Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα στην Διοίκηση Επιχειρήσεων

«Διαχείριση Ποιότητας στον τομέα της Υγείας: Η περίπτωση των Ιδιωτικών Κλινικών»

Μαυρομιχάλη Κωνσταντίνα
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Γκοτζαμάνη Κατερίνα

Θεσσαλονίκη 2004

...αφιερώνεται στην Εύα και στον Λάκη για την
ανεκτίμητη ,ηθική και επιστημονική,
υποστήριξή τους

..... Θέλω, να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην κ. Γκοτζαμάνη Κατερίνα, Λέκτορα του Πανεπιστημίου Μακεδονίας για την πολύτιμη καθοδήγησή της.

.....Θέλω, επίσης, να ευχαριστήσω την κ. Μαραντέλου Βίλλη και την κ. Κύρου Βερώνη για την ανεκτίμητη βοήθεια που μου προσέφεραν.

.....Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους υπευθύνους των ιδιωτικών κλινικών που συμμετείχαν πρόθυμα στην έρευνα.

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή 5

Η ποιότητα στις υπηρεσίες 7

Ποια η διαφορά προϊόντος και υπηρεσίας; 7

Τι είναι η ποιότητα; 8

Ποιότητα στις υπηρεσίες 9

Η ποιότητα στην υγεία 11

Ο κλάδος της υγείας 11

Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου 12

Ιστορική αναδρομή 13

Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία 14

Συνεχής Βελτίωση ποιότητας 17

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην υγεία 18

Εφαρμογή ΔΟΠ 21

Οφέλη από ΔΟΠ 26

Ποιότητα και μετρήσεις 27

Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας 29

Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών 33

Ποιότητα και κόστος 36

Ποιότητα και ανταγωνισμός 39

Benchmarking στην Υγεία 40

Risk Management και υγεία 42

Ευρωπαϊκή πολιτική και υγεία 42

Διεθνείς και Εθνικοί Οργανισμοί Πιστοποίησης και Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία 43

Ιδιωτικές κλινικές 48

Η κατάσταση της ιδιωτικής περίθαλψης 48

Νομοθεσία 50

Συνεργασία με δημόσια νοσοκομεία 53

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ιδιωτικής περίθαλψης 55

Διαχείριση ποιότητας και ιδιωτική περίθαλψη 56
Η έρευνα **62**
Το ερωτηματολόγιο 65
Ανάλυση αποτελεσμάτων 68
Συμπεράσματα της εργασίας 83

Βιβλιογραφία
Παράρτημα

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να περιγράψει την σχέση της ποιότητας με τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στις ιδιωτικές κλινικές.

Αρχικά, παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες και στον κλάδο της υγείας. Γίνεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή για την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Έπειτα αναλύεται με την βοήθεια ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας σε οργανισμούς υγείας. Παρουσιάζονται τα στάδια εφαρμογής, οι δυσκολίες που ανακύπτουν, το κόστος αλλά και τα πλεονεκτήματα των προγραμμάτων.

Ιδιαίτερο κεφάλαιο καταλαμβάνει ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων καθώς αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα στην επιτυχή παροχή υπηρεσιών υγείας. Ακολουθεί η ανάλυση της ποιότητας στις υπηρεσίες που παρέχουν οι ιδιωτικές κλινικές.

Οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούν περίπλοκες επιχειρήσεις τόσο στην δομή και την οργάνωσή τους, όσο και στους σκοπούς και στα νομοθετικά πλαίσια στα οποία υπόκεινται. Αποτελούν έναν μοναδικό συνδυασμό κερδοσκοπικών επιχειρήσεων και οργανισμών παροχής κοινωνικού έργου. Δεσμεύονται από σημαντικούς νομοθετικούς και οικονομικούς περιορισμούς ενώ αντίθετα το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρουν είναι τεράστιο. Η εργασία αυτή προσπαθεί να περιγράψει με σαφήνεια την κατάσταση στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό και να

τονίσει την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας στις ιδιωτικές κλινικές.

Η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στους οργανισμούς υγείας είναι δύσκολη λόγω της πολυτμηματικής διάρθρωσης και της δυσκαμψίας των διοικητικών υπηρεσιών τους. Όμως, η εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα της επιχείρησης θα βοηθήσει σημαντικά μία ιδιωτική κλινική στην απόκτηση ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων και στην βελτίωση εν γένει της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των διαδικασιών της.

Ακολουθεί περιγραφή διεθνών οργανισμών για την ποιότητα στην ιδιωτική περίθαλψη και της Ευρωπαϊκής πολιτικής στον τομέα αυτό καθώς και σύντομη παρουσίαση διεθνών παραδειγμάτων επιτυχούς εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας.

Στο τελευταίο μέρος ακολουθεί έρευνα που διεξήχθη με την συμμετοχή ιδιωτικών κλινικών από όλη τη χώρα. Στόχος της έρευνας είναι να ανακαλύψουμε τον βαθμό εξοικείωσης των υπευθύνων των ιδιωτικών κλινικών στα προγράμματα ποιότητας και την προθυμία τους για την εφαρμογή κάποιου στον οργανισμό τους.

Ποια η διαφορά προϊόντος και υπηρεσίας;

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών (πληροφορία, γνώση, συμβουλή κά.) σε κάποιον που τις έχει ανάγκη. Στον τομέα τον υπηρεσιών μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς. Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών (after sales service κλπ). Η κυβέρνηση των ΗΠΑ ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα , επιχειρήσεις και κυβέρνηση και άλλους οργανισμούς περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση , σωματεία και άλλες υπηρεσίες. (Azzolini and Shillader,1993)

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες (Σκόρδη,1997):

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε (Κόϊος, 2000). Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικό χρόνο.

Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.

- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής της εξαρτάται από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχουν σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζόμενου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλειας υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

Τι είναι η ποιότητα;

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον που δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαιτέρως ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεσή του μία μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν , να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών της ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγικής τους.

Πως μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παραθέτονται μερικοί από αυτούς:

- Ποιότητα είναι ένας συνδυασμός υψηλής τεχνολογίας , πρόσβασης στις υπηρεσίες με λογικό κόστος , εστίασης στον ασθενή σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη και σημαντικών ανθρωπίνων ικανοτήτων (Milakovich, 1991).
- Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις (ISO 9000:2001). Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιέπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα (Λεξιλόγιο IMPROHEALTH) .
- Ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή μία υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη(Evans and Lindsay).

Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές (Brook,1999):

1. την ποιότητα σχεδιασμού
2. την ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Ποιότητα στις υπηρεσίες

Η υπηρεσία είναι «κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία». Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσία διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον κλάδο. Η

συμμόρφωση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας με τις απαιτήσεις του πελάτη κρίνεται αναγκαία. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσία θα πρέπει να είναι απόλυτα συμμορφωμένες με τις ανάγκες του καταναλωτή. Οι Parasuraman et al.(1985) καταλήγουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

- *Αξιοπιστία:* η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία πχ η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- *Ανταπόκριση:* η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη .
- *Ασφάλεια:* η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- *Ακρίβεια:* η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- *Μοναδικότητα:* η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.

Η ποιότητα μίας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί από χαρακτηριστικά έρευνας, εμπειρίας και πίστης (Hunter,1999) .

Συνοπτικά, οι επιχειρήσεις υπηρεσιών θα πρέπει να στρέψουν το στρατηγικό ενδιαφέρον τους στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας προκειμένου να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους. Είτε πρόκειται για την παραγωγή ενός γεύματος σε fast food εστιατόριο , είτε για παράσταση νομικού συμβούλου σε μία δίκη είτε για μία επέμβαση γαστροσκόπησης η ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας προάγει τα συμφέροντα της επιχείρησης διασφαλίζοντας την ικανοποίηση του πελάτη.

Ο κλάδος της υγείας

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια , από εξειδικευμένους ιατρούς ή από γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman ,1998) . Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεση της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι manager του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας (Angelopoulou,1999) . Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως (Dache, 1999). Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης

σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς. (Karydis et al, 2001).

Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου

Η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό. Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητας της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας , αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, που αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάσταση του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, (Sloan, 1992) όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).

- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική) σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες (Σκόρδη,1997).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με την γέννηση της επιστήμης της υγείας. Την πρώτη αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας την συναντούμε στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη' «Ωφελείν μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δεν σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων.

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινά από το 1858 όταν η Florence Nightgale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μία σειρά από έρευνες προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman τέσσερα χρόνια αργότερα σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά την επόμενη δεκαετία.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο (Cronin and Taylor, 1992). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 , αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά , Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας , κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές (Donelan 1999 και Donelan 2000) .

Ο «πατέρας» της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία , κατά κόσμο A.Donabedian (1996), ορίζει αυτήν ως την «μεγιστοποίηση

της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν στη διαδικασία περίθαλψης».

Σήμερα, λόγω της εισαγωγής των εννοιών της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (CQI) και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (TQM) , ο ορισμός του Donabedian θεωρείται στατικός και ξεπερασμένος. Ένας άλλος διακεκριμένος επιστήμονας στο χώρο της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ο N.Black τονίζει άλλες ενδιαφέρουσες πτυχές του ζητήματος στον ορισμό που δίνει: «Ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι αυτή που παρέχει αποτελεσματική φροντίδα η οποία ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη και η οποία παρέχεται δίκαια, αποτελεσματικά, αποδοτικά και ανθρώπινα» (Θεοδωρακιόγλου, 1997) .

Η απόδοση από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων τόσο της κατάλληλης θεραπείας όσο και του ευχάριστου και ικανοποιητικού περιβάλλοντος ανάρρωσης αποτελεί μεγάλη πρόκληση για αυτές. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι(Forum for Health Care Quality Measuremant and Reporting, 1997):

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπευτών όλων των απαιτούμενων μέσων για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και την σωματική ακεραιότητα των τελευταίων.

2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπερβολή εκ μέρους των θεραπευτών στην χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων οδηγεί στην διόγκωση του κόστους της θεραπείας.

3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες

οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζωών.

4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation): η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεση τους οι ιατροί σε όλον τον κόσμο.

Παράλληλα οι Norman Weinberg et al. (2000) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

1. Λανθασμένη διάγνωση της ασθένειας
2. Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας
3. Προβληματική θεραπεία λόγω λάθος συνταγολόγησης, ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκές κατά την χορήγηση (πχ αλλεργικό σοκ)

Και τονίζει ότι τα παραπάνω προβλήματα προκλήθηκαν πιθανόν από: λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερειακής εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Συμπερασματικά, διακρίνουμε ότι βασικό στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας είναι ο ιατρός γιατί γύρω από αυτόν περιστρέφονται όλες οι παροχές. Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κλπ) από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή).

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ χάνουν την ζωή τους 98000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία . Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεράποντων ιατρών , σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κά. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε

θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας (Richardson ,2001).

Συνεχής Βελτίωση ποιότητας

Ο αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας Donabedian πρότεινε τρεις βασικούς τρόπους για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα:

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

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

Η συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (CQI) αφορά όλα τις λειτουργίες της επιχείρησης από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη

μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Οδηγεί σε συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων , των λειτουργιών της επιχείρησης , της τεχνολογίας και των παραγωγικών δυνατοτήτων.

Κατά τον Gilbert (1992) θεμέλιο της Βελτίωσης Ποιότητας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

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

Η εφαρμογή της βελτίωσης ποιότητας στην Ιαπωνία βασίστηκε στην ανάλυση των «5 γιατί» του Deming (Five Whys,1996) σχετικά με τα προβλήματα της παραγωγικής διαδικασίας. Ο στόχος είναι να προσεγγίσεις την πηγή του προβλήματος μέσα από μία διαδοχική σειρά σχέσεων αιτίας- αποτελέσματος(Garvin ,1988) . Παρόμοια διαδικασία δύναται να εφαρμοστεί στις μονάδες Υγείας.

Η Βελτίωση ποιότητας είναι σημαντικός στόχος για όλες τις κλινικές εφαρμογές. Βασικά στοιχεία της είναι η δέσμευση του προσωπικού, η συστηματική συλλογή και ανάλυση δεδομένων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων και η ενεργή υποστήριξη της διοίκησης. Η εκτίμηση των τάσεων και των αιτιών των προβλημάτων γεφυρώνουν το κενό και προσφέρουν τον απαραίτητο σύνδεσμο για την λήψη αναγκαίων μέτρων (Weinberg et al, 1998).

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην υγεία

Μία τεράστια αλλαγή συντελείται σε όλον τον κόσμο , σε όλες τις χώρες με γοργότερους ρυθμούς από ότι θέλουμε να παραδεχθούμε. Ένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να αποκοπεί από το κοινωνικό και

οικονομικό περιβάλλον, και να μην επηρεαστεί σημαντικά από τις εξελίξεις σε αυτά. (Moran,1998) Η αλλαγή οδηγεί στην δημιουργία νέων τρόπων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και αναγκαστικά στην καλύτερη οργάνωση των μονάδων υγείας είτε αυτές είναι δημόσιες είτε είναι ιδιωτικές. (Brook,1999)

Η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό της στρατηγικής των οργανώσεων υγείας προήλθε από την επίδραση ισχυρών κοινωνικών και οικονομικών δυνάμεων όπως το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η τεχνολογική πρόοδος , η αλλαγή των δομών του κόστους, ο ανταγωνισμός κλπ (Friedenberg ,1997) . Παρόλο που δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ ακαδημαϊκών και επαγγελματιών του είδους για την «θεραπεία» των προβλημάτων του κλάδου, είναι αρκετοί αυτοί που υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας θα βοηθήσει σημαντικά (Geber 1992, Brenan 2001, Bergmann 1994).

Η Ολική ποιότητα είναι η περιγραφή της κουλτούρας και της συμπεριφοράς ενός οργανισμού. που αγωνίζεται να παρέχει στους καταναλωτές τα προϊόντα που ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Η κουλτούρα αυτή απαιτεί την ύπαρξη της ποιότητας σε όλες τις λειτουργίες της εταιρίας.

Για την επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ , ο οργανισμός θα πρέπει να εστιάσει στα εξής καίρια σημεία:

1. Ηθική
2. Ακεραιότητα
3. Εμπιστοσύνη
4. Εκπαίδευση
5. Ομαδικότητα
6. Ηγεσία
7. Αναγνώριση
8. Επικοινωνία

Όλα τα παραπάνω ενθαρρύνουν την συμμετοχή όλων στην επιτυχία της ΔΟΠ (Padhi) . Βασικές αρχές της ΔΟΠ κατά Martin (1993) :

- Η δέσμευση της Διοίκησης (σχεδιασμός – πράξη- έλεγχος – δράση)
- Η υποκίνηση των εργαζομένων (εκπαίδευση – ενθάρρυνση προτάσεων – μετρήσεις αποδοτικότητας- ομάδες αριστοποίησης)
- Λήψη αποφάσεων βάσει γεγονότων (Τα επτά στατιστικά εργαλεία- SPC- TOPS)
- Συνεχής Βελτίωση (διατήρηση και βελτίωση standard- ομάδες αριστοποίησης- διατμηματικές ομάδες ελέγχου- συστηματικές μετρήσεις)
- Εστίαση στον Πελάτη (συνεργασία με προμηθευτές- ικανοποίηση εσωτερικών και εξωτερικών πελατών- μη υποβάθμιση της ποιότητας)

Η ΔΟΠ είναι ένα ισχυρό εργαλείο που μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της αποδοτικότητας των υπαλλήλων, στην μείωση της γραφειοκρατίας, στην ελαχιστοποίηση του κόστους , στην βελτίωση της δημόσιας εικόνας της επιχείρησης και φυσικά στην ικανοποίηση των πελατών. (Ishikawa, 1985).

Ο Donabedian (1997) σε εισήγησή του στον Κορεάτικο Σύλλογο για την ΔΟΠ στην Υγεία τονίζει ότι τέσσερα βασικά στοιχεία της διασφάλισης ποιότητας είναι ο σχεδιασμός του συστήματος, η μέτρηση της απόδοσης, η αναπροσαρμογή του συστήματος και οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Το Institute of Medicine έχει αναγνωρίσει έξι διαστάσεις της έννοιας της Ποιότητας όπου θα πρέπει να σημειωθεί βελτίωση και είναι οι ακόλουθες: ασφάλεια, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, συγχρονισμός, μεγάλος προσανατολισμός στον ασθενή, δικαιοσύνη.

Από οργανωσιακής απόψεως, το επίτευγμα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας συνεπάγεται την εστίαση της βελτίωσης ποιότητας και της δραστηριότητας της διοίκησης στην κατανόηση των απαιτήσεων των πελάτη. Η ΔΟΠ είναι το διοικητικό πρότυπο, κατά τον Pearson, που ξεκινά με την ακρόαση της φωνής του πελάτη. Η αλλαγή στις απαιτήσεις των ασθενών έχει οδηγήσει πολλές νοσοκομειακές μονάδες στην υιοθέτηση της ΔΟΠ. (Cheng Lim Puay,2000). Όπως μας ενημερώνουν οι Reeves και Bednar, στις ΗΠΑ μέχρι το έτος 1993 το 40% των νοσοκομείων του Εθνικού Συλλόγου Περίθαλψης είχε υιοθετήσει κάποιο πρόγραμμα για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, και οι Zablocki και Elaine συμπληρώνουν ότι νοσοκομεία, ιατροί και σχέδια υγείας σε όλες τις ΗΠΑ χρησιμοποιούν τεχνικές βιομηχανικής διοίκησης , περιλαμβανομένης και της ΔΟΠ.

Στην ξένη βιβλιογραφία , θα συναντούμε ορισμένους συγγραφείς (Arndt and Bigelow,1995) οι οποίοι τονίζουν ότι η ιεραρχική δύναμη του top management και η λογικότητα της διαδικασίας που περιλαμβάνει η ΔΟΠ , θέτουν προβλήματα για την εφαρμογή της σε νοσοκομεία. Όμως, η προσαρμογή της ΔΟΠ θεωρείται λιγότερο λειτουργία του οργανισμού και περισσότερο μία λειτουργία των εσωτερικών και εξωτερικών συνθηκών μέσα στις οποίες ο οργανισμός λειτουργεί (Jackson,2002).

Εφαρμογή ΔΟΠ

Σε ένα πρόγραμμα ποιότητας θα πρέπει να περιλαμβάνονται πρακτικές για την ασφάλεια των εγκαταστάσεων, τον έλεγχο των λοιμώξεων , τα συστήματα διοίκησης και την ικανοποίηση των καταναλωτών. Οι αρχές της ποιότητας θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλη την διάρκεια παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο , από

την εισαγωγή μέχρι και την εξυπηρέτηση μετά την εξαγωγή (Australean Government). Η ανάγκη για εφαρμογή ενός προγράμματος μπορεί να προέρθει από πρωτοβουλία της Κυβέρνησης, από τις απαιτήσεις των καταναλωτών ή από τους ίδιους τους επαγγελματίες της υγείας. (Chang-Yup, 2000). Η προσδοκία της αυξημένης ευθύνης για καλύτερη ποιότητα στον κλάδο της υγείας συνέβαλε στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας και την αλλαγή των νοσοκομειακών συστημάτων (Hong , 1994).

Η βασική προσέγγιση ενός συστήματος ποιότητας είναι απλή και γνωστή (Helen Smith et.al,1994):

- Θέσπιση στόχων
- Διερεύνηση των διαδικασιών στην επιχείρηση
- Σχεδιασμός και έλεγχος αλλαγών
- Αξιολόγηση αλλαγών
- Ανάμιξη όλων στην διαδικασία
- Συνεχής ενθάρρυνση ανάπτυξης δυνατοτήτων μέσω ομαδικής εργασίας
- Έλεγχος απόδοσης
- Ανατροφοδότηση

Η εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ απασχόλησε αρκετούς συγγραφείς. Απαραίτητα βήματα για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μία νοσοκομειακή μονάδα σύμφωνα με τον Jackson είναι τα ακόλουθα:

1. Η δημιουργία ηγετική ομάδας

Ο Brannan (1998) στο μοντέλο Quality in Daily Work (QIDW) που ανέπτυξε και εφάρμοσε σε νοσοκομείο του Wisconsin, USA, αναφέρει ότι κύριες αρμοδιότητες της ηγετικής ομάδας είναι η εδραίωση της εφαρμογής της ΔΟΠ, ο σχεδιασμός διαδικασιών, ο διαχωρισμός του προσωπικού σε ομάδες εργασίας και η

αξιολόγηση πόρων. Μέλη της ηγετικής ομάδας θα πρέπει να είναι εκπρόσωποι όλων των λειτουργιών του οργανισμού (Collard and Sinyer, 1990), ώστε να διαφανεί η υψηλή δέσμευση της ανώτατης διοίκησης για την επιτυχία της αποστολής.

2. Η δημιουργία οράματος της επιχείρησης

Η επιχείρηση πρέπει να καθορίσει το όραμα της για την εξέλιξη του οργανισμού ώστε να διαφανεί η επίδραση της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ σε αυτήν την πορεία. Ο καθορισμός των οργανωσιακών αξιών και συμπεριφορών, που θα επιτύχει το σχέδιο εφαρμογής του ποιοτικού προγράμματος θα οδηγήσει σε μία επιτυχής αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας(Gordon, 1987).

3. Προσδιορισμός διαδικασίας εφαρμογής

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του σχεδιασμού της διαδικασίας για τους Everden και Anderson (1992) είναι η ανάμιξη του προσωπικού όλων των βαθμίδων στην λήψη αποφάσεων αλλά και ο εντοπισμός των ευκαιριών . Στο στάδιο αυτό, η διαδικασία αξιολόγησης των διαδικασιών με βάση την μέθοδο της προστιθέμενης αξίας εξυπηρετεί την καλύτερη οργάνωση της στρατηγικής εφαρμογής και την χρονική τοποθέτησή της (Azzolini and Shillaber, 1993) .

4. Η εφαρμογή του σχεδίου

Για την ομαλή εφαρμογή του σχεδίου και την απόλυτη τήρηση των αρχών της ΔΟΠ θα πρέπει να αναληφθούν οι ακόλουθες ενέργειες (Jackson, 2001):

- Εμφανής δέσμευση του Chief Executive
- Η ορθή έναρξη του προγράμματος
- Η δέσμευση των διαθέσιμων πόρων
- Η παρουσία ειδικών συμβούλων
- Η πλήρης ενημέρωση για τις αρχές της ΔΟΠ

- Η αλληλεπίδραση του προγράμματος με τις διαδικασίες του οργανισμού
- Η οριοθέτηση πραγματοποιήσιμων στόχων
- Η παροχή καλής επικοινωνίας
- Η επιβράβευση κάθε επιτυχίας
- Η ανάμιξη όλων των εργαζομένων
- Η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού

5. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος και η μέτρηση της αποδοτικότητας του προγράμματος

Ο έλεγχος απόδοσης ενός προγράμματος ποιότητας μπορεί να χωριστεί σε πέντε τομείς μέσα σε έναν οργανισμό υγείας, οι οποίοι αφορούν τους ανθρώπινους πόρους, την διαδικασίες ποιότητας, την ανάμιξη των ασθενών και τις διαδικασίες εξασφάλισης της ποιότητας (Wagner et.al,1999).

Η επιτυχής εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μία νοσοκομειακή μονάδα δεν είναι εύκολη υπόθεση όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από το πλήθος των αποτυχημένων προσπαθειών. Απαιτείται από τους ηγέτες της επιχείρησης να διαθέτουν την γνώση , ικανότητες αλλά και εμπειρία στον τομέα της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης (Jackson, 2001) . Τα υπάρχοντα συστήματα ποιότητας για τους οργανισμούς υγείας αναφέρονται κυρίως σε τεχνικά χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης παραλείποντας το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι οργανισμοί διαθέτουν ιδιόμορφες δομές όπου ο καθένας αποτελεί έναν σύνδεσμο στην αλυσίδα που διασφαλίζει ότι ο ασθενής θα φτάσει υγιής σπίτι του(Rutz,1999).

Λόγοι αποτυχίας στην εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μία μονάδα υγείας σύμφωνα με τον Chris Brook (1999) είναι οι ακόλουθοι:

1. Η έλλειψη συνεργασίας με τους ιατρούς και η συντηρητική φύση των τελευταίων.
2. Το αρχικό μεγάλο κόστος εφαρμογής.
3. Η οργάνωση των μονάδων υγείας με διαφορετικά επίπεδα ιεραρχίας σε διοικητικά και επιστημονικά ζητήματα.
4. Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας, δηλαδή η συνύπαρξη ιδιωτικών και δημοσίων θεραπευτηρίων με διαφορετική χρηματοδότηση από τις ασφαλιστικές και το κράτος.

Παράλληλα, ο Jackson(2000) συμπληρώνει ότι ένα πρόγραμμα ΔΟΠ κινδυνεύει όταν:

1. Αντιμετωπίζεται από τους εργαζομένους ως μία παροδική άσκηση και όχι σαν καθημερινή διεργασία,
2. Η προσκόλληση στην συμπλήρωση εγγράφων είναι μεγάλη με αποτέλεσμα να μην βελτιώνεται η διαδικασία,
3. Υπάρχει συνεχής αμφισβήτηση στον οργανισμό για την χρηστικότητα του προγράμματος,
4. Οι διευθυντές του οργανισμού αφήσουν τον ενθουσιασμό να φθίνει κατά την διάρκεια εφαρμογής.

Για την εφαρμογή προγράμματος βελτίωσης ποιότητας κύρια δυσκολία εμφανίζεται η έλλειψη γνώσεων και πόρων όπως τονίζει ο Chang-Yup(2000). Ο Richardson (2001) επισημαίνει ότι ο επανασχεδιασμός των διαδικασιών μέσα σε ένα νοσοκομείο απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Υποστηρίζει ότι θα πρέπει να προσδιοριστεί ποιο μέρος της διαδικασία είναι ρουτίνα και ποιο ουσιώδης ώστε να σχεδιαστεί ένα απλό , χαμηλού κόστους πρότυπο διαδικασίας. Η παραπάνω διεργασία δεν οδηγεί στην τυποποίηση της εργασίας των ιατρών και των νοσηλευτών αλλά στην εξοικονόμηση πόρων. Άλλωστε , στον κλάδο της υγείας κάθε καταναλωτής- ασθενής είναι μοναδικός όπως είναι και οι υπηρεσίες που του παρέχονται.

Οφέλη από ΔΟΠ

Ο Milakovich (1991) δηλώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αυξήσουν την παραγωγικότητα των εγκαταστάσεων τους, να μειώσουν τα κόστη τους και να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς τους χρησιμοποιώντας την Ολική Ποιότητα Φροντίδας σαν τη στρατηγική διοίκηση. Η Ολική Ποιότητα Φροντίδας περιλαμβάνει συνδυασμούς σημαντικών στοιχείων όπως οι μοντέρνες εγκαταστάσεις, ο σύγχρονης τεχνολογίας εξοπλισμός ,οι υπηρεσίες εστιασμένες στον πελάτη και προγράμματα μέτρησης απόδοσης. Η ΔΟΠ στηριζόμενη στις αρχές της Βελτίωσης Ποιότητας , αποτελεί τεχνικό εργαλείο για την βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων (Whetsel , 1991). Η ΔΟΠ επικεντρώνεται στην κατανόηση και τη βελτίωση της διαδικασίας που χρησιμοποιείται για παραγωγή υπηρεσιών, και μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση των λειτουργιών σε εξωτερικά ιατρεία και σε νοσοκομεία (Larsen, 1993).

Ο Brook (1999) σημειώνει ότι η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας και ΔΟΠ έχει τα ακόλουθα σημαντικά πλεονεκτήματα: α)καλύτερη οργάνωση συστήματος υγείας, β)η οικονομική διοίκηση των μονάδων θα οργανωθεί βάσει της προσφοράς, γ)η εναλλαγή υπευθυνότητας θα γίνεται μεταξύ ασθενή και ιδρύματος χωρίς πλέον την μεσολάβηση τρίτου (δηλαδή του Κράτους και των ασφαλιστικών εταιριών), δ)υψηλότερη απόδοση κεφαλαίου, ε)βελτίωση νομοθετικού πλαισίου, στ)εστίαση στην ποιότητα και την ασφάλεια, ζ)ικανοποίηση πελατών και η) δυνατότητα επιλογής.

Γενικά, η ΔΟΠ μπορεί να βοηθήσει στην εγκαθίδρυση μίας κοινής στρατηγικής και να δημιουργήσει μία κοινή κουλτούρα για την επιτυχία της στρατηγικής αυτής(Σκόρδη,1997), λαμβάνοντας

παράλληλα υπόψη τις προσδοκίες και την ικανοποίηση του ασθενή.

Ποιότητα και μετρήσεις

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση , τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστές πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζουν τις αποφάσεις τους στην διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφορίες για την λειτουργία του οργανισμού.

Η National Committee for Quality Assurance των ΗΠΑ στην ετήσια έκθεσή της το 1999 για την υγεία αναφέρει για την ανάγκη μετρήσεων :

- Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες που αφορούν την ποιότητα τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκτυπο στην δημόσια υγεία.
- Ιδρύματα που εξασφαλίζουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις ποιότητας έχουν τους πιο ικανοποιημένους πελάτες.
- Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με την μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία χρόνια ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις ξεκίνησαν να εφαρμόζουν την στρατηγική αυτή.
- Οι μετρήσεις αφορούν 12 δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας και 8 δείκτες ικανοποίησης πελατών. Οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο ξενοδοχειακών ανέσεων. Αξιολογούν την αμεσότητα στην νοσηλεία , την αξιοπιστία και την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών, την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, την διαχείριση παραπόνων αλλά και την συνολική εικόνα του οργανισμού.

Η μέτρηση της ποιότητας μίας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να επεκταθεί στα ακόλουθα πεδία:

1. *Απόδοση υγειονομικής φροντίδας*: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης , αφού αποτελεί και τον σκοπό του οργανισμού. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα και μετρήσεις για την θνησιμότητα, τον έλεγχο των λοιμώξεων κλπ.
2. *Λειτουργική απόδοση*: αφορά την μέτρηση της απόδοσης του ιατρικού , νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού

αλλά και της αποδοτικότητας της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού.

3. *Απόδοση ως προς τους πελάτες*: αφορά την ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που δέχονται και μετράται με την βοήθεια ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων.
4. *Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά*: αφορά την θέση του οργανισμού στην αγορά, την κερδοφορία του , την αξιοποίηση των κεφαλαίων κλπ

Μετρώντας την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών και των συστημάτων των εργασιών τους πριν και μετά την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας , οι managers των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ποσοτικοποιήσουν πλέον τις αλλαγές που έγιναν στον οργανισμό τους και να σχεδιάσουν τις μελλοντικές στρατηγικές κινήσεις τους.

Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας

Η πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις από την δεκαετία του 1990 και μετά δεν είναι η διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών αλλά η διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Κατά τον Fagerfjall (1995) η γλώσσα του management απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωσιακούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη , η συναδελφικότητα, οι κοινές αξίες.

Οι εργαζόμενοι πλέον αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στην επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής στην επιχειρηματική φιλοσοφία. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία , στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις

διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Zairi, 1998):

- να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
- ενθαρρύνονται συνεχώς
- επιβραβεύονται για το έργο τους
- να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
- να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Όσον αφορά την πυραμίδα εξουσίας, στις νοσηλευτικές μονάδες δεν αποτελείται από μία γραμμή αλλά από διαφορετικές για το διοικητικό και το ιατρικό προσωπικό (παράδειγμα στο παράρτημα). Συγκεκριμένα, υπάρχει σύγχυση εξουσιών ανάμεσα στο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Το ιατρικό προσωπικό εποπτεύει καταρχήν το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά σε επίπεδο διευθυντών υπάρχει στενή συνεργασία. Το νοσηλευτικό προσωπικό υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό στο οποίο και λογοδοτεί. Το βοηθητικό προσωπικό ακολουθεί τις εντολές του νοσηλευτικού σε επίπεδο εργασιών και υποχρεώσεων αλλά υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό, το οποίο κρίνει βάσει των υποδείξεων του νοσηλευτικού. Συμπερασματικά, η δυσπλασία του οργανογράμματος δημιουργεί έντονα προβλήματα στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στην βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και ,συνεπώς, στην βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης (Βούζας). Οι εργαζόμενοι ,όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή , ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας (Oakland, 1998). Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή , η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας (Donabedian, 1996).

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών. (Fitzsimmons and White, 1997) Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

- Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
- Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Μηνιαίες συσκέψεις όλου του προσωπικού οφείλουν να συγκαλούνται προκειμένου για την προαγωγή των σκοπών του ιδρύματος και την ανάμιξη του προσωπικού με αυτό. Στην

διάρκεια αυτών, η διοίκηση οφείλει να αναγνωρίζει την προσφορά του προσωπικού και προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις (Salamandari et.al, 2001). Τα προγράμματα επιβράβευσης μπορεί περιλαμβάνουν εκπαίδευση αλλά και χρηματικά ποσά. Επιπλέον, μία μονάδα υγείας θα πρέπει να έχει την ετοιμότητα εναλλαγής του μίγματος των εργαζομένων (ειδικότητες και αριθμός) ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών (Australean Government) .Τέλος, θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων τόσο για την συνθήκες εργασίας όσο και για τις προσδοκίες τους.

Ειδικότερα , όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην καλή λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας αλλά ιδιαίτερα πολύπλευρος και λόγω των παρακάτω αρμοδιοτήτων:

1. συνεχή επαφή με τους ασθενείς
2. συνεχή επαφή με τους ιατρούς
3. επαφή με το διοικητικό προσωπικό
4. καθήκοντα ιατρικά
5. καθήκοντα «νοικοκυριού» (καθαρισμός και τροφοδοσία)
6. στενή επαφή με την οικογένεια του ασθενή
7. καθήκοντα ασφάλεια, καθοδήγησης

Έρευνα που διενεργήθηκε σε ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδά σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού σε 303 νοσοκομεία παρουσιάζει ενδιαφέροντα συμπεράσματα (Aiken et.al, 2002). Η έρευνα διεξήχθη με προσωπικά ερωτηματολόγια βασισμένη σε τέσσερις μεταβλητές: στήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού από τον οργανισμό, την επάρκεια του αριθμού των νοσηλευτών, την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και καταλήγει ότι η ανάμιξη του

νοσηλευτικού προσωπικού στον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός προγράμματος ποιότητας υπήρξε σε αρκετές περιπτώσεις μηδαμινή. Η στρατολόγηση τους προκειμένου για την επιτυχία της αλλαγής και την εξασφάλιση ικανοποίησης του ασθενή. κρίνεται απαραίτητη

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων. Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου. Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα τον συνεχή αγώνα του οργανισμού. (Jackson 2001). Για παράδειγμα, στο ιατρικό κέντρο LVPEI στην Ινδία , οι Samandari et al.(2001) μας πληροφορούν ότι η ανάμιξη του προσωπικού αποδείχτηκε ουσιώδεις για την μείωση του κόστους και την επιτυχή λειτουργία των προγραμμάτων ΔΟΠ που εφαρμόζουν.

Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών

Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί το «κλειδί» της επιτυχίας για την αύξηση της πληρότητας στις ιδιωτικές κλινικές εφόσον οι ικανοποιημένοι ασθενείς αποτελούν την καλύτερη διαφήμιση (Debrah, 1994) . Η ικανοποίηση του ασθενή , κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων αυτών σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζει την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987) . Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού

προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού (NCQA) . Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994) . Κατά τον Karydis et al. (2001) , η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στη υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς.(Mosialos 1991)
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πως πρέπει να θεραπευτεί.(Eastaugh, 1987)
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος.
6. Οι υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαιτέρως ετερογενείς,
7. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα , στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis,1996) .

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν

την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angelopoulou, 1999).

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari,2001). Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994) , καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας(Smith, 2000).

Η χρήση του εργαλείου SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985) οδήγησε στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο αυτό είναι μία τεχνική μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές μεταξύ των προσδοκώμενων και των αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών. Ως προσδοκία νοείται η πεποίθηση του ασθενή για την μελλοντική επίδοση που θα λάβει ενώ ως αντίληψη νοείται η ήδη διαμορφωμένη εικόνα που έχει ο ασθενής για υπηρεσία υγείας που έχει λάβει στο παρελθόν. (Gilbert, 1992).

Η μέθοδος SERVQUAL είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα στα πλεονεκτήματα του οποίου περιλαμβάνεται η δημιουργία αποδεκτού προτύπου για την αξιολόγηση των διαστάσεων της ποιότητας, η αυστηρά δομημένη διαδικασία ανάλυσης και η άμεση εξαγωγή συμπερασμάτων (Buttle, 1994). Το εργαλείο SERVQUAL χρησιμοποιήθηκε εκτενώς σε νοσοκομεία για την μέτρηση της ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών. Η διοίκηση ενός νοσοκομείου μπορεί να χρησιμοποιήσει το παραπάνω εργαλείο για τον ακριβή προσδιορισμό της βελτίωσης της ποιότητας στον οργανισμό.

Ποιότητα και κόστος

Το κόστος αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα το οποίο καλούνται οι υπεύθυνοι των μονάδων υγείας να αντιμετωπίσουν. Το 20-30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα λαθών , αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, μη εκπαιδευμένου προσωπικού, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων(Αγγελόπουλος, 1995).

Ο Crosby (1980) υποστηρίζει ότι η ποιότητα είναι δωρεάν. Ενώ ο Rutz (2000) διακηρύττει ότι «Η πορεία προς την υπεροχή , κοστίζει λιγότερο σε έναν οργανισμό που διαθέτει συστήματα ποιότητας από ότι σε εκείνον που δεν διαθέτει». Ένα πρόσφατο παράδειγμα από τηλεοπτικό πρόγραμμα στο Ηνωμένο Βασίλειο μίας γυναίκα που επρόκειτο να χειρουργηθεί για αφαίρεση όγκου από τον εγκέφαλο επιβεβαιώνει τον Crosby. Ο χειρούργος ιατρός έκανε την τομή στην λάθος πλευρά του κρανίου γιατί η ακτινογραφία είχε τοποθετηθεί ανάποδα στο διαφανοσκόπειο.

Παραδοσιακά, βέβαια, το κόστος σχετίζεται θετικά με την ποιότητα λόγω των μεγάλων κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Μελέτες όμως που να στηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία που επικεντρώνεται στην μείωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και της Βελτίωσης Ποιότητας.

Παραδόξως, το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κάποιο κόστος , το οποίο όμως αποδεικνύεται πολύ χαμηλότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ενός ελαττωματικού προϊόντος (απώλεια αξιοπιστίας, κόστος αντικατάστασης ή επισκευής) (Jarlier and Charvet-Protat,2000).Θεωρητικά , το κόστος για την εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ αντισταθμίζεται από την αύξηση της

ποιότητας ακόμη και για τα ιδρύματα στα οποία υπάρχουν χρηματοοικονομικοί περιορισμοί. Οι Broyles και Al-Asaaf σημειώνουν ότι παρόλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για την βελτίωση της ποιότητας , ο περιορισμός των λαθών , των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών , οδηγεί σε μείωση του κόστους. Μελέτες όμως (Wright et.al ,1997) αποδεικνύουν ότι στην πράξη αρκετές φορές ούτε τα οφέλη από την μείωση του κόστους ούτε τα οφέλη από την αύξηση της ποιότητας δεν είναι τα αναμενόμενα.

Παραδοσιακά , μπορούμε να διαχωρίσουμε το κόστος ποιότητας στις ακόλουθες κατηγορίες (Lundvall and Juran,1974):

- Κόστος αποφυγής λάθους ή αλλιώς κόστος πρόληψης. Στην κατηγορία περιλαμβάνονται το κόστος εκπαίδευσης νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στις αρχές ποιότητας, το κόστος διερεύνησης των αναγκών των πελατών και το κόστος ελέγχου της ποιότητας. Γενικά, στην ιατρική θεωρείται ότι η πρόληψη είναι φθηνότερη της θεραπείας ' αντίληψη που πρέπει να διέπει και τους οργανισμούς υγείας.
- Κόστος εκτίμησης της ποιότητας. Αφορά την εκτίμηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και περιλαμβάνει την εκτίμηση των προμηθευτών και πωλητών, στην τεκμηρίωση των διεργασιών , στην εγκατάσταση ηλεκτρονικών αρχείων κά. Στην κατηγορία περιλαμβάνονται επιπλέον και τα κόστη πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας από εξωτερικούς οργανισμούς.
- Κόστος επανόρθωσης εσωτερικών και εξωτερικών λαθών. Στην κατηγορία περιλαμβάνονται τα κόστη λανθασμένων εργαστηριακών ελέγχων, αχρήστευσης υλικού, διπλής εργασίας αλλά και λανθασμένης διάγνωσης και συνταγογράφησης.

Επιπρόσθετα, είναι σαφές ότι ένα σημαντικό στοιχείο κάθε προγράμματος ποιότητας είναι η μέτρηση της απόδοσης του οργανισμού. Μελέτες έχουν δείξει όμως ότι η μέτρηση της απόδοσης από εξωτερικό συνεργάτη κοστίζει περισσότερο από τον έλεγχο της απόδοσης από τον ίδιο τον οργανισμό. Στην περίπτωση αυτή, δεν λαμβάνονται υπόψη τα παραπέρα κόστη τα οποία βαραίνουν τον οργανισμό και είναι ουσιώδη (Walshe et al, 2001), οπότε το αρχικό συμπέρασμα είναι τουλάχιστον πλασματικό.

Ο Deming (1986) υποστηρίζει ότι η εφαρμογή ΣΒΠ απαιτεί 5-7 χρόνια. Εξαιτίας της πληθώρας των απαιτούμενων πόρων για την επιτυχή εφαρμογή, οι Αμερικάνικοι Οργανισμοί Υγείας εμφανίζονται ιδιαίτερα διστακτικοί απέναντι στην νέα προσέγγιση της ΣΒΠ (McLaughlin and Kaluzny, 1999). Οι περισσότεροι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας προτιμούν να εφαρμόσουν πειραματικά σε ένα τμήμα το πρόγραμμα ΣΒΠ και μετά να αποφασίσουν την εξάπλωση του σε όλο τον οργανισμό (Solberg et al, 1997). Οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να στρέψουν τις προσπάθειες τους στην κατανόηση και βελτίωση των διαδικασιών της εργασίας με στόχο της εξάλειψη των περιττών δαπανών παρά να επικεντρωθούν σε απρογραμμάτιστες περικοπές για τον περιορισμό του κόστους (Counte and Meurer,2001).

Ο Yucelt τονίζει ότι το οικονομικό κόστος είναι δευτερεύουσας σημασίας στον κλάδο της υγείας, ειδικά όταν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος και η αποπληρωμή των λαμβανόμενων υπηρεσιών γίνεται από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Στην θέση αυτή αντιτίθενται οι Kotler και Clarke (1987) οι οποίοι αναφέρουν ότι ο καταναλωτισμός έχει εισέλθει στον κλάδο της υγείας και ότι τα νοσοκομεία ακόμη και τα δημόσια ανταγωνίζονται σε επίπεδο εξοπλισμού, επιστημονικών συνεργατών και διαδικασιών. Είναι

σαφές ότι ένα σημαντικό στοιχείο κάθε προγράμματος ποιότητας είναι η μέτρηση της απόδοσης του οργανισμού.

Τέλος, ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους αλλά και της μείωσης αυτού δεν είναι απόλυτα εφικτός. Το κόστος σε μία νοσοκομειακή μονάδα μπορεί να οριστεί τόσο ως αξία της υπηρεσίας όσο και ως αξία της ανθρώπινης ζωής. Επειδή όμως ο δεύτερος τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις που δεν λαμβάνονται υπόψη σε μία χρηματοοικονομική ανάλυση ενός οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες.

Ποιότητα και ανταγωνισμός

Η παροχή υπηρεσιών υγείας οδηγείται σε μία νέα εποχή. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και οι δημογραφικές αλλαγές , αλλά και οικονομικοί , όπως οι τεχνολογική εξέλιξη και η αύξηση της πολυπλοκότητας της ιατρικής εργασίας , συντελούν στην ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας στον κλάδο της υγείας (Friedenberg 1997).

Ο κίνδυνος της εισαγωγής της έννοιας του ανταγωνισμού στον κλάδο της ποιότητας ενέχει τον κίνδυνο αυτός να επεκταθεί από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας στους χρήστες των συγκεκριμένων υπηρεσιών . Ο Freeman(1998) επιμένει ότι ο ανταγωνισμός και η ποιότητα δεν σχετίζονται. Αν μάλιστα συγκρίνουμε αυτά σε επίπεδο κυβερνητικό, ανακαλύπτουμε ότι ο ανταγωνισμός προηγείται της ποιότητας στην λίστα των προτεραιοτήτων των κυβερνήσεων. Η αντίληψη ότι η ποιότητα είναι ένα υποπροϊόν του ανταγωνισμού και ότι περιορισμός της έννοια της ποιότητας στην διατήρηση των πόρων θεωρείται παρωχημένη.

Η ανταγωνιστικότητα είναι συνέπεια της ποιότητας σε μία επιχείρηση. Η ΔΟΠ προσδιορίζει την πορεία για την ανταγωνιστικότητα (Myron Tribus). Ο ανταγωνισμός στον κλάδο της υγείας δεν είχε ποτέ ως κύριο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών , αλλά την βελτίωση του χρηματοοικονομικού πλαισίου μέσα στο οποίο η ποιότητα μπορεί να αναπτυχθεί (Thompson, 1998). Για να διατηρήσουμε μια επιχείρηση πρέπει να εμφανίσουμε κέρδος, αλλά ωσότου οι managers συνειδητοποιήσουν ότι τα κίνητρά τους πρέπει να υπερβαίνουν αυτό της κερδοφορίας δεν θα μπορέσουν να δημιουργήσουν μία ποιοτική επιχείρηση και δεν θα μπορέσουν να ανταγωνιστούν όσους το καταφέρουν (Myron Tribus). Ο Friedenberg (1997) υποστηρίζει ότι με την αύξηση της ανταγωνιστικότητας και της ανάγκης ικανοποίησης του ασθενή, τα στοιχεία του ποιοτικού ελέγχου, της ποιότητας των υπηρεσιών και της αποδοτικότητας των οργανισμός έγιναν καίρια και για τον κλάδο της υγείας.

Benchmarking στην Υγεία

Ο Feigenbaum (1997) αναφέρει ότι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να μάθουν πολλά πεδία την σημαντικότητα της ΔΟΠ. Οι διοικητές τους πρέπει να αναγνωρίσουν τα χαρακτηριστικά των καλύτερων και πιο πετυχημένων οργανισμών Ολικής Ποιότητας και να κατανοήσουν πώς να μεταμορφώσουν τους οργανισμούς τους (Berkey, 1994). Στην ουσία , να προχωρήσουν στην γνωστή πρακτική του Benchmarking. Το Benchmarking , σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, μπορεί να οριστεί ως ακολούθως:

1. Είναι η αναγνώριση των ηγέτιδων εταιριών του κλάδου ώστε οι πρακτικές αυτών να μελετηθούν. (Berkey, 1994)
2. Είναι μία δυναμική διαδικασία για την μέτρηση προϊόντων , υπηρεσιών και πρακτικών έναντι των ισχυρότερων εταιριών του κλάδου. (Lohr et.al , 1990)

Για να γίνει μία ακριβής ανάλυση benchmarking από μία μονάδα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να:

1. Επιλεγούν οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας που παρουσιάζουν υψηλή απόδοση.
2. Όλοι οι παραπάνω θα πρέπει να συμβάλλουν στην δημιουργία ενός δείκτη για την ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.
3. Το επιθυμητό επίπεδο απόδοσης για την εταιρία θα πρέπει να είναι μετρήσιμο και αποτέλεσμα μιας επεξεργασίας δεδομένων που ανταποκρίνονται στο άριστο επίπεδο παροχής υπηρεσιών. (Kiefe et.al, 1998)

Παρόλο που οι Palmer και Mant (2000) υποστηρίζουν ότι η βελτίωση της ποιότητας πρέπει να προσανατολιστεί στην διαδικασία παρά στις μετρήσεις, οι Kiefe et al.(1998) επιμένουν ότι το benchmarking χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδιοριστεί μία πιο πρακτική πλευρά της ποιότητας και να οδηγήσει ουσιαστικά στην βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και όχι απλά στην ανάλυση των διαδικασιών. Παράλληλα, οι Kwan and Lee (1994) υποστηρίζουν ότι ο κλάδος της υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν μέσω Benchmarking σε άλλους κλάδους υπηρεσιών όπως οι τραπεζικές υπηρεσίες

Risk Management και υγεία

Η Ποιότητα και η Πρόληψη Κινδύνων είναι στενά συνυφασμένες έννοιες. Με την σύνδεση των δύο τμημάτων σε μία ιδιωτική κλινική σχεδιάζονται διορθωτικές κινήσεις. Το Risk Management σε μία ιδιωτική κλινική ασχολείται με την ασφάλεια, την τήρηση των προτύπων, τις υπηρεσίες υποδοχής και παροχής υπηρεσιών και της τροφοδοσίας. Ο στόχος της διοίκησης αντιμετώπισης κινδύνων (Risk Management) είναι η πρόληψη κάθε βλάβης στους ασθενείς. Η Διοίκηση για τους νοσοκομειακούς κινδύνους αφορά την πρόληψη λοιμώξεων και εξάπλωσης ασθενειών στην νοσοκομειακή μονάδα.

Το Risk Management αναλύει όλες τις πιθανότητες κλινικών κινδύνων και προλαμβάνει όχι μόνο τους κινδύνους αλλά και τα παράπονα των ασθενών. Άλλωστε, η καλή σχέση ασθενών και θεραπευτών αλλά και η προώθηση ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν προτεραιότητες για το Risk Management. Θα πρέπει όμως να τονίσουμε ότι λόγω της ευαισθησίας του αντικειμένου του, το τμήμα του Risk Management οφείλει να διαθέτει νομική υποστήριξη για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και των εργαζομένων των νοσοκομείων.

Ευρωπαϊκή πολιτική και υγεία

Η ευρωπαϊκή κοινότητα εδραίωσε το ενδιαφέρον της για την υγεία με την θέσπιση ειδικής ομάδας άρθρων για την προστασία της στις ιδρυτικές συνθήκες της Ρώμης (1957), του Μάαστριχ (1992) και του Άμστερνταμ (1997). Το ενδιαφέρον της κοινότητας εστιάζεται κυρίως στην θέσπιση μέτρων για την προστασία της

δημόσιας υγεία και την αποφυγή εξάπλωση ασθενειών (Cucic, 2000).

Κάθε κράτος μέλος υποχρεούται: α) να συντάσσει ετήσια έκθεση για την υγεία αλλά και για την εφαρμογή ή μη των κοινοτικών οδηγιών β) να εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς εξασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας γ) να ιδρύσει φορέα αξιολόγησης των τεχνολογικών εξελίξεων καθώς και των πρακτικών των μονάδων υγείας. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τόσο τα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας όσο και η λειτουργία των συστημάτων υγείας (www.europa.eu.int) .

Να σημειώσουμε ότι η τάση των τελευταίων ετών για την εφαρμογή των κανόνων της αγοράς στην υγεία που επικρατεί παγκοσμίως οδήγησε την κοινότητα στην θέσπιση μέτρων κατά των μονοπωλίων, που προς το παρόν αφορούν τις φαρμακευτικές εταιρίες αλλά και τις ερευνητικές οργανώσεις(Cucic, 2000).

Διεθνείς και Εθνικοί Οργανισμοί Πιστοποίησης και Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία

Την έννοια της πιστοποίησης για νοσοκομειακές μονάδες συναντούμε πρώτη φορά το 1918 σε μία έρευνα του American College of Surgeons όπου ορίζονται πέντε προϋποθέσεις που θεωρούνται ουσιώδεις για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε ασθενείς. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η αυξημένη επιτήδευση της ιατρικής επιστήμης αλλά και η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομείων οδήγησαν σε αναθεώρηση των προτύπων.(Rutz, 1999) Το 1951 δημιουργήθηκε η Ένωση για την Πιστοποίηση των Νοσοκομείων με την σύμπραξη των American College of

Physicians, American College of Surgeons και του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου. (Roberts et.al, 1987) Τα προγράμματα πιστοποίησης συστημάτων και υπηρεσιών υγείας πολλαπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια και πλέον υπάρχει πληθώρα αυτών για κάθε είδος οργανισμού υγείας. (Walshe et.al, 2001). Σύμφωνα με την έκθεση του Dr Shaw για το κέντρο CASPE το 2001, περισσότερα από το 50 % των εθνικών προγραμμάτων παγκοσμίως , τα οποία έχουν αναγνωριστεί από το World Health Organization , διαμορφώθηκαν στην Ευρώπη από το 1990 μέχρι σήμερα. Πριν το 1995, δεν υπήρχε νομοθετική ρύθμιση στην Ευρώπη που να αφορά την πιστοποίηση. Σήμερα, η μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί θεσμό ενώ σε Ιταλία και Γαλλία ο νόμος ορίζει κατευθυντήριες γραμμές για την πιστοποίηση των οργανισμών υγείας (Shaw , 2001) .

Στην χώρα μας, δεν υπάρχει καμία κυβερνητική πρωτοβουλία για την εισαγωγή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας ή για την πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν, όμως, κυβερνητικές εξαγγελίες για νομοθετικές αλλαγές που θα επιβάλλουν την βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν προγράμματα πιστοποίησης ή πρότυπα οργανωσιακής συγκρότησης για τους οργανισμούς υγείας. Υπάρχουν περιορισμένες πρωτοβουλίες στο θέμα της μέτρησης απόδοσης των οργανισμών κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία π.χ. ΑΧΕΠΑ με την συνεργασία ευρωπαϊκών οργανώσεων π.χ. European Health Managers Forum.Ο εθνικός οργανισμός πιστοποίησης ΕΛΟΤ παρόλο που αποδεικνύεται ιδιαίτερα δραστήριος σε άλλους βιομηχανικούς κυρίως κλάδους δεν έχει αναπτύξει πρότυπα για την περίθαλψη σε εθνικό επίπεδο (CASPE – Ελλάδα) .

Μερικά παραδείγματα εθνικών οργανισμών πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας σε οργανισμούς υγείας σε διεθνές επίπεδο είναι τα ακόλουθα:

1. Στην Μαλαισία ιδρύθηκε το 2000 η Malaysian Society for Quality in Health από την συνεργασία της Κυβέρνησης και των ιδιωτικών παραγόντων παροχής περίθαλψης. Η διαδικασία πιστοποίησης που ακολουθεί ο οργανισμός βασίζεται στα διεθνή πρότυπα για την ποιότητα στις υπηρεσίες, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση. Μέχρι τον Αύγουστο του 2002, 24 δημόσια νοσοκομεία και μόλις ένα ιδιωτικό είχαν πιστοποιηθεί.
2. Στην Νότια Αφρική ιδρύθηκε το 1995 ο ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός Council for Health Service Accreditation of South Africa (COHSASA). Το καταστατικό του προβλέπει την συνεργασία Κράτους , ιδιωτικών επιχειρήσεων, ανεξάρτητων επαγγελματιών και των καταναλωτών και διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο που έχει 18 μέλη. Από το 1996 μέχρι το 2000, 193 ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει το πρόγραμμα του οργανισμού και έχουν πιστοποιηθεί από αυτόν. Το πρόγραμμα του COHSASA αφορά τόσο τις κύριες λειτουργίες της νοσοκομειακής μονάδας πχ διαδικασία εισαγωγής στο χειρουργείο όσο και δευτερεύουσες πχ έλεγχος μολύνσεων στα πλυντήρια.
3. Στην Χιλή ιδρύθηκε το 1991 από το Υπουργείο Υγείας ο Εθνικός Οργανισμός Αξιολόγησης της Ποιότητας με τον τίτλο *Proyecto para la evaluación y Mejoramiento de la Calidad* . Η αρχική ομάδα του οργανισμού παρακολούθησε σεμινάρια στο εξωτερικό και επιμορφώθηκε εκτενώς σε θέματα ποιότητας στον τομέα της υγείας από διεθνώς

αναγνωρισμένους επιστήμονες. Μετά από λίγα χρόνια, ο παραπάνω οργανισμός αναπτύχθηκε ως προς τον σκοπό του και την λειτουργία του δίνοντας έμφαση στην αποκεντρωμένη και καθολική εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με την συμμετοχή των επαγγελματιών , του Κράτους αλλά και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων στην προσπάθεια αυτή.

4. Στην Νέα Ζηλανδία, το Εθνικό πρόγραμμα Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Υγείας δημιουργήθηκε για να εξασφαλίσει την αριστότητα των υπηρεσιών υγείας. Είναι ανεξάρτητος οργανισμός και η συμμετοχή σε αυτό είναι οικειοθελής. Σύμφωνα με το καταστατικό τους , η πιστοποίηση έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: αύξηση της απόδοσης, δημιουργία ισχυρών ηγετών, ενθάρρυνση ομαδικής εργασίας, βελτίωση δημόσιας εικόνας του οργανισμού , εντρύφηση της κουλτούρας της βελτίωσης ποιότητας και πλήρωση των απαιτήσεων του Υπουργείου Υγείας.

Όσον αφορά το μοντέλο αριστότητας EFQM, αναπτύχθηκε το 1999 από μία ομάδα αντιπροσώπων πολυεθνικών εταιριών και με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το EFQM παρέχει ένα γενικότερο πλαίσιο για την διοίκηση νοσηλευτικών μονάδων από ότι τα περισσότερα παραδοσιακά μοντέλα περίθαλψης υγείας (Navitz et al. ,2000) στο οποίο δεν περιλαμβάνονται ειδικές νόρμες και πρότυπα για την διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (όπως για παράδειγμα στο EAS ,King's Fund και PACE). Πλέον, στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ,το μοντέλο EFQM χρησιμοποιείται από τις μονάδες υγείας κυρίως για την αξιολόγηση και τον επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων και διαδικασιών ελέγχου που οι ίδιες αναπτύσσουν. Θα παρατηρήσουμε ότι η χρησιμοποίηση ειδικών συμβούλων για την εκπαίδευση των

διευθυντών των τμημάτων και των υπευθύνων των διατμηματικών ομάδων θεωρείται απαραίτητη κατά τον Jackson (2000) για την επιτυχημένη εφαρμογή ενός μοντέλου EFQM.

Η International Organization for Standards ιδρύθηκε το 1947 και έχει αναπτύξει περισσότερα από 12000 πρότυπα για την πιστοποίηση των διαδικασιών. Παρά τις προσπάθειες πολλών εταιριών να μεταφράσουν τα συγκεκριμένα πρότυπα για τον τομέα της υγείας δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα προς αυτήν την κατεύθυνση. Υπάρχουν, πάντως, αρκετοί εξωτερικού σύμβουλοι που βοηθούν τους νοσηλευτικούς οργανισμούς για την ερμηνεία των προτύπων.

Ένας ακόμη ευρωπαϊκός οργανισμός για την προώθηση της ποιότητας στο τομέα της υγείας είναι ο σύνδεσμος European Socities for Quality in Healthcare (ESQH) που έχει ως σκοπό την εναρμόνιση των εθνικών οργανισμών πιστοποίησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο και την οργάνωση συνεδρίων για την κοινωνία της γνώσης.

Στις ΗΠΑ , το εθνικό βραβείο ποιότητας Malcolm Baldridge έχει ειδικό τμήμα για την βράβευση υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ενθάρρυνση της εξέλιξης του κλάδου και της προαγωγής της ποιότητας υγείας.

Ιδιωτικές κλινικές

Η κατάσταση της ιδιωτικής περίθαλψης

Στην Ελλάδα, η ιατρική περίθαλψη των ασθενών γίνεται κυρίως από το Εθνικό Υπηρεσία Υγείας , η οποία διαθέτει 52 περιφερειακά κέντρα σε όλη την επικράτεια. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα κεφάλαια της κοινωνικής ασφάλισης και τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Παρόλα αυτά, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών που διαθέτουν επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.

Όσον αφορά τις ιδιωτικές κλινικές , ανέρχονται σε 245 σε όλη την επικράτεια και διακρίνονται ως εξής:

- Μικτές: 140 ,
- Ειδικές: 67 ,οι περισσότερες εκ των οποίων είναι γυναικολογικές- μαιευτικές,
- Ψυχιατρικές: 38

Σύμφωνα με την έκθεση του ερευνητικού κέντρου CASPE, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια διαθέτουν το 28,6 % του συνολικού αριθμού κλινών στην χώρα και τα έσοδά τους το 50% της συνολικής δραστηριότητας του κλάδου.

Το Κράτος αποτελεί τον κύριο χρηματοδότη των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών στην Ελλάδα. Επιδοτώντας τις 2 από τις 3 κλίνες πανελληνίως καλύπτει τις τεράστιες ελλείψεις που έχει το ΕΣΥ σε ψυχιατρικές μονάδες. Όταν η ασφαλιστική αμοιβή μίας γενικής ιδιωτικής κλινικής ανέρχεται σε 23 ευρώ ημερησίως ,η αντίστοιχη αμοιβή σε μία ψυχιατρική κλινική ξεπερνά το 75 Ευρώ. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές εμφανίζουν την μεγαλύτερη ανάπτυξη στον κλάδο και διεθνώς κυρίως λόγω των κυβερνητικών χρηματοδοτήσεων. Τα έσοδα των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών

στο Ηνωμένο Βασίλειο ανήλθαν σε 381 εκατομμύρια λίρες το 2002 , έχοντας σημειώσει αύξηση 11% σε σχέση με το 2001.(Laing' s Health-care Market Review 2003-2004)

Ο Yong (2000) υποστηρίζει ότι δεν θα πρέπει να υποτιμούμε την αξία του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αφού παγκοσμίως το 50% των εσόδων του κλάδου της υγείας προέρχεται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όμως, θα πρέπει να τονίσουμε ότι αν και υπάρχει πληθώρα μελετών που βεβαιώνει ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υπηρεσιών έχουν μεγαλύτερη κερδοφορία από τις δημόσιες, δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες για τον κλάδο της υγείας (Majumbar ,1996).

Ο Phillip Blackburn, οικονομολόγος των Laing and Buisson, αναφέρει ότι παρά την αυξημένη ζήτηση που παρατηρήθηκε για τις ιδιωτικές κλινικές κατά τα έτη 2002-2003, η ανάπτυξη τους φαίνεται να περιορίζεται λόγω των προβλημάτων της οικονομίας. Συνεπώς, οι μελλοντικές προβλέψεις για την αγορά της ιδιωτικής περίθαλψης δεν είναι θετικές, γεγονός που ίσως αντισταθμίσει η αυξημένη ζήτηση του ΕΣΥ σε συνδυασμό με τις περιορισμένες δυνατότητες του τελευταίου.

Ο κλάδος της ιδιωτικής περίθαλψης συνεχίζει να είναι ισχυρός στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με την έκθεση Laing's Health-care Market Review 2003-2004. Τα έσοδα των ιδιωτικών θεραπευτηρίων για το 2002 ανήλθαν σε 2.475 εκατομμύρια λίρες για το έτος 2002, έχοντας σημειώσει αύξηση 8,5% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί μεν απειλεί για την ιδιωτική περίθαλψη αλλά η έρευνα αποκαλύπτει ότι η χρηματοδότηση κλινών των ιδιωτικών θεραπευτηρίων από το κράτος αυξήθηκε από το 2001 ενώ η ζήτηση για νοσηλεία σε ιδιωτικά νοσοκομεία παρέμεινε σταθερή. Οι προβλέψεις πάντως για το 2005 προμηνύουν αύξηση της ζήτησης

σε δημόσια νοσοκομεία λόγω της σταδιακής μείωσης του χρόνου αναμονής σε αυτά αλλά και των αυξήσεων στο κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ινδία , το 80% των ιατρών της χώρας δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα, νοσηλεύεται το 67% των εσωτερικών ασθενών. Από τους ασθενείς αυτούς , μόνο το 59% ανήκουν στις οικονομικά ανώτερες τάξεις, γεγονός που καταδεικνύει ότι ο ιδιωτικός τομές αποτελεί την απάντηση στην χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών των δημοσίων νοσοκομείων (Krause, 2000). Στην ιδιωτική περίθαλψη καταφεύγει κυρίως η αστική τάξη της Τανζανίας, τα μέλη της οποίας έχουν οικονομική άνεση, σε αντίθεση με τους κατοίκους της επαρχίας που δεν μπορούν οικονομικά να νοσηλευτούν σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Munshi, 1997) .

Νομοθεσία

Η πολυπλοκότητα του κλάδου της υγείας , με την ιδιόμορφη διάθεση , τις πολυάριθμες επιχειρήσεις , την χαμηλή επένδυση και τα περιορισμένα αρχεία δυσκολεύει ιδιαίτερα την κατάστρωση νομοθετικών ρυθμίσεων από την κυβέρνηση. (Rosethal and Nembrander, 1996).

Στη χώρα μας, το νομικό καθεστώς που διέπει τις ιδιωτικές κλινικές είναι περίπλοκο. Οι ιδιωτικές κλινικές που πήραν άδεια σύστασης και λειτουργίας πριν το 1991, λειτουργούσαν μέχρι τις 30/06/2004 βάσει των Βασιλικών Διαταγμάτων 451/62 και 521/63. Για τις κλινικές που ιδρύθηκαν από το 1991 μέχρι σήμερα ισχύουν τα Προεδρικά Διατάγματα 247/91 και 517/91. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο διάστημα 1982-1991 , δεν χορηγούνταν άδειες ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών.

Μετά την δημοσίευση των προεδρικών διαταγμάτων του 1991, δημιουργήθηκε νομοθετικό χάος εφόσον υπήρχαν διαφορετικοί νομικοί περιορισμοί για τις παλιές και νέες κλινικές. Ειδικότερα τα Β.Δ. ήταν πολύ ευνοϊκότερα για τους επιχειρηματίες χωρίς τις απαιτήσεις σε εξοπλισμούς, προσωπικό και χώρους που είχαν τα ΠΔ. Το πρόβλημα αυτό απασχόλησε τις ελληνικές κυβερνήσεις για εννέα περίπου χρόνια, μέχρι το 2000 οπότε και δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το ΠΔ 235/00.

Το συγκεκριμένο διάταγμα, έχει ως αντικείμενο τον εκσυγχρονισμό των κλινικών που λειτουργούσαν βάσει των ΒΔ 451/62 και 521/63. Ευθυγραμμίζει τις απαιτήσεις των ΠΔ του 1991 με τις υποχρεώσεις που πλέον έχουν όλες οι κλινικές. Το ΠΔ 235/00 έθετε ως χρόνο προσαρμογής των παλαιών κλινικών το διάστημα μέχρι 31/12/2002. Μέχρι σήμερα, το διάστημα προσαρμογής δεν έχει παρέλθει αφού το Υπουργείο Υγείας κάθε έξι μήνες ανακοινώνει εξάμηνες παρατάσεις για την λήξη της περιόδου προσαρμογής. Μέχρι την αρχή του 2004 μόλις το 45% των ιδιωτικών κλινικών είχαν συμμορφωθεί με την νέα νομοθεσία. (www.care.gr)

Συνοπτικά, τα παραπάνω διατάγματα θέτουν προϋποθέσεις για το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό) , τον εξοπλισμό (ιατρικό και ξενοδοχειακό) και τους χώρους (επιφάνεια διαδρόμων-χειρουργείων και επένδυση αυτών. Ορίζει τα απαραίτητα εργαστήρια για το μέγεθος κάθε κλινικής αλλά και τους όρους συνεργασίας με εξωτερικούς ιατρούς σε θέματα εξετάσεων. Επιπλέον, διαχωρίζει τα είδη των ιδιωτικών κλινικών ανάλογα με τα τμήματα και εργαστήρια που διαθέτουν (ειδικές, μικτές, γενικές και ψυχιατρικές). Σε κανένα από τα διατάγματα δεν βρίσκουμε κάποιο άρθρο για ποιοτικό έλεγχο και μέτρηση απόδοσης των

ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ενώ υπάρχει πρόβλεψη για γραφείο ποιότητας στα δημόσια νοσηλευτήρια.

Εφόσον στον ιδιωτικό τομέα συνυπάρχουν πολλοί διαφορετικοί συνεργάτες, η κυβέρνηση θα πρέπει να προσδιορίσουν προσεκτικά τους στόχους και το περιεχόμενο της πολιτικής τους. (WHO, 2000) Μέτρα θα πρέπει να ληφθούν για την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και για την προστασία των καταναλωτών από ιατρικά λάθη, μονοπωλιακές καταστάσεις αλλά υπερτιμολόγηση υπηρεσιών (Bloom ,1999).Οι ρυθμίσεις της κυβέρνησης θα πρέπει να συμπεριλάβουν και την διασφάλιση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους εκτός από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα (Buse, 2000). Επιπλέον το ενδιαφέρον της Κυβέρνησης θα πρέπει να επικεντρωθεί στην κατανόηση των συνθηκών που θα πρέπει να υπάρχουν για την παροχή υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο στο τι ενέργειες πρέπει να τελεσθούν (Rosethal and Nembrander , 1996).

Διεθνώς συναντούμε αρκετά παραδείγματα της θεσμοθέτησης των αρχών της ποιότητας όπως είναι η οδηγία του υπουργείου Υγείας της Αυστραλίας που εξέδωσε για την ποιότητα στην ιδιωτική περίθαλψη, και η οποία περιλαμβάνει συγκεκριμένα κριτήρια ποιότητας για την πλήρωση των οποίων τα ιδιωτικά θεραπευτήρια υποχρεούται(Australian Government). Τα κριτήρια αυτά αφορούν συστήματα ελέγχου λοιμώξεων, μέτρησης απόδοσης διοικητικών εργαλείων, διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων κα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει το σύστημα των 24 αρχών της Wimpole Street που αποτελεί το πλαίσιο κριτικής για τις κυβερνητικές πρωτοβουλίες σχετικά με την υγεία. Αφορά την προστασία της υγείας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, την παροχή υπηρεσιών σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινωνικές διαστάσεις του θέματος. Ασχολείται με την αποτελεσματικότητα των νομοθετικών ρυθμίσεων , την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας και την

αποδοτικότητα διαφορετικών μεθόδων στην περίθαλψη (Shaw , 2000).

Συνεργασία με δημόσια νοσοκομεία

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως σουρεαλιστικό (Λιαρόπουλος, 2004). Από την μία έχουμε το απαξιωμένο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με χαρακτηριστικά του τα «φακελάκια», τα δύσκαμπτα νομοσχέδια, τα προβλήματα αναμονής κά. Από την άλλη, το σύστημα των ιδιωτικών νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από υψηλά κόστη και αμφισβητήσιμη ποιότητα υπηρεσιών.

Η λύση , κατά τον Έλληνα επιστήμονα, είναι απλή ως προς την σύλληψή της αλλά δύσκολη στην εφαρμογή της. Η δημιουργία ενός μικτού συστήματος ανάπτυξης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ελληνικής κοινωνίας. Με άλλα λόγια, η συνεργασία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας με τον δημόσιο τομέα θα επιλύσει σοβαρά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η κυβέρνηση μπορεί να αναμίξει τον ιδιωτικό τομέα στον προγραμματισμό σχετικά με τη υγεία και να αναγνωρίσει την συμμετοχή του στην προώθησή της (Sharma Suneeta) . Η τακτική του outsourcing ακολουθείται ευρέως από το Κράτος προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες σε κλίνες των δημοσίων νοσοκομείων. Η πράξη αυτή στηρίζει οικονομικά τον ιδιωτικό τομέα, προσδίδοντας διαφάνεια στον δημόσιο (Palmer, 1997).

Παγκοσμίως γνωστό παράδειγμα ελέγχου του κόστους λειτουργίας ενός νοσοκομείου είναι αυτό του οφθαλμολογικού κέντρου LV Prasad Eye Institute (LVPEI) στην Ινδία. Το κέντρο

αυτό είναι ιδιωτικό αλλά μη κερδοσκοπικό και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από δωρεές. Με την εισαγωγή προγραμμάτων συνεχούς Βελτίωσης ποιότητας η διοίκηση του LVPEI έχει δημιουργήσει ένα πρότυπο ιατρικό κέντρο, στο οποίο εκτός από οφθαλμολογικές θεραπείες πραγματοποιούνται και εκτεταμένες επιστημονικές έρευνες. Η διοίκηση έχει προχωρήσει στην δημιουργία της πρώτης τράπεζας οφθαλμών στην Ινδία αλλά και στην ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης για τους ασθενείς. Στην Βόρεια Αμερική , η συνεργασία ιδιωτικών και δημόσιων θεραπευτηρίων είναι ευρέως διαδεδομένη. Σε ΗΠΑ και Καναδά τα νοσοκομεία είναι στην πλειοψηφία τους ιδιωτικά αλλά λαμβάνουν σημαντική χρηματοδότηση από το Κράτος. Προγράμματα όπως το Medicare και το Mediaid στις ΗΠΑ αποτελούν κύριους χρηματοδότες των νοσοκομείων. Σε χώρες όπως η Ινδία η συνεργασία αυτή είναι ακόμη σε πολύ αρχικό στάδιο (Shepard et.al,1993). Η ευρωπαϊκή εμπειρία είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική. Τα συστήματα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε χώρες της Σκανδιναβίας και της Κεντρικής Ευρώπης ενσωμάτωσαν την επιχειρηματική πρωτοβουλία σε πολλά ζητήματα της δημόσιας υγείας με ιδιαίτερη επιτυχία.

Τέλος, στην χώρα μας το Κράτος προχώρησε σε συνεργασία με ιδιωτική κλινική στην περίπτωση του νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν, όταν έγινε μέτοχος στην Ανώνυμη Εταιρία που το διοικεί. Με τον τρόπο αυτό κατάφερε η πολιτεία να εξασφαλίσει μεγάλο αριθμό κλινών για να ικανοποιήσει την ζήτηση του διπλανού δημόσιου νοσοκομείου.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ιδιωτικής περίθαλψης

Οι άνθρωποι στρέφονται προς την ιδιωτική περίθαλψη για μία πληθώρα λόγων κατά τον αρθρογράφο της Manchester Online:

1. Για αποφυγή αναμονής για περίθαλψη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η ποιότητα ζωής ενός ασθενή που αναμένει σε λίστα αναμονής για μία επέμβαση είναι υποβαθμισμένη.
2. Ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός των ιδιωτικών θεραπευτηρίων είναι πολύ καλύτερος από ότι στα δημόσια νοσοκομεία. Τα δωμάτια είναι πιο ευρύχωρα, το μενού πιο πλούσιο και υπάρχουν υπηρεσίες όπως φαξ, internet κλπ που δεν προσφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία.
3. Ορισμένες υπηρεσίες δεν περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα του ΕΣΥ όπως οι πλαστικές επεμβάσεις καλλωπισμού, οι θεραπείες υπογονιμότητας κα.

Στην Ελλάδα, η κοινή γνώμη της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει εικόνες στενών διαδρόμων, μουχλιασμένων κτιρίων, φθαρμένων επίπλων και δυσάρεστες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες προσθέτουν περισσότερη ανησυχία στους ήδη αγχωμένους για την υγεία τους ασθενείς. Στον αντίποδα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία χαρακτηρίζονται μεν από λαμπερά χρώματα, υποδομές και έπιπλα τα οποία ενθαρρύνουν τα ευχάριστα συναισθήματα αλλά κατηγορούνται για υπερβολική επιδίωξη κέρδους(Υγεία 1995). Επιπλέον, οι πελάτες των οργανισμών υγείας ξοδεύουν μεγάλα ποσά στην ιδιωτική περίθαλψη προκειμένου να έχουν εύκολη πρόσβαση , υψηλής ποιότητας υπηρεσίας και εμπιστευτικότητα (Sharma Suneeta).

Ένα σημαντικό μειονέκτημα των ιδιωτικών κλινικών αποτελεί η απουσία ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) από αυτές κυρίως

λόγω του υπέρογκου κόστους ανάπτυξης τους. Αν και πολλές κλινικές υποχρεώνονται λόγω δυναμικότητας και ποικιλίας τμημάτων να διαθέτουν τμήμα ΜΕΘ, αυτό δεν χρησιμοποιείται. Σε βαριά περιστατικά, οι υπεύθυνοι ιατροί καλούν το ΕΚΑΒ και μεταφέρουν τους ασθενείς σε δημόσια νοσοκομεία ώστε να μην κινδυνεύσει η υγεία τους αλλά και η φήμη της ιδιωτικής κλινικής. Επίσης, στις ιδιωτικές κλινικές δεν προάγεται η ανάπτυξη του ιατρικού κλάδου αφού δεν διενεργούνται έρευνες και μελέτες.

Διαχείριση ποιότητας και ιδιωτική περίθαλψη

Σε διεθνές επίπεδο, η εφαρμογή προγραμμάτων Διαχείρισης Ποιότητας ποικίλλει τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όπως έχουμε προαναφέρει, τα προγράμματα ποιότητας μπορούν να προσφέρουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα στον οργανισμό που τα εφαρμόζει τόσο με την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και με την βελτίωση της φήμη που διαθέτει.

Η βελτίωση των παρεχόμενων φροντίδων στο χώρο του νοσοκομείου συμπεριλαμβάνει έναν ευρύ τομέα από την εκτίμηση της κλινικής διάγνωσης, της ακρίβειας των εργαστηριακών εξετάσεων, την πολυτέλεια των ξενοδοχειακών υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα της κλινικής φροντίδας. Όσον αφορά την φήμη, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η φήμη αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την μονάδες υγείας αλλά και για τους ιδιώτες ιατρούς.

Συγκεκριμένα, η European Committee of Private Hospitals διακηρύττει ότι:

1. Η ποιότητα είναι ηθική και σημαντική υποχρέωση του ιατρικού προσωπικού ενώ είναι ουσιώδης για μία ιδιωτική κλινική όπως και για κάθε ιδιωτική επιχείρηση.

2. Η εφαρμογή της ΔΟΠ δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως περιορισμός αλλά σαν ευκαιρία από τις κλινικές για να αποκτήσουν κύρος.
3. Θα πρέπει όλες οι ιδιωτικές κλινικές να υιοθετήσουν δομημένα προγράμματα ποιότητας είτε εκτίμησης της απόδοσης είτε διασφάλισης της ποιότητας.
4. Ο έλεγχος του κόστους δεν αποτελεί σκοπό μία ιδιωτικής κλινικής αλλά παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την ανώτερη διοίκηση.
5. Είναι απαραίτητο σε μία ιδιωτική κλινική να υπάρχει ηλεκτρονικό σύστημα αρχειοθέτησης καθώς και διατμηματικές επιτροπές εκτίμησης της ποιότητας.
6. Η διασφάλιση της ποιότητας δεν είναι ευθύνη μίας εξωτερικής ελεγκτικής επιτροπής και θα πρέπει οι εθνικές ενώσεις ιδιωτικών κλινικών να δημιουργήσουν εσωτερικά πρότυπα για την αξιολόγηση τους.

Στην Ελλάδα, ελάχιστα δημόσια νοσοκομεία και μόνο σε μερικά τμήματα αυτών εφαρμόζονται προγράμματα βελτίωσης ποιότητας π.χ. ΑΧΕΠΑ, τμήμα αναισθησιολογίας και Ωνάσειο , τμήμα ποιότητας, Ιπποκράτειο Νοσοκομεία κλπ. Όσον αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία, μόνο στο ΙΑΣΩ (Αθήνα) αναφέρει στην ετήσια έκθεση του (2002) την προσπάθεια για βελτίωση ποιότητας.

Η παραπάνω «αδιαφορία» των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων για την εφαρμογή ποιότητας οφείλεται κυρίως στην οργάνωση και την στρατηγική τους. Περισσότερα από 80 κλινικές βρίσκονται στην επαρχία, γεγονός που περιορίζει αρκετά τις οικονομικές δυνατότητές τους αλλά την δυνατότητα ανάπτυξης του μεριδίου αγοράς τους. Επιπλέον, η οικονομική κατάσταση των επαρχιακών κυρίως κλινικών είναι ιδιαίτερα δυσχερής αφού το Δημόσιο και οι ασφαλιστικές οργανώσεις καθυστερούν τις πληρωμές κλινίστρων

και εξόδων νοσηλείας των ασθενών περισσότερο από 2 χρόνια. Εξαίρεση αποτελεί ο ΟΓΑ που δεν καταβάλλει καμία ανταμοιβή στις ιδιωτικές κλινικές για την νοσηλεία των ασθενών του τα τελευταία 5 χρόνια.

Αποτέλεσμα των παραπάνω δυσκολιών είναι καταρχήν η απευθείας επιβάρυνση των ασθενών με το κόστος της νοσηλείας τους. Ακολουθεί η εγκατάλειψη της ιδέας της ποιότητας κυρίως από τις ιδιωτικές κλινικές της επαρχίας. Οι κλινικές των αστικών κέντρων φαίνεται να διανύουν περίοδο άνθησης αφού εισπράττουν το 50% των εσόδων του κλάδου της υγείας στις περιοχές αυτές (Λιαρόπουλος, 2004).

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε ότι η ανάγκη για εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας είναι αναγκαία για τις ιδιωτικές κλινικές. Η εφαρμογή των αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει σημαντικά στην αύξηση της ανταγωνιστικότητας και της θέσης τους στην αγορά.

Ο επανασχεδιασμός των διαδικασιών θα εξοικονομήσει πολύτιμους πόρους για τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Η παροχή πολυτελών δωματίων και υπηρεσιών τροφοδοσίας δεν αποτελούν βασικά στοιχεία μίας μονάδας υγείας αν και φαίνεται να έχουν κάποια βαρύτητα για τους καταναλωτές (Smith et.al, 2002). Οι διαδικασίες που μπορούν να συμβάλουν καίρια στην ανάπτυξη του οργανισμού εάν επανασχεδιαστούν βάσει των αρχών της ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

1. Διαδικασία εισόδου: αποτελείται από όλη την διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο θεραπευτήριο μέχρι την παροχή νοσηλείας. Χαρακτηρίζεται από έντονη γραφειοκρατία και διάρκεια, γεγονός που δυσχεραίνει την εργασία των ιατρών και επιβαρύνει την υπομονή των ασθενών. Η συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης μπορεί να επιτευχθεί με την αποβολή

των περιττών διαδικασιών π.χ. μηχανοργάνωση της υποδοχής.

2. Οργανόγραμμα: αναφέρεται στην δυσκαμψία και την πολυπλοκότητα της οργάνωσης της ιεραρχίας εξουσίας. Δύο παράλληλες γραμμές εξουσίας , που ουσιαστικά αντικρούονται πρέπει να επανασχεδιαστούν ώστε να υπάρχουν ευέλικτες διατμηματικές ομάδες πχ συνεργασία νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων για τις προμήθειες βοηθητικού υλικού.
3. Προσωπικό: αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα όλου του προσωπικού. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία ενός προγράμματος ποιότητας είναι η εξοικείωση του προσωπικού με την ποιότητα και η συνεχής εκπαίδευσή του σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας στον οργανισμό π.χ. επιμόρφωση των στελεχών που θα εκπαιδεύσουν το υπόλοιπο προσωπικό και θα επιβλέψουν την εφαρμογή του προγράμματος ποιότητας.
4. Εργαστηριακές εξετάσεις: η επανάληψη εργαστηριακών εξετάσεων λόγω λάθους αλλά και η λανθασμένη διάγνωση βάσει αυτών προκαλούν ανεπιθύμητα κόστη για τον οργανισμό. Η διαμόρφωση μίας απλής και συγκεκριμένης διαδικασίας για την διαχείριση εργαστηριακών εξετάσεων θα εξοικονομήσει χρόνο και κόπο και θα βοηθήσει στην πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων.
5. Υγιεινή και ασφάλεια: αφορά την τήρηση απλών και μη διαπραγματεύσιμων κανόνων για την εξασφάλιση του οργανισμού από ατυχήματα και κινδύνους λοιμώξεων.

Όπως σε κάθε οργανισμό , έτσι και σε μία ιδιωτική κλινική η επιτυχία εφαρμογής ενός προγράμματος ποιότητας απαιτεί την δέσμευση της διοίκησης , τον σωστό σχεδιασμό των διεργασιών

αλλά και την συνεχή αξιολόγηση τους. Απαιτείται έμφαση και στις ακόλουθες τέσσερις φάσεις εφαρμογής του προγράμματος:

- Ενημέρωση, δηλαδή προετοιμασία του οργανισμού για την εισαγωγή του προγράμματος καθώς και ο πρώτος σχεδιασμός των εργασιών και του στόχου αυτού,
- Γνώση, δηλαδή εκπαίδευση του προσωπικού και δημιουργία συστήματος επίλυσης προβλημάτων,
- Εφαρμογή , δηλαδή η εγκατάσταση του προγράμματος και η στοιχειοθέτηση του οργανωσιακού οράματος,
- Ολοκλήρωση, δηλαδή η εκτίμηση και η συνεχής αξιολόγηση της πορείας του οργανισμού καθώς και της ικανοποίησης εργαζομένων και πελατών από τις αλλαγές.

Συνοψίζοντας, υπογραμμίζεται ότι η προσπάθεια για την εισαγωγή της ποιότητας στις ιδιωτικές κλινικές πρέπει να εντατικοποιηθεί. Η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας θα βοηθήσει ουσιαστικά στην ανάπτυξη του κλάδου με τους ακόλουθους τρόπους:

- Θα βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στον ασθενή,
- Θα συμβάλλει στην υψηλή ικανοποίηση του πελάτη,
- Θα συμβάλει στην αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού,
- Θα βοηθήσει στον περιορισμό των λαθών,
- Θα βοηθήσει στην διαμόρφωση οργανωσιακής κουλτούρας,
- Θα συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση της κερδοφορίας και στην μεγιστοποίηση του μεριδίου αγοράς.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας από μία ιδιωτική επιχείρηση αποτελεί δύσκολο πεδίο επιχειρηματικής δράσης. Η συνεχής

παραγωγή περιοριστικών νόμων αλλά και οι απρόσμενες αλλαγές στις συνεργασίες με τα ασφαλιστικά ταμεία δημιουργούν ασταθείς συνθήκες για την ανάπτυξη μίας ιδιωτικής κλινικής. Όμως, η έννοια της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολυδιάστατη. Μπορεί να βοηθήσει σημαντική και καταλυτικά τις ιδιωτικές κλινικές στην επιβίωσή τους. Η ανάπτυξη του εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί απειλή που πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσω της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η έρευνα

Η ποιότητα είναι σε νηπιακό στάδιο στη χώρα μας και ειδικά στον κλάδο των υπηρεσιών. Ένας από τους βασικούς στόχους της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της απήχησης της έννοιας της ποιότητας στις ιδιωτικές κλινικές.

Προκειμένου να υλοποιηθεί ο παραπάνω στόχος , πραγματοποιήθηκε ανάλυση της ξένης και της ελληνικής βιβλιογραφίας και ταυτόχρονα διεξήχθη έρευνα σε περιορισμένο δείγμα ιδιωτικών κλινικών. Στο πρώτο μέρος αναπτύχθηκαν βασικές έννοιες και πρακτικές για την εισαγωγή των αρχών της ποιότητας σε μονάδες υγείας καθώς και για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας σε αυτές. Στο μέρος που ακολουθεί, παραθέτονται τα στοιχεία και τα συμπεράσματα μίας έρευνας που διενεργήθηκε σε ιδιωτικές κλινικές όλης της χώρας.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ερωτηματολογίων. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια είχαν οδηγό το ερωτηματολόγιο της. Το πρόγραμμα της IMPROHEALTH , ανήκει στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος «Leonardo Da Vinci». Η αποστολή του προγράμματος είναι η δημιουργία ενός εικονικού Κέντρου Ποιότητας που θα δώσει την δυνατότητα στο διευθυντικό και διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις και ικανότητες στο πεδίο της Διαχείρισης Απόδοσης μέσω της εκπαίδευσης δια αποστάσεως και της χρήσης των ορθών εργαλείων για την βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στην ομάδα του IMPROHEALTH ανήκουν ακαδημαϊκά ιδρύματα (π.χ. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας , Πανεπιστήμιο Vaasa –Φινλανδία) αλλά και ανεξάρτητοι οργανισμοί συμβούλων (π.χ. Ευρωσύμβουλοι αε, Oy Optimatics).

Μεγάλη βαρύτητα στις ερωτήσεις δίνεται στην κατανόηση των αρχών της ποιότητας από τους υπευθύνους των κλινικών. Διερευνάται αν οι διοικητές των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας και εάν είναι διατεθειμένοι να εφαρμόσουν κάποια από αυτά στον οργανισμό τους. Τέλος, γίνονται κάποιες ερωτήσεις σχετικά με απλές διαδικασίες ποιότητας που πιθανόν εφαρμόζουν στους κόλπους του οργανισμού τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από μία περιορισμένη σειρά ερωτήσεων σχετικά με την ποιότητα. Δεν περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία της έννοιας της ποιότητας όπως η ηγεσία, οι διεργασίες κλπ αλλά ασχολείται με την διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων, την εστίαση στον πελάτη και την βελτίωση της απόδοσης. Η επιλογή των στοιχείων αυτών έγινε αρχικά λόγω της τεράστιας σημασίας τους στην διαχείριση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Στο νοσοκομειακό σύστημα, το ανθρώπινο δυναμικό είναι η κινητήριος δύναμη του οργανισμού. Η πληθώρα των ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων αλλά και η διαφορετικότητα των ευθυνών των εργαζομένων δημιουργούν την αναγκαιότητα για σωστή διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων. Η θέση και η αναγνώριση της συμμετοχής τους στην επιχείρηση αποτελεί ενδιαφέρουσα διάσταση στην διαχείριση ποιότητας σε μία ιδιωτική κλινική.

Όσον αφορά την εστίαση στον ασθενή, η βασική επιδίωξη όλων των οργανισμών υγείας που επιθυμούν να επιβιώσουν στο ανταγωνιστικό περιβάλλον του κλάδου είναι να λειτουργήσουν πελατοκεντρικά. Ο βαθμός ενδιαφέροντος των διοικητικών διευθυντών για την ικανοποίηση των πελατών τους έχει μεγάλη βαρύτητα για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την λειτουργία των κλινικών.

Η βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού αποτελεί σημαντικό στοιχείο της κουλτούρας του. Η θεσμοθέτηση της συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ως στόχου της επιχείρησης αποτελεί στοιχείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την εφαρμογή ή μη των αρχών της ποιότητας σε αυτήν. Η παρακολούθηση της απόδοσης του οργανισμού μέσω ειδικών δεικτών συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας σε αυτόν και γενικότερα της λειτουργίας του.

Η επιλογή των ιδιωτικών κλινικών που πήραν μέρος στην έρευνα έγινε τυχαία από τον κατάλογο που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας στο διαδίκτυο. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από εννέα κλινικές που εδρεύουν σε πόλεις από όλη την επικράτεια (Κοζάνη, Θεσσαλονίκη, Κατερίνη, Αγρίνιο, Χίο, Καλαμάτα, Βόλο, Γιαννιτσά και Βέροια). Το αντικείμενο των κλινικών που συμμετείχαν στην έρευνα ποικίλλει. Υπάρχουν δύο ψυχιατρικές κλινικές, τρεις μικτές και τέσσερις ειδικές. Από τις ειδικές κλινικές οι τρεις είναι γυναικολογικές μαιευτικές.

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δόθηκαν από τους διοικητικούς διευθυντές των ιδιωτικών κλινικών. Στην διάρκεια της επικοινωνίας μας, τους έγινε μία μικρή παρουσίαση του σκοπού της έρευνας και τους δόθηκαν οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις ότι τα στοιχεία της έρευνας δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό. Οι υπεύθυνοι των ιδιωτικών κλινικών της επαρχίας εμφανίστηκαν περισσότερο πρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις και ενδιαφέρθηκαν αρκετά και για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Ακολουθεί η ανάλυση των απαντήσεων των υπευθύνων καθώς και η διεξαγωγή συμπερασμάτων με το εργαλείο του Excel.

Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από περιορισμένο αριθμό ερωτήσεων. Ο λόγος για την απουσία σημαντικών στοιχείων της ποιότητας από το ερωτηματολόγιο είναι ο εσκεμμένος σύντομος χαρακτήρας του ερωτηματολογίου. Η ευαισθησία των υπευθύνων των κλινικών για την διατήρηση εχεμύθειας σχετικά με την λειτουργία των οργανισμών τους οδήγησε στον σχεδιασμό ενός ερωτηματολόγιου που περιέχει τα σημαντικότερα μόνο στοιχεία της ποιότητας στις νοσηλευτικές μονάδες. Επιπλέον, κρίθηκε αναγκαίος ο περιορισμένος αριθμός των ερωτήσεων προκειμένου να διασφαλιστεί η ειλικρίνεια αλλά και η συνεργασία των διοικητικών υπευθύνων.

Ουσιαστικά, το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο μέρη:

- Στο πρώτο μέρος, ζητούμε γενικές πληροφορίες της κλινικής ώστε να σχηματίσουμε άποψη για την δυναμικότητα της και να μπορέσουμε να ομαδοποιήσουμε τις απαντήσεις. Παρόλο που ο κατάλογος του Υπουργείου Υγείας περιείχε στοιχεία σχετικά με την δυναμικότητα και το αντικείμενο των κλινικών κρίθηκε σκόπιμο να τεθούν.
- Στο δεύτερο μέρος, ζητούμε να μας απαντήσουν πάνω σε βασικές αρχές της ποιότητας ώστε να κατανοήσουμε τον βαθμό εφαρμογής των ιδιωτικών κλινικών με την έννοια της ποιότητας. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η επιλογή των στοιχείων αφορά την σπουδαιότητα αυτών στην διαχείριση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Παρακάτω ακολουθεί το ερωτηματολόγιο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γενικά στοιχεία

Επωνυμία οργανισμού:

Όνομα Γενικού Διευθυντή:

Τηλέφωνο:

Φαξ:

Όνομα - θεση ατόμου που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο :

Στοιχεία επιχείρησης

1. Αριθμός απασχολουμένων (μέσος όρος τα τελευταία 3 χρόνια):
   - ☐<10 άτομα
   - ☐11-30
   - ☐31-60
   - ☐>61
2. Τύπος κλινικής
   - ☐Ειδική
   - ☐Ψυχιατρική
   - ☐Μικτή

3.Ύπαρξη τμήματος Ποιοτικού Ελέγχου ☐Ναι ☐Όχι

4. Συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία:
   - i. ΟΓΑ ☐
   - ii. Δημόσιο ☐
   - iii. ΙΚΑ ☐
   - iv. ΤΕΒΕ ☐
   - v. Άλλο.....

5. Διαθέτει η κλινική μηχανογραφημένο
   - α)Λογιστήριο ☐Ναι ☐Όχι
   - β) Αρχείο ασθενών ☐Ναι ☐Όχι

6. Υπάρχει σύστημα επιβράβευσης των εργαζομένων ☐Ναι ☐Όχι

7. Αριθμός κλινών.....

Θέματα πιστοποίησης

8. Σκεφτείκατε να εφαρμόσετε κάποιο από τα παρακάτω προγράμματα στον οργανισμό σας

0=Καθόλου 1=Πολύ λίγο 2=Λίγο 3=Μέτρια 4=Πολύ 5=Πάρα πολύ

	0	1	2	3	4	5
1. Σύστημα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Μοντέλο αριστείας EFQM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Benchmarking	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Άλλο.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Αξιολογήστε τα παρακάτω στοιχεία του οργανισμού σας

	0	1	2	3	4	5
1. Έχουμε ισχυρή δέσμευση απέναντι στους ασθενείς μας	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Ενθαρρύνουμε τα σχόλια των ασθενών για την κλινική μας	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών μας τακτικά	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ενθαρρύνουμε την πρωτοβουλία των εργαζομένων μας	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Μετράμε την ικανοποίηση των εργαζομένων μας από την εργασία τους	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Διαθέτουμε τακτικά προγράμματα εκπαίδευσης των εργαζομένων	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Πιστεύουμε στην συνεχή βελτίωση του οργανισμού μας	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ενθαρρύνουμε την επικοινωνία των εργαζομένων με την ανώτατη διοίκηση	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Διαθέτουμε σύστημα περιορισμού των λοιμώξεων	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Μετράμε συχνά την απόδοση της κλινικής μας	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Προσαρμόστηκε η κλινική σας στο ΠΔ235/00; ☐Ναι ☐Όχι

Ανάλυση αποτελεσμάτων

Το πρώτο ενδιαφέρον στοιχείο της έρευνας εμφανίστηκε πριν την διενέργεια της, δηλαδή κατά την επιλογή των κλινικών από τον κατάλογο του Υπουργείου Υγείας. Από το σύνολο των κλινικών που εμφανίζονται σε αυτόν, υπάρχουν πολλές ιδιωτικές κλινικές που έχουν σταματήσει την λειτουργία τους. Οι λόγοι για την διακοπή λειτουργίας τους εντοπίζονται σε οικονομικά προβλήματα και στην αδυναμία της διοίκησης για εκσυγχρονισμό του ιδρύματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι κλινικές έχουν κλείσει λόγω οικονομικών δυσχερειών τόσο στην επαρχία αλλά και στα αστικά κέντρα.

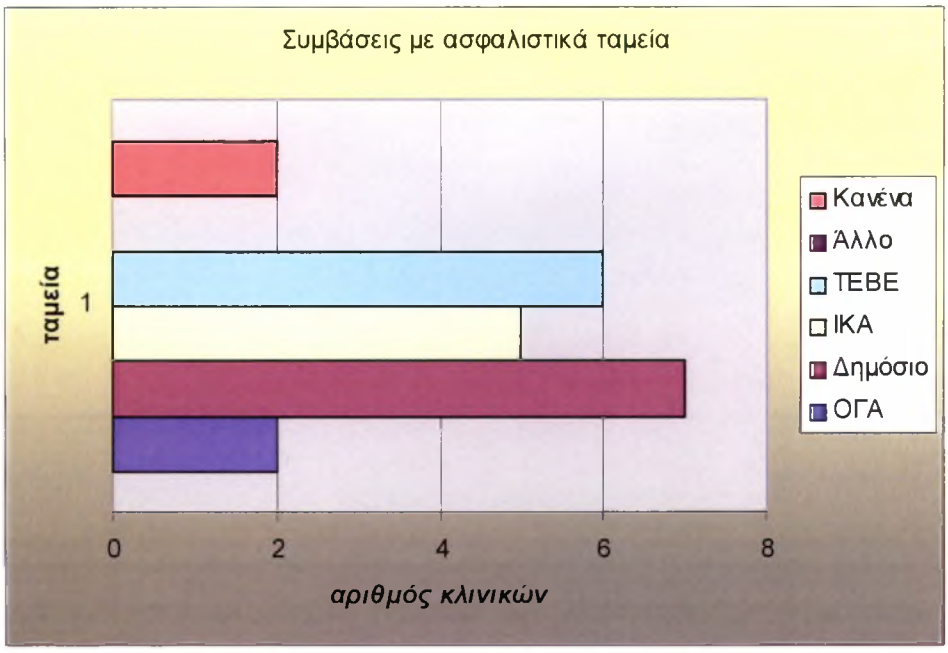
Η οικονομική κατάσταση των κλινικών είναι πολύ ενδιαφέρον ζήτημα. Ένα σημαντικό στοιχείο στην ανάπτυξη της κλινικής είναι οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο σημαίνει ότι ο ασφαλισμένος του ταμείου αυτού νοσηλεύεται στην κλινική εντελώς δωρεάν (επιβαρύνεται την αλλαγή θέσης) και ότι η κλινική λαμβάνει την αμοιβή νοσηλείας απευθείας από το ταμείο. Η ύπαρξη σύμβασης με ασφαλιστικό ταμείο προσδίδει άμεσα στο ιδιωτικό θεραπευτήριο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών του αλλά και δεδομένο μερίδιο της αγοράς.

Οι απαντήσεις μας έδειξαν ότι πολλές κλινικές είχαν συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία και κυρίως με το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων. Σύμφωνα άλλωστε με το Υπουργείο Υγείας (Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης, Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών), όσες κλινικές διαθέτουν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση μπορούν άμεσα να συνάψουν σύμβαση με το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων. Η διαδικασία συμβάσεων για

τα ταμεία ΟΓΑ και ΙΚΑ διαφέρει, αφού η διοίκηση των συγκεκριμένων ασφαλιστικών ιδρυμάτων έχει αποφασίσει ότι οι συμβεβλημένες κλινικές οφείλουν να έχουν προσαρμοστεί στο ΠΔ 235/00. Όσον αφορά το ταμείο του ΤΕΒΕ –ΤΑΕ , η διοίκηση του οργανισμού συνάπτει συμβάσεις με όσες ιδιωτικές κλινικές έχουν νόμιμη άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ανεξαρτήτως εάν η άδεια αυτή εκδόθηκε βάσει Βασιλικών ή Προεδρικών Διαταγμάτων. Σύμφωνα με την έρευνα, ελάχιστες κλινικές διαθέτουν σύμβαση με τον ΟΓΑ ενώ οι περισσότερες είναι συμβεβλημένες με Δημόσιο και ΤΕΒΕ.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι δύο μαιευτήρια , που βρίσκονται σε επαρχία, δήλωσαν ότι δεν έχουν υπογράψει συμβάσεις με κανένα ταμείο διότι επιθυμούν να αμείβονται απευθείας από τον ασθενή. Στο σημείο αυτό, να σημειώσουμε ότι τα έξοδα νοσηλείας για φυσιολογικό τοκετό δεν καλύπτονται από κανένα ταμείο, αλλά επιδοτούνται οι νέοι γονείς μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Με τον τρόπο αυτό, η διοίκηση του μαιευτηρίου λαμβάνει άμεσα την αμοιβή για την νοσηλεία χωρίς χρονικές καθυστερήσεις. Επιπλέον, έχει την δυνατότητα να εισπράττει από όλους τους ασθενείς το χρηματικό ποσό που επιθυμεί χωρίς περικοπές λόγω ταμείων.

Στο παρακάτω διάγραμμα εμφανίζονται λεπτομερώς οι απαντήσεις των υπευθύνων στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη ή μη συμβάσεων της κλινικής με ασφαλιστικά ταμεία.

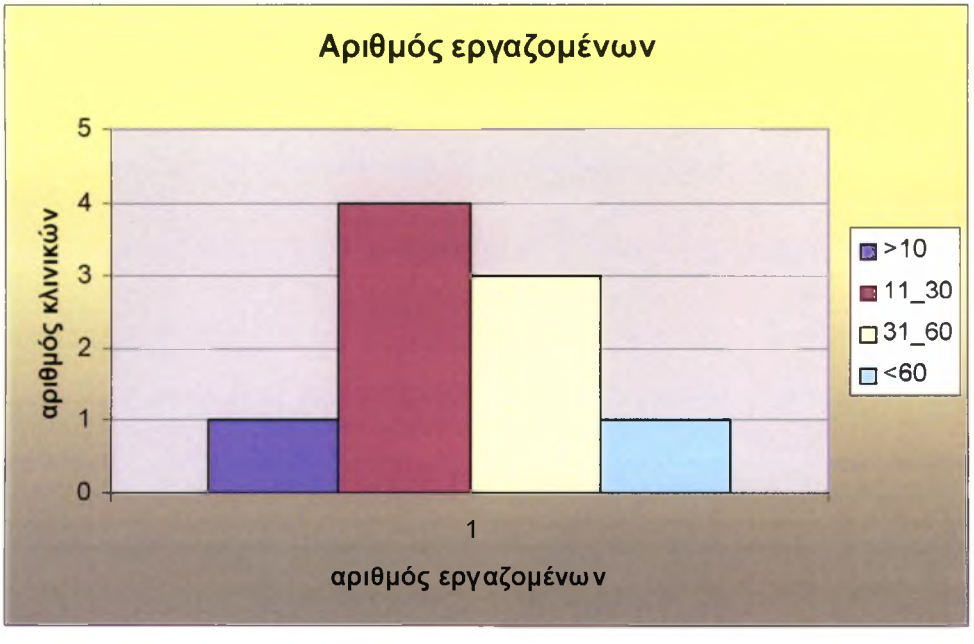


Το πιο σημαντικό στοιχείο λειτουργικού κόστους για τις ιδιωτικές κλινικές είναι οι εργαζόμενοι. Οι εργαζόμενοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες : τους ιατρούς και τους λοιπούς εργαζόμενους . Στην τελευταία κατηγορία περιλαμβάνονται οι νοσηλευτές, οι βοηθοί εργαστηρίων, το προσωπικό της κουζίνας (μάγειρας, τραπεζοκόμος κλπ), εργαζόμενοι καθαριότητας καθώς και λοιποί εργαζόμενοι (γραμματεία, κηπουροί κλπ). Στον τομέα των εργαζομένων, η νομοθεσία είναι ιδιαίτερα απαιτητική τόσο ως προς τον αριθμό τους όσο και ως προς την ειδικότητά τους. Ο νόμος ορίζει συγκεκριμένο αριθμό εργαζομένων αλλά και ειδικοτήτων αυτών που πρέπει να εργάζονται σε κάθε τμήμα και εργαστήριο του θεραπευτηρίου σε κάθε βάρδια του 24-ώρου. Στις μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές μάλιστα ο αριθμός των εργαζομένων που ορίζει το προεδρικό διάταγμα είναι διπλάσιος από ότι στις μικτές. Επιπλέον, τα ημερομίσθια που ορίζονται από τις Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας επιβαρύνονται από ειδικά νοσοκομειακά επιδόματα , γεγονός που τοποθετεί τις αμοιβές προσωπικού ως το

κυριότερο έξοδο της επιχείρησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί ασφαλίζονται στο Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών ενώ οι υπόλοιποι υπάλληλοι ασφαλίζονται στο ΙΚΑ.

Στα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρατηρούμε πολλές διακυμάνσεις. Οι περισσότερες κλινικές εμφανίζονται να διαθέτουν προσωπικό (44,44%) 11-30 άτομα, αριθμός που είναι σύμφωνος με το μέγεθος τους. Τρεις κλινικές διαθέτουν 31-60 εργαζόμενους. Η κλινική με τους περισσότερους από 60 εργαζόμενους διαθέτει 120 κλίνες άρα είναι αναμενόμενος ο μεγάλος αριθμός των απασχολούμενων σε αυτήν. Εξαίρεση αποτελεί και μία μικρή επαρχιακή κλινική η οποία διαθέτει λιγότερους από 10 εργαζόμενους, νούμερο ιδιαίτερα μικρό δεδομένου ότι διαθέτει 25 κλίνες. Η συγκεκριμένη κλινική λειτουργεί βάσει των βασιλικών διαταγμάτων 451/62 και 521/63, των οποίων οι απαιτήσεις για προσωπικό ήταν μικρές.

Το σύνολο των απαντήσεων παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:



Η προσαρμογή στο ΠΔ 235/00 «Περί εκσυγχρονισμού των ιδιωτικών κλινικών» διαμορφώνει ένα ιδιόμορφο καθεστώς στον

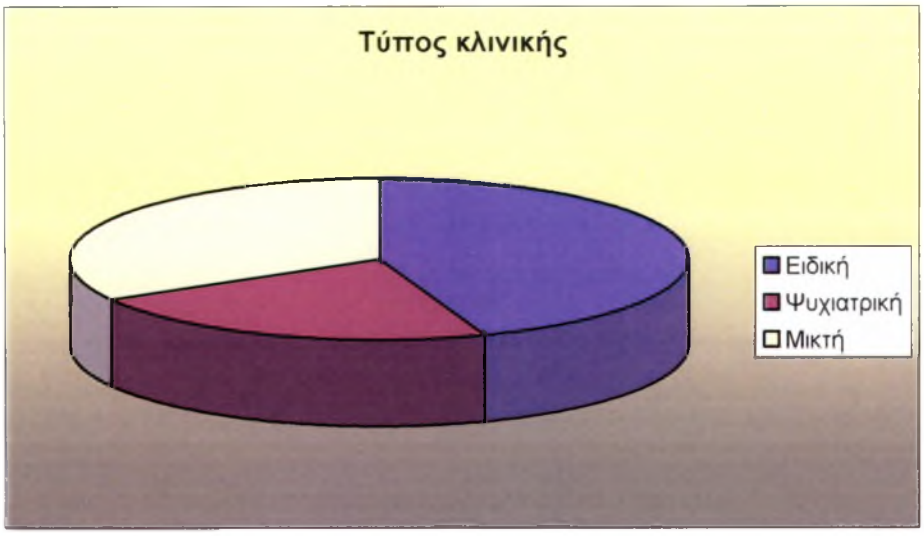
κλάδο. Αυτή τη στιγμή, υπάρχουν τρεις διαφορετικές νομοθετικές ρυθμίσεις σε ισχύ για τα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Η πληθώρα αυτή των νόμων δημιουργεί άνισες προϋποθέσεις ανταγωνισμού ανάμεσα στις κλινικές. Κάθε διάταγμα έχει διαφορετικές προϋποθέσεις για τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τις ηλεκτρολογικές εγκαταστάσεις, τα μηχανήματα, τα έπιπλα, το προσωπικό κλπ. Οι διαφορές στις προϋποθέσεις λειτουργίας είναι τόσο σημαντικές και ουσιώδεις που καθιστούν την σύγκριση αδύνατη. Όλα τα στοιχεία ενός διατάγματος αποτελούν κόστος για τους υπεύθυνους των ιδιωτικών νοσοκομείων, από τις απαιτήσεις σε εργαλεία μέχρι την εγκατάσταση οξυγόνου και από το προβλεπόμενο προσωπικό μέχρι την διαμόρφωση της λινοθήκης. Οι διαφορές αυτές επηρεάζουν πολύ και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γεγονός που δεν αναγνωρίζεται άμεσα από το αρμόδιο Υπουργείο. Συμπερασματικά, το κόστος λειτουργίας μίας κλινικής που ιδρύθηκε το 1992 να είναι διπλάσιο από αυτό μίας κλινικής που ιδρύθηκε το 1963 (!).

Στην έρευνα , το 22,22% των κλινικών δεν είχε προσαρμοστεί. Αξίζει να σημειώσουμε ότι και οι δύο αρνητικές απαντήσεις μας δόθηκαν από μαιευτικές- ιδιωτικές κλινικές. Οι υπόλοιπες κλινικές, που έχουν προσαρμοστεί , εκφράζουν παράπονα για την μη προσαρμογή ανταγωνιστών τους αλλά και για την αφηρημένη κατάσταση που επικρατεί στο χώρο της ιδιωτικής περίθαλψης. Αποκαλύφτηκε μέσα από την έρευνα ότι πολλά ιδιωτικά θεραπευτήρια δεν έχουν εκσυγχρονιστεί βάσει του νέου Προεδρικού Διατάγματος και ούτε αποφασίζουν να επενδύσουν κεφάλαια για τον παραπάνω εκσυγχρονισμό ελπίζοντας ότι ο συνδικαλιστικός σύνδεσμός τους θα ασκήσει πολιτική πίεση για οριστική απόσυρση του νομοσχεδίου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το ποσοστό θετικών και μη απαντήσεων στην ερώτηση του ερωτηματολογίου που αφορούσε την προσαρμογή στο ΠΔ 235/00.

Η ερώτηση που αφορούσε τον τύπο της κλινικής , αν και διατυπώθηκε με σκοπό την ομαδοποίηση των συμπερασμάτων αποκάλυψε και μία περίπτωση στην οποία οι ιδιοκτήτες της κλινικής προχώρησαν σε αλλαγή του αντικειμένου της κλινικής από μικτή σε ειδική προκειμένου για την προσαρμογή στο ΠΔ 235/00. Στην έρευνα, συμμετείχαν περισσότερες ειδικές κλινικές και ακολουθούσαν οι μικτές και οι ψυχιατρικές.

Παρακάτω εμφανίζεται η σύνθεση των κλινικών που συμμετείχαν στην έρευνα.



Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη ή μη τμήματος ποιοτικού ελέγχου. Δύο κλινικές που βρίσκονται σε μεγάλες πόλεις της επαρχίας απάντησαν θετικά. Όταν ζητήθηκε από τον υπεύθυνο της πρώτης κλινικής να αναλύσει την οργάνωση και τον σκοπό του τμήματος δήλωσε ότι εδώ και δύο χρόνια έχει δημιουργηθεί μία ομάδα με την συμμετοχή του ιδίου ως υπεύθυνου της κλινικής , της προϊσταμένη μαία καθώς και την προϊσταμένης χειρουργείου. Η ομάδα αυτή συνεδριάζει μία φορά τον μήνα και ασχολείται με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Αναλύει τα παράπονα εργαζομένων και ασθενών και προσπαθεί να ανακαλύψει καλύτερους και πιο οικονομικούς τρόπους για την παροχή υπηρεσιών. Στην ίδια ερώτηση η υπεύθυνη της δεύτερης κλινικής , δήλωσε ότι η ίδια και η προϊσταμένη νοσηλεύτρια συναντώνται συχνά και αναζητούν τρόπους για βελτίωση των υπηρεσιών και επίλυσης τυχόν προβλημάτων. Οι συναντήσεις τους δεν είναι προγραμματισμένες αλλά πραγματοποιούνται όταν ανακύπτει κάποιο πρόβλημα ή κάποια δυσαρέσκεια ασθενή. Οι υπόλοιπες κλινικές απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση του ερωτηματολογίου για το τμήμα του ποιοτικού ελέγχου.

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει το σύνολο των απαντήσεων της έρευνας στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Στο ερώτημα περί ύπαρξης συστήματος επιβράβευσης των εργαζομένων, τρεις κλινικές απάντησαν θετικά. Όπως δηλώνουν οι υπεύθυνοι τους, κάθε χρόνο δίνουν «πριμ» στους εργαζομένους του ως ένδειξη ευχαριστίας. Τα παραπάνω επιδόματα διανέμονται στο τέλος του κάθε έτους σε όλους τους εργαζόμενους και είναι ισόποσα. Συστήματα για την μέτρηση απόδοσης των εργαζομένων δεν καταγράφηκαν. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των εργαζομένων γίνεται από τον υπεύθυνο του τμήματος ή της κλινικής. Η απουσία μέτρησης της απόδοσης των εργαζομένων οδηγεί και στην απουσία συστήματος επιβράβευσης της απόδοσης αυτή. Οι υπόλοιπες ιδιωτικές κλινικές δήλωσαν ότι οι εργαζόμενοι αμείβονται σύμφωνα με τις Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας χωρίς να λαμβάνουν επιπλέον παροχές.

Στις ερωτήσεις που αφορούν την μηχανογράφηση του λογιστηρίου και του αρχείου ασθενών, οι απαντήσεις είναι αναμενόμενες.

Οι περισσότερες ιδιωτικές κλινικές διαθέτουν μηχανογραφημένο λογιστήριο. Οι υπόλοιπες τρεις δήλωσαν ότι διατηρούν τα φορολογικά βιβλία τους και εκδίδουν αποδείξεις παροχής υπηρεσιών χειρόγραφα. Πρέπει να σημειωθεί ότι καμία ιδιωτική κλινική που συμμετείχε στην έρευνα, δεν διαθέτει ανεξάρτητο τμήμα λογιστηρίου αλλά οι σχετικές αρμοδιότητες έχουν ανατεθεί σε κάποιο διοικητικό υπάλληλο. Οι συγκεκριμένες κλινικές διαθέτουν εξωτερικό συνεργάτη λογιστή που έχει την γενική εποπτεία και έλεγχο των λογιστικών εργασιών. Η απουσία μίας μεγάλης κλινικής από το δείγμα δεν βοηθά στην εξαγωγή συμπεράσματος για το συγκεκριμένο θέμα.

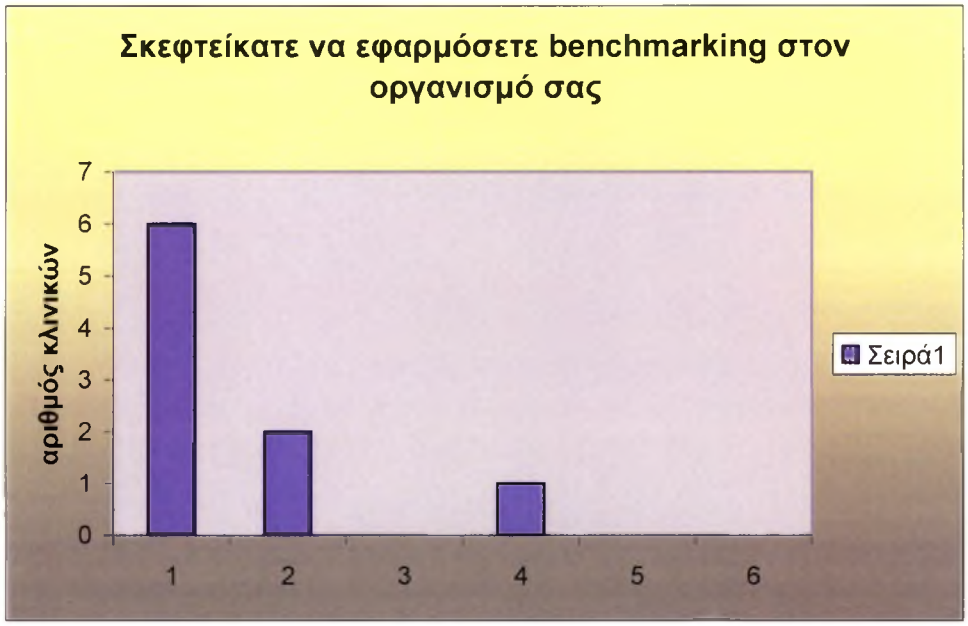
Όσον αφορά την ύπαρξη μηχανογραφημένου αρχείου ασθενών, οι απαντήσεις είναι περίπου όμοιες με την προηγούμενη ερώτηση. Οι περισσότερες κλινικές διατηρούν τα αρχεία τους σε ηλεκτρονική μορφή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση κλινικών όπου ενώ

διαθέτουν μηχανογραφημένο λογιστήριο δεν διαθέτουν μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών και το αντίστροφο.

Ακολουθούν τα σχετικά διαγράμματα.

Όσον αφορά την διαχείριση ποιότητας, οι υπεύθυνοι των ιδιωτικών κλινικών φάνηκαν μη εξοικειωμένοι με τους όρους τις πιστοποίησης. Μόνο μία κλινική , έδειξε να ενδιαφέρεται λίγο για την πιστοποίηση κατά ISO, γεγονός που δικαιολογείται από το μέγεθος της (120 κλίνες). Το benchmarking εμφανίζεται πιο

την πιστοποίηση κατά ISO, γεγονός που δικαιολογείται από το μέγεθος της (120 κλίνες). Το benchmarking εμφανίζεται πιο δημοφιλές ανάμεσα στους ιδιοκτήτες κλινικών της επαρχίας. Όπως δήλωσαν οι ίδιοι, οργανώνουν συχνά ταξίδια στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη) ώστε να παρατηρήσουν τις υπηρεσίες και τις εγκαταστάσεις των μεγάλων ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Έμφαση δίνουν οι υπεύθυνοι των κλινικών στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, όπως είναι η ποικιλία του μενού, η άνεση των δωματίων , η διαμόρφωση των χώρων αναμονής κλπ.



Στο τμήμα του ερωτηματολογίου όπου οι υπεύθυνοι μίας κλινικής καλούνται να αξιολογήσουν την εφαρμογή συγκεκριμένων αρχών στον οργανισμό τους επαληθεύει την υποψία ότι η ποιότητα στην ιδιωτική περίθαλψη (κυρίως στην επαρχία) βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο. Οι υπεύθυνοι των κλινικών ενώ εμφανίζονται υπέρ της βελτίωσης των υπηρεσιών τους , εντούτοις δεν φαίνεται να αναλαμβάνουν δράση προς τον τομέα αυτό. Στην σχετική ερώτηση, οι απαντήσεις προβάλλουν την εικόνα επιχειρήσεων που πραγματικά ενδιαφέρονται για την πορεία του οργανισμού τους. Η

εικόνα αυτή αμαυρώνεται από τις απαντήσεις στην ερώτηση με την συχνότητα μέτρησης της απόδοσης των κλινικών. Όπως διακρίνεται και στο σχετικό διάγραμμα, οι απαντήσεις ποικίλουν.

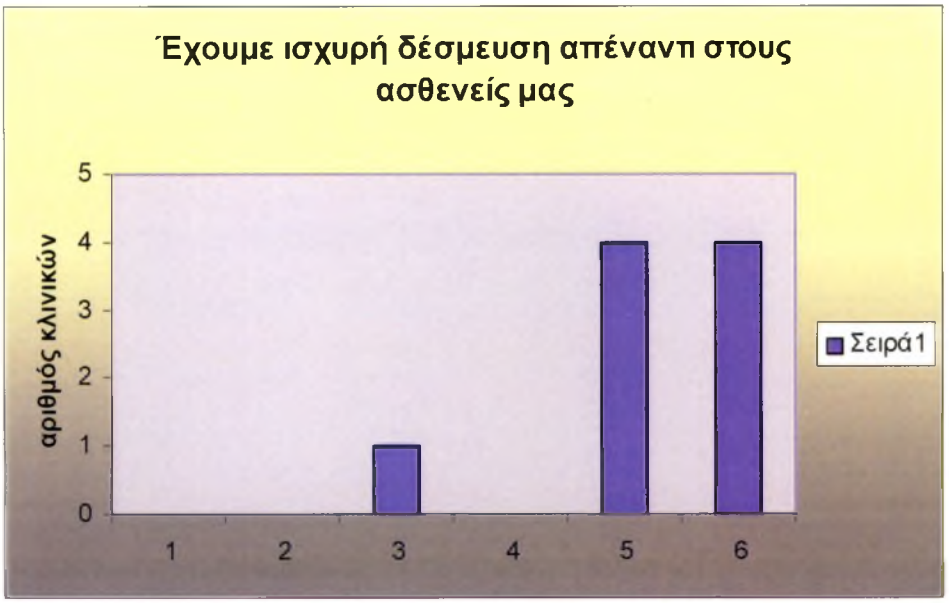
Ένα σημαντικό τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε την αντιμετώπιση του ασθενή από την επιχείρηση.

Καλή εμφανίζεται η εστίαση του ενδιαφέροντος της κλινικής στην ικανοποίηση του πελάτη. Την σπουδαιότητα της ικανοποίησης του ασθενή τόσο από την θεραπεία του όσο και από την γενικότερη διαμονή του στο θεραπευτήριο γνωρίζουν καλά οι υπεύθυνοι των ιδιωτικών κλινικών που φαίνεται να στρέφονται όλο και περισσότερο στην πελατοκεντρική θεώρηση της υγείας. Μέσω της παρακολούθησης των ηγέτιδων δυνάμεων του κλάδου αλλά και της ανάλυσης των παραπόνων και των σχολίων των ασθενών, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια αφουγκράζονται τις υγειονομικές αλλά και ξενοδοχειακές ανάγκες των ασθενών τους.

Δύο κλινικές της επαρχίας δηλώνουν ότι έχουν δημιουργήσει ερωτηματολόγια τα οποία καλούν τους πελάτες τους να συμπληρώσουν κατά την έξοδο τους από την κλινική. Τα

αποτελέσματα επεξεργάζονται από την «ομάδα ποιότητας» που προαναφέρθηκε κάθε μήνα.

Ακολουθούν τα σχετικά διαγράμματα.



Οι εργαζόμενοι αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικό πόρο για την επιχείρηση της ιδιωτικής κλινικής αλλά και για κάθε επιχείρηση παροχής υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που εφαρμόζουν την στρατηγική της επιχείρησης και προωθούν καθημερινά και αδιάλειπτα τους στόχους της. Η ικανοποίηση των εργαζομένων από

την εργασία τους έχει βαραίνουσα σημασία στην επιτυχία του οργανισμού.

Στην έρευνα αποκαλύφτηκε ότι στον τομέα της υγείας οι εργαζόμενοι δεν αντιμετωπίζονται ως κομμάτι του οργανισμού . Οι απαντήσεις δείχνουν ότι δεν ενθαρρύνεται η πρωτοβουλία των εργαζομένων. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των αρμοδίων, οι εργαζόμενοι δεν πρέπει να αυτοσχεδιάζουν κατά την ώρα εργασίας παρά μόνο σε έκτακτες ανάγκες ώστε να μην προκύψουν πρόσθετα προβλήματα στον οργανισμό. Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει σχεδιασμός από την πλευρά της επιχείρησης για προγράμματα εκπαίδευσης προσωπικού. Το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να βοηθά το νοσηλευτικό για τον σχεδιασμό των διεργασιών , οι οποίες δεν αλλάζουν τακτικά παρά μόνο σε περίπτωση σοβαρών αλλαγών σε χώρους ή εργαλεία. Για τους υπεύθυνους των κλινικών , οι εργαζόμενοι οφείλουν να ακολουθούν την ρουτίνα που έχει οριστεί και για οτιδήποτε προκύπτει οφείλουν να ενημερώνουν τον επιστημονικό ή διοικητικό διευθυντή.

Τέλος, καινοτόμα συστήματα λοιμώξεων δεν υπάρχουν στις ιδιωτικές κλινικές του δείγματος. Το 44,44% απάντησε στην σχετική ερώτηση ότι δεν διαθέτει κάποιο σύστημα περιορισμού των λοιμώξεων και ότι προστατεύει τους ασθενείς του σύμφωνα με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας που ορίζει ο νόμος. Οι υπόλοιπες κλινικές που απάντησαν διαφορετικά , όπως φαίνεται στο σχετικό ραβδόγραμμα, είναι κλινικές μικτές. Οι μικτές κλινικές νοσηλεύουν ασθενείς διάφορων νοσημάτων και συνεπώς αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο λοιμώξεων πιο σοβαρά.

Συμπεράσματα της εργασίας

Η ποιότητα στην υγεία αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την ανάπτυξη του κλάδου. Η εισαγωγή των αρχών της ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας θα συντελέσει στην βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της μονάδας αλλά και στην βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχει στους ασθενείς.

Ο κλάδος της υγείας είναι κλάδος παροχής υπηρεσιών και μπορεί να παραδειγματιστεί από τους υπόλοιπους, π.χ. τράπεζες, προκειμένου για την ενσωμάτωση της έννοιας της υγείας στην στρατηγική των επιχειρήσεων του. Οι ιδιαιτερότητες της παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν τροχοπέδη στην εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στον κλάδο αυτό. Από την άλλη πλευρά, η πολυπλοκότητα του κλάδου αποτελεί πρόκληση για τον σχεδιασμό του κατάλληλου προγράμματος.

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στον ευαίσθητο κλάδο της θεραπείας, ο συντονισμός των διαφορετικών γραμμών εξουσίας στην νοσοκομειακή μονάδα, η εναρμόνιση της συνεργασίας τεχνικών, νοσηλευτών και ιατρών , η μέτρηση της απόδοσης του οργανισμού, ο σχεδιασμός των κατάλληλων προγραμμάτων ποιότητας και η επιτυχής εφαρμογή τους αποτελούν πρόκληση για την Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων.

Ο προσανατολισμός της στρατηγικής των ιδιωτικών κλινικών στην ποιότητα απαιτεί τον προσανατολισμό τους στον πελάτη. Η ικανοποίηση του πελάτη πρέπει να αποτελέσει στρατηγικό στόχο της διοίκησης της νοσοκομειακής μονάδας. Προτεραιότητα μίας κλινικής αποτελεί η θεραπεία του ασθενή, όμως για την ικανοποίηση του απαιτούνται και πρόσθετες υπηρεσίες. Η

δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος στα δωμάτια νοσηλείας, η ευγενική μεταχείρισή τους από τους εργαζόμενους της κλινικής αλλά και η προσφορά ποικίλων ξενοδοχειακών υπηρεσιών διαδραματίζουν ρόλο στην ικανοποίηση του ασθενή. Ικανοποιημένοι πελάτες βοηθούν εξαιρετικά τις ιδιωτικές κλινικές για την αύξηση του μεριδίου αγοράς και εν γένει της ανταγωνιστικότητάς τους.

Στην Ελλάδα, όπως και σε διεθνές επίπεδο, η επανάσταση ξεκίνησε από τον δημόσιο τομέα και επεκτείνεται με αργό ρυθμό και στον ιδιωτικό. Οι ιδιωτικές κλινικές σε όλη την επικράτεια πρέπει να στραφούν στην βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρουν ώστε να αντιμετωπίσουν την απειλή της δημόσιας υγείας.

Η ποιότητα είναι μία δυναμική διαδικασία που δεν σταματά ποτέ. Απαιτεί την δέσμευση όλων στον οργανισμό και την αμέριστη προσοχή σε εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες. Οι ιδιοκτήτες κλινικών θα πρέπει να διευρύνουν τους στόχους των επιχειρήσεων τους και να τολμήσουν να επενδύσουν σε αυτές.

Βιβλιογραφία:

1. Αγγελόπουλος Χάρης, «Η ποιότητα στον τομέα υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις», Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα «Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη 4, 5, 6 Νοεμβρίου 1994, σ 268-271
2. Βούζας Φώτης «Διοίκηση ολικής ποιότητας και εργασιακές σχέσεις στην ελληνική βιομηχανία»
3. Καμπούτα Δήμητρα «Δημόσια Υγεία: Ποιότητα Προσφερομένων Υπηρεσιών Υγείας Σύμφωνα με τις Προσδοκίες και τις Αντιλήψεις των Ασθενών», Σεπτέμβριος 2002, Θεσσαλονίκη
4. Σκόρδη Αλίκη «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στον κλάδο της υγείας», Θεσσαλονίκη 1997
5. Κοΐος Αθανάσιος, «Βελτίωση Ποιότητας και μέτρηση απόδοσης στον τομέα της υγείας», Θεσσαλονίκη 2000
6. Υγεία, 1995, τεύχος 12
7. Aiken H. Linda , Clarke P. Sean and Sloane M. Douglas for the international hospital outcomes research consortium , "Hospital staffing , organization , and quality of care : cross-national findings", International Journal for Quality in Health Care 2002 : vol 14, number 1: pp5-13
8. Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George "Private and public medicine: a comparison of quality perceptions", International Journal of Health Quality Assurance 1998, vol 11, number 1, pp14-20
9. Arndt Margarete, Bigelow Barbara "Total quality management: a field of dreams?", Health Care Management Review, Fall 1995, vol 20, p15-25
10. Australian Government, Private Health Insurance Circular, PHI 32/03
11. Azzolini M., Shillader J. (1993) "Internal service quality: winning from the inside out", Quality Progress 75-8

12. Batalden P.B, Splaine M. "What will it take to lead the continual improvement and innovation of health care in the twenty-first century?", 2002, Quality Management in Health Care, 11, 1, 45
13. Berkey T. "Benchmarking in health care: turning challenges into success", Jt Comm J Qual Improv 1994: 20: 277-284
14. Berman P.A "Rethinking health care systems: Private health care provision in India", World Dev, 1998, 2, 1463-1479
15. Berman Peter "Getting more from private health care in poor countries: a missed opportunity", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 4: pp279-280
16. Berwick DM. "Continuous improvement as an ideal in health care", N Lingl Med 1989: 320: 53-56
17. Bhat R. "Characteristics of private medical practice in India: a provider perspective", Haelth Policy Plan, 1999: 14: 26-37
18. Black Nick "Quality assurance of medical care", Journal of Public Health Medicine, vol12, no 2, 1990, p97-104
19. Brannan K. (1998) "Total quality in health care", Hospital Material Management Quarterly, 19, 4, 1-8
20. Brook C "Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives", International Journal for Quality in Health Care 1999: vol 11, number 1: pp1-3
21. Buttle F., "What's wrong with SERVQUAL?", Working Paper, 1994, No 277, Manchester Business School, Manchester
22. Chang-Yup Kim, Sung-Hyun Cho "Institutionalization of quality improvement programs in Korean hospitals", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 5: pp419-423
23. Cheng Lim Puay, Tang K.H Nelson "The development of a model for total quality healthcare», Managing Service Quality 2000: vol 10, number 2: pp103-111

24. Collard R., Sivyer G. (1990) "Total Quality", Personnel Management, Factsheet 29

25. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the Council, the European Parliament and the Economic and Social Committee on the integration of health protection requirements in Community policies (COM (95) 196). Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 1995

26. Cooper K. James, Kohlmann Thomas et.al "Health outcomes. New quality measure for Medicare", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 1: pp9-16

27. Counte A. Michael and Meurer Steven "Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 3: pp 197-207

28. Cronin J.J, Taylor S.A "Measuring service quality: a reexamination and extension", 1992, Journal of Marketing, 56, July, 55-68

29. Crosby P. (1980) "Quality is free. The art of making quality certain", Mentor Books/Penguin, New York, NY

30. Cucic Strasimir "European Union health policy and its implications for national convergece", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 3: pp217-225

31. Davies J.K and Macdonald G. "Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion: Striving for Certainties", Routledge, London, 1998

32. Debrah Y.A. (1994) "Evolution and implementation of quality improvement programme: a case study of two health care organizations', Total Quality Management, 5, 3, 11-25

33. Deming W.E "Out of the crisis", Cambridge MA: MIT Press, 1986

34. Donabedian A. "Quality improvement through monitoring health care", Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care, Seoul, 29 March, 1996

35. Donelan K., Blendon RJ. et.al. "The costs of health system change: public discontent in five nations", Health Aff 1999: 18: 206-216

36. Donelan K., Blendon RJ. et.al. "The elderly in five nations: the importance of universal coverage", Health Aff 2000: 19: 226-235

37. Drache D. and Sullivan T. "Health Reform: Puplic Success, Private Failure", Routledge, London, 1999

38. Eastaugh S., "Financing health care economic, efficiency and equity", Dover, MA: Auburn House Publishing Company, 1987

39. Evenden R., Anderson G. (1992) "Making the most of people", Addison-Wesley, Wokingham

40. Feigenbaum Armand "TQM: Health care can learn from other fields?", Hospitals, 1992, vol 66, No 20, p56

41. Fitzsimmons P., White T. (1997) "medicine and management: a conflict facing general practice", Journal of Management in Medicine, 11, 3, 124-32

42. Freeman Richard "Competition in contex: the politics of health care reform in Europe", International Journal for Quality in Health Care 1998: vol 10, number 5: pp395-401

43. Friedenberg R.M, (1997) "The next medical revolution should be quality", Radiology, 204, 1, 31A-34A

44. Garvin DA. "Managing Quality", New York, NY: The Free Press, Division of Macmillan, 1988

45. Gennip E. "The accreditation schema for acute hospitals", Delft: TNO, 1998

46. Chang-Yup Kim, Sung-Hyun Cho "Institutionalization of quality improvement programs in Korean hospitals", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol12, number 5: pp419-423

47. Gilbert G. (1992) "Quality improvement in a defense organization", Public productivity and management review, 16(1), 65-75

48. Gordon J.R., (1987) "A diagnostic approach to organizational behaviour", Second Edition, Allyn and Bacon, Inc, London

49. Griffith J., Alexander J. "Measuring comparative hospital performance/practitioner response", 2002, Journal of Health Management, 47, 1, 41-57

50. Hashmi Khurram "Introduction and implementation of total quality management", http://healthcare.isixsigma.com

51. Hing C.G, Lee S.I "Recent experience on quality improvement in Asan Medical Center (in Korean)", J Korean Soc Qual Assyr Health Care 1994: 1: 14-19

52. http://www.care.gr «Ημερίδα Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών», 2003

53. http://www.care.gr « Η Αναζήτηση του Μεσαίου Χώρου και στην Υγειά», Λυκούργος Λιαροπουλος, 2004

54. http://www.caspe.co.uk "Greece Summary Report"

55. http://www.esqh.net "The European Society for Quality in Healthcare"

56. http://www.friendsofmedicare.ab.ca "The case against private, for-profit hospitals"

57. http://www. Manchesteronline.co.uk "Private health care – the pros and cons"

58. http://www.qualityhealth.org.nz "Quality Health New Zealand-The standards"

59. http://www.qualityhealth.org.nz "Quality Health New Zealand-Accreditation Programme"

60. htpp://www.ypyp.gr «Ιδιωτικές Κλινικές»

61. Hunter D.J. "Managing for Health: Implementing the New Health Agenda", Institute for Public Policy Research, London, 1999

62. Ingram Hadyn and Desombre Terry "Teamwork in health care", Journal of Management in Medicine 1999: vol 13, number 1: pp51-59

63. Ishikawa K. (1985) "What is total quality control? The Japanese way", Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall

64. Jabnoun Naceur, Chaker Mohammed "Comparing the quality of private and public hospitals", Managing Service Quality 2003: vol 13, number 4: pp290-299

65. Jackson Sue "Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?", International Journal of Health Care Quality Assurance 2001: vol 14, number 4: pp157-163

66. Jackson S., (2000) "Clinical governance using a business excellence model", British Journal of Midwifery, 8, 10, 645-51

67. Jacobson W. Jerrold and McNutt A. Robert "Implementing the SF-12 in an inner-city clinic: the importance of providing help", International Journal for Quality in Health Care 1998: vol 10, number 4: pp355-356

68. Jarlier Agnes and Charvet-Protat Suzanne "Can improving quality decrease hospital costs?", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 2: pp125-131

69. Karydis Anastasios, Komboli-Kodovazeniti Mando et.al "Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 5: pp409-416

70. Kickbusch Ilona "Think health: what makes the difference?", Health Promotion International: vol 12, number 4

71. Kiefe I. Catarina, Weissman W. Norman et.al "Identifying achievable benchmarks of care: concepts and methodology", International Journal for Quality in Health Care 1998: vol 10, number 5: pp443-447

72. King's Fund "Organisational Audits Standards", London: King's Fund, 1998

73. Klazinga Niek "Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 3: pp183-189

74. Kotler P., Clarke R.N "Marketing for health care organizations", 1987, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ

75. Krause G., Sauerborn R. " Comprehensive community effectiveness of health care: a study on malaria treatment for children and adults in Burkina Faso", Ann Trop Paediatr 2000: 20: 273-282

76. Laing's Health-care Market Review 2003-2004, www.laingbuisson.co.uk

77. Larsen Gail "Improving outpatient registration with TQM", Healthcare Financial Management, vol 47, Aug 1993, p75

78. Lassar W.M, Manolis C., Winsor R.D "Service quality perspectives and satisfaction in private banking", 2000, Journal of Services Marketing, 14, 2/3, 244-72

79. Leatherman Sheila "A framework for evaluating government quality initiatives: the Wimpole Street principles", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 4: pp279-280

80. Leatherman S., Sutherland K. "Evolving quality in the new NHS: policy, process, and pragmatic considerations", Qual Health Care 1998: 7: s54-s51

81. Lohr K.N. et.al. "Medicare: A strategy for quality assurance", Institute of Medicine, vol 1 Washington, DC: National Academy Press, 1990

82. Lundvall DM., Juran JM "Quality costs", Quality Control Handbook, New York: McGraw-Hill, 1974: pp 1-22

83. Mainz J. "Quality indicators: essential for quality improvement", International Journal for Quality in Health Care 2004: vol 16, supplement 1: pp11-12

84. Majumdar S.K "Assessing comparative efficiency of the state-owned, mixed and private sectors in Indian industry", 1996, Public Choice, 96, 1-24

85. Makara Peter "Health promotion in eastern Europe: a regional case study of economic reform and health development", Health Promotion International 1998: vol 13, number 3

86. Managed Care Task Force of the American Dental Trade Association. The American dental trade association looks at dental reimbursement: responsible consumption of appropriate dental services.J Am Coll Dent 1998: 65: 7-16

87. Maniadakis N., Yfantopoulos J. "Physician induced demand for health services", Arch Hellen Med 1996: 13: 58-68

88. Mann F.C, Neff F.W "Managing Major Change in Organizations", Ann Arbor MI: Foundation for research in human behaviour, 1961

89. Mant J., Hicks N. "Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process outcome in treating myocardial infarction", Br Med 1995: 311: 793-796

90. Martin L. (1993) "Total quality management in the public sector", National Productivity Review, 10, 195-213

91. McLaughlin CP., Kaluzny AD. "Continuous Quality Improvement in Health Care", Maryland: Aspen Publishers, 1999

92. Mera A. Jorge "A review of the 'welfare state' and alternative ways of delivering health care", International Journal for Quality in Health Care 2002: vol 14, number 2: pp87-90

93. Moran M. "Explaining the rise of the market in health care", Markets and Health Care, London: Longman, 1998: 17-33

94. Mosialos H. "The economic behaviour of the hospital", 1991, Iatriko Vima, 63-70

95. Nabitz Udo, Klazinga Niek and Walburg Jan "The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the

EFQM approach in health care", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 3: pp191-201

96. Naceur Jabnoun, Chaker Mohammed "Comparing the quality of private and public hospitals", Managing Service Quality, 2003, vol 13, number 4, pp290-299

97. Oakland J.J. (1998) Total Quality Management. Heinenmann, Oxford

98. Padhi Nayantara "The eight elements of TQM", http://healthcare.isixsigma.com

99. Palmer R.H. "Process-based measures of quality: The need for detailed clinical data in large health care databases", Ann Intern Med 1997: 127: 733-738

100. Palmer N. "The use of private sector contracts for primary health care: Theory, evidence, and lessons for low-income and middle-income countries", Bulletin of the World Health Organization, 2000: 78(6): 821-829

101. Parasuraman A., Zeithalm V.A, Berry L.L "A conceptual model of service quality and its implications for future research", 1985, Journal of Marketing, 49, Autumn, 41-50

102. Petridou E., Gatsoulis N., Dessypris N. et.al "Imbalance of demand and supply for regionalized injury services: a case study in Greece", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 2: pp105-113

103. Recommendation by the European Union of the independent hospitals (UEHP) and the European Committee of private hospitals (CEHP) for quality assurance and risk management programme for the patient's protection-UC 94.37, 1989 Paris-1994 Lisbon

104. Richardson C. William "Reconceiving Health Care To Improve Quality", The tanner lectures on human values, delivered at University of California, Santa Barbara, January 29 2001

105. Robert Betka "Managing by fact", Healthcare Financial Management, vol 47, Jan 1993, p18

106. Roberts M.D., James S., Jack G. et.al "A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals", 1987, JAMA, 258, 7

107. Rosenthal G., Nembrander W. "Public policy and private sector provision of health services", Int J Health Plann Manage 1996: 11: 203-216

108. Royer Thomas "Prepare for the 10 major drivers of change", Medical Group Management Association, www.MGMA.com.pract_solutions, Oct 1999

109. Ruiz Ulises "A two level integrated approach to self-assessment in healthcare organizations", International Journal of Health Care Quality Assurance 1999: vol 12, number 4: pp135-142

110. Samandari Raz, Kleefield Sharon, Hammel Jim et.al "Privately funded quality health care in India: a sustainable and equitable model", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 4: pp283-288

111. Saturno P.J. "Quality in health care: models, labels and terminology", International Journal for Quality in Health Care 1999: vol 11, number 5: pp373-374

112. Sauerborn R. "Low quality of care in low income countries: is the private sector the answer?", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 4: pp281-282

113. Senge P.M. "The fifth discipline: The art end practice of the learning organizations", 1990, Doubleday, New York, NY

114. Sharma Suneeta "Strategies for private participation in child healthcare: a meta analysis of empirical findings"

115. Shaw Charles "National accreditation programmes in Europe", February 2001, CASPE Research, London

116. Shaw C., De Burca Stofian "European Societies for quality in healthcare", International Journal for Quality in Health Care 1999: vol 11, number 3: pp263-265

117. Shaw C.D., Nicholls D. „A frame work for evaluating quality initiatives: the Wimpole Street Principles", Int J Qual Health Care 1998: 12: 273-274

118. Shaw C and Kalo Isuf "A background for national quality policies in health systems", http://www.who.dk,2002

119. Shepard D.S. "Public-private collaborations in health care: lessons from India", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 4: pp277-278

120. Shepard D.S., Walsh J., Munar W. et.al "Cost-effectiveness of ambulatory surgery in Cali", Colombia, Health Policy Plan 1993: 8: 136-142

121. Sloan D.S.G. (1992) "Health care and the demand for quality", International Journal of Quality and Reliability Management, 65-8

122. Smith A.M "Using consumer benchmarking criteria to improve service sector competitiveness", 2000, Benchmarking: An International Journal, 7, 5, 273-388

123. Smits H.L. et.al "Quality improvement in the developing world", International Journal for Quality in Health Care 2002: vol 14, number 6: pp439-440

124. Sohail Sadiq M. "Service quality in hospitals: more favourable than you might think", Managing Service Quality 20003: vol 13, number 3: pp197-206

125. Solberg LI., Mosser G., McDonald S., "The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research", J Qual Improvement 1997: 23: 135-147

126. Sweeney John and Heaton Catherine "Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 3: pp203-209

127. Tassara Gnecco Gilda "Making a commitment to quality: development of the quality assurance programme in Chile, 1991-1999", International Journal for Quality in Health Care 1999: vol 11, number 5: pp443-445

128. Taylor W.A. (1995) "Total quality management and the need for organizational self-assessment: some empirical evidence", Total Quality Management, 6, 1, 3-12

129. Teisberg E.O, Porter M.E, Brown G.B "Making competition in health care work", 1994, Harvard Business Review

130. Thompson G.H. Andrew "Competition and quality: looking for evidence for health care reforms", International Journal for Quality in Health Care 1998: vol 10, number 5: pp371-373

131. Tribus Myron "Lean on quality"

132. Viswanathan Soumya "Private sector must prioritize research", http://www.expresshealthcaremgmt.com

133. Wagner Cordula, DeBakker H. Dinny and Groenewegen P. Peter "A measuring instrument for evaluation of quality systems", International Journal for Quality in Health Care 1999: vol 11, number 2: pp119-130

134. Walshe Kieran, Wallace Louise, Freeman Tim et.al. "The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study", International Journal for Quality in Health Care 2001: vol 13, number 5: pp367-374

135. Weinberg S. Norman and Stason B. William "Managing quality in hospital practice", International Journal for Quality in Health Care 1998: vol 10, number 4: pp295-302

136. Whetsell George "Total quality management", Topics in Health Care Financing, vol 18, Winter 1991, p12-20

137. Whittaker Stuart, Green-Thompson Ronald et.al. "Status of health care quality review programme in South Africa", International Journal for Quality in Health Care 2000: vol 12, number 3: pp247-250

138. Wright CD, Wain JC, Grillo HC et.al. "Pulmonary lobectomy patient care pathway: a model to control cost and maintain quality", Ann Thorac Surg 1997: 64: 299-302

139. Yucelt U. "Health Marketing Quality", 1994, 12, 11-28

140. Yong T.K., (2000) "Public versus private hospital", New Straits Times, 18 June, 29

141. Zairi Mohamed "Managing human resources in healthcare: learning from world class practices-part 2", Health Manpower Management 1998: vol 24, number 2: pp 58-65

142. Zbaracki M.J "The rhetoric and reality of Total Quality Management", Administrative Science Quarterly 1998, 43, 602-636

143. Zeithalm V.A., Parasuraman A., Berry L.L..,"Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations", New York, Free Press, 1990

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο:

1. Προσαρμογή στο ΠΔ 235/00:

ΝΑΙ ...7
ΟΧΙ ...2

2. Τύπος κλινικής:

Ειδική ...4
Ψυχιατρική... 2
Μικτή... 3

3. Αριθμός Εργαζομένων:

Μέχρι 10... 1
11-30... 4
31-60... 3
Πάνω από 60... 1

4. Ύπαρξη μηχανογραφημένου λογιστηρίου:

ΝΑΙ ...6
ΟΧΙ ...3

5. Ύπαρξη μηχανογραφημένου αρχείου ασθενών:

ΝΑΙ ...6
ΟΧΙ ...3

6. Συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία:

Δημόσιο... 7
ΟΓΑ... 2
ΙΚΑ... 3
ΤΕΒΕ... 5
Κανένα... 2

7. Ύπαρξη τμήματος ποιοτικού ελέγχου:

ΝΑΙ ...2
ΟΧΙ ...7

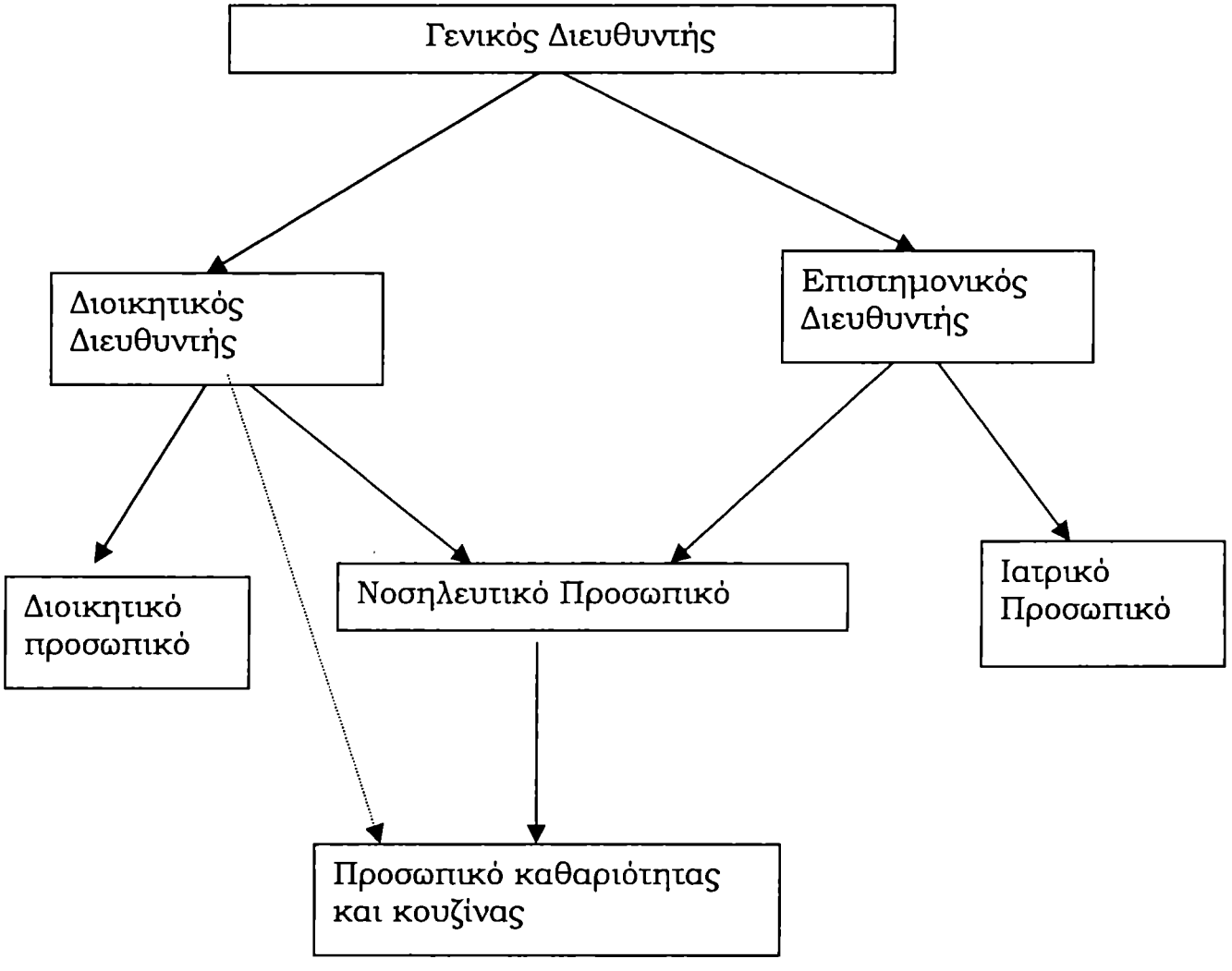
8. Ύπαρξη συστήματος επιβράβευσης των εργαζομένων:

ΝΑΙ ...3
ΟΧΙ ...6

9.Σκεφτείκατε ποτέ να εφαρμόσετε κάποιο από τα παρακάτω προγράμματα στον οργανισμό σας;

	0	1	2	3	4	5
1. Σύστημα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO	8		1			
2. Μοντέλο αριστείας EFQM	9					
3. Benchmarking	6	2		1		
4. Άλλο.....						

10. Αξιολογείστε τα παρακάτω στοιχεία του οργανισμού σας:

	0	1	2	3	4	5
1. Έχουμε ισχυρή δέσμευση απέναντι στους ασθενείς μας			1		4	4
2.Ενθαρρύνουμε τα σχόλια των ασθενών για την κλινική μας			1	2	3	3
3. Μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών μας τακτικά	1		1		2	5
4. Ενθαρρύνουμε την πρωτοβουλία των εργαζομένων μας	1	4	1	1	1	1
5. Μετράμε την ικανοποίηση των εργαζομένων μας από την εργασία τους		3	3	2	1	
6. Διαθέτουμε τακτικά προγράμματα εκπαίδευσης των εργαζομένων	4	3	1	1		
7. Πιστεύουμε στην συνεχή βελτίωση του οργανισμού μας				2	2	5
8. Ενθαρρύνουμε την επικοινωνία των εργαζομένων με την ανώτατη διοίκηση			2	2	5	
9. Διαθέτουμε σύστημα περιορισμού των λοιμώξεων	4	3	1	1		
10. Μετράμε συχνά την απόδοση της κλινικής μας				4	5	1

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ