



ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**“BENCHMARKING”**

της

**ΜΠΕΚΙΑΡΟΥΔΗ ΕΛΕΝΗΣ ΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ**

**Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ**

Φεβρουάριος, 2019

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης, εφαρμόζονται στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και προσδιορίζει τις βέλτιστες πρακτικές, οι οποίες μπορούν να συνεισφέρουν στην επιτυχή εφαρμογή των πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης. Το θέμα καλύπτεται μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, και στην συνέχεια από κάποιες παρουσιάσεις βέλτιστων πρακτικών του εξωτερικού. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η βασική προσέγγιση συγκριτικής προτυποποίησης που ακολουθείται από τις μονάδες υγείας είναι η σύγκριση δεικτών απόδοσης που βασίζονται σε δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα. Το σημείο αναφοράς, δηλαδή οι δείκτες που χρησιμοποιούνται ως η βάση σύγκρισης, καθορίζονται συχνά από εθνικά ή διεθνή πρότυπα. Ωστόσο η συγκριτική προτυποποίηση δεν θα πρέπει να αποτελεί μια μεμονωμένη διαδικασία, αλλά μια συνεχή πρωτοβουλία σύγκρισης βασικών δεικτών απόδοσης, δομών διεργασιών και βέλτιστων πρακτικών, σε σχέση με τους καλύτερους στον τομέα της υγείας ή σε σχέση με εθνικά και διεθνή πρότυπα. Η κατάλληλη θέσπιση ενός σχεδίου εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης και η προσεκτική επιλογή των μετρικών απόδοσης αποτελούν, μεταξύ άλλων βέλτιστες πρακτικές στον τομέα αυτό, ενώ η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης, η συμμετοχή του κλινικού προσωπικού, η πολιτιστική αλλαγή και η δημιουργία δομών συνεργασίας μεταξύ των μονάδων υγείας, αποτελούν που παράγοντες που μπορούν να συνεισφέρουν περαιτέρω στην επιτυχία των προγραμμάτων συγκριτικής προτυποποίησης.

**Λέξεις κλειδιά:** συγκριτική προτυποποίηση, υγειονομική περίθαλψη, δείκτες απόδοσης, βέλτιστες πρακτικές

## **Abstract**

The thesis studies how benchmarking practices are applied to health care units and identifies best practices that can contribute to the successful implementation of benchmarking practices. The subject is initially covered, through the review of international literature, and then through the presentation of benchmarking practices. Review of the literature showed that major benchmarking approach followed by healthcare units is the comparison of performance indicators based on structures, processes and outcomes. Base comparative standards, ie the indicators used as the basis of comparison, are often defined by national or international standards. However, benchmarking should not be an isolated process but a continuous initiative to compare key performance indicators, process structures and best practices with respect to the best healthcare units or national and international organizations. Appropriate adoption of a plan for the implementation of benchmarking and careful selection of performance metrics are, among other, best practices in this area, while commitment by top management, involvement of clinical staff, cultural change and creation of structures for cooperation between healthcare units, are factors that can further contribute to the success of benchmarking programs.

**Key words:** benchmarking, healthcare, performance indicators, best practices

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract .....	3
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Εισαγωγή.....	5
1.1. Σύντομο θεωρητικό πλαίσιο .....	5
1.2. Σκοπός και ερευνητικοί στόχοι .....	7
1.3. Διάρθρωση διπλωματικής εργασίας .....	8
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Benchmarking στον χώρο της υγείας – Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	10
2.1. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας.....	10
2.2. Συνεχής βελτίωση της ποιότητας.....	13
2.3. Συγκριτική προτυποποίηση (Benchmarking) – ορισμός και ιστορική αναδρομή.....	17
2.5. Κατηγορίες πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας .....	24
2.5.1. Γενικές κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης .....	24
2.5.2. Κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης στους οργανισμούς υγείας .....	29
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Benchmarking στον χώρο της υγείας – Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....	33
3.1. Εφαρμογή συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας .....	33
3.2. Καλές πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας.....	39
3.3. Κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας .....	44
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Συμπεράσματα .....	48
Βιβλιογραφία.....	50

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εισαγωγή

## 1.1. Σύντομο θεωρητικό πλαίσιο

Τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τις ίδιες ευκαιρίες και απειλές, οι οποίες έγκειται στις δημογραφικές πιέσεις που ασκούνται από τη γήρανση του πληθυσμού, τη σταθερή αύξηση των χρόνιων και σοβαρών ασθενειών και την σταθερά αυξανόμενη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες. Επιπλέον, οι ασθενείς γίνονται όλο και πιο απαιτητικοί από την άποψη της ποιότητας της φροντίδας που λαμβάνουν. Αναμένουν υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, σε ένα περιβάλλον που βασίζεται στην αξιοπρέπεια και την ανώδυνη θεραπεία. Από την άλλη οι σοβαρές οικονομικές πιέσεις, που συνεπάγονται αυτές οι εξελίξεις, υποχρεώνουν τους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να αυξάνουν όλο και περισσότερο τον περιορισμό του κόστους και να ανασχεδιάζουν τις ακολουθούμενες διαδικασίες, καθώς και να εφαρμόζουν συνεχή μέτρα βελτίωσης των επιδόσεων, ώστε να επιτύχουν μελλοντικά, οικονομική βιωσιμότητα. Ταυτόχρονα, οι ρυθμιστικές αρχές στον τομέα της υγείας, απαιτούν από τις μονάδες υγείας, βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς (von Eiff, 2015).

Στο πλαίσιο αυτό η συγκριτική προτυποποίηση, έχει προταθεί ως ένα εργαλείο βελτίωσης της απόδοσης, το οποίο επιτρέπει στις μονάδες υγείας να επιτυγχάνουν ένα υψηλότερο επίπεδο ποιότητας, αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών και την ικανότητα παράδοσης φροντίδας σε συνδυασμό με περιορισμούς στο κόστος (von Eiff, 2015). Ως συνιστώσα της συνολικής διαχείρισης της ποιότητας, η συγκριτική προτυποποίηση, είναι μια συνεχής διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός μπορεί να μετρήσει και να συγκρίνει τις δικές του διαδικασίες με εκείνες των οργανώσεων που είναι ηγέτες σε μια συγκεκριμένη περιοχή/τομέα (Benson, 1994).

Η συγκριτική προτυποποίηση είναι μια διαδικασία σύγκρισης μεταξύ των χαρακτηριστικών απόδοσης ξεχωριστών, συχνά ανταγωνιστικών οργανισμών, που έχουν ως στόχο να επιτρέψουν σε κάθε συμμετέχοντα στην διαδικασία, να βελτιώσει τις δικές του επιδόσεις στην αγορά. Στόχος των οργανισμών που εφαρμόζουν

διαδικασίες συγκριτικής προτυποποίησης, είναι να αποκτήσουν μια σαφέστερη εικόνα των ανταγωνιστών και των απαιτήσεων των πελατών. Η συγκριτική προτυποποίηση επιτρέπει επίσης την ταχύτερη διάδοση των καινοτομιών (στις διαδικασίες ή/και στα προϊόντα), εντός μιας συγκεκριμένης βιομηχανίας κυρίως, καθώς σε άλλες βιομηχανίες, όπου αυτό είναι εφικτό (Beckford, 1998).

Όπως και οι περισσότερες προσεγγίσεις συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, η συγκριτική προτυποποίηση εφαρμόστηκε πρωτίστως στον βιομηχανικό κλάδο, το 1959, από την εταιρεία Xerox (Fedor et al., 1996), και στην συνέχεια διαδόθηκε στον τομέα της υγείας, όπου οι αρχές της εφαρμόστηκαν σε εθνικά συστήματα υγείας, καθώς και σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 (Pitarelli και Monnier, 2000).

Στην πράξη, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η συγκριτική προτυποποίηση, αποτελεί μια προσέγγιση, η οποία αναφέρεται συχνά στη σύγκριση δεικτών μεταξύ των μονάδων υγείας. Η σύγκριση των δεδομένων, είτε εντός, είτε μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, βασίζεται σε δεδομένα που μπορούν να προκύψουν σε διαφορετικά επίπεδα εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι δείκτες συγκριτικής αξιολόγησης στην υγεία έχουν οριστεί ως ένα εργαλείο μέτρησης, που χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της διακυβέρνησης και των λειτουργιών υποστήριξης (Wait και Nolte, 2005)

Το βασικό χαρακτηριστικό της συγκριτικής προτυποποίησης είναι ότι αποτελεί μέρος μιας ολοκληρωμένης και συμμετοχικής πολιτικής, συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Πράγματι, βασίζεται σε εθελοντική και ενεργό συνεργασία μεταξύ διαφόρων οργανισμών για τη δημιουργία ενός πνεύματος ανταγωνισμού και την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών. Οι προϋποθέσεις επιτυχούς εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης, εστιάζουν στην προσεκτική προετοιμασία της διαδικασίας, στην παρακολούθηση των σχετικών δεικτών, στην εμπλοκή του προσωπικού στην διαδικασία και στις διοργανικές επισκέψεις (Lovaglio, 2012; Wind και Van Harten, 2017).

Ωστόσο υπάρχουν πολλές μεθοδολογικές προκλήσεις στον τομέα της συγκριτικής προτυποποίησης που σχετίζονται με την επιλογή και την ποιότητα των δεικτών που

χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση, τόσο εντός, όσο και μεταξύ των συστημάτων υγείας. Παρόλο που η συγκριτική προτυποποίηση έχει αποτελέσει εγγενές μέρος των πιο αναπτυγμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ο αντίκτυπος των πρωτοβουλιών της, σχετικά με τη βελτίωση των επιδόσεων του συστήματος υγείας και την ενσωμάτωσή του στις υφιστάμενες διαδικασίες πολιτικής, παραμένει να αποδειχθεί περαιτέρω (Wind και Van Harten, 2017).

## 1.2. Σκοπός και ερευνητικοί στόχοι

Η παρούσα εργασία διερευνά την προσέγγιση της συγκριτικής προτυποποίησης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός της είναι να παρουσιάσει τον τρόπο με τον οποίο οι πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης, εφαρμόζονται στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και να προσδιορίσει τις βέλτιστες πρακτικές, οι οποίες μπορούν να συνεισφέρουν στην επιτυχία των πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης. Με βάση τον σκοπό της εργασίας, οι επιμέρους στόχοι που τέθηκαν, είναι:

- [1] Η διερεύνηση του θεωρητικού πλαισίου της συγκριτικής προτυποποίησης, ως μιας μεθόδου συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στους οργανισμούς
- [2] Η διερεύνηση των διαφορετικών προσεγγίσεων συγκριτικής προτυποποίησης που εφαρμόζονται στους οργανισμούς γενικά, και ειδικότερα στους οργανισμούς υγείας
- [3] Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η συγκριτική προτυποποίηση εφαρμόζεται στην πράξη από τις μονάδες υγείας
- [4] Η διερεύνηση των βέλτιστων πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας
- [5] Η διερεύνηση των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας των πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης που εφαρμόζονται στους οργανισμούς υγείας

Το θέμα καλύπτεται σε θεωρητικό επίπεδο, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, πάνω σε θέματα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας και σε θέματα σχετικά με την εφαρμογή της συγκριτική προτυποποίησης στις μονάδες υγείας.

### **1.3. Διάρθρωση διπλωματικής εργασίας**

Για την καλύτερη παρουσίαση του θέματος, η εργασία δομήθηκε σε τρία κεφάλαια. Πιο αναλυτικά το πρώτο κεφάλαιο εισάγει τον αναγνώστη στο βασικό θεωρητικό πλαίσιο της πρακτικής της συγκριτικής προτυποποίησης. Γίνεται αναφορά στις διαστάσεις της ποιότητας στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και στις πρωτοβουλίες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας. Στην συνέχεια παρουσιάζονται βασικές έννοιες και ορισμοί, καθώς το ιστορικό πλαίσιο της συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας, όπως επίσης και οι διαφορετικές κατηγορίες πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης (εσωτερική, εξωτερική, ανταγωνιστική, κ.α.).

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικά με τους τρόπους εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης στις μονάδες και τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο. Παρουσιάζονται περιπτώσεις εφαρμογής πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης, όπως αυτές αναδεικνύονται μέσα από την επιστημονική έρευνα, αλλά και μέσα από πλαίσια συγκριτικής προτυποποίησης που εφαρμόστηκαν σε συστήματα υγείας σε εθνικό επίπεδο. Παράλληλα συζητούνται τα οφέλη της συγκριτικής προτυποποίησης, έτσι όπως αυτά αναδεικνύονται από τις διάφορες έρευνες και περιπτώσεις εφαρμογής. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται οι βέλτιστες πρακτικές και διαδικασίες συγκριτικής προτυποποίησης για τους οργανισμούς υγείας, καθώς οι παράγοντες που μπορούν να συνεισφέρουν στην επιτυχία των προγραμμάτων συγκριτικής προτυποποίησης, δίνοντας την ευκαιρία στους οργανισμούς υγείας να φτάσουν στο βέλτιστο επίπεδο ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.





## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Benchmarking στον χώρο της υγείας – Θεωρητικό Υπόβαθρο**

### **2.1. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας**

Η κατανόηση της συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα υγείας, απαιτεί πρωτίστως την διασαφήνιση της έννοιας της ποιότητας στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των διαδικασιών βελτίωσης της ποιότητας.

Για την ποιότητα στον τομέα της υγείας έχουν αναπτυχθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί. Οι διάφοροι ορισμοί, θέτουν διαφορετικές προτεραιότητες και διαφορετικούς στόχους στην βελτίωση της ποιότητας, ανάλογα με το βασικό συστατικό της ποιότητας που καθορίζεται. Τα διάφορα αυτά συστατικά μπορεί να σχετίζονται με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας, τους ασφαλιστές και τους εργοδότες (Buttell et al, 2008).

Ο πιο ανθεκτικός και ευρέως διαδεδομένος ορισμός της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από το Ινστιτούτο Ιατρικής το 1990 (IOM). Σύμφωνα με τον εν λόγω ορισμό, η ποιότητα συνίσταται στον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις (Corrigan, 2005).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής προσδιόρισε επίσης, το 1999, έξι βασικούς τομείς για την μέτρηση και την περιγραφή της ποιότητας στις μονάδες υγείας, οι οποίοι έχουν κερδίσει μεγάλη αποδοχή στην βιβλιογραφία, ενώ έχουν επίσης υιοθετηθεί και από άλλους μεγάλους οργανισμούς υγείας, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Οι τομείς αυτοί, αφορούν στην ουσία, τις διαστάσεις τις οποίες λαμβάνει η ποιότητα στο πλαίσιο της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές περιλαμβάνουν την ασφάλεια των ασθενών, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα,

την έγκαιρη παράδοση των υπηρεσιών υγείας και την τοποθέτηση του ασθενή στο επίκεντρο (Hughes, 2008).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, στην οποία δόθηκε ιδιαίτερη σημασία, μετά την δημοσίευση μιας έκθεσης από τους Donaldson et al (2000), στην οποία δείχθηκε, ότι στις ΗΠΑ, περίπου μεταξύ 44.000 και 98.000 ανθρώπων πεθαίνουν κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα ιατρικών λαθών. Μόνο τα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, εκτιμήθηκε ότι προκαλούσαν περισσότερους από 7.000 θανάτους ετησίως, σε σύγκριση με 6.000 ετήσιους θανάτους που προκαλούνταν από τραυματισμούς στο χώρο εργασίας. Το συνολικό κόστος των ιατρικών σφαλμάτων που προκαλούν τραυματισμούς εκτιμήθηκε ότι κυμαινόταν μεταξύ 17 και 29 δις δολ. (Donaldson et al, 2000).

Η ασφάλεια των ασθενών έχει οριστεί ως η αποφυγή πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να αποτρέπουν και να προλαμβάνουν τα λάθη και να μαθαίνουν μέσα από τα λάθη. Περαιτέρω το σύστημα υγείας και οι μονάδες υγείας, θα πρέπει να δημιουργούν μια νοοτροπία ασφάλειας, η οποία θα διαχέεται σε ολόκληρο το σύστημα της μονάδας υγείας. Οι πρακτικές ασφάλειας των ασθενών έχουν οριστεί ως αυτές που μειώνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων που σχετίζονται με την έκθεση σε ιατρική περίθαλψη σε μια σειρά διαγνώσεων ή συνθηκών. Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλές πρακτικές για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και για την αποφυγή σφαλμάτων, στο πλαίσιο της βελτίωσης των διαδικασιών της υγειονομικής περίθαλψης (McDonald et al, 2013; Weaver et al, 2013).

Η αποτελεσματικότητα, ως διάσταση της ποιότητας της φροντίδας, έχει οριστεί ως η εφαρμογή των "καλύτερων" γνώσεων που προκύπτουν από την έρευνα και την κλινική εμπειρία, για την επίτευξη βέλτιστων διεργασιών και αποτελεσμάτων περίθαλψης για τους ασθενείς. Αφορά τη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της βελτίωσης της ποιότητας. Στην ουσία αναφέρεται στην σύνδεση της επιστημονικής έρευνας με την ιατρική πρακτική, και την υιοθέτηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία της επιστημονικής έρευνας (evidence based practice). Στο

πλαίσιο αυτό, ο αριθμός των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών αυξήθηκε ραγδαία στη δεκαετία του 1990. Οι κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς να τυποποιήσουν τη φροντίδα και να μειώσουν τις διακυμάνσεις - διαφοροποιήσεις στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η επιστημονική έρευνα σε ιατρικά θέματα εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς (Grossbart και Agrawal, 2012). Ωστόσο η αποτελεσματικότητα μπορεί επίσης να έχει και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, υπό το πρίσμα, ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και των παρόχων υγείας είναι εξίσου σημαντική με την κλινική και τεχνική ικανότητα (Beattie et al, 2013).

Η αποδοτικότητα ορίζεται ως η παροχή της βέλτιστης φροντίδας στους ασθενείς, και όχι της μέγιστης, επειδή τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν με ένα συγκεκριμένο επίπεδο οικονομικών πόρων. Η αποδοτικότητα αναφέρεται πρακτικά στην αποφυγή της υπερβολικής χρήσης των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης ή της κακής χρήσης, δηλαδή στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους όσους θα μπορούσαν να επωφεληθούν, και την αποφυγή παροχής υπηρεσιών σε αυτούς που δεν είναι πιθανό να ωφεληθούν (Beattie et al, 2013).

Η έγκαιρη παράδοση των υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται στην μείωση των χρόνων αναμονής για την λήψη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ειδικότερα για καθυστερήσεις που θα μπορούσαν να είναι επιβλαβείς για την υγεία των ασθενών. Η έγκαιρη παράδοση των υπηρεσιών υγείας διακυβεύεται από πολλούς παράγοντες, και τα πιο συχνά προβλήματα που αναφέρονται είναι η μεγάλη διάρκεια αναμονής στις αίθουσες έκτακτης ανάγκης, η έλλειψη ασφάλισης η οποία οδηγεί στην καθυστέρηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ή η καθυστέρηση που προκύπτει από την έλλειψη διαθέσιμων κλινικών ιατρών. Πολλοί παράγοντες, τόσο εσωτερικοί, όσο και εξωτερικοί του περιβάλλοντος φροντίδας, επηρεάζουν την μη έγκαιρη παράδοση της φροντίδας υγείας, όπως για παράδειγμα ο ανεπαρκής σχεδιασμός των συστημάτων παράδοσης φροντίδας υγείας, ή οι περιορισμένοι πόροι που μπορεί να οδηγήσουν σε ελλείψεις προσωπικού (Wakefield, 2008).

Η ισότητα, ως διάσταση της ποιοτικής φροντίδας, αφορά την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι προκλήσεις στο πλαίσιο αυτό αντικατοπτρίζονται στις ανισότητες της υγειονομικής περίθαλψης για τις εθνοτικές

και κοινωνικοοικονομικές ομάδες και στην έλλειψη ασφάλισης υγείας ή στην υποασφάλιση. Η ισότητα μπορεί επίσης να διακυβευτεί για ασθενείς σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές (Wakefield, 2008).

Τέλος η τοποθέτηση του ασθενούς στο επίκεντρο έχει πολλές διαστάσεις και μπορεί να αναφέρεται στην επίδειξη σεβασμού στις ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις του ασθενούς, την πληροφόρηση, την επικοινωνία και την εκπαίδευση του ασθενούς, την παροχή φυσικής άνεσης και συναισθηματικής υποστήριξης και τη συμμετοχή της οικογένειας και των φίλων (Davies et al, 2005).

## **2.2. Συνεχής βελτίωση της ποιότητας**

Η βελτίωση της ποιότητας (Quality improvement) συνίσταται σε συστηματικές και συνεχείς ενέργειες που οδηγούν σε μετρήσιμη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της κατάστασης της υγείας των στοχευόμενων ομάδων ασθενών. Για να γίνουν βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, κάθε οργανισμός πρέπει να κατανοήσει το δικό του σύστημα παράδοσης και τις βασικές διαδικασίες. Η βασική ιδέα πίσω από την βελτίωση της ποιότητας, είναι ότι τόσο οι πόροι (εισροές) όσο και οι δραστηριότητες που διεξάγονται (διαδικασίες), εξετάζονται από κοινού για να εξασφαλίσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας (αποτελέσματα / εκροές). Οι εισροές μπορεί να περιλαμβάνουν τους ανθρώπους, τον εξοπλισμό, τα υλικά, τις πληροφορίες, την τεχνολογία, κ.α., ενώ τα αποτελέσματα μπορεί να αναφέρονται στην παράδοση των υπηρεσιών υγείας, στην τελική κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά από την λήψη της υγειονομικής περίθαλψης, στην αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας των ασθενών, στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, κ.α. Οι δραστηριότητες ή οι διαδικασίες στο πλαίσιο ενός οργανισμού υγείας, περιλαμβάνουν δύο βασικά στοιχεία: 1) τι γίνεται (ποια φροντίδα παρέχεται) και 2) πώς γίνεται (πότε, πού και από ποιον παρέχεται η φροντίδα υγείας) (Varkey et al, 2007).

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οργανισμοί υιοθετούν προγράμματα και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας. Ένα πρόγραμμα

βελτίωσης της ποιότητας, περιλαμβάνει συστηματικές δραστηριότητες που οργανώνονται και υλοποιούνται από έναν οργανισμό για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι δραστηριότητες αυτές, είναι κυκλικής φύσης, προκειμένου οι οργανισμοί να συνεχίσουν να επιδιώκουν υψηλότερα επίπεδα απόδοσης, για να βελτιστοποιήσουν την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς. Αυτές, οι κυκλικής φύσης δραστηριότητες, στα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας, υποδεικνύουν ότι η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας θα πρέπει να είναι συνεχής, προκειμένου να εξασφαλιστούν βέλτιστα επίπεδα απόδοσης για τους οργανισμούς υγείας (McLaughlin και Kaluzny, 2004).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (CQI-Continuous quality improvement), είναι μια διαδικασία επτά σταδίων που αποτελείται από τον προσδιορισμό της επιθυμητής γνώσης, τον σχεδιασμό των κατάλληλων μέτρων για την απόκτηση των απαραίτητων αξιολογήσεων, τη μέτρηση, τη διερεύνηση των μετρήσεων για την εύρεση τάσεων και βέλτιστων πρακτικών, την επιστροφή αυτών των πληροφοριών σε όσους μπορούν να επηρεάσουν την αλλαγή, την εφαρμογή της αλλαγής στην πράξη για να ενισχυθεί η συχνότητα εμφάνισης των βέλτιστων πρακτικών και, στη συνέχεια, την επαναμέτρηση για την αξιολόγηση του προγράμματος αλλαγής. Πρόκειται για μια εξέλιξη του κινήματος του «ελέγχου ολικής ποιότητας» (total quality control), που εξαπλώθηκε από τον επιχειρηματικό τομέα στην υγειονομική περίθαλψη, κατά την διάρκεια της δεκαετία του 1980 (Fernandez et al, 2014).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας χαρακτηρίζεται από την επαναληπτική χρήση διαδικασιών για τον εντοπισμό προβλημάτων ποιότητας, την ανάπτυξη λύσεων και την εφαρμογή και αξιολόγηση αλλαγών. Σύμφωνα με τους McCalman et al (2018, σ. 77), η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι «*μια δομημένη οργανωτική διαδικασία για τη συμμετοχή των ανθρώπων στον προγραμματισμό και στην εκτέλεση συνεχούς ροής βελτίωσης για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης που ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τις προσδοκίες των ασθενών*». Οι O'Neill et al (2011) επεσήμαναν τέσσερα βασικά στοιχεία των προσεγγίσεων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, τα οποία είναι:

(1) η υλοποίηση από το εσωτερικό των μονάδων υγείας ή από εξωτερικούς φορείς,

(2) η συλλογή ποιοτικών ή ποσοτικών δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τις επιπτώσεις ή την επιτυχία των παρεμβάσεων της υγειονομικής περίθαλψης,

(3) η αναφορά των αποτελεσμάτων υγείας του πελάτη (ή του φροντιστή) και

(4) ο στόχος είναι να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο η παροχή της φροντίδας είναι συστηματικά δομημένη.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως στις προσεγγίσεις συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, περιλαμβάνουν στρατηγικές που επιτρέπουν στον οργανισμό υγείας να αξιολογήσει και να βελτιώσει την παροχή και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή προσεγγίσεων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, επιτρέπει στις μονάδες υγείας να κατανοήσουν τι είναι αυτό που λειτουργεί καλά ή που δεν λειτουργεί καλά στην τρέχουσα κατάσταση και πώς θα κάνουν αλλαγές για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Το σχέδιο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προσδιορίζει το επιθυμητό κλινικό ή διοικητικό αποτέλεσμα και τις στρατηγικές αξιολόγησης που επιτρέπουν στους οργανισμούς υγείας να προσδιορίσουν, εάν επιτυγχάνουν αυτό το αποτέλεσμα. Η ομάδα διαχείρισης παρεμβαίνει επίσης, όταν χρειάζεται, για να προσαρμόσει το σχέδιο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, με βάση τη συνεχή παρακολούθηση της προόδου μέσω ενός βρόχου ανατροφοδότησης προσαρμογής σε πραγματικό χρόνο (NLC, 2013).

Κατά την ανάληψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, μια πρακτική πρέπει να εξετάσει τρία βασικά συστατικά τα οποία είναι η δομή, οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα (Donabedian, 1980). Κάθε πρωτοβουλία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας πρέπει να επικεντρώνεται στη δομή (ειδικά στην τεχνολογία και στους ανθρώπους) και στις διαδικασίες που οδηγούν στα αναμενόμενα αποτελέσματα και τελικά στα επιθυμητά αποτελέσματα. Η δομή περιλαμβάνει τα τεχνολογικά, ανθρώπινα, φυσικά και χρηματοοικονομικά περιουσιακά στοιχεία που διαθέτει ένας οργανισμός. Οι δραστηριότητες, οι ροές εργασιών ή οι εργασίες που εκτελούνται για την επίτευξη ενός αποτελέσματος ή μιας έκβασης, θεωρούνται ως διαδικασίες. Τα αποτελέσματα συνιστούν το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας και

μια αλλαγή στην τρέχουσα και μελλοντική κατάσταση υγείας του ασθενούς λόγω προηγούμενων παρεμβάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Kazley και Ozcan, 2008).

Ωστόσο δεν είναι όλα τα αποτελέσματα κλινικά. Πολλές πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας, θα έχουν αποτελέσματα που συνδέονται με επιχειρηματικούς στόχους ή στόχους αποδοτικότητας και, κατά συνέπεια, θα απαιτούν αλλαγές στις διοικητικές διαδικασίες. Οι επιδιωκόμενες αλλαγές στο κόστος και την αποδοτικότητα της περίθαλψης των ασθενών ή η απόδοση της επένδυσης σε τεχνολογίες υγείας, μπορούν επίσης να θεωρηθούν ως αποτελέσματα (Kazley και Ozcan, 2008).

Οι προσεγγίσεις συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας ολοένα και περισσότερο, για την γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της βάσης τεκμηρίων για βέλτιστες πρακτικές (Bailie et al, 2017). Στο πλαίσιο αυτό έχουν επιτρέψει την τήρηση των βέλτιστων πρακτικών και κλινικών κατευθυντήριων γραμμών για την διαχείριση των ασθενών (McCalman et al, 2018).

Οι έρευνες έχουν αναφέρει διάφορες θετικές επιδράσεις της εφαρμογής προσεγγίσεων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, όπως για παράδειγμα μειωμένες εισαγωγές νοσηλείας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μειωμένες επισκέψεις σε επείγοντα νοσοκομεία (Tricco et al, 2014). Επιπλέον, οι μελέτες καταδεικνύουν αυξημένες ικανότητες, δυνατότητες και ενθουσιασμό από την πλευρά του εργατικού δυναμικού στην παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Hardie-Boys et al, 2013).

Πρακτικά οι διάφορες προσεγγίσεις συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας περιλαμβάνουν την λιτή διαχείριση, τη μεθοδολογία 6σ, τα βραβεία ποιότητας Baldrige Quality Award, καθώς και πολλά άλλα μοντέλα βελτίωσης της ποιότητας που βασίζονται στους κύκλους PSDA. Ένας κύκλος PSDA (Plan-Do-Study-Act), είναι ένα επαναληπτικό μοντέλο επίλυσης προβλημάτων, τεσσάρων σταδίων, που χρησιμοποιείται για τη βελτίωση μιας διαδικασίας ή την πραγματοποίηση αλλαγών σε έναν οργανισμό (NLC, 2013; Taylor et al, 2014).

Στο στάδιο του σχεδιασμού (Plan) ορίζονται: (1) μια ομάδα εφαρμογής της αλλαγής, που έχει γνώση του προβλήματος ή της ευκαιρίας για βελτίωση, (2) οι ρόλοι και οι



ευθύνες των μελών της ομάδας στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της αλλαγής, (3) ο στόχος της αλλαγής, (4) η συλλογή πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τα επόμενα στάδια, (5) το πρόβλημα που επιζητά αλλαγή και οι αιτίες του και (6) ένα σχέδιο δράσης για την εφαρμογή της αλλαγής. Στο δεύτερο στάδιο της υλοποίησης (Do), γίνεται εφαρμογή του σχεδίου. Στο τρίτο στάδιο της μελέτης και του ελέγχου (study), καθορίζονται τα αποτελέσματα της διαδικασίας βελτίωσης και αν τελικά αυτό το αποτέλεσμα ήταν το αναμενόμενο ή όχι. Τέλος στο τέταρτο στάδιο, αυτό της δράσης (Act), καθορίζεται εάν το σχέδιο εφαρμογής της αλλαγής ήταν επιτυχές, δηλαδή αν πέτυχε τους στόχους που είχαν τεθεί. Στην περίπτωση επιτυχούς εφαρμογής τυποποιείται η διαδικασία βελτίωσης και αρχίζει να εφαρμόζεται συστηματικά. Εναλλακτικά θα πρέπει να γίνει επανασχεδιασμός της διαδικασίας αλλαγής και να εντοπιστούν σημεία βελτίωσης (Varkey et al, 2007; Taylor et al, 2014).

### **2.3. Συγκριτική προτυποποίηση (Benchmarking) – ορισμός και ιστορική αναδρομή**

Η συγκριτική προτυποποίηση, αποτελεί μια διαχειριστική πρακτική για την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών με το καλύτερο δυνατό κόστος. Η επιδίωξη για την επίτευξη απόδοσης, βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ διαφόρων οργανισμών. Η βασική αρχή της συγκριτικής προτυποποίησης, συνίσταται στον εντοπισμό ενός σημείου σύγκρισης, το οποίο θεωρείται ως ένα σημείο αναφοράς, βάσει του οποίου γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των οργανισμών (Benson, 1994; Ettorchi-Tardy, Levif και Michel, 2012).

Η συγκριτική προτυποποίηση έχει οριστεί ως η συνεχής και συνεργατική διαδικασία της μέτρησης και της σύγκρισης των αποτελεσμάτων των βασικών διαδικασιών της εργασίας, με εκείνες των καλύτερων επιδόσεων στην αξιολόγηση της οργανωτικής απόδοσης (Gift και Mosel, 1994). Σύμφωνα με άλλους ορισμούς η συγκριτική προτυποποίηση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία σύγκρισης της απόδοσης ενός οργανισμού, με την αντίστοιχη των καλύτερων οργανισμών στον ίδιο κλάδο,

λαμβάνοντας υπόψη τις κρίσιμες ανάγκες των πελατών και προσδιορίζοντας τα σημεία που χρίζουν βελτιώσεων (Vaziri, 1992), ή ως μια τυποποιημένη μέθοδος συλλογής και αναφοράς σημαντικών επιχειρησιακών δεδομένων με τρόπο που να επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ των επιδόσεων διαφορετικών οργανισμών ή προγραμμάτων, συνήθως με σκοπό την καθιέρωση ορθών πρακτικών, τον εντοπισμό προβλημάτων στην απόδοση (Vlăsceanu, Grünberg και Pârlea, 2004) ή πολύ απλά ως η διαδικασία εντοπισμού και μάθησης από καλές πρακτικές σε άλλους οργανισμούς (EFQM, 2006).

Ιστορικά, η συγκριτική προτυποποίηση, όπως και οι περισσότεροι μέθοδοι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας, εφαρμόστηκε πρωτίστως στον βιομηχανικό τομέα. Η εταιρεία Xerox, ήταν η πρώτη που εισήγαγε την μέθοδο της συγκριτικής προτυποποίησης σε μια προσπάθεια να μειώσει το κόστος παραγωγής της. Έκτοτε οι μέθοδοι συγκριτικής προτυποποίησης εξαπλώθηκαν σε όλο τον βιομηχανικό τομέα στη περίοδο της δεκαετίας του 1980. Η εταιρεία Xerox, ως πρωτοπόρος στον τομέα αυτό, όρισε τη συγκριτική προτυποποίηση ως *«τη συνεχή διαδικασία μέτρησης και αξιολόγησης των προϊόντων, των υπηρεσιών και των πρακτικών, έναντι των αντίστοιχων των μεγαλύτερων ανταγωνιστών ή των λοιπών εταιρειών που αναγνωρίζονται ως ηγέτες της βιομηχανίας»* (Camp, 1989: σ. 10).

Πιο αναλυτικά, το 1979, το τμήμα Fuji-Xerox στην Ιαπωνία ανέλυσε τα χαρακτηριστικά και την ποιότητα των προϊόντων του, σε σύγκριση με εκείνα των ανταγωνιστών του από την Ιαπωνία. Καθορίστηκε ότι το κόστος κατασκευής ήταν υψηλότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στην πραγματικότητα, οι ανταγωνιστές πωλούσαν τα προϊόντα τους στο κόστος παραγωγής της Xerox. Η Xerox ξεκίνησε μια διαδικασία που ονομάστηκε ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση. Το 1981, η συγκριτική προτυποποίηση υιοθετήθηκε σε όλες τις επιχειρηματικές μονάδες της Xerox. Το 1989, η Xerox κέρδισε το αμερικανικό βραβείο ποιότητας, Malcolm Baldrige National Quality Award (Fedor et al., 1996).

Η συγκριτική προτυποποίηση έγινε πρωτίστως ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης και υποστήριξης αποφάσεων που σχεδιάστηκε από τη διοίκηση για τον οργανωτικό εξορθολογισμό (Bruno, 2008). Για μια επιχείρηση, συνίστατο στον καθορισμό

στόχων προόδου, προσδιορίζοντας τις βέλτιστες πρακτικές. Η συλλογή στοιχείων πραγματοποιούνταν, μέσω ανοικτής και αμοιβαίας ανταλλαγής μακροπρόθεσμα. Ως εκ τούτου, η συγκριτική προτυποποίηση έγινε δημοφιλής στον επιχειρηματικό κόσμο από τη δεκαετία του '90 (Fedor et al., 1996).

Η αξία της μεθόδου έγινε ευρέως αποδεκτή και χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας (CQI) σε κάθε τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα παροχής υπηρεσιών. Το 1992, για πρώτη φορά, ο G.J. O Balm χαρακτήρισε τη συγκριτική προτυποποίηση ως μια προσέγγιση συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Ο ίδιος επέκτεινε την έννοια της, πέρα από την απλή συλλογή πληροφοριών και τις συγκρίσεις με τους ανταγωνιστές, σε μια διαδικασία που επιτρέπει στις οργανώσεις να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο έχουν επιτευχθεί οι καλύτερες επιδόσεις στον τομέα τους, ώστε να μπορέσουν να προσαρμόσουν τις καλύτερες ιδέες στις δικές τους πρακτικές. Αυτή η διευρυμένη προσέγγιση της συγκριτικής προτυποποίησης περιελάμβανε, αφενός, την τυποποίηση όλων των βασικών διαδικασιών και, αφετέρου, τη μέτρηση της οργάνωσης όχι μόνο έναντι των άμεσων ανταγωνιστών αλλά και έναντι των μη ανταγωνιστικών επιχειρήσεων που αναγνωρίστηκαν ως «καλύτερες στην κλάση τους» (best in class - BIC) (Balm 1992, Pitarelli και Monnier, 2000).

Συνοψίζοντας, παρόλο που μέχρι σήμερα, έχουν αναπτυχθεί διάφοροι ορισμοί για την συγκριτική προτυποποίηση, οι περισσότεροι από αυτούς έχουν μια κοινή βάση, η οποία είναι η συνεχής μέτρηση και βελτίωση των επιδόσεων ενός οργανισμού, έναντι των αντίστοιχων επιδόσεων των καλύτερων οργανισμών στον κλάδο, για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με νέες μεθόδους εργασίας ή καλές πρακτικές από άλλες επιχειρήσεις.

#### **2.4. Συγκριτική προτυποποίηση στον τομέα της υγείας**

Η εισαγωγή της συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας, έγινε υπό το πρίσμα των όλο και μεγαλύτερων πιέσεων που ασκήθηκαν στα συστήματα

υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια, για την βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους (Lovaglio, 2012; Wind και Van Harten, 2017).

Όπως περιγράφουν οι Ettorchi-Tardy, Levif και Michel, (2012), εδώ και περισσότερο από 15 χρόνια, η απαίτηση για την βελτίωση της απόδοσης, έχει γίνει ένα σημαντικό ζήτημα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται σε τρεις βασικούς παράγοντες: την επιτακτική ανάγκη να ελέγχεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, την ανάγκη για την διαχείριση του κινδύνου και της ποιότητας της περίθαλψης και την ανάγκη να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών. Αυτοί οι παράγοντες ενθάρρυναν την ανάπτυξη πολλών εθνικών και διεθνών προγραμμάτων για την ανάπτυξη δεικτών απόδοσης, την εφαρμογής τους στις μονάδες υγείας και την σύγκριση της απόδοσης μεταξύ τους (Ettorchi-Tardy, Levif και Michel, 2012).

Στο πλαίσιο των παραπάνω εξελίξεων προέκυψε και η μέθοδος της συγκριτικής προτυποποίησης. Η συγκριτική αξιολόγηση στο πλαίσιο της συγκριτικής προτυποποίησης, κατευθύνθηκε προς την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στις μονάδες και τα συστήματα υγείας, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών (Ellis 2006).

Ιστορικά, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, από τον 17<sup>ο</sup> αιώνα είχαν ήδη ακολουθηθεί παρόμοιες πρακτικές, όπως η σύγκριση των δεικτών των αποτελεσμάτων της υγείας των ασθενών, για τη σύγκριση των ποσοστών θνησιμότητας στα νοσοκομεία (Braillon et al., 2008). Ωστόσο η αξιοποίηση της συγκριτικής προτυποποίησης, ως δομημένης μεθόδου, ξεκίνησε μόλις στα μέσα της δεκαετίας του '90 (Camp, 1998).

Πιο αναλυτικά, η συγκριτική προτυποποίηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στον τομέα της υγείας, το 1990 υπό τις απαιτήσεις της Μικτής Επιτροπής Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (JCAHO) στις Ηνωμένες Πολιτείες, η οποία την καθόρισε ως εργαλείο μέτρησης για την παρακολούθηση της διακυβέρνησης, της διαχείρισης και των κλινικών και λογιστικών διαδικασιών (Braillon, Chainé και Gignon, 2008).

Στην συνέχεια κάποιοι ορισμοί της συγκριτικής προτυποποίησης, προσαρμόστηκαν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ αυτών, η έρευνα του Ellis (2006) όρισε την συγκριτική προτυποποίηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως μια διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης και προσδιορισμού των υποκείμενων αιτιών που οδηγούν σε υψηλά επίπεδα απόδοσης. Η συγκριτική προτυποποίηση πρέπει να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών. Αποτελεί μια συνεχή προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, τη σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων με αυτά των άλλων οργανώσεων, προκειμένου οι οργανισμοί να μάθουν πώς επιτυγχάνονται αυτά τα αποτελέσματα και να εφαρμόζουν τα διδάγματα που έχουν αντληθεί (καλές πρακτικές), για να βελτιωθούν (Wind και Van Harten, 2017).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η έννοια, αλλά και το περιεχόμενο της πρακτικής της συγκριτικής προτυποποίησης, έχει μεταβληθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η συγκριτική προτυποποίηση κατά την αρχική εφαρμογή της, ήταν στην ουσία η σύγκριση των αποτελεσμάτων απόδοσης για τον εντοπισμό των ανισοτήτων. Στη συνέχεια επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει την ανάλυση των διεργασιών και των παραγόντων επιτυχίας για την παραγωγή υψηλότερων επιπέδων απόδοσης (Meissner et al., 2008). Οι πιο πρόσφατες τροποποιήσεις στην έννοια της συγκριτικής προτυποποίησης σχετίζονται με την ανάγκη να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών (Ellis 2006).

Για την εφαρμογή της συγκριτικής προτυποποίησης, οι ερευνητές τονίζουν την ανάγκη για χρήσιμες, αξιόπιστες και ενημερωμένες πληροφορίες. Αυτή η συνεχής διαδικασία διαχείρισης πληροφοριών ονομάζεται επιτήρηση. Η επιτήρηση των πληροφοριών, ως βάση της συγκριτικής προτυποποίησης, διευκολύνει και επιταχύνει τη διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης. Στην πράξη, η συγκριτική προτυποποίηση περιλαμβάνει επίσης (Ellis 2006):

- [1] την τακτική σύγκριση δεικτών (σε δομές, δραστηριότητες, διαδικασίες και αποτελέσματα) με τους καλύτερους στον τομέα της υγείας
- [2] τον εντοπισμό διαφορών στα αποτελέσματα μέσω των διοργανωτικών επισκέψεων

[3] την αναζήτηση νέων προσεγγίσεων προκειμένου να γίνουν βελτιώσεις που θα έχουν την μεγαλύτερη επίδραση στα αποτελέσματα και

[4] την εφαρμογή δεικτών παρακολούθησης

Όπως όλες οι μέθοδοι συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, η συγκριτική προτυποποίηση, υπόκειται στο εννοιολογικό πλαίσιο της ποιότητας του Deming (Bonnet et al., 2008). Η συγκριτική προτυποποίηση αποτελεί μια προσέγγιση συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, καθώς είναι μια συνεχής διαδικασία, η οποία ενθαρρύνει τη χρήση κύκλων Plan-Do-Study-Act (PDSA), όταν σχεδιάζονται δράσεις και υλοποιούνται βελτιώσεις. Στο στάδιο του σχεδιασμού, ο οργανισμός επικεντρώνεται στην λήψη των διάφορων προκαταρκτικών αποφάσεων, όπως η επιλογή των λειτουργιών / διαδικασιών για τη συγκριτική αξιολόγηση και ο τύπος της συγκριτικής προτυποποίησης που θα εφαρμοστεί. Στο δεύτερο στάδιο της υλοποίησης, καθορίζονται οι επιλεγμένες διαδικασίες χρησιμοποιώντας μετρήσεις και τεκμηριώνοντας τις επιχειρηματικές πρακτικές. Επιπλέον, τα στοιχεία (μετρήσεις και επιχειρηματικές πρακτικές) συγκεντρώνονται στον οργανισμό που θα εφαρμόσει την διαδικασία. Στο τρίτο στάδιο της μελέτης/ελέγχου γίνεται σύγκριση των ευρημάτων, μέσω ανάλυσης των υφιστάμενων κενών απόδοσης, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν αρνητικά ή θετικά κενά μεταξύ της εταιρείας που εφαρμόζει την συγκριτική προτυποποίηση, και του έταιρου οργανισμού που αποτελεί την βάση σύγκρισης. Στο τελευταίο στάδιο εφαρμόζονται τα σχέδια, είτε για να κλείσουν τα αρνητικά κενά απόδοσης, είτε για να διατηρηθούν τα θετικά κενά (Pulsat, 1994; Kay, 2007).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι αν και η εφαρμογή της συγκριτικής προτυποποίησης, μπορεί να γίνει μέσα από την παραπάνω διαδικασία τεσσάρων σταδίων (κύκλοι PSDA), ότι διαφορετικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα ποικίλουν, όσο αφορά τον αριθμό των βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν, ανάλογα με τον τρόπο ομαδοποίησης των βημάτων και κάθε προσέγγιση (Ettorci-Tardy et al, 2012).

Για παράδειγμα, στην Γαλλία, η Εθνική Υπηρεσία για τη Διαπίστευση και Αξιολόγηση της Υγείας (ANAES), δημοσίευσε ένα έγγραφο αναφοράς το 2000 αποτελούμενο από μεθόδους και εργαλεία για την αποτελεσματική διεξαγωγή σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας, συμπεριλαμβανομένης της μεθόδου της συγκριτικής προτυποποίησης, η οποία περιλαμβάνει οκτώ βήματα (ANAES, 2000). Οι Bonnet et al (2008) πρότειναν επίσης μια μέθοδο συγκριτικής προτυποποίησης που αποτελείται από 12 βήματα που ομαδοποιούνται σε τέσσερις φάσεις.

Σε μια άλλη προσέγγιση οι Pitarelli και Monnier (2000), πρότειναν μια διαδικασία εννέα βημάτων. Αυτά περιλαμβάνουν (Pitarelli και Monnier, 2000):

- [1] την επιλογή του αντικειμένου της συγκριτικής προτυποποίησης (η υπηρεσία ή η δραστηριότητα που πρέπει να βελτιωθεί)
- [2] τον προσδιορισμό των σημείων αναφοράς για την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης, δηλαδή των επιχειρήσεων με τις καλύτερες επιδόσεις στον κλάδο
- [3] την συλλογή και οργάνωση των δεδομένων στο εσωτερικό του οργανισμού
- [4] τον προσδιορισμό του χάσματος με το σημείο αναφοράς
- [5] τον καθορισμό μελλοντικών στόχων απόδοσης
- [6] την επικοινωνία των αποτελεσμάτων της συγκριτικής προτυποποίησης
- [7] την ανάπτυξη σχεδίων δράσης
- [8] την διεξαγωγή συγκεκριμένων ενεργειών για την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης (π.χ. μέσω της διαχείρισης έργου)
- [9] την παρακολούθηση της προόδου.

Οι ερευνητές τόνισαν, ότι η διαδικασία της συγκριτικής προτυποποίησης δεν θα πρέπει να ξεκινά πολύ νωρίς, τουλάχιστον όχι πριν την εφαρμογή των τριών πρώτων βημάτων (Pitarelli και Monnier 2000).

## **2.5. Κατηγορίες πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας**

Στην βιβλιογραφία αναγνωρίζονται διάφορες κατηγορίες πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης, οι οποίες είναι τόσο γενικές, όσο και ειδικότερες στον τομέα της υγείας. Οι δύο ευρύτερες και γενικές κατηγορίες είναι η εσωτερική και η εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση, ενώ η ανταγωνιστική, η λειτουργική και η γενική συγκριτική προτυποποίηση αποτελούν επιμέρους κατηγορίες της εξωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης (Camp, 1989; Zairi, 1992; Kay, 2007).

Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζονται επίσης μια σειρά από διαφορετικές κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης, με βάση το χαρακτηριστικό που αξιολογείται συγκριτικά μεταξύ των οργανισμών υγείας (Kay, 2007). Λόγω των διαφορών στις επενδύσεις πόρων και των πιθανών αποτελεσμάτων που συνδέονται με διαφορετικούς τύπους συγκριτικής προτυποποίησης, η διοίκηση πρέπει να λάβει την απόφαση και να προσδιορίσει την κατηγορία της προσέγγισης, που θα χρησιμοποιήσει η ομάδα συγκριτικής προτυποποίησης (Kay, 2007).

### **2.5.1. Γενικές κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης**

#### **2.5.1.1. Εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση**

Η εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση συνιστά την αμφίδρομη επικοινωνία και ανταλλαγή απόψεων, μεταξύ τμημάτων, εντός του ίδιου οργανισμού ή μεταξύ οργανισμών που λειτουργούν ως τμήμα μιας αλυσίδας σε διάφορες χώρες. Όταν ένα τμήμα έχει έναν καλύτερο δείκτη απόδοσης, τα υπόλοιπα τμήματα μπορούν να μάθουν, τον τρόπο με τον οποίο αυτό επιτεύχθηκε. Τα ευρήματα της εσωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν ως βάση για την επέκταση της συγκριτικής αξιολόγησης, με άλλες εξωτερικές οργανώσεις (Breiter και Kline, 1995).



Μεταξύ των πλεονεκτημάτων της εσωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης είναι η ικανότητα αντιμετώπισης των εταίρων που μοιράζονται μια κοινή γλώσσα, έναν πολιτισμό και συστήματα, έχοντας εύκολη πρόσβαση στα δεδομένα, προσφέροντας έτσι μια βάση για μελλοντικές συγκρίσεις. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της εσωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης, μπορούν να γίνουν γρήγορα εμφανή στον οργανισμό (Breiter και Kline, 1995).

Επιπρόσθετα η προσέγγιση αυτή εξαλείφει την ανάγκη να ξεπεραστούν τα εμπόδια που δημιουργούνται από άλλους τύπους συγκριτικής προτυποποίησης, όπως ότι δεν διακυβεύεται το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της επιχείρησης. Ωστόσο, τα μέρη της συγκριτικής προτυποποίησης παραμελούν μερικές φορές τη δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης άλλων πρακτικών στο εσωτερικό της οργάνωσης. Στην πραγματικότητα, η εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση είναι πιο βολική, δημιουργεί ένα υψηλότερο επίπεδο συνεργασίας και είναι λιγότερο δαπανηρή από την αναζήτηση ενός εταίρου για σύγκριση από το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης (Fong et al, 1998).

### **2.5.1.2. Εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση**

Η εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση αναφέρεται στην σύγκριση ενός οργανισμού, με άλλους εξωτερικούς οργανισμούς του ίδιου κλάδου προκειμένου να ανακαλυφθούν νέες ιδέες, μέθοδοι, προϊόντα και υπηρεσίες. Αυτός ο τύπος συγκριτικής αξιολόγησης παρέχει ευκαιρίες για μάθηση από τις βέλτιστες πρακτικές και τις εμπειρίες άλλων που βρίσκονται στην κορυφή (Cox και Thompson, 1998).

Η εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση διαχωρίζεται περαιτέρω στην ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση, την λειτουργική συγκριτική προτυποποίηση και τη γενική συγκριτική προτυποποίηση (Kay, 2007).

Η ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση αναφέρεται στην σύγκριση ενός οργανισμού, μόνο με τους άμεσους ανταγωνιστές του. Αυτός είναι ο πιο ευαίσθητος τύπος συγκριτικής προτυποποίησης, διότι είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί μια υγιής

συνεργασία με τους άμεσους ανταγωνιστές και η επιχείρηση που επιχειρεί να βελτιωθεί, να φτάσει σε πρωτεύουσες πηγές πληροφοριών (Kay, 2007).

Τα οφέλη της ανταγωνιστικής συγκριτικής προτυποποίησης περιλαμβάνουν τη δημιουργία μιας κουλτούρας που εκτιμά τη συνεχή βελτίωση για την επίτευξη αριστείας, την αύξηση της ευαισθησίας στις αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των εταιρών. Εντούτοις, ενδέχεται να είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν δεδομένα από τους ανταγωνιστές και να εφαρμοστούν τα διδάγματα που πρέπει να αντλούνται από αυτούς. Ένας άλλος κίνδυνος μπορεί να είναι ότι η εταιρεία που εφαρμόζει την συγκριτική προτυποποίηση, εστιάζει στους παράγοντες που κάνουν τους ανταγωνιστές να διακρίνουν, αντί να αναζητήσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην άριστη απόδοση (Karlof και Ostblom, 1993).

Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Fong et al (1998) η σύγκριση με τους ανταγωνιστές είναι αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί, καθώς οι ανταγωνιστές δεν μπορούν να αποκαλύψουν την ιδιωτική γνώση ή άλλα βασικά στοιχεία παραγωγικότητας. Ως εκ τούτου, η ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση είναι καλύτερο να πραγματοποιηθεί σε συνεργασία, κάνοντας λόγο για την συνεργατική συγκριτική προτυποποίηση. Με άλλα λόγια, και τα δύο μέρη θα μάθουν, ο ένας για τις πρακτικές του άλλου. Προκειμένου η διαδικασία να είναι αποδοτική και για τα δύο μέρη, η σύγκριση μπορεί να γίνει από ένα τρίτο μέρος, το οποίο μπορεί να προσληφθεί για να οργανώσει τη διαδικασία συγκριτικής προτυποποίησης. Η συγκριτική προτυποποίηση στο πλαίσιο αυτό, μπορεί να γίνει από δύο ή περισσότερες επιχειρήσεις για την ενίσχυση της ανταλλαγής ιδεών και τη συλλογή πιο χρήσιμων δεδομένων. Η ανταλλαγή πληροφοριών μπορεί να διευκολυνθεί από συχνές ομαδικές συζητήσεις.

Η λειτουργική συγκριτική προτυποποίηση αναφέρεται στην συγκριτική έρευνα και την προσπάθεια επιδίωξης αριστείας, συγκρίνοντας τις επιδόσεις της επιχείρησης όχι μόνο με τους ανταγωνιστές της, αλλά και με τις καλύτερες επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε παρόμοιους τομείς και εκτελούν παρεμφερείς δραστηριότητες ή αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα, αλλά βρίσκονται σε διαφορετικό κλάδο (Breiter και Kline, 1995).

Τέλος η γενική συγκριτική προτυποποίηση αναφέρεται στις συγκρίσεις της επιχειρηματικής λειτουργίας, οι οποίες είναι ίδιες, ανεξάρτητα από τις επιχειρήσεις. Αυτό σημαίνει για παράδειγμα, ότι η λογιστική υπηρεσία ενός ξενοδοχειακού οργανισμού θα εξετάσει τις αντίστοιχες διαδικασίες ενός λογιστικού τμήματος μιας βιομηχανικής μονάδας, η οποία έχει αναγνωριστεί ότι έχει τις ταχύτερες λειτουργίες. Θεωρείται ότι είναι ευκολότερο να αποκτηθούν δεδομένα σε τέτοιες ρυθμίσεις, καθώς οι καλύτερες οργανώσεις από άλλους κλάδους, είναι πιο πιθανό να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Ωστόσο, η γενική συγκριτική προτυποποίηση μπορεί να διαρκέσει αρκετό καιρό για να ολοκληρωθεί και τα αποτελέσματα μπορεί να χρειαστούν πολλές αλλαγές, προκειμένου οι οργανισμοί να καθορίσουν τα δικά τους πρότυπα (Kay, 2007).

Οι Fong et al (1996), είχαν προτείνει επιπλέον δύο κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης, στο πλαίσιο της γενικής συγκριτικής προτυποποίησης, οι οποίες είναι η βιομηχανική συγκριτική προτυποποίηση και η παγκόσμια συγκριτική προτυποποίηση. Η βιομηχανική συγκριτική προτυποποίηση αφορά την σύγκριση μεταξύ εταιρειών του ίδιου κλάδου, οι οποίες όμως δεν είναι ανταγωνιστές, και η παγκόσμια συγκριτική προτυποποίηση αφορά τη σύγκριση με έναν οργανισμό, ο οποίος βρίσκεται πέρα από τα εθνικά σύνορα της χώρας, στην οποία δραστηριοποιείται η εταιρεία που συγκρίνεται. Η βιομηχανική συγκριτική προτυποποίηση είναι διαφορετική από την ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση, επειδή η πρώτη περιλαμβάνει περισσότερα συγκριτικά κριτήρια ή συγκριτικά μέρη, τα οποία περιλαμβάνουν και μη ανταγωνιστές. Στην παγκόσμια συγκριτική προτυποποίηση, ένα τρίτο μεμονωμένο συμβαλλόμενο μέρος χρησιμοποιείται μερικές φορές, όταν πολλοί εταίροι συνεργάζονται μεταξύ τους, για να μάθουν ο ένας, από τις πρακτικές του άλλου.

Οι Fong et al (1996), διέκριναν επίσης τις μεθόδους συγκριτικής προτυποποίησης, με βάση το περιεχόμενό τους, σε αυτές που βασίζονται στις συγκρίσεις διαδικασιών, στις μεθόδους λειτουργικής συγκριτικής προτυποποίησης, στις συγκρίσεις απόδοσης και στις στρατηγικές συγκρίσεις. Η συγκριτική αξιολόγηση των διαδικασιών, αφορά διακριτές διαδικασίες εργασίας και λειτουργικά συστήματα, ενώ η συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων ασχολείται με τα χαρακτηριστικά του αποτελέσματος. Η

λειτουργική συγκριτική προτυποποίηση, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, αναφέρεται στη συγκριτική αξιολόγηση των διαδικασιών για τη σύγκριση συγκεκριμένων επιχειρηματικών λειτουργιών μεταξύ δύο ή περισσότερων οργανισμών. Τέλος η στρατηγική συγκριτική προτυποποίηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των οργανωτικών στρατηγικών, όπως η μακροπρόθεσμη ανάπτυξη της οργανωτικής υποδομής, παρά τις βασικές επιχειρησιακές πρακτικές (Bogan και English, 1994).

Τέλος οι Fong et al (1996) έκαναν έναν διαχωρισμό μεταξύ της ανταγωνιστικής συγκριτικής προτυποποίησης και της συνεργατικής συγκριτικής προτυποποίησης, όπου η πρώτη παραπέμπει σε σύγκριση που γίνεται σε μια μονομερή εθελοντική δραστηριότητα με σκοπό την επίτευξη ανώτερης απόδοσης (Fitzpatrick και Huczynski, 1990), ενώ η δεύτερη δίνει έμφαση στην ανταλλαγή γνώσεων και δημιουργεί μια κουλτούρα μάθησης.

Συνοψίζοντας, οι οργανισμοί θα πρέπει να υιοθετούν μια προσέγγιση για την επιλογή μεταξύ των τύπων συγκριτικής προτυποποίησης. Θα πρέπει να εξετάζουν μερικούς σημαντικούς παράγοντες, όπως ο βαθμός αλληλεξάρτησης, ο αριθμός των εταίρων συγκριτικής προτυποποίησης, ο βαθμός αμοιβαίας εμπιστοσύνης και οι στρατηγικές δραστηριότητες που καθοδηγούν την επιλογή. Για παράδειγμα, η συγκριτική προτυποποίηση είναι πιθανόν να είναι, είτε εξαιρετικά ανταγωνιστική, είτε εξαιρετικά συνεργατική, όταν οι εταίροι συγκριτικής προτυποποίησης είναι ιδιαίτερα αλληλεξαρτώμενοι. Η συγκριτική προτυποποίηση είναι επίσης πιθανό, να είναι ανταγωνιστική όταν ξεκινά από έναν μεμονωμένο εταίρο, ενώ είναι πιθανό να είναι συνεργατική, όταν ξεκινήσει από έναν αξιόπιστο τρίτο αντιπρόσωπο. Ένα απλό κριτήριο είναι ότι όταν ένας οργανισμός προσπαθεί να αποκτήσει υπεροχή έναντι των άλλων, πρέπει να επιλέξει την ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση. Αντίθετα, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει συνεργατική συγκριτική προτυποποίηση εάν αναζητά την ανταλλαγή γνώσεων και την ανάπτυξη μιας κουλτούρας μάθησης.

### 2.5.2. Κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης στους οργανισμούς υγείας

Όλες οι προηγούμενες κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης, ισχύουν επίσης και σε οργανισμούς υγείας. Ωστόσο ο Kay (2007) διαχωρίζει επίσης κάποιες κατηγορίες για τους οργανισμούς υγείας, με βάση το στοιχείο που αξιολογείται συγκριτικά. Αυτές περιλαμβάνουν την συγκριτική προτυποποίηση των επιδόσεων, των διαδικασιών, των εμπειριών των ασθενών και της κλινικής πρακτικής (Kay, 2007).

Η συγκριτική προτυποποίηση των επιδόσεων είναι αρχικά μια δραστηριότητα σύγκρισης των επιπέδων επιδόσεων, για τον εντοπισμό κενών στην απόδοση. Η συγκριτική προτυποποίηση των διαδικασιών είναι ο εντοπισμός των βασικών αιτιών, που οδηγούν στην επίτευξη ανώτερων επιδόσεων. Η συγκριτική προτυποποίηση της εμπειρίας των ασθενών επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών (Ellis, 2000).

Η συγκριτική προτυποποίηση των κλινικών πρακτικών είναι ακόμα μια συγκριτική αξιολόγηση των διαδικασιών που περιλαμβάνει τη διαρθρωτική σύγκριση και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών σε κλινικές πτυχές της περίθαλψης. Παρέχει μια αξιολόγηση της ποιότητας και μια συνεχή προσέγγιση βελτίωσης της ποιότητας που υποστηρίζει την ανάπτυξη ποιοτικής φροντίδας. Οι δείκτες αναφοράς προσδιορίζονται παραδοσιακά από τον «ηγέτη στον τομέα» (Camp, 1989; (Ellis, 2000).

Η συγκριτική προτυποποίηση παρέχει σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς μια «ρεαλιστική εικόνα για το επιθυμητό μέλλον» (Ellis, 2000, σ. 223). Η συγκριτική προτυποποίηση των κλινικών πρακτικών έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο δεδομένου, ότι όχι μόνο προωθεί την αντιγραφή παραδειγμάτων βέλτιστης πρακτικής, αλλά με τη χρήση όλων των διαθέσιμων στοιχείων, προωθεί την συνεχή αναζήτηση των καλύτερων πρακτικών. Η απαίτηση επίτευξης συγκεκριμένων αποτελεσμάτων μπορεί για πολλούς επαγγελματίες να εξεταστεί πέρα από τη σφαίρα της εξουσίας και της εμπειρογνωμοσύνης τους. Μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να προσδιορίσουν τις ίδιες τις δομές και τις διαδικασίες

που θα τους βοηθήσουν στην επίτευξη των απαιτούμενων αποτελεσμάτων και μπορεί πράγματι να τους επιτρέψουν να ξεπεράσουν τις προσδοκίες (Ellis, 2000).

Συνολικά η συγκριτική προτυποποίηση στον τομέα της υγείας βασίζεται κυρίως σε συγκρίσεις δεικτών απόδοσης, μεταξύ των μονάδων υγείας (Ettorci-Tardy et al, 2012). Ένας δείκτης είναι ένα βασικό στατιστικό μέτρο που επιλέγεται για να περιγράψει (υποδείξει) συνοπτικά μια κατάσταση, να παρακολουθεί την πρόοδο και την απόδοση και να χρησιμεύει ως οδηγός για τη λήψη αποφάσεων. Οι δείκτες απόδοσης θεωρούνται εργαλεία λήψης αποφάσεων βάσει επιδόσεων, για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους διαχειριστές σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Αυτοί οι δείκτες παρέχουν έγκυρες πληροφορίες στα διευθυντικά στελέχη, επιτρέποντάς τους να εντοπίσουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες τους και να βελτιώσουν τη διαχειριστική τους απόδοση. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν επίσης ένα καλό εργαλείο για την ανάπτυξη και το σχεδιασμό των δραστηριοτήτων προώθησης από τους οργανισμούς. Η αξιολόγηση των κλινικών και οικονομικών δεικτών απόδοσης στα νοσοκομεία βοηθούν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους διευθυντές και τους γιατρούς να παρακολουθούν τα συστήματα απόδοσης και πληρωμής, ενώ προωθούν επίσης τη διαδικαστική διαφάνεια και την ατομική λογοδοσία, με αποτέλεσμα την καλύτερη θεσμική απόδοση (Pouymohammadi et al, 2018).

Σε ένα γενικό πλαίσιο, οι δείκτες αυτοί μπορούν να βασίζονται στις δομές, στις διαδικασίες και στα αποτελέσματα (Donabedian, 1980). Οι δείκτες που βασίζονται σε δομές, αναφέρονται στους πόρους που χρησιμοποιεί ένας οργανισμός για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και περιλαμβάνουν τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού και τα διαθέσιμα οικονομικά. Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου δείκτη, είναι εκείνο που μετρά το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού που αναλαμβάνει μια συγκεκριμένη διαδικασία και είναι διαπιστευμένο σύμφωνα με ένα εθνικό πρότυπο. Οι δείκτες δομής αν και διατυπώνονται εύκολα, είναι δύσκολο να σχετιστούν με τα αποτελέσματα της υγείας (Health Information and Quality Authority, 2013).

Οι δείκτες διαδικασιών μετρούν τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται κατά την αξιολόγηση και τη μεταχείριση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και

χρησιμοποιούνται συχνά για τη μέτρηση της συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη πρακτική, βάσει αποδείξεων ή συναίνεσης εμπειρογνομόνων. Συνήθως ορίζονται με αναφορά σε κατευθυντήριες γραμμές ή πρότυπα βέλτιστων πρακτικών για ειδικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τη διαχείριση της φροντίδας για άτομα με διαβήτη ή άσθμα (Health Information and Quality Authority, 2013).

Τέλος τα αποτελέσματα είναι η κατάσταση της υγείας του ατόμου ή του πληθυσμού που προκύπτει από την αλληλεπίδρασή του, με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δείκτες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής, συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια ή τη φροντίδα της και αλλαγές στα επίπεδα πόνου, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παραδείγματα δεικτών που βασίζονται σε αποτελέσματα, είναι τα ποσοστά της περιγεννητικής θνησιμότητας, της χειρουργικής θνησιμότητας και της επιβίωσης από καρκίνο. Τα αποτελέσματα συνήθως έχουν αναμφισβήτητη ισχύ ως διάσταση ασφάλειας και ποιότητας και οι δείκτες αποτελεσμάτων τείνουν να είναι συγκεκριμένοι και συνεπώς επιδεκτικοί σε ακριβείς μετρήσεις (Health Information and Quality Authority, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι διάφοροι οργανισμοί σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ή ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης έχουν αναπτύξει δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να ενθαρρύνουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο να βελτιώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο ΠΟΥ, καθώς και άλλοι οργανισμοί έχουν προσπαθήσει να ταξινομήσουν τα συστήματα υγείας, με βάση αποτελέσματα που προκύπτουν από τις συγκρίσεις μεταξύ τους, με βάση δείκτες απόδοσης (Braithwaite et al, 2012). Από την άλλη οι ασθενείς θέλουν να επιλέγουν τον καλύτερο πάροχο θεραπείας για μια συγκεκριμένη κατάσταση και οι δείκτες προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες (Lovaglio, 2012). Ορισμένα συστήματα υγείας έχουν κινηθεί ταχύτερα από άλλα, υιοθετώντας δείκτες απόδοσης ως εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας. Ωστόσο, πολλές χώρες, ακόμη και εκείνες με προηγμένα συστήματα δεδομένων, δυσκολεύονται να συνδέσουν την απόδοση με τα αποτελέσματα, εξαιτίας περιορισμών στη διαθεσιμότητα των

δεδομένων και των ανεπαρκών δυνατοτήτων σύνδεσης των δεδομένων (Braithwaite et al, 2012; Botje et al, 2016).

Συνολικά η χρήση των δεικτών είναι γενικά χρήσιμη, εφόσον αυτοί μπορούν να συμπεριληφθούν σε διαδικασίες σύγκρισης. Οι συγκρίσεις μπορούν να γίνονται με την πάροδο του χρόνου, ανά πληθυσμό ή υποομάδες παροχής φροντίδας, ή με βάση ένα στόχο ή ένα πρότυπο. Οι συγκρίσεις με βάση ένα στόχο ή ένα πρότυπο, αντικατοπτρίζουν τις αποδεκτές βέλτιστες πρακτικές σε έναν τομέα φροντίδας. Για παράδειγμα, ένας δείκτης μπορεί να μετρήσει τον αριθμό των δραστηριοτήτων που ολοκληρώθηκαν εντός ενός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου. Οι συγκρίσεις με την πάροδο του χρόνου συμβάλλουν στην εκτίμηση αν η ασφάλεια και η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνεται ή όχι (Braithwaite et al, 2012).



## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Benchmarking στον χώρο της υγείας – Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας**

### **3.1. Εφαρμογή συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας**

Στην πράξη, η συγκριτική προτυποποίηση περιλαμβάνει διαδικασίες όπως η τακτική σύγκριση των δεικτών απόδοσης των μονάδων υγείας (δομή, δραστηριότητες, διαδικασίες και αποτελέσματα), με τους αντίστοιχους δείκτες των μονάδων υγείας με τις καλύτερες επιδόσεις, τον εντοπισμό των διαφορών στα αποτελέσματα μέσω των διοργανωτικών επισκέψεων, την αναζήτηση νέων προσεγγίσεων για τη βελτίωση τομέων, που έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στα αποτελέσματα και την εφαρμογή δεικτών παρακολούθησης (Ettorci-Tardy et al, 2012).

Διάφορες έρευνες έχουν μελετήσει και περιγράψει τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης έχουν εφαρμοστεί στους οργανισμούς υγείας, καθώς και τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτής. Οι Brucker et al (2008) για παράδειγμα περιγράφουν την διαδικασία και τα αποτελέσματα της εφαρμογής της εξωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης, έτσι όπως αυτή εφαρμόστηκε σε κέντρα θεραπείας καρκίνου του μαστού στην Γερμανία. Αρχικά δημιουργήθηκε ένα εθνικό δίκτυο κέντρων θεραπείας του μαστού και καθορίστηκαν οι κατάλληλοι δείκτες ποιότητας για τη συγκριτική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Η απόδοση των κέντρων αξιολογήθηκε με βάση τους δείκτες αυτούς και εντοπίστηκαν οι διαφορές στην ποιότητα της φροντίδας. Μετά το πέρας της 4ετούς εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είχε βελτιωθεί σημαντικά, σε τομείς όπως η προεγχειρητική ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης, η κατάλληλη ενδοκρινική θεραπεία σε ασθενείς με θετικό υποδοχέα ορμονών και η κατάλληλη ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή.

Σε μια παρόμοια έρευνα οι Chung et al (2010), ανέπτυξαν βασικά μέτρα απόδοσης για την περίθαλψη ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και τα εφάρμοσαν στην

πράξη, για να συγκρίνουν τις επιδόσεις νοσοκομείων. Η ανάπτυξη των βασικών μέτρων απόδοσης για την φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, έγινε μέσα από μια διαδικασία τριών σταδίων, συμπεριλαμβανομένης της τροποποιημένης μεθόδου Delphi και εξήχθησαν 17 δείκτες απόδοσης. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν δεκαοκτώ νοσοκομεία και 5585 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα νοσοκομεία λειτουργούσαν καλά (> 90%) για πέντε από τους δεκαεπτά δείκτες. Ωστόσο, η απόδοση σε όλα τα νοσοκομεία ήταν ιδιαίτερα μεταβλητή για πολλούς δείκτες, υποδεικνύοντας ότι η ποιότητα της φροντίδας του καρκίνου του παχέος εντέρου, εξακολουθεί να δείχνει περιθώρια βελτίωσης.

Σε μια άλλη έρευνα, οι Lent et al, (2010), σύγκριναν κέντρα καρκίνου, ως προς τις επιδόσεις τους. Πραγματοποιήθηκαν τρεις ανεξάρτητες διεθνείς μελέτες συγκριτικής προτυποποίησης σχετικά με τη διαχείριση των οργανισμών. Η πρώτη μελέτη περιλάμβανε τρία ολοκληρωμένα κέντρα καρκίνου, τρεις μονάδες χημειοθεραπείας και τέσσερα τμήματα ακτινοθεραπείας. Σε κάθε μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό πρωτόκολλο για τη δομή της διαδικασίας συγκριτικής προτυποποίησης. Αρχικά έγινε προσαρμογή και αξιολόγηση των υφιστάμενων διαδικασιών συγκριτικής προτυποποίησης, μέσω της επίσημης συμμετοχής των ενδιαφερομένων μερών και της επαλήθευσης της συγκρισιμότητας των εταίρων. Στη συνέχεια καταρτίστηκε ένα πλαίσιο για τη δομή των δεικτών και την παραγωγή ενός συνεκτικού συνόλου δεικτών. Η πρώτη μελέτη οδήγησε σε γενικές συστάσεις για τους εμπλεκόμενους οργανισμούς, ενώ στη δεύτερη μελέτη ο συνδυασμός της συγκριτικής προτυποποίησης και τη λιτής διαχείρισης, οδήγησε σε 24% αύξηση της χρήσης της κλίνης και αύξηση της παραγωγικότητας κατά 12% στις μονάδες χημειοθεραπείας. Επιπρόσθετα, οι βασικοί παράγοντες επιτυχίας, βρέθηκε ότι ήταν η σαφής και περιορισμένη εμβέλεια του έργου, η επιλογή εταίρων βάσει σαφών κριτηρίων, η εμπλοκή των ενδιαφερομένων μερών, οι απλοί και καλά δομημένοι δείκτες και η ανάλυση τόσο των διαδικασιών, όσο και των αποτελεσμάτων..

Σχετικές έρευνες έχουν επίσης γίνει και σε οργανισμούς ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα οι Hermann et al (2006), προσδιόρισαν μια σειρά από ποιοτικούς δείκτες για τη διεθνή συγκριτική αξιολόγηση της περίθαλψης ψυχικής υγείας, οι οποίοι αξιολογούν τις σημαντικές διαδικασίες και τα αποτελέσματα της περίθαλψης και

είναι εφικτό να κατασκευαστούν από προϋπάρχοντα δεδομένα. Η δημιουργία των δεικτών, βασίστηκε στην συνεργασία επαγγελματιών του τομέα ψυχικής υγείας από έξι χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Καναδά, Αυστραλία, Δανία και ΗΠΑ) και έναν διεθνή οργανισμό (Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Ποιότητα στην Υγεία - ESQH).

Σε μια άλλη έρευνα, οι Brann, Walter και Coombs (2011), εφάρμοσαν την μέθοδο της συγκριτικής προτυποποίησης, για την αξιολόγηση της φροντίδας που παρασχέθηκε σε έξι κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών. Η συγκριτική προτυποποίηση βασίστηκε στην σύγκριση μεταξύ βασικών δεικτών απόδοσης, σε 6 μονάδες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Εκπρόσωποι από αυτούς τους οργανισμούς παρέστησαν σε οκτώ φόρουμ συγκριτικής προτυποποίησης, όπου τεκμηριώθηκαν οι επιδόσεις των κέντρων σε σχέση με τους δείκτες απόδοσης. Οι μονάδες ανέλαβαν επίσης δύο ειδικά έργα που αποσκοπούσαν στην κατανόηση της διακύμανσης των επιδόσεων σε συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ των οργανώσεων σε πολλούς από τους δείκτες απόδοσης. Ακόμη και εντός των οργανισμών, υπήρξε συχνά σημαντική μεταβλητότητα με την πάροδο του χρόνου. Η μεταβλητότητα των δεδομένων των δεικτών έθεσε πολλά ερωτήματα για τους συμμετέχοντες. Αυτό προκάλεσε τους συμμετέχοντες να κατανοήσουν καλύτερα και να περιγράψουν τις τοπικές διεργασίες τους, να τους παρακινήσουν να συλλέξουν πρόσθετα δεδομένα και τους ώθησε να κάνουν οργανωτικές συγκρίσεις. Αυτές οι δραστηριότητες τροφοδοτήθηκαν σε μια διαδικασία ανταπόκρισης σχετικά με την απόδοσή τους.

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης της ποιότητας της παρηγορητικής φροντίδας σε μονάδες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Roberts et al (2012), συνέκριναν τις πρακτικές σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού και το επίπεδο της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται, προκειμένου να δημιουργήσουν ένα σημείο αναφοράς για σύγκριση στον τομέα αυτό, που θα μπορούσε να είναι χρήσιμο για τους διαχειριστές των νοσοκομείων στο πλαίσιο της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού. Εξετάστηκαν συνολικά 23 κέντρα ή τμήματα κέντρων παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κάποια τμήμα ήταν καλύτερα στελεχωμένα και πιο δαπανηρά, αλλά το προσωπικό προσέφερε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας, παρά το γεγονός ότι αντιμετώπιζε μεγαλύτερο φόρτο εργασίας.

Η εφαρμογή της συγκριτικής προτυποποίησης, έχει επίσης λάβει χώρα σε εθνικά συστήματα υγείας, μέσω πρωτοβουλιών δημόσιων φορέων υγείας. Στη Δανία, για παράδειγμα, δημιουργήθηκε το 2009, ένα εθνικό σχέδιο ανάπτυξης δεικτών. Η προσπάθεια για την δημιουργία του σχεδίου αυτού, είχε ήδη ξεκινήσει από το 2000, όπου επαγγελματίες κλινικοί ιατροί, οι οποίοι διορίστηκαν από επιστημονικές εταιρείες, δημιούργησαν δείκτες ποιότητας για τη διαχείριση ασθενειών. Στόχος του έργου ήταν η τεκμηρίωση και η ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας προς όφελος του ασθενούς. Ένας άλλος στόχος αυτού του έργου ήταν η διεξαγωγή διαδικασιών συγκριτικής αξιολόγησης, μέσω τακτικών διαλόγων μεταξύ της υπηρεσίας συλλογής δεικτών και των εκπροσώπων των θεσμών της κάθε περιφέρειας της χώρας, σχετικά με τα αποτελέσματα των δεικτών καθώς και η ανάπτυξη διαλόγου με θεσμούς των οποίων τα αποτελέσματα ήταν άτυπα. Η προσέγγιση αυτή εντάσσεται σε ένα συνδυαστικό πλαίσιο εσωτερικής και εξωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης, από την άποψη ότι ο οργανισμός θα πραγματοποιήσει επιτόπιες επισκέψεις, εφόσον ο διάλογος δεν παράγαγε ικανοποιητικές εξηγήσεις (Mainz et al., 2009).

Ένα άλλο παράδειγμα εφαρμογής της μεθόδου συγκριτικής προτυποποίησης από εθνικούς φορείς υγείας, είναι η περίπτωση της Γερμανίας, όπου η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία για την Ποιότητα και την Ασφάλεια των Ασθενών (BQS) δημιούργησε το 2001 μια παρόμοια διαδικασία συγκριτικής προτυποποίησης, η οποία ονομάζεται Δομημένος Διάλογος, σε 2.000 ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Η διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης βασίζεται σε ένα σύνολο 190 δεικτών, σε 26 τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε νοσοκομείο λαμβάνει τα δικά του αποτελέσματα, καθώς και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας. Τα νοσοκομεία των οποίων τα αποτελέσματα βρίσκονται στην ομάδα αναφοράς διεξάγουν, στο πλαίσιο του διαρθρωμένου διαλόγου, ανάλυση των άτυπων αποτελεσμάτων, αλλά επιπλέον διεξάγονται συζητήσεις μεταξύ επαγγελματιών των διάφορων ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό των αιτιών στις ανισότητες απόδοσης. Τα αποτελέσματα για τους διάφορους τομείς καθώς και τα αίτια των διαφορών απόδοσης, δημοσιεύονται σε ετήσια βάση και οι δείκτες αναλύονται και συζητούνται από μεθοδολογική άποψη (Ettorci-Tardy et al, 2012).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ίδρυμα Essence of Care δημιουργήθηκε το 2001, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Το ίδρυμα χρησιμοποιεί στοιχεία από βέλτιστες πρακτικές, για τη διάρθρωση μιας προσέγγισης συγκριτικής προτυποποίησης με επίκεντρο τον ασθενή. Η συγκριτική προτυποποίηση, όπως περιγράφεται στο Essence of Care, βοηθά τους επαγγελματίες να υιοθετήσουν μια δομημένη προσέγγιση για να διαμοιραστούν και να συγκρίνουν πρακτικές ώστε να εντοπίσουν τις βέλτιστες πρακτικές και να αναπτύξουν σχέδια δράσης. Στόχος ήταν να διατυπωθούν και να παρασχεθούν συστάσεις προς τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (NHS, 2010). Ο οργανισμός παρέχει τη βάση λειτουργίας της συγκριτικής προτυποποίησης για την ανταλλαγή ποιοτικών ορθών πρακτικών. Υποστηρίζει επίσης την τοπική δραστηριότητα κλινικής διακυβέρνησης για τη βελτίωση της ποιότητας. Πρόκειται για μια σύνθετη προσέγγιση συγκριτικής προτυποποίησης της κλινικής πρακτικής, η οποία αναμένεται να αποτελέσει αναπόσπαστο και αποτελεσματικό μέρος της συγκριτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας για τη στήριξη της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας και των εμπειριών των ασθενών (Ellis, 2000). Το Essence of Care δημοσιεύει ένα σύνολο καλών σημείων αναφοράς, σχετικά με τους τομείς των βασικών πτυχών της περίθαλψης, οι οποίοι είναι κρίσιμοι για την ποιότητα της εμπειρίας των ασθενών, όπως για παράδειγμα η ιδιωτικότητα και η αξιοπρέπεια (Matykiewicz και Ashton 2005). Παρόλο που λαμβάνονται υπόψη όλοι οι τύποι αποδεικτικών στοιχείων, το Essence of Care επεκτείνει τα στοιχεία, συμπεριλαμβάνοντας τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις προσδοκίες των ασθενών και των φροντιστών τους, ως αληθώς σεβαστών αρχών, σχετικά με το τι είναι αυτό που συνιστά βέλτιστη πρακτική. Η μάθηση από τους άλλους, επομένως, επεκτείνεται αναγκαστικά στη μάθηση με άλλους για την ανάπτυξη καινοτόμων και νέων πρακτικών για την ικανοποίηση των προσδοκιών και των αναγκών των ασθενών, και όχι μόνο για την αναπαραγωγή της τρέχουσας ορθής πρακτικής (Matykiewicz και Ashton 2005).

Ένα αντίστοιχο παράδειγμα, είναι η εφαρμογή της συγκριτικής προτυποποίησης των κλινικών πρακτικών που χρησιμοποιήθηκε από τις παιδιατρικές μονάδες των 27 Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας στη βορειοδυτική Αγγλία για την προώθηση της αξιοποίησης των διαθέσιμων στοιχείων για την πρακτική άσκηση, το 2000 (Ellis,

2000). Η ομάδα συγκριτικής προτυποποίησης σχηματίστηκε ως απάντηση στις ανησυχίες ότι υπήρχαν ασυνέπειες στην ποιότητα της παιδιατρικής περίθαλψης σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, είχαν δαπανηθεί πολλοί πόροι, λόγω της επανάληψης των διαδικασιών για την εξάσκηση των ασκούντων, οι οποίοι σε όλους τους τομείς προσπαθούσαν ανεξάρτητα να διασφαλίσουν την παροχή φροντίδας με βάση τα στοιχεία στους ίδιους τομείς πρακτικής, π.χ. έλεγχος παιδικού πόνου. Μετά από 24 μήνες δραστηριότητας συγκριτικής προτυποποίησης των κλινικών πρακτικών, καταγράφηκε εμφανώς μικρότερη διακύμανση στις βαθμολογίες συγκριτικής αξιολόγησης που χορηγήθηκαν από τους επαγγελματίες, γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει μεγαλύτερη πρακτική συνέπεια στις συγκεκριμένες περιοχές που εξετάστηκαν. Επιπλέον, για μερικούς παράγοντες, οι μέσες βαθμολογίες βελτιώθηκαν επίσης, γεγονός που υπέδειξε ότι η ποιότητα της περίθαλψης είχε επίσης βελτιωθεί. Η δικτύωση προωθεί τη γενική ανταλλαγή πληροφοριών και δημιουργεί επίσης μια ευρύτερη υποστηρικτική κουλτούρα, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική σε τομείς ειδικής πρακτικής, όπου οι επαγγελματίες μπορεί να λειτουργούν μεμονωμένα (Ellis, 2000).

Στην Σουηδία, η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (OFAS) σε συνεργασία με το Γραφείο Φορολογικών Υπηρεσιών Κοινωνικής Ασφάλισης (OFAS) ξεκίνησαν το έργο Emerge, τον Νοέμβριο του 2000, για την βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών θεραπειών που καλύπτονται από το υποχρεωτικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Στόχος του έργου, είναι να εντοπίσει τρόπους για την προώθηση ισχυρών δεσμών μεταξύ της μέτρησης της ποιότητας και της εσωτερικής διαχείρισης του νοσοκομείου. Οι υπεύθυνοι διαχείρισης των νοσοκομείων εκπαιδεύονται από μια ομάδα συμβούλων, μαθαίνουν πώς να αναλύουν τις τρέχουσες διαδικασίες αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών, πώς να προσδιορίζουν τα μέτρα βελτίωσης καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να ερμηνεύουν τα αποτελέσματά τους, συγκρίνοντάς τα, με αυτά άλλων νοσοκομείων (Schwappach et al., 2003).

Συνολικά η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι η χρήση δεικτών απόδοσης, οι οποίοι βασίζονται, μεμονωμένα ή συνδυαστικά, σε δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα, είναι η βασική προσέγγιση συγκριτικής προτυποποίησης που αναπτύχθηκε στις περισσότερες έρευνες και σε περιπτώσεις εθνικών συστημάτων

υγείας. Πολλοί δείκτες επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των ασθενών / χρηστών. Σε ορισμένα έργα συγκριτικής προτυποποίησης αναπτύχθηκαν σημεία αναφοράς ως μέρος του σχεδίου και σε άλλα, οι συντονιστές του έργου χρησιμοποίησαν καθιερωμένους δείκτες αναφοράς, όπως εθνικά ή διεθνή πρότυπα. Οι οργανώσεις χρησιμοποίησαν κλασσικές μεθόδους για την ανάπτυξη και επιλογή δεικτών, όπως η διαβούλευση εμπειρογνομόνων (συμπεριλαμβανομένων της μεθόδου Delphi ή άλλων μεθόδων συναίνεσης), η αναζήτηση βιβλιογραφίας, οι συνεντεύξεις ή κλινικές οδηγίες, καθώς και ο καθορισμός των βέλτιστων πρακτικών για δείκτες αναφοράς. Όλα τα παραπάνω αφορούν στο σύνολο τους τις διαφορετικές προσεγγίσεις της εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης στους οργανισμούς υγείας.

### **3.2. Καλές πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας**

Οι προηγούμενες έρευνες εφαρμογής των πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στις μονάδες υγείας, υποδηλώνουν τις καλές πρακτικές της εφαρμογής αυτής της μεθόδου. Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες δείχνει ότι μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας. Η συνεχής μέτρηση της απόδοσης και η σύγκριση των μονάδων υγείας, με τις καλύτερες αποδοτικά, στον ίδιο τομέα, φαίνεται ότι αποτελεί το βασικό συστατικό σε όλες τις προσεγγίσεις που έχουν ακολουθηθεί (Von Eiff, 2015).

Ωστόσο όπως τονίζουν, οι Pitarelli και Monnier (2000) η εφαρμογή της συγκριτικής προτυποποίησης δεν θα πρέπει να βασίζεται μόνο στην παραπάνω διαδικασία, αλλά και σε μια σειρά από άλλα βήματα τα οποία αναφέρθηκαν παραπάνω, όπως η συλλογή αξιόπιστων δεδομένων για τη στήριξη της λήψης αποφάσεων. Φαίνεται λοιπόν ότι η σύγκριση των δεικτών μεταξύ των μονάδων υγείας, δεν αποτελεί το μοναδικό βήμα στη διαδικασία της συγκριτικής προτυποποίησης, καθώς μια σειρά από άλλες διαδικασίες και παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ώστε η εφαρμογή της προσέγγισης να είναι πλήρης.

Ο Baldato (2016) αναφέρει ότι η απλή συλλογή δεδομένων σχετικά με τις ιστορικές επιδόσεις δεν αρκεί για να βελτιώσει την απόδοση. Η συγκριτική προτυποποίηση πρέπει να είναι μια δομημένη και συστηματική διαδικασία που θα συνδέεται άμεσα με τη συνεχή βελτίωση. Δεν μπορεί να είναι μία μοναδική προσπάθεια, αλλά θα πρέπει να αποτελεί μια συνεχή προσαρμόσιμη διαδικασία, προκειμένου να προσδιοριστεί ποιες τεχνικές και πρακτικές είναι επιτυχείς. Ένα σαφές πλαίσιο είναι απαραίτητο και απαιτεί τη συνεργασία και καθοδήγηση της ηγεσίας και της διοίκησης, καθώς και εκείνων που εργάζονται στο επίπεδο του έργου. Η πρακτική της συγκριτικής προτυποποίησης πρέπει να ενσωματωθεί σε όλες τις πτυχές του κύκλου ζωής ενός έργου. Η προσαρμογή μιας νέας πρακτικής συγκριτικής προτυποποίησης θα απαιτήσει πολιτιστικές αλλαγές και συντονισμένη επένδυση σε χρόνο και πόρους.

Παρόμοια ο Von Eiff (2015) τονίζει ότι η συγκριτική προτυποποίηση δεν είναι έργο με καθορισμένο σημείο έναρξης και λήξης, αλλά μια συνεχής πρωτοβουλία σύγκρισης βασικών δεικτών απόδοσης, δομών διεργασιών και βέλτιστων πρακτικών, σε σχέση με τους καλύτερους εντός και εκτός της βιομηχανίας. Η συγκριτική προτυποποίηση είναι μια συνεχής διαδικασία μέτρησης και αναζήτησης καλύτερων επιδόσεων. Η σύγκριση μόνο των ποσοτικών δεδομένων, όπως η μέση διάρκεια διαμονής, το κόστος των διαδικασιών, τα ποσοστά μόλυνσης, κ.α., μπορεί να οδηγήσει εύκολα σε λανθασμένα συμπεράσματα και λήψη αποφάσεων με συχνά καταστροφικές συνέπειες για τους οργανισμούς. Η διερεύνηση και μόνο, των αριθμητικών δεδομένων, δεν είναι η βάση για την προσέγγιση της αριστείας. Είναι απαραίτητο οι μονάδες υγείας να κοιτούν, πέρα από τους αριθμούς για να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι διαδικασίες και τον τρόπο με τον οποίο συμβάλλουν στα καλύτερα αποτελέσματα. Στο πλαίσιο αυτό οι βέλτιστες πρακτικές από άλλες μονάδες υγείας, ή από οργανισμούς σε άλλους τομείς, μπορούν να επιτρέψουν στα νοσοκομεία να επιτύχουν τους στόχους βελτίωσης της ποιότητας.

Όπως αναφέρουν οι Wait and Nolte (2005) σε στρατηγικό επίπεδο, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι η συγκριτική προτυποποίηση στην υγειονομική περίθαλψη επιτυγχάνει τον στόχο της, δηλαδή τον καλύτερο προσδιορισμό των τομέων στους οποίους οι προσπάθειες πολιτικής πρέπει να επικεντρωθούν, για την βελτίωση των επιδόσεων του συστήματος υγείας.



Στο πλαίσιο αυτό, πολλοί ερευνητές και διεθνείς οργανισμοί έχουν κάνει συστάσεις σχετικά με την ανάπτυξη πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης και τις βέλτιστες διαδικασίες σε κάθε φάση ανάπτυξης (π.χ. σύνδεση των προσδοκιών του ασθενούς με τις προσδοκίες του οργανισμού, κριτήρια για την θέσπιση των καταλληλότερων δεικτών συγκριτικής προτυποποίησης, θέσπιση διαγραμμάτων ροής εργασιών, κλπ.) (Maire, Bronet και Pillet, 2005; von Eiff, 2015; Badlato, 2016).

Η θέσπιση ενός εξωτερικού συμβούλου διαχείρισης του έργου της συγκριτικής προτυποποίησης, μπορεί να αποτελεί μια καλή πρακτική, ιδιαίτερα στην περίπτωση της ανταγωνιστικής συγκριτικής προτυποποίησης. Για παράδειγμα όπως έδειξαν οι Brucker et al (2008), η θέσπιση ενός εξωτερικού φορέα για τον καθορισμό των δεικτών συγκριτικής αξιολόγησης, αποτελεί μια καλή πρακτική για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της διαδικασίας της συγκριτικής προτυποποίησης.

Παρόμοιες πρακτικές εντοπίζονται και σε άλλες έρευνες. Για παράδειγμα οι Lim, Blackburn και Jones (2010), περιγράφουν την διαδικασία της εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης σε κέντρα απώλειας βάρους, μέσω αρχικά της δημιουργίας μιας ομάδας εμπειρογνομόνων από το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης, για την αξιολόγηση των διαδικασιών απώλειας βάρους, τον προσδιορισμό θεμάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και στην ανάπτυξη συστάσεων για βέλτιστες πρακτικές βάσει επιστημονικών τεκμηρίων. Η ομάδα συνεργάστηκε με περισσότερους από 100 ειδικούς σε 9 ξεχωριστές ομάδες εργασίας για να εξετάσει κάθε πτυχή της περίπτωσης - από την ψυχολογική αξιολόγηση και τις περιστασιακές χειρουργικές επεμβάσεις, στην διεπιστημονική θεραπεία και τη συλλογή δεδομένων.

Η ορθή επιλογή των δεικτών αποτελεί επίσης μια διαδικασία που εξετάζεται ως προς την θέσπιση των δεικτών απόδοσης που μπορεί να είναι οι καταλληλότεροι για πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης. Οι Mainz et al (2009), διερευνώντας τις εθνικές προσεγγίσεις και τα σχέδια συγκριτικής προτυποποίησης που εφαρμόστηκαν σε διεθνές επίπεδο στις Σκανδιναβικές χώρες, αναφέρουν ότι τα περισσότερα έργα για την ανάπτυξη και εφαρμογή δεικτών επιδόσεων, αν και παρουσιάζουν στόχους συγκριτικής προτυποποίησης, παραμένουν περιορισμένα στις συγκρίσεις των

δεικτών. Η αρχική πρόθεση των υπεύθυνων φορέων, να αναπτύξουν σχέδια δράσης για τη βελτίωση και τη μείωση των ανισοτήτων απόδοσης, έρχεται συχνά αντιμέτωπη με την δυσκολία επίτευξης συναίνεσης σχετικά με την εγκυρότητα των δεδομένων που χρησιμοποιούνται για τις ενδο-οργανωτικές συγκρίσεις. Η επιλογή και η εγκυρότητα των δεικτών που χρησιμοποιούνται για εσωτερικές και εξωτερικές συγκρίσεις μεταξύ υπηρεσιών και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης παραμένει, ως εκ τούτου, ένα θέμα συζήτησης (Mainz et al., 2009).

Πάνω στο ίδιο θέμα, δηλαδή αυτό της επιλογής των κατάλληλων δεικτών, οι De Korne et al (2010), οι οποίοι αξιολόγησαν την δυνατότητα εφαρμογής μιας διεθνούς πρωτοβουλίας συγκριτικής προτυποποίησης σε εννέα οφθαλμολογικά νοσοκομεία στην Ασία, την Αυστραλία, την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, αναφέρουν ότι οι δείκτες απόδοσης που επιλέγονται στο πλαίσιο της εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης, θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν στρατηγικά σημαντικά στοιχεία, να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, αποδεκτοί, εφικτοί, ρεαλιστικοί, σχετικοί και έγκυροι (SMART), τα δεδομένα θα πρέπει να μετατρέπονται σε μετρήσιμες ποσότητες, οι πληροφορίες για τους δείκτες πρέπει να είναι συγκρίσιμες με αυτές των άλλων οργανισμών, οι επιλεγμένοι δείκτες θα πρέπει να είναι σχετικοί με τους σκοπούς της συγκριτικής αξιολόγησης και θα πρέπει να έχουν ισχύ σε σχέση με τις επιδόσεις και τους συμμετέχοντες.

Οι Thonon, Watson και Saghatchian (2015), ανέφεραν επίσης ότι η χρήση ενός συνδυασμού δεικτών διεργασιών και αποτελεσμάτων μπορεί να είναι μια καλύτερη προσέγγιση, σε σχέση με την επιλογή δεικτών που βασίζονται μόνο σε αποτελέσματα. Το πλεονέκτημα των δεικτών διεργασιών σε σχέση με τους δείκτες αποτελεσμάτων, είναι ότι αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές διακυμάνσεις στην παροχή της φροντίδας, ενώ οι δείκτες αποτελεσμάτων μπορούν να επηρεαστούν από άλλους παράγοντες.

Η σύνδεση των στόχων του οργανισμού, με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών είναι επίσης ένα σημείο που πρέπει να προσεχθεί, ώστε η συγκριτική προτυποποίηση να μπορέσει να έχει θετικά αποτελέσματα. Δεδομένου ότι κάποια έργα συγκριτικής προτυποποίησης που περιγράφονται στην βιβλιογραφία, έθεσαν τους στόχους της βελτίωσης με βάση τις απόψεις των ασθενών, συνίσταται η

δημιουργία μιας σχέσης μεταξύ των προσδοκιών του ασθενούς και των προδιαγραφών βελτίωσης της απόδοσης που τίθενται από τις μονάδες υγείας. Αυτές οι προδιαγραφές γενικά αναφέρονται σε απαιτήσεις σχετικά με τις εξόδους της διαδικασίας, δηλαδή τα αποτελέσματα που παρέχονται από τις δραστηριότητες της διαδικασίας της συγκριτικής προτυποποίησης. Σε αυτό το στάδιο, πρέπει να διασφαλιστεί ότι οι απαιτήσεις των οργανισμών υγείας είναι συμβατές με τη "φωνή του ασθενούς". Οι απαιτήσεις που θεωρούνται θεμελιώδεις και οι οποίες θα καθοδηγήσουν τη συνέχιση της ανάπτυξης είναι εκείνες οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως σεβαστές και των οποίων η σχέση με τις προσδοκίες του ασθενή χαρακτηρίστηκε ως σημαντική (Maire, Bronet και Pillet, 2005).

Ο Lapaο (2015) τονίζει επίσης ότι όταν η συγκριτική προτυποποίηση λαμβάνει χώρα μεταξύ συστημάτων υγείας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πολυπλοκότητα τους. Τα συστήματα υγείας είναι περίπλοκα, καθιστώντας τις συγκρίσεις ιδιαίτερα δύσκολες. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν οι συμμετέχουσες χώρες μοιράζονται λίγες ομοιότητες. Αυτοί οι παράγοντες συχνά δεν λαμβάνονται υπόψη, οδηγώντας σε σημαντικές αποτυχίες στην υλοποίηση του συστήματος συγκριτικής προτυποποίησης. Ως εκ τούτου, πολλές επωφελείς παρεμβάσεις, οι οποίες συγκρίνονται ως αποτελεσματικές, αποτυγχάνουν να μεταφραστούν σε ουσιαστικά αποτελέσματα στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορα περιβάλλοντα.

Από την άλλη πολλές προσεγγίσεις συγκριτικής προτυποποίησης έχουν αντιγραφεί από διαφορετικούς τομείς επιχειρηματικής δραστηριότητας, π.χ. από εταιρείες βιομηχανικής παραγωγής, και η εφαρμογή τους δεν λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες της παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό ο Baldatao (2016) τονίζει ότι οι δείκτες μέτρησης που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα συγκριτικής προτυποποίησης, θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τις μετρικές απόδοσης που έχουν σημασία στον τομέα της υγείας ή που έχουν σημασία για τις εκάστοτε μονάδες υγείας.

### **3.3. Κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας**

Εκτός από την ορθή και ολοκληρωμένη διαδικασία εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης, ως μια βέλτιστη πρακτική, στην βιβλιογραφία έχουν επίσης καταγραφεί μια σειρά από παράγοντες επιτυχίας για την συγκριτική προτυποποίηση στις μονάδες υγείας. Αυτοί περιλαμβάνουν την συμμετοχή των ανθρώπων του οργανισμού (εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα), την δέσμευση της ανώτατης διοίκησης, τις συναντήσεις μεταξύ συμμετεχόντων και την δημιουργία φόρουμ συζήτησης και συνεργασίας. Από τεχνικής άποψης, οι παράγοντες επιτυχίας για τη συγκριτική προτυποποίηση, συνδέονται στενά με εκείνους που απαιτούνται από τις βασικές προσεγγίσεις της διαχείρισης (συμμετοχή της διαχείρισης, σχεδιασμός και διαχείριση έργων, χρήση εργαλείων για την υποστήριξη ομάδων εργασίας, κατάλληλη πολιτική κατάρτιση), ωστόσο περιλαμβάνουν επίσης και άλλους παράγοντες, όπως η διαμόρφωση μιας κουλτούρας από τους οργανισμούς υγείας, μέσω της οποίας θα υπάρχει δεκτικότητα στην ανταλλαγή διαφανών πληροφοριών (Wind και Van Harten, 2017).

Πράγματι οι Ettorci-Tardy et al, (2012), τονίζουν ότι η συγκριτική προτυποποίηση είναι πρωτίστως ένα εργαλείο διαχείρισης, και από αυτή την άποψη απαιτείται η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης στην εφαρμογή του έργου. Παρόλα αυτά, απαιτείται η συμμετοχή της ομάδας φροντίδας, τουλάχιστον στην ανάλυση των πρακτικών και για τις διαδικασίες σύγκρισης με άλλες ομάδες φροντίδας. Στο ίδιο πλαίσιο η πολιτιστική αλλαγή είναι εξίσου ένας κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας. Η επένδυση του ανθρώπινου δυναμικού στον χρόνο που πρέπει να αφιερώσει στη συλλογή δεδομένων από τρέχοντα και παρελθόντα έργα για τον προσδιορισμό των βέλτιστων πρακτικών για μελλοντικά έργα, είναι κρίσιμη. Οι ομάδες σχεδιασμού πρέπει να μάθουν να βλέπουν τη συγκριτική προτυποποίηση ως μια συνεχή προσπάθεια που ενσωματώνεται στη διαδικασία του έργου και στο χρονοδιάγραμμα (Baldatao, 2016).

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής ή οι συντονιστές των προγραμμάτων συγκριτικής προτυποποίησης που επιθυμούν να αναπτύξουν σχέδια συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ νοσοκομείων ή μονάδων υγείας θα πρέπει να αντλήσουν διδάγματα από προηγούμενα έργα. Πρώτα απ' όλα, η διασφάλιση της δέσμευσης στην εφαρμογή του έργου από την διοίκηση των νοσοκομείων και η διάθεση επαρκών πόρων για την ολοκλήρωση του έργου, είναι πρωταρχικής σημασίας για την ανάπτυξη μιας διαδικασίας συγκριτικής προτυποποίησης. Δεδομένου του χρόνου και των προσπαθειών που απαιτούνται για τη συμμετοχή σε ένα σχέδιο συγκριτικής προτυποποίησης, οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη σχεδίων συγκριτικής αξιολόγησης θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν τα κίνητρα για τη συμμετοχή των υγειονομικών εγκαταστάσεων συνεχώς με την πάροδο του χρόνου (Thonon, Watson και Saghatchian, 2015)

Στην έρευνα των Brann, Walter και Coombs (2011), που περιγράφηκε παραπάνω οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας του έργου της συγκριτικής προτυποποίησης στις μονάδες ψυχικής υγείας παιδιών, βρέθηκε ότι ήταν η δέσμευση της διοίκησης στην εφαρμογή του έργου και η εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων, η συνεχής τροφοδοσία των δεδομένων συγκριτικής προτυποποίησης από το κλινικό προσωπικό, μια διαδικασία η οποία ενίσχυσε το κίνητρό τους για συμμετοχή στο έργο και η δημιουργία ενός φόρουμ επικοινωνίας των συμμετεχόντων, μέσα από το οποίο τους δόθηκε η ευκαιρία να συζητήσουν για την απόδοση της οργάνωσής τους και να αντλήσουν διδάγματα από άλλους οργανισμούς.

Η δημιουργία των φόρουμ επικοινωνίας ή η διοργάνωση συναντήσεων για τους συμμετέχοντες στην συγκριτική προτυποποίηση, έχει επίσης αναφερθεί ως παράγοντας επιτυχίας και σε άλλες έρευνες (Ellershaw, Gambles και McGlinchey, 2008; Coombs, Walter και Brann, 2011). Αυτά τα εργαστήρια ή φόρουμ παρείχαν στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να συνεργάζονται με άλλους οργανισμούς, να συζητούν τη σημασία των δεδομένων και να διαμοιράζονται ιδέες για βελτιώσεις ποιότητας και βέλτιστες πρακτικές.

Στην έρευνα των Lent et al (2010) η οποία περιγράφηκε παραπάνω, οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης, οι οποίοι εντοπίστηκαν ήταν ότι: 1) τα ενδιαφερόμενα μέρη εντός του οργανισμού, θα πρέπει

να είναι πεπεισμένα, ότι άλλοι οργανισμοί θα μπορούσαν να έχουν αναπτύξει λύσεις για προβλήματα που μπορούν να μεταφραστούν στις δικές τους ρυθμίσεις, 2) η διοίκηση πρέπει να διατηρήσει επαρκείς πόρους για τα συνολικά κριτήρια αναφοράς, 3) το πεδίο εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης θα πρέπει να περιορίζεται σε ένα καλά καθορισμένο πρόβλημα, 4) θα πρέπει να γίνεται καθορισμός των κριτηρίων για την επαλήθευση της συγκρισιμότητας των εταιρών συγκριτικής προτυποποίησης, βάσει θεμάτων και διαδικασιών, 5) θα πρέπει να γίνεται χρήση τόσο ποσοτικών, όσο και ποιοτικών δεδομένων για τη μέτρηση της απόδοσης, 6) να υπάρχει συναίνεση όσο αφορά τους δείκτες και οι δείκτες να είναι απλοί, ώστε να αφιερώνεται αρκετός χρόνος στην ανάλυση των υποκείμενων διαδικασιών και 7) θα πρέπει να γίνεται προσαρμογή των αναγνωρισμένων, καλύτερων μεθόδων εργασίας ώστε να συμμορφώνονται με άλλες πρακτικές του οργανισμού.

Σε σχέση με την ενημέρωση και την συνεργασία των ενδιαφερόμενων μερών, ως κρίσιμου παράγοντα επιτυχίας, οι Thonon, Watson και Saghatchian (2015), κάνουν μια ανασκόπηση πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης που εφαρμόστηκαν σε μονάδες υγείας, βρήκε ότι οι διάφορες πρακτικές, είχαν διαφορετικές πολιτικές όσον αφορά τη δημοσίευση των δεδομένων. Κάποια έργα, δημοσίευσαν μόνο ανώνυμα δεδομένα ή ενδιάμεσα αποτελέσματα ή καθόλου δεδομένα, ακόμη και για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Άλλα έργα κοινοποίησαν ονομαστικά στοιχεία, αλλά μόνο στους συμμετέχοντες στην συγκριτική προτυποποίηση, ενώ άλλα δημοσίευσαν μόνο ανώνυμα δεδομένα στο κοινό. Κάποια από αυτά αποκάλυψαν στοιχεία για το νοσοκομείο δημοσίως αλλά ανώνυμα, ενώ υπήρχαν και άλλα στα οποία δεν αναφέρθηκε αν έγινε αποδέσμευση ή ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των συμμετεχόντων. Ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο αν η δημοσιοποίηση ή όχι των δεδομένων είναι παράγοντας επιτυχίας. Για παράδειγμα οι Wallwiener et al (2012) οι οποίοι διερεύνησαν ένα έργο συγκριτικής προτυποποίησης στην Γερμανία μεταξύ κέντρων καρκίνου του μαστού, ανέφεραν την ανωνυμία των κέντρων ως ένα παράγοντα επιτυχίας για τη συμμετοχή των κέντρων στο έργο. Από την άλλη οι Berta, Seghieri και Vittadini (2013), οι οποίοι διερεύνησαν ένα έργο συγκριτικής προτυποποίησης στην Λομβαρδία μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων, ανέφεραν ότι η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων μπορεί να προωθήσει μια συμπεριφορά

"αποστροφής στον κίνδυνο", αναγνωρίζοντας ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας.

Φαίνεται λοιπόν ότι μια σημαντική πρόκληση για την ανάπτυξη ενός έργου συγκριτικής προτυποποίησης είναι το ζήτημα που συνδέεται με την ανταλλαγή δεδομένων. Από τη μια πλευρά, η ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των εταιρών, σε ένα έργο συγκριτικής προτυποποίησης είναι απαραίτητη για να μπορέσουν τα νοσοκομεία να μάθουν τις βέλτιστες πρακτικές, ενώ από την άλλη πλευρά, το αίτημα ανταλλαγής εμπιστευτικών δεδομένων θα μπορούσε να αποθαρρύνει τις μονάδες υγείας να συμμετάσχουν σε ένα τέτοιο σχέδιο και συνεπώς να θέσει σε κίνδυνο την επιτυχία του. Οι συντονιστές των έργων θα πρέπει να αναπτύξουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για το θέμα αυτό με συναίνεση με τους εταίρους και τις συμμετέχουσες μονάδες υγείας, ώστε να διασφαλιστεί ότι η δημοσιοποίηση ή όχι των δεδομένων δεν θα αποτελέσει εμπόδιο στην συμμετοχή των μονάδων υγείας σε έργα συγκριτικής προτυποποίησης (Thonon, Watson και Saghatchian, 2015).

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Συμπεράσματα**

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο οι πρακτικές συγκριτικής προτυποποίησης, εφαρμόζονται στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και προσδιόρισε τις βέλτιστες πρακτικές, οι οποίες μπορούν να συνεισφέρουν στην επιτυχή εφαρμογή των πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης.

Η συγκριτική προτυποποίηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συνιστά μια διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης και προσδιορισμού των υποκείμενων αιτιών που οδηγούν σε υψηλά επίπεδα απόδοσης. Είναι στην ουσία μια συνεχής προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, τη σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων με αυτά των άλλων οργανώσεων, προκειμένου οι οργανισμοί να μάθουν πώς επιτυγχάνονται αυτά τα αποτελέσματα και να εφαρμόζουν τα διδάγματα που έχουν αντληθεί, για να βελτιωθούν.

Η συνηθέστερη προσέγγιση συγκριτικής προτυποποίησης που παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία είναι η σύγκριση δεικτών απόδοσης μεταξύ των μονάδων υγείας. Οι δείκτες βασίζονται σε δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα. Η βάση της σύγκρισης, είτε δημιουργήθηκε από τους συντονιστές του έργου, είτε χρησιμοποιήθηκαν καθιερωμένοι δείκτες αναφοράς, όπως εθνικά ή διεθνή πρότυπα. Οι οργανώσεις χρησιμοποίησαν κλασσικές μεθόδους για την ανάπτυξη και επιλογή δεικτών, όπως η διαβούλευση εμπειρογνομόνων, η αναζήτηση βιβλιογραφίας, οι συνεντεύξεις ή κλινικές οδηγίες, καθώς και ο καθορισμός των βέλτιστων πρακτικών για δείκτες αναφοράς. Η συγκριτική προτυποποίηση έχει εφαρμοστεί, τόσο σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, ενώ αποτελεί όλο και περισσότερο αναπόσπαστο μέρος των συστημάτων υγείας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής της συγκριτικής προτυποποίησης στον τομέα της υγείας, έδειξαν επίσης ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη για τους οργανισμούς υγείας, όπως τα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, η αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας, η παροχή



υψηλής ποιότητας φροντίδας από το προσωπικό, κ.α. Ωστόσο προκειμένου να καταγραφούν τα οφέλη αυτά, είναι αναγκαίο η συγκριτική προτυποποίηση να μην αποτελεί μια μεμονωμένη διαδικασία, αλλά μια συνεχή διαδικασία. Η σύγκριση των δεικτών και μόνο, μεταξύ των μονάδων υγείας, δεν αποτελεί το μοναδικό βήμα στη διαδικασία της συγκριτικής προτυποποίησης, η οποία θα πρέπει να σχεδιάζεται προσεκτικά και να λαμβάνει υπόψη της παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την διαδικασία, όπως η αντίσταση στην αλλαγή ή η ελλιπής δέσμευση της ανώτατης διοίκησης.

Είναι επίσης σημαντικό να διασφαλίζεται ότι η συγκριτική προτυποποίηση στην υγειονομική περίθαλψη επιτυγχάνει τον στόχο της, δηλαδή τον καλύτερο προσδιορισμό των τομέων στους οποίους οι προσπάθειες πολιτικής πρέπει να επικεντρωθούν, για την βελτίωση των επιδόσεων του συστήματος υγείας. Η θέσπιση ενός εξωτερικού συμβούλου διαχείρισης του έργου της συγκριτικής προτυποποίησης, μπορεί να αποτελεί μια καλή πρακτική, ιδιαίτερα στην περίπτωση της ανταγωνιστικής συγκριτικής προτυποποίησης. Η ορθή επιλογή των δεικτών που αποτελούν την βάση σύγκρισης θα πρέπει επίσης να επιλέγονται προσεκτικά. Η χρήση ενός συνδυασμού δεικτών διεργασιών και αποτελεσμάτων μπορεί να είναι μια καλύτερη προσέγγιση, σε σχέση με την επιλογή δεικτών που βασίζονται μόνο σε αποτελέσματα. Η σύνδεση των στόχων του οργανισμού, με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών είναι επίσης ένα σημείο που πρέπει να προσεχθεί, ώστε η συγκριτική προτυποποίηση να μπορέσει να έχει θετικά αποτελέσματα. Η πολυπλοκότητα και η διαφοροποίηση των συστημάτων υγείας μεταξύ των διαφορετικών χωρών θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη για έργα συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ μονάδων υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές χώρες. Η δημιουργία φόρουμ επικοινωνίας, συνεργασίας ή διοργάνωσης συναντήσεων για τους συμμετέχοντες στην συγκριτική προτυποποίηση, είναι ακόμα ένας κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας.

## Βιβλιογραφία

ANAES (2000). d'Evaluation en Santé: Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. *Paris: ANAES.*

Badlato K. (2016). Measuring Up: Benchmarking in Health Care Architecture. Διαθέσιμο από [MeasuringUp\\_BenchmarkingHealthcare\\_Public-Report.pdf](#)

Bailie, R., Bailie, J., Larkins, S., & Broughton, E. (2017). Continuous Quality improvement (CQi)—advancing Understanding of design, application, impact, and Evaluation of CQi approaches. *Frontiers in public health, 5*, 306.

Balm G.J. 1992. Benchmarking: A Practitioner's Guide for Becoming and Staying Best of the Best. Schaumburg, IL: QPMA Press

Beattie, M., Shepherd, A., & Howieson, B. (2013). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care?—An integrative review. *Journal of Research in Nursing, 18*(4), 288-304.

Beckford, J. (1998). Quality: A Critical Introduction, Routledge, Florence, KY, USA, 256-63.

Benson, H. R. (1994). An introduction to benchmarking in healthcare. *Radiology management, 16*(4), 35-39.

Berta, P., Seghieri, C., & Vittadini, G. (2013). Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region. *Health care management science, 16*(3), 245-257.

Bogan, C. E., & English, M. J. (1994). *Benchmarking for best practices: Winning through innovative adaptation* (Vol. 1). New York, NY: McGraw-Hill.

Bonnet, F., Solignac, S., & Marty, J. (2008, March). Vous avez dit benchmarking?. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 27, No. 3, pp. 222-229). Elsevier Masson.

Botje, D., ten Asbroek, G., Plochg, T., Anema, H., Kringos, D. S., Fischer, C., & Klazinga, N. S. (2016). Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amongst health professionals and quality managers in The Netherlands. *BMC health services research*, 16(1), 574.

Braillon, A., Chaine, F. X., & Gignon, M. (2008). Le benchmarking, une histoire exemplaire pour la qualité des soins. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 6, No. 27, pp. 467-469).

Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., Plumb, J., Hannaford, N., Long, J. C., & Marks, D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. *SAGE open medicine*, 5, 2050312116686516.

Brann, P., Walter, G., & Coombs, T. (2011). Benchmarking child and adolescent mental health organizations. *Australasian Psychiatry*, 19(2), 125-132.

Breiter, D., & Kline, S. F. (1995). Benchmarking quality management in hotels. *Hospitality Review*, 13(2), 6.

Brucker S, Schumacher C, Sohn C, Rezai M, Bamberg M, Wallwiener D, et al. The Steering Committee: Benchmarking the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system: the first 5-year results (2003–2007) from Germany as a proof of concept. *BMC Cancer*. 2008;8:358. doi: 10.1186/1471-2407-8-358.

Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). Quality in healthcare: concepts and practice. *The business of healthcare*, 3, 61-95.

Camp R.C. 1989. Benchmarking: The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance. Milwaukee: American Society for Quality Control Quality Press

Camp, R. C., & Tweet, A. G. (1994). Benchmarking applied to health care. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 20(5), 229-238.

Chung, K. P., Chang, Y. J., Lai, M. S., Kuo, R. N. C., Cheng, S. H., Chen, L. T., ... & Shieh, M. J. (2010). Is quality of colorectal cancer care good enough? Core measures

development and its application for comparing hospitals in Taiwan. *BMC health services research*, 10(1), 27.

Coombs, T., Walter, G., & Brann, P. (2011). Overview of the national mental health benchmarking project. *Australasian Psychiatry*, 19(1), 37-44.

Corrigan, J. M. (2005). Crossing the quality chasm. *Building a better delivery system*.

Cox, A., & Thompson, I. (1998). On the appropriateness of benchmarking. *Journal of General Management*, 23, 1-20.

Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of general internal medicine*, 20(10), 953-957.

de Beurs, E., Barendregt, M., de Heer, A., van Duijn, E., Goeree, B., Kloos, M., ... & Merks, A. (2016). Comparing methods to denote treatment outcome in clinical research and benchmarking mental health care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(4), 308-318.

de Korne, D. F., Sol, K. J., van Wijngaarden, J. D., van Vliet, E. J., Custers, T., Cubbon, M., ... & Klazinga, N. S. (2010). Evaluation of an international benchmarking initiative in nine eye hospitals. *Health care management review*, 35(1), 23-35.

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Ann Arbor: Health Administration Press*, 8-11.

Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.

EFQM (2006). The European Benchmarking Code of Conduct. Διαθέσιμο από <http://www.olev.de/b/eu-bm-codeofconduct.pdf>

Ellershaw, J., Gambles, M., & McGlinchey, T. (2008). Benchmarking: a useful tool for informing and improving care of the dying?. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 813-819.

Ellis, J. (2000). Sharing the evidence: clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 215-225.

Ellis, J. (2006). All inclusive benchmarking. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 377-383.

Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthcare policy*, 7(4), e101.

Fedor, D. B., Parsons, C. K., & Shalley, C. E. (1996). Organizational comparison processes: Investigating the adoption and impact of benchmarking-related activities. *Journal of Quality Management*, 1(2), 161-192.

Fernandez, V. E., Rozanski, M. J., Rathmell, J. P., & Merrill, D. G. (2014). Quality Assessment and Improvement and Patient Safety in the Pain Clinic. In *Practical Management of Pain (Fifth Edition)* (pp. 56-77).

Fitzpatrick, M., & Huczynski, A. (1990). Applying the benchmarking approach to absence control. *Leadership & Organization Development Journal*, 11(5), 22-26.

Gift, R. G., & Mosel, D. (1994). *Benchmarking in health care: A collaborative approach*. American Hospital Pub., Incorporated.

Grossbart, S. R., & Agrawal, J. (2012). Conceptualization and definitions of quality. *Health care quality: the clinician's primer*. ACPE, Sydney Olympic Park Google Scholar.

Hardie-Boys, N., Carter, M., Barnes, C., Matheson, D., McDonald, E., & Davies, P. (2013). Evaluation Of The Northern Territory Continuous Quality Improvement (Cqi) Investment Strategy. *Evaluation*.

Health Information and Quality Authority. (2013). Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality.

Hermann, R. C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., ... & Chan, J. A. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl\_1), 31-38.

House, S., Giles, T., & Whitcomb, J. (2011). Benchmarking to the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(3), 254-259.

Hughes, R. G. (2008). Tools and strategies for quality improvement and patient safety.

Javaid, M. K., Kyer, C., Mitchell, P. J., Chana, J., Moss, C., Edwards, M. H., ... & Kanis, J. A. (2015). Effective secondary fracture prevention: implementation of a global benchmarking of clinical quality using the IOF Capture the Fracture® Best Practice Framework tool. *Osteoporosis International*, 26(11), 2573-2578.

Karlöf, B., & Östblom, S. (1993). *Benchmarking: a signpost to excellence in quality and productivity*. John Wiley & Sons Inc.

Kay J. (2007). Health Care Benchmarking. *Medical Bulletin*, 12 (2), 22-28

Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2008). Do hospitals with electronic medical records (EMRs) provide higher quality care? An examination of three clinical conditions. *Medical Care Research and Review*, 65(4), 496-513.

Klazinga, N., Fischer, C., & Ten Asbroek, A. (2011). Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2\_suppl), 38-47.

Lapão, L. V. (2015). The challenge of benchmarking health systems: is ICT innovation capacity more systemic than organizational dependent?. *Israel journal of health policy research*, 4(1), 43.

Lim, R. B., Blackburn, G. L., & Jones, D. B. (2010). Benchmarking best practices in weight loss surgery. *Current problems in surgery*, 47(2), 79-174.

Lovaglio, P. G. (2012). Benchmarking strategies for measuring the quality of healthcare: problems and prospects. *The Scientific World Journal*, 2012.

- Mainz, J., Hansen, A. M., Palshof, T., & Bartels, P. D. (2009). National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Journal of surgical oncology*, 99(8), 500-504.
- Mainz, J., Hjulsgaard, M., Og, M. T. E., & Burgaard, J. (2009). National benchmarking between the Nordic countries on the quality of care. *Journal of surgical oncology*, 99(8), 505-507.
- Maire, J. L., Bronet, V., & Pillet, M. (2005). A typology of “best practices” for a benchmarking process. *Benchmarking: An International Journal*, 12(1), 45-60.
- Matykiewicz, L., & Ashton, D. (2005). Essence of Care benchmarking: putting it into practice. *Benchmarking: An International Journal*, 12(5), 467-481.
- McCalman, J., Bailie, R., Bainbridge, R., McPhail-Bell, K., Percival, N., Askew, D., ... & Tsey, K. (2018). Continuous quality improvement and comprehensive primary health care: a systems framework to improve service quality and health outcomes. *Frontiers in public health*, 6, 76.
- McDonald, K. M., Matesic, B., Contopoulos-Ioannidis, D. G., Lonhart, J., Schmidt, E., Pineda, N., & Ioannidis, J. P. (2013). Patient safety strategies targeted at diagnostic errors: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5\_Part\_2), 381-389.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2004). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*. Jones & Bartlett Learning.
- Meissner, W., Mescha, S., Rothaug, J., Zwacka, S., Goettermann, A., Ulrich, K., & Schleppers, A. (2008). Quality improvement in postoperative pain management: results from the QUIPS project. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(50), 865.
- Meslin, E. M., Rager, J. B., Schwartz, P. H., Quaid, K. A., Gaffney, M. M., Duke, J., & Tierney, W. M. (2015). Benchmarks for ethically credible partnerships between industry and academic health centers: beyond disclosure of financial conflicts of interest. *Clinical and translational medicine*, 4(1), 36.

NHS, (2010). Essence of Care 2010 Benchmarks for Promoting Health and Well-being. Διαθέσιμο από

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216700/dh\\_120394.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216700/dh_120394.pdf) [Πρόσβαση 10/01/2019]

NLC, (2013). Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice. Διαθέσιμο από

[https://www.healthit.gov/sites/default/files/tools/nlc\\_continuousqualityimprovementprimer.pdf](https://www.healthit.gov/sites/default/files/tools/nlc_continuousqualityimprovementprimer.pdf) [Πρόσβαση 10/01/2019]

O'Neill, S. M., Hempel, S., Lim, Y. W., Danz, M. S., Foy, R., Suttorp, M. J., ... & Rubenstein, L. V. (2011). Identifying continuous quality improvement publications: what makes an improvement intervention 'CQI'? *BMJ quality & safety*, bmjqs-2010.

Ozcan, Y. A. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation*. Springer US.

Pitarelli, E., & Monnier, E. (2000, October). Benchmarking: the missing link between evaluation and management. In *4th ESS Conference October*.

Pourmohammadi, K., Hatam, N., Shojaei, P., & Bastani, P. (2018). A comprehensive map of the evidence on the performance evaluation indicators of public hospitals: a scoping study and best fit framework synthesis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(1), 64.

Pulsat, B. 1994. Process Improvements Through Benchmarking, *The TQM Magazine*, 6(2): 37-40.

Schwappach, D. L., Blaudszun, A., Conen, D., Ebner, H., Eichler, K., & Hochreutener, M. A. (2003). 'Emerge': benchmarking of clinical performance and patients' experiences with emergency care in Switzerland. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 473-485.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*, 23(4), 290-298.



Thonon, F., Watson, J., & Saghatchian, M. (2015). Benchmarking facilities providing care: an international overview of initiatives. *SAGE open medicine*, 3, 2050312115601692.

Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E. & Straus, S. E. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, cmaj-140289.

Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007, June). Basics of quality improvement in health care. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82, No. 6, pp. 735-739). Elsevier.

Vaziri, H. K. (1992). Using competitive benchmarking to set goals. *Quality Progress*, 25(10), 81-85.

Vlăsceanu, L., Grünberg, L., & Pârlea, D. (2004). *Quality assurance and accreditation: A glossary of basic terms and definitions* (p. 25). Bucharest: Unesco-Cepes.

von Eiff, W. (2015). International benchmarking and best practice management: in search of health care and hospital excellence. In *International Best Practices in Health Care Management* (pp. 223-252). Emerald Group Publishing Limited.

Wait, S., & Nolte, E. (2005). Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives. *Benchmarking: An International Journal*, 12(5), 436-448.

Wakefield, M. K. (2008). The quality chasm series: Implications for nursing.

Wallwiener, M., Brucker, S. Y., Wallwiener, D., & Steering Committee. (2012). Multidisciplinary breast centres in Germany: a review and update of quality assurance through benchmarking and certification. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285(6), 1671-1683.

Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5\_Part\_2), 369-374.

Welch, S. J., Asplin, B. R., Stone-Griffith, S., Davidson, S. J., Augustine, J., Schuur, J., & Alliance, E. D. B. (2011). Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the second performance measures and benchmarking summit. *Annals of emergency medicine*, 58(1), 33-40.

Wind, A., & Van Harten, W. H. (2017). Benchmarking specialty hospitals, a scoping review on theory and practice. *BMC health services research*, 17(1), 245.

Wind, A., & Van Harten, W. H. (2017). Benchmarking specialty hospitals, a scoping review on theory and practice. *BMC health services research*, 17(1), 245.

Zairi, M. (1992). The art of benchmarking: using customer feedback to establish a performance gap. *Total Quality Management*, 3(2), 177-188.

Zairi, M. (2010). *Benchmarking for best practice*. Routledge.