

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

EXECUTIVE MBA

ΣΤΑΜΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ  
ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ  
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ  
ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2005

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**EXECUTIVE MBA**

**ΣΤΑΜΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**(THESIS)**

**« ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ**  
**ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**  
**ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας που αφορά τις νέες τάσεις και βέλτιστες πρακτικές ποιότητας σε Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Οι ενότητες που εξετάζονται είναι, κατά σειρά, η βελτίωση ποιότητας (quality improvement), η τελειότητα (excellence) και η καινοτομία (innovation). Τέλος, γίνεται μία περιληπτική εκτίμηση του Ελληνικού Συστήματος Υγειονομικής Περιθαλψης, με την εξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων.

**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**  
**(QUALITY IMPROVEMENT)**

Οι Brashier et al (1996) εξέτασαν τη σύγχρονη βιβλιογραφία στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας / Διαρκή Βελτίωση Ποιότητας (Total Quality Management / Continuous Quality Improvement – TQM / CQI) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και καθόρισαν τα υπάρχοντα κοινά στοιχεία στα επιτυχώς εφαρμοσμένα προγράμματα. Βασισμένοι σε αυτή την ανασκόπηση, πρότειναν ένα περιεκτικό μοντέλο εφαρμογής και διατήρησης ενός προγράμματος TQM / CQI στον εν λόγω τομέα. Επιδεικνύεται ότι, ενώ δεν υπάρχει διαγραμματοποιημένη οδός «στιγμιαίας επιτυχίας», υπάρχουν κοινά στοιχεία σε κάθε προσπάθεια TQM / CQI. Αυτά εμπεριέχουν την ηγεσία της ανώτατης διοίκησης, τη διδασκαλία δια του παραδείγματος, την εκπαίδευση των εργαζομένων στις αντιλήψεις περί ποιότητας, τη συμμετοχή των ιατρών στην αρχή της διαδικασίας, την επικέντρωση στον πελάτη, τη δημιουργία διατμηματικών ομάδων ποιότητας και τη διαφήμιση των επιτυχιών τους, την ονομασία της διαδικασίας για να δείχθει η δέσμευση και η αποσύνδεσή της από τα «βιομηχανικά» προγράμματα, τη συμμετοχή ανθρώπινων πόρων, την αναμονή δυσκολιών στην αλλαγή κουλτούρας και στις προσπάθειες μέτρησης και τέλος την ενθάρρυνση και την αναζήτηση αναπληρότητας από όλες τις επηρεαζόμενες περιοχές. Περιληπτικά, κάθε οργανισμός

πρέπει να αναγνωρίσει το γεγονός ότι η βελτίωση ποιότητας στη φροντίδα υγείας είναι αναμενόμενη και μπορεί να μετρηθεί. Πρέπει να κατευθύνει την προσοχή του στη μέτρηση, να συλλέξει τα σχετικά δεδομένα, να τα οργανώσει, να τα μετατρέψει σε πληροφορίες, να τα επικοινωνήσει και να τα χρησιμοποιήσει, τοποθετώντας την ανώτατη διοίκηση επικεφαλής της προσπάθειας, εκπαιδεύοντας τους εργαζομένους και αναγνωρίζοντας τις προσπάθειές τους. Με δύο λέξεις, πρέπει να είναι μεθοδικός και μοναδικός.

Οι Swinehart και Green (1995) θεωρούν ότι η Αμερικανική υγειονομική περίθαλψη είναι σε κατάσταση κρίσης. Τα κλιμακούμενα κόστη λογίζονται ως το 13% του ΑΕΠ, καθιστώντας την ως την τρίτη μεγαλύτερη βιομηχανία στις ΗΠΑ, και ενώ οι δαπάνες αναμένεται να αυξηθούν. Ισχυρίζονται ότι οι παροχές υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται να ελέγξουν τις αυξανόμενες δαπάνες, να βελτιώσουν την παραγωγικότητα και την ευελιξία, να υιοθετήσουν κατάλληλες τεχνολογίες και να διατηρήσουν ανταγωνιστικά επίπεδα ποιότητας και αξίας. Δηλώνουν ότι η TQM μπορεί να παρέξει ένα περιβάλλον, το οποίο θα επικεντρώνεται στην ποιότητα φροντίδας του ασθενούς και στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένου του κυβερνώντος σώματος, των διοικητικών, διαχειριστικών και κλινικών περιοχών. Οποιοδήποτε νέο εθνικό ή πολιτειακό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης θα αναγκάσει τους παροχείς να γίνουν περισσότερο αποδοτικοί, διατηρώντας ταυτόχρονα τις ποιοτικές προδιαγραφές. Συμπεραίνουν ότι είναι στρατηγικά επιτακτικό οι παροχείς υγειονομικής περίθαλψης, από τους οικογενειακούς ιατρούς μέχρι τα μεγάλα ιατρικά κέντρα, και οι εφοδιαστές, από τα εργαστήρια μέχρι τις φαρμακευτικές εταιρίες, να καθιερώσουν μεθόδους γρήγορης συνεχούς βελτίωσης και διοίκησης ολικής ποιότητας ως τον ακρογωνιαίο λίθο της διαδικασίας στρατηγικού σχεδιασμού.

Η Cleary (1995) εξέτασε την υποστήριξη της ενδυνάμωσης (empowerment) μέσω του κύκλου του Deming (Plan, Do, Study, Act – PDSA). Η θεωρία, η διαδικασία και τα εργαλεία, που είναι συγκεντρωτικά γνωστά ως «διοίκηση ολικής ποιότητας», προσφέρουν τρόπους με τους οποίους η ενδυνάμωση των εργαζομένων μπορεί να υποστηρίξει τις προσπάθειες ενός οργανισμού, όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας αλλά και στην ενδυνάμωση γενικότερα. Η προσέγγιση αυτή θέτει την ευθύνη για τις διαδικασίες του οργανισμού στα χέρια εκείνων που τις γνωρίζουν καλύτερα και τους βοηθά να συμμετέχουν άμεσα στην αποστολή ή σκοπό του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, ο κύκλος PDSA βρίσκεται στην καρδιά της διαδικασίας βελτίωσης και αντιπροσωπεύει το κλειδί στην ενδυνάμωση των εργαζομένων σε αυτή τη διαδικασία. Χρησιμοποιώντας τη μελέτη περίπτωσης ενός τηλεφωνικού συστήματος ανταπόκρισης και συμπαγών παραδειγμάτων, που αντιπροσωπεύουν εφαρμογές στην υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση και τις κατασκευές, η συγγραφέας επιδεικνύει πώς ο κύκλος PDSA δημιουργεί στις ομάδες εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να λύνουν προβλήματα και να αναδύουν τη βελτίωση με συνακόλουθα την επαγγελματική υπερηφάνεια και την ενδυνάμωση του οργανισμού.

Οι Koch και Davies (1995) περιγράφουν την εισαγωγή των συστημάτων ολικής ποιότητας σε όλες τις κλινικές υπηρεσίες μέσα σε έναν κοινοτικής βάσης Συνεταιρισμό (Trust) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health System – NHS) στην περιοχή West Midlands της Μεγάλης Βρετανίας. Παρέχουν πρακτικές λεπτομέρειες κάθε πτυχής της διαδικασίας σχεδιασμού ποιότητας. Παρουσιάζουν τη δέσμευση των νοσοκομειακών ιατρών για "τη διαχείριση της βελτίωσης της ποιότητας". Τα εξής τμήματα είναι τα

βασικά συστατικά του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, που χρησιμοποιείται σε όλο το εύρος του Trust :

#### *Διαχείριση και οργάνωση της ολικής ποιότητας*

- Όραμα υπηρεσιών.
- Οργανωτική δομή.
- Ανάπτυξη των τμηματικών σχεδίων ποιότητας.
- Ολοκλήρωση με τη διαδικασία επιχειρησιακού σχεδιασμού.
- Επίπεδα ευθύνης για την ποιότητα.

#### *Βελτίωση διαδικασίας*

- Θέτοντας και ελέγχοντας πρότυπα, εκβάσεις και δυσμενή γεγονότα.
- Ανάπτυξη και έλεγχος των σχεδίων συνεργασιακής περίθαλψης.
- Εξασφάλιση απρόσκοπτου ελέγχου περίθαλψης μέσω των ενιαίων αρχείων υγείας.

#### *Ανταπόκριση Πελάτη / Ασθενούς*

- Παροχή πληροφοριών ποιοτικών υπηρεσιών στους ασθενείς.
- Απόσπαση και απάντηση στις πληροφορίες από τους ασθενείς.
- Άριστη φροντίδα πελατών.

#### *Ενδυνάμωση προσωπικού*

- Εσωτερική επικοινωνία.
- Αξιολόγηση και σχεδιασμός προσωπικής ανάπτυξης.
- Ομαδική εργασία βελτίωσης της ποιότητας.

Οι Benbassat και Taragin (1998) αναθεώρησαν τις μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας που έχουν αναφερθεί ως εφικτές, αποτελεσματικές και αποδεκτές από τους ενεργούς ιατρούς. Οι προσπάθειες να βελτιωθεί η περίθαλψη του ασθενούς, το αυξανόμενο κόστος της και το επιθετικό περιβάλλον της κακής ιατρικής πράξης έχουν δώσει έμφαση στην ανάγκη για πρότυπα επαγγελματικής υπευθυνότητας. Εντούτοις, τα τρέχοντα μέτρα της ποιότητας περίθαλψης έγιναν κατά βάση δεκτά με σκεπτικισμό από την ιατρική κοινότητα. Αυτά τα μέτρα έχουν επικριθεί για την αβέβαιη ισχύ τους και για την εστίαση σε δευτερεύουσες πτυχές των υπηρεσιών που μετρούν αυτό που είναι ελάχιστα αποδεκτό. Η επιτυχής εφαρμογή αυτών των μεθόδων φαίνεται να συνδέεται με τη μη παρεισφρητικότητα τους, την ανυπαρξία απειλών, και βασίζεται σε συμφωνηθέντα πρότυπα περίθαλψης. Πιστεύουν ότι αυτά τα τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι ουσιαστικά για μια συνεχή διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας μπορεί να απαιτήσει τις βαθιές αλλαγές στη νομοθεσία και στις συμπεριφορές, τους κανόνες άσκησης και την επαγγελματική συμπεριφορά. Η κύρια αλλαγή θα απαιτήσει μια αποδοχή από τους ιατρούς των εξής :

- Η ιατρική περίθαλψη μπορεί και πρέπει να βελτιωθεί, με μεθόδους που θεωρούνταν μέχρι σήμερα "γραφειοκρατικές" στη φύση τους.
- Κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων, οι ιατροί πρέπει να εξετάσουν όχι μόνο τις δικές τους προτιμήσεις, αλλά και εκείνες του ασθενή τους και τους περιορισμούς που επιβάλλονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

- είναι υπεύθυνοι όχι μόνο στην προσωπική τους συνείδηση ή στους ομότιμούς τους, αλλά και στους υπόλοιπους.
- είναι ευθύνη τους να παρακολουθούν την απόδοσή τους, να προσδιορίζουν και να αναφέρουν προσωπικά τους λάθη ή ατέλειες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Mittler (1998) ανέλυσε την ανάπτυξη μιας στρατηγικής διοίκησης λειτουργιών στο Southampton University Hospitals NHS Trust, που βελτιώνει την ποιότητα υπηρεσιών, υπερνικά τα διατμηματικά εμπόδια και παραδίδει σημαντικές αποταμιεύσεις με μεγαλύτερη τμηματική ιδιοκτησία και δέσμευση. Η στρατηγική προσφέρει επίσης μια λύση στο ιστορικό πρόβλημα του εάν και πότε να δοκιμαστεί εμπορικά, κάνοντάς το μόνο όταν είναι προφανές ότι η εσωτερική ομάδα δεν μπορεί να φτάσει το ζητούμενο επίπεδο απόδοσης. Αυτό επιτυγχάνεται με το να συμφωνηθεί ότι οι βασικοί στόχοι έναρξης θα φθάσουν ή θα βελτιωθούν στα υψηλά επίπεδα απόδοσης, χρησιμοποιώντας ποικίλες τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης (benchmarking), της διαχείρισης της αξίας και των εξωτερικών τεχνικών συμβουλών. Οι στόχοι της παραπάνω στρατηγικής είναι:

- Βελτίωση της απόδοσης όλων των τμημάτων.
- Ικανοποίηση των αναγκών των αγοραστών, των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών.
- Παροχή μιας σαφούς, λογικής διαδικασίας για τη βελτίωση της απόδοσης.
- Μεγιστοποίηση της συμβολής του προσωπικού στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής απόδοσης.

Οι Sehwal και DeYong (2003) συζητούν την εφαρμογή του σχεδίου Έξι Σίγμα (Six Sigma) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η τεχνική αυτή, που εφαρμόστηκε αρχικά από τη Motorola και τη General Electric, προσφέρει μια στρατηγική βελτίωσης των διαδικασιών, που έχει εφαρμοστεί επιτυχώς στις κατασκευές. Οι εταιρίες παροχής υπηρεσιών έχουν τείνει πρόσφατα προς τη μεθοδολογία Six Sigma για τις εσωτερικές διαδικασίες και τον καταναλωτή ως επίκεντρο. Οι συγγραφείς εισάγουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στην εφαρμογή του Six Sigma στις υπηρεσίες, με μια ειδική εστίαση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και την εφαρμογή του Six Sigma στην υγειονομική περίθαλψη, παρουσιάζοντας μια μελέτη περίπτωσης σχετικά με την επιτυχή εφαρμογή του Six Sigma στο Σύστημα Υγείας του Mount Carmel στις ΗΠΑ. Συμπερασματικά, το Six Sigma έχει αποδείξει τα οφέλη του στην υγειονομική περίθαλψη μέσω της επιτυχούς εφαρμογής σε πολλούς παροχείς υγειονομικής περίθαλψης. Κατάλληλα εφαρμοσμένο, παράγει σαφώς οφέλη από την άποψη της καλύτερης λειτουργικής αποτελεσματικότητας, της αποτελεσματικότητας κόστους και της υψηλότερης ποιότητας διαδικασιών. Οι πρωτοβουλίες του στις επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ξεκινήσουν ως μέσο βελτίωσης της εσωτερικής διαδικασίας, αλλά τελικά γίνεται δείκτης της μελλοντικής απόδοσης και αύξησης. Τέλος, οι εφαρμογές του Six Sigma είναι εξαιρετικά ισχυρές στην παραγωγή οφελών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η δέσμευσή τους και η εκτενής κατάρτιση των υπαλλήλων τους σε αυτό θα συνεχίσουν να οδηγούν σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη.

Οι Revere, Black και Huq (2004) εξέτασαν το Six Sigma ως στρατηγική για τη βελτίωση υπηρεσίας που προσπαθεί να μειώσει τις ατέλειες και επομένως να βελτιώσει τη θέση μιας εταιρίας στην αγορά. Είδαν πώς αυτό εφαρμόζεται στην επιχείρηση και

εξέτασαν έπειτα τη θέση του στην υγειονομική περίθαλψη. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα λίγα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης που έχουν εφαρμόσει το Six Sigma το έχουν κάνει για χάρη της επιχείρησης και όχι τόσο πολύ στον τομέα της περίθαλψης του ασθενούς, όπου προτείνεται ότι θα βελτιώσει τα πράγματα εντυπωσιακά. Το πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης του Donabedian, στο οποίο έχουν στηριχτεί οι προσπάθειες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (CQI), αποτελείται από τρεις περιοχές :

- Δομή (Structure)
- Διαδικασία (Process)
- Αποτέλεσμα (Outcome)

Αυτές οι τρεις περιοχές μπορούν να συνδυαστούν με τα τέσσερα στάδια του Six Sigma, του Προσδιορισμού (Identification), του Χαρακτηρισμού (Characterization), της Βελτιστοποίησης (Optimization) και της Θεσμοποίησης (Institutionalization), για να διαμορφώσουν ένα νέο πρότυπο που κεφαλαιοποιεί τους υπάρχοντες πόρους και υποδομή, για να βελτιώσει την προσπάθεια ολικής ποιότητας. Εντούτοις, θα απαιτηθούν πρόσθετοι πόροι, συμπεριλαμβανομένης μιας προσπάθειας εκπαίδευσης σε όλο τον οργανισμό, η δημιουργία τουλάχιστον ενός τοπικού εμπειρογνώμονα στις μεθόδους και μετρήσεις Six Sigma, και πρόσθετη συλλογή πληροφοριών και ικανότητα ανάκτησης. Ενώ η εφαρμογή του Six Sigma για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς θα απαιτούσε πιθανώς πρόσθετους πόρους, τα πολλά οφέλη μπορούν να περιλάβουν τη μείωση του κόστους, την αύξηση της παραγωγικότητας, λιγότερες δικαστικές δαπάνες, μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς και το πιο σημαντικό, μειωμένα ποσοστά νοσηρότητας και βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

Οι Kennedy, Mirmirani και Spivack (1996) περιγράφουν μια διαδικασία χρησιμοποιώντας το HEDIS 2.0, μέσω του οποίου ένας οργανισμός συντήρησης της υγείας (Health Maintenance Organization – HMO) μπορεί να προσδιορίσει τις κρίσιμες προβληματικές περιοχές και να ακολουθήσει επιτυχώς τη διαδικασία της λύσης, ενώ συγχρόνως συζητούν τη χρήση και άλλων σχετικών στατιστικών εργαλείων. Μια πλευρά του προγράμματος μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης του Clinton είναι να βοηθηθούν οι οργανισμοί συντήρησης υγείας (HMOs) στη συλλογή και ανάλυση των στοιχείων με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Το μοντέλο μέτρησης ποιοτικής απόδοσης HEDIS 2.0 είναι σε χρήση και έχει επικυρωθεί από την Εθνική Επιτροπή Εξασφάλισης της Ποιότητας (National Committee for Quality Assurance – NCQA). Η βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης υποβάλλεται σε σημαντικές αλλαγές, οι οποίες δεν έχουν βιωθεί στη χώρα από την αρχή του εικοστού αιώνα. Ο ανταγωνισμός, με όλα τα πλεονεκτήματα καθώς επίσης και τα μειονεκτήματά του, θα εξαρτηθεί περισσότερο από έναν παράγοντα σε μια βιομηχανία που έχει λειτουργήσει υπό τους μονοπωλιακά ανταγωνιστικούς όρους στην καλύτερη περίπτωση. Για να διευκολυνθούν αυτές οι αλλαγές, πρέπει να αναπτυχθεί ένα εργαλείο ποιοτικής μέτρησης για λόγους σύγκρισης. Δεδομένου ότι οι HMOs θα διαδραματίσουν κάτι περισσότερο από ένα σημαντικό ρόλο στο μέλλον, πρέπει να δημιουργηθεί ένα μέσο σύγκρισης και εκτίμησής τους. Υποτίθεται ότι η επιλογή των πελατών μπορεί να διευκολυνθεί μόνο με αυτόν τον τρόπο. Η εμπορική δυνατότητα για την ανάπτυξη των αλγορίθμων, όπως αυτός που δηλώνεται ανωτέρω, είναι ουσιαστική. Η βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και οποιαδήποτε βιομηχανία του τομέα των υπηρεσιών, θα μπορούσαν να υιοθετήσουν τέτοια μεθοδολογία σε οποιοδήποτε τύπο υπάρχοντων προτύπων ποιοτικής μέτρησης για

λόγους ανάλυσης στοιχείων και εύρεσης λύσης. Η τυποποίηση της συλλογής δεδομένων και ανάλυσης στοιχείων είναι κρίσιμη για την επικύρωση οποιωνδήποτε συγκρίσεων, οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν από τους ΗΜΟs ή άλλους τομείς υπηρεσιών.

Οι Rosser και Kleiner (1995) εξετάζουν πώς οι υπολογιστές και η διασφάλιση ποιότητας χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν την ποιότητα παράδοσης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι παραδοσιακές μέθοδοι διασφάλισης ποιότητας έχουν περιοριστεί στη δυνατότητά τους να διαχειριστούν αποτελεσματικά το μεγάλο όγκο δεδομένων που παράγονται με τη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπολογιστές, αφ' ετέρου, είναι σε θέση να χειριστούν μεγάλους όγκους δεδομένων, καθώς επίσης και να ελέγξουν τις δραστηριότητες περίθαλψης των ασθενών και στην εντατική περίθαλψη και στις συνθήκες περιπατητικής περίθαλψης. Οι συγγραφείς συζητούν τη χρήση των υπολογιστών στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων των ασθενών, έτσι ώστε οι αλλαγές και τα προβλήματα να μπορούν να προσδιοριστούν. Επιπλέον, παρουσιάζονται μοντέλα υπολογιστών για να υπενθυμίζουν στους ιατρούς να διατάζουν τα κατάλληλα μέτρα προληπτικής υγιεινής για τους ασθενείς τους. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η χρήση των υπολογιστών στην αύξηση της βελτίωσης της ποιότητας είναι ουσιαστική, εάν η ποιότητα της περίθαλψης του ασθενούς και η προαγωγή της υγείας πρόκειται να βελτιωθούν.

Ο Ruiz (2004) αναλύει το πρόγραμμα ολικής ποιότητας στο Ισπανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (1986-1992) και τα επόμενα βήματα βελτίωσης της ποιότητας, που έχουν οδηγήσει στον καθορισμό και εφαρμογή ενός τέτοιου ενσωματωμένου πλαισίου, επιδιώκοντας ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα στη διαχείριση ασθενών τυπικά υπάρχει μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης από τότε που το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons) καθιέρωσε τα πρότυπά του το 1917. Η σημασία της τυποποίησης της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίστηκε με την ίδρυση της Μικτής Επιτροπής Πιστοποίησης Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) το 1951 στις ΗΠΑ. Σήμερα, μετά την έκθεση του Ιδρύματος Ιατρικής (Institute of Medicine) το 1999, η ασφάλεια των ασθενών είναι στο επίκεντρο των παροχών, αγοραστών, πληρωτών, πολιτικών και καταναλωτών υγείας. Η προσέγγιση της διαχείρισης των ασθενών πρέπει να αναθεωρηθεί και το σύστημα διαχείρισης υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επανεξεταστεί, προκειμένου να ανακαλυφθούν οι αποτυχίες του συστήματος που επιτρέπουν τα συμπεράσματα που είχαν επιμόνως καταγγελθεί στην ιατρική βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία και τελικά αναφέρθηκαν από το Ίδρυμα Ιατρικής. Το 20ετές ταξίδι του συντάκτη στη διαχείριση ολικής ποιότητας του έχει επιτρέψει να καταλήξει σε μια δοκιμαστική υπόθεση εργασίας σε αναζήτηση ενός ασφαλέστερου και αποδοτικότερου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η αποσπασματική εφαρμογή μεθόδων ποιοτικού ελέγχου, τα σχέδια εξασφάλισης ποιότητας, οι φιλοσοφίες διαχείρισης της ποιότητας και η αξιολόγησή τους μέσω διαφορετικών εξωτερικών προσεγγίσεων αξιολόγησης, έχουν αποδείξει την ανεπάρκειά τους, για να ασχοληθεί κανείς επιτυχώς με τα συστήματα ποιοτικής διαχείρισης και με την ασφάλεια των ασθενών. Η ολοκλήρωση των διαφορετικών μεθόδων, σχεδίων, φιλοσοφιών και προσεγγίσεων για την καθιέρωση ενός πολιτισμού αυτοαξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σε ένα ταξίδι προς την τελειότητα, φαίνεται να είναι μια εναλλακτική λύση προς εξερεύνηση.

Οι Ennis και Harrington (1999) εκθέτουν τα συμπεράσματα από μια ποσοτική ερευνητική μελέτη της διαχείρισης της ποιότητας στον Ιρλανδικό τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Τα συμπεράσματα της μελέτης προτείνουν ότι η διαχείριση της ποιότητας είναι αυτό που τα νοσοκομεία απαιτούν για να γίνουν οικονομικώς πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά. Η έρευνα, επίσης, δείχνει ότι ο πολιτισμός των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αλλάξει σε έναν τέτοιο, όπου οι υπάλληλοι υπερηφανεύονται για την εργασία τους και που όλοι είναι αναμεμιγμένοι και δεσμευμένοι στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Συνιστάται ότι απαιτείται μια μετατόπιση από τις παραδοσιακές διοικητικές δομές σε μια πιο συμμετοχική προσέγγιση. Επιπλέον, όλοι οι διευθυντές, είτε από κλινικό είτε από διοικητικό υπόβαθρο, πρέπει να καταλάβουν ο ένας το ρόλο του άλλου στον οργανισμό. Τέλος, για να πετύχει η ποιότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ισχυρή δεσμευμένη ηγεσία απαιτείται να υπερνικήσει τις εντάσεις στην εφαρμογή της ποιότητας.

Ο Fleishman (2002) παρουσίασε τη μέθοδο RAF για τη Ρύθμιση, Αξιολόγηση, Συνέχεια και Συνεχή Βελτίωση (Regulation, Assessment, Follow-up and Continuous Improvement – RAF) της ποιότητας περίθαλψης. Όταν οι άνθρωποι συζητούν για οργανωτική αλλαγή, τείνουν να υποθέσουν ότι οι αλλαγές που γίνονται πρέπει να είναι προς το καλύτερο. Αυτό δεν είναι πάντα το επακόλουθο, φυσικά, και δεν υπάρχει τίποτα το αναπόφευκτο στην πρόοδο προς τη σωστή κατεύθυνση. Πολλά εξαρτώνται από την καταλληλότητα των πρωτοβουλιών μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού. Οι υποκινητές της μεθόδου RAF, εντούτοις, πατούσαν σε σταθερό έδαφος. Με μοναδικό τρόπο, η μεθόδός τους προσαρμόστηκε στις ανάγκες του οργανωτικού πλαισίου πριν την εφαρμογή. Είναι μια μέθοδος που αναπτύχθηκε στο Ισραήλ προς το τέλος της δεκαετίας του 1980 από τη Μονάδα Ποιότητας Περίθαλψης (Quality of Care Unit) στο ίδρυμα JDC-Brookdale στην Ιερουσαλήμ και εφαρμόστηκε έπειτα στα διαφορετικά οργανωτικά πλαίσια, ειδικότερα στα ρυθμιστικά συστήματα των κυβερνητικών υπηρεσιών. Η ολοκλήρωση τριών θεωρητικών προσεγγίσεων δημιούργησε το πλαίσιο. Το εννοιολογικό πλαίσιο που περιγράφεται έχει προσαρμοστεί σαφώς κατάλληλα στις ανάγκες μιας οργάνωσης που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη. Τα στοιχεία της επιτυχίας είναι απτά, αν και περιστασιακά, όπως στην παρατήρηση ότι ένα συγκρότημα με υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών έχει επιτύχει υψηλότερο επίπεδο ενδυνάμωσης.

Ο Øvretveit (2004) παρουσιάζει την ιδέα ενός εθνικού σχεδίου ποιότητας της υγείας ως τρόπο κινητοποίησης και οργάνωσης της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας, και για να υποκινηθεί η συζήτηση και το ενδιαφέρον στη Δύση για το θέμα, επιδεικνύοντας πώς η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να αναπτυχθεί και να ενδυναμωθεί με τη συμμετοχή στα ζητήματα που προκύπτουν από τις στρατηγικές ποιότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Εξετάζει γιατί οι αναπτυσσόμενες χώρες επιδιώκουν να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και τις διαφορετικές μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Τονίζει τη σημασία της αναγνώρισης της αφετηρίας και τί μπορεί να βοηθήσει και να εμποδίσει αυτήν την εργασία. Επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, παρά στο ευρύτερο και σημαντικό θέμα της βελτίωσης της υγείας. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν την εμπειρία και ότι απαιτούνται πρόσθετοι πόροι, περισσότερο για την κατάρτιση και την επίβλεψη. Θεωρεί ότι εάν η εφαρμογή δεν επιτευχθεί, η επένδυση θα αχρηστευθεί.



Οι O'Rourke et al (2001) ανέλυσαν την ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας της υγείας στη Μογγολία. Η ποιοτική προσέγγιση, που χρησιμοποιεί τις συνεχείς διαδικασίες βελτίωσης, αναγνωρίζεται ευρέως ως όχημα για καλύτερα αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη. Στη Μογγολία, τα συστήματα ποιότητας της υγείας είναι ιστορικά ελάχιστα ανεπτυγμένα. Μέσα στο πλαίσιο της γενικής μεταρρύθμισης υγείας, η Μογγολία έχει υπογραμμίσει την ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας για τη βελτίωση της διαχείρισης, της αποδοτικότητας και των κλινικών αποτελεσμάτων και διαδικασιών. Η Μογγολία έχει θεσπίσει ένα πλαίσιο για την εξασφάλιση της ποιότητας, με το κεντρικό Υπουργείο Υγείας να παίρνει έναν ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη και διάδοση των υλικών και την οργάνωση της κατάρτισης. Η εστίαση ήταν στη δημιουργία ενός κυβερνώντος συστήματος για την ποιότητα στο σύστημα υγείας, με διαδικασίες που καθιερώνονται στο επίπεδο του νοσοκομείου και προς τα πάνω στη δομή υγείας. Επιπλέον, το μογγολικό πλαίσιο έχει αναπτύξει μια σειρά δεικτών για να καθοδηγήσει την ποιοτική διαδικασία. Η δέσμευση για ποιότητα είναι αναπόσπαστο τμήμα της εκτεταμένης μεταρρύθμισης του τομέα υγείας στη Μογγολία και οι αρχές της ποιοτικής προσέγγισης - συνεχής βελτίωση, εστίαση πελατών, ενεργός συμμετοχή - εφαρμόζονται αυτήν την περίοδο σε όλο τον τομέα υγείας. Τα εργαλεία και οι προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη μεταρρύθμιση υγείας στη Μογγολία και σε άλλα μετα-Σοβιετικά συστήματα υγείας. Η ποιοτική προσέγγιση έχει τη δυνατότητα να προσκρούσει σημαντικά στα συστήματα, τις εκβάσεις και τις διαδικασίες και να συμπληρώσει τη γενική επανευθυγράμμιση και την εκ νέου επικέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Τα οφέλη της βελτίωσης της ποιότητας βελτιστοποιούνται εάν άλλες μεταρρυθμίσεις και βελτιώσεις εμφανίζονται ταυτόχρονα ως μέρος μιας πιο εκτενούς και περιεκτικής διαδικασίας αλλαγής. Κατά συνέπεια, π.χ. :

- η αδειοδότηση και η πιστοποίηση βοηθούν στην εξασφάλιση δημιουργίας κατώτατων επιπέδων.
- τα βελτιωμένα συστήματα διαχείρισης υγείας και δεδομένων παρέχουν δείκτες απόδοσης των συστημάτων υγείας.
- τα κλινικά εκπαιδευτικά πακέτα βοηθούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων και επικεντρώνουν εκ νέου την κλινική πρακτική προς τις εκβάσεις και τα διεθνή πρότυπα.
- η βελτίωση στη διοικητική ικανότητα υπογραμμίζει την αξία των συστημάτων ποιότητας και των τεχνικών για την επίτευξη μελλοντικών σκοπών και στόχων.
- οι αστικές εργασίες και η αποκατάσταση αναβαθμίζουν τη φυσική ικανότητα, το σχέδιο και το σχεδιάγραμμα των νοσοκομείων, αυξάνοντας κατά συνέπεια την αποδοτικότητα οικοδόμησης, την άνεση και τη λειτουργικότητα.
- οι πολιτικές προμήθειας και συντήρησης του εξοπλισμού βοηθούν στην εξασφάλιση ποιοτικής τεχνολογικής ικανότητας στην υγεία, καθώς επίσης και στην εξασφάλιση αξίας των χρημάτων που επενδύονται.

Όλα αυτά τα στοιχεία καλύπτονται μέσα στη γενική συσκευασία μεταρρύθμισης του τομέα υγείας, το πρόγραμμα ανάπτυξης του τομέα υγείας. Η Μογγολική εμπειρία της καθιέρωσης συστημάτων ποιότητας, ως τμήματος ενός εκτεταμένου προγράμματος μεταρρύθμισης, δίνει έμφαση στο πώς η βιώσιμη αλλαγή, με τη δυνατότητα για μακροπρόθεσμο όφελος, μπορεί να εφαρμοστεί σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας, χρησιμοποιώντας αποδεδειγμένες και διεθνώς αναγνωρισμένες διαδικασίες και τεχνικές εξασφάλισης ποιότητας.

## ΤΕΛΕΙΟΤΗΤΑ (EXCELLENCE)

Η Jackson (1998) συζητά τη νέα κίνηση της Βρετανικής κυβέρνησης για να βρεθεί η ποιότητα στην καρδιά της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ στη συνέχεια δίνεται μία παρουσίαση στην ιδιότητα μέλους και την αποστολή της νέας Ευρωπαϊκής Ομάδας Εργασίας Υγειονομικής Περίθαλψης (European Health Care Working Group). Περιγράφει, επίσης, συνοπτικά το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management – EFQM) και τα οφέλη που συνδέονται με την εφαρμογή της αυτοαξιολόγησης ως εργαλείου για την επίτευξη της τελειότητας. Τέλος, τονίζονται τα πρώτα στάδια της εργασίας, που προτείνεται από την Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας Υγειονομικής Περίθαλψης, μαζί με την πιθανή επίδραση στην υγειονομική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι σκοποί της Ευρωπαϊκής Ομάδας Εργασίας Υγειονομικής Περίθαλψης συνοψίζονται στα εξής :

- Να καταστήσει το πρότυπο πιο προσιτό στην υγειονομική περίθαλψη με την αναθεώρηση της επιχειρησιακής ορολογίας και την αντικατάσταση της με τις κατάλληλες εναλλακτικές λύσεις υγειονομικής περίθαλψης.
- Να μοιραστούν οι εμπειρίες μεταξύ των χωρών.
- Να γίνει συγκριτική μέτρηση επιδόσεων (benchmarking) με άλλα ποιοτικά συστήματα όπως το King's Fund, το Malcolm Baldrige National Quality Award, το ISO 9000 κ.α.
- Να εξασφαλίσει ότι το μοντέλο EFQM ισχύει σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον (αυτή η περιοχή αφορά κυρίως την "επιστημονική" αυστηρότητα του μοντέλου).
- Να προωθήσει τη χρήση του μοντέλου στην υγειονομική περίθαλψη.
- Να προσδιορίσει τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, να διευκολύνει την εκμάθηση και να διευρύνει τη βάση γνώσεων.
- Να παρέξει ένα πλαίσιο για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στη συγκριτική μέτρηση επιδόσεων εθνικά και διεθνώς.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα συνοψίζονται στα εξής :

- Θα αναπτυχθεί ένα γενικό πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης που προσαρμόζει την ποικιλομορφία της γλώσσας, της χώρας και του επαγγελματικού υπόβαθρου.
- Θα υπάρξει μια σημαντική κατανόηση στη χρήση του μοντέλου EFQM στην υγειονομική περίθαλψη.
- Θα αναπτυχθεί ένα συμπαγές πανευρωπαϊκό δίκτυο.
- Θα αρχίσει η συγκριτική μέτρηση επιδόσεων (benchmarking) των αυτοαξιολογούμενων μοντέλων.
- Τα αποτελέσματα της ομάδας θα έρθουν σε μεταξύ τους επικοινωνία μέσω ποικίλων μεθόδων.

Η Gailor (1999) εξετάζει την καταλληλότητα του Μοντέλου Επιχειρησιακής Τελειότητας (Business Excellence Model) στην ανάπτυξη μιας στρατηγικής για το Bolton Hospitals NHS Trust στη μέτρηση της οργανωσιακής απόδοσης. Η ανάγκη για μια στρατηγική μέτρησης και βελτίωσης της οργανωσιακής απόδοσης τονίστηκε με την έκδοση της Κυβερνητικής Λευκής Βίβλου, Το Νέο NHS: Σύγχρονο και Αξίопιστο. Στην καρδιά των συστάσεων υπάρχει έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας και την οδήγηση στην αποδοτικότητα. Μεγαλύτερη έμφαση θα δοθεί σε οργανισμούς που μετρούν την

απόδοσή τους. Με τη χρησιμοποίηση του εννοιολογικού πλαισίου, που εξήχθη από το Μοντέλο του EFQM, έγινε εμφανές ότι, αν και τα εργαλεία για τη μέτρηση της οργανωσιακής απόδοσης υπήρχαν μέσα στα Bolton Hospitals, αρκετές κρίσιμες περιοχές χρειάστηκαν την εξέταση. Με την εξέταση αυτών των βασικών περιοχών, ο οργανισμός θα μπορούσε να αρχίσει να εργάζεται προς το στόχο της επιχειρησιακής τελειότητας. Τα συμπεράσματα που προήλθαν από αυτό το πρόγραμμα κατέδειξαν ότι υπάρχει δυνατότητα για τα Bolton Hospitals να βελτιωθούν στην οργανωσιακή απόδοση. Τονίστηκε ότι το Trust λειτουργούσε καλά σε μερικούς τομείς του Μοντέλου EFQM, αλλά όχι σε άλλους. Για τη βελτίωση της οργανωσιακής απόδοσης του Bolton Hospitals NHS Trust, το Μοντέλο EFQM θα πρέπει να υιοθετηθεί.

Οι Möller και Sonntag (1998) ασχολήθηκαν με τη συστηματική ανάλυση και έλεγχο των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, που οδηγούν σε αριθμητικές βελτιώσεις της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα. Το μοντέλο EFQM για την οργανωσιακή τελειότητα χρησιμοποιείται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως εργαλείο εντοπισμού και αξιολόγησης της αρχικής θέσης ενός αποτελεσματικού προγράμματος Διαχείρισης Ποιότητας (Quality Management – QM). Οι εκθέσεις ανατροφοδότησης καλύπτουν τους τομείς της οξείας ιατρικής φροντίδας, της αποκατάστασης και της φροντίδας περιπατητικών ασθενών και περιλαμβάνουν περιοχές για βελτίωση. Στηριγμένη στις εκθέσεις ανατροφοδότησης EFQM, η Πρότυπη Αντίληψη για την Ποιότητα στην Υγειονομική Περίθαλψη (Modular Concept for Quality in Health Care – "μοντέλο της Χαϊδελβέργης") βελτιώνει την QM και συνολικά και ειδικά με την εφαρμογή των αποκαλούμενων "Ενοτήτων για την Τελειότητα" ("Modules for Excellence"). Η διαδικασία εφαρμογής ακολουθεί τις αρχές της διαχείρισης προγράμματος καλύπτοντας ιατρικά, νοσηλευτικά και διαχειριστικά θέματα και η απόδοση αξιολογείται περιοδικά έναντι των στόχων. Τα προγράμματα QM, που σχεδιάζονται με το διχοτομικό τρόπο, ακολουθούν τρεις στόχους. Η οργανωσιακή διάγνωση και θεραπεία οδηγούν στις αριθμητικές βελτιώσεις της υγειονομικής περίθαλψης, στην "πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων" και στη "βελτιστοποίηση της θεραπείας εξωτερικών ασθενών". Οι διαφορετικές προσεγγίσεις αξιολόγησης οδηγούν σε μια διαγνωστική έκθεση ανατροφοδότησης της QM στην υγειονομική περίθαλψη. Η Πρότυπη Αντίληψη για την Ποιότητα στην Υγειονομική Περίθαλψη ("Πρότυπο της Χαϊδελβέργης") συγκεντρώνεται, δίνει προτεραιότητα, εφαρμόζει και αξιολογεί τις βασικές περιοχές για τη βελτίωση του οργανισμού.

Οι Möller, Breinlinger-O'Reily και Elser (2000) δίνουν μια συνοπτική περιγραφή των ζητημάτων που επηρεάζουν τη Γερμανική υγειονομική περίθαλψη. Η ανοδική πίεση στις δαπάνες οδηγεί σε αυξανόμενα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, την καθοδική πίεση από την οικονομική ύφεση και την πολιτική απροθυμία να αυξηθούν οι φόροι και οι δαπάνες του προϋπολογισμού. Στην περίπτωση των προοπτικών ανταγωνισμού των βασικών συμμετόχων, ένα πλαίσιο διαχείρισης της ποιότητας θεωρείται ως πιθανή προσέγγιση για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Το πλαίσιο είναι το Μοντέλο Τελειότητας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διαχείριση της Ποιότητας (EFQM Excellence Model). Οι συγγραφείς εξηγούν εν συντομία την πιλοτική φάση για τη χρησιμοποίηση του παραπάνω Μοντέλου στους Γερμανικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και τις διάφορες προσεγγίσεις εφαρμογής που συστήνονται από το EFQM. Συγκεκριμένες λεπτομέρειες μιας προσέγγισης που χρησιμοποιείται από έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία (που παρέχει κοινωνική ιατρική, γηριατρική και

υπηρεσίες για ηλικιωμένους) περιγράφονται λεπτομερώς. Τα οφέλη που επιτυγχάνονται από τη χρησιμοποίηση του Μοντέλου είναι μια σαφής εικόνα του πού βρίσκονται τα χάσματα στον οργανισμό και ένα σαφές όραμα για τη συγκέντρωση των μελλοντικών προσπαθειών προς τη διαχείριση ολικής ποιότητας. Ενώ οι συντάκτες εκτιμούν ότι το άρθρο περιγράφει μόνο το αρχικό μέρος ενός προγράμματος διαχείρισης ολικής ποιότητας, δηλαδή τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης, η δυνατότητα των οργανισμών που χρησιμοποιούν το Μοντέλο Τελειότητας EFQM, για να βελτιώσουν την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία, εμφανίζεται ρεαλιστική. Εντούτοις, μπορεί επίσης να φανεί ότι μεγάλη προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί στον καθορισμό του πού βρίσκεται ο οργανισμός, προτού να μπορέσει να ξεκινήσει ένα ταξίδι ποιότητας, δεδομένου ιδιαίτερα του ότι η Max-Bürger-Centre (MBC Ltd) έπρεπε να εκπαιδεύσει 24 διευθυντές στη θέση αξιολογητών του EFQM και να αναλάβει, έπειτα, μια μεγάλη διαδικασία αυτοαξιολόγησης πριν από τον προσδιορισμό των σαφών προτεραιοτήτων του οργανισμού. Η χρησιμοποίηση του Μοντέλου Τελειότητας EFQM κρίθηκε επίσης ευεργετική για την αξιολόγηση (benchmarking) της απόδοσης έναντι άλλων οργανισμών χρησιμοποιώντας το πλαίσιο, το οποίο πρέπει να παρακινήσει το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης προς τη συνεχή βελτίωση. Εντούτοις, αυτό που δεν έχει καταδειχθεί είναι η τρέχουσα υποστήριξη που χρειάζεται ένας οργανισμός, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προαναφερθείσα συνεχής βελτίωση. Σαφώς, αυτή η πτυχή της διαχείρισης ολικής ποιότητας πρέπει να εξεταστεί, εάν το Γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θέλει να ικανοποιούνται συνεχώς οι ανάγκες των πελατών του, των υπαλλήλων και των άλλων συμμετόχων.

Οι Möeller και Sonntag (2001) επεκτείνονται σε προηγούμενες εκθέσεις με την επεξήγηση εμπειριών των Γερμανικών οργανισμών υγειονομικών υπηρεσιών, που γίνονται κατά την αξιολόγησή τους έναντι του Μοντέλου Τελειότητας του EFQM, δείχνοντας τη μέθοδο και το σύστημα βαθμολόγησης. Αναφέρονται στις εμπειρίες των Γερμανών πρωτοπόρων υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των πρόωρων αξιολογήσεών τους. Επίσης, διανέμονται οι παράγοντες επιτυχίας και οι βέλτιστες πρακτικές αυτοαξιολογήσεων, καθώς επίσης και οι περιορισμοί, τα εμπόδια και τα μαθήματα κατά τη διάρκεια της φάσης εφαρμογής. Το Μοντέλο Τελειότητας είναι μια συστηματική προσέγγιση διαχείρισης της ποιότητας για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Είναι μη κυβερνητικό, δεν καθοδηγείται από χρηματοδότηση και είναι αρκετά γενικό για να αντιμετωπίσει τα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης. Έχοντας, εντούτοις, τις βάσεις του στη βιομηχανία, δεν είναι αρκετά συγκεκριμένο για να καλύψει όλες τις σχετικές περιοχές με την υγειονομική περίθαλψη. Δεν παρέχει καμία αξιολόγηση, από αυτήν που θα ήταν ίση με ένα επίπεδο πιστοποίησης υπό μορφή "επιτυχίας" ή "αποτυχίας", ή μια κλιμακούμενη βαθμολόγηση που θα δείχνει τη συμμόρφωση με τα πρότυπα. Επιπλέον, δεν υπάρχει κανένα έγγραφο επίτευξης στόχου (π.χ. πλέγμα απόφασης πιστοποίησης, πιστοποιητικό...), ούτε υπάρχει μηχανισμός ποινικής ρήτρας, εάν τα συμπεράσματα της αξιολόγησης δεν προκαλούν ενέργειες. Ένας συνδυασμός της μεθόδου αξιολόγησης της έξυπνης διαχείρισης του EFQM με κλινικά πρότυπα, όπως αναπτύσσονται από τα όμοια συστήματα ελέγχου και πιστοποίησης, παράγει τη δυνατότητα παράδοσης της τελειότητας στην υγειονομική περίθαλψη (έρευνα Caspe κ.α.).

Οι Downey-Ennis και Harrington (2002) επιδιώκουν να διακρίνουν τα στοιχεία που προσφέρουν στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης την ευκαιρία να υπερéχουν από

μια οργανωσιακή προοπτική στην αναζήτησή τους για να γίνουν πιο δεκτικά και επικεντρωμένα στον ασθενή. Όπως στο παγκόσμιο πλαίσιο, τα τελευταία χρόνια η Ιρλανδική υγειονομική περίθαλψη έχει υποβληθεί σε μεγάλες αλλαγές, οι οποίες έχουν οδηγήσει τους αγοραστές και τους καταναλωτές να απαιτήσουν μια αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσίας. Πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται σε μια προσπάθεια να γίνει πιο δεκτική, εντούτοις, μόνο περιορισμένα αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί. Κατά συνέπεια, η αναζήτηση της τελειότητας είναι και αναγκαστική και αναπόφευκτη στο πλαίσιο του τομέα.

Οι Nabitz και Klazinga (1999) περιγράφουν το υπόβαθρο και την πρόοδο σχετικά με τη χρήση του Μοντέλου Επιχειρησιακής Τελειότητας του EFQM στους Ολλανδικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Διαφορετικές προσεγγίσεις βελτίωσης της ποιότητας χρησιμοποιούνται στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ο Donabedian εισήγαγε τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα, από τα οποία μπορούν να ευθυγραμμιστούν άλλες προσεγγίσεις, όπως η αυτοαξιολόγηση, η πιστοποίηση, η επισκεψιμότητα, ο Οργανισμός Διεθνών Προτύπων (ISO) και το Μοντέλο EFQM. Το τελευταίο είναι μια τέτοια προσέγγιση που έχει υιοθετηθεί και έχει προσαρμοστεί από το Ολλανδικό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (Dutch Institute for Quality Management). Μπορεί να φανεί από την εργασία των πρωτοπόρων και των υποστηρικτών της διαχείρισης ολικής ποιότητας ότι το μοντέλο EFQM έχει μια αξιολογική θέση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, όταν εμπλέκονται και οι κυβερνητικές υπηρεσίες, η χρήση του ενισχύεται περαιτέρω στους κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η δύναμη των Ολλανδικού και EFQM μοντέλων έχει αποδειχθεί στη δυνατότητά τους να αγκαλιάζουν το σύνολο του οργανισμού, χωρίς να είναι ταυτόχρονα καθοδηγητικά. Αναμένεται ότι περισσότεροι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης θα γίνουν ικανοί στη χρήση των μοντέλων και ότι, ίσως, με την κυβερνητική υποστήριξη, θα μπορούσαν να ανοίξουν το δρόμο προς την κατάκτηση των Βραβείων Ποιότητας προς όφελος όλων των ενδιαφερομένων. Επιπλέον, η διαδικασία αίτησης για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award) και το Ολλανδικό Βραβείο Ποιότητας (Dutch Quality Award) περιγράφονται λεπτομερώς. Τέλος, γίνεται μία διαφωτιστική ανάλυση σχετικά με την εργασία της ευρωπαϊκής ερευνητικής ομάδας ExPeRT, που προωθεί τη χρήση των ποιοτικών προτύπων στην υγειονομική περίθαλψη.

Ο Pitt (1999) παρουσιάζει μια περίληψη των βασικών πτυχών του Μοντέλου Ευρωπαϊκής Επιχειρησιακής Τελειότητας (European Business Excellence Model – EBEM), μια προσέγγιση της TQM. Καθορίζει το πλαίσιο που οδήγησε στην υιοθέτηση του μοντέλου στο Wakefield and Pontefract NHS Trust και περιγράφει την προσέγγιση που έχει υιοθετηθεί στην ολοκλήρωση των αυτοαξιολογήσεων. Η χρήση του μοντέλου για την εξασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης αναθεωρείται έναντι του Κύκλου Λογιστικού Ελέγχου των Bhopal και Thomson και δίνεται προσοχή στα εξαγόμενα συμπεράσματα. Τέλος, συζητείται η δυνατότητα εφαρμογής του μοντέλου στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι, μετά από μια αρχική καμπύλη εκμάθησης, το μοντέλο έχει διευκολύνει την ολοκλήρωση μιας σειράς ποιοτικών πρωτοβουλιών, και την πρόοδο με συνεχή βελτίωση. Κρίσιμη σε αυτό ήταν η σύνδεση της αυτοαξιολόγησης με τα συστήματα επιχειρησιακού προγραμματισμού και διαχείρισης απόδοσης. Πράγματι, το Trust έχει ολοκληρώσει την τρίτη πλήρη αυτοαξιολόγησή του χρησιμοποιώντας το EBEM, καταδεικνύοντας τη συνεχή δέσμευσή

του στην προσέγγιση αυτή. Επιπλέον, παρά την απαραίτητη καμπύλη εκμάθησης και τα πιθανά μειονεκτήματα, πολλά πραγματικά οφέλη έχουν αποκομιστεί για τη βελτίωση της οργανωσιακής ικανότητας. Αυτά περιλαμβάνουν :

- Τη χρήση μιας ετήσιας δημοσκόπησης του προσωπικού για την εξασφάλιση της άμεσης ανατροφοδότησής του, για την εφαρμογή των αρχών και αξιών του Trust, την εμπειρία της εργασίας στον οργανισμό, και, σε κρίσιμο βαθμό, τη βοήθεια στο προσωπικό να δώσει προτεραιότητα σε περιοχές προς βελτίωση.

- Την ευθυγράμμιση των προσωπικών αναπτυξιακών αναγκών με τους ετήσιους επιχειρησιακούς στόχους - π.χ. όλη η εκπαίδευση και παρακολούθηση μαθημάτων τώρα αξιολογείται και δίνεται προτεραιότητα έναντι των ετήσιων βασικών στόχων του Trust.

- Υπάρχει μεγαλύτερη δέσμευση πελατών (και καταναλωτών) στις διαδικασίες του Trust. Οι πελάτες του έχουν αναμιχθεί στη διαδικασία επιχειρησιακού προγραμματισμού π.χ. μέσω των συμμετόχων του, και όλες οι ευκαιρίες περιλαμβάνουν τους φροντιστές και τους χρήστες ιδιαίτερα στις αναθεωρήσεις και εξελίξεις του τομέα υπηρεσιών.

- Οι βασικές διαδικασίες του Trust έχουν προσδιοριστεί και χαρτογραφηθεί για να διευκολύνουν τη διαχείριση και βελτίωσή τους. Αυτό διευκολύνει τη βελτιωμένη διαλειτουργική εργασία, προκειμένου να παραδοθούν βελτιωμένα οφέλη των "πελατών" από την άποψη του κόστους, του χρόνου ή/και της ποιότητας. Αυτά θα μπορούσαν επίσης να αναπτυχθούν για να γίνουν η εστίαση των εκθέσεων του Δ.Σ. του Trust. Επομένως, παρά τα πιθανά μειονεκτήματα, η εμπειρία του Trust έχει δείξει ότι, κατ' ελάχιστο, παρέχει έναν καθρέφτη στον οποίο ο οργανισμός μπορεί να κοιτάξει, παρέχοντας μια περιεκτική προοπτική, ακόμα κι αν η επιστημονική ακρίβεια της διαδικασίας δεν πραγματοποιείται πλήρως. Στην παροχή αυτής της προοπτικής, ένα βασικό μάθημα για το προσωπικό του Trust είναι η κρίσιμη σημασία της ολοκλήρωσης της αυτοαξιολόγησης με το πρόγραμμα δράσης και την εφαρμογή, ακολουθούμενα από την αποτελεσματική αναθεώρηση. Χωρίς αυτό το σφιχτό κύκλο, η ορμή μπορεί να χαθεί και η μετάφραση των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης στη συνεχή βελτίωση είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική. Η χρήση του μοντέλου στο Trust συνεχίζει να αναπτύσσεται, ένα παράδειγμα της οποίας είναι η χρήση του EBEM για την προσέγγιση της Κλινικής Διακυβέρνησης του Trust. Με αυτό και με άλλους τρόπους, ο στόχος του EBEM, η συνεχής βελτίωση, διευκολύνεται.

Οι Chattopadhyay και Szydłowski (1999) εξετάζουν προγράμματα εφαρμογής της διαχείρισης ολικής ποιότητας στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης για τη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Οι απεικονίσεις των προγραμμάτων δείχνουν πώς αυτά είναι κυρίως προσανατολισμένα ως διοικητικά θέματα, παρά ως υπογράμμιση των ιατρικών/κλινικών πτυχών. Προκύπτει το ζήτημα του ανταγωνισμού μεταξύ των προοπτικών της υγειονομικής περίθαλψης και της διεύθυνσης/διαχείρισης. Οι πέντε αναφερόμενες περιπτώσεις ελήφθησαν ως τμήμα μιας Κοινοτικής Πρωτοβουλίας για την Τελειότητα (Community Excellence Initiative) στη βορειοανατολική Pennsylvania των ΗΠΑ, που στόχευε να καταστήσει την περιοχή ελκυστικότερη στον επαναπατρισμό επιχειρήσεων. Ο θετικός αντίκτυπος της συμμετοχής στην καθοδηγούμενη βελτίωση της διαχείρισης ολικής ποιότητας στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι αναμφισβήτητος. Η άμεση σύνδεση με την ανταγωνιστικότητα και τη δημιουργία πλούτου μπορεί να παρουσιαστεί μέσω της αλυσίδας του Deming. Η φιλοσοφία πίσω από την TQM είναι ένα ταξίδι υπό συνεχή βελτίωση, παρά το επίτευγμα ενός τελικού στόχου. Είναι πλέον πολύ πιθανό ο ασθενής ή

ο πελάτης υπηρεσιών στην παράδοση υγειονομικής περίθαλψης να κρατήσει τελικά το κλειδί στους κανόνες που θα χρησιμεύσουν ως η βάση για τη διαπραγματεύση μεταξύ του διευθυντικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας. Οι μελέτες δείχνουν με συνέπεια ότι οι πελάτες στην υγειονομική περίθαλψη θεωρούν την ιατρική/κλινική πείρα ως διαζευκτικά κριτήρια στη λήψη της απόφασής τους. Με άλλα λόγια, απύσης της κλινικής/ιατρικής ικανότητας, η δυνατότητα επιλογής τίθεται εκτός του αξιολογούμενου συνόλου. Μόνο όταν γίνεται αντιληπτό ότι είναι παρούσα, τότε η επιλογή γίνεται ένας βιώσιμος υποψήφιος. Σε αυτή τη φάση, οι ασθενείς/πελάτες αναπτύσσουν ένα μέτρο χρησιμότητας για τα "πλαίσια υπηρεσιών" πέρα από τον πυρήνα και διαλέγουν την επιλογή που εμφανίζεται να μεγιστοποιεί την αξία. Η κοινή κατανόηση των ασθενών/πελατών, ως σημείου εστίασης ολόκληρου του συστήματος, είναι η αφετηρία της διαδικασίας ανάπτυξης κανόνων. Ενώ οι διευθυντικοί επαγγελματίες θα οδηγήσουν στη χρήση περίπλοκων εργαλείων που μετρούν τη χρησιμότητα, προκειμένου να διαμορφωθεί το "πλαίσιο υπηρεσιών" και να μεγιστοποιηθεί η αξία των πελατών, οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης θα είναι απαραίτητοι, δεδομένου ότι αναπτύσσουν την επαφή που θα επιτρέψει στα πακέτα και στα συστήματα παράδοσης να διατηρήσουν την ακεραιότητα του "πυρήνα" της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να εμφανιστούν μόνο όταν υπάρχει σημαντική τρέχουσα αλληλεπίδραση και ανταλλαγή σκέψεων και ιδεών μεταξύ των δύο ομάδων.

Η Nelson (1995) παρουσιάζει τη στρατηγική του Cheviot and Wansbeck NHS Trust για τη βελτίωση της ποιότητας με μια προσέγγιση επικεντρωμένη στον ασθενή. Περιγράφει την ανάπτυξη και εφαρμογή των "διεπιστημονικών διαβάσεων περίθαλψης" (Multidisciplinary Pathways of Care – MPC) και συζητά τα οφέλη από τη χρήση τους. Προτείνει ότι οι MPC είναι η ιδανική μέθοδος αναθεώρησης και συντονισμού της διαδικασίας περίθαλψης. Η MPC μπορεί να οριστεί ως : "μια διεπιστημονική διαδικασία, επικεντρωμένη στην περίθαλψη του ασθενούς, η οποία διευκρινίζει τα βασικά γεγονότα, τις δοκιμές και τις αξιολογήσεις που εμφανίζονται σε ένα χρονικά συγκεκριμένο μοντέλο, για να παράξει τα καλύτερα καθορισμένα αποτελέσματα, μέσα από τους πόρους και τις δραστηριότητες, που είναι διαθέσιμα για ένα συγκεκριμένο επεισόδιο περίθαλψης". Οι στόχοι της χρήσης των MPC είναι :

- Συνεπής υψηλής ποιότητας περίθαλψη - μέσω της αναθεώρησης των διαδικασιών εργασίας, της περιγραφής και του ανασχεδιασμού τους και της ενσωμάτωσης της έρευνας και των προτύπων.

- Αλλαγή των τοποθετήσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών - μέσω της εστίασης στον ασθενή και της διανομής των σχετικών πληροφοριών με τη διαδικασία περίθαλψης με μή απειλητικό τρόπο.

- Μείωση των δαπανών - μέσω της παράδοσης της συμφωνηθείσας κατάλληλης περίθαλψης και της πιθανής μείωσης του χρόνου παραμονής.

- Βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών - μέσω της ανάμειξης των ασθενών στην περίθαλψή τους, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις τους από έρευνες ή/και συνεδριάσεις ομάδων των ασθενών.

- Κλινικό εργαλείο λογιστικού ελέγχου - μέσω της χρήσης των εγγράφων των MPC για την ανάκτηση πληροφοριών.

Τα ακόλουθα οφέλη έχουν προσδιοριστεί :

- Επιτυγχάνεται βελτιωμένο επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ του φροντιστή του ασθενούς και της ομάδας, με την πληροφόρηση των ασθενών για την αναμενόμενη περίθαλψή τους και τη συνεργασία όλων των επιπέδων του προσωπικού.

- Η εμπιστοσύνη, τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών, αυξάνεται με τη συζήτηση, που τους ενθαρρύνει να συζητούν τη διάβαση της περίθαλψης.

- Η κατάλληλη χρήση του χρόνου και των πόρων προσδιορίζονται για την περίθαλψη μιας συγκεκριμένης κατάστασης.

- Η χρήση των διαβάσεων μειώνει τη μεταβλητότητα των περιθάλψεων με τον προσδιορισμό του τί απαιτείται.

- Υπάρχει βελτιωμένος προγραμματισμός εξιτηρίων και ανάλογες ρυθμίσεις, καθώς ο αναμενόμενο χρόνος παραμονής προσδιορίζεται στην εισαγωγή.

- ο χρόνος που κερδίζεται στο γράψιμο μπορεί να αναλωθεί στην άμεση περίθαλψη του ασθενούς.

Ο Zairi (1998), στο τρίτο μέρος της έρευνάς του, συζητά πολύ περιεκτικά τις καλύτερες πρακτικές εφαρμογές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, καταλήγοντας σε ειδικά συμπεράσματα στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Από τα πρώτα δύο μέρη της έρευνας προέκυψε ότι οι οργανισμοί υψηλής απόδοσης προγραμματίζουν και σκοπεύουν να χτίσουν μία βιώσιμη ικανότητα μέσω μιας συστηματικής εκτίμησης του ανθρώπινου στοιχείου ως βασικού προτερήματος και μιας συνεχούς διαδικασίας εκπαίδευσης, ανάπτυξης, ενδυνάμωσης και σύνδεσης των ανθρώπων με όλες τις πτυχές της οργανωσιακής τελειότητας. Το τρίτο μέρος κλείνει αυτή τη συζήτηση με την επίδειξη του τί επιφέρει την οργανωσιακή τελειότητα και προτείνει έναν οδικό χάρτη για την αποτελεσματική ανάπτυξη και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, βασισμένο σε πρότυπα παγκοσμίου επιπέδου. Οι επαγγελματίες ανθρώπινου δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν τώρα να απαντήσουν στην πρόκληση και να σχεδιάσουν μελλοντικά για την οικοδόμηση της οργανωσιακής ικανότητας και της βιώσιμης απόδοσης. Υπάρχουν τρία κύρια στοιχεία που αντιπροσωπεύουν τους βασικούς στυλοβάτες αυτού του οδικού χάρτη. Αυτά περιλαμβάνουν :

- Τη σχεδίαση της διαδικασίας εργασίας.
- Την εστίαση στην ανάπτυξη των υπαλλήλων.
- Τα κίνητρα και την ικανοποίηση των υπαλλήλων.

Αυτές οι τρεις περιοχές διάδοσης είναι αλληλένδετες και αποτελούν μια ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στην οικοδόμηση βιώσιμης απόδοσης. Το σύνολο του χάρτη καθοδηγείται από το οργανωσιακό όραμα, την κατεύθυνση και τη διαδικασία στρατηγικής επέκτασης και βελτιστοποιείται μέσω τακτικών λογιστικών ελέγχων για την εξασφάλιση της επίτευξης της βέλτιστης ολοκλήρωσης και της αποτελεσματικής απόδοσης. Ο προτεινόμενος οδικός χάρτης είναι μια προσπάθεια να συγκεντρωθούν η δομή, το ύφος της διαχείρισης, οι δεξιότητες και τα επίπεδα ικανοποίησης. Μια αποτελεσματική προσέγγιση για την αποτελεσματική παράδοση υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να :

- Καθοδηγείται από ένα ισχυρό όραμα και μία σαφή αίσθηση της στρατηγικής κατεύθυνσης.

- Επιτρέπει τις διαδικασίες και τα συστήματα εργασίας, που είναι εύκαμπτα, βελτιωμένα και μπορούν να υποστηρίξουν τη στρατηγική κατεύθυνση.

- Εμπιρεύει ένα ύφος διοίκησης που δεσμεύει τους ανθρώπους, τους ενδυναμώνει για να λάβουν αποφάσεις στο επίπεδό τους και να εστιάσουν στη δημιουργία αξίας.



- Συμπεριλαμβάνει μία στερεότυπη προσέγγιση λήψης της ανατροφοδότησης στον τρόπο, με τον οποίο το βασικό "κεφάλαιο" (δηλ. οι άνθρωποι) δεσμεύεται και στο τί πρέπει να γίνει για να βελτιστοποιηθούν οι συνεισφορές απόδοσής τους.

## ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ (INNOVATION)

Οι Richardson και Gurtner (1999) εξέτασαν τον τρόπο με τον οποίο 14 Αμερικανικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, που σημειώνονται για την καινοτομία στη βελτίωση της ποιότητας και στην αύξηση της αξίας, χρησιμοποιούν αυτές τις δραστηριότητες για να προωθήσουν την παραγωγική οργανωσιακή αλλαγή. Σε ένα γρήγορα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης υιοθετούν ποικίλες στρατηγικές αυξήσεως της αξίας. Τυπικά χαρακτηρισμένες ως δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας, οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν γενικά τις προσπάθειες βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας, της χρηματοοικονομικής απόδοσης, της ικανοποίησης του καταναλωτή, της ικανοποίησης των υπαλλήλων και τις δραστηριότητες διαχείρισης του κινδύνου / εξασφάλισης της ποιότητας. Οι πρώτες προσπάθειες περιελάμβαναν τη χρήση της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας (CQI) ή στρατηγικών Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (TQM), με εστίαση στη βελτίωση της χρηματοοικονομικής απόδοσης, ενώ στην κλινική αποτελεσματικότητα έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση πιο πρόσφατα. Αναπτύχθηκε ένα υπόδειγμα συνέντευξης, για τη χρήση με τους βασικούς πληροφοριοδότες κάθε οργανισμού, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο με τέσσερις διαστάσεις - στρατηγική, πολιτιστική, τεχνική και δομική. Οι οργανισμοί, που περιλαμβάνονται σε αυτή τη μελέτη, παραμένουν δεσμευμένοι στη συνέχιση των προσπαθειών τους. Η συμμετοχή αναφέρθηκε να αυξάνει σε όλους. Τα αποτελέσματα των διάφορων στρατηγικών και πρακτικών χρησιμοποιήθηκαν εσωτερικά για να βελτιώσουν την ποιότητα και να μειώσουν τις δαπάνες σε τμήματα του οργανισμού και για να ανταποκριθούν στις εξωτερικές απαιτήσεις και προσδοκίες των διάφορων αποδεκτών. Οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν ότι πλησίαζαν στο σημείο, που οι προσπάθειες θα γίνονταν συστηματικότερες και θα εφαρμόζονταν σε όλο το φάσμα του οργανισμού. Οι περισσότερες περιέγραφαν προσπάθειες εφαρμογής μέσα στον οργανισμό πρωτοβουλιών διαχείρισης της ποιότητας πιο στρατηγικά, με σκοπό την επίτευξη παραγωγικής οργανωσιακής αλλαγής. Οι πρωτοβουλίες για τη δημιουργία περιεκτικών αξιολογήσεων απόδοσης, που συνδέουν τις προσπάθειες υπαλλήλων με βασικές στρατηγικές κατευθύνσεις σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, αναφέρονται ως παράδειγμα. Ο στόχος ήταν η επέκταση πέρα από "τα επίκεντρα" της επιτυχίας και η πιο πλήρης ενσωμάτωση δραστηριοτήτων με βασικές οργανωσιακές διαδικασίες. Αρκετοί, που αισθάνθηκαν ότι αυτός ο στόχος είχε μερικώς επιτευχθεί, δήλωσαν ότι χρειάζεται περισσότερη δουλειά. Πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, που τώρα αρχίζουν να υιοθετούν τις στρατηγικές αυξήσεως της αξίας, ψάχνουν για ιδέες από τους "πρώτους εφαρμογείς", που περιγράφουν οι συγγραφείς. Υπάρχουν πολλά να κερδηθούν. Ένα δίδαγμα είναι ότι η παραγωγική οργανωσιακή αλλαγή χρειάζεται ένα μακρό χρονικό διάστημα. Άλλο είναι ότι η επιτυχής αλλαγή παίρνει έναν ενεργητικό πυρήνα ανθρώπων δεσμευμένων στην προώθηση της τελειότητας και πρόθυμων "να πουλήσουν", να διδάξουν, και να είναι υπομονετικοί με τη διαδικασία αλλαγής. Η τοποθέτησή τους σε όλο τον οργανισμό πρέπει να είναι στρατηγική. Ένα ακόμα είναι ότι η διαχείριση της

ποιότητας απαιτεί μια ουσιαστική επένδυση στους ανθρώπους καθώς επίσης και στην τεχνολογία. Ίσως το σημαντικότερο δίδαγμα είναι ότι η εργασία δεν τελειώνει ποτέ. Αυτοί οι οργανισμοί, που διακρίνονται για την επιτυχία τους, ακόμα δοκιμάζουν και αυτοσχεδιάζουν. Επιδιώκουν συνεχώς νέους και καλύτερους τρόπους για να ολοκληρωθεί η εργασία τους και να μάθουν καθώς προχωρούν. Με κάθε περιγραφή των προκλήσεων που αντιμετώπισαν, οι συμμετέχοντες προσέφεραν, επίσης, ιδέες και σχέδια για τη εφαρμογή νέων προσεγγίσεων. Οι απαιτήσεις κατάδειξης της αξίας θα συνεχίσουν μόνο να αυξάνονται. Συγχρόνως, υπάρχουν νέες, περιπλοκότερες στρατηγικές για αυτό. Η επιλογή μεταξύ τους απαιτεί μια στοχαστική ανάλυση της οργανωσιακής αποστολής και σκοπού ή πρόθεσης και ένα σχέδιο για τη συστηματική σύνδεση της διαχείρισης ποιότητας με τις στρατηγικές οργανωσιακές κατευθύνσεις. Θα είναι σημαντικό να τεκμηριωθεί ο τρόπος, με τον οποίο αυτοί οι καινοτόμοι οργανισμοί επιτυγχάνουν στη σύνδεση της εργασίας για τη βελτίωση της ποιότητας με την επίτευξη των στρατηγικών στόχων και τελικά την ενίσχυση της αξίας.

Η Bower (1994) εξετάζει τον αντίκτυπο του μεταβαλλόμενου δομικού και ρυθμιστικού περιβάλλοντος στη διαδικασία της διαχείρισης της βιοϊατρικής καινοτομίας δύο ομάδων νέων τεχνολογικά προγραμμάτων στο NHS. Τα ουσιαστικά μέρη της Έρευνας & Ανάπτυξης (Research & Development – R&D) σε όλες σχεδόν τις Βρετανικές βιοϊατρικές καινοτομίες εκτελούνται μέσα στα νοσοκομεία διδασκαλίας, τα οποία υποβάλλονται σε σημαντικές οργανωσιακές αλλαγές, ως μέρος των τρεχουσών μεταρρυθμίσεων στο NHS. Διαπιστώνει ότι οι ρυθμιστικές αλλαγές έτειναν να συγκεντρώσουν και να τυποποιήσουν τη διαχείριση καινοτομίας, αλλά και ότι οι τελικοί χρήστες διαδραμάτιζαν ενεργό ρόλο στην κατεύθυνση της πορείας της ανάπτυξης μιας νέας θεραπείας. Τα προβλήματα κατανομής των πόρων R&D στα νοσοκομεία διδασκαλίας ήταν ακόμα εκκρεμή, αν και κάποια στοιχεία από τα νοσοκομεία διδασκαλίας του Λονδίνου πρότειναν ότι οι διοικητές νοσοκομείων ήταν σε θέση να εξετάσουν τις συγκρουόμενες απαιτήσεις, όπου αντιλήφθηκαν ότι η ερευνητική τελειότητα θα μπορούσε να είναι προτερήμα παρά κόστος. Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι, τουλάχιστον σε μερικές διαταραχές, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους καταβάλλουν ιδιαίτερες και επιτυχείς προσπάθειες να κατευθύνουν την πορεία της καινοτομίας. Επίσης, δείχνει ότι η διοίκηση των νοσοκομείων μπορεί να συμφιλώσσει τις ανάγκες της R&D με την παροχή υπηρεσιών, όπου αντιλαμβάνονται ότι η R&D προσθέτει αξία στο νοσοκομείο. Περαιτέρω έρευνα είναι αυτή την περίοδο σε εξέλιξη, και αφορά τις σχέσεις μεταξύ των απαιτήσεων των ασθενών προς τους οικογενειακούς και νοσοκομειακούς ιατρούς και των επιλογών θεραπείας των κλινικών ιατρών, και πώς αυτό προσκρούει στη λήψη διευθυντικών αποφάσεων στο NHS.

## ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο Αποστολίδης (1992) παρέχει μία ευρεία αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα από το 1970 και μετά, αν και ορισμένες φορές παρουσιάζονται στοιχεία από παλαιότερες περιόδους, προκειμένου να παρασχεθεί μία ιστορική προοπτική. Η εκτίμηση χρησιμοποιεί ένα πλαίσιο της παραγωγικής λειτουργίας, στο οποίο εξετάζονται οι εισροές και οι εκροές του συστήματος. Σχετικά με τη δομή του άρθρου, πρώτα υπάρχει μία περιγραφή του συστήματος υγείας και της διαχρονικής εξέλιξής του. Ακολουθεί η εξέταση των εκροών του συστήματος, όπως αυτές

αντιπροσωπεύονται κυρίως από τους προσδόκιμους χρόνους επιβίωσης και τους δείκτες θνησιμότητας. Επίσης, συζητείται η αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης Ελλήνων πολιτών σε άλλες χώρες. Στη συνέχεια, αξιολογούνται οι κύριες εισροές του συστήματος, με τη μορφή των εγκαταστάσεων και της εργασίας. Το πρώτο αντιπροσωπεύεται από τα νοσοκομεία, ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, τα προφανή αποτελέσματα της ανάλυσης σημειώνονται στα συμπεράσματα.

Αναλυτικότερα, σε σχέση με τις εκροές, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης των ενηλίκων είναι πολύ κοντά σε αυτόν των περισσότερων χωρών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ). Η βρεφική θνησιμότητα παρουσίασε μείωση με το χρόνο, αν και η σχετική θέση της χώρας, συγκρινόμενη με αυτές άλλων χωρών, παρέμεινε κατά βάση αμετάβλητη και ίσως ακόμη να έπεσε χαμηλότερα. Ακόμη, η έξοδος ασθενών σε άλλες χώρες για την παροχή νοσηλείας δε διαφημίζει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Υποδηλώνει ότι, με την απουσία αυτών των επιλογών, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης θα ήταν βραχύτερος, ενώ η νεογνική θνησιμότητα μεγαλύτερη.

Από την πλευρά των εισροών, στα νοσοκομεία μπορεί κανείς να σημειώσει αρκετές σημαντικές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, όπως μείωση του συνολικού αριθμού των νοσοκομείων, που προήλθε από τη μείωση του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, ενώ αντίθετα αυξήθηκε ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων (και κλινών), καθώς επίσης και το χαμηλό αριθμό των νοσοκομειακών κλινών κατά κεφαλή. Μερικοί επεξηγηματικοί παράγοντες των παραπάνω είναι η αμφίβολη ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στα νοσοκομεία των αγροτικών περιοχών, που έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλή χρήση των δυνατοτήτων αυτών των εγκαταστάσεων, οι ελλείψεις τους σε υγειονομικό προσωπικό και εξοπλισμό και η σχετικά υψηλή χρήση των δυνατοτήτων των νοσοκομείων των μεγάλων πόλεων.

Σχετικά με τις εισροές, φαίνεται να υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός ιατρών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αν και υπάρχουν προβλήματα με τη γεωγραφική κατανομή τους. Η σχετικά χαμηλή εμπειρία των ιατρών στις αγροτικές περιοχές συνδέεται με τη χαμηλή χρήση των δυνατοτήτων των νοσοκομείων των αγροτικών περιοχών, η οποία επηρεάζει τη συνολική νοσοκομειακή χρήση και τις δαπάνες. Επίσης, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να βρίσκεται κάτω του επαρκούς. Αν και ο πληθυσμός του έχει αυξηθεί, ειδικά στο βασικό επίπεδο, η Ελλάδα βρίσκεται πίσω από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν εμποδίσει την αύξηση στην προσφορά, αν και η επιρροή τους τείνει να ελαττωθεί.

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος που καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Δύο βασικοί του στόχοι ήταν, αφενός, η δημιουργία ενός σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης από τα πολλά μέχρι τότε υπάρχοντα και αφετέρου, ο διαχωρισμός των ιατρών σε αυτούς που δουλεύουν αποκλειστικά για το ΕΣΥ και σε εκείνους που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Ο πρώτος στόχος δεν έχει επιτευχθεί, εξαιτίας της αντίστασης ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων με υψηλότερες δαπάνες κατά κεφαλή (και υποθετικά καλύτερη ποιότητα περίθαλψης), ενώ το δεύτερο είχε ανάμικτα αποτελέσματα, που επηρεάστηκαν από την αντίσταση στην αλλαγή και τις υπόγειες ιδιωτικές εργασιακές δραστηριότητες των ιατρών. Ένας άλλος στόχος του ΕΣΥ ήταν η «κοινωνικοποίηση» του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω της μείωσης του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών και της αντίστοιχης αύξησης του

αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτός ο στόχος φαίνεται να έχει, τουλάχιστον, μερικώς επιτευχθεί.

Ένα διακριτό αρνητικό χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι το περίφημο *φακελάκι*, ο φάκελος που περιέχει χρήματα που δίνονται στον ιατρό και σε άλλο υγειονομικό προσωπικό από τους συγγενείς του ασθενούς για την εξασφάλιση καλής περίθαλψης. Αυτή η μέθοδος πληρωμής είναι κοινό μυστικό και προφανώς ένας αποδεκτός τρόπος δόσοληψιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να πιστεύουν ότι το δικαιούνται εξαιτίας της αντιλαμβανόμενης ως χαμηλής αμοιβής τους σε σχέση με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Και οι πολίτες φαίνεται να έχουν συναινέσει σε αυτό, φοβούμενοι τις συνέπειες, αν δεν το κάνουν. Η παράδοση αυτή, για έναν εξωτερικό παρατηρητή, φαίνεται να είναι μία από τις πιο αρνητικές. Υπαινίσσεται ότι αυτοί που μπορούν να πληρώσουν (ή πληρώνουν περισσότερο) θα επιτύχουν καλύτερες υπηρεσίες από εκείνους που δεν μπορούν να πληρώσουν (ή πληρώνουν λιγότερα). Εάν η προσδοκία αυτής της πληρωμής σχετίζεται με το τί αντιλαμβάνεται κανείς ως μισθό χαμηλού επιπέδου, το μόνο που μπορεί να τονιστεί είναι ότι οι πληροφορίες σχετικά με τις αποδοχές θα είναι γνωστές σε αυτούς που θα εισέλθουν στα υγειονομικά επαγγέλματα. Εάν ένα άτομο δεν ικανοποιείται από τις αναμενόμενες αποδοχές, θα μπορούσε να επιλέξει ένα άλλο επάγγελμα. Η ύπαρξη αυτού του φαινομένου καταδεικνύει ότι οι παροχές της υγειονομικής περίθαλψης εκμεταλλεύονται τη χαμηλή ελαστικότητα ζήτησής της – δηλαδή, τις ανάγκες των ασθενών και τις τρομερές συνέπειες της μη σωστής και ανεπαρκούς παροχής της. Φαίνεται να είναι μία μορφή υγειονομικού εκβιασμού που συμβαίνει στην Ελλάδα και η ανοχή σε αυτό προμηνύει την ανυπαρξία ισχυρού ηθικού οικοδομήματος στην ελληνική κοινωνία.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- *Apostolides, Anthony D – The Health Care System in Greece since 1970: An Assessment – International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 5 No. 5; 1992*
- *Benbassat, Jochanan; Taragin, Mark – What is adequate health care and how can quality of care be improved ? – International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 11 No. 2; 1998*
- *Bower, D Jane – Innovation in Health Care: Developments in NHS Trusts – Journal of Management in Medicine; Volume 8 No. 4; 1994*
- *Brashier, Leon W; Sower, Victor E; Motwani, Jaideep; Savoie, Michael – Implementation of TQM/CQI in the health-care industry : A comprehensive model – Benchmarking : An International Journal; Volume 3 No. 2; 1996*
- *Chattopadhyay, Satya P; Szydlowski, Steven J – TQM implementation for competitive advantage in healthcare delivery – Managing Service Quality; Volume 9 No. 2; 1999*

- Cleary, Barbara A – Supporting empowerment with Deming's PDSA cycle – *Empowerment in Organisations; Volume 3 No. 2; 1995*
- Downey-Ennis, Kay; Harrington, Denis – In search of excellence in Irish health care – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 15 No. 2; 2002*
- Ennis, Kay; Harrington, Denis – Quality management in Irish health care – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 12 No. 6; 1999*
- Framework for better health care in Israel : A suitable initiative – *Strategic Direction; Volume 19 No. 4; 2003*
- Jackson, Sue – Europe supports UK Government in putting quality at the heart of health care – *Health Manpower Management; Volume 24 No. 3; 1998*
- Kennedy, Kristin; Mirmirani, Sam; Spivack, Rick – Continuous quality improvement in health maintenance organizations : an application of the HEDIS model – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 9 No. 4; 1996*
- Koch, Hugh; Davies, Jane – Making total quality a clinical priority – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 8 No. 2; 1995*
- Mittler, Stephen J – Southampton University Hospitals NHS Trust: our approach to performance management – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 11 No. 4; 1998*
- Moeller, Johannes; Breinlinger-O'Reilly, Jochen; Elser, John – Quality management in German health care - the EFQM Excellence Model – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 13 No. 6; 2000*
- Moeller, Johannes; Sonntag, Anne Katharina – Evaluation of health services organisations - German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare – *The TQM Magazine; Volume 13 No. 5; 2001*
- Möller, Johannes; Sonntag, Hans-Günther – Systematic analysis and controlling of health care organisations lead to numerical health care improvements – *Health Manpower Management; Volume 24 No. 5; 1998*
- Nabitz, U.W.; Klazinga, N.S. – EFQM approach and the Dutch Quality Award – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 12 No. 2; 1999*
- Naylor, Gail – Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a healthcare organisation – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 12 No. 2; 1999*
- Nelson, Sylvia – Following pathways in pursuit of excellence – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 8 No. 7; 1995*
- O'Rourke, Michael; Jeugmans, Jacques; Sonin, S; Dashzeveg, G; Batsuury, R – Developing quality health systems in Mongolia – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 14 No. 5; 2001*
- Øvretveit, John – Formulating a health quality improvement strategy for a developing country – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 17 No. 7; 2004*
- Pitt, David J – Improving performance through self-assessment – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 12 No. 2; 1999*
- Revere, Lee; Black, Ken; Huq, Ahsan – Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care – *The TQM Magazine; Volume 16 No. 2; 2004*

- *Richardson, Mary L; Gurtner, William H* – Contemporary organizational strategies for enhancing value in health care – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 12 No. 5; 1999*
- *Rosser, Lyle H; Kleiner, Brian H* – Using management information systems to enhance health care quality assurance – *Journal of Management in Medicine; Volume 9 No. 1; 1995*
- *Ruiz, Ulises* – Quality management in health care : a 20-year journey – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 17 No. 6; 2004*
- *Sehwail, Loay; DeYong, Camille* – Six Sigma in health care – *Leadership in Health Services; Volume 16 No. 4; 2003*
- *Swinehart, Kerry; Green, Ronald F* – Continuous improvement and TQM in health care : an emerging operational paradigm becomes a strategic imperative – *International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 8 No. 1; 1995*
- *Zairi, Mohamed* – Building human resources capability in health care : a global analysis of best practise - part III – *Health Manpower Management; Volume 24 No. 5; 1998*