

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ- ΜΒΑ»



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Θέμα Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας:
«Διοίκηση ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΕΣΕΡΜΠΕΚΟΓΛΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΑΜ: de7618014

Τριμελής Επιτροπή:
Λάμπρος Σδρόλιας (Επιβλέπων)
Βασιλική Καζαντζή
Στέλιος Κουκούμιαλος

ΛΑΡΙΣΑ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2018-2019

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
Περίληψη	5
1. Εισαγωγή.....	6
2. Η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας.....	7
2.1 Deming	8
2.1.1 Σχέδιο	8
2.1.2 Δοκιμή	9
2.1.3 Μελέτη.....	9
2.1.4 Πράξη	10
2.2 Juran	11
2.3 Crosby	11
2.4 Ishikawa	15
3. Πραγματικότητα περί υγείας και διοίκησης ολικής ποιότητας.....	16
3.1 Πλαίσιο αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας.....	19
3.2 Ηγεσία	23
3.3 Ομαδική εργασία.....	23
3.4 Εκπαίδευση	24
3.5 Επικοινωνία.....	24
3.6 Πελάτες	24
3.7 Διοίκηση ολικής ποιότητας και υγεία	25
3.8 Διοίκηση ολικής ποιότητας και συνεχής βελτίωση.....	26
3.9 Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και εργαζόμενοι	26
4. Διοίκηση ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα	32
4.1 Αγγελή, 2019.....	32
4.2 Παπαρίζος, 2018	32
4.3 Τζωρτζόπουλος, 2018	33
4.4 Βλάχου, 2017	33
4.5 Τσάμου, 2017	33

4.6 Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016	34
4.7 Μαλακέλλη, 2016.....	34
4.8 Κουκουφιλίππου κ.ά., 2016	35
4.9 Κουθούρης και Εξάρχου, 2015	35
4.10 Μέκρα και Κολλάρος, 2015	35
4.11 Παπαναστασίου, 2015	36
4.12 Xesfingi, 2015	36
4.13 Καρασούλος, 2014	37
4.14 Σιορέντα κ. ά., 2014	37
4.15 Pantounakis and Mprogiatzidis, 2013	38
4.16 Φραγκιαδάκης, 2013	38
4.17 ΑΧΕΠΑ, 2013	40
4.18 Γιαννακοπούλου, 2012.....	41
4.19 Μωραΐτη και Γκολέμη, 2012	41
4.20 Τσουνής και Σαράφης, 2012	41
4.21 Γώγος, 2011.....	42
4.22 Notara et al., 2010	42
4.23 Πισσάκη, 2010	42
4.24 Theodorakioglou and Tsiotras, 2010.....	43
4.25 Μαλλιάρου κ.ά., 2009	43
4.26 Bellou, 2008	44
4.27 Lekidou et al., 2007.....	44
4.28 Μιχαηλίδου και Σακελλαρίου, 2007	45
4.29 Pandelis, 2007	45
4.30 Χατζοπούλου, 2006.....	46
4.31 Μαυρομιχάλη, 2004	46
4.32 Χατζηπουλίδης, 2003	46
5. Συμπεράσματα	47
Βιβλιογραφία	48

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η Σοφία Εσερμπέκογλου δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δεν συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
2. Αποδέχομαι ότι το ΠΜΣ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να την διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή βιβλιοθήκη του, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ ολόψυχα τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κύριο Λάμπρο Σδρόλια για την επιλογή του θέματος, την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του.

Περίληψη

Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό το οποίο θεωρείται δεδομένο στην πραγματικότητα του Δυτικού κόσμου. Οι περισσότεροι φορείς και οργανισμοί, αν όχι όλοι, στρέφονται σε αυτήν προς αναζήτηση μίας εύρυθμης λειτουργίας σε πολλαπλά επίπεδα. Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται την καταγραφή και αποτύπωση της διοίκησης ολικής ποιότητας στην Ελλάδα διαχρονικά, με επίκεντρο τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Αν και η Ελλάδα αποτελεί χώρα του Δυτικού κόσμου, πλην όμως σε βαθιά ύφεση, φαίνεται ότι η έμφαση δίνεται κυρίως στον τομέα του προσωπικού χωρίς φυσικά να παρακάμπτεται αυτός των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: διοίκηση ολικής ποιότητας, νοσηλευτικά ιδρύματα, Ελλάδα

Abstract

Total quality management is a characteristic that is considered a reality in the Western world. Most organizations, if not all, turn to it in search of a well-functioning multi-level system. The present thesis deals with the recording and mapping of total quality management in Greece over a period of time, focusing on hospitals. Although Greece is a country of the Western world, but in a deep recession, it seems that the emphasis is given mainly on the personnel sector without, of course, bypassing patients.

Key words: total quality management, hospitals, Greece

1. Εισαγωγή

Η διοίκηση ως έννοια στις σύγχρονες κοινωνίες αποτελεί συνώνυμο όλων των φορέων και των οργανισμών ανεξαιρέτως. Η εξαγωγή ενός θετικού αποτελέσματος σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που ασκείται η διοίκηση. Ωστόσο, οι υπηρεσίες που παρέχονται προς τους πελάτες δεν είναι ένα στατικό μέγεθος αλλά δυναμικό. Στο πλαίσιο αυτό, οι σύγχρονες μέθοδοι αντίληψης περί διοίκησης εστιάζουν στην ποιότητα, κατ' επέκταση στη διοίκηση ολικής ποιότητας. Βασικό γνώρισμα της ποιότητας είναι η συνεχής άνοδος του επιπέδου της σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό έχει να κάνει τόσο με τις υπηρεσίες καθαυτές όσο και με τις ανάγκες των όποιων πελατών, οι οποίες αλλάζουν ραγδαία και αυξάνονται με τη σειρά τους είτε ποσοτικά είτε ποιοτικά. Κατά συνέπεια, η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας αποτελεί πλέον ζωτικό στοιχείο για τη λειτουργία ενός οργανισμού σε όλες τις κλίμακες αφού η ποιότητα οφείλει να διέπει οποιαδήποτε συνιστώσα. Η συγκεκριμένη τοποθέτηση αποτελεί πραγματικότητα και όχι ευχή, με την ποιότητα να είναι προμετωπίδα όλων των φορέων και οργανισμών στις ανεπτυγμένες χώρες του Δυτικού κόσμου.

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι η καταγραφή της διοίκησης ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδος διαχρονικά. Πιο συγκεκριμένα, στο 2^ο κεφάλαιο πραγματοποιείται αναφορά στη φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας και αλλά και στους μεγάλους θεωρητικούς που συνέβαλαν τα μέγιστα για την πρόοδο αυτού του τομέα. Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την πραγματιστική υπόσταση της διοίκησης ολικής ποιότητας, το πλαίσιο αρχών λειτουργίας της και τα βασικά χαρακτηριστικά της. Το 4^ο κεφάλαιο, που αποτελεί και την ουσία της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, εστιάζει στη συγκριτική ανάλυση της κατάστασης στην Ελλάδα μέσω παράθεσης δευτερογενών πηγών. Βιβλιογραφία που καλύπτει ένα μεγάλο χρονικό εύρος αναλύεται στο παρόν πόνημα. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η αποτύπωση της εξέλιξης της διοίκησης ολικής ποιότητας σε βάθος χρόνου, γεγονός που σηματοδοτεί την σφαιρική απεικόνιση για τα τεκταινόμενα στην Ελλάδα. Αυτή η παραδοχή, σε συνδυασμό με την υφιστάμενη βιβλιογραφία είναι σε θέση όχι μόνο να ενισχύσει την αντίληψη περί διοίκησης ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα αλλά να προτείνει και λύσεις με εφαρμογή στο εγγύς ή όχι μέλλον.

2. Η φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας

Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί στο παρόν ένα εξέχον μέρος του κλάδου υγείας αναφορικά με πτυχές όπως η οικονομία, η αγορά και οι υπηρεσίες. Η εξελικτική της διαδικασία εξαρτάται από γεγονότα όπως η παγκοσμιοποίηση, ο ελεύθερος ανταγωνισμός, η απελευθέρωση της αγοράς και η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας. Στην πραγματικότητα, η φιλοσοφία της είναι η προσήλωση του οποιουδήποτε εργαζομένου σε έναν στόχο, αυτόν της συνεχούς βελτίωσης και της λύσης των όποιων προβλημάτων προκύπτουν. Φυσικά, ο πρωτεύων στόχος δεν είναι άλλος από την επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών (Talib, 2013). Συνεπώς, η ενδυνάμωση της ποιότητας των υπηρεσιών και η όσο το δυνατόν καλύτερη διαχείριση των πόρων αποτελούν ικανή και αναγκαία συνθήκη για τη διοίκηση ολικής ποιότητας (Ahmad and Bakar, 2003; Ishfaq, et al., 2016). Επίσης, ο προγραμματισμός που αφορά στο χρόνο είναι ουσιώδους σημασίας, ειδικά στον τομέα των υπηρεσιών (Fotopoulos and Psomas, 2009).

Η μεγάλη έμφαση στη διοίκηση ολικής ποιότητας στο παρόν σχετίζεται με τους κανονισμούς που θέτουν πλέον οι περισσότερες κυβερνήσεις – στον ανεπτυγμένο κόσμο τουλάχιστον – και στην επίδραση που έχουν οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δηλαδή οι πελάτες. Ως αποτέλεσμα, όλη η αγορά αυτού του είδους έχει μεταβληθεί από αυτή της απλής παραγωγής σε αυτήν της πελατοκεντρικής, με τους πελάτες-ασθενείς να συμμετέχουν έμμεσα ή και ορισμένες φορές άμεσα, στον στρατηγικό σχεδιασμό ενός υγειονομικού οργανισμού με επίκεντρο τη διοίκηση ολικής ποιότητας (Balasubramanian, 2016).

Τόσο οι μελετητές σε πανεπιστημιακό επίπεδο όσο και οι εργαζόμενοι σε αυτό το χώρο, συμφωνούν στο ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί μία προσέγγιση η οποία ανάγει τις ρίζες της στην αρχαία Ιαπωνία. Έχοντας λοιπόν ως δεδομένο το στοιχείο της ομαδικότητας που χαρακτηρίζει ακόμα και σήμερα τους Ιάπωνες, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας στέκεται αρωγός στην καλύτερευση των παρεχόμενων αγαθών, πόρων και υπηρεσιών μέσω της μεθόδου της συνεργασίας (Zandin, 2001). Ωστόσο, η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί επιτυχημένη αναφορικά με τα συστήματα υγείας, κατά γενική ομολογία (Huq and Martin, 2000; Theodorakioglou and Tsiotras, 2000). Η μη ολοκληρωμένη δομή κατά καιρούς, οι ακατάλληλες μέθοδοι προς υλοποίηση και το ανεπαρκές

περιβάλλον συνολικά είναι οι κύριοι παράγοντες αποτυχίας (Mosadeghrad, 2013). Επίσης, μεταξύ άλλων, αυτή η αποτυχία της διοίκησης ολικής ποιότητας στη δημόσια υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με πτυχές όπως αυτές της γραφειοκρατίας, τις διαμάχες μεταξύ των εργαζομένων και τα πολλά κλιμακωτά στάδια στην ιεραρχία (Badrick and Preston, 2001; Counte and Meuer, 2001; Yang, 2003). Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν η έλλειψη κινήτρων για ανάληψη πρωτοβουλιών και η ανυπαρξία ανταγωνισμού στον ιδιωτικό τομέα (Hellstrom et al., 2010; Nembhard et al., 2009; Ozturk and Swiss, 2008). Άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι η απουσία διακεκριμένης ηγεσίας, η έλλειψη πόρων, εκπαίδευσης, επικοινωνίας και η μη στόχευση σε συγκεκριμένες ομάδες ενδιαφέροντος (Abd-Manaf, 2005; Alexander et al., 2007; Withanachchi et al., 2007; Mosadeghrad, 2006).

2.1 Deming

Ο κύκλος Deming είναι ένα μοντέλο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας που αποτελείται από μια λογική ακολουθία τεσσάρων βασικών φάσεων· Σχέδιο, Δοκιμή, Μελέτη και Πράξη. Μία από τις μεγάλες επιτυχίες του έργου του Deming θα μπορούσε να θεωρηθεί η επιρροή του στο Ιαπωνικό οικονομικό θαύμα μετά το τέλος του Β' ΠΠ, όπου η οικονομία της Ιαπωνίας ανέκαμψε από ζημιές από τον πόλεμο για να διεκδικήσει τη δεύτερη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο. Τα βασικά γνωρίσματα είναι τα παρακάτω (<https://www.process.st/>):

2.1.1 Σχέδιο

- Κατανόηση του ορισμού της ποιότητας.
 - Πώς καθίσταται γνωστό αν μία αλλαγή είναι και βελτίωση;
 - Μπορεί να γίνει πρόβλεψη των αποτελεσμάτων;

Ο πρώτος στόχος στο πλαίσιο του κύκλου Deming είναι ο προγραμματισμός για το τί είναι επιθυμητό να επιτευχθεί. Αυτό είναι ένα πρακτικό και θεωρητικό βήμα. Από τη μία πλευρά, δεν υφίσταται ασχολία με την επιστημονική ανακάλυψη αλλά με επιχειρηματικές διαδικασίες. Υπάρχει λοιπόν σαφής πρόθεση βελτίωσης στο εσωτερικό της επιχείρησης, είτε είναι λειτουργικό είτε αφορά στο προϊόν. Αυτό

καθοδηγεί τον τελικό στόχο σε όλη τη διάρκεια της έρευνας. Από την άλλη, δοκιμάζονται οι επιλεχθείσες μέθοδοι πρόβλεψης και ανάλυσης. «Σε ποιο βαθμό μπορείτε να διαγνώσετε τα υπάρχοντα προβλήματά σας;», «Πόσο καλά μπορείς να εκτιμήσεις την επίτευξή σου;», «Τί προβλήματα θα προκύψουν τα οποία μπορείτε να επισημάνετε εκ των προτέρων;», είναι ορισμένα από τα ερωτήματα που τίθενται. Το στάδιο του σχεδιασμού είναι μια προσπάθεια βελτίωσης των αποτελεσμάτων και μία επιστημονική έρευνα της ικανότητας κατανόησης της επιχείρησή. Σε αυτό το στάδιο, δοκιμάζεται και να αναλύεται τί συμβαίνει σήμερα με το προϊόν ή πώς μπορεί να βελτιωθεί. Γίνεται προσπάθεια επίσης να κατανοηθούν οι αλλαγές που μπορούν να γίνουν για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Καταγράφεται επιχειρησιακά ο τρόπος με τον οποίο αυτή η βελτίωση μπορεί να αντιμετωπιστεί και να επιτευχθεί. Τέλος, ο οποιοσδήποτε είναι σε θέση να προβλέψει τα αποτελέσματα των προσπαθειών βελτίωσης της διαδικασίας

2.1.2 Δοκιμή

- Εκκίνηση με δοκιμές μικρής κλίμακας.
- Εφαρμογή επαναληπτικών αλλαγών στα πειράματά για έλεγχο των μεταβλητών.
 - Δήλωση κάθε βήματος.

Κατά την εκτέλεση του σχεδίου, αντί να αποφασίζεται απλώς να γίνεται μία αλλαγή και ξαφνικά να αναθεωρούνται όλες οι λειτουργίες, είναι ζωτικής σημασίας να πραγματοποιούνται αλλαγές αργά και επαναληπτικά κατά τη δοκιμή υποθέσεων. Η χρήση μελετών που μπορούν να μετρηθούν σε ομάδες ελέγχου σας βοηθά στην κατανόηση των δεδομένων που λαμβάνονται, επιτρέποντάς όχι μόνο τη βελτίωση της παραγωγή αλλά και την πλήρη κατανόηση γιατί η παραγωγή βελτιώθηκε από τις αλλαγές που θεσπίστηκαν.

2.1.3 Μελέτη

- Τα αποτελέσματα ταιριάζουν με τις προβλέψεις;
- Με ποιους τρόπους τα αποτελέσματα διαφέρουν και γιατί;

- Πώς θα μπορούσε να δοκιμαστούν μεταβλητές που προηγουμένως δεν είχαν καταγραφεί;

Το στάδιο της μελέτης είναι το βασικό σημείο διαφοροποίησης από τον κύκλο PDCA. Για τον Deming, τα αποτελέσματα του σχεδιασμού και της εφαρμογής θα παρουσιαστούν σε αυτό το στάδιο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερα από το εάν η διαδικασία βελτιώθηκε ή όχι. Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν αν η διαδικασία βελτιώθηκε ή όχι, για τους λόγους που θεωρήθηκε ότι θα βελτιωνόταν. Θα περιλαμβάνουν επίσης, αν ήταν σε θέση να προβλεφθούν εκ των προτέρων τα αλλαγμένα αποτελέσματα. Το στάδιο μελέτης, για τον Deming, διδάσκει την εξαγωγή συμπερασμάτων όπως κάνει ένας επιστήμονας, αντί να τίθεται απλώς το ρώτημα εάν λειτούργησε. Η ερώτηση για τον Deming δεν είναι "*Δούλεψε;*" αλλά "*Γιατί λειτούργησε;*".

2.1.4 Πράξη

- Εφαρμογή των συνιστώμενων αλλαγών.
- Παρακολούθηση της απόδοσης και των δεδομένων με το χρόνο.
- Παροχή όλη της τεκμηρίωσης στην εταιρεία για τη βελτίωση της εσωτερικής θεωρίας.

Το στάδιο της Πράξης είναι τόσο η εφαρμογή βελτιώσεων στην εταιρεία όσο και η εφαρμογή νέων γνώσεων στη θεωρία της υφιστάμενης εταιρείας. Το στάδιο της Πράξης πρέπει να προσπαθήσει να συνθέσει τις νέες πληροφορίες που συλλέχθηκαν στο στάδιο της Μελέτης με την ευρύτερη κατανόηση για τον τρόπο λειτουργίας της εκάστοτε επιχείρησης. Όπως τα αποτελέσματα επανειλημμένων πειραμάτων δημιουργούν νέες γνώσεις που είναι χρήσιμες τόσο για τις συνθήκες αυτών των πειραμάτων όσο και για το σύνολο της επιστημονικής γνώσης στο σύνολό τους, πρέπει και τα αποτελέσματα να ενσωματωθούν σε νέους χώρους από τους οποίους μπορείτε να αρχίσει ξανά ο κύκλος.

2.2 Juran

Αναμφισβήτητα, ο Juran είχε τη μεγαλύτερη επιρροή στη θεωρία της διαχείρισης της ποιότητας μετά τον Deming μεταξύ άλλων. Η έμφαση δίνεται περισσότερο στη διαχειριστική πτυχή της ποιότητας. Ο Juran είναι περισσότερο γνωστός ως «Ο πατέρας της σύγχρονης διαχείρισης της ποιότητας». Ο Juran αντιμετώπισε τη διοίκηση ολικής ποιότητας ως «ικανότητά για χρήση» ή την καταλληλότητα για τον πελάτη. Γενικά, πίστευε ότι ο πελάτης πρέπει να καθορίζει την ποιότητα, εάν η επιχείρηση θέλει να είναι επιτυχής και ότι αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιεί κατάλληλους δείκτες για να καθορίσει με ακρίβεια τις ανάγκες των πελατών. Και εστιάζοντας στην "καταλληλότητα για χρήση" βοηθάει την εταιρεία να αποτρέψει την υπο-ή υπερ-προδιαγραφή προϊόντων και υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, θεωρούσε ότι η ποιότητα έχει άμεση σχέση με την ικανοποίηση των πελατών με τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες. Εισηγήαγε «Δέκα Βήματα για τη Βελτίωση της Ποιότητας» για τη βελτίωση της ικανοποίησης των πελατών, τα οποία είναι (<https://mpira.ub.uni-muenchen.de>):

- Δημιουργία συνειδητοποίησης της ανάγκης και της ευκαιρίας για βελτίωση.
- Ορισμός στόχων βελτίωσης.
- Οργάνωση για την επίτευξη των στόχων (δημιουργία συμβουλίου ποιότητας, εντοπισμός προβλημάτων, επιλογή έργων, διορισμός ομάδων).
- Παροχή εκπαίδευσης.
- Εκτέλεση έργων για την επίλυση προβλημάτων.
- Αναφορά προόδου.
- Αναγνώριση
- Επικοινωνία με τα αποτελέσματα.
- Βαθμολογία
- Διατήρηση της δυναμικής κάνοντας ετήσια βελτίωση του τμήματος των στενών συστημάτων και διαδικασιών της εταιρείας.

2.3 Crosby

Η ποιότητα, τονίζει ο Crosby, δεν είναι ούτε άυλη ούτε ανυπολόγιστη. Είναι μία στρατηγική επιταγή που μπορεί να ποσοτικοποιηθεί και να επιστρέψει στην εργασία για να βελτιώσει την κατώτατη γραμμή. Τα αποδεκτά επίπεδα ποιότητας ή ελαττωμάτων και τα παραδοσιακά μέτρα ποιοτικού ελέγχου αποτελούν ένδειξη αποτυχίας και όχι εξασφάλισης της επιτυχίας. Η έμφαση, για τον Crosby, αφορά στην πρόληψη, όχι στην επιθεώρηση και στη θεραπεία. Ο στόχος είναι να πληρούνται οι απαιτήσεις εγκαίρως, για πρώτη φορά και κάθε φορά. Πιστεύει ότι η πρωταρχική ευθύνη για την κακή ποιότητα έγκειται στη διοίκηση και ότι η διοίκηση θέτει τον τόνο για την ποιοτική πρωτοβουλία από την κορυφή. Η προσέγγιση του Crosby στην ποιότητα είναι ξεκάθαρη. Κατά την άποψή του, η καλή, η κακή, η υψηλή και η χαμηλή ποιότητα είναι έννοιες και η έννοια της ποιότητας είναι η συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις. Μη συμμορφούμενα προϊόντα είναι αυτά που η διοίκηση δεν έχει καθορίσει ή ελέγξει. Το κόστος της μη συμμόρφωσης ισούται με το κόστος της μη ορθής εκτέλεσης της πρώτης προσπάθειας και όχι με την εξουδετέρωση των ελαττωμάτων στις διαδικασίες. Η πρωταρχική του προσέγγιση για την ποιότητα που διατυπώθηκε στην Ποιότητα είναι ελεύθερη και συχνά συνοψίζεται ως τα 14 βήματα (<https://www.bl.uk>):

- Δεσμεύσεις διαχείρισης: Η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας πρέπει να αναγνωρίζεται και να υιοθετείται από τη διοίκηση, με έμφαση στην ανάγκη πρόληψης ελαττωμάτων. Η βελτίωση της ποιότητας εξισώνεται με τη βελτίωση του κέρδους. Απαιτείται πολιτική ποιότητας η οποία αναφέρει ότι *«κάθε άτομο αναμένεται να εκτελέσει ακριβώς την απαίτηση ή να μετατρέψει επισήμως την απαίτηση σε αυτό που εμείς και ο πελάτης πραγματικά χρειαζόμαστε»*.
- Ομάδα βελτίωσης της ποιότητας: Εκπρόσωποι από κάθε τμήμα θα πρέπει να συγκεντρωθούν για να σχηματίσουν μία ομάδα βελτίωσης της ποιότητας. Αυτοί πρέπει να είναι άνθρωποι που έχουν επαρκή εξουσία να δεσμεύουν – μεταφορικά – την περιοχή που αντιπροσωπεύουν για δράση.
- Μέτρηση ποιότητας: Η κατάσταση της ποιότητας θα πρέπει να καθορίζεται σε όλη την εταιρεία. Αυτό σημαίνει τη θέσπιση μέτρων ποιότητας για κάθε τομέα δραστηριότητας που καταγράφονται για να αποδειχθεί η δυνατότητα βελτίωσης και

όπου είναι αναγκαία η λήψη διορθωτικών μέτρων. Ο Crosby υποστηρίζει την ανάθεση αυτού του καθήκοντος στους ανθρώπους που πραγματικά κάνουν την δουλειά, θέτοντας έτσι τη σκηνή για την πρόληψη των ατελειών στη δουλειά, όπου μετράει πραγματικά.

- Κόστος για την αξιολόγηση της ποιότητας: Το κόστος της ποιότητας δεν είναι η απόλυτη μέτρηση της απόδοσης αλλά μία ένδειξη για το πώς η ενέργεια που απαιτείται για τη διόρθωση ενός ελαττώματος θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κερδοφορία.
- Ευαισθητοποίηση σχετικά με την ποιότητα: Αυτό συνεπάγεται, μέσω της κατάρτισης και της παροχής ορατών αποδεικτικών στοιχείων της ανησυχίας για τη βελτίωση της ποιότητας, την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με το κόστος της εταιρείας για ελαττώματα. Ο Crosby υπογραμμίζει ότι αυτή η διαδικασία κοινής χρήσης είναι ένα - ή ακόμα και το - βασικό βήμα στην άποψη του για την ποιότητα.
- Διορθωτική ενέργεια: Η συζήτηση σχετικά με τα προβλήματα θα φέρει λύσεις στο φως και θα θέσει και άλλα στοιχεία για βελτίωση. Οι άνθρωποι πρέπει να δουν ότι τα προβλήματα επιλύονται σε τακτική βάση. Οι διορθωτικές ενέργειες πρέπει στη συνέχεια να αποτελέσουν συνήθεια.
- Δημιουργία ad-hoc επιτροπής για το πρόγραμμα μηδενικών ελαττωμάτων: Το Zero Defects (μηδενικά ελαττώματα) δεν είναι πρόγραμμα κινήτρων· σκοπός του είναι να επικοινωνήσει και να ενσταλάξει την ιδέα ότι όλοι πρέπει να κάνουν τα πράγματα σωστά την πρώτη φορά.
- Εκπαίδευση επόπτη: Όλα τα διευθυντικά στελέχη θα πρέπει να υποβάλλονται σε επίσημη κατάρτιση στα 14 βήματα προτού εφαρμοστούν. Ο διαχειριστής θα πρέπει να κατανοεί κάθε ένα από τα 14 βήματα αρκετά καλά ώστε να μπορεί να τα εξηγήσει στους ανθρώπους του.

- **Ημέρα μηδενικών ελαττωμάτων:** Είναι σημαντικό η δέσμευση για μηδενικά ελαττώματα ως πρότυπο απόδοσης της εταιρείας να έχει αντίκτυπο και όλοι να λαμβάνουν το ίδιο μήνυμα με τον ίδιο τρόπο. Η ημέρα μηδενικών ελαττωμάτων, όταν οι προϊστάμενοι εξηγούν το πρόγραμμα στους ανθρώπους τους, πρέπει να κάνει μόνιμη εντύπωση ως ημέρα νέας αντίληψης.
- **Ρύθμιση στόχου:** Κάθε επόπτης παίρνει τους ανθρώπους του για να καθορίσει συγκεκριμένους, μετρήσιμους στόχους. Συνήθως, αυτές περιλαμβάνουν στόχους 30, 60 και 90 ημερών.
- **Σφάλμα κατά την αφαίρεση:** Οι εργαζόμενοι καλούνται να περιγράψουν, με μία απλή φόρμα μίας σελίδας, τυχόν προβλήματα που τους εμποδίζουν να κάνουν εργασία χωρίς λάθη. Τα προβλήματα πρέπει να αναγνωρίζονται μέσα σε είκοσι τέσσερις ώρες από τη λειτουργία ή τη μονάδα στην οποία αντιμετωπίζεται το πρόβλημα. Αυτό αποτελεί ένα βασικό βήμα για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, καθώς οι άνθρωποι θα αρχίσουν να αισθάνονται πιο σίγουροι ότι τα προβλήματά τους θα αντιμετωπιστούν και θα λυθούν.
- **Αναγνώριση:** Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν όσοι πληρούν τους στόχους τους ή εκτελούν εκκρεμείς πράξεις με βραβείο, αν και αυτό δεν πρέπει να έχει οικονομική μορφή. Η πράξη αναγνώρισης είναι αυτό που είναι σημαντικό.
- **Συμβούλια ποιότητας:** Οι επαγγελματίες ποιότητας και οι ηγέτες των ομάδων θα πρέπει να συναντώνται τακτικά για να συζητήσουν βελτιώσεις και αναβαθμίσεις του προγράμματος ποιότητας
- **Κάντε το ξανά:** Κατά τη διάρκεια ενός τυπικού προγράμματος, που διαρκεί από 12 έως 18 μήνες, ο κύκλος εργασιών και η αλλαγή θα αποτελέσουν μεγάλο μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Είναι σημαντικό να δημιουργηθεί μία νέα ομάδα αντιπροσώπων και να ξεκινήσει ξανά το πρόγραμμα, ξεκινώντας από την «*Ημέρα μηδενικών ελαττωμάτων*». Αυτό το «*ξεκίνημα πάλι*» βοηθά στην ποιότητα να κατακλύζεται από οργάνωση.

2.4 Ishikawa

Ο Ishikawa ήθελε να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται να δουλέψουν. Ζήτησε από τους διαχειριστές να αντισταθούν στην ικανοποίηση της απλής βελτίωσης της ποιότητας ενός προϊόντος, επιμένοντας ότι η βελτίωση της ποιότητας μπορεί πάντα να προχωρήσει ένα βήμα παραπέρα. Η ιδέα του για ποιοτικό έλεγχο, σε επίπεδο εταιρείας, απαιτούσε συνεχή εξυπηρέτηση των πελατών. Αυτό σήμαινε ότι ο πελάτης θα συνεχίσει να λαμβάνει υπηρεσίες ακόμη και μετά την παραλαβή του προϊόντος. Αυτή η υπηρεσία επεκτείνεται σε όλη την εταιρεία σε όλα τα επίπεδα διοίκησης, ακόμη και πέρα από την εταιρεία, στην καθημερινή ζωή των εμπλεκομένων. Σύμφωνα με τον Ishikawa, η βελτίωση της ποιότητας είναι μία συνεχής διαδικασία και μπορεί πάντα να γίνει ένα ακόμη βήμα. Ο Ishikawa κατέδειξε επίσης τη σημασία των επτά εργαλείων ποιότητας: χάρτες ελέγχου, διαγράμματα λειτουργίας, ιστόγραμμα, διάγραμμα σκέδασης, διάγραμμα Pareto και διάγραμμα ροής. Επιπλέον, ο Ishikawa διερεύνησε την έννοια των κύκλων ποιότητας - μία Ιαπωνική φιλοσοφία την οποία εφάρμοσε από την αφάνεια σε παγκόσμια αποδοχή.

Ο Ishikawa πίστευε στη σημασία της υποστήριξης και της ηγεσίας από την ανώτατη διοίκηση. Ζήτησε συνεχώς τα ανώτατα στελέχη να παρακολουθήσουν μαθήματα ποιοτικού ελέγχου, γνωρίζοντας ότι χωρίς την υποστήριξη της διοίκησης, τα προγράμματα αυτά τελικά θα αποτύχουν. Τόνισε ότι θα χρειαζόταν σταθερή δέσμευση από ολόκληρη την ιεραρχία των εργαζομένων για να φτάσει το δυναμικό της εταιρείας στην επιτυχία. Ένας άλλος τομέας βελτίωσης ποιότητας που τόνισε ο Ishikawa είναι η ποιότητα σε όλο τον κύκλο ζωής ενός προϊόντος - όχι μόνο κατά τη διάρκεια της παραγωγής. Παρόλο που πίστευε έντονα στη δημιουργία προτύπων, θεώρησε ότι τα πρότυπα ήταν σαν προγράμματα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και πρέπει να αξιολογούνται και να αλλάζουν συνεχώς. Τα πρότυπα δεν είναι η τελική πηγή λήψης αποφάσεων αλλά η ικανοποίηση των πελατών. Ήθελε τα διευθυντικά στελέχη να ανταποκρίνονται με συνέπεια στις ανάγκες των καταναλωτών. Από αυτές τις ανάγκες, θα πρέπει να ληφθούν όλες οι άλλες αποφάσεις. Ο Ishikawa επέκτεινε τα τέσσερα βήματα του Deming στα επόμενα έξι (<https://www.skymark.com>):

- Καθορισμός στόχων.
- Προσδιορισμός μεθόδου επίτευξης στόχων.

- Συμμετοχή στην εκπαίδευση και την κατάρτιση.
- Εφαρμογή εργασιών.
- Έλεγχος των αποτελεσμάτων της εφαρμογής.
- Λήψη κατάλληλων ενεργειών.

3. Πραγματικότητα περί υγείας και διοίκησης ολικής ποιότητας

Η ποιότητα της φροντίδας από την πλευρά του ασθενούς και η ικανοποίηση των ασθενών είναι δύο σημαντικές πολυδιάστατες έννοιες που χρησιμοποιούνται πολλές φορές εναλλακτικά (Raftopoulos, 2005). Υπήρξε γενικά σύγχυση και διαμάχη στην υγειονομική περίθαλψη ως προς το εάν οι ασθενείς είναι στην πραγματικότητα καταναλωτές. Αυτή η σύγχυση μπορεί να βρίσκεται στη ρίζα της συνολικής αποτυχίας των νοσοκομείων (Fottler et al., 2002). Σύμφωνα με τον Kano et al. (1984), υπάρχουν τρεις κατηγορίες ποιοτικών παραγόντων και αυτοί είναι οι βασικοί παράγοντες, οι συντελεστές απόδοσης και οι παράγοντες διέγερσης. Ο Donabedian (1988) ήταν ένας από τους πρώτους που επικέντρωσε το ενδιαφέρον τους στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, χωρίζοντάς την σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, επιδιώκοντας την ποιότητα και στις τρεις των προαναφερθεισών περιοχών προκειμένου να επιτευχθεί το μεγαλύτερο όφελος για τον ασθενή με το ελάχιστο κόστος. Στην πλειοψηφία της ερευνητικής μελέτης, απλά ντετερμινιστικά μοντέλα ή μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της βαρύτητας των παραγόντων στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Hansen και τον Bush (1999), η κατανομή των διαθέσιμων πόρων υγείας βασίζεται σε αυτά τα μοντέλα.

Μια ανταγωνιστική αγορά υγείας είναι συνήθως προσανατολισμένη στην ποιότητα και η βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας φροντίδας είναι μία συνεχής πρόκληση για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Tzeng, 2002). Σύμφωνα με τους Bleich et al. (2009), οι μελέτες ικανοποίησης των καταναλωτών αμφισβητούνται από την έλλειψη ενός παγκοσμίως αποδεκτού ορισμού του μέτρου και από μία διπλή εστίαση· ενώ ορισμένοι ερευνητές επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα και τον τύπο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που έχουν ληφθεί, άλλοι εστιάζουν στην ικανοποίηση των ανθρώπων με το σύστημα υγείας γενικότερα. Σύμφωνα με τους (Harron et al., 2012), οι απόψεις των ασθενών λαμβάνονται ως μέρος

της παραγωγής μίας διαχείρισης ποιότητας, και η ικανοποίηση των χρηστών λαμβάνεται για να προσδιοριστεί η διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών. Το κλειδί για την επίλυση αυτού του προβλήματος μπορεί να είναι για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να επικεντρωθεί στην αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ο καθορισμός προτεραιοτήτων και η κατανομή των πόρων έχει λάβει μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, παρά τα αναμενόμενα οφέλη από τη δημόσια δέσμευση, υπάρχουν σήμερα λίγα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο αποτελεσματικής ανάληψης. Οι προτιμήσεις των πολιτών έχουν αναλυθεί εκτενώς στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τον τρόπο με τον οποίο ο σχηματισμός προτιμήσεων μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις κατανομής των πόρων στη δημόσια και ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται ως επί το πλείστον είτε από γενικά δημόσια έσοδα (π.χ. Καναδάς) είτε από ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με ξεχωριστό προϋπολογισμό και από υποτιθέμενους φόρους ή εισφορές (π.χ. Αυστραλία, Γαλλία, Βέλγιο, Ιαπωνία και Γερμανία). Η κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης αναφέρεται σε μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για τη διάθεση πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Δεδομένου ότι οι πόροι (οικονομικοί και υγειονομικοί παράγοντες) είναι περιορισμένοι, προκειμένου να εκπληρωθούν οι στόχοι του συστήματος υγείας που ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2010 & 2015), οι καταναλωτές και οι αγοραστές απαιτούν μεγαλύτερη ευθύνη και πρέπει να λαμβάνουν δύσκολες αποφάσεις σχετικά με τις λειτουργίες υγείας που υποστηρίζουν (Dresser, 2009) ενώ ταυτόχρονα τεκμηριώνεται η άνιση παροχή υπηρεσιών υγείας, η ταχεία αστικοποίηση και οι συγκρούσεις μεταξύ των πολιτών, ακόμη και όταν το ίδιο επίπεδο πόρων διατίθεται για τη δημόσια υγεία σε διάφορες χώρες (Ghobarah et al., 2004). Κατά συνέπεια, ο καθορισμός προτεραιοτήτων και η κατανομή των πόρων σε διάφορες λειτουργίες υγείας είναι θέματα ύψιστης σημασίας για το παρόν και τα επόμενα χρόνια.

Παρόλο που ο σχηματισμός προτιμήσεων των πολιτών μπορεί να διαμορφώσει τις αποφάσεις κατανομής πόρων στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθούν να υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία σχετικά με την επίσημη συμμετοχή του κοινού στον καθορισμό προτεραιοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στη δραστηριότητα κατανομής πόρων (Mitton et al., 2009). Οι πρώτες συζητήσεις σχετικά με τη συμμετοχή του κοινού στην λήψη

αποφάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποσκοπούσαν κυρίως στην ενίσχυση του ρόλου των πολιτών των καταναλωτών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι συζητήσεις αργότερα υπογράμμισαν τον ρόλο της συμμετοχής και της ικανότητας των πολιτών ως μέσο βελτίωσης της απόδοσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Deutscher Bundestag, 2001). Μεταξύ των πρόσφατων προσπαθειών, η μελέτη του Church et al. (2002) εξέτασε την έννοια της συμμετοχής των πολιτών στο πλαίσιο μιας σειράς βασικών ερωτημάτων μέσω των οποίων οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων μπορούν να προσελκύσουν κάποια σχετικότητα πολιτικής. Η μελέτη αυτή έγινε σημείο αναφοράς για μια ενημερωμένη συζήτηση σχετικά με τις δυνατότητες βελτίωσης της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι Whitty et al. (2014) παρέθεσαν το θεωρητικό πλαίσιο σχετικά με τη βέλτιστη προσέγγιση πρόσβασης στις δημόσιες προτιμήσεις.

Σε μία ανασκόπηση της εμπειρικής βιβλιογραφίας, η Delli Carpini et al. (2004) ανέφεραν τις προσδοκίες που προέκυψαν από τη συνειδητοποιημένη δημοκρατική διαδικασία σχετικά με τα οφέλη (και για κάποιες παγίδες) που αναμένεται να προκύψουν από τη συζήτηση και τη συμμετοχή των πολιτών. Σύμφωνα με τους Shaw et al. (2001), οι πολίτες απαιτούν απόφαση για την κατανομή των πόρων στην υγεία, ώστε να ενημερώνονται για λόγους ισότητας και αποτελεσματικότητας. Η μελέτη του Dolan και του Shaw (2001) κατέδειξε ότι οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν τα οφέλη για τη γενική υγεία για μία πιο ισότιμη κατανομή της υγείας. Παρόμοια στοιχεία τεκμηριώνονται και από τον Schwappach (2003), όπου η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν πρόθυμοι να ανταλλάξουν την αποτελεσματικότητα για μια πιο ισόρροπη κατανομή πόρων. Με παρόμοιο τρόπο, η μελέτη των Anderson et al. (2011) έδειξαν ότι υπήρξε ισχυρή υποστήριξη μεταξύ των ερωτηθέντων για την παροχή ίσων προτεραιοτήτων στους ανθρώπους ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, ενώ τα ευρήματα άλλων μελετών υποδεικνύουν ότι η υγειονομική περίθαλψη κατανέμεται ανεπίσημα ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του ασθενούς (Brockmann, 2002). Τέλος, στη μελέτη των Wiseman et al. (2003), οι ερωτηθέντες ερωτήθηκαν εάν αισθάνονται ότι οι προτιμήσεις του κοινού πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να ενημερώσουν τον καθορισμό προτεραιοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πολίτες επιθυμούν κατά συντριπτικό τρόπο τις

προτιμήσεις τους να ενημερώνουν την απόφαση καθορισμού προτεραιοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη.

3.1 Πλαίσιο αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας

Αν και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας παρατηρήθηκε κυρίως στον κλάδο της βιομηχανίας, πλέον θεωρείται ένα εργαλείο με μεγάλη αποτελεσματικότητα σε όλους τους τομείς και με ευρεία αποδοχή (Rad, 2006). Αναφορικά με την περίθαλψη της υγείας, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η στρατηγική διαμόρφωσης της οργάνωσης μίας οποιασδήποτε επιχείρησης ή ενός οποιουδήποτε οργανισμού, με απώτερο σκοπό τη χρήση εκ μέρους του προσωπικού ποιοτικών μεθόδων αφενός για τη μείωση του κόστους και αφετέρου για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση των απαιτήσεων των ασθενών (Ovretveit, 2000). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας πρωτοεμφανίστηκε στη χώρα της Ιαπωνίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και στην ουσία αποτελεί μία άλλη αντίληψη αναφορικά με τη λειτουργία της διοίκησης σε μία επιχείρηση. Επίκεντρο αποτελεί η αέναη καλυτέρευση των αποφάσεων σε καθημερινή βάση (Λαλούμης και Κατσώνη, 2010). Απαρτίζεται από το σύνολο των ενεργειών και των μεθόδων που θέτει σε εφαρμογή ένας οργανισμός με σκοπό την ικανοποίηση του άμεσα ενδιαφερόμενου (πελάτη) αλλά και την ενεργητικότητα όλου του προσωπικού με το μικρότερο κόστος, όσο αυτό μπορεί να επιτευχθεί (Βελισσαρίου κ. ά., 2000). Ο Donabedian (2000) υπογραμμίζει τρία διακριτά στοιχεία της παροχής ποιότητας όσον αφορά στην υγειονομική περίθαλψη: την τεχνική ποιότητα (technical quality), τη διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal quality) και τις ανέσεις (amenities). Η τεχνική ποιότητα συνδέεται με το πόσο αποτελεσματική είναι η φροντίδα με στόχο την επίτευξη οφελών για την υγεία. Η διαπροσωπική ποιότητα σχετίζεται με την έκταση της ικανοποίησης των προτιμήσεων όπως επίσης και των αναγκών των ασθενών. Τέλος, οι ανέσεις και οι παροχές αποτελούνται από γνωρίσματα όπως η άνεση του υφιστάμενου περιβάλλοντος υπό πάσα έννοια.

Οι αλλαγές που παρατηρούνται σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι συνεχείς διαφοροποιήσεις των απαιτήσεων που επιτάσσει η αγορά αλλά και η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας έχουν ως αποτέλεσμα την επανεξέταση της διοίκησης ολικής ποιότητας. Ο λόγος είναι ότι, στο παρόν, οποιαδήποτε επιχείρηση ανεξαρτήτως είδους οφείλει να είναι σε θέση να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών· αυτό θα έχει ως

αποτέλεσμα να διατηρούν το στοιχείο του ανταγωνισμού που απαιτεί η αγορά διαρκώς. Η μετάβαση από την παραδοσιακή προσέγγιση του χθες στη νέα προσέγγιση του σήμερα της διοίκησης ολικής ποιότητας έχει ως εξής (Μπλέσιος, 2005):

- Προτεραιότητα στο κόστος και στην ποσότητα → Προτεραιότητα στην ποιότητα
- Η ποιότητα στοιχίζει → Η ποιότητα κερδίζει
- Ικανοποίηση προδιαγραφών → Συνεχής βελτίωση της ποιότητας
- Αντιδραστική αντιμετώπιση → Προληπτική αντιμετώπιση
- Ποιότητα ή ποσότητα → Ποιότητα και ποσότητα
- Κόστος ή ποιότητα → Κόστος και ποιότητα
- Ανώτατα στελέχη αμέτοχα ευθύνες για ποιότητα → Ανώτατα στελέχη συνυπεύθυνα για ποιότητα.
- Έμφαση στον έλεγχο → Έμφαση στην πρόληψη
- Αποδεκτό επίπεδο ελαττωματικών → Μηδενισμός ελαττωματικών
- Προσανατολισμός στο προϊόν → Προσανατολισμός στην επιχείρηση
- Ποιος φταίει; → Πώς λύνεται το πρόβλημα;
- Έμφαση στην παραγωγή → Έμφαση στη σχεδίαση προϊόντος, διαδικασιών και στην παραγωγή.
- Υποψίες για το κόστος ποιότητας → Συστηματική μέτρηση του κόστους ποιότητας.
- Πηγές κακής ποιότητας: οι εργαζόμενοι παραγωγής → Πηγές κακής ποιότητας: τα διοικητικά στελέχη.
- Επιδιόρθωση ή απόκρυψη ελαττωματικών → Εντοπισμός και διαφώτιση προβλημάτων ποιότητας.
- Ευθύνη για ποιότητα στο Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας → Ευθύνη για ποιότητα σε όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης.
- Η ποιότητα είναι τεχνικό πρόβλημα → Η ποιότητα είναι διοικητικό πρόβλημα.

Μία άλλη βασική πτυχή στην οποία βασίζεται η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι αυτή των ανθρωπίνων πόρων. Οι Blackburn and Rosen (1993) σημειώνουν ότι σκοπός της διοίκησης ολικής ποιότητας στους ανθρώπινους πόρους είναι ο βαθμός συνεισφοράς του κάθε υπαλλήλου και η σημασία αυτού του βαθμού, οι συνεργατικές μέθοδοι που προκύπτουν μέσω της ομαδικής εργασίας, η αίσθηση που μπορεί να έχει

κάθε εργαζόμενος για να νιώθει ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά και φυσικά η σύνδεση της ποιότητας με μία μεγάλη κλίμακα ανταμοιβών σε όλα τα επίπεδα.

Ωστόσο, η εξέλιξη της διοίκησης ολικής ποιότητας στους ανθρώπινους πόρους είναι συνυφασμένη με τη χρησιμοποίηση εργασιακών συστημάτων υψηλής απόδοσης (high performance work systems), τα οποία εδώ και τρεις δεκαετίες θεωρούνται πηγαίο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Pfeffer, 1998). Η διεθνής βιβλιογραφία παραθέτει τρεις συνιστώσες σε αυτού του είδους τα συστήματα, οι οποίες προφανώς σχετίζονται μεταξύ τους. Αυτές είναι οι μεγάλες ικανότητες του εργατικού δυναμικού, η δυνατότητα να χρησιμοποιούνται όντως αυτές οι ικανότητες (λ.χ. λήψη αποφάσεων) και η ύπαρξη κινήτρων με σκοπό την αφοσίωση των εργαζομένων (Appelbaum et al., 2000; Hackman, 1987; Blumberg and Pringle, 1982).

Υπάρχει όμως και μία τέταρτη συνιστώσα, αυτή της τεχνολογίας της πληροφορίας. Λαμβάνοντας υπόψη τη χρήση της, διαχωρίζεται σε τεχνολογία πληροφόρησης (πληροφορία περί δυνατοτήτων εργατικού δυναμικού) και σε τεχνολογία αυτοματοποίησης (όταν υποκαθιστάται το υπαλληλικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εργασίας) (Zuboff, 1998). Η εμπειρία διά μέσου των χρόνων δείχνει ότι η ύπαρξη των τριών προαναφερθεισών συνιστωσών ταυτόχρονα με την ύπαρξη της τεχνολογίας είναι σε θέση να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη παραγωγή, ανύψωση της ποιότητας και καλύτερα χρηματοοικονομικά στοιχεία (Arthur, 1994; Bailey, 1998; Batt, 1999; Becker and Gerhart, 1996; Huselid, 1995; Ichniowski et al., 1997). Κατά συνέπεια, πολιτικές ανθρωπίνων πόρων υψηλής απόδοσης είναι αυτές οι οποίες αποβλέπουν στις δεξιότητες του εργατικού δυναμικού, στη συνεργασία μεταξύ των υπαλλήλων και στη δόμηση κινήτρων. Ως επακόλουθο, η μεγαλύτερη και καλύτερη απόδοση συγκεντρώνει πολύ υψηλά ποσοστά (Delery and Doty, 1996).

Το πλαίσιο της διοίκησης ολικής ποιότητας και το κατά πόσο μπορεί να εφαρμοστεί έχουν ερευνηθεί από διάφορους μελετητές ήδη από την αρχή του 21^{ου} αι. (Powell, 1995; Ross, 1999; McAdam and Jackson, 2002; Yang, 2004). Οι βασικοί άξονες υλοποίησης της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η ηγεσία, η ικανοποίηση αυτών που εργάζονται, η διαχείριση τους, η ομαδική εργασία και η βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο επικοινωνίας, πολιτικής και στρατηγικής (Munir and Elhuni, 2014). Αν μπορεί να γίνει μία σύνοψη και κατηγοριοποίηση των αρχών της διοίκησης ολικής ποιότητας, αυτή είναι η παρακάτω (Patel, 2009):

- Οργανισμός/Επιχείρηση με έμφαση στον πελάτη: Οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις έχουν άμεση εξάρτηση από τους πελάτες. Συνεπώς αποτελεί επιτακτική ανάγκη να κινούνται στο ίδιο μήκος κύματος όσον αφορά στις τωρινές αλλά και μελλοντικές ανάγκες και επιθυμίες τους. Το ζήτημα σε αυτήν την περίπτωση, δεν είναι απλώς η εκπλήρωση των όποιων επιθυμιών αλλά και η ικανοποίηση όλων των υπαρκτών και δυνητικών προσδοκιών.
- Ηγεσία: Σκοπός των ατόμων στα οποία έχει ανατεθεί η συγκεκριμένη ιδιότητα είναι ο ορισμός του κοινού στόχου και των κατευθυντήριων γραμμών. Εκτός από τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων, είναι στην αρμοδιότητα τους και η διατήρηση των καλών σχέσεων σε όλα τα επίπεδα με απώτερο σκοπό την εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού με επίκεντρο τα μέλη του.
- Εμπλοκή των εργαζομένων: Είναι καθολικά αποδεκτό ότι το ανθρώπινο στοιχείο είναι υψίστης σημασίας και η εμπλοκή τους συνδέεται με την αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων τους στο μέγιστο βαθμό, με επακόλουθο τη συνολική ανάπτυξη και ευημερία ενός οργανισμού.
- Στρατηγική διαδικασία αντίληψης: Το αποτέλεσμα το οποίο όλοι προσδοκούν είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσει πραγματικότητα όταν οι διαθέσιμοι πόροι και οι ασχολίες των εργαζομένων εντάσσονται σε ένα πλαίσιο διαδικασίας.
- Αντίληψη συστήματος διαχείρισης: Η σωστή αντίληψη και κατάλληλη διαχείριση πολλαπλών επιμέρους διαδικασιών είναι σε θέση να συμβάλλουν τα μέγιστα στην εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί από την αρχή.
- Αέναη βελτίωση: Αυτή οφείλει να αποτελεί την κορωνίδα ενός οργανισμού αναφορικά με την απόδοση του σε όλα τα επίπεδα.
- Πραγματιστική αντίληψη στη λήψη αποφάσεων: Όλες οι ουσιώδεις αποφάσεις στηρίζονται στη συλλογή πληροφοριών και στην ανάλυση των συλλεχθέντων δεδομένων.

3.2 Ηγεσία

Η έννοια της ηγεσίας είναι μία πολύπλοκη διαδικασία βάσει της οποίας ένας στόχος προσδιορίζεται με απώτερο σκοπό την υποστήριξη μέσω μέσων για την εκπλήρωση αυτού του στόχου (Jooste, 2004). Το πιο διαδεδομένο μέσο σε αυτές τις περιπτώσεις, το οποίο έχει υιοθετηθεί και υιοθετείται σε πολύ μεγάλη κλίμακα, είναι τα κίνητρα. Η ηγεσία νοείται η ικανότητα διάχυσης της εμπιστοσύνης σε ένα σύνολο ατόμων με στόχο ένα κοινό αποτέλεσμα στο άμεσο ή μακρινό μέλλον (Hackett and Spurgeon, 1998). Επιπρόσθετα, η ηγεσία είναι ένα σημαίνον γνώρισμα πάσης φύσεως οργανισμών καθώς αυτή ταυτίζεται με τις ικανότητες των μελών της ανώτατης διοίκησης στο πλαίσιο εφαρμογής πρακτικών με σκοπό την υλοποίηση ενός μακροπρόθεσμου οράματος που θα εξασφαλίζει την ικανοποίηση του πελάτη (Zydzianaite, 2012).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της ηγεσίας είναι η ικανοποίηση που αποτυπώνεται από την πλευρά των εργαζομένων μέσω του επιλεγθέντος τρόπου διαχείρισης. Ο επιθυμητός τρόπος ηγεσίας συσχετίζεται με αρκετούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η νοοτροπία που έχει κάποιος αναφορικά με την οργάνωση αλλά και η νοοτροπία που επιδεικνύουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι όσον αφορά στην οργάνωση (Rad and Hossein, 2006). Στοιχεία βάσει μελετών αποδεικνύουν ότι η ηγεσία συνδέεται με την ικανοποίηση τόσο των εργαζομένων όσο και των πελατών (Heskett and Schlesinger, 1994). Κατά συνέπεια, πρόκειται για ένα ζωτικό στοιχείο για κάθε οργανισμό ή επιχείρηση.

3.3 Ομαδική εργασία

Υψίστης σημασίας για τον καθορισμό των στόχων και το αποτέλεσμα από τις απαραίτητες διεργασίες για την εκπλήρωση τους είναι η ομαδική εργασία (Coyle-Shapiro, 2013) καθώς πιστεύεται ότι μία ομάδα είναι σε θέση να επιτύχει πολλά περισσότερα πράγματα από ένα άτομο ξεχωριστά (Zairi et al., 2005). Αυτό έχει ως συνέπεια την εύρεση καλύτερων και πιο γρήγορων λύσεων για κάθε ένα πρόβλημα που προκύπτει. Γενικά, είναι κοινή παραδοχή το γεγονός ότι η ομαδική συνεργασία είναι καθοριστική διότι σε διαφορετική περίπτωση, δεν μπορεί να υπάρξει ενδυνάμωση των

διαδικασιών μέσω των οποίων εφαρμόζονται οι αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας (Al-Sinan, 2004; Millar, 1999; Wiley, 1997; Zhang et al., 2000).

3.4 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση και η οποιαδήποτε κατάρτιση αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την επιτυχία ενός προγράμματος διαχείρισης ενός οργανισμού ή/και μίας επιχείρησης στο πλαίσιο της διαχείρισης ολικής ποιότητας (Al-Mahmoud et al., 2012; Jradi et al., 2013; Talib et al., 2013). Σημαντικό γνώρισμα της είναι η κατανόηση της φιλοσοφίας της διοίκησης ολικής ποιότητας συνολικά (Salaheldin, 2009) ενώ ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι δεν σταματούν ποτέ να εκπαιδεύονται αφού το επίπεδο διαχείρισης οφείλει να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα (Holden, 2007).

3.5 Επικοινωνία

Η επικοινωνία με τη σειρά της αποτελεί και αυτή καθοριστική πτυχή με αντίκτυπο στην ηγεσία, στη διαχείριση, στους υπαλλήλους και στη συνεργασία. Σε περίπτωση που δεν υφίσταται συσχέτιση της επικοινωνίας με άλλους παράγοντες, όπως οι προαναφερθέντες, τότε η σημασία της δεν μπορεί να νοηθεί ως σημαντική (Kumar et al., 2011). Αν δε, ληφθεί υπόψη ο ρόλος που διαδραματίζει η πληροφόρηση, είναι ευκόλως κατανοητό ότι η επικοινωνία καθίσταται απαραίτητη (Hanson, 2003). Για παράδειγμα, μία μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στον τομέα της δημόσιας υγείας, κατέδειξε ότι η αποτυχία στην επικοινωνία ήταν στην πραγματικότητα η αιτία για το ίδιο αποτέλεσμα όσον αφορά στην ομαδική εργασία (O'Leary et al., 2011).

3.6 Πελάτες

Είναι απολύτως λογικό ότι όταν όλες οι συνιστώσες της διοίκησης της ποιότητας είναι συνδεδεμένες σε μεγάλο βαθμό με τους άμεσα ενδιαφερόμενους, δηλαδή με τους πελάτες, οι ανάγκες τους εκπληρώνονται (Powell, 1995; Saylor, 1996). Άλλωστε, η διαχείριση ολικής ποιότητας είναι ένα αμιγώς πελατοκεντρικό σύστημα, κάτι που σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρξει μία ομαλή μετάβαση από την κατανόηση των

αναγκών των πελατών στις υπηρεσίες οι οποίες ανταποκρίνονται σε αυτές τις ανάγκες (Chan et al., 2001). Οι ειδικοί μελετητές πάνω στη διοίκηση ολικής ποιότητας τονίζουν ότι αυτή αποτελεί στην ουσία – αναφορικά πάντα με τους πελάτες – ένα ισχυρό δίπολο εμπιστοσύνης από τη μία και ικανοποίησης από την άλλη (Mehra and Ranganathan, 2008).

Οι πελάτες κρίνουν, ως επί το πλείστον, οποιαδήποτε υπηρεσία με βασικό κριτήριο την ποιότητα που αναπτύσσεται μεταξύ αυτών και των ατόμων που τους εξυπηρετούν. Τα μέχρι τώρα στοιχεία δείχνουν ότι η ικανοποίηση του εργαζομένου κινείται παράλληλα με την ικανοποίηση του πελάτη, καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο τις δύο αυτές μεταβλητές, ανάλογες. Για να υπάρξει στην πραγματικότητα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών από τους εργαζόμενους, απαιτούνται τα παρακάτω (Zemke, 1989):

- Σύστημα αμοιβής που αναγνωρίζει την προσπάθεια για μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του πελάτη.
- Συμπεριφορά η οποία να στοχεύει από μόνη της στην ικανοποίηση του πελάτη.
- Ικανότητες και δεξιότητες οι οποίες να συνάδουν με το εργασιακό περιβάλλον.
- Ανώτερα στελέχη τα οποία θα συμπεριφέρονται περισσότερο ως σύμβουλοι και λιγότερο ως διευθυντές.
- Εκπαίδευση πολύ υψηλού επιπέδου για το οτιδήποτε (λ.χ. ακόμα και για τον χαιρετισμό του πελάτη).
- Αναγνώριση και αποδοχή εκείνων των γνωρισμάτων που απαιτούνται για την πρόσληψη όσο το δυνατόν πιο κατάλληλου προσωπικού.

3.7 Διοίκηση ολικής ποιότητας και υγεία

Η υιοθέτηση και η εφαρμογή του πλαισίου της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα της υγείας έχει προωθηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ενώ ταυτόχρονα η διάδοση του είναι ευρεία καθώς υφίσταται η λειτουργία του όχι μόνο στις ανεπτυγμένες χώρες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Hamidi and Zamanparvar, 2008). Οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν ξεκινήσει να εφαρμόζουν κριτήρια διαπίστευσης στην υγεία έτσι ώστε να είναι και αυτές σε θέση, στο μέτρο του δυνατού, να παρέχουν στους κατοίκους τους υπηρεσίες υψηλού επιπέδου (Segouin, 2005). Αυτό είχε ως επακόλουθο, τα τελευταία 30 χρόνια, να αποδεχθούν πάρα πολλοί

υγειονομικοί οργανισμοί τις πτυχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας τόσο για τη βελτίωση των υπηρεσιών όσο και για την ποιοτική αύξηση της ποιότητας του εργατικού δυναμικού. Η στοχευμένη υιοθέτηση των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας δίνει το δικαίωμα σε όλους τους φορείς του κλάδου της υγείας να επισημαίνουν τις επιθυμίες των πελατών, να επικεντρώνονται στην αέναη βελτίωση όλων των διαδικασιών ανεξαιρέτως και να καταποντίζουν την επανάληψη ιατρικών λαθών. Οι προηγούμενες ενέργειες έχουν ως αποτέλεσμα το υψηλό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, την αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών και την άνοδο του οικονομικού οφέλους του υγειονομικού οργανισμού (Mehrabi et al., 2008).

3.8 Διοίκηση ολικής ποιότητας και συνεχής βελτίωση

Η βελτίωση εις το διηνεκές είναι κάτι το οποίο επιζητάται σε οτιδήποτε είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο όταν και εφόσον υφίσταται η αναζήτηση της προόδου. Όσον αφορά στον τομέα της υγείας, η συνεχής βελτίωση νοείται ως η άοκνη προσπάθεια όλων των ατόμων που ασχολούνται επαγγελματικά με τον τομέα της υγείας, των πελατών, των ασθενών και οποιωνδήποτε άλλων κρίνονται απαραίτητοι και χρήσιμοι προκειμένου να εξασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σχετικά με τη διοίκηση ολικής ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη (Batalden and Davidoff, 2007). Ένα πρόβλημα μείζονος σημασίας για πολλούς οργανισμούς υγείας είναι η οργάνωση και η διαχείριση της βελτίωσης καθαυτής (Hirschhorn, 2000). Η λύση του συγκεκριμένου προβλήματος έγκειται στην αλλαγή της συμπεριφοράς, των αξιών και της αντίληψης της οργάνωσης καθώς η περιπλοκότητα έχει στιγματιστεί αρκετές φορές ως κώλυμα που εμποδίζει την αλλαγή και τη βελτίωση (Berwick et al., 2005).

3.9 Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και εργαζόμενοι

Εξαιρώντας τις όποιες εγκαταστάσεις, το δίπολο υπηρεσίες – εργαζόμενοι θεωρείται δεδομένο για την εξασφάλιση άρτιων αποτελεσμάτων. Η εμπλοκή των εργαζομένων σε τέτοιου είδους διαδικασίες μεταφράζεται σε μία συναισθηματική σύνδεση μεταξύ τους με κύριες συνιστώσες την οργάνωση αλλά και την ευελιξία στη δουλειά (Gibbons, 2006). Η σημασία της παραπάνω σύνδεσης καταδεικνύεται από το γεγονός ότι διευθυντικά στελέχη πολλών οργανισμών και επιχειρήσεων κατανοούν τα

πλεονεκτήματα αυτής της αλληλοσυσχέτισης τα οποία και αποτυπώνονται σε διάφορα επίπεδα όπως για παράδειγμα αυτά της παραγωγικότητας, της διατήρησης, της εξυπηρέτησης και της καλής θέλησης (Ketter, 2008). Παρόλο που η καλύτερευση της ποιότητας της περίθαλψης δύναται να επιτευχθεί διά της επένδυσης σε τεχνολογία και υποδομές, ο ανθρώπινος παράγοντας φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο. Για παράδειγμα, μελέτες παλαιότερων ετών δείχνουν ότι οι υπάλληλοι οι οποίοι δεν είναι ικανοποιημένοι, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης και κατ' επέκταση, δεν υπάρχει ικανοποίηση από την πλευρά του ασθενούς (Atkins et al., 1996; Fahad, 2005).

Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο είναι η συμμετοχή των εργαζομένων σε διαδικασίες οι οποίες κρίνονται αναγκαίες για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα χαρακτηρίζεται από την ολική ποιότητα (Goetsch and Davis, 2014; Coyle-Shapiro, 2013). Κατά συνέπεια, οι εργοδότες οφείλουν να αντιλαμβάνονται τους εργαζομένους τους ως προσωπικότητες με ιδέες και ως εσωτερικούς πελάτες οι οποίοι είναι ικανοποιημένοι αν και εφόσον υπάρχει αντίστοιχη ικανοποίηση από την πλευρά των πελατών (Mathe and Slevitch, 2013; Prakash and Smith, 2004; Sayeh et al., 2005; Yang, 2004; Rotenberry and Moberg, 2007; Ramirez and Loney, 1993; Evans and Lindsay, 2001).

Η εξέλιξη στη διοίκηση ολικής ποιότητας αναφορικά με τον τομέα της υγείας οφείλεται στην απαρχή της στον τομέα της βιομηχανίας. Σύμφωνα λοιπόν με τον βιομηχανικό μοντέλο παραγωγής προϊόντων, υφίσταται άγνοια της πολυσυνθετότητας μεταξύ των σχέσεων των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού ενώ ταυτόχρονα, οι γνώσεις, οι ικανότητες και τα κίνητρα των υπαλλήλων διακρίνονται για τη χαμηλή σημασία τους. Επιπλέον, παρατηρείται μία αντιμετώπιση της ποιότητας ως κάτι το ιδιαίτερο χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ανταπόδοση ποιότητας-κόστους και δίνεται έμφαση σε υποστηρικτικές δραστηριότητες. Τέλος, από μικρότερη εμβέλεια διακρίνεται η καλύτερευση της απόδοσης των εργαζομένων επαγγελματικά καθώς δεν υπάρχει ούτε εκπαίδευση ούτε παρακολούθηση ούτε ενθάρρυνση (Ζαβλανός, 2006).

Ωστόσο, το επαγγελματικό μοντέλο του συστήματος υγείας παροχής υπηρεσιών έχει λάβει στοιχεία και από το άνωθι βιομηχανικό μοντέλο, τα οποία επικεντρώνονται στην έννοια της «ανάγκης». Πιο συγκεκριμένα, λόγος γίνεται για το τί ζητά ο πελάτης, ποιες οι προσδοκίες του και ποιες οι αξίες που τον διαφεντεύουν. Ακόμη, δίνεται έμφαση στον σχεδιασμό του συστήματος αλλά και των διαδικασιών που απαιτούνται

όπως επίσης και στο management των κλινικών. Τα μαθηματικά δεν υπολείπονται σε αυτό το σημείο, με τις εφαρμογές μεθοδολογιών στατιστικού ελέγχου να διαδραματίζουν το ρόλο τους (Donabedian, 1986).

Τα οφέλη από την υιοθέτηση της διοίκησης ολικής ποιότητας στην υγεία είναι (Ζαβλανός, 2006):

- Τόσο για τον ενδιαφερόμενο όσο και για τον φορέα, υφίσταται καθαρό κέρδος.
- Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση του κόστους, όχι τόσο λόγω σχεδιασμού αλλά ανασχεδιασμού όλων των απαραίτητων διαδικασιών.
- Η δυνατότητα ηθικής υποστήριξης των εργαζομένων μέσω της συμμετοχής τους σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν στον οργανισμό.

Βέβαια, η συμμετοχή του προσωπικού σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων είναι προς τη θετική κατεύθυνση αλλά δεν φτάνει από μόνη της. Αυτό διότι ως επί το πλείστον, οι περισσότεροι εργαζόμενοι σε φορείς έχουν ως βασική αντίληψη την πρόοδο και σε περίπτωση που αποδειχθεί ότι κατάφεραν κάτι ξεχωριστό, η επιβράβευση θεωρείται από αυτούς υψηλό κίνητρο. Συνολικά λοιπόν, οτιδήποτε έχει να κάνει με την εσωτερική παρακίνηση των ατόμων μέσα σε έναν οργανισμό, μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να επιφέρει.

Εκτός από τα παραπάνω, σημαντική μνεία οφείλει να γίνει και για τα κριτήρια εξυπηρέτησης με βάση τα οποία λειτουργεί ένας φορέας, είτε αυτός είναι υγείας είτε όχι. Όμως, η αποτύπωση αυτών των κριτηρίων δεν είναι και ό,τι πιο εύκολο αφού είναι ευκόλως κατανοητό ότι η παροχή υπηρεσιών είναι κάτι άυλο. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι δεν υφίστανται κοινά κριτήρια με βάση τα οποία οι πελάτες αξιολογούν τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Τα κριτήρια αυτά είναι τα παρακάτω (Garvin, 1988):

- Συνέπεια (προσφέρει ο οργανισμός τις υπηρεσίες του έγκαιρα και με ακρίβεια πάντοτε;).
- Ανταπόκριση (πόσο γρήγορα λύνει ένας οργανισμός τα προβλήματα που ανακύπτουν έτσι ώστε να μη χάνει πολύτιμο χρόνο;).
- Ικανότητα (είναι σε θέση οποιοσδήποτε εργαζόμενος να εκτελέσει στο έπακρο αυτά που του έχουν ανατεθεί;).
- Ευκολία πρόσβασης (είναι χωροταξικά προσβάσιμος ο οργανισμός;).

- Ευγένεια (αποτελεί το χαμόγελο κοινό τόπο όλων των εργαζομένων ανεξαρτήτως πόστου;).
- Επικοινωνία (είναι σε θέση ο υπάλληλος να δώσει στον πελάτη να καταλάβει αυτό που τον απασχολεί;).
- Αξιοπιστία (πρόκειται στην πραγματικότητα για το brand name ενός οργανισμού, το οποίο ταυτίζεται με την εμπιστοσύνη και την ειλικρίνεια).
- Ασφάλεια (είναι τα προσωπικά δεδομένα των πελατών ασφαλή;).
- Εξωτερική εικόνα (αν και δεν πρόκειται περί υπηρεσίας, ένα ευχάριστο περιβάλλον και η εξωτερική εμφάνιση ενός κτιρίου είναι σημαντικοί παράγοντες).

Εκτός από τις παραπάνω μεταβλητές, τις οποίες ιδεατά όλοι οι πελάτες θα ήθελαν να τις βιώνουν στο έπακρο, υπάρχουν και κάποιες άλλες που φέρνουν τους ενδιαφερόμενους σε άσχημη θέση. Πιο συγκεκριμένα, αυτές είναι (Chaplin and Terninko, 2000):

- Η μη υλοποίηση – μερικώς ή ολικώς – των προβλεπόμενων διαδικασιών λόγω γραφειοκρατίας.
- Οποιοδήποτε λάθος προκύψει με το πέρας των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- Αρνητικά χαρακτηριστικά των υπαλλήλων όπως άσχημη συμπεριφορά, έλλειψη γνώσεων.
- Μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής το οποίο μπορεί να οφείλεται είτε στην κακή διαχείριση του όγκου των πελατών είτε στον μικρό αριθμό γραφείων εξυπηρέτησης πελατών.
- Η ύπαρξη άνισης αντιμετώπισης ανάμεσα στους πελάτες.

Η συνοχή ενός οργανισμού εις το διηνεκές σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με τον στρατηγικό σχεδιασμό. Ερωτήματα όπως «Ποιοι είμαστε;», «Ποια είναι η κατεύθυνση μας;», «Ποιες είναι οι προτεραιότητες μας;», «Ποιες αξίες και αρχές ακολουθούμε;», «Τί περιμένουν οι άλλοι από εμάς;», «Με ποιον τρόπο μπορούμε να βελτιωθούμε;» οφείλουν να απαντηθούν πριν πραγματοποιηθεί κανονικά η λειτουργία ενός υγειονομικού φορέα. Ο προγραμματισμός αυτός λοιπόν συνδέεται άρρηκτα με το μοντέλο της οργανωτικής ανάπτυξης. Κύριο γνώρισμα του είναι ότι καταδεικνύει εξ αρχής το σχεδιασμό ενός φορέα, οπότε αυτό που μένει είναι η υλοποίηση και η

εφαρμογή του κάθε σταδίου, τόσο ξεχωριστά όσο και συνολικά καθώς αντικειμενικός σκοπός είναι η εύρυθμη λειτουργία του φορέα. Ο Ζαβλανός (2006) παραθέτει τις κάτωθι συνιστώσες όσον αφορά στο μοντέλο οργανωτικής ανάπτυξης:

- Σκοπός (πρέπει να μην διακρίνεται από ασάφεια και να έχει ως επίκεντρο την εξυπηρέτηση των πελατών).
- Σύστημα (παραθέτει την εργασιακή οργάνωση καθώς ο συσχετισμός γεγονότων, μεταβλητών και δραστηριοτήτων συμβάλλουν στον αντικειμενικό σκοπό).
- Λειτουργίες (ο οργανισμός οφείλει να αντιμετωπίζεται ως ένα μωσαϊκό διαφορετικών κατηγοριών για να λειτουργήσει στο έπακρο).
- Ικανότητες (πέραν των απτών δυνατοτήτων όπως υπολογιστές/μηχανές, το προσωπικό οφείλει να διακρίνεται για την εμπειρία του, τις γνώσεις του και τον τρόπο που διαχειρίζεται ορισμένες καταστάσεις).
- Ρόλοι (όλοι οι άνθρωποι δεν είναι φτιαγμένοι για να επιτελέσουν ακριβώς τα ίδια καθήκοντα – η σωστή κατανομή των ρόλων αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα στην εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού τόσο στην αρχή όσο και στη διάρκεια της λειτουργίας του).
- Δομή (όλες οι προηγούμενες πτυχές, δηλαδή ο σκοπός, το σύστημα, οι λειτουργίες, οι ικανότητες και οι ρόλοι, πρέπει σε αυτό το σημείο να τοποθετηθούν σε μία δομή, η οποία έχει να κάνει με τη γενικότερη πολιτική, τους κανονισμούς, τη συνεργασία κ.λπ.).
- Προσωπικό (η επιλογή ατόμων, η προώθηση τους και η απόλυση τους συνδέεται άρρηκτα με την λέξη-ερώτηση «Γιατί;»).

Η υπόσταση των πάσης φύσεως οργανισμών είναι πολύ ευμετάβλητοι κι αυτό διότι οι ανάγκες των πελατών αλλάζουν ταχύτατα. Ο Senge (1991) ισχυρίζεται ότι το ζήτημα δεν είναι η παραγωγή και η διάθεση στο κοινό απλώς περισσότερων προϊόντων. Αντίθετα, η προσαρμογή στις νέες εξελίξεις διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο καθώς έτσι μπορεί ένας οργανισμός να κατανοήσει τις απαιτήσεις των πελατών που αλλάζουν πολύ γρήγορα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης και της καταγραφής που έγκειται στο πεδίο της διαχείρισης της γνώσης (Garvin, 1988). Κατά συνέπεια, ένας οργανισμός, εκτός από τις βασικές λειτουργίες του, μετατρέπεται με αυτόν τον τρόπο σε έναν οργανισμό μάθησης. Τα βασικά γνωρίσματα ενός οργανισμού μάθησης είναι

τρία (Senge, 1991). Το πρώτο, αφορά στην αντίληψη του οργανισμού με βάση το παρόν καθώς οι σύγχρονες κοινωνίες, σε μεγάλο βαθμό, αποδέχονται τα αντίστοιχα πρότυπα. Το δεύτερο, αφορά στη γλώσσα, η οποία εκτός από μέσο καλής επικοινωνίας συμβάλλει στο συζήτηση, στο διάλογο και στην εύρεση λύσεων σε υφιστάμενα προβλήματα ή/και στην υιοθέτηση αλλαγών, όπου αυτές χρειάζονται. Το τρίτο, αφορά στην αναγκαιότητα θέασης ενός οργανισμού ως κάτι ενιαίο, κάτι που σημαίνει ότι οι αλληλοσυσχετίσεις δεν μπορούν να μη λαμβάνονται υπόψη. Επακόλουθο όλων των παραπάνω, είναι ότι ένας οργανισμός κινούμενος σε αυτήν την κατεύθυνση είναι πολύ πιο προσαρμόσιμος σε σχέση με κάποιον που συνεχίζει να υιοθετεί την παραδοσιακή προσέγγιση. Αναφορικά με την Ελληνική πραγματικότητα, τα Νοσοκομεία και οι υπόλοιποι Δημόσιοι οργανισμοί δεν είναι σε θέση να χαρακτηριστούν ως οργανισμοί μάθησης. Ενδεικτικοί λόγοι είναι οι κάτωθι (Ζαβλανός, 2006 σσ. 354):

- Δεν κάνουν συνεχείς αλλαγές, δεν προτείνουν καινοτομίες και δεν προσαρμόζονται στις νέες απαιτήσεις.
- Δεν δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να δημιουργούν και δεν ενθαρρύνουν την προσπάθεια τους για αλλαγή και βελτίωση.
- Οι διοικούντες τους οργανισμούς δεν είναι φορείς αλλαγής, δηλαδή άτομα που να έχουν τη δυνατότητα να αλλάζουν τις τρέχουσες καταστάσεις και συμπεριφορές και να δέχονται πρωτοβουλίες και προτάσεις για αλλαγές από όλα τα μέλη του οργανισμού.
- Δεν χρησιμοποιούν για την επίλυση των προβλημάτων τη συστημική προσέγγιση ούτε εξετάζουν τον οργανισμό ως σύνολο.
- Δεν χρησιμοποιούν για την επίλυση των προβλημάτων τις ομάδες και ιδιαίτερα τις διατμηματικές, απ' όπου μπορούν να προέλθουν οι καινοτομίες.
- Δεν αναθέτουν εξουσία στα μέλη και δεν δέχονται τη συμμετοχή των ατόμων στη λήψη αποφάσεων.
- Δεν χρησιμοποιούν τη στρατηγική μέτρησης της ικανοποίησης των αναγκών των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών τους.
- Δεν έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες όλα τα μέλη του οργανισμού ώστε να βοηθηθούν στη βελτίωση των διαδικασιών και στη μάθηση τους.
- Δεν παρέχεται εκπαίδευση στα άτομα σχετικά με τις σύγχρονες απόψεις και θεωρίες του management όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, η αναδιοργάνωση,

οι οργανισμοί μάθησης κ.λπ., με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να μην μπορούν να προτείνουν αλλαγές και καινοτομίες.

- Δεν εφαρμόζεται η αρχή «Δίνω αξία στον εαυτό μου» και «Δίνω αξία στους άλλους», η οποία επιτρέπει την καλλιέργεια της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του αμοιβαίου σεβασμού.

4. Διοίκηση ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα

4.1 Αγγελή, 2019

Το Ιπποκράτειο νοσοκομείο Θεσσαλονίκης αποτέλεσε ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας μελέτης. Η επισκόπηση των αποτελεσμάτων κινείται κι εδώ σε δύο άξονες: τους ασθενείς και το προσωπικό. Για τους ασθενείς, η έλλειψη προσωπικού δεν πέρασε απαρατήρητη ενώ μεγάλη σημασία έδωσαν στη συμπεριφορά του υπάρχοντος προσωπικού καθώς τους αντιμετώπισε με σεβασμό. Άλλοι παράγοντες που ξεχώρισαν ήταν οι προσεγμένες εγκαταστάσεις και η ευκολία στην πρόσβαση. Για το προσωπικό, οι σημαντικότερες μεταβλητές είναι τρεις: τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης για να μην τρέχουν ερήμην τους οι εξελίξεις, η εκπαίδευση σε τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης συγκρούσεων και φυσικά η επιβράβευση, σε όποια μορφή κι αν είναι αυτή (ηθική, χρηματική κ.λπ.).

4.2 Παπαρίζος, 2018

Με μελέτη περίπτωσης το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, τα ερευνητικά αποτελέσματα σημειώνουν τον καθοριστικό ρόλο της διοίκησης του νοσοκομείου στο πλαίσιο της στρατηγικής και της εκπλήρωσης στόχων. Τα επιθυμητά αποτελέσματα σε αυτήν την περίπτωση θα έρθουν μόνο με την αλλαγή νοοτροπίας και την επιθυμία προσαρμογής στα νέα δεδομένα. Το καλό κλίμα μεταξύ όλων των εργαζομένων δεν αμφισβητείται ωστόσο υπάρχει έλλειψη, άρα ταυτόχρονα και ζήτηση, προγραμμάτων εκπαίδευσης τους και ενδυνάμωσης της συμμετοχής τους σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Ο λόγος είναι ότι οι άνθρωποι γενικότερα θεωρούνται πηγή ιδεών και

καινοτομιών και οφείλουν να λαμβάνονται υπόψη σε οποιαδήποτε διαδικασία βελτίωσης.

4.3 Τζωρτζόπουλος, 2018

Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης επικεντρώνονται στο ότι ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων σε επίπεδο διοίκησης είναι αναγκαίος. Προς τη θετική κατεύθυνση είναι η προώθηση ενός κανονιστικού πλαισίου δραστηριοτήτων και καθηκόντων ανά τμήμα αλλά και η χρήση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, το Εθνικό Σύστημα Υγείας οφείλει να δημιουργήσει ένα δίκτυο συνεργασίας με βιοϊατρικές και ιατροτεχνολογικές επιχειρήσεις αποκτώντας με αυτόν τον τρόπο επιχειρησιακή μορφή.

4.4 Βλάχου, 2017

Στην παρούσα έρευνα καταδεικνύεται το γεγονός ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες αναφορικά με τη διοίκηση ολικής ποιότητας στα Ελληνικά νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Αυτό βέβαια, αποτελεί και μία πραγματικότητα η οποία αντιστοιχεί και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο τουλάχιστον. Ωστόσο, οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες αντικατοπτρίζουν τη θεωρία μόνο και όχι την πράξη. Σε πρακτικό επίπεδο, έμφαση αρχικά οφείλει να δοθεί στην Πρωτοβάθμια Υγεία μέσω της υλικοτεχνικής υποδομής αλλά και της πρόσληψης Γενικών Ιατρών. Οι νέες τεχνολογίες δεν γίνεται να λείπουν ακόμα και σε αυτό το επίπεδο καθώς είναι σε θέση να μειώσουν ατά πολύ το κόστος θεραπείας. Εκτός από αυτό, θα συνδράμει στην ευκολότερη αντιμετώπιση περιστατικών του ολοένα και αυξανόμενου γηρασκόμενου πληθυσμού, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη.

4.5 Τσάμου, 2017

Αυτή η έρευνα διεξήχθη για λογαριασμό του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της, οι παράγοντες εκείνοι που έχουν θετική επίδραση είναι η ευγένεια του προσωπικού και οι κατανοητές

πληροφορίες που λαμβάνουν οι ασθενείς, η καθαριότητα, η θερμοκρασία των εγκαταστάσεων εξέτασης, η γενικότερη πρόσβαση. Ως μεγάλο μειονέκτημα θεωρήθηκε η μεγάλη αναμονή.

4.6 Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016

Η συγκεκριμένη μελέτη τονίζει εξ αρχής τη μετάβαση από ένα γραφειοκρατικό μοντέλο σε ένα μοντέλο που θα διακρίνεται από αύξηση της ικανότητας της οργάνωσης και φυσικά, και της αποδοτικότητας. Ως βασικές συνιστώσες για αυτό το εγχείρημα, προκρίνονται η αλλαγή νοοτροπίας στον τρόπο διοίκησης, δηλαδή η απομάκρυνση από τη μονοκεντρική εξουσία στη διάχυτη εξουσία μέσω της συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και η συνεχής εκπαίδευση τους τόσο στο κομμάτι της δουλειάς τους όσο και σε αυτό της συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.

4.7 Μαλακέλλη, 2016

Με βάση το πόρισμα της συγκεκριμένης έρευνας, στο νοσοκομείο «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού», οι ασθενείς δεν φάνηκαν να είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά έχουν διπλή ανάγνωση. Από τη μία, η έλλειψη κατάλληλου προσωπικού όπως επίσης και το πρόβλημα των υλικοτεχνικών υποδομών αποτελούν απόρροια της πολιτείας και της έλλειψης ρευστότητας από το κράτος αντίστοιχα. Από την άλλη, όσον αφορά στο νοσοκομείο καθαυτό, το κύριο πρόβλημα φαίνεται να αποτελεί η συμπεριφορά των εργαζομένων και η απόδοση τους. Όπως είναι προφανές, η δημιουργία κινήτρων μοιάζει επιτακτική ανάγκη. Μέσα σε αυτό πλαίσιο, προτάθηκαν η δημιουργία ομάδων εργασίας για να ενισχυθεί η αλληλοϋποστήριξη, η οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων για το προσωπικό έτσι ώστε να ισχυροποιηθούν οι δεσμοί μεταξύ των εργαζομένων, η χρήση επαινετικών επιστολών εκ μέρους της διοίκησης προς τους εργαζόμενους, η υιοθέτηση της συμμετοχής στην ίδια τη διοίκηση. Τέλος, προτάθηκαν η δημιουργία μίας ολιγομελούς ομάδας που ως κύριο μέλημα θα έχει τον εντοπισμό των οποιωνδήποτε προβλημάτων, τα αίτια τους και πιθανές λύσεις αλλά και τη δομή προγραμμάτων εκπαίδευσης τα οποία έχουν να κάνουν όχι μόνο με το επαγγελματικό στοιχείο αλλά και με τη διαπροσωπική σχέση με τους ασθενείς.

4.8 Κουκουφιλίππου κ.ά., 2016

Σύμφωνα με τη μελέτη των παραπάνω, το ζήτημα είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη της ικανοποίησης των ασθενών με την μεγέθυνση της ανταγωνιστικότητας συνολικά και της παραγωγικότητας των Ελληνικών νοσοκομείων. Κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου αποτελεί η εκάστοτε διοίκηση, η οποία οφείλει να κατανοήσει στο έπακρο όλες τις συνιστώσες που διέπουν τη σχέση εργαζόμενου και ασθενούς, πώς αυτή αποτυπώνεται και πώς αυτή θα βελτιωθεί προς όφελος του δευτέρου. Η πιστοποίηση που μπορεί να διαθέτει ένα νοσοκομείο δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλή ποιότητα καθώς η πιστοποίηση αναφέρεται στη διαδικασία τήρησης διαδικασιών με βάση την όποια ποιότητα (ανεξαρτήτως κλίμακας και βαθμού). Η πρόοδος που μπορεί να συντελεστεί έχει να κάνει σε πολύ μεγάλο βαθμό με την αέναη εκπαίδευση όλου του ανθρώπινου δυναμικού ενός νοσοκομείου, από την κορυφή έως και τη βάση. Αυτή θεωρείται η απαραίτητη συνθήκη για να υπάρξουν ακόμα πιο ποιοτικές υπηρεσίες στα νοσοκομεία για να αντισταθμιστεί και η κατανάλωση μεγάλων κεφαλαίων σε περίοδο οικονομικής ύφεσης.

4.9 Κουθούρης και Εξάρχου, 2015

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν από τη μία τη θετική σχέση που δημιουργείται μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού και από την άλλη την έλλειψη ικανοποίησης σχετικά με την υλικοτεχνική υποδομή. Αν και η υλικοτεχνική υποδομή οφείλει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, φαίνεται ότι το προσωπικό αποτελεί βασικό πυλώνα της διοίκησης ολικής ποιότητας και γι' αυτό το λόγο οι μελλοντικές έρευνες θα ήταν καλό να εστιάσουν στο ζήτημα των κινήτρων.

4.10 Μέκρας και Κολλάρος, 2015

Σε αυτή τη μελέτη γίνεται ένας απλός πλην όμως όχι απλοϊκός διαχωρισμός αναφορικά με τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Αυτή διαχωρίζεται στο υλικό κομμάτι και στο κομμάτι του ανθρώπινου δυναμικού. Αν και η ύπαρξη και των δύο κρίνεται επιβεβλημένη για μία αρμονική λειτουργία ενός οποιουδήποτε νοσοκομείου, ο

εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων κλίνει προς το δεύτερο κομμάτι, με απώτερο στόχο τον επανασχεδιασμό της οργάνωσης σε όλα τα επίπεδα, κάτι που αποτελεί και το αδύναμο σημείο λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Το δυνατό επιχείρημα σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι η ανθρώπινη επαφή είναι αυτή που παρατηρείται πρώτη σε τέτοιου είδους καταστάσεις και η επένδυση σε βέλτιστες πρακτικές πιθανόν να υποβαθμίσει – μερικώς ή έστω και για κάποιο χρονικό διάστημα – ορισμένες άλλες αρνητικές πτυχές που μπορεί να αναγνωρίσουν οι ασθενείς, ως επί το πλείστον υλικότεχνικού χαρακτήρα.

4.11 Παπαναστασίου, 2015

Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα κοινό πλαίσιο αξιολόγησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης, οι κυριότερες ελλείψεις που παρατηρήθηκαν όσον αφορά στη διοίκηση ολικής ποιότητας ήταν οι παρακάτω:

- Μερική ύπαρξη οράματος και μελλοντικών στόχων.
- Μικρή συμμετοχή φορέων/εργαζομένων σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων.
- Ανεπαρκής ομαδική εργασία.
- Ανεπαρκής προσωπικών κινήτρων.
- Αναζήτηση λύσεων σχεδόν αποκλειστικά από την πολιτική ηγεσία.
- Μη ανάλυση στοιχείων.
- Αναντιστοιχία ικανοτήτων εργαζομένων και θέσεων εργασίας.
- Μη επαρκής τεχνογνωσία προσωπικού.

4.12 Xesfingi, 2015

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί σημαντικό μέτρο της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ανεξάρτητα από το πού πραγματοποιείται η κάθε μελέτη, όλα τα μέτρα σχετικά με την απόδοση του νοσοκομείου, δηλαδή την

προσοχή που έλαβαν το ιατρικό προσωπικό και το νηπιαγωγείο και το περιβάλλον του νοσοκομείου, συσχετίζει και επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση των ασθενών. Θα πρέπει επίσης να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που επενδύουν σε προγράμματα για να καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αξιολογούν τις εμπειρίες τους θα έχουν πολύτιμες πληροφορίες για να κάνουν μετασχηματιστικές αλλαγές στην παροχή φροντίδας και στις υπηρεσίες. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να εξεταστεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση των ασθενών και η προθυμία τους να πληρώσουν για υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας.

4.13 Καρασούλος, 2014

Η όσο το δυνατόν καλύτερη παροχή υπηρεσιών πραγματοποιείται μέσω αποδοχής και εφαρμογής διαφόρων προτύπων (ISO), τη συνεχή επιμόρφωση όλων των κατηγοριών προσωπικού, τη στρατηγική μείωση του κόστους, λ.χ. εξετάσεων, ιατρικών ειδών και στον εκτενή έλεγχο όλων των διαδικασιών της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται και η σωστή λειτουργία του αλλά και το κοινωνικό πρόσημο του νοσοκομείου.

4.14 Σιορέντα κ. ά., 2014

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως αντικείμενο τη συγκριτική αξιολόγηση τριών νοσοκομείων της Λάρισας, των Ιωαννίνων και της Κατερίνης. Στην πρώτη περίπτωση, τα δύο μεγαλύτερα θετικά γνωρίσματα αποδείχθηκε ότι ήταν η ομαδική εργασία και η ανάληψη πρωτοβουλιών των εργαζομένων σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας. Το μεγαλύτερο αρνητικό ήταν η έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού. Στη δεύτερη περίπτωση, το πιο θετικό χαρακτηριστικό ήταν η ομαδική εργασία μεταξύ των υπαλλήλων του νοσοκομείου αλλά υπάρχουν ερωτηματικά σχετικά με το αν τα σχόλια των ασθενών υπόκεινται σε συνεχή αξιολόγηση. Κάτι ανάλογο ισχύει και για το ζήτημα της εκπαίδευσης του προσωπικού, στοιχείο κοινό με το νοσοκομείο της

Λάρισας. Στην τρίτη περίπτωση, τα θετικά χαρακτηριστικά που ξεχωρίζουν είναι και πάλι η ομαδική εργασία όπως επίσης και η χρήση των σχολίων των ασθενών για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας. Το μεγαλύτερο αρνητικό χαρακτηριστικό, είχε να κάνει με την κορυφή της πυραμίδας της διοίκησης του νοσοκομείου καθώς δεν είναι τόσο ξεκάθαρο κατά πόσο αυτή έχει δεσμευτεί σε απόλυτο βαθμό στη συνολική βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

4.15 Pantounakis and Mpogiatzidis, 2013

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τις αντιλήψεις των κλινικών προϊσταμένων στις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο του Ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας, να καθορίσει τον αντίκτυπο των χαρακτηριστικών ποιότητας της εσωτερικής υπηρεσίας και των διαστάσεων της εκπαιδευτικής οργάνωσης στην ικανοποίηση από την εργασία. Το δείγμα περιλάμβανε ιατρούς - επικεφαλής τμήματος 123 κλινικών τμημάτων βασικών ιατρικών ειδικοτήτων που λειτουργούσαν σε 15 νοσοκομεία και αντιμετωπίστηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου ειδικά σχεδιασμένου για τους σκοπούς αυτής της ερευνητικής προσπάθειας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν θετικό αντίκτυπο των διαδραστικών χαρακτηριστικών της ποιότητας της εσωτερικής υπηρεσίας και των διαστάσεων της μάθησης, δηλαδή της ενδυνάμωσης και της συνεχιζόμενης μάθησης, στην ικανοποίηση της εργασίας στις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτή η ερευνητική προσπάθεια επικεντρώνεται, για πρώτη φορά, στις αντιλήψεις της κλινικής ηγεσίας στις δημόσιες υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης. Η σχέση μεταξύ εσωτερικής ποιότητας της υπηρεσίας, οργανισμού μάθησης και ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να είναι κρίσιμη σε όλες τις προσπάθειες βελτίωσης της λειτουργικότητας των κλινικών τμημάτων. Επομένως, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας παρέχουν στους ερευνητές και στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής δημόσιας υγείας ένα χρήσιμο εργαλείο για το σχεδιασμό και την υλοποίηση αυτών των προσπαθειών.

4.16 Φραγκιαδάκης, 2013

Οι κύριοι δείκτες στους οποίους στηρίζεται το σύστημα ποιοτικού ελέγχου του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων είναι:

- Η βελτίωση της πληροφόρησης των ασθενών (περιορισμός των ακυρώσεων προγραμματισμένων συναντήσεων με υπευθυνότητα της μονάδας υγείας – αναγνώριση προτιμήσεων των ασθενών – περιστατικά που εξυπηρετούνται μέσω σύγχρονων τεχνικών [τήλε-ιατρική, κατ’ οίκον νοσηλεία]).
- Η βελτίωση χρόνου εξυπηρέτησης ασθενών (μείωση του μέσου χρόνου αναμονής – περιορισμός των μετακινήσεων των ασθενών σε μονάδες υγείας).
- Η βελτίωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών (περιορισμός καταγγελιών των ασθενών – αύξηση μέσου αριθμού εξυπηρετούμενων περιστατικών – περιορισμός τεχνικών προβλημάτων).

4.17 ΑΧΕΠΑ, 2013

Το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας, και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης συστάθηκε σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου. Η εφαρμογή της Πολιτικής Ποιότητας έχει άμεση σχέση με τους σκοπούς του νοσοκομείου καθώς και με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα οι αρμοδιότητες του Αυτοτελούς Τμήματος είναι οι εξής:

- Η διαρκής ενημέρωση και αναθεώρηση του τύπου των εγγράφων, ο καθορισμός τυποποίησης για μορφές εγγράφων ειδικών χρήσεων (φάκελος ασθενούς, εσωτερικά σημειώματα, παρουσιάσεις, επιστολές προς δημόσιες υπηρεσίες, κ.ά.), ενδεχομένως και με λογότυπο του νοσοκομείου.
- Η διεξαγωγή εσωτερικών επιθεωρήσεων με σκοπό τη καταγραφή αποκλίσεων ή μη συμμορφώσεων με το Σύστημα Ποιότητας.
- Η εκπόνηση της πολιτικής και η τήρηση των κανόνων που αφορούν στην υγιεινή και στην ασφάλεια των εργαζομένων και νοσηλευομένων, σε συνεργασία με την Ιατρική και Τεχνική Υπηρεσία.
- Ο έλεγχος σε συνεργασία με τις συναρμόδιες διευθύνσεις για τα απόβλητα και απορρίμματα του νοσοκομείου με στόχο την προστασία του περιβάλλοντος.
- Η εισήγηση μέτρων για την βελτίωση των χώρων εργασίας.

- Η πρόληψη και η ανάπτυξη ευαισθησίας σε θέματα ασφάλειας πληροφοριών του νοσοκομείου.
- Η ευθύνη της συνολικής παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας του Συστήματος Δεικτών Διοίκησης και Διαχείρισης του νοσοκομείου, η υποβολή προτάσεων για βελτίωση υπαρχόντων ή εισαγωγή νέων εργαλείων διαχείρισης, ο σχεδιασμός και η παρακολούθηση δεικτών αποτελεσματικότητας που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, η υποβολή προτάσεων για βελτίωση ή για σχεδιασμό νέων υπηρεσιών εξυπηρέτησής των.
- Η ευθύνη της καταγραφής και παρακολούθησης της λειτουργίας των δραστηριοτήτων καθώς και η ευθύνη για την διαρκή βελτίωση και εξέλιξή τους σε συνεργασία και με τα αρμόδια τμήματα.
- Η διαρκής αξιολόγηση των παρεχομένων από το νοσοκομείο υπηρεσιών, για λογαριασμό των ασθενών. Στις αρμοδιότητες του είναι η αποδοχή και αξιολόγηση των παραπόνων των ασθενών, καθώς ο σχεδιασμός ερωτηματολογίων και άλλων ερευνών ικανοποίησης που να απευθύνονται στον ασθενή, στους συνοδούς και σε οργανισμούς της Τοπικής Κοινωνίας.
- Η συνεργασία με τα κατά περίπτωση αρμόδια τμήματα και το Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη για αποτελεσματική και γρήγορη ανταπόκριση στα παράπονα των πολιτών που σχετίζονται με παροχή υπηρεσιών από το νοσοκομείο.
- Η μέριμνα ώστε να διασφαλίζεται η πιστοποίηση, σύμφωνα με Διεθνή Πρότυπα, όσον το δυνατόν περισσότερων υπηρεσιών του νοσοκομείου.
- Η κατάρτιση, σε ετήσια βάση, προγράμματος ερευνητικών προγραμμάτων και πρωτοκόλλων, καθώς και η παρακολούθηση της υλοποίησής τους.
- Η ευθύνη οργάνωσης και διοικητικής υποστήριξης όλων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.
- Η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλο το προσωπικό του νοσοκομείου.
- Η ευθύνη υλοποίησης και παρακολούθησης προγραμμάτων έρευνας και εκπαίδευσης, που επιχορηγούνται από Ελληνικές ή διεθνείς πηγές.
- Η ευθύνη αξιολόγησης των προγραμμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του νοσοκομείου. Εκπονεί τις διαδικασίες για τον εντοπισμό των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης εκπαίδευσης,

καθώς και τήρησης του σχετικού αρχείου ερευνητικών προγραμμάτων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

- Η ευθύνη παρακολούθησης σε συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία, του αρχείου των εγκεκριμένων κλινικών δοκιμών και ερευνητικών πρωτοκόλλων.

4.18 Γιαννακοπούλου, 2012

Η παρούσα μελέτη σχετίζεται με το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης όπου αν και αρκετοί τομείς επιδέχονται βελτίωσης, η γενική εικόνα που προκύπτει από τους ασθενείς είναι σε μεγάλο ποσοστό θετική. Σημείο κλειδί ωστόσο της ποιότητας για αυτούς φαίνεται ότι αποτελεί η πληροφόρηση τόσο ως ηθικό δικαίωμα τους όσο και ως μέσο κατανόησης της κατάστασης τους.

4.19 Μωραΐτη και Γκολέμη, 2012

Αν και η οργάνωση των νοσοκομείων επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η νομοθεσία και το σύστημα που επικρατεί σε μία χώρα, τα ανώτερα τεχνολογικά μέσα είναι σε θέση να κάνουν τη διαφορά είτε για να προλάβουν ορισμένες ασθένειες είτε για να οδηγήσουν σε ταχύτερη επίλυση των προβλημάτων όσων ασθενών επισκέπτονται τα νοσοκομεία. Ωστόσο, ας σημειωθεί ότι η ύπαρξη εκσυγχρονισμένης τεχνολογίας σε νοσοκομειακό επίπεδο είναι πιο εύκολο να εντοπιστεί σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία ή/και σε νοσοκομεία αστικών κέντρων με μεγάλο πληθυσμό.

4.20 Τσούνης και Σαράφης, 2012

Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών και η γενικότερη υιοθέτηση και ενσωμάτωση των τεχνολογικών μέσων αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στον νοσοκομειακό κλάδο. Βέβαια, η όλη προοπτική δεν μπορεί να εφαρμοστεί αποσπασματικά. Αυτό που προκρίνεται είναι η δημιουργία ενός κατάλληλου οργανωτικού πλαισίου με πλήρη συμμετοχή των εργαζομένων στα τεχνολογικά δρώμενα, με απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση της ευθυμίας των ασθενών και την ελαχιστοποίηση του κόστους.

4.21 Γώγος, 2011

Η εκπαίδευση, τα κίνητρα και το συντεταγμένο σχέδιο δράσης φαίνεται να είναι άγνωστες έννοιες στο πλαίσιο του Ελληνικού νοσοκομείου. Έμφαση σε αυτήν την έρευνα δίνεται στο ρόλο της ηγεσίας, στο στρατηγικό όραμα της όπως επίσης και στη διάχυση οργανωτικών αρμοδιοτήτων έτσι ώστε αφενός οι υγειονομικές μονάδες να χαρακτηριστούν από ευελιξία αφετέρου να υπάρξει μία αποκέντρωση σε σχέση με το συγκεντρωτικό μοντέλο. Αυτού του είδους η αντίληψη αναμένεται να βοηθήσει τα μέγιστα στην εμφάνιση μελλοντικών προβλημάτων όπως η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού και η απαίτηση συνεχώς πιο βελτιωμένων παροχών υγείας.

4.22 Notara et al., 2010

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει την τρέχουσα κατάσταση της παράδοσης της υγειονομικής υπηρεσίας στην Ελλάδα, να διερευνήσει τις βασικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης από τη σκοπιά της νοσηλευτικής διαχείρισης και να εξετάσει τις μελλοντικές πρακτικές που ανοίγουν μία συζήτηση στις εξελίξεις της πολιτικής. Η κύρια διαπίστωση αυτής της μελέτης ήταν η σοβαρή έλλειψη εκπαιδευμένων νοσοκόμων, οι ανισορροπίες στο νοσηλευτικό προσωπικό, η υπερβολική κατάσταση των ιατρών και η πλήρης απουσία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αστικές περιοχές που παρέχονται από γενικούς ιατρούς. Είναι σημαντικό οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης να συνειδητοποιήσουν και να εξετάσουν σοβαρά το ενδεχόμενο αναδιάταξης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ώστε να καταστούν αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες για τους άμεσα ενδιαφερόμενους, τους πελάτες. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση των τομέων όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η δημόσια υγεία και η προαγωγή της υγείας προς την κατεύθυνση της ελαχιστοποίησης της ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών.

4.23 Πισσάκη, 2010

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία ης Αττικής, οι άξονες ήταν δύο· από τη μία πλευρά, οι προσδοκίες των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας και από την άλλη πλευρά η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Για το πρώτο σκέλος, η έρευνα εστίασε στη μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, την αξιοποίηση της τεχνολογίας στη διάγνωση της ασθένειας και όχι μόνο, την επαρκή πληροφόρηση του ασθενή αλλά και το δικαίωμα του να παρέμβει στην περίθαλψη του, στο όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος των υπηρεσιών, τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις, τον επαγγελματισμό, την ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων και την παρουσία σε ένα ευχάριστο περιβάλλον. Στο δεύτερο σκέλος, τα προβλήματα που αναδύθηκαν στην επιφάνεια στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν η έλλειψη προσωπικού, η μη σωστή κατανομή του υπάρχοντος προσωπικού, η ανεπάρκεια εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης, η ανυπαρξία ενός αξιόπιστου μηχανισμού αξιολόγησης και η έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού.

4.24 Theodorakioglou and Tsiotras, 2010

Σύμφωνα με στοιχεία δευτερογενών πηγών, τα Ελληνικά νοσοκομεία δεν φαίνεται να ακολουθούν την παγκόσμια τάση εφαρμογής αρχών ποιότητας και συστημάτων διαχείρισης, αντιμετωπίζοντας ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που εμποδίζουν την παραγωγική και κανονική λειτουργία τους. Τα ευρήματα της έρευνας αποκαλύπτουν μία σπάνια εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στα Ελληνικά νοσοκομεία και τονίζουν την ανάγκη για εισαγωγή διαχείρισης ποιότητας στην Ελληνική υγειονομική περίθαλψη. Η ηγεσία, η οποία διαδραματίζει τον πιο βασικό ρόλο στην υποστήριξη προγραμμάτων ποιότητας, στερείται βασικής εκπαίδευσης σε θέματα ποιότητας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας εξαρτάται από τις πρωτοβουλίες των εργαζομένων και δεν απορρέει από ένα οργανωμένο κεντρικό σχέδιο. Τέλος, αν και τα Ελληνικά νοσοκομεία πρέπει να αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα, τα προβλήματα αυτά δεν οφείλονται αποκλειστικά στην έλλειψη προγραμμάτων ποιότητας.

4.25 Μαλλιάρου κ.ά., 2009

Σε αυτήν την έρευνα, η οποία έχει να κάνει με τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, οι ασθενείς έχουν ως προμετωπίδα για την παροχή φροντίδας υγείας την αξιοπιστία των υπηρεσιών, τη διάρκεια τους, την ετοιμότητα και ικανότητα του προσωπικού, την ευγένεια και το ωραίο περιβάλλον.

4.26 Bellou, 2008

Η μελέτη διεξήχθη σε 20 Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, τυχαία επιλεγμένα σε οκτώ μεγάλες πόλεις και παρείχε 749 χρήσιμες απαντήσεις από τους υπαλλήλους της πρώτης γραμμής. Παραδόξως, οι εργαζόμενοι στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία βρήκαν την προσοχή στη λεπτομέρεια, την έκβαση και τον προσανατολισμό της ομάδας να είναι τα λιγότερο διαδεδομένα πολιτιστικά χαρακτηριστικά των εργοδοτικών τους οργανώσεων. Αφού εξετάστηκαν πιθανές διακυμάνσεις στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι βλέπουν την οργανωτική κουλτούρα λειτουργίας, αποκαλύφθηκαν σημαντικές διαφορές με βάση την ηλικία, τη θέση εργασίας και τη θητεία στη θέση. Ωστόσο, το φύλο, το επάγγελμα και ο τύπος της εργασιακής σχέσης δεν φαίνεται να επηρεάζουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων στον πολιτισμό. Η ανάπτυξη μίας κουλτούρας που προάγει την ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης των ασθενών. Είναι όμως προϋπόθεση ότι οι οργανωτικοί υπεύθυνοι έχουν μία σαφή εικόνα των γνωρισμάτων που είναι εγγενή στον κύριο πολιτισμό, προκειμένου να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τους υπαλλήλους και να επιτυγχάνουν μακροπρόθεσμη οργανωτική επιβίωση και επιτυχία.

4.27 Lekidou et al., 2007

Η συγκεκριμένη έρευνα έλαβε χώρα σε δημόσιο πανεπιστήμιο – που δεν κατονομάζεται – της Κεντρικής Ελλάδος. Τα αποτελέσματα της καταδεικνύουν ότι οι γνώσεις και οι ικανότητες του επιστημονικού προσωπικού, η καθαριότητα των χώρων, ο χρόνος νοσηλείας, ο τρόπος ασφάλισης αλλά και η συμπεριφορά του προσωπικού είναι γνωρίσματα με βάση τα οποία οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι σε σχέση με την ολική ποιότητα.

4.28 Μιχαηλίδου και Σακελλαρίου, 2007

Το Νεφρολογικό τμήμα του ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», υιοθέτησε το ISO 9001:2000 ως σύστημα διαχείρισης ποιότητας και ακολουθεί τις επιταγές του. Η εύρυθμη λειτουργία του συγκεκριμένου τμήματος σχετίζεται με:

- Τη συντήρηση του συνολικού εξοπλισμού και γενικότερα των εγκαταστάσεων.
- Την εξακρίβωση των μετρήσεων ανάλογα τον κάθε εξοπλισμό.
- Την ασφάλεια των υπαλλήλων και τη δημιουργία ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος.
- Τη συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων.
- Την τήρηση αρχείων και τον έλεγχο στη ροή των εγγράφων.
- Τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών.
- Τον έλεγχο τόσο στα προϊόντα όσο και στις υπηρεσίες.
- Την ανάλυση δεδομένων με δυνητικό στόχο τη λήψη ουσιαστικών αποφάσεων για το τμήμα.
- Τη συνεχή βελτίωση μέσω της πρόληψης και εσωτερικών ελέγχων.

Αν και η όποια εθνική πολιτική δεν στέκεται αρωγός γενικά στην αναβάθμιση της διοίκησης ολικής ποιότητας στα νοσοκομεία της χώρας, εντούτοις το Νεφρολογικό τμήμα του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» αποδεικνύει ότι η σύμπραξη της ηγετικής ομάδας, η εποικοδομητική συνεργασία που παρατηρείται με το προσωπικό και γενικά με όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου αλλά και η ύπαρξη της κατάλληλης τεχνογνωσίας, αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες οι οποίοι υπερκαλύπτουν οποιοδήποτε θεσμικό κενό.

4.29 Pandelis, 2007

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης εργασίας σε κεντρικό νοσοκομείο της χώρας δεν αφήνουν καμία αμφιβολία ότι τα χαρακτηριστικά των ιατρών, όπως η ευγένεια και η συνέπεια, ασκούν υψηλότερα επίπεδα επιρροής στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς τόνισαν τη σημασία της αποτελεσματικής πληροφόρησης και ότι υπήρχε ανάγκη για βελτιωμένη πληροφόρηση για την προώθηση της ικανοποίησης. Επιπλέον,

οι ασθενείς δήλωσαν ότι η δημιουργία μίας καλής σχέσης μεταξύ του φροντιστή-δέκτη και των γιατρών βασίζεται στις πληροφορίες, στην αμοιβαία κατανόηση, στον σεβασμό, στην εμπιστοσύνη, στην ειλικρίνεια, στη συνεργασία και στο χιούμορ.

4.30 Χατζοπούλου, 2006

Με ερευνητικό πεδίο το ΙΑΣΩ Αθήνας, τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Χρειάζεται συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού.
- Η άμεση συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών όχι μόνο διευκολύνει αμοιβαία την δουλειά τους αλλά είναι σε θέση να τους κάνει πιο αποδοτικούς.
- Η επιβράβευση λειτουργεί καταφατικά στην απόδοση του κάθε εργαζόμενου εις το διηνεκές.
- Η θεσμοθέτηση καθηκοντολογίου προκρίνεται ως μία καλή λύση για να μην υπάρχουν προστριβές.
- Ως κίνητρο, προτάθηκε η μετεξέλιξη των συμβάσεων ορισμένου χρόνου σε αυτές αορίστου.
- Ο ρόλος της διεύθυνσης καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός με το να λύνει οποιοδήποτε πρόβλημα άμεσα και να συντηρεί με αυτόν τον τρόπο πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των υπαλλήλων.

4.31 Μαυρομιχάλη, 2004

Πτυχές όπως ο συντονισμός της διοίκησης με τα υπόλοιπα τμήματα, η άσπογη συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και η καταγραφή της απόδοσης του οργανισμού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο γι' αυτή τη μελέτη. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η δημιουργία ενός ευχάριστου περιβάλλοντος διαμονής και η ευγενική συμπεριφορά των εργαζομένων είναι δύο καταλυτικοί παράγοντες.

4.32 Χατζηπουλίδης, 2003

Με δεδομένο ότι τα πρώτα βήματα για την κατάκτηση της ποιότητας είναι θετικό στοιχείο πλην όμως, υπάρχουν ακόμα πολλά που πρέπει να γίνουν, η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι σε θέση να επιτευχθεί μέσω:

- Της δόμησης συγκεκριμένης πολιτικής ποιότητας για κάθε νοσοκομείο.
- Της προώθησης της διεπιστημονικής αντίληψης κατά τη διάρκεια του προγραμματισμού.
- Της ειδικής εκπαίδευσης του προσωπικού για να εφαρμόζει πλήρως και καθημερινά ό,τι απαιτούν τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας.
- Της κατάλληλης προσέγγισης αναφορικά με τις παροχές υγείας.
- Της πιλοτικής εφαρμογής προτύπων ποιότητας που θα σταθεί αρωγός στη διαμόρφωση μίας ολιστικής πολιτικής ποιότητας.

5. Συμπεράσματα

Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό το οποίο θεωρείται δεδομένο στην πραγματικότητα του Δυτικού κόσμου. Οι περισσότεροι φορείς και οργανισμοί, αν όχι όλοι, στρέφονται σε αυτήν προς αναζήτηση μίας εύρυθμης λειτουργίας σε πολλαπλά επίπεδα. Ανεξαρτήτως του αντικειμένου το οποίο έχει ως προμετωπίδα ένας οργανισμός, ένας είναι ο κοινός τόπος· η ποιότητα. Πολλώ δε μάλλον σε ιδιαίτερα ευαίσθητους τομείς όπως είναι ο κλάδος της υγείας, όπου η ποιότητα οφείλει να είναι η αιχμή του δόρατος.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι η χρήση αποκλειστικά δευτερογενών πηγών, με απώτερο σκοπό τη χρονική σύγκριση της διοίκησης ολικής ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα, από την εμφάνιση της στα Ελληνικά δρώμενα μέχρι σήμερα. Μία γενική παραδοχή, δεν είναι άλλη από το ότι η Ελλάδα υπολείπεται αρκετά ακόμα στη διοίκηση ολικής ποιότητας σε σχέση με άλλες χώρες. Η έλλειψη σχεδιασμού είναι ο βασικός παράγοντας, ο οποίος όμως έχει να κάνει περισσότερο με την πολιτική βούληση παρά με τα νοσηλευτικά ιδρύματα καθαυτά.

Οι μεταβλητές στις οποίες εστιάζουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα είτε μέσω έρευνας του προσωπικού είτε μέσω έρευνας με επίκεντρο τους ασθενείς είναι αρκετές και ποικίλες. Αρχικά, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις εγκαταστάσεις, οι οποίες αποτελούν

πτυχή με αρνητικό πρόσημο. Αυτό συνδέεται βέβαια και με το ευχάριστο περιβάλλον παραμονής που ζητάνε οι περισσότεροι ασθενείς. Ένα άλλο σημείο είναι η συμπεριφορά των υπαλλήλων απέναντι στους ασθενείς. Αν και δεν υπάρχει άμεση σχέση με τον λόγο που επισκέπτεται κάποιος ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, εντούτοις η συμπεριφορά διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο καθώς η επικοινωνία είναι σημαντικότερος ανθρώπινος παράγοντας και πρωταρχικός σε οτιδήποτε διέπει τις ανθρώπινες σχέσεις, όποιες κι αν είναι αυτές. Ένα έτερο στοιχείο που ζητάνε οι ασθενείς είναι η επαρκής πληροφόρηση για να είναι σε θέση όχι απλώς να γνωρίζουν αλλά κάποιες φορές να αποφασίζουν οι ίδιοι.

Ωστόσο, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στο προσωπικό του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος και συγκεκριμένα σε τρεις συνιστώσες. Πρώτον, η υψηλού επιπέδου απόδοση ταυτίζεται με την ύπαρξη κινήτρων, κάτι που δεν υπάρχει στην πλειονότητα των περιπτώσεων στο Ελληνικό γίνεσθαι. Ανεξαρτήτως ηθικής ή υλικής αμοιβής, το κίνητρο παραμένει κίνητρο και τα ανώτερα στελέχη οφείλουν να το λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψη. Δεύτερον, με δεδομένο ότι η ποιότητα είναι μία έννοια η οποία συνεχώς εξελίσσεται, η μετεκπαίδευση αποτελεί εξίσου καταλυτικό ρόλο στη διοίκηση ολικής ποιότητας στην Ελληνική πραγματικότητα. Η κατάρτιση όλου του προσωπικού είναι σε θέση όχι μόνο να οδηγήσει την ποιότητα σε υψηλά επίπεδα αλλά να γλυτώσει τους οργανισμούς από ένα στοιχείο που κανείς δεν μπορεί να αντιπαλέψει· το χρόνο. Τρίτον, η σύγχρονη αντίληψη περί ολικής ποιότητας επιτάσσει τη διαφορετική λειτουργία των ανώτερων στελεχών σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Τάσεις όπως η συμμετοχή του προσωπικού στη λήψη αποφάσεων, η καλύτερη επικοινωνία των ανώτερων στελεχών με το προσωπικό και η όσο το δυνατόν ταχύτερη εύρεση λύσης σε φλέγοντα ζητήματα του εκάστοτε οργανισμού είναι οι κυριότερες συνιστώσες που προκρίνονται, δίνοντας το έναυσμα για μία διαφορετικού και ταυτόχρονα σύγχρονου τύπου ηγεσία.

Βιβλιογραφία

Abd-Manaf, N. H. (2005) Quality management in Malaysian public health care, *International Journal of Health Care & Quality Assurance*, 18 (2-3), pp. 204-216.

Αγγελή, Ε. (2019) *Διοίκηση ολικής ποιότητας στην υγεία: Αποτελέσματα εστιασμένα προς τον πολίτη και το ανθρώπινο δυναμικό*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

ΑΧΕΠΑ (2013) Αυτοτελές τμήμα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, διαθέσιμο στο:

http://www.ahpahosp.gr/tmhma_elegxou_poiotitas_genika.asp [πρόσβαση 24/08/2019].

Ahmad, K. Z. and Bakar, R. A. (2003) The association between training and organizational commitment among white-collar workers in Malaysia, *International Journal of Training and Development*, 7 (3), pp. 166-185.

Al-Sinan, A. (2004) *TQM and the construction industry; Saudi Arabia: A case study*, London: City University Press.

Al-Mahmoud, S., Mullen, P, Spurgeon, P. (2012) Saudization of the nursing workforce: Reality and myths about planning nurse training in Saudi Arabia, *Journal of American Science*, 8 (4), pp. 369-379.

Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., Baker, L. C. (2007) Does quality improvement implementation affect hospital quality of care?, *Hospital Topics*, 85 (2), pp. 3-12.

Anderson, M., Richardson, J., McKie, J., Lezzi, A., Khan, M. (2011) The relevance of personal characteristics in health care rationing: What the Australian public thinks and why, *The American Journal of Economics and Sociology* 70 (1), pp. 131-151.

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., Kalleberg, A. (2000) *Manufacturing advantage*, Ithaca NY: Cornell ILR Press.

Argenti, P. A. (1998) Strategic employee communications, *Human Resource Management*, 37 (4), pp. 199-206.

Argyris, C. (1991) Teaching smart people how to learn, *Harvard Business Review*, 69 (3), pp. 99-110.

Arthur, J. B. (1994) Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover, *Academy of Management Journal*, 37, pp. 670-687.

Atkins, M. P., Marshall, S. B., Javaigi, G. R. (1996) Happy employees lead to loyal patients: Survey of nurses and patients shows a strong link between employee satisfaction and patient loyalty, *Journal of Health Care Marketing*, 16 (4), pp. 14-23.

Badrick, T. and Preston, A. (2001) Influences on the implementation of TQM in health care organizations; Professional bureaucracies, ownership and complexity, *Australian Health Review*, 24 (1), pp. 166-175.

Bailey, D. E. (1998) Comparison of manufacturing performance of three team structures in semiconductor plants, *IEEE Transactions on Engineering Management*, 45, pp. 1-13.

Balasubramanian, M. (2016) Total quality management (TQM) in the healthcare industry – Challenges, barriers and implementation developing: Developing a framework for TQM implementation in a healthcare setup, *Science Journal of Public Health*, 4 (4), pp. 271-278.

Bandura, A. (1997) *Self efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman.

Banerjee, S. B. (2001) Managerial perceptions of corporate environmentalism: Interpretations from industry and strategic implications for organizations, *Journal of Management Studies*, 38 (4), pp. 489-513.

Batalden, P. B. and Davidoff, F. (2007) What is ‘quality improvement’ and how can it transform healthcare? *Quality & Safety in Health Care*, 16 (1), pp. 2-3.

Batt, R. (1999) Work organization, technology and performance in customer service and sales, *Industrial and Labor Relations Review*, 52, pp. 539-564.

Becker, B. and Gerhart, B. (1996) Special forum: Human resource management and organizational performance, *Academy of Management Journal*, 39, pp. 777-985.

Βελισσαρίου, Ε., Καραχοντζίτης, Δ. Κομνηνάκης, Μ. (2000) *Εισαγωγή στο management του τουρισμού και των υπηρεσιών*, Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Bellou, V. (2008) Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals, *Journal of Health Organization & Management*, 22 (5), pp. 496-509.

Bendar, A. (1994) Defining quality: Alternatives and implications, *Academy Management Review*, 19 (3), pp. 419-445.

Berwick, D. M., James, B., Coye, M. (2003) Connections between quality measurement and improvement, *Medical Care*, 41 (1), pp. 130-138.

Blackburn, R. and Rosen, B. (1993) Total quality and human resources management: Lessons learned from Baldrige Award-Winning companies, *Academy of Management Executive*, 7 (3), pp. 49-66.

Βλάχου, Α. (2017) *Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας – Ικανοποίηση ασθενών και διασφάλιση ποιότητας: Μία κριτική προσέγγιση*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Blumberg, M, and Pringle, C. (1982) The missing opportunity in organizational research: Some implications for a theory of work performance, *Academy of Management Review*, 7, pp. 360-369.

Bounds, G. M. and Pace, L. A. (1991) Human resource management for competitive capability, in: Stall, J. M. and Bounds, G. M. (eds) *Competing globally through*

customer value: The management of strategic super systems, New York: Quorum Books, pp. 652-655.

Bowen, D. E. and Lawler, E. E. (1992) Total quality oriented human resources management, *Organizational Dynamics*, 20 (4), pp. 29-41.

Brockmann, H. (2002) Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, *Social Science & Medicine*, 55 (4), pp. 593-608.

Burleson, B. R., Levine, B. J., Samter, W. (1984) Decision making procedure and decision quality, *Human Communication Research*, 10 (4), pp. 557-574.

Carey, J. M. and Kacmar, C. J. (1997) The impact of communication mode and task complexity on small groups performance and member satisfaction, *Computers in Human Behavior*, 13 (1), pp. 23-49.

Chan, P., Ho, C., Tam, C. (2001) Design and build projects success factors: Multivariate analysis, *Journal of Construction Engineering & Management*, 127 (2), pp. 93-100.

Chaplin, E. and Terninko, J. (2000) *Customer driven healthcare*, Milwaukee: ASQ Quality Press.

Child, J. (1972) Managerial and organizational factors associated with company performance, *Journal of Management Studies*, 11 (1), pp. 13-27.

Church, J., Saunders, D., Wanke, M., Pong, R., Spooner, C., Dorgan M. (2002) Citizen participation in health decision-making: Past experience and future prospects. *Journal of Public Health Policy*, 23 (1), pp. 12-32.

Γιαννακοπούλου, Γ. (2012) *Η ικανοποίηση του χειρουργικού ασθενούς: Δείκτης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Counte, M. A. and Meuer, S. (2001) Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations, *International Journal of Health Care*, 13 (3), pp. 197-207.

Coyle-Shapiro, J. (2013) The impact of a TQM intervention on teamwork: A longitudinal assessment, *Employee Relations*, 17 (3), pp. 63-74.

Γώγος, Β. Χ. (2011) Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (1), σσ. 10-21.

Dawson, P. (1996) Advanced technology design, people and organization: Experience of Australian industrial collaboration, *Integrated Manufacturing Systems*, 7 (5), pp. 5-11.

Delery, J. E. and Doty, H. D. (1996) Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions, *Academy of Management Journal*, 39, pp. 802-835.

Delli Carpini, M. X., Cook, F. L., Jacobs, L. R. (2004) Public deliberations, discursive participation and citizen engagement: A review of the empirical literature, *Annual Review of Political Science*, 7 (1), pp. 315-344.

Deutscher Bundestag (2001) Gutachten 2000/2001, Des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Berlin: Deutscher Bundestag.

Dolan, P. and Shaw, R. (2001) A review of people's preferences regarding the equity efficiency trade-off in health: a review and some fresh evidence, Center of Health Economics, University of York.

Donabedian, A. (1990) The seven pillars of quality, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114 (11), pp. 1115-1118.

Donabedian, A. (1989) Institutional and professional responsibilities in quality assurance, *International Journal for Quality in Health Care*, 1 (1), pp. 3-11.

Donabedian, A. (1986) Criteria and standards for quality assessment and monitoring, *Quality Review Bulletin*, 14 (3), pp. 99-108.

Dresser, R. (2009) Priority setting in biomedical research, *Virtual Mentor*, 11 (4), pp. 322-325.

Eaglen, A., Lashley, C., Thomas, R. (2000) Modelling the benefits of training to business performance, *Strategic Change*, 9 (5), pp. 311-325.

Evans, R. and Lindsay, M. (2001) *The management and control of quality*, (5th ed.), New York: West Publishing.

Fahad, F. (2005) The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: A survey study, *Quality Management in Health Care*, 14 (2), pp. 116-120.

Fotopoulos, B. and Psomas, L. (2009) The impact of 'soft' and 'hard' TQM elements on quality management results, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 26 (2), pp. 150-163.

Fottler, M. D., Ford, R. C., Heaton, C. P. (2002) *Achieving service excellence*, Chicago: Health Administration Press.

Θανασάς, Κ. Ι. και Χαραλάμπους, Μ. (2016) Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα, *Επιστημονικά Χρονικά*, 21 (2), σσ. 158-170.

Garvin, A. D. (1988) *Managing quality*, New York: The Free Press.

Getzner, M. (1999) Cleaner production, employment effects and socio-economic development, *International Journal of Technology Management*, 17 (5), pp. 522-543.

Ghobarah, H. A., Huth, P., Russett, B. (2004) Comparative public health: The political economy of human misery and well-being, *International Studies Quarterly*, 48 (1), pp. 73-94.

Gibbons, J. (2006) *Employee engagement: A review of current research and its implications*, New York: Conference Board.

Goetsch, D. and Davis, B. (2014) *Quality management for organizational excellence: Introduction to total quality management*, (6th ed.), Florida: Pearson.

Hackett, M. and Spurgeon, P. (1998) Developing our leaders in the future, *Health Manpower Management*, 24 (5), pp. 170-177.

Hackmann, J. R. (1987) The design of work teams, in: Lorsch, J. (ed.) *Handbook of organizational behavior*, New York: Prentice Hall, pp. 315-342.

Hamidi, Z. and Zamanparvar, A. (2008) Quality management in health systems of developed and developing countries: Which approaches and models are appropriate? *Res Health*, 8 (2), pp. 40-50.

Hansen, E. and Bush, R. J. (1999) Understanding customer quality requirements: Model and application, *Industrial Marketing Management*, 28 (2), pp. 119-130.

Hanson, J. (2003) *Total quality management: Aspects of implementation and performance*, Department of Business Administration, Lulea University of Technology, pp. 197-201.

Heifetz, R. A. and Laurie, D. L. (2001) The work of leadership, *Harvard Business Review*, 79 (11), pp. 131-140.

Hellstrom, A., Lifvergen, S., Quist, J. (2010) Process management in healthcare: Investigating why it's easier said than done, *Journal of Manufacturing Technology Management*, 21 (4), pp. 499-511.

Herzberg, F. (2003) One more time: How do you motivate employees?, *Harvard Business Review*, 81 (1), pp. 87-96.

Heskett, L. and Schlesinger, L. (1994) Putting the service-profit chain to work, *Harvard Business Review*, 72 (2), pp. 164-174.

Hiltz, S. R., Johnson, K., Turoff, M. (1987) Experiments in group decision making: Communication process and outcome in face-to-face versus computerized conferences, *Human Communication Research*, 13 (2), pp. 225-252.

Hirschhorn, L. (2000) Changing structure is not enough: The moral meaning of organizational design, in: Beer, M. and Nohria, N. (eds) *Breaking the code of change*, Boston: Harvard School Business Press, pp. 161-176.

Holden, R. (2007) Skills, training and human resource development: A critical text, *Education & Training*, 49 (7), pp. 586-588.

Huq, Z. and Martin, T. N. (2000) Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals, *Health Care Manage Rev*, 25 (3), pp. 80-93.

Huselid, M. (1995) The impact of human resources management practices on turnover, productivity and corporate financial performance, *Academy of Management Journal*, 38, pp. 635-672.

Ichniowski, C., Kochan, T., Levine, D., Olson, C., Strauss, G. (1996) What works at work: Overview and assessment, *Industrial Relations*, 35, pp. 299-334.

Institute of Medicine (1999) *Healthy communities: The future of public health*, Washington: National Academy Press.

Isaac, J. E. (2001) Performance related pay: The importance of fairness, *The Journal of Industrial Relations*, 43 (2), pp. 111-123.

Ishfaq, M., Qadri, F. A., Abusaleem, M., Al-Zyood, M. (2016) Measuring quality of service from consumers' perspective: A case of health insurance in Saudi Arabia, *Health Science Journal*, 10 (1), pp. 1.

Jenkins, M. (1997) *The customer centered strategy: Thinking strategically about customer*, London: Pitman Publishing.

Jooste, K. (2004) Leadership: A new perspective, *Journal of Nursing Management*, 12 (3), pp. 217-223.

Jradi, H., Zaidan, A., Al-Shehri, M. (2013) Public health nursing education in Saudi Arabia, *Journal of Infection and Public Health*, 6 (2), pp. 63-68.

Kalleberg, A. L. and Moody, J. W. (1994) Human resource management and organizational performance, *American Behavioral Scientist*, 37 (7), pp. 948-962.

Kano, N., Nobuhiku, S., Fumio, T., Schinichi, T. (1984) Attractive quality and must-be quality, *Journal of the Japanese Society for Quality Control*, 14 (2), pp. 39-48.

Καρασούλος, Χ. (2014) Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13 (1), σσ. 6-19.

Kazandjian, A. V. and Lied, R. T. (1999) *Healthcare performance measurement*, Milwaukee: ASQ Quality Press.

Ketter, P. (2008) What's the big deal about employee engagement? American Society for Training & Development, *T+D*, 62 (2), pp. 44-49.

Κουθούρης, Χ. και Εξάρχου, Β. (2015) Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε κέντρα αποκατάστασης υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, *Διοίκηση Αθλητισμού & Αναψυχής*, 12 (1), σσ. 35-50.

Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη Δ., Βασιλακοπούλου, Β., Κοΐνης, Α. (2016) Το σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας ως προοπτική για το Ελληνικό νοσοκομείο, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34 (3), σσ. 327-333.

Kumar, R., Garg, D., Garg, T. (2011) TQM success factors in North Indian manufacturing and service industries, *The TQM Journal*, 23 (1), pp. 36-46.

Λαλούμης, Δ. και Κατσώνη, Β. (2010) *Διοίκηση ολικής ποιότητας: Εφαρμογή στον τουρισμό*, Αθήνα: Σταμούλη.

Lekidou, I., Trivellas, P., Ipsilandis, P. (2007) Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek public hospital, *MIBES Transactions on line*, 1 (1), pp. 46-59.

Μαλακέλλη, Κ. (2016) *Η ανίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο: Η περίπτωση του νοσοκομείου «Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού»*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. (2009) Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8 (1), σσ. 25-40.

Mathe, K. and Slevitch, L. (2013) An exploratory examination of supervisor undermining, employee involvement climate and the effects on customer perceptions of service quality in quick-service restaurants, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 37 (1), pp. 29-50.

Μαυρομιχάλη, Κ. (2004) *Διαχείριση ποιότητας στον τομέα της υγείας: Η περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

McAdam, R. and Jackson, N. (2002) A sectoral study of ISO 9000 and TQM transitions: The UK and Irish brewing sector, *Integrated Manufacturing Systems*, 13 (4), pp. 255-263.

McCormack, S. P. (1992) TQM: Getting it right the first time, *Training and Development Journal*, 41 (1), pp. 25-27.

McLaughlin, C. and Kaluzny, A. (1999) *Continuous quality improvement in health care*, Gaithersburg: Aspen Publisher.

Mehra, S. and Ranganathan, S. (2008) Implementing total quality management with a focus on enhancing customer satisfaction, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 25 (9), pp. 913-927.

Mehrabi, F., Nasiripour, A., Delgoshaei, B. (2008) Customer focus level following implementation of quality improvement model in Tehran social security hospitals, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (6), pp. 562-568.

Μέκρας, Ι. και Κολλάρος, Γ. (2015) *Η διοίκηση αλλαγών στο Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο: Προοπτικές βελτίωσης της διοικητικής αποτελεσματικότητας*, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων & Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας.

Michaelsen, L. K., Watson, W. E., Black, R. H. (1989) A realistic test of individuals versus group consensus decision making, *Journal of Applied Psychology*, 74 (5), pp. 834-839.

Μιχαηλίδου, Α. και Σακελλαρίου, Γ. (2007) Διαχείριση ποιότητας στη δημόσια υγεία: Η εμπειρία του Νεφρολογικού τμήματος στο ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», *Ελληνική Νεφρολογία*, 19 (1), σσ. 40-50.

Millar, I. (1999) Performance improvement; Forget the acronyms, *Industrial Management & Data Systems*, 99 (4), pp. 172-180.

Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., Evoy, B., Abelson J. (2009) Public participation in health care priority setting: A scoping view, *Health Policy*, 91 (3), pp. 219-228.

Mosadeghrad, A. M. (2013) Obstacles to TQM success in healthcare systems, *International Journal of Health Care & Quality Assurance*, 26 (2), pp. 147-173.

Mosadeghrad, A. M. (2006) The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management, *The TQM Magazine*, 18 (6), pp. 606-625.

Mosser, G. (1996) Clinical process improvement Engage first, measure later, *Quality Management in Health Care*, 4 (4), pp. 11-20.

Μπλέσιος, Ν. (2005) Σύγκριση παραδοσιακής και νέας προσέγγισης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, στο: Λαλούμης, Δ. και Κατσώνη, Β. (2010) *Διοίκηση ολικής ποιότητας: Εφαρμογή στον τουρισμό*, Αθήνα: Σταμούλη, σ. 20.

Munir, M. and Elhuni, R. (2014) Critical quality factors for successful TQM implementation in Libyan oil and gas sector, *Benchmarking: An International Journal*, 21 (5), pp. 713-733.

Μωραΐτη, Ε. και Γκολέμη, Μ. (2012) *Βασικές αρχές οργάνωσης δημοσίου νοσοκομείου ή ιδιωτικού*, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΤΕΙ Κρήτης.

Nembhard, I. M., Alexander, J. A., Hoff, T. J., Ramanujam, R. (2009) Why does the quality of health care continue to lag? Insights from management research, *Academy of Management Perspectives*, 23 (1), pp. 24-42.

Notara, V., Koupidis, S. A., Vaga, E., Grammatikopoulos, I. A. (2010) Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: The emergent role of nursing management, *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 501-504.

O' Leary, M., Mortensen, M., Wooley, A. (2011) Multiple team membership: A theoretical model of its effects on productivity and learning for individuals and teams, *Academy of Management*, 36 (3), pp. 461-478.

Osterman, P. (1994) How common is workplace transformation and how can we explain who adopts it?, *Industrial and Labor Relations Review*, 47 (2), pp. 173-187.

Ovretveit, J. (2000) Total quality management in European healthcare, *International Journal of Health Quality Assurance*, 13 (2), pp. 74-80.

Ozturk, A. O. and Swiss, J. E. (2008) Implementing management tools in Turkish public hospitals: The impact of culture, politics and role status, *Public Administration & Development*, 28 (2), pp. 138-148.

Pandelis, I. (2007) Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital, *Management of International Business & Economic Systems*, 1 (1), pp. 46-59.

Pantouvakis, A. and Mpogiatzidis, P. (2013) The impact of internal service quality and learning organization on clinical leaders' job satisfaction in hospital care services, *Leadership in Health Services*, 26 (1), pp. 34-49.

Παπαναστασίου, Ε. (2015) *Πλαίσιο αξιολόγησης ομαδοποιημένων λειτουργιών και δεικτών διοίκησης κοινωνικών υπηρεσιών: Η μελέτη περίπτωσης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Παπαρίζος, Β. (2018) *Ποιότητα υπηρεσιών στο χώρο της υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Γενικό νοσοκομείο Βόλου*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Patel, G. (2009) Total quality management in healthcare, available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/dd85/406962b2c19f57b70a11002cf7f6327b7d5f.pdf> [access 23/07/2019].

Pfeffer, J. (1998) *The human equation: Building profits through people*, Cambridge: Harvard Business School Press.

Πισσάκη, Α. (2010) *Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας δημοσίου τομέα βάσει των προσδοκιών του χρήστη*, Τμήμα Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας.

Powell, C. (1995) Total quality management as competitive advantage A review and empirical study, *Strategic Management Journal*, 16 (1), pp. 15-37.

Prakash, S. and Smith, A. (2004) Relationship between TQM and innovation: An empirical study, *Journal of Manufacturing Technology Management*, 15 (5), pp. 394-401.

Psychogios, A. G. and Priporas, C.V. (2007) Understanding total quality management in context: Qualitative research on managers' awareness of TQM aspects in the Greek service industry, *The Qualitative Report*, 12 (1), pp. 40-66.

Rad, A. (2006) The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management, *The TQM Magazine*, 18 (6), pp. 606-625.

Rad, A. and Hossein, M. (2006) A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction, *Leadership in Health Services*, 19 (2), pp. 11-28.

Raftopoulos, V. (2005) A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care, *Icus Nurs Web Journal*, 22, pp. 1-15.

Ramirez, C. and Loney, T. (1993) Baldrige award winners identify the essential activities of a successful quality process, *Quality Digest Magazine*, pp. 38-40.

Rosen, P. and Karlberg, I. (2002) Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing, *Health expectations*, 5 (2), pp. 148-155.

Ross, W. (1999) The spectacle of standards and summits, *Theory & Research in Social Education*, 27 (4), pp. 440-446.

Rotenberry, F. and Moberg, J. (2007) Assessing the impact of job involvement on performance, *Management Research News*, 30 (3), pp. 203-215.

Rowe, W. G. (2001) Creating wealth in organizations: The role of strategic leadership, *Academy of Management Review*, 15 (1), pp. 81-94.

Salaheldin, I. (2009) Critical success factors for TQM implementation and their impact on performance of SMEs, *International Journal of Productivity & Performance Management*, 58 (3), pp. 215-237.

Sayeh, S., Dani, S., Swain, E. (2005) *TQM management culture within Libya organizations*, The National Conference on Total Quality Management in Libya, Tripoli, Libya, The Society for Quality Management.

Saylor, J. (1996) *TQM simplified: A practical guide*, New York: McGraw-Hill.

Schwappach, D. L. B. (2003) Does it matter who you are or what you gain? An experimental study of preferences for resource allocation, *Health Economics*, 12 (4), pp. 255–267.

Schwartz, S. H. (1994) Are there universal aspects in the structure and content of human values?, *Journal of Social Issues*, 50 (4), pp. 19-45.

Segouin, C. (2005) Globalization in health care: Is international standardization of quality a step towards outsourcing, *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (4), pp. 277-279.

Senge, P. (1991) *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*, New York: Doubleday.

Shaw, R., Dolan, P., Tsuchiya, A., Williams, A., Smith, P., Burrows, R. (2001) *Development of a questionnaire to elicit public preferences regarding health inequalities*, Center for health economics, University of York.

Shortell, S. M. and Kaluzny, A. D. (2000) *Healthcare management: Organizational design and behavior*, Albany: Delmar Thomson Learning.

Σιορέντα, Κ., Σίσκου, Γ., Τζιάτζιου, Ο. (2014) *Η διοίκηση ολικής ποιότητας ως παράγοντας βελτίωσης του δημόσιου νοσοκομείου: Συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων Ιωαννίνων, Λάρισας και Κατερίνης*, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων & Οργανισμών, ΤΕΙ Πελοποννήσου.

Talib, F., Rahman, Z., Qureshi, M. (2013) An empirical investigation of relationship between quality management practices and quality performance in Indian service companies, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 30 (3), pp. 280-318.

Theodorakioglou, D. Y. and Tsiotras, D. G. (2000) The need for the introduction of quality management into Greek health care, *Total Quality Management*, 11 (8), pp. 1153-1165.

Tollison, P. (1992) Assessing TQM training needs, *Journal for Quality and Participation*, 15 (1), pp. 50-54.

Τζωρτζόπουλος, Α. (2018) Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – Εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (5), σσ. 649-664.

Τσάμου, Α. (2017) *Ολική ποιότητα και ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας – Μελέτη περίπτωσης: Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Τσουνής, Α. και Σαράφης, Π. (2012) Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας, *Διεπιστημονική Φροντίδα*, 4 (3), σσ. 91-97.

Whitty, J. A., Burton, P., Kendall, E., Ratcliffe, J., Wilson, A., Littlejohns, P., Scuffham, P. A. (2014) Harnessing the potential to quantify public preferences for healthcare priorities through citizens' juries, *International Journal of Health Policy Management*; 3 (2), pp. 57-62.

World Health Organization (2010) *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*, WHO Press, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2015) *Health in all policies: training manual*, WHO Press, World Health Organization, Geneva.

Wiley, C. (1997) What motivates employees according to over 40 years of motivation surveys, *International Journal of Manpower*, 18 (3), pp. 263-280.

Wiseman, V., Mooney, G., Berry, G., Tang, K. C. (2003) Involving the general public in priority setting: Experiences from Australia, *Social Science and Medicine*, 56 (5), pp. 1001-1012.

Withanachchi, N., Handa, Y., Karandagoda, K. K. W., Pathirage, P. P., Tennakoon, N. C. K., Pullaperuma, D. S. P. (2007) TQM emphasizing 5-S principles: A breakthrough

for chronic managerial constraints at public hospitals in developing countries, *International Journal of Public Sector Management*, 20 (3), pp. 168-177.

Φραγκιαδάκης, Γ. (2013) Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Προοπτικές βελτίωσης παρεχόμενων υπηρεσιών στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, διαθέσιμο στο: <http://fragkiadakisgeorge.weebly.com/uploads/2/4/2/3/24235314/...pdf> [πρόσβαση 24/08/2019].

Χατζηπουλίδης, Γ. (2003) Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης ποιότητας: Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις στις μονάδες υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2 (4), σσ. 186-192.

Χατζοπούλου, Α. (2006) *Αποτύπωση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου ΙΑΣΩ – Έρευνα πεδίου*, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας.

Xesfingi, S. (2015) *An economic analysis of service quality and patient satisfaction of Greek healthcare system*, PhD Dissertation, Department of Economics, University of Piraeus.

Χυτήρης, Λ. (2001) *Οργανωσιακή συμπεριφορά, η ανθρώπινη συμπεριφορά σε οργανισμούς και επιχειρήσεις*, Αθήνα: Interbooks.

Yang, C. (2004) An integrated model of TQM and GE-Six Sigma, *International Journal of Six Sigma & Competitive Advantage*, 1 (1), pp. 97-111.

Yang, C. (2003) The establishment of a TQM system for the health care industry, *The TQM Magazine*, 15 (2), pp. 93-98.

Ζαβλανός, Μ. Μ. (2006) *Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα*, Αθήνα: Σταμούλη.

Zairi, M., Letza, S., Oakland, S. (1994) Does TQM impact on bottom-line results? *The TQM Magazine*, 6 (1), pp. 38-43.

Zandin, K. B. (2001) *Maynard's industrial engineering Handbook*, (5th ed.), New York: McGraw-Hill.

Zemke, R. (1989) Auding customer service: Look inside as well as out, *Employee Relations Today*, 16, pp. 197-203.

Zhang, Z., Wasznik, A., Wijngaard, J. (2000) An instrument for measuring TQM implementation for Chinese manufacturing companies, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 17 (7), pp. 730-755.

Zuboff, S. (1998) *In the age of the smart machine: The future of work and power*, New York: Basic Books.

Zydzianaite, V. (2012) Challenges and issues in nursing leadership, *Journal of Nursing and Care*, 1 (4), pp. 1-2.

Διαδίκτυο

How to use the Deming cycle for continuous quality improvement, διαθέσιμο στο: <https://www.process.st/deming-cycle/> [πρόσβαση 07/09/2019].

Kaoru Isikawa: One step further, διαθέσιμο στο: <https://www.skymark.com/resources/leaders/ishikawa.asp> [πρόσβαση 07/09/2019].

Philip Crosby: Zero defects thinker, διαθέσιμο στο: <https://www.bl.uk/people/philip-crosby> [πρόσβαση 07/09/2019].

Principles and contributions of total quality management gurus on business quality improvement, διαθέσιμο στο: https://mpira.ub.uni-muenchen.de/77282/1/MPRA_paper_77282.pdf [πρόσβαση 07/09/2019].