



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Διαδικασία Της Χαρτογράφησης Υπηρεσιών Υγείας
(Blueprinting In Services) Ως Χρήσιμο Εργαλείο Βελτίωσης
Των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Συντάκτης διπλωματικής εργασίας: Μεταπτυχιακή φοιτήτρια,

Ζαχαρώ Τερζόγλου (ΑΜ: mhm 18023)

Επίβλεψη διπλωματικής: Χρήστος Βασιλειάδης, Καθηγητής

Ευχαριστήριο

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλαν, μέσω της καθοδήγησης και της υποστήριξης, στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα Καθηγητή μου Δρ. Βασιλειάδη Χρήστο για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση και την κατανόηση, που με γενναιοδωρία μου πρόσφερε σε όλη την πορεία της προσπάθειάς μου.

Οφείλω ένα τεράστιο ευχαριστώ σε όλους τους Καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» για τις γνώσεις που μου πρόσφεραν, αλλά κυρίως για τις πραγματικά ευτυχισμένες στιγμές που έζησα εκείνο το διάστημα της ζωής μου. Γι' αυτές τις στιγμές, ευχαριστώ και όλους τους μοναδικά υπέροχους συμφοιτητές /-τριες μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Δρ. Αλετρά Βασίλειο, Διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος, όχι μόνο για το ρόλο του σ' αυτό, αλλά κυρίως για το αξιακό σύστημα που τον διακρίνει.

Ευχαριστώ την κυρία Γκιμπερίτη Αθανασία, Γραμματέα του προγράμματος, για την αμεσότητα, την ευγένεια και την πολύτιμη συμβολή της σ' αυτό.

Ευχαριστώ τους συναδέλφους και τους συνεργάτες μου για τη βοήθεια τους και το χρόνο που μου αφιέρωσαν για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον σύζυγό μου Ιωάννη και τη μονάκριβη κόρη μου Ευθυμία για την διαχρονική στήριξη τους σε κάθε προσπάθεια μου στην πορεία μου προς την αυτοπραγμάτωση.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώνεται στην ανάλυση του εργαλείου χαρτογράφησης blueprinting δηλαδή των οπτικών διαγραμμάτων ανάλυσης των παρεχόμενων υπηρεσιών-διαδικασιών σε έναν οργανισμό και στην εφαρμογή που αυτό μπορεί να έχει στις υπηρεσίες Υγείας. Στο αρχικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στο εργαλείο αυτό και στον τρόπο που μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία στις υπηρεσίες και ειδικά στον τομέα της Υγείας. Παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα της μεθόδου σε σχέση με άλλα χαρτογραφικά εργαλεία. Κατόπιν αναλύονται θεωρητικά όλα τα οφέλη που μπορεί να επιφέρει, αλλά και τα προβλήματα που μπορεί να επιλύσει. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται το Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των διαδικασιών της λειτουργίας της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρειών της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας και η σχεδίαση του blueprinting. Καταγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Παρατίθενται αναλυτικά όλες οι λειτουργίες προσκηνίου, παρασκηνίου και αλληλεπίδρασης αυτών, καθώς και γραφικές απεικονίσεις των διαδικασιών. Τέλος, με τη βοήθεια όλων των εμπλεκόμενων, της εμπειρίας τους, των γνώσεων, αλλά και της άμεσης παρατήρησης μετά την χαρτογράφηση, δίνονται γενικές και ειδικές προτάσεις που μπορούν να βελτιώσουν την εμπειρία του χρήστη των υπηρεσιών, καθώς και την εμπειρία των εργαζομένων. Προτείνονται λύσεις σε προβλήματα, αλλά και θεμελιώδεις αλλαγές όπως η ανάπτυξη «οργανωσιακής κουλτούρας» στον οργανισμό και η υιοθέτηση σύγχρονων μοντέλων διοίκησης. Η παρούσα ανάλυση έχει τη φιλοδοξία να βοηθήσει τον συγκεκριμένο οργανισμό υγείας, ίσως όμως και άλλους, να κατανοήσουν τη εφαρμογή, τη χρησιμότητα και τα οφέλη του εργαλείου blueprinting in services, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εμπειρία του χρήστη και να ανοίξουν δρόμους προς την Αριστεία.

Περιεχόμενα

Ευχαριστήριο.....	1
Περίληψη.....	2
Πίνακας σχημάτων, εικόνων, γραφημάτων.....	5
Επεξήγηση συντμήσεων.....	6
1. Εισαγωγικά Στοιχεία.....	7
1.1. Σκοπός και δομή της διπλωματικής εργασίας.....	7
1.2. Οι υπηρεσίες υγείας στην σύγχρονη κοινωνία και οικονομία.....	8
1.3. Οι δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και η συμβολή τους.....	10
1.4. Η ανάγκη για αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας -Διεθνής και εγχώρια προσέγγιση.....	16
1.5. Η θεωρία και τα υποδείγματα ανάλυσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	22
1.5.1. Υπηρεσίες και βασικά χαρακτηριστικά.....	22
1.5.2. Οργανισμοί παροχής υπηρεσιών και διαχείριση.....	24
1.5.3. Σχεδιασμός και ανάλυση υπηρεσιών.....	24
1.6. Τα χαρτογραφικά υποδείγματα καταγραφής και ανάλυσης των υπηρεσιών (service blueprints) και οι υπηρεσίες υγείας.....	28
1.7. Βιβλιογραφική επισκόπηση χαρτογραφικών ερευνητικών εφαρμογών στις δημόσιες υπηρεσίες.....	50
2. Η εφαρμογή της μεθόδου blueprinting ως εργαλείο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας.....	58
2.1. Μεθοδολογία εμπειρικού μέρους.....	58
2.1.1. Από τη θεωρία στην πράξη.....	58
2.1.2. Μεθοδολογία.....	59
2.2. Η Περίπτωση μελέτης της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας.....	60
2.3. Διαδικασίες Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων -Υπάλληλοι προσκηνίου (onstage) .	62
2.3.1. Προγραμματισμός Επισκέψεων Ασθενών.....	62
2.3.2. Ολοκλήρωση προγραμματισμού ραντεβού στο τέλος της ημέρας.....	65
2.3.3. Εξυπηρέτηση χρήστη των υπηρεσιών με απόδοση αντιτίμου για εξετάσεις.....	66
2.4. Αλληλεπίδραση προσκηνίου- παρασκηνίου.....	68
2.4.1. Έκδοση Πιστοποιητικών Εξέτασης.....	68
2.4.2. Ημερήσια Καταγραφή Προσφύγων-Μεταναστών.....	70
2.5. Διαδικασίες παρασκηνίου (υπάλληλος παρασκηνίου-backstage).....	71

2.5.1. Διαχείριση Παραπεμπτικών εξωτερικών ασθενών Τ.Ε.Ι.-Τ.Ε.Π.-ΚΕΦΙΑΠ	71
2.5.2. Διαχείριση χειρόγραφων παραπεμπτικών	72
2.5.3. Γραμματειακή υποστήριξη Ολοήμερης Λειτουργίας (Ο.Λ.)	74
2.5.4. Τήρηση Στατιστικών Στοιχείων Μηνός-Τριμήνου-Έτους	78
2.5.5. Τήρηση Εβδομαδιαίων Στατιστικών Στοιχείων	80
2.5.6. Διαχείριση παραπεμπτικών Σωμάτων Ασφαλείας	81
2.5.7. Διαχείριση παραπεμπτικών μονάδων αίματος προς κάλυψη αναγκών ασθενών ιδιωτικών κλινικών	83
3. Προτάσεις για διοικητική εφαρμογή	84
4. Τελικά συμπεράσματα	92
5. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	94
6. Αναφορές	96

Πίνακας σχημάτων, εικόνων, γραφημάτων

Εικόνα 1: Δομή service blueprint	34
Εικόνα 2: Μοντέλο αξιολόγησης κατά την συνάντηση με την υπηρεσίας (παράδοση υπηρεσίας).....	37
Εικόνα 3: Σχέδιο blueprint υπηρεσίας.....	40
Εικόνα 4: Εφαρμογή υποδείγματος BP ² στον τομέα της υγείας για την γραφική αναπαράσταση της προ εγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών σε νοσοκομείο	45
Εικόνα 5: Σχέδιο blueprintγια την διαχείριση των εξωτερικών ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες.....	47
Εικόνα 6: Σχέδιο blueprintγια την ψηφιοποίηση των κατευθυντήριων γραμμών στην ιατρική πρακτική	49
Εικόνα 7: Προγραμματισμός επισκέψεων ασθενών.....	66
Εικόνα 8: Εξυπηρέτηση χρήστη με απόδοση αντιτίμου για εξετάσεις	68
Εικόνα 9: Αλληλεπίδραση Προσκηνίου – Παρασκηνίου.....	70
Εικόνα 10: Υπάλληλος backstage	73
Εικόνα 11: Υπάλληλος backstage – πρόταση	74
Εικόνα 12: Γραμματειακή υποστήριξη ολόκληρης λειτουργίας (απογευματινά ιατρεία).....	78
Εικόνα 13: Τήρηση στατιστικών στοιχείων μηνός- τριμήνου- έτους	80
Εικόνα 14: Εβδομαδιαία στατιστικά στοιχεία.....	81
Εικόνα 15: Διαχείριση παραπεμπτικών Σωμάτων Ασφαλείας.....	82
Εικόνα 16: Διαχείριση παραπεμπτικών μονάδας αίματος προς κάλυψη ιδιωτικών κλινικών. 83	

Επεξήγηση συντμήσεων

ΑΕW	Areas of excessive wait
BP	Business blueprinting
BPMN	Business Process Modeling Notation
DMAIC	Define, Measure, Analyze, Improve, Control
EPC	Event-Driven Process Chain Model
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Organization for Standardization
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PCN	Process-Chain Network
UML	Unified Modeling Language
3 ^η ΥΠΕ	3 ^η Υγειονομική Περιφέρεια
Α.Π.Υ	Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών
ΑΜ	Αριθμός Μητρώου
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΔΑΠΥ	Δηλώσεις Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας
ΔΟΜ	Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΚΕΦΙΑΠ	Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΓΕΣ	Γενικό Επιτελείο Στρατού
ΓΕΑ	Γενικό Επιτελείο Αεροπορίας
ΓΕΝ	Γενικό Επιτελείο Ναυτικού

1. Εισαγωγικά Στοιχεία

1.1. Σκοπός και δομή της διπλωματικής εργασίας

Η παρούσα εργασία μελετά το θεωρητικό πλαίσιο και την εμπειρική εφαρμογή της διαδικασίας της χαρτογράφησης (service blueprinting) των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας ως χρήσιμο εργαλείο της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών των μονάδων υγείας. Σκοπός της έρευνας είναι να αναδείξει το ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι διαδικασίες χαρτογράφησης στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην παράδοση ποιοτικότερων υπηρεσιών στους ασθενείς και τους υπόλοιπους χρήστες του συστήματος. Το θέμα καλύπτεται πρωτίστως σε θεωρητικό επίπεδο μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, γύρω από τα υποδείγματα χαρτογράφησης των υπηρεσιών, τον τρόπο με τον οποίο έχουν εφαρμοστεί στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στα αποτελέσματα της εφαρμογής τους, στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Η εργασία δομείται σε δύο βασικά μέρη. Αρχικά στο θεωρητικό μέρος συζητείται ο ρόλος και η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στη σύγχρονη κοινωνία και οικονομία, καθώς και η ανάγκη της αξιολόγησής τους. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η θεωρία και τα υποδείγματα χαρτογράφησης των υπηρεσιών και παρουσιάζονται επιπρόσθετες εφαρμογές τους στον τομέα της υγείας. Τα υποδείγματα χαρτογράφησης αναλύονται περαιτέρω ως προς τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους, καθώς και ως προς το δυναμικό τους στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Θέλοντας να περάσει από τη θεωρία στην πράξη, αυτή η διπλωματική στο πρακτικό της μέρος ασχολείται με την εφαρμογή των αρχών του blueprinting στις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται ανάλυση των λειτουργιών της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρειών της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας. Οι λειτουργίες κατηγοριοποιούνται σε λειτουργίες προσκηνίου, παρασκηνίου και των αλληλεπιδράσεών τους. Αυτές περιγράφονται βήμα προς βήμα και αποτυπώνονται σε σχεδιαγράμματα (blueprintings). Στη συνέχεια, πέραν της αποτύπωσης των διαδικασιών, γίνονται προτάσεις επανασχεδιασμού της κάθε διαδικασίας σε μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παραγόμενων υπηρεσιών και ενός Οργανισμού περισσότερο προσανατολισμένου στον πελάτη, ενός Οργανισμού που

θέτει τον χρήστη της υπηρεσίας στο κέντρο των λειτουργιών και δίνει αξία στον άνθρωπο.

1.2. Οι υπηρεσίες υγείας στην σύγχρονη κοινωνία και οικονομία

Ο τομέας των υπηρεσιών αποτελεί τον κύριο παράγοντα ανάπτυξης και απασχόλησης στην ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας περίπου τα δύο τρίτα τόσο της απασχόλησης στην ΕΕ όσο και της προστιθέμενης αξίας (European Commission, 2015). Οι πρόσφατες τάσεις της οικονομίας, υποδεικνύουν ότι οι βιομηχανίες παροχής υπηρεσιών παρέχουν κατά κάποιον τρόπο κοινωνικές / προσωπικές υπηρεσίες, μεταφορές, χρηματοδότηση, διαφήμιση, επισκευές, διανομή ή υποστήριξη επικοινωνίας για τις μεταποιητικές βιομηχανίες. Οι ανθρώπινες ανάγκες είναι πολυδιάστατες και ως αποτέλεσμα τα φυσικά αγαθά δεν επαρκούν για την κάλυψη τους, κάνοντας τις υπηρεσίες αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης οικονομίας και κοινωνίας (Hossain, Enam και Farhana, 2017).

Ειδικότερα οι δημόσιες υπηρεσίες μπορούν να θεωρηθούν κρίσιμοι παράγοντες για την ανταγωνιστική ανάπτυξη και την ανάπτυξη των «εθνικών συστημάτων» (εθνικά οικονομικά, κοινωνικά και βιομηχανικά συστήματα). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον τομέα των δημόσιων υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων οποιουδήποτε δημόσιου φορέα και φορέα εκμετάλλευσης) διαδραματίζουν βασικό ρόλο, ως φορείς παροχής υπηρεσιών κοινής ωφέλειας, οι οποίοι αναμφίβολα έχουν ισχυρό αντίκτυπο τόσο στην ποιότητα ζωής των πολιτών όσο και στην παραγωγικότητα των επιχειρήσεων. Οι επιδόσεις αυτών των οργανώσεων πρέπει να χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος, καθώς ο στόχος είναι να φέρει τη δημόσια διοίκηση όσο το δυνατόν πιο κοντά στους πολίτες και τις επιχειρήσεις, δημιουργώντας «δημόσια αξία» μέσω της παραγωγής υπηρεσιών, οι οποίες θα είναι όλο και περισσότερο προσαρμοσμένες στις ανάγκες των χρηστών (Alberto, 2018).

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν μια εξέχουσα θέση στην βιομηχανία παροχής υπηρεσιών, λόγω της παροχής του υπέρτατου αγαθού για τον άνθρωπο: της υγείας. Ο ρόλος και η σημασία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην ποιότητα ζωής και την κοινωνική πρόνοια στη σύγχρονη κοινωνία έχουν αναγνωριστεί ευρέως. Τα

επιτεύγματα στον τομέα της υγείας παγκοσμίως στον εικοστό αιώνα και ειδικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες είναι εντυπωσιακά. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μείωση της γονιμότητας σε όλο τον κόσμο, ήταν μεγαλύτερη κατά τα τελευταία 40 χρόνια σε σχέση με τα προηγούμενα 4000 χρόνια. Το προσδόκιμο ζωής είναι σήμερα σχεδόν 25 χρόνια μεγαλύτερο από ό,τι ήταν το 1900 (Preker, Harding και Travis, 2000). Αυτά τα οφέλη από την υγεία και την ποιότητα ζωής είναι κυρίως αποτέλεσμα των επιτευγμάτων και της ανάπτυξης της βιομηχανίας της ιατρικής περίθαλψης, η οποία παράγει και παραδίδει σε ευρύτερα τμήματα του πληθυσμού ένα σύνολο ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Theodoropoulos, 2010).

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα ενσώματο τμήμα της σύγχρονης κοινωνίας. Η αποστολή τους είναι να εργάζονται προς το σκοπό της βελτίωσης της υγείας και της ευημερίας των ατόμων και την καταπολέμηση των ασθενειών. Στην επιδίωξη αυτής της αποστολής, οι υπηρεσίες υγείας διατηρούν σχέσεις με την ευρύτερη κοινωνία και παράγουν αποτελέσματα που εκτείνονται πέρα από την υγεία. Στο πλαίσιο αυτό οι επιχειρήσεις του κλάδου εισάγουν αλλαγές, τις οποίες η κοινωνία δέχεται και απορροφά. Δημιουργούν νέες αντιλήψεις για την ασθένεια και προβάλλουν τους ισχυρισμούς των επιστημονικά καταρτισμένων επαγγελματιών για την εξειδικευμένη αντιμετώπιση των ανθρώπινων προβλημάτων. Μαζί με τις άλλες δυνάμεις της σύγχρονης κοινωνίας, επαναπροσδιορίζουν σταδιακά τις προγενέστερες έννοιες του δημόσιου συμφέροντος και παρέχουν νέες βάσεις για την ενσωμάτωση των μεμονωμένων και διαφορετικών ομάδων στον ευρύτερο κοινωνικό ιστό (Gallagher, 1972).

Ως παραγωγική διαδικασία, η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε πόρους, οι οποίοι από οικονομική άποψη θα μπορούσαν εναλλακτικά να αφιερωθούν σε άλλους σκοπούς. Υπάρχει κόστος στην παραγωγή για την υγεία και τα οφέλη μπορούν να σταθμιστούν έναντι αυτού του κόστους. Λόγω της πολυπλοκότητάς τους και των υψηλών δαπανών που απαιτούνται για την λειτουργία τους, οι υπηρεσίες του κλάδου λαμβάνουν αυξημένο συντονισμό και οικονομική στήριξη από το κράτος και τις κυβερνητικές αρχές. Στο πλαίσιο αυτό η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη, καθίστανται κυρίαρχο οικονομικό και πολιτικό ζήτημα στις περισσότερες χώρες. Εξαιτίας αυτού, οι περισσότερες χώρες σημείωσαν ραγδαία αύξηση στις δαπάνες

υγειονομικής περίθαλψης τις τελευταίες δεκαετίες. Το ποσοστό αυτό υπερβαίνει κατά μέσο όρο το 9% του ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα μεγέθη και οι σημαντικοί πόροι διατίθενται στην οικονομία της υγείας και εντός αυτής αποτελούν ένα κρίσιμο ζήτημα. Η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας απαιτεί αυξημένη αποτελεσματικότητα των δαπανών για την υγεία, αποφεύγοντας τη σπατάλη πόρων, με στόχο την επίτευξη της μεγιστοποίησης της ευημερίας, σύμφωνα με την αρχή της βέλτιστης αξιοποίησης του Pareto (Theodoropoulos, 2010).

Από την άλλη οι επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομία, αλλά και από τα ίδια τα συστήματα υγείας. Οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας, δεν είναι μόνο επιθυμητές, αλλά αποτελούν ουσιαστική προτεραιότητα στις περισσότερες κοινωνίες. Ωστόσο τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν δύσκολες και σύνθετες προκλήσεις, που προέρχονται εν μέρει από παράγοντες, όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αυξανόμενη επικράτηση χρόνιων ασθενειών, η εντατική χρήση δαπανηρών αλλά σημαντικών τεχνολογιών υγείας και η κάλυψη των όλο και υψηλότερων προσδοκιών των ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό οι επενδύσεις στην υγεία και ο σχεδιασμός των πολιτικών χρηματοδότησης της υγείας πρέπει να αντιμετωπιστούν, όσον αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ της υγείας και της οικονομίας. Ακριβώς όπως η ανάπτυξη, το εισόδημα, οι επενδύσεις και η απασχόληση αποτελούν συνάρτηση της απόδοσης και της ποιότητας του οικονομικού συστήματος, των κανονιστικών πλαισίων, των εμπορικών πολιτικών, του κοινωνικού κεφαλαίου και των αγορών εργασίας κ.λπ., έτσι και οι συνθήκες υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, αναπηρία) εξαρτώνται όχι μόνο από το βιοτικό επίπεδο, αλλά και από την πραγματική απόδοση των ίδιων των συστημάτων υγείας (OECD, 2004).

1.3. Οι δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και η συμβολή τους

Οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε χώρα προσφέρονται τόσο από δημόσιους, όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Μια δημόσια υπηρεσία υγείας αναφέρεται σε μια υπηρεσία που ανήκει στο κράτος, ενώ αντίστοιχα οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται από άτομα ή / και ιδρύματα που δεν διαχειρίζεται το κράτος (Giusti, Criel και De Béthune, 1997). Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το κράτος σε

κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, ενώ οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα ευρύ φάσμα φορέων στους οποίους μπορεί να περιλαμβάνονται κερδοσκοπικοί κυρίως, αλλά και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, μικρές επιχειρήσεις και μεμονωμένα άτομα (ιδιωτικοί ιατροί) (Deber et al., 1998).

Παρά το γεγονός ότι οι δημόσιες και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, παρουσιάζονται ως ξεχωριστές οντότητες, είναι συχνά στενά συνδεδεμένες. Για παράδειγμα, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες υγείας παραδίδονται από φιλανθρωπικές/μη κερδοσκοπικές οργανώσεις του ιδιωτικού τομέα, η ευθύνη για το σκοπό αυτό συνήθως εκχωρείται από την κυβέρνηση (τον δημόσιο τομέα). Οι κυβερνήσεις συχνά ρυθμίζουν τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ή μπορούν να παρέχουν πρόσθετη χρηματοδότηση για τη λειτουργία τους (Blanchette και Tolley, 2001).

Η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην υγειονομική περίθαλψη χρονολογείται από το 1883, όταν εισήχθη η υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας στη Γερμανία για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων. Αυτό δημιούργησε το πρώτο μοντέλο υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στις χώρες του δυτικού κόσμου. Σχεδόν όλες οι βιομηχανικές χώρες διαθέτουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, στα οποία υπάρχει υψηλό επίπεδο συμμετοχής του δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ορισμένοι από τους λόγους για τη συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν την κοινωνική δικαιοσύνη, τον περιορισμό των μονοπωλίων, την αναδιανομή και τα δημόσια αγαθά, αν και μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται (Musgrove, 1996; Blanchette και Tolley, 2001).

Το επιχείρημα της κοινωνικής δικαιοσύνης ισχύει σε περιπτώσεις, όπου η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ένα άτομο είναι επωφελής για τα άλλα μέλη της κοινωνίας. Για παράδειγμα, η θεραπεία μιας μολυσματικής νόσου προσφέρει αναμφισβήτητα ένα ευρύ κοινωνικό όφελος. Από κοινωνική άποψη, η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα μπορεί να προτιμάται έναντι της παράδοσής τους από τον ιδιωτικό τομέα κι αυτό γιατί αν η τιμή της υπηρεσίας καθοριστεί σε ιδιωτικό επίπεδο, μπορεί να μην ενσωματώσει τα θετικά εξωτερικά κοινωνικά οφέλη ή ακόμα και όταν τα ενσωματώσει, θα είναι υψηλότερη. Στην δεύτερη αυτή περίπτωση, είναι

πολύ πιθανό η τιμή να υπερβεί αυτό που οι άνθρωποι μπορούν να αντέξουν οικονομικά ή επιθυμούν να πληρώσουν, με αποτέλεσμα να μην λάβουν τελικά τις υπηρεσίες υγείας, με συνακόλουθες αρνητικές ατομικές και κοινωνικές συνέπειες (Blanchette και Tolley, 2001).

Το δεύτερο επιχείρημα είναι ότι η συμμετοχή της κυβέρνησης στην υγειονομική περίθαλψη εμποδίζει τους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ασκήσουν μονοπώλιο. Σε ένα μονοπώλιο υγειονομικής περίθαλψης, το ιατρικό επάγγελμα μπορεί να ελέγχει την πρόσβαση στην κατάρτιση ή να επιβάλλει περιορισμούς στα ιατρικά υποκατάστατα, περιορίζοντας τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Blanchette και Tolley, 2001).

Σύμφωνα με το επιχείρημα της αναδιανομής των υπηρεσιών υγείας, η συμμετοχή του δημόσιου τομέα επιτρέπει την ανακατανομή των κονδυλίων από άτομα με καλή κατάσταση υγείας, σε άτομα με κακή κατάσταση υγείας, επειδή τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν εξίσου τα ίδια προβλήματα υγείας ή προβλήματα της ίδιας σοβαρότητας. Για παράδειγμα, τα άτομα που ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής ή εργάζονται σε επαγγέλματα με υψηλό ρίσκο για την υγεία τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Σε ένα ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης αυτοί οι άνθρωποι θα πληρώσουν υψηλότερη προνομία, αλλά σε ένα δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα το κάθε άτομο πληρώνει το ίδιο ασφάλιστρο, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο. Στο δημόσιο μοντέλο η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, διαφορετικά όσοι έχουν μικρές πιθανότητες επιδείνωσης της υγείας τους θα την απέφευγαν σχεδόν σίγουρα. Στο ιδιωτικό μοντέλο η ασφάλιση είναι εθελοντική (Blanchette και Tolley, 2001).

Ωστόσο το ισχυρότερο επιχείρημα είναι αυτό του δημοσίου αγαθού της υγείας. Σύμφωνα με το επιχείρημα αυτό, η υγειονομική περίθαλψη είναι δημόσιο αγαθό υπό την έννοια ότι δεν μπορεί να διαχειριστεί από μηχανισμούς της αγοράς, επειδή είναι αδύνατο να αποκλειστούν τα άτομα τα οποία δεν έχουν πληρώσει για την κατανάλωσή του. Η δημόσια υγεία σύμφωνα με τους Bloland et al. (2012) είναι ένα κρίσιμο μέρος της ευρύτερης έννοιας των συστημάτων υγείας και που έχει οριστεί ως αυτό που η κοινωνία κάνει συλλογικά, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι συνθήκες

στις οποίες τα άτομα είναι υγιή και ευημερούν. Ο στόχος της δημόσιας υγείας είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας για τους πληθυσμούς μέσω της επίτευξης των στόχων πρόληψης των ασθενειών και των συνεπειών για την υγεία από τους περιβαλλοντικούς κίνδυνους και τις φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές, η προώθηση συμπεριφορών που μειώνουν τον κίνδυνο μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών και τραυματισμών και η εξασφάλιση της πρόσβασης του κοινού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Bloland et al., 2012).

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχουν ένα εύρος υπηρεσιών, οι οποίες περιλαμβάνουν την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας για τον εντοπισμό των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα, τη διάγνωση και τη διερεύνηση προβλημάτων και κινδύνων υγείας στην κοινότητα, την ενημέρωση και την εξουσιοδότηση των ίδιων των ατόμων για θέματα υγείας, την κινητοποίηση των κοινοτικών εταιρικών σχέσεων για τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων υγείας και την ανάπτυξη πολιτικών και σχεδίων που υποστηρίζουν τις προσπάθειες της ατομικής υγείας και της υγείας στην κοινότητα. Πρόκειται για υπηρεσίες που βασίζονται στον πληθυσμό και στοχεύουν στη διερεύνηση απειλών για την υγεία της κοινότητας, την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και την πρόληψη ασθενειών ή τραυματισμών (Taguri, 2008).

Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, καλύπτει ένα πολύπλοκο φάσμα δραστηριοτήτων που εκτελούνται από διάφορους τύπους μη κρατικών φορέων στον τομέα της υγείας. Οι ρόλοι και οι δραστηριότητές τους μπορούν να περιλαμβάνουν την άμεση παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τη διαχείριση των ιδρυμάτων υγείας, την κατασκευή προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. φάρμακα, φαρμακευτικά προϊόντα και προϊόντα αποκατάστασης) και τη χρηματοδότηση προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι ρόλοι και οι δραστηριότητες μπορούν επίσης να πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο του συστήματος της δημόσιας υγείας (DeWolf και Toebes, 2016). Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, οι ιδιωτικοί φορείς έχουν ρόλο σε νοσοκομεία για άτομα με αναπηρίες στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ μπορούν επίσης να λειτουργούν μέσω εταιρικών σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα ή σε ιδιωτικοποιημένα πλαίσια (Clarke, 2014).

Αν και ο ρόλος του δημοσίου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μεγάλος, ο ρόλος του ιδιωτικού μοντέλου δεν μπορεί να υποτιμηθεί και με την πάροδο των ετών υπάρχει μια όλο και αυξανόμενη εκτίμηση και αναγνώριση του στην ανάπτυξη καλύτερων συστημάτων υγείας και στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, κυρίως από την άποψη της βελτίωσης της πρόσβασης, της καλύτερης διακυβέρνησης και της βελτιωμένης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Bishai και Sachather, 2015). Διάφοροι παράγοντες που έχουν συνεισφέρει στην όλο και αυξανόμενη συμβολή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η αντιληπτή έλλειψη αναποτελεσματικότητας και ποιότητας στην παροχή δημόσιας υγείας από τους πολίτες, η αύξηση του κόστους και η μείωση των προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, όπως πρόσφατα λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007-2008, η ενθάρρυνση των διεθνών χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων να βασίζονται σε ιδιωτικούς φορείς για τη μείωση του φόρτου των εθνικών προϋπολογισμών, καθώς και η όλο αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (π.χ. λόγω της γηράσκουσας κοινωνίας) (Basu et al, 2012).

Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη έχει πολλά σχήματα, με θετικό αντίκτυπο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται να υπάρχει αυξανόμενη εξάρτηση από τους ιδιωτικούς φορείς ώστε να παρέχουν, να χρηματοδοτούν και να προμηθεύουν αγαθά και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Smith et al., 2001; Nguyen και Wilson, 2017). Ένας καλά οργανωμένος και ρυθμιζόμενος ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε επίσης να συμβάλει στη βελτίωση της πρόσβασης στην ποιοτική περίθαλψη για άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, αλλά και να αυξήσει τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού, λόγω της βελτιωμένης προσβασιμότητας που προσφέρει (DeWolf και Toebe, 2016). Πολλές έρευνες σύγκρισης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα έχουν δείξει επίσης ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι καλύτερη στον ιδιωτικό τομέα, λόγω των μικρότερων περιόδων αναμονής, της καλύτερης φιλοξενίας, του χρόνου που αφιερώνουν οι ιατροί στους ασθενείς, της καθαριότητας των εγκαταστάσεων και της καλύτερης διαθεσιμότητας του προσωπικού (Morgan, Ensor και Waters, 2016).

Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα έχει οδηγήσει σε αυξημένο κόστος για τους ασθενείς, για παράδειγμα μέσω των υψηλότερων

εξόδων, «out-of-pocket» (όπως έχει καθιερωθεί να λέγεται η πληρωμή από την σκέπη του χρήστη υπηρεσίας υγείας), που έχουν στις περιπτώσεις όπου οι κυβερνήσεις δεν καλύπτουν το κόστος αυτό μέσω της ασφάλισης ή όπου οι υπηρεσίες του δημοσίου τομέα δεν είναι αποτελεσματικές (π.χ. μεγάλοι χρόνοι αναμονής) (DeWolf και Toebes, 2016). Συνολικά μπορεί να ειπωθεί, ότι παρά το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί σημαντική πηγή παροχής υγειονομικής περίθαλψης, σε πολλές χώρες ο ρόλος του ποικίλλει ευρέως μεταξύ των χωρών. Η ετερογένεια και η πολυπλοκότητα του τομέα καθιστούν κάθε κρίση σχετικά με την συμβολή και τις επιδόσεις του, περίπλοκες και διαφοροποιημένες (Morgan, Ensor και Waters, 2016).

Στην Ελλάδα το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας το 1983 έφερε το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δευτεροβάθμιων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) (Economou, 2010). Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσων και έμμεσων φορολογικών εσόδων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει τακτική και επείγουσα προ-νοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσηλευτική περίθαλψη μέσω κέντρων υγείας σε αστικές και αγροτικές περιοχές, προσφάτως των ΤΟΜΥ (Τοπική Μονάδα Υγείας) και δημόσιων νοσοκομείων (Economou et al., 2017).

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα και τις ανεξάρτητες πρακτικές, που χρηματοδοτούνται κυρίως από πληρωμές «out-of-pocket» και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ένα μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας / ταμείων ασθενείας για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης και χρηματοδοτείται επί αμοιβής για εξυπηρέτηση βάσει προκαθορισμένων συμφωνημένων τιμών (Economou, 2010; Economou et al., 2017).

1.4. Η ανάγκη για αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας -Διεθνής και εγχώρια προσέγγιση

Οι πρόσφατα δραματικοί μετασχηματισμοί των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, που συνοδεύονται από νέες οργανωτικές δομές και νέες στρατηγικές αποζημίωσης, καθώς και τα μεταβαλλόμενα πρότυπα φροντίδας και η αυξανόμενη πίεση στις δαπάνες υγείας από τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών και την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, έχουν επιφέρει πολλές αλλαγές στον τρόπο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ferris και Devaney, 2017).

Στο πλαίσιο αυτό ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται συνεχώς, όπως και οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι όλο και περισσότερο απαιτούν ποιοτική φροντίδα (Donabedian, 2005). Δεδομένης της φύσης της λειτουργίας της υγειονομικής περίθαλψης και των παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται, τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης συλλέγουν συστηματικά και αξιολογούν δεδομένα σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αν και δεν έχουν όλες οι χώρες πάντα ένα υποχρεωτικό εθνικό σύστημα για την παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Ferris και Devaney, 2017).

Επιπρόσθετά, παρά τις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, οι υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις, όπως η δυσαρέσκεια των ασθενών και η ανεπάρκεια των υπηρεσιών (Mohammadkarim et al., 2011). Σε όλα τα συστήματα υγείας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας απορροφούν ένα σημαντικό ποσοστό πόρων. Τα νοσοκομεία και οι λοιπές μονάδες υγείας σε μια χώρα επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας και επομένως, η αξιολόγηση τους είναι ύψιστης σημασίας (Rahimi et al., 2014).

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι επίσης σημαντική για την επίτευξη των στόχων των οργανισμών υγείας. Είναι ζωτικής σημασίας οι μονάδες υγείας να συνειδητοποιούν ρητά την κατάσταση του περιβάλλοντός τους και την ποιότητα των επιδόσεών τους, ιδιαίτερα όταν λειτουργούν σε πολύπλοκα και δυναμικά πλαίσια. Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι επωφελής για τα συστήματα πληρωμών, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τις μονάδες υγείας και τους ιατρούς. Η αξιολόγηση βοηθά επίσης τους διαχειριστές στην προώθηση της

ποιότητας των επιδόσεων και του ελέγχου (Chouaid et al., 2006; Hollander et al., 2010).

Η παρακολούθηση της προόδου και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι βασικές λειτουργίες για τη βελτίωση της απόδοσης των υπευθύνων για την εφαρμογή των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση δείχνει αν μια υπηρεσία επιτυγχάνει τους στόχους της. Προσδιορίζει τις αδυναμίες και τα πλεονεκτήματα της και αναδεικνύει τους τομείς που χρειάζονται αναθεώρηση και γενικά τους τομείς που ανταποκρίνονται ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες (Rahimi et al., 2014).

Δεδομένου ότι μόνο οι δραστηριότητες που μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν είναι διαχειρίσιμες, η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαχειριστικής λειτουργίας. Δεδομένου ότι τα οικονομικά αποτελέσματα από μόνα τους δεν αρκούν για να αντικατοπτρίσουν την πραγματική κατάσταση της επιχείρησης, είναι απαραίτητο να αξιολογούνται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μακροπρόθεσμη επιτυχία της επιχείρησης, όπως η κάλυψη των αναγκών και προσδοκιών του πελάτη, η συνεχής βελτίωση κ.λπ. (Zajarskas και Ruževičius, 2010).

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν μοναδικές ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις καθώς και τεχνολογία, τόπους, χρόνο και αντικείμενα, η αξιολόγησή τους όμως είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με τη μέτρηση της ποιότητας του προϊόντος. Ωστόσο η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας είναι κρίσιμη σε μια εποχή όπου το σύγχρονο δόγμα διακηρύσσει ότι η καινοτομία είναι θεμελιώδους σημασίας για τη συνειδητοποίηση της αξίας (Sudbury-Riley και Hunter-Jones, 2017).

Η αξιολόγηση αποτελεί ένα ουσιαστικό εργαλείο για την εκτίμηση της ανάγκης για αλλαγή και για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου προγράμματος ή πρακτικής στον τομέα της υγείας. Μια αξιολόγηση αναλύει το βαθμό στον οποίο μια συγκεκριμένη υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών και αξιολογεί εάν απαιτούνται βελτιώσεις. Στο πλαίσιο αυτό η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς, μεταξύ των οποίων οι σημαντικότεροι είναι η τεκμηρίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η πραγματοποίηση συγκρίσεων με την πάροδο του χρόνου (π.χ. μεταξύ μονάδων

υγείας), η εξαγωγή κρίσεων και ο ορισμός προτεραιοτήτων (π.χ. επιλογή νοσοκομείου ή χειρουργική επέμβαση ή οργάνωση ιατρικής περίθαλψης), η υποστήριξη της λογοδοσίας, της ρύθμισης και της διαπίστευσης, η υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας και η υποστήριξη των επιλογών των ασθενών από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιολόγηση επιτρέπει στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους οργανισμούς υγείας να παρακολουθούν και να αξιολογούν αυτά που συμβαίνουν στους ασθενείς, ως αποτέλεσμα της λειτουργίας των επαγγελματιών και των οργανωτικών συστημάτων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών (Hudspeth et al., 2016).

Σε κάθε περίπτωση η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί κεντρικό στοιχείο της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως αποτέλεσμα, είτε ως ιδιότητα, είτε ως διαδικασία. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής στις ΗΠΑ (Institute of Medicine – IOM), «η ποιότητα της φροντίδας στις μονάδες υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα μεμονωμένα άτομα και τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις» (Leggat et al., 2010, σ. 356).

Η ποιότητα έχει επίσης σχετιστεί ευρέως με τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας. Οι δομές αναφέρονται στις εγκαταστάσεις και στους ανθρώπινους πόρους, ενώ οι διαδικασίες αντιπροσωπεύουν τις διάφορες κλινικές, υποστηρικτικές και διοικητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παρόχων και των παραληπτών της φροντίδας. Τα αποτελέσματα αντανακλούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή την ανακούφιση από τα συμπτώματα μιας νόσου ή ιατρικής κατάστασης ή τη θεραπεία μιας νόσου. Η μείωση της νοσηρότητας ή / και της θνησιμότητας, η πρόληψη ασθενειών ή ατυχημάτων και η ικανοποίηση των ασθενών αντιπροσωπεύουν επίσης αποτελέσματα. Το επίκεντρο όλων των ποιοτικών προσπαθειών πρέπει να είναι τα αποτελέσματα που παράγονται (Karoog, 2011).

Ως εκ τούτου, σε πρακτικό επίπεδο η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αξιολογηθεί με βάση 1) την απόδοση των δομών (προσβασιμότητα, καταλληλότητα,

αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ανταποκρισιμότητα, συνέχεια), 2) την απόδοση των διαδικασιών (προσβασιμότητα, καταλληλότητα, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ανταποκρισιμότητα, συνέχεια), και 3) την απόδοση των αποτελεσμάτων (ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, ιατρικά σφάλματα, επιπλοκές, συμπεριφορές υγείας, ευημερία, ισότητα) (Reeve et al., 2015).

Αν και η αξιολόγηση της απόδοσης των αποτελεσμάτων και των δομών είναι εξίσου σημαντική, η συνολική διαδικασία της αξιολόγησης δεν μπορεί να θεωρηθεί ολοκληρωμένη και πλήρης χωρίς την αξιολόγηση των διαδικασιών. Μια διαδικασία έχει οριστεί με πολλούς και διάφορους τρόπους. Μια διαδικασία μπορεί ευρέως να οριστεί ως μια διαταγμένη ροή με αρχή και τέλος, στην οποία υπάρχουν δύο ή περισσότερα βήματα που είναι συμπληρωματικά αλλά διακριτά, δεδομένου ότι σε αυτά χρησιμοποιούνται διαφορετικοί πόροι, δεξιότητες ή εξοπλισμός και δεδομένου ότι συμβαίνουν σε διαφορετικά μέρη ή σε διαφορετικούς χρόνους. Η ροή αυτή απαιτεί τη μετάδοση από το ένα βήμα στο άλλο. Εάν οι παρεμβάσεις σε κάποιο βήμα καθυστερήσουν, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση αποθέματος μέσα σε μια διαδικασία. Από την άποψη αυτή, μια διαδικασία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συσκευή συντονισμού που συνδυάζει βήματα για την παραγωγή ενός αποτελέσματος (Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Σύμφωνα με τον Oakland (2014), μια διαδικασία ορίζεται ως ένας μετασχηματισμός ενός συνόλου εισροών, οι οποίες μπορούν να περιλαμβάνουν δράσεις, μεθόδους και λειτουργίες, σε εκροές που ανταποκρίνονται περισσότερο ή λιγότερο στις προσδοκίες και ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών. Κατά την άποψη αυτή, οι πόροι όπως οι άνθρωποι, ο εξοπλισμός και οι γνώσεις θεωρούνται εισροές. Έτσι μια διαδικασία χρησιμοποιεί ένα ειδικό σύνολο παραγωγικών πόρων, οι οποίοι με τη σειρά τους αξιοποιούνται για τη μετατροπή των εισροών σε εκροές, προς όφελος του πελάτη. Μια διαδικασία μπορεί επίσης να επαναληφθεί με πανομοιότυπο ή παρόμοιο τρόπο, σε διαφορετικά πλαίσια. Για τις επαναλήψεις, οι οποίες είναι παρόμοιες, αναμένεται ότι θα έχουν παρόμοια ή σχεδόν παρόμοια αποτελέσματα (Lillrank, 2003; Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Η κατανόηση των πλαισίων, στα οποία παρέχονται και λαμβάνονται οι διαδικασίες, είναι κρίσιμη στην εξήγηση, γιατί οι διαδικασίες συμβαίνουν ή γιατί δεν λειτουργούν ή μπορεί να αναμένεται ότι οι επιπτώσεις της διαδικασίας θα διαφέρουν αν εφαρμοστούν σε διαφορετικά πλαίσια και ρυθμίσεις. Το «πλαίσιο» μπορεί να περιλαμβάνει παράγοντες που είναι εξωγενείς της διαδικασίας, οι οποίοι όμως ενδέχεται να παρεμποδίσουν ή να ενισχύσουν τα αποτελέσματα της, όπως είναι για παράδειγμα το φυσικό περιβάλλον ή οι άνθρωποι που την παραδίδουν. (Bitner, 1990). Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να υπήρχαν πριν από τη διαδικασία ή να προκύπτουν κατά την εφαρμογή της. Ως εκ τούτου, η ίδια διαδικασία μπορεί να έχει διαφορετικές συνέπειες εάν εφαρμοστεί σε διαφορετική ρύθμιση ή μεταξύ διαφορετικών υποομάδων. Ακόμη και όταν η ίδια η διαδικασία είναι σχετικά απλή, οι αιτιώδεις διαδικασίες και η σχέση τους με το περιβάλλον μπορεί να θεωρούνται ακόμη πολύπλοκες (Murdoch, 2016).

Μια διαδικασία είναι επίσης μέρος ενός μεγαλύτερου συστήματος και περιλαμβάνει επίσης ένα ή περισσότερα στρώματα υπο-διαδικασιών. Μια τυπική βιομηχανική διαδικασία είναι η ακολουθία ενεργειών, που γίνεται από την στιγμή της παραγγελίας, μέχρι την παράδοση, στην οποία οι υπο-διαδικασίες μπορεί να περιλαμβάνουν τον χειρισμό των παραγγελιών, τον προγραμματισμό, την αγορά, την κατασκευή και παράδοση. Μια διαδικασία στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνει υπο-διαδικασίες, όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση (Jackson 2007; Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Οι διαδικασίες οι οποίες ρυθμίζονται μια φορά και στις οποίες υπάρχει μια ακολουθία επαναλήψεων, ονομάζονται τυπικές διαδικασίες. Από την άλλη οι διαδικασίες ρουτίνας αναφέρονται σε καταστάσεις όπου η διαδικασία ρυθμίζεται σε κάθε επανάληψη, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένες κατηγορίες για την ταξινόμηση των εισροών και την επιλογή των κατάλληλων μέτρων. Μια διαδικασία ρουτίνας δέχεται δύο ή περισσότερους τύπους εισροών και μπορεί να παράγει δύο ή περισσότερους τύπους εκροών (Lillrank, 2003). Οι διαδικασίες ρουτίνας είναι κοινές στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όπου απαιτείται επανάληψη της διαδικασίας για κάθε ασθενή, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται μια γνωστή διάγνωση και παρέχεται και η αντίστοιχη θεραπεία. Ωστόσο υπάρχουν εργασίες ή βήματα, τα οποία όταν

συνδυαστούν, δεν πληρούν τα χαρακτηριστικά μιας διαδικασίας ρουτίνας, αποτελώντας μοναδικές και μη επαναλαμβανόμενες εργασίες, ενώ επίσης μπορεί να μην παρουσιάζουν αρκετή σταθερότητα και επαναληψιμότητα, ώστε να θεωρηθούν τυπικές διαδικασίες. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για σύνθετα συστήματα διαδικασιών. Αυτά τα συστήματα είναι επίσης κοινά στις υπηρεσίες υγείας, όπως για παράδειγμα σε ασθενείς με πολλαπλά τραύματα ή ασθένειες, με παράγοντες συννοσηρότητας, κλπ. (Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Ως εκ τούτου, στο γενικότερο πλαίσιο της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, λαμβάνει χώρα και η αξιολόγηση των διαδικασιών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένας σημαντικός ρόλος που έχουν οι αξιολογήσεις των διαδικασιών είναι η εξέταση της ποσότητας και της ποιότητας της διαδικασίας που εφαρμόστηκε στην πράξη και γιατί. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εφαρμογή παρόμοιων διαδικασιών σε άλλους τομείς ή άλλες μονάδες υγείας και να διευκολύνει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της διαδικασίας. Η αξιολόγηση εξυπηρετεί επίσης τον πολύ βασικό σκοπό της βελτίωσης της διαδικασίας. Με τη βελτίωση της διαδικασίας, τα αποτελέσματα μπορούν να βελτιωθούν (Moore et al., 2014).

Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι το βασικό στοιχείο της θεωρίας των υπηρεσιών είναι η εστίαση στα συστήματα εξυπηρέτησης και όχι στους οργανισμούς. Αυτή η συστημική προσέγγιση παρουσιάζει τις υπηρεσίες ως «ανοιχτά συστήματα», όπου η παραγωγή μιας υπηρεσίας εξαρτάται και αποτελεί προϊόν μιας πολύπλοκης σειράς, συχνά επαναληπτικών αλληλεπιδράσεων, μεταξύ του χρήστη των υπηρεσιών, του φορέα παροχής υπηρεσιών και των διευθυντών και του προσωπικού του, του φυσικού περιβάλλοντος της υπηρεσίας και των λοιπών οργανισμών και προσωπικού, που υποστηρίζουν τη διαδικασία εξυπηρέτησης και τον ευρύτερο κοινωνικό τόπο της υπηρεσίας (Moore et al., 2014).

Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της παροχής των δημοσίων υπηρεσιών, όπως τονίζουν οι Radnor et al. (2014), όπου οι περισσότερες σχέσεις μεταξύ των χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών και των οργανισμών παροχής δημοσίων υπηρεσιών δεν χαρακτηρίζονται από συναλλακτικό ή διακριτό χαρακτήρα, αλλά από συνεχείς επαναληπτικές διαδικασίες. Η πλειοψηφία των «δημόσιων αγαθών» (είτε

παρέχονται από δημόσιες υπηρεσίες δημόσιου, είτε από άλλα μέρη στον ιδιωτικό τομέα, δεν είναι στην πραγματικότητα «δημόσια αγαθά», αλλά «δημόσιες υπηρεσίες» (Alberto, 2018). Η υγειονομική περίθαλψη καθώς και η εκπαίδευση, οι υπηρεσίες οικονομικής και επιχειρηματικής υποστήριξης, η συλλογή απορριμμάτων, η κοινωνική εργασία, κλπ. αποτελούν παραδείγματα παροχής υπηρεσιών και όχι συγκεκριμένα προϊόντα –όχι μόνο επειδή είναι άυλα, αλλά επειδή βασίζονται στην υπόσχεση της υπηρεσίας για αυτό που πρόκειται να παραδοθεί (Radnor et al., 2014).

Οι διαδικασίες χρησιμοποιούνται συνήθως για τη σύνδεση των δεδομένων όλων των λειτουργιών κατά μήκος της αλυσίδας αξίας (Scheer, 2000). Η αξιολόγηση της απόδοσης της διαδικασίας είναι ένα σημαντικό καθήκον των επιχειρήσεων, προκειμένου να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν αλυσίδες αξίας και αρχιτεκτονικές επεξεργασίας. Επομένως, σε κάθε περίπτωση η επαρκής αξιολόγηση της απόδοσης πρέπει να ενσωματώνει τα ειδικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών. Μεταξύ άλλων, η ενσωμάτωση των πελατών στην αξιολόγηση είναι βασικό συστατικό στοιχείο των υπηρεσιών, καθώς ο πελάτης παίρνει το ρόλο ενός ενεργού συμμετέχοντος στη διαδικασία δημιουργίας αξίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε βιομηχανίες υψηλής έντασης εξυπηρέτησης, όπως χαρακτηριστικά η υγειονομική περίθαλψη, όπου ο πελάτης (δηλαδή ο ασθενής) διαδραματίζει βασικό ρόλο στις διαδικασίες και οι ενέργειές του επηρεάζουν σημαντικά την επιτυχή εφαρμογή της διαδικασίας και τα αποτελέσματά της, τόσο για τον ίδιο (βελτίωση της κατάστασης της υγείας), όσο και για τον πάροχο της υγειονομικής περίθαλψης (οικονομική επιτυχία) (Gersch, Hewing και Schöler, 2011).

1.5. Η θεωρία και τα υποδείγματα ανάλυσης των παρεχόμενων υπηρεσιών

1.5.1. Υπηρεσίες και βασικά χαρακτηριστικά

Ο όρος υπηρεσίες αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών που παρέχονται ή / και συν-δημιουργούνται με πελάτες, όπως επαγγελματικές υπηρεσίες, οικονομικές υπηρεσίες, τηλεπικοινωνιακές υπηρεσίες, υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, κ.α.. Περιλαμβάνονται επίσης υπηρεσίες που προσφέρονται σε συνδυασμό με προϊόντα, όπως υπηρεσίες κατάρτισης και υποστήριξης δικτύου σε μια εταιρεία τεχνολογίας και

ακόμη και υπηρεσίες που προέρχονται από ένα απτό προϊόν, όπως η υπηρεσία που ενσωματώνεται σε ένα σύστημα GPS σε ένα αυτοκίνητο. Αυτό που όλες οι παραπάνω υπηρεσίες έχουν από κοινού είναι η διεπαφή με έναν πραγματικό πελάτη, είτε μέσω της τεχνολογίας, είτε μέσω των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Σύμφωνα με τον Gronroos (2000) οι υπηρεσίες είναι συνήθως άυλες και λαμβάνουν χώρα κατά τη στιγμή της αλληλεπίδρασης μεταξύ του πελάτη και του προσωπικού της υπηρεσίας ή του παρόχου υπηρεσιών, οι οποίοι προσφέρουν λύσεις στα προβλήματα των πελατών. Οι υπηρεσίες έχουν επίσης οριστεί ως διαδικασίες που παράγονται και καταναλώνονται με τη συμμετοχή των πελατών ή ως η εμπειρία που βιώνει ο πελάτης τη στιγμή της παράδοσης (Edvardsson, Gustafsson και Roos, 2005).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών είναι η φύση των διαδικασιών τους. Σε αντίθεση με τα φυσικά αγαθά, οι υπηρεσίες είναι δυναμικές και παραδίδονται σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μέσω μιας ακολουθίας ή ενός συνόλου γεγονότων και βημάτων. Η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να θεωρηθεί ως μια αλυσίδα ή ένα σύνολο δραστηριοτήτων που επιτρέπουν την αποτελεσματική λειτουργία της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, μια επαγγελματική συμβουλευτική υπηρεσία αντιπροσωπεύεται από γεγονότα που συμβαίνουν μεταξύ των επιχειρηματικών εταίρων, αρχίζοντας από την γνωριμία των εταίρων και συνεχίζοντας με την ανάπτυξη μιας συμφωνίας παροχής υπηρεσιών, το σύνολο των συναντήσεων, τις προθεσμίες έργου και την παράδοση στο τελικό στάδιο. Η υπηρεσία αυτή θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα ή θα μπορούσε να λαμβάνει χώρα για αρκετά χρόνια. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τον πελάτη, ολόκληρη η σειρά συμβουλευτικών δραστηριοτήτων θα πρέπει να συντονίζεται και να διαχειρίζεται στο σύνολό της, με την πάροδο του χρόνου, με έμφαση στην συμπερίληψη των πόρων και των βημάτων που παράγουν αξία για τον πελάτη (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Εκτός από το πλαίσιο των διαδικασιών, οι υπηρεσίες έχουν επίσης οριστεί υπό το πλαίσιο της εμπειρίας του πελάτη. Σύμφωνα με τους Meyer και Schwager (2007), η εμπειρία του πελάτη έχει οριστεί ως η εσωτερική και υποκειμενική ανταπόκριση των

πελατών σε οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση επαφή με μια εταιρεία, ενώ σύμφωνα με άλλο ορισμό μια εμπειρία υπηρεσίας ορίζεται ως οι γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις που συνδέονται με ένα συγκεκριμένο συμβάν υπηρεσίας (Padgett και Allen, 2007).

1.5.2. Οργανισμοί παροχής υπηρεσιών και διαχείριση

Μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών είναι ένας οργανισμός που ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών μέσω της εκτέλεσης πράξεων. Ο τομέας των υπηρεσιών αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, δημόσιους και ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς, των οποίων οι βασικές δραστηριότητες είναι η εκτέλεση καθηκόντων για τους πελάτες τους. Παραδείγματα αυτών περιλαμβάνουν οι τουριστικές επιχειρήσεις, οι οργανισμοί υγείας και οι εταιρείες μεταφορών. Σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, οποιαδήποτε φυσικά αγαθά εμπλέκονται στη διαδικασία και υπάρχουν απλά για να διευκολύνουν την εκτέλεση της υπηρεσίας (Booms και Bitner, 1980).

Οι διαφορές στη διαχείριση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών σε αντίθεση με έναν οργανισμό κατασκευής αγαθών οφείλονται σε δύο βασικές συνθήκες: (1) στις διαφορές στα χαρακτηριστικά των τελικών προϊόντων, οι οποίες συνιστούν την ανάγκη για τροποποιημένες τεχνικές διαχείρισης και (2) στη διαδικασία μετατροπής, η οποία διαφέρει για τις υπηρεσίες και αυτό έχει επιπτώσεις στην οργάνωση και τη διαχείριση των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών. Επίσης ο διαχωρισμός μεταξύ της παραγωγικής διαδικασίας και της διαδικασίας κατανάλωσης είναι διακριτός για τις επιχειρήσεις παραγωγής αγαθών, σε αντίθεση με τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών (Booms και Bitner, 1980).

1.5.3. Σχεδιασμός και ανάλυση υπηρεσιών

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών αφορά στη συστηματική εφαρμογή της μεθοδολογίας και των αρχών σχεδιασμού, στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και αποτελεί μέρος της διαδικασίας ανάπτυξης των υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός υπηρεσιών στοχεύει στη δημιουργία υπηρεσιών που είναι χρήσιμες, χρησιμοποιήσιμες και επιθυμητές από την

πλευρά του χρήστη και αποτελεσματικές και αποδοτικές από την άποψη του παρόχου. Είναι μια στρατηγική προσέγγιση που βοηθά τους παρόχους να αναπτύξουν μια σαφή στρατηγική θέση για την προσφορά των υπηρεσιών τους (Nisula, 2013). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών προϋποθέτει ότι ο πελάτης / χρήστης των υπηρεσιών είναι το βασικό σημείο εκκίνησης σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία και μέσω της χρήσης δημιουργικών, ανθρωποκεντρικών και συμμετοχικών με το χρήστη μεθόδων, υποδεικνύει πώς μπορεί να σχεδιαστεί μια υπηρεσία. Ταυτόχρονα, ο σχεδιασμός υπηρεσιών ενσωματώνει τις δυνατότητες και τα μέσα για την εκτέλεση μιας υπηρεσίας με τις επιθυμητές ιδιότητες, στο πλαίσιο της οικονομικής και στρατηγικής πρόθεσης ενός οργανισμού (Holmid και Evenson, 2008; Yu και Sangiorgi, 2014).

Οι οργανισμοί που παραδίδουν επιτυχώς νέες υπηρεσίες, διατηρούν ad hoc(επί τούτω) διαδικασίες ανάπτυξης για τις υπηρεσίες τους. Αυτό σημαίνει ότι οι οργανισμοί αυτοί προετοιμάζονται και κινούνται συστηματικά (και συχνά επαναληπτικά) μέσω ενός συνόλου προγραμματισμένων σταδίων, από την καθιέρωση σαφών στόχων έως την παραγωγή ιδεών, την ανάπτυξη ιδεών, τον σχεδιασμό υπηρεσιών, τη δημιουργία προτύπων, την έναρξη λειτουργίας υπηρεσιών και την ανατροφοδότηση των πελατών. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών απαιτεί την κατανόηση του αποτελέσματος για τον πελάτη και του τρόπου με τον οποίο η εμπειρία του πελάτη εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου μέσω αλληλεπιδράσεων σε πολλά διαφορετικά σημεία επαφής (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Μια καλά σχεδιασμένη υπηρεσία που προσφέρει μια ευχάριστη εμπειρία στον πελάτη, μπορεί επίσης να προσφέρει στην επιχείρηση ένα βασικό σημείο διαφοροποίησης από τους ανταγωνιστές της, ένα συγκριτικό πλεονέκτημα. Μια ομαλά παραδοθείσα υπηρεσία με θετικό αποτέλεσμα είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε βελτιωμένες αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών, οι οποίες ενισχύουν την πίστη των πελατών στον οργανισμό. Τα επαναλαμβανόμενα προβλήματα σε θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες είναι συχνά το αποτέλεσμα ενός κακού σχεδιασμού. Επειδή οι υπηρεσίες είναι άυλες, μεταβλητές και παραδίδονται σε συνάρτηση με χρονικά πλαίσια, οι άνθρωποι συχνά καταφεύγουν στη χρήση λέξεων για να τις προσδιορίσουν, οδηγώντας στην υπεραπλούστευσή τους (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Ως εκ τούτου αυτό που απαιτείται από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών είναι ένα μέσο για την παρουσίαση των δραστηριοτήτων, των σχέσεων και των αλληλεξαρτήσεων μιας διαδικασίας εξυπηρέτησης με αντικειμενικό και ακριβή τρόπο, έτσι ώστε να είναι μεθοδολογικά δομημένη και συνάμα ευέλικτη. Καθώς η διαδικασία ανάπτυξης νέων υπηρεσιών εξελίσσεται προς την κατεύθυνση του πραγματικού σχεδιασμού και της υλοποίησης, η αρχική ιδέα της υπηρεσίας πρέπει να γίνει πιο συγκεκριμένη, ώστε να μπορεί να παρουσιαστεί ως αναπτυγμένη αντίληψη ή ακόμα και ως ένα πρόχειρο πρότυπο για τους πελάτες και τους εργαζόμενους. Πρέπει να αποσαφηνιστούν οι ρόλοι και οι ευθύνες των πελατών και των παρόχων υπηρεσιών. Απαιτούνται λεπτομερείς περιγραφές της διαδικασίας εξυπηρέτησης όσον αφορά τον εξοπλισμό, την ποιότητα και τους παράγοντες κόστους. Το κλειδί για την επιτυχία σε αυτό το σημείο είναι η ικανότητα να περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών και να απεικονίζονται έτσι ώστε οι εργαζόμενοι, οι πελάτες και οι διαχειριστές να μπορούν να γνωρίζουν με συγκεκριμένο τρόπο τι σημαίνει η υπηρεσία και να κατανοούν τους αντίστοιχους ρόλους τους στην παράδοση ή τη συν-δημιουργία τους (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Επειδή ο σχεδιασμός υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα την οπτική απόδοση της διαδικασίας εξυπηρέτησης και της οργανωτικής δομής, που μπορεί να δει ο καθένας, είναι πολύ χρήσιμη στο στάδιο της ανάπτυξης των υπηρεσιών. Κατά τη διάρκεια των τελικών φάσεων σχεδιασμού εξυπηρέτησης, η έννοια της υπηρεσίας είναι πιθανό να εξευγενιστεί σε μια σειρά επαναλήψεων έως το σημείο στο οποίο μπορεί να δημιουργηθεί ένα τελικό, περιεκτικό σχέδιο. Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη θα πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή, συμπεριλαμβανομένων σε πολλές περιπτώσεις των πελατών. Το τελικό καθήκον είναι για κάθε λειτουργική περιοχή που συμμετέχει στην παροχή της υπηρεσίας, να μεταφραστεί το τελικό σχέδιο σε λεπτομερή σχέδια εφαρμογής για να υποστηρίξει τις δραστηριότητες στο πλαίσιο του σχεδίου (Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Επίσης ένα βασικό ζήτημα για τους διαχειριστές παροχής υπηρεσιών είναι αν ο οργανισμός έχει τη δυνατότητα να διαχειριστεί συστηματικά την εμπειρία των πελατών. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός και διαχείριση της εμπειρίας των πελατών απαιτεί την παρουσίαση μιας σειράς ενδείξεων που λειτουργούν ολιστικά για να

καλύψουν ή να ξεπεράσουν τις προσδοκίες των πελατών. Η συνολική εμπειρία του πελάτη, όπως αυτή επηρεάζεται από τις εν λόγω ενδείξεις, είναι αυτή που διαμορφώνει τις αντιλήψεις του πελάτη για την ποιότητα των υπηρεσιών και την αξία του ονόματος (brand), επηρεάζοντας συνακόλουθα την αφοσίωση (loyalty) του πελάτη στον οργανισμό (Haeckel, Carbone και Berry, 2003). Η παροχή αξίας στον πελάτη μέσω ξεχωριστών, αξέχαστων εμπειριών υπηρεσίας, απαιτεί μια διαλειτουργική προοπτική. Όλα τα μέρη του οργανισμού πρέπει να επικεντρωθούν στον κοινό στόχο της δημιουργίας μιας ολοκληρωμένης, αξέχαστης και ευνοϊκής πελατειακής εμπειρίας. Οι εταιρείες που προσεγγίζουν τη διαχείριση της πελατειακής εμπειρίας με μια σαφή αντίληψη της διαδικασίας σχεδιασμού και ανάπτυξης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν βελτιωμένα αποτελέσματα για τον πελάτη και την οργάνωσή τους.(Bitner, Ostrom και Morgan, 2008).

Συνολικά στο πλαίσιο της βελτίωσης της εμπειρίας του πελάτη, αλλά στο πλαίσιο της κατανόησης του τρόπου με τον οποίο οι πελάτες αξιολογούν τις εμπειρίες τους έχουν αναπτυχθεί τα σχέδια υπηρεσιών (χαρτογράφηση υπηρεσιών), επιτρέποντας σε όλα τα μέρη του οργανισμού να απεικονίσουν μια ολόκληρη υπηρεσία και τις υποκείμενες διαδικασίες υποστήριξής της. Ουσιαστικά μια βάση πάνω στην οποία μπορούν να ενοποιηθούν απεικονιστικά τα κρίσιμα σημεία επαφής με τον πελάτη, τα φυσικά στοιχεία και άλλες βασικές λειτουργικές και συναισθηματικές ενδείξεις εμπειρίας (Shostack, 1984; 1985).

Βασικές έννοιες στο πλαίσιο του σχεδιασμού των νέων υπηρεσιών είναι η συν-δημιουργία, η συμπαραγωγή, και ο συν-σχεδιασμός των υπηρεσιών, οι οποίες αποτελούν βασικά στοιχεία καινοτομίας στο σχεδιασμό και την ανάλυση υπηρεσιών. (Sangiorgi και Freire, 2010). Ο συν-σχεδιασμός για παράδειγμα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγεται μια συνεργασία μεταξύ των ασθενών, των επαγγελματιών και της κοινότητας στη διαδικασία σχεδιασμού και ανάπτυξης των υπηρεσιών (Sanders & Stappers, 2008). Η τελική λύση εφαρμόζεται στη συνέχεια και καθοδηγείται από επαγγελματίες. Διαφορετικά η συμπαραγωγή ζητά τη βοήθεια των ανθρώπων, χρησιμοποιώντας τις ικανότητές τους για την παροχή δημόσιων υπηρεσιών με ισότιμη και αμοιβαία σχέση μεταξύ των επαγγελματιών και της βασικής οικονομίας (οικογένεια, κοινότητα), μετατοπίζοντας την εξισορρόπηση

εξουσίας, ευθύνης και πόρων από τους επαγγελματίες στους ιδιώτες (Boyle και Harris, 2009). Τέλος, η συν-δημιουργία συμβαίνει όταν οι χρήστες έχουν κεντρικό ρόλο όχι μόνο στον σχεδιασμό των υπηρεσιών, αλλά και στην παραγωγή και τη συνεχή ανάπτυξή τους. Βασίζεται σε ανθρώπους που δημιουργούν το περιεχόμενο των υπηρεσιών και διαμορφώνουν τη φύση τους (Cottam & Leadbeater, 2004).

1.6. Τα χαρτογραφικά υποδείγματα καταγραφής και ανάλυσης των υπηρεσιών (service blueprints) και οι υπηρεσίες υγείας

Η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, δημόσιων ή μη, απαιτεί την κωδικοποίηση των διαδικασιών της παροχής τους. Αν και η κωδικοποίηση θα μπορούσε να βασίζεται στην γραμμική και μονοδιάστατη φύση των διαδικασιών και των πολιτικών στις δημόσιες υπηρεσίες (όπως συμβαίνει συνήθως), υπάρχει μια εναλλακτική προσέγγιση, η οποία συνίσταται στην οπτικοποίηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών. Η προσέγγιση αυτή τονίζει το ρόλο και τις σχέσεις του χρήστη της υπηρεσίας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών και είναι γνωστή ως χαρτογράφηση των υπηρεσιών (Radnor et al., 2014).

Πολλές διαδικασίες στην παροχή υπηρεσιών μπορεί να προκύψουν μέσω δοκιμών και σφαλμάτων χωρίς ρητό σχεδιασμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γίνεται χαρτογράφηση της διαδικασίας, με τη χρήση διαγραμμάτων ροής, στα οποία απεικονίζονται οι είσοδοι (εισροές) και οι έξοδοι (εκροές- αποτελέσματα) της διαδικασίας. Η χαρτογράφηση και η ανάλυση της διαδικασίας απαιτεί η διαδικασία να είναι σταθερή και να επαναλαμβάνεται επαρκώς. Ο χάρτης ή το σχέδιο μπορεί στη συνέχεια να χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τον όγκο, το χρόνο και την κατανάλωση πόρων. Τα δεδομένα αναλύονται για τον εντοπισμό προβλημάτων, όπως περιττές δραστηριότητες που δεν αποδίδουν αξία στον πελάτη, επαναλήψεις, καθυστερήσεις και σημεία συμφόρησης (Shostack, 1985; Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Η πιο πολυσυζητημένη μέθοδος χαρτογράφησης των υπηρεσιών είναι το blueprinting (Shostack 1984). Πρόκειται για ένα πλαίσιο που έχει σημαντικό αντίκτυπο στον ευρύτερο τομέα της διαχείρισης των υπηρεσιών, αλλά μέχρι σήμερα είχε περιορισμένη μόνο εφαρμογή στις δημόσιες υπηρεσίες (Haugen, 2009; Radnor et al.,

2014). Σύμφωνα με τους Hossain et al. (2017) το blueprinting είναι ένα βασικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για τον σχεδιασμό νέας υπηρεσίας ή για τον επανασχεδιασμό υφιστάμενων υπηρεσιών και διευκρινίζει λεπτομερώς τον τρόπο κατασκευής της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.

Ένα σχέδιο blueprint είναι στην ουσία μια ειδική μορφή ενός διαγράμματος ροής που απεικονίζει τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών. Τα διαγράμματα των διεργασιών στο σχέδιο blueprint, συνίστανται στην λεπτομερή ανάλυση των διαδικασιών σε εργασίες και στην ταξινόμηση κάθε δραστηριότητας σε διαφορετικά είδη. Τα διαγράμματα βασίζονται σε μια υπάρχουσα διαδικασία επανασχεδιασμού ή σε ένα δοκιμαστικό σχεδιασμό για μια νέα διαδικασία (Martinich, 1997; Haugen, 2009).

Το blueprinting στις υπηρεσίες αποτελεί ένα δημοφιλές και χρήσιμο εργαλείο για την ανάλυση των λειτουργιών της υπηρεσίας. Η μέθοδος αναπτύχθηκε και προτάθηκε αρχικά από την Shostack (1982; 1984), η οποία ισχυρίστηκε ότι η χαρτογράφηση των υπηρεσιών επιτρέπει σε μια επιχείρηση να διερευνήσει όλα τα ζητήματα που είναι εγγενή στη δημιουργία ή τη διαχείριση μιας υπηρεσίας. Ο πυρήνας του blueprinting είναι η δημιουργία ενός γραφικού σχεδίου, το οποίο θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλούστερο και θα περιλαμβάνει όλα τα ανθρώπινα στοιχεία του συστήματος εξυπηρέτησης, συμπεριλαμβανομένων των χρηστών των υπηρεσιών, του προσωπικού εξυπηρέτησης πελατών, των διευθυντικών στελεχών καθώς και του βοηθητικού προσωπικού. Ο πρωταρχικός σκοπός της μεθόδου είναι τόσο η αξιολόγηση της θέσης του χρήστη της υπηρεσίας στην διαδικασία παράδοσης των υπηρεσιών, όσο και η ενίσχυση της ενσωμάτωσης των χρηστών στο επίκεντρο των διαδικασιών των υπηρεσιών, (Radnor et al., 2014). Μέσω της διαδικασίας χαρτογράφησης, απώτερος σκοπός είναι να δημιουργηθεί μια σταθερή βάση για τη βελτίωση της εξυπηρέτησης σε όλο το σύστημα εξυπηρέτησης συνολικά, μέσω της βελτίωσης, του επανασχεδιασμού ή της αναδιοργάνωσης (Radnor et al., 2014).

Σύμφωνα με την αρχική προσέγγιση της Shostack (1984,1987) προτάθηκε μια διαδικασία τεσσάρων σταδίων για το σχεδιασμό ενός σχεδίου blueprint ως εξής:

(1) Προσδιορισμός των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και παρουσίασή τους σε διαγραμματική μορφή. Το επίπεδο των λεπτομερειών θα εξαρτηθεί από την πολυπλοκότητα και τη φύση της υπηρεσίας.

(2) Προσδιορισμός των σημείων αποτυχίας της υπηρεσίας. Πρέπει να καθοριστούν οι ενέργειες που είναι απαραίτητες για τη διόρθωσή τους και να αναπτυχθούν συστήματα και διαδικασίες για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισής τους σε πρώτη φάση.

(3) Καθορισμός χρονικού πλαισίου, όπου γίνεται καθορισμός προτύπων βάσει των οποίων μπορεί να μετρηθεί η απόδοση των διαφόρων βημάτων.

(4) Ανάλυση της αποδοτικότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας από την άποψη του αριθμού των πελατών που εξυπηρετούνται σε μια χρονική περίοδο και καθορισμός ενός καταλόγου ωφελειών από τη χρήση του σχεδίου υπηρεσίας,

Ένας πιο ολοκληρωμένος κατάλογος των ωφελειών αυτών δόθηκε μεταγενέστερα από τον Martinich (1997), στον οποίο αναφερόταν ότι:

(1) Η οπτική αντιπροσώπευση διευκολύνει τον προσδιορισμό των δραστηριοτήτων που είναι πραγματικά αναγκαίες, αυτών που μπορούν να διαγραφούν και αυτών που μπορούν να τροποποιηθούν.

(2) Τα σημεία επαφής με τους πελάτες προσδιορίζονται σαφώς. Αυτό βοηθά στην επισήμανση των δραστηριοτήτων που μπορούν να εκτελεστούν χωριστά ή σε συνδυασμό, ώστε να είναι περισσότερο παραγωγικές.

(3) Εντοπίζονται πιθανά σημεία αποτυχίας της υπηρεσίας. Αυτό είναι χρήσιμο για την ανάπτυξη σχεδίων με σκοπό την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας αποτυχίας και για τον εντοπισμό ενδεχόμενων διορθωτικών ενεργειών στην περίπτωση αποτυχίας.

(4) Το σχέδιο blueprint της υπηρεσίας αποτελεί εξαιρετικό εργαλείο για την κατάρτιση των εργαζομένων, μέσω του οποίου μπορούν να δουν ποιες δραστηριότητες πρέπει να εκτελεστούν και με ποιο τρόπο, καθώς μπορούν να αποτρέψουν ή να διορθώσουν πιθανές αποτυχίες.

(5) Το σχέδιο είναι χρήσιμο για την αναγνώριση του απαιτούμενου εξοπλισμού και υλικών και του τρόπου με τον οποίο οι εγκαταστάσεις εξυπηρέτησης πρέπει να είναι χωροταξικά διευθετημένες, ώστε να διευκολύνουν την παροχή των υπηρεσιών.

(6) Τα σχέδια υπηρεσιών μπορούν να ανασυγκροτούνται τακτικά και να χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση και τη βελτίωση του συστήματος εξυπηρέτησης με την πάροδο του χρόνου, ιδίως όταν εισάγονται αλλαγές στα συστήματα παροχής υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα η υιοθέτηση μια νέας τεχνολογίας.

Η χαρτογράφηση της υπηρεσίας επιτρέπει τον εντοπισμό δραστηριοτήτων που αφορούν τους πελάτες και απεικονίζει τα σημεία που λαμβάνει χώρα η αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του παρόχου, καθώς και τα σημεία στα οποία ο πελάτης ασκεί επιρροή στο πλαίσιο της συνολικής αρχιτεκτονικής της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών (Gersch, Hewing και Schöler, 2011). Σε ένα τυπικό γραφικό σχέδιο ανάλυσης μιας υπηρεσίας υπάρχουν πέντε βασικά στοιχεία, τα οποία είναι: (Bitner, Ostrom και Morgan., 2008; Radner et al., 2014)

- 1) οι ενέργειες των χρηστών, οι οποίες απεικονίζονται στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου του χρονοδιαγράμματος και της σχέσης τους με τις ενέργειες άλλων.
- 2) το προσκήνιο (frontstage) του συστήματος υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των συμμετεχόντων και των ενεργειών τους
- 3) τα στοιχεία της παροχής υπηρεσιών, τόσο υλικά όσο και άυλα
- 4) το παρασκήνιο (backstage), του συστήματος υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των συμμετεχόντων και των ενεργειών τους
- 5) τα συστήματα υποστήριξης, τους φορείς και τις διαδικασίες που απαιτούνται για την επιτυχή λειτουργία του ίδιου του συστήματος υπηρεσιών.

Το πλήρες πρότυπο εξυπηρέτησης περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία του συστήματος παροχής υπηρεσιών, επικεντρώνόμενο κυρίως στα βασικά «σημεία επαφής» του πελάτη με την υπηρεσία, δηλαδή στα σημεία στα οποία ο χρήστης της

υπηρεσίας αλληλεπιδρά με τα υπόλοιπα στοιχεία του συστήματος εξυπηρέτησης. Σε ένα χαρτογραφικό σχέδιο αυτά τα σημεία επαφής σχεδιάζονται με διαδοχική σειρά από αριστερά προς τα δεξιά στην κορυφή του σχεδίου. Στη συνέχεια τα επόμενα επίπεδα του σχεδίου προς τα κάτω, απεικονίζουν με μεγαλύτερη λεπτομέρεια την λειτουργία και τις αλληλεπιδράσεις στην παροχή υπηρεσιών (Shahin, 2010).

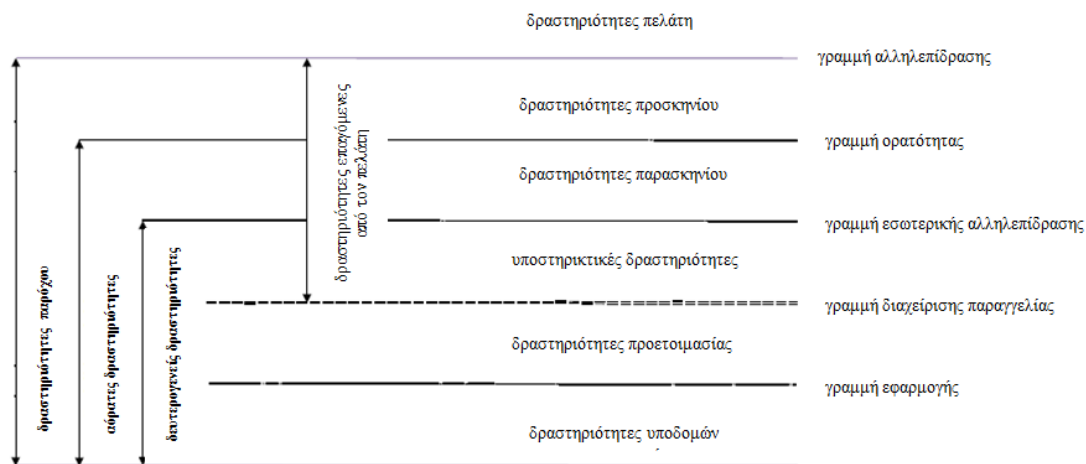
Περαιτέρω το σχέδιο χωρίζεται σε δύο καλά διαχωρισμένες, από μια γραμμή, ζώνες, το προσκήνιο και το παρασκήνιο. Τα στοιχεία που εμφανίζονται πάνω από τη διαχωριστική γραμμή είναι αυτά τα στοιχεία υπηρεσιών με τα οποία ο χρήστης έρχεται σε άμεση επαφή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της παράδοσης της υπηρεσίας. Κάτω από τη διαχωριστική γραμμή υπάρχει η ζώνη του παρασκηνίου του συστήματος εξυπηρέτησης, με τα στοιχεία της οποίας ο χρήστης δεν έρχεται σε άμεση επαφή, είναι όμως απαραίτητα για την υποστήριξη των δραστηριοτήτων στο προσκήνιο. Σε ένα σχέδιο, τόσο το προσκήνιο όσο και το παρασκήνιο, διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην επιτυχή εκτέλεση και την παράδοση αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. (Lovelock, Wirtz και Chew, 2009). Αυτή η ανάγκη διαχωρισμού και κατανόησης του προσκηνίου και του παρασκηνίου υποστηρίζεται από τους Goldstein et al. (2002), οι οποίοι υπογράμμισαν την ανάγκη ευθυγράμμισης των πληροφοριών μεταξύ των δύο ζωνών στη λήψη αποφάσεων. Η ταυτοποίηση των βασικών σημείων επαφής του χρήστη με τον πάροχο σε κάθε στάδιο του συστήματος εξυπηρέτησης αναλύεται σε βάθος, παρέχοντας λεπτομέρειες για τις αντίστοιχες διαστάσεις του προσκηνίου και του παρασκηνίου (Goldstein et al., 2002).

Προκειμένου να μπορέσει η προσέγγιση της χαρτογράφησης των υπηρεσιών να χρησιμοποιηθεί ως μεθοδολογία βελτίωσης της εξυπηρέτησης, είναι σημαντικό να διερευνώνται οι στόχοι και ο πραγματικός χρόνος κάθε σταδίου της διαδικασίας εξυπηρέτησης. Η σύγκριση μεταξύ αυτών των στόχων και των πραγματικών χρονοδιαγραμμάτων μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης για τον καθορισμό ελάχιστων προτύπων εξυπηρέτησης. Στην επόμενη φάση εντοπίζονται τα σημεία όπου οι χρήστες ενδέχεται να αντιλαμβάνονται την αποτυχία στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Οι αντιλήψεις των χρηστών στο πλαίσιο αυτό αποτελούν βασικό στοιχείο αυτής της μεθοδολογίας, καθώς η ικανοποίηση των χρηστών είναι μια

σημαντική συνιστώσα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα τα σημεία αποτυχίας αποτελούν κρίσιμο παράγοντα, που διαμορφώνει τις αντιλήψεις των χρηστών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Palmer, 2008).

Η χαρτογράφηση των υπηρεσιών βοηθά στον εντοπισμό των «περιοχών υπερβολικής αναμονής» (areas of excessive wait -AEW) στο σύστημα υπηρεσιών, οι οποίες συχνά συμβάλλουν σε σημαντικές «αποτυχίες» σε μια υπηρεσία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ροή διακόπτεται, είτε λόγω του σχεδιασμού της υπηρεσίας που βασίζεται στη λειτουργία «παρτίδα και ουρά», είτε λόγω αποτυχίας στη ροή πληροφοριών προς τα σημεία λήψης αποφάσεων. Στη συνέχεια, γίνεται επανασχεδιασμός της υπηρεσίας προκειμένου να εξαλειφθούν οι περιοχές υπερβολικής αναμονής από το σύστημα υπηρεσιών, εφόσον αυτό είναι δυνατό ή για να ελαχιστοποιηθεί ο αρνητικός τους αντίκτυπος στις αντιλήψεις των χρηστών σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Ο επανασχεδιασμός μπορεί να περιλαμβάνει τον καθορισμό προτύπων για την ολοκλήρωση εργασιών στο σύστημα εξυπηρέτησης, θέτοντας έναν μέγιστο «χρόνο αναμονής» που πρέπει να αναμένουν οι χρήστες των υπηρεσιών σε διαφορετικά στάδια του συστήματος υπηρεσιών και τους μέγιστους χρόνους αναμονής μεταξύ διαφορετικών στοιχείων του συστήματος υπηρεσιών (Rodner et al, 2014).

Η αρχική ιδέα της Shostack (1982; 1984) για την χαρτογράφηση των υπηρεσιών αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Kingman-Brundage (1995) και τους Flieb και Kleinaltenkamp (2004), οι οποίοι διαχώρισαν περαιτέρω τον χάρτη της υπηρεσίας σε περισσότερες ζώνες, όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 1.



Εικόνα 1: Δομή service blueprint

Πηγή: Flieb and Kleinaltenkamp (2004), Gersch, Hewing και Schöler, 2011, σελ. 738

Στην προσέγγιση αυτή όλες οι απαιτούμενες δραστηριότητες εξυπηρέτησης και επομένως οι απαιτούμενες διαδικασίες της παράδοσης των υπηρεσιών, ταξινομούνται χρονολογικά στον οριζόντιο άξονα του διαγράμματος. Ο κάθετος άξονας διαιρείται σε έξι επίπεδα δραστηριότητας, όπου οι δραστηριότητες ρυθμίζονται ανάλογα με το σημείο στο οποίο λαμβάνει χώρα το μεγαλύτερο μέρος των ενεργειών. Υπάρχουν: (Gersch, Hewing και Schöler, 2011)

- 1) η γραμμή αλληλεπίδρασης, η οποία διαχωρίζει τις δραστηριότητες του πελάτη και του παρόχου.
- 2) η γραμμή ορατότητας διαχωρίζει τις ορατές (προσκήνιο), από τις αόρατες δραστηριότητες (παρασκήνιο) από την άποψη του πελάτη.
- 3) η γραμμή εσωτερικής αλληλεπίδρασης διαχωρίζει τις δραστηριότητες front-office από τις δραστηριότητες back-office.
- 4) η γραμμή διαχείρισης της παραγγελίας διαχωρίζει τις επιμέρους διεργασίες δημιουργίας αξίας και τις αυτόματες δραστηριότητες υποστήριξης.
- 5) και τέλος η γραμμή εφαρμογής (ή υλοποίησης) διαχωρίζει τις δραστηριότητες προετοιμασίας, οι οποίες είναι απαραίτητες για την άμεση προετοιμασία της

διαδικασίας εξυπηρέτησης και τις δραστηριότητες υποδομών, οι οποίες ενσωματώνουν τους παράγοντες της κατανάλωσης.

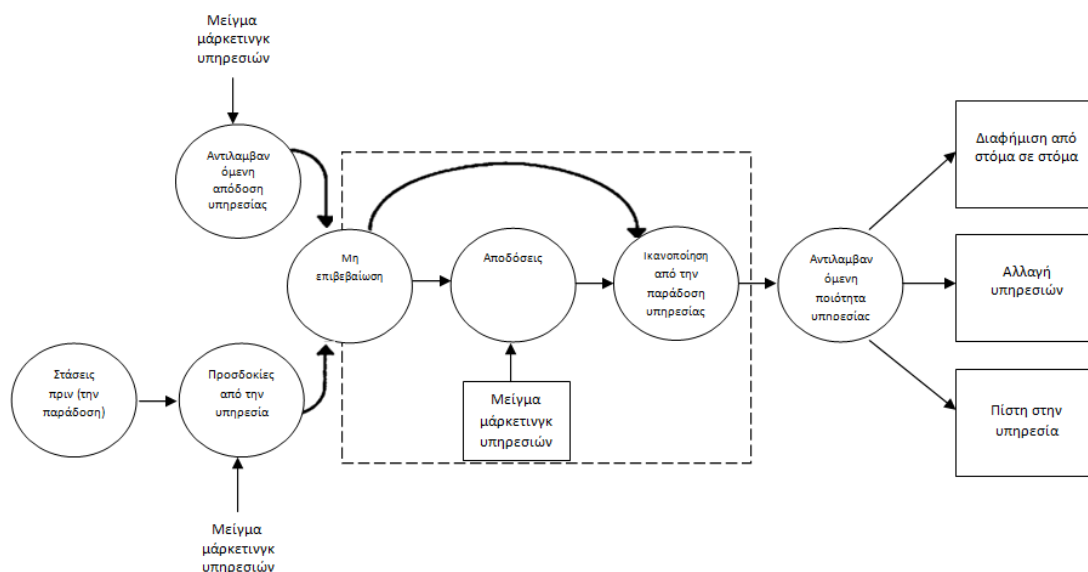
Ακόμα ένα υπόδειγμα που βασίζεται στην προσέγγιση της χαρτογράφησης των υπηρεσιών της Shostack (1985) είναι αυτό που αναπτύχθηκε από την Bitner (1990) για την αξιολόγηση της παράδοσης των υπηρεσιών, δεδομένου ότι για τους καταναλωτές η αξιολόγηση μιας επιχείρησης παροχής υπηρεσιών συχνά εξαρτάται από την αξιολόγηση της διαδικασίας της «συνάντησης με την υπηρεσία» ή την χρονική περίοδο κατά την οποία ο πελάτης αλληλεπιδρά άμεσα με την επιχείρηση προκειμένου να του παραδοθεί η υπηρεσία. Στην διαδικασία της παράδοσης μια σειρά από παράγοντες θα επηρεάσουν άμεσα τις αντιλήψεις των πελατών για την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρεται (Bitner, 1990). Σύμφωνα με τους Bitner και Wang (2014), η συνάντηση με την υπηρεσία είναι οποιαδήποτε διακριτή αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του παρόχου υπηρεσιών που σχετίζεται με την βασική προσφορά υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της αλληλεπίδρασης που περιλαμβάνει την παροχή της κύριας υπηρεσίας. Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει τις συναντήσεις πριν και μετά την διαδικασία της παράδοσης καθώς και εκείνες που ενσωματώνονται στη βασική παροχή υπηρεσιών ως «στιγμές της αλήθειας» που επηρεάζουν τα σωρευτικά αποτελέσματα των πελατών. Οι συναντήσεις έχουν πολλές μορφές και μπορεί να είναι πρόσωπο με πρόσωπο σε πραγματικό περιβάλλον υπηρεσίας ή ηλεκτρονικά, τηλεφωνικά, κλπ. (Bitner, Brown, & Meuter, 2000).

Στο μοντέλο της Bitner (1990) συντίθενται στοιχεία, όπως η ικανοποίηση του καταναλωτή, το μείγμα μάρκετινγκ υπηρεσιών και οι θεωρίες απόδοσης αιτιών σε ένα πλαίσιο έρευνας σχετικά με τις αξιολογήσεις συνάντησης των υπηρεσιών. Το μοντέλο δείχνει τον τρόπο με τον οποίο τα στοιχεία του μείγματος μάρκετινγκ μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση των πελατών. Το μείγμα μάρκετινγκ αποτελείται από ένα σύνολο ελεγχόμενων μεταβλητών που ένας οργανισμός μπορεί να συντονίσει για να ικανοποιήσει την αγορά-στόχο του. Λόγω των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών έχει προταθεί ότι οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών έχουν πρόσθετες μεταβλητές, πέραν των παραδοσιακών τεσσάρων P (προϊόν, διανομή, τιμή,

προώθηση), που μπορούν να ικανοποιήσουν τις αγορές-στόχους. Στο πλαίσιο αυτό οι Booms και Bitner (1981) πρότειναν ότι το μείγμα μάρκετινγκ των υπηρεσιών αποτελείται από τα τέσσερα παραδοσιακά στοιχεία καθώς και από τρία νέα: τα φυσικά στοιχεία, οι συμμετέχοντες (όλοι οι ανθρώπινοι παράγοντες που είναι παρόντες κατά την διαδικασία της συνάντησης του πελάτη με την υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένων των στελεχών και άλλων πελατών) και οι διαδικασίες (διαδικασίες, μηχανισμοί και ροές δραστηριοτήτων). Αν και τα τρία νέα στοιχεία θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο παραδοσιακό μείγμα, ο διαχωρισμός τους εφιστά την προσοχή σε παράγοντες που έχουν μεγάλη σημασία για τους διαχειριστές των υπηρεσιών (Booms και Bitner, 1981).

Το μοντέλο της αξιολόγησης της συνάντησης των υπηρεσιών ενσωματώνει τις αποδόσεις του καταναλωτή στο πλαίσιο του παραδείγματος ικανοποίησης. Οι αποδόσεις είναι αυτό που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ότι είναι οι αιτίες πίσω από τη συμπεριφορά τους, τις συμπεριφορές των άλλων ή τα γεγονότα που παρατηρούν. Ο βαθμός στον οποίο οι αποδόσεις αυτές προκύπτουν αυθόρμητα για όλες τις συμπεριφορές και τα γεγονότα είναι ένα εκτενές θέμα συζήτησης, ωστόσο ο Weiner (1985) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι συμμετέχουν σε «αυθόρμητη αιτιώδη σκέψη», ιδιαίτερα σε περιπτώσεις απρόβλεπτων και αρνητικών γεγονότων. Σύμφωνα με τον ίδιο, οι περισσότερες αιτίες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις διαστάσεις: τα σημεία ελέγχου (ποιος είναι υπεύθυνος), τον έλεγχο (το υπεύθυνο μέρος είχε τον έλεγχο της αιτίας) και τη σταθερότητα (είναι πιθανό η αποτυχία να επαναληφθεί). Η φύση των αποδόσεων έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τις συναισθηματικές και γνωστικές αποκρίσεις (Weiner, 1985).

Στην Εικόνα 2 παρατίθεται το γενικό πλαίσιο του υποδείγματος, το οποίο αποτελεί ένα γενικό μοντέλο των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των πελατών καθώς και των αποτελεσμάτων της ικανοποίησης των πελατών, στο πλαίσιο της συνάντησης τους με την υπηρεσία.



Εικόνα 2: Μοντέλο αξιολόγησης κατά την συνάντηση με την υπηρεσίας (παράδοση υπηρεσίας)

Πηγή: Bitner, 1990, σελ. 71

Το πρώτο μέρος του μοντέλου υποδηλώνει ότι οι στάσεις του καταναλωτή σχετικά με την υπηρεσία πριν την παράδοση της θα επηρεάσει τις προσδοκίες για το αποτέλεσμα της συνάντησης με την υπηρεσία. Αυτή η διατύπωση βασίζεται στην θεωρία του Oliver (1980) για την ικανοποίηση των πελατών, σύμφωνα με την οποία οι στάσεις του καταναλωτή επηρεάζουν τις προσδοκίες για την ποιότητα μιας υπηρεσίας και στη συνέχεια η ανταπόκριση των προσδοκιών του οδηγεί σε ικανοποίηση. Σύμφωνα με αυτό, το δεύτερο στάδιο της διαδικασίας υποδηλώνει ότι η άμεση αντίδραση του πελάτη μετά την κατανάλωση εξαρτάται από τη σύγκριση των προσδοκιών του και των αντιληπτών επιδόσεων, με αποτέλεσμα την επιβεβαίωση των προσδοκιών ή την ικανοποίηση/δυσανεπεία, όταν οι προσδοκίες και οι επιδόσεις συμπίπτουν / δε συμπίπτουν. Το επόμενο μέρος του μοντέλου υποδηλώνει ότι οι αιτιακές αποδόσεις για τη μη επιβεβαίωση θα μεσολαβήσουν στην ικανοποίηση του πελάτη, δηλαδή πριν διαμορφωθεί το επίπεδο ικανοποίησης / δυσανεπείας του θα καθοριστούν τα αίτια της μη επιβεβαίωσης (των προσδοκιών) και ανάλογα με την αντιληπτή φύση των αιτιών, μπορεί να τροποποιηθεί το επίπεδο ικανοποίησης/δυσανεπείας και οι επακόλουθες συμπεριφορές. Το τελευταίο μέρος του μοντέλου δείχνει την

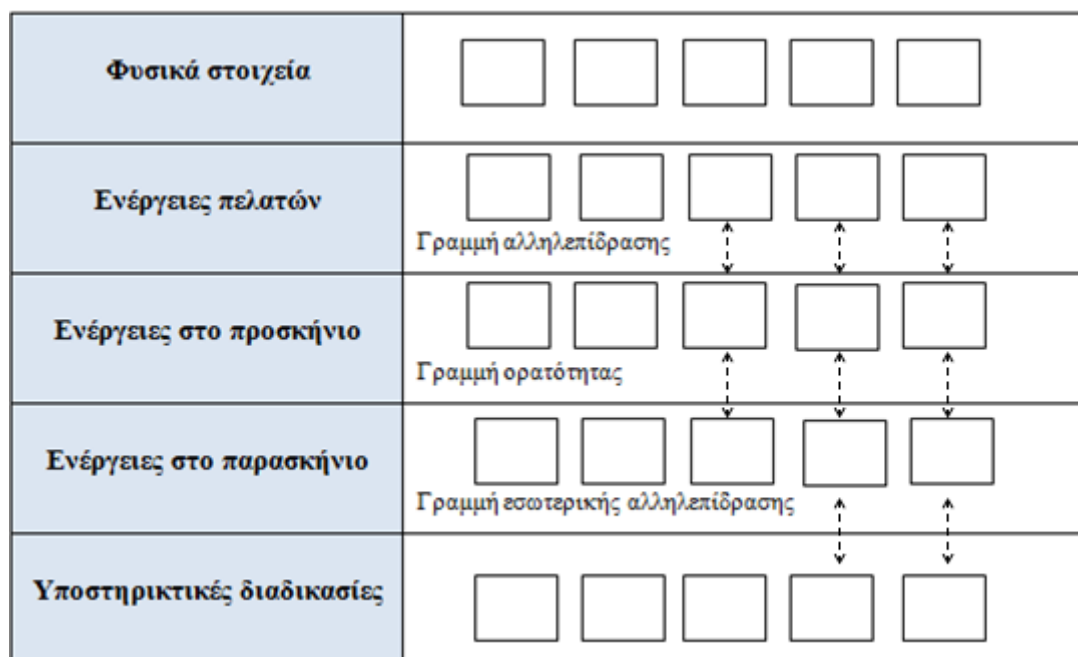
ικανοποίηση από τη συνάντηση με την υπηρεσία ως παράγοντα που θα διαμορφώσει την αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας (ή της συμπεριφοράς), η οποία με τη σειρά της θα διαμορφώσει μεταγενέστερες συμπεριφορές προς την υπηρεσία/οργανισμό. Παρόλο που όλα τα στοιχεία του μείγματος μάρκετινγκ είναι πιθανό να επηρεάσουν άμεσα την ικανοποίηση, ο σκοπός του μοντέλου είναι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο επιτελείται αυτή η επίδραση και πως αυτή η επίδραση με την σειρά της, επηρεάζει τους παράγοντες που συνεισφέρουν στην ικανοποίηση του πελάτη. Τα συστατικά του μείγματος μάρκετινγκ των υπηρεσιών είναι εισερχόμενα στη διαδικασία της ικανοποίησης από την συνάντηση με την υπηρεσία και διαμορφώνουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης, δηλαδή τις προσδοκίες, την αντιλαμβανόμενη απόδοση της υπηρεσίας και τις αποδόσεις (Bitner, 1990)

Το μοντέλο δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα σε δύο βασικά στοιχεία του μείγματος μάρκετινγκ των υπηρεσιών, τα οποία είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο γίνεται η παράδοση της υπηρεσίας και οι συμμετέχοντες. Επειδή οι υπηρεσίες είναι άυλες και συνήθως δεν μπορούν να δοκιμαστούν πριν από την αγορά, οι πελάτες αναζητούν απτά στοιχεία για το τί πρόκειται να βιώσουν σε μια συγκεκριμένη συνάντηση (Shostack 1977). Τα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος, όπως η εμφάνιση και η διακόσμηση του χώρου, κλπ. είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην εδραίωση της εικόνας της επιχείρησης/του οργανισμού και επηρεάζουν τις προσδοκίες του πελάτη (Shostack 1977). Οι συμμετέχοντες στο περιβάλλον της παροχής υπηρεσιών επηρεάζουν επίσης αυτό που αναμένει ο πελάτης να λάβει, διαμορφώνοντας τις προσδοκίες του για τη συνάντηση με την υπηρεσία. Στο στάδιο της αξιολόγησης της διαδικασίας τα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος, όπως το επίπεδο θορύβου, οι οσμές, η θερμοκρασία, τα χρώματα, οι υφές και η άνεση των επίπλων, μπορεί να επηρεάσουν τις αντιληπτές επιδόσεις κατά την συνάντηση με την υπηρεσία. Ομοίως, η συμπεριφορά του προσωπικού επηρεάζει επίσης τις αντιληπτές επιδόσεις των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι πελάτες ενδέχεται να επηρεάζονται από τις εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από άλλους πελάτες (Bitner, 1990)

Το μοντέλο υποδεικνύει ότι τα στοιχεία του μείγματος μάρκετινγκ μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ικανοποίηση κατά την συνάντηση του πελάτη με τις υπηρεσίες, μέσω των επιδράσεων τους στις αποδόσεις για την εξακρίβωση της μη επιβεβαίωσης.

Για παράδειγμα, όταν τα πράγματα δεν εξελίσσονται όπως θα έπρεπε κατά την παράδοση των υπηρεσιών, οι εργαζόμενοι ζητούν συγνώμη από τους πελάτες, προσφέροντας κάτι προκειμένου να αντισταθμίσουν τη δυσαρέσκεια και να εξηγήσουν γιατί υπήρξε αποτυχία στην παροχή των υπηρεσιών. Οποιαδήποτε από αυτές τις συμπεριφορές μπορεί να επηρεάσει τις προσδοκίες των πελατών σχετικά με την ευθύνη της επιχείρησης για την αποτυχία και την πιθανότητα αυτή να συμβεί ξανά (Bitner, 1990).

Παρόμοιο με τα παραπάνω μοντέλα είναι και αυτό που παρουσιάστηκε από τους Hossain et al. (2017) για υπηρεσίες εστιατορίου. Το μοντέλο αυτό δίνει επίσης βαρύτητα στα φυσικά στοιχεία του περιβάλλοντος, όπως η Bitner (1990) είχε πρώτη τονίσει, τα οποία βρίσκονται στο πρώτο επίπεδο ενώ στα υπόλοιπα επίπεδα υπάρχουν οι ενέργειες των πελατών, οι ενέργειες πελατών σε συνδυασμό με τις ενέργειες των εργαζομένων (προσκήνιο, παρασκήνιο) και τέλος οι διαδικασίες υποστήριξης. Η γραμμή αλληλεπίδρασης χωρίζει και πάλι τις ενέργειες των πελατών και τις διαδικασίες που γίνονται στο προσκήνιο, η γραμμή ορατότητας διαχωρίζει τις διαδικασίες προσκήνιου, από τις διαδικασίες παρασκηνίου και η γραμμή εσωτερικής αλληλεπίδρασης διαχωρίζει τις διαδικασίες του παρασκηνίου από τις υποστηρικτικές διαδικασίες. Το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες για την χαρτογράφηση των υπηρεσιών εστιατορίων και ξενοδοχείων (Bitner, Ostrom, Morgan, 2008; Shahin, 2010; Hossain et al., 2017). Η γενική του απεικόνιση δίδεται στην Εικόνα 3.



Εικόνα 3: Σχέδιο blueprint υπηρεσίας

Πηγή: Bitner, Ostrom, Morgan (2008), Hossain et al. (2017), (ιδία επεξεργασία)

Οι ενέργειες των πελατών συνίστανται σε όλες εκείνες τις διαδικασίες στις οποίες εμπλέκεται ο πελάτης ως μέρος της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών. Οι ενέργειες του πελάτη απεικονίζονται χρονολογικά στην κορυφή του σχεδίου. Αυτό που κάνει την προσέγγιση blueprinting διαφορετική από τις προηγούμενες είναι ότι οι ενέργειες του πελάτη έχουν κεντρική σημασία για τη δημιουργία του σχεδίου και ως εκ τούτου τυπικά διατυπώνονται στην κορυφή, έτσι ώστε όλες οι υπόλοιπες δραστηριότητες να μπορούν να θεωρηθούν ότι υποστηρίζουν την αξία που δημιουργείται για τον πελάτη. Το επόμενο στοιχείο είναι οι ενέργειες των υπαλλήλων σε συνδυασμό με τις ενέργειες των πελατών, οι οποίες διαχωρίζονται με τη γραμμή ορατότητας, όπως και στα προηγούμενα μοντέλα (προσκήνιο και παρασκήνιο). Το επόμενο στοιχείο του σχεδίου είναι οι διαδικασίες υποστήριξης, παρόμοια με τα προηγούμενα μοντέλα, οι οποίες αφορούν όλες τις δραστηριότητες που διεξάγονται από άτομα και μονάδες εντός της εταιρείας, που δεν είναι υπάλληλοι που έρχονται σε επαφή με τον πελάτη, αλλά είναι διαδικασίες κρίσιμες στην παράδοση της υπηρεσίας. Οι κάθετες γραμμές από την περιοχή υποστήριξης που συνδέονται με άλλες περιοχές του σχεδίου, απεικονίζουν

τις διαλειτουργικές συνδέσεις και την υποστήριξη, που είναι απαραίτητες για την παροχή της υπηρεσίας στον τελικό πελάτη. Τέλος, για κάθε ενέργεια πελάτη και σε κάθε «στιγμή της αλήθειας» τα φυσικά στοιχεία περιγράφονται στην κορυφή του σχεδίου. Αυτά αποτελούν τα υλικά οφέλη στα οποία οι πελάτες εκτίθενται και επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα των υπηρεσιών (Bitner, Ostrom, Morgan, 2008). Τα φυσικά στοιχεία έγκειται σε γενικές γραμμές σε αυτά που προτάθηκαν από την Bitner (1990), διευρυνόμενα με βάση το είδος της υπηρεσίας που παρέχεται.

Εστιάζοντας στη σχέση πελάτη- παρόχου, σύμφωνα με τους Hossain et al. (2017), το blueprinting βοηθά στον καθορισμό του ρόλου του πελάτη στην παροχή των υπηρεσιών καθώς αποσαφηνίζει τη σημασία αυτού του ρόλου. Μέσω της διαδικασίας της χαρτογράφησης, μπορεί να αναλυθεί ο ρόλος του πελάτη ως συν-παραγωγού της υπηρεσίας και να προσδιοριστεί το επίπεδο συμμετοχής του, το οποίο μπορεί να είναι: (1) χαμηλό όπου οι εργαζόμενοι και τα συστήματα κάνουν όλη τη δουλειά και οι διαδικασίες τείνουν να είναι σε μεγάλο βαθμό τυποποιημένες, (2) μέτριο, όπου οι εισροές των πελατών είναι απαραίτητες στην δημιουργία και την παροχή υπηρεσιών και στην παροχή ενός βαθμού προσαρμογής και (3) υψηλό, όπου σε αυτή την περίπτωση οι πελάτες εργάζονται ενεργά με τον πάροχο για τη συν-παραγωγή της υπηρεσίας.

Το ίδιο πλαίσιο έχει επίσης χρησιμοποιηθεί από τους Calabrese και Corbò (2015) προκειμένου να δείξουν πως η εφαρμογή των σχεδίων blueprints μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πλαίσιο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), επανασχεδιάζοντας τις διαδικασίες οι οποίες εμπλέκονται σε παράγοντες- εμπόδια στην εφαρμογή των προγραμμάτων Δ.Ο.Π.. Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλοί παράγοντες που παρεμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ, όπως η έλλειψη ή μη παροχής υποστήριξης από την ανώτατη ηγεσία στους εργαζομένους για την εφαρμογή των διαδικασιών της ΔΟΠ και η αδυναμία δημιουργίας μιας κουλτούρας ποιότητας μέσα στον οργανισμό, (Seetharaman, Sreenivasan και Boon, 2006), παράγοντες που με την σειρά τους ενισχύουν την αντίσταση στην αλλαγή από την πλευρά των εργαζομένων, την κακή οργανωτική επικοινωνία και την ανεπαρκή εστίαση στους πελάτες (Khan, 2011).

Άλλοι παράγοντες που αποθαρρύνουν την αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ περιλαμβάνουν επίσης την έλλειψη ποιοτικού σχεδιασμού, τις λανθασμένες πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινων πόρων και τους σπάνιους πόρους που διατίθενται για τη στήριξη των πρωτοβουλιών ποιότητας (Khan, 2011).

Εστιάζοντας αρχικά στην ανεπαρκή εστίαση στους πελάτες οι Calabrese και Corbò (2015) προτείνουν ότι το blueprinting των υπηρεσιών χαρτογραφεί τις διαδικασίες εξυπηρέτησης σύμφωνα με την προοπτική του πελάτη και στο πλαίσιο αυτό μπορεί να βελτιώσει τις αντιλήψεις των πελατών για την ποιότητα. Η μη ύπαρξη ενός σχεδίου εφαρμογής για την ποιότητα μπορεί επίσης να ξεπεραστεί αν τυποποιηθούν οι επιχειρηματικές διαδικασίες και διεργασίες, μια διαδικασία η οποία είναι χαρακτηριστική του blueprinting των υπηρεσιών. Γενικά το blueprinting των υπηρεσιών υποστηρίζει τις πρωτοβουλίες της ΔΟΠ, τυποποιώντας τις διαδικασίες εξυπηρέτησης και επιτρέποντας στους εργαζόμενους να κατανοούντο επιχειρηματικό σύστημα στο σύνολο του. Επιπλέον, προάγει την ενδυνάμωση των εργαζομένων καθώς βελτιώνει τη συνειδητοποίηση των οργανωτικών ρόλων και των αλληλεξαρτήσεων τους, με αποτέλεσμα τελικά να βελτιώνει την οργανωτική επικοινωνία. Το blueprinting των υπηρεσιών επισημαίνει όλα τα σημεία επαφής με τους πελάτες και κατά συνέπεια, διευκολύνει την ανάληψη διορθωτικών ενεργειών. Βελτιώνει τον σχεδιασμό της ποιότητας υποστηρίζοντας τις βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν στις πραγματικές διαδικασίες. Τα ευρήματα αυτά έχουν επίσης υποστηριχθεί και από άλλες έρευνες (Milton και Johnson, 2012; Kostopoulos, Gounaris και Boukis, 2012).

Τα σχέδια blueprint έχουν πολλές εφαρμογές και σε υπηρεσίες υγείας και τα ανωτέρω υποδείγματα έχουν σε κάποιο βαθμό χρησιμοποιηθεί για την απεικόνιση των διαδικασιών στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και η χαρτογράφηση έχει χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση των συστημάτων παραγωγής υγειονομικής περίθαλψης τόσο από την πλευρά του παραγωγού των υπηρεσιών, όσο και από αυτή του πελάτη (Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011). Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης οι ασθενείς αποτελούν ταυτόχρονα παράγοντες παραγωγής και παράγοντες ικανούς για ανεξάρτητη δράση. Επομένως η χαρτογράφηση και η ανάλυση των διαδικασιών στον τομέα της υγείας πρέπει να απεικονίζει τη ροή του

ασθενούς στο σύστημα παραγωγής της υγειονομικής περίθαλψης (Visser και Beech, 2005, Ronen και Pliskin, 2006).

Δύο έννοιες που έχουν εισαχθεί στην βιβλιογραφία προκειμένου να συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση και τον σχεδιασμό blueprint στον τομέα της υγείας είναι τα επεισόδια και τα γεγονότα. Ένα επεισόδιο περιγράφει μια χρονική ακολουθία συμβάντων που σχετίζονται με την υγεία. Η έννοια της διαδικασίας περιορίζεται για να περιγράψει ένα σύνολο βημάτων που σχεδιάζονται και εκτελούνται από έναν οργανισμό παραγωγής υπηρεσιών. Τα σημεία στα οποία συναντώνται τα επεισόδια και οι διαδικασίες αποκαλούνται συμβάντα υπηρεσιών. Ένα γεγονός εκτελείται από έναν παραγωγό, ένα άτομο ή μια ομάδα, σε αλληλεπίδραση με έναν ασθενή. Ξεκινά με την είσοδο μιας εισροής στο σύστημα, όπου οι εισροές μπορεί να περιλαμβάνουν ένα αίτημα από τον ασθενή, ένα χρονοδιάγραμμα, έναν παράγοντα που υποδεικνύει μια ενδεχόμενη αλλαγή σε μια ιατρική κατάσταση ή ένα αίτημα από άλλη μονάδα. Η εισροή χρησιμοποιεί διάφορους πόρους και ικανότητες για την παραγωγή ενός αποτελέσματος (εκροή), το οποίο με τη σειρά του μπορεί να αποτελεί εισροή σε ένα άλλο γεγονός. Ένα γεγονός είναι εσωτερικά ομοιογενές, το οποίο σημαίνει ότι μπορεί να παραχθεί από μία μονάδα πόρων (Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

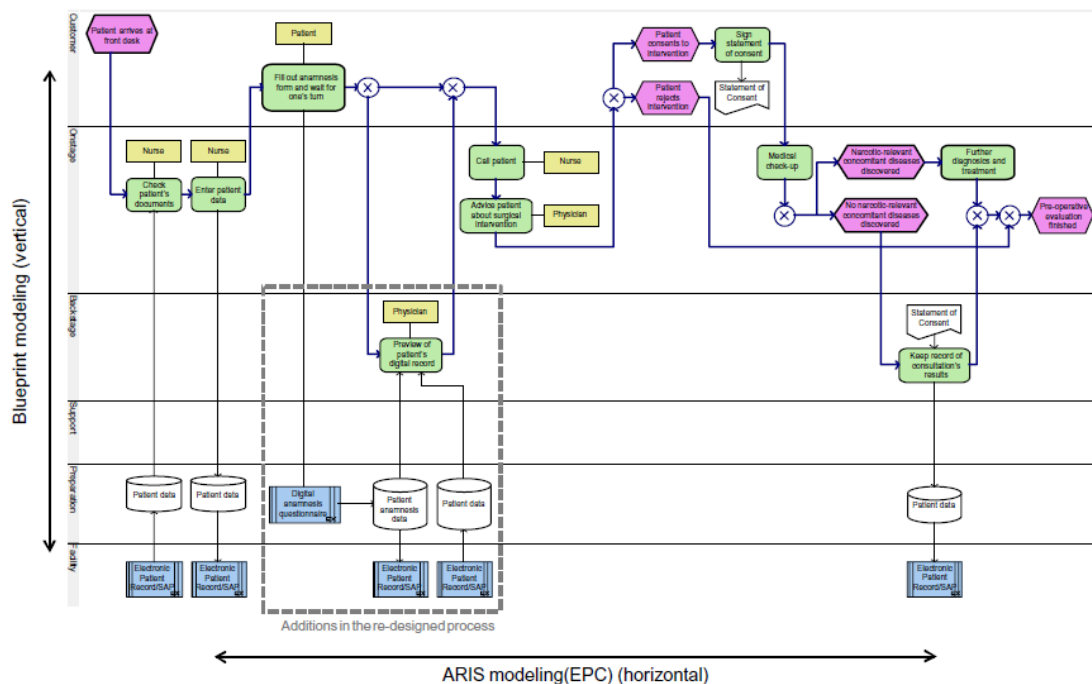
Οι ασθενείς μπορεί να εμπλέκονται στα γεγονότα με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, η λήψη δείγματος ιστού απαιτεί τη φυσική παρουσία του ασθενούς, ενώ η λήψη μιας διαγνωστικής απόφασης είναι ένα γεγονός, το οποίο μπορεί να γίνει και χωρίς την παρουσία του ασθενούς, αφού ο ασθενής εκπροσωπείται από πληροφορίες. Η κατ' οίκον αιμοκάθαρση είναι επίσης ένα παράδειγμα γεγονότος που εκτελείται από τον ασθενή με τη βοήθεια οδηγιών και εξοπλισμού που παρέχεται από το δίκτυο παροχής. Υπάρχουν επίσης γεγονότα στα οποία δεν εμπλέκεται ο πάροχος υπηρεσιών, όπως π.χ. η τήρηση ενός προγράμματος διατροφής ή άσκησης. Τα παραδείγματα αυτά υποδεικνύουν ότι μια διαδικασία παραγωγής στον τομέα της υγείας μπορεί να περιλαμβάνει τα στάδια στα οποία ο ασθενής είτε εμπλέκεται, είτε όχι (Lillrank, Groop και Venesmaa, 2011).

Με βάση αυτές τις ιδιαιτερότητες τα προαναφερθέντα υποδείγματα blueprinting στις υπηρεσίες έχουν επεκταθεί στο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα

η προσέγγιση των Flieb και Kleinaltenkamp (2004) χρησιμοποιήθηκε πρόσφατα από τους Gersch, Hewing και Schöler, (2011) ως βάση για την δημιουργία του υποδείγματος BP² (business blueprinting), το οποίο βασίστηκε επίσης στην αρχιτεκτονική του μοντέλου EPC (Event-Driven Process Chain Model). Η EPC αποτελεί μια τεχνική μοντελοποίησης επιχειρησιακών διαδικασιών η οποία αναπτύχθηκε στο ξεκίνημα της δεκαετίας του '90 στα πλαίσια του σχεδίου ARIS (Αρχιτεκτονική Ολοκληρωμένων Συστημάτων Πληροφοριών). Ένα EPC (αλυσίδα διαδικασιών βασισμένη σε επιχειρησιακά γεγονότα) αποτελείται από δύο κεντρικά στοιχεία και από πρόσθετα στοιχεία υποστήριξης, τα οποία συνδέονται με γραμμές όπου: (1) οι λειτουργίες αντιπροσωπεύουν το ενεργό στοιχείο του EPC, παρουσιάζοντας μια υπο-διαδικασία ή μια μεμονωμένη δραστηριότητα και (2) τα (επιχειρησιακά) γεγονότα είναι το παθητικό στοιχείο του EPC και αντιπροσωπεύουν τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τις περιστάσεις του περιβάλλοντος, ως αποτελέσματα μιας ή περισσότερων δραστηριοτήτων. Τα γεγονότα αποτελούν τα στοιχεία σύνδεσης των λειτουργιών. Η σύνδεση των γεγονότων με τις λειτουργίες οδηγεί στη δημιουργία μιας γραμμικής αναπαράστασης της ακολουθίας της διαδικασίας.

Το χαρτογραφικό σχέδιο του μοντέλου BP², όπως αναπτύχθηκε από τους Gersch, Hewing και Schöler, (2011), αποτελείται στην ουσία από ένα EPC, το οποίο έχει μια πρόσθετη διάσταση σχετική με τον πελάτη. Οι διαδικασίες στο υπόδειγμα απεικονίζονται σε ένα διδιάστατο γραφικό. Οι δραστηριότητες είναι διατεταγμένες σε χρονολογική σειρά από αριστερά προς τα δεξιά και έξι επίπεδα δραστηριότητας καθορίζουν την κατακόρυφη διάσταση. Κάθε στοιχείο του EPC (λειτουργίες, επιχειρησιακά γεγονότα και αντικείμενα πληροφοριών) συνδέεται με ένα από τα επίπεδα δραστηριότητας ανάλογα με το περιεχόμενό του. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των διαδικασιών με το BP² βασίζεται στην οπτική του πελάτη, η οποία αποτελεί εγγενές στοιχείο της διαδικασίας σχεδιασμού και υλοποίησης. Τα δομημένα επίπεδα δραστηριότητας διευκολύνουν επίσης τον εντοπισμό ατόμων ή οργανωτικών ομάδων που διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη δημιουργία αξίας σε αυτή την διαδικασία. Οι Gersch, Hewing και Schöler (2011) εφάρμοσαν το υπόδειγμα στον

τομέα της υγείας για τη γραφική αναπαράσταση της προεγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών σε ένα νοσοκομείο (Εικόνα 4)



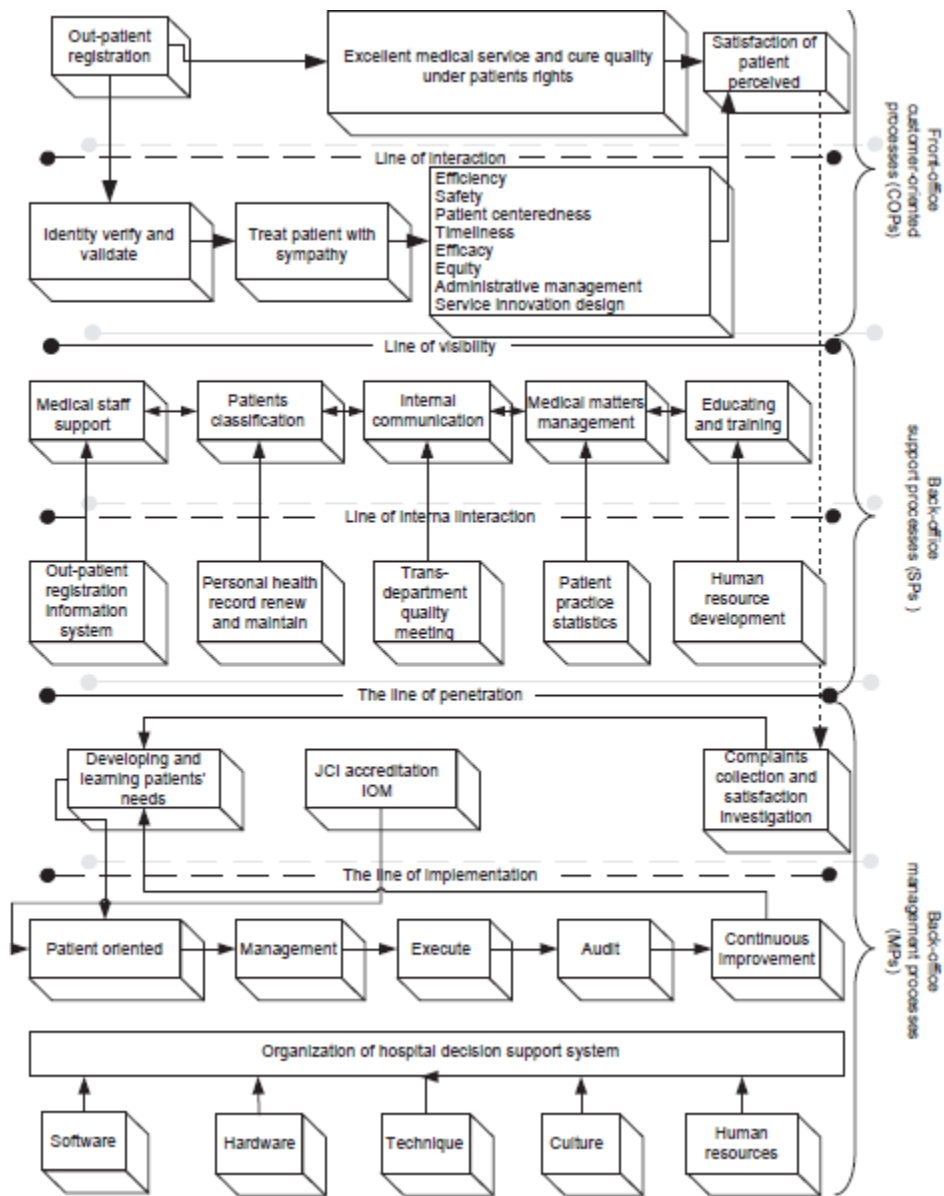
Εικόνα 4: Εφαρμογή υποδείγματος BP² στον τομέα της υγείας για την γραφική αναπαράσταση της προ εγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών σε νοσοκομείο

Πηγή: Gersch, Hewing και Schöler, (2011), σελ. 739

Παρατηρείται ο διαχωρισμός των έξι επιπέδων (οριζόντια) με βάση το service blueprinting. Τα στοιχεία του EPC απεικονίζονται σε κάθε επίπεδο και διασυνδέονται μεταξύ τους. Η διαδικασία έχει ως εξής: ο πελάτης φτάνει στη ρεσεψιόν (οριζόντιο επίπεδο 1: πελάτης), ο νοσηλευτής ελέγχει τα στοιχεία/έγγραφα του ασθενούς και εισάγει τα δεδομένα του (οριζόντιο επίπεδο 2: προσκήνιο). Στη συνέχεια, ενώ ο ασθενής αναμένει την σειρά του, του ζητείται να συμπληρώσει μια ειδική φόρμα (οριζόντιο επίπεδο 1: πελάτης). Αυτό είναι παράδειγμα μιας διαδικασίας, η οποία δεν προσθέτει αξία στον πελάτη. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής καλεί τον ασθενή να εισέλθει στην αίθουσα εξέτασης, όπου γίνεται η διαβούλευση με τον ιατρό (οριζόντιο επίπεδο 2: προσκήνιο). Στο μεταξύ είναι πιθανό πριν από τη διαβούλευση ο ιατρός να

πάρει λίγο χρόνο για να δει το ιστορικό του ασθενούς (οριζόντιο επίπεδο 3: παρασκήνιο) κ.ο.κ. μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία. Η παροχή εξηγήσεων και διαβούλευσης στον ασθενή είναι τυπικά παραδείγματα για αλληλεπιδράσεις / διαδικασίες υπηρεσιών που δημιουργούν πρόσθετη αξία για τον ασθενή (Gersch, Hewing και Schöler, 2011).

Οι Chen και Cheng (2012) ενσωμάτωσαν επίσης τα σχέδια blueprint και το πρότυπο ISO 9001: 2008 σε ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος διαχείρισης νοσοκομειακών υπηρεσιών για τη διαχείριση των εξωτερικών ασθενών, με σκοπό την ενίσχυση της ικανοποίησης τους. Το πρότυπο ISO 9001:2008 προωθεί την υιοθέτηση μιας προσέγγισης βασισμένης στις διαδικασίες κατά την ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, προκειμένου να βελτιωθούν τα επίπεδα ικανοποίησης των πελατών μέσα από ανταπόκριση στις απαιτήσεις τους. Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας διαχωρίζεται σε τρεις τύπους διαδικασιών: (1) των διαδικασιών που είναι προσανατολισμένες στον πελάτη, (2) των διαδικασιών υποστήριξης και (3) των διαδικασιών διαχείρισης. Η προσέγγιση που αναπτύσσεται για την δημιουργία του blueprint, αν και βασίζεται σε κάποιο βαθμό σε προηγούμενες προσεγγίσεις (Flieb and Kleinaltenkamp, 2004; Bitner, Ostrom, Morgan, 2008), παρουσιάζει κάποιες διαφοροποιήσεις, προκειμένου να είναι προσαρμοσμένο στο πρότυπο διαδικασιών του ISO 9001:2008 (Εικόνα 5).



Εικόνα 5: Σχέδιο blueprintγια την διαχείριση των εξωτερικών ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες

Πηγή: Chen και Cheng (2012), σελ. 428

Ως εκ τούτου διακρίνονται τρεις βασικές ζώνες οι οποίες συμπίπτουν με τα τρία είδη διαδικασιών που υπάρχουν στο ISO 9001:2008 (Chen και Cheng, 2012):

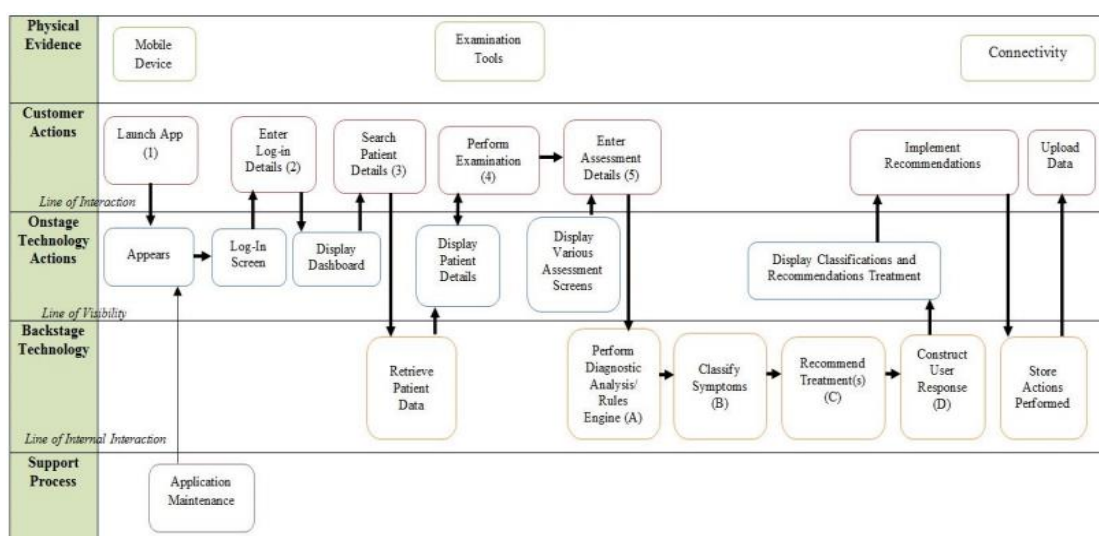
- 1) Οι διαδικασίες που είναι προσανατολισμένες στον πελάτη βρίσκονται στο κορυφαίο επίπεδο και η γραμμή αλληλεπίδρασης διαχωρίζει τις δραστηριότητες του πελάτη (π.χ. εγγραφή πελάτη) και τις δραστηριότητες στο προσκήνιο (επικύρωση στοιχείων και αντιμετώπιση του ασθενούς θεωρώντας

τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας -αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια- ο ασθενής στο επίκεντρο, ισότητα πρόσβασης, κ.α.), οι οποίες αναλύονται σε δύο υπο-επίπεδα.

- 2) Στην δεύτερη βασική ζώνη, η γραμμή εσωτερικής αλληλεπίδρασης διαχωρίζει τις διαδικασίες στο παρασκήνιο (υποστήριξη από προσωπικό υγείας, ταξινόμηση ασθενών, εσωτερική επικοινωνία, διαχείριση ιατρικών θεμάτων, εκπαίδευση) και τις υποστηρικτικές διαδικασίες (εγγραφή ασθενούς στο πληροφοριακό σύστημα, τήρηση αρχείου, συναντήσεις ποιότητας μεταξύ των τμημάτων, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, κλπ.), όπου αυτοί οι δύο τύποι διαδικασιών συνάδουν με τις διαδικασίες υποστήριξης του ISO 9001:2008. Περαιτέρω, πριν την γραμμή εσωτερικής αλληλεπίδρασης υπάρχει η γραμμή ορατότητας η οποία διαχωρίζει τις δραστηριότητες του προσκηνίου από τις δραστηριότητες του παρασκηνίου.
- 3) Τέλος, στην τρίτη βασική ζώνη η γραμμή διαχείρισης και η γραμμή εφαρμογής διαχωρίζουν αντίστοιχα τις υποστηρικτικές διαδικασίες από τις δραστηριότητες προετοιμασίας (ανάπτυξη και μάθηση αναγκών ασθενούς, διαπίστευση ποιότητας, συλλογή παραπόνων και διερεύνηση ικανοποίησης ασθενών) και τις δραστηριότητες υποδομών (προσανατολισμός στον πελάτη-ασθενή, διαχείριση, εκτέλεση, έλεγχος, συνεχής βελτίωση), από τις δραστηριότητες προετοιμασίας. Αυτές οι διαδικασίες αποτελούν τις αντίστοιχες διαδικασίες διαχείρισης του ISO 9001: 2008.

Οι ερευνητές πρότειναν ότι η προσέγγιση βασισμένη στις διαδικασίες του ISO 9001: 2008 σε συνδυασμό με το blueprinting των υπηρεσιών δεν αποτελεί απλώς μια τεχνολογική εφαρμογή για υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης, αλλά μια ολοκληρωμένη και φιλική προς τον ασθενή τεχνολογικά ολοκληρωμένη και επιμελώς εφαρμοσμένη προσέγγιση για την βελτίωση της ποιότητας, η οποία μπορεί να βοηθήσει τα νοσοκομεία να βελτιώσουν την ανακατανομή των πόρων και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών τους, προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών (Chen και Cheng, 2012).

Πιο πρόσφατα οι O'Connor et al. (2015) ανέπτυξαν ένα σχέδιο blueprint για την ψηφιοποίηση των κατευθυντήριων γραμμών στην ιατρική πρακτική μέσω της χρήσης κινητής τεχνολογίας, προκειμένου να βελτιωθεί η παροχή της παιδιατρικής υγειονομικής περίθαλψης σε μονάδες υγείας με περιορισμένους πόρους. Μια από τις σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι η τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών για την παροχή της περίθαλψης με βάση τα τελευταία στοιχεία της επιστημονικής έρευνας (Gurta και Rokade, 2016). Έχει καταδειχθεί ότι όταν η τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών είναι ανεπαρκής, το γεγονός αυτό επηρεάζει τελικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου προτάθηκε ότι η ψηφιοποίηση των κατευθυντήριων γραμμών θα μπορούσε να βελτιώσει την προσκόλληση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας στην τήρηση τους. Για το σκοπό αυτό κατασκευάστηκε ένα σχέδιο blueprint με βάση τις προσεγγίσεις χαρτογράφησης που προτάθηκαν από τους Bitner, Ostrom, Morgan (2008) (Εικόνα 6).



Εικόνα 6: Σχέδιο blueprint για την ψηφιοποίηση των κατευθυντήριων γραμμών στην ιατρική πρακτική

Πηγή: O'Connor et al. (2015), σελ. 771

Το σχέδιο περιλαμβάνει στην ουσία τα στοιχεία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ανθρώπου και της τεχνολογίας. Τα φυσικά στοιχεία περιλάμβαναν τις κινητές

συσκευές, τα εργαλεία εξέτασης και τη συνδεσιμότητα. Οι δράσεις του πελάτη (στην ουσία του ιατρικού και λοιπού προσωπικού) περιλάμβαναν τη χρήση των κινητών εφαρμογών, την εισαγωγή των ηλεκτρονικών τους διαπιστευτηρίων, την αναζήτηση των δεδομένων του ασθενούς, την εισαγωγή άλλων δεδομένων στο σύστημα και τελικά την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών και την ενημέρωση του συστήματος. Οι σχετικές με την τεχνολογία, δράσεις και διαδικασίες στο προσκήνιο ήταν το άνοιγμα της κινητής εφαρμογής, η εμφάνιση της οθόνης για την εισαγωγή των διαπιστευτηρίων, η εμφάνιση της σχετικής φόρμας για την αναζήτηση στοιχείων και η παρουσίαση των δεδομένων των κατευθυντήριων γραμμών. Οι δράσεις και οι διαδικασίες στο παρασκήνιο ήταν η ανάκτηση των δεδομένων του ασθενούς, η διεξαγωγή διαγνωστικής ανάλυσης, η ταξινόμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, οι προτεινόμενες θεραπείες και η αποθήκευση των πληροφοριών για τον ασθενή. Οι υποστηρικτικές διαδικασίες ήταν αυτές της συντήρησης του συστήματος. Συνολικά βρέθηκε ότι η αξιοποίηση των κινητών τεχνολογιών μπορεί να παράσχει δεδομένα just-in-time για την υποβοήθηση της διαδικασίας στη λήψη αποφάσεων στην παροχή της φροντίδας και να βελτιώσει το επίπεδο τήρησης των οδηγιών των κατευθυντήριων γραμμών από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας (O' Connor et al., 2015).

1.7. Βιβλιογραφική επισκόπηση χαρτογραφικών ερευνητικών εφαρμογών στις δημόσιες υπηρεσίες

Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ο σχεδιασμός των υπηρεσιών είναι μια προσέγγιση, στην οποία οι τελικοί χρήστες αποτελούν το βασικό σημείο εστίασης των υπηρεσιών και η εμπειρία τους από την υπηρεσία θεωρείται ολιστική και όχι επικεντρωμένη στα διακριτά στοιχεία που συνιστούν την υπηρεσία. Η χαρτογράφηση αποτελεί στην ουσία μια γραφική αναπαράσταση της διαδικασίας εξυπηρέτησης και φέρει ομοιότητες με πολλές άλλες προσεγγίσεις μοντελοποίησης διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένων της χαρτογράφησης ροής της αξίας (value stream mapping) που αναπτύχθηκε από τους Womack και Jones (1996) και George & George (2003), του σχεδιασμού υπηρεσιών με βάση το σενάριο που αναπτύχθηκε από τον Carroll (1995) και πιο πρόσφατα των Διαγραμμάτων Αλυσίδας Διαδικασιών (Process-Chain

Network-PCN), τα οποία βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην διαδικασία της χαρτογράφησης των υπηρεσιών (Sampson, 2012).

Σύμφωνα με τους Bitner, Ostrom, Morgan, (2008) τα υποδείγματα χαρτογράφησης των υπηρεσιών παρουσιάζουν ομοιότητες με άλλες προσεγγίσεις μοντελοποίησης διαδικασιών δεδομένου ότι 1) αποτελούν οπτικές αναπαραστάσεις για την απεικόνιση των επιχειρησιακών διαδικασιών μέσω συμβόλων που αντιπροσωπεύουν παράγοντες και δραστηριότητες, 2) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να απεικονίσουν υψηλού επιπέδου αναπαραστάσεις των εννοιολογικών διαδικασιών ή λεπτομερειών και 3) θέτουν συνδέσεις μεταξύ παράλληλων και κάθετων διεργασιών και υπο-διεργασιών, παρόμοια με άλλα εργαλεία και γλώσσες μοντελοποίησης διαδικασιών, όπως η BPMN (Business Process Modeling Notation) και η UML (Unified Modeling Language).

Ωστόσο η χαρτογράφηση των υπηρεσιών μέσω σχεδίων blueprinting είναι ανώτερη από τα προηγούμενα εργαλεία στο σχεδιασμό των υπηρεσιών, επειδή δεν είναι περίπλοκη, ούτε τυπική σε σχέση με τα εργαλεία μοντελοποίησης επιχειρηματικών διαδικασιών, όπως η UML. Τα blueprintstων υπηρεσιών είναι σχετικά απλά και οι γραφικές αναπαραστάσεις των διαδικασιών τους είναι εύκολη για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς - πελάτες, διευθυντές, υπαλλήλους πρώτης γραμμής (Bitner, Ostrom, Morgan, 2008; Sampson, 2012; Calabrese και Corbò, 2015).

Εκτός από τα πλεονεκτήματα που φέρει το blueprinting στις υπηρεσίες, εντοπίζονται επίσης πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που φέρουν τα επιμέρους υποδείγματα blueprinting μεταξύ τους. Η χαρτογράφηση συνίσταται στην οπτική αναπαράσταση των βασικών δραστηριοτήτων στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών, καθώς και των λοιπών υπο-διαδικασιών και υποσυστημάτων που επηρεάζουν την παροχή μιας υπηρεσίας (Coenen, von Felten και Schmid, 2011). Η Shostack (1982) υποστήριξε ότι η οπτική αναπαράσταση μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι περισσότερο ακριβής κατά την περιγραφή μιας υπηρεσίας σε σχέση με την απόδοση ενός ορισμού για την υπηρεσία και επομένως βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της υπηρεσίας. Επιπρόσθετα οι διαδικασίες γίνονται πιο διαφανείς με αυτήν την προσέγγιση και γι' αυτό η χαρτογράφηση των υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο για

την ενθάρρυνση της δημιουργικότητας, της καινοτομίας και της επίλυσης προβλημάτων (Shostack, 1987).

Στο πλαίσιο αυτό, τα αρχικά υποδείγματα του service blueprinting αναπτύχθηκαν ως μια τεχνική ελέγχου της διαδικασίας για υπηρεσίες, προσφέροντας διάφορα πλεονεκτήματα όπως: (1) ότι η γραφική αναπαράσταση ήταν μια πιο ακριβής διαδικασία για τον ορισμό των υπηρεσιών και των διαδικασιών τους σε σχέση με τους λεκτικούς ορισμούς (Shostack, 1982), (2) μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση προβλημάτων προληπτικά και (3) ήταν σε θέση να εντοπίσει τα σημεία αστοχίας στην λειτουργία της παροχής υπηρεσιών (Shostack, 1982; 1987; Bitner, 1990).

Ωστόσο με την πάροδο των ετών οι εταιρείες εξελίχθηκαν, από την άποψη ότι άρχισαν να επικεντρώνονται περισσότερο στον πελάτη και ως εκ τούτου και στον σχεδιασμό των υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό ο σχεδιασμός των υπηρεσιών αναπτύχθηκε περαιτέρω για να γίνει διάκριση μεταξύ των δραστηριοτήτων στο παρασκήνιο και το προσκήνιο (Kingman-Brundage, 1995; Flieb και Kleinaltenkamp, 2004; Bitner, Ostrom, Morgan, 2008; Hossain et al., 2017). Αυτά τα βασικά συστατικά εξακολουθούν να αποτελούν τη βάση της κατανόησης σχετικά με τον ρόλο του πελάτη στη διαδικασία εξυπηρέτησης. Ως εκ τούτου, τα μεταγενέστερα υποδείγματα συμβάλλουν στην ενίσχυση του προσανατολισμού προς τους πελάτες (Bitner, Ostrom, Morgan, 2008).

Στην πράξη ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα των υποδειγμάτων αυτών είναι η ευελιξία κατά την διαδικασία σχεδιασμού, κατά την οποία γίνεται ανταλλαγή ιδεών για τις χρήσεις τους μέσα στις εταιρείες. Αυτό συνεισφέρει στην ανάπτυξη πολλών δημιουργικών ιδεών και προσαρμογών και στην άμεση αναγνώριση των αδυναμιών και των λύσεων σε θέματα αποτυχίας, ως αποτέλεσμα της εκμάθησης της τεχνικής, ακόμη και πριν τον σχεδιασμό των υπηρεσιών (Bitner, Ostrom, Morgan, 2008; Kostopoulos et al., 2017).

Σύμφωνα με τη διαδικασία εξυπηρέτησης των Lovelock και Wirtz (2007), ένα τέτοιο εργαλείο, το οποίο απεικονίζει τη ροή και την ακολουθία ενός λειτουργικού συστήματος, έχει σχεδιαστεί για να προσθέτει αξία στον πελάτη. Δεδομένου ότι η διαδικασία εξυπηρέτησης είναι ως επί το πλείστον άυλη στη φύση, είναι δύσκολο να

απεικονιστεί. Οι Lovelock και Wirtz (2007) δήλωσαν επίσης δύο σημαντικά πράγματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ανάπτυξη ενός blueprint. Πρώτον, οι οργανισμοί πρέπει να επικεντρώνονται σε όλα τα βασικά σημεία που σχετίζονται με τη δημιουργία και την παροχή της υπηρεσίας και δεύτερον θα πρέπει να προσδιορίζουν τις συνδέσεις μεταξύ αυτών των σημείων. Ο καλύτερος τρόπος είναι να διατηρηθούν οι δραστηριότητες αυτές σχετικά συγκεντρωμένες, προκειμένου να οριστεί μια γενική εικόνα των διαδικασιών της εξυπηρέτησης, ενώ στην συνέχεια προκειμένου να βελτιωθούν οι διαδικασίες, θα πρέπει να γίνει επικέντρωση σε υψηλότερα επίπεδα λεπτομέρειας.

Σύμφωνα με τους Hossain et al., (2017), τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του service blueprinting είναι ότι (1) κάνει διάκριση ανάμεσα στην εμπειρία του πελάτη στο προσκήνιο και τις δραστηριότητες των εργαζομένων και τις διαδικασίες υποστήριξης στο παρασκήνιο, (2) αποσαφηνίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ πελατών και εργαζομένων και τον τρόπο με τον οποίο οι δραστηριότητες και τα συστήματα στο παρασκήνιο υποστηρίζουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις και (3) παρέχει στους διαχειριστές την ευκαιρία να εντοπίσουν πιθανά σημεία αποτυχίας στη διαδικασία, επηρεάζοντας την ποιότητα των υπηρεσιών. Η διαδικασία blueprinting είναι κατάλληλη όχι μόνο κατά τον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών, αλλά και για την χαρτογράφηση των ήδη υπάρχοντων υπηρεσιών (Hossain et al., 2017).

Όπως περιγράφουν οι Rodner et al. (2014), η χαρτογράφηση των υπηρεσιών δεν αποτελεί απλώς ένα περιγραφικό εργαλείο, που απεικονίζει τις διαδικασίες ενός συστήματος εξυπηρέτησης σε μια χρονική στιγμή, αλλά είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης και καθοδήγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βελτιώσει το σύστημα παροχής υπηρεσιών μέσα από την βελτίωση των επιμέρους συστατικών του στοιχείων. Στο πλαίσιο αυτό εντοπίζει τα συστατικά στοιχεία των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών καθώς και τα ενδεχόμενα σημεία αποτυχίας, που επηρεάζουν την ποιότητα και την απόδοση της υπηρεσίας. Ο εντοπισμός και η επίλυση αυτών των σημείων αποτυχίας ενισχύει την ποιότητα της εκτέλεσης της υπηρεσίας (Shostack, 1982; Rodner et al., 2014).

Το μοντέλο της Bitner (1990) έχει επίσης λάβει σημαντική εμπειρική υποστήριξη στην βιβλιογραφία. Η Bitner (1990), η οποία εξέτασε εμπειρικά το υπόδειγμα, βρήκε ότι όταν οι πελάτες θεωρούν πως η αιτία της αποτυχίας της υπηρεσίας είναι μέσα στον έλεγχο της επιχείρησης και είναι πιθανό να ξανασυμβεί, θα είναι πιο δυσαρεστημένοι από ό,τι θα ήταν σε αντίθετη περίπτωση. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν περαιτέρω ότι οι ελεγχόμενες μεταβλητές, όπως οι εξηγήσεις των εργαζομένων στους πελάτες σε περιπτώσεις αποτυχίας, η προσφορά αντιστάθμισης και η εμφάνιση του φυσικού περιβάλλοντος μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι πελάτες αντιλαμβάνονται τα αίτια της αποτυχίας της υπηρεσίας.

Το μοντέλο υποδηλώνει ότι, είναι σημαντικό οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών να διαχειρίζονται και να ελέγχουν κάθε μεμονωμένη συνάντηση του πελάτη με την υπηρεσία, προκειμένου να βελτιώσουν τις συνολικές αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις όπου η εμπειρία του πελάτη δεν είναι η αναμενόμενη, το προσωπικό και ο οργανισμός έχουν μια ευκαιρία να ενισχύσουν την ικανοποίηση του πελάτη μέσω της κατανόησης των διαδικασιών απόδοσης από την πλευρά του τελευταίου. Η παροχή στους πελάτες λογικών εξηγήσεων για την αποτυχία της υπηρεσίας και η αντιστάθμιση της μη ικανοποίησης τους με κάποιο τρόπο, μπορεί να μετριάσει τη δυσαρέσκεια. Άλλες έρευνες υποδηλώνουν ότι τέτοιες ενέργειες μπορεί ακόμη και να μετατρέψουν ένα δυσάρεστο γεγονός σε μια αξέχαστη, ικανοποιητική συνάντηση (Bitner, Booms και Tetreault 1990). Τα μη λεκτικά στοιχεία, όπως η φυσική εμφάνιση της επιχείρησης, μπορούν να επηρεάσουν τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των πελατών στην περίπτωση αποτυχίας της υπηρεσίας. Ως εκ τούτου τα στοιχεία του διευρυμένου μείγματος μάρκετινγκ πρέπει να περιλαμβάνονται στις στρατηγικές για τη βελτίωση της ικανοποίησης των πελατών στην συνάντησή τους με τις υπηρεσίες. Μετέπειτα η Bitner (1992) ανέπτυξε την έννοια του Service care, αναφερόμενη στο περιβάλλον στο οποίο παρέχεται μια υπηρεσία. Το Service care περιλαμβάνει την ατμόσφαιρα, τους χώρους και τα σύμβολα του εσωτερικού και του εξωτερικού χώρου ενός σημείου πώλησης, καθώς και τις ανθρώπινες σχέσεις. Εξηγεί ότι το Service care έχει επιπτώσεις στην επίτευξη των εξωτερικών και εσωτερικών στόχων, επομένως έχει αντίκτυπο στους πελάτες (Hughes και Fill, 2007).

Στο πλαίσιο των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης έχουν επίσης εφαρμοστεί διάφορα μοντέλα blueprinting, αν και στην πλειοψηφία τους στις έρευνες αυτές γίνεται συνδυασμός του blueprinting και με άλλα εργαλεία, αυξάνοντας το επίπεδο πολυπλοκότητας της εφαρμογή του blueprinting, υποδεικνύοντας όμως από την άλλη την θετική συμβολή των υποδειγμάτων αυτών. Για παράδειγμα οι Gersch, Hewing και Schöler (2011) χρησιμοποίησαν επίσης το μοντέλο BP² για την γραφική αναπαράσταση της προεγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ευρώπης, με σκοπό να επανασχεδιαστούν οι διαδικασίες, ώστε να βελτιωθεί η παραγωγικότητα, δεδομένου ότι ένα σημαντικό πρόβλημα που εντοπίστηκε από συνεντεύξεις με πελάτες ήταν οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής. Με την εφαρμογή του μοντέλου εντοπίστηκαν και επανασχεδιάστηκαν οι διαδικασίες και οι λειτουργίες, που δεν αποδίδουν αξία στον πελάτη και που συνεισφέρουν στους μεγάλους χρόνους αναμονής. Το μοντέλο επικεντρώνονται στη βελτίωση των επιδόσεων από την οπτική γωνία του πελάτη, όταν γενικώς τα περισσότερα μοντέλα είναι επικεντρωμένα στη βελτίωση των επιδόσεων από την οπτική γωνία του οργανισμού. Η εφαρμογή του BP² στην ανάλυση πρακτικών διαδικασιών προήγαγε την καλύτερη κατανόηση της αντίληψης της διαδικασίας από την πλευρά του πελάτη, οδηγώντας στον αποδοτικότερο και αποτελεσματικότερο σχεδιασμό της διαδικασίας. Παρ' όλα αυτά το μοντέλο έχει αρκετούς περιορισμούς, όπως ότι δεν μπορεί να αναλύσει όλες τις πτυχές του σχεδιασμού διαδικασιών με γνώμονα τον πελάτη και ότι περιορίζεται στη χαρτογράφηση μόνο των διμερών διαδικασιών μεταξύ του παρόχου και του πελάτη, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις υπηρεσίες που παράγονται από άλλους παρόχους ή πελάτες, οι οποίες επηρεάζουν εξίσου την αντιληπτή ποιότητα από την πλευρά του πελάτη. Το επιχείρημα αυτό έχει επίσης προταθεί και γενικότερα για τα μοντέλα blueprinting, τα οποία παρά τα πολλά πλεονεκτήματά τους, θεωρείται ότι δεν αναγνωρίζουν το οικοσύστημα των υπηρεσιών μέσα στο οποίο λειτουργεί μια μονάδα υγείας και συνεπώς δεν εξετάζουν τη διασύνδεση μεταξύ του παρόχου της και των λοιπών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Kostopoulos et al., 2017).

Σε μια άλλη έρευνα οι Kumar και Steinebach (2008) παρουσίασαν ένα λειτουργικό σύστημα κλειστού βρόγχου για χειρουργικές επεμβάσεις με σκοπό την εξάλειψη των

ιατρικών λαθών από τις ιατρικές διαδικασίες. Η διαδικασία της χαρτογράφησης βασίστηκε στον κύκλο DMAIC της μεθοδολογίας 6σ (six sigma), σε διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος, στον σχεδιασμό roka-yokes για την ανάπτυξη μιας ισχυρής διαδικασίας χειρουργικής επέμβασης και σε διαγράμματα με βάση την τεχνική blueprinting. Διαπιστώθηκε ότι η υλοποίηση του σχεδίου της υπηρεσίας ήταν πιθανό να οδηγήσει σε μείωση του ποσοστού των ιατρικών σφαλμάτων. Δεδομένου ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι μια βασική συνιστώσα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, γίνεται κατανοητή η σημασία των υποδειγμάτων χαρτογράφησης των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.

Συνολικά, η θεωρητική ανάλυση των υποδειγμάτων του service blueprint καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή του service blueprint σε οργανισμούς του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υποδεικνύει ότι μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί και ακολουθηθεί μια σειρά από διαφορετικές προσεγγίσεις χαρτογράφησης στις υπηρεσίες υγείας, για την γραφική αναπαράσταση διαφορετικών ειδών υπηρεσιών, όπως η προεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών (Gersch, Hewing και Schöler, 2011), η ψηφιοποίηση των κατευθυντήριων γραμμών βασισμένων σε ευρήματα της επιστημονικής έρευνας για την άσκηση της ιατρικής πρακτικής (O' Connor et al, 2015), η παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών σε εξωτερικούς ασθενείς (Chen και Cheng, 2012) και οι χειρουργικές επεμβάσεις (Kumar και Steinebach, 2008). Οι έρευνες αυτές χρησιμοποίησαν την τεχνική service blueprint, είτε μεμονωμένα (O' Connor et al., 2015), είτε σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία και τεχνικές μοντελοποίησης και ανάλυσης υπηρεσιών, όπως το μοντέλο EPC (Gersch, Hewing και Schöler, 2011), η μέθοδος 6σ (Kumar και Steinebach, 2008) και τα πρότυπα ποιότητας ISO (Chen και Cheng, 2012). Η μελέτη των αποτελεσμάτων των ερευνών αυτών έδειξε ότι η χαρτογράφηση των υπηρεσιών υγείας, μέσω του service blueprinting, μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, όπως αυτή ορίζεται μέσα από τις διάφορες διαστάσεις της (ασφάλεια ασθενών, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, κλπ.). Τα διάφορα υποδείγματα service blueprint που έχουν αναπτυχθεί στην βιβλιογραφία βασίζονται κυρίως στην αρχική έρευνα της Shostack, (1984; 1987), η οποία παρείχε ένα σχετικά απλό πλαίσιο για την γραφική αναπαράσταση των διαδικασιών στην παροχή υπηρεσιών. Τα

μεταγενέστερα υποδείγματα βασίζονται μεν στην αρχική ιδέα της Shostack, (1984; 1987), ωστόσο αναπτύχθηκαν περαιτέρω, προκειμένου να είναι περισσότερο προσανατολισμένα στον πελάτη (Kingman- Brundage, 1995; Flieb και Kleinaltenkamp, 2004; Bitner, Ostrom, Morgan, 2008; Hossain et al., 2017) και είναι αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί στην εμπειρική έρευνα στον τομέα της υγείας.

2. Η εφαρμογή της μεθόδου blueprinting ως εργαλείο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας

2.1. Μεθοδολογία εμπειρικού μέρους

2.1.1. Από τη θεωρία στην πράξη

Αντικείμενο του πρακτικού μέρους της εργασίας αυτής αποτελεί ο σχεδιασμός blueprint του τμήματος Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας, όπου γίνεται προσπάθεια λεπτομερειακής ανάλυσης των διαδικασιών του τμήματος. Γίνεται προσπάθεια χαρτογράφησης και καταγραφής διαδικασιών εκτέλεσης του έργου που επιτελείται στο συγκεκριμένο τμήμα, επισημαίνονται τα σημεία αστοχίας, οι καταδεικνύονται οι πιθανοί τρόποι μείωσης του χρόνου και της πολυπλοκότητας, προτείνεται ο ανασχεδιασμός και η προτυποποίηση αυτών των διαδικασιών, (Τσιότρας, 2002). Η επικέντρωση στις διαδικασίες στοχεύει στον περιορισμό της Γραφειοκρατίας. Κρίσιμα μονοπάτια έγκειται στην προσέγγιση των διαδικασιών που σκοπό έχει την κατά το δυνατό καλύτερη διάθεση κάθε μορφής πόρου για τη βελτίωση της ποιότητας των εκροών, (Τσιότρας, 2016). Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, αυτή η προσπάθεια θα έχει ως έκβαση την κατανόηση του μηχανισμού λειτουργίας της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων Έδεσσας, την περιγραφή του, τον εντοπισμό των σημείων που συναντάται συχνή χρονική καθυστέρηση, καθώς και σημείων που η πρακτική εφαρμογή των διαδικασιών δεν υλοποιείται με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Ένα βήμα της ανάλυσης αποτελεί η σαφής απεικόνιση των καθηκόντων των υπαλλήλων επαφής με τους χρήστες της υπηρεσίας με ορατά τα σημεία αλληλεπίδρασης αυτών, καθώς και των σημείων επαφής των υπαλλήλων προσκηνίου και παρασκηνίου για την τελική παράδοση της υπηρεσίας στον πελάτη. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την υλοποίηση αυτής της προσπάθειας προέρχονται από τις γνώσεις και την εμπειρία των εμπλεκόμενων, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τα συναισθήματα και τις απόψεις εσωτερικών και εξωτερικών πελατών. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική καταϊγισμού ιδεών (brainstorming) για τις αιτίες της ελλιπούς αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, καθώς και καθημερινές άτυπες ποιοτικές συνεντεύξεις των εμπλεκόμενων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι λάθη και παραλείψεις στην υλοποίηση των διαδικασιών γίνονται αντιληπτές καθημερινά από τους εργαζόμενους και όπου επιτρέπεται η παρέμβαση τους, με ευελιξία, γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης αυτών για τη μέγιστη ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών (πχ. Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό και άλλο προσωπικό) και εξωτερικών (πχ. Ασθενών, άλλες υπηρεσίες). Με τη βοήθεια αυτών, μετά την ολοκλήρωση της καταγραφής, θα δοθούν προτάσεις βελτιστοποίησης των διαδικασιών. Αυτές αντλήθηκαν από τις ιδέες των εργαζόμενων και από τρόπους αντιμετώπισης καταστάσεων που προέκυψαν στο παρελθόν, αλλά αναδύονται και στην καθ' ημέρα

πράξη, καθώς και από συμβουλές της διοίκησης για τα επιτρεπόμενα όρια αλλαγών και την ευελιξία μετατροπής του σχεδιασμού.

Το γενικότερο μοντέλο διοίκησης του Νοσοκομείου είναι το Γραφειοκρατικό Μοντέλο.

2.1.2. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την απεικόνιση των διαδικασιών είναι οι ποιοτικές συνεντεύξεις εργαζομένων και προϊσταμένων των λειτουργιών. Στο σύνολό τους είναι πέντε (5) εργαζόμενοι, που δραστηριοποιούνται σε δύο διπλανούς χώρους-γραφεία. Οι υπάλληλοι προσκηνίου είναι δύο, στον ίδιο χώρο με τον προϊστάμενο και στο ακριβώς διπλανό γραφείο εργάζονται οι δύο υπάλληλοι παρασκηνίου. Ο αριθμός των εξυπηρετούμενων πολιτών παρουσιάζει διακυμάνσεις καθημερινά, αλλά κυρίως εξαρτάται από τον αριθμό των ιατρικών της ημέρας. Η επιθυμητή έκβαση των συνεντεύξεων αυτών είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του blueprinting για να επιτευχθεί η μέγιστη ικανοποίηση εξωτερικών και εσωτερικών πελατών. Η επισκόπηση των εγγράφων, βιβλίων, αρχείων, στοιχείων και πληροφοριών αποτέλεσαν μερικά από εργαλεία για την κατανόηση των διαδικασιών. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις, οι χώροι εργασίας και ο εξοπλισμός τους, τα σημεία επαφής των χρηστών της υπηρεσίας με τους εργαζόμενους, οι χώροι αναμονής ασθενών, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός, εξετάστηκαν λεπτομερειακά.

Η γνώση των εμπλεκόμενων εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες, καθώς και η παρατήρηση και η εμπειρία χρόνων, καθιστούν επαρκή γνώση για τις διεργασίες που εμπλέκονται σε κάθε μια από τις λειτουργίες. Οι ερωτήσεις που τους απευθύνθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν ανοιχτές. Συζητήθηκαν αυτά που συμβαίνουν στο τμήμα τους, αλλά και αυτά που κατά τη γνώμη τους θα έπρεπε να συμβαίνουν, σύμφωνα με την εμπειρία τους, τη στάση τους απέναντι στην υπηρεσία και τη συμπεριφορά τους απέναντι σε όλους. Απάντησαν ελεύθερα στις ερωτήσεις μέσα σε ένα κλίμα δημοκρατικό, συνεργατικό, αυθεντίας και ευελιξίας. Οι συνεντεύξεις ήταν απρόσκοπτες και ανεμπόδιστες. Για την αποφυγή επιρροής έγιναν στους σταθμούς εργασίας με την υπόσχεση της αμοιβαίας εχεμύθειας, με σκοπό την ελαχιστοποίηση της αλληλεπίδρασης και επιρροής μεταξύ των συναδέλφων. Το γεγονός ότι η γράφουσα την παρούσα εργασία είναι επί πολλά έτη εργαζόμενη στο νοσοκομείο, αλλά και αιρετό μέλος του Δ.Σ. σήμερα, βοήθησε σε κάποια σημεία στην κατανόηση των λειτουργιών του οργανισμού και της εξαγωγής συμπερασμάτων.

Οι συνεντευξιαζόμενοι κλήθηκαν να εντοπίσουν πτυχές που θεωρούσαν σημαντικές κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής ποιότητας παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως έγκαιρη παράδοση εργασίας, εργασίας χωρίς λάθη, απρόσκοπτης συνεργασίας, ικανοποίησης των εργαζομένων, ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας.

Αρχικά τους ζητήθηκε να περιγράψουν τα καθήκοντα τους και τις λειτουργίες που ο καθένας υλοποιεί. Αυτή η διαδικασία, όπως είναι φυσικό, απαιτήσε πολύ χρόνο, διαφορετικό για τον κάθε υπάλληλο και την κάθε διαδικασία. Στη συνέχεια των συνεντεύξεων τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με το αν ο εργαζόμενος θεωρεί πως η εργασία του είναι σαφώς περιγεγραμμένη, αν εργάζεται ομαδικά, αν ο φόρτος εργασίας του είναι μεγάλος, αν περιπλέκονται τα καθήκοντά του με καθήκοντα συναδέλφων του. Στην ίδια λογική, ερωτήθηκαν σε ποια σημεία πιστεύουν πως υστερεί το σύστημα σε υλικό ή μη από εξοπλισμό (hardware ή software). Μια σημαντική πτυχή της συνέντευξης ήταν να διαπιστωθεί η διάχυση της πληροφορίας σχετικά με την ικανοποίηση των εξωτερικών πελατών (ασθενείς), αλλά και σε ποια επίπεδα βρίσκεται το αίσθημα ασφάλειας (σωματική ή χρηματοοικονομική) των εσωτερικών πελατών εντός του τμήματος.

Τέλος, τους ζητήθηκε να εντοπίσουν λάθη στις διαδικασίες, λάθη και παραλήψεις της διοίκησης και να μοιραστούν τους προβληματισμούς τους σχετικά με το πώς θα έπρεπε να είναι δομημένες οι λειτουργίες και οι πτυχές της εργασίας τους. Αυτό είχε ως σκοπό τον εντοπισμό προβλημάτων και παραλείψεων του συστήματος, ώστε να βρεθούν προτάσεις βελτίωσης.

Ένας ακόμη παράγοντας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η επικοινωνία και η άντληση πληροφοριών από συναδέλφους που απασχολούνται σε αντίστοιχες θέσεις νοσοκομείων που ανήκουν στη ίδια Υγειονομική Περιφέρεια με το νοσοκομείο Έδεσσας.

Σημαντική συμμετοχή στο σχεδιασμό και τη βελτίωση των διαδικασιών αποτέλεσε ο «Εσωτερικός Έλεγχος», που διεξήχθη από Ελεγκτές του Δημόσιου Τομέα και αποτελούν εξωτερικούς συνεργάτες του Νοσοκομείου. Οι βελτιωτικές προτάσεις, η επισιμότητα των προτύπων που χρησιμοποιούν και ο θεσμικός τους ρόλος επηρέασαν τους διοικούντες και σε κάποιες περιπτώσεις επιτάχυναν τις αποφάσεις τους για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών.

2.2. Η Περίπτωση μελέτης της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας

Γενικά στοιχεία του Νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο της Έδεσσας ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1925 με ιατρούς Γενικής Ιατρικής και ελάχιστο λοιπό προσωπικό, μόλις 10 άτομα.

Το 1945 δημιουργήθηκαν νέες εγκαταστάσεις, ενώ το 1952 εκδόθηκε νέος Οργανισμός του Νοσοκομείου και ξεκίνησε έτσι μια νέα εποχή για τη λειτουργία του.

Τη δεκαετία του '70 ξεκίνησε η ανέγερση του σημερινού κτιρίου στην είσοδο της πόλης. Η λειτουργία του άρχισε το 1987, ενώ ο Οργανισμός είχε εκδοθεί ήδη ένα χρόνο πριν. Τότε εντάχθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η συνολική ανερχόταν στις 150 κλίνες.

Στις 31 Δεκεμβρίου 2012 εκδόθηκε ο τελευταίος Οργανισμός του Νοσοκομείου. Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, που υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας. Διασυνδέεται με το Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών και το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ). Μαζί με το Νοσοκομείο Γιαννιτσών αποτελούν το Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας και τα όργανα διοίκησης του είναι: 1) Το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης 2) Ο κοινός Διοικητής 3) Ο κοινός Αναπληρωτής Διοικητής 4) Ο Υποδιοικητής.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είναι 175 οργανικές κλίνες και εξυπηρετεί τους κατοίκους του Νομού Πέλλας καθώς και τους όμορους νομούς. Παρέχει υπηρεσίες: Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, Ειδίκευση, Συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Αναπτύσσει και προάγει την έρευνα στον τομέα υγείας. Συνεργάζεται με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας. Εφαρμόζει νέες μεθόδους και μορφές περίθαλψης. Αναπτύσσει διαδικασίες που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους του Υπουργείου, της Διοίκησης της 3^{ης} Υ.ΠΕ.

Το μοντέλο Διοίκησης που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο είναι το Γραφειοκρατικό και κατευθύνεται από τη Νομοθεσία και τις κυβερνητικές αποφάσεις.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία (είναι όμως δυναμικά) που πήραμε από το τμήμα Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού, σήμερα στο Νοσοκομείο της Έδεσσας εργάζονται :

- α) 73 γιατροί (43 ειδικευμένοι, 6 επικουρικοί και 24 ειδικευόμενοι)
- β) 188 άτομα που ανήκουν στη Νοσηλευτική Υπηρεσία
- γ) 49 επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων
- δ) 44 που ανήκουν στη Διοικητική Υπηρεσία

Στατιστικά Στοιχεία Εξωτερικών Ιατρείων

Η Πρωινή Λειτουργία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων περιλαμβάνει τρεις (3) τομείς, τον παθολογικό, το χειρουργικό και τον εργαστηριακό τομέα. Το 2018 ο παθολογικός τομέας εξυπηρετήσε 20349 και ο χειρουργικός 21495 περιστατικά. Το 2019 εξυπηρετηθήκαν 20985 από τον παθολογικό τομέα και 20874 από τον χειρουργικό τομέα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι από το ακτινολογικό τμήμα το 2018

εξυπηρετήθηκαν 5652 άτομα και το 2019, που ξεκίνησε και η λειτουργία του αξονικού τομογράφου, εξυπηρετήθηκαν 6573. Στο μικροβιολογικό εργαστήριο το 2018 και το 2019 πραγματοποιήθηκαν 564.090 και 588.109 αντίστοιχα.

Η Απογευματινή (Ολοήμερη) Λειτουργία των Εξωτερικών Ιατρείων περιλαμβάνει σήμερα δύο (2) ειδικότητες, από ένα ιατρείο η κάθε μία, το καρδιολογικό και το νεφρολογικό. Μέχρι το 2018 λειτουργούσε και γυναικολογικό- μαιευτικό ιατρείο. Το 2018 εξυπηρετήσε 222 περιστατικά και το 2019 ο αριθμός μειώθηκε στα 111.

2.3. Διαδικασίες Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων -Υπάλληλοι προσκηνίου (onstage)

2.3.1. Προγραμματισμός Επισκέψεων Ασθενών

- I. **Κλείσιμο ραντεβού:** (Τήρηση διαδικασίας ραντεβού.) Τα ραντεβού στα Εξωτερικά Ιατρεία κλείνονται είτε με τηλεφωνική επικοινωνία, είτε δια ζώσης από τις θέσεις εργασίας(γκισέ). Το τηλεφωνικό κέντρο του Νοσοκομείου συνδέει τη Γραμματεία Ε.Ι. με τους χρήστες που δεν γνωρίζουν τα νούμερα που τους συνδέουν απευθείας με τη Γραμματεία Ε.Ι., η οποία διαθέτει τρεις τηλεφωνικές γραμμές, Η μία τηλεφωνική γραμμή είναι γνωστή μόνο σε συναδέλφους και συνεργάτες, εντός και εκτός της Νοσοκομειακής Μονάδας του Νοσοκομείου. Κλείνονται είτε αμέσως μετά το εξιτήριο των ασθενών από το Νοσοκομείο για επανεκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, είτε αμέσως μετά την επίσκεψη στο εκάστοτε εξωτερικό ιατρείο, είτε σε άλλο χρόνο, που επιλέγει ο χρήστης των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Η Γραμματεία λειτουργεί από τις 07 π.μ. έως τις 03 μ.μ..
- II. **Έκδοση μοναδικού Αριθμού Μητρώου:** Αρχικά ο υπάλληλος επαφής ζητά τον ΑΚΜΑ του ασθενούς. Εάν αυτός έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών της Γραμματείας Ε.Ι., η βάση δεδομένων εμφανίζει απευθείας όλα τα στοιχεία του ασθενή. Στην περίπτωση πρώτης επίσκεψης ο υπάλληλος επαφής ζητά τον Α.Μ.Κ.Α.(αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης) ή/και τα βασικότερα στοιχεία του χρήστη της υπηρεσίας. Όταν διατίθεται Α.Μ.Κ.Α. γίνεται γεφυροποίηση-σύνδεση της κυβερνητικής διαδικτυακής πλατφόρμας «ΑΤΛΑΣ» (Ενιαίο Μητρώο Ασφάλισης-Ασφαλιστικής Ικανότητας)με τη βάση δεδομένων του Νοσοκομείου και αντλούνται οι βασικές πληροφορίες του χρήστη της υπηρεσίας του Νοσοκομείου. Στα ραντεβού δια ζώσης κάθε ασθενής αποκτά μοναδικό Αριθμό Μητρώου του Νοσοκομείου, ο οποίος αναγράφεται με κόκκινο στυλό, από τους υπαλλήλους επαφής, εντός του πλαισίου ειδικής σφραγίδας, που φέρει την ένδειξη Α.Μ.(Αριθμός

Μητρώου)00...Γ.Ν.Έδεσσας. Η σφραγίδα μπαίνει στην σελίδα του βιβλιαρίου ασφάλισης, εκεί όπου είναι καταγεγραμμένα τα στοιχεία του ασθενούς.

- III. **Ενημέρωση της βάσης δεδομένων:** Σε αυτό το στάδιο γίνεται η ενημέρωση της βάσης δεδομένων με επιπλέον στοιχεία, είτε με στοιχεία του ασθενούς που έχουν αλλάξει στην παρούσα χρονική περίοδο . Η διαδικασία γίνεται είτε τηλεφωνικά, είτε στη θέση εργασίας, ανάλογα με τον τρόπο που έχει επικοινωνήσει ο ασθενής στο πρώτο στάδιο. Απαιτείται ο Α.Μ.Κ.Α. για την εύρεση του ασθενούς στη βάση δεδομένων για την αποφυγή λαθών.
- IV. **Καθημερινή ενημέρωση της "λίστας-κατάστασης ραντεβού εξωτερικών ιατρείων"** με ανάλυση της αιτίας του ραντεβού(ιατρείο ή/και ιατρός ή διενέργεια εξετάσεων, κ.τ.λ.). Κάθε ιατρείο επιδέχεται διαφορετικό και προκαθορισμένο αριθμό ατόμων, βάσει ληφθέντων αποφάσεων του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.
- V. **Αφιξη του ασθενούς:** Αφιξη του ασθενούς, επίδειξη του βιβλιαρίου ασφάλισης ή του Α.Μ.Κ.Α. στο ειδικό κρατικό έντυπο ή αναφορά του ονοματεπώνυμου.
- VI. **Ταυτοποίηση στοιχείων** μέσω της "**Κατάστασης Ραντεβού Εξωτερικών Ιατρείων**" και του **Μητρώου** του χρήστη. Όταν διαπιστώνεται ότι ο ασθενής-χρήστης των υπηρεσιών του Νοσοκομείου διαθέτει περισσότερα από έναν Αριθμό Μητρώου, τότε ο Προϊστάμενος αναλαμβάνει να ελέγξει τα στοιχεία του ασθενούς, αλλά και το ιστορικό των επισκέψεων του, ώστε να κάνει την επιλογή του πιο ενδεδειγμένου μητρώου(του προγενέστερου συνήθως, αλλά κυρίως αυτού που έχει προηγούμενη νοσηλεία στο νοσοκομείο) και να κάνει Συγχώνευση Μητρώων, ώστε να μη χαθούν στοιχεία, αλλά και να μην προκύψουν δυσλειτουργίες και πιθανά λανθασμένα ραντεβού.
- VII. Γίνεται κατόπιν **Νυγματισμός** (τσεκάρισμα) του ραντεβού, ως πραγματοποιηθέν. Αυτόματα ενημερώνεται η βάση δεδομένων για το χρόνο επίσκεψης του ασθενή στο συγκεκριμένο ιατρείο επίσκεψης(ενημερώνεται το ιστορικό) και ανοίγει ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του προς χρήση από τον θεράποντα ιατρό των Ε.Ι.. Ο θεράπων μπορεί τη στιγμή αυτή, κάνοντας χρήση του κωδικού του αριθμού να ενημερώσει τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, κάνοντας χρήση των πλεονεκτημάτων της επιστήμης της πληροφορίας. Δυστυχώς ο ηλεκτρονικός φάκελος δεν τηρείται σε όλα τα ιατρεία. Σε κάποιες περιπτώσεις τηρούνται φυσικοί φάκελοι ή και τίποτα. Σε κάθε ιατρείο και κάθε ιατρός ξεχωριστά τηρεί από ένα φυσικό Μητρώο (Βιβλίο) Ασθενών, που αριθμησή του έχει γίνει στο ξεκίνημα του έτος με ευθύνη της

προϊσταμένης της Γραμματείας Ε.Ι. και της προϊσταμένης Ε.Ι. της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

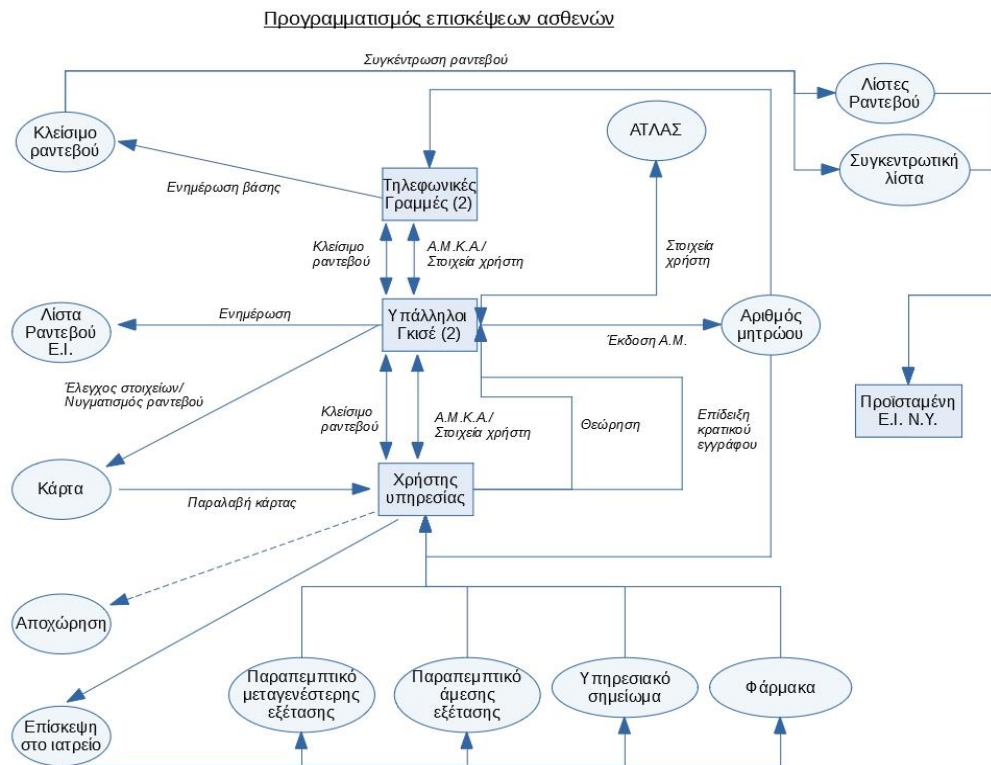
- VIII. **Παραλαβή κάρτας** από τη θυρίδα συναλλαγών (γκισέ) με την ένδειξη «**ΕΛΕΓΧΟΣ**». Προσφάτως αντικαταστάθηκε από «**Δελτίο ραντεβού εξωτερικών ιατρείων**», έγγραφο μεγέθους Α5, όπου αναγράφονται: α) η υπηρεσία β) το ιατρείο γ) τα στοιχεία του ασθενούς (Όνοματεπώνυμο, Α.Μ., ΑΜΚΑ) δ) Η ημερομηνία του ραντεβού ε) Η ώρα του ραντεβού. Για τα εργαστήρια δεν δίνεται δελτίο, παρά μόνον τα θεωρημένα παραπεμπτικά και για το μικροβιολογικό εργαστήριο. Δίνεται επιπλέον αριθμημένη κάρτα για τη σειρά εξέτασης. Τα Α.Μ.Ε.Α. παραλαμβάνουν κάρτα χρώματος κόκκινου και παίρνουν προτεραιότητα.
- IX. **Επίσκεψη στο ιατρείο:** επίδειξη της κάρτας ελέγχου στο νοσηλεύτη/-τρια του ιατρείου, ως απόδειξη ότι πέρασε από τη Γραμματεία Ε.Ι. και στη συνέχεια παραλαβή κάρτας με αριθμό για τη σειρά εξέτασης στο ιατρείο. Η επίσκεψη στον ιατρό παρέχεται δωρεάν, μετά την κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξεταστρού στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. με αριθμό φύλλου 490 και σε όλους τους ανασφαλιστούς Έλληνες και μη που διαθέτουν Α.Μ.Κ.Α., σύμφωνα με το Νόμο 4368/2016.
- X. **Στην περίπτωση ανάγκης διενέργειας εξετάσεων:** Οι περιπτώσεις είναι δύο α) Άμεση παραπομπή για εξετάσεις: γίνεται αυτοστιγμή ηλεκτρονική καταχώρηση του εξεταζόμενου στο εκάστοτε εργαστήριο του Νοσοκομείου και παραπομπή του σ' αυτό και β) Έκδοση ηλεκτρονικού παραπεμπτικού για μελλοντικό ραντεβού σε κρατικούς φορείς με ισχύ έως και δύο μήνες αργότερα ή για ιδιώτη πάροχο με ισχύ είκοσι ημερών μετά την έκδοσή του. Θεωρείται το παραπεμπτικό με στρογγυλή σφραγίδα και ο ασθενής επιλέγει είτε να κλείσει ραντεβού σε εργαστήριο του Νοσοκομείου (εφόσον υπάρχει αντίστοιχο), ή σε άλλο δημόσιο φορέα υγείας ή σε ιδιωτικό εργαστήριο. Οι ιατροί μπορούν να εκδίδουν παραπεμπτικά με περιορισμένες εξετάσεις προς ιδιωτικούς φορείς και περισσότερες προς κρατικούς.
- XI. Στην περίπτωση συνταγογράφησης φαρμάκων ο ασθενής πρέπει να **θεωρήσει** τις συνταγές στον γκισέ. Αν όλοι οι ιατροί αντικαταστήσουν τις σφραγίδες τους, όπου οι νέες θα αναγράφουν την Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) και το Νοσοκομείο όπου εργάζονται, τότε αυτή η διαδικασία είναι περιττή και απαλλάσσει από πρόσθετη ταλαιπωρία.
- XII. Το κλείσιμο ραντεβού με **υπηρεσιακό σημείωμα** υπογεγραμμένο από τον ιατρό του εκάστοτε εξωτερικού ιατρείου, επιτρέπει στους υπαλλήλους του γκισέ να υπερβούν τον αριθμό των επιτρεπόμενων ραντεβού σε κάθε περίπτωση που απαιτείται επανεξέταση ασθενούς.

- XIII. **Θεώρηση με στρογγυλή σφραγίδα** κάθε συνταγής φαρμάκου, παραπεμπτικού παρακλινικών εξετάσεων, και ιατρικής γνωμάτευσης που δίνεται από τους θεράποντες ιατρούς. Σε ό,τι αφορά θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής των ιατρών του Νοσοκομείου, ο προϊστάμενος έχει απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου να υπογράψει αντί του Διοικητικού Διευθυντή, για την αποφυγή περαιτέρω ταλαιπωρίας του ασθενή.

2.3.2. Ολοκλήρωση προγραμματισμού ραντεβού στο τέλος της ημέρας

Στην διάρκεια της ημέρας, όταν δίνεται χρόνος στους υπαλλήλους του προσκηνίου ή στον προϊστάμενο, πραγματοποιούνται τυχόν ακυρώσεις των προγραμματισμένων ραντεβού από τον εκάστοτε ιατρό.

- I. **Εκτύπωση καταστάσεων (Λίστες) ραντεβού ασθενών** στα τακτικά ιατρεία της αμέσως επόμενης εργάσιμης ημέρας.
- II. **Συμπλήρωση συγκεντρωτικής Λίστας** των προγραμματισμένων ιατρείων της επόμενης ημέρας όπου και νυγματίζεται το κάθε ιατρείο της συγκεκριμένης ημέρας, από τον προϊστάμενο. Υπάρχει φόρμα που δημιουργήθηκε από τον προϊστάμενο της Γρ. Ε.Ι. και έτσι εξαλείφτηκαν παρεξηγήσεις μεταξύ διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Τ.Ε.Ι.. Η συμπλήρωση της λίστας έχει περάσει από έλεγχο που αφορά της ακυρώσεις ορισμένων ιατρείων.
- III. **Έγγραφο παράδοση-παραλαβή** από τον προϊστάμενο Γραμματείας Ε.Ι. και της προϊσταμένης νοσηλεύτριας Ε.Ι. αντίστοιχα.



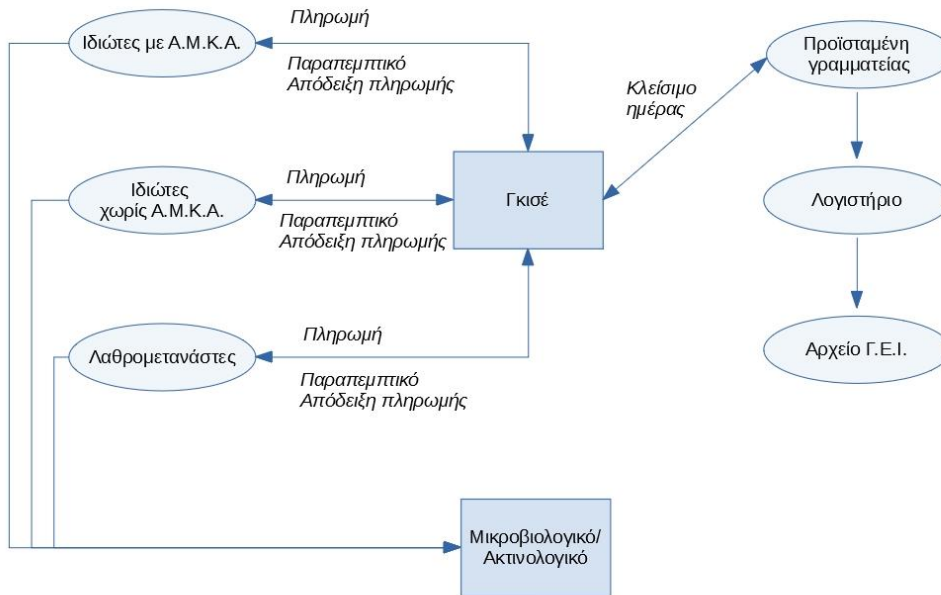
Εικόνα 7: Προγραμματισμός επισκέψεων ασθενών

2.3.3. Εξυπηρέτηση χρήστη των υπηρεσιών με απόδοση αντιτίμου για εξετάσεις

- I. Σε περίπτωση ασθενούς που δεν διαθέτει ηλεκτρονικά παραπεμπτικά πραγματοποιείται **καταβολή του ποσού** που αναλογεί στις εξετάσεις που επιθυμεί ή επιβάλλεται να πραγματοποιηθούν (π.χ. λαθρομετανάστες πριν απελαθούν).
 - α) Ο ασθενής οδηγείται στο ταμείο της Γραμματείας Ε.Ι., όπου εξοφλεί την οφειλή που αντιστοιχεί στις εξετάσεις του και στη συνέχεια ακολουθείται η διενέργεια εξετάσεων (στάδιο δέκατο, 2.3.1.).
 - β) Έκδοση Α.Π.Υ.(απόδειξη παροχής υπηρεσιών) εις διπλούν τοις μετρητοίς ή με Ρ.Ο.Σ. για εξετάσεις εντός της υπηρεσίας.
 - γ) Έκδοση Α.Π.Υ. τοις μετρητοίς προς τους ιδιώτες(όσοι επιθυμούν να κάνουν εξετάσεις χωρίς ηλεκτρονικό παραπεμπτικό) και
 - δ) Έκδοση Α.Π.Υ. προς ασθενείς με μηδενική χρέωση όταν είναι άπορος ή οικονομικά αδύναμος. Η συμμετοχή για δημόσιες δομές είναι 0%.

Σε κάθε περίπτωση το πρώτο αντίγραφο Α.Π.Υ. παραδίδεται στον χρήστη της υπηρεσίας και το δεύτερο παραμένει για συνέχιση της διαδικασίας στο τέλος της ημέρας.

- II. **Εκτύπωση συγκεντρωτικού ΑΠΥ ημέρας** : Κάθε μεσημέρι μετά τις 2 μ.μ. και μετά το πέρας της προσέλευσης των ασθενών, γίνεται ηλεκτρονικά «κλείσιμο» της ημέρας με έκδοση συγκεντρωτικού ΑΠΥ σε ημερήσια κατάσταση (εις διπλούν) και επισυνάπτονται το κάθε δεύτερο αντίγραφο ΑΠΥ της ημέρας. Γίνεται έλεγχος, υπογράφονται από τον προϊστάμενο Γρ. Ε.Ι. και παραδίδονται από τη Γραμματεία Ε.Ι. στο Λογιστήριο. Μετά την κατάργηση της αμοιβής εξέταστρου τα ποσά που συγκεντρώνονται είναι μικρά. Για το λόγο αυτό και σε συμφωνία με τη Διοίκηση, παραδίδονται κάθε Πέμπτη πρωί. Το πρόγραμμα που υποστηρίζει το σύστημα δίνει στο Λογιστήριο τη δυνατότητα ελέγχου ανά πάσα στιγμή.
- III. **Υπογραφή Συγκεντρωτικής Κατάστασης ΑΠΥ.**: Στη συνέχεια από τον ταμία της Γραμματείας Ε.Ι. ελέγχεται, **συμφωνείται** και **υπογράφεται** η συγκεντρωτική κατάσταση και στη συνέχεια υπογράφεται και από τον προϊστάμενο της Γρ. Ε.Ι., τον προϊστάμενο της Οικονομικής Υπηρεσίας και τον ταμία του Λογιστηρίου και παραδίδονται τα μετρητά και οι αποδείξεις από το Ρ.Ο.Σ.. [Κατόπιν το Γραφείο Ταμειακής Διαχείρισης εκδίδει το γραμμάτιο είσπραξης, όπου και ενημερώνεται τόσο το πρόγραμμα του δημόσιου λογιστικού (πραγματοποίηση εσόδου), όσο και της γενικής λογιστικής (ενημέρωση του ταμείου), με τις τυπικές λογιστικές εγγραφές που έχουν τοποθετηθεί στο σύστημα.]
- IV. **Αρχειοθέτηση** στη Γρ. Ε.Ι. των συγκεντρωτικών καταστάσεων που αποδόθηκαν στο γραφείο διαχείρισης(λογιστήριο), συνοδευόμενα με τις Α.Π.Υ. που αντιστοιχούν σ' αυτές.



Εικόνα 8: Εξυπηρέτηση χρήστη με απόδοση αντιτίμου για εξετάσεις

2.4. Αλληλεπίδραση προσκηνίου- παρασκηνίου

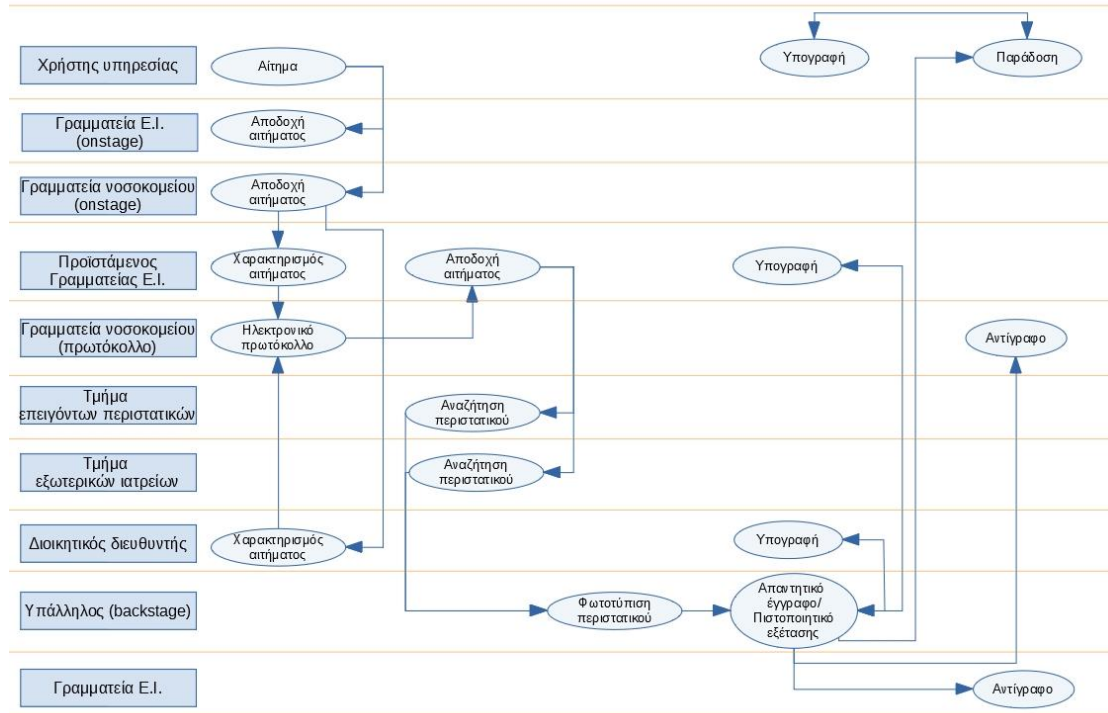
2.4.1. Έκδοση Πιστοποιητικών Εξέτασης

Στη συγκεκριμένη διαδικασία παρατηρείται η έντονη αλληλεπίδραση του προσκηνίου με το παρασκήνιο. Πρακτικά αυτό σημαίνει πως για την ολοκλήρωση της διαδικασίας έκδοσης πιστοποιητικών εξέτασης είναι αναγκαίες και των δύο ειδών οι διεργασίες, αυτών δηλαδή που είναι ορατών στον πελάτη και των αόρατων σ' αυτόν.

- I. **Αποδοχή** γραπτού αιτήματος από ιδιώτες, Αστυνομικά Τμήματα, Εισαγγελία, Ι.Κ.Α. και άλλες υπηρεσίες. Το γραπτό αίτημα παραδίδεται είτε με την φυσική παρουσία του ενδιαφερόμενου ή εξουσιοδοτούμενου του ατόμου, με επίσημο έγγραφο, είτε με email(σπανιότατα), είτε με fax. Στην αίτηση, εκτός από τα στοιχεία αστυνομικής ταυτότητας του ενδιαφερόμενου, πρέπει να αναγράφεται η ακριβής ημερομηνία εξέτασης στα ΤΕΠ ή ΤΕΙ και από ποια ιατρική ειδικότητα εξετάστηκε ή έστω ο λόγος της επίσκεψης στο Τ.Ε.Π. Τέλος, θα πρέπει να αναφέρεται ο λόγος για τον οποίο ζητείται το πιστοποιητικό εξέτασης.
- II. **Χαρακτηρισμός** του εγγράφου από την Προϊσταμένη της Γραμματείας Ε.Ι. ή τον Διευθυντή ή τον Υποδιευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας.

- III. **Λήψη** ηλεκτρονικού Αριθμού Πρωτοκόλλου από τη Γραμματεία του νοσοκομείου και παράδοση της αίτησης στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρειών είτε από τον χρήστη της υπηρεσίας, είτε από τον υπάλληλο της Γραμματείας του Νοσοκομείου, είτε από την ηλεκτρονική διασύνδεση που έχουμε ως Γραμματεία Ε.Ι. με τη Γραμματεία του Νοσοκομείου. Αυτή η λειτουργία προστέθηκε σχετικά πρόσφατα και πράγματι ελάττωσε χρόνους, διευκόλυνε τους εμπλεκόμενους, διασφάλισε δεδομένα .
- IV. **Αναζήτηση** από τον υπάλληλο backstage του μητρώου ασθενών όπου είναι καταγεγραμμένο το περιστατικό. Το μητρώο μπορεί να βρίσκεται είτε στο χώρο του ΤΕΠ, είτε στα ΤΕΙ, είτε στο κεντρικό φυσικό αρχείο του Νοσοκομείου.
- V. **Έλεγχος** για ύπαρξη υπογραφής και σφραγίδας του θεράποντος ιατρού. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν αναζητείται ο ιατρός υπογράφει και σφραγίζει τα γραφόμενά του.
- VI. **Φωτοτύπηση** της συγκεκριμένης σελίδας, όπου θα πρέπει να φαίνεται η ακριβής ημερομηνία και ώρα εξέτασης και να αποκρύπτονται τα στοιχεία των άλλων ασθενών, που βρίσκονται στην ίδια σελίδα καταγεγραμμένοι.
- VII. **Δημιουργία** απαντητικού εγγράφου σε συγκεκριμένη φόρμα της Γρ. Ε.Ι., με συγκεκριμένα στοιχεία και πλήρη αντιγραφή των γραφόμενων του θεράποντα ιατρού.
- VIII. **Λήψη** υπογραφών από τον προϊστάμενο της Γρ. Ε.Ι. και τον Διοικητικό Διευθυντή.(Στις περισσότερες περιπτώσεις το συντάσσει ο προϊστάμενος).
- IX. **Παράδοση** του πρώτου αντίγραφου στη Γραμματεία για σάρωση(scanning) και αρχειοθέτηση, του δεύτερου για το αρχείο της Γρ. Ε.Ι. και του τρίτου στον ενδιαφερόμενο με επίδειξη της ταυτότητας του και υπογραφή στο ειδικό βιβλίο παράδοσης Πιστοποιητικών εξέτασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις αποστέλλεται ταχυδρομικά, κυρίως σε υπηρεσίες, ή μέσω email (σπανιότατα).

Αλληλεπίδραση Προσκήνιου - Παρασκήνιου



Εικόνα 9: Αλληλεπίδραση Προσκήνιου – Παρασκήνιου

2.4.2. Ημερήσια Καταγραφή Προσφύγων-Μεταναστών

Κάθε δεκαπενθήμερο αποστέλλονται στην υπηρεσία ΕΚΕΠΥ (Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας) στατιστικά που αφορούν τους πρόσφυγες και μετανάστες. Αυτοί φιλοξενούνται σε τρία ξενοδοχεία της περιοχής ευθύνης του Νοσοκομείου. Οι επισκέψεις τους δε διαφέρουν από τη συνηθισμένη διαδικασία. Τα ραντεβού τους κλείνονται από τους υπαλλήλους της ΔΟΜ (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης) της κάθε δομής του Νομού ή όμορων δομών. Υπάρχει ειδικό έντυπο του ΕΚΕΠΥ που συμπληρώνεται από τον υπάλληλο του γκισέ. Στην ίδια ημερήσια καταγραφή συμπεριλαμβάνονται και οι πρόσφυγες και μετανάστες που περνούν από το Τ.Ε.Π.. Η ενημέρωση για τις επισκέψεις στο Τ.Ε.Π. γίνεται από τις νοσηλεύτριες του Τμήματος υποδοχής. Συντάσσεται διαβιβαστικό, το έγγραφο παίρνει ηλεκτρονικό πρωτόκολλο από τη Γραμματεία του Νοσοκομείου(τηλεφωνική επικοινωνία) και οι ημερήσιες καταστάσεις, αφού ελέγχονται από τον προϊστάμενο, αποστέλλονται στο Γραφείο Διοικητή, μέσω του «Κοινού Ηλεκτρονικού Φακέλου» του συστήματος της βάσης δεδομένων που μας υποστηρίζει, για ενημέρωση και ηλεκτρονική υπογραφή από τον Διοικητή. Αποστέλλονται με διαβιβαστικό στο ΕΚΕΠΥ και κοινοποιούνται στο τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της 3^{ης} ΥΠΕ.

2.5. Διαδικασίες παρασκηνίου (υπάλληλος παρασκηνίου-backstage)

2.5.1. Διαχείριση Παραπεμπτικών εξωτερικών ασθενών Τ.Ε.Ι.-Τ.Ε.Π.-ΚΕΦΙΑΠ

- I. **Συγκέντρωση παραπεμπτικών** για εξετάσεις καθημερινά από
α)Ακτινολογικό Εργαστήριο(ακτινογραφίες, υπέρηχοι, αξονικές τομογραφίες, υπερηχογραφήματα, Triplex) β)Μικροβιολογικό Εργαστήριο γ)Αιμοδοσία δ)Καρδιολογική κλινική(παραπεμπτικά υπερήχων) ε)Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης(ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ)¹ (φυσιοθεραπείες, εργασιοθεραπείες, λογοθεραπείες), στ)Γραμματεία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων(Τ.Ε.Ι.).
- II. **Διαχωρισμός παραπεμπτικών** α)Διαχωρισμός χειρόγραφων από τα ηλεκτρονικά παραπεμπτικά β)Διαχωρισμός των παραπεμπτικών σύμφωνα με την ημέρα και ταυτόχρονος έλεγχος του μήνα γ)Διαχωρισμός παραπεμπτικών: 1)Ακτινολογικού 2)Μικροβιολογικού 3)Αιμοδοσίας 4)Καρδιολογικής Κλινικής 5)ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ 6)Γραμματείας Τ.Ε.Ι. 7)Ξένων ασφαλιστικών φορέων 8)Ανασφαλιστών 9)Προηγούμενων μηνών 10)προσφύγων- μεταναστών που φιλοξενούνται στις τρεις(3) μέχρι σήμερα δομές του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης [(ΔΟΜ), (Υπηρεσία του Ο.Η.Ε. για τη Μετανάστευση)] , που εξυπηρετούνται από το Νοσοκομείο Έδεσσας.
- III. Στη συνέχεια γίνεται **έλεγχος θεώρησης** των παραπεμπτικών για 1) σφραγίδες των ιατρών και τις υπογραφές τους 2) ύπαρξη στρογγυλής σφραγίδας (με το Εθνόσημο και την αναγραφή της υπηρεσία μας) 3) ύπαρξη της σφραγίδας «Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων-Τακτοποιήθηκε Οικονομικά». Ό,τι από τα πιο πάνω δεν υπάρχει, τακτοποιείται αυτή τη χρονική τη στιγμή.
- IV. **Καταχώρηση στοιχείων-έλεγχος** όλων των στοιχείων των ηλεκτρονικών παραπεμπτικών στη βάση δεδομένων του λογισμικού συστήματος, που μας υποστηρίζει. Όταν το εκάστοτε παραπεμπτικό δεν έχει καταχωρηθεί τη χρονική στιγμή που ο ασθενής πραγματοποίησε την εξέταση, τότε η καταχώρηση αυτή γίνεται από τον υπάλληλο backstage την παρούσα στιγμή. Όσα είναι τα παραπεμπτικά του ασθενούς τότες είναι και οι καταχωρήσεις στη βάση δεδομένων. Ταυτόχρονα γίνεται έλεγχος και ταυτοποίηση των στοιχείων των ασθενών. Όταν υπάρχει λάθος στοιχείο στο παραπεμπτικό ή δεν είναι καταγεγραμμένο, δεν οριστικοποιείται η Εκτέλεση.

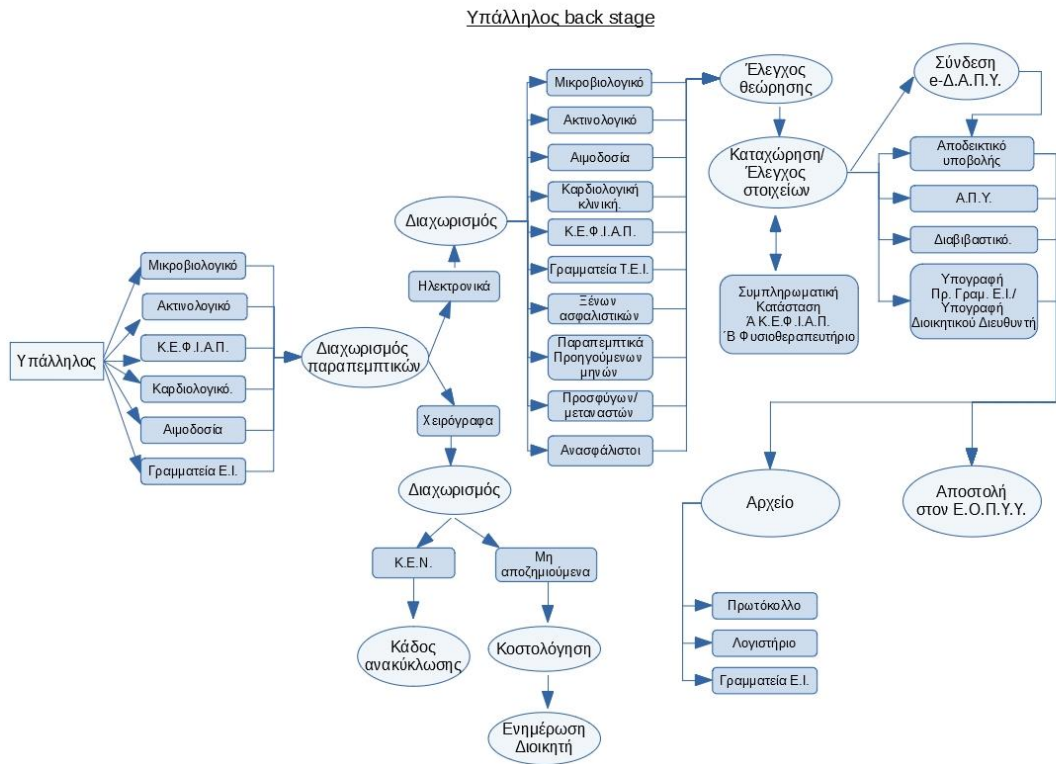
¹Το ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. στεγάζεται σε απομακρυσμένο κτίριο από το Νοσοκομείο. Ανήκει διοικητικά στο Νοσοκομείο και η επικοινωνία μας γίνεται τηλεφωνικά, μέσω email, fax και αποστολή των φυσικών παραπεμπτικών με τον οδηγό της υπηρεσίας τους.

- V. **Δημιουργία συμπληρωματικής κατάστασης** για τα παραπεμπτικά που αφορούν φυσιοθεραπείες εξωτερικών ασθενών και ασθενών του ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.. Λόγω της φύσης των θεραπειών, ξεπερνούν το χρονικό όριο του μήνα και γι' αυτό γίνονται δεκτά όταν τελειώσουν οι φυσικοθεραπείες του ασθενούς . Αυτό μπορεί να συμβεί και δύο μήνες μετά, οπότε η διαδικασία εκ των πραγμάτων γίνεται ετεροχρονισμένα. Δεύτερη συμπληρωματική κατάσταση δε γίνεται δεκτή.
- VI. Ο διαχειριστής της βάσης δεδομένων **συνδέεται online** με την ηλεκτρονική υπηρεσία e-ΔΑΠΥ (διαδικτυακή υποβολή των δηλώσεων αναλυτικών παραστατικών υγείας ανοικτής περίθαλψης), όπου καταχωρεί τα στοιχεία των παραπεμπτικών διαδικτυακά. Η καταχώρηση των παραπεμπτικών αφορά τον αμέσως προηγούμενο μήνα, με στόχο η όποια είσπραξη εσόδων από ασφαλιστικά ταμεία να γίνεται το συντομότερο δυνατόν. Από 01/12/2011 ισχύει ο νόμος για την διαδικτυακή υποβολή των αναφερόμενων δηλώσεων ώστε να απαιτηθούν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) τα ανάλογα χρηματικά ποσά. Εκτός της εισαγωγής των παραπεμπτικών, γίνεται και ταξινόμηση τους με αναφορά στον κωδικό ιατρικής πράξης, στην ημερομηνία εκτέλεσης του παραπεμπτικού και στην περίοδο υποβολής. Δύο χρήστες ταυτόχρονα για καταχώρηση παραπεμπτικών δεν επιτρέπει το e-ΔΑΠΥ. Πρέπει πάντα ο χρήστης να καταχωρεί στον τρέχοντα μήνα. Ο ορκωτός λογιστής-εξωτερικός συνεργάτης του Νοσοκομείου ελέγχει συνεχώς τις προθεσμίες.
- VII. **Πριν την αποστολή** στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: 1. Εκδίδεται Α.Π.Υ.(απόδειξη παροχής υπηρεσιών). 2. Ετοιμάζεται Αποδεικτικό υποβολής και 3. Διαβιβαστικό με ηλεκτρονικό αριθμό πρωτοκόλλου. 4. Μπαίνουν υπογραφές από την προϊσταμένη της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και τον Διοικητικό Διευθυντή. 5. Ετοιμάζονται σε πακέτα τα ηλεκτρονικά παραπεμπτικά με τα συνοδευτικά έγγραφα, τακτοποιούνται σε κούτες και αποστέλλονται στα κεντρικά γραφεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που έχουν έδρα την Αθήνα. 6. Καλείται η συμβεβλημένη εταιρεία ταχυδρομείου και ξεκινά ο επόμενος μήνας. Τα πακέτα αφορούν τα ηλεκτρονικά παραπεμπτικά του αμέσως προηγούμενου μήνα.
- VIII. **Μετά την αποστολή** δίνονται αντίγραφα 1. Στο πρωτόκολλο(Γραμματεία του Νοσοκομείου) 2. Λογιστήριο 3. Αρχείο της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων.

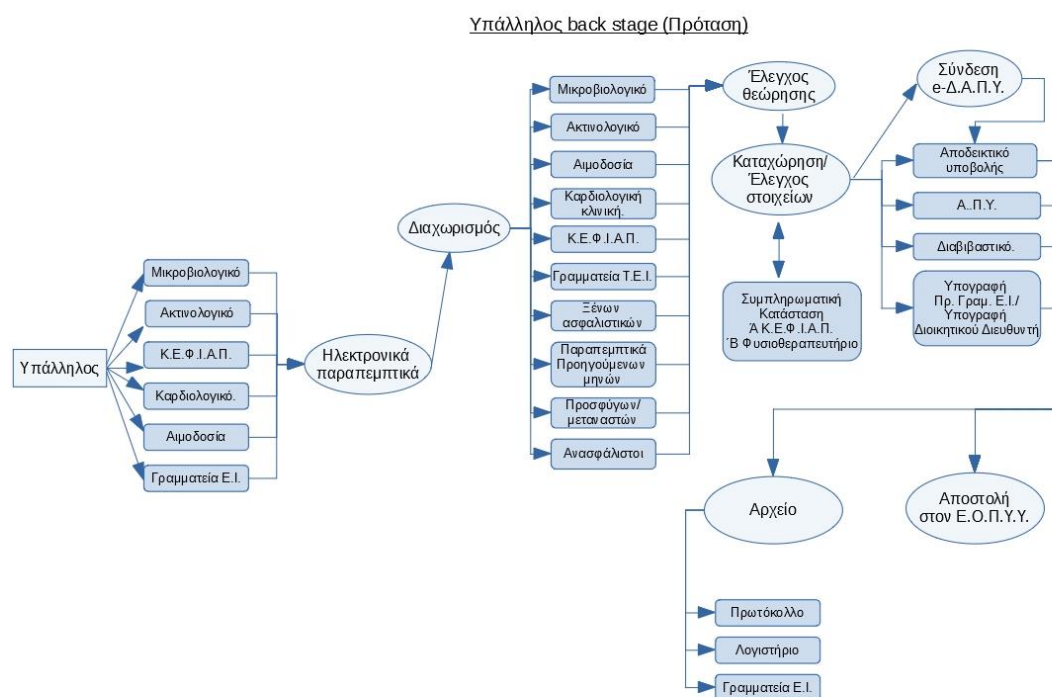
2.5.2. Διαχείριση χειρόγραφων παραπεμπτικών

- I. Συγκέντρωση των χειρόγραφων παραπεμπτικών
- II. Διαχωρισμός αυτών που εντάσσονται στο Κ.Ε.Ν.(Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο), οπότε δεν μπορεί να αποζημιωθεί δύο φορές η υπηρεσία και

αυτών που ανήκουν αποκλειστικά στους εξωτερικούς ασθενείς. Κάθε εξάμηνο τιμολογούνται με σκοπό τη γνωστοποίηση στη διοίκηση των διαφυγόντων κερδών, τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση του προβλήματος.



Εικόνα 10: Υπάλληλος backstage



Εικόνα 11: Υπάλληλος backstage – πρόταση

2.5.3. Γραμματειακή υποστήριξη Ολοήμερης Λειτουργίας (Ο.Λ.)

Ως ολόημερη λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων των Νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., νοείται η επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και η διενέργεια των διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου, σύμφωνα με το Άρθρο 9 του Νόμου 3868/2010 (ΦΕΚ129Α/3-8-2010). Υποστηρίζεται από ξεχωριστό λογισμικό από την πρωινή λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, αλλά τα ραντεβού κλείνονται από τους ίδιους υπαλλήλους και με την ίδια διαδικασία, που ήδη περιγράφηκε. Έχουν ληφθεί αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου εκ των προτέρων για τα ιατρεία που λειτουργούν, τους ιατρούς, το νοσηλευτικό, το διοικητικό και το παραϊατρικό προσωπικό (στο Νοσοκομείο μας δεν χρειάζεται επί του παρόντος να συμμετέχει).

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο απαγορεύεται οι ιατροί να εφημερεύουν στην κλινική τους τις ημέρες που πραγματοποιούν απογευματινό ιατρείο και το λοιπό προσωπικό να φαίνεται ότι εργάζεται στην απογευματινή βάρδια. Επίσης οι ιατροί που συμμετέχουν στην Ο.Λ., πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες στην πρωινή λειτουργία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων τουλάχιστον μία(1) ημέρα την εβδομάδα και ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται στην Ο.Λ. να μην υπερβαίνει αυτόν των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό στο τακτικό ωράριο ανά

εβδομάδα. Επίσης το σύνολο των εξετάσεων που διενεργούνται στην Ο.Λ. δεν υπερβαίνει ανά μήνα το αντίστοιχο σύνολο εντός του τακτικού ωραρίου σε εξωτερικούς ασθενείς (ανά είδος εξέτασης).

Τα παραπεμπτικά εργαστηριακών εξετάσεων στο πλαίσιο της Ο.Λ. εκδίδονται στο χρόνο λειτουργίας των ιατρείων της Ο.Λ. και τις ώρες από 15:00 έως 22:00, με πλήρη τα στοιχεία του ασθενούς και του ιατρού παραπομπής.

Οι εξετασθέντες στην Ο.Λ. δεν θα πρέπει να κάνουν χρήση των υπηρεσιών της όταν είναι νοσηλεύομενοι του Νοσοκομείου μας και να μην έχουν επισκεφθεί την ίδια ημέρα το αντίστοιχο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο του Νοσοκομείου μας. Όλα τα απαιτούμενα στοιχεία αντιστοιχούνται από τον υπεύθυνο διοικητικό υπάλληλο της Ο.Λ..

Οι διαδικασίες που περιγράφονται υποστηρίζονται από το διοικητικό υπάλληλο που έχει οριστεί ως υπεύθυνος της Ολοήμερης Λειτουργίας. Είναι υπάλληλος παρασκηνίου και δεν είναι ο ίδιος με αυτόν που εξυπηρετεί στον γκισέ. Στον γκισέ ακολουθούνται οι ίδιες διαδικασίες με αυτές των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, πληρώνοντας ο χρήστης το προκαθορισμένο αντίτιμο. Μέχρι πρότινος η Ο.Λ. υποστηρίζονταν από το ίδιο λογισμικό με αυτό των Τ.Ε.Ι., κάτι που δημιουργούσε προβλήματα, όπως καθυστερήσεις, λάθη, κτλ.

- I. Στο τέλος κάθε μήνα **αποστέλλεται στην 3^ηΥΠΕ αίτημα έγκρισης προγράμματος Ολοήμερης Λειτουργίας** του αμέσως επόμενου μήνα. Το αίτημα φέρει ηλεκτρονικό πρωτόκολλο με την υπογραφή του Διοικητή του Νοσοκομείου, γίνεται σάρωση του εγγράφου (scanning) και αποστέλλεται μέσω email. Διευκρινιστικά να αναφέρουμε ότι ο αριθμός πρωτοκόλλου της έγκρισης πρέπει να είναι προγενέστερος του πρώτου πραγματοποιηθέντος ραντεβού.
- II. Στις πρώτες ημέρες του επόμενου μήνα(δηλ. του τρέχοντα), **έρχεται η έγκριση του προγράμματος από τον Διοικητή της 3^{ης}Υ.Π.Ε..**
- III. **Καταγραφή ασθενών Ολοήμερης Λειτουργίας:** Με το «κλείσιμο» του μήνα ξεκινά η καταγραφή των ασθενών που εξετάστηκαν στην Ο.Λ. στο μήνα αναφοράς. Ταυτόχρονα καταγράφονται η συμμετοχή των ιατρών, που λαμβάνουν χώρα στην Ο.Λ., στα Τ.Ε.Ι., καθώς και οι ημέρες που πραγματοποίησαν εφημερίες στις κλινικές τους. Οι καταστάσεις των εφημεριών και τα προγράμματα του προσωπικού αντλούνται από το Γραφείο Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού εγγράφως και ενυπογράφως από τον Προϊστάμενο του γραφείου. Οι καταστάσεις των ασθενών-χρηστών της λειτουργίας των Τ.Ε.Ι. λαμβάνονται μέσα από τη βάση δεδομένων της πρωινής λειτουργίας.
- IV. **Αποστολή συγκεντρωτικών καταστάσεων στην 3^ηΥΠΕ:** Τα στοιχεία αποστέλλονται στην 3^η ΥΠΕ , όπου και ανήκει διοικητικά το Νοσοκομείο

και είναι: α) διαβιβαστικό με ηλεκτρονικό Αριθμό Πρωτοκόλλου και υπογραφή του Διοικητή του Νοσοκομείου. β) Δήλωση Ελέγχου, στην οποία βεβαιώνονται τα προαπαιτούμενα. Υπογράφονται από τον Υπεύθυνο υπάλληλο της Ο.Λ., Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, και τον Διοικητή. γ) Αναλυτική κατάσταση όπου καταγράφονται οι εφημερίες των συμμετεχόντων ιατρών, η πρωινή συμμετοχή τους στα ΤΕΙ για κάθε εβδομάδα του μήνα, καθώς επίσης και τα έσοδα από την εκάστοτε επίσκεψη και τις ιατρικές πράξεις ή/και διαγνωστικές εξετάσεις. Τα ποσά είναι αθροιστικά (δηλαδή τα χρηματικά ποσά κάθε μήνα προστίθεται στους προηγούμενους του ίδιου έτους), αλλά και αναλυτικά. Ποσοστό 10% των εσόδων παραδίδεται στην 3^η ΥΠΕ. Το ποσοστό είναι προκαθορισμένο από το Νομικό πλαίσιο. δ) Πραγματοποιηθέν πρόγραμμα των απογευματινών ιατρείων (Ο.Λ.) του Νοσοκομείου, στο οποίο καταγράφονται σε πίνακα το ονοματεπώνυμο του συμμετέχοντα ιατρού, η ειδικότητα, οι εφημερίες του μήνα, οι ημέρες συμμετοχής στην Ο.Λ, η κίνηση του τακτικού εξωτερικού ιατρείου και σε δεύτερο πίνακα τα έσοδα από την Ο.Λ επισκέψεων και πράξεων. ε) Υπολογισμός των ωρών συμμετοχής του Διοικητικού και του Νοσηλευτικού προσωπικού στ) Όλα τα παραπάνω επισυνάπτονται και δίνονται στη Γραμματεία του Διοικητή. Εκδίδεται Απόφαση Διοικητή(ΑΔΑ) για τα απολογιστικά στοιχεία του μήνα. ζ) Όλα τα έγγραφα αποστέλλονται ηλεκτρονικά στην 3^η ΥΠΕ, σε μορφή PDF και σε επεξεργάσιμη μορφή (excel). Κατόπιν γίνεται έλεγχος από τον αρμόδιο υπάλληλο αυτής της υπηρεσίας και έρχεται απαντητικό έγγραφο έγκρισης, ώστε να προχωρήσει η διαδικασία της πληρωμής.

- V. **Αποστολή προς την Υπηρεσία Επιτρόπου** όλων των εγγράφων για να προβεί σε έκδοση εντάλματος πληρωμής. α) Αποστολή όλων των παραπάνω εγγράφων με Διαβιβαστικό που απευθύνεται στην Υπηρεσία Επιτρόπου. Επί πλέον αποστολή: β) Πρόγραμμα εφημεριών των συμμετεχόντων ιατρών στην Ο.Λ. γ) Πρόγραμμα νοσηλευτικού προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος, όπου εργάζεται ο εκάστοτε συμμετέχων νοσηλευτής/νοσηλεύτρια, δ) ονομαστική κατάσταση συμμετοχής ασθενών στο αντίστοιχο πρωινό ιατρείο. Αυτό γίνεται γιατί οι εξεταζόμενοι στα ΤΕΙ πρέπει πάντα να ξεπερνούν σε αριθμό τους εξεταζόμενους στο αντίστοιχο απογευματινό ιατρείο. ε) Κατάσταση εξέτασης ασθενών στο απογευματινό ιατρείο στ) Βεβαίωση συμμετοχής των ιατρών στα ΤΕΙ. ζ) Βεβαίωση εξέτασης μεγαλύτερου αριθμού ατόμων στα αντίστοιχα Τ.Ε.Ι. η) Κατάσταση ιατρών Ο.Λ., με ημερομηνίες πραγματοποίησης, σύνολο συμμετεχόντων θ) Καταστάσεις πληρωμής επί πέντε αντίτυπα (Τα χρηματικά ποσά που καταβάλλονται κάθε φορά εξαρτώνται από την βαθμίδα του ιατρού και το μισθολογικό κλιμάκιο του υπαλλήλου αντίστοιχα). ι) Τέλος όλα τα έγγραφα παραδίδονται στο

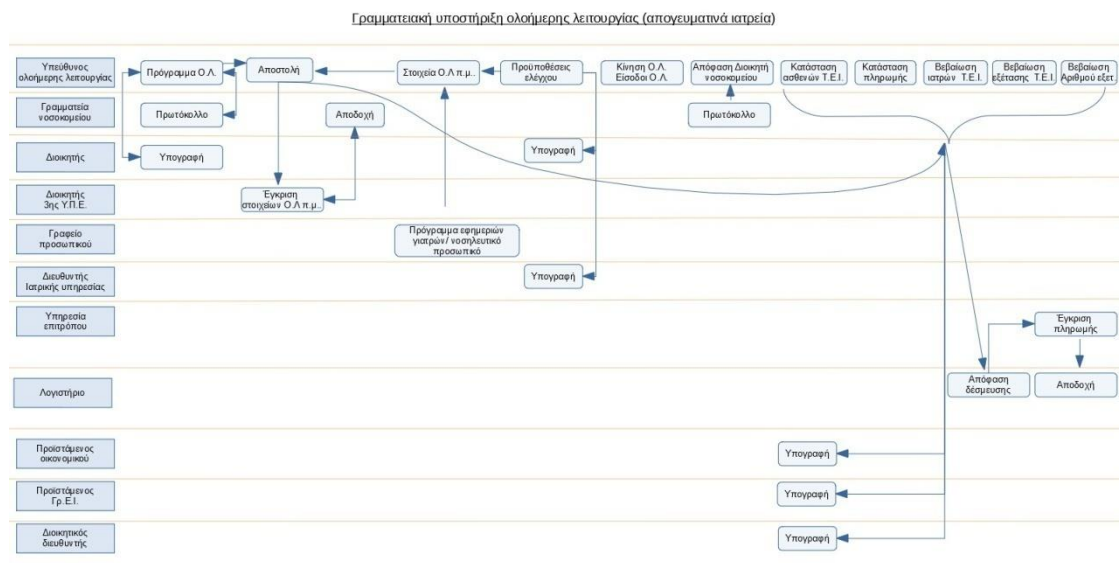
Λογιστήριο, ώστε να βγει *απόφαση δέσμευσης* με την υπογραφή του Προϊστάμενου Λογιστηρίου.

Οι καταστάσεις φέρουν τις υπογραφές ως εξής:

- Διοικητικού Προσωπικού: με υπογραφές από Προϊστάμενο Γραφείου Προσωπικού, Προϊστάμενο Οικονομικού, Διοικητικού Διευθυντή, Διοικητή
- Ιατρικού Προσωπικού: με υπογραφές από Προϊστάμενο Γραμματείας Ε.Ι., Προϊστάμενο Οικονομικού, Διοικητικού Διευθυντή, Διοικητή
- Ιατρικών Πράξεων: με υπογραφές από Προϊστάμενο Γραμματείας Ε.Ι., Προϊστάμενο Οικονομικού, Διοικητικού Διευθυντή, Διοικητή

Στο κλείσιμο της ημέρας των απογευματινών ιατρείων μαζί με τις Α.Π.Υ. εκτυπώνονται και η συγκεντρωτική κατάσταση της ημέρας, σε δύο αντίγραφα. Σε περίπτωση κωλύματος του συστήματος κόβονται χειρόγραφες αποδείξεις. Εκτός από μετρητά γίνονται δεκτές και τραπεζικές κάρτες (χρήση Ρ.Ο.Σ.). Το ένα αντίγραφο Α.Π.Υ. παραδίδεται στο χρήστη της υπηρεσίας (ασθενής) και το δεύτερο μαζί με τη συγκεντρωτική κατάσταση και τα χρήματα ή/και τις αποδείξεις του ΡΟS παραδίδονται στο λογιστήριο την αμέσως επόμενη ημέρα. Παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων παραδίδονται την αμέσως επόμενη ημέρα στον υπεύθυνο της Ο.Λ. για καταχώρηση στο εΔΑΠΥ και κατόπιν τις διαδικασίες που περιγράφηκαν στο 2.5.1.

Όλα τα προηγούμενα έγγραφα συντάσσονται με βάση τα στοιχεία των λογισμικών προγραμμάτων των Τ.Ε.Ι., της Ο.Λ., του φυσικού μητρώου ασθενών Τ.Ε.Ι. καθώς και του φυσικού μητρώου της Ο.Λ.. Τα λογισμικά προγράμματα συνδέονται με το Λογιστήριο του Νοσοκομείου για τον συνεχή έλεγχο των Α.Π.Υ. προς τους ασθενείς και των συγκεντρωτικών Α.Π.Υ. της κάθε πραγματοποιηθείσας ημέρας.



Εικόνα 12: Γραμματειακή υποστήριξη ολόημερης λειτουργίας (απογευματινά ιατρεία)

2.5.4. Τήρηση Στατιστικών Στοιχείων Μηνός-Τριμήνου-Έτους

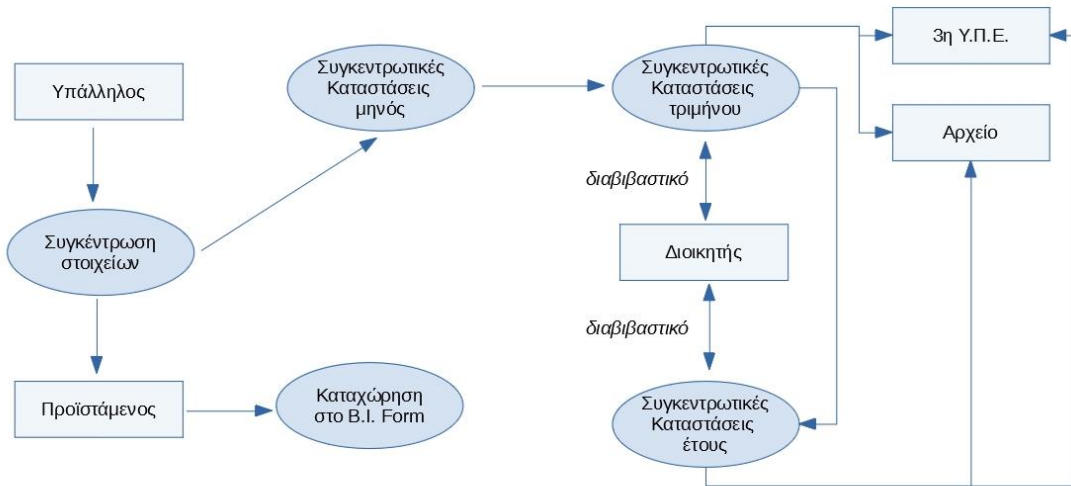
Τις πρώτες ημέρες κάθε μήνα μετράται ο αριθμός των εξεταζόμενων ασθενών του αμέσως προηγούμενου μήνα που καταγράφηκαν σε όλα τα Μητρώα (βιβλία) Κίνησης Ασθενών στα Τ.Ε.Ι.. Επιπρόσθετα, επειδή στις περισσότερες κλινικές τηρούνται Μητρώα εξωτερικών ασθενών, προσμετρούνται και αυτοί. Οι κλινικές αυτές είναι οι εξής: Παιδιατρική, Παθολογική, Καρδιολογική, Χειρουργική, Ορθοπαιδική, ΜΕΘ (κυρίως για συνταγογράφηση εσωτερικών πελατών), Γυναικολογική-Μαιευτική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Δημόσιας Υγείας.

- I. **Συγκέντρωση στοιχείων:** α) Από το Γραφείο Εξυπηρέτησης του Πολίτη οι νοσηλεύτριες υποδοχής ασθενών μετρούν και ενημερώνουν εγγράφως τη Γραμματεία Ε.Ι., για τον αριθμό των ασθενών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), αλλά και τα έκτακτα περιστατικά που εξετάστηκαν στην οφθαλμολογική και γυναικολογική κλινική (λόγω της ιδιαιτερότητας των περιστατικών που χρίζουν εξειδικευμένα ιατρικά όργανα). β) Από την προϊστάμενη του φυσικοθεραπευτηρίου για τους εξωτερικούς ασθενείς του φυσικοθεραπευτηρίου, που εξυπηρετήθηκαν τον μήνα που πέρασε γ) Παραλαμβάνονται τα στοιχεία του παραγόμενου έργου του ΚΕΦΙΑΠ (Φυσιοθεραπείες, Εργοθεραπείες, Λογοθεραπείες), μέσω email από τους εργαζόμενους του ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. δ) Από τον υπάλληλο παρασκηνίου συγκεντρώνονται οι αριθμοί των εξετασθέντων εξωτερικών ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και τις κλινικές ε) Τέλος συγκεντρώνονται τα στοιχεία της Ολόημερης Λειτουργίας(Ο.Λ.). Προσμετράται ο αριθμός των

ασθενών που εξετάστηκαν, καταγράφονται οι θεράποντες ιατροί, η ειδικότητα, η κατηγορία που ανήκουν, ο βαθμός που κατέχουν. Επίσης γίνεται η καταγραφή του υπόλοιπου προσωπικού και η κατηγορία τους. Τέλος καταγράφονται τα ποσά που εισπράχθηκαν από τις ιατρικές επισκέψεις και τις ιατρικές πράξεις(αυτά δηλ. που πραγματοποιούνται στο Νοσοκομείο προς το παρόν).

- II. **Δημιουργία συγκεντρωτικών καταστάσεων** με το συνολικό αριθμό των εξετασθέντων σε α) ΤΕΠ, β) ΤΕΙ, γ) ΚΕΦΙΑΠ. δ) Φυσιοθεραπευτήριο ε) Ο.Λ. του αμέσως προηγούμενου μήνα.
- III. Όλα τα παραπάνω στοιχεία **καταχωρούνται στη διαδικτυακή πλατφόρμα** του Υπουργείου Υγείας, που ονομάζεται **B.I.FORM**, μέσα στο πρώτο δεκαήμερο του επόμενου μήνα. (Τα στοιχεία που ζητά η συγκεκριμένη πλατφόρμα αφορούν όλα τα στατιστικά του νοσοκομείου, συμπληρώνονται από τον υπεύθυνο υπάλληλο κάθε τμήματος και αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία απ' όλους τους αρμοδίους, η Γραμματεία του Νοσοκομείου το προωθεί για έγκριση στον Διοικητή, αποστέλλεται από το γραφείο του και ολοκληρώνεται η διαδικασία.).
- IV. Κάθε τρίμηνο αποστέλλονται τα **τριμηνιαία στατιστικά** με διαβιβαστικό που φέρει ηλεκτρονικό αριθμό πρωτοκόλλου ως εξερχόμενο έγγραφο προς την 3^η ΥΠΕ. Τα έγγραφα υπογράφονται από τον προϊστάμενο της Γρ. Εξωτερικών Ιατρείων. Τα στοιχεία αυτά τα χρησιμοποιεί η 3^η ΥΠΕ για να σχηματίσει συνολική εικόνα της εξυπηρέτησης των πολιτών στις δημόσιες δομές υγείας της δικής της ευθύνης και να προωθήσει στο Υπουργείο θέματα που αναδύονται.
- V. Το πρώτο δεκαπενθήμερο του Ιανουαρίου κάθε έτους συντάσσονται τα **ετήσια στατιστικά** του αμέσως προηγούμενου έτους. Ένα αντίγραφο αποστέλλεται στην 3^η ΥΠΕ με διαβιβαστικό, ένα στον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας και ένα στον Διοικητή. Επίσης η Γραμματεία Ε.Ι. κρατά δικό της ηλεκτρονικό και φυσικό αρχείο.

Τήρηση στατιστικών στοιχείων
μηνός - τριμήνου - έτους

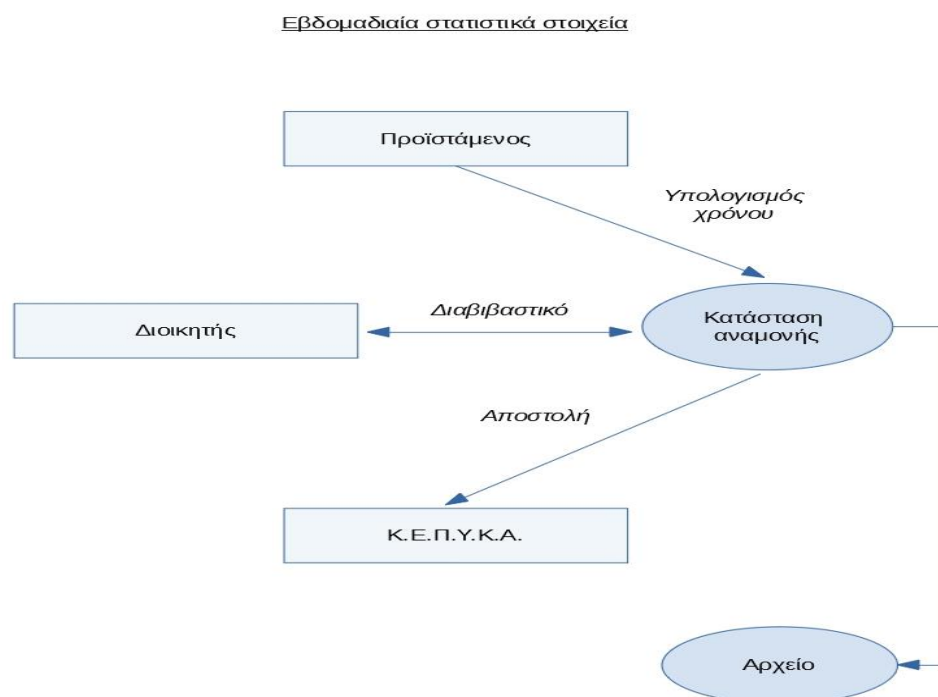


Εικόνα 13: Τήρηση στατιστικών στοιχείων μηνός- τριμήνου- έτους

2.5.5. Τήρηση Εβδομαδιαίων Στατιστικών Στοιχείων

Τα **εβδομαδιαία στατιστικά** αποστέλλονται στην υπηρεσία ΚΕΠΥΚΑ (ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ), πριν την πραγματοποίηση των ραντεβού, δηλώνοντας τους χρόνους αναμονής ανά εξωτερικό ιατρείο. Αποστέλλονται με διαβιβαστικό που φέρει ηλεκτρονικό πρωτόκολλο και την ηλεκτρονική υπογραφή του Διοικητή, σε συγκεκριμένη φόρμα για όλα τα νοσοκομεία ευθύνης της 3^{ης} ΥΠΕ μέσω email, με την υποχρέωση να είναι σε μορφή pdf αλλά και σε επεξεργάσιμη μορφή excel. Η υπηρεσία ΚΕΠΥΚΑ αναρτά διαδικτυακά τα διαθέσιμα ραντεβού στην πλατφόρμα της, για την ενημέρωση και ενίοτε την εξυπηρέτηση των χρηστών μέσω του

διαδικτύου.



Εικόνα 14: Εβδομαδιαία στατιστικά στοιχεία

2.5.6. Διαχείριση παραπεμπτικών Σωμάτων Ασφαλείας

Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι εργαζόμενοι του ΓΕΣ, ΓΕΑ και του ΓΕΝ δεν έχουν ακόμα ενταχθεί στο σύστημα του e-ΔΑΠΥ, οι παρακλινικές εξετάσεις τους γράφονται χειρόγραφα στα ασφαλιστικά τους βιβλιάρια από στρατιωτικό γιατρό.

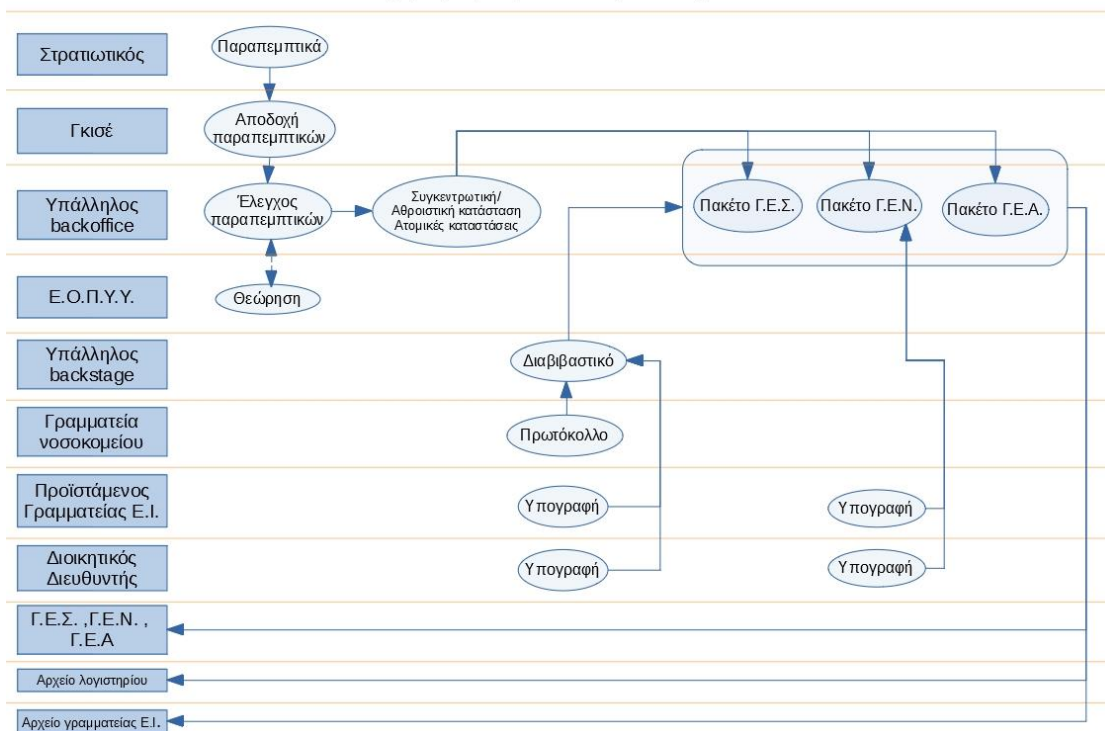
Μέσω του λογισμικού υποστήριξης γίνεται καταγραφή και τιμολόγηση των εξετάσεων ηλεκτρονικά, εκτυπώνεται αντίγραφο επί πιστώσει, όπου φαίνονται αναλυτικά οι χρεώσεις των ιατρικών και παρακλινικών εξετάσεων, σύμφωνα με τις τιμές που έχει ορίσει το Υπουργείο Υγείας.

- I. Διαδικασίες Ελέγχου-Θεώρησης:** Υπάρχουν δύο περιπτώσεις που αφορούν τον έλεγχο. Στην πρώτη περίπτωση έρχονται τα παραπεμπτικά θεωρημένα από τον ελεγκτή στρατιωτικό ιατρό, ενώ στη δεύτερη δεν υπάρχει η θεώρηση αυτή. Σε καμία περίπτωση ο εκδότης ιατρός και ο ελεγκτής ιατρός δεν είναι το ίδιο πρόσωπο. Όταν τα παραπεμπτικά είναι αθεώρητα αποστέλλονται στον τοπικό ΕΟΠΠΥ για έλεγχο και όταν επιστραφούν η διαδικασία συνεχίζεται.
- II. Δημιουργείται συγκεντρωτική και αθροιστική κατάσταση** ανά ασθενή και ανά Σώμα Ενόπλων Δυνάμεων. Συνοδεύονται από

τριπλότυπη αθροιστική Α.Π.Υ.(απόδειξη παροχής υπηρεσιών) για κάθε Σώμα. Επισυνάπτονται οι ατομικές καταστάσεις κάθε στρατιωτικού.

- III. **Συντάσσεται διαβιβαστικό** που φέρει ηλεκτρονικό πρωτόκολλο.
- IV. **Υπογράφονται όλα τα έγγραφα** από τον αρμόδιο υπάλληλο, τον προϊστάμενο Γρ. Εξωτερικών Ιατρείων και τον Διοικητικό Διευθυντή και αποστέλλονται
- V. **Αποστολή** όλων των δικαιολογητικών με Courier στα αρμόδια γραφεία ΓΕΣ, ΓΕΝ και ΓΕΑ.
- VI. **Αρχειοθέτηση:** Το δεύτερο "πακέτο" δικαιολογητικών εκ των τριών παραδίδεται στο λογιστήριο για ενημέρωση και ολοκλήρωση των διαδικασιών, όταν τα Σώματα εκδώσουν γραμμάτια είσπραξης και το τρίτο αρχειοθετείται στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων. Η διαδικασία αυτή στο παρελθόν γινόταν ανά τρίμηνο , αλλά λόγω μείωσης του όγκου των παραπεμπτικών γίνεται πλέον ανά εξάμηνο.

Διαχείριση παραπεμπτικών Σωμάτων Ασφαλείας

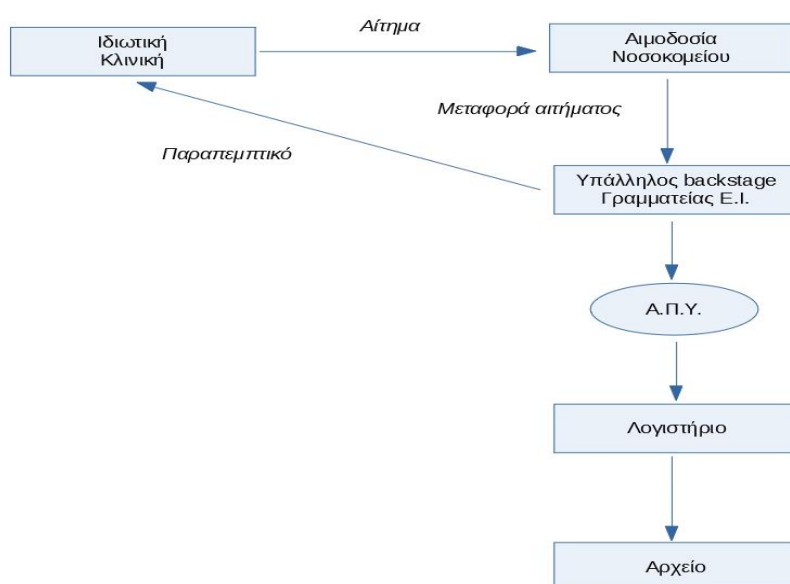


Εικόνα 15: Διαχείριση παραπεμπτικών Σωμάτων Ασφαλείας

2.5.7. Διαχείριση παραπεμπτικών μονάδων αίματος προς κάλυψη αναγκών ασθενών ιδιωτικών κλινικών

- I. **Αποδοχή αιτήματος** από την ιδιωτική κλινική για συγκεκριμένο αριθμό μονάδων αίματος. Το αίτημα γίνεται σε συγκεκριμένη φόρμα, όπου και αναγράφονται τα στοιχεία του ασθενούς. Απευθύνεται στην αιμοδοσία και όταν η αιμοδοσία παραδώσει τις αιτούμενες μονάδες αίματος, κρατά αντίγραφο του αιτήματος και στη Γραμματεία Ε.Ι. προσκομίζει: α) το αίτημα ώστε να γίνει η χρέωση β) ηλεκτρονικό παραπεμπτικό που το εκδίδει ο ιατρός της ιδιωτικής κλινικής, στην περίπτωση ασφαλισμένου ασθενούς γ) όταν ο ασθενής είναι ιδιώτης, δηλαδή ανασφάλιστος ή ασφαλισμένος σε ιδιωτική ασφάλιση τιμολογείται κανονικά. δ) Όταν πρόκειται για στρατιωτικό, (γνωρίζουμε πως δεν είναι ενταγμένος στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης), ο ιατρός της κλινικής γράφει το αίτημα στο βιβλιάριο του ασθενούς, κόβεται το απόκομμα και κρατείται για χρέωση σύμφωνα με τις διαδικασίες των Σωμάτων Ασφαλείας, όπως αυτές αναφέρθηκαν παραπάνω.
- II. **Διεκπεραίωση:** Κόβεται Α.Π.Υ. από το σύστημα και στο λογιστικό κλείσιμο της ημέρας τα εισπραχθέντα ποσά μαζί με τα παραστατικά αποστέλλονται στο λογιστήριο και τα χρήματα κατατίθενται σε τραπεζικό λογαριασμό του νοσοκομείου, ενώ τηρείται αρχείο και στο λογιστήριο και στη γραμματεία εξωτερικών ιατρείων. Το αίτημα μαζί με το συγκεντρωτικό κλείσιμο της ημέρας αρχειοθετείται στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων.

Διαχείριση παραπεμπτικών μονάδων αίματος προς κάλυψη ιδιωτικών κλινικών



Εικόνα 16: Διαχείριση παραπεμπτικών μονάδων αίματος προς κάλυψη ιδιωτικών κλινικών

3. Προτάσεις για διοικητική εφαρμογή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά των προτάσεων για τη βελτίωση των διαδικασιών του τμήματος της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων της Νοσοκομειακής Μονάδας Έδεσσας που χρήζουν επανασχεδίασης, αλλά και αυτής της ίδιας της Μονάδας, σε μια πιο γενική προσέγγιση. Αυτές οι προτάσεις αφορούν σε γενικό πλαίσιο την εφαρμογή αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και Blueprinting in Services, αλλά ταυτόχρονα σε ειδικό πλαίσιο, εφαρμοσμένες προτάσεις που προέρχονται από τη μελέτη και ανάλυση αυτής της διπλωματικής, για την επίλυση παθογενειών του τμήματος. Οι προτάσεις για τη βελτιστοποίηση των λειτουργιών της Γραμματείας Τ.Ε.Ι. του Νοσοκομείου Έδεσσας είναι ικανές να οδηγήσουν σε ποιοτικότερες παρεχόμενες υπηρεσίες, μπορούν να είναι ειδικές και εστιασμένες, μπορούν όμως να είναι και έξω από τα στενά όρια των Τ.Ε.Ι., ώστε να οδηγήσουν στα μονοπάτια ακόμη και της Αριστείας² του Οργανισμού. Κάποιες από αυτές τις προτάσεις τέθηκαν επίσημα στη Διοίκηση του Νοσοκομείου στη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας αυτής και σε πολλές περιπτώσεις πήραν αφορμή από το θεωρητικό της πλαίσιο. Πολλές προτάσεις εισακούστηκαν, άλλες είναι σε εξέλιξη και άλλες απαιτούν το χρόνο τους. Αυτές παρατίθενται και τίθενται στην κρίση των αναγνωστών.

Χώρος

Οι κατάλληλες χωροταξικές αλλαγές κρίνονται απαραίτητες για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η τοποθέτηση επιδαπέδιων ταινιών-διαδρόμων ένδειξης, για τον καλύτερο προσανατολισμό τους και την διευκόλυνση της κυκλοφορίας τους στους χώρους του νοσοκομείου. Ένα ακόμη χωροταξικό μέτρο, που αποσκοπεί στην διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των χρηστών, είναι η τοποθέτηση ενδεικτικής ταινίας(κόκκινου χρώματος) με την επιγραφή π.χ. «Περιμένετε εδώ παρακαλώ», περίπου δύο μέτρα μακριά από τον γκισέ, για τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των χρηστών της υπηρεσίας. Κρίνεται απαραίτητη η διαβούλευση των εργαζόμενων των Τ.Ε.Ι. και της διοίκησης με στόχο επιμέρους βελτιώσεις στην ασφάλεια και την προσβασιμότητα των ασθενών-χρηστών της υπηρεσίας, στην αδιάλειπτη καθαριότητα και τον συνεχή έλεγχο από τους αρμόδιους υπαλλήλους και επιτροπές, στην υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζόμενων, σε συνθήκες εργασίας κάτω από φυσικό φωτισμό, στη διάχυση χαλαρωτικής μουσικής σε όλο το χώρο. Επίσης παρεμβάσεις στη διακόσμηση του χώρου, άρα δημιουργία ενός πιο προσφιούς περιβάλλοντος με στόχο τη μείωση του στρες. Προτείνεται η φιλοξενία έργων τέχνης σε ειδικές προθήκες και προώθησής τους με γραπτό τρόπο, καλλιτεχνών της περιοχής ή ακόμη

² Αριστεία: Η έννοια αναφέρεται στην επιχειρηματική αριστεία, δηλαδή την άριστη κατάσταση την οποία οι οργανισμοί προσπαθούν να επιτύχουν με την εφαρμογή των προτύπων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Kanji, 2012).

και των ίδιων των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας διαβούλευσης θα μπορούσαν εν δυνάμει να βοηθήσουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, στην ενδυνάμωση των εργαζόμενων, σε αύξηση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και των ποιοτικότερων παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πληροφοριακό Σύστημα

Η ενημέρωση, ανανέωση και αναβάθμιση του πληροφορικού συστήματος θα επιφέρει βελτίωση των παραγόμενων υπηρεσιών και εξάλειψη σημείων παθογένειας. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η αναμόρφωση του software ως αποτέλεσμα συνεργασίας των εμπλεκόμενων με το τμήμα πληροφορικής και της επιχείρησης υποστήριξης του πληροφοριακού συστήματος, που υποστηρίζει τις λειτουργίες του νοσοκομείου, για να εξυπηρετεί αναδυόμενες ανάγκες και να προσφέρει μεγαλύτερη ταχύτητα και ευελιξία. Στη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας και κατόπιν γραπτού και εμπειρισταωμένου αιτήματος από τον προϊστάμενο, αγοράστηκε και τέθηκε σε εφαρμογή το λογισμικό που υποστηρίζει αποκλειστικά την Ολοήμερη Λειτουργία.

Επίσης, σημαντική κρίνεται η ενημέρωση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, που υποστηρίζεται από το πληροφοριακό σύστημα το νοσοκομείου, αλλά μέχρι στιγμής χρησιμοποιείται μόνο από ελάχιστες κλινικές στα Τ.Ε.Ι. και καθόλου στο Τ.Ε.Π.. Οι λόγοι που επικαλούνται οι ιατροί είναι πολλοί, άλλοτε απολύτως δικαιολογημένοι και άλλοτε όχι. Καλείται σ' αυτό το σημείο η Διοίκηση να εξαλείψει τα εμπόδια, ώστε η αγορά του πληροφοριακού συστήματος υψηλού κόστους, με χρήματα των Ελλήνων φορολογουμένων, να αξιοποιηθεί σε όλο το φάσμα των δυνατοτήτων που παρέχει. Η ενημέρωση αυτή παρέχει τη δυνατότητα πλήρους εικόνας της κατάστασης της υγείας των ασθενών κάθε στιγμή που ζητείται το ιστορικό τους από τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό και επιπλέον χρήσιμες πληροφορίες, ώστε να αποφεύγονται περιττές εξετάσεις που οδηγούν σε καθυστερήσεις, ταλαιπωρία των ασθενών, επιπλέον εργατοώρες, αύξηση δαπανών. Οι ιατροί θα πρέπει να ενημερώνουν τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, όπου και αν εξετάζουν τους ασθενείς τους. Σε όλα τα σημεία που εξετάζουν τηρείται, φυσικό μητρώο υποχρεωτικά και μόνον όταν ο ιατρός το επιλέγει ενημερώνεται και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος. Το αποτέλεσμα είναι η καταγραφή περιστατικών μόνο χειρόγραφα, πράγμα που προκαλεί καθυστερήσεις, δυσαρέσκεια, μειωμένη αποδοτικότητα του εργαζομένου της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, όταν καλείται να συντάξει πιστοποιητικό εξέτασης. Επιπρόσθετα παρεμποδίζεται το έργο των εργαζομένων του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και επιμηκύνεται ο χρόνος αναμονής μεριά του ασθενούς. Η παράδοση του εγγράφου βέβαια εξαρτάται πολλές φορές και από τον υπάλληλο και το υπαλληλικό του προφίλ. Ενώ με την άμεση καταγραφή του ασθενούς στη βάση δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, όλα αυτά θα εξαλειφθούν και ο χρόνος παράδοσης πιστοποιητικών μπορεί να υπολογιστεί χρονικά. Πρόταση αποτελεί η αγορά και εγκατάσταση ικανού αριθμού ηλεκτρονικών υπολογιστών σε ειδικά διαμορφωμένο

χώρο του Τ.Ε.Π., προς χρήση από τους ιατρούς του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αλλά με ταυτόχρονη χωροταξική αναβάθμιση. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να παραπέμπονται στη Γραμματεία Τ.Ε.Ι., εφόσον δεν πρόκειται για επείγον περιστατικό και όχι να πηγαίνουν κατευθείαν στο ιατρείο. Μόνον έτσι μπορεί να ενημερωθεί το «Ιστορικό» τους στη βάση δεδομένων και όχι μόνο. Αυτή η διαδικασία ενημέρωσης της βάσης δεδομένων εξυπηρετεί πολλές λειτουργίες του Νοσοκομείου και είναι απαραίτητη και για την εύκολη εξαγωγή στατιστικών στοιχείων κάθε είδους.

Βήματα Για Εξάλειψη Γραφειοκρατίας

Ο σχεδιασμός και εφαρμογή blueprinting σε κάθε λειτουργία του οργανισμού κρίνονται απαραίτητα για τη συνεχή αξιολόγηση των διαδικασιών. Έχοντας λοιπόν ως συμβουλευτικό εργαλείο το blueprinting της κάθε λειτουργίας και την τήρηση των περιγραφών της κάθε διαδικασίας, όποτε προκύπτει ανάγκη επανασχεδιασμού - όταν αυτό αποδεικνύεται αναποτελεσματικό- θα πραγματοποιείται πιο αποτελεσματικά.

Παρόλο που οι διαδικασίες έχουν οριστεί εκ προοιμίου από το Υπουργείο , σε κάθε περίπτωση που αυτές δεν διευκολύνουν λειτουργικά το Νοσοκομείο, προτείνεται η κατάρτιση Εσωτερικού Κανονισμού Διαδικασιών, να καθοριστούν δηλαδή πρότυπα εξυπηρέτησης. Ιδανικά θα πρέπει να υλοποιηθεί κατόπιν διαβούλευσης Διοίκησης και όλων των εμπλεκόμενων Τμημάτων και των αντιπροσώπων τους, αλλά και της Αναδόχου εταιρείας Πληροφοριακής Υποστήριξης. Αυτό θα αποτελεί το εγχειρίδιο λειτουργίας του κάθε τμήματος. Μπορεί στη συνέχεια να χαρτογραφηθεί, ώστε να γίνει πιο γρήγορα κατανοητός στους εμπλεκόμενους(στα επί μέρους ή/και στο σύνολο του), να μπει σε εφαρμογή άμεσα και να φανούν αποτελέσματα προς αξιολόγηση και πιθανές αλλαγές της χαρτογράφησης. Θα πρέπει να δοθεί το δικαίωμα χρήσης του ηλεκτρονικού πρωτοκόλλου από την Γρ. Εξωτερικών Ιατρείων με στόχο την απλούστευση διαδικασιών και την ελάττωση της γραφειοκρατίας και της επιπλέον ταλαιπωρίας των χρηστών, που την βιώνουν και φυσικά τους ενοχλεί και το δείχνουν ποικιλοτρόπως. Συγκεκριμένα σημεία του τμήματος που παρατηρήθηκε ότι η απλούστευση των διαδικασιών θα επιφέρει βελτίωση της ποιότητας είναι τα εξής: Η θεώρηση παραπεμπτικών με τη στρογγυλή σφραγίδα της υπηρεσίας μπορεί να εξαλειφτεί με την αντικατάσταση των σφραγίδων των ιατρών, όπου οι καινούριες θα φέρουν την επωνυμία της υπηρεσίας. Είναι ακόμη ένα μέτρο για την εξάλειψη ουρών αναμονής.

Η Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων να εφαρμόσει το μέτρο Έκδοσης “ατομικής κάρτας εξωτερικών ιατρείων” για τον χρήστη της υπηρεσίας (εξωτερικός ασθενής), ώστε να επιδεικνύεται σε κάθε ραντεβού. Σ’ αυτή πρέπει να αναγράφονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία και ο Α.Μ.Κ.Α. του ασθενούς, καθώς και τα ραντεβού του. Στο μέλλον θα πρέπει να αντικατασταθεί με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Προτείνεται επίσης το τμήμα να εκδίδει “Δελτίο ραντεβού εξωτερικών ιατρείων” όπου να περιέχεται η επωνυμία του νοσοκομείου, το ιατρείο, το ονοματεπώνυμο, ο ΑΜΚΑ, ο αριθμός μητρώου του ασθενούς, η ημερομηνία και η ώρα ραντεβού, με σκοπό την αντικατάσταση του χαρτιού ΕΛΕΓΧΟΣ. Το δελτίο αυτό μπορεί να διευκολύνει με τις πληροφορίες που φέρει όλους τους άμεσα εμπλεκόμενους(ασθενή, υπάλληλο γκισέ, νοσηλεύτη/-τρια, ιατρό). Μπορεί να εκδίδεται την ημέρα που κλείνεται το ραντεβού στον γκισέ ή την ημέρα πραγματοποίησης του ραντεβού, στην περίπτωση τηλεφωνικού ραντεβού ή αν δεν το φέρει μαζί του ο ασθενής.

Η σταδιακή κατάργηση του Φυσικού Αρχείου, που είναι πάντοτε εκτεθειμένο σε πιθανές καταστροφές(π.χ. πυρκαγιά, πλημμύρα), αποτελεί εστία μικροβίων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κακόβουλους, παραβιάζοντας κανόνες και νόμους και καταλαμβάνει χώρο, απαιτεί εργατοώρες και άριστη οργάνωση.

Σημαντική θεωρείται η πλήρης κατάργηση των χειρόγραφων παραγγελιών εξετάσεων για την αποφυγή διαφυγόντων κερδών. Το Νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να απαιτεί τη δαπάνη από τον ΕΟΠΥΥ μόνο όταν η παραπομπή σε εξετάσεις διενεργείται μέσω Ηλεκτρονικού Παραπεμπτικού Εξετάσεων. Είναι υποχρέωση της Διοίκησης να επισημάνει στους ιατρούς, τους κινδύνους που απορρέουν από τη μη εφαρμογή της ηλεκτρονικής παραπομπής των παρακλινικών εξετάσεων, όπως τα διαφυγόντα έσοδα, τα λανθασμένα στατιστικά, την αμφισβήτηση των χρησιμοποιούμενων αντιδραστηρίων και άλλων αναλωσίμων υλικών, τη χαμηλή αξιολόγηση του νοσοκομείου και του παραγόμενου έργου. Όλα τα πιο πάνω οδηγούν σε λάθος συμπεράσματα την κεντρική εξουσία, που δυνητικά λαμβάνει λανθασμένες αποφάσεις σχετικά με προσλήψεις προσωπικού, χρηματοδότηση, κ.ά..

Προτείνεται η ένταξη των ασφαλισμένων στα ασφαλιστικά ταμεία των ΓΕΣ, ΓΕΑ και ΓΕΝ στον ΕΟΠΥΥ, ώστε να ενταχθούν στην πλήρη ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Το πρώτο βήμα έγινε πρόσφατα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων. Έτσι θα επαλειφθούν διαδικασίες που ταλαιπωρούν, είναι χρονοβόρες και ανήκουν στο παρελθόν.

Στο άμεσο μέλλον, όλες οι απαιτητές υπογραφές εγγράφων να μπαίνουν ηλεκτρονικά, καταργώντας άσκοπες μετακινήσεις υπαλλήλων.

Επίσης όλα τα τμήματα του οργανισμού να διασυνδέονται και να συνεργάζονται μέσω Team Viewer, παρέχοντας τη δυνατότητα και στη Διοίκηση της συνεχούς ενημέρωσης.

Βελτίωση Ποιότητας Υπηρεσίας Στην Επαφή Με Το Χρήστη

Κάποιες από τις σημαντικότερες αλλαγές που προτείνονται και θα επιφέρουν άμεσα αποτελέσματα στην βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας του τμήματος είναι οι εξής: Να καθοριστούν επίσημα ελάχιστα χρονικά και ποιοτικά πρότυπα

εξυπηρέτησης με τις επιτρεπτές διακυμάνσεις, σε όλο το φάσμα των λειτουργιών, κατόπιν διαβούλευσης και εμπειριστατωμένης έρευνας. Ζητούμενο στις μέρες μας είναι το γεγονός ότι ο πελάτης πρέπει να αντιλαμβάνεται την απόδοση της υπηρεσίας. Καθώς παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις στη λειτουργία των ιατρείων, υπάρχει δυσκολία υπολογισμού του ακριβούς χρόνου των ραντεβού. Δεν εντοπίζεται μια κοινή γραμμή στο ωράριο λειτουργίας των ιατρών, πράγμα που καθυστερεί την εξυπηρέτηση των ασθενών και αυξάνει τις ουρές αναμονής. Επίσης, δεν υπάρχει κοινή γραμμή τήρησης της σειράς προτεραιότητας των ασθενών σε όλα τα ιατρεία, με αποτέλεσμα δικαιολογημένα παράπονα εκ μέρους τους. Για την επίλυση του ζητήματος συνιστάται, κατόπιν διαβούλευσης της Διοίκησης με τους Διευθυντές Ιατρούς, να πραγματοποιηθεί λήψη απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου για τον ορισμό Υπευθύνου Ιατρού για κάθε ιατρείο, ημερήσιο σύνολο εξετασθέντων, ορισμός ενδεικτικής διάρκειας εξέτασης κάθε ασθενούς(καθώς κάθε περίπτωση είναι μοναδική) και κοινός τρόπος τήρησης της προτεραιότητας. Όλοι οι εμπλεκόμενοι θα πρέπει να δεσμευτούν για την τήρηση αυτών. Να τηρείται η σειρά προτεραιότητας με βάση τη λίστα των ραντεβού, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και την αποφυγή παρεξηγήσεων. Τέλος, η λίστα να μην αναρτάται σε κοινή θέα για την διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.

Ένα πολύ σημαντικό βήμα προς την βελτίωση των υπηρεσιών θα αποτελούσε η εξάλειψη των ακυρώσεων των ραντεβού από τη μεριά των ιατρών, διότι προκαλείται δυσφορία από τη μεριά των ασθενών, συμφόρηση των επόμενων ημερών, καθώς και δυσκολία των υπαλλήλων της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων στη διευθέτηση των προβλημάτων που αναδύονται. Όπου υπάρχει ευχέρεια, να αναπληρώνεται ο ιατρός από άλλον συνάδελφο του. Επίσης οι ακυρώσεις να δίνονται γραπτώς και ενυπόγραφα από τον εκάστοτε ιατρό και να έχουν τη ενυπόγραφη έγκριση του διευθυντή του αντίστοιχου τμήματος ή του επιστημονικά υπευθύνου, καθώς και να ενημερώνονται για τις ακυρώσεις ο Διοικητής και ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας.

Εξοπλισμός και Ταμείο

Ως ειδική πρόταση βελτίωσης προτείνεται η τοποθέτηση στο χώρο των υπαλλήλων προσκηνίου ενός επιπλέον φωτοτυπικού για την έκδοση του “δελτίου ραντεβού εξωτερικών ιατρείων” και της “ ατομικής κάρτας εξωτερικών ιατρείων”, αφού η εκτύπωση πρέπει να γίνεται σε μέγεθος χαρτιού A5, ενώ τα υπόλοιπα έγγραφα σε A4.

Ακόμη, προτείνεται η ανανέωση του hardware για γρήγορη ανταπόκριση του προγράμματος, ώστε οι χρήστες να εξυπηρετούν ταχύτερα τους ασθενείς.

Προτείνεται επίσης κατάρτιση τεκμηριωμένης διαδικασίας από πλευράς Διοίκησης, που να διασφαλίζει τη φύλαξη των χρηματικών διαθεσίμων εντός του νοσοκομείου, έτσι ώστε να αποδυναμωθεί ο κίνδυνος απώλειάς τους, αλλά και να εξασφαλιστεί και η φυσική ασφάλεια των υπαλλήλων. Συνιστάται χρήση χρηματοκιβωτίου με τις

απαραίτητες δικλείδες προσβασιμότητας και εναλλακτικά δημιουργία κατάλληλα διαμορφωμένης θυρίδας, κυρίως για την Απογευματινή Λειτουργία. Ακόμη πιο απαραίτητη θεωρείται η καθημερινή κατάθεση των χρημάτων από τη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων, προς διασφάλιση της διαδικασίας τήρησης και φύλαξης των χρηματικών διαθεσίμων. Αν αυτό δεν είναι λειτουργικό για το λογιστήριο, προτείνεται ο καθορισμός ανώτατου ορίου πάνω από το οποίο θα κατατίθενται τα χρήματα από την Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων στο κεντρικό ταμείο του Νοσοκομείου.

Στελέχωση Τμήματος

Αυτό που παρατηρήθηκε και αφορά όλη τη Νοσοκομειακή Μονάδα, αλλά ειδικότερα το τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, είναι η στελέχωση του με ικανό αριθμό ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού κάθε κατηγορίας, ώστε να διεκπεραιώνει κάθε περιστατικό με τον απόλυτα παραδεκτό τρόπο. Είναι αποδεδειγμένο πως η αποσαφήνιση των ορίων του ρόλου του κάθε εργαζόμενου επιφέρει καλύτερη απόδοση στην εργασία. Έτσι κρίνεται απαραίτητη η εξάλειψη φαινομένων όπως είναι ο διφορισμός. Ο κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να κατανοεί πλήρως την περιγραφή των αρμοδιοτήτων του. Πρέπει ο κάθε εργαζόμενος να αναλαμβάνει τις ευθύνες των καθηκόντων του και να είναι αυτός ο γνώστης και ο υπόλογος των ενεργειών που του έχουν ανατεθεί να φέρει εις πέρας. Αυτό θα φέρει ως αποτέλεσμα την αριστεία και την εξειδίκευση του κάθε εργαζόμενου στα καθήκοντά του. Ειδικότερα για το τμήμα της Γραμματείας, μια πρακτικότερη και συγκεκριμένη πρόταση, που θεωρείται επιβεβλημένη, είναι η στελέχωση του τμήματος με ένα 3^ο άτομο που θα έχει ως πρώτη αρμοδιότητα το κλείσιμο των τηλεφωνικών ραντεβού. Λόγω της υπο-στελέχωσης παρατηρείται συχνά το φαινόμενο του διφορισμού, όπως προαναφέρθηκε, γιατί ο υπάλληλος «γκισέ» πρέπει πάντα να αντικαθίσταται σε περίπτωση απουσίας του. Επιπλέον, πολλές διαδικασίες και έγγραφα που πρέπει να απαντηθούν, έχουν χρονικούς περιορισμούς και καταληκτικές ημερομηνίες. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι εργαζόμενοι αντιστέκονται στον διφορισμό, ανάλογα με τον χαρακτήρα τους. Στο σημείο αυτό καλείται η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων και η οργανωσιακή κουλτούρα του Οργανισμού να πείσει εκ των προτέρων για την αναγκαιότητα της λήψης τέτοιου είδους μέτρων και αποφάσεων, ώστε να μην παρεμποδίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία του τμήματος και οι καταληκτικές ημερομηνίες να τηρούνται στο άριστο. Συνάμα, μέχρι την τοποθέτηση του 3^{ου} υπαλλήλου ή ακόμα και επί μονίμου βάσεως, για τις τηλεφωνικές κλίσεις να τεθεί τηλεφωνικό μήνυμα, όπου θα ζητείται από τον καλούντα να έχει στη διάθεση της υπηρεσίας τον ΑΜΚΑ του ενδιαφερόμενου για το ραντεβού και επίσης τις προτεινόμενες ώρες κλίσης εκτός αιχμής, για την πιο γρήγορη και απρόσκοπτη εξυπηρέτηση όλων.

Κρίνεται σημαντική η ενίσχυση του ιατρικού προσωπικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, λαμβάνοντας υπόψη το ύψος του προϋπολογισμού και αν αυτός το επιτρέπει να γίνουν οι απαραίτητες προσλήψεις. Έτσι ο όγκος εργασίας θα επιμερίζεται, το άγχος θα μειώνεται, οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα είναι ποιοτικότερες. Έτσι θα εξαλειφτούν και οι προσχηματικές ενστάσεις για την τήρηση υποχρεώσεων και διαδικασιών. Ακόμη σταδιακά και μετά από σχετική πιστοποιημένη κατάρτιση, θα πρέπει οι εργαζόμενοι παρασκηνίου να μπορούν να εργάζονται εξ αποστάσεως (τηλε-εργασία), όποτε κρίνεται απαραίτητο. Ένα τέτοιο μέτρο μπορεί να ανοίξει άλλους ορίζοντες στη Δημόσια Διοίκηση. Τέλος, για την διασφάλιση της αποτελεσματικότητας των νέων αλλά και των παλιότερων μελών του εργατικού δυναμικού θα πρέπει να πραγματοποιείται συνεχής αξιολόγηση των εργαζομένων, ώστε να παρατηρούνται τυχόν λανθασμένες ενέργειες και να δίνονται σαφείς κατευθυντήριες γραμμές υπό τη μορφή καθοδήγησης από τα ανώτερα στελέχη. Η αξιολόγηση θα πρέπει να έχει ως στόχο την παρότρυνση, την ενδυνάμωση και καθοδήγηση των εργαζομένων με σαφείς επεξηγήσεις των λαθών που έχουν γίνει. Θα πρέπει να πάψει να είναι μια τυπική διαδικασία σε ετησία βάση, με όρους ενίοτε μεροληπτικούς, υποκειμενικούς, επηρεασμένους.

Οργανωσιακή Κουλτούρα και ΔΟΠ

Από τα σημαντικότερα σημεία που χρίζουν αλλαγής είναι η οργανωσιακή κουλτούρα όλου του Νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, θεωρείται ως ακρογωνιαίος λίθος η επιλογή και τοποθέτηση διαχρονικά ως Διοικητή του Νοσοκομείου, ατόμου με ειδικές σπουδές και εμπειρία πάνω στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας (Manager). Ένας επαγγελματίας μάνατζερ των υπηρεσιών υγείας, που θα μπορέσει να εμπνεύσει μια πορείας με κοινό όραμα και αξίες, με στόχο την επίτευξη στρατηγικών στόχων και ποιοτικών υπηρεσιών. Ακόμη η επιλογή των ατόμων του Διοικητικού Συμβουλίου να γίνεται με βάση αντίστοιχα προσόντα. Τα άτομα αυτά κρίνεται απαραίτητο να θέσουν στρατηγικούς στόχους, να εμπνεύσουν και να δεσμευτούν πως όλοι οι εργαζόμενοι του οργανισμού θα δουλεύουν προς την κατεύθυνση της υλοποίησης του Οράματος του Οργανισμού. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την υιοθέτηση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), τον έλεγχο, τη συνέχεια και τη συνέπεια της εφαρμογής της. Η κοινή αυτή οργανωσιακή κουλτούρα θα διευκολύνει και την επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων και των εργαζομένων, κυρίως των άμεσα συνεργαζόμενων. Η επικοινωνία πρέπει να είναι αγαστή και ανεμπόδιστη, με στόχο τη βελτίωση σχέσεων, τη δημιουργία κοινωνικού δικτύου του κάθε εργαζόμενου, την ολοκληρωμένη κατανόηση του αντικειμένου των συναδέλφων, τη μείωση του εργασιακού άγχους. Συστήνονται οι συχνές συσκέψεις, αρχικά του προϊστάμενου με τους υπαλλήλους του τμήματός του και σε τακτά χρονικά διαστήματα συσκέψεις όλων των τμημάτων δια αντιπροσώπων, με συντονιστή τον διοικητικό διευθυντή. Ο στόχος δεν είναι μόνον η συνεχής βελτίωση

των λειτουργιών και του παραγόμενου έργου, αλλά η παρακίνηση και η ενδυνάμωση των εργαζόμενων.

Τέλος, για την επίτευξη και τη διατήρηση ποιότητας των υπηρεσιών συνιστάται η δημιουργία γραφείου Ποιότητας. Η προτυποποίηση των διαδικασιών, η δέσμευση όλων για την πιστή τήρησή τους είναι εργαλεία αποτελεσματικής διοίκησης. Ο απώτερος στόχος του γραφείου θα πρέπει να είναι η πιστοποίηση της ποιότητας αυτής με πρότυπα όπως το ISO 9001: 2008. Η ενσωμάτωση σχεδίου blueprinting με το πρότυπο αυτό σε ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη της αποτελεσματικότητας στο σύστημα διαχείρισης εξωτερικών ασθενών έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει την ικανοποίηση τους και να ανακατανέμει τους πόρους με αποδοτικότερο τρόπο.

Ο καθορισμός προτύπων είναι μια άμεση λύση για τη βελτίωση ποιότητας, όχι όμως η βέλτιστη. Ο εσωτερικός έλεγχος, από τον εσωτερικό ελεγκτικό μηχανισμό της τήρησης των διαδικασιών του τμήματος Γραμματείας Εσωτερικών Ιατρείων, προτείνεται να γίνεται αρχικά κάθε μήνα, κατόπιν κάθε έξι μήνες και τέλος μία φορά το έτος. Είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, κυρίως γιατί ασκεί πιέσεις στη διοίκηση για αύξηση των αντανακλαστικών της, φωτίζει προβλήματα, κινητοποιεί διαδικασίες βελτίωσης.

Συμπεριφορά

Τέλος, οι υπάλληλοι προσκηνίου θα πρέπει να υποδέχονται τους πολίτες με ευγένεια, προσήνεια και σεβασμό στην προσωπικότητα και το πρόβλημα ή το αίτημά τους. Η παρεχόμενη πληροφόρηση θα πρέπει να είναι άμεση και άρτια. Πολλές φορές τέτοιες συμπεριφορές είναι ικανές να καλύψουν κενά στις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού σε άλλα σημεία της λειτουργίας του, ώστε οι χρήστες να σχηματίσουν τελικά θετική άποψη για την επαφή τους με το νοσοκομείο, να επαναλάβουν επισκέψεις, να γίνουν πιστοί χρήστες των υπηρεσιών, αλλά και να συστήσουν τις υπηρεσίες σε άλλους.

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί πως κάθε αλλαγή παρουσιάζει άυλο και υλικό κόστος. Οι αλλαγές που σχετίζονται με το hardware και software καθώς και η πρόσληψη του 3^{ου} υπαλλήλου κρίνονται απαραίτητες για τη διαφύλαξη της άρτιας καθημερινής λειτουργίας. Οι μακροπρόθεσμες και στρατηγικές αλλαγές που αφορούν ολιστικά τη Νοσοκομειακή Μονάδα, αναντίρρητα και απαιτούν χρονικό κόστος καθώς και κόστος εκπαίδευσης. Τα οφέλη που θα επέλθουν με αυτές τις θεμελιώδεις αλλαγές είναι πολυεπίπεδα. Είναι γνωστό πως μεγάλες Νοσοκομειακές Μονάδες στο Εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα μετά την Εφαρμογή της ΔΟΠ και την υιοθέτηση μιας κοινής και συμπαγούς οργανωσιακής κουλτούρας, εκσυγχρονίστηκαν και έγιναν μονάδες- πρότυπα, που προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και κατέχουν εργατικό δυναμικό που αποτελεί σήμα κατατεθέν για την παραγωγικότητα του και την άριστη εξυπηρέτηση.

4. Τελικά συμπεράσματα

Οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας μπορούν να γίνουν αποτελεσματικότερες, αποδοτικότερες και ποιοτικότερες με τη χρήση εργαλείων χαρτογράφησης των διαδικασιών τους, όπως αυτό που πρότεινε η Shostack (1982;1984), του blueprinting στις υπηρεσίες. Η μέθοδος blueprinting μπορεί να διευρυνθεί στο δημόσιο τομέα με στόχο τη δημιουργία υπηρεσίας ή τη λύση εγγενών προβλημάτων μίας ήδη υπάρχουσας μέσα από τον επανασχεδιασμό της. Ο κεντρικός άξονας του blueprinting είναι η δημιουργία ενός απλού γραφικού σχεδίου της υπηρεσίας, που περιλαμβάνει το σύνολο των πόρων (ανθρώπινοι, υλικοί και άυλοι), αλλά και τους ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών. Η εκάστοτε Διοίκηση Νοσοκομείου ή άλλης υπηρεσίας σχετικής με την Υγεία μπορεί να χρησιμοποιήσει το blueprinting ως εργαλείο για να αναλύσει τις λειτουργίες αυτές που παράγουν υπηρεσίες για τους πολίτες. Όλη η σχεδίαση του blueprinting βασίζεται στη λεπτομερειακή απεικόνιση των διαδικασιών μιας λειτουργίας, ακολούθως στον εντοπισμό των σημείων αποτυχίας ή αστοχιών της υπηρεσίας. Ο αρχικός στόχος είναι να μειωθούν τα λάθη και να εξαλειφτούν οι αστοχίες και ακολούθως να οριστούν πρότυπα χρονικά πλαίσια της κάθε διαδικασίας για τον αντικειμενικό προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και την ανάλυσή τους, να επανασχεδιαστούν οι λειτουργίες που εμφανίζουν προβλήματα και τέλος να μετρηθούν τα οφέλη από όλον αυτό το σχεδιασμό.

Πιο συγκεκριμένα, ο απώτερος σκοπός της σχεδίασης των blueprintings στις υπηρεσίες υγείας είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς το χρήστη αυτών. Ο απλός αλλά λεπτομερειακός τρόπος που παρουσιάζονται οι λειτουργίες μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα. Η γραφική αναπαράσταση των διαδικασιών είναι πιο ακριβής από ένα έγγραφο που θέλει να τις ορίσει ή μια λεκτική περιγραφή τους. Σύμφωνα πάντα με τη Shostack (1982;1984), ένα blueprinting της υπηρεσίας μπορεί να βρει τις αστοχίες της και να τις επιλύσει πριν καν συμβούν. Ακόμη, είναι ικανό να εντοπίζει εύκολα τη θέση του χρήστη της υπηρεσίας σε κάθε σημείο της διαδικασίας, αλλά κάνει και σαφή διάκριση των δραστηριοτήτων του προσκηνίου και του παρασκηνίου, καθώς και της αλληλεπίδρασης που έχουν. Με ένα απλό και κατανοητό γραφικό σχέδιο περιλαμβάνονται όλοι οι εργαζόμενοι, αλλά και οι χρήστες της υπηρεσίας. Έτσι, η χαρτογράφηση αυτή μπορεί να συμβάλλει στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που παραδίδονται στο χρήστη, να ενισχύσει την ενσωμάτωση του χρήστη στο κέντρο των διαδικασιών των παρεχόμενων υπηρεσιών, να προσδιορίζει χρόνους εξυπηρέτησης, αλλά ταυτόχρονα να καθοδηγεί και να αξιολογεί εργαζόμενους. Ακόμη, δίνει τη δυνατότητα μείωσης της πολυπλοκότητας, εξαλείφει φαινόμενα διαφορισμού και προάγει τη συνεχή εκπαίδευση και καθοδήγηση. Συνάμα, το blueprinting δίνει τη δυνατότητα της αξιολόγησης και κατεύθυνσης σε περίπτωσης αποτυχίας, καθώς παρέχει εξηγήσεις και πληροφορίες για το φυσικό περιβάλλον και τρόπους για να αντισταθμιστεί το εκάστοτε πρόβλημα. Ταυτόχρονα προσφέρει συνολική αντίληψη

για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Έτσι ακόμη και ένα δυσάρεστο γεγονός μπορεί να μετατραπεί σε ικανοποιητική εμπειρία (Bitner, 1990). Έτσι πιο εύκολα θα μπορέσουν όλοι οι εμπλεκόμενοι του ανθρώπινου δυναμικού να βελτιώσουν, να επανασχεδιάσουν και να αναδιοργανώσουν το σύστημα (Radnor et al., 2014). Πρακτικά, το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι η ευελιξία που εμφανίζεται κατά τη διαδικασία της σχεδίασης. Ο καταγιγισμός ιδεών, η δημιουργικότητα κάποιων από τις ιδέες, η αναγνώριση των αδυναμιών και της λύσης τους είναι η πεμπουσία αυτής της σχεδίασης (Bitner et al., 2008; Kostopoulos et al., 2017).

Ο ασθενής ή χρήστης της υπηρεσίας υγείας βρίσκεται στο κέντρο του συστήματος blueprinting και ο τελικός στόχος της υπηρεσίας είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές αποδίδουν ικανοποίηση στον ασθενή ή χρήστη των υπηρεσιών ή πελάτη ή όπως αλλιώς θέλουμε να τον ονομάζουμε κάθε φορά. Παράγουν αξία γι' αυτόν. Από την άλλη πλευρά, κερδίζουν την εμπιστοσύνη του, προσβλέπουν στην πιστότητά του και τη σύσταση της υπηρεσίας σε άλλους. Ο σχεδιασμός αυτός απαιτεί τη στήριξη από τις διοικήσεις των υπηρεσιών. Οι Διοικήσεις όμως θα πρέπει να αναπτύξουν την οργανωσιακή κουλτούρα του Οργανισμού τους σύμφωνα με σύγχρονα μοντέλα διοίκησης και συνδυαστικά με την υιοθέτηση στην πράξη της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, με επίσημα εργαλεία προτυποποίησης, όπως το ISO 9001:2008. Τέλος η εκάστοτε Διοίκηση καλείται να παρέχει την υποστήριξη της και αυξημένα αντανακλαστικά για την υλοποίηση τέτοιου είδους έργου. Από την πλευρά των εργαζομένων, τα οφέλη που θα φέρει η ανάπτυξη μιας ενιαίας οργανωσιακής κουλτούρας και η εφαρμογή εργαλείων ΔΟΠ και blueprinting θα είναι η ικανοποίηση που παίρνουν από τον Οργανισμό, πρωτίστως γιατί μπορούν να νιώσουν αναπόσπαστο κομμάτι αυτού, θα παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες, θα αξιολογούνται αντικειμενικά. Έτσι θα παραμένουν προσηλωμένοι στο όραμα, τους στόχους και τις αξίες του Οργανισμού, προάγοντας την Υγεία των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τελικώς, τα βασικότερα σημεία που επισημάνθηκαν από την εργασία αυτή και την πρακτική της εφαρμογή είναι πως το blueprinting θα συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία του τμήματος, καθώς σε περίπτωση προβλήματος ο εκάστοτε υπάλληλος ή προϊστάμενος θα μπορεί να ανατρέξει στις χαρτογραφήσεις και να εντοπίσει πως θα μπορούσε να λυθεί το ζήτημα. Συνάμα, ο κάθε εργαζόμενος θα γνωρίσει και θα κατανοήσει βαθύτατα ποιο είναι το έργο του, ώστε να διασφαλίζεται η άριστη εξυπηρέτηση των πελατών- ασθενών. Επίσης, σε περίπτωση νέου υπαλλήλου η εκπαίδευση θα πραγματοποιηθεί γρηγορότερα αφού μια γραφική αναπαράσταση είναι πολύ πιο κατανοητή για τον ανθρώπινο νου και ο χρόνος εξοικείωσης του υπαλλήλου με τις λειτουργίες θα είναι μικρότερος απ' ότι χωρίς αυτή.

Αυτό που πραγματικά θα λύσει το πρόβλημα του δημοσίου τομέα υγείας είναι η δημιουργία ενός πραγματικά ανθρωποκεντρικού συστήματος πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας. Με το βλέμμα στραμμένο σε όλους τους τομείς και τις βαθμίδες του συστήματος υγείας και με όχημα το *blueprinting in services*, προβάλλει μία πρόκληση. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί καινοτόμο εργαλείο, για τα ελληνικά τουλάχιστον δεδομένα, που μπορεί να οδηγήσει στο τέλος της διαδρομής του όχι μόνον σε ποιοτικές υπηρεσίες, με τους λιγότερους δυνατούς πόρους, αλλά και να ανοίξει δρόμους προς την Αριστεία.

5. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Αυτή η εργασία, όπως όλες, δε στερείται περιορισμών. Καθώς οι συνεντεύξεις ήταν ανοιχτές κατανοήθηκε ο βαθμός στον οποίο νιώθει ικανοποιημένος ο κάθε εργαζόμενος, αλλά η ποσοτικοποίηση και η μέτρηση της δεν ήταν εφικτή στην παρούσα εργασία και το σκοπό της. Το εργασιακό περιβάλλον, τα εργασιακά γεγονότα αλλά και η προσωπική προδιάθεση διαμορφώνουν το συναισθηματικό προφίλ του εργαζομένου είτε θετικά είτε αρνητικά. Στην πρώτη περίπτωση, σαν αποτέλεσμα έχουμε την εργασιακή ικανοποίηση (περικλείει θετικά και αρνητικά συναισθήματα και την αυξημένη απόδοση στην εργασία η οποία μεταφράζεται σε αυξημένο κέρδος για την επιχείρηση. Σύμφωνα με το *Employee Job Satisfaction and Engagement* (SHRM, 2016) οι κυριότεροι από αυτούς είναι **α)** ευκαιρίες να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητες και τις ικανότητές τους, **β)** επαγγελματική εξέλιξη και ικανοποιητική αμοιβή, **γ)** δυνατότητα περαιτέρω εκπαίδευσης στην ειδικότητα τους, **δ)** σταθερότητα εργασίας, **ε)** σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και προϊστάμενης αρχής, **στ)** στρες και φόρτος εργασίας.

Ακόμη ένα πρόβλημα που θα πρέπει να αναγνωριστεί είναι η προέλευση των εργαζομένων από διαφορετικές κατηγορίες εκπαίδευσης και κλάδους εργαζομένων, με διαφορές στις αντιλήψεις τους, διαφορές στο επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας στα θέματα Δημόσιας Διοίκησης, με μικρή θεωρητική γνώση *management*, με μη διαμορφωμένες αντιλήψεις σε θέματα σχετικά με διαδικασίες και οργανωσιακή κουλτούρα. Όλα τα παραπάνω δίνουν αποτελέσματα στις συνεντεύξεις τους με μεγάλες αποκλίσεις, κυρίως σε σχέση με τα επίπεδα ικανοποίησης.

Ακόμη ένας περιορισμός αυτής της εργασίας είναι η ένταξη της διάστασης του χρόνου, η οποία δεν επιτεύχθηκε στη χαρτογράφηση. Η δυσκολία αυτή προήλθε από τη διαφορετικότητα της απόδοσης των υπαλλήλων, προερχόμενη κυρίως από τη διαφορετικότητα των δεξιοτήτων τους (*hard and soft skills*). Αυτοί δεν έχουν λάβει κοινή εκπαίδευση στο αντικείμενο της εργασίας τους, ούτε όμως και συστηματική, παρά μόνον τυχαία και αποσπασματική. Οι γνώσεις και οι δεξιότητες τους δεν είναι πλήρως γνωστές στον οργανισμό και σε πολλές περιπτώσεις ούτε στον ίδιο τον υπάλληλο, ώστε να αναγνωριστούν, να αναπτυχθούν, να αξιοποιηθούν προς ωφέλεια όλων. Όλα αυτά οδηγούν στη διαμόρφωση αντιλήψεων των εργαζομένων τελείως

διαφορετικών μεταξύ τους, άρα και στη διαμόρφωση αποκλειόμενων επιπέδων ικανοποίησης που λαμβάνουν από την εργασία τους.

Τους προαναφερθέντες περιορισμούς μπορούν να εξηγήσουν, ελλείψεις στο συστήματα λειτουργίας της Νοσοκομειακής μονάδας. Η έλλειψη χρονικών προτύπων, η έλλειψη ουσιαστικής και αντικειμενικής αξιολόγησης, η θολή εικόνα μιας μη καθορισμένης οργανωσιακής κουλτούρας προστίθεται στα παραπάνω. Άλλωστε όπως προαναφέρθηκε και προτάθηκε προς επίλυση σε προηγούμενη ενότητα, δεν υφίστανται χρονικά πρότυπα στις διαδικασίες. Όλα αυτά οδηγούν σε μεγάλες αποκλίσεις στους χρόνους και αδυναμία υπολογισμού μέσω τιμών. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και η επικοινωνία με τους χρήστες της υπηρεσίας. Η τηλεφωνική επικοινωνία από μόνη της θεωρείται δύσκολη, αλλά και η δια ζώσης κυμαίνεται από άτομο σε άτομο. Ένας επίσης επιβαρυντικός παράγοντας είναι το στρεσογόνο περιβάλλον του Νοσοκομείου που επηρεάζει το θυμικό της ανθρώπινης ύπαρξης και της αντιδράσεις του. Άλλωστε ο κάθε ασθενής-χρήστης δικαιούται το δικό του χρόνο. Ο χρονικός προσδιορισμός, τουλάχιστον κάποιων διαδικασιών, εμπεριέχει το στοιχείο του αστάθμητου παράγοντα. Οφείλεται στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες σχετίζονται με ανθρώπους που συχνά είναι πάσχοντες, με διαφορά στη βαρύτητα της κατάστασής τους, εξετάζονται από ιατρούς με διαφορετικό προφίλ, εξυπηρετούνται από υπαλλήλους διαφορετικής απόδοσης και μπορεί ταυτόχρονα να ζητούν πολλά και διαφορετικά πράγματα.

Καθώς η άυλη φύση των υπηρεσιών δυσκολεύει τη δυνατότητα της μέτρησης της ποιότητας τους, έτσι και στην συγκεκριμένη έρευνα αυτό δεν ήταν δυνατό. Όπως όμως προαναφέρθηκε η ποιότητα και η διατήρησης της στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητες, γι' αυτό και προτείνεται η μελλοντική διερεύνησή τους πριν και μετά τη χρήση του *Blueprinting in Services*.

6. Αναφορές

Alberto, P. (2018). An Innovative Public Value Chain to Improve Public Services. *IJAME*.

Bastani, P., Vatankhah, S., & Salehi, M. (2013). Performance ratio analysis: A national study on Iranian hospitals affiliated to ministry of Health and Medical Education. *Iranian journal of public health*, 42(8), 876.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*, 9(6), e1001244. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>

Bishai, D., & Sachathep, K. (2015). The role of the private sector in health systems. *Health Policy and Planning*, 30 (1), <https://doi.org/10.1093/heapol/czv004>

Bitner, M. J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.

Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *The Journal of Marketing*, 54(1) 71-84.

Bitner, M. J., Brown, S. W., & Meuter, M. L. (2000). Technology infusion in service encounters. *Journal of the Academy of marketing Science*, 28(1), 138-149.

Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). Service blueprinting: a practical technique for service innovation. *California Management Review*, 50(3), 66-94.

Bitner, M. J., & Wang, H. S. (2014). 11. Service encounters in service marketing research. *Handbook of Service Marketing Research*, 221.

Blanchette C, Tolley E. Public-and private-sector involvement in health-care systems: a comparison of OECD countries. Economics Division May 1997. Revised February 2001. Available: <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp438-e.htm>

Bloland, P., Simone, P., Burkholder, B., Slutsker, L., & De Cock, K. M. (2012). The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. *PLoS medicine*, 9(4).

Booms, B. H., & Bitner, M. J. (1980). New management tools for the successful tourism manager. *Annals of Tourism Research*, 7(3), 337-352.

Booms, B. H., & Bitner, M. (1981). "Marketing strategies and organization structures for service firms". In James H. Donnelly and William R. George (eds), *Marketing of Services*, Chicago: American Marketing Association, 47-51.

Boyle, D., & Harris, M. (2009). The challenge of co-production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services. NESTA, *New Economics Foundation*, The Lab, London, 185-194.

Calabrese, A., & Corbò, M. (2015). Design and blueprinting for total quality management implementation in service organizations. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(7-8), 719-732.

Carroll, J. M. (Ed.). (1995). Scenario-based design: envisioning work and technology in system development. John Wiley & Sons, Inc.

Chen, H., & Cheng, B. W. (2012). Applying the ISO 9001 process approach and service blueprint to hospital management systems. *The TQM Journal*, 24(5), 418-432.

Chouaid, C., Hejblum, G., Guidet, B., & Valleron, A. J. (2006). The evaluation of health care outcomes and hospital performance indicators. *Revue des Maladies Respiratoires*, 23(4 Suppl), 13S87-98.

Clarke, L. (2014). *Public-private partnerships and responsibility under international law: A global health perspective*. Routledge, London, UK.

Coenen, C., von Felten, D., & Schmid, M. (2011). Managing effectiveness and efficiency through FM blueprinting. *Facilities*, 29(9/10), 422-436.

Cottam, H., & Leadbeater, C. (2004). RED paper 01: Health: Co-creating services. London: Design Council. Διαθέσιμο στη <https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/red-paper-health.pdf>

- Deber, R., Narine, L., Baranek, P., Sharpe, N., Duvalko, K. M., Zlotnik-Shaul, R., & Williams, A. P. (1998). The public-private mix in health care. *Striking a balance: health care systems in Canada and elsewhere*, 4.
- De Wolf, A. H., & Toebes, B. (2016). Assessing Private Sector Involvement in Health Care and Universal Health Coverage in Light of the Right to Health. *Health and human rights*, 18(2), 79.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Edvardsson, B., Gustafsson, A., & Roos, I. (2005). Service portraits in service research: a critical review. *International journal of service industry management*, 16(1), 107-121.
- Economou, C. (2010). Health systems in transition: Greece: health system review 2010. In *Health systems in transition: Greece: health system review 2010*.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Health system review. *Health*, 19(5).
- European Commission, (2015). Services. Διαθέσιμο από [Πρόσβαση 15/10/2018]
- Ferris, H., & Devaney, A. (2017). Healthcare Evaluation. *International Journal of Integrated Care*, 17(5).
- Fließ, S., & Kleinaltenkamp, M. (2004). Blueprinting the service company: Managing service processes efficiently. *Journal of Business research*, 57(4), 392-404.
- Freire, K., & Sangiorgi, D. (2010). Service design and healthcare innovation: From consumption to co-production to co-creation. In Service Design and Service Innovation conference (pp. 39-50). Linköping, Sweden. Electronic Conference Proceedings. Retrieved July 5, 2011, from <http://www.servdes.org/pdf/freire-sangiorgi.pdf>
- Gallagher, E. B. (1972). The health enterprise in modern society. *Social Science & Medicine (1967)*, 6(5), 619-633.
- George, M. L., & George, M. (2003). *Lean six sigma for service*(p. 273). New York, NY: McGraw-Hill.

- Gersch, M., Hewing, M., & Schöler, B. (2011). Business process blueprinting—an enhanced view on process performance. *Business Process Management Journal*, 17(5), 732-747.
- Giusti, D., Criel, B., & De Béthune, X. (1997). Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning*, 12(3), 193-198.
- Goldstein, S. M., Johnston, R., Duffy, J., & Rao, J. (2002). The service concept: the missing link in service design research?. *Journal of Operations management*, 20(2), 121-134.
- Grönroos, C. (2000). Creating a relationship dialogue: communication, interaction and value. *The marketing review*, 1(1), 5-14.
- Haeckel, S. H., Carbone, L. P., & Berry, L. L. (2003). How to lead the customer experience. *Marketing Management*, 12(1), 18-18.
- Haugen M., (2009). Service blueprints. Persistent qualities and future potential. Norwegian University of Science and Technology
- Hollander, M. J., Miller, J. A., & Kadlec, H. (2010). Evaluation of healthcare services: asking the right questions to develop new policy and program-relevant knowledge for decision-making. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(4), 40-47.
- Holmlid, S., & Evenson, S. (2008). Bringing service design to service sciences, management and engineering. In *Service science, management and engineering education for the 21st century* (pp. 341-345). Springer, Boston, MA.
- Hossain, M. Z., Enam, F., & Farhana, S. (2017). Service Blueprint a Tool for Enhancing Service Quality in Restaurant Business. *American Journal of Industrial and Business Management*, 7(07), 919.
- Hudspeth, R. S., Vogt, M., Wysocki, K., Pittman, O., Smith, S., Cooke, C. & Merritt, T. J. (2016). Evaluating models of healthcare delivery using the Model of Care Evaluation Tool (MCET). *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(8), 453-459.
- Hughes, G., & Fill, C. (2007). Redefining the nature and format of the marketing communications mix. *The Marketing Review*, 7(1), 45-57.

- Jackson, M. C. (2007). *Systems approaches to management*. Springer Science & Business Media.
- Kanji, G. K. (2012). *Measuring business excellence*. Routledge, London, UK.
- Kapoor, P. (2011). Why quality in healthcare. *Medical Journal Armed Forces India*, 67(3), 206-208.
- Khan, M. A. (2011). An empirical study of barriers in implementing total quality management in service organizations in Pakistan. *Asian journal of business management studies*, 2(4), 155-161.
- Kingman-Brundage, J. (1995). Service mapping: back to basics. *Understanding services management. Integrating marketing, organizational behavior, operations and human resource management*. John Wiley and Sons.
- Kostopoulos, G., Gounaris, S., & Boukis, A. (2012). Service blueprinting effectiveness: drivers of success. *Managing Service Quality: An International Journal*, 22(6), 580-591.
- Kostopoulos, I., Yuksel, R., Erdogan, G., & Mete, M. (2017, October). Improving Service Quality Through Effective Service Blueprinting: An Empirical Investigation. In *Global Conference on Services Management (GLOSERV 2017)* (p. 254).
- Kumar, S., & Steinebach, M. (2008). Eliminating US hospital medical errors. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5), 444-471.
- Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G., & Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364
- Lillrank, P. (2003). The quality of standard, routine and nonroutine processes. *Organization Studies*, 24(2), 215-233.
- Lillrank, P., Groop, J., & Venesmaa, J. (2011). Processes, episodes and events in health service supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 194-201.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2007). *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. Upper Sadle River.

- Lovelock, C. H., Wirtz, J., & Chew, P. (2009). *Essentials of services marketing*.
- Martinich S., (1997). *Production and operations Management: an applied modern approach*. Canada: John Wiley & Sons.
- Meyer, C., & Schwager, A. (2007). Customer experience. *Harvard business review*, 85(2), 116-126.
- Milton, S. K., & Johnson, L. W. (2012). Service blueprinting and BPMN: a comparison. *Managing Service Quality: An International Journal*, 22(6), 606-621.
- Mohammadkarim, B., Jamil, S., Pejman, H., Seyyed, M. H., & Mostafa, N. (2011). Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. *The Australasian medical journal*, 4(4), 175.
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Cooper, C., & Wight, D. (2014). Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance.
- Morgan, R., Ensor, T., & Waters, H. (2016). Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *The Lancet*, 388(10044), 606-612.
- Murdoch, J. (2016). Process evaluation for complex interventions in health services research: analysing context, text trajectories and disruptions. *BMC health services research*, 16(1), 407.
- Musgrove, P. (1996). Public and private roles in health: theory and financing patterns.
- Nguyen, M. P., & Wilson, A. (2017). How could private healthcare better contribute to healthcare coverage in Vietnam?. *International journal of health policy and management*, 6(6), 305.
- Nisula, J. V. (2013, October). Searching for Definitions for Service Design-What do we mean with Service Design?. In *ServDes. 2012 Conference Proceedings Co-Creating Services; The 3rd Service Design and Service Innovation Conference; 8-10 February; Espoo; Finland* (No. 067, pp. 171-175). Linköping University Electronic Press.
- Oakland, J. S. (2014). *Total quality management and operational excellence: text with cases*. Routledge, London, UK.

O'Connor, Y., Heavin, C., O'Connor, S., Gallagher, J., Wu, J., & O'Donoghue, J. (2015). Service Blueprint for Improving Clinical Guideline Adherence via Mobile Health Technology. *World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering*, 9(11), 776-780.

OECD (2004). Health and the economy: A vital relationship. Διαθέσιμο από http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html [Πρόσβαση 22/10/2018]

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.

Padgett G. & Allen D. (1997). Communicating Experiences: A Narrative Approach to Creating Service Brand Image. *Journal of Advertising*, 26/4 (Winter 1997), pp. 49-62.

Preker, A. S., Harding, A., & Travis, P. (2000). Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 779-790.

Radnor, Z., Osborne, S. P., Kinder, T., & Mutton, J. (2014). Operationalizing co-production in public services delivery: the contribution of service blueprinting. *Public Management Review*, 16(3), 402-423.

Rahimi, H., Khammar-nia, M., Kavosi, Z., & Eslahi, M. (2014). Indicators of hospital performance evaluation: a systematic review. *International Journal of Hospital Research*, 3(4), 199-208.

Reeve, C., Humphreys, J., & Wakerman, J. (2015). A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation and program planning*, 53, 91-98.

Sampson, S. E. (2012). Visualizing service operations. *Journal of Service Research*, 15(2), 182-198.

Ronen, B., & Pliskin, J. with Pass S., (2006). *Focused Operations Management for Health Services Organizations*. John Wiley & Sons, San Francisco, USA

- Sanders, E. B. N., & Stappers, P. J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *Co-design*, 4(1), 5-18.
- Seetharaman, A., Sreenivasan, J., & Boon, L. P. (2006). Critical success factors of total quality management. *Quality and Quantity*, 40(5), 675-695.
- Shahin, A. (2010). Service Blueprinting: An Effective Approach for Targeting Critical Service Processes—With a Case Study in a Four-Star International Hotel. *Journal of Management Research*, 2(2), 1-16 Διαθέσιμο στη: <http://www.macrothink.org/journal/index.php/jmr/article/view/352/1469>.
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *The Journal of Marketing*, 73-80.
- Shostack, L.G. (1982). How to design a service. *European Journal of Marketing*, 16(1), 49-63.
- Shostack, L. (1984). Designing services that deliver. *Harvard business review*, 62(1), 133-139.
- Shostack, G. L. (1987). Service positioning through structural change. *The Journal of Marketing*, 51(1), 34-43.
- Smith, E., Brugha, R., & Zwi, A. (2001). *Working with private sector providers for better health care: an introductory guide*. London, UK: London School of Tropical Medicine.
- Sudbury-Riley, L., & Hunter-Jones, P. (2017, October). The Trajectory Touchpoint Tool: A Deep Dive Methodology Into Service Journeys. In *Global Conference on Services Management (GLOSERV 2017): Conference Proceedings. Tuscany, Italy: GLOSERV* (pp. 227-239).
- Taguri, A. (2008). Essential concepts in modern health services. *Libyan Journal of Medicine*, 3(3), 1-12.
- Theodoropoulos, S. (2010). On the effectiveness of publicly or privately produced Health care services. *Unpublished Thesis. University of Piraeus*.
- Vissers, J., & Beech, R. (2005). *Health operations management: patient flow logistics in health care*. Psychology Press.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*. 92. 548-573.

Womack, J. P., & Jones, D. T. (1996). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your organization*. Simon and Shuster, New York, NY, 397.

Yu, E., & Sangiorgi, D. (2014, June). Service design as an approach to new service development: reflections and futures studies. In *Serv Des. 2014. Fourth Service Design and Innovation Conference "Service Futures"* (pp. 194-204). Διαθέσιμο στη: https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/69780/1/Yu_E_Sangiorgi_D.pdf

Zajarskas, R., & Ruževičius, J. (2010). Evaluation of the effectiveness of the quality management system of the service enterprise. *Economics and management*, 15, 857-874.

Τσιότρας, Γ. Δ. (2016) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Χάλαρης, Ι., Διαμαντοπούλου, Ι. & Δούμας, Π. (1991) *Δομημένη Ανάλυση Συστημάτων*. Management and Information Technology Training Publications, Αθήνα, Ελλάδα