «1=διαφωνώ πολύ», «2=διαφωνώ λίγο» ,«3=δεν γνωρίζω » «4=συμφωνώ λίγο» και «5= συμφωνώ πολύ»} οι μέσοι όροι που προέκυψαν εμφανίζονται ως ενδιάμεσες τιμές ,του τύπου 2.4, και σε αναντιστοιχία με τις ακέραιες τιμές της κλίμακας Likert ,ωστόσο η χρήση τους είναι άκρως απαραίτητη για την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων.

5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ενότητα αυτή αναφέρεται στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και αποτελείται από δύο μέρη ,το γενικό μέρος που περιέχει την καταγραφή και ανάλυση των απαντήσεων που αφορούν τα προσωπικά και εργασιακά στοιχεία των χρηστών ,όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, υπηρεσιακή κατάσταση (τμήμα ,θέση ,προϋπηρεσία, κ.τ.λ.) και το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει την ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος στις εννέα θεματικές ενότητες του EFQM Excellence Model.

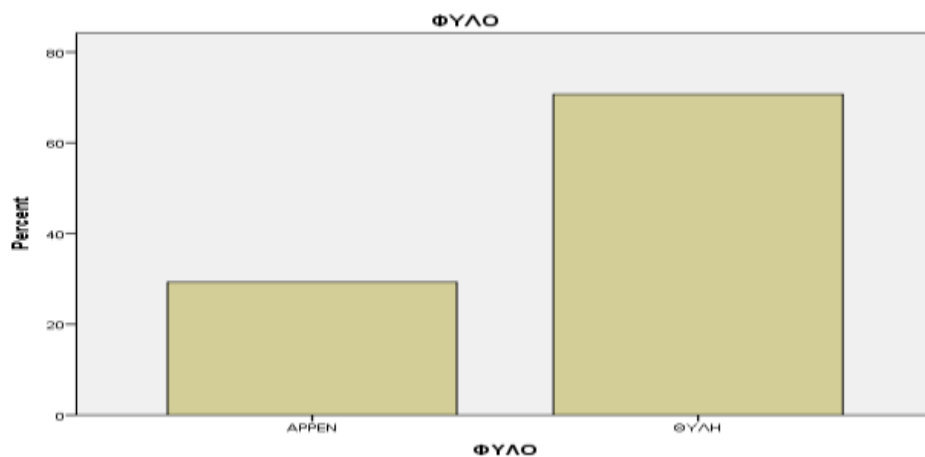
Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences) έκδ. 24, ένα από τα πιο δημοφιλή, ευέλικτα και εύχρηστα στατιστικά πακέτα για την ανάλυση και πραγματοποίηση ποσοτικών ερευνών σχετικοί πίνακες παρατίθενται στο παράρτημα 1.

5.4.1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΛΟ

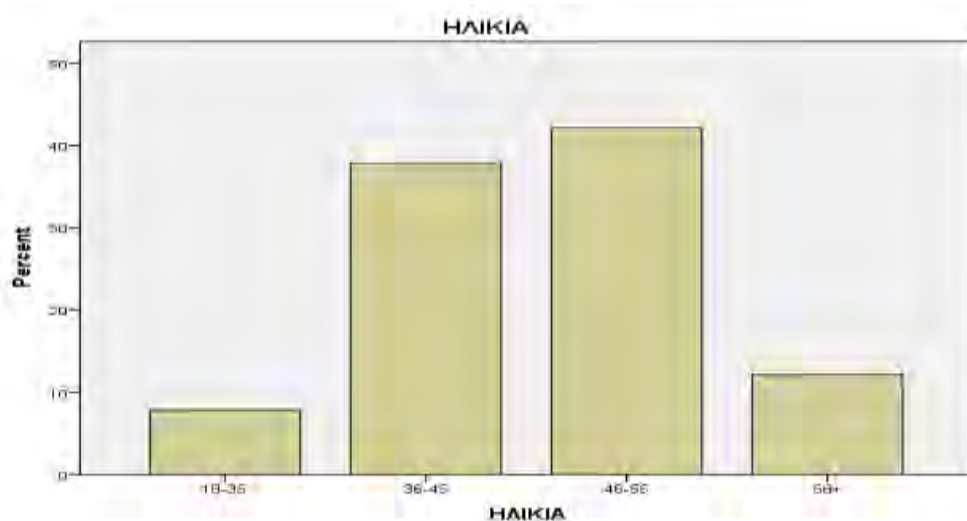
Από τους 140 ερωτώμενους που συμμετείχαν στην έρευνα η πλειοψηφία με ποσοστό 70,7 % ήταν γυναίκες, ενώ οι άνδρες τους δείγματος κινήθηκαν σε ένα ποσοστό πολύ χαμηλότερο της τάξης του 29,3 % (διαγράμμα 1),γεγονός το οποίο προφανώς οφείλεται στην μεγάλη συμμετοχή της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο δείγμα με ποσοστό 50% (διαγράμμα 5)το έμπυχο δυναμικό της οποίας απαρτίζεται πρωτίστως από το γυναικείο φύλλο και αποτελεί την πολυπληθέστερη υπηρεσία του Οργανισμού.



Διάγραμμα 1 - Φύλο

ΗΛΙΚΙΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ηλικιακά βρίσκεται στη κατηγορία των 46-55 ετών με ποσοστό 42,1 % ενώ ακολουθεί με μικρή διαφορά η κατηγορία των 36-45 ετών με ένα ποσοστό της τάξης του 37,9 %. Οι δύο άλλες κατηγορίες των 18-35 και 56+ κινήθηκαν σε πιο χαμηλά επίπεδα με ποσοστά κοντά στο 8% και 12% αντίστοιχα. Αποτελέσματα τα οποία μας δίνουν μια σαφή εικόνα γήρανσης του προσωπικού καθώς το 80% του δείγματος έχει ηλικία άνω των 36 ετών. (διαγράμμα 2).

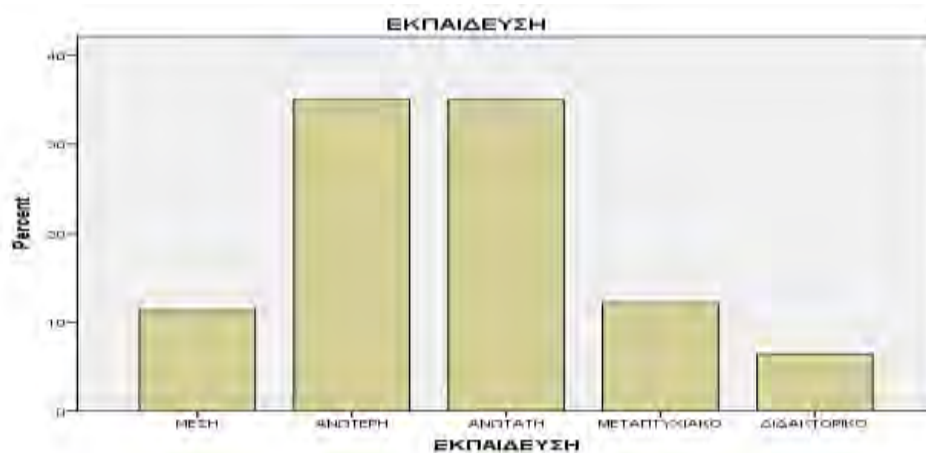


Διάγραμμα 2- Ηλικία

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος παρουσιάζει μια ιδιαίτερη ισοροπία μεταξύ των βαθμίδων της ανώτερης και της ανώτατης εκπαίδευσης με τις δυο κατηγορίες να αποσπούν ένα ποσοστό της τάξης του 35%. Η κατηγορία της μέσης εκπαίδευσης εμφανίζει ένα ποσοστό κοντά στο 12% ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων σπουδών ανέρχονται συνολικά στους 26 με τα επιμέρους ποσοστά επί του συνόλου να κινούνται στο 11,5% & 6,5% αντίστοιχα (διαγράμμα 3). Τιμές οι οποίες καταδεικνύουν ένα σχετικά υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού καθώς

πάνω από το 50% κατέχει τίτλο σπουδών ανώτατων εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ενώ το 18% αυτών κατέχουν τίτλους υψηλότερης βαθμίδας(μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς).



Διάγραμμα 3- Μορφωτικό επίπεδο

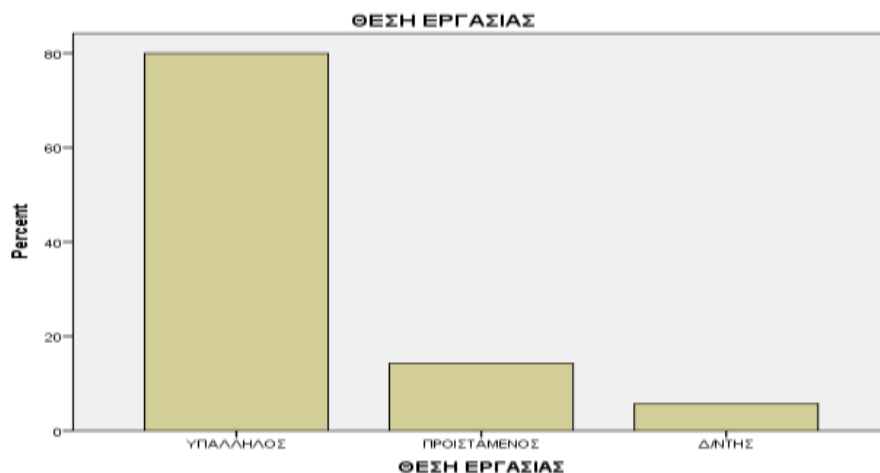
Η κατανομή των τίτλων σπουδών ανά υπηρεσία εργασίας απεικονίζεται στον κάτωθι πίνακα όπου διαπιστώνεται ότι η Ιατρική Υπηρεσία έχει την μερίδα του λέοντος στους τίτλους σπουδών των ανώτατων εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και των τίτλων υψηλότερης βαθμίδας(μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς).

Πίνακας 5.2.«Κατανομή των τίτλων σπουδών ανά υπηρεσία εργασίας (Ιδία Επεξεργασία)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Crosstabulation					
Count					
		ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			Total
		ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΜΕΣΗ	7	9	0	16
	ΑΝΩΤΕΡΗ	6	38	5	49
	ΑΝΩΤΑΤΗ	4	17	28	49
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	2	6	9	17
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	0	8	9
Total		20	70	50	140

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η μεγαλύτερη μερίδα των χρηστών ανήκει στην κατηγορία του απλού υπαλλήλου χωρίς θέση ευθύνης με ποσοστό που κυμαίνεται κοντά στο 80% ενώ το υπόλοιπο 20% καλύπτεται από την κατηγορία των προϊσταμένων και των διευθυντών με τα επιμέρους ποσοστά τους να κινούνται στο 14% και 6% αντίστοιχα (διαγράμμα 4). Κατανομές οι οποίες αποκαλύπτουν την διάρθρωση των τμημάτων και των υπηρεσιών σε σχέση με την ιεραρχική βαθμίδα του προσωπικού.



Διάγραμμα 4 - Θέση Εργασίας

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

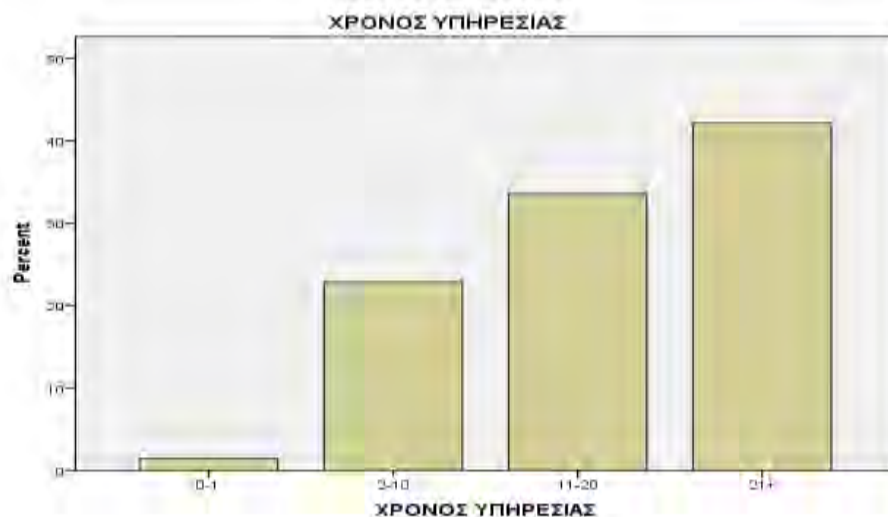
Όπως αναφέρθηκε και στην ανάλυση του δείγματος (κεφ.3.1) οι επιμέρους κατανομές ανά Υπηρεσία πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με την πραγματική τους αντιπροσώπευση τους στην συνολική δύναμη του Νοσοκομείου και έτσι οι ποσοστώσεις ανά Υπηρεσία (Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική) κινήθηκαν στα επίπεδα του 35,7% , 50,% και 14,3% αντίστοιχα (διαγράμμα 5) .



Διάγραμμα 5 - Υπηρεσία Εργασίας

ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Τα αποτελέσματα σχετικά με την προϋπηρεσία των χρηστών εμφανίζουν μια σχετική ισορροπία καθώς οι δυο κατηγορίες που διεκδικούν την μερίδα του λέοντος είναι αυτές των 10-20 και 21+ ετών με τα ποσοστά τους να κυμαίνονται στο 42,1% και 33,5% αντίστοιχα, ενώ έπεται με μικρή διαφορά η κατηγορία των 2-10 ετών με ένα ποσοστό της τάξης του 22,8 %.Οι χρήστες με προϋπηρεσία μικρότερη των 2 ετών είναι μόλις 2 στο σύνολο με ποσοστό κοντά στο 1,5%. Αποτελέσματα τα οποία συμβαδίζουν με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος και αποτυπώνουν ευκρινώς την αυξημένη εμπειρία του προσωπικού καθώς το 75% περίπου του πληθυσμού εμφανίζει πάνω από 10 έτη προϋπηρεσίας στον Οργανισμό. (διαγράμμα 6) .



Διάγραμμα 6- Προυπηρεσία

Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η πλειοψηφία των χρηστών απάντησε θετικά στο ερώτημα αν έχουν συμμετέχει σε ημερίδες ή σεμινάρια με θέμα την ποιότητα στον χώρο της Υγείας συγκεντρώνοντας ένα ποσοστό της τάξης του 67,1% ενώ το υπόλοιπο 33,9% απάντησε αρνητικά (διάγραμμα 7). Αποτελέσματα τα οποία δείχνουν την διάθεση του προσωπικού για μάθηση και την καλή επιστημονική του κατάρτιση μέσα από την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων.



Διάγραμμα 7- Συμμετοχή σε επιμορφωτικά προγράμματα με θέμα την ποιότητα

Η κατανομή ανά υπηρεσία εργασίας όσον αφορά την επιμόρφωση σε θέματα ποιότητας απεικονίζεται στον κάτωθι πίνακα όπου διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια σχετική ισορροπία μεταξύ των τριών Υπηρεσιών.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ * ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ Crosstabulation				
Count				
		ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	15	5	20
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	44	26	70
	ΙΑΤΡΙΚΗ	35	15	50
Total		94	46	140

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Σε αντίθεση με το προηγούμενο ερώτημα ,στο ερώτημα αν το Νοσοκομείο διαθέτει Τμήμα Ποιότητας η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απάντησε αρνητικά αγγίζοντας ένα ποσοστό της τάξης του 81% ενώ το υπόλοιπο 19% απάντησε θετικά (διάγραμμα 8). Αποτελέσματα τα οποία εκφράζουν την ισχυρή δραστηριότητα του Γρ.Ποιότητας του Οργανισμού.



Διάγραμμα 8- Γραφείο ποιότητας

ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Στο τελευταίο ερώτημα του γενικού μέρους που απευθύνουμε στους εργαζόμενους αν έχουν συμπληρώσει ξανά το ίδιο ερωτηματολόγιο οι αρνητικές απαντήσεις κατέγραψαν ένα ποσοστό κοντά στο 95% ,ενώ 7 άτομα το 5% δηλαδή του δείγματος απαντήσανε θετικά στοιχείο που δείχνει την έλλειψη εμπειρίας του προσωπικού στο επίμαχο θέμα της έρευνας.

5.4.2 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. ΥΠΟΘΕΣΗ 1

Στο πρώτο μέρος θα εξετάσουμε αν το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου εφαρμόζει σε σημαντικό βαθμό κύριες πρακτικές για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος στις εννέα θεματικές ενότητες του EFQM Excellence Model.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1: ΗΓΕΣΙΑ (ερωτήσεις 1.1- 1.9)

Οι απαντήσεις των χρηστών στο κριτήριο της Ηγεσίας κινήθηκαν ως επί το πλείστον μεταξύ των τιμών 2=Διαφωνώ λίγο ,3=Δεν γνωρίζω και 4=Συμφωνώ λίγο με τα ποσοστά τους να καταγράφουν επιδόσεις της τάξης του 24% ,25% και 27% αντίστοιχα. Ο μέσος όρος του κριτηρίου απέσπασε μια τιμή της τάξης του 2.87 την δεύτερη υψηλότερη μεταξύ των 5 κριτηρίων των προϋποθέσεων μετά το κριτήριο Συνεργασίες και Πόροι. Το μικρότερο μέσο όρο μεταξύ των 9 υποκριτηρίων κατέγραψε το υποκριτήριο 1.5 «Η Διοίκηση παρέχει κίνητρα στο προσωπικό για την βελτίωση της απόδοσης του; » με τιμή 2.50 ενώ ο υψηλότερος μέσος όρος εμφανίζεται στο υποκριτήριο 1.8 «Η Διοίκηση διατηρεί ανοιχτούς δίαυλους επικοινωνίας με τους ασθενείς ,το προσωπικό, τους συνεργάτες και τους εκπροσώπους της κοινωνίας προσπαθώντας να δημιουργήσει μια σχέση αμφίδρομης επικοινωνίας;» με τιμή 3.27. Λαμβάνοντας υπ'όψιν και τις απαντήσεις με τιμές άνω του 3 στα υποερωτήματα 1.2 και 1.3 που αναφέρονται στην συμμετοχή της Διοίκησης σε ενέργειες που αναπτύσσουν συστηματικά το όραμα και την κουλτούρα του οργανισμού και βελτιώνουν το σύστημα διοίκησης, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η Διοίκηση προσπαθεί να θέσει τις βάσεις για μια πορεία με κατεύθυνση την ποιότητα αλλά απαιτείται να εντείνει τις προσπάθειες της για την δημιουργία ενός καθαρού οράματος για τον Οργανισμό στο οποίο θα συμμετέχουν ενεργά οι εργαζόμενοι στην πραγματοποίησή του μέσω της επιβράβευσης των προσπαθειών τους.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 2.1- 2.8)

Τα αποτελέσματα του προηγούμενου κριτηρίου επιβεβαιώνονται και από τις απαντήσεις του προσωπικού στο κριτήριο της πολιτικής και στρατηγικής καθώς οι επικρατούσες τιμές ήταν αυτές του 3=Δεν γνωρίζω και 2=Διαφωνώ λίγο με ποσοστά του 30% και 25% αντίστοιχα ,τιμές που εκφράζουν την αδυναμία της Διοίκησης να εμπλέξει ενεργά το προσωπικό στην στρατηγική της όπως καταδεικνύει και η τιμή του μέσου όρου του κριτηρίου στα 2.63 η χαμηλότερη μεταξύ των 5 κριτηρίων των προϋποθέσεων. Η έλλειψη μιας ξεκάθαρης στρατηγικής επικεντρωμένης στους stakeholders αποτυπώνεται και από τις χαμηλές τιμές που έλαβαν τα υποκριτήρια 2.2, 2.4 και 2.5 ,που αναφέρονται στον στρατηγικό σχεδιασμό και τις μεθόδους υλοποίησης του, με μέσους όρους στα 2.56, 2.58 και 2.57 αντίστοιχα.

Αξίζει όμως να αναφερθούμε και στους υψηλούς μέσους όρους των υποκριτηρίων 2.6 και 2.7 σχετικά με την εμπλοκή του προσωπικού στις επιχειρησιακές διαδικασίες με τιμές 2.72 και 2.82 αντίστοιχα ,πάνω από το συνολικό μέσο όρο του κριτηρίου , που επιβεβαιώνουν την προσπάθεια της Διοίκησης για την δημιουργία ενός κλίματος ανοικτής επικοινωνίας στοιχείο το οποίο καταχωρείται στα δυνατά της σημεία και πρέπει να αξιοποιηθεί περαιτέρω.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 3.1- 3.8)

Το παρόν κριτήριο είναι αυτό με την μεγαλύτερη διακύμανση και τυπική απόκλιση στο σύνολο των 9 κριτηρίων στοιχείο το οποίο δηλώνει την αυξημένη αστάθεια των απαντήσεων μεταξύ των ερωτώμενων και οφείλεται στην συγκρουσιακή πολιτική που αναπτύσσει η Διοίκηση στον τομέα της Διαχείρισης του προσωπικού.

Ενώ από την μία πλευρά προσπαθεί μέσω του διαλόγου και των ανοικτών διαύλων επικοινωνίας να χτίσει ένα ασφαλές και δημιουργικό εργασιακό πλαίσιο όπως δείχνουν οι μέσοι όροι των υποκριτηρίων 3.1 ,3.4 και 3.6 με τιμές 3.10 ,2.7 και 2.89 αντίστοιχα, από την άλλη εκφράζει μια έντονη αδυναμία να διοικήσει τους εργαζόμενους με τις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης καθώς στα σχετικά υποερωτήματα 3.2 «Ακολουθείται ένα σύστημα αξιών που αποτελείται από αντικειμενικά κριτήρια όσον αφορά τη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (προσλήψεις, προαγωγές, αμοιβές και αρμοδιότητες) ;» και 3.3 «Το πλαίσιο αξιολόγησης του προσωπικού είναι ξεκάθαρο ,διαφανές ,αξιοκρατικό και εφαρμόζεται συστηματικά μέσα από σαφείς διαδικασίες;» οι απαντήσεις κατέγραψαν τους χαμηλότερους μέσους όρους του κριτηρίου με τιμές 2.38 και 2.32 αντίστοιχα.

Γενικά το κριτήριο του ανθρώπινου δυναμικού όπως και αυτό της πολιτικής και στρατηγικής έχει χαμηλό μέσο όρο με τιμή 2.64 ενώ τα ποσοστά των 28% και 26% που έλαβαν οι απαντήσεις του 2=Διαφωνώ λίγο και 4=Συμφωνώ λίγο επιβεβαιώνουν την διττή και παράλληλα ελλειπή πολιτική Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού του Οργανισμού η οποία χρήζει άμεσης αναδιοργάνωσης.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 4.1- 4.8)

Το κριτήριο συνεργασίες και πόροι εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο μεταξύ των 5 κριτηρίων των προϋποθέσεων με τιμή 2.90 και απαντήσεις που κυμαίνονται μεταξύ των επιλογών 2=Διαφωνώ λίγο ,3=Δεν γνωρίζω και 4=Συμφωνώ λίγο με τιμές 23% ,33% και 25% αντίστοιχα. Τον υψηλότερο μέσο όρο απέσπασε το υποκριτήριο 4.1«Επιτυγχάνεται η συνεργασία της υπηρεσίας με τους βασικούς συνεργάτες αυτής;» με τιμή 3,37 ενώ τον χαμηλότερο το υποκριτήριο 4.6 «Χρησιμοποιούνται οι σύγχρονες τεχνολογίες στην καθημερινή λειτουργία;» με τιμή 2.65, τιμή η οποία συμβαδίζει με την χαμηλή τιμή 2.71 του υποκριτηρίου 5.6 που κάνει λόγο για την εισαγωγή καινοτομιών. Σε συνάρτηση με τις υψηλές τιμές από 2.88 έως 2.97 που έδωσαν οι ερωτώμενοι στα

υποκριτήρια 4.2 έως 4.4 τα οποία εξετάζουν τις πρακτικές που ακολουθεί ο Οργανισμός σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών και την επιτυχή αξιοποίηση των πόρων του ,το παρόν κριτήριο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα δυνατό σημείο του μοντέλου με σημαντικά όμως περιθώρια βελτίωσης κυρίως στον τομέα των εφαρμόσιμων πολιτικών που αφορούν το περιβάλλον ,την τεχνολογία και την καινοτομία.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 5.1- 5.7)

Οι ερωτώμενοι μέσω της ουδετερότητας τους ,αφού η επιλογή 3= «Δεν γνωρίζω» απέσπασε ένα ποσοστό της τάξης του 40,5% ,ανέδειξαν τις διαδικασίες ως το κριτήριο με τον τρίτο μεγαλύτερο μέσο όρο μεταξύ των 5 κριτηρίων των προϋποθέσεων μετά τα κριτήρια «Συνεργασίες και Πόροι» και «Ηγεσία» με τιμή 2.85. Σημαντικό ρόλο βέβαια σε αυτό έπαιξε και το συνολικό ελάχιστο ποσοστό του 32% που έλαβαν οι αρνητικές απαντήσεις (1=Διαφωνώ πολύ και 2=Διαφωνώ λίγο) το μικρότερο μεταξύ των 5 κριτηρίων.

Στοιχείο που μεν κατατάσσει το κριτήριο ως ένα από τα δυνατά όπλα του Οργανισμού σε αυτό το πρώτο βήμα προς την αριστεία μέσω της διαδικασίας της αυτοαξιολόγησης αλλά επιβεβαιώνει εκ νέου την αδυναμία της Διοίκησης να εμπλέξει ενεργά το προσωπικό στην υλοποίηση της στρατηγικής της ,γεγονός που ενισχύεται και από το ποσοστό κοντά στο 60% που έλαβε η επιλογή 3= «Δεν γνωρίζω» στο υποερώτημα 5.2«Το Νοσοκομείο χρησιμοποιεί δείκτες για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών;».

Στον αντίποδα οι υψηλοί μέσοι όροι με τιμές κοντά στο 3.00 που κατέγραψαν τα υποκριτήρια 5.1, 5.4 και 5.5 τα οποία αναφέρονται στην εφαρμογή προτύπων ποιότητας κ.α. (ISO ,HACCP ,ΕΛΟΤ,κ.τ.λ.) ,στην διαχείριση των παραπόνων (complaint management) και στο επίπεδο της προσβασιμότητας των υπηρεσιών ως μεθόδων βελτίωσης των διαδικασιών ,δηλώνουν την δυναμική του κριτηρίου και είναι στοιχεία που μπορούν να θέσουν τις βάσεις για μια επιτυχημένη πορεία προς την ποιότητα.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 6.1- 6.6)

Τα αποτελέσματα του παρόντος κριτηρίου προσομοιάζουν με αυτά του κριτηρίου των διαδικασιών καθώς και εδώ η επιλογή 3= «Δεν γνωρίζω» ήρθε πρώτη στις προτιμήσεις των χρηστών με 41,7% ενώ οι επιλογές 2=Διαφωνώ λίγο και 4=Συμφωνώ λίγο ακολούθησαν με ποσοστά της τάξης του 25% και 18,7% αντίστοιχα. Ο μέσος όρος του κινήθηκε χαμηλά στο 2.72 κοντά στο σταθμισμένο μέσο όρο του μοντέλου (2.79) και λόγω του μεγαλύτερου συντελεστή βαρύτητας (0,2) που του αποδίδεται σε σχέση με τα υπόλοιπα κριτήρια μπορεί να αποτελέσει το βαρόμετρο του Οργανισμού στην διαδρομή του προς την αριστεία. Ο χαμηλότερος μέσος όρος με τιμή 2.60 εμφανίζεται στο υποκριτήριο 6.2 «Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των

πολιτών.....;» απόρροια και των υψηλών αρνητικών απαντήσεων (1=Διαφωνώ πολύ και 2=Διαφωνώ λίγο) άνω του 40% που έδωσαν οι ερωτώμενοι στα σχετικά υποερωτήματα 2.4 και 5.3 αναφορικά με την εφαρμογή μεθόδων που εξετάζουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των εμπλεκόμενων φορέων (Ασθενείς ,Προσωπικό, Εξωτερικοί συνεργάτες ,κοινωνικοί φορείς ,κ.τ.λ.) και μετρούν την ικανοποίηση των πολιτών με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών(ερωτηματολόγια ικανοποίησης πολιτών). Γενικά όλοι οι μέσοι όροι των υποκριτηρίων κινήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα με ανώτερη τιμή αυτή του 2.8 (υποκριτήριο 6.4) γεγονός που εκφράζει την άμεση ανάγκη για λήψη αποφάσεων και συντονισμό ενεργειών από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη που θα βελτιώσουν τις προϋποθέσεις προς όφελος των αποτελεσμάτων των πελατών.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 7.1- 7.7)

Το κριτήριο Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού εμφανίζει τον χαμηλότερο μέσο όρο με τιμή 2.47 και το μικρότερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων (5=Συμφωνώ πολύ και 4= Συμφωνώ λίγο)της τάξης του 14% μεταξύ και των 9 κριτηρίων του μοντέλου. Οι αρνητικές απαντήσεις (1=Διαφωνώ πολύ και 2=Διαφωνώ λίγο) όπως και στο κριτήριο 3 του Ανθρώπινου Δυναμικού απέσπασαν ένα μεγάλο ποσοστό κοντά στο 45% .

Αποτελέσματα που επιβεβαιώνουν την ελλιπή πολιτική που ακολουθείται σε αυτό τον τομέα και ενισχύονται και από τους χαμηλούς μέσους όρους των υποερωτημάτων 1.5 και 1.6 που αναφέρονται στην παροχή κινήτρων και επιμόρφωσης του προσωπικού , των υποερωτημάτων 2.3 και 2.4 που αναφέρονται στην ενθάρρυνση των εργαζομένων και την καταγραφή των αναγκών τους και των υποκριτηρίων 3.2 και 3.3 που εξετάζουν το πλαίσιο Διοίκησης και αξιολόγησης του Ανθρώπινου Δυναμικού. Χαρακτηριστικές είναι και οι τιμές που έλαβαν τα υποκριτήρια 7.2 και 7.5 (2.39 και 2.32) ,οι χαμηλότερες του συνόλου των 64 υποκριτηρίων, τιμές οι οποίες δηλώνουν την απουσία μέτρησης και επιβράβευσης των επιτευγμάτων των υπαλλήλων.

Συνοπτικά το παρόν κριτήριο αποτιμάται ως αδύνατο σημείο του μοντέλου και προκειμένου ο στόχος της ποιότητας να γίνει εφικτός απαιτείται χρηστή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και αλλαγή πολιτικής με οδηγό το κλίμα ανοικτής επικοινωνίας που επικρατεί στο Οργανισμό (κίνητρα, εκπαίδευση ,συνεχής υποστήριξη, συμμετοχή του προσωπικού στην λήψη αποφάσεων κ.α.)

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 8.1- 8.7)

Το κριτήριο Κοινωνικά Αποτελέσματα εμφανίζει τον δεύτερο υψηλότερο μέσο όρο μεταξύ των Αποτελεσμάτων με τιμή 2.90 ,σε παράλληλη πορεία με το κριτήριο συνεργασίες και πόροι των προϋποθέσεων, και απαντήσεις που κυμαίνονται μεταξύ των επιλογών 2=Διαφωνώ λίγο ,3=Δεν γνωρίζω και 4=Συμφωνώ λίγο με τιμές 21% ,41% και 22% αντίστοιχα. Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει

στον μέσο όρο που απέσπασε το υποκριτήριο 8.3 «Η λειτουργία του Νοσοκομείου συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών στην περιοχή ευθύνης του;» με τιμή 3,64 την υψηλότερη μεταξύ του συνόλου των 64 υποκριτηρίων που μαζί με την υψηλή τιμή των 3 μονάδων του υποκριτηρίου 8.2 «Έχει το Νοσοκομείο κάποιο πρόγραμμα κοινωνικής ευθύνης;» εκφράζουν την δυναμική του κριτηρίου και προσδίδουν στον Οργανισμό ένα πλεονέκτημα στον τομέα της κοινωνικής συμβολής .

Τα στοιχεία που πρέπει να βελτιωθούν περισσότερο και αποκαλύπτονται από τις χαμηλές τιμές των υποκριτηρίων 8.1 και 8.6 (2.42 και 2.66 αντίστοιχα) είναι η συλλογή -ανάλυση πληροφοριών σχετικά με τις επικρατούσες αντιλήψεις της κοινωνίας για τον οργανισμό και η εφαρμογή πολιτικών σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα του ευρύτερου ανταγωνισμού όσον αφορά την κοινωνική συμβολή του Νοσοκομείου.

Σημαντικά περιθώρια βελτίωσης υπάρχουν και στον τομέα των εφαρμόσιμων πολιτικών που αφορούν το περιβάλλον και την εξοικονόμηση ενέργειας (υποκριτήριο 8.4 με Μ.Ο. 2.77)

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9: ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 9.1- 9.7)

Το παρόν κριτήριο είναι αυτό με τον μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας (0,15) μετά το κριτήριο Αποτελέσματα πελατών (0,2) και ως εκ τούτου η απόδοση του παίζει μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας του Οργανισμού. Σε αυτή την βάση ο μέσος όρος του 2.98 που κατέγραψε ο μεγαλύτερος στο σύνολο των 9 κριτηρίων δίνει μια επιπλέον ώθηση στον Οργανισμό για επίτευξη των στόχων του και κατατάσσει το κριτήριο στα πιο δυνατά σημεία του μοντέλου.

Οι απαντήσεις των εργαζομένων κινήθηκαν ως επί το πλείστον μεταξύ των επιλογών 3=Δεν γνωρίζω και 4=Συμφωνώ λίγο με ποσοστά 42% και 27,3% αντίστοιχα ,τιμές οι οποίες είναι οι υψηλότερες που απέσπασαν αυτές οι 2 επιλογές στο σύνολο των υποερωτημάτων των 9 κριτηρίων.

Οι ουδέτερες απαντήσεις της επιλογής 3=Δεν γνωρίζω επηρέασαν περισσότερο τα υποκριτήρια 9.5, 9.6 και 9.7 που έλαβαν τιμές άνω του 50% σε αυτήν την επιλογή ,τα οποία αναφέρονται στους χρηματοοικονομικούς δείκτες ,την στοχοθέτηση και τις πολιτικές σύγκρισης ιδίων αποτελεσμάτων του Νοσοκομείου ,αποτελέσματα τα οποία συμπνέουν με τις τιμές άνω του 50% που κατέγραψαν τα αντίστοιχα υποερωτήματα 5.2 ,6.3 ,7.4 ,8.6 και που επιβεβαιώνουν εκ νέου την αδυναμία της Διοίκησης να εμπλέξει ενεργά το προσωπικό στην υλοποίηση της στρατηγικής της όπως προαναφέρθηκε στο κριτήριο της πολιτικής και στρατηγικής και των διαδικασιών.

Το στοιχείο που αξίζει προσοχής είναι ότι ο Οργανισμός δεν φαίνεται να δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στις πολιτικές σύγκρισης ιδίων αποτελεσμάτων όπως φανερώνει ο χαμηλός μέσος όρος του υποκριτηρίου 9.6 (2,77) και των σχετικών υποκριτηρίων 6.3 ,7.4 ,8.6.

Όλα τα υπόλοιπα υποκριτήρια κινήθηκαν σε τιμές άνω του 3 με τα υποκριτήρια 9.2 και 9.4 που αναφέρονται στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αποτελεσματικότητα του Οργανισμού να αποσπούν τα υψηλότερα ποσοστά της επιλογής 4=Συμφωνώ λίγο με τιμές 35,% και 37,1% αντίστοιχα ,αποτελέσματα τα οποία επιβεβαιώνουν τις υψηλές τιμές που έλαβε η ίδια επιλογή στα υποκριτήρια 4.1 , 4.3 ,4.4, 8.3 τα οποία κάνουν λόγο για την επιτυχή διαχείριση των συνεργασιών ,των πόρων και της συμβολής του Νοσοκομείου στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της έρευνας στις εννέα θεματικές ενότητες του EFQM Excellence Model αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα ο οποίος απεικονίζει την συνολική εικόνα του Οργανισμού σε αυτήν την πρώτη φάση αυτοαξιολόγησης βάσει των επιμέρους βαρών του μοντέλου.

Οι απαντήσεις του δείγματος στο σύνολο των 9 κριτηρίων εμφάνισαν μια συγκέντρωση προς τις μεσαίες τιμές και συγκεκριμένα μεταξύ των επιλογών 2=Διαφωνώ λίγο ,3=Δεν γνωρίζω και 4=Συμφωνώ λίγο με ποσοστώσεις της τάξης του 23% ,34% και 23% αντίστοιχα ενώ η συνολική σταθμισμένη βαθμολογία του Νοσοκομείου κινήθηκε στο όριο των 279 μονάδων στοιχεία που δείχνουν ότι απαιτούνται ακόμη αρκετές βελτιώσεις στην δομή και την συνολική του λειτουργία προκειμένου να εξασφαλίσει μια επιτυχημένη πορεία προς την ποιότητα με την κατάκτηση του πρώτου από τα τρία επίπεδα αξιολόγησης του EFQM, την Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Committed to Excellence).

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στους τομείς της πολιτικής και στρατηγικής και του Ανθρώπινου Δυναμικού, κριτήρια τα οποία απέσπασαν τους χαμηλότερους μέσους όρους στην κατηγορία των Προϋποθέσεων και συνεισέφεραν με 21 και 23 μονάδες αντίστοιχα στην συνολική βαθμολογία, ενώ από την πλευρά των Αποτελεσμάτων τα Αποτελέσματα του Ανθρώπινου Δυναμικού πρωτίστως και μετέπειτα των Πελατών είναι οι περιοχές που εμφανίζουν την μεγαλύτερη ανάγκη για βελτίωση με τους μικρότερους μέσους όρους στην κατηγορία και βαθμολογία που κινήθηκε στα επίπεδα των 22 και των 54 μονάδων αντίστοιχα σύμφωνα με τους επιμέρους συντελεστές βαρύτητας του κάθε κριτηρίου.

Κρίνεται επίσης άκρως απαραίτητο να ενισχυθεί ο ρόλος της Ηγεσίας στα πλαίσια εισαγωγής αρχών αριστείας στον Οργανισμό διότι τα υψηλά ποσοστά που έλαβε συνολικά η επιλογή «3=Δεν γνωρίζω» και η απάντηση «Όχι» στο τμήμα των γενικών ερωτήσεων για την ύπαρξη η όχι Γρ.Ποιότητας στο Νοσοκομείο καταδεικνύουν την έντονη αδυναμία της για διάχυση της πληροφορίας και της γνώσης και κυρίως την ελλιπή προώθηση του Οράματος στο εσωτερικό του Οργανισμού ώστε να καταστεί ο στόχος της ποιότητας άμεση προτεραιότητα από όλους τους

εργαζόμενους. Η αλλαγή της κουλτούρας και η δέσμευση για συνεχή βελτίωση μέσω της εφαρμογής ενός συστήματος ποιότητας είναι τα στοιχεία που θα θέσουν τις στερεές βάσεις στο οικοδόμημα της ποιότητας.

Πίνακας 5.4 «Συνολική σταθμισμένη βαθμολογία του Οργανισμού» (Ιδία Επεξεργασία)

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ				
A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΥΝΤ.ΒΑΡΥΤ.	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1	ΗΓΕΣΙΑ	2,8786	0,1	0,2879
2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	2,6398	0,08	0,2112
3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	2,6418	0,09	0,2378
4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	2,9071	0,09	0,2616
5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	2,8500	0,14	0,3990
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	2,7226	0,2	0,5445
7	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	2,4765	0,09	0,2229
8	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	2,9000	0,06	0,1740
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	2,9796	0,15	0,4469
			1	2,7858

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΙΑΤΡΙΚΗ)

Προκειμένου να σχηματίσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα αποτελέσματα που προέκυψαν επιχειρήθηκε μια συγκριτική ανάλυση μεταξύ των απαντήσεων του προσωπικού ανά υπηρεσία εργασίας .

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Οι απαντήσεις του διοικητικού προσωπικού στις εννέα θεματικές ενότητες του μοντέλου εμφάνισαν μια σαφώς βελτιωμένη εικόνα του Οργανισμού σε σχέση με την εικόνα που προέκυψε από τις απαντήσεις του συνόλου του δείγματος καθώς η σταθμισμένη βαθμολογία του Νοσοκομείου κινήθηκε στο όριο των 297 μονάδων ,18 μονάδες υψηλότερα από τις 279 μονάδες που απέσπασε ο Οργανισμός στην συνολική βαθμολογία όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι συνολικά τέσσερα κριτήρια εμφάνισαν μέσους όρους που ξεπέρασαν το όριο των 3 μονάδων όπως αυτά των Συνεργασιών και Πόρων, των Διαδικασιών, των Κοινωνικών Αποτελεσμάτων και των Κύριων Αποτελεσμάτων απόδοσης με τιμές 3.19, 3.09, 3.01 και 3.24 αντίστοιχα ενώ κοντά σε αυτό το όριο κινήθηκαν και οι μέσοι όροι των κριτηρίων της Ηγεσίας και των Αποτελεσμάτων των Πελατών με τιμές 2.96 και 2.95 αντίστοιχα, γεγονός που δείχνει ότι το διοικητικό προσωπικό εντοπίζει περισσότερα δυνατά σημεία στον Οργανισμό σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες.

Ως αχίλλειος πτέρνα του Οργανισμού και εδώ εμφανίζεται ο ανθρώπινος παράγοντας καθώς τα κριτήρια του Ανθρώπινου Δυναμικού και των Αποτελεσμάτων του Ανθρώπινου Δυναμικού κατέγραψαν του χαμηλότερους μέσους όρους με τιμές 2.47 και 2.67 αντίστοιχα, ενώ έπεται το κριτήριο της πολιτικής και στρατηγικής με τιμή 2.83, τομείς οι οποίοι χρήζουν άμεσων παρεμβάσεων και βελτιώσεων όπως δείχνουν και τα επιμέρους αποτελέσματα της Νοσηλευτικής και Ιατρικής Υπηρεσίας.

Πίνακας 5.5. "Επιμέρους σταθμισμένη βαθμ/γία του Οργ/σμου-Διοικητική Υπ." (Ιδία Επεξεργασία)

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ				
A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΥΝΤ.ΒΑΡΥΤ.	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1	ΗΓΕΣΙΑ	2,96	0,1	0,296
2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	2,83	0,08	0,2264
3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	2,47	0,09	0,2223
4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	3,19	0,09	0,2871
5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	3,09	0,14	0,4326
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	2,95	0,2	0,59
7	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	2,67	0,09	0,2403
8	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	3,01	0,06	0,1806
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	3,24	0,15	0,486
			1	2,9613

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η σταθμισμένη βαθμολογία του Νοσοκομείου που προέκυψε από τις απαντήσεις του προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κινήθηκε στο όριο των 278 μονάδων, πολύ κοντά στην συνολική

βαθμολογία των 279 μονάδων που απέσπασε ο Οργανισμός όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

Το στοιχείο που αξίζει να αναφέρουμε είναι ότι το κριτήριο της Ηγεσίας εμφανίζεται ως αυτό με τον μεγαλύτερο μέσο όρο της τάξης των 2,93 μονάδων ενώ στις υπόλοιπες δυο ομάδες όπως και στο σύνολο του προσωπικού το κυρίαρχο κριτήριο είναι αυτό των Κύριων Αποτελεσμάτων απόδοσης ,ενώ το κριτήριο της Ηγεσίας βρίσκεται τρίτο η τέταρτο στην κατάταξη ,γεγονός που δείχνει τη θετική προδιάθεση του Νοσηλευτικού προσωπικού προς την Διοίκηση και τις ενέργειες της.

Οι υπόλοιποι μέσοι όροι κινήθηκαν πολύ κοντά στους συνολικούς μέσους όρους με τα κριτήρια της πολιτικής και στρατηγικής ,του Ανθρώπινου Δυναμικού και των Αποτελεσμάτων του Ανθρώπινου Δυναμικού να καταγράφουν και εδώ τους χαμηλότερους μέσους όρους και να αναδεικνύονται ως τα πιο αδύνατα σημεία του Οργανισμού.

Πίνακας 5.6 “Επιμέρους σταθμισμένη βαθμ/γία του Οργ/σμου-Νοσηλευτική Υπ.” (Ιδία Επεξεργασία)

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ				
A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΥΝΤ.ΒΑΡΥΤ.	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1	ΗΓΕΣΙΑ	2,93	0,1	0,293
2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	2,63	0,08	0,2104
3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	2,61	0,09	0,2349
4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	2,85	0,09	0,2565
5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	2,84	0,14	0,3976
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	2,75	0,2	0,55
7	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	2,5	0,09	0,225
8	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	2,87	0,06	0,1722
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	2,91	0,15	0,4365
			1	2,7761

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η Ιατρική Υπηρεσία είναι η ομάδα που κατέγραψε τους χαμηλότερους μέσους όρους στα περισσότερα κριτήρια του μοντέλου σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες και απέδωσε μια σταθμισμένη βαθμολογία που κινήθηκε στο όριο των 272 μονάδων ,7 μονάδες πιο χαμηλά από την συνολική βαθμολογία των 279 μονάδων που απέσπασε ο Οργανισμός όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

Τα σημεία που χρήζουν ιδιαίτερης ανάλυσης είναι ότι πρώτον το κριτήριο της Ηγεσίας απέσπασε τον χαμηλότερο μέσο όρο της τάξης των 2,77 μονάδων σε σχέση με τις υπόλοιπες δυο ομάδες και το σύνολο του προσωπικού και κατετάγη πέμπτο στη σειρά και δεύτερον ότι το κριτήριο της Πολιτικής και Στρατηγικής κατέγραψε ένα πολύ χαμηλό μέσο όρο 2,57 μονάδες, γεγονός που δείχνει την έντονη διαφωνία του Ιατρικού προσωπικού με την πολιτική Διαχείρισης του Οργανισμού που ακολουθείται από την Διοίκηση.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα αδύνατα σημεία του Οργανισμού υπερτερούν έναντι των δυνατών με τα κριτήρια της πολιτικής και στρατηγικής ,του Ανθρώπινου Δυναμικού και των Αποτελεσμάτων του Ανθρώπινου Δυναμικού να είναι και εδώ πρώτα στην λίστα των περιοχών που επιδέχονται άμεσων βελτιώσεων.

Πίνακας 5.7 “Επιμέρους σταθμισμένη βαθμ/γία του Οργ/σμου-Ιατρική Υπ”.(Ιδία Επεξεργασία)

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ				
A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΣΥΝΤ.ΒΑΡΥΤ.	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1	ΗΓΕΣΙΑ	2,77	0,1	0,277
2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	2,57	0,08	0,2056
3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	2,65	0,09	0,2385
4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	2,87	0,09	0,2583
5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	2,77	0,14	0,3878
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	2,6	0,2	0,52
7	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	2,37	0,09	0,2133
8	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	2,91	0,06	0,1746
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	2,97	0,15	0,4455
			1	2,7206

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών ομάδων και κυρίως μεταξύ του Διοικητικού και του κλινικού(Νοσηλευτικού-Ιατρικού) προσωπικού προφανώς λόγω της διαφορετικής ιεράρχησης των αναγκών και προσέγγισης ως προς το αναμενόμενο αποτέλεσμα αφού οι μεν πρώτοι επικεντρώνονται περισσότερο στα χρηματοοικονομικά αποτελέσματα ενώ οι δε δεύτεροι στα καθαρά αποτελέσματα Υγείας αλλά οι διαφορές αυτές δεν φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας του Οργανισμού αφού όπως προέκυψε και από τους πίνακες της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way

ΑΝΟΝΑ) δεν εντοπίζεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της μέσης τιμής των 9 κύριων κριτηρίων ανάλογα με την υπηρεσία εργασίας .

Ενδεικτικά αναφέρουμε την εκτίμηση της μέσης τιμής της για τα κριτήρια «Ηγεσία» και των «Κύριων Αποτελεσμάτων απόδοσης» ανάλογα την υπηρεσία εργασίας.

Α.ΗΓΕΣΙΑ

Στον κάτωθι πίνακα καταγράφεται η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή.

Descriptives								
ΗΓΕΣΙΑ								
					95% Confidence Interval for Mean			
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	20	2,9556	1,10959	,24811	2,4363	3,4749	1,22	4,56
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	70	2,9317	,77010	,09204	2,7481	3,1154	1,33	4,67
ΙΑΤΡΙΚΗ	50	2,7733	,77175	,10914	2,5540	2,9927	1,00	4,11
Total	140	2,8786	,82396	,06964	2,7409	3,0163	1,00	4,67

Από τον πίνακα της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του κριτηρίου «Ηγεσία» ανάλογα την υπηρεσία εργασίας ($p=0,530$) σε επίπεδο σημαντικότητα 0,05.

ANOVA					
ΗΓΕΣΙΑ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,870	2	,435	,638	,530
Within Groups	93,498	137	,682		
Total	94,368	139			

Β.ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

Στον κάτωθι πίνακα καταγράφεται η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή.

Descriptives								
ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ								
					95% Confidence Interval for Mean			
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	20	3,2429	1,08807	,24330	2,7336	3,7521	1,29	5,00

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	70	2,9102	,71415	,08536	2,7399	3,0805	1,00	4,14
ΙΑΤΡΙΚΗ	50	2,9714	,63166	,08933	2,7919	3,1509	1,57	4,00
Total	140	2,9796	,75371	,06370	2,8536	3,1055	1,00	5,00

Από τον πίνακα της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του κριτηρίου «Κύρια Αποτελέσματα απόδοσης» ανάλογα την υπηρεσία εργασίας ($p=0,220$) σε επίπεδο σημαντικότητα 0,05.

ANOVA					
ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,727	2	,863	1,531	,220
Within Groups	77,236	137	,564		
Total	78,962	139			

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αντίθετα σε μια προσπάθεια συσχέτισης των απαντήσεων του προσωπικού με το επίπεδο εκπαίδευσης παρατηρήθηκε από τους πίνακες της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της μέσης τιμής των περισσότερων από των 9 κύριων κριτηρίων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Ενδεικτικά αναφέρουμε την εκτίμηση της μέσης τιμής της για τα κριτήρια των « Αποτελεσμάτων πελατών » των «Αποτελεσμάτων Ανθρώπινου Δυναμικού» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Α.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ

Στον κάτωθι πίνακα φαίνεται η εκτίμηση της μέση τιμής της του «Αποτελέσματα Πελατών» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Παράλληλα καταγράφεται η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή.

Descriptives								
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ								
					95% Confidence Interval for Mean			
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
ΜΕΣΗ	16	3,2188	,45427	,11357	2,9767	3,4608	2,50	4,00
ΑΝΩΤΕΡΗ	49	2,8231	,69339	,09906	2,6240	3,0223	1,50	4,67
ΑΝΩΤΑΤΗ	49	2,6361	,81910	,11701	2,4008	2,8713	1,00	4,33
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	17	2,3235	,76483	,18550	1,9303	2,7168	1,00	3,50

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	9	2,5185	,81413	,27138	1,8927	3,1443	1,00	3,83
Total	140	2,7226	,76301	,06449	2,5951	2,8501	1,00	4,67

Από τον πίνακα της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του «αποτελέσματα πελατών» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0,007$)

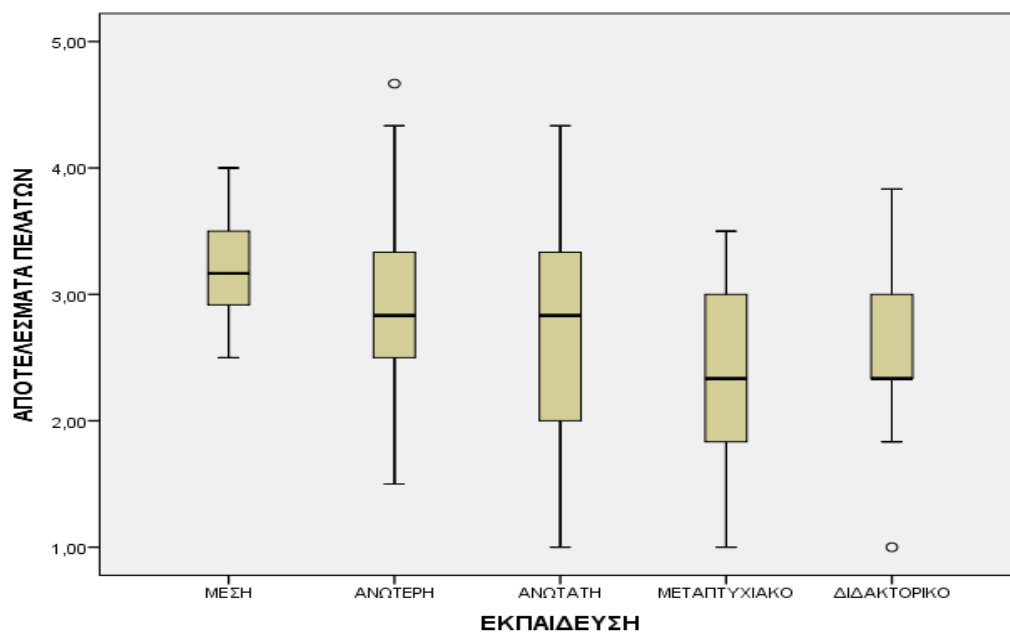
ANOVA					
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,883	4	1,971	3,643	,007
Within Groups	73,040	135	,541		
Total	80,923	139			

Για την περαιτέρω διερεύνηση των διαφορών ακολουθήθηκε η διαδικασία των πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο Tukey από όπου φαίνεται ότι το προσωπικό που διαθέτει αρχικά τίτλο ΠΜΣ και ακολούθως τίτλο ανώτατης εκπαίδευσης έχει σημαντικά χαμηλότερη τιμή στα «αποτελέσματα πελατών» συγκριτικά με το προσωπικό μέσης εκπαίδευσης. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητα 0,05 και το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας είναι $p=0,006$ και 0,052 αντίστοιχα για τους κατόχους τίτλων ΠΜΣ και ανώτατης εκπαίδευσης.

Multiple Comparisons							
Dependent Variable: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ							
			Mean	Std.		95% Confidence Interval	
	(I) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	(J) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Difference (I-J)	Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΜΕΣΗ	ΑΝΩΤΕΡΗ	,39562	,21179	,340	-,1900	,9812
		ΑΝΩΤΑΤΗ	,58270	,21179	,052	-,0029	1,1683
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,89522	,25620	,006	,1868	1,6036
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,70023	,30648	,156	-,1472	1,5476
	ΑΝΩΤΕΡΗ	ΜΕΣΗ	-,39562	,21179	,340	-,9812	,1900
		ΑΝΩΤΑΤΗ	,18707	,14860	,717	-,2238	,5980
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,49960	,20704	,118	-,0729	1,0721
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,30461	,26675	,784	-,4330	1,0422
	ΑΝΩΤΑΤΗ	ΜΕΣΗ	-,58270	,21179	,052	-1,1683	,0029
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,18707	,14860	,717	-,5980	,2238
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,31253	,20704	,558	-,2599	,8850
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,11754	,26675	,992	-,6200	,8551
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΜΕΣΗ	-,89522	,25620	,006	-1,6036	-,1868
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,49960	,20704	,118	-1,0721	,0729
		ΑΝΩΤΑΤΗ	-,31253	,20704	,558	-,8850	,2599

		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	-,19499	,30322	,968	-1,0334	,6434
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	ΜΕΣΗ	-,70023	,30648	,156	-1,5476	,1472
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,30461	,26675	,784	-1,0422	,4330
		ΑΝΩΤΑΤΗ	-,11754	,26675	,992	-,8551	,6200
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,19499	,30322	,968	-,6434	1,0334
* . The mean difference is significant at the 0.05 level.							

Η διαφορά αυτή αποδίδεται από το ακόλουθο γράφημα.



Διάγραμμα 9- Τιμές στα Αποτελέσματα Πελατών ανά μορφωτικό επίπεδο

Β.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Στον κάτωθι πίνακα φαίνεται η εκτίμηση της μέσης τιμής της του κριτηρίου «Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Παράλληλα καταγράφεται η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή.

Descriptives								
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ								
					95% Confidence Interval for Mean			
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
ΜΕΣΗ	16	2,9821	,54430	,13607	2,6921	3,2722	2,43	4,14
ΑΝΩΤΕΡΗ	49	2,4810	,64924	,09275	2,2946	2,6675	1,29	3,86
ΑΝΩΤΑΤΗ	49	2,4577	,73712	,10530	2,2460	2,6695	1,14	4,43
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	17	2,1681	,55612	,13488	1,8821	2,4540	1,14	3,14
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	9	2,2381	,73193	,24398	1,6755	2,8007	1,00	3,29
Total	140	2,4765	,69027	,05834	2,3612	2,5919	1,00	4,43

Από τον πίνακα της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του «Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0,009$)

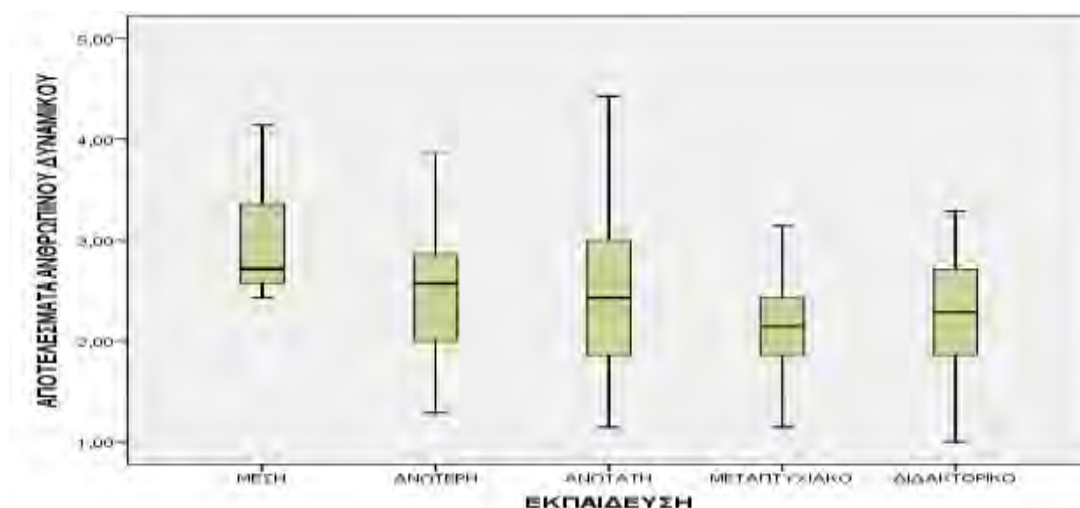
ANOVA					
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,238	4	1,559	3,509	,009
Within Groups	59,991	135	,444		
Total	66,229	139			

Από την διαδικασία των πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο Tukey φαίνεται ότι το προσωπικό που διαθέτει αρχικά τίτλο ΠΜΣ και ακολούθως τίτλο ανώτατης εκπαίδευσης και διδακτορικό τίτλο έχει σημαντικά χαμηλότερη τιμή στα «Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού» συγκριτικά με το προσωπικό μέσης εκπαίδευσης. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 και το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας είναι $p=0,005$ για τους κατόχους τίτλων ΠΜΣ ενώ για τους κατόχους τίτλων ανώτατης εκπαίδευσης και ΠΔΣ (Dr.) οι αντίστοιχες τιμές είναι $p=0,054$ και $p=0,062$ τιμές οι οποίες είναι οριακά μεγαλύτερες του 0,05 γεγονός που φαίνεται να ενισχύει την σχέση εξάρτησης μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και των απαντήσεων του προσωπικού.

Multiple Comparisons							
Dependent Variable: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ							
			Mean	Std.		95% Confidence Interval	
	(I) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	(J) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Difference (I-J)	Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΜΕΣΗ	ΑΝΩΤΕΡΗ	,50109	,19194	,074	-,0296	1,0318
		ΑΝΩΤΑΤΗ	,52442	,19194	,054	-,0063	1,0551
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,81408*	,23219	,005	,1721	1,4561
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,74405	,27776	,062	-,0239	1,5120
	ΑΝΩΤΕΡΗ	ΜΕΣΗ	-,50109	,19194	,074	-1,0318	,0296
		ΑΝΩΤΑΤΗ	,02332	,13468	1,000	-,3491	,3957
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,31298	,18764	,457	-,2058	,8318
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,24295	,24175	,853	-,4255	,9114
	ΑΝΩΤΑΤΗ	ΜΕΣΗ	-,52442	,19194	,054	-1,0551	,0063
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,02332	,13468	1,000	-,3957	,3491
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,28966	,18764	,536	-,2292	,8085
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	,21963	,24175	,893	-,4488	,8881
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΜΕΣΗ	-,81408*	,23219	,005	-1,4561	-,1721
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,31298	,18764	,457	-,8318	,2058
		ΑΝΩΤΑΤΗ	-,28966	,18764	,536	-,8085	,2292
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	-,07003	,27480	,999	-,8299	,6898

	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	ΜΕΣΗ	-,74405	,27776	,062	-1,5120	,0239
		ΑΝΩΤΕΡΗ	-,24295	,24175	,853	-,9114	,4255
		ΑΝΩΤΑΤΗ	-,21963	,24175	,893	-,8881	,4488
		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	,07003	,27480	,999	-,6898	,8299
* The mean difference is significant at the 0.05 level.							

Η διαφορά αυτή αποδίδεται από το ακόλουθο γράφημα.



Διάγραμμα 10- Τιμές στα Αποτελέσματα Ανθρώπινου Δυναμικού ανα μορφωτικό επίπεδο

Η ως άνω παρατήρηση που θέλει τους κατόχους ανώτερων διαβαθμισμένα τίτλων σπουδών να είναι αυστηρότεροι κριτές του Οργανισμού σε σχέση με το προσωπικό μέσης εκπαίδευσης και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η Ιατρική υπηρεσία περιλαμβάνει στους κόλπους της το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού που κατέχει τίτλους ΑΕΙ, ΠΜΣ, ΠΔΣ μπορεί να εξηγήσει ως ένα μέρος την χαμηλή βαθμολογία που απέσπασε ο Οργανισμός από την Ιατρική υπηρεσία.

B. ΥΠΟΘΕΣΗ 2

Στο δεύτερο και τελευταίο μέρος θα εξετάσουμε αν οι απόψεις των χρηστών ταυτίζονται με τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδει το μοντέλο σε κάθε ένα από τα 5 κριτήρια των Προϋποθέσεων (Ηγεσία, Πολιτική και Στρατηγική, Ανθρώπινο Δυναμικό, Συνεργασία και Πόροι, Διαδικασίες).

Τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους και κυρίως η ελλιπή πολιτική που ακολουθείται στον τομέα του Ανθρώπινου Δυναμικού επιβεβαιώνονται από τις απαντήσεις του προσωπικού και σε αυτήν την ενότητα καθώς οι ερωτώμενοι ανέδειξαν ως κυρίαρχο κριτήριο για την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας αυτό της Ηγεσίας με μέσο όρο τις 3.91 μονάδες και ακολούθησαν τα κριτήρια του Ανθρώπινου Δυναμικού, της Πολιτικής και Στρατηγικής, των Συνεργασιών και Πόρων με τιμές 3.85, 3.55 και 3.40 αντίστοιχα ενώ τελευταίο ως αυτό με τον μικρότερο ρόλο μέσα στο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων για την βελτίωση της ποιότητας θεωρήθηκε αυτό των Διαδικασιών με μέσο όρο τις 3.37 μονάδες. (*Πίνακας 14.*)

Αποτελέσματα τα οποία έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδει το μοντέλο σε κάθε ένα από τα 5 κριτήρια των Προϋποθέσεων καθώς το κριτήριο των Διαδικασιών είναι αυτό με τον μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας (0,14) και την μέγιστη επιρροή στην διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας με ποσοστό 14% ενώ έπονται τα κριτήρια της Ηγεσίας ,του Ανθρώπινου Δυναμικού ,των Συνεργασιών και Πόρων και της Πολιτικής και Στρατηγικής με τιμές 10% , 9%, 9% και 8% αντίστοιχα.

Η λάθος αντίληψη του δείγματος για τον βαθμό σημαντικότητας του κάθε κριτηρίου ενισχύεται και από την μηδαμινή εξοικείωση που έχουν οι χρήστες με το επίμαχο θέμα της έρευνας όπως καταγράφηκε στο σχετικό ερώτημα του γενικού μέρους και από το υψηλό ποσοστό του 28% που έλαβε η επιλογή «3=Δεν γνωρίζω» την δεύτερη υψηλότερη τιμή μετά το 33% που έλαβε η επιλογή «4=Συμφωνώ λίγο».

Συνοπτικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι χρήστες αντιλαμβάνονται με διαφορετικά κριτήρια την έννοια της ποιότητας σε σχέση με τις αρχές που πρεσβεύει το μοντέλο γεγονός που επιβεβαιώνει την άμεση ανάγκη διαμόρφωσης μιας εκπαιδευτικής πολιτικής περισσότερο προσανατολισμένη προς τις γενικές αρχές της ποιότητας και ειδικότερα στις αξίες του μοντέλου ,αν ο Οργανισμός επιλέξει αυτό το εργαλείο για την μετάβαση σε μια πιο ποιοτική διαχείριση.

Πίνακας 5.8 «Απόδοση επιμέρους βαρών ανά κριτήριο»(Ιδία Επεξεργασία)

A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
1	ΗΓΕΣΙΑ	3,91429
2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	3,55
3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	3,85714
4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	3,4
5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	3,37143

Σε μια προσπάθεια συσχέτισης των απαντήσεων του προσωπικού με το επίπεδο εκπαίδευσης του και επιμόρφωσης του σε θέματα ποιότητας παρατηρήθηκε από τους πίνακες της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της μέσης τιμής των 5 κριτηρίων σε σχέση με αυτές τις μεταβλητές.

Ενδεικτικά αναφέρουμε την εκτίμηση της μέσης τιμής της για το κριτήριο «Διαδικασίες» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού.

Descriptives								
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΜΕΣΗ	16	3,44	,892	,223	2,96	3,91	2	5
ΑΝΩΤΕΡΗ	49	3,37	1,035	,148	3,07	3,66	2	5
ΑΝΩΤΑΤΗ	49	3,39	,996	,142	3,10	3,67	2	5
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	17	3,18	,951	,231	2,69	3,67	1	5
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	9	3,56	1,236	,412	2,61	4,51	2	5
Total	140	3,37	,999	,084	3,20	3,54	1	5

Από τον πίνακα της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (one way ANOVA) δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του κριτηρίου «Διαδικασίες» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0,907$).

ANOVA					
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,035	4	,259	,254	,907
Within Groups	137,651	135	1,020		
Total	138,686	139			

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αυτοαξιολόγηση είναι μια εκτεταμένη, λεπτομερής, συστηματική και σε μόνιμη βάση ανασκόπηση της συνολικής λειτουργίας ενός οργανισμού μέσω της οποίας ο οργανισμός μπορεί εύκολα να αναγνωρίσει τα δυνατά του σημεία σε σχέση με τον ανταγωνισμό, τα αδύνατα σημεία του που χρειάζονται βελτίωση, τις πιθανές ευκαιρίες προς αξιοποίηση, όπως επίσης και τις πιθανές απειλές που πρέπει να διαχειριστεί. Το στοίχημα είναι να μετατρέψει τα μειονεκτήματα σε πλεονεκτήματα και τις απειλές σε ευκαιρίες.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας επιχειρήθηκε μέσω της διαδικασίας της αυτό-αξιολόγησης, με αναφορά στα κριτήρια και υποκριτήρια του Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM, να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται από το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου κύριες πρακτικές για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου σε αυτήν την πρώτη φάση κινείται σε ένα επίπεδο όπου απαιτούνται ακόμη αρκετές βελτιώσεις στην δομή και την συνολική του λειτουργία προκειμένου να εξασφαλίσει μια επιτυχημένη πορεία προς την ποιότητα με την κατάκτηση του πρώτου από τα τρία επίπεδα αξιολόγησης του EFQM, την Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία (Committed to Excellence).

Εντοπίστηκαν τομείς που χρήζουν άμεσης αναδιάρθρωσης όπως αυτοί της πολιτικής και στρατηγικής και του Ανθρώπινου Δυναμικού περιοχές που αναγνωρίστηκαν ως τα πιο αδύναμα σημεία του Οργανισμού καθώς έλαβαν την χαμηλότερη βαθμολογία γεγονός που δηλώνει ότι υπολείπονται των αρχών της ποιότητας.

Ειδικότερα πρέπει να επανεξεταστεί η αποστολή, το όραμα και οι αξίες του Οργανισμού, να αναθεωρηθεί η διαδικασία δημιουργίας και υλοποίησης του στρατηγικού σχεδίου ανάπτυξης και η πολιτική διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού.

Εξαιρετικά σημαντικός σε αυτήν την προσπάθεια απαλοιφής των αδύνατων σημείων του Οργανισμού είναι ο ρόλος της Διοίκησης καθώς είναι αυτή που θέτει το όραμα, τους στόχους του Οργανισμού, τις στρατηγικές και τα πλάνα για την εκπλήρωση των στόχων και αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την αποτελεσματική εγκαθίδρυση και εφαρμογή ενός συστήματος ποιότητας μέσω της δέσμευσης της για συνεχή βελτίωση και παρακολούθηση των «επιδόσεων». Η ανώτατη Διοίκηση πρέπει να ηγηθεί της προσπάθειας κυρίως με την αλλαγή της κουλτούρας, την δημιουργία ενός καθαρού οράματος για τον Οργανισμό και την ώθηση και ενθάρρυνση των εργαζομένων να συμμετέχουν ενεργά στην πραγματοποίησή του μέσω της επιβράβευσης των προσπαθειών τους.

Το κλίμα ανοικτής επικοινωνίας που επικρατεί στον Οργανισμό το οποίο καταχωρείται στα δυνατά του σημεία, μπορεί να καταστεί σύμμαχος για την ενεργή εμπλοκή του προσωπικού στην υλοποίηση της στρατηγικής της.

Η επιτυχία της στρατηγικής εξαρτάται από την χρηστή διαχείριση των πόρων και κυρίως του ανθρώπινου δυναμικού γι αυτό η ανάπτυξη ανοικτών διαύλων επικοινωνίας μεταξύ όλων των βαθμίδων του Οργανισμού , η ενθάρρυνση της συμμετοχής των εργαζομένων σε κάθε επίπεδο, η αναγνώριση των προσπαθειών τους, η τόνωση και η αναγνώριση του ρόλου της εκπαίδευσης, η συνεχής υποστήριξη τους ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας , η εκπαίδευση τους στις βασικές αρχές του management είναι στοιχεία στα οποία πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση .Οι άνθρωποι αποτελούν πηγή ιδεών και καινοτομιών και γι αυτό οι γνώσεις και οι προτάσεις τους πρέπει να αξιοποιούνται σε ποιοτικές και παραγωγικές ενέργειες βελτίωσης.Οι στόχοι και τα στρατηγικά σχέδια πρέπει να είναι ξεκάθαρα και άμεσα γνωστοποιησιμα σε όλες τις βαθμίδες του Οργανισμού ενώ η παρακολούθηση της απόδοσης μέσω της συνεχής ανατροφοδότησης με στοιχεία μετρήσεων και αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί πρέπει να εφαρμόζεται συστηματικά. Οι διαδικασίες πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά και τα στοιχεία που τις διαμορφώνουν να τίθενται σε διαρκή αναθεώρηση και να χρησιμοποιούνται ως βάση για βελτίωση. Απαιτείται η χρήση στατιστικών μεθόδων και εργαλείων που βοηθούν στην ακριβή ανάλυση των δεδομένων και ενισχύουν την λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων.

Επομένως μια αναθεωρημένη πολιτική Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού όπως αυτή περιγράφηκε ανωτέρω συνυφασμένη με τις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης πρέπει να τεθεί ως άμεση προτεραιότητα για την Διοίκηση στα πλαίσια εφαρμογής της νέας της στρατηγικής.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαιδευτική δραστηριότητα του Οργανισμού όσον αφορά την επιμόρφωση του προσωπικού στις γενικές αρχές της ποιότητας και ειδικότερα τις αξίες του μοντέλου καθώς οι χρήστες αντιλαμβάνονται με διαφορετικά κριτήρια την έννοια της ποιότητας σε σχέση με τις αρχές που πρεσβεύει το μοντέλο ,όπως προέκυψε από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.

Ένας ακόμη τομέας που έλαβε χαμηλή βαθμολογία και επιδέχεται αρκετών βελτιώσεων είναι αυτός των Αποτελεσμάτων των Πελατών. Επομένως αφού ο κύριος λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι η εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών τα χαρακτηριστικά τους ,οι προτεραιότητές τους ,τα παράπονα ,οι καταγγελίες τους και ο βαθμός ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι στοιχεία στα οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή προκειμένου να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σε αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να αναπτυχθούν πιο συστηματικά μέθοδοι και τεχνικές που να εξετάζουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των εμπλεκόμενων φορέων (Ασθενείς ,Προσωπικό, Εξωτερικοί συνεργάτες ,κοινωνικοί φορείς ,κ.τ.λ.) και να μετρούν την ικανοποίηση των πολιτών με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών(ερωτηματολόγια ικανοποίησης πολιτών). Επίσης το Γρ. Ποιότητας

θα πρέπει να ενισχυθεί περισσότερο από την Διοίκηση με αύξηση του κύρους και των αρμοδιοτήτων του εντός του Οργανισμού.

Σημαντικά περιθώρια βελτίωσης υπάρχουν και στον τομέα των εφαρμόσιμων πολιτικών που αφορούν το περιβάλλον, την τεχνολογία, την καινοτομία και την εξοικονόμηση ενέργειας όπως προκύπτει από τα κριτήρια των Συνεργασιών και Πόρων και των Κοινωνικών Αποτελεσμάτων ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί και στην εφαρμογή πολιτικών σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα του ευρύτερου ανταγωνισμού.

Ως δυνατά σημεία του Οργανισμού, με την επιφύλαξη του υψηλού ποσοστού που έλαβε η επιλογή «3=Δεν γνωρίζω», μπορούν να χαρακτηριστούν το κλίμα ανοικτής επικοινωνίας που επικρατεί στον Οργανισμό, η επιτυχή διαχείριση των συνεργασιών και των πόρων, η συμβολή του Νοσοκομείου στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, η εφαρμογή προτύπων ποιότητας κ.α. (ISO, HACCP, ΕΛΟΤ, κ.τ.λ.), η πολιτική διαχείρισης των παραπόνων (complaint management) και το επίπεδο της προσβασιμότητας των υπηρεσιών όπως προέκυψε από τα σχετικά υποερωτήματα και τις υψηλές βαθμολογίες που απέσπασαν τα κριτήρια των Συνεργασιών και Πόρων, των Κοινωνικών Αποτελεσμάτων και των Κύριων Αποτελεσμάτων Απόδοσης.

Συμπερασματικά προτείνεται ο Οργανισμός να αξιολογήσει την τρέχουσα επίδοση του και να θέσει προτεραιότητες προς βελτίωση ώστε να προσεγγίσει το πλαίσιο που εφαρμόζουν οι Οργανισμοί πρότυπα (rolemodel). Στην συνέχεια μέσω της δεύτερης φάσης αυτοαξιολόγησης ο Οργανισμός θα μπορέσει να παρακολουθήσει τις ενέργειες βελτίωσης που έγιναν μετά από την αποτύπωση της κατάστασης και να εκτιμήσει εάν ήταν αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό. Η διαδικασία της αυτό-αξιολόγησης είναι κυκλική και οι εφαρμογές της γίνονται κατά ακολουθία μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ούτως ώστε να συγκριθούν οι δύο προσπάθειες. Από την σύγκριση αυτή βγαίνει το πόρισμα για τις περιοχές που πρέπει να βελτιώσει ο Οργανισμός ώστε να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητά του. Η αυτό-αξιολόγηση που είναι βασισμένη πάνω στο Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM μπορεί να βοηθήσει τα στελέχη του οργανισμού όπως και το ανθρώπινο δυναμικό γιατί δείχνει τι σημαίνει επιχειρηματική αριστεία για τον ίδιο τον Οργανισμό, την πρόοδο που έχει κάνει μέχρι τώρα και την σύγκριση του με άλλους οργανισμούς γι αυτό και προτείνεται από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Διοίκηση της Ποιότητας (EFQM) η συνεχής αυτό-αξιολόγηση του οργανισμού, μέθοδος η οποία τον βοηθάει να εξελίσσεται μακροπρόθεσμα και να επωφελείται τα μέγιστα.

Τέλος προτείνεται να αναπαραχθεί η έρευνα σε περισσότερους Νοσοκομειακούς Οργανισμούς γεγονός που θα επιτρέψει την σύγκριση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής του μοντέλου αριστείας και θα τους δώσει την δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης σε μια τράπεζα δεδομένων με συγκριτικές πληροφορίες μεταξύ ομοειδών τμημάτων-Οργανισμών, στοιχείο που θα τους βοηθήσει να επιλέξουν τις σωστές αποφάσεις στην προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας.

Η χρήση στατιστικών μετρήσεων μεταξύ μεγαλύτερου δείγματος ή ενός ικανοποιητικού αριθμού Νοσοκομείων θα βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα των ευρημάτων και των συμπερασμάτων που προέκυψαν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Β' ΜΕΡΟΥΣ

1. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ,ΔΟΛΓΕΡΑΣ ,ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ (2003) Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας ,Εκδόσεις θεμέλιο 2003.
2. Laffel, G. & Blumenthal, D. (1989) The case for using industrial quality management science in healthcare organizations, *JAMA*, 262, pp. 2869-2873.
3. Theodorakiogloy Y., and Tsiotras, G., (2000), “The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare”, *Total quality management*, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165
4. Y Nikolaidis (2006), Implementing basic quality techniques in social services: the case of DOKPY, Magnisia, Greece *International Journal of Services Technology and Management* 7 (4), 383-402
5. Y Nikolaidis, C Terpos (2010), The evolution of quality management in DOKPY, Magnesia–Greece: from basic quality initiatives to EFQM *International Journal of Productivity and Quality Management* 5 (4), 384-400
6. Mittler, S., (1998), “Southampton University Hospitals NHS Trust: our approach to performance management”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.11, No.4,pp.134–136
7. Norheim O, Ekeberg, Ø., Evensen S, Halvorsen, M., Kvernebo, K., (2001), “Adoption of new health care services in Norway (1993–1997): specialists’ self-assessment according to national criteria for priority setting”, *Health Policy* 56 65–79
8. Moeller, J., and Sonntag K., (2001), “Evaluation of health services organisations –German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare”, *The TQM Magazine*, Volume 13, N. 5 .
9. Nabitz, U and Walburg, J., (2000),”Addicted to quality winning the Dutch quality award based on the EFQM MODEL”, *International journal of healthcare quality assurance*, V.13, N.6, pp259-265
10. Arcelay, A., Sannchez, E., Hernandez., L. et al., (1999) “ Self- aassessment of all health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management”, *International Journal for quality in healthcare*, V.12, N.2, pp. 54-58.
11. JACQUELINE A. L. ,CALBERT H. D., PGCE2, KATH LEE «A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development», *Journal of Nursing Management*, Volume: 13, 2005, 508–518.

12. Udo Nabit, Niek Klazinga, Jan Walburg «The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care», International Journal for Quality in Health Care, Volume 12 No: 3, 2000 pp. 191-201
13. Johannes Moeller, Jochen Breinlinger-O'Reily, John Elser «Quality management in German health care the EFQM Excellence Model», International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume: 13 No: 6, 2000 pp. 254-258
14. Sandra Venero, Udo Nabit, Gilberto Bragonzi, Alessio Rebelli, Rita Molinari, «A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital», International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 20 No.3, 2007 pp. 215-231
15. Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, τόμος 1ος και 2ος. Αθήνα.
16. Javeau, C. (2000). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Τζαννόνε-Τζώρτζη, Κ. Ι. (επιμέλεια και απόδοση στα ελληνικά). Αθήνα: εκδ. Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1- ΠΙΝΑΚΕΣ

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ-9 ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΡΡΕΝ	41	29,3	29,3	29,3
	ΘΥΛΗ	99	70,7	70,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΗΛΙΚΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-35	11	7,9	7,9	7,9
	36-45	53	37,9	37,9	45,7
	46-55	59	42,1	42,1	87,9
	56+	17	12,1	12,1	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΣΗ	16	11,4	11,4	11,4
	ΑΝΩΤΕΡΗ	49	35,0	35,0	46,4
	ΑΝΩΤΑΤΗ	49	35,0	35,0	81,4
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	17	12,1	12,1	93,6
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	9	6,4	6,4	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	112	80,0	80,0	80,0
	ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	20	14,3	14,3	94,3
	Δ/ΝΤΗΣ	8	5,7	5,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	20	14,3	14,3	14,3
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	70	50,0	50,0	64,3

	ΙΑΤΡΙΚΗ	50	35,7	35,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-1	2	1,4	1,4	1,4
	2-10	32	22,9	22,9	24,3
	11-20	47	33,6	33,6	57,9
	21+	59	42,1	42,1	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	94	67,1	67,1	67,1
	ΟΧΙ	46	32,9	32,9	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	7	5,0	5,0	5,0
	ΟΧΙ	133	95,0	95,0	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	27	19,3	19,3	19,3
	ΟΧΙ	113	80,7	80,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΚΥΡΙΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

	ΗΓΕΣΙΑ	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	ΑΝΘΡΩ- ΠΙΝΟ ΔΥΝΑ- ΜΙΚΟ	ΣΥΝΕ- ΡΓΑΣΙ- ΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	ΔΙΑΔΙΚ- ΑΣΙΕΣ	ΑΠΟΤΕΛ. ΠΕΛΑΤΩ- Ν	ΑΠΟΤΕΛ. ΑΝΘΡΩ- ΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙ- ΚΟΥ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣ- ΜΑΤΑ	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛ. ΑΠΟΔΟΣΗ Σ
Mean	2,88	2,64	2,64	2,91	2,85	2,72	2,48	2,90	2,98
Median	2,78	2,71	2,57	2,86	3,00	2,83	2,43	3,00	3,14
Mode	2,67	2,71	1,57 ^a	2,57	3,33	3,00	2,43	3,00 ^a	3,57
Standard Deviation	,82	,91	,89	,77	,70	,76	,69	,65	,75
Variance	,68	,82	,78	,59	,49	,58	,48	,42	,57

ΠΙΝΑΚΕΣ 11-19. ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΗΓΕΣΙΑ

ΗΓΕΣΙΑ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$IGESIA ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	197	15,6%	140,7%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	304	24,1%	217,1%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	314	24,9%	224,3%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	345	27,4%	246,4%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	100	7,9%	71,4%
Total		1260	100,0%	900,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$ΠΟΛΙΤΙΚ ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	198	20,2%	141,4%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	240	24,5%	171,4%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	295	30,1%	210,7%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	211	21,5%	150,7%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	36	3,7%	25,7%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$DYNAMIK ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	214	21,8%	152,9%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	279	28,5%	199,3%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	181	18,5%	129,3%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	256	26,1%	182,9%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	50	5,1%	35,7%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$SYNERG ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	116	11,8%	82,9%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	227	23,2%	162,1%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	328	33,5%	234,3%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	250	25,5%	178,6%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	59	6,0%	42,1%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$DIADIAK ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	107	12,7%	76,4%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	168	20,0%	120,0%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	341	40,6%	243,6%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	192	22,9%	137,1%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	32	3,8%	22,9%
Total		840	100,0%	600,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$PELAT ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	106	12,6%	75,7%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	210	25,0%	150,0%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	351	41,8%	250,7%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	157	18,7%	112,1%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	16	1,9%	11,4%
Total		840	100,0%	600,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$ANTHRDYN ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	218	22,2%	155,7%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	239	24,4%	170,7%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	380	38,8%	271,4%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	124	12,7%	88,6%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	19	1,9%	13,6%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 18.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$KOINVNI ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	105	10,7%	75,0%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	205	20,9%	146,4%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	402	41,0%	287,1%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	219	22,3%	156,4%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	49	5,0%	35,0%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$APODO ^a	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	99	10,1%	70,7%
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	164	16,7%	117,1%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	412	42,0%	294,3%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	268	27,3%	191,4%
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	37	3,8%	26,4%
Total		980	100,0%	700,0%

ΠΙΝΑΚΕΣ 20-28. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΗΓΕΣΙΑ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1: ΗΓΕΣΙΑ (ερωτήσεις 1.1- 1.9)									
	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 8	ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 9
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Mean	2,81	3,00	3,14	2,68	2,51	2,64	2,87	3,28	2,99
Median	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	4,00	3,00
Mode	3	3	4	4	2	2	3 ^a	4	4
Std. Deviation	1,029	,967	1,207	1,237	1,184	1,259	1,137	1,241	1,336

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ (ερωτήσεις 2.1- 2.8)								
		ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2,60	2,56	2,60	2,59	2,58	2,72	2,83
Median		3,00	2,50	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		3	2	2	3	3	3	3
Std. Deviation		1,234	1,081	1,204	1,132	1,126	1,060	1,092
Variance		1,522	1,168	1,450	1,280	1,267	1,123	1,193

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (ερωτήσεις 3.1- 3.7)								
		ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,11	2,39	2,33	2,70	2,62	2,89	2,46
Median		3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00
Mode		3	1	2	4	4	4	2
Std. Deviation		1,149	1,233	1,208	1,198	1,261	1,256	1,075
Variance		1,319	1,519	1,460	1,435	1,589	1,578	1,156

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ (ερωτήσεις 4.1- 4.7)								
		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,37	2,89	2,96	2,98	2,85	2,65	2,66
Median		3,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		4	2	3	4	3	2	3
Std. Deviation		1,027	1,080	1,010	1,172	1,052	1,211	,927
Variance		1,055	1,167	1,020	1,374	1,107	1,467	,860

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ (ερωτήσεις 5.1- 5.6)							
		ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6
N	Valid	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		3,05	2,85	2,64	2,92	2,93	2,71
Median		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		3	3	3	3	4	3
Std. Deviation		1,075	,830	1,061	1,087	1,123	,962
Variance		1,156	,690	1,125	1,181	1,261	,925

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ (ερωτήσεις 6.1- 6.6)							
		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6
N	Valid	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		2,69	2,61	2,74	2,80	2,74	2,75
Median		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Mode	3	3	3	3	3	3
Std. Deviation	,981	1,016	,884	,946	,970	1,026
Variance	,963	1,032	,782	,895	,941	1,052

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ερωτήσεις 7.1- 7.7)								
		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2,43	2,39	2,47	2,74	2,33	2,49	2,49
Median		2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00
Mode		2	1	2	3	3	3	3
Std. Deviation		1,126	1,233	1,096	,828	,978	,917	,963
Variance		1,268	1,521	1,201	,685	,956	,842	,928

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ερωτήσεις 8.1- 8.7)								
		ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2,42	3,00	3,64	2,77	2,91	2,66	2,89
Median		3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		3	3	4	3	4	3	3
Std. Deviation		,930	,831	1,093	1,013	1,099	,878	,887
Variance		,864	,691	1,195	1,027	1,207	,771	,787

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9: ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (ερωτήσεις 9.1- 9.7)								
		ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 1	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 2	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 3	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 4	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 5	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 6	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟ 7
N	Valid	140	140	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2,93	3,01	3,02	3,04	3,01	2,78	3,08
Median		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		3	4	4	4	3	3	3
Std. Deviation		1,022	1,049	1,076	1,109	,917	,823	,953
Variance		1,045	1,101	1,158	1,229	,842	,677	,907

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΚΥΡΙΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

			ΗΓΕΣΙΑ	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	Mean	2,96	2,83	2,74	3,19	3,09	2,95	2,67	3,01	3,24
		Median	3,00	2,71	2,57	3,36	3,33	3,17	2,64	3,07	3,50
		Mode	1,33 ^a	2,71	2,14	4,00	3,33	1,33 ^a	2,29 ^a	3,57	3,57
		Standard Deviation	1,11	1,09	1,04	,95	,92	,94	,71	,86	1,09
		Variance	1,23	1,18	1,09	,90	,84	,88	,51	,74	1,18
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	Mean	2,93	2,63	2,61	2,85	2,84	2,75	2,50	2,87	2,91
		Median	2,78	2,71	2,64	2,86	3,00	2,83	2,57	2,86	3,00
		Mode	2,67	2,71	1,57 ^a	2,86	3,00	2,67	2,57	2,86	3,29
		Standard Deviation	,77	,86	,83	,73	,64	,72	,69	,60	,71
		Variance	,59	,75	,69	,53	,41	,52	,47	,36	,51
	ΙΑΤΡΙΚΗ	Mean	2,77	2,57	2,65	2,87	2,77	2,60	2,37	2,91	2,97
		Median	2,72	2,57	2,43	2,71	2,83	2,67	2,36	3,00	3,00
		Mode	2,56	3,14	1,86 ^a	2,57	3,17	2,33	2,14 ^a	3,00	3,57
		Standard Deviation	,77	,90	,91	,73	,68	,74	,68	,64	,63
		Variance	,60	,81	,83	,53	,46	,54	,46	,40	,40

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΥΡΙΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΩΝ (ερωτήσεις 1.10- 2.8 - 3.8 - 4.8 - 5.7)

		ΗΓΕΣΙΑ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
N	Valid	140	140	140	140	140
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,91	3,55	3,86	3,40	3,37
Median		4,00	4,00	4,00	3,00	3,00
Mode		4 ^a	4	5	3	3
Std. Deviation		1,028	1,088	1,123	1,009	,999
Variance		1,057	1,185	1,260	1,019	,998

ΠΙΝΑΚΕΣ 31-35. ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΩΝ (ερωτήσεις 1.10- 2.8 - 3.8 - 4.8 - 5.7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 31.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΗΓΕΣΙΑ

ΗΓΕΣΙΑ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	4	2,9	2,9	2,9
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	8	5,7	5,7	8,6
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	32	22,9	22,9	31,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	48	34,3	34,3	65,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	48	34,3	34,3	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 32.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	8	5,7	5,7	5,7
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	15	10,7	10,7	16,4
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	35	25,0	25,0	41,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	56	40,0	40,0	81,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	26	18,6	18,6	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 33.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	4	2,9	2,9	2,9
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	17	12,1	12,1	15,0
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	24	17,1	17,1	32,1
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	45	32,1	32,1	64,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	50	35,7	35,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 34.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	3	2,1	2,1	2,1
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	22	15,7	15,7	17,9
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	54	38,6	38,6	56,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	38	27,1	27,1	83,6
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	23	16,4	16,4	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 35.ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	1	,7	,7	,7
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	29	20,7	20,7	21,4
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	48	34,3	34,3	55,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	41	29,3	29,3	85,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	21	15,0	15,0	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Α.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ

ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Διπλωματική Εργασία:

**« ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ :ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ»

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΕΤΑΞΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ

2017-2018

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σας προσκαλώ να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί για τη διπλωματική εργασία με τίτλο: « **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ -ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ :ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ**» στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η επιτακτική ανάγκη για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας είναι αυτή που κατατάσσει το ζήτημα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σαν πρωταρχικό στόχο πολλών Νοσοκομειακών Μονάδων.

Σε αυτό το πλαίσιο κινείται και η παρούσα εργασία με κύριο σκοπό να αναδείξει τον καθοριστικό ρόλο των σύγχρονων εργαλείων management και της Διοίκησης ολικής Ποιότητας στην Υγεία.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελείται από δύο μέρη με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το γενικό μέρος που περιλαμβάνει μια ενότητα και το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει εννέα ενότητες με ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας .Επισημαίνουμε ότι οι απαντήσεις θα είναι αυστηρά ανώνυμες και εμπιστευτικές.

Το ερωτηματολόγιο παραλαμβάνεται χωρίς στοιχεία αποστολέα, θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και απολύτως στα πλαίσια του τμήματος της έρευνας για τη διπλωματική εργασία και δεν θα δημοσιοποιηθούν τα αποτελέσματά του.

Η συλλογή στοιχείων καθώς και η επεξεργασία των δεδομένων που θα ακολουθήσει πληροί απόλυτα τους κανόνες του Κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 679/2016 της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή και τον χρόνο σας,

Με εκτίμηση,

Παπαρίζος Βασίλειος,
Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Π.Θ.

I	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ					
1	Φύλο	APPEN	ΘΗΛΥ			
2	Ηλικία	18-35	36-45	46-55	56+	
3	Εκπαίδευση	Μέση	Ανώτερη	Ανώτατη	Μεταπτυχιακός	Διδακτορικό
4	Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Προϊστάμενος	Τομεάρχης	Δ/ντης	Διοικητής
5	Υπηρεσία εργασίας	Διοικητική	Τεχνική	Νοσηλευτική	Ιατρική	
6	Χρόνος υπηρεσίας	0-1	2-10	11-20	21+	
7	Έχετε συμμετέχει σε ημερίδες ή σεμινάρια με θέμα την ποιότητα στον χώρο της Υγείας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ			
8	Το Νοσοκομείο διαθέτει Τμήμα Ποιότητας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ			
9	Έχετε συμπληρώσει ξανά το ίδιο ερωτηματολόγιο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ			
II	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΑΠΟΨΕΙΣ					
A	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1 – ΗΓΕΣΙΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Η δέσμευση στις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα της Διοίκησης του Νοσοκομείου ;	1	2	3	4	5
2	Η Διοίκηση αναπτύσσει συστηματικά το όραμα και την κουλτούρα του Νοσοκομείου ακολουθώντας τους στρατηγικούς της στόχους;	1	2	3	4	5
3	Η Διοίκηση συμμετέχει ενεργά στη διασφάλιση της ανάπτυξης, εφαρμογής και συνεχούς βελτίωσης του συστήματος διοίκησης του οργανισμού;	1	2	3	4	5
4	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου υποστηρίζει, αναγνωρίζει και επιβραβεύει τόσο την ατομική όσο και την ομαδική δράση, καθώς και τις προσπάθειες των υπαλλήλων, για την πραγματοποίηση των στόχων του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
5	Η Διοίκηση παρέχει κίνητρα στο προσωπικό για την βελτίωση της απόδοσης του;	1	2	3	4	5
6	Η Διοίκηση επενδύει συστηματικά στην εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού;	1	2	3	4	5

7	Η Διοίκηση αναγνωρίζει και υπερασπίζεται τις οργανωτικές αλλαγές;	1	2	3	4	5
8	Η Διοίκηση διατηρεί ανοιχτούς δίαυλους επικοινωνίας με τους ασθενείς ,το προσωπικό, τους συνεργάτες και τους εκπροσώπους της κοινωνίας προσπαθώντας να δημιουργήσει μια σχέση αμφίδρομης επικοινωνίας;	1	2	3	4	5
9	Επιδιώκεται από τη Διοίκηση η δημόσια καταξίωση και αναγνώριση της υπηρεσίας από το κοινό, μέσω της ανάπτυξης εκστρατειών προβολής της δραστηριότητας και των υπηρεσιών που προσφέρει;	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι ο ρόλος της ηγεσίας επηρεάζει την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας ;	1	2	3	4	5
B	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2 – ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Η Διοίκηση έχει καταστήσει σαφές στους υπαλλήλους της το όραμά , την αποστολή και τους στόχους του Νοσοκομείου(που θέλουμε να πάμε , πως θα πάμε ,με ποια μέσα θα τους πετύχουμε)	1	2	3	4	5
2	Είναι ξεκάθαρος ο στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός;	1	2	3	4	5
3	Ενθαρρύνεται το προσωπικό να συμμετέχει ενεργά στην πραγματοποίησή του οράματος του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
4	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης των πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των εμπλεκόμενων φορέων στη λειτουργία του Νοσοκομείου (Ασθενείς ,Προσωπικό, Εξωτερικοί συνεργάτες ,κοινωνικοί φορείς ,κ.τ.λ.);	1	2	3	4	5
5	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης παρακολούθησης και αξιολόγησης σε όλα τα επίπεδα του Νοσοκομείου; (Ιδies επιδόσεις ,Ανταγωνισμός, Τρέχουσες εξελίξεις στον τομέα της Υγείας ,κτλ.)	1	2	3	4	5

6	Αξιοποιούνται οι προτάσεις των υπαλλήλων που κινούνται στην κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και γενικότερα στην βελτίωση λειτουργίας του Οργανισμού;	1	2	3	4	5
7	Ο στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός εφαρμόζεται με τη συμφωνία των υπηρεσιακών παραγόντων μέσα από προγραμματισμένες συναντήσεις με τη Διοίκηση όσον αφορά τον καθορισμό των προτεραιοτήτων και χρονοδιαγραμμάτων;	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι η Πολιτική και Στρατηγική του Οργανισμού επηρεάζει την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας;	1	2	3	4	5
Γ	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3 – ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Η πολιτική Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού είναι σαφής και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ευρύτερης πολιτικής και στρατηγικής του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
2	Ακολουθείται ένα σύστημα αξιών που αποτελείται από αντικειμενικά κριτήρια όσον αφορά τη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (προσλήψεις, προαγωγές, αμοιβές και αρμοδιότητες) ;	1	2	3	4	5
3	Το πλαίσιο αξιολόγησης του προσωπικού είναι ξεκάθαρο ,διαφανές ,αξιοκρατικό και εφαρμόζεται συστηματικά μέσα από σαφείς διαδικασίες;	1	2	3	4	5
4	Εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον εργασίας που είναι ασφαλές και αποδοτικό για το προσωπικό του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
5	Αναγνωρίζονται οι απαιτούμενες ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο;	1	2	3	4	5
6	Επικρατεί στο Νοσοκομείο κλίμα ανοικτής επικοινωνίας και διαλόγου καθώς και ενθάρρυνσης της ομαδικής εργασίας;	1	2	3	4	5
7	Οι στόχοι του Νοσοκομείου αναγνωρίζονται και ως στόχοι των υπαλλήλων μέσα από συντονισμένες προσπάθειες της Διοίκησης;	1	2	3	4	5

8	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το Ανθρώπινο Δυναμικό του Οργανισμού επηρεάζει την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας;	1	2	3	4	5
Δ	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4-ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Επιτυγχάνεται η συνεργασία της υπηρεσίας με τους βασικούς συνεργάτες αυτής; (προμηθευτές, άλλες υπηρεσίες, προϊστάμενες αρχές κ.α.)	1	2	3	4	5
2	Υπάρχει οργανωμένη πολιτική ενημέρωσης- πληροφόρησης των πολιτών;	1	2	3	4	5
3	Εφαρμόζονται οι απαιτούμενες χρηματοοικονομικές διαδικασίες ώστε να υπάρχει σύνδεση μεταξύ της χρήσης των οικονομικών πόρων και των στρατηγικών στόχων του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
4	Αξιοποιούνται με επιτυχία οι υποδομές του Νοσοκομείου (κτίρια, εξοπλισμός, υλικά,κ.τ.λ.)ώστε να επιτευχθούν οι προγραμματισμένοι στόχοι;	1	2	3	4	5
5	Το Νοσοκομείο εφαρμόζει καινοτόμες τεχνολογίες φιλικές προς το περιβάλλον;	1	2	3	4	5
6	Χρησιμοποιούνται οι σύγχρονες τεχνολογίες στην καθημερινή λειτουργία; (π.χ. πρόσβαση σε Βάσεις Δεδομένων, εξ αποστάσεως εκπαίδευση κτλ)	1	2	3	4	5
7	Παρακολουθείται τακτικά και αξιολογείται η διαθέσιμη πληροφορία και γνώση, και συνδέεται με το στρατηγικό προγραμματισμό του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι οι Συνεργασίες και οι Πόροι του Οργανισμού επηρεάζουν την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας;	1	2	3	4	5
Ε	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Το Νοσοκομείο εφαρμόζει πρότυπα διαχείρισης διαδικασιών ,ποιότητας , περιβάλλοντος;(π.χ. ISO ,HACCP ,ΕΛΟΤ,κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5
2	Το Νοσοκομείο χρησιμοποιεί δείκτες για την μέτρηση της	1	2	3	4	5

	αποτελεσματικότητας των διαδικασιών;					
3	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των πολιτών με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ;(π.χ. ερωτηματολόγια ικανοποίησης πολιτών);	1	2	3	4	5
4	Οι υποδείξεις και τα παράπονα των πολιτών,του προσωπικού ,των προμηθευτών λαμβάνονται υπ όψιν από την Διοίκηση του Νοσοκομείου με σκοπό την βελτίωση των διαδικασιών ;	1	2	3	4	5
5	Είναι εύκολα προσβάσιμες στο κοινό οι παρεχόμενες υπηρεσίες; (π.χ. διάθεση μέσω του διαδικτύου, διευρυμένο ωράριο κτλ)	1	2	3	4	5
6	Το Νοσοκομείο συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα με σκοπό την εισαγωγή καινοτομιών που θα βελτιώσουν την λειτουργία του ;	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι οι Διαδικασίες που ακολουθούνται εντός του Οργανισμού επηρεάζουν την εφαρμογή κύριων πρακτικών για την εισαγωγή και την βελτίωση της ποιότητας;	1	2	3	4	5
ΣΤ	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των πολιτών σχετικά με την πρόσβαση και τους χρόνους αναμονής, προκειμένου το Νοσοκομείο να βελτιώσει την γενική εικόνα του απέναντι στο κοινό;	1	2	3	4	5
2	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των πολιτών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές και την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας προκειμένου το Νοσοκομείο να βελτιώσει την γενική εικόνα του απέναντι στο κοινό;	1	2	3	4	5
3	Ακολουθούνται συστηματικά πολιτικές σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα άλλων Νοσοκομείων παρόμοιας δυναμικότητας και γενικά του ευρύτερου ανταγωνισμού όσον αφορά την ικανοποίηση των πολιτών ;	1	2	3	4	5

4	Το Νοσοκομείο έχει προχωρήσει σε βελτιωτικές ενέργειες αξιοποιώντας αποτελέσματα ερευνών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο όσον αφορά την ικανοποίηση των πολιτών ;	1	2	3	4	5
5	Το Νοσοκομείο διαθέτει βάση δεδομένων αναφορικά με την ικανοποίηση των πολιτών ώστε να βελτιώσει τις δυσλειτουργίες ή να ικανοποιήσει τις επιπλέον προσδοκίες;	1	2	3	4	5
6	Υπάρχει συγκεκριμένη στοχοθέτηση για το προσωπικό στον τομέα της ικανοποίησης των πολιτών;	1	2	3	4	5
Z	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης του προσωπικού σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον σε τομείς όπως η ασφάλεια ,η υγιεινή ,η επικοινωνία, η εκπαίδευση ,οι προοπτικές ανέλιξης,κ.τ.λ.;	1	2	3	4	5
2	Επιβραβεύονται οι ατομικές και οι ομαδικές προσπάθειες των υπαλλήλων από τη διοίκηση του Νοσοκομείου;	1	2	3	4	5
3	Παρατηρούνται συχνά φαινόμενα απεργιών ,αδικαιολόγητων απουσιών ,ανεπιθύμητων συμπεριφορών ,παραπόνων ,καταγγελιών ή άλλων εκδηλώσεων δυσaráσκειας προς την Διοίκηση;	1	2	3	4	5
4	Ακολουθούνται συστηματικά πολιτικές σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με αποτελέσματα άλλων Νοσοκομείων παρόμοιας δυναμικότητας και γενικά του ευρύτερου ανταγωνισμού όσον αφορά την ικανοποίηση του προσωπικού ;	1	2	3	4	5
5	Γίνονται εσωτερικές μετρήσεις για τα επιτεύγματα του προσωπικού;	1	2	3	4	5
6	Το Νοσοκομείο διαθέτει μετρήσιμα στοιχεία τριετίας ή πενταετίας αναφορικά με την ικανοποίηση του προσωπικού ώστε να βελτιώσει τις δυσλειτουργίες ή να ικανοποιήσει τις επιπλέον προσδοκίες;	1	2	3	4	5
7	Εφαρμόζεται συγκεκριμένη στοχοθέτηση από την Διοίκηση στον τομέα της ικανοποίησης του προσωπικού;	1	2	3	4	5

Η	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης των πληροφοριών που λαμβάνονται από το κοινωνικό σύνολο σχετικά με τις επικρατούσες αντιλήψεις της κοινωνίας για τον οργανισμό.	1	2	3	4	5
2	Έχει το Νοσοκομείο κάποιο πρόγραμμα κοινωνικής ευθύνης ;	1	2	3	4	5
3	Η λειτουργία του Νοσοκομείου συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών στην περιοχή ευθύνης του;	1	2	3	4	5
4	Γίνονται ενέργειες για συμμετοχή σε προγράμματα και δρώμενα με αντικείμενο τον σεβασμό στο περιβάλλον και την εξοικονόμηση ενέργειας ώστε να ευαισθητοποιηθεί περαιτέρω η κοινωνία και το προσωπικό;	1	2	3	4	5
5	Το Νοσοκομείο αναλαμβάνει πρωτοβουλία πρόληψης ατυχημάτων και κινδύνων υγείας, για τους υπαλλήλους της αλλά και για τους πολίτες με τους οποίους συναλλάσσεται;	1	2	3	4	5
6	Ακολουθούνται συστηματικά πολιτικές σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα άλλων Νοσοκομείων παρόμοιας δυναμικότητας και γενικά του ευρύτερου ανταγωνισμού όσον αφορά την κοινωνική συμβολή του Νοσοκομείου ;	1	2	3	4	5
7	Εφαρμόζεται συγκεκριμένη στοχοθέτηση από την Διοίκηση στον τομέα της κοινωνικής συμβολής του Νοσοκομείου ;	1	2	3	4	5
Θ	ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9-ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι παρακολούθησης και ανάλυσης δεικτών που μετρούν τις επιδόσεις του Νοσοκομείου σε βασικές διεργασίες (π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης κλινών, ιατρικά λάθη κ.τ.λ.) με σκοπό την άμεση βελτίωση;	1	2	3	4	5
2	Θεωρείτε ότι βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία μετρήσεων;	1	2	3	4	5

3	Το Νοσοκομείο παρακολουθεί συστηματικά και βελτιώνει δείκτες που σχετίζονται με την αποτελεσματική χρηματοοικονομική του διαχείριση όπως η φαρμακευτική δαπάνη, το κόστος του εξοπλισμού και των αναλωσίμων, τις αποσβέσεις παγίων, τις οφειλές των Ταμείων, κ.τ.λ.	1	2	3	4	5
4	Κρίνεται αποτελεσματική την λειτουργία του Νοσοκομείου, επιτυγχάνει δηλαδή τους στόχους που έχουν τεθεί;	1	2	3	4	5
5	Το Νοσοκομείο διαθέτει μετρήσιμα στοιχεία τριετίας ή πενταετίας αναφορικά με τους χρηματοοικονομικούς δείκτες ώστε να βελτιώσει τις δυσλειτουργίες ή να ικανοποιήσει τις επιπλέον προσδοκίες;	1	2	3	4	5
6	Ακολουθούνται συστηματικά πολιτικές σύγκρισης των ιδίων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα άλλων Νοσοκομείων παρόμοιας δυναμικότητας και γενικά του ευρύτερου ανταγωνισμού όσον αφορά την χρηματοοικονομική διαχείριση του Νοσοκομείου ;	1	2	3	4	5
7	Εφαρμόζεται συγκεκριμένη στοχοθέτηση από την Διοίκηση όσον αφορά τους χρηματοοικονομικούς δείκτες του Νοσοκομείου ;	1	2	3	4	5

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

**Της 39^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του
Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ» σήμερα **21 Δεκεμβρίου 2017** ημέρα της εβδομάδας **Πέμπτη**, συνήλθαν σε Τακτική Συνεδρίαση στην Αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου τα παρακάτω μέλη του Συμβουλίου, μετά την αριθμ.πρωτ. **25632/19-12-2017** πρόσκληση του Προέδρου του ΔΣ:

1. Δραμητινός Ματθαίος, Πρόεδρος Δ.Σ.
2. Αποστολίδης Χαρίλαος, Αντιπρόεδρος Δ.Σ.
3. Ρούμπος Νικόλαος, Μέλος Δ.Σ.
4. Ταταριώτης Γεώργιος, Μέλος Δ.Σ.
5. Μπαρλαμπάνη Βασιλική, Μέλος Δ.Σ.
6. Μαλινδρέτος Παύλος, Μέλος Δ.Σ.
7. Αναγνωστάκη Μαρία, Μέλος Δ.Σ.

Στη Συνεδρίαση μετείχε η κ. Τσεκούρα Ιφιγένεια, Γραμματέας του Συμβουλίου και παρίσταται η Προϊσταμένη του Τμήματος Οικονομικού κ. Λαμπρινή Γιαννακού για τα Οικονομικά θέματα. Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Δραμητινού Ματθαίου, αποφάσισε τα παρακάτω σύμφωνα με τα θέματα της Ημερήσιας Διάταξης που περιλαμβάνονται στην πρόσκληση:

.....

ΘΕΜΑ 3 «Έγκριση αιτήματος του υπαλλήλου του Νοσοκομείου Παπαρίζου Βασιλείου, κλάδου ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, με το οποίο αιτείται τη χορήγηση έγκρισης για τη διανομή ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Νοσοκομείου, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο «Στρατηγικός σχεδιασμός και προϊόντα υπηρεσιών στο χώρο της υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Γ.Ν.Βόλου», του μεταπτυχιακού προγράμματος «Εφαρμοσμένη Οικονομική στη δημόσια διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας».

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ η αριθμ.πρωτ.25176/13-12-2017 εισήγηση της Διοικητικής- Οικονομικής Υπηρεσίας η οποία αναφέρει τα εξής :

Τίθενται υπόψη:

1. Οι διατάξεις του άρθρου 58 του Ν. 3528/2007 «Κύρωση της Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων ΝΠΔΔ» (ΦΕΚ 26/9-2-2007/τ.Α'), περί «χορήγηση αδειών υπηρεσιακής εκπαίδευσης»
2. Η με αριθμ. 634/07-11-2017 Απόφαση Διοικητή του Νοσοκομείου σύμφωνα με την οποία χορηγήθηκε στον ανωτέρω υπάλληλο τμηματική εκπαιδευτική άδεια, με σκοπό την παρακολούθηση του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Εφαρμοσμένη Οικονομική» του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ - ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ, ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ, για δύο (2) ημέρες την εβδομάδα και συγκεκριμένα τις ημέρες Πέμπτη και Παρασκευή από την ημερομηνία υπογραφής της διοικητικής ατομικής πράξης μέχρι και 30-3-2018 και εξαιρουμένων των ημερομηνιών διακοπής λειτουργίας του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, με την επισήμανση ότι ο υπάλληλος θα καταθέσει:
 - ▶ Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της διπλωματικής εργασίας από τις ιδιωτικές κλινικές και τα Κέντρα Υγείας του Νομού Μαγνησίας και
 - ▶ Αναλυτικά στοιχεία για την ολοκλήρωση της εργασίας του.
3. Η υπ' αριθμ. 22284/08-11-2017 αίτηση (με τα σχετικά δικαιολογητικά) του υπαλλήλου του Νοσοκομείου Παπαρίζου Βασιλείου, κλάδου ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, με την οποία αιτήθηκε τη χορήγηση έγκρισης για τη διανομή ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Νοσοκομείου, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο «Στρατηγικός σχεδιασμός και προϊόντα υπηρεσιών στο χώρο της υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Γ.Ν.Βόλου», του μεταπτυχιακού προγράμματος «Εφαρμοσμένη Οικονομική στη δημόσια διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
4. Η υπ' αριθμ. 14/20-11-2017 (θέμα 3ο), απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Βόλου «Αχιλλοπούλειο», με θετική γνωμοδότηση για το ανωτέρω αίτημα του υπαλλήλου.

Κατόπιν των ανωτέρω παρακαλούμε για τη λήψη σχετικής απόφασης όσον αφορά την έγκριση ή μη διανομής ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Νοσοκομείου, του υπαλλήλου Παπαρίζου Βασιλείου, κλάδου ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο «Στρατηγικός σχεδιασμός και προϊόντα υπηρεσιών στο χώρο της υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Γ.Ν.Βόλου», του μεταπτυχιακού προγράμματος «Εφαρμοσμένη Οικονομική στη δημόσια διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Το Δ.Σ του Νοσοκομείου αφού έλαβε υπόψη τα παραπάνω και μετά από διαλογική συζήτηση

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι ομόφωνα

Την έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Νοσοκομείου, του υπαλλήλου Παπαρίζου Βασιλείου, κλάδου ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο «Στρατηγικός σχεδιασμός και προϊόντα υπηρεσιών στο χώρο της υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Γ.Ν.Βόλου», του μεταπτυχιακού προγράμματος «Εφαρμοσμένη Οικονομική στη δημόσια διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας».

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΔΡΑΜΗΤΙΝΟΣ

Τα Μέλη
Συμβουλίου

1. Αποστολίδης Χαρίλαος, Αντιπρόεδρος Δ.Σ
2. Ρούμπος Νικόλαος, Μέλος Δ.Σ
3. Ταταριώτης Γεώργιος, Μέλος Δ.Σ
4. Μπαρλαμπάνη Βασιλική, Μέλος Δ.Σ
5. Μαλινδρέτος Παύλος, Μέλος Δ.Σ
6. Αναγνωστάκη Μαρία, Μέλος Δ.Σ.

Η Γραμματέας του

Τσεκούρα Ιφιγένεια