



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διαχρονική Ανάλυση Δεικτών Ποιότητας και Αποδοτικότητας

στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Ευαγγέλου Γεώργιος

Επιβλέπων Καθηγητής

Τσιότρας Γεώργιος

Ιούνιος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διαχρονική Ανάλυση Δεικτών Ποιότητας και Αποδοτικότητας

στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Ευαγγέλου Γεώργιος

Επιβλέπων Καθηγητής

Τσιότρας Γεώργιος

Ιούνιος, 2017

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία έγινε υπό πολύ δύσκολες αντικειμενικές και υποκειμενικές συνθήκες. Οι υποκειμενικές αφορούν το ασφυκτικό και δύσκολο πρόγραμμα εργασίας μου, παράλληλα με την οποία έπρεπε να γίνει η εργασία αυτή. Οι αντικειμενικές συνδέονται με τη γενικότερη ανασφαλή, συχνά αντιφατική, οπωσδήποτε αγχογόνο περίοδο της βαθιάς πολυσχιδούς κρίσης που ταλανίζει τη χώρα μας και αντανακλά ποικιλοτρόπως στον κάθε πολίτη. Στα πλαίσια αυτά η βοήθεια και η υποστήριξη που μου παρείχαν τα πρόσωπα του οικογενειακού, επαγγελματικού και ευρύτερα κοινωνικού περιβάλλοντός μου αποκτούν ιδιαίτερη σημασία και τα ευχαριστώ από καρδιάς. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον εποπτεύοντα την εργασία αυτή, καθηγητή κ. Τσιότρα, ο οποίος με καθοδήγησε επιστημονικά και με ενθάρρυνε στα δύσκολα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Θέμα της ανά χείρας διπλωματικής εργασίας είναι η κριτική προσέγγιση της ποιότητας και της αποδοτικότητας του Γ. Ν. Παπαγεωργίου. Το Γ. Ν. Παπαγεωργίου είναι Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα το οποίο συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα καλύτερα Νοσοκομεία της Ελλάδας και βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη. Πρόκειται για μία από τις πλέον σύγχρονες νοσοκομειακές μονάδες με υψηλή λειτουργικότητα, υψηλών προδιαγραφών προσωπικό, ιατρικό, τεχνολογικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό και μεγάλη κοινωνική αποδοχή.

Σκοπός: Στην παρούσα κρίσιμη συγκυρία η μέτρηση και η παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και αποδοτικότητας είναι σημαντική για την αξιολόγηση της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας, γιατί με τη συστηματική προσέγγιση ενδέχεται να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να μειωθούν τα λάθη. Αυτό σημαίνει ότι διευκολύνεται η δημιουργία μηχανισμών για τον έλεγχο των λαθών και για διορθωτικές παρεμβάσεις. Άλλωστε σύμφωνα με την *Παγκόσμια Έκθεση Υγείας* τρεις είναι οι βασικοί στόχοι των συστημάτων υγείας: α) η βελτίωση του επιπέδου υγείας, β) η αύξηση της ανταποκρισιμότητας στις απαιτήσεις που εύλογα έχει ο πληθυσμός και γ) η διασφάλιση της δίκαιης κατανομής των οικονομικών πόρων. Η μελέτη της περίπτωσης του Γ.Ν. Παπαγεωργίου επιδιώκει να δείξει 1) τη γενική εικόνα της ποιότητας και της αποδοτικότητας του Γ. Ν. Παπαγεωργίου σε όλη την πορεία της λειτουργίας του ως σήμερα και 2) με δεδομένη την οικονομική κρίση των ετών 2009 κ.ε., τη διαμόρφωση, τη διακύμανση και την επίδραση των δεικτών ποιότητας και αποδοτικότητας στη γενική εικόνα ποιότητας και αποδοτικότητας της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας πριν και μετά την κρίση και το κόστος της.

Μεθοδολογία: Ασχολούμαστε αναλυτικά με τους δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας που αφορούν το Γ.Ν. Παπαγεωργίου. Με βάση τα στοιχεία του Νοσοκομείου που είχαμε στη διάθεσή μας διαμορφώσαμε διαγράμματα και πίνακες για την σαφή αποτύπωση της ποιότητας και αποδοτικότητάς του με ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες.

Συμπεράσματα Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου σε δομή, διαδικασία και αποτελέσματα δείχνουν ότι η λειτουργία του προσανατολίζεται σταθερά θετικά, καθώς προτάσσονται ως στόχοι ο υψηλός ρυθμός και η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Δημόσια υγεία, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, ποιότητα, αποδοτικότητα, δείκτες

Summary

Introduction: The subject of this Master Thesis is to review the quality and efficiency of Thessaloniki's General Hospital "Papageorgiou". Hospital "Papageorgiou" is a large, non-profit tertiary referral hospital, which is among the four best Hospitals in Greece located in Thessaloniki. It is one of the most modern hospitals distinguished for its high standards of medical, technological and hotel equipment, for its high skilled staff and for its growing social acceptance.

Purpose: At this critical juncture the measurement and monitoring of quality and efficiency indicators are crucial for assessing performance of a health care system, because such a systemic approach may increase the efficiency of health care services provided and reduce errors. This signifies that error-control mechanisms as well as corrective interventions, are facilitated. Also, in accordance with the World Health Report 2000, three of the main objectives of health care systems are: a) to improve the level of health, b) to increase the responsiveness to the reasonable requirements and needs of the population, and c) to ensure fair allocation of financial resources. The purpose of this research is to determine: 1) the quality and efficiency of Gen. Hospital "Papageorgiou" throughout its operation so far and 2) given the economic crisis since year 2009, the formation, the variance and the impact of quality and efficiency indicators on the overall quality and efficiency of the hospital both before and after the crisis.

Methodology: We analyze both the quality and efficiency indicators that concern Gen. Hospital "Papageorgiou". Based on the hospital data we had at our disposal, we set up both diagrams and tables to clearly illustrate its quality and efficiency with both qualitative and quantitative indicators.

Conclusions: The main determinants of the quality of Gen. Hospital "Papageorgiou" concerning the main structure, procedure and results, indicate continuous overall progress, with the aim of providing both outstanding and high quality health care services.

Keywords: Public Health, Gen. Hospital "Papageorgiou", quality, efficiency, indicators

Πίνακες

- Πίνακας 1: Συγκριτικός πίνακας δαπανών για την υγεία ανάμεσα σε Ελλάδα και Ευρωζώνη
- Πίνακας 2: Κύκλος ποιότητας
- Πίνακας 3: Παράδειγμα χάρτη καμπυλών ίσου προϊόντος με δύο συντελεστές
- Πίνακας 4: Οι δείκτες της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian (WHO, 1999)
- Πίνακας 5: Μέτρηση της απόδοσης των ελληνικών Νοσοκομείων
- Πίνακας 6: Παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών υγείας
- Πίνακας 7: Κριτήρια ελέγχου της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Πίνακας 8: Σύστημα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO 9001: 2000
- Πίνακας 9: Ο κύκλος του Deming
- Πίνακας 10: Εκπαιδευτική ποιότητα προσωπικού 2016
- Πίνακας 11: Συγκεντρωτική εικόνα βασικών δεικτών του Γ.Ν. Παπαγεωργίου, 2000-2016
- Πίνακας 12: Σχήμα Τεχνικής ανάλυσης SWOT

Διαγράμματα

- Διάγραμμα 1: Euro Health Consumer Index 2013
- Διάγραμμα 2: Ανθρώπινο δυναμικό ανά έτος 2012-2016
- Διάγραμμα 3: Ετήσιες χειρουργικές επεμβάσεις, 2000-2016
- Διάγραμμα 4: Ικανοποίηση ασθενών, 2008-2016
- Διάγραμμα 5: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθαισών, 2000-2016
- Διάγραμμα 6: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθαισών, 2000-2016
- Διάγραμμα 7: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθαισών, 2000-2016
- Διάγραμμα 8 : Αριθμός ετήσια νοσηλευθέντων/θαισών, 2000-2016
- Διάγραμμα 9: Αριθμός ετήσιας εισροής νοσηλευομένων, 2000-2016
- Διάγραμμα 10: Ημέρες ετήσιας νοσηλείας, 2000-2016
- Διάγραμμα 11: Μέσος χρόνος ημερών νοσηλείας ανά ασθενή, 2000-2016
- Διάγραμμα 12: Ποσοστό ετήσιας κάλυψης κλινών, 2000-2016
- Διάγραμμα 13: Διάστημα σε ημέρες ετήσιας εναλλαγής κλίνης, 2000-2016
- Διάγραμμα 14: Ετήσια έσοδα - έξοδα, 2000-2016
- Διάγραμμα 15α: Ετήσια έσοδα – έξοδα σε εκατομμύρια ευρώ, 2000-2016
- Διάγραμμα 15β: Ετήσια έσοδα – έξοδα σε εκατομμύρια ευρώ, 2000-2016
- Διάγραμμα 16: Ετήσια ποσοστιαία σχέση εσόδων και επιχορηγήσεων, 2000-2016
- Διάγραμμα 17: Ετήσιο κόστος ανασφάλιστων ασθενών σε ευρώ, 2013-2016
- Διάγραμμα 18: Ετήσια έξοδα σε εκατομμύρια ευρώ, 2013-2016
- Διάγραμμα 19: αποτελέσματα ετήσια χρήσης, 2000-2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	ii
Ελληνική περίληψη	iii
Αγγλική περίληψη	iv
Πίνακες	v

Κεφάλαιο Πρώτο – Εισαγωγή	Σελίδες
1.1. Εισαγωγή	7
1.2. Η ποιότητα και η αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας	11
1.3. Η αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας	16
Κεφάλαιο Δεύτερο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση	19
Εισαγωγή: Δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας στον χώρο της υγείας	19
2.1. Μέτρηση της ποιότητας	21
2.2. Μέτρηση της αποδοτικότητας	27
2.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	32
Κεφάλαιο Τρίτο - Μεθοδολογία	35
3.1. Μεθοδολογικές αρχές αξιολόγησης του Γ.Ν. Παπαγεωργίου στην παρούσα εργασία	35
3.2. Σκοπός - Στόχοι	37
3.3. Ερευνητικά ερωτήματα	37
Κεφάλαιο Τέταρτο - Δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου	39
4.1. Περιγραφή Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου	40
4.2. Ανάλυση δεικτών Ποιότητας και συγκριτικοί πίνακες	40
4.3. Ανάλυση δεικτών αποδοτικότητας και συγκριτικοί πίνακες	50
4.4. Συζήτηση	61
Κεφάλαιο Πέμπτο - Συμπεράσματα - Εισηγήσεις	66
5.1. Συμπεράσματα	66
5.2. Εισηγήσεις	67
Βιβλιογραφία	69

Κεφάλαιο Πρώτο-Εισαγωγή

Η ποιότητα και η αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας

1.1 Εισαγωγή

Η δημόσια υγεία συνιστά – και πρέπει να συνιστά - απόλυτη προτεραιότητα σε επίπεδο κράτους αλλά και ευρύτερων κοινωνικοπολιτικών σχηματισμών, αφού το ανθρώπινο κεφάλαιο ως βιολογική οντότητα αποτελεί τη θεμελιώδη συνθήκη ύπαρξής τους. Στη σημερινή μάλιστα συγκυρία οικονομικής ύφεσης υπό όρους μεταβιομηχανικής παγκοσμιοποίησης και τερατώδους ανισοκατανομής του παγκόσμιου πλούτου με συνέπεια την τεράστια φτώχεια των πολλών και τον τεράστιο πλούτο των λίγων, αλλάζει η πλαισίωση της δημόσιας υγείας ως εγχειρήματος προστασίας και προαγωγής της υγείας του συνόλου των ανθρώπων. Ενωσιολογικά, η δημόσια υγεία παραπέμπει σε κοινωνικό, πολιτικό και διοικητικό σχεδιασμό, στρατηγικής σημασίας, για να αντιμετωπιστούν κίνδυνοι για την υγεία του ατόμου οι οποίοι δεν είναι διαχειρίσιμοι ατομικά ή τουλάχιστον όχι επαρκώς: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας» (*Acheson Report, Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998*). Θα ήταν βάσιμο να υποστηριχθεί ότι σήμερα η δημόσια υγεία αποτελεί διεπιστημονικό εγχείρημα για την προληπτική και κατασταλτική διαχείριση των παραγόντων/συντελεστών που απειλούν την υγεία του πληθυσμού με σκοπό τη βελτίωσή της (Κουρέα – Κρεμαστινού, 2010). Επειδή ακριβώς ο σκοπός είναι πολυπαραγοντικός η επιστημονική τεκμηρίωση της δημόσιας υγείας απαραίτητα προϋποθέτει επιστημονικά πεδία, όπως η επιδημιολογία, οι επιστήμες της υγείας, της δημογραφίας και βέβαια την επιστήμη του management και τις τεχνικές της αξιολόγησης. Η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα (efficiency) των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό προγραμματικό στόχο των μεταρρυθμιστικών επιδιώξεων στα περισσότερα συστήματα υγείας.

Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού και το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας βρίσκονται αντιμέτωπα με μια σειρά προκλήσεων κοινών για όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι προκλήσεις αυτές είναι:

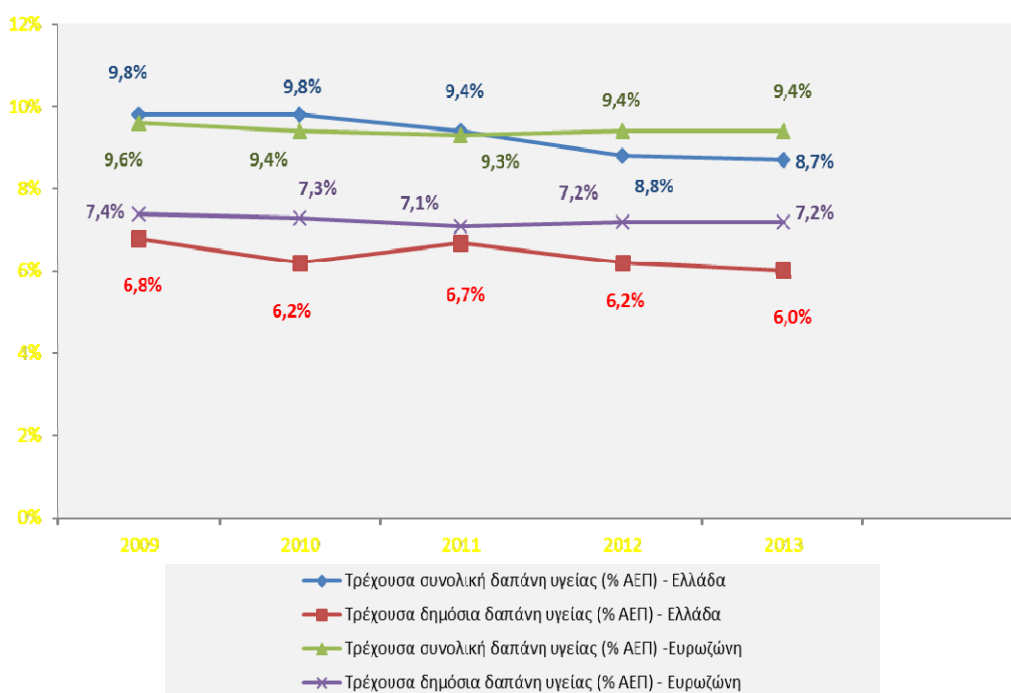
- ✓ Αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ Αύξηση των απαιτήσεων υγειονομικής περίθαλψης λόγω γήρανσης του πληθυσμού σε σχέση με την αύξηση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας
- ✓ Επαγγελματικά προβλήματα στον τομέα υγείας

- ✓ Κοινωνικές ανισότητες και ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας
- ✓ Οικονομική κρίση και περιορισμός των διαθέσιμων δημοσιονομικών πόρων
- ✓ Πρόβλημα βιωσιμότητας συστημάτων υγείας

Τα προαναφερόμενα επιδεινώνονται στην περίοδο της μεγάλης και παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης που υφίσταται ήδη η Ελλάδα. Η οικονομική δυσπραγία πλήττει την ποιότητα της υγείας του πληθυσμού, την επαρκή χρηματοδότηση του Εθνικού συστήματος Υγείας με τον κίνδυνο να υποβαθμισθούν περισσότερο οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας σε περιβάλλον ενίσχυσης των ανισοτήτων. Ειδικότερα η κρίση στην Ελλάδα :

- ✚ Μειώνει την πρόσβαση των πολιτών σε Υπηρεσίες Υγείας τη στιγμή που αυξάνεται η ζήτηση για αυτές
- ✚ Αυξάνει τους κινδύνους για τη Δημόσια Υγεία
- ✚ Αυξάνει τις ψυχικές διαταραχές

Οι δαπάνες για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού δεν αφήνουν πολλά περιθώρια αισιοδοξίας, όπως φαίνεται και από τον συγκριτικό πίνακα δαπανών για την υγεία ανάμεσα σε Ελλάδα και Ευρωζώνη που ακολουθεί:



Πίνακας 1.

Πηγές: ΟΟΣΑ, 2015/ ΕΛΣΤΑΤ, 2015

Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας 2015

Επιπλέον το κύμα προσφύγων και μεταναστών που πλήττει την Ελλάδα επιδεινώνει τραγικά την ήδη δύσκολη κατάσταση. Η μαζική έλευση ανθρώπων χωρίς να έχουν εξασφαλιστεί:

- Επαρκείς χώροι εγκατάστασης ελεγμένοι υγειονομικά
- Συνθήκες υγιεινής
- Ιατρικός έλεγχος των εισερχομένων για πιθανά λοιμώδη και μεταδιδόμενα και άλλα νοσήματα
- Ιατρική παρακολούθηση των ευπαθών ατόμων
- Εύκολη και άμεση πρόσβαση σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας
- Συνθήκες ιατρικής περίθαλψης

ελλοχεύει σοβαρότατους κινδύνους για τους ίδιους τους πρόσφυγες – μετανάστες αλλά και τον πληθυσμό υποδοχής που εκτίθεται ερήμην του σε κινδύνους υγείας που δεν υποπτεύεται. Η θεσμική, διοικητική, οικονομική και τεχνοκρατική/τεχνογνωστική ανετοιμότητα της Ελλάδας να χειριστεί το προσφυγικό/μεταναστευτικό ως προς τις συνθήκες προστασίας του δικαιώματος της υγείας του πληθυσμού συνολικά (εισερχόμενου και γηγενούς) συνιστά μέγιστη πρόκληση για την πολιτική στρατηγική της δημόσιας υγείας της χώρας.

Από την άλλη, τα διεθνή, ευρωπαϊκά και εθνικά δεδομένα οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού ενδιαφέροντος καθιστούν τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα ένα χώρο με πολλές αντινομίες, όπου καταγράφονται δυναμικές ανάπτυξης που ανταποκρίνονται στις σημερινές απαιτήσεις αλλά και εμπόδια και ανασχετικές δυνάμεις που υπονομεύουν την αποτελεσματικότητα σχεδιασμών και πρακτικών. οι προκλήσεις για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα απαιτούν επαναπροσδιορισμό του κεντρικού και περιφερειακού πολιτικού στρατηγικού σχεδιασμού υγείας στον ελληνικό χώρο και την υιοθέτηση και εφαρμογή προγραμμάτων παραγωγικότερης και αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Στην πρόσφατη (Βρυξέλλες, 27 Ιανουαρίου 2015) αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από την Euro Health Consumer Index 2014 αναφέρεται: «*Η Ελλάδα έρχεται 28^η (ανάμεσα σε 37 χώρες) στο φετινό ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, με 561 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1000, σημειώνοντας πτώση κατά τρεις θέσεις σε σχέση με την αξιολόγηση του 2013*».

Η ανάγκη αξιολόγησης των συστημάτων υγείας με τα κριτήρια της Αποτελεσματικότητας, της Αποδοτικότητας, και της Ισότητας επισημάνθηκε ιδιαίτερα από τον Cochrane (Cochrane ,1977). Στη σημερινή οικονομική κρίση και σε καθεστώς γενικότερης μείωσης των δημόσιων δαπανών και ειδικότερης για της υγεία, η ταυτόχρονη ικανοποίηση των τριών κριτηρίων γίνεται πολύ δύσκολα εφικτή και συνδέεται με το πολιτικό πλαίσιο αντιμετώπισής τους. Πιο συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα αφορά κυρίως τους άμεσους παραγωγούς υγείας, δηλαδή τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, και την επίτευξη των στόχων τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Αντίθετα η αποδοτικότητα σχετίζεται με

τις διοικητικές υπηρεσίες οι οποίες ασχολούνται με τη διαχείριση των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων που είναι αναγκαίοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δηλαδή για την αποτελεσματικότητα. Τέλος η ισότητα συνδέεται με το απαράβατο, ισότιμο και καθολικό δικαίωμα πρόσβασης του πληθυσμού μιας χώρας στο σύστημα υγείας της χωρίς κανέναν περιοριστικό, οικονομικό, κοινωνικό, ιδεολογικό, φυλετικό ή άλλον παράγοντα και χωρίς διαφοροποίηση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εύλογα το κριτήριο αυτό είναι και το πλέον πολιτικό. Σύμφωνα και με την (επαναδιατυπωμένη) εξίσωση του Cochrane: **ισότητα>αποτελεσματικότητα>αποδοτικότητα (Τούντας, 2007)** για το σύστημα υγείας, η ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από όλους είναι το πρώτιστο, δευτερεύουσα έρχεται η αποτελεσματικότητα (κυρίως ιατρονοσηλευτική) και τελευταία η αποδοτικότητα (με εξασφάλιση ήδη της αποτελεσματικότητας). Η ισότητα και η αποδοτικότητα δύναται να συμπορεύονται και να εξυπηρετούν η μία την άλλη ενώ η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα είναι συνήθως αντίθετες και η αύξηση της μιας σημαίνει μείωση της άλλης. Γι' αυτό και απαιτείται να βρεθεί η χρυσή τομή ανάμεσα σε αυτές τις δυο.

Με δεδομένα τα στοιχεία αξιολόγησης της υγείας στη χώρα μας γίνεται σαφές ότι δεν έχουμε αυτή τη στιγμή της κρίσης ταυτόχρονη ικανοποίηση των τριών κριτηρίων αξιολόγησης. Αυτό συμβαίνει, γιατί, όταν η αποδοτικότητα συμπιέζεται με την περικοπή των δαπανών για διορισμούς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του κόστους υπηρεσιών υγείας, μειώνεται η αποτελεσματικότητα. Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας δεν ικανοποιείται επαρκώς, διότι δεν εκπληρώνονται οι προϋποθέσεις του, αφού π.χ. το εξαντλημένο από την αναγκαστική υπερεργασία ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ο περιορισμός των διαθέσιμων προς θεραπεία μέσων αυτόματα αποτελούν αιτίες λάθους ή ανεπαρκούς νοσηλείας. Επιπλέον στην περίοδο αυτή φαίνεται καθαρότερα η ταξικότητα του συστήματος και συνεπώς κλονίζεται και το κριτήριο της ισότητας εξαιτίας **της ανισότητας στην πρόσβαση του πληθυσμού σε όμοιες ποιοτικά υπηρεσίες υγείας**. Με άλλα λόγια σήμερα στη χώρα μας «ο έχων και κατέχων» μπορεί να απολαμβάνει υψηλές υπηρεσίες υγείας ιδιωτικά αλλά και δημόσια, όχι όμως και οι πελάτες/ασθενείς του δημόσιου τομέα με μικρομεσαίο ή ανύπαρκτο εισόδημα που συνωστίζονται στα δημόσια νοσοκομεία με το κουρασμένο και περιορισμένων ατόμων προσωπικό, τα πενιχρά κονδύλια και τους ελλειμματικούς προϋπολογισμούς. Στην ελληνική περίπτωση, συνεπώς, είναι απολύτως ορατή η ανταγωνιστική σχέση αποδοτικότητας ισότητας και αποδοτικότητας αποτελεσματικότητας.

Σε αυτή την κρίσιμη συγκυρία η μέτρηση και η παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και αποδοτικότητας είναι σημαντική για την αξιολόγηση της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας, γιατί με τη συστημική προσέγγιση ενδέχεται να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να μειωθούν τα λάθη. Αυτό σημαίνει ότι διευκολύνεται η δημιουργία μηχανισμών για τον έλεγχο των λαθών και για διορθωτικές παρεμβάσεις. Άλλωστε σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας (World Health Report 2000) τρεις είναι οι βασικοί στόχοι των συστημάτων υγείας: α) η βελτίωση του επιπέδου υγείας, β) η αύξηση της ανταποκρισιμότητας στις απαιτήσεις που εύλογα έχει ο πληθυσμός και γ) η διασφάλιση της δίκαιης κατανομής των οικονομικών πόρων.

1.2 Η ποιότητα στον χώρο της υγείας

Στο πλαίσιο του σύγχρονου management η εκτίμηση της ποιότητας μιας επιχείρησης είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την εξέλιξη της ίδιας, τα προϊόντα ή/και τις υπηρεσίες που παράγει και τους αποδέκτες/καταναλωτές τους, αφού αποβλέπει στην αύξηση του καθαρού κέρδους και στην ενίσχυση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Αυτό σημαίνει ότι ο ανατροφοδοτικός για την επιχείρηση χαρακτήρας της μέτρησης της ποιότητας επιτρέπει τη διόρθωση λαθών, τη βελτίωση του περιβάλλοντος σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας της (διοικητικό, εργαζομένων, προμηθευτών, θεσμικό, κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό) και την ενίσχυσή της στις προτιμήσεις των αποδεκτών καταναλωτών (Τσιότρας, 1995, 2002). Η αναμφισβήτητη σημασία της μέτρησης της ποιότητας και τα οφέλη που συνεπάγεται γενικά στις επιχειρήσεις δεν μπορεί να μείνουν απαρατήρητα για τον ευαίσθητο χώρο παροχής υπηρεσιών/προϊόντων υγείας.

Ο Avedis Donabedian, πατέρας του όρου της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, μελέτησε και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο «σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα» (sound structures, good processes and suitable outcomes) (Πετράκη Σ., 2008). Ο Donabedian (1980) ορίζει την ποιότητα στο χώρο της υγείας ως την φροντίδα και τη μέριμνα εκείνη με την οποία η καλή υγεία και η ευεξία του ασθενούς θα πάρουν τις μέγιστες τιμές τους, υπολογίζοντας συγχρόνως τα οφέλη και τις απώλειες που συνδέονται με τη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης σε όλα τα σημεία της. Υποστηρίζει ότι η παροχή της φροντίδας υγείας παρουσιάζει τα εξής μέρη:

α) Το τεχνικό μέρος (technical science of medicine). Σχετίζεται με την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και των υπόλοιπων επιστημών υγείας για τον καλύτερο χειρισμό του ασθενούς.

β) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal art of medicine). Ασχολείται με την ψυχολογική διαχείριση τους ασθενούς από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τους εν γένει εργαζόμενους στον χώρο της υγείας. Εστιάζει στην επαγγελματική δεοντολογία, την προσωπική ηθική, την κυρίαρχη κουλτούρα, τα κοινωνικά ήθη, τις κύριες τάσεις και ιδέες του κοινωνικού σώματος και τις προσδοκίες των ασθενών που συνδιαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή.

γ) Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Αναφέρεται στις συνθήκες παραμονής του στο χώρο που προσφέρονται υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στο περιβάλλον και τις συνθήκες στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, η φροντίδα και οι ανέσεις. Στη συνέχεια, ο Donabedian (1988) με ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων αποδίδει την ποιότητα της περίθαλψης. Σε αυτό το σύνολο, η περίθαλψη εκτιμάται στο τεχνικό επίπεδο και στο γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του και το κοινωνικο-πολιτιστικό του πλαίσιο.

Ο Donabedian συνεχίζοντας τις αναζητήσεις του στον χώρο της ποιότητας στην υγεία σε άρθρο του το 1990 με τίτλο «The Seven Pillars of Quality» (Οι επτά πυλώνες της ποιότητας), καταλήγει στην έκθεση των εξής επτά γνωρισμάτων που προσδιορίζουν αποφασιστικά την ποιότητα:

1. *Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)*. Αφορά στην φροντίδα με σκοπό τη βελτίωση της υγείας.
2. *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*. Αφορά στον βαθμό στον οποίο έχουν συντελεστεί οι βελτιώσεις στην υγεία.

3. *Αποδοτικότητα (efficiency)*. Συνδέεται με τη δυνατότητα να απολαμβάνει κανείς τη μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση της υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

4. *Βελτιστότητα (optimality)*. Αναφέρεται στην πιο συμφέρουσα εξισορρόπηση κόστους και οφέλους.

5. *Αποδεκτικότητα (acceptability)*. Αφορά στις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα, στη σχέση του ασθενούς με τον ιατρό, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας και το κόστος της περίθαλψης.

6. *Νομιμότητα (legitimacy)*. Σχετίζεται με την συμμόρφωση στα κυρίαρχα κοινωνικά σχήματα και τις κοινωνικές προτιμήσεις/όλων των προηγούμενων.

7. *Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity)*. Παραπέμπει στη δίκαιη κατανομή της περίθαλψης και των συνεπειών της στη δημόσια υγεία.

Συγκεκριλαιωτικά η ποιότητα στο χώρο της υγείας παίρνει το περιεχόμενο του βαθμού «στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 1990, OECD, 2004). Ειδικότερα, όπως αναφέρεται στον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (WHO, 1993) ***η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής*** (Τούντας, 2008). Επιπλέον σύμφωνα με το *Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών* (Institute of Medicine Committee) η ποιότητα ορίζεται από τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τις πιθανότητες των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και σύνολα και δεν αντιβαίνουν στην υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996). Αυτό το βασικό περιεχόμενο, ωστόσο, χρειάζεται να συμπληρωθεί από την οπτική α) του παραγωγού του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας και β) του χρήστη/καταναλωτή του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας. Από την οπτική του παραγωγού του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας η ποιότητα συνδέεται αφενός με το περιεχόμενο και τις προδιαγραφές του σχεδιασμού και αφετέρου με την παραγωγική διαδικασία με την οποία υλοποιούνται οι προδιαγραφές του σχεδιασμού. Από την οπτική του χρήστη/καταναλωτή του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας η ποιότητα παίρνει το περιεχόμενο της ικανοποίησης των προσδοκιών του, βάσει των αναγκών ή και των επιθυμιών του. Φαίνεται συνεπώς πως η ποιότητα στην υγεία αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών. Συχνά παρατηρείται ότι οι προσδοκίες των χρηστών/καταναλωτών του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας είναι μεγαλύτερες από τις πραγματικές ανάγκες τους και απαιτείται εξισορρόπηση προσδοκιών αναγκών. Προς αυτή την κατεύθυνση και προκειμένου να επιτευχθεί η δυνατότερη αρμονική σχέση ανάμεσα στους παραγωγούς και τους χρήστες προϊόντων/ υπηρεσιών υγείας γίνονται περιοδικές έρευνες με ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς φαίνεται καθαρά ότι η ποιότητα στην υγεία συναρτάται με την ικανοποίηση των χρηστών/καταναλωτών του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας, με

την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008).

Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της ποιότητας αναφέρεται στην ολική αντιμετώπιση του χρήστη/καταναλωτή του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας ως προς τη διαμόρφωση του «δένδρου αποφάσεων» (decision tree analysis), που αποτελεί την αναγκαία οδό για τον καλύτερο θεραπευτικό χειρισμό προκειμένου να επιτευχθούν σε οποιοδήποτε επίπεδο εργασίας: α) η απόλυτη ελάττωση του κινδύνου (Absolute Risk Reduction, ARR) και β) η σχετική ελάττωση του κινδύνου (Relative Risk Reduction, RRR). Οι δύο αυτές παράμετροι επιτρέπουν τη διάγνωση και κυρίως τη διόρθωση λαθών σε όποιο βήμα της διαδικασίας και αν βρίσκεται η παροχή υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα η ποιότητα χρειάζεται την ασκημένη ικανότητα διαχείρισης κινδύνου (Risk Management) που παραπέμπει στην ανάλυση της σχέσης κινδύνου/οφέλους για κάθε χρήστη/καταναλωτή του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας και την πρόβλεψη για προληπτικά μέτρα ή διορθωτικές παρεμβάσεις για τη διόρθωση βλαβών που προέρχονται από λάθη.

Βέβαια είναι προτιμότερο μια μονάδα υγείας να αποφεύγει το μοντέλο της «διαχείρισης κρίσεων» (Risk Management), στο οποίο οι δράσεις για την όποια βελτίωση κινητοποιούνται από κάποιο λάθος ή κάποια κρίση. Μια τέτοια πρακτική προάγει την αδράνεια αντί της διάθεσης για καινοτομία. Το κλειδί της υπεροχής είναι η διάθεση να αναζητηθούν οι ευκαιρίες για περαιτέρω βελτίωση (Α. Παπακωστίδης, Ν. Τσουκαλάς, Ειδικό άρθρο, «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της», *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 2012).

1.2.1. Διασφάλιση ποιότητας

Η διασφάλιση ποιότητας (quality assurance) παραπέμπει στις απαραίτητες εκείνες ενέργειες με τις οποίες κατοχυρώνεται/διασφαλίζεται η δυνατότητα να επιτευχθεί η επιδιωκόμενη ποιότητα. Γι' αυτό η διασφάλιση ποιότητας παραπέμπει σε ενέργειες, όπως ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, ο καθορισμός των προτύπων ποιότητας, η παρακολούθηση των διαδικασιών με τη χρήση δεικτών και οπωσδήποτε η συλλογική και συμμετοχική δράση. Με άλλα λόγια η διασφάλιση ποιότητας συνδέεται με τις αναγκαίες ενέργειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από οργάνωση και συστηματοποίηση, προκειμένου ένα προϊόν /υπηρεσία να εξασφαλίζει τις προσδοκώμενες απαιτήσεις ποιότητας. Έτσι στο πλαίσιο λειτουργίας ενός οργανισμού η διασφάλιση ποιότητας έχει πολύ μεγάλη εφαρμογή, καθώς αφορά όλες τις διαδικασίες αλλά και κάθε μέλος του προσωπικού, καθιστώντας τους ελέγχους βασική συνθήκη για την πιστοποίηση του παραγόμενου έργου.

Οι παράμετροι που επιτρέπουν την επίτευξη του αντικειμένου της ποιοτικής διασφάλισης είναι (WHO, 1983):

- Η τεχνική ποιότητα και η επαγγελματική απόδοση
- Η χρησιμοποίηση πόρων και η αποδοτικότητα
- Η διαχείριση κινδύνων που συνδέονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες

- Ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Με βάση τις παραμέτρους αυτές οι αντικειμενικοί σκοποί της διασφάλισης ποιότητας μπορεί να οριστούν ως εξής:

1. **Δημόσια ευθύνη:** Επειδή οι υγειονομικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται ολικά ή και μερικά από δημόσιους πόρους, είναι σημαντικό να ελέγχεται η αποτελεσματική και αποδοτική ανάλωση των πόρων.
2. **Βελτίωση της διαχείρισης:** Επειδή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός και ενδεχομένως η εκμηδένιση των προβλημάτων, απαραίτητη κρίνεται η εκτίμηση και η στάθμιση των προβλημάτων που επηρεάζουν με οποιονδήποτε τρόπο τις τέσσερις παραμέτρους της ποιοτικής διασφάλισης, προκειμένου μέσα από τη διάγνωση των αιτίων τους να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά.
3. **Διευκόλυνση και υιοθέτηση νεωτερισμών:** Η διαδικασία συνεχούς αξιολόγησης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας επιτρέπει την εισαγωγή νεωτερισμών και νέων τεχνολογικών μέσων που δίνουν λύσεις ή βελτιώνουν την ποιότητα των λύσεων που ήδη προκρίνονται.

Επιπλέον στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας ο σχεδιασμός διευκολύνει την ορθολογική κατανομή και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων με την εκ παραλλήλου παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου που σημειώνεται στη διαδικασία υλοποίησης προκαθορισμένων στόχων. Ακόμη βελτιώνεται η προβλεπτικότητα των αποτελεσμάτων, περιορίζονται οι αστάθμητοι παράγοντες που προκαλούν διακυμάνσεις και διευκολύνεται η διαδικασία βελτιωτικών επεμβάσεων.

1.2.2. Διαρκής βελτίωση της ποιότητας

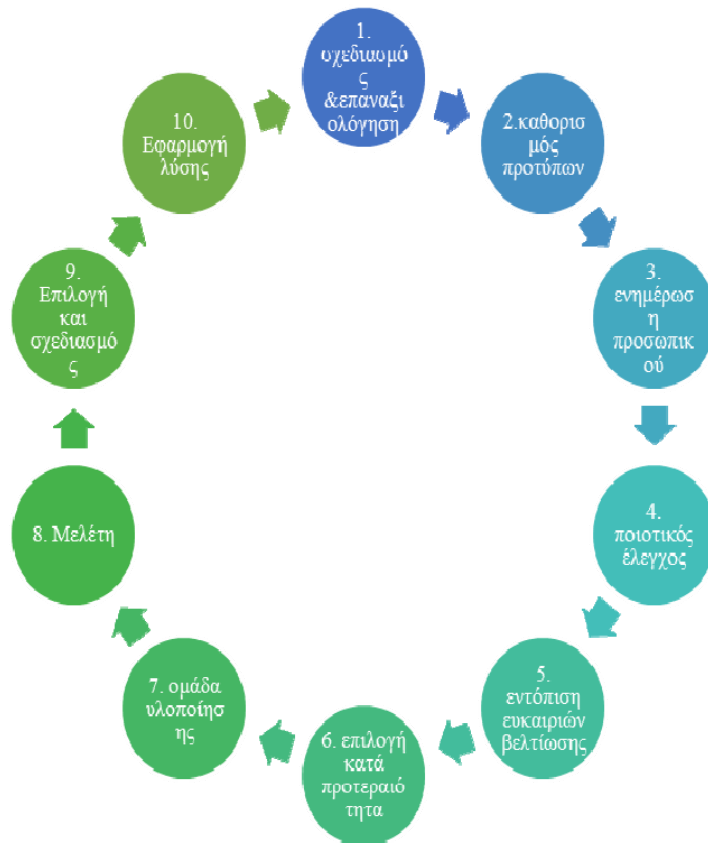
Από τη στατική φύση της ποιοτικής διασφάλισης χρειάζεται η μετάβαση στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας (Krczal A., 1996). Αυτό σημαίνει ότι με τη διασφάλιση της ποιότητας τα αποτελέσματα κρίνονται ικανοποιητικά ως προς τους προκαθορισμένους στόχους και τα προβλεπόμενα κριτήρια. Όταν όμως τα αποτελέσματα υπολείπονται, τότε χρειάζεται να αναληφθεί δραστηριότητα διόρθωσης και βελτίωσης. Η δραστηριότητα αυτή αφορά στη βελτίωση της ποιότητας και, όπως η αξιολόγηση της ποιότητας είναι διαρκής, έτσι και η βελτίωση είναι διαρκής διεργασία. Τα γνωρίσματα της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας (quality improvement) είναι (Nerenz RD, 1997):

- ✓ Τα κριτήρια είναι μεταβλητά κριτήρια, επαναθεωρούνται και βελτιώνονται από τους παραγωγούς και χρήστες/καταναλωτές του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας.
- ✓ Η διαρκής ποιοτική βελτίωση έχει ολιστικό χαρακτήρα και επικεντρώνεται σε όλες τις διαδικασίες που αποσκοπούν στη βελτίωση της απόδοσης των συντελεστών παροχής προϊόντων και υπηρεσιών υγείας.

- ✓ Προηγείται ο σχεδιασμός των διαδικασιών, έπεται η λήψη των κατάλληλων μέτρων για να αποφευχθούν λάθη και ακολουθεί συνεχής επιτήρηση και παρακολούθηση των διαδικασιών.
- ✓ Ο προσανατολισμός των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων τους είναι ένας, σαφής και διακριτός.
- ✓ Η υλοποίηση της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας γίνεται με την παρακολούθηση δεικτών και τη χρήση δεδομένων με αποδοτικό τρόπο.
- ✓ Η διαχρονική εποπτεία και παρακολούθηση υπαγορεύεται από κοινές ή ειδικές παρεκκλίσεις σκοπού.
- ✓ Η ευθύνη για καλή ποιότητα είναι ατομική και συλλογική
- ✓ Το σημείο έναρξης της παρακολούθησης της ποιότητας είναι το αφετηριακό κριτήριο. Σκοπός είναι το μηδενικό λάθος και τα μηδενικά μειονεκτήματα επί του αποτελέσματος. Οι παρεκκλίσεις δεν γίνονται ανεκτές. Παρουσιάζεται εσωτερική ανάπτυξη κριτηρίων και δεν ενθαρρύνεται η εξωτερική σύγκριση.

1.2.3. Ο κύκλος ποιότητας

Ο κύκλος ποιότητας (Πίνακας 2) αποδίδει σχηματικά τα δέκα βήματα διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας (Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ., 2008). Στο μοντέλο αυτό τα βήματα επιμερίζονται σε ενέργειες που αφορούν: α) τη διασφάλιση της ποιότητας (βήματα 1,2,3,) β) τον ποιοτικό έλεγχο (βήμα 4) και γ) τη βελτίωση της ποιότητας (βήματα 5-10). Ο μηχανισμός που δίνεται έχει ως αφετηρία τον εντοπισμό ευκαιριών για βελτίωση και επιλογή τους κατά προτεραιότητα. Στη συνέχεια συγκροτείται πολυσυλλεκτική ομάδα ατόμων που θα επωμιστούν την ευθύνη της πραγμάτωσης. Θα καθορίσουν τα μέσα και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, μελετούν την κάθε περίπτωση, επιλέγουν τη λύση, την εφαρμόζουν, την επαναξιολογούν και, αν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, την ενσωματώνουν στις προβλεπόμενες διαδικασίες. Παράλληλα συνεχίζει να λειτουργεί ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης.



Πίνακας 2: Κύκλος ποιότητας

1.3 Η αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας

Η αποδοτικότητα έχει προτεραιότητα στην αξιολόγηση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας, γιατί συνδέεται με τον έλεγχο και την κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Επίσης συνδέεται με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την παραγωγικότητα της μονάδας. Γενικά, η αποδοτικότητα ορίζεται ως η αναλογία του επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο που μπορεί να επιτευχθεί με τους διαθέσιμους πόρους. Η σύγκριση γίνεται συνήθως με ποσοτικούς όρους εισροών και εκροών, ή με όρους αξιών κόστους, εσόδων ή κέρδους. Η έννοια της αποδοτικότητας στα νοσοκομεία παραπέμπει στην ορθολογική κατανομή και διαχείριση των πόρων για να παραχθούν υπηρεσίες υγείας.

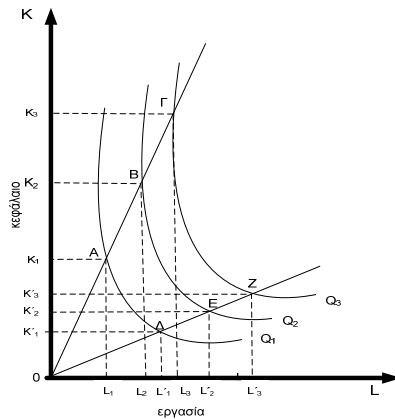
Οι Koorman και Debreu ασχολούνται συστηματικά με την αποδοτικότητα και δημοσιεύουν τις πρώτες εργασίες τους για τη μέτρηση της αποδοτικότητας το 1951. Μάλιστα ο Koorman όρισε την *τεχνική αποδοτικότητα* (technical efficiency), που αποτελεί τη μία από τις δύο κατηγορίες αποδοτικότητας (Cunningham SJ., 2001 & Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G., 2002).

1.3.1. Τεχνική και καταναλωτική αποδοτικότητα

Η **Τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency)** παίρνει το περιεχόμενο της μετατροπής εισροών σε εκροές με την αξιοποίηση της καλύτερης δυνατής πρακτικής. Συνδέεται δηλαδή με την ελάχιστη ποσότητα εισροών σε κάθε επίπεδο παρέμβασης που γίνεται στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Με την τεχνική αποδοτικότητα ένας παραγωγός καταβάλλει προσπάθεια να αποφύγει απώλειες παραγωγής παράγοντας τη μέγιστη δυνατή εκροή ή χρησιμοποιώντας την ελάχιστη δυνατή εισροή για να πετύχει τον συγκεκριμένο στόχο παραγωγής. Ακόμη η τεχνική αποδοτικότητα αποτελεί μια εκδοχή ερμηνείας της απόδοσης που παρουσιάζει ένας οργανισμός υγείας σε σύγκριση με τη συνάρτηση παραγωγής που παρουσιάζει ένας υποθετικός οργανισμός στην ιδανική παραγωγή του. Από την άποψη αυτή προβάλλεται η αποδοτική συνάρτηση παραγωγής (efficient production function), η οποία λειτουργεί ως σταθερά (standard) και δίνει τις δυνατές εκροές ενός οργανισμού υγείας που αποδίδει στον μέγιστο βαθμό στη βάση ενός δοσμένου συνδυασμού εισροών. Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, η τεχνική αποδοτικότητα αποτυπώνει τις σχέσεις ανάμεσα στις εισροές ιατρικού εξοπλισμού, κεφαλαίου και εργασίας αφενός και αφετέρου στα αποτελέσματα υγείας που προκύπτουν, όπως αριθμός ασθενών, χρόνος αναμονής, χρόνος/ημέρες νοσηλείας, αύξηση προσδόκιμου ζωής, μείωση δεικτών θνησιμότητας, και έχουν τη μορφή ενδιάμεσων εκροών (Palmer S, Torgerson Dj., 1999)

Η **Καταναλωτική αποδοτικότητα (allocative efficiency)** αποτελεί και αυτή μορφή αποδοτικότητας η οποία στον χώρο της υγείας αποτυπώνει την προσπάθεια για αύξηση στο μέγιστο βαθμό της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και της ικανοποίησης του χρήστη/καταναλωτή του προϊόντος/της υπηρεσίας υγείας σε σχέση βέβαια με τις δαπάνες που καταβάλλονται. Φαίνεται ότι η καταναλωτική αποδοτικότητα αναφέρεται στις αποδοτικές παρεμβάσεις στη μέριμνα που επιλέγει να κάνει μια ομάδα προκειμένου να επιτύχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα υγείας. Οι επιλογές παρέμβασης της ομάδας έχουν τη μορφή κόστους αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness), δηλαδή εκλαμβάνονται ως εισροές, με τις οποίες επιδιώκεται να παραχθεί το ανώτατο δυνατό επίπεδο εκροών.

Ο συνδυασμός των δύο προαναφερόμενων κατηγοριών αποδοτικότητας, της τεχνικής και της καταναλωτικής, συνιστούν το περιεχόμενο της οικονομικής αποδοτικότητας με την οποία επιδιώκονται από κοινού οι στόχοι των δύο μορφών. Η οικονομική αποδοτικότητα αποδίδεται με τη γραφική παράσταση των καμπυλών ίσου προϊόντος (παράδειγμα πίνακας 3). Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων, για παράδειγμα, προσεγγίζεται (Hollingsworth B, Dawson P, Maniadakis N. 1999) α) ως παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο των δεδομένων τεχνικών, μηχανολογικών, κτηριακών, υλικών και ανθρώπινων πόρων β) ως παραγωγή της ποσότητας υπηρεσιών υγείας στη βάση των ελάχιστων πόρων και γ) ως το ελάχιστο κόστος που καταβάλλεται για τη δεδομένη παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Αυτοί είναι οι τρεις τρόποι με τους οποίους ορίζεται η αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Βραχυχρόνια εξαρτάται από το βαθμό αξιοποίησης της εργασίας και μακροχρόνια από συντελεστές, όπως οι υποδομές, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, το σύστημα διοίκησης, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.ά. (Clement Jr, Valdmanis Vg, Bazzoli GJ, Zhao M, Chukmaitov 2008).



Πίνακας 3: Παράδειγμα χάρτη καμπυλών ίσου προϊόντος με δύο συντελεστές

1.3.2. Η σημασία του ελέγχου της αποδοτικότητας

Ο έλεγχος της αποδοτικότητας συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της διοίκησης και συνιστά εργαλείο στο πλαίσιο του management. Το πληροφοριακό υλικό με όρους ποσοτικών δεικτών καθιστά την αποδοτικότητα ιδιαίτερα χρήσιμη στους διοικητικούς συντελεστές, γιατί τους προσανατολίζει με ακρίβεια και σαφήνεια στα δεδομένα της μονάδας παραγωγής, π.χ. Νοσοκομείο, και στην ακριβή διάγνωση των διαδικασιών που συμβαίνουν σε αυτή και της δυναμικής που έχουν σε σύγκριση με άλλες παρόμοιες παραγωγικές μονάδες στην ίδια μονάδα χρόνου και σε σύγκριση με τις αποδόσεις της ίδιας μονάδας σε διαφορετικά χρονικά σημεία.

Ειδικότερα η μέτρηση της αποδοτικότητας αποβλέπει α) στη βελτίωσή της με την ορθολογικότερη κατανομή των σπάνιων πόρων υγείας, τη συγκράτηση των δαπανών και τη μείωση του κόστους, β) στην ολική ή μερική άρση φαινομένων αντιοικονομικών και φθινουσών αποδόσεων με την πραγμάτωση οικονομιών κλίμακας και φάσματος, γ) στη ρεαλιστική βελτίωση των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων στις παροχές υπηρεσιών υγείας με την καλύτερη ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες, στις επιθυμίες, στις προσδοκίες και στις επιλογές των χρηστών/καταναλωτών. Ωστόσο χρειάζεται να επισημανθεί ότι η μέτρηση της αποδοτικότητας ως μεμονωμένη ενέργεια ελέγχου είναι αναγκαία αλλά όχι επαρκής συνθήκη για το συνολικό επιθυμητό αποτέλεσμα, που είναι η συνολική βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής μονάδας και του συνολικού συστήματος υγείας. Επιβάλλεται οι στόχοι απόδοσης και οι δείκτες να είναι πολύπλευροι, σαφείς και ευκρινείς ώστε να συνάγεται με πληρότητα η εικόνα των συστημάτων υγείας και να επιδιώκεται με την μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία η αύξηση της διοικητικής ελευθερίας και της διαχειριστικής ικανότητας των συστημάτων υγείας. Η διοικητική ελευθερία και η διαχειριστική ικανότητα συναρτώνται άμεσα με τους ρυθμούς και την ποιότητα των εκσυγχρονιστικών και μεταρρυθμιστικών προσπαθειών.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας στον χώρο της υγείας - Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Εισαγωγή

Η μέτρηση της ποιότητας επιβάλλεται από την ανάγκη να επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση των ποιοτικών δεικτών προς όφελος:

- Του ασθενούς, ο οποίος ωφελείται από άποψη παροχών υγείας, ψυχολογίας και οικονομίας.
- Των παραγωγών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι ωφελούνται στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στη θεσμική κατοχύρωσή τους, στην προσωπική ικανοποίηση και αυτοπραγμάτωση βάσει των αποτελεσμάτων εργασίας τους κ.ά.
- Των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ωφελούνται οικονομικά, σε ζητήματα διοίκησης και λειτουργίας, σε φήμη, σε αξιολογική κατάταξη, κ.ά.

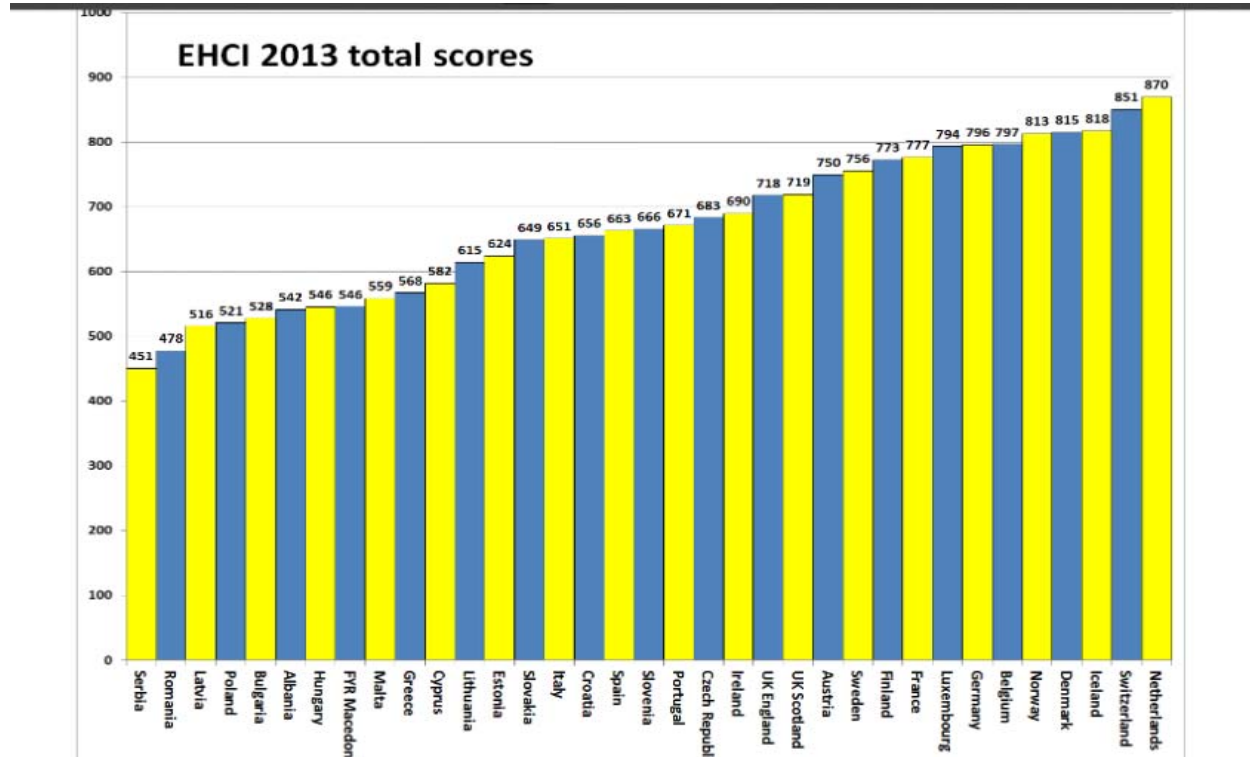
Επιπλέον το ήδη υψηλό αλλά διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η μη ανταπόκρισή τους στις προσδοκίες των χρηστών με παράλληλη επίταση των απαιτήσεών τους για καλύτερη αντιμετώπιση και η υποχώρηση του κύρους και του μύθου του ιατρικού επαγγέλματος προσανατολίζουν αυξανόμενα το ενδιαφέρον των πολιτών και της πολιτείας για την ποιότητα των υπηρεσιών (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999). Χαρακτηριστικά σημειώνεται ότι, ενώ στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία το 2011 ήταν του ύψους του 10,2% του ΑΕΠ, η μετρηθείσα ικανοποίηση των πολιτών ήταν μόλις της τάξεως του 25% (OECD 2012, EC 2010). Σύμφωνα με το Euro Health Consumer Index 2013 τα συστήματα υγείας αξιολογούνται σε πέντε (5) άξονες ως εξής:

1. Δικαιώματα Ασθενών	(175 βαθμοί)
2. Προσβασιμότητα- Χρόνοι Αναμονής	(250 βαθμοί)
3. Υγειονομικά Αποτελέσματα-Εκβάσεις	(300 βαθμοί)
4. Εύρος Παρερχομένων Υπηρεσιών	(175 βαθμοί)
5. Φαρμακευτική Φροντίδα	(100 βαθμοί)
Σύνολο	= 1.000 Βαθμοί



Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σύμφωνα πάλι με το Euro Health Consumer Index 2013 η Ελλάδα παρουσιάζει την εξής διακύμανση στις αξιολογήσεις της παροχής υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε τριάντα πέντε ευρωπαϊκές χώρες:

Έτος	Θέση
2006	17
2008	18
2009	23
2013	26



Διάγραμμα 1: Euro Health Consumer Index 2013

2.1. Μέτρηση της ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας απασχόλησε και απασχολεί διεθνώς τους επιστήμονες για να καθορίσουν τα πρωτογενή δεδομένα και τους δείκτες μέτρησης. Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθούν οι σημαντικότεροι φορείς που επιδιώκουν τον καθορισμό των δεικτών. Η Διεθνής Ομάδα Εργασίας για την ανάπτυξη Δεικτών Ποιότητας (International Working Group on Quality Indicators) ασχολείται με την συλλογή στοιχείων που αφορούν στην απόδοση των συστημάτων υγείας του Καναδά, της Αυστραλίας, της Ν. Ζηλανδίας, του Ην. Βασιλείου και των Η.Π.Α. Επίσης ο ΟΟΣΑ (Health Care Quality Indicators Project) βάσει προγράμματος μελετά τα δεδομένα των υπηρεσιών υγείας σε έξι χώρες, στην Αυστραλία, Καναδά, Δανία, Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία και ΗΠΑ. Στην Ευρώπη, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε εξέλιξη βρίσκεται το Hospital Data Project. Και άλλοι όμως επιστημονικοί φορείς συστηματικά ασχολούνται με τη μέτρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας και τον καθορισμό των δεικτών, όπως για παράδειγμα οι BASYS, CEPS INSTEAD, CREDES, IGSS (π.χ. Defining a Minimum Data Set and Related Indicators for use with System of Health Accounts in the European Union)

2.1.1. Οι δείκτες ποιότητας

Για τη μέτρηση της ποιότητας απαιτούνται εργαλεία. Τα εργαλεία αυτά στη μέτρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι οι δείκτες με τους οποίους αποτυπώνεται εικόνα λειτουργίας ενός τμήματος του μελετώμενου συστήματος υγείας. Τα δεδομένα των δεικτών επιτρέπουν τη σύγκριση ανάμεσα στα τμήματα του ίδιου συστήματος, αλλά και τη σύγκριση σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας ή και του ίδιου τμήματος μέσα στον χρόνο. Με τους δείκτες ποσοτικοποιούνται τα αποτελέσματα των ενεργειών του τμήματος που αξιολογείται σε μια χρονική μονάδα και διευκολύνουν την επιδίωξη για διαρκή βελτίωση με την ανάδειξη των δυνατών και αδύνατων σημείων του τμήματος και του συστήματος.

Η μέτρηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας ακολουθεί γενικούς κανόνες οι οποίοι αναφέρονται στη δομή, στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (WHO, 1999) τα αντικειμενικά και σαφώς μετρήσιμα κριτήρια/δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας μπορεί να δοθούν ομαδοποιημένα σε τρεις κατηγορίες, δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων, κατά τον ακόλουθο πίνακα:



Πίνακας 4. Οι δείκτες της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian (WHO, 1999)

Ο Donabedian με την κατηγοριοποίηση των δεικτών σε τρεις ομάδες συνδυάζει την καμπύλη παραγωγής με τους συντελεστές που διασφαλίζουν τον κύκλο της ποιότητας.

Η κάθε κατηγορία περιλαμβάνει ποσοτικά χαρακτηριστικά που είναι μετρήσιμα. Τέτοια μετρήσιμα χαρακτηριστικά είναι η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τα έτη εμπειρίας του, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, ο τεχνικός εξοπλισμός, τα ποσοστά επιτυχίας των χρησιμοποιούμενων θεραπειών κ.ά. Στη μέτρηση ποιότητας είναι σημαντικό να επιλεγούν τα σημεία των υπηρεσιών υγείας που έχουν ενδιαφέρον μελέτης, ώστε να ακολουθήσουν τα πρότυπα καλής πρακτικής, οι δείκτες αξιολόγησης και οι δράσεις ανατροφοδότησης και συμμόρφωσης.

Κατ' επέκταση των προηγούμενων η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει τη μέτρηση της απόδοσης και της ποιότητάς τους σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια (Πίνακας 5).



Πίνακας 5: Μέτρηση της απόδοσης των ελληνικών Νοσοκομείων

Τα κριτήρια αυτά κατηγοριοποιούνται επίσης σε τρία επίπεδα σύμφωνα με το πρότυπο του Donabedian: στις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Στις δομές υπάγονται το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, οι οικονομικοί πόροι και η διοικητική οργάνωση του Νοσοκομείου. Στις διαδικασίες αντιστοιχούν οι ενέργειες περίθαλψης και θεραπείας, όπως λήψη ιστορικού, εργαστηριακές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις, η κάλυψη κλινών και η διάρκεια νοσηλείας (Πίνακας 6). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων συνδέεται με την έκβαση της ασθένειας, την ικανοποίηση του ασθενή αλλά και των παραγωγών υπηρεσιών υγείας και μετρείται με δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας, νοσηρότητας, θνησιμότητας και ικανοποίησης (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999; Τούντας 2008).

Παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε Νοσοκομείο	
Δομές	<ul style="list-style-type: none"> • Καταλληλότητα υπηρεσιών • Διαθεσιμότητα και Επάρκεια υπηρεσιών • Αποδοχή υπηρεσιών • Αξιοπιστία και Νομιμότητα υπηρεσιών • Κατάρτιση, ευσυνειδησία και γνώσεις προσωπικού • Επάρκεια προσωπικού • Οργάνωση, διοίκηση, καθοδήγηση και συμμετοχή από την ηγεσία • Σύγχρονες υλικοτεχνικές υποδομές • Ορθός κτιριακός σχεδιασμός και διακίνηση ασθενών, υλικών • Ισότιμη κατανομή πόρων και συγκράτηση του κόστους • Ισότητα πρόσβασης και περίθαλψης • Προσβασιμότητα
Διαδικασίες	<ul style="list-style-type: none"> • Ετοιμότητα ανταπόκρισης • Δραστηκότητα και Ορθότητα αντιμετώπισης • Συνέχιση της περίθαλψης και Υποστήριξη • Σεβασμός στον ασθενή • Ασφάλεια ασθενούς • Συχνότητα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων • Επανεπεμβάσεις, Επιστροφή στη ΜΕΘ
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτελεσματικότητα και Θετική έκβαση • Ενδυνάμωση εργαζομένων • Αποδοτικότητα (κόστος/όφελος)

Πίνακας 6. Παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών υγείας((Τούντας, 2008, Αδαμοπούλου, 2008; Μάτης, 2008; Τζανετάκη, 2006; Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012; Μαρκάκης, 2005; Οικονομοπούλου, 2006)

Η διαχείριση της ποιότητας στα νοσοκομεία επιβάλλεται προκειμένου να γίνουν ενέργειες διόρθωσης και πρόληψης για την καλύτερη δυνατή λειτουργία και τον περιορισμό των λαθών, ιδιαίτερα μάλιστα όταν τα νοσοκομεία παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα. Και οι τρεις περιοχές παροχής υπηρεσιών υγείας στα ελληνικά νοσοκομεία παρουσιάζονται προβληματικές, σύμφωνα με σχετικά ευρήματα, όπως:

- το ανεπαρκές νοσηλευτικό προσωπικό (Σκρουμπέλος και συν, 2012),
- ο ξεπερασμένος εξοπλισμός,
- οι παρωχημένες και φθαρμένες εγκαταστάσεις,
- οι ατελέσφορες και δύσκαμπτες δομές διοίκησης και οργάνωσης (οργανογράμματα) Η απουσία λειτουργικού σχεδιασμού στη διακίνηση ασθενών και υλικών με συνέπεια τις καθυστερήσεις, τη συμφόρηση και τη δυσλειτουργία
- το μεγάλο κόστος νοσηλείας εξαιτίας της εκτεταμένης γραφειοκρατίας και της απουσίας αποτελεσματικής μηχανοργάνωσης και ηλεκτρονικής διασύνδεσης τμημάτων-κλινικών. Έτσι επαναλαμβάνονται εξετάσεις ή γίνονται νέες που δεν χρειάζονται ή δεν είναι εφικτός ο έλεγχος προμηθειών και δαπανών.
- οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις επιβαρύνουν την κατάσταση
- η παραοικονομία και η τεχνητή ζήτηση παροχής υπηρεσιών ενισχύουν τη δυσαρέσκεια των ασθενών
- η ελλειμματική και ανεπαρκής σε οργάνωση πρωτοβάθμια φροντίδα συνεπάγεται υπερφόρτωση των Νοσοκομείων
- η αναξιοκρατική/κομματική στελέχωση της διοίκησης των νοσοκομείων σε βάρος της αξιοκρατικής/επιστημονικής επιτείνουν την αδυναμία επίλυσης προβλημάτων και βελτίωσης καταστάσεων και διαδικασιών (Μάτης, 2008, Μαρκάκης, 2005, Κυριόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά στα ελληνικά νοσοκομεία η ικανοποίηση των ασθενών είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση (EC 2010) και οφείλεται κυρίως στους μεγάλους χρόνους αναμονής και τις ανεπαρκείς υλικοτεχνικές υποδομές (Μάτης, 2008, Καρδάνη, 2011, Ιωσηφίδου, 2012, Δούκας, 2012, Καλογεροπούλου, 2011, Μαλλιαρού και άλλοι, 2009).

Προκειμένου να αναστραφεί η κατάσταση της προβληματικής λειτουργίας των νοσοκομείων, η μέτρηση αναφέρεται:

- Στον χρόνο, στη διάρκεια που απαιτεί η ολοκληρωμένη παροχή της υπηρεσίας υγείας
- Στην χρονική ακρίβεια, δηλαδή στην ολοκλήρωση της παροχής στην προβλεπόμενη καθορισμένη χρονική στιγμή
- Στον βαθμό ολοκλήρωσης της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας, αν δηλαδή η υπηρεσία παρασχέθηκε στο σύνολό της ή εν μέρει
- Στη συνέπεια, αν παρέχεται δηλαδή η υπηρεσία με τον ίδιο τρόπο, όσες φορές χρειάζεται να επαναληφθεί η παροχή της
- Στην ακρίβεια, δηλαδή στη σωστή και πλήρη εκτέλεση της υπηρεσίας που παρέχεται από την πρώτη φορά και κατ' επανάληψη
- Στην ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού
- Στην ευκολία πρόσβασης και παροχής της υπηρεσίας
- Στην ανταποκρισιμότητα, δηλαδή στη δυνατότητα να παρέχεται η υπηρεσία εύκολα σε απροσδόκητες και απρογραμματίστες συνθήκες.

Με βάση τα προηγηθέντα είναι δυνατή η ακόλουθη ομαδοποίηση των χαρακτηριστικών ποιότητας στον χώρο της υγείας ως προς τους ιατρικούς δείκτες:

- αξιοπιστία που αναφέρεται στη δυνατότητα να παρασχεθεί η υπηρεσία με ακρίβεια και εγκυρότητα
- επαγγελματικότητα/επιδεξιότητα, δηλαδή ο βαθμός και η ποιότητα της γνωστικής και τεχνικής κατάρτισης, εκπαίδευσης και εμπειρίας του προσωπικού που παράγει την υπηρεσία
- εμπάθεια (empathy). Παραπέμπει στη φροντίδα και τον προσεγμένο και εξατομικευμένο χειρισμό του ασθενούς από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- διασφάλιση. Σχετίζεται με την ευγένεια και την ευαισθησία με την οποία το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συμπεριφέρονται στον ασθενή και του εμπνέουν συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- οι βασικές ιατρικές υπηρεσίες προς τον ασθενή και τα οφέλη που έχει. Αναφερόμαστε κυρίως στην καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας.
- ανταποκρισιμότητα. Αφορά στην προθυμία να παρασχεθεί σωστή, προσεγμένη και κατάλληλη υπηρεσία.
- στοιχεία υποδομής που συνοδεύουν την παροχή υπηρεσίας υγείας, όπως οι τεχνικές εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, η λειτουργικότητα των χώρων, η εμφάνιση του προσωπικού κ.ά.

Γενικά τα κριτήρια ελέγχου της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτυπώνονται στον πίνακα 7 ως εξής:

<p>Καταλληλότητα (Appropriateness) Παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης, βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων</p>	<p>Προσβασιμότητα (accessibility) Δυνατότητα των χρηστών/ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους</p>	<p>Αποδοχή (acceptability) Ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών, της κοινότητας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας</p>	<p>Ικανότητα (competence) Κατάλληλα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας</p>
<p>Αποτελεσματικότητα (effectiveness) Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / παρεμβάσεις</p>	<p>Συνέχεια (continuity) Δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας, μέσω διαφορετικών προγραμμάτων, επαγγελματιών υγείας και φορέων, διαχρονικά</p>	<p>Αποδοτικότητα (efficiency) Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων</p>	<p>Ασφάλεια (safety) Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης</p>

Πίνακας 7: ΠΗΓΗ: Canadian health system performance framework. Canadian Institute for Health Information. A Roadmap Initiative. Ottawa: CIHI, 1999

2.1.2. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας

Σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία παρατηρείται ήδη από το 1970 αυξανόμενο το ερευνητικό ενδιαφέρον για την ποιότητα της υγείας του ατόμου και της ζωής του. Αυτό οδήγησε στη χρήση *σταθμισμένων ερωτηματολογίων* για τη μέτρηση της ποιότητας της υγείας και της ζωής (Γ. Κυριόπουλος & συν. 2004). Με τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια μετριέται α) η βιολογική λειτουργικότητα των οργανικών συστημάτων, η οποία εκφράζει το παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο υγείας και δεν θεωρείται από μόνη της επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας και β) η γενική ευεξία και λειτουργικότητα του ατόμου σε τέσσερις διαστάσεις υγείας, δηλαδή την σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας (Γείτονα & συν. 2004). Επειδή ωστόσο τα ερωτηματολόγια αυτά μειονεκτούν στο ότι τα ευρήματά τους είναι αρκετά γενικά, θεωρήθηκαν αναγκαία ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε ασθένειες, ώστε να δώσουν σημαντικές κλινικές αλλαγές (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001). Τέτοια εξειδικευμένα ερωτηματολόγια είναι:

1. Υγειονομική Επισκόπηση του Νότιγγαμ, Nottingham Health Profile, NHP. Επιδιώκει την περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών γνωρισμάτων της υγείας του ατόμου συγκριτικά με την «φυσιολογική» κατάσταση. Η καταγραφή της απόκλισης στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση των ερωτώμενων.
2. Επισκόπηση Επιπτώσεων Ασθένειας, Sick Impact Profile, SIP. Η αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου εξαιτίας της ασθένειάς του είναι το ζητούμενο αυτής της μέτρησης, η οποία επίσης στηρίζεται σε υποκειμενικά δεδομένα.
3. Γενικοί δείκτες κατάταξης της Υγείας, General Health-Ratings Index, GHRI. Οι δείκτες αυτοί αξιολογούν την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, ελέγχοντας και εκτιμώντας στοιχεία από την προηγούμενη, την παρούσα και την μελλοντική κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου.
4. Κλίμακα Ευεξίας, Quality of Well-Being Scale, QWB. Πρόκειται για σταθμισμένη κλίμακα με την οποία μετριέται η ευεξία ενός «φυσιολογικού» πληθυσμού. Χρησιμοποιείται ως δείκτης συμπτωμάτων και ως δείκτης αποτελέσματος της ποιότητας υγείας.
5. Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας, Health Utilities Index, HUI. Αφορά τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής ως «γενικό εργαλείο». Εστιάζει στην περιγραφή της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ως προς τις αισθήσεις (όραση, ακοή, κτλ), τον λόγο, την γνωστική ικανότητα, την επιδεξιότητα, το συναίσθημα και τον πόνο.
6. EuroQoL, European Quality of Life Scale. Με το EuroQoL επιδιώκεται η σύντομη και περιεκτική διερεύνηση των σπουδαιότερων μεταβλητών υγείας με τη χρήση των ελάχιστων ερωτήσεων. Προβλέπει α) μια οπτική αναλογική κλίμακα όπου οι ασθενείς βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους και β) ερωτηματολόγιο όπου ο ασθενής ταξινομείται σε μία από τις 243 καταστάσεις υγείας.

Περαιτέρω για συγκεκριμένες ασθένειες όπως, ειδικές λοιμώξεις, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις κ.ά., χρησιμοποιούνται εξειδικευμένα εργαλεία – ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της Ποιότητας ζωής.

Βασικά εργαλεία στην αποτύπωση της μέτρησης της ποιότητας είναι:

- **Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος** (cause and-effect diagram/fishbone diagram/Ishikawa diagram). Με το διάγραμμα προσδιορίζονται πολλές πιθανές αιτίες ενός προβλήματος και αποτυπώνεται η πορεία του από το αίτιο στη συνέπεια.
- **Διάγραμμα ελέγχου διαδικασίας** (control chart/process behavior chart). Με το διάγραμμα αυτού του τύπου επιδιώκεται να αποτυπωθεί η ποσοτικοποίηση και η πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας.
- **Διάγραμμα Pareto** (Pareto chart). Το διάγραμμα Pareto παρουσιάζει αναλυτικά τα δεδομένα και αναδεικνύει με σαφήνεια τα πιο αξιοσημείωτα γεγονότα.
- **Διάγραμμα διασποράς** (scatter diagram). Στο διάγραμμα διασποράς επιδιώκεται να καθοριστεί η συσχέτιση δύο μεταβλητών για την εκτίμηση της ποιότητας.
- **Φύλλο ελέγχου (check sheet)**. Στο φύλλο ελέγχου συλλέγονται και αποτυπώνονται στοιχεία που δίνουν τη συχνότητα εμφάνισης συμβάντων.
- **Στρωμάτωση** (stratification) και εναλλακτικά **διάγραμμα ροής** (flowchart). Σε αυτές τις επιλογές εργαλείων κατηγοριοποιούνται τα δεδομένα, προκειμένου να φανεί πώς προκύπτει μια κατάσταση, ποιο υπόστρωμα την στηρίζει.
- **Ιστόγραμμα (histogram)**. Με το ιστόγραμμα επιχειρείται να καταγραφούν τα δεδομένα και η κατανομή τους και συγχρόνως να αποτυπωθούν σχηματικά.

2.2. Μέτρηση της αποδοτικότητας

Με δεδομένο ότι η αποδοτικότητα είναι από τα ουσιαστικότερα κριτήρια για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, των νοσοκομείων και γενικά της πολιτικής υγείας που υιοθετεί ένα κράτος η επίτευξη συγχρόνως της συγκράτησης του κόστους και της αύξησης της αποδοτικότητας προτάσσεται σε σημασία, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συνεπώς η μέτρηση της αποδοτικότητας αποκτά προτεραιότητα και αφορά τα προγράμματα και τις υπηρεσίες υγείας, τα ιατρικά μέτρα και τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους σε σχέση με τα αποτελέσματα-εκροές. Επίσης συντελείται α) σε επίπεδο προγραμμάτων υγείας και ιατρικών μέτρων και β) σε επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών με τη βοήθεια μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης (Οικονόμου Ν, Τούντας Γ, 2007).

2.2.1. Μέθοδοι μέτρησης αποδοτικότητας

Στη μέτρηση της αποδοτικότητας υιοθετούνται τρεις μέθοδοι:

- **Η μέθοδος Ανάλυσης Δεικτών (Ratio Analysis, RA),**
- **Η μέθοδος Οικονομετρικής Ανάλυσης (Regression Methods, RM)**
- **Η μέθοδος των Βέλτιστων Προτύπων (Data Envelopment Analysis, DEA)**

Οι πρώτες δύο μέθοδοι είναι παραμετρικές και επιχειρούν τον υπολογισμό της αποδοτικότητας στη βάση της απόστασης ανάμεσα στις εκτιμήσεις και τα πραγματικά μεγέθη και αφορούν την οικονομική αξιολόγηση της αποδοτικότητας. Αυτό σημαίνει με απλά λόγια ότι συγκρίνονται οι πραγματικές εκροές ή το κόστος όμοιων διεργασιών για δύο ή και περισσότερες περιπτώσεις και στη συνέχεια ελέγχεται ο βαθμός επίδρασης των εξωγενών παραγόντων στην αποδοτικότητα. Η τρίτη μέθοδος δεν είναι παραμετρική και υπολογίζει την αποδοτικότητα στη βάση της απόστασης ανάμεσα στα πραγματικά μεγέθη της υπό έρευνα μονάδας υγείας με την καλύτερη στο είδος της, μονάδα πρότυπο. Ο γραμμικός προγραμματισμός αποτελεί τη βάση της μεθόδου των Βέλτιστων Προτύπων την οποία αρχικά εισηγήθηκαν οι Charnes και άλλοι. Στη συνέχεια αναθεωρήθηκε το σύστημα των γραμμικών εξισώσεων του Farrell, που αφορούσε τη μέτρηση της αποδοτικότητας των μη κερδοσκοπικών οργανισμών.

Στο πλαίσιο του ΟΟΣΑ, η πλειονότητα των κρατών – μελών εισηγούνται απλούς δείκτες στη μέτρηση της αποδοτικότητας. Οι προτεινόμενοι δείκτες αφορούν συνήθως τα εξής (*Performance Measurement And Performance Management In Oecd Health Systems*, J. Hurst and M. Jee- Hughes, OECD, 2001):

- Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας
- Κόστος / DRG
- Κόστος / εξωτερικό ασθενή
- Κόστος / νοσηλευθέντα ασθενή
- Αριθμός περιπτώσεων μιας ημέρας προς το σύνολο των εισαγωγών
- Αριθμός χειρουργείων ημερησίως (day-surgery) προς το συνολικό αριθμό χειρουργείων και τους αναλίσκόμενους πόρους
- Αριθμός μη προσελθόντων σε προδιευθετημένες συναντήσεις εξέτασης στα εξωτερικά ιατρεία προς το σύνολο των προδιευθετημένων συναντήσεων
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
- Ημέρες Νοσηλείας
- Περιττή ή μη απαραίτητη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία

2.2.2. Μέτρηση της αποδοτικότητας με παραμετρικές μεθόδους

Σε συνθήκες μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων ενεργοποιούνται πολιτικές βελτίωσης της κοινωνικής προστασίας στον χώρο της δημόσιας υγείας. Η σαφής αποτύπωση και αξιολόγηση του κόστους στον χώρο της υγείας αποτελεί απολύτως αναγκαία ενέργεια με σκοπό να επαναπροσδιοριστεί η υγειονομική πολιτική στη βάση δύο σημαντικών δεδομένων που αφορούν α) στο υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας και β) στους περιορισμένους πόρους (Σουλιώτης, 2000). Γενικά «*Οικονομική αξιολόγηση ονομάζεται η συγκριτική ανάλυση των εναλλακτικών μέτρων και προγραμμάτων σε σχέση με το κόστος τους και τα αποτελέσματά τους*». (Οικονόμου Ν, Τούντας Γ, 2009). Χρειάζεται ωστόσο να επισημανθεί ότι η οικονομική αξιολόγηση είναι χρήσιμη, εφόσον η επιστημονική κοινότητα, το ιατρικό έργο της οποίας αφορά η αξιολόγηση αυτή, γνωρίζει και συμφωνεί με τα αποτελέσματά της (Κυριόπουλος

Γ., 1994). Επιπλέον η αξία της οικονομικής αξιολόγησης απορρέει και από τα ακόλουθα:

- Η μεθοδική ανάλυση διευκολύνει την προσέγγιση σαφών εναλλακτικών λύσεων.
- Στην οικονομική αξιολόγηση παρουσιάζεται πολύπλευρη προσέγγιση της ερευνώμενης κατάστασης.
- Η απουσία μετρήσεων αυξάνει την αβεβαιότητα σχετικά με τις τάξεις μεγέθους με απρόβλεπτες επιπτώσεις.

2. 2. 2. 1. Τα κριτήρια

Τα κριτήρια της οικονομικής αξιολόγησης είναι α) η οικονομική αποδοτικότητα και β) η κοινωνική διάσταση των προγραμμάτων υγείας. Ειδικότερα:

α) το κριτήριο της οικονομικής αποδοτικότητας αναφέρεται στην άριστη διαχείριση και κατανομή περιορισμένων οικονομικών πόρων με σκοπό τη βελτίωση της υγείας με την τεχνική και καταναμητική αποδοτικότητα. Με την αξιοποίηση της τεχνικής αποδοτικότητας το ενδιαφέρον εστιάζεται στη σύγκριση διαφορετικών τρόπων παραγωγής μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας ή προϊόντος υγείας, δηλαδή ενδιαφέρει το αποτέλεσμα που θα προκύψει από μια συγκεκριμένη χρήση πόρων και όχι οι ενδεχόμενες εναλλακτικές χρήσεις που μπορούν να έχουν οι πόροι (π.χ. το φάρμακο x ή z ενδείκνυται για την υπέρταση;). Με βάση την αξιοποίηση της τεχνικής αποδοτικότητας στην καταναμητική αποδοτικότητα το ενδιαφέρον εστιάζεται στην άριστη διαχείριση και κατανομή των πόρων ανάμεσα σε εναλλακτικές χρήσεις τους (π.χ. σε μια περιοχή να δημιουργηθεί μια μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας ή μια μονάδα πρόληψης και αντιμετώπισης της υπέρτασης;).

β) Σχετικά με το κριτήριο της κοινωνικής διάστασης των προγραμμάτων υγείας στην οικονομική αξιολόγηση χρειάζεται να αναφερθεί η δυνατότητα της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στα προγράμματα υγείας. Στο πλαίσιο αυτού του κριτηρίου προβλέπεται ισότητα

- στις δαπάνες για περιπτώσεις ίσης νοσηρότητας,
- στην πρόσβαση στις ισότιμα παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως προς τον χρόνο και το πρόγραμμα και
- στα προσδοκώμενα αποτελέσματα, δηλαδή την επίτευξη ίδιων αποτελεσμάτων υγείας για ασθενείς ίδιου νοσήματος.

Με το δεύτερο κριτήριο η οικονομική αποδοτικότητα συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη.

2. 2. 2. 2 Αναλύσεις

Η οικονομική αξιολόγηση στηρίζεται σε τέσσερις αναλύσεις με βάση τη μονάδα μέτρησης του αποτελέσματος:

1. Κόστους αποτελεσματικότητας, Cost-Effectiveness Analysis, CEA
2. Ελαχιστοποίησης κόστους, Cost-Minimization Analysis, CMA
3. Κόστους χρησιμότητας, Cost-Minimization Analysis, CUA
4. Κόστους οφέλους, Cost-Benefit Analysis, CBA

Η τεχνική αποδοτικότητα των προγραμμάτων υγείας υπολογίζεται με την πρώτη και δεύτερη ανάλυση (αναλύσεις 1 και 2). Η κατανομητική αποδοτικότητα υπολογίζεται και με τις τέσσερις αναλύσεις (Οικονόμου Ν., Τούντας Γ, 2009).

1. **Ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας (Cost-Effectiveness Analysis):** Οι υγειονομικοί προγραμματιστές χρησιμοποιούν την ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας σε μικρό- και μακρό-επίπεδο για να βρουν την καθαρή κοινωνική ωφέλεια που προκύπτει. Πλεονέκτημα επίσης της ανάλυσης αυτής είναι ότι επιλέγεται η πλέον συμφέρουσα και ανταποδοτική οικονομικά λύση ανάμεσα σε προγράμματα με διαφορετικά αποτελέσματα στον ίδιο τομέα. Αντίθετα μειονέκτημα είναι οι περιορισμοί ότι η σύγκριση πρέπει να γίνει με όμοιους δείκτες και σε υπηρεσίες με ισοδύναμο τελικό προϊόν. Έτσι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες δεν μπορεί να γίνει σύγκριση, επειδή οι δείκτες είναι διαφορετικοί, αλλά και επειδή δεν προκύπτει ισοδύναμο τελικό προϊόν από τις υπηρεσίες που εξετάζονται. Για παράδειγμα το τελικό προϊόν επεμβάσεων ανοιχτής καρδιάς δεν είναι ισοδύναμο με το τελικό προϊόν επεμβάσεων αφαίρεσης χολής και συνεπώς δεν μπορεί να συγκριθούν.
2. **Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (Cost-Minimization Analysis):** Η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους αναφέρεται σε εναλλακτικά προγράμματα. Βοηθάει στην εύρεση της πλέον συμφέρουσας, άμεσης και σύντομης λύσης από οικονομική άποψη σε εναλλακτικά προγράμματα. Μειονέκτημά της είναι ότι δεν ενδείκνυται για συγκρίσεις ανάμεσα σε εναλλακτικές υπηρεσίες που δεν έχουν ισοδύναμη αξία.
3. **Ανάλυση κόστους χρησιμότητας (cost-utility analysis):** Εξυπηρετεί κυρίως ανάγκες που συνδέονται με τη διανομή υπηρεσιών υγείας και τη διερεύνηση στοιχείων ζήτησης από τον ιδιωτικό τομέα. Τα προϊόντα της ανάλυσης αφορούν τους ασθενείς και υπολογίζονται σε μονάδες χρησιμότητας και ποιότητας της ζωής τους. Σημαντικά τέτοια προϊόντα είναι τα QALY's με τα οποία αποδίδεται ποιοτικά προσαρμοσμένη ζωή σε έτη. Αναλυτικότερα με τη χρήση των μεταβλητών της εργασίας, της ενεργητικότητας, της φυσικής κινητικότητας και του ύπνου επιδιώκεται να μετρηθεί ως προστιθέμενη αξία η βελτίωση της υγείας σε ποιοτικά χρόνια ζωής που προστίθενται. Με τα QALY's είναι δυνατόν να συνυπολογισθούν σε μια μονάδα μέτρησης τα οφέλη από τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας συγχρόνως. Επίσης στα θετικά της ανάλυσης αυτής συγκαταλέγεται και η δυνατότητα που παρέχει να αξιολογούνται διαφορετικά προγράμματα υγείας (Οικονόμου Ν, Τούντας Γ, 2007). Το τελευταίο πρακτικά συνεπάγεται ευστοχότερη επιλογή προγράμματος υγείας με χαμηλότερο κόστος.
4. **Ανάλυση κόστους ωφέλειας (Cost-Benefit Analysis).** Με την ανάλυση κόστους ωφέλειας συγκρίνονται αφενός εναλλακτικές προτάσεις που παρουσιάζουν διαφορετικό κόστος και αποτελέσματα, αφετέρου την καθαρή κοινωνική ωφέλεια για τομείς προγραμμάτων που είναι οι ίδιοι διαφορετικοί και παρουσιάζουν διαφορετικούς στόχους. Το θετικό της ανάλυσης συνίσταται στο ότι με την προαναφερθείσα σύγκριση βοηθάει στην αξιοποίηση των δημόσιων δαπανών και οικονομικών (Μάτης, Μπιρμπίλης,

Χρυσού, 2008). Βέβαια μειονέκτημα της ανάλυσης λογίζεται ότι, επειδή ασχολείται με και εφαρμόζεται στους χρηματικούς όρους, προκαλούνται προβλήματα μέτρησης και αξιοπιστίας των μετρήσεων, αφού οι βελτιώσεις στον χώρο της υγείας δύσκολα μπορεί να αποδοθούν με χρηματικούς όρους.

2.2.3. Μέτρηση της αποδοτικότητας με τη Μέθοδο των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας» (Data Envelopment Analysis, DEA)

Η μέθοδος των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας» Data Envelopment Analysis (DEA) συνίσταται σε μέθοδο γραμμικού προγραμματισμού. Στηρίζεται στις εισροές εκροές και συγκεκριμένα σε μοντέλα εισροών εκροών που εστιάζουν στη σχέση εισροών εκροών σε μια παραγωγική διαδικασία (Οικονόμου Ν, Τούντας Γ, 2007). Η σκοπιμότητα της μέτρησης αυτής είναι διπλή, επιδιώκεται δηλαδή η μεγαλύτερη δυνατή μείωση των πόρων αφενός, αφετέρου η μεγαλύτερη δυνατή αύξηση του παραγόμενου προϊόντος υγείας. Ειδικότερα α) ο πρώτος σκοπός της ελαχιστοποίησης των πόρων πραγματώνεται, όταν ένα νοσοκομείο μειώνει την ποσότητα των πόρων που διαθέτει για να παραγάγει μια ορισμένη ποσότητα προϊόντος. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός χρειάζεται να οριστεί το δείγμα αξιολόγησης και σε αυτό να υπολογιστεί το ποσοστό στο οποίο το νοσοκομείο μπορεί να προβεί σε μείωση των πόρων για την παραγωγή μιας συγκεκριμένης ποσότητας προϊόντος υγείας. β) Ο δεύτερο σκοπός της μεγιστοποίησης του προϊόντος αφορά τον υπολογισμό του ποσοστού το οποίο μπορεί ένα νοσοκομείο να αυξήσει το προϊόν υγείας διαθέτοντας συγκεκριμένη ποσότητα πόρων (Αθανασόπουλος et al, 2000).

Η μέθοδος των «Βέλτιστων Προτύπων Αποδοτικότητας» πλεονεκτεί, επειδή δίνει τη δυνατότητα να καθοριστούν ελεύθερα οι μεταβλητές των εισροών εκροών και οι συναρτήσεις παραγωγής. Ωστόσο η ίδια μέθοδος μειονεκτεί, επειδή η αξιολόγησή της αφορά τα ενδιάμεσα και όχι οπωσδήποτε τα τελικά αποτελέσματα της μονάδας υγείας (Οικονόμου Ν, Τούντας Γ, 2007). Επίσης στα σοβαρά μειονεκτήματα της μεθόδου ανήκουν η δυσκολία να προσδιοριστεί ακριβώς το προϊόν και η παραγωγή αποτελεσμάτων μειωμένης αξιοπιστίας, επειδή οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι πάρα πολλές σε αριθμό και ενδεχομένως το νοσοκομείο υστερεί σε ποιότητα και τεχνογνωσία.

Γενικά, οι μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας αναδεικνύουν α) το κόστος ως τον πρωταγωνιστικό παράγοντα που ρυθμίζει καθοριστικά την αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας, β) την ανάγκη να ελέγχεται και να συγκρατείται το κόστος με αναπροσαρμογές στη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας και στη διοικητική οργάνωση των μονάδων υγείας. Πρακτικά, στην ελληνική περίπτωση, η σχέση κόστους και υπηρεσιών υγείας οδήγησε σε αναδιατάξεις στον χώρο της οργάνωσης υγείας με την προώθηση του ανταγωνισμού μεταξύ οργανισμών κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, ώστε και ο χρηματοδότης να διαπραγματεύεται από θέση ισχύος και ο πελάτης/χρήστης των υπηρεσιών υγείας να ενισχύσει τη θέση του και τις απαιτήσεις του (Σουλιώτης, 2000). Ήδη από τη δεκαετία του 1980, η συγκράτηση του κόστους με καλή αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, επιδιώχθηκε με τον κρατικό έλεγχο της χρηματοδότησης, της οργάνωσης και της

παραγωγής υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις αναδιαμορφώσεις του. Επιπλέον επιδιώχθηκε με την προσαρμογή του συστήματος υγείας στους κανόνες της ΠΟΥ για περιστολή της δαπανηρής νοσοκομειακής περίθαλψης με αντιστάθμισμα τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας και την εισαγωγή του θεσμού του γενικού ιατρού.

2.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Θα ήταν βάσιμο να υποστηριχθεί ότι σήμερα η δημόσια υγεία αποτελεί διεπιστημονικό εγχείρημα για την προληπτική και κατασταλτική διαχείριση των παραγόντων/συντελεστών που απειλούν την υγεία του πληθυσμού με σκοπό τη βελτίωσή της (Κουρέα – Κρεμαστινού, 2010). Διαγραμματικά, σταθμοί εξέλιξης στη δημόσια υγεία διεθνώς μπορεί να θεωρηθούν οι εξής:

Περίοδοι	Δράσεις-Επιρροές
Προστασία Υγείας (αρχαιότητα-1830)	Η εμφάνιση της ασθένειας μπορεί να προληφθεί με ρύθμιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς
Μολυσματικότητα (1840-1870)	Έλεγχος των περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση της ασθένειας
Μεταδοτικότητα (1880-1930)	Ανάπτυξη μικροβιολογίας (germ theory). Αναβάθμιση υποδομών για την υγιεινή των υδάτων, προγράμματα εμβολιασμού κτλ.
Προληπτική Ιατρική(1940-1960)	Επίκεντρο οι ομάδες υψηλού κινδύνου για την πρόληψη και την θεραπεία ασθενειών. Βάσεις κλινικής παθολογίας
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (1970-1980)	Πρωτοβουλίες ΠΟΥ: “Υγεία για Όλους”, “Υγιείς Πόλεις”. Έμφαση στην πρόληψη. Μείωση των ανισοτήτων, ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Έμφαση στην παγκόσμια συνεργασία .
Προαγωγή Υγείας (1990-σήμερα)	Προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας. Ενίσχυση ενός υγιέστερου τρόπου ζωής. Εκπαίδευση και ενημέρωση του κοινού για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας τους μέσω υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών και συνηθειών

Πηγή: Awofeso N, (2004). What’s New About the “New Public Health”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, no5.

Βιβλιογραφικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι για πρώτη φορά το αίτημα για δημόσια υγεία διατυπώνεται από τον ιατρό Peter Frank στο έργο του *System of a Complete Medical Policy*, 1779, όπου θεωρεί αναγκαίο η πολιτεία με νομοθετήματα να αναλάβει δράση για την προστασία της υγείας του πληθυσμού. Βέβαια το αίτημα για τη συνολική διαχείριση της υγείας ενός πληθυσμού ανιχνεύεται πολύ νωρίς και θα λέγαμε πως συνδέεται πρωτογενώς με την ίδια την ύπαρξη της πολιτικής κοινωνίας. Άλλωστε σε όλες τις κοινωνίες ακόμα και τις πρωτόγονες οι άνθρωποι προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν συλλογικά ασθένειες, θνησιμότητα, συνθήκες επιβίωσης σε νερό, ενέργεια, επιθέσεις ζώων, φυσικές καταστροφές, απορρίμματα κτλ. Ενδεικτικά και ο Πλάτωνας διατυπώνει το αίτημα της φροντίδας για την υγεία των ανθρώπων στο πλαίσιο της ιδανικής πολιτείας στο έργο του «Πολιτεία», αλλά και ο Αριστοτέλης σε πολλά σημεία των «Πολιτικών» αναφέρεται στη δημόσια υγεία, όταν ζητά προγεννητικό έλεγχο των ζευγαριών και εισηγείται την ευγονική ή όταν θέτει τις αρχές της οικιστικής/χωροταξικής δόμησης της πόλης με σκοπό την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

Από την άλλη, τα διεθνή, ευρωπαϊκά και εθνικά δεδομένα οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού ενδιαφέροντος καθιστούν τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα ένα χώρο με πολλές αντινομίες, όπου καταγράφονται δυναμικές ανάπτυξης που ανταποκρίνονται στις σημερινές απαιτήσεις αλλά και εμπόδια και ανασχετικές δυνάμεις που υπονομεύουν την αποτελεσματικότητα σχεδιασμών και πρακτικών. Τα δεδομένα για την υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα είναι ανησυχητικά («Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2007-2017» του Υπουργείου και [Health at a glance: Europe 2014](#)). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της δημόσιας υγείας κρίνεται αναγκαίο να ελέγχεται η ποιότητα, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας, όπως επιτάσσουν άλλωστε και οι αρχές του σύγχρονου management, γιατί ο ανατροφοδοτικός για την επιχείρηση χαρακτήρας της μέτρησης της ποιότητας επιτρέπει τη βελτίωση του περιβάλλοντος (διοικητικό, εργαζομένων, προμηθευτών, θεσμικό, κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό) σύμφωνα με τον Τσιότρα (1995, 2002).

Ειδικά η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας φαίνεται ήδη ως ζητούμενο στον όρκο του Ιπποκράτη. Στην νεότερη εποχή η Αγγλίδα Florence Nightingale στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, στο Κριμαϊκό πόλεμο, πρωτοπόρα θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική με επίκεντρο την ποιότητα των υπηρεσιών. Στον 20^ο αιώνα ο Ernest Avery Codman χειρουργός, εστίασε στην ποιότητα των θεραπειών, ο A.Flexner καθιέρωσε πρότυπα λειτουργίας για τις ιατρικές σχολές και το 1918 εισάγεται άτυπα η αξιολόγηση στα Νοσοκομεία με το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης, για να ιδρυθεί το 1952 η Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Roberts Js, Coale Jg, Redman Rr. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987, 258:936-940). Η συστηματική αξιολόγηση καθιερώνεται στην Αμερική το 1960-70.

Στη συνέχεια η μεγάλη τομή στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποδίδεται στον Avedis Donabedian (1980), που μελέτησε την ποιότητα ως προς τις «σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα» και την όρισε ως την αναγκαία φροντίδα και μέριμνα με σκοπό τις μέγιστες τιμές στην καλή υγεία και την ευεξία του ασθενούς, υπολογίζοντας συγχρόνως τα οφέλη και τις απώλειες κατά τη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης. Υποστήριξε ότι η παροχή της φροντίδας υγείας παρουσιάζει α) το τεχνικό, β) το διαπροσωπικό μέρος και γ) την

ξενοδοχειακή υποδομή. Επίσης, ο Donabedian (1988) ασχολείται με την ποιότητα της περίθαλψης ολιστικά.

Ο Donabedian («The Seven Pillars of Quality», 1990) θεωρεί αποφασιστικά για την ποιότητα: την *Κλινική αποτελεσματικότητα*, την *Αποτελεσματικότητα*, την *Αποδοτικότητα*, τη *Βελτιστότητα*, την *Αποδεκτικότητα*, την *Νομιμότητα* και την *Δίκαιη κατανομή ωφελειών*. Συγκεκριμένα η ποιότητα στο χώρο της υγείας συνδέεται με τις υπηρεσίες υγείας που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 1990, OECD, 2004, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- WHO, 1993, Τούντας, 2008, *Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών*-Institute of Medicine Committee, Nelson, 1996).

Παράλληλα με την ποιότητα και η αποδοτικότητα είναι πολύ σημαντική στην αξιολόγηση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας, γιατί συνδέεται με τον έλεγχο και την κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων, σύμφωνα με τους Evans D. et al, 2001. Η σύγκριση γίνεται συνήθως με ποσοτικούς όρους εισροών και εκροών, ή με όρους αξιών κόστους, εσόδων ή κέρδους και αποβλέπει στην ορθολογική κατανομή και διαχείριση των πόρων για να παραχθούν υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία. Επίσης οι Koopman και Debreu ασχολούνται στις πρώτες εργασίες τους (1951) με τη μέτρηση της αποδοτικότητας, ενώ οι Cunningham SJ., 2001 & Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G., 2002 καταλήγουν σε δύο κατηγορίες αποδοτικότητας, την τεχνική και την καταναλωτική αποδοτικότητα. Η αποδοτικότητα μετριέται με τη μέθοδο Ανάλυσης δεικτών, τη μέθοδο Οικονομικής Ανάλυσης και με τη μέθοδο των Βέλτιστων Προτύπων. Οι πρώτες δύο μέθοδοι είναι παραμετρικές κατά Athanassopoulos A, Ballantine J. (1995), ενώ η τρίτη μη παραμετρική κατά Charnes A, Cooper Ww, Rhodes E.(1978).

Κεφάλαιο Τρίτο

Μεθοδολογία

Μέσα από την ιστορική επισκόπηση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας συνάγεται ότι αρχικά η αξιολόγηση βασίστηκε στη σύνθεση των αποτελεσμάτων των μικρο-αξιολογήσεων (micro-evaluations) οι οποίες αναφέρονταν σε επιμέρους αναλύσεις κόστους αποτελεσματικότητας και κόστους οφέλους προγραμμάτων υγείας. Λόγω όμως των περιορισμών που έχουν ανακύψει σήμερα οι επιμέρους αναλύσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν, μόνο αν θεωρηθεί ότι βοηθούν στην υλοποίηση ενός ευρύτερου σχεδίου αξιολόγησης. Στην παρούσα εργασία μεθοδολογικά συμπεριλάβαμε τις βασικές αρχές που χρειάζεται να διέπουν υπό τις σημερινές συνθήκες την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας.

3.1. Μεθοδολογικές αρχές αξιολόγησης του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στην παρούσα εργασία

Οι βασικές αρχές που κατηύθυναν την παρούσα εργασία στην αξιολόγηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι:

1. Ο προσδιορισμός του συγκεκριμένου αντικειμένου αξιολόγησης, δηλαδή του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη, το οποίο ανήκει στην τρίτη (3^η) ΥΠΕ Μακεδονίας.
2. Ο προσδιορισμός του εύρους της αξιολόγησης. Η αξιολόγηση αφορά συνολικά τη λειτουργία του συγκεκριμένου Νοσοκομείου, δηλαδή την Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική και τεχνική ή Ξενοδοχειακή Υπηρεσία του στα δεκαεπτά χρόνια λειτουργίας του, 2000-2016.
3. Η σύνδεση της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας με το κοινωνικό, πολιτικό, και πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί και από το οποίο επηρεάζεται.
4. Ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ισότητας, της ποιότητας και της ανταποκρισιμότητας. (Arah 2003), ως κατεξοχήν κριτηρίων που παρουσιάζουν με αξιοπιστία τη συνολική απόδοση (overall performance) της μονάδας υγείας.
5. Χρήση προτύπων απόδοσης και αντίστοιχων δεικτών (Arah, 2003): α) από τον κύκλο πολιτική απόφαση – σχεδιασμός – χρηματοδότηση – εφαρμογή (policy – planning – budgeting implementation circle), β) από τον κύκλο παρατηρήσεων σχετικά με τους νόμους, την κοινωνική πολιτική, τους κανονισμούς λειτουργίας, την κλινική πρακτική, τη διοίκηση, την οικονομική δραστηριότητα και το κόστος της υγείας, γ) από τον κύκλο επιλογών και προτιμήσεων των πολιτών.
6. Χρήση ποσοτικών και ποιοτικών κριτηρίων στην αξιολόγηση. Με τα ποσοτικά κριτήρια αντικείμενο προσέγγισης υπήρξαν οι εισροές, όπως η αναλογία ειδικών και γενικών ιατρών, συνολικές δαπάνες για την υγεία και παρόμοια, οι ενδιάμεσες εκροές, με δείκτες χρήσης των υπηρεσιών υγείας και παραγόμενων προϊόντων, και τα αποτελέσματα με δείκτες υγείας του πληθυσμού. Με τα ποιοτικά κριτήρια εξετάζονται στοιχεία όπως οι σπουδές

των ιατρών, η εμπειρία τους στο αντικείμενό τους και παρόμοια. Βέβαια όλα αυτά σε συνεξέταση με γενετικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς συντελεστές, καθώς ο χώρος της υγείας είναι εξαιρετικά πολυπαραγοντικός. Μάλιστα με δεδομένο ότι αυξάνεται η συχνότητα και το κόστος οργανωτικών αλλαγών, όπως νέοι τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομείων, συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων, προγράμματα ποιότητας, προγράμματα ελέγχου της ποιότητας και επιθεωρήσεων των νοσοκομείων κ.ά., οι κοινωνικές αξιολογήσεις (social evaluations) συμβάλλουν στην αντικειμενικότερη αποτύπωση της αξιολόγησης της νοσοκομειακής μονάδας.

3.1.1. Τα εργαλεία της έρευνας

Δείκτες

Στην προσέγγιση της ποιότητας και αποδοτικότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου θα αξιοποιήσουμε:

A) Στην εξέταση της ποιότητας, δείκτες δομής διαδικασίας και αποτελέσματος του Donabedian, όπως **στους δείκτες δομής** πόρους, προσωπικό, εξοπλισμό και εγκαταστάσεις, **στους δείκτες διαδικασίας** προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση και Εκπαίδευση και **στους δείκτες αποτελέσματος** κατάσταση υγείας, αποτελέσματα φροντίδας, κατάσταση καλής υγείας ασθενούς, ικανοποίηση ασθενούς και αποδοτικότητα χρήσης πόρων. Θα επιδιώξουμε να αποτυπώσουμε αντικειμενική εικόνα της ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου μέσα από την ομαδοποίηση των χαρακτηριστικών ποιότητας που προσφέρει στον χώρο της υγείας ως προς τους ιατρικούς δείκτες της αξιοπιστίας, της επαγγελματικότητας/επιδεξιότητας, της εμπάθειας (empathy), της διασφάλισης, των βασικών ιατρικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τα οφέλη που έχει, της ανταποκρισιμότητας και των στοιχείων υποδομής που συνοδεύουν την παροχή υπηρεσίας υγείας.

Η αποτύπωση της μέτρησης της ποιότητας θα συνοδευτεί με τα προβλεπόμενα από τις μετρήσεις αυτές διαγράμματα, όπως αιτίας-αποτελέσματος, ελέγχου διαδικασίας, Pareto, διασποράς, φύλλου ελέγχου, στρωμάτωσης και εναλλακτικά διάγραμμα ροής και ιστογράμματος.

B) Στην εξέταση της αποδοτικότητας

Στη μέτρηση της αποδοτικότητας αξιοποιούμε τις μεθόδους Ανάλυσης Δεικτών (Ratio Analysis, RA), Οικονομετρικής Ανάλυσης (Regression Methods, RM) και των Βέλτιστων Προτύπων (Data Envelopment Analysis, DEA). Με τις πρώτες δύο μεθόδους, που είναι παραμετρικές, επιχειρούμε την οικονομική αξιολόγηση της αποδοτικότητας. Με την τρίτη μέθοδο υπολογίζουμε την αποδοτικότητα στη βάση της απόστασης ανάμεσα στα πραγματικά μεγέθη της υπό έρευνα μονάδας υγείας με την καλύτερη στο είδος της, μονάδα πρότυπο. Θα προσεγγίσουμε απλούς δείκτες στη μέτρηση της αποδοτικότητας σχετικά με:

Το Σύνολο κλινών

Τις Ενεργές κλίνες

Τον αριθμό των Χειρουργικών επεμβάσεων

Τους Εσωτερικούς ασθενείς

Τις Ημέρες νοσηλείας & τη μέση διάρκεια νοσηλείας

Τους Εξωτερικούς ασθενείς/ΤΕΙ & ΤΕΠ

Τους Εργαζόμενους

Την Πληρότητα
Την Περίθαλψη προσφύγων
Τη Μέση ημερήσια επισκεψιμότητα
Και τη βελτίωση των υποδομών του για τον ασθενή

Οι δείκτες χρησιμοποίησης νοσοκομείων εκτός από το ενδιαφέρον που παρουσιάζουν για την έρευνα των υπηρεσιών υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την Οικονομία της Υγείας, αφού η διαμόρφωση του Νοσοκομειακού Κόστους έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται από τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, το Ποσοστό Κάλυψης των Κλινών, τον Αριθμό των Κλινών και τον Αριθμό των Ασθενών ανά Κλινική.

3.2 Σκοπός-Στόχοι της έρευνας

Ζητούμενο της έρευνας αυτής είναι στο πλαίσιο της να αποτυπωθούν τα δεδομένα ποιότητας και αποδοτικότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου σε όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του. Ειδικότερα να φανεί η διακύμανση της ποιότητας και αποδοτικότητάς του από την έναρξη της λειτουργίας του το 2000, την ενσωμάτωση πανεπιστημιακών κλινικών το 2004, και την περίοδο κρίση στη χώρα μας, δηλαδή από το 2009 ως το 2017. Η έρευνες τέτοιου τύπου κρίνονται αναγκαίες για την προώθηση της δημόσιας υγείας. Η αποτύπωση στοιχείων και μετρήσεων:

- συμβάλλει στη χαρτογράφηση του συστήματος υγείας με ειδικά στοιχεία,
- λειτουργεί ανατροφοδοτικά στην ίδια την υπό μελέτη νοσοκομειακή μονάδα προσανατολίζοντάς την σε πιθανούς τρόπους βελτίωσης των μεγεθών της.

Συνάμα η αξιολόγηση μερική είτε ολική ενός Νοσοκομείου δρα παραδειγματικά για τα υπόλοιπα και διαφωτιστικά για το κοινό και την κοινή γνώμη. Η έρευνα συνεπώς της ποιότητας και αποδοτικότητας στο Γ. Ν. Παπαγεωργίου αποβλέπει σε αυτή τη συνεισφορά στοιχείων προς πολλές κατευθύνσεις.

3.3. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώνονται στην παρούσα εργασία μπορούν να κωδικοποιηθούν στα εξής:

- ✓ Ποια είναι η γενική εικόνα της ποιότητας και της αποδοτικότητας του Γ. Ν. Παπαγεωργίου σε όλη την πορεία της λειτουργίας του ως σήμερα;
- ✓ Με δεδομένη την οικονομική κρίση των ετών 2009 κ.ε., πώς διαμορφώνονται οι δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας, ποια διακύμανση παρουσιάζουν, πώς επηρεάζουν την γενική εικόνα ποιότητας και αποδοτικότητας της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας πριν και μετά την κρίση και με ποιο κόστος;
- ✓ Η ολοένα αυξανόμενη ροή (ανασφάλιστων) ασθενών συνολικά, η οριακή κάλυψη της μισθοδοσίας του (ελαφρώς μειωμένου αριθμητικά) προσωπικού μέσω των επιχορηγήσεων και οι μεσοπρόθεσμοι, μακροπρόθεσμοι στόχοι-προγραμματισμοί (άνοιγμα νέων κλινικών, εμπλουτισμός-βελτίωση εξοπλισμού, ιατρονοσηλευτικές εξειδικεύσεις κλπ) που έχει θέσει το νοσοκομείο, πώς θα επηρεάσουν την ποιότητα με το πέρασμα των ετών, τα έξοδα-έσοδα καθώς και ποιες είναι οι αναμενόμενες ενδεχομένως ενέργειες που η διοίκηση οφείλει να προβεί (υπό τις δεδομένες εξωγενείς επιδράσεις)

ώστε να ενισχύσει την ποιότητα και την αποδοτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας;

- ✓ Τα ολοένα αυξανόμενα έσοδα (και έξοδα) από πώληση υπηρεσιών (κλιμακούμενη ζήτηση) (απογευματινά ιατρεία κλπ) με επιχορηγήσεις που οριακά καλύπτουν τα έξοδα μισθοδοσίας, και η ολοένα αύξηση των ανασφάλιστων ασθενών ιδίως τα τελευταία έτη, σε ποιες ενέργειες ωθούν την διοίκηση ώστε: να διατηρήσει αν όχι βελτιώσει την ποιότητα αποδοτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, να διεκδικήσει περαιτέρω πόρους (ιδίως από το κράτος), να διατηρήσει-βελτιώσει τις προϋποθέσεις συνθηκών του προσωπικού που εγγυώνται την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες;

Κεφάλαιο Τέταρτο

Δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

«Ο θεμελιώδης δομικός λίθος του Συστήματος Υγείας» (Γούλα,2007) είναι το νοσοκομείο, ιδιαίτερα σήμερα στο πλαίσιο της ανάπτυξης των βιοϊατρικών και βιογενετικών επιστημών. Ως συνέχεια του προαναφερθέντος χαρακτηρισμού το νοσοκομείο αποτελεί «το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρωπίνων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο, με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικό μηχανισμό του συστήματος εκπαίδευσης, σε κάθε χώρα, για τα επαγγέλματα υγείας» (Γούλα,2007). Σύμφωνα με άλλους μελετητές το νοσοκομείο ορίζεται ως το σύνολο των ανθρωπίνων και υλικών πόρων που αξιοποιούνται με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο σύνολο ενός πληθυσμού (Παναγιώτου- Μπρούντζου, Παναγιώτου, 2007). Ως εκ τούτου το Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα εννοείται ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Γούλα, 2007) όπου αναλαμβάνονται και διεκπεραιώνονται δραστηριότητες ιατρικού και νοσηλευτικού χαρακτήρα στη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών (Μποστάνιτης, Τσαλίδου, 2008) και ενδεχομένως και στην πρόληψη ασθενειών. Τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις επιλογές του κράτους, το οποίο είναι και ο διαχειριστής τους με το σύνολο των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που το χαρακτηρίζει γενικά στον τρόπο με τον οποίο οργανώνει και διοικεί όλες τις δημόσιες υπηρεσίες στην Ελλάδα και συνεπώς και της υγείας.

Τα συνήθη γνωρίσματα στην οργάνωση και τη λειτουργία των νοσοκομείων που απορρέουν από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο παραπέμπουν στην αναποτελεσματικότητα της διοίκησης η οποία προκαλεί διογκωμένη γραφειοκρατία, διαφθορά, φυγοπονία, αδιαφορία και τελικά ταλαιπωρία για τους πολίτες που δυσκολεύονται στην εξυπηρέτησή τους. Τα προαναφερθέντα μαζί με την ανεπαρκή εκπαίδευση του προσωπικού και τη συχνά αναξιοκρατική πρόσληψή του συνθέτουν την αρνητική εικόνα των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Διορισμοί που έγιναν χωρίς να υπαγορεύονται από καταγεγραμμένες πραγματικές ανάγκες και χωρίς τα απαιτούμενα προσόντα οδηγούν σε ανεπαρκές και αναποτελεσματικό προσωπικό, σε περιθωριοποίηση ικανών και προσοντούχων στελεχών και σε μειωμένης αποτελεσματικότητας λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων και των υπηρεσιών τους. Στον καιρό της κρίσης μάλιστα οι μισθολογικές περικοπές και η μισθολογική ισοπέδωση του προσωπικού μαζί με την απουσία αντικειμενικής αξιολόγησης αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και καταδικάζουν τις μονάδες και τα στελέχη τους σε «εφησυχασμένη αναποτελεσματικότητα» (Μποστάνιτης, Τσαλίδου, 2008).

4.1. Περιγραφή Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» είναι Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα το οποίο συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα καλύτερα Νοσοκομεία της Ελλάδας και το οποίο φέρει μοναδικές διακρίσεις χάρη στις πρωτοποριακές υπηρεσίες του, τον υπερσύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που διαθέτει και τις καινοτομίες που εισάγει στην καθημερινή ιατρονοσηλευτική πράξη, ενώ σύμφωνα και με έρευνα του υπουργείου υγείας είναι το πρώτο σε αποδοτικότητα στην χώρα. Το Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου» είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και αποτελεί την πραγμάτωση του οράματος των αδελφών Παπαγεωργίου για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Βόρεια Ελλάδα. Βρίσκεται στην ΒΔ πλευρά της Θεσσαλονίκης, στον Δήμο Παύλου Μελά, απέναντι από την περιοχή της Νέας Ευκαρπίας, παρακείμενο στην περιφερειακή οδό. Έχει δομημένη επιφάνεια 75.000μ² εντός οικοπεδικής έκτασης 150 στρεμμάτων. Συγκροτείται από 24 κλινικές του ΕΣΥ και Πανεπιστημιακές Α.Π.Θ, 6 ειδικά τμήματα, 8 εργαστήρια, μονάδα εντατικής θεραπείας, τμήμα επειγόντων περιστατικών, μονάδα βραχείας νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία, και διαθέτει περίπου 800 κλίνες. Απασχολεί περί τους 1560 εργαζόμενους και χαρακτηρίζεται από πληρότητα πάνω από 95% επί σειρά ετών. Για 14 και πλέον συναπτά έτη προσφέρει υψηλές υπηρεσίες τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης (πρόληψη-διάγνωση-θεραπεία) και εκπαίδευσης (ιατρικές ειδικότητες, πρακτική άσκηση νοσηλευτών και φοιτητών ιατρικής, ειδικά ερευνητικά, επιμορφωτικά προγράμματα για ιατρούς, νοσηλευτές, πανεπιστημιακά μαθήματα φοιτητών ιατρικής Α.Π.Θ, ιατρικά συνέδρια, διαλέξεις, ημερίδες) και αποτελεί σημείο αναφοράς για τον τομέα της υγείας στη Βόρεια Ελλάδα.

4.2. Ανάλυση δεικτών Ποιότητας και συγκριτικοί πίνακες

ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΟΜΗΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ - ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Η Συνολική Δυναμικότητα είναι: 800 κλίνες (69 εντατικές, 25 ανανήψεις)

Η Δομημένη Επιφάνεια είναι: 75.000 μ².

Η Οικοπεδική Έκταση: 150.000μ².

Η Χωρητικότητα Θαλάμων: 1-2-4 κλίνες.

Ειδικά χαρακτηριστικά:

- Βιοκλιματική Αρχιτεκτονική
- Εκμετάλλευση φυσικού φωτισμού
- Δομημένη καλωδίωση Φωνής και Data
- Σύστημα κεντρικού ελέγχου κτιρίων και Η/Μ εγκαταστάσεων (BMS) 4.000 σημείων
- Ελικοδρόμιο
- Υποδομή για τη δυνατότητα επιλογής μενού φαγητών από ασθενείς και τη διατήρηση υψηλών προτύπων υγιεινής (σύστημα Cook & Chill)
- Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (E.R.P.) εγκατεστημένο σ' όλο το Νοσοκομείο. Επιπλέον, σαν υποσυστήματα λειτουργούν, HIS, RIS, LIS
- Ψηφιακή επεξεργασία και διαχείριση των διαγνωστικών απεικονίσεων
- Πνευματικό και ηλεκτρονικό ταχυδρομείο
- Σύγχρονο σύστημα τηλεϊατρικής και τηλεδιασκέψεων

- Κλειστό κύκλωμα TV στα χειρουργεία με εικόνα και ήχο διαθέσιμα στις αίθουσες διασκέψεων (Meeting Rooms) και στο αμφιθέατρο
- Δύο αξονικοί τομογράφοι, συγκρότημα Μαγνητικού Συντονισμού, τρεις (3) γ' κάμερες με 5 συνολικά κεφαλές, όλα σύγχρονης τεχνολογίας
- Στεφανιογράφος δύο επιπέδων
- Αγγειογράφος-Γ'
- Δύο (2) Μαστογράφοι-Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας
- Δύο (2) γραμμικοί επιταχυντές φωτονίων και ηλεκτρονίων και HDR βραχυθεραπεία για την ακτινοθεραπευτική καταπολέμηση όγκων
- Συγκρότημα πλύσης και απολύμανσης των κρεβατιών και των στρωμάτων των ασθενών
- 456 μηχανήματα κύριου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Απολογισμός 2016 του ΓΝΠ)
- Πορεία τεχνολογικού εκσυγχρονισμού από το 2011 ως το 2016:
2011: Εφαρμογή διαδικτυακών υπηρεσιών για καθορισμό ραντεβού, όλο το 24ωρο (www.gnpap.gr).
- 2012: Εγκατάσταση μαγνητικού τομογράφου υπερσύγχρονης τεχνολογίας (3 Tesla), η οποία και κατατάσσει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου μέσα στα είκοσι Νοσοκομεία σε παγκόσμια κλίμακα.
- 2013: Έναρξη εγκατάστασης συστήματος συμπαραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας και ζεστού νερού.
Εγκατάσταση σύγχρονου συγκροτήματος γραμμικού επιταχυντή στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
- 2014: Έναρξη εγκατάστασης έργου ψηφιακής σύγκλισης για τους ασθενείς και το προσωπικό του νοσοκομείου.
- 2015: Εγκατάσταση συστήματος PET/CT, μίας σύγχρονης μεθόδου ογκολογικής απεικόνισης που συμβάλλει στον πρωιμότερο και ακριβέστερο χαρακτηρισμό νεοπλασματικών εστιών, καθώς και την αξιολόγηση σε σχέση με τη θεραπεία τους.
- 2016: Εφαρμογή της πρωτοποριακής μεθόδου διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας από το επιστημονικό προσωπικό του αιμοδυναμικού εργαστηρίου.

Οργάνωση/Διοίκηση

Το Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» για την πληρέστερη παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι οργανωμένο σε τέσσερις βασικούς τομείς υπηρεσιών και σε εφτά διευθύνσεις:

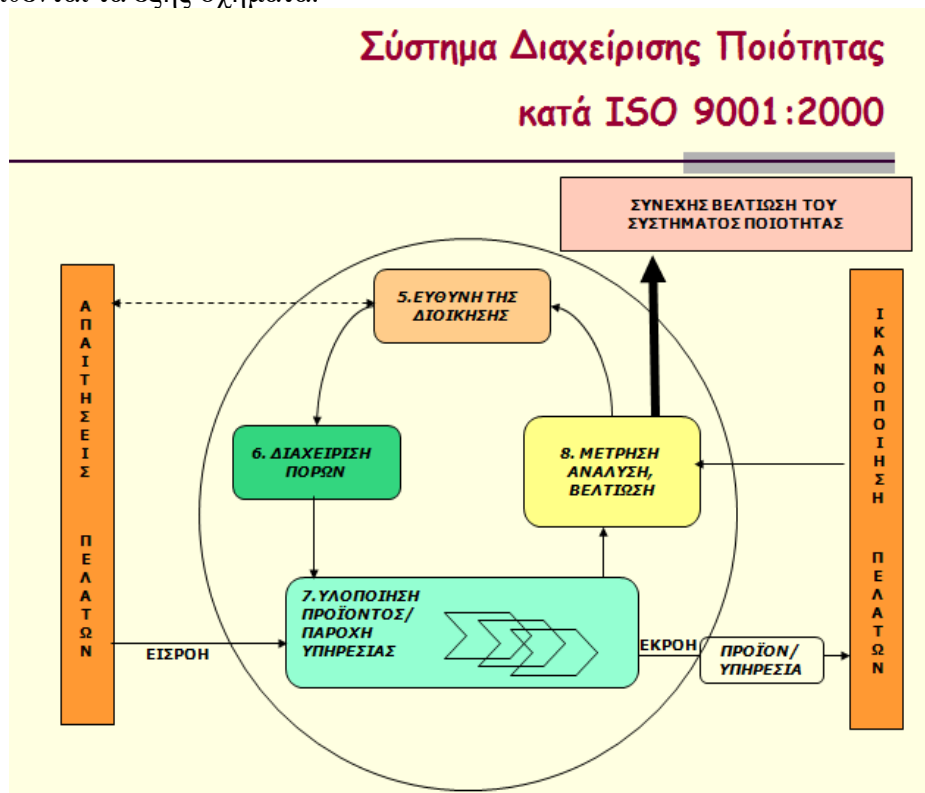
Υπηρεσίες

1. Ιατρική Υπηρεσία
2. Νοσηλευτική Υπηρεσία
3. Διοικητική Υπηρεσία
4. Τεχνική ή Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Διευθύνσεις

1. Ιατρική Διεύθυνση
2. Νοσηλευτική Διεύθυνση
3. Διοικητική Διεύθυνση
4. Οικονομική Διεύθυνση
5. Τεχνική Διεύθυνση
6. Διεύθυνση Πληροφορικής
7. Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας

Στην ηλεκτρονική σελίδα της Διεύθυνσης Ελέγχου Ποιότητας του Νοσοκομείου προτάσσεται η πληροφορία ότι « Η προσέγγιση της Διεύθυνσης Ελέγχου Ποιότητας στηρίζεται σε τεκμηριωμένες αρχές του επιστημονικού αντικειμένου, καθώς και πρακτικές ευρέως διαδεδομένες, όπως ο κύκλος του Deming (P-D-C-A) και η φιλοσοφία του προτύπου ISO 9001 που αποδίδονται σχηματικά παρακάτω» και παρατίθενται τα εξής σχήματα:



Πίνακας 8:Σύστημα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO 9001: 2000

Πιστοποίηση ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008

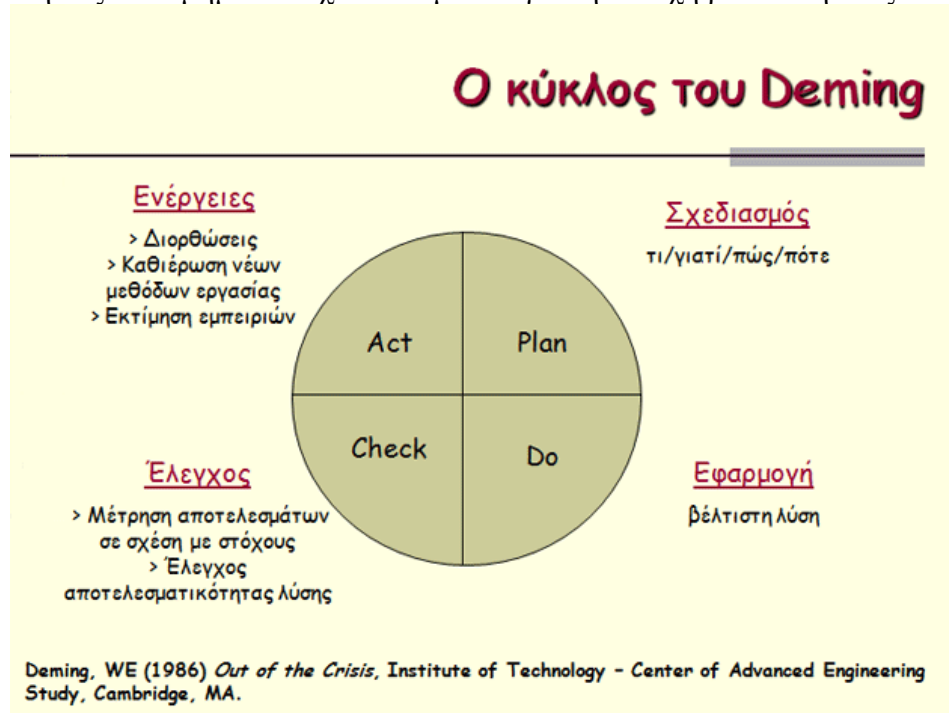
Νεφρολογικό Τμήμα
 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής
 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
 Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο
 Πανεπιστημιακή Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας
 Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζα Κρυοσυντήρησης

Το Γ.Ν.Παπαγεωργίου έχει ήδη πιστοποιήσει τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας που έχουν αναπτυχθεί σε πέντε διαφορετικά τμήματά του ως σήμερα. Οι εξωτερικές επιθεωρήσεις του διαπιστευμένου φορέα TUV Hellas επιβεβαιώνουν την πλήρωση των απαιτήσεων του προτύπου ISO 9001:2008 στα επιμέρους τμήματα στους παρακάτω ενδεικτικούς τομείς:

- παρακολούθηση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (τήρηση log books, προγραμματισμός και υλοποίηση προληπτικής συντήρησης, διακριβώσεις μετρητικού εξοπλισμού)
- παρακολούθηση εκπαίδευσης προσωπικού (ανίχνευση αναγκών, προγραμματισμός, υλοποίηση, αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων)

- ο παρακολούθηση δεικτών (προσδιορισμός στόχων και έλεγχος επίτευξης αυτών)
- ο καταγραφή αστοχιών, λήψη μέτρων (διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες, αξιολόγηση)
- ο μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ασθενών/συνοδών
- ο συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- ο έλεγχος εγγράφων και αρχείων
- ο προγραμματισμένες εσωτερικές επιθεωρήσεις

Τα συστήματα εφαρμόζονται από το προσωπικό των τμημάτων κατά περίπτωση, ενώ οι Διοικήσεις των τμημάτων έχουν δεσμευτεί για τη συνεχή βελτίωσή τους.



Πίνακας 9: Ο κύκλος του Deming

Επιπλέον στην ηλεκτρονική σελίδα του νοσοκομείου αναγράφονται ενδεικτικά τα έργα τα οποία έχει συντονίσει το Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας ή βρίσκονται σε εξέλιξη. Τα έργα αυτά σύμφωνα με τα στοιχεία από το Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας είναι:

1. Καταγραφή διοικητικών διαδικασιών στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
2. Σύνταξη "Οδηγού Ασφαλιστικών Φορέων" - Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
3. Έρευνα ικανοποίησης εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών
4. Έρευνα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών της Β' ΜΕΝΝ: η γνώμη των γονιών
5. Σχεδιασμός, υλοποίηση και συνεχής βελτίωση του ΣΔΠ στο Νεφρολογικό Τμήμα – Πιστοποίηση κατά ISO 9001
6. Σχεδιασμός, υλοποίηση και συνεχής βελτίωση του ΣΔΠ στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών - Πιστοποίηση κατά ISO 9001
7. Σχεδιασμός, υλοποίηση και συνεχής βελτίωση του ΣΔΠ στο Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο - Πιστοποίηση κατά ISO 9001

8. Σχεδιασμός, υλοποίηση και συνεχής βελτίωση του ΣΔΠ στο Τμήμα Ιατρικής Φυσικής/Ακτινοφυσικής - Πιστοποίηση κατά ISO 9001
9. Σχεδιασμός, υλοποίηση και συνεχής βελτίωση του ΣΔΠ στην Πανεπιστημιακή Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας - Πιστοποίηση κατά ISO 9001

Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου

Το κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας του Νοσοκομείου, περιλαμβάνει τη λειτουργία τμήματος Εσωτερικού Ελέγχου, το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα και συμβουλευτικά προς τη Διοίκηση, με σκοπό τη βελτίωση των λειτουργιών του, τη βελτίωση των υφισταμένων διαδικασιών διαχείρισης κινδύνων, ελέγχου και τελικά στην επίτευξη των στόχων του Νοσοκομείου. Η εφαρμογή του εσωτερικού ελέγχου, σε συνδυασμό με Διοίκηση αποτελεί μέσο αποτελεσματικής εταιρικής διακυβέρνησης που διασφαλίζει τη αποδοτική λειτουργία του Νοσοκομείου και την διαφάνεια των πεπραγμένων της Διοίκησης. (Ετήσιος Απολογισμός 2013, Γ.Ν. Παπαγεωργίου). Ειδικότερα σύμφωνα με τον ετήσιο σχεδιασμό εσωτερικού ελέγχου του Νοσοκομείου για το έτος 2013, οι έλεγχοι είναι:

- ο Λογιστικοί έλεγχοι: Αποφέρουν την ασφάλεια του ενεργητικού της επιχείρησης, καθώς και την αξιοπιστία των οικονομικών στοιχείων.
- ο Διαχειριστικοί και Διαδικαστικοί έλεγχοι: Αξιολογούν την επάρκεια του συστήματος διαδικασιών και του ελέγχου του οργανισμού για την επίτευξη των στόχων και αφετέρου τη συμμόρφωση προς τις πολιτικές και την εφαρμογή των διαδικασιών λειτουργίας και ελέγχου του οργανισμού.
- ο Διοικητικοί έλεγχοι
- ο Έκτακτοι έλεγχοι για την εκτίμηση, πρόληψη και εντοπισμό απάτης.

Παράλληλα με τη διοικητική δομή το Νοσοκομείο ευαισθητοποιείται και σε δράσεις ευρωπαϊκού ενδιαφέροντος με σκοπό την προώθηση της κουλτούρας αυτοβελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέτοια δράση είναι και η συμμετοχή του στο δίκτυο PATH.

Δείκτες PATH και Γ.Ν.Παπαγεωργίου

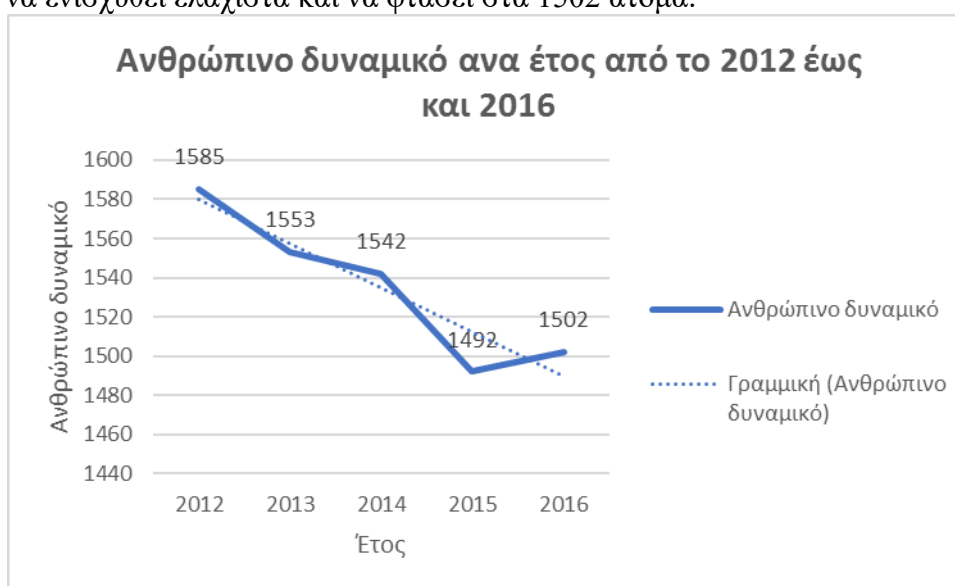
Μετά από πρόταση της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, το Γ.Ν. Παπαγεωργίου συμμετέχει ενεργά στο δίκτυο PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals με στόχο τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού δικτύου Νοσοκομείων προώθησης της κουλτούρας αυτοβελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών). Στο Νοσοκομείο συγκροτήθηκαν ομάδες εργασίας με σκοπό τη συλλογή δεδομένων για κάθε δείκτη. Η Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου έχει τον συντονιστικό ρόλο συνδέσμου του Νοσοκομείου με τον εθνικό συντονιστή του προγράμματος PATH. Επίσης επικεντρώνει την προσοχή της στην υλοποίηση και παρακολούθηση των μέτρων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ακόλουθους τομείς:

1. Απόδοση Χειρουργείου
2. Αποκλειστικός θηλασμός
3. Ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στους οποίους χορηγείται ασπιρίνη κατά την έξοδο
4. Διάρκεια νοσηλείας
5. Θνητότητα από εγκεφαλικό επεισόδιο
6. Θνητότητα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
7. Έλεγχος απαγόρευσης καπνίσματος
8. Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή

9. Ποσοστό καισαρικών τομών
10. Ποσοστό χειρουργικής ημέρας
11. Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών
12. Τραυματισμοί από βελόνα
13. Χρήση των συστατικών του αίματος

Προσωπικό

Η καμπύλη του ανθρώπινου δυναμικού στο Νοσοκομείο σημειώνεται ως ελαφρώς φθίνουσα για τα έτη 2012 - 2016, τη στιγμή όμως που για το ίδιο διάστημα ο αριθμός των εξετασθέντων βαίνει σταθερά αυξητικός, καθώς το 2012 εξετάζονται 842.958 και το 2016 ο αριθμός εξετασθέντων γίνεται 998.966. Με βάση τα στοιχεία που διαθέτουμε το 2012, εν μέσω κρίσης, το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο Νοσοκομείο ανέρχεται στα 1585 άτομα για να κατέβει το 2015 στα μόλις 1492 και το 2016 να ενισχυθεί ελάχιστα και να φτάσει στα 1502 άτομα.



Διάγραμμα 2: Ανθρώπινο δυναμικό ανά έτος 2012-2016

Τα 1502 άτομα που απασχολήθηκαν εργασιακά το 2016 κατανέμονται σε 484 ιατρούς, 681 νοσηλευτές/τριες και 337 λοιπό προσωπικό με μέσο όρο ηλικίας τα 46 χρόνια. Σε σχέση με το 2013, παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου ηλικίας κατά 2 έτη, καθώς το 2013 η μέση ηλικία του προσωπικού ήταν 44 χρόνια. Σε συνδυασμό με την μείωση του προσωπικού, αυτό ενέχει τον κίνδυνο μεσοπρόθεσμης γήρανσης του προσωπικού με τις συναφείς επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Ακόμη με βάση τα δημοσιευμένα στοιχεία το προσωπικό για το 2016 πέρα των βασικών τίτλων διαθέτει:

	Διδακτορικό	Μεταπτυχιακό
Ιατρικό προσωπικό	141	29
Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό	25	82

Πίνακας 10: Εκπαιδευτική ποιότητα προσωπικού 2016

Πληροφοριακά

Το Γ.Ν. Παπαγεωργίου διαθέτει:

- Το σύστημα ERP (Enterprise Resource Planning) που αποτελεί τη βάση των πληροφοριακών συστημάτων για τη διαχείριση των ασθενών, το λογιστήριο,

τη διαχείριση των υλικών και των ανθρωπίνων πόρων. Το διαχειρίζεται κυρίως η διεύθυνση πληροφορικής.

- Σύστημα Απεικόνισης Ιατρικών Εικόνων – PACS (AGFA). Το σύστημα απεικόνισης ιατρικών εικόνων προσφέρει οικονομική διαχείριση - αποθήκευση και αποτελεσματική πρόσβαση στις ιατρικές εικόνες του ακτινοδιαγνωστικού εργαστηρίου (MRI, CT, MG, CR).
- Πληροφοριακό Σύστημα Εργαστηριακών Εξετάσεων - LIS (CCS) συνιστά ολοκληρωμένο μέσο διαχείρισης, έγκρισης και απεικόνισης των εργαστηριακών αποτελεσμάτων με τα ακόλουθα υποσυστήματα: e-Lab: Σύστημα ηλεκτρονικής παραγγελίας και διαχείρισης εργαστηριακών εξετάσεων, Bloodlab: Ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης τμήματος αιμοδοσίας και Safeblood: Σύστημα ασφαλούς μετάγγισης μονάδων αίματος και παραγώγων.
- Το Paperless Hospital έχει στόχο το Νοσοκομείο να περιορίσει τη σπατάλη των φυσικών πόρων μέσω της αυτοματοποίησης – ηλεκτρονικοποίησης των συμβατικών διαδικασιών, με εφαρμογές όπως: Intranet: α) Ενδοδικτυακή πύλη εσωτερικής πληροφόρησης, ηλεκτρονικής υποβολής αδειών προσωπικού, ημερήσιων αναφορών, δελτίων δύναμης και γενικότερα ανταλλαγής πάσης φύσεως ενδονοσοκομειακών ενημερώσεων. β) Σύστημα Διαχείρισης Εγγράφων (Saperion): Ψηφιοποίηση, διαχείριση, ανάκτηση εγγράφων. Εφαρμογές της πλατφόρμας έχει δημιουργήσει η διεύθυνση πληροφορικής για τα τμήματα του προσωπικού, της αποθήκης, των νοσηλίων, του αναισθησιολογικού, του κυτταρολογικού εργαστηρίου, του φαρμακείου. γ) Medical Records: Καταγραφή & εύρεση φακέλων ασθενών του ιατρικού αρχείου και δ) Asset Management: Καταγραφή των παγίων του τμήματος πληροφορικής.
- Συστήματα υπηρεσιών προς ασθενείς, όπως: 1) gnrap: Διαδικτυακή πλατφόρμα (www.gnrap.gr) μέσω της οποίας ο ασθενής μπορεί να προγραμματίσει ηλεκτρονικά, ραντεβού για τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, να υποβάλλει ηλεκτρονικά αίτημα στο Γραφείο Εξυπηρέτησης του πολίτη για αποστολή εγγράφων που τον αφορούν και να πληροφορηθεί για τις παροχές του νοσοκομείου. 2) GoLive: Πρωτοποριακή εφαρμογή για την απεικόνιση σε πραγματικό χρόνο των χρόνων αναμονής ανά ειδικότητα στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου (διαθέσιμο διαδικτυακά από το URL: <http://www.gnrap-golive.gr> ή την αντίστοιχη εφαρμογή "GoLive-Νοσ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" στο ηλεκτρονικό κατάστημα Google Play για συσκευές Android)

Εγκαταστάσεις – Ενέργεια – Ανακύκλωση

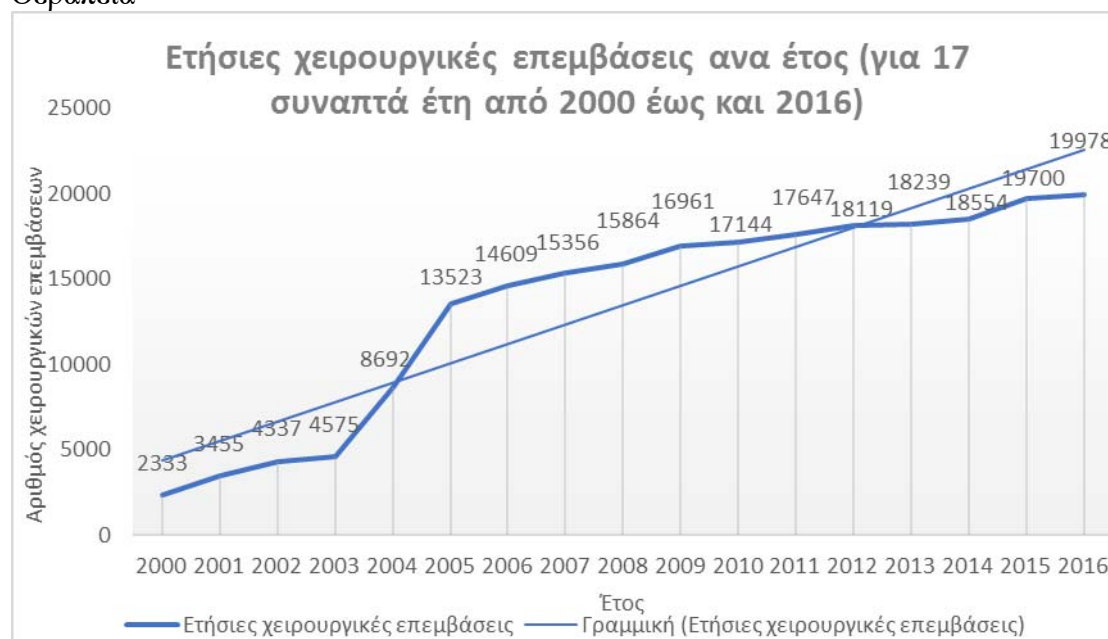
Βιοκλιματικός σχεδιασμός του νοσοκομειακού συγκροτήματος. Η βιοκλιματική αρχιτεκτονική αφορά στο σχεδιασμό κτιρίων και χώρων (εσωτερικών και εξωτερικών-υπαίθριων) με βάση το τοπικό κλίμα, με σκοπό την εξασφάλιση συνθηκών θερμικής και οπτικής άνεσης, αξιοποιώντας την ηλιακή ενέργεια και άλλες περιβαλλοντικές πηγές αλλά και τα φυσικά φαινόμενα του κλίματος. Βασικά στοιχεία του βιοκλιματικού σχεδιασμού αποτελούν τα παθητικά συστήματα που ενσωματώνονται στα κτίρια με στόχο την αξιοποίηση των περιβαλλοντικών πηγών για θέρμανση, ψύξη και φωτισμό των κτιρίων (http://www.cres.gr/energy-saving/enimerosi_bioclimatikos.htm).

Στον τομέα της ενέργειας το Γ.Ν Παπαγεωργίου παρουσιάζει πρωτοποριακές δομές και καινοτομίες επιδιώκοντας την ενεργειακή του αυτονομία και οικολογικό προφίλ. Συγκεκριμένα διαθέτει από το 2013 Μονάδα Συμπαράγωγής (τρι-παραγωγή) Ηλεκτρικής-Θερμικής ενέργειας υψηλής απόδοσης (ΣΗΘΥΑ) εξοικονομώντας δαπάνες στην ενέργεια της τάξης του 20-22% (600.000-700.000 ετησίως). Κατ' αυτό τον τρόπο μειώνει την κατανάλωση της ηλεκτρικής ενέργειας στο 37% (αυτονομία 63%).

Παράλληλα με την επιδίωξη ενεργειακής αυτονομίας, ενισχύει περαιτέρω το οικολογικό του προφίλ με σαφή διαχωρισμό των αποβλήτων και ανακύκλωση.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Θεραπεία



Διάγραμμα 3: Ετήσιες χειρουργικές επεμβάσεις, 2000-2016

Οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν έναν αξιόπιστο δείκτη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον τομέα της θεραπείας. Αναλυτικά παρατηρούμε στα διαθέσιμα στοιχεία ότι με 2.333 ετήσιες επεμβάσεις το 2000, με την απόκτηση πανεπιστημιακών κλινικών το 2004 σημειώνονται 13.523 βαίνοντας αυξητικά τα επόμενα χρόνια. Το 2009, έτος κρίσης, οι χειρουργικές επεμβάσεις ανέρχονται στις 16.961 για να φθάσουν το 2016 στις 19.978 ετήσιες επεμβάσεις, σε συνθήκες μάλιστα ελάττωσης του προσωπικού του Νοσοκομείου.

Παράλληλα όμως με την υψηλή χειρουργική δραστηριότητα το Νοσοκομείο φροντίζει για την μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια του ασθενούς και υιοθετεί τη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας.

Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου Από το φθινόπωρο 2013, το Γ.Ν. Παπαγεωργίου υιοθέτησε επιπλέον τη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας. Η Λίστα αυτή χρησιμοποιείται για όλα τα χειρουργικά περιστατικά με σκοπό να ενισχύσει το δίκτυ ασφαλείας για τους χειρουργικούς ασθενείς, ενώ μετά από πρόταση της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, η Β' Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΑΠΘ συμμετέχει στο **European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ**. Τα τελευταία χρόνια, η **ασφάλεια**

των ασθενών συγκεντρώνει την προσοχή των επαγγελματιών υγείας τοποθετώντας τον ασθενή στο επίκεντρο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του ευρύτερου προγράμματος «**η ασφαλής χειρουργική σώζει ζωές**» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι ο έλεγχος των υποχρεώσεων και η διαμόρφωση της θέλησης, ώστε να αντιμετωπιστούν σημαντικά ζητήματα ασφαλείας στην άσκηση της αναισθησιολογίας και της χειρουργικής. Βασικό εργαλείο του προγράμματος αποτελεί η **Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας**. Πρόκειται για μια σειρά ερωτήσεων, οι οποίες ενισχύουν τις πρακτικές ασφαλείας και την καλλιέργεια πνεύματος ομαδικής επικοινωνίας μέσα στην αίθουσα χειρουργείου. Έρευνες τεκμηριώνουν πως η χρήση της Λίστας μπορεί να μειώσει κρίσιμες διεγχειρητικές αστοχίες έως και 30% αποτρέποντας την εργασία από μνήμης και καθιστώντας τα εντοπιζόμενα λάθη προβλέψιμα χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Η Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου του Γ.Ν. Παπαγεωργίου αναλαμβάνει συντονιστικό ρόλο στην εφαρμογή της Λίστας σε συνεργασία με τους αντίστοιχους νοσηλευτές χειρουργείου και αναισθησιολογικού πραγματοποιώντας ελέγχους συμπλήρωσης της λίστας, κοινοποιώντας τα στατιστικά αποτελέσματα στις χειρουργικές ομάδες εργασίας και παρακολουθώντας την υλοποίησή διορθωτικών ενεργειών.

Ενημέρωση και Εκπαίδευση

Το 2016 το Νοσοκομείο εκπαίδευσε:

- 259 εργαζομένους σε 495 ώρες κατάρτισης και κόστος 49.000ευρώ από πόρους ΛΑΕΚ.
- 519 άτομα στα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται οι 300 φοιτητές των Α.Ε.Ι. (Τμήμα Ιατρικής και Ψυχολογίας του Α.Π.Θ.) και Α.Τ.Ε.Ι. (Τμήματα Φυσικοθεραπείας, Νοσηλευτικής και Μαιευτικής) που πραγματοποιούν στο νοσοκομείο την κλινική τους άσκηση.

Με τα ενδεικτικά αυτά στοιχεία του *Απολογισμού* του 2016, το αισιόδοξο είναι ότι το Νοσοκομείο εντάσσει συστηματικά τη μετεκπαίδευση των εργαζομένων στο πρόγραμμά του. Το αρνητικό είναι ότι σε σύνολο 1502 εργαζομένων οι 259 εργαζόμενοι είναι μικρό σύνολο και επίσης ότι το αντικείμενο της μετεκπαίδευσης αυτής δεν αφορούσε καθόλου καθαρά ιατρικά θέματα αλλά θέματα διοίκησης και οργάνωσης.

Παράλληλα το «Παπαγεωργίου» καταβάλλει προσπάθειες να εισαγάγει **τις αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Νοσοκομείο**. Για αυτό ενεργοποιεί το ίδιο το προσωπικό ως παράγοντα επιτυχίας των πρωτοβουλιών διαχείρισης ποιότητας αξιοποιώντας ομάδες και συνδέσμους ποιότητας στα συνεργαζόμενα τμήματα. Σε «συναντήσεις ποιότητας» η Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας θέτει σε συστηματική βάση τη συνεργασία της με τους συνδέσμους ποιότητας για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας. Η πρόνοια αυτή για τη βελτίωση των ποιοτικών δεικτών οδήγησε στη δημιουργία **Κύκλων Εκπαίδευσης για την ποιότητα**. Τι είναι οι Κύκλοι Εκπαίδευσης;

Κύκλοι εκπαίδευσης

Η Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας αναλαμβάνει την υποχρέωση συντονιζόμενη με τους εργαζομένους να οργανώνει και να υλοποιεί κύκλους εκπαίδευσης με αντικείμενο την ποιότητα. Ενδεικτική αναφορά της δράσης:

1. το πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης εργαζομένων νοσοκομείων με θέμα: «**Διαχείριση Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας**»
2. το εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα «**Αξιολόγηση και αποδοτικότητα των διοικητικών διαδικασιών-CAF**» σε συνεργασία με το Ινστιτούτο

Επιμόρφωσης Τομέας Δημοσίου Μάνατζμεντ, Περιφερειακό Ινστιτούτο
Επιμόρφωσης Θεσσαλονίκης

3. το εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα «Πρότυπο ISO 9001:2000. Απαιτήσεις
Κεφαλαίων-Σχεδιασμός και Διενέργεια Εσωτερικής Επιθεώρησης»
4. το εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα «ISO 9001:2008.
Επιθεωρητής/Επικεφαλής Επιθεωρητής Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας»

Πέντε διαφορετικά τμήματα του Γ.Ν. Παπαγεωργίου έχουν πιστοποιηθεί ως προς τα
συστήματα διαχείρισης ποιότητας. Ο διαπιστευμένος φορέας TUV Hellas με
εξωτερικές επιθεωρήσεις επιβεβαίωσε ότι στους τομείς που ακολουθούν
εκπληρώνονται οι απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001:2008:

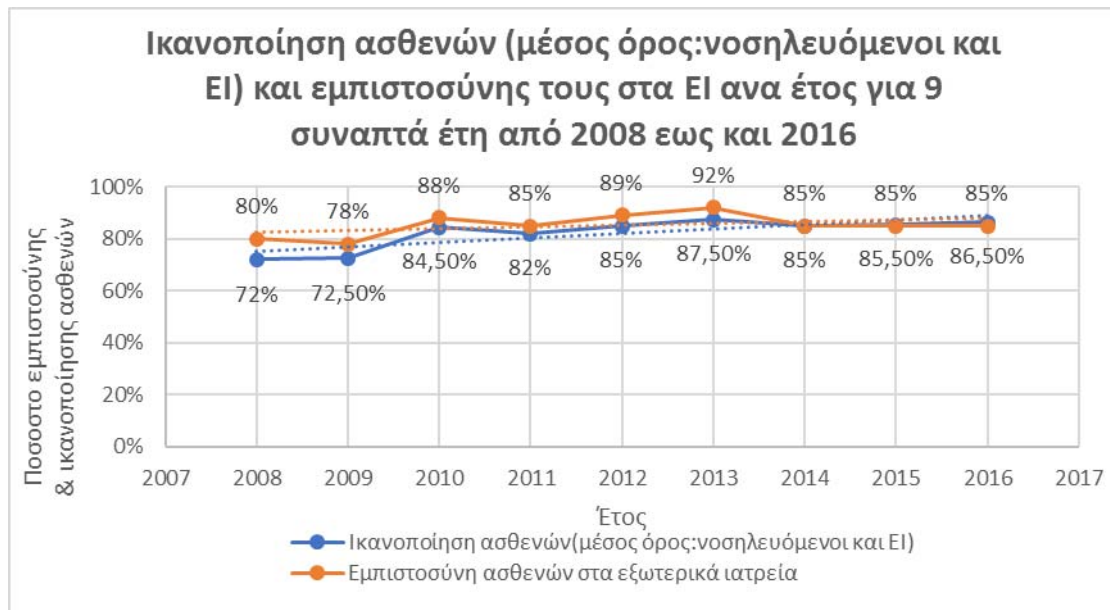
- παρακολούθηση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (τήρηση log books,
προγραμματισμός και υλοποίηση προληπτικής συντήρησης,
διακριβώσεις μετρητικού εξοπλισμού)
- παρακολούθηση εκπαίδευσης προσωπικού (ανίχνευση αναγκών,
προγραμματισμός, υλοποίηση, αξιολόγηση εκπαιδευτικών
προγραμμάτων)
- παρακολούθηση δεικτών (προσδιορισμός στόχων και έλεγχος
επίτευξης αυτών)
- καταγραφή αστοχιών, λήψη μέτρων (διορθωτικές και προληπτικές
ενέργειες, αξιολόγηση)
- μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ασθενών/συνοδών
- συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- έλεγχος εγγράφων και αρχείων
- προγραμματισμένες εσωτερικές επιθεωρήσεις

Ο ρόλος της Διεύθυνσης Ποιότητας του Νοσοκομείου είναι κατευθυντήριος,
συμβουλευτικός και συντονιστικός. Αφορά τον σχεδιασμό των συστημάτων, τις
εσωτερικές επιθεωρήσεις τους, την εκπαίδευση και την ενεργό συμμετοχή του
συνεργαζόμενου προσωπικού.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Ικανοποίηση Ασθενούς

Με τη συλλογή ανώνυμων ερωτηματολογίων γίνεται συστηματική αποτύπωση της
ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Με βάση τα
διαθέσιμα στοιχεία, η εμπιστοσύνη των ασθενών βαίνει αυξητικά: από το 2008 ως το
2016. Ειδικά οι νοσηλεύόμενοι του 2008 εκδήλωσαν ικανοποίηση σε ποσοστό 80%
που το 2016 ανήλθε στο 85%, αύξηση δηλαδή κατά 5% σε περίοδο έντονης
οικονομικής κρίσης. Παράλληλα η ικανοποίηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία
από το 72% του 2008 ανήλθε στο 86,50% το 2016, σημειώνοντας συνολική άνοδο
της τάξεως του 14,50%.



Διάγραμμα 4: Ικανοποίηση ασθενών, 2008-2016

4.3.Ανάλυση δεικτών αποδοτικότητας και συγκριτικοί πίνακες

Το Γ.Ν. Παπαγεωργίου συναγωνίζεται με άλλα οχτώ Δημόσια Νοσοκομεία και δεκαεννιά ιδιωτικές κλινικές στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης. Λειτουργεί από το 1999, είναι ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ. και εφημερεύει ενταγμένο στο πρόγραμμα εφημεριών των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Η στελέχωση του Νοσοκομείου ολοκληρώθηκε το 2004 με την ένταξη των Πανεπιστημιακών Κλινικών και με την έναρξη διαρκούς συνεργασίας με την Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Έκτοτε η ενίσχυση του Νοσοκομείου στους εξεταζόμενους δείκτες της αποδοτικότητας είναι σταθερή και αποτυπώνεται σε θετικά και βελτιούμενα αποτελέσματα ως προς:

- Το Σύνολο κλινών
- Τις Ενεργές κλίνες
- Τον αριθμό των Χειρουργικών επεμβάσεων
- Τους Εσωτερικούς ασθενείς
- Τις Ημέρες νοσηλείας & τη μέση διάρκεια νοσηλείας
- Τους Εξωτερικούς ασθενείς/ΤΕΙ & ΤΕΠ
- Τους Εργαζόμενους
- Την Πληρότητα
- Την Περίθαλψη προσφύγων
- Τη Μέση ημερήσια επισκεψιμότητα
- Και τη βελτίωση των υποδομών του για τον ασθενή

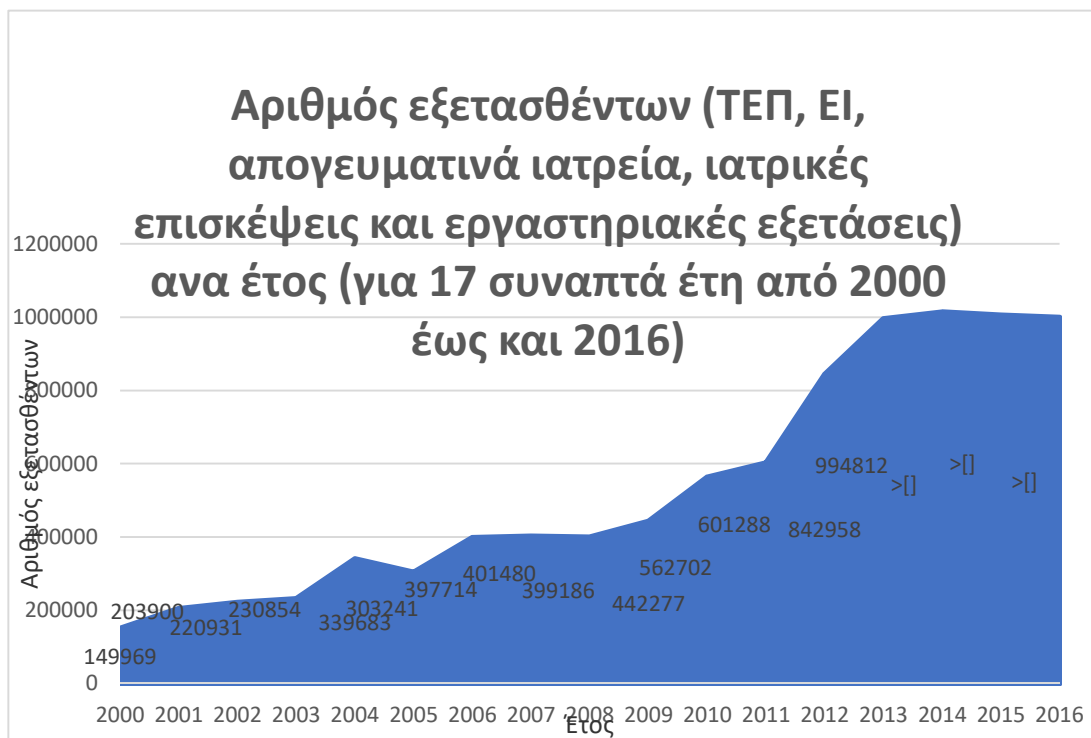
Εξετασθέντες/είσες & νοσηλευθέντες/είσες

Αν και νέο το Γ.Ν. Παπαγεωργίου, παρουσιάζει εξαιρετικές στατιστικές αποδόσεις σε προσέλευση και νοσηλεία ασθενών. Με σταθερό τον αριθμό των 800 κλινών και σχεδόν σταθερό τον αριθμό των ενεργών κλινών παρουσιάζει αύξηση εξετασθέντων. Είναι αξιοσημείωτη η καμπύλη του αριθμού εξετασθέντων (ΤΕΠ, ΕΙ, απογευματινά ιατρεία, ιατρικές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις) ανά έτος από το 2000 έως το 2016, δηλαδή σε χρονικό διάστημα δεκαεπτά ετών. Το 2000 εξετάστηκαν στο νοσοκομείο 149.969 άτομα, το 2009, έτος κρίσης, 442.277 και το 2016 περίπου 1.000.000 άτομα.

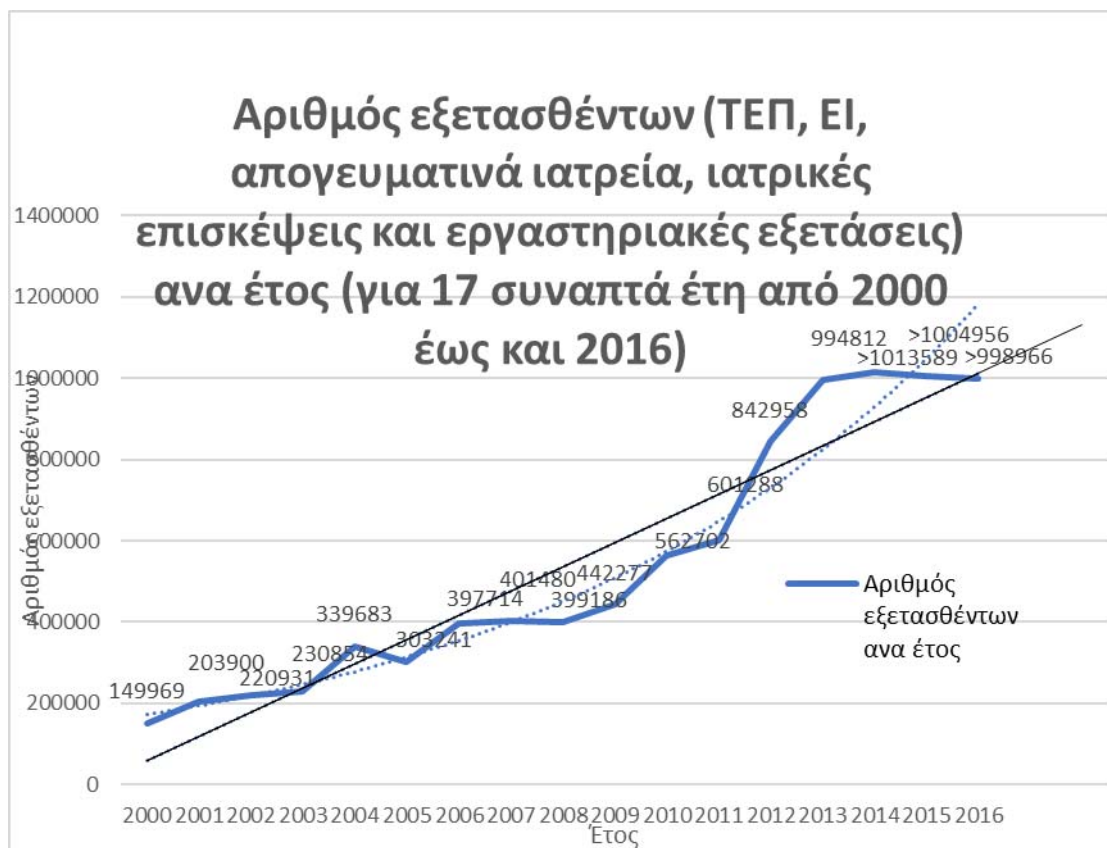
Για τους δείκτες που εξετάζουμε, το 2013 το Νοσοκομείο σύμφωνα με τα στοιχεία της Esynet, συγκριτικά με τα υπόλοιπα Νοσοκομεία της χώρας ήταν πρώτο σε νοσηλευθέντες, δεύτερο σε επισκέψεις σε Εξωτερικά ιατρεία, τέταρτο σε επισκέψεις σε απογευματινά ιατρεία και τέταρτο σε εξετάσεις ασθενών ΤΕΠ (Επείγοντα Περιστατικά)



Διάγραμμα 5: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθεισών, 2000-2016



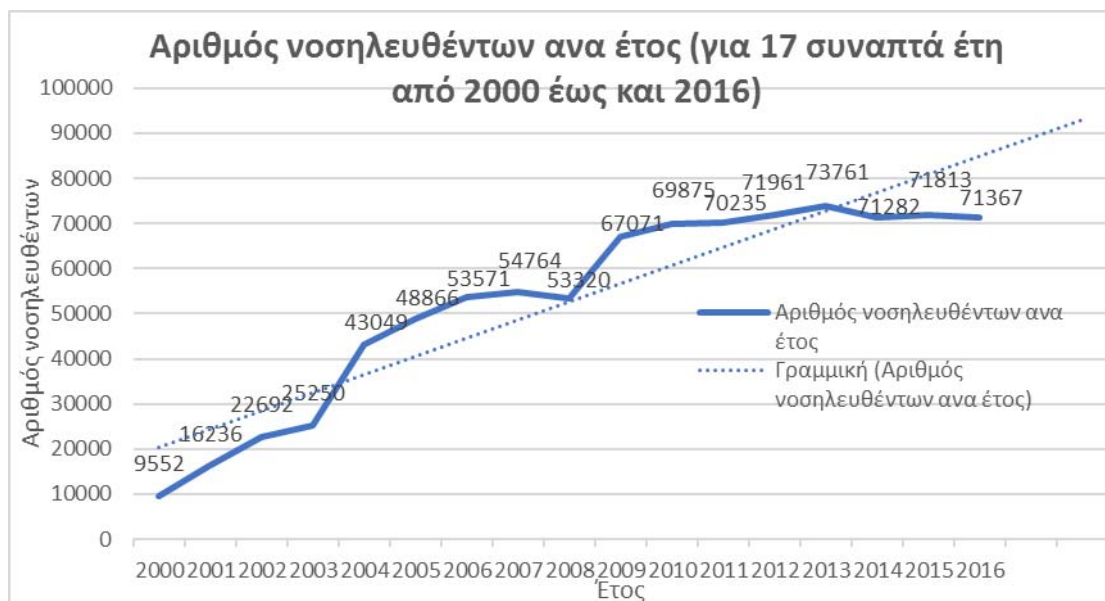
Διάγραμμα δι: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθαισών, 2000-2016



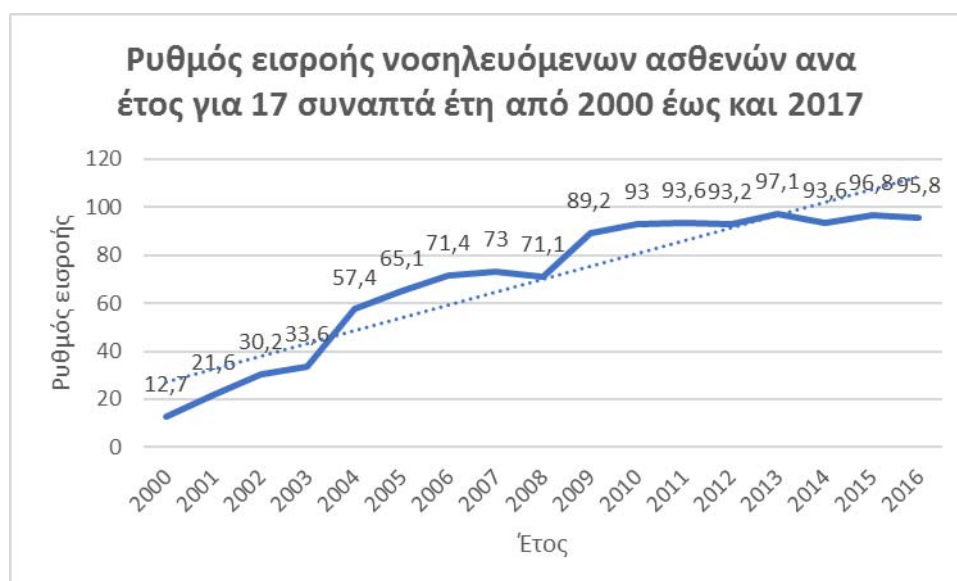
Διάγραμμα διι: Αριθμός ετήσια εξετασθέντων/σθαισών, 2000-2016

Νοσηλευθέντες/είσες

Στον δείκτη των νοσηλευθέντων παρατηρούμε ότι το Νοσοκομείο στο διάστημα 2000-2016 παρουσιάζει σταθερή αυξητική πορεία. Το 2004 με την έναρξη της συνεργασίας του με την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ οι νοσηλευθέντες ανήλθαν στους 43.049, δηλαδή περίπου τετραπλασιάστηκαν σε σχέση με το 2000 με νοσηλευθέντες 9.552. Και σε σχέση με το 2016, με 71.367 νοσηλευθέντες, παρατηρείται σχεδόν διπλασιασμός ως προς το 2004 και εφταπλασιασμός του αριθμού των νοσηλευθέντων ως προς το 2000.



Διάγραμμα 8 :Αριθμός ετήσια νοσηλευθέντων/θεισών, 2000-2016

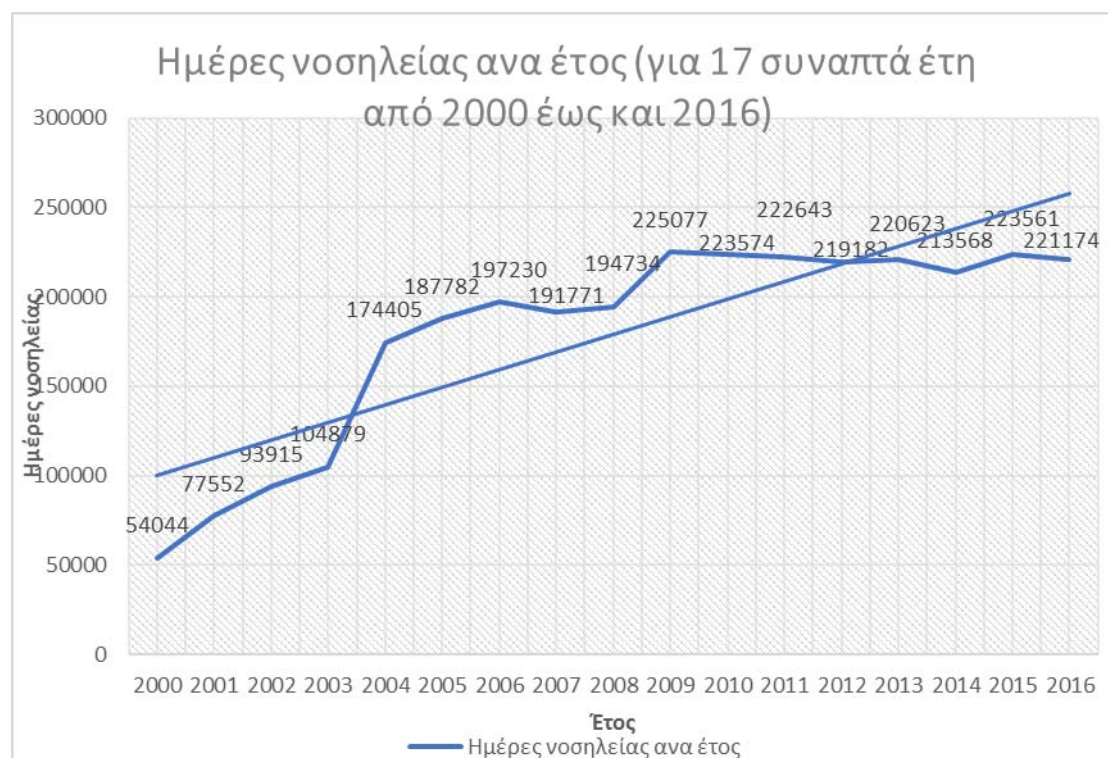


Διάγραμμα 9:Αριθμός ετήσιας εισροής νοσηλευομένων, 2000-2016

Εξετάζοντας συγκριτικά τον δείκτη των νοσηλευθέντων με τον δείκτη ρυθμού εισροής νοσηλευομένων για το ίδιο χρονικό διάστημα, παρατηρούμε ότι με αρχική ροή το 2000 στο 12,7, η ροή νοσηλευομένων υπερτετραπλασιάζεται το 2004, καθώς ανέρχεται στο 57,4 και οχταπλασιάζεται το 2016 με αριθμητικό δείκτη 95,8.

Ημέρες νοσηλείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Νοσοκομείου η αυξητική πορεία των ημερών νοσηλείας είναι εντυπωσιακή, με 54.044 ημέρες το 2000, πρώτο έτος λειτουργίας του, να υπερτριπλασιάζεται το 2004 που συνεργάζεται με την Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ. και στελεχώνει πανεπιστημιακές κλινικές, και να υπερβαίνει σταθερά τις 220.000 ημέρες ανά έτος σε όλη την περίοδο κρίσης από το 2009 ως το 2016.



Διάγραμμα 10: Ημέρες ετήσιας νοσηλείας, 2000-2016

Μέσος χρόνος ημερών νοσηλείας

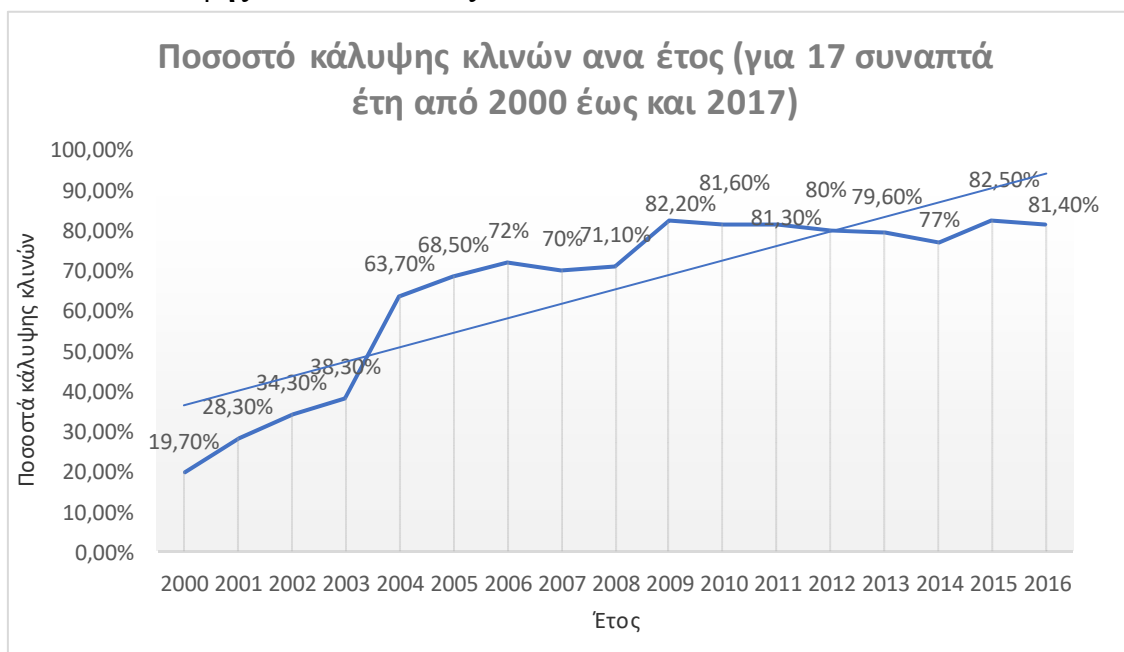
Έχει διαπιστωθεί ότι με δεδομένο το ποσοστό κάλυψης, το μέσο κόστος νοσηλείας ανά περιστατικό μειώνεται, όταν μειώνεται η διάρκεια παραμονής των ασθενών (Lave J. et al., 1972).



Διάγραμμα11:Μέσος χρόνος ημερών νοσηλείας ανά ασθενή, 2000-2016

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία φαίνεται ότι το Νοσοκομείο άρχισε το 2000 με 5,66 μέσο χρόνο ημερών νοσηλείας, το 2004 μειώνεται κατά 1,61 μονάδες με μέσο χρόνο 4,05 και το 2016 κατεβαίνει στο 3,1. Τη μικρότερη τιμή παρουσιάζει το Νοσοκομείο το 2013 με 2,99 μέσο χρόνο ημερών νοσηλείας. Σε συνδυασμό με την κρίση το δεδομένο είναι θετικό για τα οικονομικά του Νοσοκομείου.

Ποσοστό κάλυψης κλινών ανά έτος



Διάγραμμα 12: Ποσοστό ετήσιας κάλυψης κλινών, 2000-2016

Με δεδομένο την ικανοποιητική πορεία της τιμής του μέσου χρόνου ημερών νοσηλείας ο έλεγχος της κάλυψης κλινών ανά έτος για το διάστημα 2000-2016 αξιολογείται θετικά. Με τομή το έτος 2004 που παρουσιάζει τριπλασιασμό της κάλυψης (63,70%) σε σχέση με το 2000 (19,70%) το 2009 κορυφώνεται στο 82,20% για να σταθεροποιηθεί στα επόμενα χρόνια ως το 2016 στο 80% .

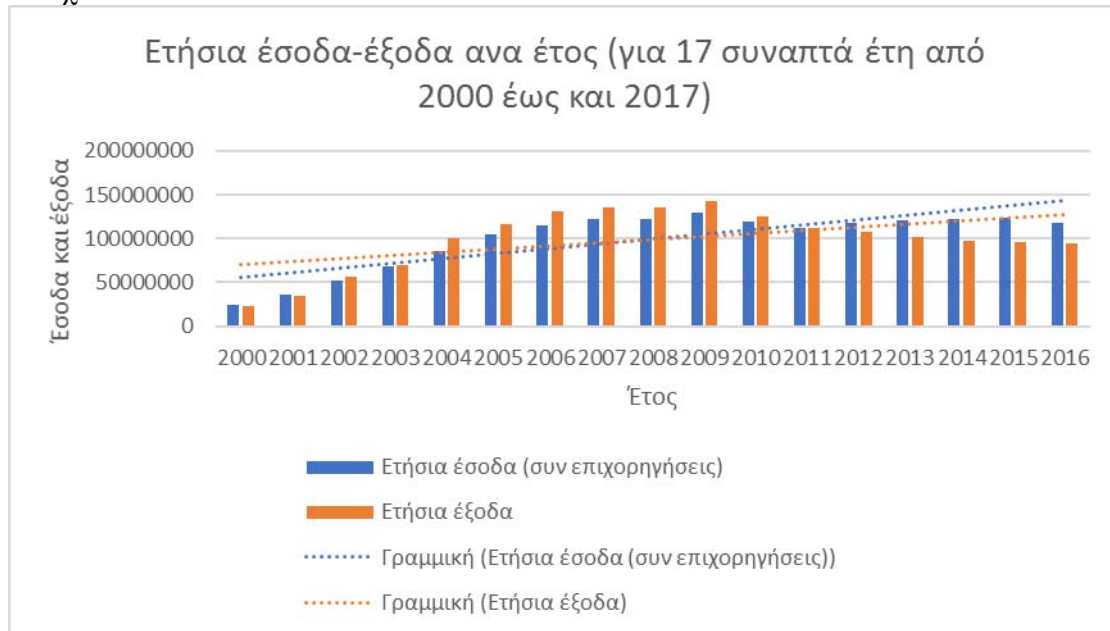
Η θετική αυτή εικόνα σχετικά με τους χρόνους νοσηλείας ενισχύεται και από τη διαγραμματική αποτύπωση του διαστήματος εναλλαγής κλίνης για το ίδιο διάστημα 2000-2017. Με αφετηρία τις 23 ημέρες ως διάστημα εναλλαγής τα 2000, μειώνεται στις 2,3 το 2004 , στο 0,73 το 2009 για να σταθεροποιηθεί σχεδόν στην τιμή αυτή ως το 2016.



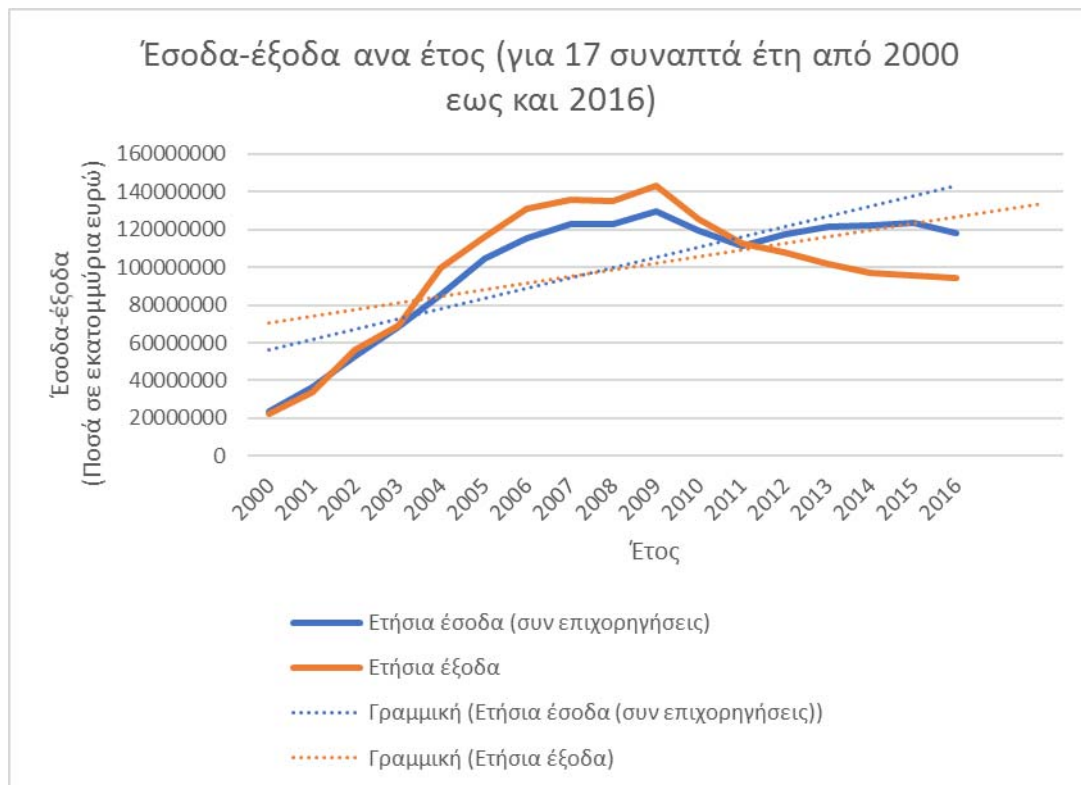
Διάγραμμα 13: Διάστημα σε ημέρες ετήσιας εναλλαγής κλίνης, 2000-2016

Έσοδα-Έξοδα

Ο συνδυασμός χαμηλού κόστους και λιγότερων ημερών νοσηλείας μας δίνει τα πλέον αποδοτικά νοσοκομεία. Οι δείκτες εσόδων εξόδων του Γ.Ν. Παπαγεωργίου παρουσιάζουν την παρακάτω διαγραμματική εικόνα σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία.



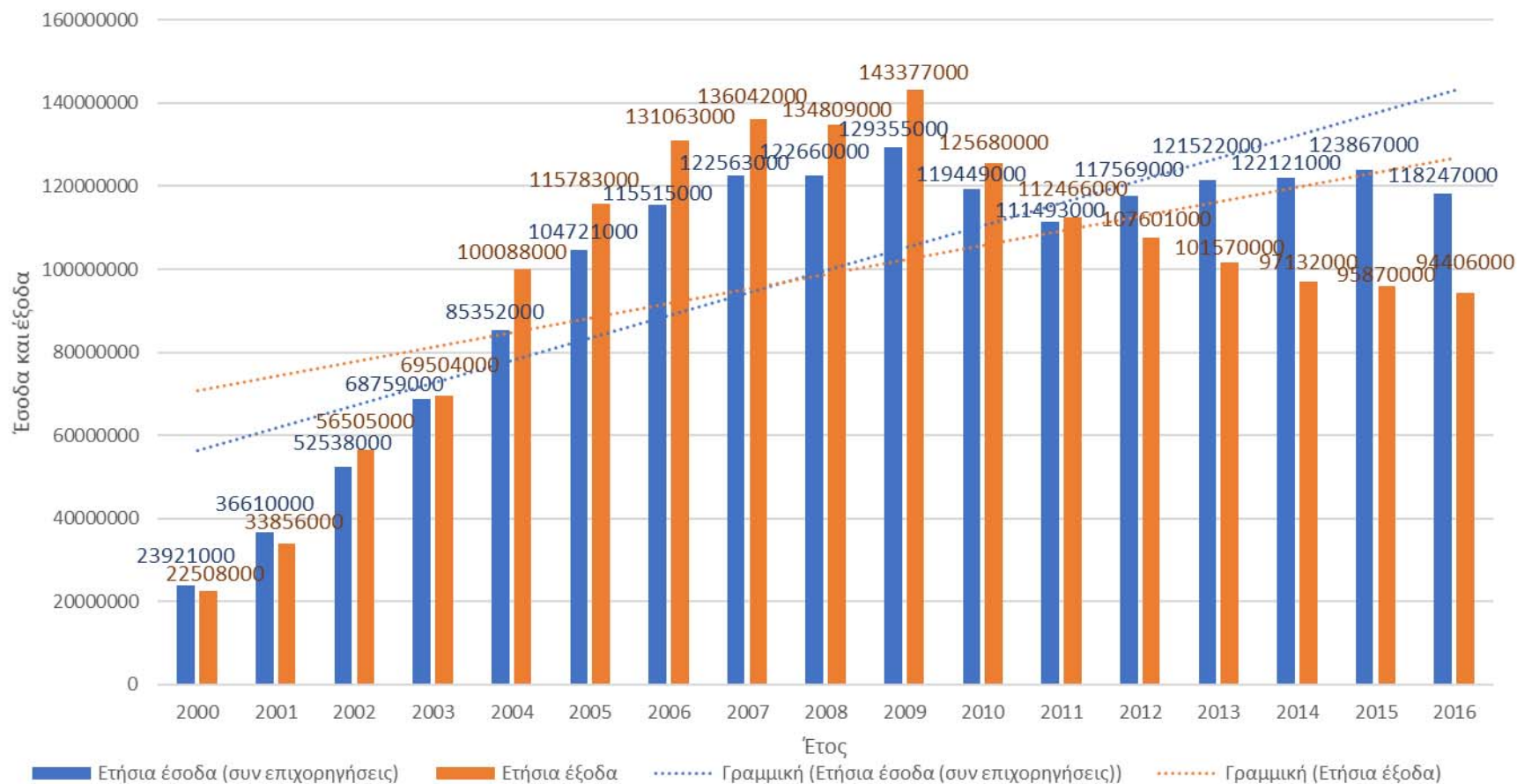
Διάγραμμα 14: Ετήσια έσοδα - έξοδα, 2000-2016

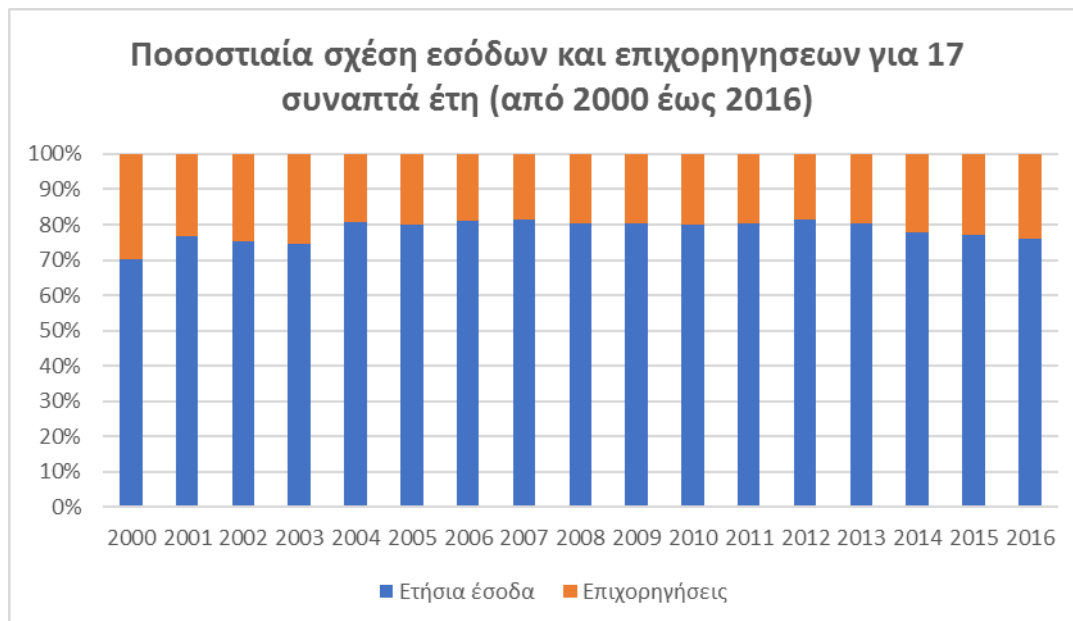


Διάγραμμα 15α: Ετήσια έσοδα - έξοδα, 2000-2016

Παρακάτω παρατίθεται αντίστοιχο διάγραμμα εσόδων-εξόδων με τιμές
Διάγραμμα 15β: Ετήσια έσοδα - έξοδα σε εκατομμύρια ευρώ, 2000-2016

Ετήσια έσοδα-έξοδα ανα έτος (για 17 συναπτά έτη από 2000 έως και 2017)

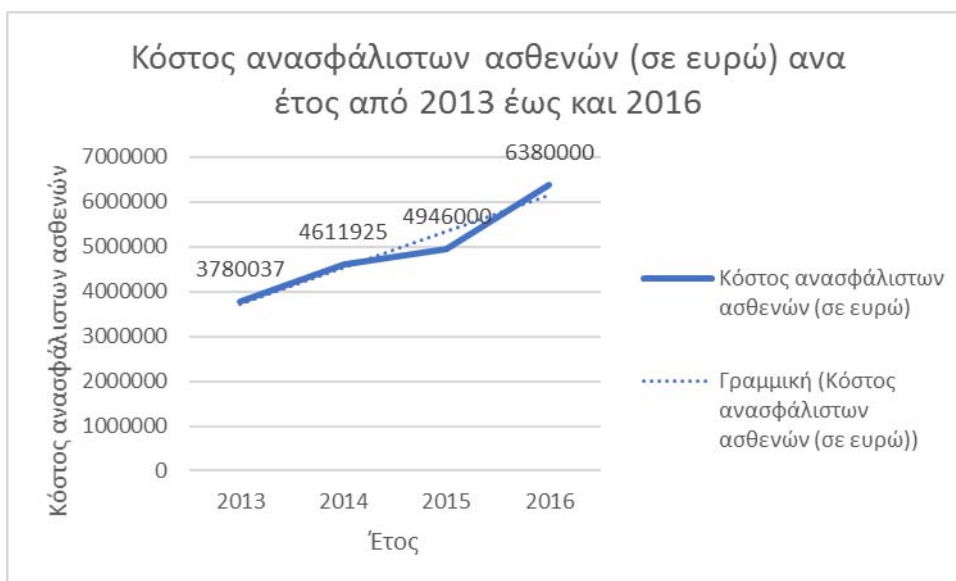




Διάγραμμα 16: Ετήσια ποσοστιαία σχέση εσόδων και επιχορηγήσεων, 2000-2016

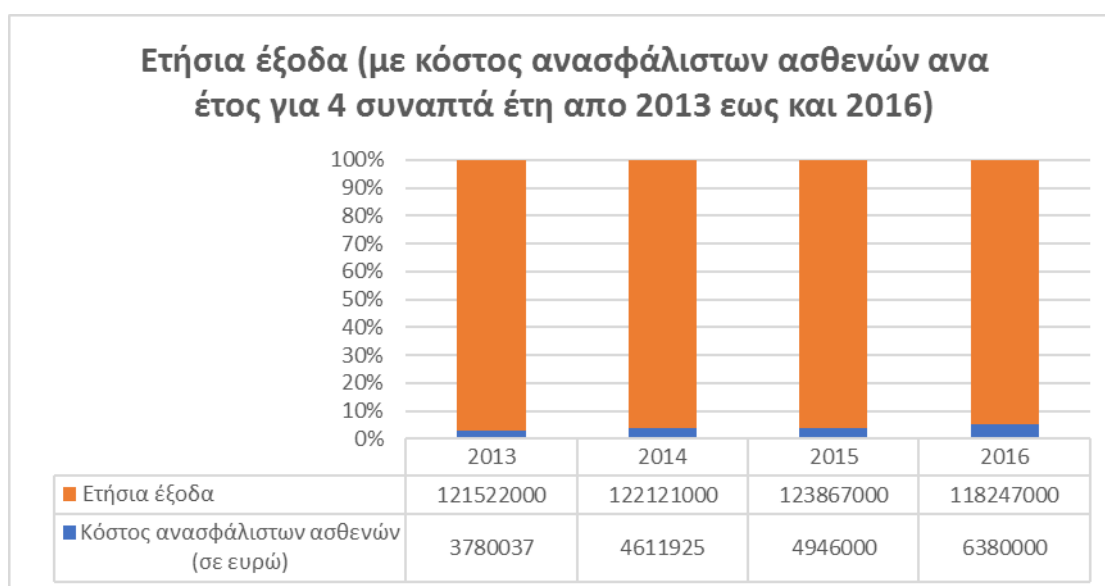
Εκ του διαγράμματος παρατηρούμε ότι, παρόλο που υπάρχει αύξηση εσόδων-εξόδων κατά την πάροδο του χρόνου, το ποσοστό των επιχορηγήσεων παραμένει σε σταθερά επίπεδα.

Για το διάστημα λειτουργίας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου παρατηρείται: από το 2000 ως το 2003 τα έσοδα και τα έξοδα βρίσκονται πολύ κοντά σε ισοσκελισμό. Από το 2004 ως το 2010 σημειώνεται αύξηση των εξόδων έναντι των εσόδων με το 2009 να παρουσιάζει την υψηλότερη καταγραφή εξόδων-εσόδων. Αντίθετα από το 2011 ως το 2016 τα έσοδα είναι περισσότερα από τα έξοδα και το 2015 σημειώνεται η μεγαλύτερη τιμή εσόδων συγκριτικά με όλα τα έτη. Βέβαια σε συσχέτισμό με τα διαγράμματα πληρότητας, μέσης νοσηλείας και προσωπικού μπορεί η εικόνα μετά το 2011 να ερμηνευθεί από την αύξηση της πληρότητας, τη μείωση της μέσης νοσηλείας και τη μείωση του προσωπικού και την αύξηση των εξετασθέντων ιδίως στα απογευματινά ιατρεία. Τα έξοδα αφορούν κυρίως φάρμακα, υγειονομικό υλικό, αντιδραστήρια, μισθοδοσία, υπηρεσίες outsourcing και άλλες δαπάνες. Τα έσοδα αφορούν κυρίως μεταβιβάσεις από τον ΕΟΠΥΥ και πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ από το 2016 προστέθηκε στα έσοδα και το νοσοκομειακό claw back.



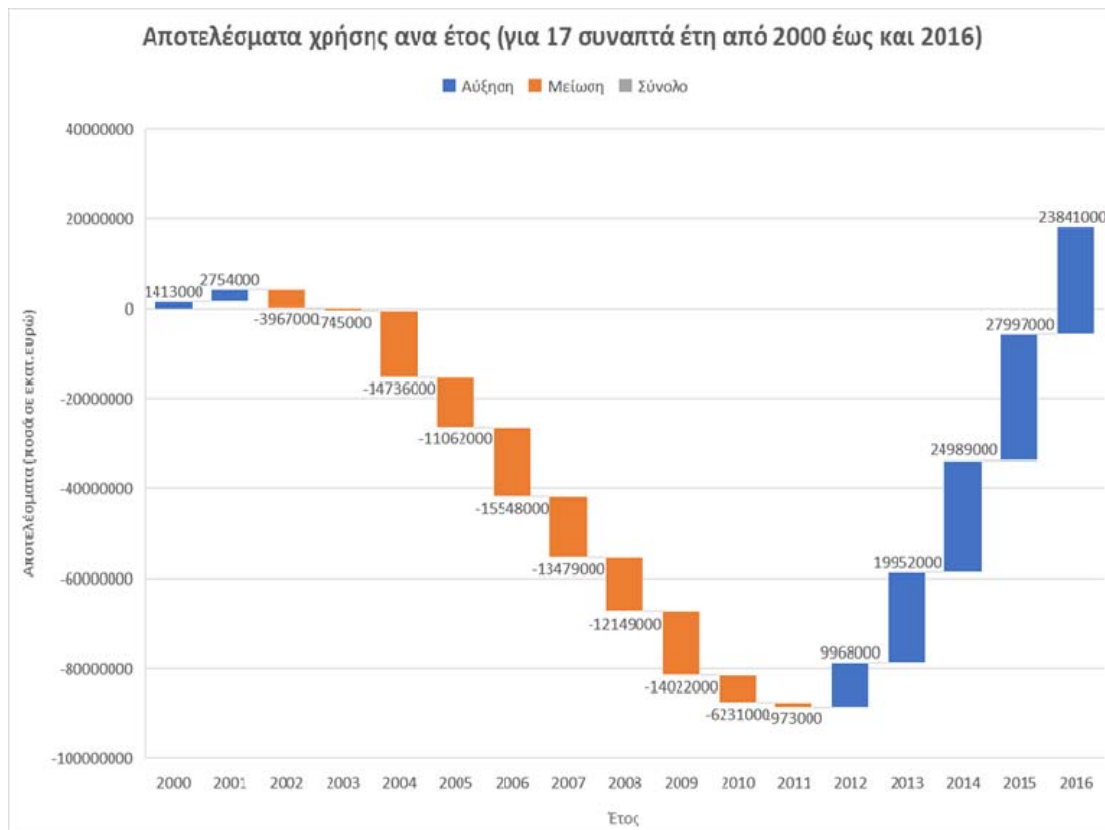
Διάγραμμα 17: Ετήσιο κόστος ανασφάλιστων ασθενών σε ευρώ, 2013-2016

Αυξανόμενο κόστος ανασφάλιστων ασθενών, ενδεικτικό της αύξησης της τάσης των μη ασφαλισμένων πολιτών τα τελευταία χρόνια.



Διάγραμμα 18: Ετήσια έξοδα σε εκατομμύρια ευρώ, 2013-2016

Σαφής αύξηση του μέρους εξόδων από κόστη ανασφάλιστων ασθενών.



Διάγραμμα 19: αποτελέσματα ετήσια χρήσης, 2000-2016

Από το 2002 το νοσοκομείο παρουσιάζει ζημίες, από το 2012 εμφανίζει ξανά κέρδη ενώ για το 2016 είναι κερδοφόρο χωρίς εκκρεμότητες.

4.4. Συζήτηση

Με την αξιοποίηση των διαγραμμάτων 15α και 19 εσόδων εξόδων, αποτελεσμάτων χρήσης αντίστοιχα και την αποτύπωση για το ίδιο διάστημα 2000-2016 της τεχνικής αποδοτικότητας στον «Πίνακα 11» διαπιστώνεται ο μεγάλος βαθμός αξιοποίησης των εισροών από το Γ.Ν. Παπαγεωργίου. Φαίνεται η παραγωγική διαχείριση του συνολικού αριθμού των κλινών που διαθέτει, του συνολικού αριθμού του προσωπικού και των δαπανών που απαιτούνται για τη λειτουργία του έναντι των εκροών, δηλαδή του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών, των χρησιμοποιούμενων κλινοημερών, των εξετασθέντων στα εξωτερικά ιατρεία ετησίως και των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνται ετησίως και του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται ετησίως.

Η παραπάνω αποτυπωμένη κατάσταση συνεξεταζόμενη με τα δεδομένα του προσωπικού και το διάγραμμα 2 (μείωση του προσωπικού) και με τον δείκτη της αύξησης των εξετασθέντων, δείχνει μεγάλη εργασιακή πίεση. Επίσης σε σχέση τον πίνακα 10, φαίνεται ότι αντικειμενικά διαμορφώνονται δυσμενείς συνθήκες για περαιτέρω εξειδίκευση και ουσιαστική επιμόρφωση και μετεκπαίδευση του προσωπικού, που κρίνονται απολύτως αναγκαίες στον χώρο της υγείας με δεδομένη τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας.

Σχεδόν σταθερός αριθμός προσωπικού υπό όρους υπερεργασίας και λιγότερες αποδοχές θεωρητικά εκτιμάται ως «απόδοση»: η απόδοση όμως με αυτούς τους όρους υπερεργασίας, κοινωνικής πίεσης και οικονομικής συμπίεσης των εργαζομένων υποσκελίζει την αποτελεσματικότητα και υπονομεύει την ποιότητα των υπηρεσιών, αρχικά μεσοπρόθεσμα.

Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι το 2013 είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα ως προς τον αριθμό των νοσηλευθέντων, δεύτερο στον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, και τέταρτο στον αριθμό των επισκέψεων στα Επείγοντα. Πέτυχε ποσοστό κάλυψης κλινών 85%, όταν ο Ελληνικός μέσος όρος είναι 73,4% και ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 78,2% (Mylonas–Stavropoulou–Bigaki, 348-360 10th MIBES Conference – Larisa, Greece 353 15-17 October 2015). Η Μέση Διάρκεια Παραμονής των ασθενών περιορίστηκε στις 2,99 ημέρες, έναντι των 3,01 ημερών των χωρών του ΟΟΣΑ και των 4 ημερών της Ελλάδας γενικά.

Συνολικά, με έτη αιχμής το 2000 ως έτος έναρξης λειτουργίας, το 2004 με την προσθήκη των πανεπιστημιακών κλινικών, το 2009 με την αρχόμενη πολυετή οικονομική κρίση και το 2016 ως καταληκτικό έτος αυτής της εργασίας, το Γ.Ν. Παπαγεωργίου πετυχαίνει να κυριαρχήσει στο ανταγωνιστικό περιβάλλον υγείας και να σταθεροποιήσει υψηλούς δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας, που κορυφώνονται το 2013, μεσούσης της κρίσεως στη χώρα μας.

Έτη/Δείκτες	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Σύνολο κλινών									
Ενεργές κλίνες									
Χειρουργικές επεμβάσεις	2.333	3.455	4.337	8.692	8.692	13.523	14.609	15.356	15.864
Εσωτερικοί ασθενείς	9.552	16.236	22.692	25.250	43.049	48.866	53.571	54.764	53.320
Ημέρες νοσηλείας/ μέση διάρκεια νοσηλείας	54.044/ 5,66	77.552/ 4,78	93.915/ 4,14	104.870/ 4,15	174.405/ 4,05	187.782/ 3,84	197.230/ 3,68	191.771/ 3,50	194.734/ 3,65
Εξωτερικοί ασθενείς/ΤΕΙ & ΤΕΠ/απογευματινά	149.969	203.900	220.931	230.854	339.683	397.714	397.714	401.480	339.186
Εργαζόμενοι									
Πληρότητα	19,70%	28,30%	34,50%	38,30%	63,70%	68,50%	72%	70%	71,10%

Έτη/Δείκτες	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Σύνολο κλινών	800	800	800	800	800	800	800	800
Ενεργές κλίνες				750	759	759	742	744
Χειρουργικές επεμβάσεις	17.049	17.444	17.647	18.119	18.239	18.554	19.700	19.978
Εσωτερικοί ασθενείς	67.071	69.875	70.235	72.236	73.761	71.282	71.813	71.367
Ημέρες νοσηλείας/μέση διάρκεια νοσηλείας	225.077 /3,36	223.574/ 3,20	222.643/ 3,17	225.261/ 3,13	220.623/ 2,99	213.568	223.561/ 3,11	221.174 /3,10
Εξωτερικοί ασθενείς/ΓΕΙ & ΓΕΠ/απόγευματινά	315.981	451.890	478.904	302.799	313.552	305.572	323.696	317.706
Εργαζόμενοι				1.500	1.553	1.542	1.492	1.502
Πληρότητα	91%	81,60%	81,30%	95%	85%	82,3%	88,6	85,71%
Περίθαλψη προσφύγων								2.726
Μέση ημερήσια επισκεψιμότητα								5.000
Άλλο	Αρχή λειτουργίας κλινικών ΩΡΛ & Δερματολογικής					Ελικοδρόμιο 1.330 θέσεις στάθμευσης	Ελικοδρόμιο 1.300 θέσεις στάθμευσης	Ελικοδρόμιο 1.330 θέσεις στάθμευσης

Πίνακας 11: Συγκεντρωτική εικόνα βασικών δεικτών του Γ.Ν. Παπαγεωργίου, 2000-2016



Πίνακας 12: Σχήμα Τεχνικής ανάλυσης SWOT

Τεχνική ανάλυσης SWOT για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Strengths (δυνατά σημεία):

- Το 1ο σε αποδοτικότητα τριτοβάθμιο νοσοκομείο της χώρας.
- Βιοκλιματικός σχεδιασμός κτηρίων
- Μεγάλη ενεργειακή αυτονομία 63% (ΣΗΘΥΑ)
- Διαθέτει υπερσύγχρονο μαγνητικό τομογράφο 3 tesla (στα πρώτα είκοσι σε παγκόσμια κλίμακα)
- Διαθέτει 2 αξονικούς Τομογράφους ,
- Τομογράφος PET Scan (ήδη σε πλήρη λειτουργία),
- Ελικοδρόμιο,
- Parking 1200 θέσεων
- Ασύρματη πρόσβαση internet Wi-Fi στους χώρους του.
- Έντονο οικολογικό προφίλ
- Ο μοναδικός οργανισμός-νοσοκομείο που ετησίως εκδίδει απολογισμό έτους
- Τριμηνιαίο περιοδικό(«Χρέος ζωής»)
- Τακτοποιεί έγκαιρα τις μισθολογικές του υποχρεώσεις έναντι των εργαζομένων του (ιδίως των ιατρικών εφημεριών)
- Εφαρμογή GoLive για άμεση ενημέρωση ασθενών για χρόνους αναμονής στα ΤΕΠ.

Weaknesses (αδύναμα σημεία):

- «Κουρασμένο» προσωπικό το οποίο επιτελεί εργασίες και χρέη πέραν των προβλεπόμενων, είναι οριακά επαρκές ενώ σε κάποιες περιπτώσεις είναι αριθμητικά μειωμένο για να καλύψει ολοένα μεγαλύτερες ανάγκες που προκύπτουν από την αυξανόμενη ζήτηση.
- Παραιτήσεις προσωπικού λόγω των ακραίων συνθηκών και ολοένα αυξανόμενων απαιτήσεων που ξεφεύγουν από τον άξονα κατάρτισης. Περαιτέρω μείωση προσωπικού/καθυστέρηση κάλυψης της θέσης=αύξηση άγχους, νευρικότητας και ψυχολογικής πίεσης στους εναπομείναντες.
- Η οικονομική εξαθλίωση των νοσοκομειακών ιατρών όλων των βαθμίδων. Η οικονομική μισθολογική υποβάθμιση και όλων των υπόλοιπων εργαζομένων.

- Αδυναμία διοικητικών βαθμίδων/δομών να εντοπίσουν, να αντιληφθούν και να επιλύσουν ιδιαίτερα θέματα που προκύπτουν λόγω της απουσίας ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων και της βαθύτερης κατανόησης της ιδιαιτερότητας που προκύπτει κατά την άσκηση του ιατρονοσηλευτικού έργου σε συνδυασμό ιδίως και με άλλους παράγοντες/εργασίες που καθορίζουν την υπηρεσία. Αρκετές φορές αποφεύγεται η εξ' ολοκλήρου επίλυση ιδιαζόντων προβλημάτων κάτι που δεν βοηθά ιδιαίτερα στην διατήρηση της ανοδικής πορείας του οργανισμού ιδίως υπό το πρίσμα των ραγδαίων κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών εξελίξεων και του μοντέλου ανάπτυξης που θέλει να διατηρήσει το νοσοκομείο. Αυξάνονται έτσι οι κίνδυνοι και οι αρνητικές εκπλήξεις για όλους τους εμπλεκόμενους.
- Χώροι που δεν έχουν ακόμα αξιοποιηθεί εντός του νοσοκομείου

Opportunities (ευκαιρίες):

- Κλείσιμο άλλων νοσοκομείων, οικονομική κρίση, πανδημίες->Αύξηση ζήτησης (νέου είδους) υπηρεσίας με σαφές προβάδισμα έναντι των ανταγωνιστών του.
- Αύξηση εσόδων (ιδίως μέσω των απογευματινών ιατρείων).
- Άσκηση πίεσης για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση και ορθολογική χρηματοδότηση από τους κρατικούς φορείς ιδίως λόγω της άριστης διαχείρισης των πόρων και της σχέσης τιμής-απόδοσης.
- Εισαγωγή ειδικών κέντρων διάγνωσης και θεραπείας με πιστοποίηση ξένων αναγνωρισμένων φορέων εντός του νοσοκομείου.
- Διεύρυνση του ερευνητικού έργου και απευθείας αναζήτηση κονδυλίων/προγραμμάτων από άλλους φορείς πέραν του κράτους.
- Συνεργασίες με διεθνώς αναγνωρισμένα κέντρα/νοσοκομεία.
- Επέκταση-εξειδίκευση του ρόλου του σε μεγαλύτερη ακτίνα δράσης (αεροδιακομιδές από απομακρυσμένες περιοχές κλπ.)

Threats (απειλές):

- Υποχρηματοδοτούμενο από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Οφειλές ασφαλιστικών ταμείων προς το νοσοκομείο
- Ολοένα αυξανόμενο ποσοστό ανασφάλιστων ασθενών.
- Οριακή εξόφληση οφειλών του νοσοκομείου προς προμηθευτές.
- Συχνά γενική εφημερία δίχως να συνευφημερεύει άλλο νοσοκομείο στην ευρύτερη περιοχή.
- Αναλαμβάνει πολλές φορές τον ρόλο του πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου νοσοκομείου λόγω των ραγδαίων αλλαγών στον τομέα της υγείας.
- Δεν περιλαμβάνεται στους ετήσιους απολογισμούς και συγκρίσεις του κράτους με άλλα νοσοκομεία και αντιμετωπίζεται ως νοσοκομείο “ειδικού καθεστώτος” αν και προσφέρει υπηρεσίες στα πλαίσια του ΕΣΥ όπως και τα υπόλοιπα νοσοκομεία.
- Υποστελέχωση του προσωπικού του νοσοκομείου από τον κρατικό μηχανισμό.
- Ο κρατικός μηχανισμός αδυνατεί ή/και αδιαφορεί για την συνέχιση και ενίσχυση της ανοδικής πορείας του

Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

5.1. Συμπεράσματα

Στην εποχή της οικονομικής κρίσης, η μελέτη και η συμπερίληψη των δεικτών ποιότητας και ανταποδοτικότητας παρέχουν στέρεη βάση για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις νοσοκομειακές μονάδες. Η παρούσα εργασία ανέλυσε ποιοτικούς και ποσοτικούς τρόπους, με παραμετρικές και μη μεθόδους την ποιότητα και την αποδοτικότητα του Γ.Ν. Παπαγεωργίου στο διάστημα της δεκαεπταετούς λειτουργίας του, από το 2000 ως το 2016. Η δεκαεπταετής παρουσία του Νοσοκομείου στο ανταγωνιστικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας στη Θεσσαλονίκη, σφραγίζεται από τα έτη 2000, 2004 και 2009. Το 2000 το Νοσοκομείο αρχίζει τη λειτουργία του εν μέσω δυσκολιών νομικού χαρακτήρα με υψηλές όμως προδιαγραφές σε υποδομές και εγκαταστάσεις. Το 2004 αρχίζει να συνεργάζεται με την Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ. και στελεχώνει πανεπιστημιακές κλινικές. Το 2009 η οικονομική κρίση που εκδηλώνεται στη χώρα μας δεν αφήνει ανεπηρέαστο το Νοσοκομείο, το οποίο προσπαθεί να διατηρήσει την, υψηλών προδιαγραφών, παροχή υπηρεσιών υγείας στο κοινό. Η αυξητική πορεία προσέλευσης εξετασθέντων στο ανταγωνιστικό περιβάλλον στο χώρο της υγείας που χαρακτηρίζει την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης αποτελεί δείκτη της αύξουσας προτίμησης του νοσοκομείου αυτού από την περιοχή της Θεσσαλονίκης, αλλά και από την ευρύτερη περιοχή της Βόρειας Ελλάδας αλλά και της Ελλάδας γενικότερα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το Νοσοκομείο σταθερά κερδίζει την προτίμηση του κοινού, που μπορεί να αποδοθεί στις καλύτερες παροχές υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τα άλλα νοσοκομεία και στην οικονομική κρίση που εκδηλώνεται με τη μείωση των εισοδημάτων και τη μείωση των παροχών υγείας στους ασφαλισμένους από την πολιτεία.

Με τα βασικά αυτά δεδομένα καταλήγουμε ως προς την ποιότητα στα εξής:

Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας σε δομή, διαδικασία και αποτελέσματα δείχνουν ότι το πρόσημο της παρουσίας και λειτουργίας του Νοσοκομείου διατηρείται θετικό, καθώς φαίνεται να προτάσσει ως στόχο τον υψηλό ρυθμό και την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό συνάγεται από τον συνδυασμό των δεικτών του προσωπικού που παρουσιάζει μείωση του αριθμού του την εποχή της κρίσης και ελάττωση των αποδοχών του, με τους δείκτες των εξετασθέντων, νοσηλευθέντων και τη μέση νοσηλεία. Με λιγότερο προσωπικό και με αρνητικές αποδοχές εξυπηρετείται μεγαλύτερος όγκος ασθενών με βελτιούμενους δείκτες ικανοποίησης.

Σχετικά με την αποδοτικότητα η αξιολόγηση της πληρότητας και η αναλογία ανάμεσα στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και τις ημέρες νοσηλείας, μαζί με τους δείκτες κόστους δείχνουν ότι το Γ. Ν. Παπαγεωργίου παρουσιάζει υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα σε περιβάλλον ιδιαίτερων δυσκολιών στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Όπως σημειώνει ο κ. Μουρατίδης Ανδρέας, μέλος του Δ.Σ. του Νοσοκομείου σχολιάζοντας τον απολογισμό του 2016 «το νοσοκομείο δεν έχει

κανένα οικονομικό πρόβλημα και μπορεί να συνεχίζει να προσφέρει υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες ...» Περιοδικό *Χρέος Ζωής*, τεύχος 40, σ.34. Με τα οικονομικά αυτά δεδομένα το Νοσοκομείο ρεαλιστικά πια υποστηρίζει το όραμά του «για τη λειτουργία ενός σύγχρονου Νοσοκομείου, αντίστοιχου πρότυπων Νοσοκομείων του εξωτερικού, το οποίο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας στους συνανθρώπους μας» (Απολογισμός 2016).

5.2. Εισηγήσεις

Το Νοσοκομείο ως πολυσύνθετη δομή με πολυσχιδείς λειτουργίες, απαιτεί τη διαχείριση ενός τεράστιου όγκου πληροφοριών ιδίως διοικητικής, οικονομικής και ιατρονοσηλευτικής φύσεως. Για αυτό οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης και αναβάθμισης χρειάζεται να εντάσσεται σε μια ολιστική αντίληψη, σε ένα συνολικό στρατηγικό σχεδιασμό. Για να μην εκπέσουν σε αποσπασματικά μέτρα σωστές αποφάσεις και ενέργειες χρειάζεται να υιοθετηθεί το μοντέλο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Ένα τέτοιο διοικητικό πλαίσιο μπορεί να υλοποιήσει τις αρχές της ποιότητας και της αποδοτικότητας τολμώντας αλλαγές τόσο δομικές ή διαδικαστικές στον τομέα της υγείας όσο και αλλαγές στις συμπεριφορές και στις στάσεις του προσωπικού. Η ουσιαστική συνεργασία όλων των ομάδων των εργαζομένων χωρίς κάθετες συγκρούσεις αποτελεί αναγκαίο βήμα για την προσέγγιση της επιθυμητής κουλτούρας.

Επιπλέον στη διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση της θέσης του Γ.Ν. Παπαγεωργίου στην κλίμακα των νοσοκομείων της χώρας μας αλλά και διεθνώς, ενδεχομένως να συνέβαλε μια σειρά αλλαγών από τη Διοίκηση προς την κατεύθυνση:

- Να οργανώσει μία νοσοκομειακή μονάδα περισσότερο ανθρωποκεντρικά, στη βάση των αναγκών και των δυνατοτήτων τόσο του εργαζομένου όσο και του ασθενούς.
- Να ενισχύσει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του Νοσοκομείου.
- Να προσλάβει επαρκές προσωπικό ώστε να καλύπτονται οι ολοένα αυξανόμενες λειτουργικές ανάγκες ώστε να περιοριστεί η υπερεργασία του προσωπικού, να προωθείται περισσότερο η (ιατρική) καινοτομία και να διασφαλίζεται η υψηλών προδιαγραφών παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Να ασκήσει περαιτέρω πίεση για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση και ορθολογική χρηματοδότηση από τους κρατικούς φορείς ιδίως λόγω της άριστης διαχείρισης των πόρων και της σχέσης τιμής-απόδοσης αλλά και λόγω της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσίας στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου.
- Να αναζητήσει και άλλους σύνομους τρόπους χρηματοδότησης πέραν των κρατικών επιχορηγήσεων.
- Να βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων και να διαπιστώνει τον βαθμό της ικανοποίησής τους, καταρτίζοντας ερωτηματολόγια ανάλογα με αυτά για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση χρειάζεται να είναι κοινό ζητούμενο και για τον εργαζόμενο και για τον ασθενή.
- Να υιοθετήσει υποχρεωτικές πρακτικές δια βίου μάθησης για όλους τους εργαζομένους και να προβλέπει διαρκή κατάρτισή τους σε ζητήματα χρήσης τεχνολογίας, τεχνικών ποιότητας στην εργασία τους και ετοιμότητας στη διαχείριση κρίσεων (με αντίστοιχες πιστοποιήσεις).

- Να συνδέει τη θεραπεία με την έρευνα και να αξιοποιεί το διανοητικό κεφάλαιο με τον προσφορότερο και δημιουργικότερο τρόπο για την ενίσχυση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του Νοσοκομείου συνθέτοντας την έρευνα με τη θεραπεία.
- Να ενεργοποιήσει σειρά κινήτρων για όλο το προσωπικό. Η μορφή των κινήτρων μπορεί να είναι οικονομική (στα πλαίσια επιβράβευσης όλου του προσωπικού για τις ομολογουμένως εξαιρετικές υπηρεσίες που προκύπτει ότι προσφέρει ιδίως μετά την ένταξη στο ενιαίο μισθολόγιο και την κατάργηση του 13^{ου} και 14^{ου} μισθού), εκπαιδευτική (ως υποτροφία-οικονομική υποστήριξη σε παράλληλες σπουδές μετεκπαίδευσης) και κυρίως ηθική για κάθε εργαζόμενο που προσφέρει εξαιρετικές υπηρεσίες (ποσοτικά-ποιοτικά), χαίρει την αποδοχή των συναδέλφων του, ή/και θετικές κριτικές (ιδίως μέσω των ερωτηματολογίων, επιστολών) εκ των ασθενών.
- Να καθιστά την ιατρονοσηλευτική υπηρεσία αιχμή του δόρατος της συνολικής υπηρεσίας υγείας. Να αναδεικνύει την σημαντικότητα της ιατρονοσηλευτικής υπηρεσίας και να μεγιστοποιεί στο έπακρο την αποτελεσματικότητά της κατά προτεραιότητα μειώνοντας έτσι τα λάθη, αυξάνοντας την πρόληψη και ελαχιστοποιώντας κάθε είδους κινδύνους για προσωπικό (ιδίως ιατρονοσηλευτικό) και ασθενείς αμφότερα.
- Να υιοθετήσει την αντίληψη (ως μέρος της κουλτούρας) της μοναδικότητας του κάθε υπαλλήλου ξεχωριστά για αυτό που είναι και για αυτό που προσφέρει.
- Να καταστήσει σαφές σε όλο το προσωπικό (ιδίως στο μη ιατρονοσηλευτικό) την διαφορετικότητα, ανωτερότητα και ανεκτίμητη αξία της υπηρεσίας υγείας σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία ενισχύοντας έτσι αποτελεσματικότητα-αποδοτικότητα μεταξύ όλων των εμπλεκομένων.
- Να προσδώσει τον ιδιαίτερο χαρακτήρα διαχείρισης της υπηρεσίας υγείας στο διοικητικό προσωπικό και ειδικότερα ότι η διαχείριση αυτή δεν εντάσσεται στο τρόπο διαχείρισης μιας οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας, επιχείρησης κλπ., ούτε στα στενά και απόλυτα όρια μετρήσεων, αριθμών, καταγραφών.
- Να υιοθετήσει πρότυπα και κριτήρια αξιολόγησης διεθνούς αποδοχής.

Ως επιμύθιο, χρειάζεται να σημειωθεί ότι για το Γ.Ν. Παπαγεωργίου η αποτίμηση των δεικτών ποιότητας και αποδοτικότητας δείχνει ότι ο «εχθρός του καλού είναι το καλύτερο». Το Γ.Ν. Παπαγεωργίου έχει κατακτήσει το καλό και οι συνθήκες που ως τώρα έχει διαμορφώσει του δίνουν τη βεβαιότητα και την ασφάλεια να στοχεύει με επιτυχία στο καλύτερο στον ευαίσθητο και άκρως ανταγωνιστικό χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας και διεθνώς.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αλεξιάδης ΑΔ, Σιγάλας Ι (1999), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές (Τόμος Δ')*. ΕΑΠ, Πάτρα.

Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ., (2002). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α', θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος Δελτίου Τύπου, 2013.

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, «Ετήσιος Απολογισμός 2012».

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, «Ετήσιος Απολογισμός 2013»

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, «Ετήσιος Απολογισμός 2014»

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, «Ετήσιος Απολογισμός 2015»

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, «Ετήσιος Απολογισμός 2016»

Γ.Ν. Παπαγεωργίου, περιοδικό, *Χρέος Ζωής*, τεύχη 1-40

Επίσημη ιστοσελίδα του «Γ.Ν. Παπαγεωργίου», <http://www.papageorgiou-hospital.gr>

Γείτονα Μ, Καρόκης Α, Κυριόπουλος Γ, Λιόνης Χ, Σισσούρας Α, Υφαντόπουλος Γ., 2004, *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας. Κείμενα ομοφωνίας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Γεωργιάδη Ε., 2009, *Λειτουργικές Προσαρμογές στις Αλλαγές των Λογιστικών Συστημάτων στις Μονάδες Υγείας. Αξιολόγηση της Εμπειρίας Εφαρμογής του ΠΔ 146/03 (Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο Δημοσίων Νοσοκομείων) – Η περίπτωση του ΓΠΝΑ «Η Αγία Σοφία»*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε : <http://class.eap.gr> (Εύρεση :12.4.2013)

Γούλα Β. Α., 2007, *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. Η Ελληνική Εμπειρία και Πρακτική*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα

Δούκας Μ., 2012, *Ικανοποίηση Εξωτερικών και Νοσηλευόμενων Ασθενών στο ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα» Ιωαννίνων* Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε : <http://class.eap.gr> (Εύρεση :12.4.2013)

Δρογάλας, Γ., 2010, «*Αξιολόγηση της Εφαρμογής και Συνεισφοράς των Συστημάτων Εσωτερικού Ελέγχου από τη Σκοπιά της Λογιστικής και της Χρηματοοικονομικής στις Ξενοδοχειακές Επιχειρήσεις της Ελλάδας*,» Διδακτορική Διατριβή στο Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Επίσημη ιστοσελίδα του "Ελληνικού Ινστιτούτου Εσωτερικών Ελεγκτών, <http://www.hija.gr>

Εξοικονόμηση και Ορθολογική Χρήση Ενέργειας

Βιοκλιματικός Σχεδιασμός

http://www.cres.gr/energy-saving/enimerosi_bioclimatikos.htm

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013, *Διασφάλιση της Ποιότητας*. Διαθέσιμο σε: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/quality_assurance/index_el.htm (Εύρεση: 9.4.2013)

Ιωσηφίδου Σ., 2012, *Οι Αντιλήψεις των Ασθενών για την Ποιότητα των Παρεχομένων σε Αυτούς Υπηρεσιών Υγείας και ο Ρόλος τους στη Διαμόρφωση Στρατηγικών Βελτίωσης της Ποιότητας των Παρεχομένων Υπηρεσιών. Η Περίπτωση των Ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε : <http://class.eap.gr> (Εύρεση : 12.4.2013)

Καλογεροπούλου Μ., 2011, «Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών. Μέθοδος Βελτίωσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας Νοσοκομείων». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 28 (6): 794-803

Κάντζος Κ., και Α. Χονδράκη, 2006, *Θεωρία και Πρακτική*, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.

Καρδάνη Σ., 2011, *Μέτρηση της Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών σε Κλινικές Γενικού Νοσοκομείου της Περιφέρειας*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Αθήνα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση : 12.4.2013)

Κριμπογιάννη Β., 2007, *Πρόταση Ανάπτυξης Πολιτικής Ποιότητας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στο Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Αθήνα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση :12.4.2013)

Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., 2010, «Ικανοποίηση Ασθενών από την Παρεχόμενη Φροντίδα Υγείας» *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9(4):398-408.

Κουρέα – Κρεμαστινού, Τ., 2010, *Δημόσια υγεία*, Β' έκδοση, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994, *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Κυριόπουλος Γ., 2011, *Πέραν του «Μνημονίου»: Ανασυγκρότηση ή Collapsus στο Σύστημα Υγείας*; Διαθέσιμο σε: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf (Εύρεση: 8.4.2013).

Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ., 2008, *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα

Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Ζυγά Σ., 2009, Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Πειριγόντων. *Βήμα του Ασκληπιού* 8(1):25-40.

Malliarou M, Zyga S., 2009, «Advantages of Information Systems in health services». *SMIJ* 5(2):43-54 D.O.I: <http://dx.doi.org/10.4127/ch.2009.0040>

<http://www.choregia.org/0040.pdf>

Μανιαδάκης Ν.(2011) *Επιστημονικός Σχεδιασμός-συντονισμός και Υποστήριξη ΥΥΚΑ και ΥΠΕ για την Ανάπτυξη και Βελτίωση Συστημάτων Οικονομικού Προγραμματισμού και Οικονομικής Διαχείρισης Νοσοκομείων με τη Χρήση Μηχανογραφημένου Διπλογραφικού Συστήματος: Απολογιστική Έκθεση Έργου*. Διαθέσιμο σε: www.esdy.gr/diplografiko/files/Apologistiki_Ekthesi.pdf (Εύρεση: 4.4.2013).

Μαρκάκης Ε. (2005) *Η Έννοια και η Σημασία της Ποιότητας στη Φαρμακευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου και οι Προτεινόμενες Μέθοδοι για τη Βελτίωση της Διπλωματική εργασία*, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση : 12.4.2013)

Μάτης Γ. (2008) *Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών από το Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης* Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο στο : <http://class.eap.gr> (Εύρεση: 12.4.2013).

Μούρτου Ε. Χ. (2006) «Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία». *Επιθεώρηση Υγείας* (17)101 :29-35

Μπουρσανίδης Χ., 2007, «Στρατηγικό μανάτζμεντ στη δημόσια διοίκηση: Μία συστηματική παρουσίαση του Balanced Scorecard ως εργαλείου στρατηγικού μανάτζμεντ στα νοσοκομεία», στο: Μακρυδημήτρης Α., Πραβίτα Ελ. (Επιμ.): *Διοικητική θεωρία και Πράξη – , Διοίκηση και Κοινωνία*. Εκδόσεις Σάκκουλα: Αθήνα – Θεσσαλονίκη, σ. 171-206

Μπουρσανίδης Χ., 2007, *Δημόσιο Μανάτζμεντ και Πολιτική Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή, Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα

Μυλωνάς, Δ., 2014, *Σημειώσεις για Έρευνα*, ICBS Thessaloniki Business College.

Οικονομοπούλου Χ (2006). *Η Ποιότητα των Υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη. Διαθέσιμο σε: <http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/13620/1/> (Εύρεση: 12.4.2013).

ΟΟΣΑ, 2015/ ΕΛΣΤΑΤ, 2015 Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας 2015

Πάβη Ε., Σκρουμπέλος Α., Κουλιεράκης Γ., Βελονάκης Ε., Κυριόπουλος Γ. 2011. Προτεραιότητες για τη Δημόσια υγεία στην Ελλάδα , Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Παλαιολόγος Γ. (2013) «Πάρτι» 7,2 δις Ευρώ στον Κλάδο Υγείας από 2005 έως 2009». *Η Καθημερινή* 31.3.2013.

Παναγιωτίδης Ε (2012) *Εκτίμηση της Ικανοποίησης των Ασθενών από τις Υπηρεσίες του Τμήματος PET/CT του Γ.Ν. «Ευαγγελισμός» σε Σχέση με την Ποιότητα Ζωής και τη Σύγχρονη Οικονομική Κρίση*, Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr>
(Εύρεση : 12.4.2013)

Παπαδάτου, Θ., 2005, *Εσωτερικός και Εξωτερικός έλεγχος Α.Ε.*, εκδόσεις Σακκούλα, (Β έκδοση), Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν. (2012) «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγηση της». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4): 480-488.

Παπαστάθης, Π., 2014, *Ο Σύγχρονος Εσωτερικός Έλεγχος και η Πρακτική Εφαρμογή του*, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα.

Παπαστάθης, Π., 2003, *Ο Σύγχρονος Εσωτερικός Έλεγχος στις Επιχειρήσεις – Οργανισμούς και η Πρακτική Εφαρμογή του*, Τόμος 1,2, Αθήνα.

Πλαγάκος, Κ. και Δρόσου, Α., 2004, «Ο Εσωτερικός Έλεγχος των Επιχειρήσεων», Οικονομικός Ταχυδρόμος, Μάρτιος 2004.

Πετράκη Σ., 2008, *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από μια ιδιωτική κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης*, Μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ιατρικής - Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Πετρίτση Θ. (2010) «Η Συμβολή του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και του ΕΣΠΑ στον Τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Αθήνα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση: 12.4.2013).

Πίνη Α (2010) «*Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών από την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας που Παρέχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά» κατά την Πρωινή και Απογευματινή Λειτουργία τους*». Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Αθήνα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση: 12.4.2013).

Σακκάς Ν. (2008) «Η Μέτρηση της Ικανοποίησης των Ασθενών από την Ποιότητα των Παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας στα Πολυιατρεία του ΙΚΑ Τρικάλων». Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Τρίκαλα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση: 12.4.2013).

Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ, Κυριόπουλος Γ. (2012) Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα Κατάσταση και Τρέχουσες Προκλήσεις. Διαθέσιμο σε: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf
(Εύρεση: 5.2.2013).

- Σούλης Σ., 1999, *Οικονομική της Υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ., 2000, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
- Τζανετάκη Θ. (2006) «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο σε: <http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/1233/1/Tzanetaki.pdf> (Εύρεση: 12.4.2013).
- Τούντας, Γ., 1995, «Νόσος – αρρώστια – ασθένεια», *Νέα Υγεία*, τεύχος 9.
- Τούντας Γ., 2003, «Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες Υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5) : 532-546.
- Τούντας Γ., 2008, *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσεάς/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν. Α, 2007, «Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», *Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24.
- Τσιότρας Γ., 1995, *Βελτίωση Ποιότητας*, Αθήνα, Μπένου
- Τσιότρας Γ., 2002, *Βελτίωση Ποιότητας*, Αθήνα, Μπένου
- Τσουνής Α, Σαράφης Π., 2012, «Η Ποιοτική Ηλεκτρονική Διαχείριση των Πληροφοριών στις Υπηρεσίες Υγείας ως Εργαλείο Διαμόρφωσης της Ολικής Ποιότητας». *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 4(3): 91-97.
- Τσώλης Α., 2008, «Η Οργάνωση της Οικονομικής Υπηρεσίας για τη Αποτελεσματική Υποστήριξη της Εφαρμογής κατά Τμήμα Προϋπολογισμού σε Νοσοκομειακές Μονάδες». Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα. Διαθέσιμο σε: <http://class.eap.gr> (Εύρεση 12.4.2013).
- Γ. Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής, 2001, «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης», *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 18(3), Μάιος-Ιούνιος 2001, 218-229
- ΦΕΚ Α 228/2-11-2011, Νόμος υπ' αριθ. 4025 για την Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Αγγλόγλωσση Βιβλιογραφία

- Alexander Hamilton Institute, 2005, «Internal Control», *Kritirion* Ed. Athens.
- Athanassopoulos A, Ballantine J., 1995, «Ratio and frontier analysis for assessing corporate performance: Evidence from the grocery industry in the UK » *Eur J Operat Res* 1995, 46:427-440
- Awofeso N, (2004). What's New About the "New Public Health", *American Journal of Public Health*, vol. 94, no5.

Health at a glance: Europe 2014

Donabedian A., 1996, «Assessment and measurement of quality assurance in healthcare». *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1996, 44:194–196

Donabedian A., 1980, *The definition quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press

Donabedian A., 1996, «Evaluating the quality of medical care». *Milb Mem Fd Quart.*

Donabedian A., 1988, «The quality of care: How can it be assessed?» *JAMA* 1988, 260:1743–1748

Donabedian A., 1992, «The role of outcomes in quality assessment and assurance» *QRB Qual Rev Bull* 1992, 18:356–360

Carman J. M., Shortell S. M., Foster R. W., Hughes E. F., Boerstler, H., O'Brien J. L., O'Connor, E. J., 2010, "Keys for Successful Implementation of Total Quality Management in Hospitals". *Health Care Management Review* 35(4) : 283-293.

Charnes A, Cooper Ww, Rhodes E., 1978, «Measuring the efficiency of decision making units». *Eur J Operat Res* 1978, 2:429–444

Clement Jp, Valdmanis Vg, Bazzoli Gj, Zhao M, Chukmaitov A., 2008, «Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion». *Health Care Manag Sci* 2008, 11:67–77

Cochrane Al., 1972, *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London

Cunningham Sj., 2001, «An introduction to economic evaluation of health care». *J Orthod* 2001, 28:246–250

European Commission - Special Eurobarometer 327, 2010, *Patient Safety and Quality of Healthcare*. Διαθέσιμο σε: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm (Εύρεση: 8.4.2013).

HARTMANN G., 2006, «Quality management in radiotherapy». In: Schlegel W, Bortfeld T, Grosu AL (eds) *New technologies in radiation oncology*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

Healthhellas, 2010, *Κατάργηση Οργανισμών και από το Χώρο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με το Νομοσχέδιο του Υπουργείου Εσωτερικών*. Διαθέσιμο σε: http://healthellas.blogspot.gr/2010/06/blog-post_24.html (Εύρεση :7.4.2013)

Hollingsworth B, Dawson P, Maniadas N., 1999, «Efficiency measurement of health care: A review of non-parametric methods and applications». *Health Care Manag Sci* 1999, 2:161–172

Kelley E and Hurst J, 2006, *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers No.23. Διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf> (Εύρεση: 12.4.2013)

Krczal A, 1996, «Quality definition by different interest groups». *Hospitals Management Inter* 1996: 83-85

Li Lx, Benton Wc., 1996, Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *Eur J Oper Res*, vol.93 p. 449-468

Moullin M., 2004. *Eight essentials of performance measurement*. Int. J Health Care Qual Assur. (<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55#sthash.xXD6ieGU.dpuf>)

Nerenz RD, 1997, «CQI in the health care: some comments on «can it really work?»». *Int. J. Qual. Health Care*, 1997, 9: 4
OECD (2012). *Health: Key Tables*. Διαθέσιμο σε: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 (Εύρεση: 8.4.2013).

OECD (2013) *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance. Preliminary Version*. Διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org/els/health-systems/strengtheninghealthinformationinfrastructure.htm> (Εύρεση: 8.4.2013).

Palmer S, Torgerson Dj., 1999, «Economic notes: Definitions of efficiency» *Br Med J* 1999, 318:1136

Panayiotou N., Aravossis, K. and Moschou, P., 2008, “Grece: A comparative Study of CSR Reportstων απολογισμών CSR”, in Idowu S. O. & Filho W. L. (Eds.), “*Global Practices of Corporate Social Responsibility*”, Chapter 7, Springer - Verlag Berlin Heidelberg.

Papanicolas I, Smith P., Mossialos E, 2008, Principles of performance measurement, **Euro Observer**, *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 10, Number 1p.1-5

Peacock S, Chan C, Mangolini M, Johansen D., 2001, «Techniques for measuring efficiency in health services». *Productivity Commission Staff Working Paper*, July, Australia

Roberts Js, Coale Jg, Redman Rr. «A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals». *JAMA* 1987, 258:936–940

Salminen M., Vitala M. , 2006, *Handbook on Performance Management*, Ministry of Finance, Governance and Accountability, Oslo

Scott I, Campell D., 2002, «Health services research: What is it and what does it offer?» *Intern Med J*, vol.32, p. 91 – 99

Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G., 2002, «Health economic Evaluation». *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:85–88

Smith PC., 2005, Performance measurement in health care: history, challenges and prospects, *Public Money & Management*, vol. 25(4),p.213-220

WHO, 1983, *The principles of quality assurance. Regional Office for Europe*, Copenhagen, 1983: 3-7

WHO, 2003, *Quality and Accreditation in Health Care Services. A Global Review*.

WHO, Geneva. Διαθέσιμο σε:

www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

(Εύρεση: 8.4.2013).

WHO, 2006, *Quality of Care: a Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. WHO, Geneva. Διαθέσιμο σε: www.who.int/hrh/documents/en/QualityCare_B.pdf (Εύρεση: 8.4.2013).

Williams A., 1998, Priority setting in public and private health care: A guide through the ideological jungle. *J Health Econ* vol.7, p.173- 183