



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ
ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ:
«ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ»**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΓΕΩΡΓΙΑ ΛΟΥΚΙΑΝΟΥ**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
ΑΝΤΡΕΑΣ ΑΣΣΙΩΤΗΣ**

ΜΑΙΟΣ, 2015



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ
ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ:
«ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ»**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΛΟΥΚΙΑΝΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΑΝΤΡΕΑΣ ΑΣΣΙΩΤΗΣ

ΜΑΙΟΣ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	3
Περίληψη (στην Ελληνική).....	10
Περίληψη (στην Αγγλική).....	11
Ευχαριστίες.....	12
Αφιερώσεις.....	13
ΜΕΡΟΣ Ι:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
1.1.Σκοπός της Έρευνας.....	15
1.2.Δομή της Έρευνας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	18
2.1.Η έννοια των υπηρεσιών.....	18
2.1.1.Ο Ορισμός της έννοιας των Υπηρεσιών.....	18
2.1.2. Βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών.....	19
3.1.Ποιότητα γενικώς και ειδικά στον χώρο υπηρεσιών υγείας.....	22
3.1.1.Η έννοια και οι ορισμοί της ποιότητας.....	22
3.1.2. Ποιότητα ΥπηρεσιώνΥγείας.....	26
3.1.3. Ποιότητα στον χώρο της υγείας ή ποιότητα φροντίδας ασθενών.....	27
3.1.4. Βασικές Διαστάσεις της ποιότητας.....	34
4.1.Μοντέλα μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών.....	37
4.1.1.Μοντέλο SERVQUAL.....	37
4.1.2. Μοντέλο SERVPERF.....	42
4.1.3. Μοντέλο INDSERV.....	42
5.1.Μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας ή φροντίδας.....	43

5.1.1.Μοντέλα μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας ή υγείας.....	44
5.1.2.Κύκλος ποιότητας και τα στάνταρτς.....	49
5.1.3.Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών.....	52
5.1.4.Μέτρηση Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Επαγγελματιών Υγείας.....	52
5.1.5. Διεθνείς Δείκτες Μέτρησης της Ικανοποίησης.....	53
5.1.6. Ευρωπαϊκό μοντέλο ή Ευρωπαϊκός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης.....	53
5.1.7. Αμερικανικό μοντέλο ή Αμερικανικός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης.....	55
5.1.8. Καναδικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης.....	56
5.1.9. Βιβλιογραφική επισκόπηση μετρήσεων ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	58
5.1.10.Παρουσίαση ενδεικτικών ερευνών ικανοποίησης απο τον διεθνή χώρο.....	59
5.1.11.Αποτίμηση τεχνολογίας υγείας.....	61
6.1.Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	62
6.1.1.Διοίκηση Ολικής ποιότητας.....	62
6.1.2.Ποιοτικός Έλεγχος.....	70
6.1.3. Η Διασφάλιση της Ποιότητας.....	71
6.1.4.Οι κύκλοι ποιότητας.....	72
6.1.5.Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής(QALYs).....	75
6.1.6.Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking).....	76
7.1. Μέθοδοι,τεχνικές και εργαλεία για την βελτίωση της ποιότητας.....	77
7.1.1. Διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών υπηρεσιών.....	77
7.1.1.1.Χάρτης συστήματος-System map.....	78
7.1.2. Διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών-Activity sequence diagram.....	80
7.1.3.Διάγραμμα ροής διαδικασιών –Flow-block diagram.....	82

7.1.4. Διαγράμματα πολλαπλών αιτιών/διάγραμμα βελών-Multible Cause diagrams/arrow diagrams.....	84
7.1.5. Βελτιώνοντας την ποιότητα με μεθόδους παραγωγής ιδεών.....	86
7.1.5.1.Παραγωγή ιδεών με την μέθοδο της καταγραφής ιδεών-Brain writing.....	88
8.1.Βελτιώνοντας την ποιότητα με τα στατιστικά εργαλεία ποιότητας.....	88
8.1.1.Ανάπτυξη διαγραμμάτων ροής –Flow charts.....	89
8.1.2.Ανάπτυξη ιστογραμμάτων-Histograms.....	90
8.1.3. Ανάπτυξη διαγραμμάτων διασκόρπισης ή διασποράς –Scattered diagrams.....	91
8.1.4. Στατιστικός έλεγχος διεργασίας – Statistical process control.....	92
8.1.5. Ανάπτυξη φύλλων ελέγχου – check sheets.....	93
8.1.6. Ανάπτυξη διαγραμμάτων Παρέτο –Pareto analysis.....	93
8.1.7. Ανάπτυξη διαγραμμάτων αιτίου-αποτελέσματος-cause-and-effect diagrams.....	95
9.1. Βελτίωση της ποιότητας με τα Διοικητικά της Εργαλεία.....	97
9.1.1.Διαγράμματα συνάφειας-Affinity diagrams.....	97
9.1.2.Διάγραμμα συσχέτισης- Interrelationship diagram ή diagraph.....	98
9.1.3. Ανάπτυξη διαγραμμάτων Μητρώου ή Μήτρας – Matrix diagram.....	99
9.1.4. Ανάπτυξη διαγράμματος δέντρου – Tree diagram.....	99
9.1.5.Ανάπτυξη χάρτη προσδιορισμού διαδικασιών-Process decision program chart.....	101
10.1.Η ποιότητα στον χώρο της υγείας- Ιστορική Αναδρομή.....	102
11.1. Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ενός προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας.....	104
11.1.1. Στόχοι της ποιότητας.....	105
12.1. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	106
12.1.1.Ποιότητα και τεκμηριωμένη Ιατρική.....	108

13.1. Ορισμός της Ικανοποίησης Ασθενών απο την φροντίδα υγείας.....	110
13.1.1.Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	112
13.1.2. Παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.....	113
13.1.3. Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.....	114
14.1. Μοντέλα ικανοποίησης φροντίδας υγείας ασθενών.....	115
14.1.1. Μοντέλο Kano.....	115
14.1.2.Μοντέλο του Oliver.....	118
15.1.Η Αγορά των Υπηρεσιών Υγείας.....	119
15.1.1.Μορφές Υπηρεσιών Υγείας.....	120
15.1.1.1.Εξω-Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας.....	120
15.1.1.2. Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας.....	120
15.1.1.3.Η παραγωγική διαδικασία των νοσοκομείων.....	121
16.1. Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας.....	121
17.1.Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας.....	123
18.1.Η έννοια του Συστήματος Υγείας.....	124
18.1.1. Το Σύστημα Υγείας.....	124
18.1.2.Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος.....	125
18.1.3. Σκοποί και στόχοι του συστήματος Υγείας.....	127
18.1.4.Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	128
18.1.4.1.Φιλελεύθερο σύστημα υγείας-Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης.....	128
18.1.4.2.Σύστημα τύπου Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	129
18.1.4.3.Το σύστημα τύπου Bismark- Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.....	130

19.1. Κυπριακό σύστημα Υγείας.....	131
19.1.1. Δημόσιος τομέας υγείας στην Κύπρο.....	131
19.1.2. Ιδιωτικός τομέας υγείας στην Κύπρο.....	132
20.1. Συστήματα Υγείας: Η Διεθνής Εμπειρία.....	132
20.1.1. Ευρώπη.....	132
20.1.1.1. Αγγλία.....	133
20.1.1.2. Σουηδία.....	135
20.1.1.3. Γερμανία.....	137
20.1.1.4. Γαλλία.....	139
20.1.2. Αμερική.....	140
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	145
3.1. Εισαγωγή.....	145
3.2. Εξήγηση του όρου της Μεθοδολογίας έρευνας.....	146
3.3. Σκοπός της Έρευνας-Στόχοι της έρευνας.....	147
3.3.1. Σκοπός της έρευνας.....	147
3.3.2. Στόχοι της έρευνας.....	147
3.4. Δείγμα Πληθυσμού-Περίοδος Διεξαγωγής της έρευνας.....	148
3.5. Μέθοδος έρευνας- Σχεδιασμός Ερευνητικού Πλάνου-Εργαλείο Έρευνας.....	149
3.6. Ερωτηματολόγιο.....	149
3.7. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	150
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ –ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	151

4.1.Παρουσίαση Αποτελεσμάτων –Δημογραφικά στοιχεία-Ιδιωτικός Τομέας-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.....	151
4.2 -Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Ιδιωτικός Τομέας –Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Α-Προσδοκίες Ασθενών.....	158
4.3. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων-Μέρος Α (Προσδοκίες Ασθενών).....	170
4.4. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Ιδιωτικός Τομέας –Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Β-(Προσφερόμενες υπηρεσίες Ασθενών).....	176
4.5. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων –Μέρος Β (Προσφερόμενες υπηρεσίες).....	188
4.6. Γενικές Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου.....	192
4.7. Περιγραφή ιδιωτικού ιατρείου οφθαλμολογίας στο οποίο έγινε η έρευνα.....	192
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ –ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	194
5.1. Παρουσίαση αποτελεσμάτων –Δημογραφικά στοιχεία-Δημόσιος Τομέας-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.....	194
5.2. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας-Δημόσιος Τομέας-Ανάλυση αποτελεσμάτων-Μέρος Α (Προσδοκίες Ασθενών).....	212
5.3.Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Δημόσιος Τομέας – Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Β-(Προσφερόμενες υπηρεσίες Ασθενών).....	218
5.4. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου-Δημόσιος Τομέας-Ανάλυση αποτελεσμάτων –Μέρος Β (Προσφερόμενες υπηρεσίες).....	230
5.5. Γενικές Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου.....	234
5.6. Περιγραφή τμήματος οφθαλμολογίας Νοσοκομείου Λευκωσίας στο οποίο έγινε η έρευνα.....	235
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ.....	236

6.1.Τελικά συμπεράσματα για ιδιωτικό τομέα και δημόσιο τομέα-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.....	236
6.2. Προτάσεις βελτίωσης.....	239
6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	240
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	241
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	243
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	243
Ξένη Βιβλιογραφία.....	245
Ηλεκτρονικές Πηγές.....	250
Παράρτημα Ι.....	252
Ερωματολόγιο Διατριβής.....	252
Παράρτημα ΙΙ	257
Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Λευκωσίας-Τμήμα Οφθαλμολογίας.....	257
Παράρτημα ΙΙΙ.....	258
Συγκεντρωτικός πίνακας 6 εργαλείων ποιότητας.....	258
Παράρτημα ΙΙΙΙ.....	260
Πίνακας 8:Σύγκριση συστημάτων υγείας χωρών.....	260
Παράρτημα ΙΙΙΙΙ.....	261
Δεκάλογος της Ποιοτικής Εξυπηρέτησης.....	261

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ: «ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ»

Περίληψη

Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των οφθαλμιατρικών υπηρεσιών είναι σημαντική για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Η βελτίωση της ποιότητας στον χώρο της υγείας τόσο στον ιδιωτικό τομέα όσο και στο δημόσιο τομέα επικεντρώνει το ενδιαφέρον όλων των εμπλεκόμενων, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό θέμα στον τομέα της υγείας. Το να νοιώθει ο ασθενής δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες του αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας. Η μέτρηση της ποιότητας βασίζεται σε δύο σημαντικούς τομείς, την εφαρμογή διοικητικών εργαλείων και εργαλείων ελέγχου ποιότητας και την μέτρηση του επιπέδου ποιότητας από την πλευρά του χρήστη. Ως προς τον πρώτο τομέα, παρέχεται ο τρόπος ανάπτυξης και υπολογισμού των σημαντικότερων τεχνικών, μεθοδολογιών και εργαλείων για την βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, με αντίστοιχα παραδείγματα. Ως προς τον δεύτερο τομέα, παρέχονται οι βασικές γνώσεις αλλά και οι συγκεκριμένες μέθοδοι για την μέτρηση της ποιότητας από την πλευρά του χρήστη, σύμφωνα με το δίπτυχο μέτρηση της ικανοποίησης και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών βάσει του μοντέλου SERVQUAL. Η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας στα συστήματα υγείας των χωρών θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. Η ανάγκη αυτή είναι έντονη και υψηλής προτεραιότητας για τον κάθε ασθενή. Η υγεία είναι ένα από τα σημαντικότερα αγαθά του ανθρώπου, και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει ο άνθρωπος να απολαύσει οποιοδήποτε άλλο αγαθό. Η υγεία είναι το πόνος για τον άνθρωπο και γι' αυτό το λόγο το κυπριακό σύστημα υγείας, χρήζει άμεσης βελτίωσης των υπηρεσιών του, αφού ασθενεί σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι όλο το ενδιαφέρον των εμπλεκόμενων και του κράτους θα πρέπει να στραφεί στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, όπου θα προσφέρει στον ασθενή μια καλύτερη υγεία. Ο ασθενής είναι άνθρωπος και απαιτεί σεβασμό, εκτίμηση, φροντίδα και πάνω απ' όλα ικανοποίηση των αναγκών του. Το σύστημα υγείας της Κύπρου χρειάζεται άμεση βελτίωση. Όλοι ελπίζουμε για το καλύτερο.

Λέξεις Κλειδιά: Υπηρεσίες υγείας, Ποιότητα, Βελτίωση ποιότητας, Ικανοποίηση, ιδιωτικός τομέας, δημόσιος τομέας, οφθαλμιατρικές υπηρεσίες

Assessment of quality in the field of health services by private and public sectors: Ophthalmology services

Abstract

The quality of the provided health care services is important for providing the best care to the patients. Quality improvement in both the private and public sector focuses on all involved parts in order to meet patients' needs. The patient satisfaction is an important issue. If the patients feel unhappy and that their needs have not been taken into consideration, this is a sign of lack of welfare and poor quality of health scientists. Patient satisfaction is one of the most important indicators for measuring quality. Quality measurement is based on two important aspects, the application of administrative tools and quality control tools and the measuring of the level of quality from the perspective of user. Regarding the first aspect, development and calculation of the most important techniques, methodologies and tools for quality improvement in health services are the most important things, with corresponding examples. Regarding the second aspect, provision of basic knowledge and specific methods for measuring quality from the user's side are the most important things, according to the diptych measuring satisfaction and measurement of service quality based on the model servqual. The need for high quality in health services of different health systems should correspond to the patients' needs. Need is a strong and high priority for each patient. Health is one of the most important things for human and a necessary condition to enable human enjoying any good. Health is everything for human and this is why the Cypriot health system needs urgent improvement. The most important thing is improving the quality of health services, which will give the patient a better health. The patient is a human being and demands respect, appreciation, care and above all satisfaction of his needs. The Cypriot health system requires perpetual improvement. We all hope for the best.

Keywords: *Health Services, Quality, Improve Quality, Satisfaction, private sector, public sector, ophthalmic services*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κο Αντρέα Ασσιώτη που αν και αργά δέχτηκε να είναι ο επιβλέπων καθηγητής μου ως προς την συνέχεια της μεταπτυχιακής μου Διατριβής. Επίσης τον ευχαριστώ για την όλη βοήθεια, το ενδιαφέρον που επέδειξε, καθώς και την στήριξη του καθ'όλη την διάρκεια της μεταπτυχιακής μου Διατριβής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου καθ'όλη την διάρκεια της συγγραφής της μεταπτυχιακής μου Διατριβής.

Ευχαριστίες επίσης στα άτομα που βοήθησαν να συμπληρωθεί ένας αριθμός ερωτηματολόγιων και να διεξαχθεί αυτή η έρευνα.

Σας ευχαριστώ όλους

Λ.Γ.

Αφιερωμένο στους Πολυαγαπημένους μου γονείς,

Ελένη, Λουκία & Άλκη.

ΜΕΡΟΣ Ι:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1:Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα απο τα σημαντικότερα αγαθά του ανθρώπου.Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τόσο στον δημόσιο τομέα όσο και στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και η μέτρηση της είναι καθοριστικής σημασίας για την βιωσιμότητα των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.Το σύστημα υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών.Ο πιο διαδεδομένος δείκτης μέτρησης και κατ'επέκταση αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών.

Ως προς την αξιολόγηση και τους δείκτες της ποιότητας παρέχονται παραδείγματα απο τον ευρωπαϊκό χώρο.Ιδιαίτερα σημαντικοί τομείς για την ποιότητα είναι η εφαρμογή διοικητικών εργαλείων και εργαλείων ελέγχου ποιότητας και η μέτρηση του επιπέδου ποιότητας απο την πλευρά του χρήστη.Ως προς τον τομέα των διοικητικών εργαλείων και εργαλείων ελέγχου ποιότητας παρέχονται οι σημαντικότερες τεχνικές,μεθοδολογίες και εργαλεία για την βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.Ως προς τον δεύτερο τομέα παρέχονται οι βασικές γνώσεις αλλά και οι συγκεκριμένες μέθοδοι για την μέτρηση της ποιότητας απο την πλευρά των ασθενών σύμφωνα με την μέτρηση της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών βάσει των διαστάσεων της ποιότητας του μοντέλου servqual.

Η ανάπτυξη και ο τρόπος λειτουργίας κάθε συστήματος υγείας επηρεάζεται άμεσα απο τις οικονομικές,κοινωνικές,πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες κάθε χώρας.Το πρότυπο του συστήματος υγείας επιλέγεται βάσει των αναγκών και των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός κάθε χώρας.Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες σε συνδυασμό με τα κοινωνικοοικονομικά γνωρίσματα είναι οι παράγοντες που χαρακτηρίζουν τις προϋποθέσεις επίλυσης προβλημάτων και μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας.

1.1 Σκοπός της Έρευνας:

Είναι η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στον ασθενή μέσω της ικανοποίησης τους.Επιπλέον στόχος της έρευνας είναι να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες που παρουσιάζουν οι μονάδες υγείας και συγκεκριμένα οι Οφθαλμιατρικές υπηρεσίες και να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.Επιπλέον στόχος η μείωση των ιατρικών λαθών και κινδύνων η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών.Στόχος επίσης η αέναη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στον ασθενή και η βελτίωση των διαστάσεων της ποιότητας του μοντέλου servqual ξεχωριστά.

1.2 Δομή της έρευνας:

Όσον αφορά την μεθοδολογία η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον **ιδιωτικό τομέα** σε **ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας** στην **Λεμεσό** και στον **δημόσιο τομέα** στο **Νοσοκομείο Λευκωσίας –Οφθαλμιατρικές υπηρεσίες**. Η έρευνα ήταν **ποσοτική** και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε **προσωπική**. Το δείγμα της έρευνας ήταν **30 άτομα για τον ιδιωτικό τομέα** και **30 άτομα για τον δημόσιο τομέα**. Ως ερευνητικό εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από **49 ερωτήσεις** που βασίζεται στις **δέκα διαστάσεις της ποιότητας** βάσει του μοντέλου **servqual** οι οποίες είναι: **η ασφάλεια, η αξιοπιστία, η ευγένεια, η επικοινωνία, προσβασιμότητα, η ανταπόκριση, η φερεγγυότητα, οι ικανότητες των εργαζομένων, η αντιληπτική ικανότητα, τα χειροπιαστά στοιχεία**. Επίσης το ερωτηματολόγιο αποτελείται από **τρία μέρη** το πρώτο μέρος αφορά τις **προσδοκίες των ασθενών**, το δεύτερο μέρος τις **προσφερόμενες υπηρεσίες** και το τρίτο μέρος τα **Δημογραφικά στοιχεία**. Το ερωτηματολόγιο έχει συμπληρωθεί από **24 άντρες** και **36 γυναίκες**.

Όσον αφορά τα **αποτελέσματα** έχουν γίνει **πίνακες και σχήματα** για την κάθε διάσταση και έχουν παρθεί συμπεράσματα. Από τα **συμπεράσματα** που έχουν διεξαχθεί από την έρευνα όσον αφορά τον **δημόσιο τομέα** φαίνεται ότι το **σύστημα υγείας στην Κύπρο** ασθενεί σε **σύγκριση με τις ευρωπαϊκές χώρες** και **χρήζει περαιτέρω βελτίωσης**. Επίσης οι **ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα** φαίνονται να είναι **ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη** σε αντίθεση με τον **δημόσιο τομέα** όπου δεν φαίνεται να είναι και **τόσο ικανοποιημένοι**. Ως **μεγάλες αδυναμίες στον δημόσιο τομέα** αναφέρθηκαν τα **ραντεβού με τις μεγάλες λίστες αναμονής** και η **έλλειψη σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού**. Ο **Δημόσιος τομέας των υπηρεσιών υγείας** χρήζει περαιτέρω **βελτίωσης** από τον **ιδιωτικό**.

Το **βιβλίο** αποτελείται από τα **εξής κεφάλαια**:

Το **κεφάλαιο 1** που αποτελείται από την **Εισαγωγή**, τον **σκοπό της έρευνας**, **Δομή της Έρευνας**.

Το **κεφάλαιο 2** που αποτελείται από την **Βιβλιογραφική Ανασκόπηση** και περιλαμβάνει τα **εξής υποκεφάλαια**: την **έννοια των Υπηρεσιών**, τα **βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών**, την **ποιότητα γενικώς και ειδικά στον χώρο των υπηρεσιών υγείας**, την **έννοια και τους ορισμούς της ποιότητας**, την **ποιότητα στον χώρο της υγείας**, τις **βασικές διαστάσεις της ποιότητας**, τα **μοντέλα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών**, **μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών**, **μέτρηση της ικανοποίησης των Ασθενών**, **μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας**, **Διεθνείς δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης**, **Ευρωπαϊκό μοντέλο ή ευρωπαϊκός δείκτης μέτρησης της ικανοποίησης**, **Αμερικανικό μοντέλο ή αμερικανικός δείκτης μέτρησης της ικανοποίησης**, **Βιβλιογραφική επισκόπηση μετρήσεων ικανοποίησης χρηστών**, **Παρουσίαση ενδεικτικών ερευνών ικανοποίησης από το διεθνή**

χώρο,Αποτίμηση της τεχνολογίας υγείας,Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας,Διοίκηση ολικής ποιότητας,Ποιοτικός έλεγχος,Η διασφάλιση της ποιότητας,Οι κύκλοι της ποιότητας,Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QUALYs),Συγκριτική αξιολόγηση (Benchmarking),Μέθοδοι, τεχνικές και εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας,Διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών υπηρεσιών,Χάρτης συστήματος (System Map),Διάγραμμα αλληλουχίας,Διάγραμμα ροής διαδικασιών,Διαγράμματα πολλαπλών αιτιών,Βελτιώνοντας την ποιότητα με μεθόδους παραγωγής ιδεών,Παραγωγή ιδεών με τη μέθοδο της καταγραφής ιδεών,Βελτιώνοντας την ποιότητα με τα στατιστικά εργαλεία ποιότητας,Ανάπτυξη διαγραμμάτων ροής,Ανάπτυξη ιστογραμμάτων,Ανάπτυξη διαγραμμάτων διασκόρπισης ή διασποράς,Στατιστικός έλεγχος διεργασίας,Ανάπτυξη διαγραμμάτων Pareto,Ανάπτυξη διαγραμμάτων αιτίου-αποτελέσματος,Βελτίωση της ποιότητας με τα διοικητικά εργαλεία,Διάγραμμα συσχέτισης,Ανάπτυξη διαγραμμάτων μητρώου ή μήτρας,Ανάπτυξη διαγράμματος δέντρου,Ανάπτυξη χάρτη προσδιορισμού διαδικασιών,Η ποιότητα στο χώρο της υγείας-Ιστορική αναδρομή,Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ενός προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας,Στόχοι της ποιότητας,Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας,Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας,Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών,Παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών,Βαθμός ικανοποίησης ασθενών,Μοντέλα ικανοποίησης φροντίδας υγείας ασθενών,Το σύστημα υγείας,Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος,Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας,Μορφές συστημάτων υγείας,Φιλελεύθερο σύστημα υγείας,σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης,Σύστημα τύπου Beveridge-Εθνικό σύστημα υγείας,Το σύστημα τύπου Bismark-Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης,Κυπριακό σύστημα υγείας,Ιδιωτικός τομέας υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο,Δημόσιος Τομέας υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο,Η Αγορά των Υπηρεσιών Υγείας,Μορφές Υπηρεσιών Υγείας,Εξω-Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας,Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας,Η παραγωγική διαδικασία των νοσοκομείων,Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας,Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας,Συστήματα υγείας, Διεθνής Εμπειρία,Ευρώπη,Αγγλία,Σουηδία,Γερμανία,Γαλλία,Αμερική.

Το κεφάλαιο 3 αποτελείται από τη μεθοδολογία που περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και την παρουσίαση αποτελεσμάτων με πίνακες και σχήματα τόσο στον ιδιωτικό τομέα όσο και στο δημόσιο,την περιγραφή του τμήματος οφθαλμολογίας στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας στον Δημόσιο Τομέα και την περιγραφή του οφθαλμιατρείου στον Ιδιωτικό Τομέα.

Το κεφάλαιο 4 που περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του Ιδιωτικού Τομέα-Οφθαλμιατρικές υπηρεσίες.

Το κεφάλαιο 5 που περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του Δημόσιου Τομέα-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.

Το κεφάλαιο 6 που περιλαμβάνει τα Συμπεράσματα της έρευνας για Ιδιωτικό και Δημόσιο Τομέα-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες και τις Προτάσεις Βελτίωσης για Περαιτέρω Έρευνα.

Το κεφάλαιο 7 το οποίο περιλαμβάνει τον Επίλογο.

Κεφάλαιο 2:Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1.Η έννοια των υπηρεσιών

2.1.1.Ορισμός της έννοιας των Υπηρεσιών

Σύμφωνα με τον **Philip Kotler** υπηρεσία ορίζεται ως η:«οποιαδήποτε πράξη ή δραστηριότητα,που ένα μέρος μπορεί να προσφέρει σε κάποιο άλλο μέρος και η οποία είναι ουσιαστικά, μη χειροπιαστή και δεν καταλήγει σε καμία μορφή ιδιοκτησίας.Η παραγωγή της μπορεί να συνδέεται ή μπορεί και να μην συνδέεται με ένα φυσικό προϊόν».(Kotler & Armstrong,2001)

Σύμφωνα με τον **Berry(2)**και πιο συγκεκριμένα στο άρθρο του στο περιοδικό **Business Magazine** με τίτλο **Services Marketing Is Different**,για την υπηρεσία δίνεται ο ακόλουθος ορισμός:**Υπηρεσία** αποτελεί το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων πράξεων/ενεργειών στις οποίες προβαίνει ο παροχέας της,των επιδόσεων που ο παροχέας έχει προβαίνοντας στις συγκεκριμένες πράξεις/ενέργειες καθώς και των αποτελεσμάτων που οι πράξεις αυτές,σε συνδυασμό με την ικανότητα του παροχέα να επιτυγχάνει συγκεκριμένες επιδόσεις, έχουν για τον παραλήπτη/αγοραστή της υπηρεσίας.(Γούναρης,2003).

Υπηρεσία ⇒Πράξεις/Ενέργειες,Επιδόσεις,Αποτελέσματα

Πηγή:Γούναρης(2003)

Η σημαντικότερη διαφορά μεταξύ αγαθών και υπηρεσιών είναι η υλική υπόσταση.Αντίθετα με τα προϊόντα,οι υπηρεσίες στερούνται υλικής υπόστασης.

Η υπηρεσία αποτελεί την εμπειρία που αποκομίζει ένας καταναλωτής /αγοραστής ως αποτέλεσμα:

- συγκεκριμένων ενεργειών στις οποίες προβαίνει εκείνος που παρέχει την υπηρεσία,
- της ικανότητας του να επιτυγχάνει και να διατηρεί συγκεκριμένα πρότυπα(standards)κατά την πραγματοποίηση των ενεργειών αυτών και τέλος,
- του βαθμού στον οποίο ικανοποιούνται οι προσδοκίες του καταναλωτή αναφορικά με την εμπειρία που ήλπιζε ότι θα αποκομίσει προτού αποφασίσει να εμπλακεί σε μια σχέση συναλλαγής(αποδοχή του κόστους αποκόμισης της υπηρεσίας έχοντας ως προσδοκία το όφελος της απολαβής της υπηρεσίας)με τον παροχέα της υπηρεσίας.(Γούναρης,2003)

Η **διαφοροποίηση** αυτή ως προς την **υλική υπόσταση των υπηρεσιών**,εκτός της συμβολής της στην προσπάθεια μας να κατανοήσουμε ακόμα περισσότερο την έννοια των υπηρεσιών,μας οδηγεί να συνειδητοποιήσουμε τα προβλήματα που συνδέονται με το μάρκετινγκ των υπηρεσιών και να εξετάσουμε συγκεκριμένες λύσεις που κατ' επέκταση,έχουν αποκλειστική εφαρμογή στην περίπτωση του μάρκετινγκ υπηρεσιών.

Η **διάκριση** μεταξύ των **προϊόντων** και των **υπηρεσιών** γίνεται ολοένα και περισσότερο δυσχερής.Απο την μια πλευρά όλο και περισσότεροι παραγωγοί των προϊόντων προσφέρουν στον καταναλωτή ένα μείγμα χειροπιαστών αγαθών και «**υπηρεσιών**».Απο την άλλη πλευρά,**οι παροχείς υπηρεσιών** συνδυάζουν όλο και συχνότερα την παροχή των υπηρεσιών τους με κάποια χειροπιαστά αγαθά.(Γούναρης,2003)

Η **διάκριση** που έχουν οι **υπηρεσίες** σε σχέση με τα αγαθά **είναι οι εξής:**

- Οι υπηρεσίες **εκτελούνται στους χώρους του παραγωγού** με την συμμετοχή του πελάτη,
- Οι πελάτες **μετακινούνται στα μέρη στα οποία προσφέρονται οι υπηρεσίες**,
- Οι υπηρεσίες είναι **άυλες, δεν διαθέτουν υλική υπόσταση** κατά την στιγμή της πώλησης και συχνά δεν μπορούν να ελεγχούν,
- Οι υπηρεσίες είναι **φθαρτές και δεν μπορούν να αποθηκευτούν** με την φυσική τους μορφή.(Γούναρης,2003).

2.1.2.Βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών

Τα **βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών** είναι **τέσσερα:**

(α)Αυλότητα

(β)Φθαρτότητα

(γ)Αδαιρετότητα

(δ)Ετερογένεια

Ας δούμε **αναλυτικά** το κάθε **χαρακτηριστικό**:

(α) Αυλότητα:Οι υπηρεσίες **δεν γίνονται αντιληπτές με την αφή** ή τις ανθρώπινες αισθήσεις,με τον τρόπο που γίνονται τα φυσικά αγαθά.Το χαρακτηριστικό αυτό είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών καθώς εξαιτίας αυτού προκύπτουν για τις υπηρεσίες μια σειρά απο προβλήματα .Τα σημαντικότερα **προβλήματα** που συνδέονται με την αυλότητα είναι **η επικοινωνία,η αδυναμία αποθήκευσης και η δυσκολία στην τιμολόγηση**.Για το κάθε πρόβλημα υπάρχει και τρόπος αντιμετώπισης για την κάθε περίπτωση υπηρεσιών.Εδώ αν πάρουμε για παράδειγμα το πρόβλημα της **αδυναμίας αποθήκευσης**, εννοούμε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει για παράδειγμα ένα οφθαλμιατρείο όπως για παράδειγμα οι διάφορες εξετάσεις στα μάτια δεν μπορούν να αποθηκευτούν όπως γίνεται με τα προϊόντα.Δεν μπορεί δηλαδή αυτή η υπηρεσία να αποθηκευτεί και ο ασθενής να πάει όποτε θέλει στο ραντεβού του.Αν δεν πάει στο ραντεβού του την συγκεκριμένη ώρα και μέρα στο γιατρό του ιδιωτικού ή του δημόσιου ιατρείου το ραντεβού του χάνεται.

(β) Φθαρτότητα:Οι υπηρεσίες σε αυτή την περίπτωση **δεν μπορούν να αποθηκευτούν** και η δυναμικότητα που δεν αξιοποιείται πρακτικά χάνεται για την επιχείρηση.Η φθαρτότητα είναι συνυφασμένη με την αυλότητα,δηλαδή δεν αποθηκεύεται.Ένα απο τα προβλήματα που μπορεί να προκύψει στην περίπτωση ενός ιδιωτικού ιατρείου και συγκεκριμένα ενός οφθαλμιατρείου στην περίπτωση της φθαρτότητας είναι ο γιατρός να κάθεται στο γραφείο του χωρίς να έχει ραντεβού ενώ τα έξοδα του ιατρείου να τρέχουν.Και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να υπάρξει αντιμετώπιση του προβλήματος με το να ελέγξει την προσφορά και την ζήτηση.

(γ)Αδαιρετότητα:Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι αυτό της αδαιρετότητας.

Λέγοντας **αδαιρετότητα** εννοούμε **την αδυναμία διαχωρισμού**:

- της παραγωγής μιας υπηρεσίας απο τον τόπο κατανάλωσης της,
- της παραγωγής της υπηρεσίας απο την συμμετοχή του καταναλωτή στην παραγωγή
- των εμπειριών των υπόλοιπων καταναλωτών που παρευρίσκονται στην διαδικασία της παραγωγής απο το τελικό αποτέλεσμα της παραγωγής.(Γούναρης,2003).

Μερικά απο τα προβλήματα που προκύπτουν απο την αδιαιρετότητα είναι η **συμμετοχή άλλων πελατών στο αποτέλεσμα της υπηρεσίας που αφορά τον πελάτη και η εξυπηρέτηση μιας γεωγραφικά διάσπαρτης αγοράς**.Και στα δύο προβλήματα που αναφέρθηκαν υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης.Στην περίπτωση του ιδιωτικού οφθαλμολογικού ιατρείου θα μπορούσε να αναφερθεί το **πρόβλημα της συμμετοχής άλλων πελατών στην παραγωγική διαδικασία** δηλαδή αν η γραμματέας δεν τηρήσει καλά το πρόγραμμα της λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας και δεν προσέξει και βάλει δύο ραντεβού την ίδια ώρα και μέρα, θα έρθουν οι δύο ασθενείς και θα τσακώνονται ποιος θα μπει πρώτος στο ραντεβού του.Και σε αυτό το πρόβλημα υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης όπως ο γιατρός να επιστήσει την προσοχή της γραμματέας ώστε να είναι πιο προσεκτική όσον αφορά τα ραντεβού των ασθενών και ο γιατρός να ελέγχει και αυτός τα ραντεβού ώστε να μην επαναληφθεί τέτοιο λάθος γιατί αυτό θα μείωνε την εικόνα του συγκεκριμένου ιατρείου αλλά και θα δυσαρεστούσε τους ασθενείς μεταξύ τους.Συνίσταται βασικά σε αυτή την περίπτωση έλεγχος των σφαλμάτων των εργαζομένων και συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς στους ασθενείς.

(δ)**Ετερογένεια**:Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι η **ετερογένεια**.Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό σημαίνει ότι μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών αδυνατεί να συστηματοποιήσει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.Πρέπει να διευκρινιστεί ότι με την ετερογένεια δεν εννοούμε ότι μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών αδυνατεί να μετρήσει το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει.

Ένα απο τα **προβλήματα** που παρουσιάζει η ετερογένεια είναι η **αδυναμία συστηματοποίησης της ποιότητας**.Για παράδειγμα αν μιλήσουμε για ένα νοσοκομείο όπου υπάρχουν δύο γιατροί που εξετάζουν στο τμήμα οφθαλμολογίας το πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι ότι ο κάθε γιατρός προσφέρει την δική του υπηρεσία με τον δικό του τρόπο ανάλογα με τις γνώσεις του,τις εξειδικεύσεις του κ.λ.π.,εξετάζουν και οι δύο με τον δικό τους τρόπο και συμβαίνει οι μισοί ασθενείς που εξετάστηκαν απο τον **X** γιατρό να είναι πολύ ευχαριστημένοι απο την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν,ενώ οι άλλοι μισοί που εξετάστηκαν απο τον **Ψ** γιατρό να μην είναι καθόλου ευχαριστημένοι.Οι ασθενείς παίρνουν την ίδια υπηρεσία αλλά με διαφορετική ποιότητα εξέτασης λόγω περισσότερης πείρας,περισσότερης εξειδίκευσης του ενός γιατρού κ.λ.π.

Υπάρχει και σε αυτό το πρόβλημα τρόπος αντιμετώπισης.Ένας απο τους τρόπους αντιμετώπισης είναι η **συνεχής εκπαίδευση των γιατρών** και εργαζομένων με σεμινάρια που αφορούν τον κλάδο,συνεχείς εξειδίκευσεις σε νέους μεθόδους οφθαλμολογίας,ώστε να προσφέρεται εξίσου καλή ποιότητα απο όλο το προσωπικό των γιατρών του νοσοκομείου και οι ασθενείς να είναι ευχαριστημένοι και με τους δύο γιατρούς (στην συγκεκριμένη περίπτωση) και όχι μόνο με τον ένα.Η εκπαίδευση των γιατρών θα πρέπει να είναι συνεχής και συστηματική, έτσι ώστε να υπάρχει ακόμα μεγαλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς.

3.1. Ποιότητα γενικώς και ειδικά στον χώρο υπηρεσιών υγείας

3.1.1. Η έννοια και οι ορισμοί της ποιότητας

Η **ποιότητα** αποτελεί σημαντική έννοια για τις σύγχρονες **κοινωνίες** και οικονομίες. Η **παγκοσμιοποίηση** η οποία επηρεάζει τις κοινωνίες και οικονομίες μας, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού διεθνώς αλλά και στη χώρα μας. Η **ποιότητα** αποτελεί **βασικό στρατηγικό επιχειρησιακό παράγοντα επιτυχίας** και για τον λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο έντονης επιστημονικής αναζήτησης κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Παρά την στρατηγικής σημασίας επιχειρησιακή ανάγκη για την ενσωμάτωση χαρακτηριστικών ποιότητας στον σχεδιασμό προϊόντων και υπηρεσιών, η **έννοια της ποιότητας** είναι βαθιά **ανθρωποκεντρική και σύνθετη**, αφού προσπαθεί να **συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες**. (Κωσταγιόλας, κ.ά, 2008)

Η **ποιότητα** είναι έννοια **υποκειμενική** και **δυναμική** ως προς το **περιεχόμενο της**. Η έννοια της είναι ιδιαίτερα σημαντική είτε μιλάμε για προϊόντα είτε για υπηρεσίες. Έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι η **ποιότητα** ενός προϊόντος ή μιας **υπηρεσίας επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του καταναλωτή**, γεγονός που με την σειρά του **υποκινεί σε συμπεριφορές, όπως οι επαναλαμβανόμενες αγορές** του ίδιου προϊόντος ή υπηρεσίας, η **διάδοση θετικών μηνυμάτων σε άλλους καταναλωτές** για το προϊόν ή την υπηρεσία.

Ειδικά στην περίπτωση των υπηρεσιών, η **υποκειμενική διάσταση της ουσίας** και του **καθορισμού της έννοιας της ποιότητας** έχει γίνει αποδεκτή από το 1987. Οι **Buzzell και Gale** εξετάζοντας στοιχεία από την βάση δεδομένων **PIMS (Profit Impact of Market Strategy)**, καταλήγουν να υποστηρίζουν ότι **«ποιότητα είναι ότι ορίζει ο πελάτης της υπηρεσίας και η ποιότητα μιας υπηρεσίας κρίνεται βάσει του πώς ο πελάτης την αντιλαμβάνεται»**, συμφωνώντας με μια σειρά από εμπειρικές μελέτες οι οποίες προσέγγισαν το θέμα του ορισμού της έννοιας της ποιότητας της υπηρεσίας μέσα από την υποκειμενική ερμηνεία που της δίνει ο χρήστης της και **προτείνοντας συγκεκριμένα μοντέλα** για την κατανόηση της, τα οποία θα αναλυθούν στις επόμενες σελίδες του κεφαλαίου. (Γούναρης, 2003)

Πρώτο βήμα για την **ποιοτική αναβάθμιση μιας υπηρεσίας** είναι να **προσδιορίσει η επιχείρηση** τι αντιλαμβάνεται ο **κάθε υποψήφιος ή υφιστάμενος αγοραστής** ως στοιχεία **ποιότητας**. Αφού προσδιοριστούν οι **ποιοτικές παράμετροι** που ο αγοραστής έχει κατά νού όταν αξιολογεί δύο εναλλακτικούς προμηθευτές της ίδιας υπηρεσίας, τότε η **επιχείρηση μπορεί να προχωρήσει στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών** ή στον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών προκειμένου να **προσφέρει ποιοτικότερες λύσεις στα προβλήματα** και τις **ανάγκες των ατόμων που αγοράζουν αυτές τις υπηρεσίες**.

Σύμφωνα με τον **Gaster (1955)** οι ορισμοί έχουν **μεγάλη σημασία** διότι **κατευθύνουν την συνολική υλοποίηση των διεργασιών** και μπορούν ν' αποτελέσουν την βάση των

μετρήσεων που χρησιμοποιεί η διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας. (Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006)

Ορισμένοι απο τους ορισμούς της ποιότητας που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί είναι οι ακόλουθοι:

- **Ποιότητα** συνιστούν τα **χαρακτηριστικά** ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν έως και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη,
- Ως **ποιοτικό** μπορεί να χαρακτηριστεί ένα προϊόν ή μία υπηρεσία χωρίς ελαττώματα,
- Ο **βαθμός** στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται απόλυτα στις προδιαγραφές σχεδιασμού του,
- **Ποιότητα** σημαίνει **κάνω το σωστό πράγμα σωστά**, την πρώτη και κάθε φορά. (Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006)

Αυτό το οποίο πρέπει να θυμόμαστε και το οποίο αποτελεί ίσως τον πληρέστερο και κατ' επέκταση σημαντικότερο ορισμό της ποιότητας είναι ότι:

«Ποιότητα σημαίνει πράττω το σωστό πράγμα σωστά την πρώτη και κάθε φορά.»
(Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006)

Το κλειδί της ποιότητας είναι η προοδευτική ελάττωση της απόκλισης,δηλαδή της διαφοράς ανάμεσα στο πραγματικό και το ιδεώδες. Η ελάττωση της απόκλισης και κατά συνέπεια η αναβάθμιση της ποιότητας μπορεί να επιτευχθεί όταν: **“πράττω το σωστό πράγμα”**. Έχει βρεθεί ότι **«ποιοτική παροχή υπηρεσιών σημαίνει να είσαι περίπου 1% ποιοτικότερος σε 100 διαφορετικά πράγματα και όχι 100% ποιοτικότερος σε ένα πράγμα»** (Jan Carlzon,1984). Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι ένας δυσαρεστημένος πελάτης διώχνει άλλους 22, ενώ ένας ευχαριστημένος φέρνει άλλους 8. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι **η ποιότητα δεν είναι ποτέ τυχαία**. Είναι πάντα το αποτέλεσμα αδιαπράγμευτης πρόθεσης, ειλικρινούς προσπάθειας, συγκεκριμένης κατεύθυνσης και επιδέξιας εκτέλεσης. (Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006)

Πίνακας 1

Ορισμός της ποιότητας			
Ποιότητα	=	αποτελεσματικότητα	+ αποδοτικότητα
		Πράττω σωστά	+ πράττω το σωστό
		Κάνω το καλύτερο	+ ξέρω τι κάνω
Πηγή:Κεφαλοπούλου,κ.ά(2006)			

Η ποιότητα σύμφωνα με τους Reeves & Bednar (1994) έχει προσεγγισθεί ως i.Αριστεία(Excellence),ii.Αξία(Value),iii.Συμμόρφωση με προδιαγραφές (Conformance to specifications) και iv.Κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών(Meeting Customer Expectations).

Πέραν των παραπάνω,αρκετοί συγγραφείς επιχείρησαν να δώσουν ένα γενικό ορισμό της ποιότητας,για παράδειγμα ο Δερβιτσιώτης (2001)προτείνει τον ακόλουθο ορισμό:”η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν ή υπηρεσία)είναι η προσφερόμενη στον πελάτη αξία για την συνολική διάρκεια χρήσης του προϊόντος /υπηρεσίας,σε σχέση με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για τον κύκλο ζωής του είδους”.

Τα σύνθετα συστήματα διοίκησης της ποιότητας τα οποία αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών,έχουν επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό απο το έργο μιας ομάδας Αμερικανών και Ιαπόνων επιστημόνων που είναι γνωστοί ως «γκουρού» της ποιότητας.Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι:

Deming,Juran,Feigenbaum,Crosby,Ishikawa και Taguchi,το έργο των οποίων θα συνοψισθεί σε επόμενους παραγράφους.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

- Ο **Juran (1986)** όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση»,οι χρήστες δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται σ’αυτά γι’αυτό το οποίο ήθελαν να κάνουν με αυτά.Επιπλέον αναγνωρίζει πέντε διαστάσεις καταλληλότητας χρήσης: **ποιότητα του σχεδίου,ποιότητα ανταπόκρισης,διαθεσιμότητα,ασφάλεια και επιτόπια χρήση**.(Παπανικολάου,2007)

- Ο Crosby (1980) όρισε την ποιότητα ως «**συμμόρφωση στις απαιτήσεις /προδιαγραφές του προϊόντος ή της υπηρεσίας**».Οι απαιτήσεις πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα ώστε να μην υπάρχει ενδεχόμενο να παρερμηνευτούν.Οι μετρήσεις γίνονται συνεχώς για να καθορίσουν την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις .Η αποτυχία ανταπόκρισης αποτελεί την έλλειψη ποιότητας.Τα προβλήματα ποιότητας μετασχηματίζονται σε προβλήματα αποτυχημένης ανταπόκρισης.(Παπανικολάου,2007)
- Ο Deming (1993) όρισε την ποιότητα ως «**την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη**».Η ικανοποίηση εκφράζεται απο την σχέση:Ικανοποίηση = **τωρινή απόδοση-αναμενόμενη απόδοση**.Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε ένα προϊόν ή υπηρεσία να σχεδιαστεί για να δίνει ικανοποίηση.Η **ποιότητα** οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας είναι μια **πολυεπίπεδη έννοια**.Υποστηρίζει ότι η **ποιότητα έχει πολλά κριτήρια** τα οποία **αλλάζουν διαρκώς**.Επίσης υποστηρίζει ότι η **ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία** του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητα του για την αγορά. Στην δεκαετία του 1980,οι απόψεις του Deming άσκησαν **μεγάλη επίδραση** στην φιλοσοφία της **διοίκησης υπηρεσιών υγείας**.Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας υιοθέτησαν πρόθυμα τις **στρατηγικές διοίκησης**.Ωστόσο, η **καταγραφή των ωφελειών** τους δεν έχει αποδειχτεί τόσο εύκολη στην φροντίδα υγείας. (Παπανικολάου,2007)
- Ishikawa(1985) ένας απο τους διάσημους Ιάπωνες πρωτοπόρους του **κινήματος ποιότητας** κάνει ένα **διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας**.Αν ερμηνευτεί στενά η **ποιότητα σημαίνει ποιότητα ενός προϊόντος**.Αν ερμηνευθεί ευρέως η **ποιότητα σημαίνει ποιότητα εργασίας,ποιότητα υπηρεσιών,ποιότητα πληροφόρησης,ποιότητα διαδικασιών,ποιότητα τμήματος,ποιότητα ανθρώπων όπως εργατών,διευθυντών,διοικητικών στελεχών και ποιότητα συστήματος,όπως οργανισμού,αντικειμενικών στόχων** κ.λ.π.(Παπανικολάου,2007)

Απο τα παραπάνω μπορούν να εξαχθούν κοινά στοιχεία:η **ποιότητα περιλαμβάνει την ανταπόκριση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών,η ποιότητα εφαρμόζεται στα προϊόντα ,στις υπηρεσίες,στους ανθρώπους,στις διαδικασίες και στο περιβάλλον,η ποιότητα αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση(π.χ αυτό που θεωρείται ποιότητα σήμερα μπορεί να μην είναι αρκετά καλό για να θεωρηθεί ποιότητα αύριο)**.Η **ποιότητα** λοιπόν μπορεί να οριστεί ως μια **δυναμική κατάσταση** η οποία **συνδέεται με τα προϊόντα,τις υπηρεσίες,τους ανθρώπους,τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη**.(Παπανικολάου,2007)

- Ο **Feigenbaum** όρισε ότι η **ποιότητα** για ένα προϊόν ή υπηρεσία είναι **σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ**, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη. (Κωσταγιόλας, κ.ά, 2008)
- Ο **Taguchi** όρισε ότι η **ποιότητα** για ένα προϊόν ή υπηρεσία είναι η **πρόκληση ελάχιστων απωλειών** στο κοινωνικό σύνολο από την στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην κατανάλωση.

Σύμφωνα με τον **Kotler(2000)** ως **ποιότητα** ενός προϊόντος ή υπηρεσίας μπορούμε να ονομάσουμε **τα χαρακτηριστικά** του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη ή που ικανοποιούν συγκεκριμένες προδιαγραφές.

«...Η ποιότητα είναι ένας κινούμενος στόχος...που(ίσως) δεν επιτυγχάνεται τέλεια»

Brooks(1989), Sunday Times Competition. The Best of Health.

3.1.2. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

- Από την σκοπιά του παροχέα της υπηρεσίας η ποιότητα έχει να κάνει με τον βαθμό στον οποίο τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης υπηρεσίας ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις προδιαγραφές που έχει θέσει η εταιρεία.
- Από την σκοπιά του καταναλωτή η ποιότητα της υπηρεσίας έχει να κάνει με τον βαθμό στον οποίο η παρεχόμενη υπηρεσία καλύπτει ή υπερβαίνει τις προσδοκίες του, και αντικατοπτρίζεται στον βαθμό ικανοποίησης που προσφέρει.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα είναι σωστό να ορίζεται ως η **αντιλαμβανόμενη ποιότητα** της υπηρεσίας και ορίζεται ως **το επίπεδο της υπηρεσίας που καλύπτει ή υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών.**

Η επίγνωση της σημασίας της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αυξηθεί ραγδαία. Το κόστος της κακής ποιότητας είναι πολύ μεγαλύτερο στις υπηρεσίες απ' ότι στα υλικά προϊόντα, γεγονός που σημαίνει ότι γίνεται όλο και πιο σημαντική η εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών και την βελτίωση τους.

Έρευνες από τους **Parasuraman, Zeithaml and Berry(1988)**, έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε δέκα κατηγορίες –κλειδιά

τα οποία καλούνται καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών και θα αναφερθούν σε παρακάτω κεφάλαιο.(Παπανικολάου,2007)

3.1.3. Ποιότητα στον χώρο της υγείας ή ποιότητα φροντίδας ασθενών

Το πώς οι managers ορίζουν και προσεγγίζουν την ποιότητα στο πλαίσιο των καθημερινών τους ευθυνών μπορεί να επηρεάζεται περισσότερο από το υπόβαθρο και τις εμπειρίες τους. Για παράδειγμα, ένας γιατρός μπορεί να δώσει έμφαση σε κλινικά αποτελέσματα και στην υλοποίηση της ιατρικής η οποία βασίζεται σε στοιχεία ή σε οδηγίες κλινικής πρακτικής. Ένας γιατρός ο οποίος έχει εκπαιδευτεί στη δημόσια υγεία μπορεί να δώσει έμφαση στην κοινότητα. Ενώ ένας στατιστικός στον έλεγχο των στατιστικών διαδικασιών και τις ποσοτικές προσεγγίσεις. Ένας manager ανθρώπινων πόρων στην ομαδική εργασία και την αξιολόγηση της επίδοσης η οποία βασίζεται στην ομάδα. Τα παραπάνω είναι μερικά παραδείγματα τα οποία απεικονίζουν την ποικιλία των οπτικών και των προτιμήσεων στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τους πολυάριθμους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκφραστεί εντός των οργανισμών υγείας.(Παπανικολάου,2007)

Σύμφωνα με τους Dalrymple και Drew(2000) η ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μία σύνθεση μαθημάτων, μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων.(Παπανικολάου,2007).

Όπως συμβαίνει με τις πρακτικές διοίκησης, το ζήτημα της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών τάσεων και προσπαθειών για γρήγορες λύσεις. Επειδή τα τμήματα και οι επαγγελματίες οι οποίοι αναλαμβάνουν ευθύνες ποιότητας μπορεί να αλλάζουν τίτλους εργασίας σύμφωνα με την τελευταία τάση, οι managers πρέπει να κατανοούν τις εξελίξεις στον οργανισμό ώστε να προωθούν την ποιότητα παράλληλα με το πώς ονομάζονται οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με αυτή.

Η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό της όσο και σε ότι αφορά την μέτρηση της. Στις περισσότερες περιπτώσεις ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Γίνεται επίσης αντιληπτό ότι η ποιότητα αντανακλά τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης στα πλαίσια των οποίων αυτό το σύστημα λειτουργεί.

Σήμερα, στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας, το επίκεντρο είναι οι ασθενείς, το ενημερωμένο κοινό, το οποίο συγκρίνει την επίδοση με άλλες χώρες και η ανταγωνιστική αγορά.

Η ποιότητα από την οπτική γωνία του ασθενούς σχετίζεται με την ικανότητα του γιατρού να θέτει τη σωστή διάγνωση και να χορηγεί το πλέον κατάλληλο και

αποτελεσματικό θεραπευτικό σχήμα.Επιπλέον η ποιότητα απο την πλευρά του ασθενούς σχετίζεται με το μικρότερο δυνατό κόστος και την ανθρωπιστική παροχή υπηρεσιών υγείας.(Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006).

Κατά καιρούς διατυπώθηκαν πολλοί ορισμοί για την ποιότητα.Όπως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή,που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού(the art of care) στις ανάγκες του ασθενούς,το κόστος και την αποτελεσματικότητα(Thomson 1980).Επίσης, ο Lohr Harris Wehling το 1991,διετύπωσε ένα άλλο ορισμό βάσει του οποίου η ποιότητα υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται απο τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς.

Σύμφωνα με τον Kahn(1985)ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση,η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας.Έτσι η διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση του βαθμού τελειότητας της υπηρεσίας ή του προϊόντος με βάσει κάποια προσυμφωνημένα πρότυπα ποιότητας.(Ραφτόπουλος,2009).

Το ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής,ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας,σε άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάσει την τρέχουσα επιστημονική γνώση.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization,ISO,1990)ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν τις δηλωθείσες ή τις προκύπτουσες ανάγκες απο την χρήση τους.(Ραφτόπουλος,2009)

Για κάποιους η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ανταγωνιστικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας,καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της ποιότητας φροντίδας.

Ο Baker το 1992 είπε:Η ποιότητα εκφράζει την αναμενόμενη δυνατότητα της φροντίδας υγείας να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα,σύμφωνα με τις αξίες των επαγγελματιών,των ατόμων και της κοινωνίας.Γενικότερα θα λέγαμε ότι ποιότητα, σημαίνει κάνω τα σωστά για τους σωστούς ανθρώπους στον σωστό χρόνο όπως διατυπώθηκε το 1999 αποτο U.K. Department of Health.(Κεφαλοπούλου,κ.ά,2006).

Σύμφωνα με τον **Avedis Donabedian**, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της ποιότητας στο σύστημα υγείας, η ποιότητα στην υγεία ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελημάτων και πιθανών ζημιών που συνεκτιμώνται κατά κανόνα, σε μια δεδομένη διαδικασία περίθαλψης.

Πηγή: (Κεφαλοπούλου, Παπανικόλα, Τσάκαλη, Χασάπη, Μπονίκος, 2006)

Επίσης ο **Donabedian** διατύπωσε την άποψη ότι η ποιότητα στην υγεία πρέπει να επιδιώκεται σε τρεις συνιστώσες, στις δομές, στις διεργασίες, και στις εκβάσεις. Η πρώτη συνιστώσα σχετίζεται με την υλική υποδομή (τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, και τους οικονομικούς πόρους), το ανθρώπινο δυναμικό και την διοικητική υποδομή. Η δεύτερη συνιστώσα αφορά την παροχή υπηρεσιών, τις δραστηριότητες εκείνες που γίνονται για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς και τέλος την προσβασιμότητα, την οργάνωση της εισαγωγής και την οργάνωση εξόδου. Η τρίτη συνιστώσα αναφέρεται στην αλλαγή της παρούσας κατάστασης και προσδοκώμενης κατάστασης της υγείας του ασθενούς, μετά την αντιμετώπιση από το σύστημα, του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως η παροχή υπηρεσιών υγείας για να χαρακτηριστεί ποιοτική θα πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, επικεντρωμένη στον ασθενή, άμεση, αποδοτική και ισότιμη για όλους. Τα έξι αυτά χαρακτηριστικά έχουν επικρατήσει και ως διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας. Αναμφίβολα η ποιότητα είναι υπόθεση συλλογική και απαιτεί την συνεργασία όλων μας. (Κεφαλοπούλου, κ.ά., 2006)

Σήμερα, στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας, το επίκεντρο είναι οι ασθενείς, το ενημερωμένο κοινό, το οποίο συγκρίνει την επίδοση με άλλες χώρες και η ανταγωνιστική αγορά. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των πληροφοριών, οι απαιτήσεις για διαφάνεια, δημόσια ευθύνη και τα όρια των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων υποχρεώνουν κάθε κράτος να περιγράψει και να μεταρρυθμίσει το σύστημα υγείας του σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα δομών, διαδικασιών, επίδοσης και αποτελεσμάτων. Ωστόσο η δημόσια, πολιτική και επαγγελματική δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει μια παγκόσμια ομοφωνία. Οι ανησυχίες συνδέονται ιδιαίτερα με την πρόσβαση και τη συνοχή της φροντίδας, την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, την αξία των χρημάτων, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των καταναλωτών και την δημόσια ευθύνη. (Παπανικολάου, 2007).

Οι διαφορετικές κουλτούρες θεμελιώνονται με διαφορετικές αξίες και προτεραιότητες. Για κάποιους η καλή ποιότητα σημαίνει την παροχή προσωπικού και

εγκαταστάσεων,για άλλους σημαίνει αμεροληψία και κατανόηση,για κάποιους τρίτους σημαίνει βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα.Η πρόκληση για κάθε χώρα είναι να αναγνωρίσει αυτές τις διαφορετικές εύλογες προσδοκίες και να τις συμφιλιώσει σε ένα ανταποκρινόμενο και ισορροπημένο σύστημα υγείας.(Παπανικολάου,2007).

Ωστόσο σύμφωνα με ένα πλαίσιο το οποίο προτάθηκε απο μια ομάδα εμπειρογνομόνων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας/ποιότητα υγείας το 2001,‘‘η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των ευγενών στόχων των συστημάτων υγείας για την βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού’’.(Evans,Murray 2001).

Έτσι η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται απο την άποψη των κύριων συμμετεχόντων(χρήστες,προμηθευτές φροντίδας,ασφαλιστικοί οργανισμοί,πολιτικοί και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας)και σε σχέση με σαφή κριτήρια τα οποία αντανακλούν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία.Τα πιο συχνά αναφερόμενα στοιχεία ενός καλού συστήματος υγείας σχετίζονται με την προσαρμογή της έννοιας εισροής –διαδικασίας-αποτελέσματος απο τον Donabedian, ο οποίος ήταν ο πρωτοπόρος στα θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία.(Παπανικολάου,2007).

Ο Donabedian εξέφρασε την άποψη ότι η ποιότητα της φροντίδας κρίνεται με βάση την συμμόρφωση της σε κάποιο σύνολο προτύπων,τα οποία πηγάζουν απο τρεις χώρους:(1) την επιστήμη της υγειονομικής φροντίδας,η οποία καθορίζει την κλινική αποτελεσματικότητα,(2)τις ατομικές αξίες και προσδοκίες,οι οποίες καθορίζουν την αποδοχή,(3)τις κοινωνικές αξίες και προσδοκίες οι οποίες καθορίζουν την νομιμότητα.

Πηγή: (Παπανικολάου,2007)

Έτσι διευρύνεται το επιχείρημα ότι η ποιότητα δεν μπορεί να κρίνεται μόνο απο τους επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υγειονομική φροντίδα,αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και τις απόψεις και προτιμήσεις των ασθενών,όπως επίσης και της κοινωνίας στο σύνολο της.

Οι Abby Ghobadian et al.(1994)ταξινόμησαν τους διάφορους ορισμούς για την ποιότητα σε πέντε κατηγορίες:

1.Ανωτερότητα: Σύμφωνα με αυτή την κατηγορία,στην ποιότητα αποδίδεται μια έμφυτη τελειότητα,που αντλεί τα χαρακτηριστικά της απο τη φιλοσοφική ανάλυση του Πλάτωνα περί του ιδεώδους.Πρόκειται για έναν άκαμπτο ορισμό υπό την μορφή αξιώματος που συνήθως αποδίδεται σε αγαθά ή υπηρεσίες.Για τον Zeithaml(1988) η ποιότητα μιας

υπηρεσίας απο την πτική πλευρά του χρήστη,ορίζεται ως η άποψη του για την ανωτερότητα ή την τελειότητα της υπηρεσίας/προϊόντος.Κάποιοι αναζητούν την ποιότητα πολύ ψηλά ενώ βρίσκεται στα απλά καθημερινά πράγματα και πιο συγκεκριμένα,στην σωστή χρήση του αντιβιοτικού που θα δώσει ο γιατρός στον ασθενή,στο πλύσιμο των χεριών της νοσηλεύτριας,στην ευγένεια του διοικητικού υπαλλήλου που βρίσκεται πίσω απο τον γκισέ και έρχεται καθημερινά σε επαφή με τον ασθενή.(Ραφτόπουλος,2009).

2.Προεξάρογοντα χαρακτηριστικά:στην περίπτωση αυτή,η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή μια υπηρεσία,σε μονάδες εκπληρωμένων προσδοκιών οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι αν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας εκπληρώνουν το αξιολογικό σύστημα των πελατών που τα χρησιμοποιούν,τότε πρόκειται για μια υπηρεσία με ποιότητα.

3.Χαρακτηριστικά της διαδικασίας της παροχής:η ποιότητα ορίζεται ως η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις(Crosby,1980,Taguchi,1986).Ο ορισμός αυτός έχει περισσότερο εφαρμογή στους Οργανισμούς οι οποίοι επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών τους.

4.Ικανοποίηση του πελάτη:σε αντίθεση με τον πιο πάνω ορισμό,εδώ η ποιότητα επηρεάζεται απο το εξωτερικό περιβάλλον.Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ορισμοί των Deming(1986),Juran et al(1974),Feigenbaum(1986)και Ishikawa(1985).Ο ορισμός αυτός ταιριάζει σε χώρους εντάσεως εργασίας,όπως ο χώρος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.Ασφαλώς πρόκειται για την κατηγορία που τα τελευταία χρόνια έχει συγκεντρώσει το μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον ακόμη και στην χώρα μας.

5.Προστιθέμενη αξία:Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό η ποιότητα προυποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη,σε όρους κόστους,διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας.(Grooscock,1986).Επειδή η παροχή υπηρεσιών είναι άυλη,ο χρήστης τις αξιολογεί σε όρους προστιθέμενης αξίας εφόσον τις χρησιμοποιήσει.Με πιο απλά λόγια,αν ο έμπρακτος σεβασμός του γιατρού και του νοσηλευτή προσδίδουν αξία στον ασθενή,τότε δηλώνει ικανοποιημένος και πιθανώς χαρακτηρίζει ποιοτική την συνολική παρεχόμενη φροντίδα.Ένας απο τους προσδιοριστές της προστιθέμενης τόπο αξίας φαίνεται να είναι οι προσδοκίες απο την χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας(Lewis,1993).Ο Zeithaml(1988)συμπληρώνει ότι η αξία είναι περισσότερο εξατομικευμένη σε σχέση με την ποιότητα που είναι μια διαδικασία δούναι και λαβείν.Έτσι ο χρήστης μιας υπηρεσίας,την αξιολογεί με βάση την αξία που του προσθέτει,η οποία συναρτάται με την χρησιμότητα της υπηρεσίας,έχοντας ως κριτήριο τι έδωσε και τι λαμβάνει.Η ποιότητα ταυτίστηκε σημασιολογικά με την ικανοποίηση των ασθενών ενώ στην ουσία η ικανοποίηση είναι μόνο μια απο τις διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας.(Ραφτόπουλος,2007).

Ο Maxwell(1984a,1984b) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

(1)**Προσπελασιμότητα:**η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών,οικονομικών,γλωσσικών),προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

(2)**Ισότητα:**η παροχή υπηρεσιών οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.

(3)**Κοινωνική αποδογή:**η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών,η κριτική του,η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του προσφέρεται.

(4)**Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες :**συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων,στην έννοια της αρριώστειας και της αναπηρίας η οποία γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και την υπηρεσία η οποία παρέχεται.

(5)**Αποδοτικότητα:**το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

(6)**Τεχνική αποτελεσματικότητα:** η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στην θεραπεία κάθε ασθενή.

Ο **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations** (JCAHO 2000) ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση,ο **JCAHO** καθόρισε 9 παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα στην φροντίδα υγείας.

Παρακάτω μπορείτε να δείτε τον **πίνακα 2**(Παπανικολάου,2007).

Πίνακας 2

Χαρακτηριστικά ποιότητας

Appropriateness(Καταλληλότητα):ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς,με δεδομένη την παρούσα γνώμη.

Availability(Διαθεσιμότητα):ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται.

Continuity(Συνέχεια):ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες,στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.

Effectiveness(Αποτελεσματικότητα):ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο,με δεδομένη την παρούσα γνώση,με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Efficacy(Δραστηκότητα):ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή,φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Efficiency(Αποδοτικότητα):η αναλογία των αποδόσεων (αποτέλεσμα της φροντίδας)για έναν ασθενή,προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκανγια την παροχή της φροντίδας.

Respect and caring (Σεβασμός και φροντίδα):ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες ,προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

Safety(Ασφάλεια):ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.

Timeliness(Επικαιρότητα):ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την πιο ευεργετική ή απαραίτητη στιγμή.

Πηγή:(Παπανικολάου,2007)

Ο ορισμός της ποιότητας βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών,καθιστά κάποιον ικανό να μετατρέψει τους στόχους της ποιότητας σε μετρήσιμους δείκτες απόδοσης.

Η ποιότητα της φροντίδας η οποία αναμένεται απο μια υπηρεσία,γίνεται σαφής με γραπτά πρότυπα τα οποία δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία,πρέπει να παρασχεθεί,καθώς

και τα αποτελέσματα τα οποία πρέπει να επιτευχθούν απο αυτή την υπηρεσία.Τα **πρότυπα** συνεπώς **ορίζουν την ποιότητα**.Ένα **πρότυπο** είναι μια γραπτή **δήλωση αξίας κανόνων,συνθηκών και πράξεων σ' ένα ασθενή ή μέλος του προσωπικού ή το σύστημα** το οποίο έχει εγκριθεί απο μια αρμόδια αρχή.

Η επιδίωξη ενός **σφαιρικού ορισμού της ποιότητας** έχει αποδειχθεί ανεδαφική.Ο **Donabedian** ισχυρίζεται ότι κανένας ορισμός απο μόνος του δεν επαρκεί και **προτείνει τρεις ορισμούς:**

(α)τον απόλυτο ορισμό,ο οποίος εξετάζει την πιθανότητα του οφέλους και βλάβης στην υγεία όπως αυτή εκτιμάται απο τους επαγγελματίες (θεραπευτές) χωρίς να δίνει σημασία στο κόστος,

(β)τον εξατομικευμένο ορισμό, οποίος επικεντρώνει στις προσδοκίες του ασθενή σχετικά με το όφελος ή την ζημιά και άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες και

(γ)τον κοινωνικό ορισμό,ο οποίος συμπεριλαμβάνει το κόστος φροντίδας,την συνοχή του οφέλους/ζημιάς και την παροχή της φροντίδας υγείας όπως αυτή εκτιμάται απο τον πληθυσμό γενικά.

Πηγή:(Παπανικολάου,2007)

Τέλος σύμφωνα με τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας**,η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:(WHO 2000):(α)ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής,(β)αποτελεσματικότητα στην χρήση των διαθέσιμων πόρων,(γ)μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς,(δ)ικανοποίηση του ασθενή,(ε)τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.(Παπανικολάου,2007)

3.1.4. Βασικές Διαστάσεις της ποιότητας

Έρευνες απο τους **Parasuraman,Zeithaml and Berry(1988)**,έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα απο τον τύπο της υπηρεσίας οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών.Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε **10 κατηγορίες-κλειδιά** τα οποία καλούνται **καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας** υπηρεσιών και είναι οι ακόλουθες:

(1)Αξιοπιστία(Reability):Σταθερότητα φροντίδας,συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.

(2)**Ανταπόκριση(Responsiveness)**:Προθυμία,ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.

(3)**Ικανότητα(Competence)**:Απαραίτητα προσόντα- δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.

(4)**Πρόσβαση(Access)**:Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.

(5)**Ευγένεια(Courtesy)**:Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.

(6)**Επικοινωνία(Communication)**:Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.

(7)**Επαγγελματική πίστη(Credibility)**:Εμπιστοσύνη,ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.

(8)**Ασφάλεια(Security)**:Σωματική ασφάλεια,όχι ρίσκο ή αμφιβολίες,εχεμύθεια.

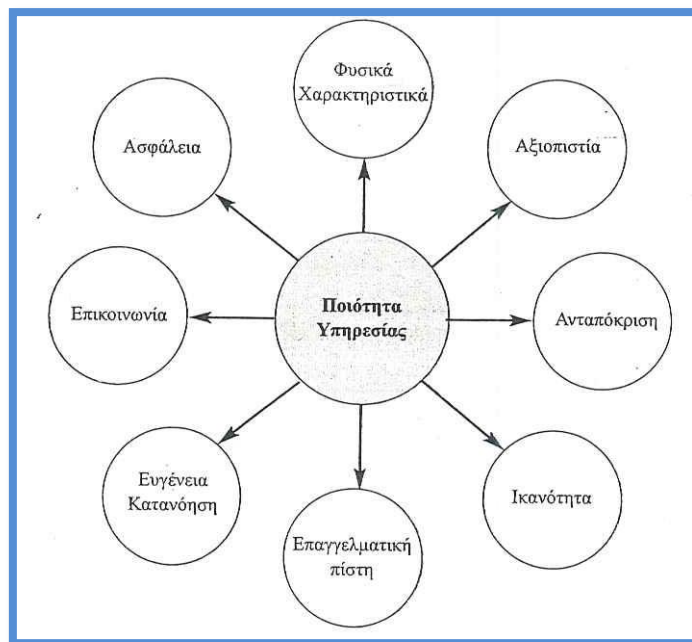
(9)**Κατανόηση(Understanding)**:Σκληρή δουλειά απο τους εργαζομένους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

(10)**Φυσικά χαρακτηριστικά(Physical tangibles)**:Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας,εμφάνιση εργαζομένων και άλλων προμηθευτών.

Κάθε **παρέκκλιση** απο την κάλυψη όλων αυτών των **προσδοκιών** δημιουργεί την αίσθηση **κακής ποιότητας** των **παρεχόμενων υπηρεσιών**.Θα πρέπει να τονίσουμε ότι μια λίστα γενικού τύπου η οποία αναφέρεται **στις ποιοτικές διαστάσεις** δεν μπορεί παρά να δώσει **ορισμένες αρχικές μόνο ιδέες**,οι οποίες **είναι απαραίτητες για τον προγραμματισμό** του **προϊόντος/υπηρεσίας**.Κάθε **προϊόν ή υπηρεσία** πρέπει να ανταποκριθεί σε κάποιο ιδιαίτερο σύνολο **απαιτήσεων του πελάτη**.Αυτές οι **επιθυμίες και οι ανάγκες** πρέπει να **διερευνηθούν** εκτενώς γιατί έχουν **σημαντική επίδραση στο σχεδιασμό μιας υπηρεσίας** και φαίνονται στα παρακάτω **σχήματα 1.1 και 1.2**.(Παπανικολάου,2007).

Παρακάτω μπορείτε να δείτε το **σχήμα 1.1**:

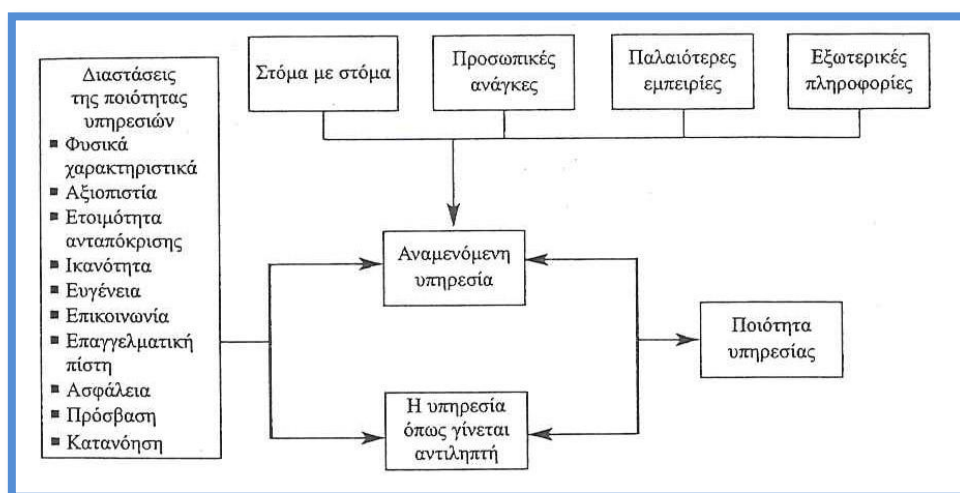
Σχήμα 1.1:Καθοριστικοί Παράγοντες Ποιότητας Υπηρεσιών



Πηγή:(Παπανικολάου,2007)

Παρακάτω μπορείτε να δείτε το σχήμα 1.2:

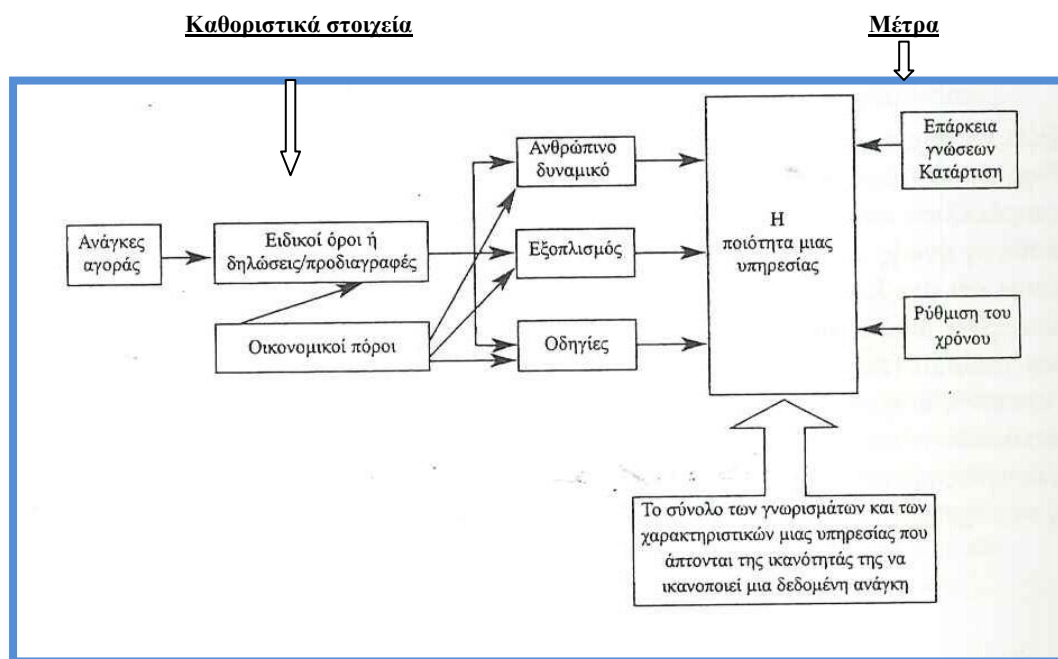
Σχήμα 1.2:Αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών απο τον πελάτη



Πηγή: (Παπανικολάου,2007 & Zeithaml et.al.,1990)

Επίσης το κατωτέρω **Σχήμα 1.3** στόχο έχει να απεικονίσει τα καθοριστικά στοιχεία και τα μέτρα της ποιότητας σ' ένα κατασκευαστικό οργανισμό υπηρεσιών αντίστοιχα

Σχήμα 1.3:Καθοριστικοί Παράγοντες και μέτρα της ποιότητας μιας υπηρεσία



Πηγή: (Παπανικολάου,2007)

4.1.Μοντέλα μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών

4.1.1.Μοντέλο SERVQUAL

Το 1985,οι Αμερικανοί καθηγητές Parasuraman,Berry και Zeithaml(PBZ)πρότειναν ένα μοντέλο, το οποίο αποκάλεσαν SERVQUAL,με σκοπό να ερμηνεύσουν και να μετρήσουν την έννοια της ποιότητας μιας υπηρεσίας.

Το μοντέλο SERVQUAL στηρίζεται στη θεωρία της διάψευσης των προσδοκιών.Σύμφωνα με το μοντέλο,ο καταναλωτής,βάσει των προσωπικών του αναγκών,της προηγούμενης εμπειρίας του με μια συγκεκριμένη επιχείρηση παροχής υπηρεσιών ή με άλλες επιχειρήσεις του ίδιου κλάδου,αλλά και της επικοινωνίας που έχει με άλλους καταναλωτές ,δημιουργεί συγκεκριμένες προσδοκίες αναφορικά με την υπηρεσία που μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών είναι σε θέση να προσφέρει.Στην διαμόρφωση

των προσδοκιών αυτών συμβάλλει βεβαίως και η ίδια η **επιχείρηση** με την **επικοινωνιακή προσπάθεια** που κάνει.Απο εκεί και πέρα ο **καταναλωτής πραγματοποιεί** την σύγκριση μεταξύ της **υπηρεσίας** που ανέμενε ότι θα του παρεχόταν με την υπηρεσία που τελικώς **παρασχέθηκε**.Το **αποτέλεσμα της σύγκρισης** αυτής καθορίζει και την **τελική εντύπωση** που θα έχει ο **καταναλωτής για την ποιότητα της υπηρεσίας**.(Γούναρης,2003).

Το **πρώτο σημείο** που θα πρέπει καταρχήν να **τονίσουμε** είναι ότι το μοντέλο των **PBZ** δίνει έμφαση στην **έννοια της ποιότητας της υπηρεσίας** όπως αυτή γίνεται **αντιληπτή** απο τον **πελάτη**,και όχι βάσει κάποιων προδιαγραφών (**quality standards**)που μπορεί να έχει θέσει η **επιχείρηση**.Κατ'αυτήν την έννοια,είναι μια **πελατοκεντρική προσέγγιση** στον προσδιορισμό και την **μέτρηση της ποιότητας της υπηρεσίας**,γεγονός που αυτόματα σημαίνει ότι το **συγκεκριμένο μοντέλο** είναι **χρήσιμο** για **οποιαδήποτε επιχείρηση παροχής υπηρεσιών** αφού,αν μη τι άλλο,θέτει την **επιχείρηση** απέναντι **στους πελάτες της** και την **ευαισθητοποιεί** να προσπαθεί ,να σκεφτεί και να λειτουργήσει σύμφωνα με τις **ανάγκες** και τις **προσδοκίες των πελατών** της.(Γούναρης,2003).

Το **βασικό** ή **αρχικό μοντέλο SERVICE QUALITY(SERVQUAL)**περιλαμβάνει **δύο ενότητες μετρήσεων** τις **προσδοκίες** και τις **αντιλήψεις**.Κατά την **διάρκεια της ανάπτυξης** του **μοντέλου SERVQUAL** οι **Zeithaml et.al.(1990)** βρήκαν ότι απο τις **δέκα διαστάσεις** που αναφέρθηκαν παραπάνω κάποιες έχουν **μεγάλη σχέση μεταξύ τους**, με αποτέλεσμα,το υπόδειγμα **SERVQUAL**, να προτείνει συνοψίζοντας τις κατωτέρω **5 διαστάσεις**:**φυσικό περιβάλλον(tangility)****απτότητα(tangibles)**,**αξιοπιστία(reliability)**,**ανταπόκριση(responsiveness)**,**διασφάλιση(assurance)**,**κατανόηση ή εμπάθεια(empathy)**.Τελικά οι **δημιουργοί της κλίμακας** (Zeithaml et.al.),κατέληξαν στις **πέντε διαστάσεις προσδιορισμού της ποιότητας** όπως φαίνονται **στο παρακάτω πίνακα 3** (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Οι **πέντε διαστάσεις** καθορισμού της **ποιότητας μιας υπηρεσίας** με βάσει τις οποίες **κατασκευάστηκε** η κλίμακα **SERVQUAL**.

Πίνακας 3

Διάσταση	Περιεχόμενο
Απτότητα-Tangibles	Πάγιος εξοπλισμός,διατιθέμενοι χώροι και υποδομές, εικόνα προσωπικού κ.ά.
Αξιοπιστία-Reliability	Η ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την υπηρεσία που έχει συμφωνηθεί αξιόπιστα, με ακρίβεια και χωρίς χρονικές καθυστερήσεις.

Ανταπόκριση- Responsiveness	Η επιθυμία του προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών.
Διασφάλιση- Assurance	Η εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό με βάσει τις γνώσεις,τις εμπειρίες,την εκπαίδευση και τις ικανότητες.
Εμπάθεια (Ενσυναίσθηση)- Empathy	Η εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. πηγή:(Κέφης,2005)

Το μοντέλο **SERVQUAL** θεωρείται απο **τα πλέον αξιόπιστα εργαλεία μετρήσεων** της ποιότητας και έχει ευρύτητα χρησιμοποιηθεί και στις **υπηρεσίες υγείας**.Το **μοντέλο SERVQUAL** είναι ένα **πρότυπο εργαλείο** για την **μέτρηση** της λειτουργικής **διάστασης της ποιότητας της υπηρεσίας** το οποίο μπορεί **άριστα** να **εφαρμοστεί και σε επίπεδο νοσοκομειακών υπηρεσιών**.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Οι **Zimeras et al.(2007)** εστίασαν στην **ανάλυση των προσδοκιών** των χρηστών και παρουσίασαν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο δειγματοληψίας για το **SERVQUAL** βασισμένο στο διαδίκτυο για τα εξωτερικά ιατρεία γενικού νοσοκομείου.Οι ίδιοι συγγραφείς με την χρήση πολυμεταβλητής ανάλυσης κατέδειξαν ως στατιστικά σημαντικές μεταβλητές για τις προσδοκίες των χρηστών:**τον επαγγελματισμό και τη διάθεση εξυπηρέτησης των επαγγελματιών υγείας,την ευγένεια νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού,την κατάσταση των υποδομών τους,την παροχή πληροφοριών,την σαφήνεια επικοινωνίας,την ύπαρξη και την ποιότητα του έντυπου υλικού,την κατανόηση απο τους ασθενείς των νοσοκομειακών διαδικασιών**.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Προκειμένου ωστόσο να κατανοήσει κανείς ακριβώς τις στρατηγικές συνέπειες του συγκεκριμένου μοντέλου,θα πρέπει να σταθεί στα **πέντε χάσματα (gaps)** που επίσης απεικονίζονται στο **μοντέλο** και τα οποία ουσιαστικά **περιγράφουν** γιατί οι επιχειρήσεις αδυνατούν να προσφέρουν **ποιοτικές υπηρεσίες σύμφωνα με τα πρότυπα της ποιότητας** που οι **πελάτες τους προσδοκούν**.(Γούναρης,2003)

Χάσμα 1: Οι άγνωστες προσδοκίες του πελάτη

Η **πρώτη** και μία από τις **σοβαρότερες αιτίες** για τις οποίες μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών αποτυγχάνει να δώσει στην αγορά ποιοτικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις προσδοκίες της αγοράς είναι διότι δεν γνωρίζει ποιες είναι οι προσδοκίες και οι ανάγκες της αγοράς. Όταν αυτό συμβαίνει, τότε εκείνοι οι οποίοι έχουν την ευθύνη και την αρμοδιότητα στην επιχείρηση να σχεδιάζουν στρατηγικές, πολιτικές και κανόνες εξυπηρέτησης το κάνουν χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τις **ανάγκες** και τις **προσδοκίες των πελατών** της επιχείρησης με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι υποδεέστερες των προσδοκιών των πελατών της. Προκειμένου η επιχείρηση να κλείσει το συγκεκριμένο χάσμα είναι απαραίτητο να αξιοποιήσει κάθε επίσημη και ανεπίσημη διαδικασία συλλογής πληροφοριών αναφορικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών της.

Χάσμα 2: Μετατροπή των προσδοκιών σε προδιαγραφές.

Το **δεύτερο χάσμα** της ποιότητας σχετίζεται με την αδυναμία της επιχείρησης, έστω και αν έχει καταφέρει να μάθει τις προσδοκίες των πελατών, να μεταφράσει τις προσδοκίες αυτές σε συγκεκριμένες προδιαγραφές για την παροχή ανάλογων υπηρεσιών. Μια πρώτη αιτία εξαιτίας της οποίας οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών αδυνατούν να μετατρέψουν τις ανάγκες των πελατών τους σε συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας είναι διότι το σύνολο των στελεχών που επηρεάζουν τις προδιαγραφές εξυπηρέτησης δεν έχουν πιστέψει πραγματικά στην σημασία της ποιότητας και δεν έχουν αναπτύξει την αναγκαία προσήλωση στην προσπάθεια να προσφέρουν πραγματικά ποιοτικές υπηρεσίες. Επίσης η ποιότητα και η προσπάθεια παροχής πραγματικά ποιοτικών υπηρεσιών μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα συγκριτικά με άλλους στόχους της επιχείρησης όπως είναι για παράδειγμα η κερδοφορία. (Γούναρης, 2003).

Το **πρώτο βήμα** που είναι απαραίτητο για να κλείσει το **δεύτερο χάσμα** είναι να αποκτήσουν τα ανώτερα και ανώτατα στελέχη της επιχείρησης ένα γνήσιο προσανατολισμό προς την ποιότητα και να πιστέψουν στην αναγκαιότητα προσαρμογής των προτύπων λειτουργίας της επιχείρησης στις προσδοκίες των πελατών της. Αυτό προϋποθέτει την εφαρμογή όλων των εργαλείων επαναπροσανατολισμού των στελεχών της επιχείρησης και αλλαγή της φιλοσοφίας τους, από ενδοεπιχειρησιακά σεμινάρια ευαισθητοποίησης μέχρι ενέργειες συμβολικού περιεχομένου, όπως για παράδειγμα η ίδρυση Διεύθυνσης Ποιότητας.

Χάσμα 3: Παροχή Υπηρεσιών έξω από τα πρότυπα της επιχείρησης.

Το **τρίτο χάσμα** αφορά το ενδεχόμενο που η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών έχει προκαθορίσει. Δυστυχώς, αποτελεί μια πραγματικότητα το γεγονός ότι έστω και αν υπάρχουν τα κατάλληλα πρότυπα εξυπηρέτησης, αυτά δεν τηρούνται πάντα όταν έρχεται η στιγμή της αλήθειας και οι εργαζόμενοι με ρόλο επαφής με τους πελάτες συναλλάσσονται μαζί τους. Πιθανές αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν το τρίτο αυτό χάσμα είναι πρώτον, η

αδυναμία των εργαζομένων, με ρόλο επαφής με τους πελάτες της επιχείρησης παροχής υπηρεσιών, να αντεπεξέλθουν στις προδιαγραφές που έχει θέσει η επιχείρηση. Ένας δεύτερος λόγος που πιθανώς θα μπορούσε να οδηγήσει στο χάσμα αυτό είναι η αδυναμία της επιχείρησης παροχής υπηρεσιών να συγχρονίσει την εκδήλωση της ζήτησης με την ικανότητα της να προσφέρει υπηρεσίες. (Γούναρης, 2003).

Στο Παράρτημα ΙΙΙΙ στο τέλος της Διατριβής μπορείτε να δείτε τον δεκάλογο της ποιοτικής εξυπηρέτησης (Γούναρης, 2003).

Προκειμένου μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών να καταφέρει να κλείσει το **τρίτο χάσμα**, θα πρέπει καταρχήν να διασφαλίσει τον **μεγαλύτερο δυνατό έλεγχο** των διαδικασιών παροχής των υπηρεσιών της στους πελάτες της. Οι εργαζόμενοι που έρχονται σε άμεση επαφή με τον πελάτη **παρέχοντας τις υπηρεσίες της επιχείρησης** έχουν ανάγκη την σωστή και **άμεση υποστήριξη** από τους υπόλοιπους εργαζομένους. Αναγνωρίζοντας την διάσταση αυτή και την **σημασία της σωστής εξυπηρέτησης των εσωτερικών πελατών**, η **επιχείρηση παροχής υπηρεσιών** θα πρέπει να επανεξετάσει και να **αναδιοργανώσει τις εσωτερικές διαδικασίες και πολιτικές**, με γνώμονα την **καλύτερη δυνατή υποστήριξη των εργαζομένων που εξυπηρετούν πελάτες**, έχοντας κατά νού τόσο την **στρατηγική εξυπηρέτησης** που η επιχείρηση **προσπαθεί να υλοποιήσει** στην αγορά της όσο και την **περιγραφή της της θέσης εργασίας και τα καθήκοντα των εργαζομένων με ρόλο εξυπηρέτησης των πελατών της**. (Γούναρης, 2003).

Χάσμα 4: Παροχή υπηρεσιών κατώτερη των υποσχέσεων της επιχείρησης

Η περίπτωση του **τέταρτου χάσματος** αφορά στο ότι **υπόσχεται μέσω της επικοινωνίας μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών ότι θα προσφέρει στους πελάτες της και σ' αυτό που τελικά είναι σε θέση να τους προσφέρει**. Όπως **κάθε επιχείρηση**, έτσι και μια επιχείρηση **παροχής υπηρεσιών μέσα από τα κανάλια προσωπικής αλλά και μή προσωπικής επικοινωνίας** δίνει συνεχώς **υποσχέσεις στους πελάτες** αναφορικά με το τι μπορούν οι **πελάτες της να περιμένουν από την επιχείρηση**. Όταν **βασικά οι προσδοκίες των πελατών δεν ικανοποιηθούν συμβάλουν στην δημιουργία μιας εικόνας χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών**, που το **χάσμα αυτό** αφορά την **έλλειψη συντονισμού** μεταξύ της προσπάθειας της **επιχείρησης να προσφέρει τις υπηρεσίες της και της προσπάθειας να κάνει γνωστό τι υπηρεσίες προσφέρει**. (Γούναρης, 2003)

Κλείνοντας το **τέταρτο χάσμα** είναι συνεπώς φανερό ότι προκειμένου η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών να **αντιμετωπίσει με επιτυχία το πρόβλημα** αυτό, θα πρέπει να **αποκαταστήσει τον συντονισμό μεταξύ των δύο δραστηριοτήτων**. Η **προσπάθεια επιτυχημένης αντιμετώπισης του τέταρτου χάσματος** προϋποθέτει την **συνεργασία του Μάρκετινγκ**, ώστε η **διαδικασία μέσα από την οποία η επιχείρηση παρέχει τις υπηρεσίες της να αντανakλά τις υποσχέσεις της προς τους πελάτες της**. (Γούναρης, 2003).

Χάσμα 5: Η συνολική εικόνα.

Το πέμπτο χάσμα έχει να κάνει με την **διάψευση των προσδοκιών των πελατών** και σε **διάσταση μεταξύ του τι προσδοκούν οι πελάτες και τι τελικά αντιλαμβάνονται** ότι τους προσφέρει η επιχείρηση.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διάστασης αυτής προϋποθέτει ότι η επιχείρηση έχει να κατανοήσει όλους τους πιθανούς παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν τα τέσσερα προηγούμενα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις ποιοτικές προσδοκίες των πελατών της.(Γούναρης,2003).

Υπάρχουν και άλλα μοντέλα μέτρησης υπηρεσιών τα οποία είναι:

4.1.2. Μοντέλο SERVPERF

Μοντέλο SERVPERF:Είναι το μοντέλο των **Cronin** και **Taylor**,το οποίο ονομάστηκε απο τους ίδιους και η πλέον χαρακτηριστική διαφορά απο το **SERVQUAL** έγκειται στην άποψη ότι η έννοια της ποιότητας της υπηρεσίας δεν θα πρέπει να στηρίζεται στην προσέγγιση της διάψευσης των προσδοκιών.

Αντίθετα,**σύμφωνα** με τους **Cronin** και **Taylor**.(α)Η έννοια της ποιότητας της υπηρεσίας είναι ορθότερο να αντιμετωπίζεται ως η στάση του καταναλωτή για τις υπηρεσίες που προσφέρει μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών,αφού καταναλώσει τις υπηρεσίες της.(β)Για τον λόγο αυτό,η προσέγγιση της διάψευσης των προσδοκιών δεν είναι η καταλληλότερη για να ερμηνευθεί εννοιολογικά η ποιότητα μιας υπηρεσίας.Η λογική των δύο αυτών Αμερικανών καθηγητών είναι ιδιαίτερα ελκυστική.(Γούναρης,2003).

4.1.3. Μοντέλο INDSERV

Μοντέλο INDSERV:Το **μοντέλο** αυτό αφορά τις βιομηχανικές υπηρεσίες.Για την επιτυχία στην παροχή τέτοιων υπηρεσιών απαιτούνται ιδιαίτερα εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες απο τα στελέχη που πλαισιώνουν μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών που προσφέρει βιομηχανικές υπηρεσίες,καθώς αυτό που αγοράζει ο βιομηχανικός πελάτης είναι μια λύση για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.(Γούναρης,2003)

Η **έρευνα** στην οποία στηρίζεται το **μοντέλο** έγινε στην Ελλάδα και συμμετείχαν επιχειρήσεις-πελάτες διαφημιστικών εταιρειών.Για την μέτρηση χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση των **Cronin** και **Taylor**,δηλαδή της άμεσης μέτρησης της απόδοσης της επιχείρησης παροχής βιομηχανικών υπηρεσιών απο τους πελάτες τέτοιων υπηρεσιών.(Γούναρης,2003)

5.1. Μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας ή φροντίδας

Η **μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας** αναφέρεται στην διαδικασία αποκόμισης βαθμολογίας μιας μεταβλητής. Προυποθέτει ένα υπόδειγμα το οποίο θα μας χρησιμεύσει για: **(α) προσδιορισμό των στοιχείων** τα οποία διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας, **(β) δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια** στα οποία θα βασισθούν οι μετρήσεις, **(γ) εργαλεία και τεχνικές μέτρησης**. (Παπανικολάου, 2007).

Η μέτρηση έχει **αξία** μόνο όταν αποτελεί μέρος μιας γενικότερης στρατηγικής η οποία αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και περιλαμβάνει τα στάδια: **(α) διασφάλιση ποιότητας, (β) μέτρηση ποιότητας (γ) συνεχή βελτίωση ποιότητας**.

Η **μέτρηση της ποιότητας** μοιάζει με ένα **επιτυχημένο ταξίδι** για παράδειγμα με ένα **καλό χάρτη**. Έτσι και η ανάπτυξη καλών δεικτών δεν διαφέρει πολύ από τον σχεδιασμό ενός καλού ταξιδιού. **Το ταξίδι** χρειάζεται να ξεκινά **προσδιορίζοντας τους τύπους δεικτών** οι οποίοι **αντανακλούν τις εκφάνσεις** της παροχής φροντίδας υγείας **την οποία επιθυμούμε να μετρήσουμε**.

Σύμφωνα με τον **Palmer**, μέτρηση είναι η **απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα** ή φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των στοιχείων με αντικειμενικά κριτήρια. (Palmer 1991). **Αν λοιπόν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστωμένη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση ποιότητας (quality measurement), που συχνά αναφέρεται και ως αποτίμηση ποιότητας (quality assessment)**. (Τούντας, 2008).

Αντικειμενικά **κριτήρια είναι τα πρότυπα**, οι οδηγίες και τα **πρωτόκολλα**, τα οποία αποτελούν **μέτρο σύγκρισης** με την **τρέχουσα πραγματικότητα**, όπως αυτή καταγράφεται **στους δείκτες** ή στα **αποτελέσματα άλλων μετρήσεων**, προκειμένου να **εντοπίζονται τα λάθη** ή να **διαπιστώνονται οι βελτιώσεις**. (Τούντας, 2008).

Η **μέτρηση της ποιότητας** εμπεριέχει, την **έννοια της σύγκρισης** μ' ένα προκαθορισμένο μέγεθος. Όταν παρατηρείται **μια δραστηριότητα σε σχέση** με κάποια **κριτήρια** ή **πρότυπα**, τότε **πρόκειται για επιτήρηση** όπως τις **καθορισμένες διαδικασίες** ή αν παρατηρούνται **μετεγχειρητικές λοιμώξεις**. Η επιτήρηση **απαντά στο ερώτημα** ναι ή όχι, ενώ η **μέτρηση** στο ερώτημα **«πόσο πολύ»**;

Η **μέτρηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας** περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων, την επισήμανση αιτιολογικών σχέσεων. Τα δύο **βασικά εργαλεία** που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της πραγματικότητας ροής και τα **διαγράμματα αιτιότητας**. Τα **διαγράμματα ροής** απεικονίζουν την χρονική εξέλιξη μιας διαδικασίας, ενώ τα

διαγράμματα αιτιότητας αποτυπώνουν την αιτιολογική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών προκειμένου να διερευνηθούν την εμφάνιση των προβλημάτων. (Τούντας, 2008).

5.1.1. Μοντέλα μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας ή υγείας

Οι μετρήσεις σύμφωνα με τον **Donabedian (1980)**, πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- **Δομή (structure)** όπως: **Κτίρια, εξοπλισμός, υλικά, πόροι, αριθμός εργαζομένων, οργανωτική δομή.** Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστης φροντίδας υγείας.
- **Διαδικασία (process):** Είναι όλες οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής, η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους, κ.ά.
- **Αποτελέσματα (outcome):** Είναι η έκβαση, η μεταβολή στο επίπεδο υγείας του ασθενή, η ικανοποίηση του, ο βαθμός ενημέρωσης και συμμόρφωσης του. Σε μερικές περιπτώσεις λόγω δυσκολίας προσδιορισμού των αποτελεσμάτων, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη κατά προσέγγιση παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας. (Τούντας, 2008).

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποτελούν τον πιο καθοριστικό παράγοντα στην παραγωγή των αποτελεσμάτων. Μια αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση (διαδικασία) μεταβάλλει τον ασθενή (εισροή). Η μεταθεραπευτική υγεία του ασθενούς (αποτελέσμα) είναι καλύτερη απ' ό,τι θα ήταν χωρίς θεραπεία.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί πιο πάνω σύμφωνα με τον **Donabedian (1988)** αφού αξιολογηθεί η ποιότητα από το πρίσμα των παραπάνω τριών βασικών συνιστωσών που είναι (α) η δομή ή εισροή (β) η διαδικασία και (γ) τα αποτελέσματα ή εκροές μετά γίνεται η μέτρηση της.

(α) Η δομή ή εκροές εκφράζει τους πόρους που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή και την παροχή της εκάστοτε υπηρεσίας, (β) η διαδικασία εκφράζει τον τρόπο παροχής της υπηρεσίας και τέλος (γ) τα αποτελέσματα ή εκροές εκφράζουν το αποτέλεσμα που δημιουργεί η υπηρεσία, σε συνάρτηση με τις ανάγκες του χρήστη των υπηρεσιών.

Τα απαραίτητα στοιχεία της μέτρησης σύμφωνα με τον **Anderson (1993)** είναι:

(α) τα δεδομένα (data),

(β) τα πρότυπα (standards),

(γ) τα κριτήρια (criteria).

Σε ότι αφορά τα **δεδομένα** που είναι το **πρώτο απαραίτητο στοιχείο** για την μέτρηση, όπου το ποια θα χρησιμοποιηθούν θα εξαρτηθεί από τις εκάστοτε συνθήκες. Τα στοιχεία δομής είναι πολύ χρήσιμα προκειμένου να βεβαιωθούμε ότι η στελέχωση, ο εξοπλισμός και ο τρόπος οργάνωσης μιας μονάδας, διασφαλίζουν τις απαραίτητες συνθήκες για την παροχή κατάλληλης φροντίδας. Οι **μετρήσεις** σχετικά με τις **διαδικασίες** μπορούν να αποτελέσουν αναλυτικές αντικειμενικές κρίσεις για το είδος των ενεργειών και των δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν **θετική επίδραση στην βελτίωση της υγείας του ασθενή και βελτιώνουν την ποιότητα**. Τέλος οι **μετρήσεις έκβασης** είναι χρήσιμες για την μελέτη μεγάλων βάσεων δεδομένων, ώστε να επισημανθούν τα αποτελέσματα εκείνα τα οποία υποδηλώνουν χαμηλή και ανεπαρκή ποιότητα φροντίδας. Όλα τα στοιχεία τα οποία συνηθίζουν να καταγράφουν τα νοσοκομεία (**χρεώσεις ασφαλιστικών φορέων, μητρώα ασθενών, καταγραφή θανάτων κ.λ.π**) μπορούν να **αξιοποιηθούν ως πηγές αξιολόγησης της ποιότητας**. (Παπανικολάου, 2007)

Το **δεύτερο απαραίτητο στοιχείο** για την μέτρηση είναι τα **πρότυπα (standards)**. Πρότυπο είναι ο έγκυρος **τρόπος ορισμού, οργάνωσης, αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας** μιας παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας. Από τον τρόπο αυτό προκύπτουν τα κριτήρια για την αξιολόγηση της καταλληλότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της υπηρεσίας. Τα **πρότυπα βοηθούν τα άτομα** τα οποία **εργάζονται στον οργανισμό** να προσκολληθούν σε γενικώς αποδεκτές, σύγχρονες πρακτικές στην παροχή υπηρεσιών. Η προτυποποίηση επιφέρει την **προβλεψιμότητα**, η οποία είναι σημαντική στην βελτίωση των δυνατοτήτων των διεργασιών. Χάρη στα **πρότυπα έχουμε έναν υψηλό βαθμό άνεσης** και σταθερότητας στην προσωπική και στην επαγγελματική μας ζωή. Η **προβλεψιμότητα μέσα στον οργανισμό είναι απαραίτητη** στη διαχείριση της απόδοσης. (Παπανικολάου, 2007)

Τα **πρότυπα** οφείλουν να είναι:

(α) **συγκεκριμένα**, (β) **μετρήσιμα**, (γ) **κατάλληλα** (δ) **αξιόπιστα** (ε) **επίκαιρα/σύγχρονα**.

Υπάρχουν **τρεις τύποι προτύπων** όπως αναφέραμε και σε προηγούμενες σελίδες **(α)δομής (β)διαδικασίας και (γ)αποτελεσμάτων**. Η προτυποποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για απόκτηση πληροφοριών οι οποίες θα συμβάλουν: **(α)στην παρακολούθηση της φροντίδας, (β)στην εκτίμηση του επιπέδου υπηρεσιών (γ)στον εντοπισμό των ελλείψεων (δ)στην επικοινωνία σχετικά με τις προσδοκίες, (ε)στην εισαγωγή νέων γνώσεων, (στ)στην κατανόηση της εργασίας των επαγγελματιών**.

Τέλος με τον **όρο κριτήρια (criteria)**, ορίζουμε την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων για την επίτευξη επιθυμητού αποτελέσματος μέσω του οποίου δύναται να γίνει η μέτρηση ή η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα **κριτήρια** μπορούν να οριστούν ως περιγραφικές δηλώσεις απόδοσης, συμπεριφοράς, συνθηκών ή κλινικών καταστάσεων οι οποίες αντιπροσωπεύουν ικανοποιητικές, θετικές ή τέλει καταστάσεις πραγμάτων. **Κριτήριο** είναι μια μεταβλητή η οποία επιλέγεται ως σχετικός δείκτης ποιότητας νοσηλείας. Τα **κριτήρια** βοηθούν να λειτουργήσουν τα πρότυπα γιατί είναι οι λεπτομερειακοί δείκτες τους. Πρέπει να είναι **(α)μετρήσιμα**, να διευκρινίζουν τα πρότυπα και να παρέχουν

σημεία μέτρησης, **(β)συγκεκριμένα** να δίνουν ξεκάθαρη περιγραφή των απαιτούμενων ή επιθυμητών συμπεριφορών, δράσεων, θέσεων και πηγών **(γ)σχετικά**, να είναι αναγνωρίσιμα τα στοιχεία τα οποία απαιτούνται με στόχο την επίτευξη του προκαθορισμένου επιπέδου απόδοσης, **(δ)απόλυτα κατανοητά**, ως εκ τούτου θα πρέπει το καθένα να θίγει μόνο ένα θέμα ή να περιέχει μια σκέψη, **(ε)ξεκάθαρα και απλά διατυπωμένα**, με στόχο την αποφυγή των παρερμηνειών, **(στ)εφικτά**, είναι πολύ σημαντικό να αποφεύγονται ανεδαφικές/ουτοπικές φιλοδοξίες εξίσου στην απόδοση και στα αποτελέσματα, **(ζ)κλινικά τεκμηριωμένα**, να έχουν επιλεγεί από ειδικούς οι οποίοι είναι ενημερωμένοι με τα κλινικά δρώμενα και στηρίζουν την γνώση τους και την τεχνογνωσία τους σε στοιχεία ερευνών και αποδεικτικά στοιχεία, **(η)αντιπροσωπευτικά** όλων των πλευρών της κατάστασης των ασθενών, όπως την οργανική ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση αυτών. (Παπανικολάου, 2007)

Συνοψίζοντας το **πρότυπο** πρέπει να εκλαμβάνεται **ως χάρακας (άξονας)** και τα **κριτήρια** ως **τα σημεία μέτρησης του**. Διακρίνουμε και εδώ **τρία είδη κριτηρίων**:

(1)Κριτήρια Δομής τα οποία μπορούν να εμφανιστούν ως λίστα αγοράς των απαιτήσεων, του τι πρέπει να προσφερθεί με στόχο την επίτευξη του προτύπου, λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία των υπηρεσιών που υπάρχουν στο σύστημα, όπως: φυσικό περιβάλλον και υποδομές, κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες, εξοπλισμός, προσωπικό (**αριθμός, δεξιότητες, κατάρτιση και ειδίκευση**), πληροφορίες (**συμφωνημένες πολιτικές και διαδικασίες, κανόνες και κανονισμοί, πρωτόκολλα, οδηγίες, έρευνες, αποδείξεις και οργανωσιακό σύστημα**).

(2)Κριτήρια Διαδικασιών τα οποία περιγράφουν ποιες είναι οι ενέργειες οι οποίες πρέπει να γίνουν με σκοπό την επίτευξη του στόχου ο οποίος έχει τεθεί. Αυτά μπορεί να είναι: **τεχνικές και διαδικασίες αποτίμησης, μέθοδοι παροχής της φροντίδας, μέθοδοι παρέμβασης, μέθοδοι εκπαίδευσης των ασθενών, πελατών και παρεχόντων φροντίδα υγείας, μέθοδοι παροχής πληροφοριών, μέθοδοι τεκμηρίωσης, τρόπος χρήσης των πηγών, αξιολόγηση των ικανοτήτων του προσωπικού το οποίο παρέχει φροντίδα**.

(3)Κριτήρια αποτελεσμάτων περιγράφουν με συγκεκριμένη μετρήσιμη μορφή την **επίδραση της νοσηλείας ή αλλιώς αυτό το οποίο είναι αναμενόμενο**.

Όσον αφορά τα **εκτιμητέα αποτελέσματα** τίθεται το **ερώτημα** γιατί να συνδυάσουμε την **δομή, την διαδικασία και το αποτέλεσμα στην εκτίμηση της ποιότητας**; (Παπανικολάου, 2007)

Γιατί :

- 1.Διευκολύνει να αναγνωριστούν οι περιοχές και οι αιτίες αποτυχιών στην ποιότητα και προτείνει την κατάλληλη δράση(τροποποιήσεις στη δομή και διαδικασία).**
- 2.Συμβάλλει στην διεξαγωγή μιας πολυδιάστατης εκτίμησης της ποιότητας,αφού συγκεκριμένες κατηγορίες πληροφοριών μπορεί να είναι πιο ενδεικτικές σε συγκεκριμένες πλευρές της ποιότητας φροντίδας.**
- 3.Η συμφωνία στην εξαγωγή συμπερασμάτων απο αρκετούς τύπους δεικτών αυξάνει την εμπιστοσύνη στην εγκυρότητα των συμπερασμάτων σχετικά με την ποιότητα.**
- 4.Η διαφωνία στην εξαγωγή συμπερασμάτων απο αρκετούς τύπους δεικτών υποδηλώνει την παρουσία προβλημάτων τα οποία περιλαμβάνουν:**
- 5.Ελλιπή δεδομένα,ανακριβώς μετρημένα ή σκοπίμως παραποιημένα.**
- 6.Συλλογή δεδομένων σε ακατάλληλο χρόνο ή σε ανεπαρκή αριθμό περιπτώσεων ή χωρίς τυποποίηση συνδυασμένων περιπτώσεων.**

Πηγή:(Παπανικολάου, 2007)

Τέλος για την σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο,ώστε να παρέχουν την δυνατότητα σύγκρισης και συνεχούς παρακολούθησης.

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO

1993,2000)έχει προσδιορίσει εννέα διαστάσεις κλινικής επίδοσης οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να κατηγοριοποιηθούν οι **σχετικοί**

δείκτες:καταλληλότητα,διαθεσιμότητα,συνέχεια,αποτελεσματικότητα,δραστηκότητα,αποδοτικότητα,σεβασμός και φροντίδα,ασφάλεια,επικαιρότητα.Επίσης στην έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής,διασχίζοντας το χάσμα της ποιότητας,προσδιορίζονται για βελτίωση **έξι στόχοι** οι οποίοι **θα μπορούσαν να βοηθήσουν** στην κατηγοριοποίηση των δεικτών:**ασφάλεια,αποτελεσματικότητα,επικέντρωση στους ασθενείς,επικαιρότητα,αποδοτικότητα,ισότητα.**

Οι **Karlan και Norton(1992,1993,1996)** έχουν συνεισφέρει **σημαντικά** σε αυτόν τον τομέα περιγράφοντας τα συστατικά αυτού που αποκαλούμε ισορροπημένη κάρτα βαθμολογίας. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι κανένα μεμονωμένο μέτρο δεν μπορεί να προσφέρει ένα σαφή στόχο επίδοσης ή να εστιάσει την προσοχή στους κρίσιμους τομείς του οργανισμού. Ένας οργανισμός οφείλει να παρακολουθεί ένα σύνολο δεικτών οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τους κύριους στρατηγικούς χώρους στο επιχειρησιακό σχέδιο του οργανισμού. Ένα **καλά επιλεγμένο και οργανωμένο σύνολο δεικτών** θα πρέπει να τοποθετεί στο **κέντρο του οργανισμού** την **στρατηγική και το όραμα**, όχι τον **έλεγχο**. (Παπανικολάου, 2007)

Ο **Codman(1917)**, πρότεινε μια ενιαία προσέγγιση της μέτρησης της επίδοσης στις αρχές του **1900**. Οι γιατροί δεν θα οφείλουν μόνο να μετρούν αυτό το οποίο επιτέλεσαν στο **περιβάλλον του νοσοκομείου**, αλλά και να **παρακολουθούν τα αποτελέσματα** του έργου τους με τον **καιρό**. Πρότεινε αυτό το οποίο ονόμαζε την ιδέα του τελικού αποτελέσματος ως ένα τρόπο να διαπιστωθεί **τι συνέβαινε στους ασθενείς σε διάστημα ενός χρόνου** μετά την **λήψη υπηρεσιών από το νοσοκομείο**. Δέχτηκε **αυστηρές επικρίσεις** από τους συναδέλφους του όταν πρότεινε να δημοσιοποιούνται στο κοινό τα δεδομένα **για την επίδοση των γιατρών και του νοσοκομείου γενικότερα**. (Παπανικολάου, 2007)

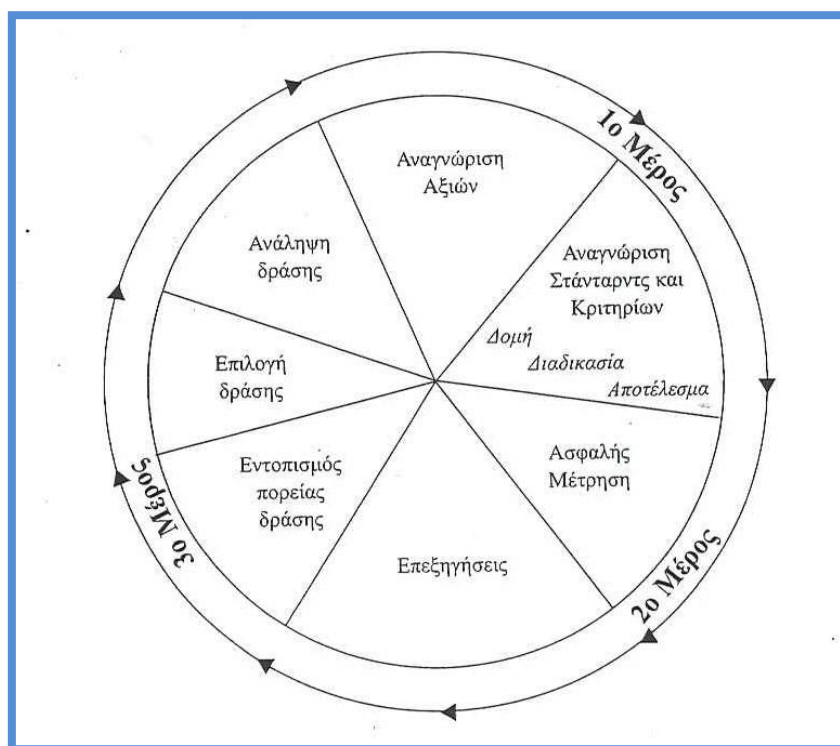
Ο **Codman(1917)**, υποστηρίζει ότι **τα νοσοκομεία αν επιθυμούν να είναι σίγουρα για την βελτίωση τους, οφείλουν να διαπιστώσουν ποια είναι τα αποτελέσματα τους, οφείλουν να αναλύσουν τα αποτελέσματα τους, να βρουν τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους, οφείλουν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα τους με αυτά άλλων νοσοκομείων και οφείλουν να νοιάζονται για το ποια περιστατικά** μπορούν να χειριστούν καλά και να αποφεύγουν να προσπαθούν να χειρίζονται περιστατικά, τα οποία δεν είναι σε θέση να χειρίζονται καλά. Οφείλουν να **αποδέχονται την δημοσιότητα** όχι μόνο για τις επιτυχίες τους, αλλά και για τα σφάλματά τους. Τέτοιες γνώμες δεν θα είναι εκκεντρικές μετά από μερικά χρόνια. (Παπανικολάου, 2007)

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω **για την αξιολόγηση και την μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας**, εξελίσσονται και τα αποτελέσματα των πρωτοβουλιών **ανακοινώνονται**. Σήμερα **παγκόσμια** δεν υπάρχει ένα **κοινό πλαίσιο** μέσα στο οποίο να συμφωνήσουν να **κινήθουν όλα τα μέλη** ώστε να το εφαρμόσουν. Οι τυχαίες προσεγγίσεις θα συνεχίσουν να πολλαπλασιάζονται ωστόσο υπάρχει ευρύτερη ομοφωνία να αντιμετωπιστούν κάποια από τα **σημαντικά προβλήματα μέσω συντονισμένων προσπαθειών**, οι οποίες χρησιμοποιούν **έγκυρες επιστημονικές μεθοδολογίες**, όπως αυστηρά ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες μελέτες. Μέχρι να συμβεί αυτό, **η φροντίδα υγείας** θα συνεχίσει να **αντανακλά τις αβεβαιότητες** και το δόγμα το οποίο **εμφανίζει η ιατρική στο πρώτο τμήμα αυτού του αιώνα**. (Παπανικολάου, 2007)

5.1.2.Κύκλος ποιότητας και τα στάνταρτς:

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε πως τοποθετούνται τα πρότυπα στον κύκλο της συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης.(CQI).Παρακάτω μπορείτε να δείτε το σχήμα 1.4

Σχήμα 1.4:Κύκλος ποιότητας και τα στάνταρτς



Πηγή:(Παπανικολάου,2007)

Το πρώτο μέρος του κύκλου είναι το περιγραφικό και βοηθάει στην εκκίνηση διατύπωσης φιλοσοφίας π.χ της νοσηλείας.Ουσιαστικά πρόκειται για μια δήλωση η οποία εξηγεί τι κάνουμε ώστε να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας.Γιατί είμαστε εδώ;Τι πιστεύουμε ότι κάνουμε;Θα πρέπει να είναι μια συνοπτική δήλωση,αντιπροσωπευτική των πιστεύω μας.Απο αυτό προέρχονται όλα όσα επιθυμούμε να επιτύχουμε.Παρακάτω μπορούμε να δούμε κάποιες δηλώσεις αξιών όσον αφορά την δομή,την διαδικασία και το αποτέλεσμα.

Όπως αναφέρθηκε και σε πιο πάνω σελίδες λέγοντας **Δομή** εννοούμε την διαθεσιμότητα ανθρώπινων,οικονομικών,τεχνικών πόρων (**επένδυση**):εννοούμε πως κατανέμονται απο την άποψη του χρόνου,του τόπου και της ανταπόκρισης στις ανάγκες των πληθυσμών(**πρόσβαση**),δικαιοσύνη στην διανομή των εξόδων και των επιδομάτων(**αμεροληψία**).

Λέγοντας **Διαδικασία** εννοούμε πως χρησιμοποιούνται οι πόροι(**διαχείριση**):χρήση του χρόνου και των πόρων(**αποδοτικότητα**),αποφυγή σπατάλης(**οικονομία**),μείωση κινδύνου(**ασφάλεια**),πρακτική η οποία βασίζεται σε στοιχεία (**καταλληλότητα**),φροντίδα η οποία εστιάζει στους ασθενείς (**συνοχή**),πληροφόρηση του κοινού(**επιλογή,διαφάνεια,υπευθυνότητα**). (Παπανικολάου,2007)

Λέγοντας **Έκβαση** εννοούμε τι αποτελέσματα επιτυγχάνονται(**επίδοση**):υγεία του πληθυσμού(**βελτίωση υγείας**),κλινικά αποτελέσματα(**αποτελεσματικότητα**),εκπλήρωση των προσδοκιών του κοινού και του ανθρώπινου δυναμικού(**ικανοποίηση**),αξία για τα χρήματα(**κόστος-ωφέλεια**).

Δεν είναι ρεαλιστικό να προσδοκά κανείς να επικεντρωθεί σε όλες αυτές τις αξίες ταυτοχρόνως.Κάθε χώρα οφείλει να ορίσει το στρατηγικό σύνολο των αξιών στην ποιότητα και στην συνέχεια να ορίσει επιχειρησιακές προτεραιότητες.Αφού η ομάδα καταλήξει στους στόχους και την φιλοσοφία,θα αναγνωριστούν τα στάνταρτς τα οποία πρέπει να τεθούν ώστε στην πορεία να μετρηθεί η αποτελεσματικότητά τους.Ως εκ τούτου, το πρώτο βήμα είναι να περιγράψουμε το τι γίνεται σε μετρήσιμους όρους.**Στάνταρτς** και κριτήρια ορίζονται ώστε να εφαρμοστεί και να μετρηθεί η ποιότητα της υπηρεσίας.(Παπανικολάου,2007)

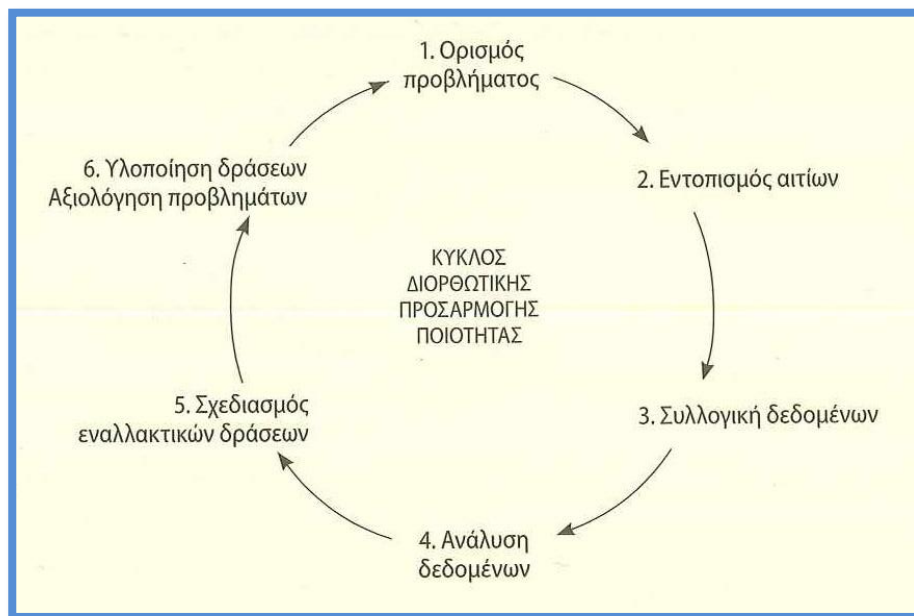
Το επόμενο μέρος του κύκλου είναι η **μέτρηση των στάνταρτς**.Δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ποιότητα νοσηλείας αν δεν έχει περιγραφεί ακριβώς με μετρήσιμους όρους,Τα κριτήρια τα οποία δεν έχουν επιτευχθεί θα πρέπει να εντοπίζονται και να δίνονται επεξηγήσεις σε συνδυασμό με τα στάνταρτς.(Τούντας,2008)

Το **τελευταίο και σημαντικότερο βήμα** είναι η **ανάληψη δράσης**.Συγκρίνοντας το τι θα έπρεπε να είναι με το τι είναι οδηγούμαστε στην ανάληψη δράσης για να εξασφαλίσουμε ότι καλύπτει η ποιότητα νοσηλείας.Ο κύκλος τότε επανέρχεται για να επιβεβαιώσει ότι έχουν πραγματοποιηθεί οι βελτιώσεις.

Ας δούμε πιο αναλυτικά τον **κύκλο διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας**.

Όταν οι δράσεις που αναλαμβάνονται στο πλαίσιο του κύκλου ποιότητας αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός σύνθετου προβλήματος,τότε είναι σκόπιμη η χρήση του κύκλου διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας(**quality correction cycle**),σύμφωνα με το **Σχήμα 1.5 που φαίνεται παρακάτω**:

Σχήμα 1.5:Κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας



Πηγή:(Τούντας,2007)

Ο κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, προκειμένου να αναδειχθούν τα αίτια του προβλήματος, καθώς και στο σχεδιασμό εναλλακτικών λύσεων, που θα πρέπει να αξιολογούνται με την επισήμανση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων κάθε λύσης. Έχει επίσης, ιδιαίτερη σημασία η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της δράσης προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός επίλυσης του προβλήματος. (Τούντας, 2008)

Ευνόητο είναι ότι σε περίπτωση αντιμετώπισης ενός σύνθετου προβλήματος, απαιτείται ανατροφοδότηση του συστήματος, επανεκτίμηση με νέα δεδομένα και επανασχεδιασμός της δράσης, οπότε και κρίνεται η ετοιμότητα του συστήματος να ανταποκριθεί σε νέες ανάγκες και απαιτήσεις. Στον χώρο της υγείας τέτοιου είδους διορθωτικές παρεμβάσεις είναι συχνές, κυρίως λόγω αύξησης των αναγκών και της ζήτησης και λόγω ανάπτυξης της τεχνολογίας, οπότε τα δεδομένα αλλάζουν πολύ γρήγορα.

5.1.3.Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών

Μία ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφορά την ικανοποίηση ασθενών(**patient satisfaction**) η οποία αποτελεί διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις,των απόψεων,των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την νοσηλεία τους,κατά την έξοδο τους ή μετά την έξοδο τους απο το νοσοκομείο.Στις μετρήσεις αυτές,εκτός απο παραδοσιακούς τομείς αξιολόγησης,όπως είναι η **πρόσβαση,η ανταπόκριση,η πληροφόρηση και το κόστος,τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται και νέοι τομείς,όπως το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας,ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των ασθενών,οι συνθήκες διαβίωσης,διατροφής και περιβάλλοντος,καθώς και κάθε άλλος παράγοντας που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.(Τούντας,2008)**

Προκειμένου τα **ερωτηματολόγια να είναι έγκυρα**,θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους εκείνους **τους παράγοντες** που θεωρούνται **καθοριστικοί για την ικανοποίηση των ασθενών** και θα πρέπει να προσδιορίζουν τις τιμές στο πλαίσιο των οποίων τα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε **πραγματικές αξίες**.

Η **συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών**,ενταγμένη σ' ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου,οικοδομεί **σχέσεις εμπιστοσύνης με τους πελάτες** και **αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία** της υπηρεσίας.Επίσης μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα στην έρευνα αγοράς,**βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων,βελτιώνει την δυνατότητα διαχείρισης κινδύνου και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων**.Βοηθά επίσης στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης.Σύμφωνα με σχετικές μελέτες,**κάθε ικανοποιημένος πελάτης** θα μιλήσει για την **ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους τρεις**,ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα **παραπονεθεί σε έντεκα γνωστούς τους**.Τα προβλήματα που καταγράφονται ως παράπονα αφορούν συνήθως **τον χρόνο αναμονής,την παροχή πληροφοριών,την ποιότητα γευμάτων και την καθαριότητα**.

Πηγή:(Τούντας,2008)

5.1.4.Μέτρηση Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Επαγγελματιών Υγείας

Εκτός απο την **ικανοποίηση των ασθενών**,ιδιαίτερης σημασίας παράμετρος ποιότητας είναι και η **επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας**.Οι **υπηρεσίες υγείας**,και το **νοσοκομείο ειδικότερα**,είναι **χώροι εντάσεως εργασίας**,που η **απόδοση τους εξαρτάται άμεσα απο τους ανθρώπινους πόρους**.Το πολύτιμο αυτό ανθρώπινο κεφάλαιο,για να είναι

παραγωγικό,πρέπει να επιλέγεται σωστά,να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο από την εργασία του.Η ικανοποίηση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες,η σημασία των οποίων διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση.Οι πιο βασικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι οι οικονομικές απολαβές,το εργασιακό περιβάλλον,η αίσθηση ασφάλειας,η επαγγελματική εξέλιξη,οι ανθρώπινες σχέσεις,αλλά και η συμπεριφορά της διοίκησης,οι ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες,οι ευκαιρίες κατάρτισης,η απόσταση και η μεταφορά από τον τόπο κατοικίας,κ.ά.Η επαγγελματική ικανοποίηση μετρείται και αυτή με ειδικά ερωτηματολόγια,που περιλαμβάνουν ερωτήσεις και σταθμισμένες κλίμακες σε αντιστοιχία με λίγες ή περισσότερες από τις παραμέτρους που προαναφέρθηκαν.(Τούντας,2008).

5.1.5. Διεθνείς Δείκτες Μέτρησης της Ικανοποίησης

Οι εθνικοί και διεθνείς δείκτες για την μέτρηση της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται με τις εκάστοτε αντιλήψεις,προσεγγίσεις και προτεραιότητες(για παράδειγμα **National Committee on Quality Assurance,NCQA,International Society for Quality in Healthcare,ISQ,Joint Commission International accreditation,JCI**).Ιδιαίτερα στο **NHS** δίδεται έμφαση στην μέτρηση της ικανοποίησης των αναγκών και προσδοκιών του χρήστη,με στόχο την διαρκή βελτίωση.Αυτό επιδιώκεται εκτός από την εφαρμογή μηχανισμών εσωτερικού ελέγχου,που είναι γνωστοί και υλοποιούνται εντός του πλαισίου του ίδιου του οργανισμού,και μέσα από ένα αριθμό μηχανισμών εξωτερικού ελέγχου.Εξωτερικό έλεγχο εφαρμόζει το **Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τις περιφέρειες** και συνίσταται σε ετήσιους ελέγχους(**annual review**),περιφερειακή στοχοθεσία και σύγκλιση,δημοσίευση των πινάκων αξιολόγησης(**league tables**).

Παρακάτω παρέχεται μια **επισκόπηση τριών συστημάτων μέτρησης της ικανοποίησης** χρηστών με έμφαση από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας που είναι το **Ευρωπαϊκό Μοντέλο,το Αμερικανικό Μοντέλο και το Καναδικό Μοντέλο**.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

5.1.6. Ευρωπαϊκό μοντέλο ή Ευρωπαϊκός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης.

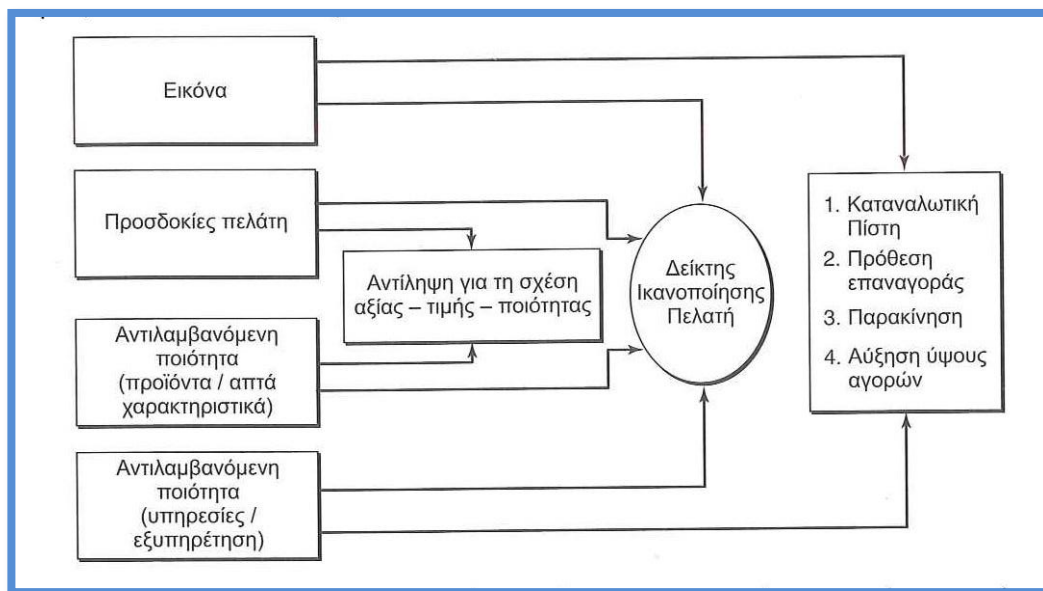
Στον **Ευρωπαϊκό χώρο** το βαρόμετρο ικανοποίησης Χρηστών Υπηρεσιών έχει τύχει σημαντικής αναγνώρισης.Συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι βασικοί στόχοι του ευρωβαρόμετρου αποτελούν **(α)η εκτίμηση της οικονομικής απόδοσης**(συσχέτιση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών με άλλους οικονομικούς δείκτες και μετρήσεις),**(β)η μέτρηση της οικονομικής σταθερότητας**(ενιαίος τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης αντιπροσωπεύει το ποσοστό αύξησης των τιμών το οποίο αντιπροσωπεύει η ποιότητα),**(γ)η μέτρηση της συσχέτισης**(η μέτρηση της ποιότητας του οικονομικού αποτελέσματος είναι απαραίτητη για την κατανόηση των μετρήσεων,τόσο της παραγωγικότητας όσο και της βελτίωσης της ποιότητας) και **(δ)η εκτίμηση της**

οικονομικής ευημερίας(η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκφρασμένη απο την ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί επιπρόσθετα και ένδειξη οικονομικής ευημερίας).

Ο **ECSI** αναπτύχθηκε απο τους **Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς ΕΟQ** και τον **EFQM** και υποστηρίζεται απο τον **ESOMAR**, Ο **ECSI** αποτελεί ουσιαστικά μια μεταφορά για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα του Αμερικανού Δείκτη Ικανοποίησης και παρέχει(α) **δυνατότητα σύγκρισης** με άλλα εθνικά πρότυπα και βαρόμετρα εθνικής εμβέλειας.(β)**δυνατότητα υπολογισμού ενός ολικού δείκτη και επιμέρους δεικτών για την μέτρηση της ικανοποίησης** των χρηστών απο τις παρεχόμενες υπηρεσίες.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Το **μοντέλο του Ευρωπαϊκού Δείκτη μέτρησης της ικανοποίησης** ή το μοντέλο του **ECSI** συνοψίζεται στο παρακάτω **σχήμα 1.6**.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Σχήμα 1.6: Το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Δείκτη μέτρησης της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών



Πηγή:(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

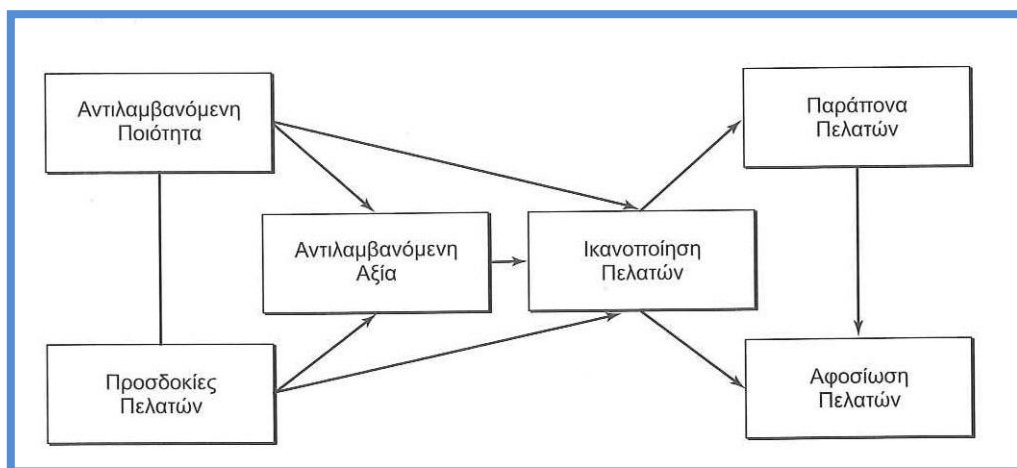
Ο **ECSI** ενσωματώνει και αξιοποιεί την εμπειρία από παρόμοιους δείκτες συμπεριλαμβανομένων της **Σουηδίας, της Γερμανίας, των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής της Ελβετίας** καθώς και της **Νέας Ζηλανδίας, της Νοτίου Αφρικής και της Ταϊβάν**. Η μέθοδος του δείκτη **ECSI** βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα πεδίου συλλογής στοιχείων με την διαδικασία των τηλεφωνικών συνεντεύξεων μέσω συστήματος **CATI**. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις γίνονται με ειδικά δομημένο και προτυποποιημένο ερωτηματολόγιο, ενώ οι προδιαγραφές της έρευνας είναι σύμφωνες με διεθνή πρότυπα, όπως αυτά ορίζονται από τον **Ευρωπαϊκό Οργανισμό ECSI** και την **ESOMAR**. Βασικός κορμός του όλου πλαισίου είναι το **σύστημα Εθνικών Δεικτών**, το οποίο ενσωματώνει ιδιαιτερότητες και ανάγκες των τοπικών οικονομιών και κοινωνιών. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

5.1.7. Αμερικανικό μοντέλο ή Αμερικανικός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης

Ο Αμερικανός Δείκτης Μέτρησης Ικανοποίησης (**American Customer Satisfaction Index, ACSI**) καθιερώθηκε το **1994** από το **Εθνικό Κέντρο Ερευνών Ποιότητας**, την Εταιρεία **Arthur Andersen** και την **Αμερικανική Εταιρεία ποιότητας**. Η βασική μεθοδολογία του **ACSI** διακρίνεται σε αυτή για τον **δημόσιο** και τον **ιδιωτικό τομέα**, αλλά σε **γενικές γραμμές συνδέει τις έννοιες των προσδοκιών**, της αντιλαμβανόμενης ποιότητας και της αντιλαμβανόμενης αξίας με την **συνολική ικανοποίηση**. Το **μοντέλο ACSI** που αφορά στον δημόσιο τομέα είναι το ίδιο με το παραπάνω αλλά με την εξαίρεση της συνιστώσας που αφορά στην αφοσίωση των πελατών. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008).

Η θεωρητική κατασκευή του μοντέλου **ACSI**. Παρακάτω μπορείτε να δείτε το **σχήμα 1.7**

Σχήμα 1.7: Το μοντέλο του αμερικανού δείκτη ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών



Πηγή:(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

5.1.8. Καναδικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης

Το **Καναδικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης** αποτελεί μια από τις πληρέστερες προσεγγίσεις στην βιβλιογραφία για την μέτρηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών. Το **Καναδικό μοντέλο** είναι γνωστό και ως **Common Measurement Tool(CMT)** και αναπτύχθηκε το 1998 από το **Citizen-Centered Service Network** του **Canadian Center for Management Development**. Το πρακτικό πρόβλημα που οδήγησε στη ανάπτυξη του **CMT** είναι ότι παρά τις μέχρι τότε ερευνητικές προσπάθειες που αφορούσαν στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης στον Καναδά, οι έρευνες οδηγούσαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχαν **αποκλίσεις μεταξύ των προσδοκιών των πολιτών και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών που λάμβαναν οι πολίτες**.

Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι περισσότερο **προσανατολισμένο** στη δημόσια διοίκηση και στους **δημόσιους οργανισμούς**. Για την αποτελεσματική εφαρμογή του απαιτεί, σε κάθε

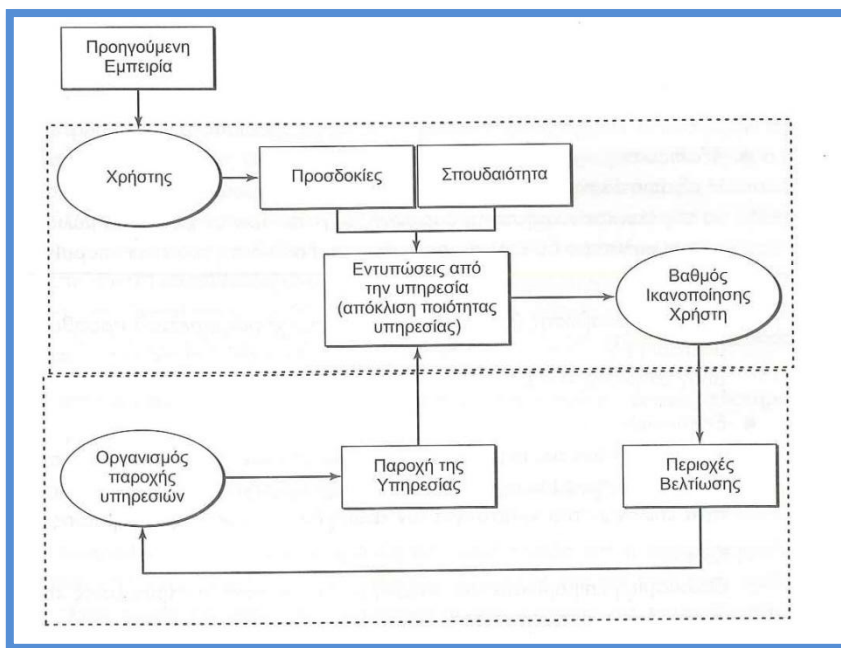
περίπτωση την προσαρμογή του στις ανάγκες που ορίζουν το πλαίσιο εφαρμογής(ανάγκες επιχείρησης ή οργανισμού και ανάγκες της υπηρεσίας).

Τα **δομικά στοιχεία** του **CMT** βάσει των οποίων αναπτύσσονται και οι ερευνητικές ερωτήσεις,είναι τα ακόλουθα:

- Οι προσδοκίες των χρηστών.
- Οι εντυπώσεις των χρηστών σχετικά με τις υπηρεσίες που έχουν λάβει.
- Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών.
- Ο βαθμός σπουδαιότητας.
- Οι περιοχές προς βελτίωση.

Το **Καναδικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών** μπορείτε να το δείτε στο παρακάτω **σχήμα 1.8**.

Σχήμα 1.8:Καναδικό μοντέλο μέτρησης ικανοποίησης χρηστών



Πηγή:(Κωσταγιόλας,2008)

Οι σύγχρονες τάσεις που αφορούν στη μέτρηση της ικανοποίησης, επικεντρώνονται στην ανάγκη για αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης της ικανοποίησης με τις περιοχές βελτίωσης και την στρατηγική του οργανισμού. Δηλαδή, δεν μετράμε για να διαπιστώσουμε απλά πόσο ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι είναι οι τελικοί χρήστες των υπηρεσιών, αλλά για να επέμβουμε στην υπηρεσία και στον σχεδιασμό μελλοντικών υπηρεσιών του οργανισμού. Το μοντέλο CMT εισάγει επιπρόσθετα τον βαθμό σπουδαιότητας ως ξεχωριστή μεταβλητή. Ο βαθμός σπουδαιότητας σε κάποια μοντέλα δίδεται ως δείκτης βαρύτητας κατά την ανάλυση που θέτει τον βαθμό συνεισφοράς του κάθε ερευνητικού ερωτήματος ή διάστασης της ποιότητας στο σύνολο της ικανοποίησης.

Οι προτεινόμενες από το μοντέλο CMT διαστάσεις της ποιότητας, που παρουσιάζονται παρακάτω, προσαρμοζόμενες, δίνουν την δυνατότητα διαμόρφωσης ερευνητικών ερωτήσεων:

-Ανταπόκριση & Διάθεση εξυπηρέτησης:

Η ανταπόκριση αφορά στην άμεση αντίδραση σε μια δεδομένη κατάσταση του συστήματος παροχής υπηρεσίας, ενώ η διάθεση αφορά στην επιθυμία για άμεση και γρήγορη απάντηση.

-Αξιοπιστία:

Η αξιοπιστία αφορά στην ικανότητα του οργανισμού (και της υπηρεσίας) να παρέχει στον χρήστη την συμφωνημένη από πριν υπηρεσία και μάλιστα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο κάθε φορά που αυτή του είναι απαραίτητη.

-Πρόσβαση & Εγκαταστάσεις:

Ευκολία πρόσβασης (χρόνος, τόπος, φυσικά χαρακτηριστικά προσβασιμότητας) και εξοπλισμός, υποδομές, εικόνα και άλλα στοιχεία που αφορούν στην υπηρεσία.

-Επικοινωνία:

Ακρίβεια, επάρκεια, περιεκτικότητα πληροφοριών προς τον χρήστη πριν, κατά την διάρκεια και μετά την παροχή της υπηρεσίας, καθώς και δυνατότητα επιλογών του χρήστη για την τελική διαμόρφωση της υπηρεσίας.

-Κόστος:

Οικονομική επιβάρυνση του χρήστη για την παροχή της υπηρεσίας και αποδιδόμενη από τον χρήστη αξία στην υπηρεσία. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008).

5.1.9. Βιβλιογραφική επισκόπηση μετρήσεων ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας πρέπει να ακολουθεί πρότυπα και μεθοδολογίες, οι οποίες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες. Το ζήτημα αυτό πρέπει να τεθεί σε αντιδιαστολή με τις ημι-εμειρικές προσπάθειες ανάπτυξης και διακίνησης ερωτηματολογίων, που μέχρι σήμερα έχουν επιχειρηθεί με αρκετές αφορμές στην χώρα μας. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε προσπάθεια που είναι στη σωστή κατεύθυνση είναι χρήσιμη, αλλά σίγουρα δεν μπορεί να αποτελέσει συγκριτικό δείκτη και στοιχείο που να ξεπερνάει τις ανάγκες του ειδικού ως προς το

πεδίο εφαρμογής του. Η βιβλιογραφία παρέχει το ικανό μεθοδολογικό υπόβαθρο για την διασφάλιση της επιτυχούς και αξιόπιστης μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Παρακάτω επισκοπούνται αρκετές επιστημονικές έρευνες προερχόμενες από τον διεθνή και τον ελληνικό χώρο.

5.1.10. Παρουσίαση ενδεικτικών ερευνών ικανοποίησης από τον διεθνή χώρο.

Ο Donabedian (1988) ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί ένα δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. την δεκαετία του 1960. Στο μεσοδιάστημα από τα τέλη του 1960 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, περίπου 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών είχαν πραγματοποιηθεί στη Μ. Βρετανία, ενώ από το 1980 έως το 1996 σημειώνεται μια αλματώδης αύξηση, φθάνοντας τα 8.000 δημοσιευμένα άρθρα. (Sitzia & Wood, 1997). Σήμερα υπάρχουν πάνω από 15.000 άρθρα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Οι μελέτες χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα της νοσοκομειακής φροντίδας. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008).

Στις περισσότερες μελέτες ικανοποίησης που αφορούν στο περιβάλλον του νοσοκομείου υπάρχει εκτίμηση των απτών ξενοδοχειακών χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα αξιολόγηση του χώρου νοσηλείας, της τουαλέτας, την σήμανση εντός του νοσοκομείου, τη λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου, τη δυνατότητα parking κ.τ.λ. Μεταξύ των υπόλοιπων διαστάσεων της φροντίδας που αξιολογείται είναι η συνολική ικανοποίηση, οι δυνατότητες πρόσβασης, η συμπεριφορά του προσωπικού, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η πληροφόρηση-ενημέρωση, η συνέχεια της φροντίδας κ.τ.λ. Σε μικρό σχετικά αριθμό μελετών γίνεται αξιολόγηση της τεχνικής αποτελεσματικότητας του οργανισμού (π.χ. οι εκβάσεις της υγείας-επιδείνωση, βελτίωση, ίαση), οι γνώσεις του ιατρικού προσωπικού, η συνεχιζόμενη ολιστική φροντίδα (Nelson & Neiderberger, 1990). Ωστόσο είναι γεγονός ότι η ικανότητα των ασθενών να αξιολογούν αυτή την διάσταση της φροντίδας είναι αμφιλεγόμενη, αφού σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται το φαινόμενο οι ασθενείς να δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μόνο εφόσον υπήρξε βελτίωση στην έκβαση της υγείας τους.

Σύμφωνα με ευρήματα αρκετών μελετών η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες επηρεάζει σημαντικά την συμμόρφωση τους με την ενδεικνυόμενη θεραπεία αλλά και την αφοσίωση τους στο συγκεκριμένο υγειονομικό οργανισμό, δηλαδή την πρόθεση τους να χρησιμοποιήσουν και πάλι τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ή να προτείνουν σε συγγενείς και φίλους.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο βορειοανατολικό Οχάιο κατά την χρονική περίοδο 1993-1997 και την οποία συμμετείχαν 29 νοσοκομεία, μελετήθηκε η συσχέτιση

ανάμεσα στην ικανοποίηση και την σταθμισμένη θνητότητα με βάση την βαρύτητα των ασθενών. Η ικανοποίηση των χρηστών εκτιμήθηκε για έξι διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με τυχαία δειγματοληψία 42.225 ασθενών. Τα ποσοστά θνησιμότητας προσδιορίστηκαν για 200.652 ασθενείς οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε έξι διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες. Σύμφωνα με τις αναλύσεις που προέκυψαν, τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν αντιστρόφως ανάλογα με τα ποσοστά θνητότητας. Για την συγκεκριμένη πενταετία θετική συσχέτιση βρέθηκε για πέντε από τις έξι διαστάσεις και συγκεκριμένα για τον συντονισμό της εργασίας, τις οδηγίες κατά εξιτήριο ή γενική ποιότητα, την πληροφόρηση και την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Τα παραπάνω αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι τα νοσοκομεία με υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης τείνουν να έχουν χαμηλότερη θνητότητα σταθμισμένη με βάση την βαρύτητα των ασθενών. Οι συσχετίσεις ήταν πιο ισχυρές για διαστάσεις της ποιότητας που αφορούσαν την επικοινωνία, την συνέχεια της φροντίδας και ασθενέστερες για την ιατρική φροντίδα. (Κωσταγιόλας, κ.ά, 2008).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε υπό τη **Gesell**(2003)στη **Μ.Βρετανία** σε 386 νοσοκομεία με δείγμα 56.897 πασχόντων από νεοπλασματική νόσο, την χρονική περίοδο Ιαν-Δεκ 2001, στην ερώτηση αν θα σύστηναν το νοσοκομείο και σε άλλους το 64% ήταν πολύ θετικοί, ενώ το 36% δεν ήταν θετικοί. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα της μελέτης του **Press Garey** (1998), σύμφωνα με την οποία το 66% των ασθενών θα σύστηναν το νοσοκομείο σε άλλους, καθιστώντας εμφανή τη μη βελτίωση των ποσοστών ικανοποίησης κατά την διάρκεια των τεσσάρων ετών. Οι πάσχοντες από νεοπλασματική νόσο θεωρούν ότι υπάρχουν πολύ πιο σημαντικοί δείκτες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση, όπως ο τρόπος που ανταποκρίνεται το προσωπικό στις επιθυμίες των ασθενών ή η προσοχή που τους δίνεται. Συνολικά οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με το προσωπικό ως προς την συμπεριφορά, αλλά χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης εμφανίστηκαν στην προσοχή και την πληροφόρηση που είχαν από το προσωπικό. (Gesell, 2003).

Ανάλογη έρευνα διεξήχθη στην **Αγγλία** το 1994 μεταξύ 36 νοσοκομείων που επιλέχθηκαν με τυχαίοποιημένη δειγματοληψία και στρωματοποιήθηκαν με βάση τον αριθμό των κλινών, την περιοχή και το είδος τους. Από κάθε **νοσοκομείο** έλαβαν μέρος 143 ασθενείς σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι τους ή στο χώρο του **νοσοκομείου δύο με τέσσερις εβδομάδες μετά από εξιτήριο**.

Συνολικά τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 5.150 ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί σε παιδιατρικό, γυναικολογικό, ψυχιατρικό και γηριατρικό τμήμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα μεγαλύτερα προβλήματα εμφανίστηκαν στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%), στην διαχείριση του πόνου (33%), στον σχεδιασμό του εξιτηρίου (70%), στην ελλιπή ενημέρωση, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το 62% των ασθενών δεν πληροφορήθηκε για το πότε θα ξεκινήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι τα νοσοκομεία, σε γενικές γραμμές απέτυχαν να φτάσουν τα πρότυπα του **Patient's Charter**. (Bruster et al, 1994).

5.1.11.Αποτίμηση τεχνολογίας υγείας

Ανάλογες κυκλικές διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας ακολουθούνται και στο πλαίσιο του νεοσύστατου τομέα της αποτίμησης τεχνολογίας υγείας. Η **βελτίωση της ποιότητας** στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως τεχνολογία υγείας, αφού σύμφωνα με τον ορισμό του Γραφείου Αποτίμησης Τεχνολογίας της Υγείας των **ΗΠΑ** η τεχνολογία υγείας περιλαμβάνει τα φάρμακα, τις συσκευές και τις ιατρικές πρακτικές, καθώς και τα οργανωτικά και υποστηρικτικά συστήματα μέσω των οποίων αυτά παρέχονται. (Τούντας, 2008).

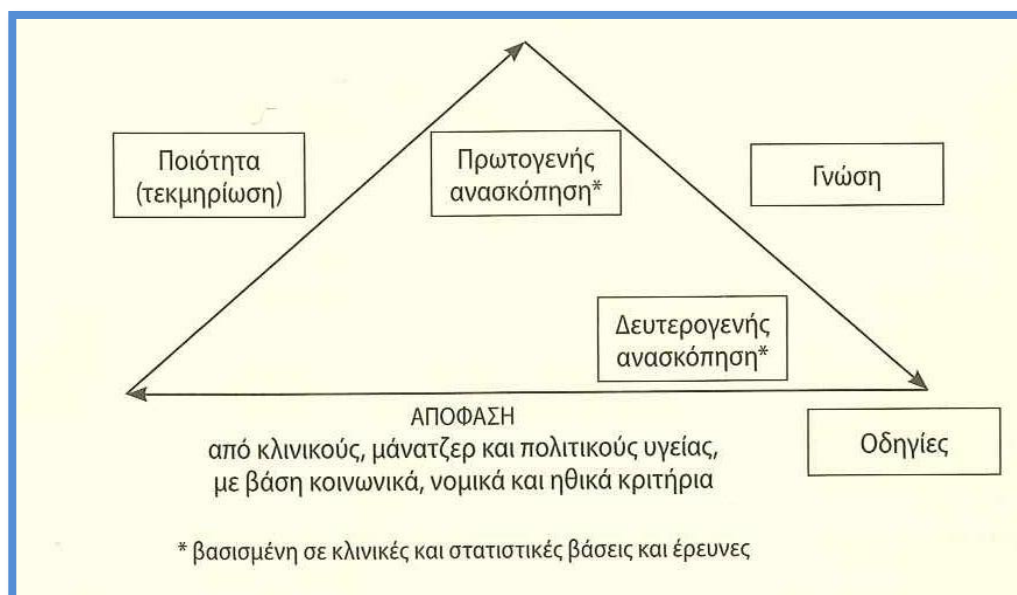
Σύμφωνα με την Αποτίμηση Τεχνολογίας Υγείας, η ποιότητα μπορεί να προσδιοριστεί με βάση:

- **Την αποτελεσματικότητα**
- **Την δραστηριότητα**
- **Την αποδοτικότητα**
- **Την ανταποκρισιμότητα**
- **Τη νομιμότητα**
- **Την ισότητα.**

Η **διαδικασία της αποτίμησης τεχνολογίας υγείας (Σχήμα 1.9)** ξεκινά με την τεκμηρίωση, συνεχίζεται με την ανασκόπηση της υπάρχουσας γνώσης και την διαμόρφωση οδηγιών, και καταλήγει στη λήψη αποφάσεων με κοινωνικά, νομικά και ηθικά κριτήρια. Σε αντιστοιχία με την διαδικασία αυτή, η συνεχής βελτίωση ποιότητας βασίζεται στα ίδια δεδομένα, στον βαθμό που κατά κύριο λόγο αποσκοπεί επίσης στη διαμόρφωση κριτηρίων και προτύπων που να συνάδουν με τις υπάρχουσες οδηγίες ή να οδηγούν στη διαμόρφωση νέων. (Τούντας, 2008)

Μπορείτε να δείτε το παρακάτω **σχήμα 1.9:**

Σχήμα 1.9.Περιγραφή της διαδικασίας της αποτίμησης τεχνολογίας υγείας και της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας



Πηγή:(Sando,2001)

6.1.Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Οι συνηθέστερες μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι:

- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- Ποιοτικός Έλεγχος
- Διασφάλιση ποιότητας
- Κόκλοι Ποιότητας
- Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής(QALYs).

6.1.1.Διοίκηση Ολικής ποιότητας

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας ταυτίζεται με την διοίκηση ολικής ποιότητας/ΔΟΠ(**Total Quality Management,TQM**),η οποία αναφέρεται στην βιβλιογραφία και ως ολική διαχείριση της ποιότητας.Η ΔΟΠ διαμορφώθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά απο την

εταιρεία Toyota στην Ιαπωνία. Η υιοθέτηση της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι εξαιρετικής σημασίας στρατηγική επιλογή. Η επιλογή αυτή μεταφράζεται σε νέο τρόπο συμπεριφοράς και λειτουργίας, με μακροχρόνιες συνέπειες για όλα τα τμήματα και τις δραστηριότητες και για όλους τους εργαζόμενους. (Τούντας, 2008)

Η **διοίκηση ολικής ποιότητας**, φιλοσοφία διοίκησης και οργάνωσης που βασίζεται στην κινητοποίηση όλου του έμφυχου δυναμικού και των υλικών πόρων ενός συστήματος, διέπεται από αξίες όπως είναι η δέσμευση της ηγεσίας, η εφαρμογή της σε έκταση, η υπευθυνότητα σε βάθος, η πρόληψη και όχι διόρθωση, η **συνεχής βελτίωση της ποιότητας**.

Μέσω της **ΔΟΠ** επιχειρείται πλέον η αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που έχουν σχέση όχι μόνο με την διασφάλιση και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και με την οργάνωση των ίδιων των μονάδων παραγωγής, την αποτελεσματικότητα τους, την συγκράτηση του κόστους λειτουργίας κ.ά.

Οι παρεμβάσεις και οι πολιτικές για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας στο πλαίσιο της **ΔΟΠ** περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων και δράσεων που ανήκουν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες που είναι οι εξής:

Στρατηγική ποιότητας (Quality Strategy): Γενικό μακροπρόθεσμο σχέδιο (**3-5 ετών**) για την αλλαγή συμπεριφορών, κουλτούρας και συστημάτων, προκειμένου να προσφερθεί αυτό που επιθυμούν οι πελάτες στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, με την χρήση των μεθόδων της ποιότητας.

Σχέδιο ποιότητας (Quality Programme): Συντομότερο χρονικά σχέδιο (**1- 2 χρόνια**) για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων (π.χ καθιέρωση τακτικών δελτίων καταγραφής).

Πρόγραμμα ποιότητας (Quality Project): Σχεδιασμένα βελτίωση υπηρεσίας για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου εντός 2 ετών στο πλαίσιο του σχεδίου ποιότητας.

Πολιτική Ποιότητας (Quality Policy): Γενικός οδηγός για το πώς μια υπηρεσία ή ένα τμήμα μπορεί να εφαρμόσει δραστηριότητες για την βελτίωση της ποιότητας, καθώς και για τους στόχους αυτών των δραστηριοτήτων. (Τούντας, 2008)

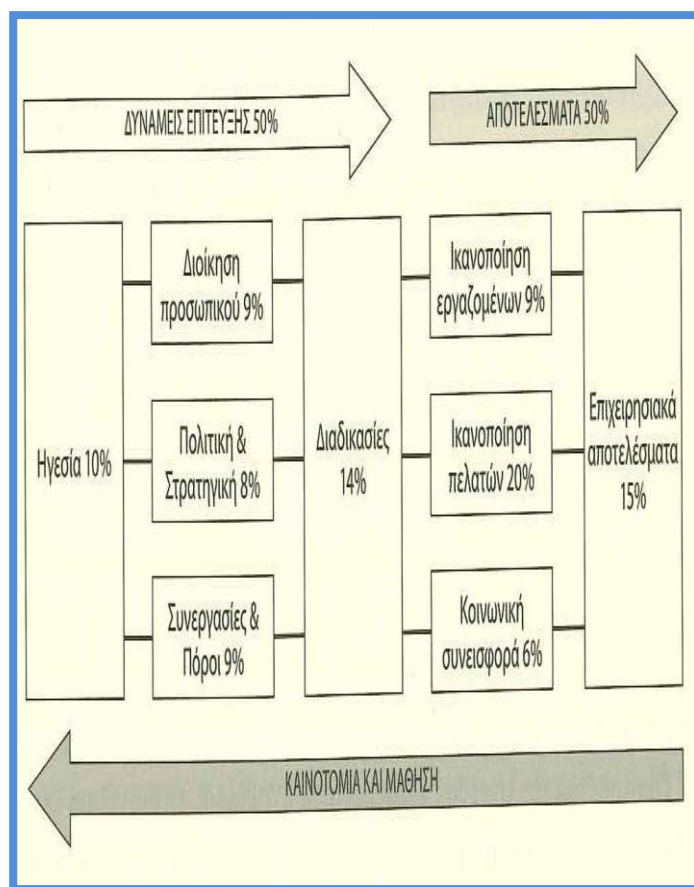
Πιο συγκεκριμένα, η **ΔΟΠ**, εκτός από την αξιοποίηση του κύκλου ποιότητας, του κύκλου διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας και των μεθόδων της αποτίμησης τεχνολογιών υγείας, χρησιμοποιεί και ολοκληρωμένες μεθόδους ή μοντέλα παρέμβασης, όπως είναι το **μοντέλο ποιότητας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για την Διοίκηση Ποιότητας**, η διοίκηση αναστόχο, το μοντέλο του project management, η συγκριτική αξιολογήση, η ανασκόπηση χρησιμοποίησης και η διαχείριση κινδύνου. (Τούντας, 2008).

Το **Ευρωπαϊκό μοντέλο ποιότητας** του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για την Διοίκηση της Ποιότητας (**European Foundation for Quality Management, EFQM**), αποτελείται από 6 κριτήρια και 32 υποκριτήρια (**EFQM 1999**). Τα κριτήρια αυτά, με ένα ποσοστό βαρύτητας

που τους αποδίδει το μοντέλο, διακρίνονται σε δυνάμεις επίτευξης και σε αποτελέσματα (Σχήμα 1.10). Βασίζεται στην εκτίμηση ότι τα επιθυμητά αποτελέσματα που σχετίζονται με την λειτουργία, τους πελάτες, τους εργαζόμενους και την κοινωνία, μπορούν να επιτευχθούν εφόσον η βασική κατεύθυνση που ακολουθείται αναγνωρίζει την αξία της πολιτικής και της στρατηγικής των εργαζομένων, των συνεργασιών, των πόρων και των διαδικασιών. (Brandt et al. 2005).

Μπορείτε να δείτε το παρακάτω **σχήμα 1.10** παρακάτω:

Σχήμα 1.10. Ευρωπαϊκό μοντέλο ποιότητας



Πηγή: Τούντας, 2008

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι δυνάμεις επίτευξης ή προϋποθέσεις επιτυχίας περιλαμβάνουν την ηγεσία, την διοίκηση του προσωπικού, την πολιτική και την στρατηγική, την διαχείριση των υπόλοιπων πόρων και συνεργασιών, καθώς και τις διαδικασίες. Στα αποτελέσματα περιλαμβάνονται, εκτός από τα επιχειρησιακά αποτελέσματα, η ικανοποίηση πελατών, η ικανοποίηση εργαζομένων και η κοινωνική συνεισφορά. Τα αποτελέσματα αυτά καθορίζονται από τις δυνάμεις επίτευξης. Η συνολική

αξιολόγηση – βαθμολόγηση των οργανισμών υπολογίζεται με βάση την βαθμολογία και το ποσοστό βαρύτητας κάθε κριτηρίου σύμφωνα με τις τιμές που αναγράφονται στο **σχήμα 1.10**. Τα βέλη στο Σχήμα **1.10** υπογραμμίζουν την δυναμική του μοντέλου και δείχνουν πως η καινοτομία και η μάθηση βελτιώνουν τις δυνάμεις επίτευξης, οι οποίες με την σειρά τους βελτιώνουν τα αποτελέσματα. (Τούντας, 2008)

Ανάλογα με τον βαθμό αξιολόγησης, κάθε οργανισμός και κάθε επιχείρηση κατατάσσεται σ' ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Εν συνεχεία, με την βοήθεια εξειδικευμένων στελεχών, πραγματοποιούνται παρεμβάσεις στους τομείς με χαμηλή αξιολόγηση, ώστε να μπορέσει ο οργανισμός ή η επιχείρηση να βελτιώσει την αξιολόγηση του και να ανέβει σε υψηλότερο επίπεδο πιστοποίησης. (Τούντας, 2008).

Η εφαρμογή του συγκεκριμένου **μοντέλου** στα **νοσοκομεία** απαιτεί σημαντική προσαρμογή, όπως επίσης και ότι θεωρείται αρκετά πολύπλοκο για χρήση σε μικρά **νοσοκομεία**.

Το **PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals)** αποτελεί το σύγχρονο εργαλείο για την αξιολόγηση της βελτίωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία που διαμόρφωσε το ευρωπαϊκό τμήμα του **ΠΟΥ**. Το **PATH** βοηθά τα νοσοκομεία να συλλέξουν τα δεδομένα από την λειτουργία τους, να συγκρίνουν την απόοση τους με άλλα ομοειδή νοσοκομεία, να εφαρμόζουν δράσεις για την βελτίωση της ποιότητας. Το **PATH** έχει σχεδιαστεί για εσωτερική χρήση και εφαρμόζεται πάντα σε εθελοντική βάση.

Το **PATH** περιλαμβάνει 6 άξονες και 17 βασικούς δείκτες, οι οποίοι συνοδεύονται από 47 επικουρικούς δείκτες. Οι έξι άξονες αφορούν την κλινική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την καταλληλότητα του προσωπικού, την ανταποκρισιμότητα της διοίκησης, την ασφάλεια και την επικέντρωση του ασθενή. Η κλινική αποτελεσματικότητα αξιολογείται με βάση 7 βασικούς δείκτες: την χρήση προφυλακτικής αντιβίωσης, την συχνότητα καισαρικών τομών, την θνητότητα, τις επανεισαγωγές, τα χειρουργεία ημέρας, την επανεισαγωγή μετά τα χειρουργεία ημέρας και την επιστροφή στη ΜΕΘ. Η αποδοτικότητα αξιολογείται με βάση την μέση διάρκεια νοσηλείας και την χρήση χειρουργικού αμφιθεάτρου, ενώ η καταλληλότητα του προσωπικού με βάση την εκπαίδευση, τις υπερωρίες τις απουσίες και τις καπνιστικές συνήθειες. (Τούντας, 2008).

Κάθε **νοσοκομείο** που χρησιμοποιεί το **PATH** οφείλει να εφαρμόζει όλους τους σχετικούς βασικούς δείκτες και ανάλογα με τις ανάγκες του και τις ιδιαιτερότητες του, ορισμένους από τους επικουρικούς. Πρώτα απ' όλα το νοσοκομείο θα πρέπει να συγκροτήσει ομάδα εργασίας για την συλλογή, σε ειδικά έντυπα, των δεικτών και των αντίστοιχων δεδομένων. Εν συνεχεία, τα δεδομένα αυτά καταχωρίζονται σε ειδική σελίδα του διαδικτύου και αποστέλλονται στα συνεργαζόμενα για τον σκοπό αυτό κέντρα του **ΠΟΥ**. Μετά την αρχική τους αξιολόγηση, τα δεδομένα αποστέλλονται πίσω στα νοσοκομεία για επιβεβαίωση, και μόνο μετά εντάσσονται στη φάση της τελικής ανάλυσης που προσφέρει το **PATH**. Τέλος

εκδίδονται εκθέσεις ποιότητας, που αποτελούν και το βασικό προϊόν του **PATH**. Οι εκθέσεις αυτές επιτρέπουν στις διοικήσεις των νοσοκομείων να συγκρίνουν την απόδοσή τους με άλλα νοσοκομεία, καθώς και να εντοπίζουν τα αδύνατα σημεία και τις προβληματικές καταστάσεις.

Η διοίκηση ανά στόχο ή μανάτζμεντ βάσει των στόχων (**Management by Objective, MBO**), αποτελεί μοντέλο με τυποποιημένες διαδικασίες, που ξεκινούν από την οριοθέτηση στόχων και στηρίζονται στην αποτίμηση της απόδοσης. Κλειδί του μοντέλου αποτελεί η συμμετοχική διαδικασία, που κινητοποιεί ενεργά τους μανάτζερ σε κάθε επίπεδο οργάνωσης. Το **MBO** έχει σχεδιαστεί ως τεχνική για να αυξήσει την ακρίβεια στην διαδικασία του σχεδιασμού και για να μειώσει το χάσμα ανάμεσα στους στόχους του οργανισμού και αυτούς των εργαζομένων.

Το **MBO** περιλαμβάνει έξι βασικά βήματα:

- Διαμόρφωση στρατηγικών στόχων και σχεδίων δράσης
- Προετοιμασία του οργανισμού για το **MBO**
- Διαμόρφωση ατομικών στόχων και σχεδίων δράσης
- Διαμόρφωση κριτηρίων απόδοσης για κάθε στόχο
- Περιοδικές αξιολογήσεις, επανεξέταση δεδομένων και αναγκαίες προσαρμογές
- Τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. (Τούντας, 2008).

Το **MBO** στηρίζεται στην σχέση μεταξύ **στόχων** και **απόδοσης**. Η εφαρμογή του **MBO** έχει διαπιστωθεί ότι βοηθά στην βελτίωση της παραγωγικότητας σε ικανοποιητικό βαθμό, και σε μικρότερο βαθμό στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Πριν από 80 χρόνια, από έρευνα στο **Harvard** είχε διαπιστωθεί ότι οι εργαζόμενοι συνήθως αξιοποιούν μόνο το **20-30%** των δυνατοτήτων τους. Η εφαρμογή του **MBO** επεκτάθηκε κυρίως κατά την δεκαετία του 1990, και εν συνεχεία περιορίστηκε. Στην σύγχρονη εποχή, με τις διάφορες τεχνικές μανάτζμεντ το ποσοστό αυτό έχει βελτιωθεί, αλλά υπάρχουν ακόμα σε πολλές επιχειρήσεις ή σε οργανισμούς μεγάλα περιθώρια βελτίωσης, τα οποία κάθε ηγεσία οφείλει να αξιοποιήσει. (Τούντας, 2008)

Το **μοντέλο του Project Management (PM)** διαμορφώθηκε ως απάντηση στις αδυναμίες του **MBO** και των κύκλων ποιότητας. Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στον προσδιορισμό, στον προγραμματισμό και στην αξιοποίηση των πόρων, θεωρώντας τους βασικό συντελεστή για την επιτυχία του οργανισμού και την επίτευξη της αποστολής του. Η διαμόρφωση του **PM** βασίστηκε στην ανάπτυξη της δύναμης των υπολογιστών και των μηχανογραφημένων χρονοπρογραμμάτων.

Σε σχέση με το **MBO**(καθαροί στόχοι,σχέδια δράσης,μέτρηση της απόδοσης) και με τους κύκλους ποιότητας(βελτιστοποίηση διαδικασιών και προϊόντων με τον εντοπισμό και υιοθέτηση των καλύτερων πρακτικών),το **PM** αποδέχεται την αξία των στόχων και την υιοθέτηση των καλύτερων πρακτικών,αλλά θεωρεί ότι αυτό που κυρίως κάνει τους ανθρώπους να πετυχαίνουν τους στόχους τους είναι η σωστή διαχείριση των πόρων και η εκτέλεση των καθηκόντων.

Στο πλαίσιο του **PM** έχουν προταθεί διάφορες τεχνικές,όπως το μοντέλο **GAPR**,που συνδυάζει τους στόχους(**Goals**),τα σχέδια δράσης(**Action Plans**)και τα αποτελέσματα(**Results**)σε συνάρτηση με τους διαθέσιμους πόρους,και που λαμβάνει υπόψη το ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον και την συνακόλουθη ανάγκη για συντονισμένη και προσαρμόσιμη δράση.

Συχνά στον χώρο των υπηρεσιών χρησιμοποιείται και η μέθοδος της βελτιστοποίησης των υπηρεσιών.Η βελτιστοποίηση των υπηρεσιών,ειδικά στο νοσοκομείο,αποτελεί στρατηγικό στόχο που ενσωματώνεται στη φιλοσοφία του νοσοκομείου,προκειμένου να υπάρξουν σημαντικά αποτελέσματα.Επειδή η στρατηγική αυτή επιδίωξη εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό απο τον ανθρώπινο παράγοντα (και επομένως απο πολλούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με τις διαδικασίες πρόσληψης,απόλυσης,επιβράβευσης,το οργανόγραμμα και τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας,τα συστήματα επικοινωνίας και διοίκησης,τα προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης,κ.ά.),αποσκοπεί στην ενίσχυση και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.(Τούντας,2008)

Για τον σκοπό αυτό η βελτιστοποίηση των υπηρεσιών βασίζεται στις εξής δέκα αρχές:

-Στη φιλοσοφία και στην δέσμευση της διοίκησης ώστε η βελτιστοποίηση των υπηρεσιών να αποτελεί αξία όλου του νοσοκομείου και να χαρακτηρίζει όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας.

-Στην υπευθυνότητα που πρέπει να επιδεικνύει κάθε στέλεχος με βάση την περιγραφή των θέσεων εργασίας,κυρίως σε ότι αφορά την συμπεριφορά προς τους πελάτες.

-Στην συγκέντρωση των στοιχείων και στην αξιολόγηση τους ώστε να μπορεί η ηγεσία να ελέγχει,να αξιολογεί και να διορθώνει όποτε χρειάζεται.

-Στην λύση των προβλημάτων για την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και για την επίλυση ενδονοσοκομειακών επαγγελματικών αντιθέσεων, που είναι συχνές λόγω του ιδιαίτερου ρόλου που διαδραματίζει το ιατρικό σώμα.

-Στην επικοινωνία με το προσωπικό και τους γιατρούς ώστε να διαμορφώνεται υψηλό ηθικό φρόνιμα μέσω της συμμετοχής και της συνυπευθυνότητας.

-Στην ανάπτυξη και εκπαίδευση του προσωπικού μέσω μακροχρόνιων προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης,με βάση τις διαφορετικές ενότητες και τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε κλάδου.

-Στην συμμετοχή των γιατρών,οι οποίοι είτε ως μέλη του προσωπικού είτε ως πελάτες του νοσοκομείου,θα πρέπει να συμβάλλουν αποφασιστικά σε κάθε προσπάθεια βελτιστοποίησης,εφόσον η συμβολή τους είναι καθοριστικής σημασίας τόσο για το παραγόμενο επιστημονικό έργο,όσο και για την εύρυθμη διοικητική λειτουργία του νοσοκομείου.

-Στην ανταμοιβή του προσωπικού, ώστε να επιβραβεύονται όσοι ξεχωρίζουν ως προς την ενεργτικότητα,την συμπεριφορά και την δέσμευση στις αξίες του νοσοκομείου.

-Στην αντιμετώπιση του υπάλληλου ως ασθενή,γιατί οι ευτυχείς υπάλληλοι κάνουν και τους ασθενείς ευτυχείς,και γιατί οι εργαζόμενοι σε νοσοκομείο είναι εργαζόμενοι σ'ένα ιδιαίτερο αντίξοο εργασιακό περιβάλλον.

-Στην διαρκή υπενθύμιση των στόχων με διάφορους τρόπους,όπως κογκάρδες,αφίσες,ανακοινώσεις,ειδικές εκδλώσεις κ.ά.(Τούντας,2008).

Η βελτίωση ποιότητας στα νοσοκομεία που ασκούν διοίκηση ποιότητας περιλαμβάνει και τις πιο παραδοσιακές μεθόδους του ιατρικού ελέγχου:την ανασκόπηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών και την διαχείριση κινδύνου.Η ανασκόπηση χρήσης διερευνά αν οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι αναγκαίες,και κυρίως αν παρέχονται στην κατάλληλη ποσότητα και με την σωστή ανάλωση πόρων.Διερευνά την καταλληλότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.Η **ακαταλληλότητα** χρήσης μπορεί να οδηγεί σε υπερκατάλωση ή υποκατανάλωση.Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει σπατάλη πόρων και αυξημένος ιατρογενής κίνδυνος,ενώ στη δεύτερη παρατηρείται μείωση της αποτελεσματικότητας,με αρνητικές επιπτώσεις στην **επιδιωκόμενη βελτίωση της υγείας**.

Επειδή η **διοίκηση ολικής ποιότητας** αναπτύχθηκε σε τομείς με υψηλές ποιοτικές απαιτήσεις,που χρησιμοποιούν σύνθετες παραγωγικές διαδικασίες,η εφαρμογή της στο χώρο της υγείας επιχειρήθηκε κυρίως στα **μεγάλα νοσοκομεία** στις αρχές της δεκαετίας του **1990**.Τα **νοσοκομεία** πρέπει να διαθέτουν ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας,που να περιλαμβάνει μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότηταςπριν,κατά και μετά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.Οι μηχανισμοί αυτοί θα πρέπει ,επομένως αφενός να παράγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή,παρακολούθηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών,και αφετέρου να μπορούν να διαχειρίζονται και να βελτιώνουν την ίδια την διοίκηση ποιότητας.

Έτσι ο **βασικός στόχος της διοίκησης ποιότητας**,που είναι η μείωση της μεταβλητότητας στην παραγωγή,επιτυγχάνεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον με την μείωση των διαφοροποιήσεων ανάμεσα σε αυτό που οι ασθενείς χρειάζονται και επιθυμούν και σε αυτό

που εισπράττουν. Η ομογενοποίηση των διαδικασιών, όπως των εγχειρήσεων, διευκολύνει την ομογενοποίηση των αποτελεσμάτων, μειώνοντας έτσι τις διαφοροποιήσεις-ελαττώματα που αποτελούν απειλή για την υγεία των ασθενών.

Μέχρι πρόσφατα, εξαιτίας όλων αυτών των απαιτήσεων, λίγα μόνο **νοσοκομεία** διεθνώς εφαρμόζουν την **διοίκηση ολικής ποιότητας** με συστηματικό τρόπο. Όπου εφαρμόζεται, δεν περιορίζεται μόνο στη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας του κλινικού έργου, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες συνιστώσες της περίθαλψης, όπως είναι η σκοπιμότητα, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις αυτές η διοίκηση ποιότητας είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, βασισμένη σε μετρήσεις, διάχυτη σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων. (Τούντας, 2008).

Για την εξυπηρέτηση όλων αυτών των **αναγκών**, ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα **διοίκησης ολικής ποιότητας** θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής **οργανωτικές δομές**:

- Επιτροπή διοίκησης ποιότητας
- Διευθυντή ποιότητας
- Τμήμα ποιότητας
- Κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα
- Σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο ογάνωσης.

Για τα **μικρά νοσοκομεία** είναι δύσκολη η εφαρμογή όλων των προτεινόμενων δομών. Στα νοσοκομεία μπορεί να υπάρξει συνεργασία για θέματα ποιότητας με άλλα ανάλογα νοσοκομεία, ώστε ορισμένες δραστηριότητες (**διαπίστευση γιατρών, πληροφοριακά συστήματα, πρωτόκολλα** κ.ά) να αντιμετωπίζονται από κοινού. Σε ότι αφορά το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής σ' ένα καινούριο νοσοκομείο, θα πρέπει πριν από την έναρξη λειτουργίας του, να έχει προσληφθεί ο διευθυντής ποιότητας, να έχει συγκροτηθεί το τμήμα ποιότητας, να έχει διαμορφωθεί η πολιτική ποιότητας και να έχουν ξεκινήσει τα προγράμματα κατάρτισης στην ποιότητα.

Συμπερασματικά, είναι αναμενόμενο η διαδικασία εισαγωγής και εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας σ' ένα νοσοκομείο να απαιτήσει χρόνο, πόρους και υποδομές.

Με βάση όλα αυτά, είναι φανερό πως ένα **νοσοκομείο** που διαθέτει σύστημα διασφάλισης – βελτίωσης της ποιότητας αυξάνει την παραγωγικότητα του, εξοικονομώντας πόρους από την αποφυγή σφαλμάτων και αναποτελεσματικών χειρισμών. Έστω και μικρή αύξηση της παραγωγικότητας μπορεί να απελευθερώσει ανθρώπινους πόρους και κεφάλαιο για να χρησιμοποιηθούν σε νέους τομείς και σε άλλες δραστηριότητες.

Επιπλέον, αυξάνει τα **έσοδα** του προσελκύοντας **περισσότερους ασθενείς** που μένουν **ικανοποιημένοι** από **υψηλής ποιότητας παροχές**, ενώ το κόστος παραγωγής μειώνεται, καθώς δεν σπαταλούνται πόροι για διόρθωση ή επανάληψη ενεργειών/διαδικασιών

που δεν έγιναν σωστά απο την πρώτη φορά.Σημαντικά είναι και τα **κέρδη** απο την μείωση των ιατρικών λαθών,τα οποία εκτός απο τον κίνδυνο που αποτελούν για την υγεία των ασθενών,συχνά συνεπάγονται και ποινικές διώξεις για το **νοσοκομείο** και για τους γιατρούς,με δυσάρεστες πολλές φορές συνέπειες.(Τούντας,2008).

6.1.2.Ποιοτικός Έλεγχος

Την πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας μιας υπηρεσίας ή προϊόντος αποτελεί η επιθεώρηση-εκτίμηση,που ουσιαστικά είναι η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές.Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών,που είναι γνωστές ως **Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας**.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Ο έλεγχος αυτός,ενώ αποτελεί πολύ εύκολη υπόθεση για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων,είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών,και ειδικότερα σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων,καθώς υπάρχουν ακόμη αρκετά προβλήματα ορισμού και μέτρησης της ποιότητας,ενω ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος υποκειμενικός του ασθενή.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Παραγνωρίζοντας όμως τις δυσκολίες αυτές,μπορούμε να **ορίσουμε τον Ποιοτικό Έλεγχο** ως «**μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει,χωρίς να δημιουργεί καινούρια**».(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Η προσπάθεια για την οργάνωση ενός προγράμματος Ποιοτικού Ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει αναμφισβήτητα να ξεκινήσει απο την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων.Στη συνέχεια πρέπει να αποφασιστεί σε ποιο απο τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος(**δομή,διαδικασίες ή αποτελέσματα**)θα πρέπει να γίνουν **παρεμβάσεις**,ποια θα είναι η μορφή των παρεμβάσεων αυτών και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους ώστε τελικά να **βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών**.

Έτσι ο **Ποιοτικός Έλεγχος** μπορεί να έχει **τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις**.Μπορεί δηλαδή να κρίνει την **ποιότητα των υπηρεσιών** με βάσει την επάρκεια ή την καταλληλότητα είτε των δομών του συστήματος είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή τέλος,να κρίνει τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων.Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα μπορεί να κρίνεται παράλληλα σ' ένα,δύο ή ακόμη και στα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Προγράμματα **Ποιοτικού Ελέγχου** για τις υπηρεσίες υγείας,και ιδιαίτερα για την νοσοκομειακή περίθαλψη,σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν απο την δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ.Ο **Ποιοτικός Έλεγχος** επεκτάθηκε στη συνέχεια και σε άλλες χώρες,όπως στον **Καναδά** και σε **χώρες της Ευρώπης**.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο **Ποιοτικός Έλεγχος** εντοπίζει τις **αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής-διάθεσης** ενός προϊόντος ή **μιας υπηρεσίας** εκ των υστέρων, μετά δηλαδή την παραγωγή τους. Η διόρθωση σ' αυτό το στάδιο είναι δυσκολότερη αν όχι αδύνατη και κοστίζει φυσικά πολύ περισσότερο, αφού ο οργανισμός έχει ήδη επιβαρυνθεί με το κόστος του ελαττωματικού προϊόντος ή της υπηρεσίας και κάθε διορθωτική ενέργεια προϋποθέτει πρόσθετες δαπάνες. Επίσης, ο **Ποιοτικός Έλεγχος** διασφαλίζει βέβαια τον **εντοπισμό των αδυναμιών και την διόρθωση τους** όπου αυτό είναι δυνατό, δεν προεξοφλεί όμως ότι δεν θα παρουσιαστούν ξανά.

6.1.3. Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Ως **Διασφάλιση Ποιότητας** ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι μια υπηρεσία ή ένα προϊόν πληρεί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές.

Η **Διασφάλιση της Ποιότητας** αποτελεί μια πιο προχωρημένη μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας στις υπηρεσίες και στα προϊόντα. Η διαφορά της από τον Ποιοτικό Έλεγχο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ ο Ποιοτικός Έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση της υπηρεσίας ή του προϊόντος από δεδομένες προδιαγραφές, η Διασφάλιση της Ποιότητας κατοχυρώνει ότι η υπηρεσία ή το τελικό προϊόν θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους. (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

Είναι ευνόητο ότι για την εφαρμογή ενός προγράμματος **Διασφάλισης της Ποιότητας** θα πρέπει κατ' αρχάς όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή και διάθεση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας ή ενός συγκεκριμένου προϊόντος να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές απ' όλους εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις πρέπει να προσδιορίζονται και να παρουσιάζονται με κάθε λεπτομέρεια και ακρίβεια, ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια για αμβιβολίες και παρεξηγήσεις. (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

Ο **τελικός στόχος της Διασφάλισης της Ποιότητας** είναι η αποτροπή του λάθους με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης της υπηρεσίας ή του προϊόντος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω αλλαγών που ενισχύουν όλα τα θετικά στοιχεία, όπως αυτά διαμορφώνονται από την επιστήμη, την έρευνα και την επιμόρφωση, αποτρέπουν στην αφετηρία τα πιθανά λάθη και ελέγχουν τα αποτελέσματα σύμφωνα με αποδεκτά πρότυπα.

Για να βοηθηθούν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που επιδιώκουν την **Διασφάλιση της Ποιότητας** των υπηρεσιών τους ή των προϊόντων τους, αλλά και για να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα υπηρεσιών και προϊόντων, τα οποία χρησιμοποιούνται τόσο ως οδηγός στην πορεία ενός οργανισμού για την

Διασφάλιση της Ποιότητας των υπηρεσιών ή των προϊόντων που παράγει/παρέχει,όσο και ως μέτρο για την αξιολόγηση του.Τέτοια Διεθνή πρότυπα είναι αυτά που συντάχθηκαν απο τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης ,τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000(1-2-3-4),τα πρότυπα της ισοδύναμης σειράς EN 29000(-1-2-3-4),που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση,και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Η εφαρμογή **προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας** στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα.Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας καθιστά πολύ δύσκολο αν όχι αδύνατο τον ακριβή και λεπτομερή προσδιορισμό των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου,αφού κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση.Η δημιουργία επομένως για το ιατρικό κλινικό έργο αποδεκτών προτύπων φαίνεται να είναι αντικειμενικά αδύνατη,Στις περιπτώσεις εφαρμογής προγραμμάτων **Διασφάλισης της Ποιότητας** σε εργαστήρια,στα οποία ο προσδιορισμός των προδιαγραφών και των απαιτήσεων διενέργειας των εξετάσεων και κατ' επέκταση,των προτύπων είναι περισσότερο εύκολος,οι προδιαγραφές,οι απαιτήσεις και τα πρότυπα προσδιορίζονται απο επιστημονικές επιτροπές και ιατρικές εταιρείες.

Η εφαρμογή **προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας** των δραστηριοτήτων διοικητικής,οικονομικής,τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσεως που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας,παρόλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία,δεν φαίνεται απο την σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για την λειτουργία τους.

Απ' όλα όσα προαναφέρθηκαν γίνεται φανερό ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος **Διασφάλισης της Ποιότητας** δεν σχετίζεται ούτε υπόσχεται,και πολύ περισσότερο δεν εγγυάται,την **βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών** ή των προϊόντων.Εκείνο που διασφαλίζεται είναι ότι οι υπηρεσίες ή τα προϊόντα θα έχουν την ποιότητα που προσδιρίζουν τα προκαθορισμένα αποδεκτά πρότυπα τους.Το ουσιαστικό όφελος του οργανισμού που θα εφαρμόσει ένα τέτοιο πρόγραμμα θα είναι τελικλα η σταθερότητα της ποιότητας και η αξιοπιστία των υπηρεσιών ή των προϊόντων του,και αυτό είναι το πρώτο βήμα για την **βελτίωση της ποιότητας**.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999).

6.1.4.Οι κύκλοι ποιότητας

Οι **Κύκλοι Ποιότητας** βασίζονται στη φιλοσοφία ότι οι εργαζόμενοι θα αποκτήσουν μεγαλύτερο ενδιαφέρονγια τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται και για την λειτουργία του αν τους επιτραπεί να επηρεάζουν τις αποφάσεις που αφορούν στην δική τους εργασία.Αποτελούν δηλαδή ένα σύστημα διοίκησης που στοχεύει στην **βελτίωση της παραγωγικότητας** και της **ποιότητας των υπηρεσιών** και των προϊόντων των επιχειρήσεων και των οργανισμών μέσω της **ανάπτυξης** και της **παρακίνησης των εργαζομένων**.

Ως **Κύκλος Ποιότητας** ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων/στελεχών, κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 και 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιους τομείς ενός οργανισμού και εθελοντικά συναντώνται τακτικά, με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι πάντα δυνατό να επιλυθούν με συμβατικές μεθόδους. Οι δικές τους προσπάθειες πρέπει να είναι προσανατολισμένες στο μικρότερο δυνατό κόστος και στις όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό. (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

Ο **κύκλος Ποιότητας** λειτουργεί μέχρι την οριστική επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων, οπότε διαλύεται και δημιουργείται πάλι, με την ίδια ή με άλλη σύνθεση, για να επιλύσει άλλα προβλήματα που πιθανώς να έχουν εμφανιστεί. Έτσι σε μια επιχείρηση ή σ' ένα οργανισμό μπορεί να λειτουργούν ταυτόχρονα δύο, τρεις ή περισσότεροι **Κύκλοι Ποιότητας**, καθένας από τους οποίους ασχολείται με την αντιμετώπιση του δικού του προβλήματος.

Οι συχνότερα αναφερόμενοι σκοποί των **Κύκλων Ποιότητας** είναι:

- η βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων ή των παραχόμενων υπηρεσιών,
- η αύξηση της παραγωγικότητας
- η μείωση του κόστους
- η αύξηση του ενδιαφέροντος των εργαζομένων
- η ενίσχυση του ηθικού των εργαζομένων.

Η **διοίκηση της επιχείρησης** ή του οργανισμού μπορεί κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος **Κύκλου Ποιότητας**, να έχει και άλλους στόχους, όπως την καλλιέργεια πνεύματος περιορισμού των εξόδων, την ανάπτυξη και την αξιοποίηση της δημιουργικότητας των υπαλλήλων, την επαγγελματική ανάπτυξη των στελεχών κ.λ.π. Είναι ευνόητο ότι για την επιτυχία του προγράμματος θα πρέπει οι στόχοι τόσο της διοίκησης όσο και των εργαζομένων να αλληλοσυμπληρώνονται, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα ταυτίζονται.

Αναφέρουμε στη συνέχεια τα κύρια χαρακτηριστικά της λειτουργίας των **Κύκλων Ποιότητας** τα οποία είναι:

- Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν εθελοντικά.
- Η συμμετοχή προιστάμενου στην ομάδα του **Κύκλου Ποιότητας** είναι επιθυμητή και χρήσιμη, με την προϋπόθεση ότι συμμετέχει στην ομάδα ως απλό μέλος.
- Οι εργαζόμενοι, μέλη της ομάδας του **Κύκλου Ποιότητας**, εκλέγουν μεταξύ τους τον υπεύθυνο της ομάδας, με βάση τα ηγετικά του χαρακτηριστικά, την δημιουργικότητα του, το πνεύμα συνεργασίας και

την ευελιξία που τον διακρίνουν.Ο υπεύθυνος που θα εκλεγεί,αφού εκπαιδευτεί κατάλληλα απο τον συντονιστή όσον αφορά στις τεχνικές λειτουργίας της ομάδας,εκπαιδεύει τα υπόλοιπα μέλη,τα ενθαρρύνει,συντονίζει την δραστηριότητα τους,έχει την ευθύνη για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ομάδας και είναι αυτός που παρουσιάζει στην διοίκηση του οργανισμού τα αποτελέσματα της εργασίας του Κύκλου Ποιότητας.

- Τα μέλη ενός Κύκλου Ποιότητας εργάζονται όλα μαζί ,ως ομάδα,με σκοπό να λύνουν τα προβλήματα και όχι μόνο να τα προσδιορίζουν.
- Οι συναντήσεις – συνεδριάσεις της ομάδας γίνονται τακτικά,σε ώρες εργασίας,καταβάλλεται όμως ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε το γεγονός αυτό να μη έχει αρνητικές επιπτώσεις στην λειτουργία του οργανισμού.
- Όλα τα προβλήματα που απασχολούν την ομάδα του Κύκλου Ποιότητας επιλέγονται απο τα μέλη της.Τα μέλη της ομάδας είναι στη συνέχεια υποχρεωμένα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά σε σχέση μόνο με το αντικείμενο της εργασίας τους.
- Κάθε Κύκλος Ποιότητας έχει το δικαίωμα να επιλέγει για μελέτη και λύση τα δικά του προβλήματα.
- Η διοίκηση,σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας,πρέπει να δείχνει με κάθε τρόπο το ενδιαφέρον της για το πρόγραμμα και να το υποστηρίζει έμπρακτα.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Για την επιτυχία της εφαρμογής ενός προγράμματος Κύκλων Ποιότητας απαραίτητος είναι ο συντονιστής.Ο συντονιστής εποπτεύει το πρόγραμμα,είναι ο άμεσα υπεύθυνος για τον συντονισμό των δραστηριοτήτων των διαφόρων Κύκλων Ποιότητας που λειτουργούν σε όλο τον οργανισμό,εκπαιδεύει τους υπεύθυνους – επικεφαλής των Κύκλων,εξασφαλίζει τους απαραίτητους χώρους και τον εξοπλισμό και τέλος αποτελεί τον σύνδεσμο με την διοίκηση.

Οι Κύκλοι Ποιότητας εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην Ιαπωνία το1962 απο τον καθηγητή **Kaoru Ishikawa** και η εφαρμογή τους σημείωσε μεγάλη επιτυχία στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς της χώρας.Στην **Ευρώπη** και στην **Αμερική** έγιναν σταδιακά δεκτοί,τα τελευταία χρόνια όμως εφαρμόζονται απ' όλο και μεγαλύτερο αριθμό επιχειρήσεων και οργανισμών,μεταξύ των οποίων τράπεζες,υπηρεσίες περίθαλψης κ.λ.π.

Το **πλεονέκτημα** της εφαρμογής ενός προγράμματος **Κύκλων Ποιότητας** είναι η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων,η οποία καταλήγει σε βελτίωση της ποιότητας,μπορεί να πραγματοποιηθεί πολύ πιο εύκολα στο πλαίσιο της λειτουργίας μικρών ομάδων στελεχών(**Κύκλων Ποιότητας**),όπου συγκεντρώνονται αναπτυγμένες ήδη μέθοδοι και τεχνικές,τα μέλη τους επιδεικνύουν αυξημένο ενδιαφέρον και είναι δυνατή η **αξιοποίηση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων** τους στον μέγιστο βαθμό.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999)

Δεν θα πρέπει όμως να παραγνωρίζονται και τα προβλήματα που είναι πιθανό να προκύψουν κατά την εφαρμογή ενός προγράμματος **Κύκλων Ποιότητας**. Η αδυναμία πρόληψης ή έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης τους μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την όλη προσπάθεια και να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα. Πιθανά προβλήματα είναι οι υπερβολικές απαιτήσεις που ενδεχομένως θα προβάλουν οι **Κύκλοι Ποιότητας** και η **αντικειμενική αδυναμία ικανοποίησης** τους, η ανεπαρκής υποστήριξη του προγράμματος από την διοίκηση, η έλλειψη συνεργασίας με τα μεσαίου επιπέδου στελέχη που **πιθανώς θα σχηματίσουν την εντύπωση** ότι με την δημιουργία των Κύκλων Ποιότητας υποβαθμίζεται ο ρόλος τους και χάνουν μέρος της εξουσίας που είχαν, η εμπλοκή των ομάδων των **Κύκλων Ποιότητας** σε συνδικαλιστικά θέματα και η επιδίωξη τους να τα επιλύσουν κ.λ.π. (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

6.1.5. Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs)

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς **QALYs (Quality Adjusted Life Years)** αποτελούν τα τελευταία χρόνια έναν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από την μέθοδο ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας, η οποία είναι μια από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων, και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.

Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με την **Διασφάλιση της Ποιότητας** των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί, με την βοήθεια παραμέτρων **ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών**, να αξιολογήσει τις **ιατρικές παρεμβάσεις** και να **συγκρίνει** στη συνέχεια **την αποτελεσματικότητα** τους με το κόστος που συνεπάγεται **η εφαρμογή τους**. (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

Συγκεκριμένα, με την μέθοδο αυτή μπορούν αφενός να καταγραφούν οι αλλαγές που επέρχονται στην διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενή, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής, και αφετέρου να μετρηθεί η υποκειμενική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες σ' αυτόν υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενή, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως προστιθέμενη σ' αυτό αξία, συσχετίζεται στη συνέχεια με τα δεδομένα του προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζεται σε **QALYs**, που είναι το σύνολο των ποιοτικώς σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με την συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Επικεντρώνεται δηλαδή η μέθοδος αυτή στην ποιότητα της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας.

Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η έννοια των **QALYs**, πολύ συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι για κάθε άτομο ένα έτος της ζωής του, με πολύ καλή υγεία και καλή ποιότητα ζωής, αντιστοιχεί σε μια μονάδα **QALY**. Επομένως, κάθε έτος ζωής του ασθενή, με κακή κατάσταση υγείας και κακή ποιότητα ζωής, που εκφράζεται ως q (όπου $q < Q$, $q < 1$), αντιστοιχεί σε μέρη ενός **QALY**. Με δεδομένο το προσδόκιμο

επιβίωσης συγκεκριμένου ασθενή,είναι στη συνέχεια δυνατή,με τον τρόπο αυτό,η μετατροπή σε τρέχουσες τιμές (**q**)των αναμενόμενων γι' αυτόν μελλοντικών ετών ζωής.Ιατρικές παρεμβάσεις (χειρουργικές επεμβάσεις,φαρμακευτικές αγωγές κ.λ.π),αλλά και διαδικασίες επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα ,την διάρκεια και ποιότητα ζωής του ασθενή,και δημιουργούν ένα διαφορετικό κάθε φορά **q**.Η διαφορά σε μέρη **QALYs**,εξαιτίας διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων και διαδικασιών,για το ίδιο υγειονομικό πρόβλημα,είναι τελικά το κέρδος ή η απώλεια σε μέρη **QALYs**,εξαιτίας διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων και διαδικασιών,για το ίδιο υγειονομικό πρόβλημα,είναι τελικά το κέρδος ή η απώλεια σε μέρη **QALYs**,δηλαδή σε **q**, του ασθενή.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999).

Έτσι με την ανάλυση του κόστους χρησιμότητας συγκρίνονται δύο διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές,οι οποίες χρησιμεύουν για την αντιμετώπιση του ίδιου υγειονομικού προβλήματος και με βάση το αποτέλεσμα της σύγκρισης,καλείται ο ασθενής σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας,να επιλέξει.Είναι ευνόητο ότι ιατρικές παρεμβάσεις και διαδικασίες που παράγουν καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και καλύτερη ποιότητα ζωής θα πρέπει να προτιμηθούν απο άλλες με λιγότερο καλό αποτέλεσμα και κατώτερη ποιότητα ζωής.

Ακόμη η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επίπεδο κράτους για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους ορισμένων θεραπειών,συνεπώς και για την λήψη αποφάσεων σχετικών με την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας.

Τέλος,θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μέθοδος της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας ανταποκρίνεται και στη σημερινή φιλοσοφία και τάση να συμμετέχουν ο ασθενής και οι δικοί του στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος.Αυτή η συμμετοχή έχει ιδιαίτερη σημασία όταν προκύπτουν διλήμματα ή πρόκειται για επιλογές που έχουν σχέση με την παράταση της ζωής σε περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων και καθορίζονται τόσο απο τις αξίες του ατόμου και της κοινωνίας στην οποία ζεί,όσο και απο τις προσδοκίες του.(Αλεξιάδης,Σιγάλας,1999).

6.1.6.Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)

Με τον όρο **benchmarking** εννοούμε την διεργασία της συγκριτικής αξιολόγησης της απόδοσης μέσα απο την έρευνα για τις υφιστάμενες καλύτερες πρακτικές.Είναι δηλαδή,μια συνεχής διεργασία μετρήσεων σε σύγκριση με το καλύτερο,βοηθώντας κατά αυτόν τον τρόπο στην ανάπτυξη ποιοτικότερων στόχων και προοπτικών.Η βασικότερη αρχή του **benchmarking** είναι η προσαρμογή και όχι η αντιγραφή αντίστοιχων μεθόδων και πρακτικών.Η συγκριτική αξιολόγηση είναι μια διεργασία στοχοθέτησης και αποτελεί ένα κύκλο διαρκούς βελτίωσης καθώς και ένα διαρκές συνθετικό στοιχείο των συνηθισμένων δραστηριοτήτων σχεδιασμού.(Κεφαλοπούλου κ.ά,2006).

Το **benchmarking** διακρίνεται σε εσωτερικό και εξωτερικό. Ο εσωτερικός τύπος εξετάζει δεδομένα σε σχέση με άλλο τμήμα του ίδιου ιδρύματος. Αντίθετα, ο εξωτερικός τύπος διακρίνεται σε ανταγωνιστικό και σε μη ανταγωνιστικό. Αντίστοιχα, ο μη ανταγωνιστικός τύπος διακρίνεται σε λειτουργικό (σχετίζεται με την απόδοση μιας συγκεκριμένης λειτουργίας) και σε γενικό (αναφέρεται σε συγκρίσεις με διαφορετικούς κλάδους). (Κεφαλοπούλου κ.ά., 2006)

Η μέθοδος του **benchmarking** επιτρέπει την **λήψη αποφάσεων** με βάσει υπαρκτά γεγονότα και δεδομένα και όχι με βάσει την διαίσθηση. Επιπλέον προσφέρει συνεπέστερη κάλυψη των απαιτήσεων των τελικών χρηστών και πελατών. Η συγκριτική αξιολόγηση καθιερώνει στόχους βάσει μιας συμφωνημένης άποψης για τις εξωτερικές συνθήκες καθορίζοντας πραγματικά μέτρα της παραγωγικότητας και επιτυγχάνοντας μια ανταγωνιστική θέση. Τέλος, ενημερώνει και ερευνά για τις καλύτερες υπάρχουσες πρακτικές. (Κεφαλοπούλου κ.ά., 2006).

7.1. Μέθοδοι, τεχνικές και εργαλεία για την βελτίωση της ποιότητας

Παρακάτω εξετάζονται **τέσσερις κατηγορίες μεθόδων, τεχνικών και εργαλείων** για την **βελτίωση της ποιότητας**. Οι **τέσσερις κατηγορίες** οι οποίες εξετάζονται είναι οι ακόλουθες:

- 1. Διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών των υπηρεσιών**
- 2. Μέθοδοι παραγωγής ιδεών**
- 3. Μέθοδοι στατιστικού ελέγχου ποιότητας**
- 4. Παλαιά και νέα εργαλεία ποιότητας.**

7.1.1. Διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών υπηρεσιών

Τα **διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών** αποτελούν κατά κύριο λόγο απλές στην ανάπτυξη, μη ποσοτικές τεχνικές, οι οποίες λαμβάνουν την μορφή κατασκευής ειδικών διαγραμμάτων. Τα διαγράμματα βοηθούν στην περιγραφή και κατανόηση σύνθετων συστημάτων, καταστάσεων και φαινομένων. **Βασικός στόχος των διαγραμμάτων** αυτών είναι **η ανάπτυξη σχεδιασμού και η μοντελοποίηση υπηρεσιών**. Έχουν ιδιαίτερη χρησιμότητα στον σχεδιασμό υπηρεσιών με αυστηρά καθορισμένο χαρακτήρα όπως είναι οι **υπηρεσίες υγείας**. Επίσης ενισχύουν την επικοινωνία

μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών,δηλαδή περιγράφουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών με τέτοιο τρόπο,ώστε να γίνεται δυνατή άμεσα η κατανόηση τους.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Παραδείγματα συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν οι ροές των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας(**νοσοκομείο**),η διεξαγωγή κλινικών και διαγνωστικών πράξεων,η νοσηλεία και θεραπεία, η αποκατάσταση.Η **μελέτη** και ακολούθως **η βελτίωση συστημάτων των υπηρεσιών υγείας**,συμπεριλαμβανομένων των επιμέρους **τεχνικών,διοικητικών,νοσηλευτικών και ιατρικών συστημάτων**, μπορεί να υποβοηθηθεί απο την **χρήση διαγραμμάτων** όπως αυτά που εξετάζονται παρακάτω.

7.1.1.1.Χάρτης συστήματος-System map

Ο κάθε οργανισμός αποτελεί ένα ευρύτερο σύστημα,το οποίο συγκροτείται απο ένα ή περισσότερα συστήματα,που διακρίνονται σε υποσυστήματα,τα οποία με την σειρά τους είναι δυνατόν να αποτελούνται απο επιμέρους,ειδικότερα υπο-υποσυστήματα κ.ο.κ. Ο χάρτης Συστήματος(**System Map**) αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για την παρουσίαση συστημάτων και υποσυστημάτων σε έναν οργανισμό.(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Ο Χάρτης Συστήματος(System Map) αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για την παρουσίαση συστημάτων και υποσυστημάτων σε ένα οργανισμό.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου2008)

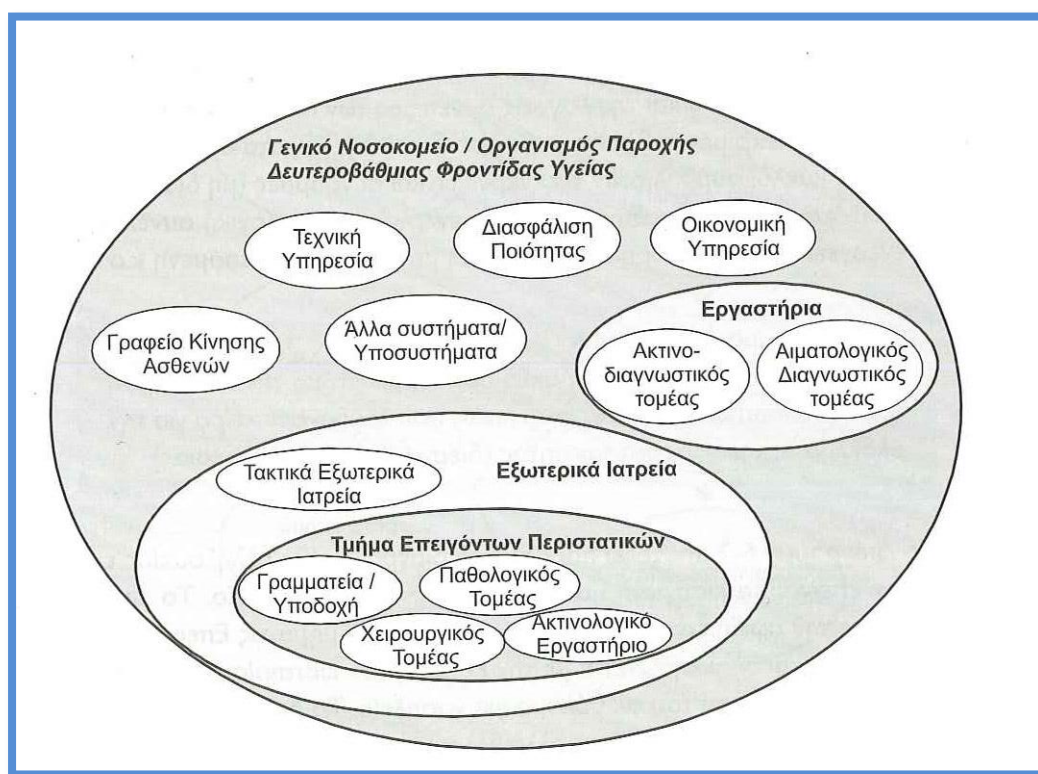
Σύμφωνα με την ορολογία των συστημάτων,ονομάζουμε ως περιβάλλον τον χώρο εντός του οποίου εμπεριέχεται ένα σύστημα ή υποσύστημα.Ο βαθμός ανάλυσης και η έμφαση μπορεί να διαφέρει απο **διάγραμμα σε διαγράμμα** ακόμα και εάν πρόκειται για τον ίδιο οργανισμό.Σε κάθε περίπτωση,όμως είναι σημαντικό να τηρούνται οι κανόνες μορφοποίησης του **Χάρτη συστήματος**:το κάθε σύστημα ή υποσύστημα συμβολίζεται απο ελλειπτικά σχήματα ,με τα υποσυστήματα συμμετρικά τοποθετημένα μέσα στο ευρύτερο ελλειπτικό σχήμα.Τα συστήματα ή και τα υποσυστήματα στα οποία δίδεται έμφαση περιβάλλονται απο εντονότερη γραμμή.

Το παρακάτω **Σχήμα 1.11** αποτελεί παράδειγμα χάρτη συστήματος για ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας-**νοσοκομείο**(ευρύτερο σύστημα).Στο διάγραμμα δίνεται έμφαση στην ανάλυση του συστήματος των **Εξωτερικών Ιατρείων** και

ειδικότερα, στο υποσύστημα του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών(έκτακτα εξωτερικά ιατρεία).

Παρακάτω μπορείτε να δείτε το Σχήμα 1.11

Σχήμα 1.11: Παράδειγμα χάρτη συστήματος για ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας με έμφαση στο σύστημα «Εξωτερικά Ιατρεία».



Πηγή:(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Σύμφωνα με το παραπάνω Σχήμα 1.11 το άμεσο περιβάλλον του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι το σύστημα Εξωτερικά Ιατρεία, εντός του οποίου βρίσκονται τα τακτικά και τα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία. Άξιο παρατήρησης είναι ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση (Σχήμα 1.11) τα εργαστήρια αποτελούν διακριτό σύστημα εντός του ευρύτερου συστήματος του νοσοκομείου. Με τον ίδιο τρόπο, που το Σχήμα 1.11 εμβαθύνει στην ανάλυση και την περιγραφή του συστήματος των Εξωτερικών Ιατρείων, θα μπορούσε για παράδειγμα να κατασκευαστεί άλλο διάγραμμα, το οποίο θα περιέγραφε διαφορετικά συστήματα, όπως της διεύθυνσης διασφάλισης ποιότητας (η οποία για παράδειγμα συμπεριλαμβάνει τα

υποσυστήματα εσωτερικού ελέγχου,ISO 9001,HACCP,πιστοποίησης εργαστηρίων,υγιεινής & ασφάλειας στην εργασία κ.ά).(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

7.1.2. Διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών-Activity sequence diagram

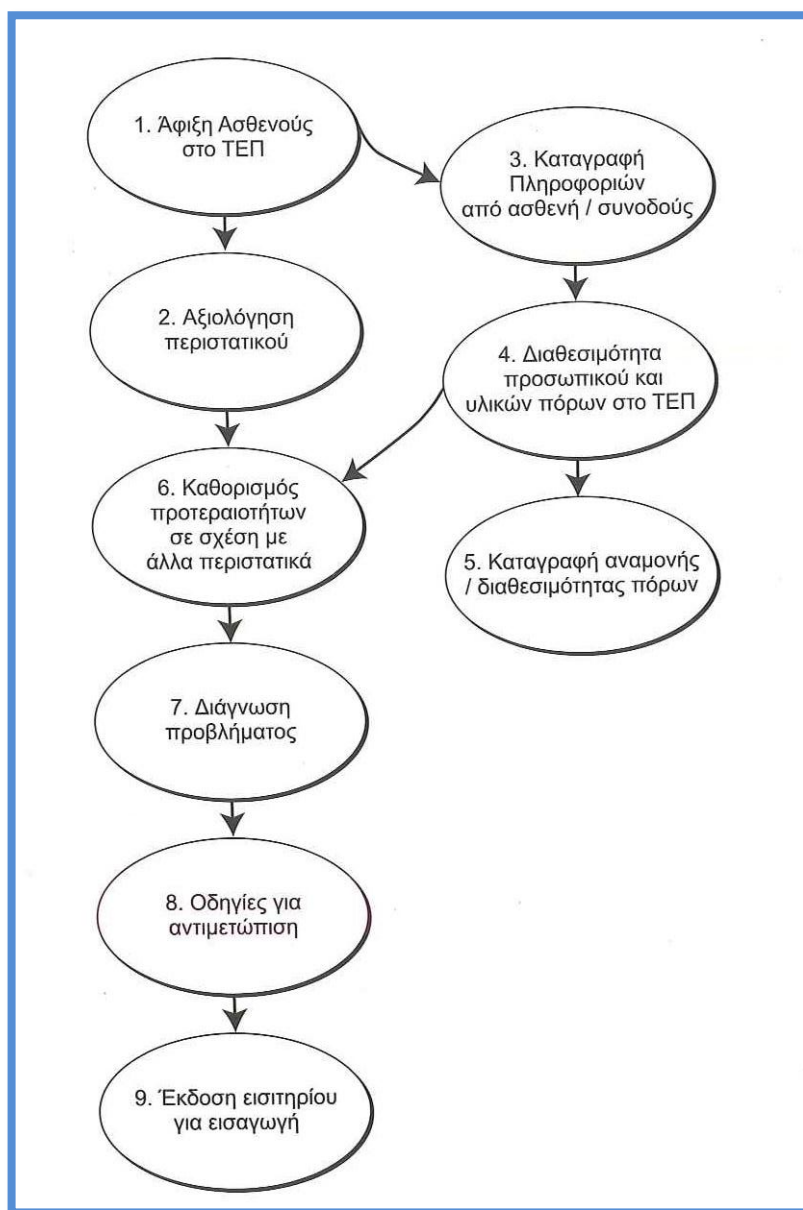
Το **Διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών** συνήθως χρησιμοποιείται στην αρχή κάθε διαδικασίας σχεδιασμού με στόχο την απεικόνιση του συνόλου των διακριτών ενεργειών,που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας (διεργασίας ή και υπηρεσίας).Με την αποτύπωση των ενεργειών παρέχεται η δυνατότητα της μελέτης των χρόνων αλλά και της λογικής συνέπειας των διακριτών φάσεων για την επίτευξη της συγκεκριμένης δραστηριότητας.Στα διαγράμματα αυτής της μορφής,οι ελλειπτικοί κύκλοι συμβολίζουν τις ενέργειες και οι γραμμές διακεκομμένες)συμβολίζουν τον χρόνο μεταξύ μιας σειράς ενεργειών ή την λογική συνέχεια μεταξύ των ενεργειών(ολοκλήρωση πρώτης για την μετάβαση στην επόμενη κ.ο.κ.).(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008).

Το διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών συνήθως χρησιμοποιείται στην αρχή κάθε διαδικασίας σχεδιασμού, με στόχο την απεικόνιση του συνόλου των διακριτών ενεργειών,που λαμβάνουν χώρα για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας(διεργασίας ή/και υπηρεσίας).

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Το **Σχήμα 1.12** μπορείτε να το δείτε παρακάτω:

Σχήμα 1.12: Παράδειγμα διαγράμματος αλληλουχίας ενεργειακών για την επείγουσα εισαγωγή ασθενούς σε γενικό νοσοκομείο.



Πηγή : (Κωσταγιόλας, κ.ά)

Το **Σχήμα 1.12** αυτό ξεκινά με την άφιξη του ασθενούς στον χώρο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και ολοκληρώνεται με την έκδοση του εισιτηρίου από το γραφείο κίνησης για την εισαγωγή του σε θάλαμο για νοσηλεία. Το διάγραμμα επιτρέπει να μελετηθούν οι απαιτούμενοι χρόνοι αλλά και η λογική συνέχεια των διακριτών φάσεων κατά την εισαγωγή του ασθενούς, με έμφαση στις δραστηριότητες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα στα ΤΕΠ πριν και μετά από την διάγνωση ώστε να γίνει η παραπομπή του ασθενούς για

νοσηλεία(παροχή πληροφοριών,αξιολόγηση του περιστατικού,διαθεσιμότητα προσωπικού,διάγνωση,έκδοση εισιτηρίου κ.ά). (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Το **Διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών** επιτρέπει να καθορίσουμε τις βασικές ενέργειες ,οι οποίες εφόσον απαιτηθεί να αναλυθούν μπορούν να αποτελέσουν(καθεμία ή σε ομάδες) και αντικείμενο ειδικής διαδικασίας ποιότητας.Για παράδειγμα οι ενέργειες απο 1 έως 5 στο **Σχήμα 1.12** θα μπορούσαν να αποτελέσουν το αντικείμενο μιας διαδικασίας ποιότητας,οι ενέργειες 7 και 8 μιας δεύτερης,όπως και η ενέργεια 9 θα μπορούσε να αποτελέσει το περιεχόμενο μιας τρίτης διαδικασίας.

7.1.3.Διάγραμμα ροής διαδικασιών –Flow-block diagram

Τα διαγράμματα **flow-bloc** είναι χρήσιμα για την περιγραφή του τρόπου με τον οποίο υλικά,οντότητες,πληροφορίες και ενέργειες ρέουν μέσα σε ένα σύστημα αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων.Η κατασκευή τους συνήθως έπεται των διαγραμμάτων αλληλουχίας ενεργειών,δηλαδή του καθορισμού των διακριτών ενεργειών και της λογικής ή χρονικής σειράς τους.Τα διαγράμματα **flow-bloc** αποτελούνται απο σειρά παραλληλογράμμων συνδεδεμένων μεταξύ τους με βέλη.Εντός των παραλληλογράμμων καταγράφονται οι ενέργειες/στάδια κατά την παροχή μια υπηρεσίας ή και την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας.Το κάθε παραλληλόγραμμο μπορεί να έχει εισερχόμενα και εξερχόμενα (πληροφορίες,ενέργειες)τα οποία εμφανίζονται ως κείμενα εκατέρωθεν των παραλληλόγραμμων. (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

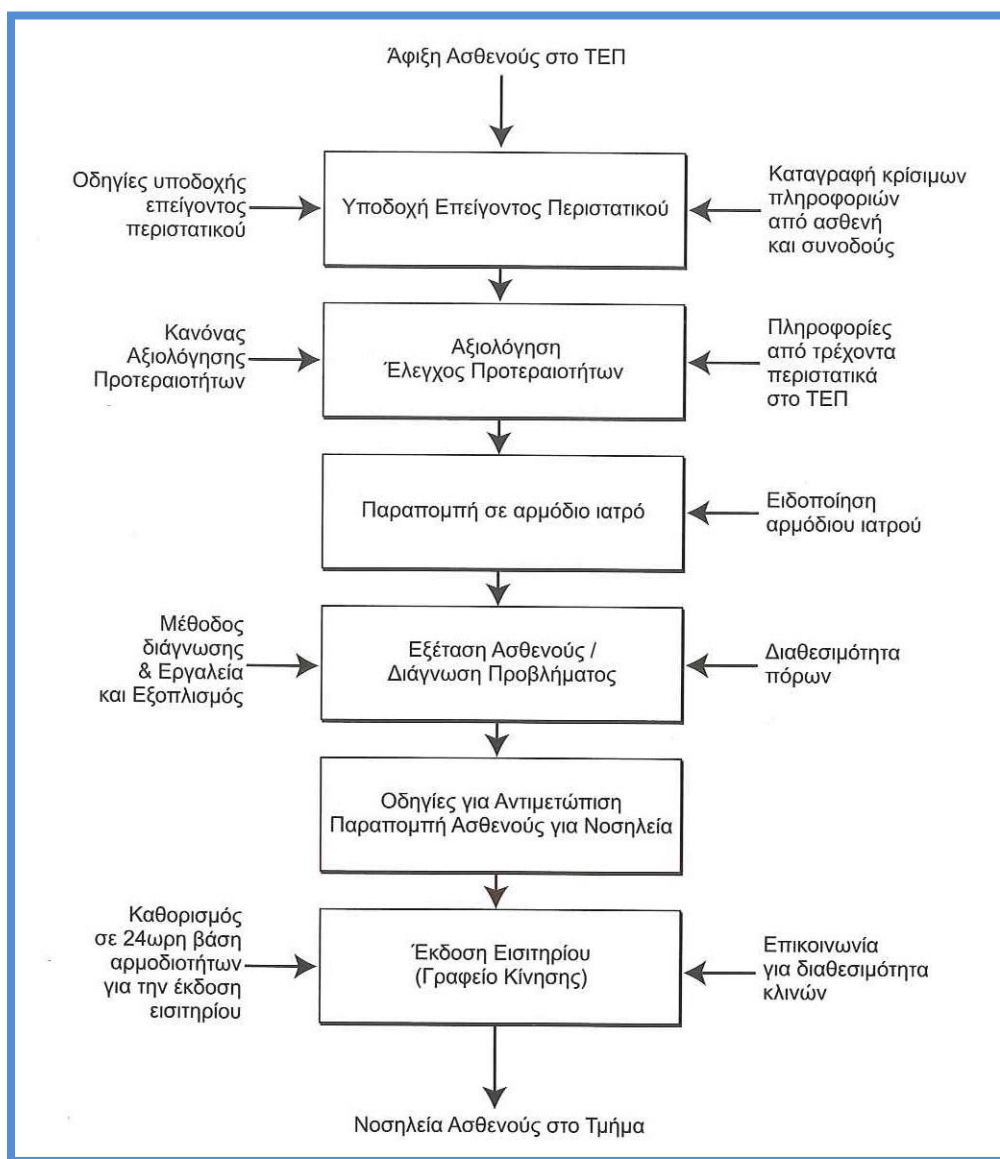
Τα Διαγράμματα flow-bloc είναι χρήσιμα για την περιγραφή του τρόπου με τον οποίου υλικά,οντότητες,πληροφορίες και ενέργειες ρέουν μέσα σε ένα σύστημα αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Το **Σχήμα 1.13** αποτελεί **flow-bloc** διάγραμμα για το παράδειγμα της επείγουσας εισαγωγής ασθενούς,η οποία αναλύθηκε ως προς το περιεχόμενο της αρχικά στο **Σχήμα 1.12**.Στο **Σχήμα 1.13** επεκτείνεται η ανάλυση,καταγράφοντας τα εισερχόμενα και τα εξερχόμενα των βασικών ενεργειών.Για παράδειγμα η **υποδοχή επείγοντος περιστατικού** λαμβάνει ως εισερχόμενα την άφιξη του ασθενή και τις οδηγίες υποδοχής επείγοντος περιστατικού και παράγει την υποδοχή του ασθενή με την καταγραφή κρίσιμων πληροφοριών για την κατάσταση του.Επίσης η αξιολόγηση προτεραιοτήτων λαμβάνει ως εισερχόμενα τους κανόνες αξιολόγησης προτεραιοτήτων,καθώς και τις πληροφορίες απο τα τρέχοντα περιστατικά στα **ΤΕΠ**,και παράγει ως εξερχόμενο την παραπομπή με βάση την δοθείσα προτεραιότητα σε αρμόδιο ιατρό στα **ΤΕΠ**.Είναι εμφανές ότι η ανάλυση αυτή δίνει την

δυνατότητα να καθοριστούν οι ανάγκες συλλογής δεδμένων και πληροφοριών (για παράδειγμα δείκτες προσερχόμενων, δείκτες δυναμικότητας, χρόνοι απόκρισης συστήματος και αναμονής κ.ά) και ως εκ τούτου, να αρχίζει ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας στα ΤΕΠ. Το Σχήμα 1.13 φαίνεται παρακάτω:

Σχήμα 1.13: Παράδειγμα flow-block για την έκτακτη εισαγωγή ασθενούς σε γενικό νοσοκομείο



Πηγή : (Κωσταγιόλας, κ.ά)

7.1.4. Διαγράμματα πολλαπλών αιτιών/διάγραμμα βελών-Multiple Cause diagrams/arrow diagrams

Τα **διαγράμματα Multiple Cause diagrams** είναι χρήσιμα στην επεξήγηση των λόγων και των αιτιών, που συνεισφέρουν στην διαμόρφωση συγκεκριμένων γεγονότων, φαινομένων ή καταστάσεων. Τα διαγράμματα αυτά αποτελούνται από συνοπτικές φράσεις και βέλη ελλειπτικών γραμμών που τις ενώνουν. Οι φράσεις αποτελούν ονομασίες παραμέτρων (**φαινομένων, καταστάσεων, γεγονότων, αιτιών ή και μεταβλητών**), οι οποίες συσχετίζονται μεταξύ τους. Ο τρόπος συσχετισμού των παραμέτρων καθορίζεται από την φορά που έχουν τα βέλη, τα οποία ξεκινούν από την παράμετρο, η οποία συνεισφέρει ως αιτία ή προηγείται ως γεγονός και καταλήγουν στην παράμετρο που αποδέχεται την συνεισφορά της κύριας αιτίας ή έπεται του αρχικού γεγονότος. Η βασική υπο μελέτη αιτία, φαινόμενο, γεγονός ή κατάσταση, τοποθετείται έκκεντρα στο διάγραμμα, διότι σε αυτήν καταλήγουν όλες οι δευτερεύουσες. Τα συγκεκριμένα διαγράμματα χρησιμοποιούνται ευρύτατα για την ανάλυση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

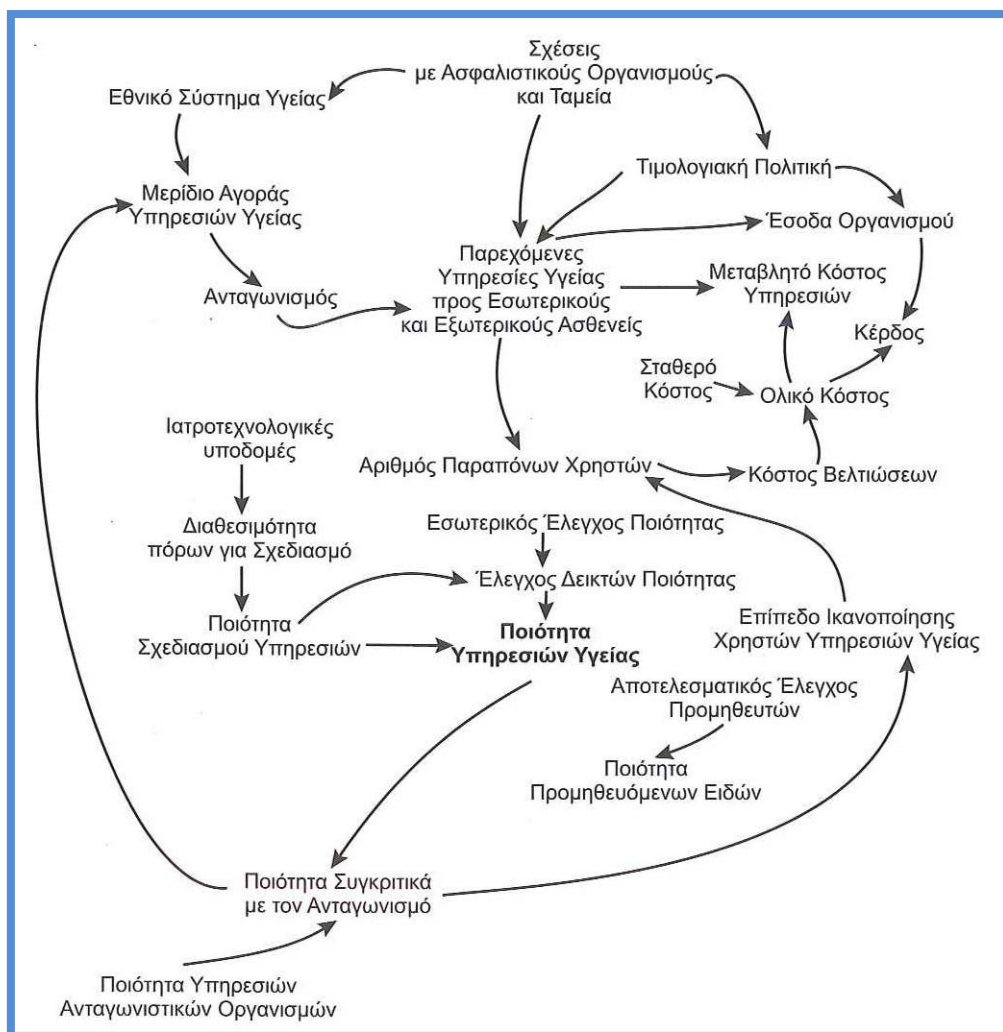
Τα Διαγράμματα Multiple Cause diagrams είναι χρήσιμα στην επεξήγηση των λόγων και των αιτιών, που συνεισφέρουν στην διαμόρφωση συγκεκριμένων γεγονότων, φαινομένων ή καταστάσεων.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Το **Σχήμα 1.14** αποτελεί παράδειγμα **multiple cause** διαγράμματος για την παρουσίαση και την ανάλυση των λόγων, που συνεισφέρουν στην Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. Το εν λόγω γεγονός τοποθετείται στο κέντρο του διαγράμματος και οι αιτίες ή οι καταστάσεις που συντελούν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, συνδυάζονται με τα βέλη.

Στο **Σχήμα 1.14 του συστήματος**, παρατηρούμε ότι **κύριες αιτίες** που συμβάλουν στην Ποιότητα των υπηρεσιών Υγείας είναι ο **έλεγχος** με βάσει **δείκτες ποιότητας**, η ποιότητα των προμηθευμένων ειδών και η ποιότητα σχεδιασμού των υπηρεσιών ενώ αντίστροφα, το υπό διερεύνηση γεγονός **Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας** συνεισφέρει στο **επίπεδο της ικανοποίησης των χρηστών** και στο μερίδιο της αγοράς. Το διάγραμμα μπορεί να αναλυθεί περαιτέρω παρέχοντας πληροφορίες, οι οποίες συνδέουν την **Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας** μέσω θετικών και αρνητικών συνεισφορών με την αγορά, το κόστος των υπηρεσιών κ.ά.

Σχήμα 1.14 Παράδειγμα διαγράμματος Multiple Cause για την ανάλυση παραγόντων, που συνεισφέρουν στην Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας.



Πηγή: (Κωσταγιόλας,κ.ά)

Τα παραπάνω τέσσερα διαγράμματα περιγραφής συστημάτων και βελτίωσης σχεδιασμών συνδυαζόμενα εξυπηρετούν την ανάπτυξη σχεδιασμού και μοντελοποίησης υπηρεσιών. Τα διαγράμματα μπορούν να συνδυαστούν για παράδειγμα με την παρακάτω διαδικασία ενεργειών σχεδιασμού μιας υπηρεσίας:

- Καθορισμός διαφορετικών εμπλεκόμενων οντοτήτων για την συγκεκριμένη υπηρεσία,ως σύστημα εντός του ευρύτερου συστήματος,δηλαδή του οργανισμού παροχής υπηρεσιών(system map –διάγραμμα χάρτη συστήματος).
- Καθορισμός διακριτών σταδίων και ενεργειών,τα οποία απαιτούνται για την υλοποίηση της υπηρεσίας(sequence diagram - διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών).
- Καθορισμός «φυσικών» ροών και ροών πληροφορίας(flow-block diagram – διάγραμμα ροής διαδικασιών).
- Καθορισμός συστήματος,με βάσει τις αιτίες που συνεισφέρουν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας(multiple cause diagrams- διάγραμμα πολλαπλών αιτιών).Καθορισμός ζητημάτων,που αφορούν στην παραγωγικότητα ,σε συνάρτηση με τους διαθέσιμους πόρους.Καθορισμός σημείων για την αποφυγή του «ηθμού» καθώς και χρήση επιπρόσθετων εργαλείων για την καταγραφή του τρόπου ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας.

Πηγή: Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,(2008)

7.1.5. Βελτιώνοντας την ποιότητα με μεθόδους παραγωγής ιδεών

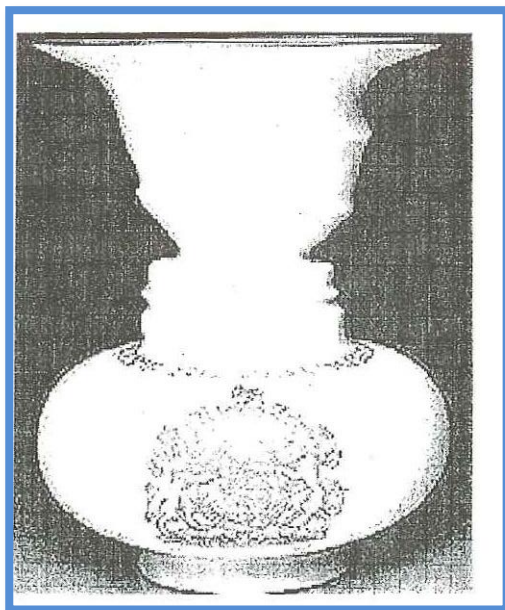
Οι προσεγγίσεις για την βελτίωση της ποιότητας διαχρονικά σχετίζονται με την αμφισβήτηση και την δημιουργικότητα σχετικά με την παραγωγή ιδεών.Οι μεθοδολογίες για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνουν την μεταβολή ή και την μετάβαση του κατεστημένου οργανωσιακού συστήματος απο την τρέχουσα μορφή σε μια αναβαθμισμένη ως προς την ποιότητα μορφή.Σε αυτήν την περίπτωση,πέραν των δεξιοτήτων και εξειδικευμένων γνώσεων η αμφισβήτηση και η δημιουργικότητα αποτελούν αναγκαίες αλλά και ικανές συνθήκες για την παραγωγή ιδεών.Ιδιαίτερα για τον τομέα των υπηρεσιών η βελτίωση της ποιότητας στηρίζεται στην παραγωγή ιδεών και σε κάποιες περιπτώσεις στην εισαγωγή σημαντικών επιχειρησιακών μεταβολών ή ακόμα και ανατροπών της τρέχουσας κατάστασης. (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Σε μια παγιωμένη οργανωσιακή καθημερινότητα, η ανάδειξη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων ποιότητας μπορεί να αποτελεί πρόκληση για την κατανόηση της πολυπλοκότητας και της αβεβαιότητας της ίδιας της καθημερινότητας.Η τρέχουσα κατάσταση ουσιαστικά δεν πρέπει να γίνει αντιληπτή ως μοναδική,εφόσον καθίσταται κατανοητή και αξιολογείται με διαφορετικούς τρόπους,σύμφωνα με την οπτική της κάθε ομάδας ενδιαφερομένων,όπως διοίκηση έναντι εργαζόμενοι,ιατρικό προσωπικό έναντι νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά.Για παράδειγμα,ποια είναι η απάντηση σε ερώτημα σχετιζόμενο με το περιεχόμενο της Εικόνας 1 «Αντικριστά Πρόσωπα ή Βάζο;».Δηλαδή

σε ερώτημα που σχετίζεται με την **μοναδικότητα** ως προς την αντίληψη της πραγματικότητας **στην επιστήμη της οργάνωσης και διοίκησης** και ιδιαίτερα σχετικά με την **βελτίωση της ποιότητας**.

Παρακάτω μπορείτε να δείτε την **εικόνα 1**:

Εικόνα 1. Η αμφισβήτηση και η δημιουργικότητα αποτελούν δύο αναγκαίες συνθήκες για την παραγωγή ιδεών βελτίωσης της ποιότητας.



Πηγή: (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Στο σύγχρονο περιβάλλον των οργανισμών και των επιχειρήσεων στην νέα οικονομία η κάθε ανατροπή για την εισαγωγή βελτιώσεων μπορεί να συναντά σημαντικότερες αλληλεπιδράσεις κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών.Στις μέρες μας, με την ραγδαία εισαγωγή νέων τεχνολογιών και τεχνολογιών πληροφόρησης και του διαδικτύου, η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών δεν εξαντλείται σε οριακές αλλαγές και μεταβολές της οργανωσιακής κατάστασης.Για παράδειγμα, η εισαγωγή συστήματος ψηφιακής ενημέρωσης και ραντεβού στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας,αποτελεί δράση βελτίωσης της ποιότητας αλλά σίγουρα δεν αποτελεί οριακή αλλαγή.Ακόμη, εφόσον μια τέτοια δράση λάβει χώρα,πρέπει να τεθούν σε ένα πρόγραμμα ποιότητας σύνθετα ερωτήματα σχετιζόμενα με τις συνέπειες στην αλληλεπίδραση διαμέσου ενός ψηφιακού περιβάλλοντος των ατόμων,εντός των πληροφοριακά αναλφάβητων ομάδων(σε αυτές τις ομάδες συμπεριλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας,αλλά και οι χρήστες των υπηρεσιών).(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

Σε κάποιες περιπτώσεις,οι δράσεις με προσδοκώμενη έκβαση την βελτίωση της ποιότητας μπορεί να είναι περισσότερο ωφέλιμες,εάν βασίζονται σε δημιουργικές ανατρεπτικές

αλλαγές παρά εάν βασίζονται σε μια σειρά συνεχών μικρών μεταβολών: «η συνεχής βελτίωση μπορεί να επιτρέψει σε κάποιον να ακολουθεί τις εξελίξεις, αλλά όχι και να τις ξεπερνά. Απαιτείται δημιουργικότητα για να είναι κάποιος πρωταγωνιστής».

Οι μεθοδολογίες για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνουν τεχνικές υποστήριξης της δημιουργικότητας για την παραγωγή ιδεών, με στόχο την μεταβολή ή και την μετάβαση του κατεστημένου οργανωσιακού συστήματος από την τρέχουσα μορφή (δομή ή και λειτουργία) σε μια αναβαθμισμένη ως προς την ποιότητα μορφή.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Η διαμόρφωση του κατάλληλου κλίματος για την παραγωγή ιδεών πρέπει να διατρέχει κάθε πρόγραμμα για την βελτίωση της ποιότητας. Οι παρακάτω συνοπτικά παρουσιαζόμενες τεχνικές σχετίζονται με δύο προσεγγίσεις σημαντικές για την βελτίωση της ποιότητας, την παραγωγή ιδεών με τεχνικές καταιγισμού ιδεών (**brainstorming**) και την καταγραφή ιδεών (**brain writing**).

7.1.5.1. Παραγωγή ιδεών με την μέθοδο της καταγραφής ιδεών-Brain writing

Ως προς την καταγραφή ιδεών στην βιβλιογραφία παρουσιάζονται προσεγγίσεις και τεχνικές, οι οποίες είναι πολύ χρήσιμες για την αντιμετώπιση περισσότερο συγκεκριμένων προβλημάτων ποιότητας (για παράδειγμα εισαγωγή κανόνων προγραμματισμού διεξαγωγής εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία με βάσει μεταβλητά διαστήματα). Μια βασική διαφορά με τον καταιγισμό ιδεών αποτελεί το γεγονός ότι τα μέλη της ομάδας δεν συζητούν μεταξύ τους αλλά συνεργάζονται με την χρήση εντύπων, καρτών, λιστών κ.ο.κ. Τέτοιες τεχνικές, μεταξύ άλλων είναι η μέθοδος της κάλπης (**pool method**: έκαστος σημειώνει σε ένα χαρτί τέσσερις ιδέες και τις τοποθετεί σε μια κάλπη και στη συνέχεια ο κάθε ένας λαμβάνει από την κάλπη τις σημειώσεις άλλων και προσθέτει σε αυτές ιδέες χωρίς όμως να γίνονται επικαλύψεις με άλλες δικές του), η μέθοδος 6-3-5 (6 συμμετέχοντες γράφουν σε κάρτες 3 ιδέες σε 5 λεπτά, και τις περνάνε, στους επόμενους για να συμπληρώσουν παρόμοιες ιδέες) κ.ά. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

8.1. Βελτιώνοντας την ποιότητα με τα στατιστικά εργαλεία ποιότητας.

Τα στατιστικά εργαλεία ελέγχου της ποιότητας, τα οποία θα εξεταστούν παρακάτω, έχουν εισαχθεί από τα αρχικά στάδια ανάπτυξης μεθοδολογιών ελέγχου και βελτιώσεων της

ποιότητας στην βιομηχανία. Η βιομηχανοποιημένη παραγωγή βασίζεται σε παραγωγικές διαδικασίες έντονα τυποποιημένες, από τις οποίες εύκολα μπορούν να συλλεχθούν και να αναλυθούν, με κατάλληλες στατιστικές μεθοδολογίες, ποσοτικά δεδομένα. Κατά συνέπεια, τα πρώτα εργαλεία ελέγχου ποιότητας, γνωστά και ως «παλιά» εργαλεία, έχουν περισσότερο ποσοτικό χαρακτήρα. Τα «παλιά» εργαλεία ελέγχου ποιότητας αποτελούν οργανωτικές ή αναλυτικές τεχνικές, οι οποίες γενικά χρησιμοποιούνται για την **μέτρηση χαρακτηριστικών ποιότητας** και μέσω αυτής, για την **ανάπτυξη προτάσεων** σχετικά με διορθώσεις και βελτίωση.

Τα επτά στατιστικά εργαλεία ποιότητας που θα εξεταστούν είναι τα ακόλουθα:

1. Διαγράμματα ροής
2. Ιστογράμματα
3. Διαγράμματα διασποράς
4. Στατιστικός έλεγχος διεργασίας
5. Φύλλα ελέγχου
6. Διαγράμματα Παρέτο
7. Διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος.

8.1.1. Ανάπτυξη διαγραμμάτων ροής – Flow charts

Τα διαγράμματα ροής είναι ιδιαίτερα χρήσιμα εργαλεία για μελέτη, ανάλυση και κατανόηση των επιχειρησιακών διαδικασιών, καθώς και των διαδικασιών ποιότητας γενικότερα. Στο διάγραμμα ροής, αποτυπώνεται κάθε σημαντική για την ολοκλήρωση της διαδικασίας διακριτή ενέργεια ή απόφαση ή μεταφορά δεδομένων και πληροφοριών, έτσι ώστε να παρέχεται μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις αποφάσεις που λαμβάνονται, την ροή των εργασιών, των πληροφοριών και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται. Τα διαγράμματα ροής χρησιμοποιούνται ευρύτατα ως εργαλεία ελέγχου, σχεδιασμού και βελτιώσεων. Τα βήματα για την ανάπτυξη των διαγραμμάτων ροής είναι τα ακόλουθα: (συλλογή στοιχείων για την ροή εργασιών, ενεργειών, αποφάσεων και εντύπων (β) σχεδιασμός διαγράμματος ροής με την χρήση των τυποποιημένων συμβόλων (γ) μελέτη και χαρακτηρισμός του διαγράμματος ροής. Πρέπει να τονισθεί ότι η κατασκευή ενός διαγράμματος ροής δεν συνιστά και την ανάπτυξη μιας διαδικασίας, η οποία απαιτεί βεβαίως αρκετά περισσότερες πληροφορίες για την διαμόρφωσή της. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

Η χρησιμότητα διαγραμμάτων ροής αφορά(α)στον εντοπισμό προβλημάτων και δυσλειτουργιών παραγωγικών διαδικασιών,(β) στην βελτίωση διαδικασιών με τον εντοπισμό σημείων ροής,τα οποία επιδέχονται βελτιώσεις,ώστε να παρέμβουμε διορθωτικά,(γ)στην διοίκηση διαδικασιών για τον καθορισμό για την επίτευξη στόχων,σε συνάρτηση με πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλες διαδικασίες ή και άλλες ροές εργασιών.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Ο **σχεδιασμός των διαγραμμάτων ροής** γίνεται με την χρήση συμβόλων που μερικά απο αυτά είναι:το βέλος,το παραλληλόγραμμο,ο ρόμβος ,ο κύκλος κ.λ.π.Ένα **παράδειγμα διαγράμματος ροής** είναι η **έκτακτη εισαγωγή ασθενούς** απο το **τμήμα επειγόντων περιστατικών** μέχρι την **θεραπεία** και τέλος μέχρι το **εξιτήριο**.

Τα **διαγράμματα ροής** δίνουν την **δυνατότητα μελέτης της αλληλουχίας ενεργειών,πληροφοριών και αποφάσεων**, ώστε να εντοπισθούν **σημεία βελτίωσης** καθώς και τα **κρίσιμα σημεία** για την **έκβαση της συγκεκριμένης ροής**. (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

8.1.2.Ανάπτυξη ιστογραμμάτων-Histograms

Τα **ιστογράμματα** απεικονίζουν την **κατανομή των υπό εξέταση δεδομένων** και χρησιμοποιούνται **για να αποκτηθεί γνώση γύρω απο ένα σύστημα** ως προς την **κεντρική τάση,την μεταβλητότητα** και την **μορφή κατανομής των δεδομένων**.

Η κατασκευή ενός **ιστογράμματος** ακολουθεί τα **παρακάτω βήματα**:

- (α)επιλογή διαδικασίας που θα μελετηθεί,**
- (β)συλλογή αντίστοιχων δεδομένων,**
- (γ)προετοιμασία πίνακα συχνοτήτων απο τα δεδομένα,**
- (δ)σχεδιασμός διαγράμματος και**
- (ε)ανάλυση διαγράμματος.**

Τα ιστογράμματα αποτελούν μια γραφική απεικόνιση της συχνότητας, με την οποία παρατηρείται ένα σύνολο τιμών, και είναι χρήσιμο για την ανάλυση των διακυμάνσεων ανά περίοδο ή για την απεικόνιση της κατανομής των τιμών.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Για παράδειγμα στην περίπτωση της παραπάνω διαδικασίας που περιγράψαμε με τον **ασθενή για χειρουργική επέμβαση**, συλλέγονται **οι χρόνοι ασθενών** οι οποίοι ακολουθούν την διαδρομή 9-10-11-13-15-18, που καθορίζουν **τον χρόνο προεγχειρητικής νοσηλείας**, από την **διάγνωση μέχρι την επέμβαση**. (εφόσον η κατάσταση του ασθενούς επιτρέπει και εφόσον υπάρχει διαθέσιμος χειρουργικός χρόνος).

8.1.3. Ανάπτυξη διαγραμμάτων διασκόρπισης ή διασποράς –Scattered diagrams

Τα **διαγράμματα διασκόρπισης ή διασποράς** διερευνούν την **ύπαρξη συσχετίσεων** μεταξύ δύο παραγόντων ή μεταβλητών και κατά συνέπεια, χρησιμεύουν στη μελέτη παραγόντων, που επηρεάζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ποιότητας. Για να **αναπτυχθεί ένα διάγραμμα διασποράς απαιτούνται τα παρακάτω βήματα: (α) συλλογή στοιχείων δύο μεταβλητών που πιθανόν να συσχετίζονται, (β) σχεδιασμός αξόνων διαγράμματος, (γ) τοποθέτηση των ζευγών των τιμών στο διάγραμμα και (δ) ερμηνεία διαγράμματος**. Παρά το γεγονός ότι η στατιστική παρέχει **τεχνικές** για τον αναλυτικό υπολογισμό του βαθμού συσχέτισης, τα **διαγράμματα διασποράς**, εξαιτίας της απλότητας τους, είναι **χρήσιμα** στον **έλεγχο** και την **βελτίωση της ποιότητας**. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008).

Τα διάγραμμα διασποράς διερευνούν την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ δύο παραγόντων ή μεταβλητών και κατά συνέπεια, χρησιμεύουν στην μελέτη παραγόντων, που επηρεάζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ποιότητας.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Συνεχίζοντας την ανάλυση για το παραπάνω παράδειγμα κατασκευάστηκε ένα **διάγραμμα διασκόρπισης** για την **συσχέτιση του συνολικού χρόνου νοσηλείας** από την χειρουργική επέμβαση σε ημέρες και του **συνολικού χρόνου νοσηλείας των ασθενών**. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

8.1.4. Στατιστικός έλεγχος διεργασίας – Statistical process control

Στον **στατιστικό έλεγχο ποιότητας**, πέραν των παραδοσιακών στατιστικών τεχνικών, χρησιμοποιούνται ευρύτατα η δειγματοληψία αποδοχής και ο στατιστικός έλεγχος διεργασίας. Παρά το γεγονός ότι τα **στατιστικά εργαλεία ελέγχου** έχουν τις ρίζες τους στον βιομηχανικό έλεγχο ποιότητας, τα τελευταία χρόνια έχει **επεκταθεί η χρήση τους** στον **τομέα των υπηρεσιών**. Ειδικότερα για τον **έλεγχο της ποιότητας** στον τομέα των υπηρεσιών, χρησιμοποιείται **επιτυχώς ο στατιστικός έλεγχος** των διεργασιών. Αρκετές φορές η **σημαντική μεταβλητή** είναι ο **χρόνος**, οποίος συχνά **ορίζει τα αποδεκτά ή όχι όρια ποιότητας**. Η μεταβλητότητα **μεγεθών και δεικτών**, που σχετίζονται με τον **χρόνο** (χρόνος αναμονής, χρόνος ολοκλήρωσης διαφορετικών **ιατρικών, νοσηλευτικών ή διοικητικών πράξεων** κ.ά.) εξετάζεται με **ειδικές τεχνικές στατιστικού ελέγχου διεργασιών**, οι οποίες παρουσιάζονται εδώ. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008).

Κατά την **καθημερινή λειτουργία οποιασδήποτε παραγωγής**, υπάρχουν **πηγές εισαγωγής μεταβλητότητας** οι οποίες επηρεάζουν τα **εξερχόμενα χαρακτηριστικά ποιότητας** (για παράδειγμα, τον χρόνο ολοκλήρωσης κάποιων διεργασιών κ.ά.). Η **ικανότητα μιας παραγωγικής διαδικασίας** σχετίζεται με το **εύρος της διακύμανσης της τιμής ενός χαρακτηριστικού ποιότητας** για το **σύνολο της παραγωγής**, όπως για παράδειγμα **ο χρόνος αναμονής ασθενών**, πριν από την **εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου**, για μια **χρονική περίοδο** (μια εβδομάδα, ένας μήνας κ.ο.κ.)

Η **διαδικασία του στατιστικού ελέγχου διεργασίας** ξεκινά συνήθως ως **δειγματοληπτική**, και αυτό σημαίνει ότι **περιοδικά λαμβάνεται** από την διαδικασία ένα **δείγμα** με **μετρήσεις συγκεκριμένων χαρακτηριστικών**.

Η **ανάγκη για στατιστικό έλεγχο διαδικασίας** προκύπτει στην προσπάθεια **ελαχιστοποίησης των διακυμάνσεων**, οι οποίες προκαλούνται από **μή τυχαίες αιτίες**. Για παράδειγμα, για την **διαμόρφωση προγραμμάτων παραγωγής** αποτελεσμάτων αιματολογικών **διαγνωστικών πράξεων**, η **παραγωγή ως προς τους χρόνους επεξεργασίας δειγμάτων** δεν πρέπει να **διαφοροποιείται για μή τυχαίες αιτίες**. Εφόσον οι **διακυμάνσεις είναι μεγάλες** (μή τυχαίες), πρέπει να **ακολουθηθούν οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες** για την **εξάλειψη τους**. Μια διαδικασία θεωρείται ότι **βρίσκεται υπό έλεγχο**, εφόσον οι **διακυμάνσεις στις τιμές των χαρακτηριστικών ποιότητας** οφείλονται σε **τυχαία γεγονότα**.

Η **παραπάνω διαπίστωση** αποτελεί και τον **πυρήνα του στατιστικού ελέγχου διεργασιών**. Για την **διεξαγωγή του στατιστικού ελέγχου**, κατασκευάζονται **ειδικά διαγράμματα**, τα οποία ονομάζονται **διαγράμματα ή χάρτες Ελέγχου** οι οποίοι αποτελούνται από **ένα όριο ελέγχου** και από **ένα κατώτερο όριο ελέγχου** και ενδιάμεσα την **Κεντρική Γραμμή**. Οι **χάρτες ελέγχου** είναι **γραφήματα**, τα οποία **χρησιμοποιούνται** για να **εκτιμηθεί σε ποιο βαθμό διατηρείται η σταθερότητα της παραγωγικής διαδικασίας**, όσον αφορά σε **κάθε επιμέρους διακριτό χαρακτηριστικό ή λειτουργία**.

Υπάρχουν επίσης ακόμα δύο τύποι διαγραμμάτων/χαρτών ελέγχου τα οποία χρησιμοποιούνται συχνά.

Οι δύο τύποι είναι:

1.Χάρτες Ελέγχου Μέσης Τιμής και Εύρους.

2.Διαγράμματα /Χάρτες Ιδιοτήτων διαδικασίας.

8.1.5. Ανάπτυξη φύλλων ελέγχου – check sheets

Τα φύλλα ελέγχου αποτελούν καθημερινής χρήσης εργαλεία για την συλλογή δεδομένων και πληροφοριών για χαρακτηριστικά ποιότητας.Τα φύλλα ελέγχου έχουν ως στόχο να συγκεντρώσουν με απλό και άμεσο τρόπο δεδομένα ποιότητας απο την διαδικασία,που τίθεται υπό έλεγχο.Τα φύλλα ελέγχου έχουν προσδιορισμένη μορφή και συνήθως είναι απλές φόρμες ή πίνακες,που συμπληρώνονται κατάλληλα.Χρησιμοποιούνται κυρίως για την συγκέντρωση δεδομένων αναφορικά με (α)την διαπίστωση γενικότερων τάσεων στη ροή διαδικασιών με βάσει την σχετική συχνότητα εμφάνισης γεγονότων,(β)την κατανόηση των παραγόντων και επιδράσεων στο πλαίσιο αποκλίσεων απο προδιαγραφές,(γ)τον έλεγχο των αποτελεσμάτων μετά απο την εισαγωγή κάποιας βελτίωσης και (δ)την παρακολούθηση της διατήρησης των θετικών αποτελεσμάτων μιας βελτίωσης.

Τα φύλλα ελέγχου έχουν ως στόχο να συγκεντρώσουν με απλό και άμεσο τρόπο δεδομένα ποιότητας απο την διαδικασία,που τίθεται υπό έλεγχο.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

8.1.6. Ανάπτυξη διαγραμμάτων Παρέτο –Pareto analysis

Τα διαγράμματα Παρέτο στηρίζονται στο αξίωμα που διατύπωσε ο Ιταλός οικονομολόγος **Vilfredo Pareto**,ο οποίος εισήγαγε την **ανάλυση Παρέτο**,που προσδιορίζει ότι το μεγαλύτερο μέρος των αγαθών συγκεντρώνεται στο μικρότερο ποσοστό κατηγοριών(**Αξίωμα Παρέτο**,γνωστό ως **αξίωμα 80/20**).Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση μπορούμε για παράδειγμα να υποθέσουμε ότι:

- το 80% περίπου των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας αντιστοιχεί ο 20% των κατηγοριών των εξόδων,

- το 80% περίπου του χρόνου, που βρίσκεται εκτός λειτουργίας ένας αξονικός τομογράφος, αντιστοιχεί περίπου στο 20% του συνόλου των κατηγοριών βλαβών που μπορεί να συμβούν,
- το 80% περίπου του χρόνου καθυστέρησης για την εξυπηρέτηση σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου οφείλεται στο 20% περίπου των κατηγοριών αιτιών καθυστέρησης.

Τα διαγράμματα Παρέτο χρησιμεύουν στην απεικόνιση της σχετικής συχνότητας με την οποία εμφανίζονται κατηγοριοποιημένα γεγονότα, όπως παράπονα, μή συμμορφώσεις, διεκδικήσεις ή ατυχήματα για τον εντοπισμό των αιτιών που συνεισφέρουν στ 80% του προβλήματος.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Με τα διαγράμματα αυτά: (α) εντοπίζονται οι κύριες αιτίες ενός προβλήματος, (β) επιλέγονται τα αντικείμενα για βελτιώσεις, υπό την έννοια της συνεισφοράς τους στη δημιουργία του συνολικού υπό εξέταση ζητήματος, (γ) προβλέπεται ή διαπιστώνεται η αποτελεσματικότητα μιας δράσης βελτίωσης με την μελέτη της σχετικής σημαντικότητας των διαφόρων παραμέτρων του προβλήματος ή και την σύγκριση των διαγραμμάτων Παρέτο, πριν και μετά από την διενεργηθείσα βελτίωση και (δ) γίνεται περυσίαση, στοιχειοθέτηση και υποστήριξη αποφάσεων. (Κωσταγιόλας, κ.ά, 2008)

Για την ανάπτυξη ενός διαγράμματος Παρέτο ακολουθείται η παρακάτω αλληλουχία ενεργειών:

- (α) επιλογή του αντικειμένου μελέτης και συλλογή στοιχείων,
- (β) ταξινόμηση στοιχείων και υπολογισμός μερικών αθροισμάτων,
- (γ) κατασκευή διαγράμματος
- (δ) ανάλυση διαγράμματος.

Οι πληροφορίες παρουσιάζονται ανά κατηγορία σε φθίνουσα σειρά, δηλαδή από την κατηγορία γεγονότων με την μεγαλύτερη συχνότητα προς αυτή με την μικρότερη. Τα σημεία σχεδιάζονται σε κάθε στήλη ως αθροιστικά σύνολα και συνδέονται με μια καμπύλη, ώστε να δημιουργηθεί ένα γράφημα, που δείχνει την σχετική συμβολή κάθε κατηγορίας στο σύνολο. Η ανάλυση του διαγράμματος Παρέτο δίνει τελικά την δυνατότητα

να διακριθούν οι λίγες αλλά πιο σημαντικές αιτίες, οι οποίες, εφόσον αντιμετωπισθούν, μπορεί να επιλύσουν το μεγαλύτερο μέρος του προβλήματος.

Ας υποθέσουμε για παράδειγμα ότι σε ένα νοσηλευτικό τμήμα διαπιστώθηκαν προβλήματα ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας και ότι οι αιτίες των προβλημάτων ποιότητας καταγράφηκαν για χρονικό διάστημα 6 μηνών. Ο συνολικός αριθμός των μή συμμορφώσεων είναι 250. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

Στις στήλες του πίνακα παρουσιάζονται διαδοχικά η συχνότητα εμφάνισης ανά κατηγορία και το αντίστοιχο ποσοστό, καθώς και η αθροιστική σχετική συχνότητα με το αντίστοιχο ποσοστό. Το ποσοστό συχνότητων υπολογίζεται ως το πηλίκο της συχνότητας κάθε κατηγορίας με το σύνολο των προβλημάτων ποιότητας.

Για παράδειγμα για την κατηγορία αιτιών ελλιπής στελέχωση, το ποσοστό υπολογίζεται ως $56/250$ επί τοις εκατό. Η αθροιστική συχνότητα για κάθε κατηγορία ως το άθροισμα των συχνότητων όλων των κατηγοριών που προηγήθηκαν, για παράδειγμα για την ελλιπή στελέχωση, η αθροιστική συχνότητα υπολογίζεται ως $74+56=130$

Μετά από παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας όπως για παράδειγμα η διεξαγωγή ενός προγράμματος για την εκπαίδευση προσωπικού, η συλλογή δεδομένων επαναλαμβάνεται και τα διαγράμματα Παρέτο κατασκευάζονται εκ νέου για να ελεγχθεί η μεταβολή στην εμφάνιση αιτιών προβλημάτων ποιότητας ανά αιτία. Η μελέτη μπορεί να γίνει γενική όπως αυτή που προηγήθηκε αφορούσε στην ανάλυση των αιτιών για όλα τα προβλήματα ποιότητας ή να έχει μια περισσότερο σύνθετη μορφή, δηλαδή μπορεί να συμπεριλάβει και άλλες παραμέτρους, όπως τις συνέπειες του προβλήματος ποιότητας, το κόστος εξάλειψης αιτιών προβλημάτων ποιότητας ή την εμφάνιση διαγραμμάτων Παρέτο των αιτιών προβλημάτων για την κάθε μια διαφορετική κατηγορία. (Κωσταγιόλας, κ.ά., 2008)

Παρά το γεγονός ότι τα διαγράμματα Παρέτο είναι χρήσιμα εργαλεία, υπάρχουν περιπτώσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν, όπως για παράδειγμα όταν οι συχνότητες ανά κατηγορία αιτιών εμφάνισης προβλημάτων είναι αντίστοιχες. Σε αυτή την περίπτωση, η συνεισφορά στο συνολικό πρόβλημα ποιότητας είναι ανάλογη και δεν έχει νόημα η εστίαση σε λίγες κατηγορίες.

8.1.7. Ανάπτυξη διαγραμμάτων αιτίου-αποτελέσματος-cause-and-effect diagrams

Τα διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος αποτελούν εργαλεία για την μελέτη και ανάλυση των διαφορετικών παραμέτρων ενός συστήματος, που ευθύνονται για την δημιουργία ενός κύριου αποτελέσματος (προβλήματος). Πολύ συχνά αναφέρονται και ως διαγράμματα ψαροκόκκαλο εξαιτίας της μορφής τους που μοιάζει με σκελετό ψαριού ή διαγράμματα ishikawa (από το όνομα του Kaoru Ishikawa, ο οποίος και καθιέρωσε την χρήση τους).

Τα διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος χρησιμοποιούνται κυρίως (α)για την ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα,(β)για την καθοδήγηση μιας συζήτησης στο υπό διερεύνηση πρόβλημα ποιότητας,(γ)για την μελέτη και εκμάθηση ενός συστήματος παραγόντων.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Τα βήματα για την διαμόρφωση ενός διαγράμματος αιτίου-αποτελέσματος έχουν ως ακολούθως:

(α)διαπιστώνεται το πρόβλημα και επιλέγονται τα χαρακτηριστικά που θα διερευνηθούν,

(β)σχεδιάζεται το ψαροκόκκαλο με το υπό διερεύνηση πρόβλημα στα δεξιά(πλαίσιο του αποτελέσματος),

(γ)καταγράφονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα,σε κατηγορίες με πέντε ή έξι στοιχεία,πηγαίνοντας απο το γενικό στο ειδικότερο ανά κατηγορία,μέχρι που αναλύεται η κάθε κατηγορία,

(δ)ελέγχεται η πληρότητα του διαγράμματος και

(ε)το διάγραμμα αναλύεται και γίνεται ο χαρακτηρισμός του.

Ως αίτιο μπορεί να θεωρηθεί κάθε παράγοντας που συμβάλλει στην δημιουργία του συγκεκριμένου αποτελέσματος,π.χ άνθρωπος,εξοπλισμός,υποδομές,πρώτες ύλες,περιβάλλον λειτουργίας εξωτερικών ιατρείων κ.ά.

Οι τυπικές κατηγορίες κύριων αιτιών που χρησιμοποιούνται,μπορεί να προκύψουν απο τους παρακάτω οδηγούς ή συνδυασμούς τους:

- **Τα4Μ:** Ανθρώπινο Δυναμικό (**Manpower**), Μηχανήματα (**Machines**), Μέθοδοι (**Methods**) και Υλικά (**Materials**).
- **Τα 4Ρ:** Πολιτικές (**Policies**), Διαδικασίες (**Procedures**), Άνθρωποι (**People**) και οι Εγκαταστάσεις/Εξοπλισμός (**Plant**).
- **Τα4S:** Περιβάλλον (**Surroundings**), Προμηθευτές (**Suppliers**), Συστήματα (**Systems**) και Δεξιότητες (**Skills**).

Η ανάλυση θα μπορούσε να συνεχιστεί έτσι ώστε να συμπεριλάβει και άλλες αιτίες σε τρίτο επίπεδο, δηλαδή τις αιτίες για την έλλειψη τυποποιημένων εγγράφων στην κατηγορία κύριων αιτιών «διαδικασίες».

Το διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος απεικονίζει γραφικά τις αιτίες για την εμφάνιση προβλημάτων ποιότητας, αλλά δεν προτείνει λύσεις για την αντιμετώπιση τους, ούτε διακρίνει τις σημαντικές από τις πολλές λιγότερο σημαντικές αιτίες.

9.1. Βελτίωση της ποιότητας με τα Διοικητικά της Εργαλεία

Ως προς την βελτίωση της ποιότητας υπάρχουν και τα διοικητικά εργαλεία τα οποία είναι τα ακόλουθα: (Δερβιτσιώτης, 2001)

1. Διαγράμματα συνάφειας
2. Διάγραμμα συσχέτισης
3. Διάγραμμα δέντρου
4. Πίνακας διαμόρφωσης προτεραιοτήτων
5. Πίνακας διασύνδεσης μεταβλητών
6. Χάρτης προσδιορισμού διαδικασιών
7. Διάγραμμα δικτύου δραστηριοτήτων έργου

Τα εργαλεία αυτά εμπλουτίζουν την αρχική συλλογή μεθόδων και τεχνικών και μπορούν να εφαρμοστούν διακριτά ή συνδυαζόμενα. Παρακάτω θα περιγραφούν συνοπτικά αναφέροντας παραδείγματα από τον χώρο των υπηρεσιών υγείας.

9.1.1. Διαγράμματα συνάφειας-Affinity diagrams

Τα διαγράμματα αυτά χρησιμοποιούνται στην ταξινόμηση ή και την κατάταξη σε ομάδες σύνθετων θεμάτων, ιδεών και απόψεων. Η κατάταξη σε ομάδες βασίζεται στην συνάφεια ώστε να είναι δυνατή η συστηματική κατανόηση κάποιου ευρύτερου θέματος. Τα διαγράμματα συνάφειας οργανώνουν τις πληροφορίες σχετικά με κάποιο θέμα με τρόπο περιγραφικό και κατανοητό από όλους.

Η χρησιμότητα των διαγραμμάτων συνάφειας αφορά (α)την οργάνωση και συστηματοποίηση ιδεών για την λήψη διοικητικών αποφάσεων(β)προαγωγή συνεργασίας στο πλαίσιο λειτουργίας ομάδας έργου (γ)ανάλυση δύσκολων και περίπλοκων καταστάσεων για την κατανόηση ενός προβλήματος και την διερεύνηση σύνθετων διαστάσεων.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Για παράδειγμα μια ομάδα εργαζομένων σε ένα γενικό νοσοκομείο εξετάζει το σύνθετο ζήτημα της ανάπτυξης πολιτικής για την εφαρμογή ενός **συστήματος ποιότητας** στο νοσοκομείο.Για το συγκεκριμένο **ερώτημα** τίθεται η **ερώτηση**:ποια εμπόδια υπάρχουν για την εφαρμογή ενός **συστήματος ποιότητας** π.χ σε μονάδα εντατικής θεραπείας;Ο κάθε ένας εκφράζει τις **απόψεις του** και στην συνέχεια **οι απόψεις αυτές ομαδοποιούνται**.

9.1.2.Διάγραμμα συσχέτισης- Interrelationship diagram ή diagraph

Το **διάγραμμα** αυτό χρησιμοποιείται για την **ανάλυση προβλημάτων**,των οποίων οι αιτίες έχουν **πολύπλοκες διασυνδέσεις**.

Η χρησιμότητα των διαγραμμάτων συσχέτισης αφορά την οργάνωση και την κατανόηση της αλληλουχίας των πολύπλοκων σχέσεων αιτίων ή χαρακτηριστικών ενός προβλήματος και αποτελεσμάτων με περιγραφικό και σχηματικό τρόπο για ένα σύνθετο πρόβλημα.

Πηγή:(Κωσταγιόλας,Καιτελίδου,Χατζοπούλου,2008)

Η κατασκευή των διαγραμμάτων διασυνδέσεων ακολουθεί τις παρακάτω διαδικασίες:

(α)περιγραφή του προβλήματος και καταγραφή των ιδεών και διασυνδέσεων τους,

(β)ταξινόμηση ιδεών και διασυνδέσεων σε ομάδες,

(γ)σχεδιασμός διαγράμματος διασυνδέσεων με βέλη που υποδεικνύουν τις διασυνδέσεις μεταξύ των ιδεών,

(δ)αναγνώριση βασικών αιτίων και αποτελεσμάτων.

Οι σχέσεις μεταξύ των αιτίων ή χαρακτηριστικών ενός προβλήματος συμβολίζεται με βέλη,τα οποία υποδηλώνουν και την **σχέση αιτίου – αποτελέσματος**.Οι ιδέες με τα περισσότερα βέλη εξόδου αποτελούν τις **βασικές αιτίες** ενώ οι ιδέες με τα περισσότερα βέλη εισόδου αποτελούν τα **βασικά αποτελέσματα**,που καθοδηγούν στην επίλυση του προβλήματος.(Brassard,1998: Γραφανάκης,2000).

9.1.3. Ανάπτυξη διαγραμμάτων Μητρώου ή Μήτρας – Matrix diagram

Τα διαγράμματα μητρώου χρησιμεύουν στην παρουσίαση της έντασης της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών, όπως για παράδειγμα αιτιών και αποτελεσμάτων ή στόχων ή μεθόδων. Οι κατηγορίες αιτιών, αποτελεσμάτων ή στόχων και μεθόδων τοποθετούνται σε πίνακα και στα σημεία που τέμνονται οι στήλες με τις γραμμές, σημειώνεται με χαρακτηριστικό σύμβολο η ένταση της σχέσης των δύο παραγόντων. Τα διαγράμματα αυτά μπορεί να έχουν την μορφή πίνακα δύο διαστάσεων (τύπου L) ή τριών διαστάσεων (τύπου T) ή και περισσότερων διαστάσεων (τύπου Y ή X).

Η χρησιμότητα των διαγραμμάτων μήτρας αφορά:

(α) την οργάνωση των πολλαπλών αιτιών και αποτελεσμάτων και των μεταξύ τους σχέσεων, ιδιαίτερα όταν ένα πρόβλημα παρουσιάζεται με διάφορες διαστάσεις και δεν είναι εύκολο να αποδώσουμε τις αντίστοιχες αιτίες και

(β) στην συνδυαστική και συνοπτική παρουσίαση των πληροφοριών ως προς την ένταση των σχέσεων διαφορετικών μεταβλητών.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Κατελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Για την κατασκευή ενός διαγράμματος μήτρας (τύπου L):

(α) Δημιουργείται ένας πίνακας δύο διαστάσεων με γραμμές τα αποτελέσματα και με στήλες τις αιτίες,

(β) Δημιουργείται μητρώο σχέσεων με την καταγραφή στο αντίστοιχο κελί του πίνακα της έντασης της σχέσης, που συνδέει τους δύο παράγοντες και

(γ) Γίνεται εκτίμηση-αποτίμηση της έντασης των σχέσεων με βάση κλίμακα τιμών

Σε αρκετές περιπτώσεις, τα διαγράμματα μήτρας λαμβάνουν στοιχεία από άλλα διαγράμματα ή και μεθόδους για την βελτίωση της ποιότητας. (Κωσταγιόλας, κ.ά, 2008)

9.1.4. Ανάπτυξη διαγράμματος δέντρου – Tree diagram

Τα διαγράμματα αυτά χρησιμοποιούνται για την καταγραφή της πορείας των βημάτων, που πρέπει να ακολουθηθούν, προκειμένου να επιτευχθεί ένας στόχος που έχει τεθεί ή να επιλυθεί ένα πρόβλημα. Η μορφή αυτού του διαγράμματος θυμίζει δέντρο, όπου η ρίζα είναι το πρόβλημα, γύρω από το οποίο αναπτύσσονται οι διάφορες ενέργειες για την

αντιμετώπιση του. Το διάγραμμα δέντρου ή συστηματοποίησης χρησιμοποιείται για να διακρίνει ένα σύνθετο πρόβλημα σε επιμέρους και στην συνέχεια να παρουσιάσει τις ενέργειες για την αντιμετώπιση του.

Η χρησιμότητα των διαγραμμάτων δέντρου αφορά στην διαμόρφωση σχεδίου ανάπτυξης συγκεκριμένης προσέγγισης επίλυσης του προβλήματος ή της επίτευξης ενός στόχου.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Τα διαγράμματα συστηματοποίησης ή δέντρου διαμορφώνονται ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα:

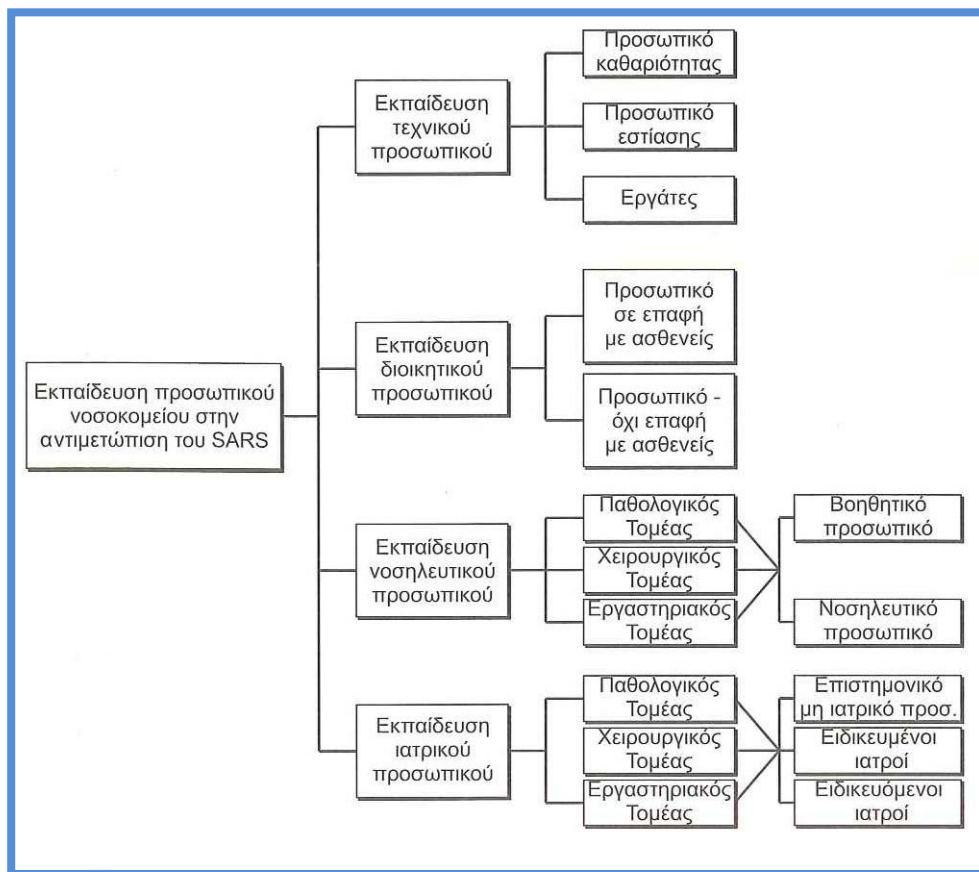
- (α) την καταγραφή του στόχου ή του προβλήματος στο κέντρο και αριστερά,
- (β) την ανάπτυξη πρωτογενών μεθόδων επίλυσης ως πρώτο επίπεδο της διακλάδωσης του δέντρου,
- (γ) την ανάπτυξη δευτερογενών μεθόδων επίλυσης ως πρώτο επίπεδο της διακλάδωσης του δέντρου,
- (δ) την επανάληψη της διαδικασίας δημιουργώντας και άλλα επίπεδα διακλάδωσης, συνήθως μέχρι και το τέταρτο επίπεδο και
- (ε) την ανάλυση διαγράμματος, αντίστροφα.

Αναλυτικά ένα διάγραμμα δέντρου ή συστηματοποίησης ξεκινά καταγράφοντας τον στόχο ή το πρόβλημα στο κέντρο και αριστερά. Στην συνέχεια η ομάδα ανάπτυξης απαντά στο ερώτημα ποιοί παράγοντες προκαλούν το συγκεκριμένο πρόβλημα; ή ποιες ενέργειες απαιτούνται για την επίτευξη του στόχου.

Το σχήμα 1.19 αποτελεί ενδεικτικό παράδειγμα διαγράμματος δέντρου για το ζήτημα της εκπαίδευσης του προσωπικού του νοσοκομείου στην αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας.

Το σχήμα 1.19 μπορείτε να το δείτε παρακάτω:

Σχήμα 1.19 Παράδειγμα ενδεικτικού διαγράμματος δέντρου για την εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου



Πηγή:(Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

9.1.5.Ανάπτυξη χάρτη προσδιορισμού διαδικασιών-Process decision program chart

Ο χάρτης προσδιορισμού διαδικασιών χρησιμεύει στην παρουσίαση και στην επιλογή των βέλτιστων διαδικασιών, που οδηγούν στην επίτευξη ενός δοθέντος ευρύτερου στόχου. Επιπρόσθετα η μέθοδος μπορεί να χρησιμεύσει για την παρουσίαση ενός συνόλου συγκεκριμένων ενεργειών, που θα επιλύσουν ένα πρόβλημα.

Ο χάρτης προσδιορισμού διαδικασιών χρησιμεύει στην παρουσίαση και στην επιλογή των βέλτιστων διαδικασιών, που οδηγούν στην επίτευξη δοθέντος ευρύτερου στόχου ή και για την παρουσίαση ενός συνόλου συγκεκριμένων ενεργειών, που θα επιλύσουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.

Πηγή: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου, Χατζοπούλου, 2008)

Τα διαγράμματα προσδιορισμού διαδικασιών διαμορφώνονται στην περίπτωση επίλυσης ενός συγκεκριμένου προβλήματος με τον ακόλουθο τρόπο:

(α) καταγραφή στόχου ή προβλήματος στο κέντρο και αριστερά,

(β) ανάπτυξη πρωτογενών μεθόδων επίλυσης ως πρώτο επίπεδο της διακλάδωσης του διαγράμματος,

(γ) ανάπτυξη δευτερογενών μεθόδων επίλυσης, ως πρώτο επίπεδο της διακλάδωσης του διαγράμματος,

(δ) επανάληψη διαδικασίας δημιουργώντας και άλλα επίπεδα διακλάδωσης, συνήθως μέχρι και το τέταρτο επίπεδο,

(ε) ανάλυση διαγράμματος, αντίστροφα.

Τα διαγράμματα αυτά ξεκινάνε με την καταγραφή του προβλήματος και την ανάπτυξη των μεθόδων επίλυσης με την ίδια μορφή.

Όλα τα εργαλεία ποιότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό ώστε να παρέχεται ένας συστηματικός τρόπος επίλυσης ενός προβλήματος. Ο τρόπος που θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από την φύση του υπό εξέταση ζητήματος, τις συγκεκριμένες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε οργανισμό και την δημιουργικότητα της κάθε ομάδας ποιότητας που θα κληθεί να τα εφαρμόσει.

Συγκεντρωτικά όλα τα εργαλεία ποιότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 6 και μπορείτε να τα δείτε στο παράρτημα ΙΙΙ.

10.1. Η ποιότητα στον χώρο της υγείας-Ιστορική αναδρομή.

Η βελτίωση καθώς και η αξιολόγηση της ποιότητας απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον όρκο του Ιπποκράτη (5^{ος} αιώνας π.χ) ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας. (Παπακωστίδη-Τσουκαλά, 2012)

Η Αγγλίδα Florence Nightingale, η οποία θεμελίωσε την σύγχρονη νοσηλευτική, ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των

τραυματιών κατά την διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας)για την βελτίωση της περίθαλψης στα τέλη του 19^{ου} αιώνα,αν και συνάντησε αντιστάσεις στο περιβάλλον της.(Παπακωστίδη,Τσουκαλά,2012).

Σύμφωνα με τον A.Flexner ο οποίος πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών,καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα.Παράλληλα το 1918,θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program)απο το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών,πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals),που ιδρύθηκε το 1952,ως ένας μή κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων.(Παπακωστίδη,Τσουκαλά,2012)

Σύμφωνα με τον Ernest Avery Codman,στις αρχές του 20ού αιώνα,Γενικό Χειρουργό στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης,έδωσε έμφαση στο τελικό αποτέλεσμα της περίθαλψης.Επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά απο τις θεραπευτικές παρεμβάσεις(follow-up).(Παπακωστίδη,Τσουκαλά,2012).

Επίσης την δεκαετία του 1960-1970,στην Αμερική,θεωρείται ότι καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα,καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών απο την Joint Commissoin on Accreditation of Health Organizations για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας,με δείκτες τις νέες εισαγωγές και την διάρκεια νοσηλείας.Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών.

Μέχρι τα τέλη του 1970 έγινε η μετάβαση απο την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στην στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας,με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με τον βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν απο το 1930.Μέχρι τότε η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα.

Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian,το 1954-1984 σε μια ανασκόπηση μελετών,κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures,good processes and suitable outcomes”(σωστές δομές,καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα).(Παπακωστίδη,Τσουκαλά,2012).

Αν και η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα,όπως η λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού,γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στην συνολική λειτουργία ενός

τμήματος με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή. (Παπακωστίδη, Τσουκαλά, 2012).

Συνεπώς η βελτιστοποίηση μόνο ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός τμήματος δεν είναι πλέον αρκετή για να εξασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής θα λάβει την βέλτιστη διαθέσιμη αντιμετώπιση για την περίπτωση του.

11.1. Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ενός προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της ποιότητας οι ακόλουθοι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί: (Παπακωστίδη, Τσουκαλά, 2012).

-Ηγεσία: Με ένα χαρισματικό ηγέτη μπορεί να επιτευχθεί η συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας σε ένα οργανισμό. Αυτός ο οποίος θα συντονίζει τις διαδικασίες πρέπει να είναι άνθρωπος με όραμα, ικανότητες, πειθώ και επικοινωνιακό ταλέντο που θα υποστηρίξει ένα συμμετοχικό τρόπο διοίκησης.

-Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και τους προμηθευτές. Καθώς ο λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι οι πελάτες του, χρειάζεται προσεκτική ανάγνωση των αναγκών και προσδοκιών τους, ώστε να ανευρεθούν τρόποι να ικανοποιηθούν.

-Δέσμευση στον στόχο: Ένας ηγέτης θα πρέπει να είναι παρών στην λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα να εκχωρεί αρμοδιότητες με την σύσταση ομάδων, την δράση των οποίων θα υποστηρίζει και θα επιβλέπει. Η ενεργός συμμετοχή του ηγέτη είναι απαραίτητη.

-Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση: Το να επενδύεις στο ανθρώπινο δυναμικό είναι η πλέον επιτυχής επένδυση και εξασφαλίζει μια συνεχόμενη βελτίωση και μια υγιή ανάπτυξη. Επί πλέον όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι, και έχουν υψηλό ηθικό, τότε δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη παραγωγικότητα και υπερβάσεις.

-Ενδυνάμωση των εργαζομένων: Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται συστηματικά για να παρέχουν τις καλύτερες υπηρεσίες στους εξωτερικούς πελάτες. Είναι οι εσωτερικοί πελάτες και η βάση του συστήματος. Θα πρέπει οπωσδήποτε να τους παρέχονται τα κατάλληλα εργαλεία, τεχνικές και η κατάλληλη υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας. Έτσι η ηγεσία θα πρέπει να αφουγκράζεται τις ανάγκες των εργαζομένων, τις αδυναμίες και τα δυνατά τους σημεία διότι η ενδυνάμωση τους είναι πολύ σημαντική, για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα προσφέρουν στους εξωτερικούς πελάτες ή ασθενείς.

-Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών: Με τις συνεχείς βελτιώσεις των διαδικασιών θα έχουμε καλύτερα αποτελέσματα που αυτός είναι και ο στόχος μας. Τα επιθυμητά αποτελέσματα που κινητοποιούν τους μηχανισμούς ποιότητας επιλέγονται

σύμφωνα με τις προτεραιότητες του οργανισμού και εναρμονίζονται με τα διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα. Έτσι με την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης επιτυγχάνονται και οι στόχοι.

-Πολυσυλλεκτική ομαδική εργασία: Παρέχει το πλεονέκτημα της συνεργασίας πολλών ατόμων, έτσι ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι πολύ περισσότερο από το απλό άθροισμα των επί μέρους στοιχείων.

-Προληπτικές βελτιώσεις: Είναι προτιμότερο για ένα οργανισμό να αποφύγει 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.

Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων: Η σωστή διαχείριση της πληροφορίας και η αξιοποίηση επιστημονικών εργαλείων αποτελούν την βάση για την λήψη των αποφάσεων προς αποφυγή σφαλμάτων και αυθαιρεσιών. (Παπακωστίδη, Τσουκαλά, 2012).

11.1. 1. Στόχοι της ποιότητας:

- **Αποτελεσματικότητα (effectiveness),**
- **Αποδοτικότητα (efficiency),**
- **Τεχνική ανταγωνιστικότητα (technical competence),**

Οι τρεις παραπάνω στόχοι είναι κατορθωτοί μόνο μέσω ορθών διαδικασιών, απλοποιημένων και με αναφορά στην εξοικονόμηση πόρων. Κάθε επανάληψη π.χ. εξέτασης είναι σε βάρος του ποιοτικού αποτελέσματος.

- **Ασφάλεια:** Εκτός από την μείωση ατυχημάτων και την επιβάρυνση ατόμων, η υποβάθμιση της ασφάλειας είναι δεόντως σε βάρος της προσφοράς υπηρεσιών, δεδομένου του χρόνου που διατίθεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών. Εκτός αυτού, η δημοσιοποίηση των στοιχείων βλάπτει το κύρος της δομής και του συνόλου και μειώνεται ο αναγκαίος βαθμός εμπιστοσύνης στο σύστημα.
- **Βελτίωση της προσβασιμότητας:** Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών βασίζεται στην εγγύτητα και την μείωση του χρόνου πρόσβασης, για όλους ανεξαιρέτα τους πάσχοντες. Αντίστοιχα, ο σεβασμός στην προσωπικότητα τους και η προσαρμογή της φροντίδας στις τυχόν ιδιαιτερότητες τους, είναι στοιχεία που βελτιώνουν την ποιότητα.
- **Η διαρκής επαφή υπηρεσιών-ασθενών:** Η φροντίδα δεν εξαντλείται με την έκδοση π.χ. ενός εξιτηρίου ή τέλους της συνεδρίας. Ζητήματα αξιολόγησης, βελτίωσης και συνεχούς ελέγχου της πορείας της υγείας των ασθενών είναι προαπαιτούμενα και μετά το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας. Το πρόβλημα της διαρκούς μετάβασης από τμήμα σε τμήμα ή

απο τόπο σε τόπο,μειώνει ανάλογα την ποιότητα που έχει προηγουμένως επιτευχθεί.

- **Ενδο-υπηρεσιακές προσωπικές σχέσεις:**Τα στελέχη κάθε βαθμίδας είναι αναγκασμένα να διατηρούν και να επαυξάνουν την συνεργασία τους,αποκλειομένων των προσωπικών ανταγωνισμών και επαγγελματικών αντιθέσεων.Ποιότητα είναι δυνατόν να υπάρξει μόνον όπου η «ομάδα» λειτουργεί με τέτοιο τρόπο.Οπωσδήποτε, η καταλληλότητα των χώρων και η επάρκεια των υποδομών,συμβάλλει αποφασιστικά και στην ψυχολογική διάθεση των ατόμων.(Πατσάκης,2013).

12.1. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Λέγοντας **αξιολόγηση** εννοούμε την **διαμόρφωση της κρίσης** αναφορικά με την **απόδοση**.Αυτή η **διάκριση** είναι **σημαντική** ,γιατί η **διαμόρφωση μιας κρίσης** συνεπάγεται την **αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών και των οργανωτικών συστημάτων στην αξιολόγηση**.(Παπανικολάου,2007)

Σύμφωνα με τον **Suchman (1967)** η **αξιολόγηση** είναι μια **κυκλική διαδικασία** η οποία **ξεκινά και ολοκληρώνεται με την διαμόρφωση κρίσεων, αξιών**.

Συχνά έχουμε την **εντύπωση** πως η **φροντίδα βελτιώνεται**,κάτω όμως απο **ορισμένες συνθήκες**, φοβόμαστε πως η **ποιότητα υποβαθμίζεται**.Αλλά πως κάποιος μπορεί να γνωρίζει αν η **ποιότητα** πράγματι **αυξάνεται,μειώνεται ή παραμένει στάσιμη**;Στην τρέχουσα **πρακτική** η **μέτρηση της ποιότητας** της **φροντίδας** συχνά **δεν επικεντρώνεται στην ίδια την φροντίδα** αλλά **στα επιμέρους στοιχεία** τα οποία την **συνιστούν**.Για παράδειγμα,θα ήταν **σχετικά εύκολο** να **μετρήσουμε το διάστημα αναμονής** για μια **εγχείρηση**.Θα πρέπει βέβαια, να **συμφωνήσουμε στον ακριβή καθορισμό του πότε άρχισε και πότε έληξε η αναμονή**.(Παπανικολάου,2007)

Ωστόσο θα ήταν **πολύ πιο σύνθετο** να **αξιολογήσουμε τα συνολικά αποτελέσματα** ενός **προγράμματος** το οποίο **έχει σχεδιαστεί με σκοπό π.χ της μείωσης του χρόνου αναμονής**.Το **πρόγραμμα** για παράδειγμα **μπορεί να μείωνε τον χρόνο** μέχρι την **εγχείρηση**,αλλά να **αύξανε τον χρόνο αναμονής** μέχρι το **ραντεβού**.Απο **τεχνική άποψη**,κάτι τέτοιο **θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την πρόγνωση ή να αυξήσει το ποσοστό εσφαλμένης διάγνωσης**.(Παπανικολάου,2007)

Σύμφωνα με τον **Deming το 1993**,η **αξιολόγηση** είναι η **διαδικασία διαπίστωσης της αξίας** ενός **πράγματος**.Η **έρευνα αξιολόγησης** χρησιμοποιεί **επιστημονικές μεθόδους** για να **διαπιστώσει την αξία** ενός **προγράμματος** αναλύοντας τις **σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος**.(Παπανικολάου,2007)

Σύμφωνα με τον **Lohr το 1997** η **αξιολόγηση** των **αποτελεσμάτων** προσδιορίζει και **αξιολογεί τα αποτελέσματα** των **δραστηριοτήτων** για την **επίτευξη ενός στόχου**.Η

αξιολόγηση επιδιώκει τις λογικές ερμηνείες του γιατί μια παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα θεραπείας είχε συγκεκριμένα αποτελέσματα, τόσο αναμενόμενα όσο και μη αναμενόμενα. (Παπανικολάου, 2007)

Σύμφωνα με τον Schiff το 1986 και τον Welch 1989 η αξιολόγηση της ποιότητας ξεκινά με την πρόσβαση του ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας και συνεχίζει μέχρι την διαδικασία εξιτηρίου. (Παπανικολάου, 2007)

Έτσι χρησιμοποιώντας οι διευθυντές τις πληροφορίες αξιολόγησης μπορεί να αποφασίσουν τα εξής:

(α) να διακόψουν ή να συνεχίσουν το πρόγραμμα,

(β) να βελτιώσουν τις διαδικασίες,

(γ) να προσθέσουν ή να σταματήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές,

(δ) να χρησιμοποιήσουν παρόμοια προγράμματα σ' άλλους τομείς,

(ε) να κατανεύουν τους περιορισμένους πόρους μεταξύ των προγραμμάτων,

(στ) να αποδεχτούν ή να απορρίψουν την προσέγγιση ενός προγράμματος. (Παπανικολάου, 2007).

Επίσης η αξιολόγηση ενός προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας ασχολείται με δύο σημαντικά ερωτήματα:

(1) σε ποιο βαθμό οφείλονται πραγματικά τα αποτελέσματα στο ίδιο το πρόγραμμα και όχι στους ερμηνευτικούς παράγοντες και

(2) σε ποιο βαθμό μπορούν τα ίδια τα αποτελέσματα να αναπαραχθούν; Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση αξιολογεί την ακεραιότητα της θεραπείας ή την εγκυρότητα της επίδρασης της παρέμβασης. Το δεύτερο ερώτημα επιδιώκει να αξιολογήσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Η σωστή μέτρηση, η συλλογή και ανάλυση δεδομένων αποτελούν τις επιστημονικές βάσεις για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από τις παρεμβάσεις ως εκ τούτου γιατροί και managers να μπορούν να βελτιώσουν τις κλινικές και διοικητικές αποφάσεις. (Balestracci, Barlow 1996, Lighter, Fair 2000, Meisenheimer 1997).

Υπάρχουν επίσης δύο τρόποι για να παρακολουθούμε τα αποτελέσματα της ποιότητας φροντίδας υγείας που είναι οι εξής:

(α) αναδρομική αξιολόγηση των ενεργειών,

(β) ταυτόχρονη αξιολόγηση των ενεργειών

Μια αναδρομική μελέτη εξετάζει τα γεγονότα του παρελθόντος και τις συνέπειες τους στην παρούσα κατάσταση. (Gold et.al.1993, Wacholder et.al.1992). Για παράδειγμα, σε μελέτες της ποιότητας φροντίδας υγείας, μια ομάδα οργανισμών υγείας οι οποίοι θεωρούνται ότι έχουν προβλήματα (π.χ υψηλή συχνότητα ανεπιθύμητων περιστατικών υγείας) ορίζονται ως οι περιπτώσεις και συγκρίνονται με μια ομάδα οργανισμών χωρίς αυτά τα προβλήματα. Η δεύτερη αυτή ομάδα αποτελεί την ομάδα ελέγχου. Τα παλαιότερα δεδομένα για τις δύο ομάδες συγκρίνονται αναφορικά με την χρήση ενός συγκεκριμένου μηχανισμού, όπως ο ιατρικός έλεγχος ή συγκεκριμένοι διοικητικοί έλεγχοι. Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στον αριθμό εμφάνισης του προβλήματος της μελέτης, ώστε να διαπιστωθεί αν μπορούν να αποδοθούν στην παρουσία ή απουσία αυτού του μηχανισμού. Στην ταυτόχρονη αξιολόγηση – αξιολόγηση η οποία βασίζεται στον πληθυσμό, άτομα ή οργανισμοί επιλέγονται και παρακολουθούνται για την έκθεση τους σε μια διοικητική παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας (Green, Wintfeld 1995, McGlynn 1997). Τα αποτελέσματα αξιολογούνται με το πέρασμα του χρόνου. (Παπανικολάου, 2007).

Υπάρχουν επίσης και δύο τύποι σχεδιασμού μελέτης της αξιολόγησης οι οποίοι είναι:

(Α) Μή Πειραματικοί σχεδιασμοί: όπου σ' αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι:

α. Η μελέτη των περιπτώσεων (Case study)

β. Οι μελέτες πριν και μετά (Before and after studies)

γ. Ειδικές ομάδες σύγκρισης (Ad Hoc)

(Β) Πειραματικοί σχεδιασμοί όπου σ' αυτούς συμπεριλαμβάνονται :

α. Ο κλαστικός πειραματικός σχεδιασμός

β. Ο σύνθετος πειραματικός σχεδιασμός. (Παπανικολάου, 2007)

12.1.1. Ποιότητα και Τεκμηριωμένη Ιατρική

Η υποχρέωση των γιατρών να ενημερώνουν για τον οποιοδήποτε κίνδυνο τον ασθενή, που ενέχεται σε οποιοδήποτε στάδιο της διερεύνησης, διάγνωσης ή θεραπείας αποτελεί καθήκον κατεξοχήν των κλινικών ιατρών και λιγότερο των εμπλεκόμενων εργαστηριακών γιατρών. Οι εργαστηριακοί γιατροί φέρουν περισσότερο την ευθύνη για την ταχύτητα, την ασφάλεια και εγκυρότητα τόσο των διαγνωστικών αποτελεσμάτων, όσο και της παντός είδους ενημέρωσης προς τους αρμόδιους κλινικούς ιατρούς της πληροφορίας που αφορά τον ασθενή.

Επίσης στα καθήκοντα των χειρουργών συγκαταλέγονται και η υποχρέωση τους να συμμετάσχουν στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της πάθησης, στην σχηματοποίηση της κλινικοεργαστηριακής διερεύνησης, στον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης και στην παρακολούθηση του ασθενούς.

Τα τυχόντα λάθη, που μπορούν να εμφανισθούν κατά την κλινική καθημερινή άσκηση της ιατρικής είναι δυνατόν να τα κατατάξουμε στις εξής κατηγορίες:

(α) Λάθη διάγνωσης

(β) Λάθη θεραπείας

Στα λάθη διάγνωσης συγκαταλέγονται τα εξής:

- τα λάθη μεταγραφής (λάθος αντιγραφή σε οποιοδήποτε σημείο ή διαδικασία) και σήμανσης (λάθος όνομα),
- εκτέλεσης (διαδικασίας, χειρισμών, εξοπλισμού)
- ερμηνείας (σήμερα σπάνια και οφειλόμενο σε ανθρώπινη παράλειψη).

Στα λάθη θεραπείας συγκαταλέγονται τα εξής:

- τα λάθη μεταγραφής
- τα λάθη εκτέλεσης
- η δυσλειτουργία στην επικοινωνία.

Τα κύρια σημεία παραγωγής λαθών οφείλονται σε:

- ανυπαρξία προτύπων οδηγιών λειτουργίας (Standard Operating Procedures, SOPs) και ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών-αποτελέσματος.
- έλλειψη «μετρησιμότητας» (measurability), αποδεκτών ποιοτικών προτύπων, ακριβών και συχνών στατιστικών ποιοτικής διασφάλισης), άρα και έλλειψη αρχειοθλητησης και ιχνηλάτησης δεδομένων λειτουργίας,
- έλλειψη «προβλεψιμότητας» (preventability), δηλαδή τήρησης οδηγιών, τήρησης ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών, επικοινωνίας, συνεχούς ελέγχου άσκησης, εκπαίδευσης) και συνεπώς έλλειμμα διαχειριστικής – διοικητικής διορατικότητας και ικανότητας, που προάγει την συμμετοχή όλων με υπευθυνότητα.

Απο τις πιο πάνω ελλείψεις, που συνιστούν υποδείγματα τόσο κακής διαχείρισης κινδύνου, αλλά και κακής διαχείρισης – διοίκησης, η ανυπαρξία προτύπων οδηγιών λειτουργίας και η έλλειψη ποιοτικού ελέγχου είναι κρίσιμες δυσλειτουργίες που πρέπει να καταλογιστούν και να επισύρουν ουσιαστικές αλλαγές στην διεύθυνση του τμήματος ή της κλινικής, αν η προσπάθεια διόρθωσης από τους θεσμικούς φορείς παραμείνει ανεπιτυχής. (Πέππας, Κοράκη, 2013).

Η ενδελεχής ανάλυση τόσο της συχνότητας, όσο και της ποιότητας του βαθμού των λαθών αποτελεί ίσως τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης τους, με την προϋπόθεση της ταχύτερης διάγνωσης τους, της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης τους και της εκπαίδευσης του προσωπικού για την μη επανάληψη τους στο μέλλον.

Η διευθυντική ευθύνη της εγκατάστασης αρχών ποιοτικού ελέγχου της λειτουργίας και της υποχρέωσης ελέγχου της απόδοσης και της επίδοσης του προσωπικού, αφού προηγηθεί η αρχική συστηματική εκπαίδευση και η απαιτούμενη επιμόρφωση επιμερίζεται ιεραρχικά και αφορά τα στελέχη. (Πέππας, Κοράκη, 2013)

Υπάρχουν κάποιοι όροι οι οποίοι αποτελούν κομμάτι του νομικού περιβάλλοντος στην προσπάθεια του καθορισμού των υποχρεώσεων του γιατρού έναντι στον ασθενή. Οι όροι αυτοί αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα στις ΗΠΑ.

Οι όροι αυτοί είναι:

- **Επικινδυνότητα (hazard)** καλείται η δυνατότητα πρόκλησης βλάβης και έχει ως συνοδές έννοιες:
- **Καθήκον προειδοποίησης (duty to warn)**: καλείται το καθήκον του γιατρού να ενημερώνει τον ασθενή του
- **Ηθικός βαθμός επικινδυνότητας (moral hazard)**: καλείται η ηθική υποχρέωση συναίνεσης και συγκατάθεσης
- **Βλαπτικότητα (risk)**: καλείται η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης συγκεκριμένου επιπέδου και έχει ως συνιστώσες τις έννοιες:
- **Ουσιαστικός (material)**: καλείται η ικανότητα αντίληψης του βαθμού επικινδυνότητας
- **Αποδεκτός βαθμός επικινδυνότητας (acceptable)** είναι ο μη προβλέψιμος βαθμός επικινδυνότητας.

Η εισαγωγή των εννοιών και των διαδικαστικών ενεργειών στην κυπριακή πραγματικότητα καθυστερεί και ακόμα δεν έχει εγκατασταθεί στις χειρουργικές ειδικότητες όπου θα πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση άσκησης ιατρικής παρέμβασης. (Πέππας, Κοράκη, 2013).

13.1. Ορισμός της Ικανοποίησης Ασθενών απο την φροντίδα υγείας

Η Pascoe (1983) ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών απο την παρεχόμενη φροντίδα. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. (Owens & Batchelor, 1996).

Σε αναφορά οι Bond και Thoma προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών απο τις νοσηλευτικές υπηρεσίες υποστήριξαν ότι οι ασθενείς

είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες. (Αντωνίου, Αντεριώτη, 2014)

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν άμεσα τον βαθμό ικανοποίησης. Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο είναι οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που προέρχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές καθώς και η εξέλιξη της αρριώστιας η οποία επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών.

Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας. Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μια βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στην θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014)

Η Williams και οι συνεργάτες της (1998) ισχυρίζονται ότι το κλειδί για την αποκωδικοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, συνίσταται στην ερμηνεία των λέξεων: καθήκον (duty) και ενοχή (culpability). Η λέξη καθήκον αναφέρεται στις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης υπηρεσίας φροντίδας υγείας έναντι του ασθενή και η ενοχή, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επαγγελματίας υγείας ή ο οργανισμός ευθύνεται για το δυσμενές γεγονός.

Έτσι διατυπώθηκαν δύο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους οι οποίες είναι:

-όσον αφορά την πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, εάν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του προμηθευτή –επαγγελματία υγείας,

-όσον αφορά την δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι ακόμα όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο προμηθευτής-επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές περιστάσεις. (Ραφτόπουλος, 2009)

Μία από τις γνωστότερες θεωρίες του Abraham H. Maslow είναι η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών. Σύμφωνα με τον A. Maslow μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες: (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014).

-Οι φυσιολογικές ανάγκες :Είναι οι ανάγκες της επιβίωσης,αυτές που με την ικανοποίηση τους κρατιόμαστε στην ζωή,

-Οι ανάγκες ασφάλειας:Είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης,

-Κοινωνικές ανάγκες:Η ανάγκη για αγάπη,η σύνδεση με άλλους,η ένταξη σε ομάδα,η φιλία,

-Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση απο τους άλλους (Φήμη,κύρος,εκτίμηση,σεβασμός),

-Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται,εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και τον τόπο και επηρεάζεται απο διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός,οι κοινωνικές δομές,η ανάπτυξη, η τεχνολογία,οι προσδοκίες,οι μεταβολές.Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow,αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών,έχει πολλές φορές χρησιμοποιηθεί στον χώρο της υγείας για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας,δεδομένου ότι το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης.(Αντεριώτη, Αντωνίου,2014)

Σύμφωνα με τον Donabedian, οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ως θεραπευτική παρέμβαση ενώ παράλληλα η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην διοίκηση προσωπικού,στην λήψη αποφάσεων,στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και στην προώθηση υπηρεσιών υγείας ύστερα απο μελέτη των συνθηκών αγοράς.(Αντεριώτη,Αντωνίου,2014)

13.1.1.Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Ηθικοί λόγοι επιβάλλουν την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών.Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η ευεξία του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο,άρα επιβάλλεται η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύ σημαντική για τους διοικητές και όσους συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας,λόγω του έντονου ανταγωνισμού και των αυξημένων απαιτήσεων.

«Οι πληροφορίες των ασθενών εάν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών.Γι' αυτό και η ικανοποίηση των ασθενών δενείναι απλά μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης».

Πηγή:(Αντεριώτη,Αντωνίου,2014)

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό και η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Επίσης στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσέλκυση των ασθενών-πελατών (marketing). (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014)

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για την φροντίδα της υγείας και να συμβάλουν στην διόρθωση πολλών προβλημάτων. Πράγματι, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας που χρειάζονται βελτίωση. Αν το προσωπικό χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες των ασθενών, μπορεί να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στην θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και την μείωση του χρόνου νοσηλείας.

13.1.2. Παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό και αξιόπιστο μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας καθώς φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων. Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας απαιτεί καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών υγείας καθώς και η πληροφόρησή τους, τους καθιστά περισσότερο κριτικούς απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται να συμμετάσχουν στις διαδικασίες που αφορούν τον σχεδιασμό της φροντίδας τις αποφάσεις και να έχουν ενημέρωση για την διάγνωση, την πορεία της νόσου και την θεραπεία. Κυρίως κατά την δεκαετία του '70 και του '80, οι ασθενείς άρχισαν να υιοθετούν περισσότερο κριτική στάση προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, εκδηλώνοντας εντονότερα την ανάγκη για ενεργό συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων που αφορούσαν στην θεραπεία τους. Σημειώθηκαν έτσι σημαντικές αλλαγές στην παροχή ενημέρωσης από τους θεράποντες ιατρούς. (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014).

Επομένως οι χρήστες είναι εκείνοι που θέτουν τα κριτήρια για την προσφερόμενη φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να ικανοποιεί τους ίδιους και όχι μόνο τους λειτουργούς υγείας, όπως επίσης λαμβάνουν μέρος στην οργάνωση των συστημάτων υγείας. Τέλος οι αλλαγές στην οργάνωση των συστημάτων φροντίδας τονίζουν την ανάγκη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις αλλαγές στην παροχή φροντίδας υγείας.

Αναλυτικότερα, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

(α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία,

(β)τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και

(γ)τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Ο βαθμός ικανοποίησης στην ουσία αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες των ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που συνέβη.

Επίσης θα ήθελα να αναφέρω ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών απο την συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης,σίτισης και υγιεινής.Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων,όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης,καθώς και σεβασμό της προσωπικότητας τους,ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση,την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας.(Αντεριώτη,Αντωνίου,2014)

13.1.3. Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να μετρηθεί με εργαλεία τα ερωτηματολόγια τα οποία θα απευθύνονται στους ασθενείς και θα επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν την γνώμη των ασθενών για μια σειρά απο εκδοχές φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες υπηρεσιών.

Η μέτρηση των αποτελεσμάτων που θα δώσουν τα ερωτηματολόγια αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την φροντίδα υγείας των ασθενών καθώς και στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών απο τις υπηρεσίες υγείας και συχνά κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών απο την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Επομένως είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, ώστε απο τα αποτελέσματα αυτά να ωφεληθούν οι ασθενείς ,οι λειτουργοί υγείας καθώς και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Με τα αποτελέσματα μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών βλέπουμε πόσο ευχαριστημένοι ή δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς απο την φροντίδα που τους παρέχεται απο τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία.Άλλοι έχουν αρνητική εικόνα και άλλοι θετική που αυτό φαίνεται απο τα τελικά συμπεράσματα των αποτελεσμάτων.(Αντεριώτη-Αντωνίου,2014)

Τέλος θα ήθελα να αναφέρω ως συμπέρασμα για την ικανοποίηση των ασθενών απο το σύστημα φροντίδας υγείας τα εξής:

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Το να νοιώθει ο ασθενής δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Επομένως η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επίσης η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται απαραίτητη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Πηγή: (Αντεριώτη, Αντωνίου, 2014)

14.1. Μοντέλα ικανοποίησης φροντίδας υγείας ασθενών

14.1.1. Μοντέλο Kano

Μοντέλο Kano: Ο Noriaki Kano (1984) ανέπτυξε ένα υπόδειγμα με στόχο την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή ή πελάτη ανάλογα με την σπουδαιότητα την οποία δίνει ο ίδιος ο πελάτης ή ασθενής σε διαφορετικά χαρακτηριστικά ποιότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας. Ο πελάτης ή ασθενής σχεδόν ασυναίσθητα, περιμένει ότι θα έχουν ληφθεί υπόψη οι βασικές ανάγκες. Αν δεν ικανοποιηθεί ως προς τις ανάγκες του, θα δυσαρεστηθεί πολύ. Δεν είναι όμως δυνατό να ικανοποιήσουμε τον πελάτη μόνο με το να καλύψουμε τις βασικές του ανάγκες. Υπάρχουν και άλλες ανάγκες του πελάτη, που μπορεί να αποτελούν πολυτέλεια κ.λ.π. (Παπανικολάου, 2007).

Οι ιδέες του Kano υποστηρίζουν μια ιεραρχία σπουδαιότητας και είναι οι εξής:

(α) αναμενόμενες, βασικές ιδιότητες: Αυτές οι ιδιότητες θα μπορούσαν να καταταχθούν ως σημαντικές και είναι εντελώς αναμενόμενες. Ορίζουν τις δραστηριότητες ή την λειτουργικότητα την οποία αναμένει ο πελάτης. Καθιερώνουν όρια αποδοχής. Και έχουμε εδώ την αναμενόμενη ποιότητα.

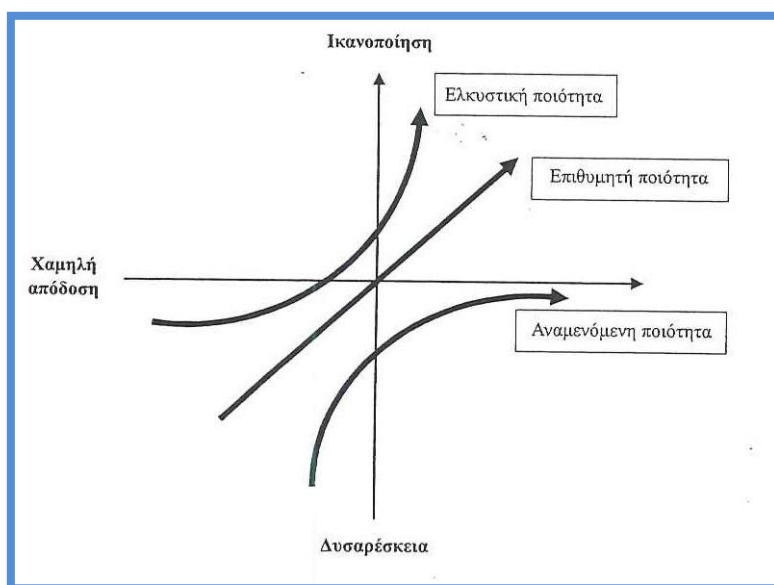
(β) μονοδιαστάτες ιδιότητες: αυτές είναι διατυπωμένες ανάγκες, αυτό που οι πελάτες θα πούν ότι χρειάζονται. Η ικανοποίηση αυξάνεται γραμμικά καθώς αυτές οι ιδιότητες παρέχονται πληρέστερα. Και εδώ μιλάμε για επιθυμητή ποιότητα.

(γ)ιδιότητες έλξης,τέρψης:αυτές οι ιδιότητες δεν είναι αναμενόμενες αλλά όταν προσφέρουν δημιουργούν τέρψη και έκπληξη στον πελάτη.Μπορούν να προσελκύσουν τους πελάτες.Εδώ μιλάμε για **ελκυστική ποιότητα**.(Παπανικολάου,2007).

Στο παρακάτω **σχήμα 1.20** ο **Kano** απεικονίζει την **ανταπόκριση των τριών τύπων ιδιοτήτων**.Η ανταπόκριση στις αναμενόμενες ιδιότητες δείχνει **περιορισμένη αύξηση της ικανοποίησης**.Οι **μονοδιάστατες ιδιότητες** δημιουργούν **ικανοποίηση** αναλογικά με την **παροχή τους**.Αλλά οι **ιδιότητες έλξης** δείχνουν **σημαντική συνεισφορά** στην **ικανοποίηση**.(Παπανικολάου,2007)

Παρακάτω μπορείτε να δείτε το **Σχήμα 1.20**:

Σχήμα 1.20-Μοντέλο Kano



Πηγή: (Παπανικολάου,2007)

Σύμφωνα λοιπόν με το **μοντέλο** του **Kano**,η διαδικασία **ταξινόμησης** των χαρακτηριστικών σε **διαφορετικά επίπεδα ποιότητας** πραγματοποιείται με **τα εξής βήματα**:

(1)Οι **πελάτες** ερωτώνται **πως θα αισθάνονταν αν η επίδοση σε ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της προσφερόμενης υπηρεσίας ήταν υψηλή και πως αν ήταν χαμηλή**.

(2)Οι **απαντήσεις** συλλέγονται με **βάσει μια προκαθορισμένη κλίμακα (π.χ. κλίμακα Likert)**και δημιουργείται ο **αντίστοιχος διασταυρούμενος πίνακας** με τις **συχνότητες των απαντήσεων**.

(3) Προσδιορίζεται το κελί του διασταυρούμενου πίνακα με την μεγαλύτερη συχνότητα και ταξινομείται το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. (Παπανικολάου, 2007).

Ο Καπο προσδιορίζει ποσοτικά τον αριθμό των πελατών σε καθένα απο τα 25 κελιά και έπειτα ταξινομεί κάθε χαρακτηριστικό επίδοσης σύμφωνα με το ποιο απο τα 25 κελιά έχει την υψηλότερη συχνότητα πελατών.

Παρακάτω μπορείτε να δείτε τον πίνακα 7:

Πίνακας 7: Διαδικασία ταξινόμησης του Καπο για την σπουδαιότητα των χαρακτηριστικών

Χαμηλή επίδοση του Χαρακτηριστικού					
Υψηλή επίδοση του Χαρακτηριστικού	Εξαιρετικά Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Ούτε Ικανοποιημένος Ούτε Δυσανεστημένος	Δυσανεστημένος	Εξαιρετικά Δυσανεστημένος
Εξαιρετικά Ικανοποιημένος			E	E	M
Ικανοποιημένος	A	A	O	M	Y
Ούτε Ικανοποιημένος Ούτε Δυσανεστημένος	A	A/O	O	O	Y
Δυσανεστημένος	A	A/O	A/O	A/O	
Εξαιρετικά Δυσανεστημένος	A	A	A	A	

Πηγή: (Παπανικολάου, 2007)

Ο βαθμός ικανοποίησης του πελάτη εξαρτάται απο τον συσχετισμό των προσδοκιών του με την εμπειρία του, αλλά και επηρεάζεται και απο στοιχεία όπως είναι η δημόσια εικόνα του οργανισμού.

«Μερικές φορές είναι δυνατό η μη ικανοποίηση να μετατραπεί σε ενθουσιασμό. Με το να φερθούμε πολύ όμορφα σε ένα δυσανεστημένο πελάτη μπορούμε να κερδίσουμε ένα αφοσιωμένο πελάτη. Σε αυτή την περίπτωση έχει σημασία το προσωπικό της πρώτης γραμμής να διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δυνατότητες, ώστε να ενεργεί με ταχύτητα και να αναλαμβάνει διορθωτική δράση, όταν συμβαίνουν λάθη».

Πηγή: (Παπανικολάου, 2007)

14.1.2. Μοντέλο του Oliver

Μοντέλο του Oliver: Ο Oliver το (1980) πρότεινε ένα υπόδειγμα το οποίο στόχευε στην σύζευξη της ικανοποίησης και την ποιότητα της υπηρεσίας (Oliver, 1993). Ισχυρίζεται ότι ενώ η εκληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προκύπτει από την σύγκριση ανάμεσα στο ιδεώδες και στο τρέχον επίπεδο απόδοσης της, η ικανοποίηση είναι η λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών πρόβλεψης για τις διαστάσεις μιας ποιοτικής και μή ποιοτικής υπηρεσίας. Η εκληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προτείνεται ως προϋπόθεση για την ικανοποίηση από αυτήν. (Ραφτόπουλος, 2009).

Το μοντέλο αυτό δέχθηκε κριτική από πολλούς. Ενώ προτείνει ότι η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών περί της ιδεώδους υπηρεσίας, η μαρτυρία από την σχετική διεθνή βιβλιογραφία, υποδεικνύει τις προσδοκίες περί της ιδεώδους και της επιθυμητής υπηρεσίας, ως προϋποθέσεις για την ικανοποίηση του χρήστη. (Barbeau, 1985; Cadotte, et al, 1987; Spreng & Olshavsky, 1993; Swan & Trawick's, 1980; Westbrook & Reilly, 1983).

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Oliver οι προσδοκίες δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη για την απόδοση της υπηρεσίας, κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από την ανασκόπηση του Yi (1990). Οι επιθυμίες είναι συντελεστικοί παράγοντες της ικανοποίησης όπως έχει φανεί από την βιβλιογραφία (Swan & Trawick's, 1980; Swan et al, 1981; Sirgy, 1984; Barbeau, 1985; Olshavsky & Spreng, 1989; Myers, 1991). Αντικατοπτρίζουν τις πιο βασικές ανάγκες, ή την επίτευξη ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Οι επιθυμίες έχουν δύο άκρα τις επιθυμίες υψηλού και χαμηλού επιπέδου, οι οποίες συναρτώνται με το σύστημα αξιών του χρήστη. (Ραφτόπουλος, 2009)

Σύμφωνα με τον Oliver, οι στάσεις αποτελούν αρχικά μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών και ακολούθως μια λειτουργία της προηγούμενης στάσης απέναντι στο τρέχον επίπεδο της ικανοποίησης από το προϊόν ή την υπηρεσία. Η πρόθεση του χρήστη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία είναι μια λειτουργία τελικά της στάσης του απέναντι σε αυτήν. (Ραφτόπουλος, 2009).

Ο Oliver (1993) έλεγξε την θεωρία του βασισμένος στο υπόδειγμα των Howard & Sheth (1969) που παρουσιάζεται πιο κάτω σε ένα δείγμα 162 φοιτητών και 291 κατοίκων ενός αστικού κέντρου επιβεβαιώνοντας την κατεύθυνση του υποδείγματος του που έχει ως εξής:

Προσδοκίες ⇒ εκπλήρωση προσδοκιών ⇒ ικανοποίηση ⇒ διαμόρφωση στάσης
⇒ πρόθεση

Πηγή: (Ραφτόπουλος, 2009)

Η συσχέτιση της ικανοποίησης και πρόθεσης είναι ασθενέστερη από την συσχέτιση της ικανοποίησης –στάσης και της στάσης-πρόθεσης. Διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών. Οι στάσεις φαίνεται να παίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στο στάδιο προετοιμασίας για χρήση της υπηρεσίας την ίδια στιγμή που στο δείγμα των φοιτητών κυριαρχεί η εκπλήρωση των προσδοκιών από την χρήση της υπηρεσίας. Και στις δύο περιπτώσεις, η εκπλήρωση των προσδοκιών έχει το μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση. Η στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας και η ικανοποίηση, επηρεάζουν την πιθανότητα μελλοντικής χρήσης της ίδιας της υπηρεσίας. Η στάση μετά την χρήση είναι μια λειτουργία της ικανοποίησης και στα δύο δείγματα του πληθυσμού. (Ραφτόπουλος, 2009).

Το μοντέλο του Oliver, έχει μια λογική διαπλοκή, ωστόσο προβληματική φαίνεται η ερευνητική του τεκμηρίωση, αφού αρέστηκε στις συστάσεις των Olson & Dover (1976). Οι Taylor & Baker (1994) προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα: η αλληλεπίδραση της ποιότητας μιας υπηρεσίας με την ικανοποίηση εξηγεί περισσότερο το ποσοστό της διακύμανσης στις δηλωθείσες προθέσεις των πελατών για επαναχρησιμοποίηση της υπηρεσίας σε σχέση με την ποιότητα ή της ικανοποίησης ξεχωριστά. Έλεγξαν την υπόθεση τους σε 4 τομείς παροχής υπηρεσιών: (α) υπηρεσίες τηλεπικοινωνιών, (β) υπηρεσίες μεταφορών, (γ) ψυχαγωγικές υπηρεσίες (δ) υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση παλινδρόμησης, διαπίστωσαν ότι στις υπόλοιπες υπηρεσίες πλην των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, υπήρξε μια συσχέτιση της ποιότητας και της ικανοποίησης η οποία ερμηνεύει καλύτερα την πρόθεση του πελάτη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία. Μέ άλλα λόγια σε αυτές τις υπηρεσίες, τα υψηλά επίπεδα εκληφθείσας ποιότητας και ικανοποίησης, προβλέπουν την πρόθεση του πελάτη να τις ξαναχρησιμοποιήσει. Αυτό όμως δεν φαίνεται να συμβαίνει στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μια παρατήρηση που ευθυγραμμίζεται με την άποψη των Cronin & Taylor (1994) ότι η συμπεριφορά των ασθενών μπορεί να ανθίσταται σαν φαινόμενο στα υποδείγματα, τις θεωρίες αλλά και στις κλίμακες που χρησιμοποιούνται κατά κόρον και οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε άλλους τομείς. (Ραφτόπουλος, 2009).

15.1. Η Αγορά των Υπηρεσιών Υγείας

Η αγορά των Υπηρεσιών Υγείας εμφανίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες. Η σημαντικότερη από αυτές είναι ότι η ανάγκη και η ζήτηση των σχετικών υπηρεσιών είναι δύο διαφορετικές έννοιες, που καθορίζονται από διαφορετικά πρόσωπα. Η ζήτηση καθορίζεται από τον ασθενή ενώ η ανάγκη από τον γιατρό. Η ιδιαιτερότητα αυτή ξεχωρίζει και διαφοροποιεί τις υπηρεσίες Υγείας από άλλες συνηθισμένες υπηρεσίες, όπου η ανάγκη και η ζήτηση είναι έννοιες ταυτόσημες και καθορίζονται από τον καταναλωτή. Παράλληλα υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ ζήτησης και προσφοράς, που οδηγεί στην ανεπαρκή και αναποτελεσματική κάλυψη των αναγκών Υγείας των πολιτών. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

15.1.1.Μορφές Υπηρεσιών Υγείας

Οι Υπηρεσίες Υγείας διαχωρίζονται σε υπηρεσίες πρόληψης,οι οποίες περιλαμβάνουν εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες,μέτρα δημόσιας υγιεινής και πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,και σε υπηρεσίες φροντίδας,στις οποίες περιλαμβάνονται νοσοκομειακές υπηρεσίες.(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

Ιστορικά,ο τομέας της φροντίδας αναπτύχθηκε πρώτος,σε βάρος της πρόληψης,εξαιτίας της αμεσότητας της ανάγκης των ιατρικών περιστατικών που χρειάζονταν θεραπεία,αλλά και της ιατρο-κεντρικής ανάπτυξης του τομέα της Υγείας,η οποία έστρεφε την προσοχή σε προβλήματα,όπου η συμβολή του γιατρού είχε μεγαλύτερη σημασία.

15.1.1.1.Εξω-Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας

Οι εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες αποτελούν πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και περιλαμβάνουν διαγνωστικές,θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες Υγείας,καθώς επίσης υπηρεσίες δημόσιας υγιεινής που παρέχονται κυρίως εκτός νοσοκομείου.

Ο τρόπος παροχής των εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών παρουσιάζει οργανωτικές διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ χωρών όσο και διαχρονικά μέσα στην ίδια χώρα και επηρεάζεται απο παράγοντες που σχετίζονται με τον βαθμό αστικοποίησης,τις αλλαγές στις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες,τις επαγγελματικές επιδιώξεις των γιατρών και την πρόοδο της ιατρικής.Το κοινωνικοπολιτικό στάδιο ανάπτυξης μιας χώρας,οι γεωγραφικές συνθήκες,το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο και οι διαθέσιμοι πόροι του τομέα Υγείας διαμορφώνουν κάθε φορά το μείγμα των υπηρεσιών που προσφέρονται,αλλά και τον τρόπο οργάνωσης.Υπάρχουν διάφορες μορφές εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών,όπως είναι ο οικογενειακός γιατρός,τα ενισχυμένα ιατρεία,το κέντρο Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

15.1.1.2. Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας αποτελούν δραστηριότητες παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας,εκπαίδευσης και έρευνας.Παρέχονται κατά κύριο λόγο απο τα νοσοκομεία,τα οποία προσφέρουν θεραπευτική φροντίδα,και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις η χρήση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων τους θεωρείται παροχή εξω-νοσοκομειακής φροντίδας και δευτερογενούς πρόληψης.

15.1.1.3. Η παραγωγική διαδικασία των νοσοκομείων

Η παραγωγική διαδικασία ενός νοσοκομείου αρχίζει με την συσσώρευση των αναγκαίων πόρων και συνεχίζει με το συντονισμό τους για την προσφορά υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς. Οι εισροές ενός νοσοκομείου είναι οι ανθρώπινοι, υλικοί και οικονομικοί πόροι, η υποδομή και ο εξοπλισμός. Οι εκροές είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, οι νοσηλευθέντες ασθενείς, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι εργαστηριακές εξετάσεις. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

16.1. Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Παρουσιάζουν μια σειρά από ιδιαιτερότητες όπως είναι ο δυισμός των αποφάσεων και οι εξωτερικές οικονομίες, οι οποίες επηρεάζουν την ζήτηση τους. Ο δυισμός των αποφάσεων αναφέρεται στον καθορισμό της ζήτησης από δύο διαφορετικά άτομα, τον ασθενή και τον γιατρό. Οι εξωτερικές οικονομίες αναφέρονται στην διαφορά μεταξύ ιδιωτικού και κοινωνικού οφέλους ζήτησης υπηρεσιών Υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Οι οικονομολόγοι αναφέρονται στην έννοια της ζήτησης, διακρίνοντας την βραχυχρόνια ζήτηση και την μακροχρόνια ζήτηση.

- Η βραχυχρόνια ζήτηση επηρεάζεται από την τιμή της υπηρεσίας.

- Η μακροχρόνια ζήτηση επηρεάζεται από τρεις παράγοντες οι οποίοι είναι:

- Τα ατομικά χαρακτηριστικά (κατάσταση υγείας, μορφωτικό επίπεδο, τρόπος ζωής, εισόδημα, φύλο, ηλικία, ασφαλιστική κάλυψη, την δυνατότητα και τον χρόνο πρόσβασης)
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Το σύστημα Υγείας (δυνατότητα πρόσβασης, έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, καθορισμός τιμών).

Τα ατομικά χαρακτηριστικά:

Το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου επηρεάζει την ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας με δύο τρόπους. Από την μια μεριά όσο πιο μορφωμένο είναι ένα άτομο, τόσο πιο συχνά καταφεύγει στις υπηρεσίες Υγείας, αυξάνοντας την πραγματική ζήτηση. Από την άλλη μεριά, όσο πιο συχνά καταφεύγει στο σύστημα υγείας, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να παρουσιάσει σοβαρά προβλήματα στο μέλλον, μειώνοντας την μακροχρόνια ιδιωτική ζήτηση Υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο συμβάλλει στην ορθολογική αξιοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη βελτίωση του τρόπου ζωής και στην αναζήτηση των

κατάλληλων υπηρεσιών την κατάλληλη στιγμή, με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών Υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Ο τρόπος ζωής επηρεάζει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με το κοινωνικό περιβάλλον, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις σε θέματα υγείας και ζητήματα κινδύνων. Όσο πιο ανθυγιεινός και επικίνδυνος είναι ο τρόπος ζωής του ατόμου, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για ασθένεια ή ατύχημα, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας και την μετατόπιση της καμπύλης ζήτησης προς τα δεξιά.

Το εισόδημα επηρεάζει την ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας καθώς η πραγματική αύξηση των εισοδημάτων οδηγεί σε απαίτηση για περισσότερες και καλύτερες υπηρεσίες Υγείας. Όσο μεγαλύτερο είναι το εισόδημα του χρήστη τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η ζήτηση από την πλευρά του όταν τις έχει ανάγκη.

Το φύλο επηρεάζει την ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας καθώς ο γυναικείος πληθυσμός εκδηλώνει μεγαλύτερη ζήτηση. Όταν στο σύστημα Υγείας, όπου διαμορφώνεται η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες, συμμετέχει ποσοστιαία μεγαλύτερος αριθμός γυναικών, τότε η ζήτηση είναι αυξημένη και η καμπύλη ζήτησης μετατοπίζεται προς τα δεξιά.

Η ηλικία επηρεάζει επίσης την ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας καθώς οι ηλικιωμένοι καταναλώνουν πέντε έως επτά φορές περισσότερες υπηρεσίες Υγείας από τον μέσο όρο κατανάλωσης όλων των ηλικιών. Η αύξηση της ηλικίας αυξάνει την ζήτηση και μετατοπίζει την καμπύλη προς τα δεξιά. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Γήρανση του Πληθυσμού:

Η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει την ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας καθώς η αύξηση του μέσου όρου ζωής σημαίνει και αύξηση της ζήτησης ποιοτικής Φροντίδας Υγείας των ηλικιωμένων. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής σημαίνει αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών Υγείας και μετατόπιση της καμπύλης προς τα δεξιά.

Το σύστημα Υγείας:

Το σύστημα Υγείας επηρεάζει την ζήτηση υπηρεσιών Υγείας καθώς η κάλυψη των αναγκών, η ευκολία πρόσβασης, και η διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης και του συστήματος τιμολόγησης των υπηρεσιών, έχουν αυξήσει την απαίτηση των πολιτών για περισσότερες και αποτελεσματικότερες υγειονομικές υπηρεσίες.

Η διεύρυνση της κάλυψης των αναγκών επηρεάζει την ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας καθώς η ανάπτυξη των υπηρεσιών και της υποδομής για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών δημιουργεί νέα αυξημένη ζήτηση. Σύμφωνα με τον νόμο του Say «η ζήτηση διαμορφώνεται από την ίδια την προσφορά». (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

17.1.Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας

Όταν οι οικονομολόγοι αναφέρονται στην έννοια της προσφοράς διακρίνουν την βραχυχρόνια προσφορά και την μακροχρόνια προσφορά. Η βραχυχρόνια προσφορά επηρεάζεται από την τιμή. Η μακροχρόνια προσφορά επηρεάζεται από την τεχνολογία, το μείγμα των εισροών και την πληθυσμιακή αύξηση.

Η Βραχυχρόνια, η ιδιωτική προσφορά των υπηρεσιών Υγείας επηρεάζεται από την τιμή της υπηρεσίας.

Η μακροχρόνια προσφορά των Υπηρεσιών Υγείας επηρεάζεται από τρεις παράγοντες:

- Τις Τεχνολογικές εξελίξεις
- Το μείγμα των εισροών
- Την πληθυσμιακή αύξηση

Οι τεχνολογικές εξελίξεις επηρεάζουν την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας καθώς παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες που βελτιώνουν την υγεία του ατόμου, μειώνουν τις ημέρες νοσηλείας και περιορίζουν τις ανάγκες σε νοσοκομειακές κλίνες. Η εισβολή της σύγχρονης και εξειδικευμένης τεχνολογίας στον χώρο της Υγείας βελτίωσε κατά πολύ την αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων επεκτείνοντας την προσφορά τους και μετατοπίζοντας την καμπύλη προσφοράς προς τα δεξιά. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Το μείγμα των εισροών επηρεάζει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας καθώς οι αλλαγές στις τιμές των εισροών επηρεάζουν το μείγμα και την παραγωγικότητα των εισροών. Για παράδειγμα, η μείωση της τιμής των κλινών δίνει την δυνατότητα στους οργανισμούς Υγείας να εξοικονομήσουν χρήματα, τα οποία χρησιμοποιούν στην συνέχεια είτε για να αυξήσουν τον αριθμό των κλινών τους, είτε για να αυξήσουν τον αριθμό των γιατρών, έχοντας τον ίδιο αριθμό κλινών. Και στις δύο περιπτώσεις αυξάνεται η προσφορά, δηλαδή οι αλλαγές στο μείγμα των εισροών αυξάνει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας μετατοπίζοντας την καμπύλη προσφοράς προς τα δεξιά.

Η πληθυσμιακή αύξηση επηρεάζει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας καθώς ένας αυξανόμενος αριθμός ατόμων απαιτεί αυξημένη προσφορά υπηρεσιών Υγείας για την κάλυψη των αναγκών του. Η αύξηση του πληθυσμού, που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια λόγω αύξησης του μέσου όρου ηλικίας και του επιπέδου διαβίωσης, αυξάνει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας και μετατοπίζει την καμπύλη της προσφοράς προς τα δεξιά. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Συνοπτικά η προσφορά των υπηρεσιών Υγείας παρουσιάζει δύο σημαντικές ιδιαιτερότητες. Πρώτον την προκλητή προσφορά, καθώς οι γιατροί, δρώντας ως αντιπρόσωποι ασθενών, προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες χωρίς να είναι απαραίτητες. Δεύτερον στις εξωτερικές επιβαρύνσεις, καθώς το κοινωνικό κόστος από την αδυναμία προσφοράς και κατανάλωσης των Υπηρεσιών Υγείας είναι μεγαλύτερο από το ιδιωτικό. Βραχυχρόνια η προσφορά, για υπηρεσίες Υγείας επηρεάζεται από την τιμή, ενώ μακροχρόνια επηρεάζεται από τις τεχνολογικές εξελίξεις, το μείγμα των εισροών και την πληθυσμιακή αύξηση. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

18.1. Η έννοια του Συστήματος Υγείας

18.1.1. Το Σύστημα Υγείας

Το σύστημα Υγείας αποτελεί τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και των υλικών πόρων, προκειμένου να παρέχονται ισότιμα, αποδοτικά και αποτελεσματικά οι Υπηρεσίες Υγείας και να καλύπτονται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, ιδιομορφίες και προβλήματα που ξεπερνούν τον ιστορικό προορισμό του τομέα Υγείας, δηλαδή την φροντίδα της υγείας των ατόμων που την έχουν ανάγκη. Η πρόοδος της ιατρικής και της τεχνολογίας, η άνοδος του εισοδήματος και των προσδοκιών των πολιτών, η γήρανση του πληθυσμού και οι περιορισμένοι πόροι που κατανέμονται στην Υγεία θέτουν νέα διλήμματα σχετικά με τις μορφές του συστήματος υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Το σύστημα Υγείας ορίζεται με διάφορους τρόπους. Συγκεκριμένα, ορίζεται ως οι ευσυνειδήτες προσπάθειες, πρωταρχικός σκοπός των οποίων είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας. Επίσης ορίζεται ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους όπως με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του συστήματος, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα Υγείας ορίζεται και ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη υπηρεσιών και στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού. Τέλος ορίζεται ως το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας που ρυθμίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, τις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των ιατρών και των νοσοκομείων. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Το ενδιαφέρον, για τον ορισμό του συστήματος Υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην παραγωγή ή στην διανομή των υπηρεσιών αλλά και στο επίπεδο της Υγείας του πληθυσμού, την διατήρηση και την βελτίωση του οποίου αποτελεί και τον βασικό του σκοπό.

Το σύστημα παρουσιάζεται ως ένα σύμπλεγμα τριών υποσυστημάτων: του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, της παραγωγής των υπηρεσιών Υγείας και των μηχανισμών κάλυψης των δαπανών.

Τα τρία υποσυστήματα είναι τα εξής:

-Το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, δηλαδή στους αιτιολογικούς παράγοντες που την επηρεάζουν και στην παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης μεταξύ των διαφόρων επιπέδων υγείας που διαμορφώνουν τις ανάγκες και την ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας.

-Το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών Υγείας, δηλαδή τους γενικότερους οικονομικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τις εσροές και τις εκροές του συστήματος Υγείας.

-Το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Το υποσύστημα αυτό αποκτά όλο και περισσότερη βαρύτητα για τρεις λόγους. Πρώτον, η μελέτη και η γνώση του μηχανισμού κάλυψης των δαπανών κρίνεται επιβεβλημένη, μιας και οι δαπάνες Υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας. Δεύτερο η Υγεία θεωρείται ένα αγαθό με καταναλωτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη. Τρίτο το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών, κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών Υγείας, με αρνητικές συνέπειες στο κόστος παραγωγής και στην ανταγωνιστικότητα –ποιότητα των αγαθών και των υπηρεσιών. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση. Η βελτίωση στην Υγεία του πληθυσμού συνεπάγεται μείωση της παραγωγής των ιατρικών αναγκών και επακόλουθα μείωση στις ιατρικές δαπάνες. Τα τρία υποσυστήματα επηρεάζονται από παράγοντες που δρουν στο εξωτερικό περιβάλλον, όπως η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, η βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων, ο αριθμός και η σύνθεση του υγειονομικού προσωπικού κ.ά., ενώ δρουν προς την επίτευξη κοινών σκοπών και στόχων. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

18.1.2. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος

Τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένες κοινές ιδιότητες ή χαρακτηριστικά των οποίων ο βαθμός ή η ένταση διαφοροποιείται μεταξύ διαφόρων συστημάτων.

Τα κυριότερα γνωρίσματα των συστημάτων Υγείας είναι τα εξής:

- Σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με το περιβάλλον: Οι σχέσεις του συστήματος με το περιβάλλον του το ταξινομούν ως ανοικτό ή ως κλειστό. Ένα σύστημα θεωρείται ανοικτό όταν ανταλλάσσει

ενέργεια,ύλη,πληροφορίες,προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον,ενώ θεωρείται κλειστό όταν δεν έχει σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με το περιβάλλον.

- **Οριοθέτηση των συστημάτων:**Προσδιορίζει τα όρια μέσω των οποίων τα συστήματα διαχωρίζονται απο το περιβάλλον.Τα όρια αυτά μπορεί να είναι εύκαμπτα άκαμπτα,ανοικτά ή κλειστά,ασαφή ή ευκρινή,ρευστά ή σταθερά.
- **Δυναμικότητα των συστημάτων:**Προσδιορίζει τον βαθμό ανταλλαγής ύλης και πληροφοριών μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος.Ο βαθμός δυναμικότητας ενός συστήματος ορίζεται απο την εξωτερική και την εσωτερική του δυναμικότητα.
- **Πολυπλοκότητα των συστημάτων:**Η πολυπλοκότητα ενός συστήματος προσδιορίζει το πλήθος των στοιχείων που το συνθέτουν και των μεταξύ τους σχέσεων.Ο βαθμός πολυπλοκότητας διαμορφώνεται τόσο απο το πλήθος των στοιχείων όσο και απο τον αριθμό και τον τύπο των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των στοιχείων αυτών.
- **Ιεραρχία των συστημάτων:**Η ιεραρχία των συστημάτων προσδιορίζει την ιεραρχική δομή σύμφωνα με όλα τα συστήματα, θεωρούνται υποσυστήματα ενός υπερ-συστήματος ,ενώ και τα ίδια έχουν υπο-σύστηματα τα οποία συντίθενται απο ένα σύνολο στοιχείων.
- **Τελεολογική συμπεριφορά των συστημάτων:**Η συμπεριφορά αυτή προσδιορίζει τον λόγο ύπαρξης κάθε συστήματος και τους στόχους για τους οποίους έχει δημιουργηθεί.Τα κοινωνικά συστήματα που έχουν δημιουργηθεί απο τον άνθρωπο,κατεύθυνονται προς ένα στόχο ,η εκπλήρωση του οποίου αποτελεί και το μόνο αιτιολογικό παράγοντα ύπαρξης τους.Η συμπεριφορά των επιμέρους στοιχείων ή υποσυστημάτων είναι προσαρμοσμένη με αυτή του συστήματος προκειμένου να ικανοποιηθεί ο τελικός στόχος.
- **Ενδεδειγμένη συμπεριφορά των συστημάτων:**Η ενδεδειγμένη συμπεριφορά ενός συστήματος προσδιορίζει την δυνατότητα να εκπληρώσει τους στόχους του,αλλά και την ικανότητα του να πραγματοποιεί αλλαγές ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος.Ιδιαίτερα στα κοινωνικά συστήματα,που είναι επινοημένα απο τον άνθρωπο,η ενδεδειγμένη συμπεριφορά τους επιτυγχάνεται απο τον ανθρώπινο παράγοντα,που είναι ο κύριος ρυθμιστής της συμπεριφοράς του όλου συστήματος.(Μουρδουκούτας,Καλογεροπούλου,2007)

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος μπορείτε να τα δείτε στο παρακάτω σχήμα 1.22

Σχήμα 1.22-Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος



Πηγή:(Καλογεροπούλου,κ.ά,2007)

18.1.3. Σκοποί και στόχοι του συστήματος Υγείας

Ο πρωταρχικός σκοπός του συστήματος Υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού με επιμέρους σκοπούς την συμβολή του συστήματος Υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους στην διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών,σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών Υγείας του πληθυσμού και είναι οι εξής:(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

- Μείωση του κόστους των υπηρεσιών Υγείας και βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος
- Βελτίωση των αποδοχών των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας
- Διατήρηση της οικονομικής βιωσιμότητας των οργανισμών Υγείας,εξασφαλίζοντας κοινωνική προστασία και ευημερία
- Αναδιανομή του εθνικού εισοδήματος μεταξύ των κοινωνικών τάξεων,εξασφαλίζοντας κοινωνική δικαιοσύνη.

Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια,ώστε να είναι δυνατή η μέτρηση τους.Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες Υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και την διανομή των υπηρεσιών και των αγαθών Υγείας.

Έτσι ένα ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας εκτιμά τον βαθμό επίτευξης του σκοπού λειτουργίας του ,επαναπροσδιορίζει τους στόχους του,προγραμματίζει και οργανώνει τα μέσα για την επίτευξη τους,ενώ παράλληλα υιοθετεί βασικές αρχές λειτουργίας.

18.1.4.Μορφές Συστημάτων Υγείας

Κάθε χώρα έχει αναπτύξει ένα σύστημα Υγείας σύμφωνα με τα κοινωνικά,οικονομικά,υγειονομικά,ιστορικά και γεωφυσικά χαρακτηριστικά της.Διαχρονικά έχουν αναπτυχθεί διάφορα οργανωτικά και διοικητικά σχήματα για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού της κάθε χώρας,τα οποία είναι τα εξής:(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

- Το Φιλελεύθερο Σύστημα,που βασίζεται στην φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς.
- Το σύστημα τύπου Beveridge,που βασίζεται στην φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Το σύστημα τύπου Bismark,που βασίζεται στην φιλοσοφία ενός κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος.

18.1.4.1.Φιλελεύθερο σύστημα υγείας-Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης:

Το σύστημα αυτό βασίζεται στην πλήρη ελευθερία των καταναλωτών και των παραγωγών υπηρεσιών Υγείας,οι οποίοι καθορίζουν την ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών.Λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς,με την μικρότερη δυνατή παρέμβαση.Οι πολίτες ζητούν υπηρεσίες Υγείας,τις οποίες προσφέρουν οι παραγωγοί.Το σύστημα κυριαρχείται απο την ιδιωτική ασφάλιση Υγείας,οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών καθώς και οι τιμές καθορίζονται απο τις δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης.Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και ο γιατρός το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού της αμοιβής.Οι βασικές αρχές του φιλελεύθερου συστήματος στις οποίες δεν παρεμβαίνει το κράτος είναι η ατομική ιδιοκτησία και η οικονομική ελευθερία.(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

Οι ασθενείς καταβάλλοντας μια συγκεκριμένη τιμή,που καθορίζεται απο τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς,ζητούν υπηρεσίες νοσοκομειακής ,εξω-νοσοκομειακής και φαρμακευτικής φροντίδας Υγείας.

Στα πλαίσια λοιπόν του **Ιδιωτικού Ασφαλιστικού Συστήματος** λειτουργούν τρεις αγορές:

α. Η αγορά παροχής υπηρεσιών νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας

β. Η αγορά παροχής υπηρεσιών εξω-νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας

γ. Η αγορά παροχής υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης.

18.1.4.2. Σύστημα τύπου Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα τύπου **Beveridge** βασίζεται στον **κρατικό παρεμβατισμό** και στην δημιουργία ενός **Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service)** που έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών από το κράτος. Ο Άγγλος οικονομολόγος **Beveridge** διαμόρφωσε το **1942** στη **Βρετανία** ένα σχέδιο για την δημιουργία **Εθνικού Συστήματος Υγείας** θεωρώντας πως η αύξηση των δημόσιων δαπανών θα δημιουργούσε νέες θέσεις απασχόλησης, κάτι το οποίο θα είχε θετική επίπτωση στην βελτίωση της κατάστασης της Υγείας του βρετανικού πληθυσμού, ενώ παράλληλα το ενεργό δυναμικό της χώρας θα αυξανόταν και θα γινόταν πιο παραγωγικό. Η διερεύνηση του ρόλου του κράτους και η συμμετοχή του στην οικονομική και κοινωνική ζωή θα προωθούσαν την οικονομική άνοδο και παράλληλα θα βελτιώναν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.

Στις χώρες που δημιούργησαν **Εθνικά Συστήματα Υγείας**, όπως η Ελλάδα, η Σουηδία και η Ιταλία, η παραγωγή των υπηρεσιών Υγείας και η κατανομή των πόρων καθορίζονται από το κράτος.

Η παροχή υπηρεσιών Υγείας από το κράτος διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας, με αποτέλεσμα η παροχή αυτή να έχει χαρακτήρα του κοινωνικού δικαιώματος, αφού το κράτος δεν επιβάλλει τιμή στις υπηρεσίες Υγείας και δεν αναμένει ταυτόχρονη ανταπόδοση από τους πολίτες. Το **Εθνικό Σύστημα Υγείας** βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι υπηρεσίες Υγείας παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού και το αντίτιμο για τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν οι πολίτες καταβάλλεται μέσω της φορολογίας. (Καλογεροπούλου, Μοουρδουκούτας, 2007)

Πιο συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά του **Εθνικού Συστήματος Υγείας** είναι τα εξής:

- Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από την φορολογία
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- Γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο, ώστε να προσαρμόζεται η υγειονομική πολιτική στον εκάστοτε πληθυσμό όπως τον αστικό, τον ημιαστικό και αστικό πληθυσμό.
- Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από την φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει **σημαντικά πλεονεκτήματα** που σχετίζονται με την **ισότιμη κάλυψη** όλων των πολιτών, την **δίκαιη κατανομή των πόρων** του τομέα της Υγείας, καθώς και τον **έλεγχο των δαπανών**, την **βελτίωση της ποιότητας**, και την **υψηλού βαθμού συνέχεια** στη φροντίδα.

Εμφανίζει όμως και **σημαντικά μειονεκτήματα** που σχετίζονται με την **ανάπτυξη** της γραφειοκρατίας και την **εμφάνιση λίστας αναμονής για εξετάσεις ή επεμβάσεις**, καθώς και την **περιορισμένη ελευθερία** που έχει ο ασθενής για την **επιλογή γιατρού ή νοσοκομείου**.

18.1.4.3. Το σύστημα τύπου Bismark- Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Το σύστημα τύπου **Bismark** βασίζεται στην φιλοσοφία ενός **κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος**. Ο Γερμανός καγκελάριος **Bismark** θέσπισε το **1880** το πρώτο **Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης**. Κυριότεροι εκπρόσωποι του μοντέλου αυτού είναι η **Γερμανία** και η **Γαλλία**. Στην Γερμανία ο θεσμός της **κοινωνικής ασφάλισης** εκφράζεται **μέσα από κλάδους ασφάλισης** συγκεκριμένων **επαγγελματικών κατηγοριών**, ενώ στην **Γαλλία** έχει οργανωθεί ένα **ολοκληρωμένο σύστημα** ασφάλισης Υγείας, μέσω **διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων**. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Τα χαρακτηριστικά του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης είναι τα εξής:

- Η **αρχή** της κοινωνικής δικαιοσύνης
- Η **συλλογική κάλυψη** του πληθυσμού
- Η **χρηματοδότηση** του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την **καταβολή των εισφορών** είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών Υγείας.
- Η **υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη** για το σύνολο του πληθυσμού. Ο θεσμός της ασφάλισης Υγείας θεωρείται **καθολικό δικαίωμα** και δεν εξαρτάται από το εισόδημα και από το **επίπεδο Υγείας** του πληθυσμού.
- Οι **παραγωγικοί συντελεστές** ανήκουν είτε στο Δημόσιο είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες Υγείας, λοιπόν παρέχονται στο πλαίσιο ενός **μεικτού συστήματος παραγωγής υπηρεσιών**.
- **Έντονη κρατική παρέμβαση**, η οποία δικαιολογείται τόσο από την χρηματοδότηση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και από την **χάραξη** του γενικότερου πλαισίου προγραμματισμού της πολιτικής και της λειτουργίας του συστήματος αυτού. Στόχος της κρατικής παρέμβασης είναι η **επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας** στην προσφορά των υπηρεσιών Υγείας από τους ασφαλιστικούς φορείς και επιτυγχάνεται μέσω της **αποκέντρωσης των υπηρεσιών αυτών**.

Συμπερασματικά, τα **Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης** είναι πιο αποδοτικά από τα Φιλελεύθερα, μιας και η κατανομή των πόρων είναι περισσότερο αποτελεσματική. Τα τελευταία χρόνια, τα περισσότερα **Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης** έχουν καταφέρει

να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο Υγείας, μέσα σε συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης.

Με λίγα λόγια, το σύστημα Υγείας αποτελεί ένα σύνολο επιμέρους στοιχείων, τα οποία βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, έχοντας ως σκοπό την διατήρηση και βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Βάσει των αρχών λειτουργίας, των οργανωτικών χαρακτηριστικών και των ιδιαιτεροτήτων που εμφανίζει το σύστημα Υγείας, κάθε χώρα έχει επιλέξει κάποια από τις τρεις βασικές μορφές συστημάτων Υγείας.

Η επιλογή του κατάλληλου υγειονομικού συστήματος γίνεται σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τις ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες κάθε χώρας, όπως γίνεται αντιληπτό από την ανάλυση των συστημάτων Υγείας χωρών της Ευρώπης, και της Αμερικής που ακολουθεί. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

19.1. Κυπριακό σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο αποτελείται από δύο παράλληλους τομείς παροχής υπηρεσιών: τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

19.1.1. Δημόσιος τομέας υγείας στην Κύπρο

Ο δημόσιος τομέας τυγχάνει διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την διασφάλιση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Υπό το πρίσμα αυτό, το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την διοίκηση και την νομοθέτηση του τομέα υγείας, καθώς επίσης και για την παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και νοσοκομεία τα οποία είναι, υπό τον άμεσο έλεγχο του, υπό την μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένων υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, παραιατρικών υπηρεσιών, επειγόντων υπηρεσιών, νοσοκομειακής φροντίδας, φαρμακευτικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας. (υπουργείο υγείας, 2015)

Οι υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα παρέχονται από 5 περιφερειακά νοσοκομεία και ένα παιδιατρικό/γυναικολογικό, νοσοκομείο στο οποίο στεγάζεται και τμήμα Οφθαλμολογίας, 3 μικρά αγροτικά νοσοκομεία και 38 κέντρα υγείας, μαζί με 230 υποκέντρα με περιοδεύουσα ιατρική ομάδα. Επιπλέον, το Υπουργείο εφαρμόζει σχέδιο επιδότησης ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένες όρους και προϋποθέσεις.

19.1.2. Ιδιωτικός τομέας υγείας στην Κύπρο

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από κατ' ιδίαν πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες, υπό τον έλεγχο, την νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας. (υπουργείο υγείας, 2015)

Επιπλέον τα πιο κάτω συστήματα υγειονομικής φροντίδας υφίστανται:

- Συστήματα Εργοδοτικών Οργανώσεων: παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Συστήματα Ημι-κρατικών Οργανισμών-παρέχουν υπηρεσίες στους υπαλλήλους τους.
- Συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Το υπουργείο Υγείας δραστηριοποιείται εντατικά στην εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας(ΓεΣΥ)στο σύντομο μέλλον.Το Σύστημα θα συγκεντρώνει χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας και θα παρέχει περιεκτική ιατρική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης,ενώ τα βασικά του χαρακτηριστικά του είναι η αποδοτικότητα στην παράδοση,τα υψηλά επίπεδα υπηρεσιών και η συγκράτηση του κόστους.(υπουργείο υγείας,2015)

20.1. Συστήματα Υγείας:Η Διεθνής Εμπειρία

Η ανάπτυξη και ο τρόπος λειτουργίας κάθε συστήματος επηρεάζεται άμεσα από τις οικονομικές,κοινωνικές,πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες κάθε χώρας,καθώς και από την επικρατούσα ηθική και ιδεολογία.Το πρότυπο του συστήματος Υγείας επιλέγεται βάσει των αναγκών και των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός της κάθε χώρας.

20.1.1. Ευρώπη

Τα συστήματα Υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή.Πρώτα απ' όλα η γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού,με την παρατεινόμενη μέση διάρκεια ζωής και η αλλαγή του νοσολογικού φάσματος,με την αύξηση της συχνότητας των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων λειτουργούν καταλυτικά στην αύξηση της ζήτησης και των Δαπανών Υγείας,σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων.Η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνολογιών,καθώς και της πληροφορικής,σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών επηρεάζουν άμεσα την μορφή των Συστημάτων Υγείας.

Τα συστήματα Υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών έχουν προχωρήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες οι οποίες είναι: στην διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, στην ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών, καθώς και την αναβάθμιση της δημόσιας Υγείας και των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης.

Οι αλλαγές που συντελούνται σε κάθε χώρα διαφέρουν, γιατί κάθε σύστημα Υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο, όπως θα δούμε από την παρακάτω παρουσίαση των συστημάτων της Αγγλίας, της Σουηδίας, της Γερμανίας, της και της Γαλλίας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

20.1.1.1. Αγγλία

Το σύστημα Υγείας στην Αγγλία είναι από τα σημαντικότερα και πιο πολυσηζητημένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αποτελεί το μοντέλο του Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή NHS (National Health System) λειτούργησε το 1948 και βασίστηκε στις αρχές του Λόρδου Beveridge. Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον τρόπο ανάπτυξης και λειτουργίας του, με σημαντικά πλεονεκτήματα και με κυριότερο σταθμό την μεταρρύθμιση του 1991. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Η ίδρυση του NHS ήταν για την εποχή του επαναστατική και η λειτουργία του το μοναδικό παράδειγμα κρατικού συστήματος που λειτούργησε σε μια χώρα με ελεύθερη οικονομία. Υπήρξε το πρώτο ολοκληρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη Υγείας, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από την γενική φορολογία.

Το NHS διοικείται και χρηματοδοτείται από το υπουργείο Υγείας, το οποίο θέτει τις πολιτικές Υγείας, τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του NHS είναι ο τρόπος χρηματοδότησης του, που προέρχεται από την γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και από τις ιδιωτικές πληρωμές όσον αφορά το υπόλοιπο 5%. Η ασφάλιση συνδέεται με τον σχετικά μικρό ιδιωτικό τομέα, ο οποίος αναπτύχθηκε ιδιαίτερα τις δεκαετίες του '80 και του '90. Οι πόροι από την φορολογία κατανομούνται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές και έμμεσα διαμέσου αυτών, στα χρηματοδοτικά ταμεία των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, HLA). (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Ένα ακόμα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του NHS είναι το σχετικά χαμηλό ύψος των Δαπανών Υγείας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο μεγάλος όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών προέρχεται από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς γιατρούς, ενώ κάποιες υπηρεσίες δημόσιας Υγείας πρόληψης, υγειονομικής διαφώτισης αλλά και υπηρεσίες για άτομα με ειδικές ανάγκες, παρέχονται κυρίως μέσα από τα κέντρα Υγείας. Ιδιωτική ιατρική υπάρχει σε περιορισμένη κλίμακα και παρέχεται συμπληρωματικά προς το NHS.

Μέχρι το 1991 όλα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν από τις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές, χωρίς να υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στο ύψος της χρηματοδότησης και την αποδοτικότητα των παραγωγικών συντελεστών. Η διαδικασία χρηματοδότησης γινόταν μέσα από τις Περιφερειακές και Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές, όπου οι Υγειονομικές Περιφέρειες λάμβαναν τον ετήσιο προϋπολογισμό τους από το υπουργείο Υγείας. Στη συνέχεια γινόταν κατανομή του προϋπολογισμού στις Υγειονομικές Επαρχίες, τις DHAs, που με την σειρά τους χρηματοδοτούσαν τα νοσοκομεία στην βάση ενός ετήσιου προϋπολογισμού και πλήρωναν τους οικογενειακούς γιατρούς.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντική διοικητική αυτονομία. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα της Υγείας παρέχεται κυρίως από τους γενικούς και οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι έχουν της ειδικότητα της γενικής ιατρικής, εργάζονται συνήθως ομαδικά και προσφέρουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δηλαδή υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και αγωγής υγείας, καλύπτοντας το 97% του πληθυσμού. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Οι οικογενειακοί γιατροί αποτελούν ένα ακόμη ιδιαίτερο σημείο του NHS, καθώς θεωρούνται το καλύτερο οργανωμένο τμήμα του συστήματος, και ίσως εκείνο που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά του.

Το 1991 ξεκίνησε η πρακτική εφαρμογή της μεταρρύθμισης, η οποία συνδέεται άμεσα με τα οικονομικά, πολιτικά και ιδεολογικά δεδομένα της εποχής. Τα νοσοκομεία με την μεταρρύθμιση μεταβλήθηκαν σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς, που είναι υπόλογοι απευθείας στον υπουργό Υγείας. Με την νέα αυτή μορφή, τα νοσοκομεία ανταγωνίζονται για την σύναψη συμβάσεων με τις Υγειονομικές Περιφέρειες, ενώ με την αυτονομία που κατέχουν έχουν την δυνατότητα να προσλαμβάνουν το προσωπικό που θέλουν και να καθορίζουν τους μισθούς, να τιμολογούν ελεύθερα τις υπηρεσίες που προσφέρουν, να διαθέτουν αποκλειστικά ιδιωτικές κλίνες σε ασθενείς και γενικότερα να αποφασίζουν ελεύθερα για όλα τα θέματα που αφορούν την αύξηση της

αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου και να βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Όσον αφορά τα φάρμακα υπάρχει μια αρνητική λίστα φαρμάκων που δεν αποζημιώνονται και οι τιμές καθορίζονται από τις φαρμακοβιομηχανίες, ενώ τα κέρδη τους ελέγχονται από την κεντρική κυβέρνηση. Τα περισσότερα φάρμακα αποζημιώνονται πλήρως ή μερικώς από το σύστημα Υγείας.

Το 1996 οι αλλαγές που προέβλεπε η μεταρρύθμιση του 1991 είχαν τεθεί σε πλήρη εφαρμογή, αλλά μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να έχουν πετύχει τους αρχικούς τους στόχους. Η προσπάθεια εφαρμογής στοιχείων αγοράς και δημιουργίας ανταγωνισμού στο τομέα της Υγείας φαίνεται να απέτυχε. Το ίδιο το πεδίο του ανταγωνισμού στα πλαίσια του NHS ήταν περιορισμένο από την ύπαρξη πολλών μονοπωλίων. Γενικότερα φαίνεται ότι η πολιτική των εσωτερικών αγορών απέτυχε καθώς ο χώρος της Υγείας δεν δείχνει να αντέχει τους κανόνες της αγοράς και του ανταγωνισμού. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Μέσα στα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, το NHS, που είναι ένα από τα παλαιότερα και σημαντικότερα συστήματα Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προσπαθεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες των καιρών, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και να παραμείνει σταθερό στην πορεία επίτευξης της παροχής πλήρους και ποιοτικά αναβαθμισμένης Φροντίδας Υγείας στους πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου. Μετά από μισό αιώνα λειτουργίας η συντριπτική πλειοψηφία του βρετανικού λαού το εμπιστεύεται και το επικροτεί, αφού κατάφερε να διατηρήσει τις συνολικές δαπάνες Υγείας σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, χωρίς να περιορίσει την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρει αν και αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης, εξαιτίας των λιστών αναμονής, για επισκέψεις στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

20.1.1.2. Σουηδία

Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας στηρίζεται στην ύπαρξη Εθνικού συστήματος Υγείας (μοντέλο Beveridge και διέπεται από την αρχή ότι όλοι οι πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, δικαιούνται ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών Υγείας τους. Σύμφωνα με τον νόμο του 1982, οι βασικοί στόχοι του συστήματος Υγείας είναι η «καλή υγεία και οι καλές υπηρεσίες, που θα παρέχονται ισότιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό». Βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την δημόσια ευθύνη για το μεγαλύτερο μέρος του συστήματος με το Δημόσιο να είναι υπεύθυνο για την χρηματοδότηση, την παραγωγή και την παροχή των υπηρεσιών Υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Στην Σουηδία υπάρχουν 21 περιφερειακά συμβούλια και 289 δημοτικά συμβούλια, που έχουν την ευθύνη του σχεδιασμού και της λειτουργίας του συστήματος, ενώ τα έσοδα τους από τους φόρους αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες συγκροτούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Κάθε τομέας χωρίζεται σε υπο-τομείς, που αντιστοιχούν συνήθως στους επιμέρους δήμους της χώρας.

Το σύστημα Υγείας επίσης υποστηρίζεται και κεντρικά, από ένα Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης, που χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών και συμπληρώνει την χρηματοδότηση του συστήματος. Η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους και η μείωση των δαπανών Υγείας καθώς και η ισχυρή παραδοσιακή έμφαση στην νοσοκομειακή περίθαλψη και την ταυτόχρονη χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και η περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού από τους ασθενείς, οδήγησε σε αλλαγές με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών των αλλαγών ήταν η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και η αύξηση του ανταγωνισμού στον τομέα της Υγείας.

Η οργάνωση και η διοίκηση του συστήματος Υγείας είναι ευθύνη των νομαρχιών και των δήμων, με το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων να καθορίζει την πολιτική Υγείας και να θεσπίζει νόμους για θέματα του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος της Υγείας. Την ευθύνη για την οργάνωση, την διοίκηση και την παροχή υπηρεσιών έχουν τα 21 νομαρχιακά συμβούλια και 3 μεγάλοι δήμοι του Γκέ-τεμποργκ, του Μάλμε και του Γκόντλαντ. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Η χρηματοδότηση του σουηδικού συστήματος Υγείας γίνεται κυρίως μέσω των τοπικών, νομαρχιακών και δημοτικών φόρων, που καλύπτουν περίπου το 65% των σχετικών δαπανών. Τα υπόλοιπα καλύπτονται κατά 18% από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης, κατά 10% από την κυβέρνηση, με ένα συνδυασμό κρατικών πόρων, κατά 3% από την ιδιωτική ασφάλιση και κατά 4% από απευθείας πληρωμές.

Υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων λειτουργούν 9 περιφερειακά-ακαδημαϊκά νοσοκομεία και 84 τοπικά, τα οποία αμείβονται βάσει προϋπολογισμών, που περιλαμβάνουν το κόστος για το προσωπικό, τα φάρμακα, τις προμήθειες και τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Οι δήμοι και οι νομαρχίες της χώρας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία στην βάση προοπτικών ανά περίπτωση πληρωμών, με ανάπτυξη συσχετιζόμενων ομάδων Ασθενών και για ορισμένες περιπτώσεις στην βάση υπηρεσιών ανά περίπτωση.

Στην Σουηδία η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη και παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα 1200 κέντρα Υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000-50.000 ατόμων. Οι

γιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία και τα κέντρα πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αμείβονται με μισθό, ενώ οι ιδιώτες γιατροί είναι λίγοι και αμείβονται ανά υπηρεσία. Οι ασθενείς έχουν μικρή ελευθερία επιλογής γιατρού, ενώ έχουν μικρή συμμετοχή στο κόστος για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Όσον αφορά τα φάρμακα τα περισσότερα αποζημιώνονται από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης και σε τιμές που καθορίζονται από ένα σύστημα αναφοράς των τιμών.

Συμπερασματικά, το σύστημα Υγείας της Σουηδίας είναι ένα Εθνικό Σύστημα που βασίζεται στην αποκέντρωση των εξουσιών, την ισότιμη παροχή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες και την προσπάθεια για βελτίωση του γενικότερου επιπέδου των πολιτών μέσα από την παροχή ενός ιδιαίτερα ανεπτυγμένου κράτους πρόνοιας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

20.1.1.3. Γερμανία

Το γερμανικό σύστημα Υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (μοντέλο Bismark), όπου τον κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία Υγείας.

Υπεύθυνη για τις υπηρεσίες Υγείας είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών κρατιδίων. Το υπουργείο Υγείας έχει σε κεντρικό επίπεδο την ευθύνη για την χάραξη της πολιτικής Υγείας και των στρατηγικών, νομοθετεί και γενικότερα αποφασίζει λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της χώρας. Σε περιφερειακό επίπεδο, την ευθύνη των υπηρεσιών Υγείας έχουν οι τοπικές κυβερνήσεις και οι υπουργοί Υγείας αυτών, οι οποίοι καλούνται να εφαρμόσουν την εθνική πολιτική Υγείας, παρεμβαίνοντας όμως για θέματα Υγείας τοπικής εμβέλειας.

Το Γερμανικό σύστημα χρηματοδοτείται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλεια κατά 19% από την γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά σε ιδιωτικές δαπάνες. Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης έχει επιτύχει σχεδόν πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, με το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών να ασφαλίζονται στα ασφαλιστικά ταμεία, που αποτελούν αυτόνομους, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οργανισμούς. Ένα σημαντικό ποσοστό των πολιτών, περίπου το 10%, ασφαλίζεται στις 40 περίπου ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αυτόνομοι, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ασφαλίζουν άτομα ανάλογα με το επάγγελμα τους, την επιχείρηση όπου εργάζονται ή μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Στην δεκαετία του '90 έγιναν αρκετές προσπάθειες να

περιοριστεί ο αριθμός των ταμείων, με αποτέλεσμα σήμερα να έχουν μειωθεί σε 453 σε ολόκληρη την χώρα και να αναμένεται περαιτέρω μείωση, ενώ επιτρέπεται και η ελεύθερη επιλογή από μέρους των ασφαλισμένων των ταμείων στα οποία θα ανήκουν.

Η χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας προέρχεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Οι συνολικές δαπάνες Υγείας στην Γερμανία έφταναν το 10,6% ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που φτάνει τα 8,5%. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος ως ένα από τα ακριβότερα της Ευρώπης. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Το 2000 λειτουργούσαν στην Γερμανία 4.019 γενικά νοσοκομεία, εκ των οποίων 753 ήταν δημόσια, 832 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και 429 ιδιωτικά. Τα νοσοκομεία και των τριών τύπων χρηματοδοτούνται στην βάση ενός ευέλικτου προοπτικού προϋπολογισμού, όπου οι μιν διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες καλύπτονται από τις επιδοτήσεις της ομοσπονδιακής και της τοπικής κυβέρνησης, το δέ λειτουργικό κόστος από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι γιατροί των νοσοκομείων πληρώνονται με μισθό, βάσει ειδικότητας και χρόνων προπηρεσίας.

Στον τομέα των φαρμάκων τα περισσότερα αποζημιώνονται στην βάση ενός συστήματος αναφοράς για τις τιμές. Οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφούν ακριβότερα φάρμακα, αλλά οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν διαφορά στην τιμή, όταν η τιμή του φαρμάκου ξεπερνά την τιμή αναφοράς.

Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα Υγείας, με ριζικές αλλαγές στην δομή και την λειτουργία του. Επίσης μετά την μεταρρύθμιση του 2000, δίνεται έμφαση στην βελτίωση της ποιότητας της Φροντίδας Υγείας μέσα από την μεγαλύτερη και καλύτερη συνεργασία των διαφορετικών φορέων του συστήματος, την βελτίωση της προαγωγής και της πρόληψης της υγείας, την αποδοτική χρήση των πόρων και την καλύτερη πληροφόρηση των ασθενών για την εξάσκηση των δικαιωμάτων τους.

Έτσι φαίνεται ότι το Γερμανικό σύστημα Υγείας, παρά τα προβλήματα του είναι αρκετά αποτελεσματικό και καλά οργανωμένο. Βασισμένο στην κοινωνική αλληλεγγύη, την αποκεντρωμένη οργάνωση, την συνεργασία και την αυτορρύθμιση των διάφορων οργανισμών, προσφέρει υψηλού επιπέδου Φροντίδα Υγείας στους πολίτες του. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

20.1.1.4. Γαλλία

Η Γαλλία διαθέτει ένα αρκετά πολύπλοκο σύστημα υγείας που συνδυάζει το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα τόσο στην παροχή όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας. Αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στην χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό έλεγχο.

Το σύστημα Υγείας της Γαλλίας βασίζεται στην υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση Υγείας, η οποία υποβοηθάται σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από την εθελοντική, κερδοσκοπική ή μη ασφάλιση και έχει καταφέρει να επιτύχει σχεδόν πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, αν και θεωρείται ένα από τα πιο δαπανηρά συστήματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με δεδομένη την αύξηση των εξόδων, σε συνδυασμό με την επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης, την αύξηση της ανεργίας και την προοπτική της γήρανσης του πληθυσμού, η Γαλλία ήταν από τις πρώτες χώρες που έλαβε μέτρα για τον περιορισμό του κόστους, τόσο στην πλευρά της προσφοράς όσο και της ζήτησης των υπηρεσιών Υγείας. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Το σύστημα Υγείας στην Γαλλία ρυθμίζεται στενά από την κυβέρνηση. Η κεντρική κυβέρνηση έχει την ευθύνη για την προστασία όλων των πολιτών, για την δημόσια Υγεία και την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας, τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης της φροντίδας, τον έλεγχο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και την οργάνωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών Υγείας. Το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι υπεύθυνο για την χάραξη της πολιτικής Υγείας σε εθνικό επίπεδο, ενώ σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν 22 περιφερειακά γραφεία Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Η πλήρης πρόσβαση στην Φροντίδα Υγείας εξασφαλίζεται από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης της Υγείας (National Health Insurance System, NHI), το οποίο καλύπτει το 99% του πληθυσμού. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Το NHI χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και καλύπτει περίπου το 74% των συνολικών δαπανών Υγείας στην Γαλλία. Το υπόλοιπο ποσοστό των σχετικών δαπανών καλύπτεται από τις εθελοντικές κερδοσκοπικές οργανώσεις κατά 6% από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κατά 5% από την γενική φορολογία προέρχεται λιγότερο από 3% και το υπόλοιπο 13% είναι ιδιωτικές δαπάνες που συνιστούν την συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Οι δαπάνες Υγείας στην Γαλλία αυξάνουν γρηγορότερα από την οικονομία της χώρας και το 2000 έφταναν το 9,5% με τον μέσο όρο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο 8,5%.

Στην Γαλλία είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας και στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το 64,7% των γαλλικών

νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο ,το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς,μή κερδοσκοπικούς οργανισμούς.Τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία που συμμετέχουν στο ΝΗΙ χρηματοδοτούνται με προοπτικούς ,σφαιρικούς προϋπολογισμούς,με βάση το ποσοστό χρηματοδότησης τους απο την κοινωνική ασφάλιση.Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται απο ιδιωτικές πληρωμές.Οι γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθούς,ενώ στα ιδιωτικά εφαρμόζεται κυρίως το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής.

Για την πρωτοβάθμια φροντίδα οι ιδιώτες γιατροί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:εκείνοι που είναι συμβεβλημένοι με το ΝΗΙ και πληρώνονται κατά πράξη και εκείνοι που δεν είναι συμβεβλημένοι με το ΝΗΙ και καθορίζουν μόνοι τους τις τιμές τους,οι οποίες μπορούν να ξεπερνούν τις επίσημα καθορισμένες τιμές έως και 50%.

Στον τομέα των φαρμάκων υπάρχει λίστα με αυτά που αποζημιώνονται.Οι τιμές και το ύψος της αποζημίωσης καθορίζονται απο το υπουργείο Υγείας.(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007).

Τα κύρια προβλήματα του γαλλικού συστήματος Υγείας σχετίζονται με την απόδοση και την αξιολόγηση του.Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι προσπάθειες για σταθερότητα της κοινωνικής ασφάλισης στην Γαλλία,λόγω της μείωσης των εισφορών που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της χαμηλής οικονομικής ανάπτυξης και της αύξησης της ανεργίας.Το μόνο μέτρο που σημειώνει μια σχετική επιτυχία είναι η εισαγωγή προοπτικών,σφαιρικών προϋπολογισμών για τα νοσοκομεία.Η Εθνική Υπηρεσία είναι καλά οργανωμένη και φαίνεται να συνεισφέρει θετικά στις προσπάθειες αξιολόγησης της τεχνολογίας.Οι τελευταίες προσπάθειες μεταρρύθμισης του γαλλικού συστήματος κινούνται στην κατεύθυνση του ελέγχου των δαπανών Υγείας απο την μία,και της εξασφάλισης μιας πιο δίκαιης κατανομής των πόρων και της διανομής των υπηρεσιών απο την άλλη.(Καλογεροπούλου,Μουρδουκούτας,2007)

Στο τέλος θα ήθελα να αναφέρω ότι γίνονται προσπάθειες για οργανωτικές και διοικητικές αλλαγές που θα βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος.Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι στην Γαλλία δεν έχει δοθεί η ανάλογη σημασία στην ανάπτυξη της μακράς διάρκειας Φροντίδας για τους χρόνια πάσχοντες και τους ηλικιωμένους,γεγονός που αναμένεται να δημιουργήσει προβλήματα στο σύστημα Υγείας τα επόμενα χρόνια,με δεδομένη την συνεχή γήρανση του πληθυσμού.

20.1.2.Αμερική

Το αμερικάνικο σύστημα Υγείας θεωρείται ως το αντιπροσωπευτικότερο του ελεύθερου –ιδιωτικού μοντέλου.Λειτουργεί με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς,δηλαδή με το λιγότερο δυνατό κρατικό παρεμβατισμό.Αυτό σημαίνει ότι το δικαίωμα στην Υγεία

εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει και ότι η ασφάλιση Υγείας αποτελεί προσωπική υπόθεση και ευθύνη του ατόμου.

Οι υπηρεσίες Υγείας παρέχονται από ένα χαλαρά δομημένο σε περιφερειακό επίπεδο σύστημα, που στηρίζεται κυρίως στα ιδιωτικά ταμεία ασφάλισης. Η παρέμβαση του κράτους συνίσταται στον καθορισμό αρχών και κανόνων λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας, που είναι στην πλειονότητα τους ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

Από χρηματοδοτικής πλευράς η ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση χρηματοδοτούν εν μέρει ή πλήρως τα προγράμματα του Medicare για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες, τα προγράμματα Medicaid για ανέργους και φτωχούς, καθώς και μια σειρά από άλλους οργανισμούς και δραστηριότητες που έχουν σχέση με την εκπαίδευση και την δημόσια Υγεία, προγράμματα για την μητρότητα και το παιδί, για τους μετανάστες κ.λ.π. Πέραν αυτών μερικά νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα χρηματοδοτούνται είτε άμεσα ή έμμεσα από τα προγράμματα του Medicare και Medicaid.

Οι δαπάνες Υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο και αντιστοιχούσαν το 2000 στο 13% με 5,8% για τις δημόσιες και 7,2% για τις ιδιωτικές. Οι πόροι για την Υγεία προέρχονται κατά 45% από κρατικούς πόρους και κατά το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές πληρωμές, κυρίως ασφάλιστρα σε ασφαλιστικές εταιρείες και την ίδια συμμετοχή του ασθενούς. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καλύπτει το 29% των δαπανών, κυρίως μέσω των Medicare και Medicaid, αλλά και μέσω προγραμμάτων Υγείας για τις ένοπλες δυνάμεις και τους βετεράνους των πολέμων. Το 13% των δαπανών, το οποίο προέρχεται από πολιτειακούς και τοπικούς φόρους, καλύπτει δαπάνες κυρίως για το Medicaid και για άλλα πολιτειακά προγράμματα Υγείας.

Τα κυριότερα προγράμματα υγειονομικής κάλυψης που προσφέρονται σήμερα στους Αμερικανούς πολίτες είναι:

- Τα προγράμματα του Medicare, που καλύπτουν όλα τα άτομα άνω των 65 ετών, τα άτομα με μόνιμη αναπηρία. Αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό πρόγραμμα και καλύπτει περίπου 36 εκατομμύρια ατόμων. Χρηματοδοτείται κυρίως μέσω ενός ειδικού φόρου για όλους τους εργαζόμενους, από άμεσους φόρους και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο υπο-προγράμματα: το πρώτο που είναι υποχρεωτικό, καλύπτει μόνο τη νοσοκομειακή περίθαλψη και παρέχεται σχεδόν δωρεάν, και το δεύτερο που είναι προαιρετικό και καλύπτει μέρος της δαπάνης για εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη. Το πρόγραμμα είναι συμβεβλημένο κατά πολιτεία με νοσοκομεία και γιατρούς, που αμείβει με καθορισμένες τιμές. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

- Τα προγράμματα, του Medicaid, που καλύπτουν άτομα πολύ χαμηλού εισοδήματος με χρόνια προβλήματα Υγείας, τυφλούς, ανέργους κ.λ.π. Το Medicaid καλύπτει περίπου 25 εκατομμύρια άτομα. Κάθε πολιτεία χρηματοδοτεί το δικό της πρόγραμμα Medicaid, αλλά η πλειοψηφία της χρηματοδότησης προέρχεται από την εθνική φορολογία. Το Medicaid καλύπτει σχεδόν πλήρως όλο το φάσμα των Υπηρεσιών Υγείας, μέσα από συμβάσεις που συνάπτει το πρόγραμμα σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιδιώτες γιατρούς, (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)
- Προγράμματα που προσφέρονται μέσα από παραδοσιακού τύπου ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι εταιρείες αυτές προσφέρουν μια σειρά από ασφαλιστικές καλύψεις, που απευθύνονται σε ομάδες ή άτομα, των οποίων οι τιμές καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία, το επάγγελμα, την κατάσταση της υγείας των πελατών. Τα ασφάλιστρα καταβάλλονται από τον εργοδότη του ασφαλισμένου. Η παροχή γίνεται μέσα από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια ασφαλιστική εταιρεία, είτε με συμβεβλημένα νοσοκομεία και γιατρούς είτε με νοσοκομεία της προτίμησης του ασφαλισμένου.
- Προγράμματα που προέρχονται από την ομάδα των ιδιωτικών ταμείων ασφάλισης, τα οποία προσφέρουν την λεγόμενη κατευθυνόμενη Φροντίδα Υγείας. Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα είναι οι Οργανισμοί Υγειονομικής Φροντίδας (Health Maintenance Organizations, HMOs) και οι οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations, PPOs). Οι HMOs αποτελούν ομάδες γιατρών, που προσφέρουν υπηρεσίες Υγείας σε ένα σύνολο εγγεγραμμένων ατόμων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αμείβονται βάσει μιας ετήσιας συνδρομής. Οι PPOs είναι μηχανισμοί διαμεσολάβησης μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών υπηρεσιών Υγείας. Τα προγράμματα αυτά θέτουν περιορισμούς τόσο στους γιατρούς όσο και στους ασφαλισμένους προκειμένου να μειώσουν το κόστος.

Στις ΗΠΑ λειτουργούν περίπου 5.900 νοσοκομεία, από τα οποία μόνο τα 747 είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά. Το 70% των νοσοκομείων είναι κοινωφελή, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, ιδιωτικά, κοινοτικά ή ακαδημαϊκά. Τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από τις υψηλές επενδύσεις στην ακριβή τεχνολογία και από την ύπαρξη αυστηρών κριτηρίων ποιότητας.

Συμπερασματικά, το σύστημα των ΗΠΑ είναι πολύπλοκο και το πλέον δαπανηρό, με πολύ υψηλούς ετήσιους ρυθμούς αύξησης των δαπανών. Επίσης δεν εξασφαλίζει καθολική κάλυψη του πληθυσμού και είναι κοινωνικά άδικο. Οι Αμερικανοί πολίτες παρουσιάζονται μέσα από δημοσκοπήσεις δυσαρεστημένοι από αυτό, ενώ επιστήμονες το έχουν χαρακτηρίσει ως το πλέον δαπανηρό, αναποτελεσματικό και γραφειοκρατικό σύστημα και ως ένα σύστημα της στέρησης και της αφθονίας. Το πρόβλημα εντοπίζεται όσον αφορά την κάλυψη των ανασφάλιστων, οι οποίοι καταβάλλουν πολύ υψηλές τιμές

κατά την χρήση των υπηρεσιών Υγείας. Παρόλα αυτά, το αμερικάνικο σύστημα, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως μη αποδοτικό, εξαιτίας των πολύ υψηλών δαπανών, διότι δεν είναι σπάταλο. Παράλληλα στην Αμερική πραγματοποιούνται πολλές θεραπευτικές και προληπτικές παρεμβάσεις, οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Στο παράρτημα ΙΙΙ μπορείτε να δείτε τον πίνακα 8 όπου σε συτόν φαίνονται τα συστήματα υγείας των χωρών.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ:ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία

3.1.Εισαγωγή

Η έρευνα στις υπηρεσίες υγείας αποσκοπεί κυρίως στην βελτίωση τους. Σε μια εποχή που οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται ραγδαία και πολλές ιατρικές αγωγές και υπηρεσίες αμβισβητούνται ως προς την προσφορά τους, η έρευνα σχετικά με την οργάνωση και την λειτουργία τους αποτελεί πολύτιμη δραστηριότητα προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του.

Ένα νέο αίτημα των καιρών που αφορά την ικανοποίηση των επιθυμιών και των προσδοκιών των ασθενών των υπηρεσιών υγείας, καθιστά την έρευνα ακόμα πιο επιτακτική και αναγκαία. Χωρίς ερευνητική δραστηριότητα δεν είναι δυνατή ούτε η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, ούτε η αποτίμηση των επιπτώσεων που έχουν διορθωτικές αλλαγές ή νέες παροχές. (Τούντας, 2008).

Οι μέθοδοι έρευνας μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες στις ποσοτικές και ποιοτικές έρευνες. Στις ποσοτικές έρευνες ιδιαίτερη θέση κατέχουν οι τυχαιοποιημένες ή πειραματικές επιδημιολογικές μέθοδοι, λόγω της ισχυρής δυνατότητας να ελέγχουν αιτιολογικές υποθέσεις και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Σύμφωνα με τους Hammersley και Atkinson (1983), οι ερευνητικές μέθοδοι πρέπει να επιλέγονται ανάλογα με τον σκοπό, ώστε τα σύνθετα ερωτήματα που προκύπτουν από τα σύνθετα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας να μπορούν να απαντηθούν από ένα εξίσου ευρύ φάσμα ερευνητικών μεθόδων. (Τούντας, 2008).

Οι Kirk & Miller (1986) ορίζουν την ποιοτική έρευνα ως «μια παράδοση στην κοινωνική επιστήμη, που εξαρτάται από το να βλέπεις τους ανθρώπους στο φυσικό τους περιβάλλον, χρησιμοποιώντας την δική τους γλώσσα και τους δικούς τους όρους». Γι' αυτό και η ποιοτική έρευνα αποκαλείται νατουραλιστική. (Ραφτόπουλος, 2009).

Η ποιοτική έρευνα αναδεικνύει την σημασία που αποδίδει κάθε άτομο στις εμπειρίες του από την κοινωνική αλληλεπίδραση και τον τρόπο που ερμηνεύει τον κόσμο. Γι' αυτό τον λόγο καλείται και ερμηνευτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα δεν είναι χρήσιμη μόνο στο πρώτο στάδιο της ποσοτικής έρευνας. Έχει επίσης να διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο και στην εγκυρότητα της, αφού πολλές φορές ενδυναμώνει την επανερμηνεία των αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας. (Ραφτόπουλος, 2009)

Ο κορμός μιας ποιοτικής έρευνας αποτελείται κυρίως από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος το αποτελούν τα στοιχεία-δεδομένα, η συλλογή των οποίων γίνεται κυρίως με την συνεντεύξη ή την παρατήρηση. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από την αναλυτική ή ερμηνευτική διαδικασία, με την οποία ο ερευνητής καταλήγει σε κάποια αποτελέσματα ή

αναπτύσσει νέα θεωρία. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει συγκεκριμένες τεχνικές για την θεματοποίηση των στοιχείων-δεδομένων. Η διεργασία ονομάζεται Κωδικοποίηση και ποικίλει ανάλογα με την εκπαίδευση και την εμπειρία του ερευνητή καθώς επίσης και τον στόχο του ερευνητικού προβλήματος. Η Κωδικοποίηση ουσιαστικά είναι η επεξεργασία του υλικού με την βοήθεια της κατηγοριοποίησης με στόχο την κατάδειξη και την εμφάνιση συγκεκριμένων κατηγοριών. Το τρίτο μέρος μιας ποιοτικής έρευνας αποτελούν οι γραπτές και προφορικές ανακοινώσεις. Επίσης ένα σημαντικό σημείο στην διαδικασία της ποιοτικής έρευνας είναι η εκτίμηση των στοιχείων-δεδομένων. (Ραφτόπουλος, 2009).

Σύμφωνα με τους Chenitz & Swanson (1986) τονίζουν πως οι όροι «εγκυρότητα» και «αξιοπιστία» αποφεύγονται στην ποιοτική έρευνα, και προτιμώνται οι όροι «αλήθεια» (truth) και «ακρίβεια» (accuracy).

Επίσης υπάρχουν διάφορες μέθοδοι έρευνας στις υπηρεσίες υγείας και μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες: (Τούντας, 2008)

- Επιδημιολογικές έρευνες
- Ποιοτικές έρευνες
- Οργανωτικές μελέτες
- Μελέτες επιχειρησιακής έρευνας
- Άλλες μικρότερης σημασίας κατηγορίες.

3.2. Εξήγηση του όρου της Μεθοδολογίας έρευνας

Αφού προσδιορίσουμε το μέγεθος του δείγματος και επιλέξουμε μια τεχνική δειγματοληψίας, στην συνέχεια ,πρέπει να προσδιορίσουμε την μέθοδο με την οποία θα ερευνήσουμε το μέγεθος του πληθυσμού. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των πηγών (οικονομικοί, ανθρώπινοι και φυσικοί πόροι), τον χρόνο, την ακρίβεια, μεροληψία και άνεση. (Παπανικολάου, 2007)

Υπάρχουν τουλάχιστον τρία μέσα έρευνας του πληθυσμού που είναι :

(1)η ταχυδρομική έρευνα

(2)η τηλεφωνική

(3)η συνέντευξη

(1) Η ταχυδρομική έρευνα είναι ικανή να προσεγγίσει μεγαλύτερο αριθμό ατόμων με ελάχιστο ποσό δαπάνης και ανθρώπινων πόρων. Αυτή η μέθοδος προσφέρει τίμιες (ειδικά εάν η ταυτότητα του ανταποκρινόμενου είναι ανώνυμη) και λιγότερο αβίαστες απαντήσεις. Το κύριο πρόβλημα με αυτόν τον τρόπο έρευνας είναι ο δείκτης ανταπόκρισης, ο οποίος εάν είναι χαμηλός, προσφέρει μη αντιπροσωπευτικές ανταποκρίσεις του συνολικού πληθυσμού. Φυσικά η λανθασμένη ερμηνεία των

ερωτήσεων ή η μη συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων ίσως αποκλείσει την ακριβή ανάλυση των αποτελεσμάτων. Επίσης θα περιορίσει ακόμα περισσότερο το ήδη χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης. Έτσι με αυτή την μέθοδο ο ερευνητής πρέπει να αποστείλει ταχυδρομικά ερωτηματολόγια σε πολλαπλάσιο αριθμό του επιθυμητού δείγματος, καθώς το τελικό δείγμα για ανάλυση ενδεχομένως να είναι εξαιρετικά μικρό. (Παπανικολάου, 2007).

(2) Η τηλεφωνική έρευνα είναι πολύ ακριβής, αλλά οι απαντήσεις μπορεί να είναι μεροληπτικές. Απαιτείται ειδική εκπαίδευση και καθοδήγηση των συνεντευκτών ώστε αφενός μὲν να μην θέτουν ερωτήσεις με τρόπο που να εκμαιεύουν την απάντηση, αφετέρου δε να καταγράφουν επακριβώς τις απαντήσεις ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή από το δείγμα αντικειμενικών και αμερόληπτων δεδομένων. Αυτή η μέθοδος έχει το πλεονέκτημα να παρουσιάζει υψηλούς δείκτες ανταπόκρισης και μπορεί να ολοκληρωθεί σχετικά σύντομα, ειδικά εάν οι απαντήσεις συγκεντρώνονται ηλεκτρονικά.

(3) Η συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο είναι η πιο ακριβής μέθοδος, αλλά πάλι μπορεί να είναι μεροληπτική επειδή η ταυτότητα του ανταποκρινόμενου αν και προστατευόμενη, δεν παραμένει άγνωστη. Οι συνεντευκτές θα πρέπει να είναι σωστά εκπαιδευμένοι στις τεχνικές συνεντεύξεων και να αποφεύγουν τις καθοδηγούμενες απαντήσεις με σκοπό να ελαχιστοποιήσουν την μεροληψία των απαντήσεων. Οι έρευνες μέσω συνεντεύξεων συνήθως απολαμβάνουν ένα υψηλότερο δείκτη ανταπόκρισης από άλλους τύπους ερευνών, αλλά έχουν υψηλό βαθμό δυσκολίας λόγω του κόστους και της πιθανής μη διαθεσιμότητας του ανταποκρινόμενου. (Παπανικολάου, 2007).

3.3. Σκοπός της Έρευνας-Στόχοι της έρευνας

3.3.1. Σκοπός της έρευνας:

Να καταγράψει τις απόψεις των ασθενών κυρίως σε ερωτήματα που αφορούν τις δέκα διαστάσεις της ποιότητας και να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα τις «οφθαλμιατρικές υπηρεσίες».

3.3.2. Στόχοι της έρευνας:

- η καταγραφή των μη ικανοποιητικών διαστάσεων της ποιότητας και η εύρεση τρόπων καλυτέρευσης και βελτίωσης τους,
- να δοθεί η όσον το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση στον ασθενή ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρεται,
- η αύξηση της ευχαρίστησης αλλά και εμπιστοσύνης των ασθενών όσον αφορά την εξέταση τους κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, έτσι ώστε να τους προσφέρεται περισσότερη ασφάλεια και ανταπόκριση στις ανάγκες τους,

- η καλύτερευση γενικά του κυπριακού συστήματος υγείας ώστε ο παλιός εξοπλισμός μηχανημάτων να αντικατασταθεί με καινούριο σύγχρονο εξοπλισμό,
- η βελτίωση των ικανοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με ειδικά σεμινάρια,εξειδικεύσεις κ.λ.π
- η μείωση της μεγάλης αναμονής των ραντεβού κυρίως στα δημόσια νοσηλευτήρια,
- η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες οφθαλμιατρικές υπηρεσίες υγείας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα,
- η άμεση καταγραφή για καλές εγκαταστάσεις,καθαριότητα στους χώρους του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου,
- η προσέλκυση ασθενών κυρίως στα ιδιωτικά ιατρεία με καλύτερες τιμές ώστε να μειωθεί και η μεγάλη αναμονή των ραντεβού στα δημόσια νοσοκομεία κ.λ.π.

3.4. Δείγμα Πληθυσμού-Περίοδος Διεξαγωγής της έρευνας

Το δείγμα πληθυσμού που έχει χρησιμοποιηθεί για την έρευνα συνολικά και για ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας και για τον δημόσιο τομέα υγείας είναι 60 άτομα.Συγκεκριμένα συμπληρώθηκαν 30 ερωτηματολόγια για τον ιδιωτικό τομέα –ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας το οποίο βρίσκεται στην Λεμεσό και 30 ερωτηματολόγια για τον Δημόσιο τομέα-Νοσοκομείο Λευκωσίας-Τμήμα Οφθαλμολογίας.

Η έρευνα έχει διεξαχθεί απο 23 Μαρτίου έως 3 Μαΐου το 2015 απο πρωτογενή δεδομένα που συλλέγηκαν για πρώτη φορά.Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν συνολικά και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα απο 24 άντρες και 36 γυναίκες ηλικίας απο 20-69 ετών στον χώρο του ιδιωτικού ιατρείου τα απογεύματα και στο Νοσοκομείο Λευκωσίας-Τμήμα Οφθαλμολογίας,τα πρωινά.

Η έρευνα έχει ολοκληρωθεί σε τέσσερις φάσεις :

- απο 23 Μαρτίου έως 27 Μαρτίου 2015 στον χώρο του νοσοκομείου Λευκωσίας-Οφθαλμολογικό Τμήμα.
- απο 30 Μαρτίου έως 3 Απριλίου 2015 πάλι στον χώρο του νοσοκομείου Λευκωσίας-Οφθαλμολογικό Τμήμα.
- απο 20 Απριλίου έως 24 Απριλίου 2015 στον χώρο του ιδιωτικού ιατρείου Οφθαλμολογίας που βρίσκεται στη Λεμεσό
- απο 27 Απριλίου έως 3 Μαΐου και στους δύο χώρους αντίστοιχα σε ξεχωριστές ώρες της ημέρας.

3.5. Μέθοδος έρευνας- Σχεδιασμός Ερευνητικού Πλάνου-Εργαλείο Έρευνας

(α)Μέθοδος έρευνας:

Η μέθοδος που έχω διαλέξει για να γίνει η έρευνα είναι η προσωπική λόγω του ότι μας δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα,λόγω του ότι δεν έχει κανένα κόστος και λόγω του ότι ο ερωτώμενος με αυτή την μέθοδο ανταποκρίνεται άμεσα.

(β)Σχεδιασμός Ερευνητικού Πλάνου-Εργαλείο έρευνας:

Έχω αντλήσει πληροφορίες απο πρωτογενή δεδομένα.Ως ερευνητική προσέγγιση επιλέγω την δειγματοληπτική έρευνα.Η έρευνα θα είναι ποσοτική και περιγραφική.

Ως εργαλείο έρευνας έχω διαλέξει το ερωτηματολόγιο το οποίο βασίζεται στις δέκα διαστάσεις της ποιότητας σύμφωνα με το μοντέλο Servqual, το οποίο χρησιμοποιείται για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και γενικότερα.

3.6.Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στην κλίμακα Likert και ο ερωτώμενος καλείται να δηλώσει τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του στα διάφορα ερωτήματα.Το είδος των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου.Η κωδικοποίηση θα είναι απο το 1-5 όπου 1 Διαφωνώ απόλυτα (αρνητική στάση) και όπου 5 Συμφωνώ Απόλυτα (θετική στάση) ή όπου 1 Πολύ χαμηλό(αρνητική στάση) και όπου 5 Πολύ Καλό(Θετική στάση) ή όπου 1 Όχι σημαντικό(αρνητική στάση)και όπου 5 Εξαιρετικά Σημαντικό(Θετική στάση).

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και στις δύο περιπτώσεις της έρευνας και για την έρευνα που έχει διεξαχθεί στον ιδιωτικό ιατρείο και για την έρευνα που έχει διεξαχθεί στο δημόσιο νοσοκομείο αντίστοιχα.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρία μέρη:

-Το Μέρος Α βασίζεται στις Προσδοκίες των Ασθενών(Τι περιμένετε απο ένα νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο)το οποίο αποτελείται απο 19 ερωτήσεις και τον Βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου που αποτελείται απο 5 ερωτήσεις που αφορούν εγκαταστάσεις,προσωπικό,θέματα επικοινωνίας,εξοπλισμό κ.λ.π.

-Το Μέρος Β βασίζεται στις Προσφερόμενες υπηρεσίες(Τι σας προσφέρει το συγκεκριμένο νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο) και αποτελείται απο 19 ερωτήσεις και τον

βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου που αποτελείται από 6 ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενή.

-Το **Μέρος Γ** το οποίο βασίζεται στα **Δημογραφικά στοιχεία** που αποτελείται από **16 ερωτήματα**.

Και τέλος η τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου αποτελείται από τις **Γενικές Παρατηρήσεις**.

Το ερωτηματολόγιο γενικά αποτελείται από **49 ερωτήσεις** γενικού τύπου και **16 ερωτήσεις** για τα **Δημογραφικά στοιχεία**.

3.7. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα βασίζονται στις δέκα διαστάσεις της ποιότητας οι οποίες είναι:

Ασφάλεια,Αξιοπιστία,Ευγένεια,Προσβασιμότητα,Ανταπόκριση,Επικοινωνία,Αντιληπτικότητα,Ικανότητες Εργαζομένων,Χειροπιαστά στοιχεία,Φερεγγυότητα.

Μερικά από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Εάν υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός;
- Εάν τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;
- Εάν υπάρχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;
- Εάν υπάρχει εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή;
- Εάν το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί(αξιοπιστία);
- Εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;
- Εάν υπάρχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι σας;
- Εάν το προσωπικό είναι εξειδικευμένο να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;
- Εάν είστε ικανοποιημένοι από την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο;
- Εάν θα ξαναεπισκεφτόσασταν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες στο μέλλον;

-Ποιο θα θεωρούσατε το μεγαλύτερο ελάττωμα ή προτέρημα του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου; κ.ά.

Κεφάλαιο 4: Ανάλυση δεδομένων και Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Ιδιωτικός Τομέας-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες

4.1.Παρουσίαση Αποτελεσμάτων –Δημογραφικά στοιχεία-Ιδιωτικός Τομέας- Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες

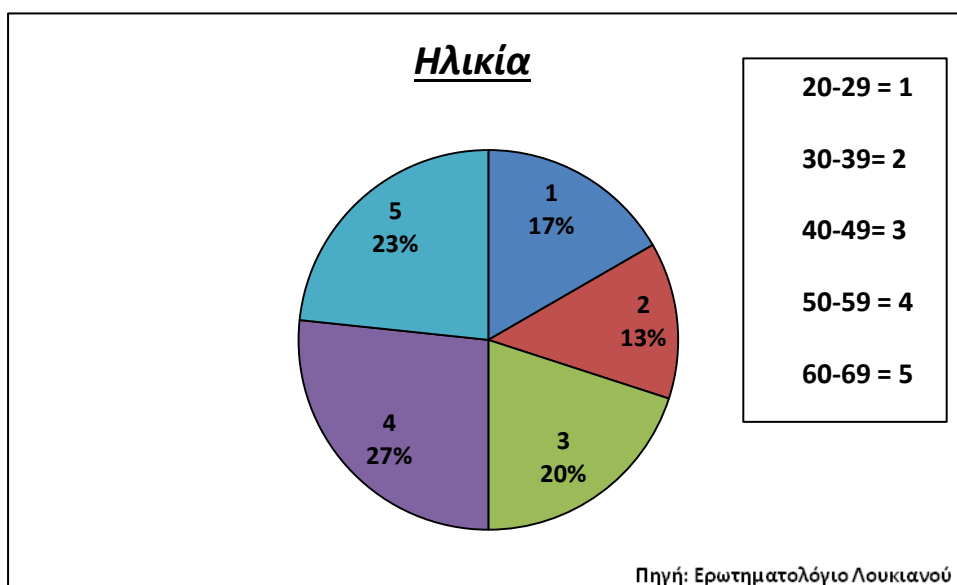
Όσον αφορά τα ερωτήματα που αφορούν τα Δημογραφικά στοιχεία στο Μέρος Γ του Ερωτηματολογίου έχει ζητηθεί από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν σε 12 ερωτήσεις τις οποίες μπορείτε να δείτε παρακάτω.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μετά από έρευνα σε ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας που βρίσκεται στη Λεμεσό από 30 άτομα.

Από τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου έχουν εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα. Στην παρούσα Διατριβή αναφέρονται τα πιο σημαντικά. Για τα υπόλοιπα παρακαλώ όπως αποταθείτε στην συγγραφέα, για περισσότερες πληροφορίες ως προς όλα τα αποτελέσματα.

Φύλο: Έχουν απαντήσει το ερωτηματολόγιο 13 άντρες και 17 γυναίκες.

Ηλικία:



Διάγραμμα 1

<u>Ηλικία</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
5	1
4	2
6	3
8	4
7	5

Πίνακας 1

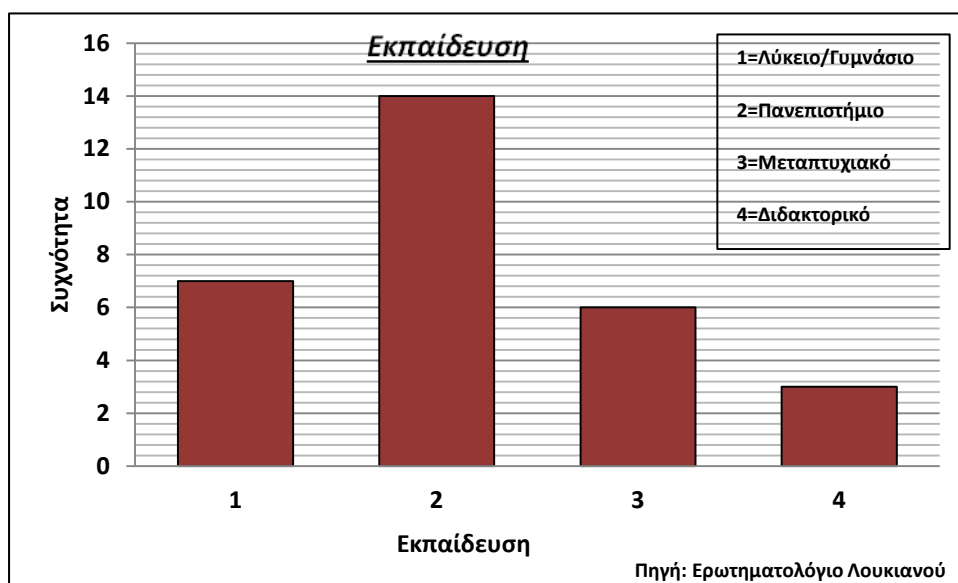
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει απο ποιες ηλικίες έχει συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο.Έχει συμπληρωθεί απο 20-69 χρονών και έχει γίνει κωδικοποίηση όπου:

20-29 =1, 30-39=2, 40-49 =3, 50-59 = 4, 60-69 =5

Στο Διάγραμμα 1 των ερωτηθέντων φαίνεται ότι το 27% ήταν ηλικίας 50-59 χρόνων που απάντησαν και επισκέφθηκαν το συγκεκριμένο ιατρείο,το 23% ήταν ηλικίας 60-69 χρονών,το 20% ήταν ηλικίας απο 40-49 χρονών,το 17% ήταν ηλικίας 20-29 χρονών και τέλος το 13% ηλικίας απο 30-39 ετών συμπλήρωσαν και επισκέφθηκαν το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας.

Τόπος Μόνιμης Διαμονής: Έχουν επισκεφθεί το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας 16 άτομα από Λεμεσό, 9 άτομα από Λευκωσία, 3 από Λάρνακα και 2 από Πάφο.

Εκπαίδευση:



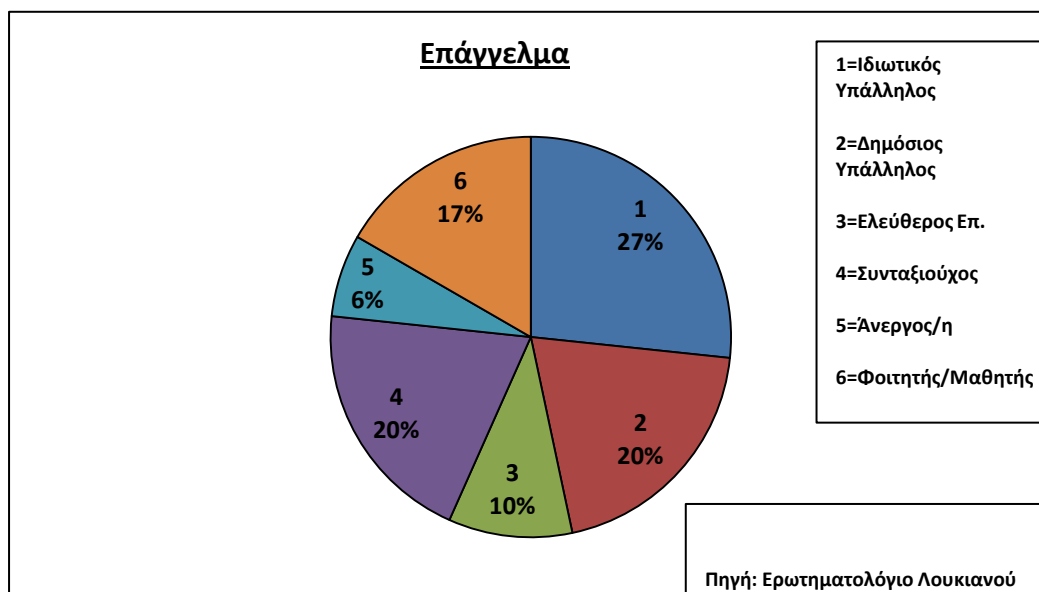
Διάγραμμα 2

Εκπαίδευση	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
7	1
14	2
6	3
3	4

Πίνακας 2

Απο τον παραπάνω πίνακα 2 φαίνεται ότι αφού πάλι έχει γίνει κωδικοποίηση που φαίνεται στο Διάγραμμα 2 , 14 άτομα που έχουν επισκεφθεί το ιατρείο είχαν πανεπιστημιακή μόρφωση, 7 άτομα είχαν εκπαίδευση Λύκειου/Γυμνασίου, 6 άτομα είχαν εκπαίδευση σε μεταπτυχιακά και 3 άτομα εκπαίδευση σε Διδακτορικό.

Επάγγελμα:



Διάγραμμα 3

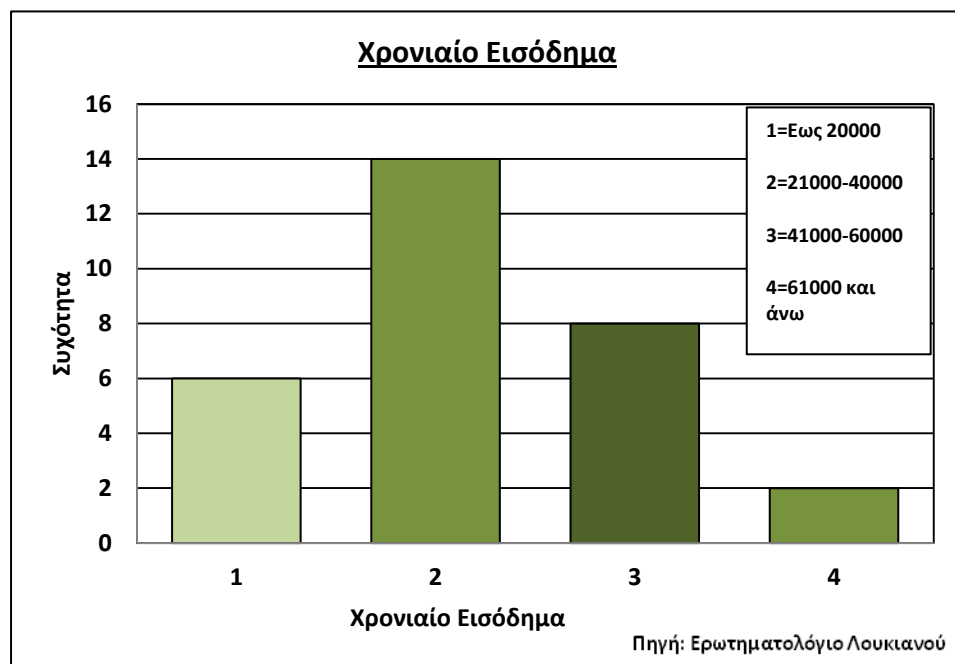
<u>Επάγγελμα</u>	<u>Κλάση</u>
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
8	1
6	2
3	3
6	4
2	5
5	6

Πίνακας 3

Απο τον παραπάνω **πίνακα 3** που αφορά το **επάγγελμα** και το **Διάγραμμα 3** που έχει γίνει πάλι κωδικοποίηση (η οποία φαίνεται στο **Διάγραμμα 3**) φαίνεται ότι το **27%** που επισκέφτηκαν το ιατρείο οφθαλμολογίας ήταν **Ιδιωτικοί Υπάλληλοι**, το **20%** **Δημόσιοι Υπάλληλοι**, το **10%** **Ελεύθεροι Επαγγελματίες**, το **20%** **Συνταξιούχοι**, το **6%** **Ανεργοί** και το **17%** **Φοιτητές/Μαθητές**.

Ασφάλιση: Έχουν επισκεφτεί το ιατρείο **14 άτομα με Δημόσια ασφάλεια**, **5 άτομα με ιδιωτική ασφάλιση**, **6 άτομα με καμία ασφάλιση** και **5 άτομα με ιδιωτική και δημόσια ασφάλιση**.

Χρονιαίο Εισόδημα:



Διάγραμμα 4

<u>Χρονιαίο Εισόδημα</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
6	1
14	2
8	3
2	4

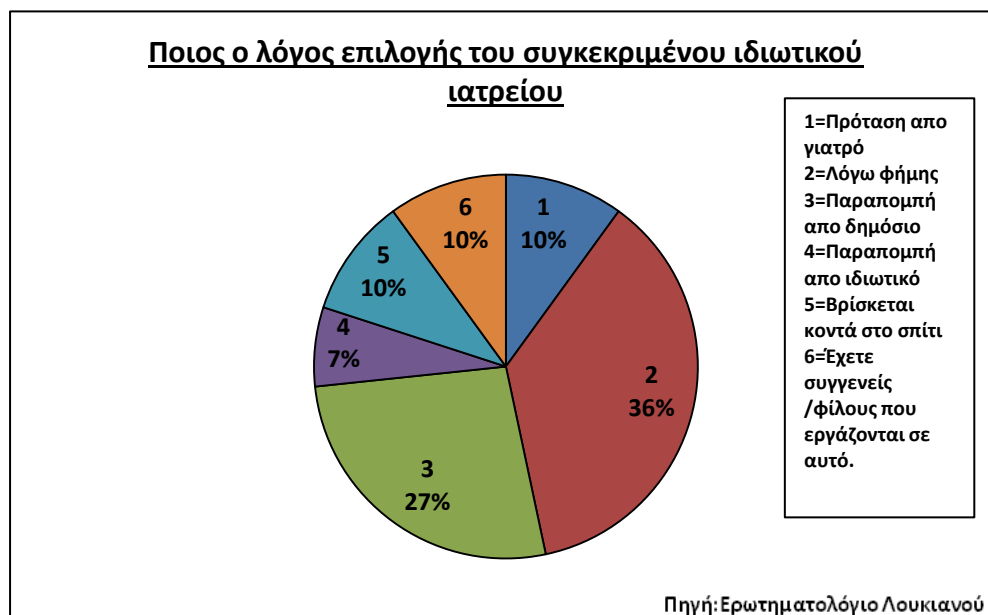
Πίνακας 4

Στο παραπάνω πίνακα 4 και Διάγραμμα 4 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 14 άτομα που επισκέφτηκαν το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας είχαν Χρονιαίο εισόδημα απο 21.000-40.000, 8 άτομα απο 41.000-60.000 Χρονιαίο Εισόδημα, 6 άτομα έως 20.000 και 2 άτομα με Χρονιαίο Εισόδημα 61.000 και άνω.

Άτομα που συντηρούνται απο αυτό το εισόδημα:14 άτομα απάντησαν ότι απο το Χρονιαίο Εισόδημα των 21.000-40.000 συντηρούνται 3 άτομα,8 άτομα απάντησαν ότι απο το εισόδημα των 41.000-60.000 συντηρούνται 4 άτομα,6 άτομα απάντησαν ότι απο το Χρονιαίο Εισόδημα των 20.000 συντηρούνται 1 άτομο ή δύο άτομα και απο το Χρονιαίο Εισόδημα των 61.000 χιλιάδων και άνω συντηρούνται 3-4 άτομα.

Αν έχετε ξανά επισκεφτεί ξανά ιδιωτικές οφθαλμιατρικές υπηρεσίες;Πόσες φορές;Για ποιο λόγο;20 άτομα απάντησαν ότι έχουν ξαναεπισκεφτεί ιδιωτικές οφθαλμιατρικές υπηρεσίες,απο μιά ή δύο ή τρεις φορές και 5 άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν ξαναεπισκεφτεί ιδιωτικές οφθαλμιατρικές υπηρεσίες.Ο λόγος επίσκεψης των περισσότερων που απάντησαν ήταν για μέτρηση και καταγραφή συνταγής γυαλιών για μακριά ή κοντά,για κοκκίνισμα στα μάτια,για κερατόκωνο,για εξέταση καταρράκτη,για ενόχληση απο ξένο σώμα στο μάτι,για μέτρηση οφθαλμολογικής πίεσης,για αποκόλληση αμφιβληστροειδούς,για εξετάσεις ηλεκτροφυσιολογίας,για μεγάλη μείωση στην όραση και θεραπεία με ενέσεις κ.λ.π.

Ποιος ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρού αυτή την φορά;



Διάγραμμα 5

<u>Ποιος ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρού</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
3	1
11	2
8	3
2	4
3	5
3	6

Πίνακας 5

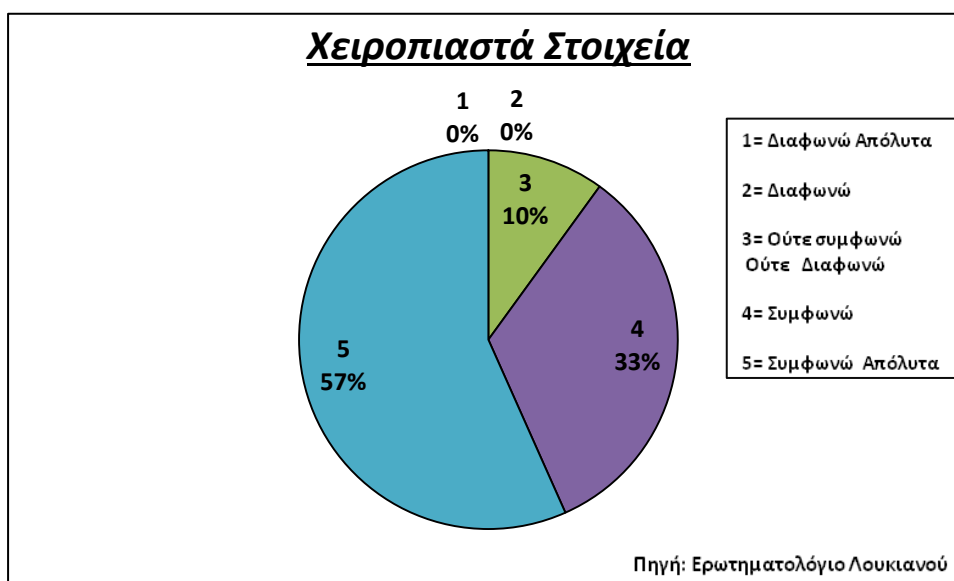
Απο το παραπάνω πίνακα 5 και το Διάγραμμα 5 (όπου φαίνεται η Κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: το 36% έχουν επισκεφτεί το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας λόγω φήμης,το 27% έχουν επισκεφτεί το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας λόγω παραπομπής απο το Δημόσιο, ένα 10% που έχει επιλέξει το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο είναι ότι προτάθηκε απο γιατρό,άλλο 10% λόγω του ότι βρίσκεται κοντά στο σπίτι τους και το άλλο 10% δήλωσαν ότι ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρού οφθαλμολογίας ήταν ότι σ' αυτό εργάζονται συγγενείς ή φίλοι και τέλος το 7% απάντησαν ότι έχουν επιλέξει το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας λόγω παραπομπής απο ιδιωτικό ιατρείο.

4.2 -Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Ιδιωτικός Τομέας – Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Α-Προσδοκίες Ασθενών.

Το Α Μέρος αποτελείται από 19 ερωτήσεις οι οποίες έχουν βασιστεί στις 10 Διαστάσεις της Ποιότητας οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω:

Από τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου έχουν εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα. Στην παρούσα Διατριβή αναφέρονται τα πιο σημαντικά. Για τα υπόλοιπα παρακαλώ όπως αποταθείτε στην συγγραφέα, για περισσότερες πληροφορίες ως προς όλα τα αποτελέσματα.

Ερώτηση 1: Ο χώρος εξέτασης πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;



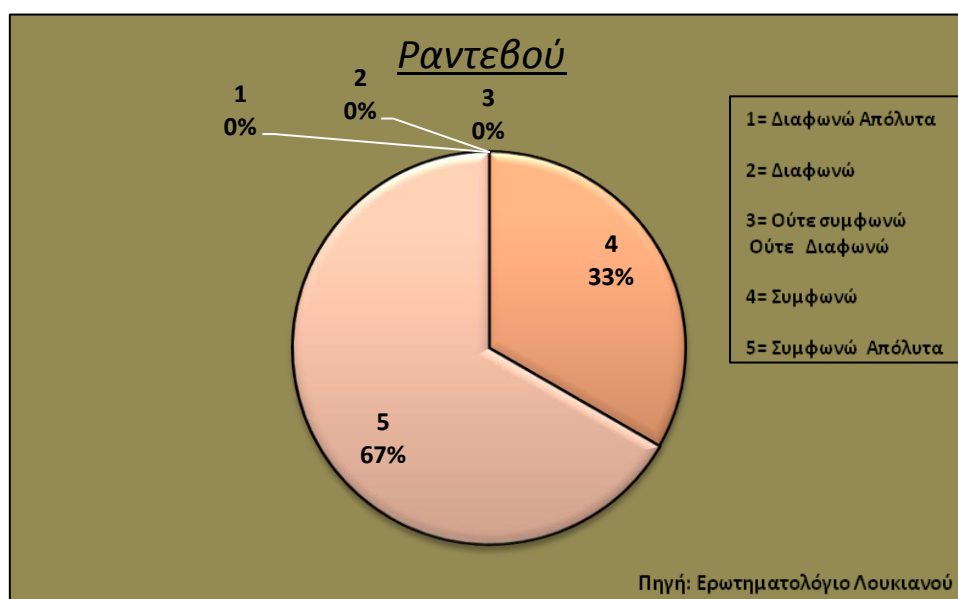
Διάγραμμα 6

Χειροπιαστά Στοιχεία	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
3	3
10	4
17	5

Πίνακας 6

Απο τον παραπάνω πίνακα 6 και το παραπάνω Διάγραμμα 6 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Το 57% απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι ο χώρος εξέτασης θα πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, το 33% απάντησαν ότι συμφωνούν, το 10% εξέφρασαν την άποψη ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν ενώ κανένας δηλαδή 0% δεν έχει απαντήσει ότι Διαφωνεί. Και επίσης κανένας δεν έχει απαντήσει ότι Διαφωνεί Απόλυτα δηλαδή πάλι με ένδειξη 0%.

Ερώτηση 2 :Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού πρέπει να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;



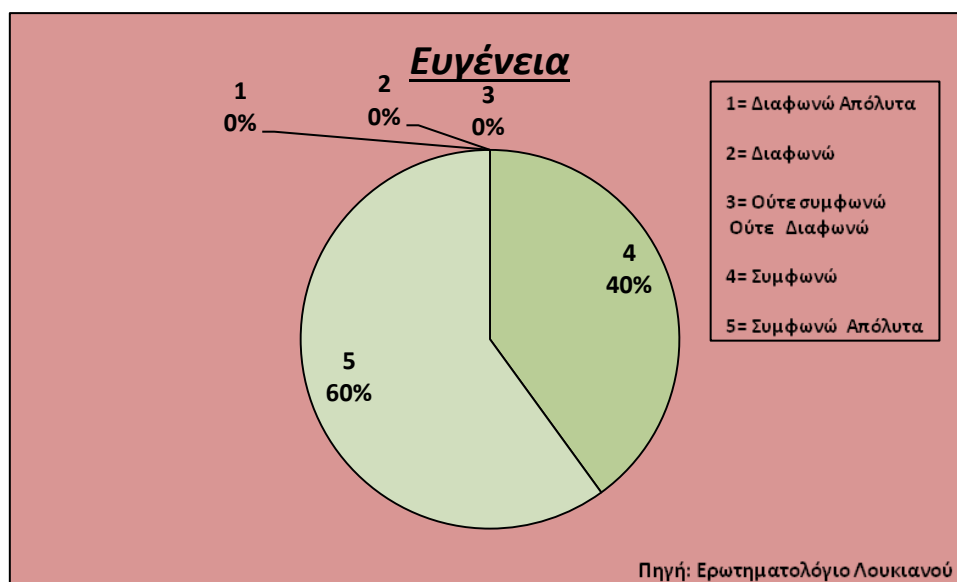
Διάγραμμα 7

Ραντεβού	Συχνότητα	Κλάση
0	0	1
0	0	2
0	0	3
10	10	4
20	20	5

Πίνακας 7

Απο τον παραπάνω πίνακα 7 και το Διάγραμμα 7(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 67% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι πρέπει τα ραντεβού να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί, το υπόλοιπο 33% απάντησαν ότι συμφωνούν πως τα ραντεβού θα πρέπει να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί.Ενώ καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις: Ούτε συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0% απαντήσεις, καθώς το ίδιο προκύπτει και στην ερώτηση Διαφωνώ με πάλι 0% απαντήσεις καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι ένδειξη 0%.

Ερώτηση 3 :Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι σας;



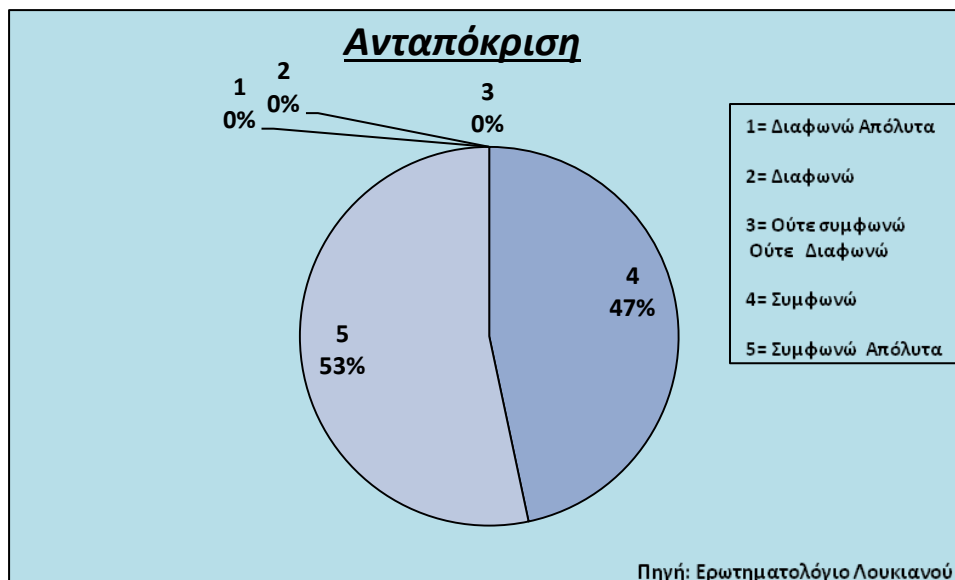
Διάγραμμα 8

<u>Ευγένεια</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
0	3
12	4
18	5

Πίνακας 8

Απο τον παραπάνω πίνακα 8 και Διάγραμμα 8(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 60% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι τους ενώ το υπόλοιπο 40% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι τους ενώ καμία απάντηση δεν είχαμε,στις ερωτήσεις Ούτε συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,Διαφωνώ πάλι με 0% καθώς και στην Ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα πάλι 0%.

Ερώτηση 4: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;



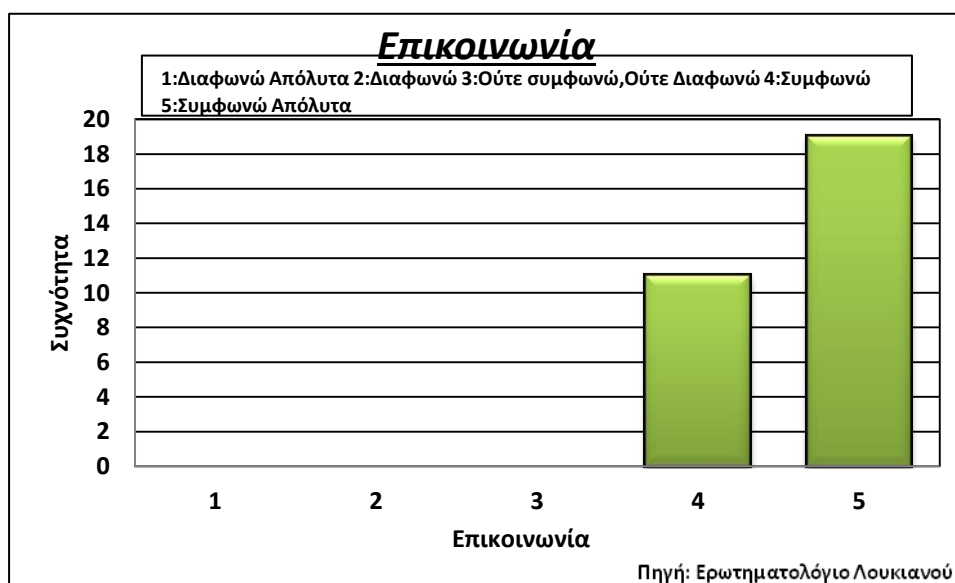
Διάγραμμα 9

Ανταπόκριση	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
14	4
16	5

Πίνακας 9

Απο τον παραπάνω πίνακα 9 και Διάγραμμα 9(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 53% απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών κάθε φορά ενώ το υπόλοιπο 47% απάντησαν ότι Συμφωνούν.Καμία απάντηση δεν είχαμε στο ερώτημα ούτε Συμφωνώ, ούτε Διαφωνώ με ένδειξη 0% ,το ίδιο συμβαίνει και στην Ερώτηση Διαφωνώ πάλι με ένδειξη 0%,καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι 0%.

Ερώτηση 5: Πρέπει να έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;



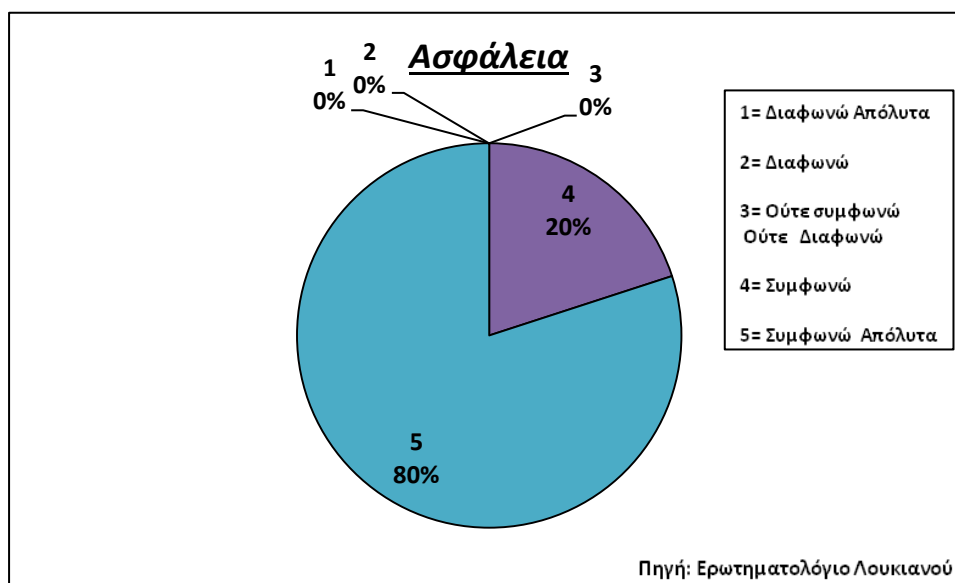
Διάγραμμα 10

Επικοινωνία	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
11	4
19	5

Πίνακας 10

Απο τον πίνακα 10 και το Διάγραμμα 10 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα: 19 άτομα έχουν απαντήσει ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι πρέπει ο ασθενής να έχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, 11 άτομα συμφωνούν ότι πρέπει να υπάρχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κανένα άτομο δεν έχει δώσει απάντηση στην ερώτηση Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με αποτέλεσμα να έχουμε ένδειξη 0%, καθώς το ίδιο συμβαίνει με το Διαφωνώ, με ένδειξη 0% καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με ένδειξη και πάλι 0%.

Ερώτηση 6: Στο ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να νοιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;



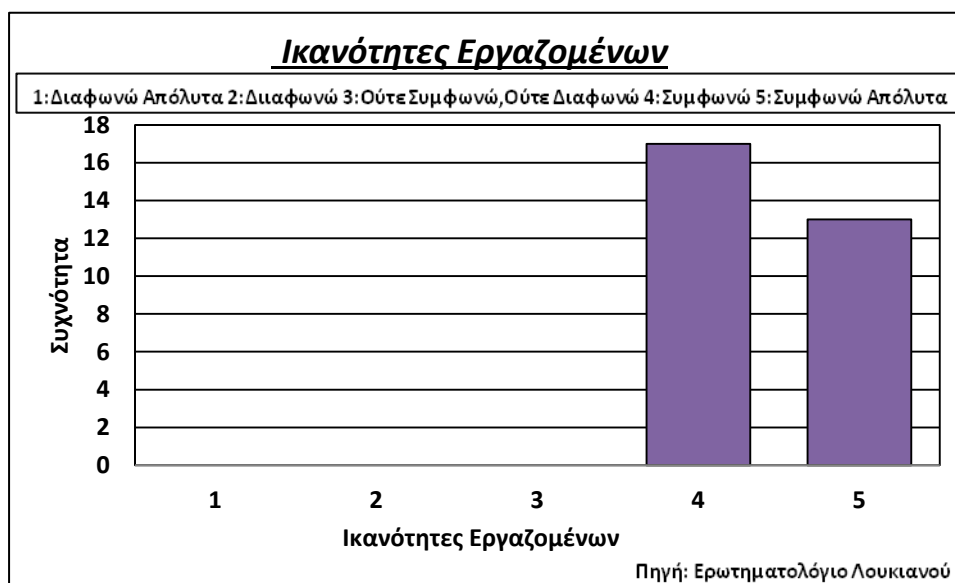
Διάγραμμα 11

<u>Ασφάλεια</u>	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
6	4
24	5

Πίνακας 11

Απο τον παραπάνω πίνακα 11 και το Διάγραμμα 11(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:80% έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα ότι ο ασθενής πρέπει να νοιώθει ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται και 20% έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ότι στο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας θα πρέπει ο ασθενής να νοιώθει ασφάλεια σχετικά με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις: Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0% απαντήσεις,στην ερώτηση Διαφωνώ πάλι με 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι ένδειξη 0%.

Ερώτηση 7: Το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;



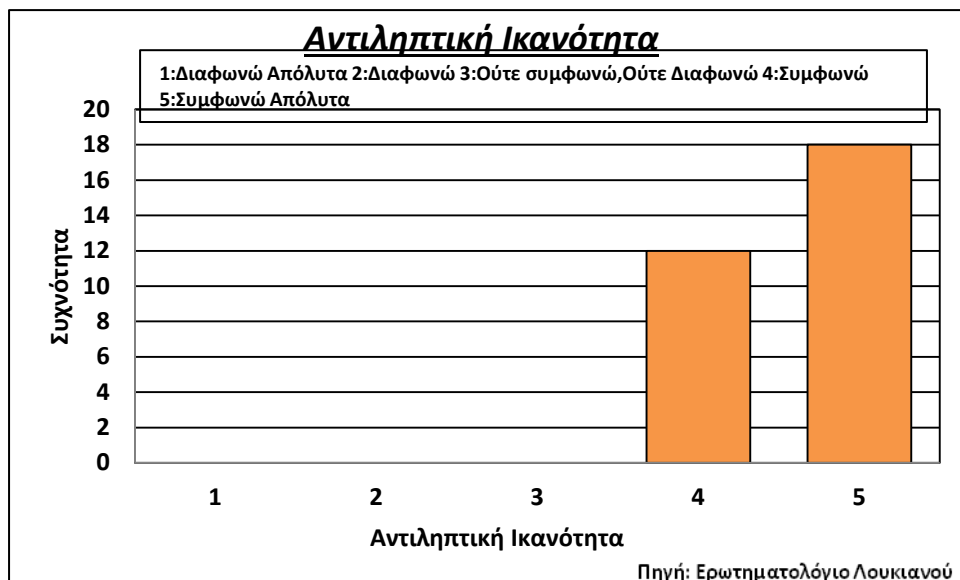
Διάγραμμα 12

Ικανότητες Εργαζομένων	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
0	3
17	4
13	5

Πίνακας 12

Απο τον παραπάνω πίνακα 12 και το Διάγραμμα 12 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 13 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να εξυπηρετά αποτελεσματικά τους ασθενείς, ενώ 17 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να εξυπηρετά αποτελεσματικά τους ασθενείς. Μηδενική ένδειξη και χωρίς καμία απάντηση είχαμε στις ερωτήσεις: Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με 0%, Διαφωνώ με 0% και Διαφωνώ Απόλυτα πάλι με 0%.

Ερώτηση 8: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;



Διάγραμμα 13

Αντιληπτική Ικανότητα	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
12	4
18	5

Πίνακας 13

Απο τον παραπάνω πίνακα 13 και το Διάγραμμα 13(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:18 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα των ασθενών και 12 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα των ασθενών.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,στην ερώτηση Διαφωνώ με 0% και επίσης στη ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι 0%.

Ερώτηση 9: Πρέπει να έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή;



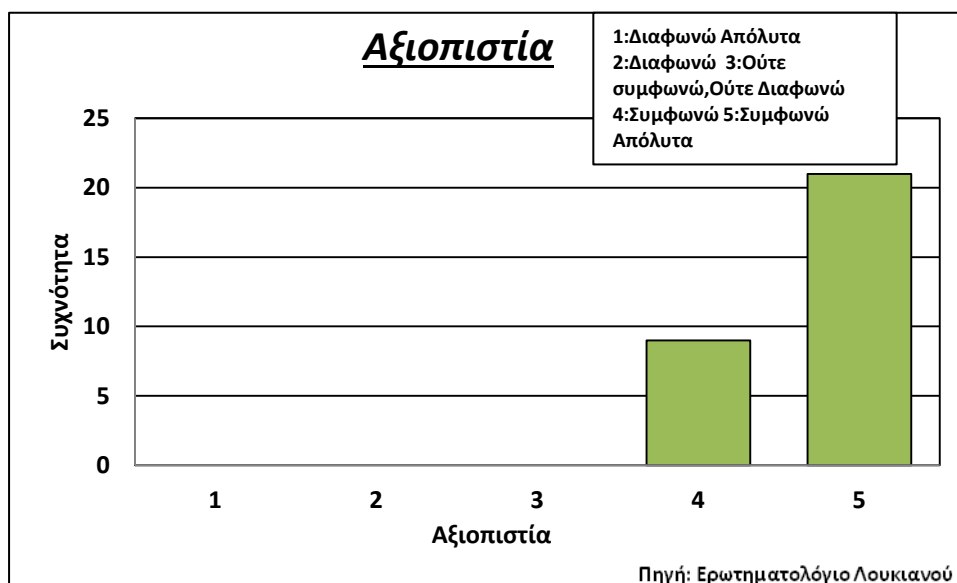
Διάγραμμα 14

Προβασιμότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
14	4
16	5

Πίνακας 14

Απο τον παραπάνω πίνακα 14 και το Διάγραμμα 14(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:16 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα ότι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή και 14 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν, πως θα πρέπει οι ασθενείς να έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,στην ερώτηση Διαφωνώ με 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ απόλυτα με ένδειξη 0%.

Ερώτηση 10: Το ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί(αξιοπιστία);



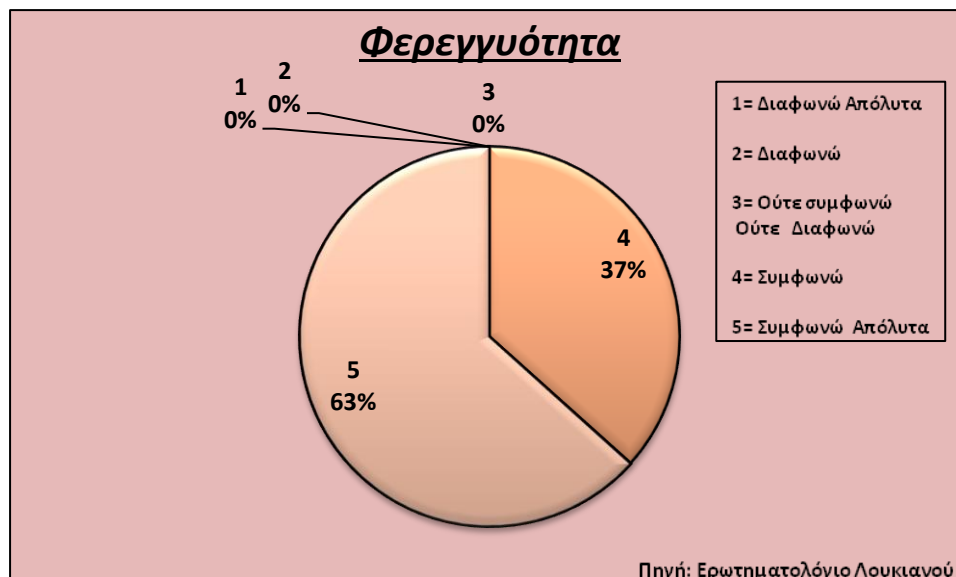
Διάγραμμα 15

Αξιοπιστία	Κλάση
0	1
0	2
0	3
9	4
21	5

Πίνακας 15

Απο τον παραπάνω πίνακα 15 και το Διάγραμμα 15 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 21 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιδιωτικό ιατρείο θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί και να είναι αξιόπιστο και 9 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν πως το ιδιωτικό ιατρείο θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί στον ασθενή και να είναι αξιόπιστο. Μηδενική ένδειξη είχαμε στις υπόλοιπες ερωτήσεις που είναι: Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με 0%, Διαφωνώ με πάλι 0% και Διαφωνώ απόλυτα και πάλι με 0% ένδειξη.

Ερώτηση 11: Το ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;



Διάγραμμα 16

Φερεγγυότητα	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
11	4
19	5

Πίνακας 16

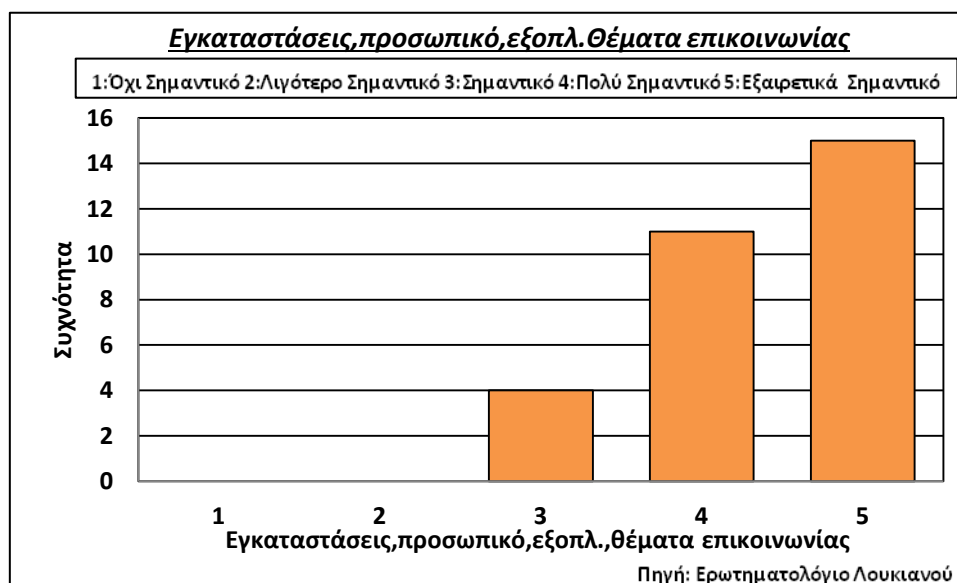
Απο τον παραπάνω πίνακα 16 και το Διάγραμμα 16 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Το 63% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιδιωτικό ιατρείο θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ τους συναλλαγές και το 37% απάντησαν ότι οι ασθενείς συμφωνούν πως το ιδιωτικό ιατρείο θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο ως προς τις μεταξύ τους συναλλαγές. Μηδενική ένδειξη παρουσιάζεται στις ερωτήσεις: Ότε Συμφωνώ, Ότε Διαφωνώ με 0%, στην ερώτηση Διαφωνώ με πάλι 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα πάλι με 0%.

4.3. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων-Μέρος Α (Προσδοκίες Ασθενών).

Οι ερωτήσεις για τον **Βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου** είναι **5** και είναι οι εξής παρακάτω:(όπου θα γίνει η καταγραφή των αποτελεσμάτων).

Παρακαλώ όπως ορίσετε τον βαθμό σημαντικότητας των παρακάτω χαρακτηριστικών.Σημειώστε απο το 1-5 τον βαθμό σημαντικότητας,όπου (1=όχι σημαντικό,2=Λιγότερο Σημαντικό,3=Σημαντικό,4=Πολύ Σημαντικό,5=Εξαιρετικά Σημαντικό)

Χαρακτηριστικό 1-Ερώτηση 1: Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας;



Διάγραμμα 17

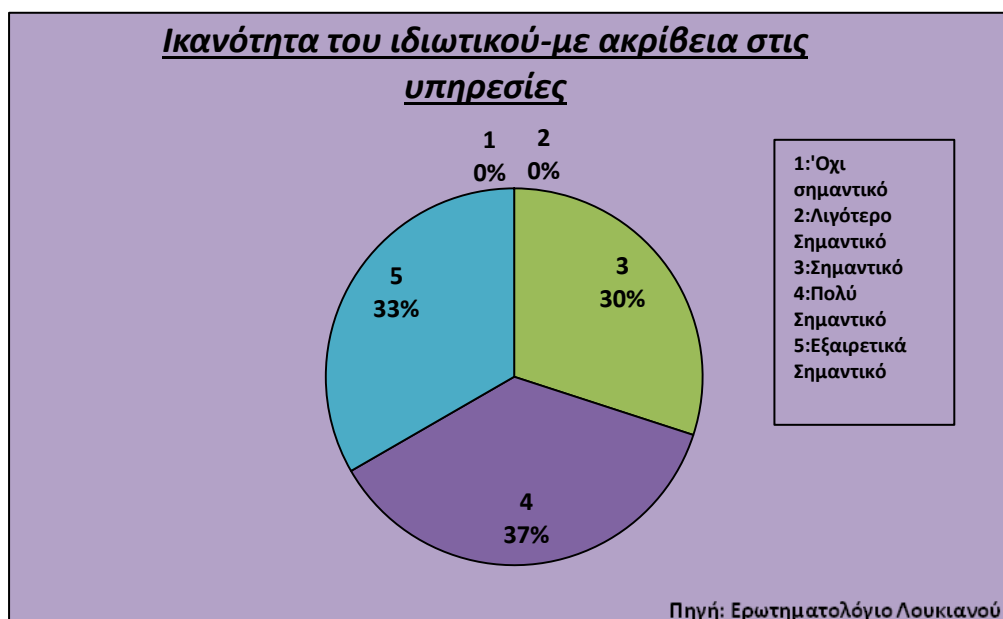
1.Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλ,θέματα επικοινωνίας	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
4	3
11	4
15	5

Πίνακας 17

Απο τον παραπάνω πίνακα 17 και το παραπάνω Διάγραμμα 17(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

15 άτομα έχουν ορίσει ως εξαιρετικά σημαντικό το χαρακτηριστικό του ιδιωτικού ιατρείου, εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας,11 άτομα έχουν απαντήσει πως το παραπάνω χαρακτηριστικό είναι πολύ σημαντικό για ένα ιδιωτικό ιατρείο και 4 άτομα έχουν απαντήσει πως θεωρούν σημαντικό το χαρακτηριστικό Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας.Επίσης στις ερωτήσεις λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό υπάρχει μηδενική ένδειξη, δηλαδή στην ερώτηση λιγότερο σημαντικό έχουν προκύψει 0% απαντήσεις και στο όχι σημαντικό πάλι 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 2-Ερώτηση 2:Ικανότητα του ιδιωτικού ιατρού να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται;



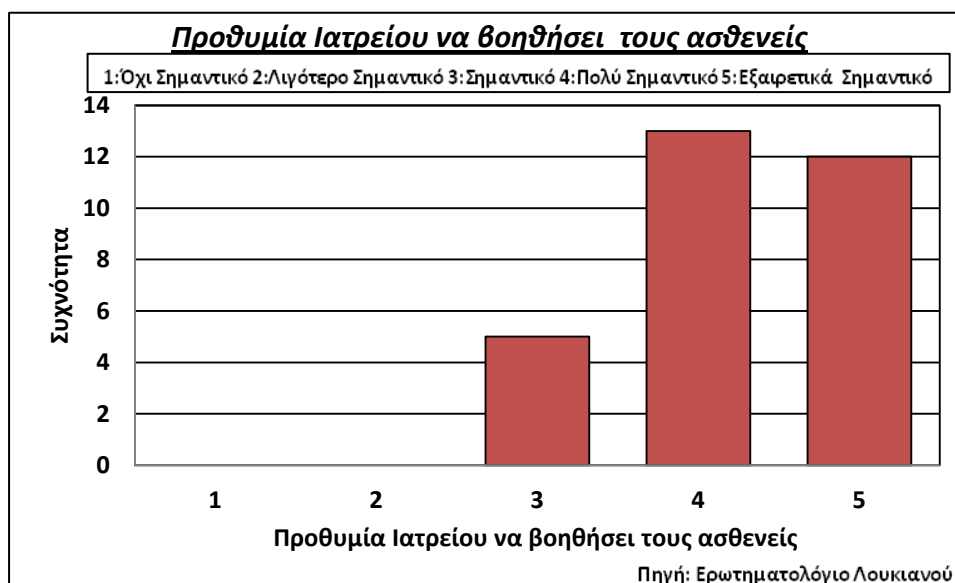
Διάγραμμα 18

2.Ικανότητα του ιδιωτικού ιατρού-με ακρίβεια στις υπηρεσίες	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
9	3
11	4
10	5

Πίνακας 18

Απο τον παραπάνω πίνακα 18 και το Διάγραμμα 18(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 37% απάντησε ότι θεωρεί την ικανότητα του ιδιωτικού ιατρού να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται ως πολύ σημαντικό,το 33% απάντησαν ότι την ικανότητα του ιδιωτικού ιατρού να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται το θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικό χαρακτηριστικό,και το 30% απάντησαν πως το χαρακτηριστικό αυτό το θεωρούν σημαντικό.Καμία απάντηση δεν είχαμε στις ερωτήσεις ως λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό με 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 3-Ερώτηση 3: Προθυμία του ιδιωτικού ιατρού να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο;



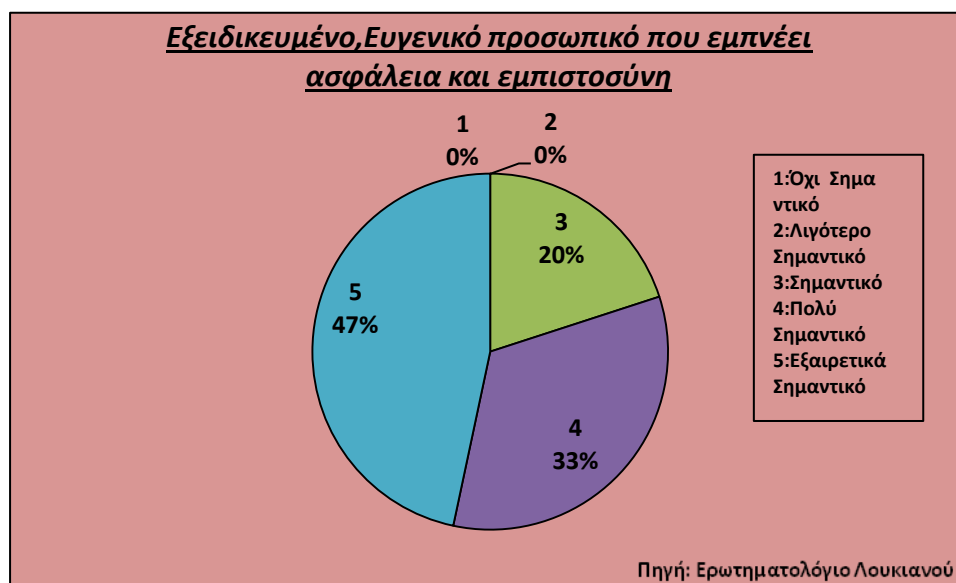
Διάγραμμα 19

3. Προθυμία του ιδιωτικού ιατρού να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
5	3
13	4
12	5

Πίνακας 19

Απο τον παραπάνω πίνακα 19 και Διάγραμμα 19 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 12 άτομα έχουν θεωρήσει το χαρακτηριστικό του ιδιωτικού ιατρού να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο ως εξαιρετικά σημαντικό, 13 άτομα έχουν θεωρήσει το παραπάνω χαρακτηριστικό ως πολύ σημαντικό και 5 άτομα το έχουν θεωρήσει ως σημαντικό. Καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό. Και στις δύο ερωτήσεις προέκυψαν 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 4-Ερώτηση 4:Εξειδικευμένο και ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη;



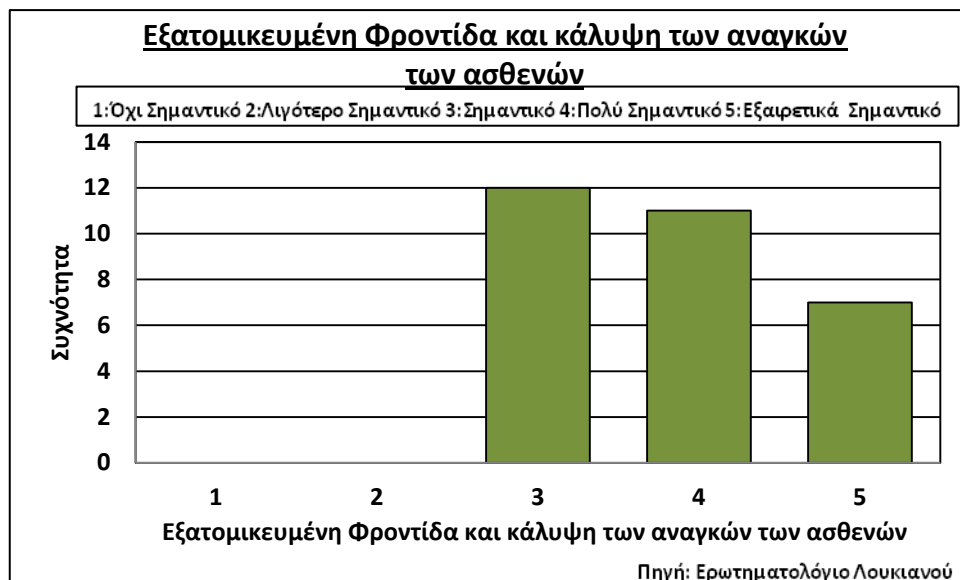
Διάγραμμα 20

4.Εξειδικευμένο,ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
6	3
10	4
14	5

Πίνακας 20

Απο τον παραπάνω πίνακα 20 και το Διάγραμμα 20(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 47% έχουν απαντήσει πως το χαρακτηριστικό αυτό το θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικό,το 33% το θεωρούν ως πολύ σημαντικό και το 20% το θεωρούν ως σημαντικό.Στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό έχουν ληφθεί 0% απαντήσεις αντίστοιχα.

Χαρακτηριστικό 5 - Ερώτηση 5:Εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών;



Διάγραμμα 21

5.Εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
12	3
11	4
7	5

Πίνακας 21

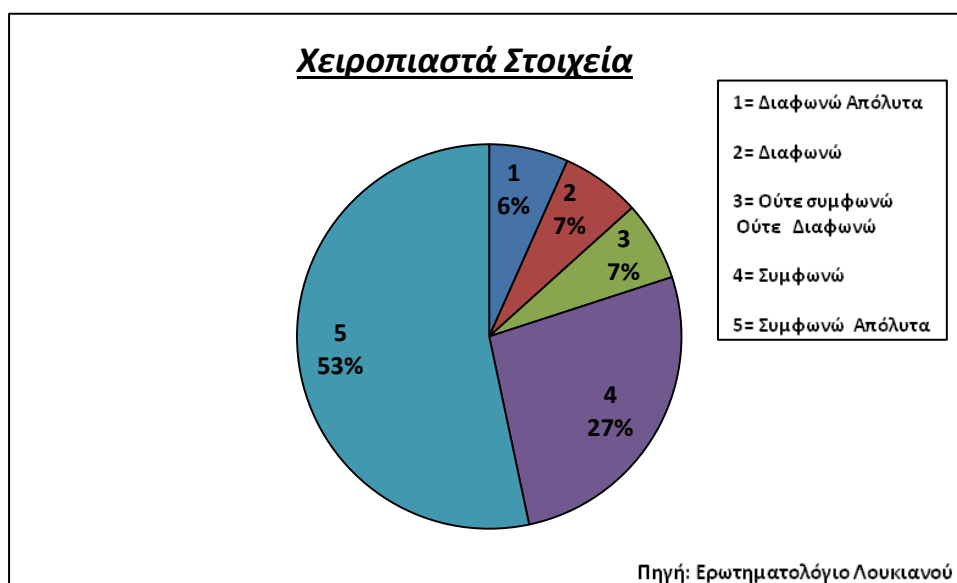
Απο τον παραπάνω πίνακα 21 και το Διάγραμμα 21(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:7 άτομα έχουν απαντήσει ότι το θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό το χαρακτηριστικό εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών,11 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν ως πολύ σημαντικό και 12 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν ως σημαντικό. Καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό ή όχι σημαντικό με 0% απαντήσεις.

4.4. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Ιδιωτικός Τομέας –Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Β-(Προσφερόμενες υπηρεσίες Ασθενών).

Το **Β Μέρος** αποτελείται από **19 ερωτήσεις** οι οποίες έχουν βασιστεί στις **10 Διαστάσεις της Ποιότητας** όπως και το **Α Μέρος** του Ερωτηματολογίου αλλά έχει να κάνει σ' αυτή την περίπτωση με τις **υπηρεσίες που προσφέρονται από ένα ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας**, οι οποίες **θα παρουσιαστούν παρακάτω**:

Από τα **αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου** έχουν **εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα**. Στην παρούσα Διατριβή **αναφέρονται τα πιο σημαντικά**. Για τα υπόλοιπα **παρακαλώ** όπως αποταθείτε **στην συγγραφέα**, για περισσότερες πληροφορίες ως προς όλα τα **αποτελέσματα**.

Ερώτηση 1: Ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;



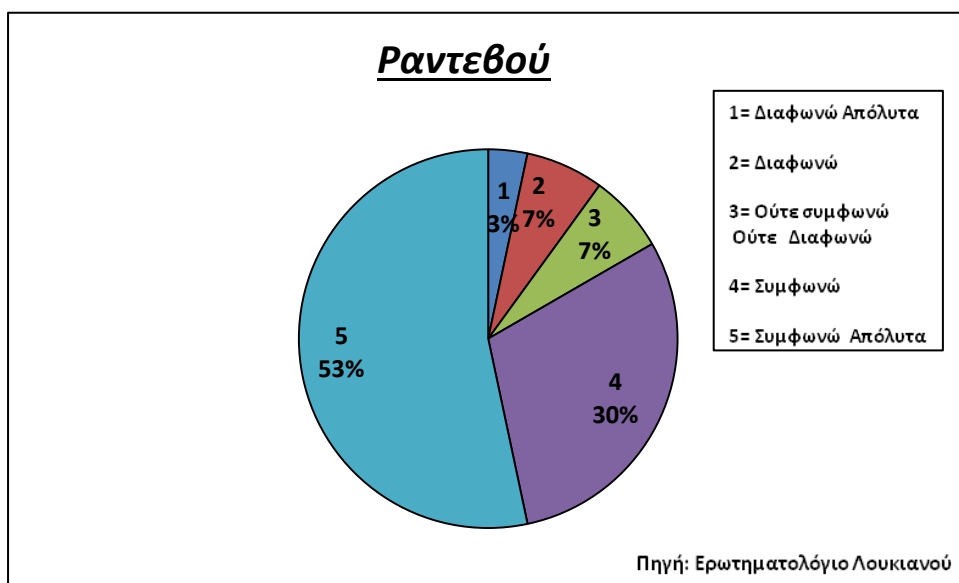
Διάγραμμα 22

<u>Χειροπιαστά Στοιχεία</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
2	1
2	2
2	3
8	4
16	5

Πίνακας 22

Απο τον παραπάνω πίνακα 22 και Διάγραμμα 22(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 53% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,το 27% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι ο χώρος εξέτασης του ιδιωτικού ιατρείου περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,το 7% απάντησαν ότι Ούτε συμφωνούν Ούτε διαφωνούν ότι ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,το υπόλοιπο 7% απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός στον χώρο εξέτασης και το υπόλοιπο 6% απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα ότι υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός.

Ερώτηση 2: Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται τη χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;



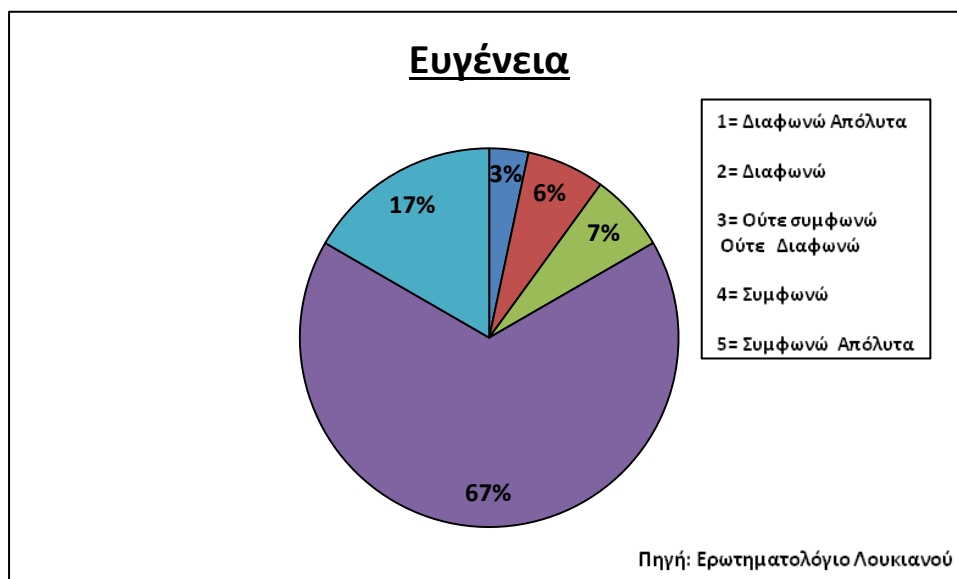
Διάγραμμα 23

Ραντεβού	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
1	1
2	2
2	3
9	4
16	5

Πίνακας 23

Απο τον παραπάνω πίνακα 23 και το Διάγραμμα 23(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 53% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί στο συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας,το 30% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί,το 7% απάντησαν ότι Ούτε συμφωνούν Ούτε διαφωνούν,το υπόλοιπο 7% ότι Διαφωνούν και το 3% ότι Διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 3: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό απέναντί σας;



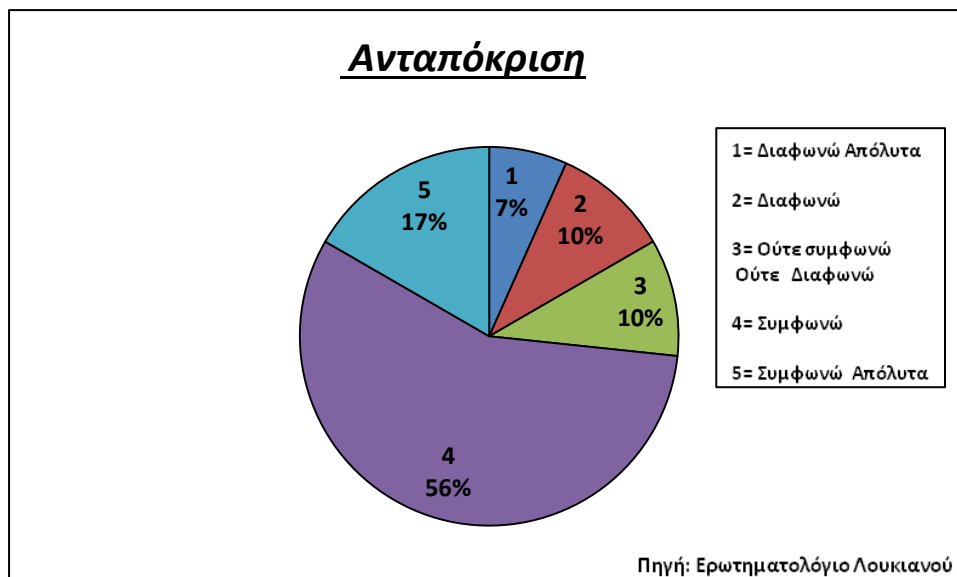
Διάγραμμα 24

Ευγένεια	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
1	1
2	2
2	3
20	4
5	5

Πίνακας 24

Απο τον παραπάνω πίνακα 24 και Διάγραμμα 24(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση),προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 67% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρείου είναι ευγενικό απέναντί τους,το 17% συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ιδιωτικού ιατρείου είναι ευγενικό απέναντί τους,το 7% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,το υπόλοιπο 6% απάντησαν ότι Διαφωνούν και το 3% ότι Διαφωνούν Απόλυτα.

Ερώτηση 4: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;



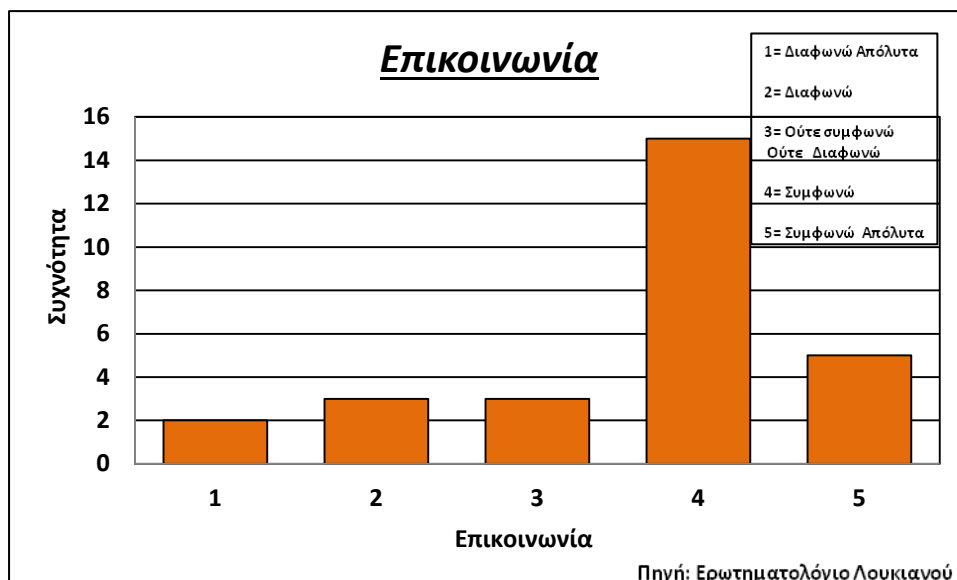
Διάγραμμα 25

Ανταπόκριση	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
2	1
3	2
3	3
17	4
5	5

Πίνακας 25

Απο τον παραπάνω πίνακα 25 και Διάγραμμα 25(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 56% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ιδιωτικού ιατρείου ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις τους κάθε φορά,το 17% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα,το 10% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,το υπόλοιπο 10% ότι Διαφωνούν και το υπόλοιπο 7% ότι Διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 5: Έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;



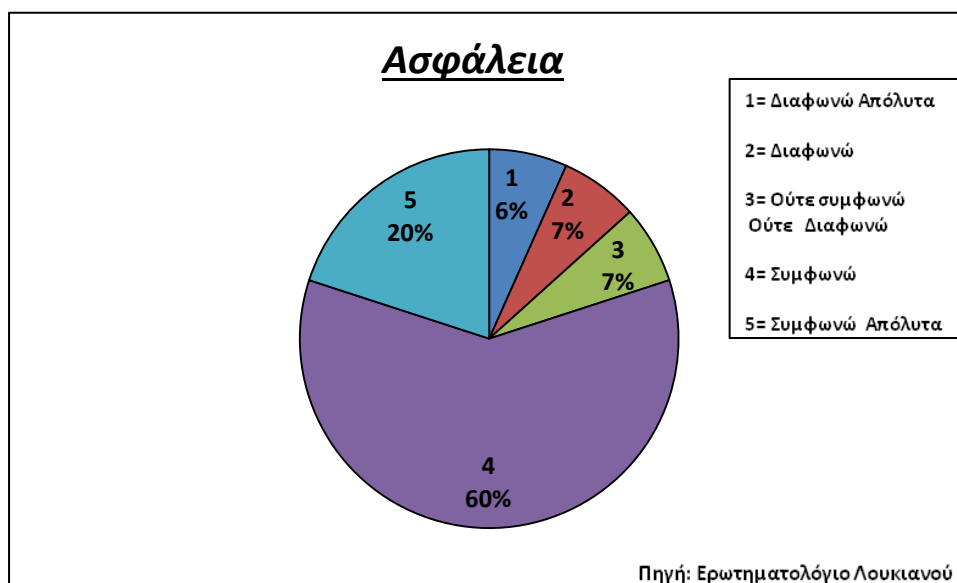
Διάγραμμα 26

Επικοινωνία	
Συχνότητα	Κλάση
2	1
3	2
3	3
15	4
5	5

Πίνακας 26

Απο τον παραπάνω πίνακα 26 και Διάγραμμα 26 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 15 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ότι έχουν άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρείου, 5 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα, 3 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 3 άτομα απάντησαν ότι διαφωνούν ότι υπάρχει άρτια επικοινωνία με το συγκεκριμένο ιατρείο οφθαλμολογίας και τέλος 2 άτομα διαφωνούν απόλυτα ότι υπάρχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ερώτηση 6: Στο ιδιωτικό ιατρείο νιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;



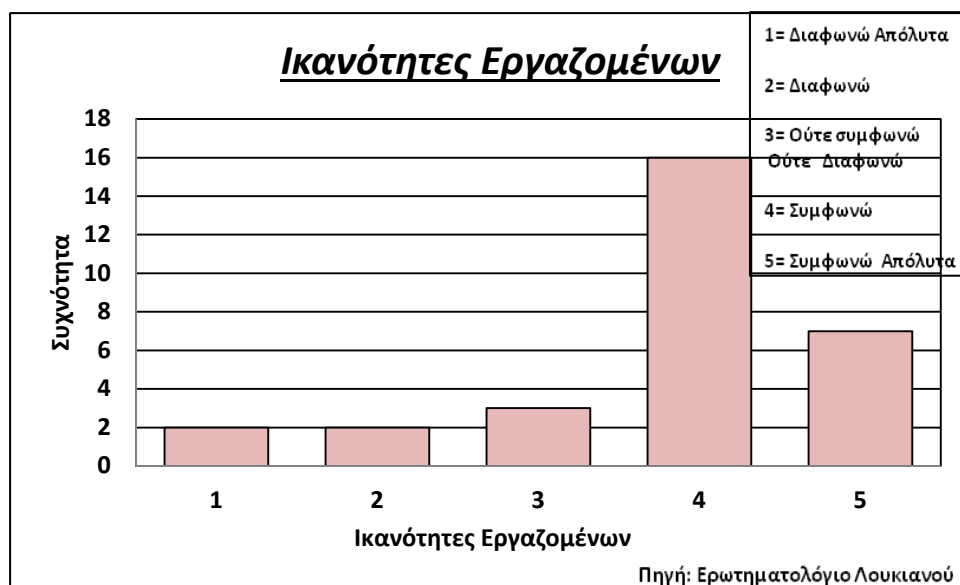
Διάγραμμα 27

Ασφάλεια	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
2	1
2	2
2	3
18	4
6	5

Πίνακας 27

Απο τον παραπάνω πίνακα 27 και Διάγραμμα 27(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:60% συμφωνούν ότι στο συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας νιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται,το 20% συμφωνούν απόλυτα,το 7% ούτε συμφωνούν,ούτε διαφωνούν,το υπόλοιπο 7% Διαφωνεί ότι στο συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο νιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται και τέλος το 6% Διαφωνεί Απόλυτα.

Ερώτηση 7: Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;



Διάγραμμα 28

Ικανότητες Εργαζομένων	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
2	1
2	2
3	3
16	4
7	5

Πίνακας 28

Απο τον παραπάνω πίνακα 28 και Διάγραμμα 28(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)16 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ότι το προσωπικό του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρείου είναι εξειδικευμένο και τους εξυπηρετά αποτελεσματικά,7 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα,3 άτομα απάντησαν ότι Ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν και τέλος 2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν Απόλυτα.

Ερώτηση 8: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;



Διάγραμμα 29

Αντιληπτική Ικανότητα	Κλάση
3	1
3	2
5	3
14	4
5	5

Πίνακας 29

Απο τον παραπάνω πίνακα 29 και Διάγραμμα 29(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:14 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου ιδιωτικού ιατρείου οφθαλμολογίας αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα τους,5 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα,5 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,3 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν,και τέλος 3 άτομα απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 9: Έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή;



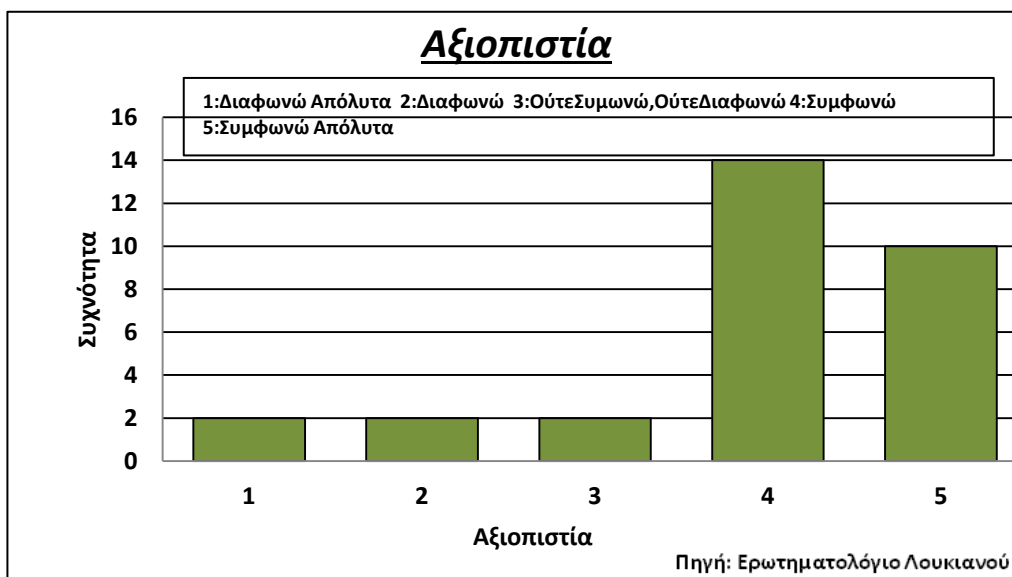
Διάγραμμα 30

Προσβασιμότητα	Κλάση
2	1
6	2
7	3
11	4
4	5

Πίνακας 30

Απο τον παραπάνω πίνακα 30 και Διάγραμμα 30(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:11 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι στο συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή,4 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα,7 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,6 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν και 2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 10: Το Ιδιωτικό ιατρείο παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί(αξιοπιστία);



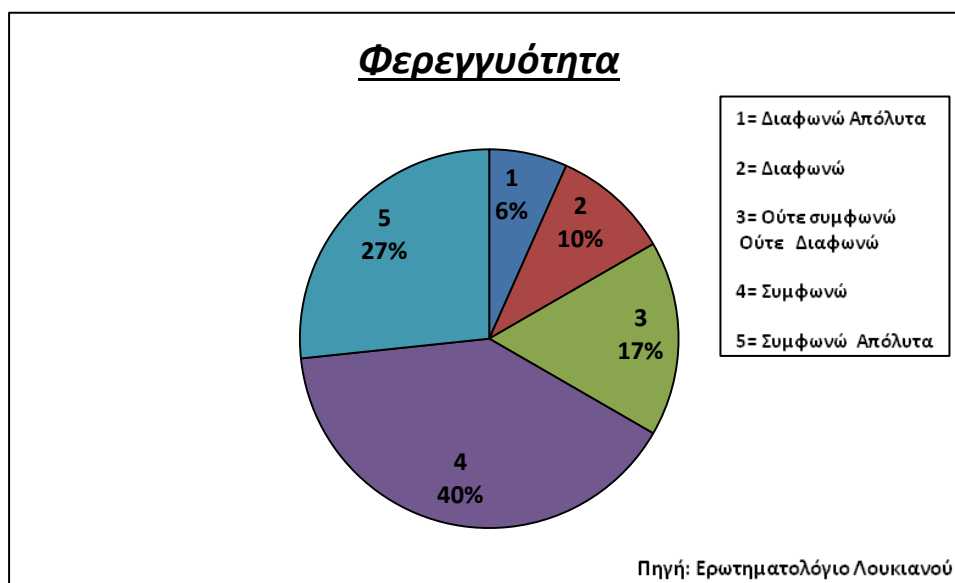
Διάγραμμα 31

Αξιοπιστία	
Συχνότητα	Κλάση
2	1
2	2
2	3
14	4
10	5

Πίνακας 31

Απο τον παραπάνω πίνακα 31 και Διάγραμμα 31(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 14 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας τους παρέχει τις υπηρεσίες που τους έχει υποσχεθεί και είναι αξιόπιστο,10 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα,2 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας παρέχει τις υπηρεσίες που τους έχει υποσχεθεί και τέλος 2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 11: Το ιδιωτικό ιατρείο είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;



Διάγραμμα 32

Φερεγγυότητα	
Συχνότητα	Κλάση
2	1
3	2
5	3
12	4
8	5

Πίνακας 32

Απο τον παραπάνω πίνακα 32 και Διάγραμμα 32(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:12 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ τους συναλλαγές, 8 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα, 5 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 3 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας είναι αξιόπιστο και φερέγγυο με τις μεταξύ τους συναλλαγές και 2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα.

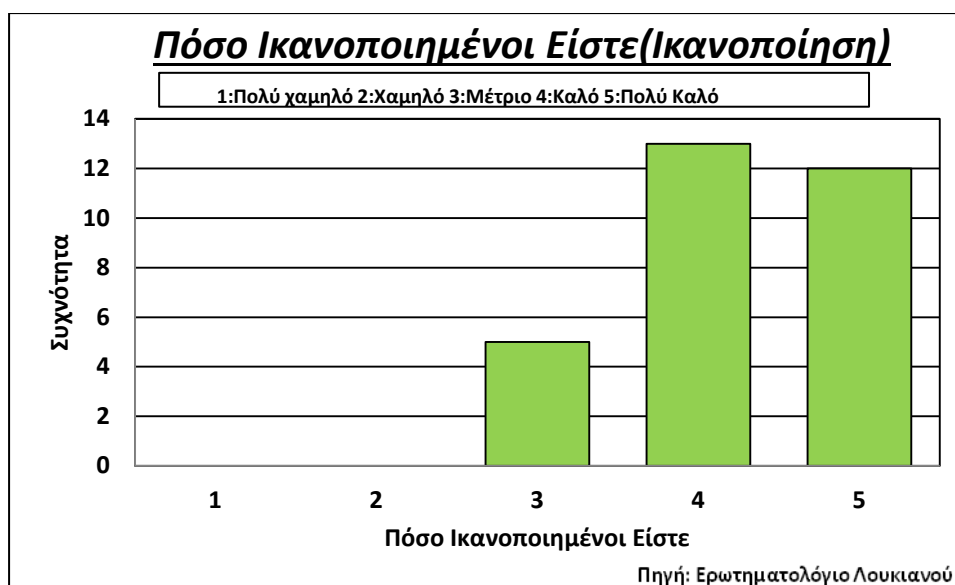
4.5. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων –Μέρος Β (Προσφερόμενες υπηρεσίες).

Οι ερωτήσεις που αφορούν τον Βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του ιδιωτικού ιατρείου στο Μέρος Β είναι 6.

Ερώτηση 1: Πώς θα αξιολογούσατε το συνολικό επίπεδο υπηρεσιών που δεχθήκατε στο ιδιωτικό ιατρείο;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 ερωτηματολόγια που δόθηκαν προέκυψαν οι εξής απαντήσεις: 24 άτομα απάντησαν ότι είναι πολύ καλό το συνολικό επίπεδο των υπηρεσιών που δέχθηκαν στο συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας, 4 άτομα απάντησαν ότι είναι καλό και τέλος 2 άτομα απάντησαν ότι είναι μέτριο. Δεν υπήρξε καμία απάντηση στις ερωτήσεις, Χαμηλό και Πολύ Χαμηλό.

Ερώτηση 2: Πόσο ικανοποιημένοι είστε απο την νοσηλεία σας στο ιδιωτικό ιατρείο;



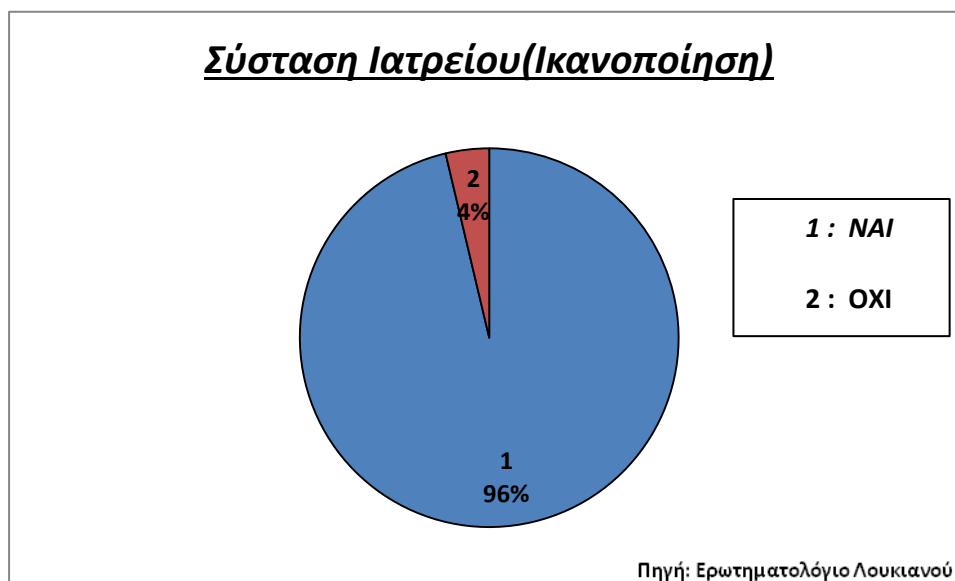
Διάγραμμα 33

Πόσο Ικανοποιημένοι είστε (Ικανοποίηση)	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
5	3
13	4
12	5

Πίνακας 33

Απο τον παραπάνω πίνακα 33 και Διάγραμμα 33 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 13 άτομα απάντησαν ότι το ιδιωτικό ιατρείο που επισκέφτηκαν για την νοσηλεία τους είναι καλό, όσον αφορά την ικανοποίησή τους, 12 άτομα απάντησαν ότι είναι πολύ καλό, 5 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν μέτριο και καμία απάντηση δεν είχαμε στις ερωτήσεις αν το θεωρούν Χαμηλό ή πολύ χαμηλό ως προς την νοσηλεία.

Ερώτηση 3: Θα συνιστούσατε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας;



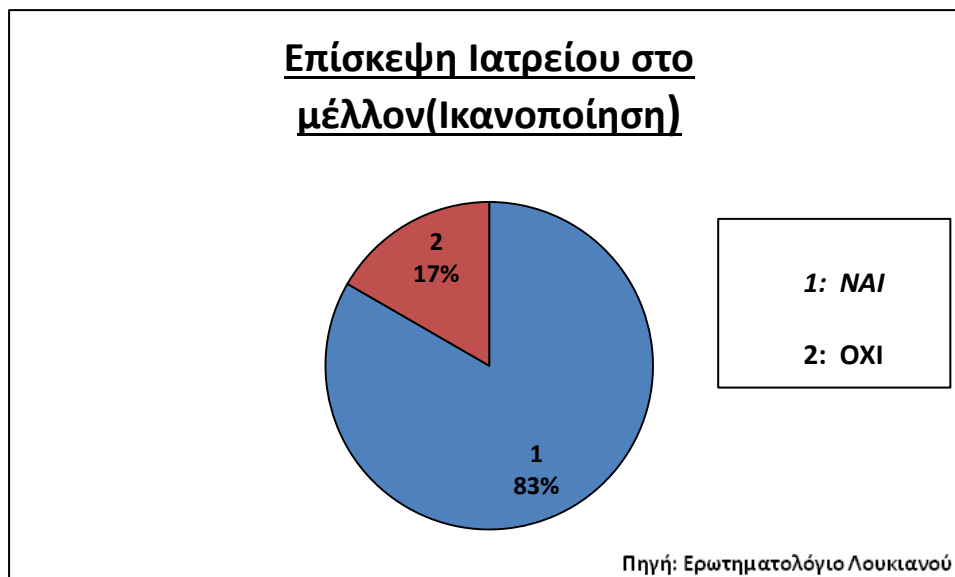
Διάγραμμα 34

Σύσταση Ιατρείου(Ικανοποίηση)	
Συχνότητα	Κλάση
26	1
4	2

Πίνακας 34

Απο τον παραπάνω πίνακα 34 και Διάγραμμα 34(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:το 96% απάντησαν ναί, θα συνιστούσαν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του ιδιωτικού ιατρείου οφθαλμολογίας και το 4% απάντησαν όχι δεν θα το συνιστούσαν.

Ερώτηση 4: Είναι πολύ πιθανό να ξαναεπισκεφτείτε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες στο μέλλον;



Διάγραμμα 35

Επίσκεψη Ιατρείου στο μέλλον(Ικανοποίηση)	
Συχνότητα	Κλάση
25	1
5	2

Πίνακας 35

Απο τον παραπάνω πίνακα 35 και Διάγραμμα 35(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: το 83% απάντησαν Ναι θα ξαναεπισκεφτούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του ιδιωτικού ιατρείου οφθαλμολογίας στο μέλλον μόλις το 17% απάντησαν όχι, δεν θα ξαναεπισκεφτούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του ιδιωτικού ιατρείου οφθαλμολογίας στο μέλλον.

Ερώτηση 5: Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο ελάττωμα του ιδιωτικού ιατρού;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 άτομα που δόθηκαν τα ερωτηματολόγια τα 25 άτομα απάντησαν ότι δεν βρίσκουν κανένα ελάττωμα και τα 5 άτομα απάντησαν ότι θεωρούν ως ελάττωμα του ιδιωτικού ιατρού το υψηλό κόστος.

Ερώτηση 6: Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο προτέρημα του ιδιωτικού ιατρού;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 ερωτηματολόγια που δόθηκαν, προέκυψαν οι εξής απαντήσεις : 5 άτομα ανέφεραν ότι θεωρούν ως μεγαλύτερο προτέρημα του ιδιωτικού ιατρού την ασφάλεια, 7 άτομα ανέφεραν την ποιότητα, 5 άτομα ανέφεραν την άμεση ανταπόκριση, 3 άτομα ανέφεραν την αξιοπιστία, 4 άτομα ανέφεραν τον σύγχρονο εξοπλισμό, 4 ακόμη άτομα ανέφεραν ότι δεν υπάρχει αρκετή αναμονή στα ραντεβού, και τέλος 2 άτομα ανέφεραν ως μεγαλύτερο προτέρημα του ιδιωτικού ιατρού την καλύτερη εξειδίκευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και τις περισσότερες γνώσεις.

4.6. Γενικές Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου

Μπορείτε να συμπληρώσετε ότι άλλο επιθυμείτε σχετικά με το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στον ιδιωτικό τομέα στις «Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες» καθώς και τις εισηγήσεις σας για κάθε βελτίωση των υπηρεσιών.

Μερικά άτομα μόνο απο τους ερωτηθέντες συμπλήρωσαν το τελικό στάδιο του Ερωτηματολογίου και έδωσαν τις εξής απαντήσεις:συνεργασία με τον δημόσιο τομέα ώστε να υπάρχει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και σε οικονομικά ασθενέστερες ομάδες,μείωση κόστους των νοσηλείων με αποτέλεσμα την αύξηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία τα οποία προσφέρουν καλύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας.

4.7. Περιγραφή ιδιωτικού ιατρού οφθαλμολογίας στο οποίο έγινε η έρευνα

Το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας βρίσκεται στην Λεμεσό και απαρτίζεται απο ένα οφθαλμίατρο , μια Γραμματέα και μια Νοσοκόμα.Αποτελείται απο ένα μεγάλο χώρο αναμονής, και τρία εξεταστήρια τα οποία είναι:

-Το τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Laser όπου σε αυτό το τμήμα γίνονται εξετάσεις για σοβαρές απώλειες στην όραση και σοβαρές παθήσεις στην όρασης.Αφορούν παθήσεις που έχουν να κάνουν με την ωχρά κηλίδα,και βλάβες στο οπτικό νεύρο κ.λ.π.Τα μηχανήματα που υπάρχουν σε αυτό το τμήμα είναι σύγχρονα τελευταίας τεχνολογίας και είναι το μηχάνημα ocd και laser.

-Το τμήμα Γλαυκώματος και Ενέσεων όπου σε αυτό γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του ματιού και Ενέσεις στο μάτι όπως π.χ Avastin,Lucentis για καλύτερευση και

βελτίωση της όρασης όταν αυτή βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με πολύ καλά αποτελέσματα.

-Το τμήμα Εξεταστηρίου όπου γίνεται οφθαλμολογική εξέταση.Το τμήμα αυτό αποτελείται απο σύγχρονο εξοπλισμό ο οποίος αποτελείται απο: ένα Διαθλασίμετρο,μια ηλεκτρονική λυχνία,ένα φακόμετρο,ένα κερατόμετρο,κασετίνα εξέτασης για μέτρηση της οπτικής οξύτητας,οθόνη με πίνακα Snellen για μέτρηση της οπτικής οξύτητας.Γίνεται έλεγχος στα μάτια για μυωπία,υπερμετροπία,αστιγματισμό και καταγραφή της συνταγής για γυαλιά.Επίσης γίνεται και μέτρηση για φακούς επαφής.

Επίσης γίνονται σε αυτό το ιατρείο, εγχειρήσεις καταρράκτη και διαθλαστικής χειρουργικής σε συνεργασία με άλλα ιδιωτικά κέντρα οφθαλμολογίας.

Κάποιες άλλες ασθένειες που μπορούν να ελεχθούν στο ιατρείο είναι ο κερατόκωνος,ο καταρράκτης,το γλαύκωμα,αποκόλληση αμφιβληστροειδούς,παθήσεις της ωχράς κηλίδας κ.λ.π.

Το ιατρείο είναι καινούριο και έχει εξαγγείλει την λειτουργία του πριν 2 χρόνια. Προσφέρει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ασθενείς με προβλήματα όρασης τόσο διαθλαστικά αλλά και χειρουργικά.Η Οφθαλμίατρος είναι νέα με αρκετές εξειδικεύσεις στον τομέα της όπως σε παθήσεις του αμφιμβληστροειδούς,γλαύκωματος, εκ γενετής παθήσεις, παθήσεις στραβισμού κ.ά. Έχει αρκετά χρόνια πείρας, αφού έχει εργαστεί σε αρκετά μεγάλα νοσοκομεία στην Αγγλία όπως στο Moorfields Eye Hospital που είναι ένα απο τα καλύτερα στο κέντρο του Λονδίνου αλλά και στην Ευρώπη γενικότερα,στο Γενικό Κρατικό Αθηνών και στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας.Το ιατρείο είναι εξοπλισμένο με σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.Σ' αυτό το ιδιωτικό ιατρείο έχω διαλέξει να γίνει η έρευνα με ερωτηματολόγια που τα οποία δόθηκαν και συμπληρώθηκαν απο 30 ασθενείς, όπου έγινε η καταγραφή και η ανάλυση των αποτελεσμάτων και εξάχθηκαν συμπεράσματα για το συγκεκριμένο ιατρείο Οφθαλμολογίας.

Κεφάλαιο 5: Ανάλυση δεδομένων και Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Δημόσιος Τομέας-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες

5.1. Παρουσίαση αποτελεσμάτων –Δημογραφικά στοιχεία-Δημόσιος Τομέας-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.

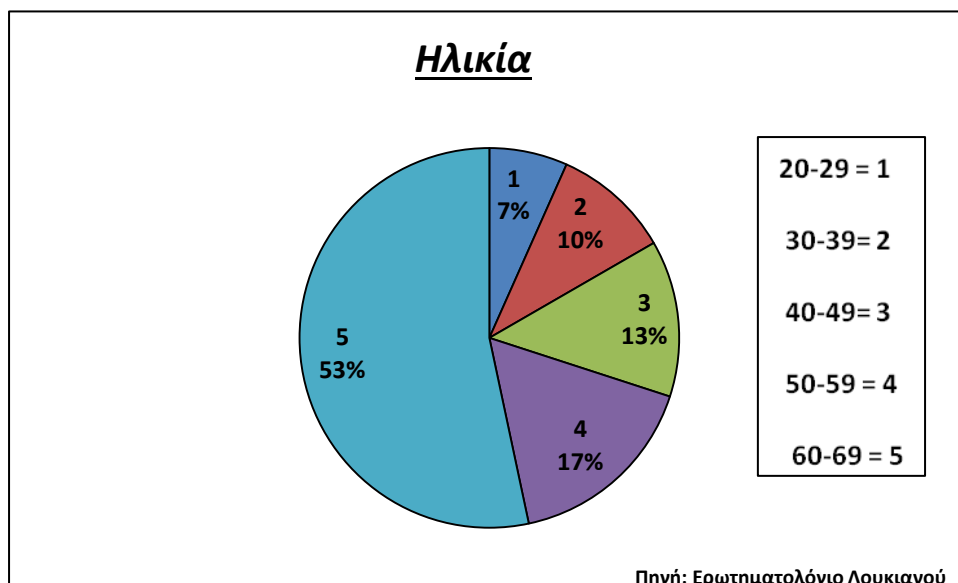
Όσον αφορά τα ερωτήματα που αφορούν τα Δημογραφικά στοιχεία στο Μέρος Γ του Ερωτηματολογίου έχει ζητηθεί από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν σε 12 ερωτήσεις τις οποίες μπορείτε να δείτε παρακάτω.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μετά από έρευνα στον δημόσιο τομέα από το Τμήμα Οφθαλμολογίας στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας από 30 άτομα.

Από τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου έχουν εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα. Στην παρούσα Διατριβή αναφέρονται τα πιο σημαντικά. Για τα υπόλοιπα παρακαλώ όπως αποταθείτε στην συγγραφέα, για περισσότερες πληροφορίες ως προς όλα τα αποτελέσματα.

Φύλο: Έχουν απαντήσει το ερωτηματολόγιο 11 άντρες και 19 γυναίκες.

Ηλικία:



Διάγραμμα 36

<u>Ηλικία</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
2	1
3	2
4	3
5	4
16	5

Πίνακας 36

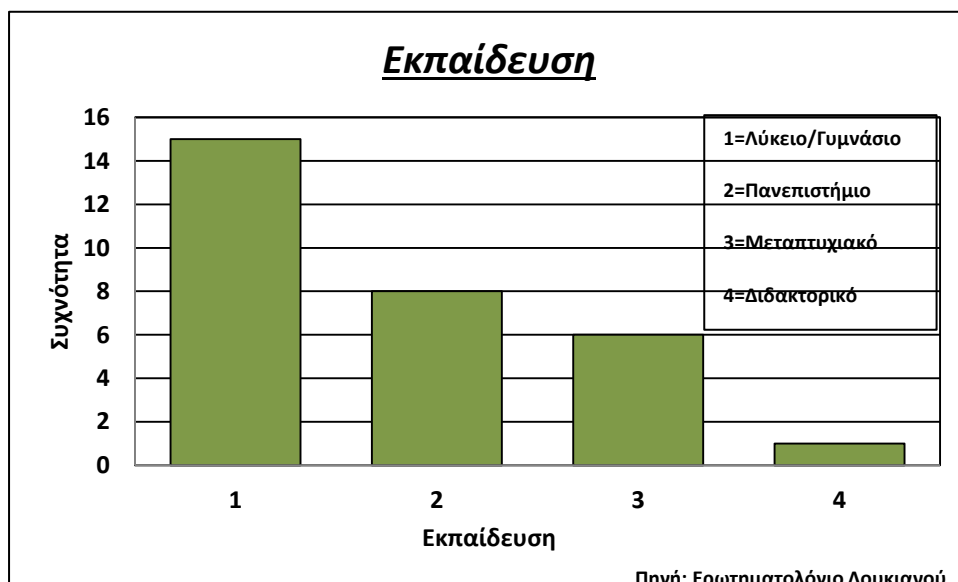
Ο παραπάνω πίνακας 36 μας δείχνει απο ποιες ηλικίες έχει συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο. Έχει συμπληρωθεί απο 20-69 χρονών και έχει γίνει κωδικοποίηση όπου:

20-29 =1, 30-39=2, 40-49 =3, 50-59 = 4, 60-69 =5

Στο Διάγραμμα 36 των ερωτηθέντων φαίνεται ότι το 53% ήταν ηλικίας 60-69 χρόνων που απάντησαν και επισκέφθηκαν το τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας, το 17% ήταν ηλικίας 50-59 χρονών, το 13% ήταν ηλικίας απο 40-49 χρονών, το 10% ήταν ηλικίας 30-39 χρονών και τέλος το 7% ηλικίας απο 20-29 ετών συμπλήρωσαν και επισκέφθηκαν το τμήμα οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας.

Τόπος Μόνιμης Διαμονής: Έχουν επισκεφθεί το Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας και έχουν συμπληρώσει το Ερωτηματολόγιο κατά την έρευνα 15 άτομα από Λευκωσία, 9 άτομα από Λεμεσό, 4 άτομα από Λάρνακα και 2 άτομα από Πάφο.

Εκπαίδευση:



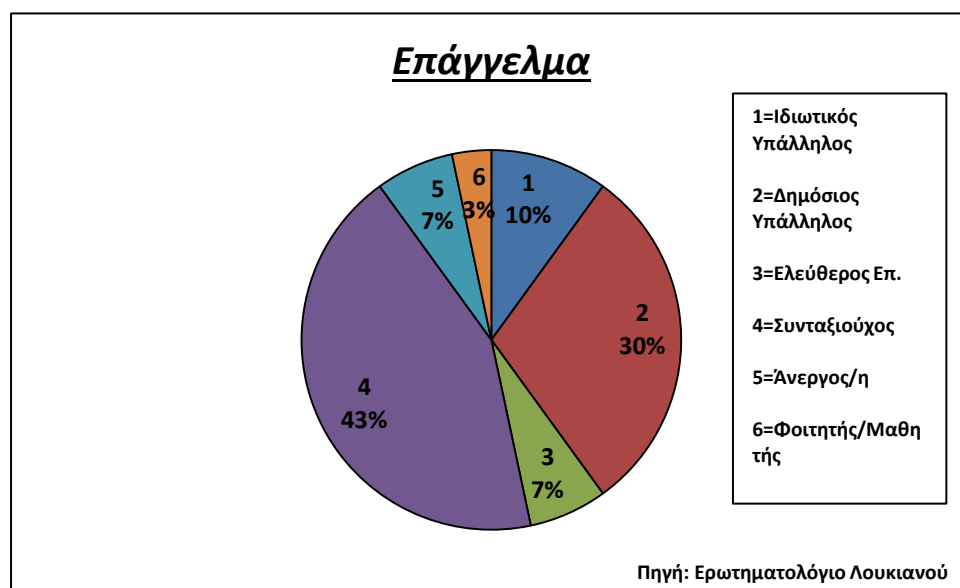
Διάγραμμα 37

Εκπαίδευση	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
15	1
8	2
6	3
1	4

Πίνακας 37

Από τον παραπάνω πίνακα 37 φαίνεται ότι αφού πάλι έχει γίνει κωδικοποίηση (που φαίνεται στο Διάγραμμα 37), 15 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και επισκέφτηκαν το τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας, είχαν εκπαίδευση Λύκειου/Γυμνασίου, 8 άτομα είχαν εκπαίδευση πανεπιστημίου, 6 άτομα είχαν εκπαίδευση σε μεταπτυχιακά και 1 άτομο εκπαίδευση σε Διδακτορικό.

Επάγγελμα:



Διάγραμμα 38

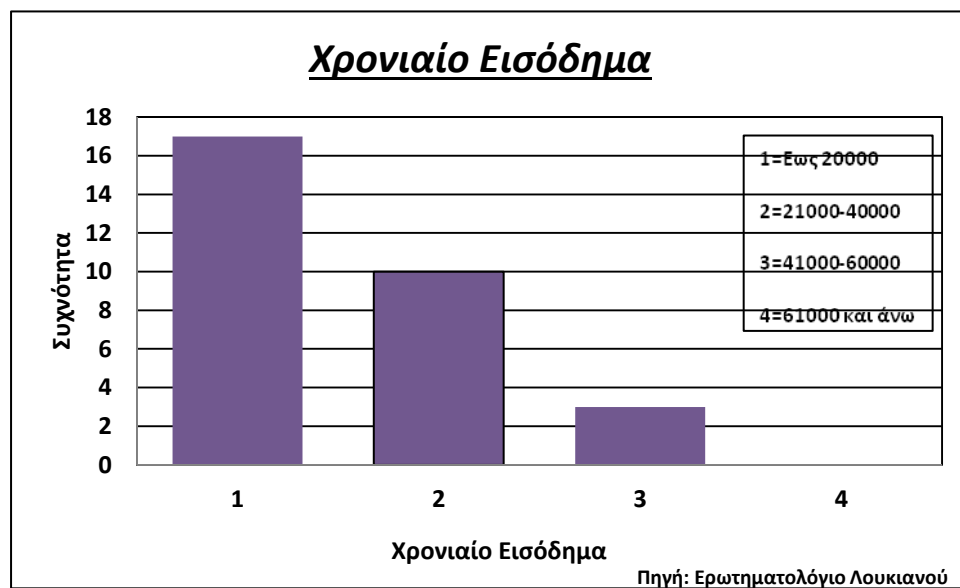
Επάγγελμα	
Συχνότητα	Κλάση
3	1
9	2
2	3
13	4
2	5
1	6

Πίνακας 38

Απο τον παραπάνω πίνακα 38 που αφορά το επάγγελμα και το Διάγραμμα 38 όπου έχει γίνει πάλι κωδικοποίηση (η οποία φαίνεται στο Διάγραμμα 38) φαίνεται ότι αυτοί που επισκέφτηκαν το τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας και συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Έρευνας το 43% ήταν Συνταξιούχοι, το 30% ήταν Δημόσιοι Υπάλληλοι, το 10% ήταν Ιδιωτικοί Υπάλληλοι, το 7% ήταν Ελεύθεροι Επαγγελματίες, το υπόλοιπο 7% ήταν Άνεργοι και τέλος το 6% ήταν Φοιτητές.

Ασφάλιση: Τα άτομα που έχουν επισκεφτεί το Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας και έχουν συμπληρώσει το Ερωτηματολόγιο Έρευνας είχαν την εξής ασφάλιση: 18 άτομα είχαν Δημόσια ασφάλεια, 3 άτομα είχαν ιδιωτική ασφάλιση, 5 άτομα δεν είχαν καμία ασφάλιση και 4 άτομα είχαν και ιδιωτική και δημόσια ασφάλιση.

Χρονιαίο Εισόδημα:



Διάγραμμα 39

Χρονιαίο Εισόδημα	Κλάση
17	1
10	2
3	3
0	4

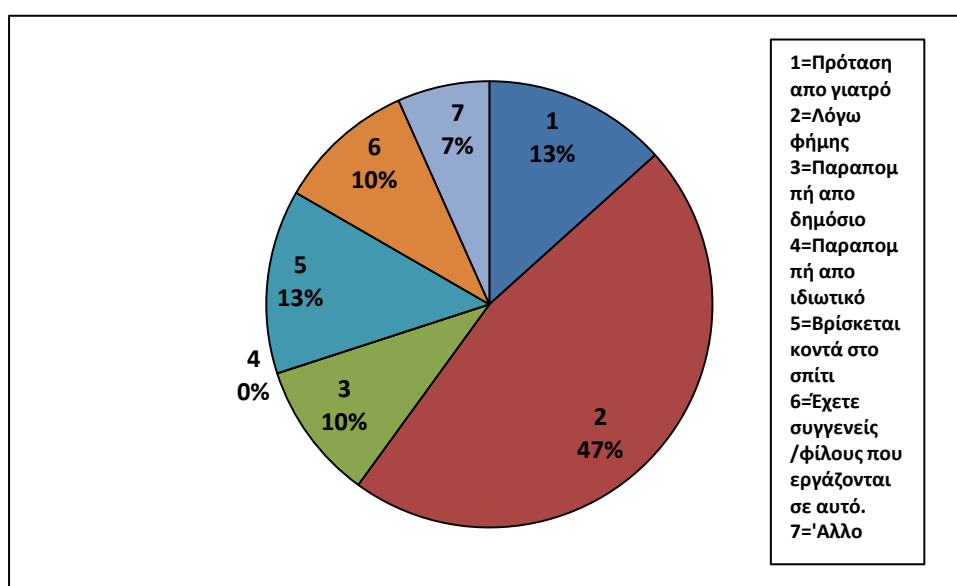
Πίνακας 39

Απο τον παραπάνω πίνακα 39 και Διάγραμμα 39 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:17 άτομα είχαν Χρονιαίο Εισόδημα έως 20.000, 10 άτομα είχαν Χρονιαίο εισόδημα απο 21.000-40.000, 3 άτομα είχαν Χρονιαίο Εισόδημα απο 41.000-60.000 και κανένα άτομο δεν είχε Χρονιαίο Εισόδημα 61.000 και άνω.

Άτομα που συντηρούνται απο αυτό το εισόδημα:17 άτομα απάντησαν ότι απο το Χρονιαίο Εισόδημα έως 20.000 συντηρούνται απο 1-5 άτομα,10 άτομα απάντησαν ότι απο το εισόδημα των 21.000-40.000 συντηρούνται απο 1-6 άτομα,3 άτομα απάντησαν ότι απο το Χρονιαίο Εισόδημα των 41.000-60.000 συντηρούνται απο 1-5 άτομα και απο το Χρονιαίο Εισόδημα των 61.000 χιλιάδων δεν απάντησε κανένας ότι έχει τέτοιο εισόδημα.

Αν έχετε ξανά επισκεφτεί ξανά Δημόσιες Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες;Πόσες φορές;Για ποιο λόγο;25 άτομα απάντησαν ότι έχουν ξαναεπισκεφτεί Δημόσιες Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες,απο 1-5 φορές ή και περισσότερες, και 5 άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν ξαναεπισκεφτεί Δημόσιες Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες.Ο λόγος επίσκεψης των περισσότερων που απάντησαν ήταν για μέτρηση και καταγραφή συνταγής γυαλιών για μακριά ή κοντά,για κοκκίνισμα στα μάτια,για κερατόκωνο,για εξέταση καταρράκτη,για ενόχληση απο ξένο σώμα στο μάτι,για μέτρηση οφθαλμολογικής πίεσης-Γλαύκωμα,για αποκόλληση αμφιβληστροειδούς,για εξετάσεις ηλεκτροφυσιολογίας(ocd),για μεγάλη μείωση στην όραση και θεραπεία με ενέσεις,για επιπεφυκίτιδα,για πρόβλημα στην ωχρά κηλίδα,για τραύμα κ.λ.π.

Ποιος ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου αυτή την φορά;



Διάγραμμα 39

Ποιος ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου αυτή την φορά;	
Συχνότητα	Κλάση
4	1
14	2
3	3
0	4
4	5
3	6
2	7

Πίνακας 39

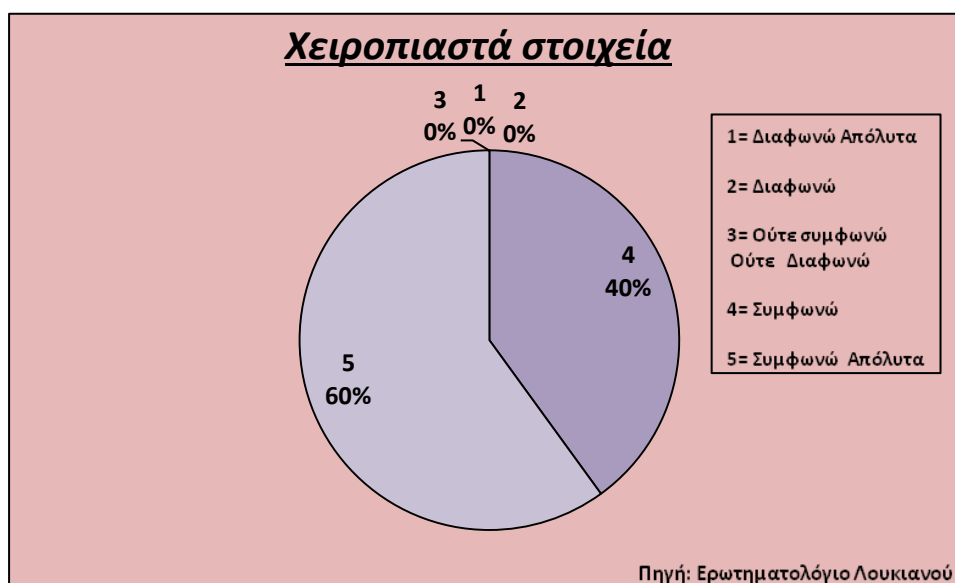
Απο το παραπάνω πίνακα 39 και το Διάγραμμα 39 (όπου φαίνεται η Κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: το 47% έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας λόγω φήμης,το 13% λόγω του ότι βρίσκεται κοντά στο σπίτι τους,το υπόλοιπο 13% λόγω του ότι προτάθηκε απο γιατρό,το 10% λόγω του ότι παραπέμφθηκε απο το δημόσιο,το υπόλοιπο 10% λόγω του ότι σ' αυτό εργάζονται συγγενείς ή φίλοι και τέλος το 7% απάντησαν ότι έχουν επιλέξει το νοσοκομείο, Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας για άλλους λόγους όπως, για οικονομικούς λόγους,λόγω εμπιστοσύνης και λόγω μεγάλης πείρας των γιατρών.

5.2.Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Δημόσιος Τομέας – Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Α-(Προσδοκίες Ασθενών)

Το Α Μέρος αποτελείται απο 19 ερωτήσεις οι οποίες έχουν βασιστεί στις 10 Διαστάσεις της Ποιότητας οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω:

Απο τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου έχουν εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα.Στην παρούσα Διατριβή αναφέρονται τα πιο σημαντικά.Για τα υπόλοιπα παρακαλώ όπως αποταθείτε στην συγγραφέα, για περισσότερες πληροφορίες ως προς όλα τα αποτελέσματα.

Ερώτηση 1: Ο χώρος εξέτασης πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;



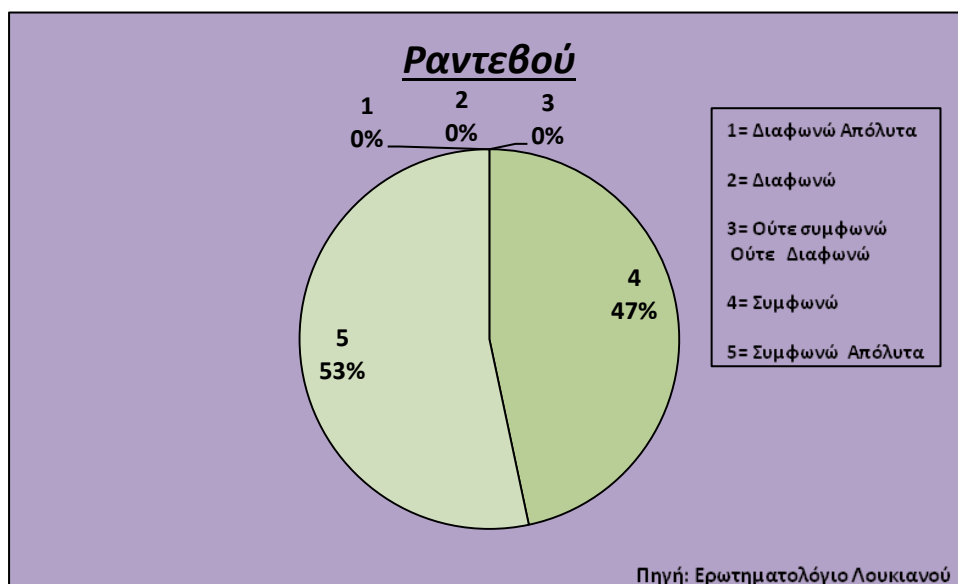
Διάγραμμα 40

<u>Χειροπιαστά Στοιχεία</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
0	3
12	4
18	5

Πίνακας 40

Απο τον παραπάνω πίνακα 40 και το παραπάνω Διάγραμμα 40 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Το 60% απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι ο χώρος εξέτασης θα πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, το 40% απάντησαν ότι συμφωνούν, ενώ κανένας δεν απάντησε στην ερώτηση ούτε συμφωνεί ,ούτε διαφωνεί δηλαδή 0%, κανένας δεν έχει απαντήσει ότι Διαφωνεί δηλαδή με 0% ένδειξη, και κανένας δεν έχει απαντήσει ότι Διαφωνεί απόλυτα με 0% ένδειξη στις απαντήσεις.

Ερώτηση 2 :Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού πρέπει να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;



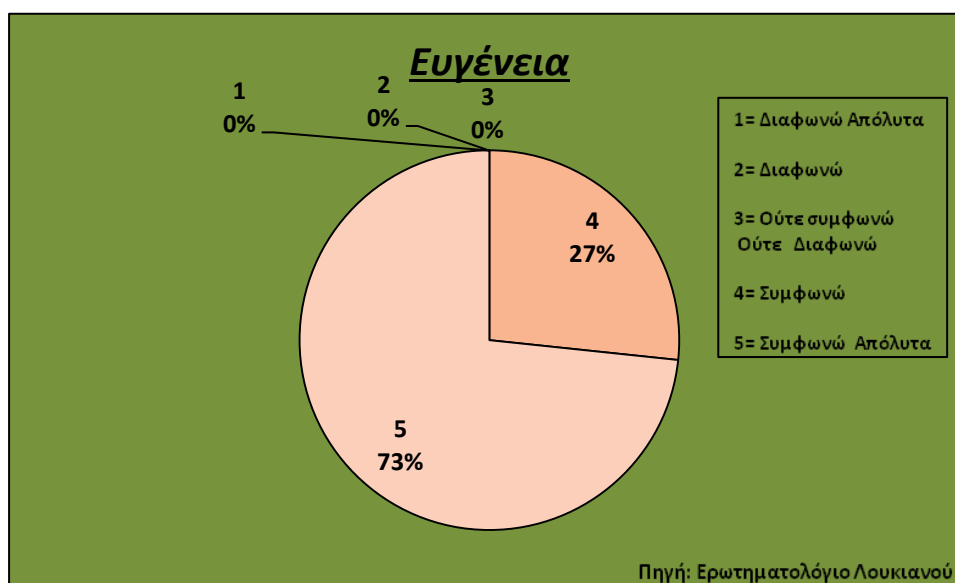
Διάγραμμα 41

Ραντεβού	Κλάση
0	1
0	2
0	3
14	4
16	5

Πίνακας 41

Απο τον παραπάνω πίνακα 41 και το Διάγραμμα 41(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 53% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι πρέπει τα ραντεβού να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί, το υπόλοιπο 47% απάντησαν ότι συμφωνούν πως τα ραντεβού θα πρέπει να παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί.Ενώ καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις: Ούτε συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0% απαντήσεις, καθώς το ίδιο προκύπτει και στην ερώτηση Διαφωνώ με πάλι 0% απαντήσεις καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι ένδειξη 0%.

Ερώτηση 3 :Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι σας;



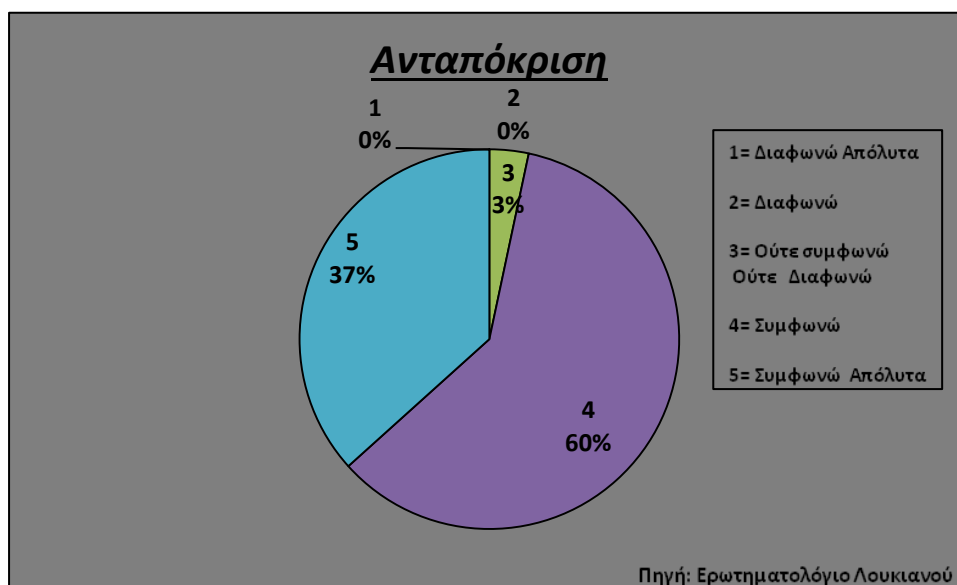
Διάγραμμα 42

Ευγένεια	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
0	3
8	4
22	5

Πίνακας 42

Απο τον παραπάνω πίνακα 42 και Διάγραμμα 42(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 73% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι τους ενώ το υπόλοιπο 27% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι τους ενώ καμία απάντηση δεν είχαμε,στις ερωτήσεις Ούτε συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,Διαφωνώ πάλι με 0% καθώς και στην Ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα πάλι 0% ένδειξη απαντήσεων.

Ερώτηση 4: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;



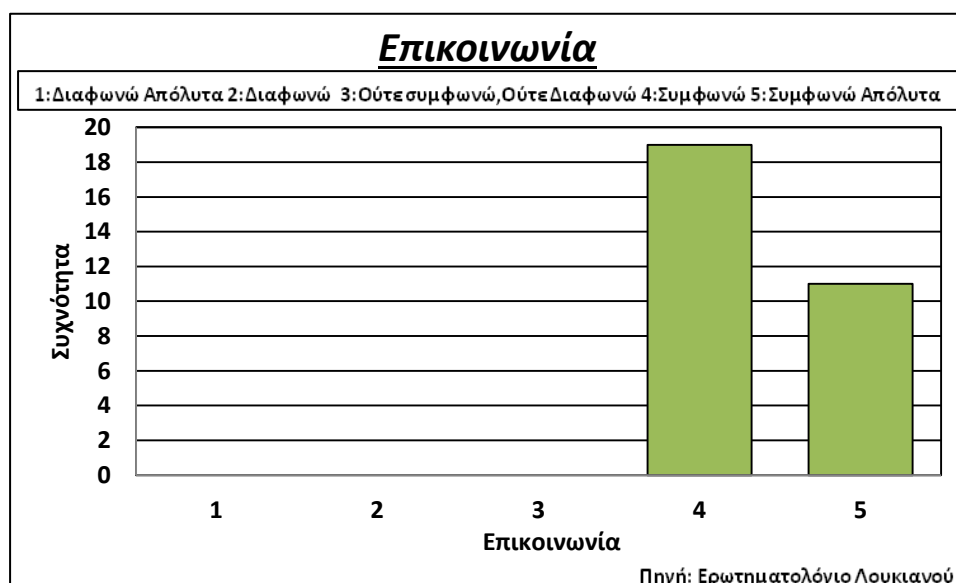
Διάγραμμα 43

Ανταπόκριση	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
1	3
18	4
11	5

Πίνακας 43

Απο τον παραπάνω πίνακα 43 και Διάγραμμα 43(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 60% απάντησαν ότι Συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών κάθε φορά ενώ το υπόλοιπο 37% απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα.Το 3% απάντησαν ότι ούτε Συμφωνούν, ούτε Διαφωνούν,ενώ στην Ερώτηση Διαφωνώ υπήρχε ένδειξη 0%,καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα υπήρξε πάλι 0% ένδειξη δηλαδή χωρίς καμία απάντηση.

Ερώτηση 5: Πρέπει να έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;



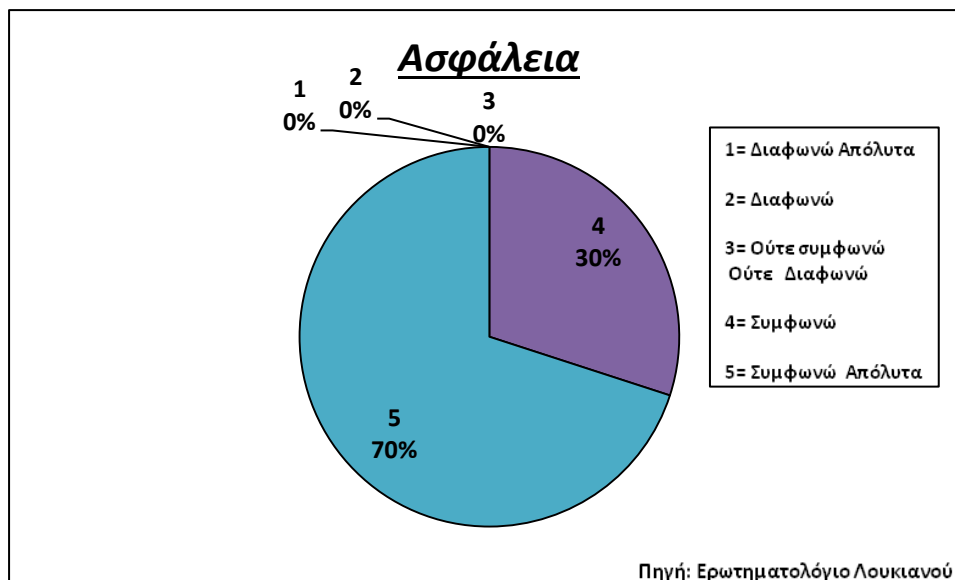
Διάγραμμα 44

Επικοινωνία	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
19	4
11	5

Πίνακας 44

Απο τον πίνακα 44 και το Διάγραμμα 44 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα: 19 άτομα έχουν απαντήσει ότι Συμφωνούν ότι πρέπει ο ασθενής να έχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, 11 άτομα συμφωνούν απόλυτα ότι πρέπει να υπάρχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κανένα άτομο δεν έχει δώσει απάντηση στην ερώτηση Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με αποτέλεσμα να έχουμε ένδειξη 0%, καθώς το ίδιο συμβαίνει με το Διαφωνώ, με ένδειξη 0% καθώς και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με ένδειξη και πάλι 0%.

Ερώτηση 6: Στο νοσοκομείο πρέπει να νοιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;



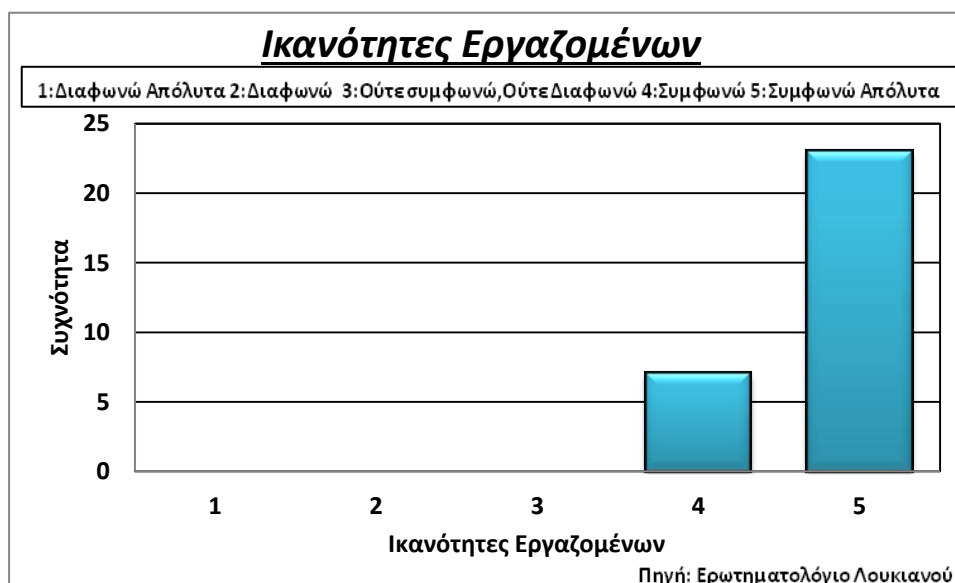
Διάγραμμα 45

Ασφάλεια	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
9	4
21	5

Πίνακας 45

Απο τον παραπάνω πίνακα 45 και το Διάγραμμα 45(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:70% έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα ότι ο ασθενής πρέπει να νοιώθει ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται και 30% έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ότι στο νοσοκομείο-τμήμα οφθαλμολογίας του νοσοκομείου Λευκωσίας,θα πρέπει ο ασθενής να νοιώθει ασφάλεια σχετικά με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις: Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0% απαντήσεις,στην ερώτηση Διαφωνώ πάλι με 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι ένδειξη 0%.

Ερώτηση 7: Το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;



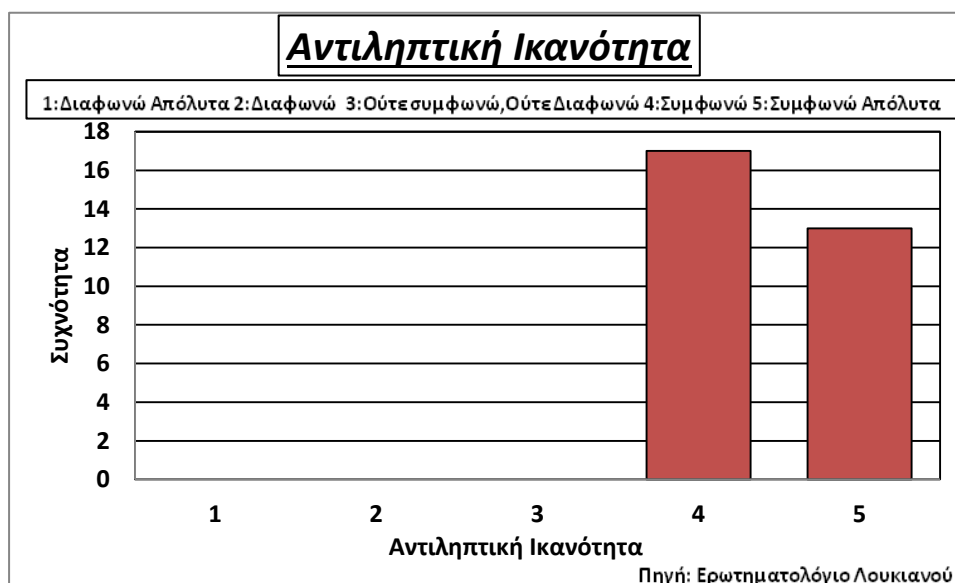
Διάγραμμα 46

Ικανότητες Εργαζομένων	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
7	4
23	5

Πίνακας 46

Απο τον παραπάνω πίνακα 46 και το Διάγραμμα 46(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:23 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να εξυπηρετά αποτελεσματικά τους ασθενείς,ενώ 7 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να εξυπηρετά αποτελεσματικά τους ασθενείς.Μηδενική ένδειξη και χωρίς καμία απάντηση είχαμε στις ερωτήσεις: Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,Διαφωνώ με 0% και Διαφωνώ Απόλυτα πάλι με 0%.

Ερώτηση 8: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;



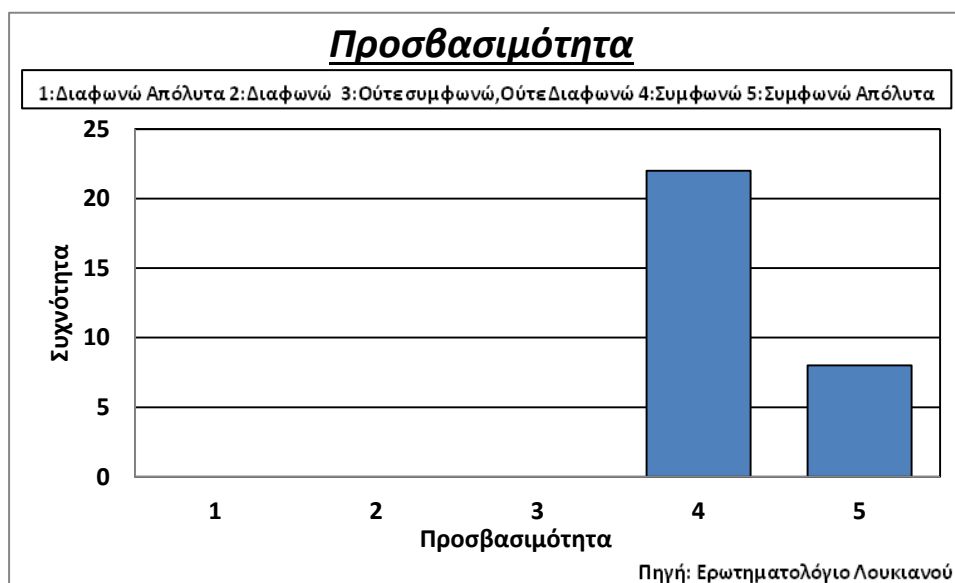
Διάγραμμα 47

Αντιληπτική Ικανότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
17	4
13	5

Πίνακας 47

Απο τον παραπάνω πίνακα 47 και το Διάγραμμα 47(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:13 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα των ασθενών και 17 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα των ασθενών.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,στην ερώτηση Διαφωνώ με 0% και επίσης στη ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα με πάλι 0%.

Ερώτηση 9: Πρέπει να έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή;



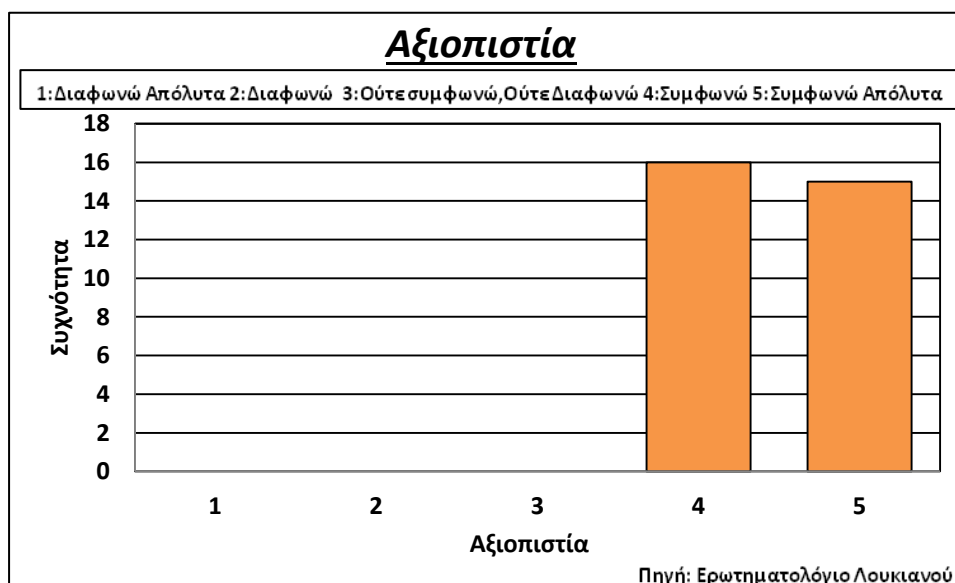
Διάγραμμα 48

Προσβασιμότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
22	4
8	5

Πίνακας 48

Απο τον παραπάνω πίνακα 48 και το Διάγραμμα 48(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:8 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν απόλυτα ότι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή και 22 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν, πως θα πρέπει οι ασθενείς να έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή.Μηδενική ένδειξη είχαμε στις ερωτήσεις Ούτε Συμφωνώ,Ούτε Διαφωνώ με 0%,στην ερώτηση Διαφωνώ με 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ απόλυτα με ένδειξη 0%.

Ερώτηση 10: Το νοσοκομείο πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί(αξιοπιστία);



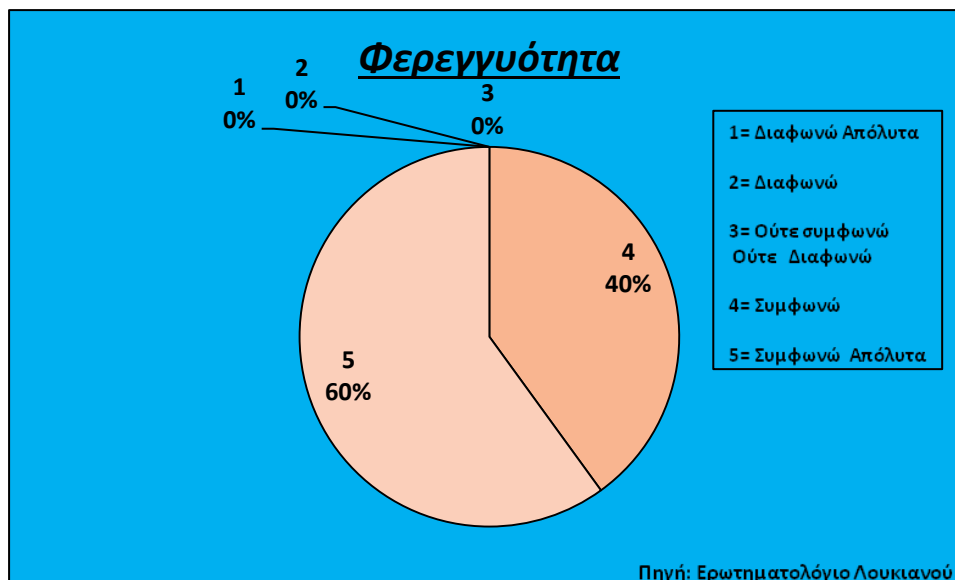
Διάγραμμα 49

<u>Αξιοπιστία</u>	<u>Κλάση</u>
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
0	3
16	4
15	5

Πίνακας 49

Απο τον παραπάνω πίνακα 49 και το Διάγραμμα 49 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 15 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί και να είναι αξιόπιστο και 16 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν πως το Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί στον ασθενή και να είναι αξιόπιστο. Μηδενική ένδειξη είχαμε στις υπόλοιπες ερωτήσεις που είναι: Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με 0%, Διαφωνώ με πάλι 0% και Διαφωνώ απόλυτα και πάλι με 0% ένδειξη.

Ερώτηση 11: Το νοσοκομείο πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;



Διάγραμμα 50

Φερεγγυότητα	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
0	3
12	4
18	5

Πίνακας 50

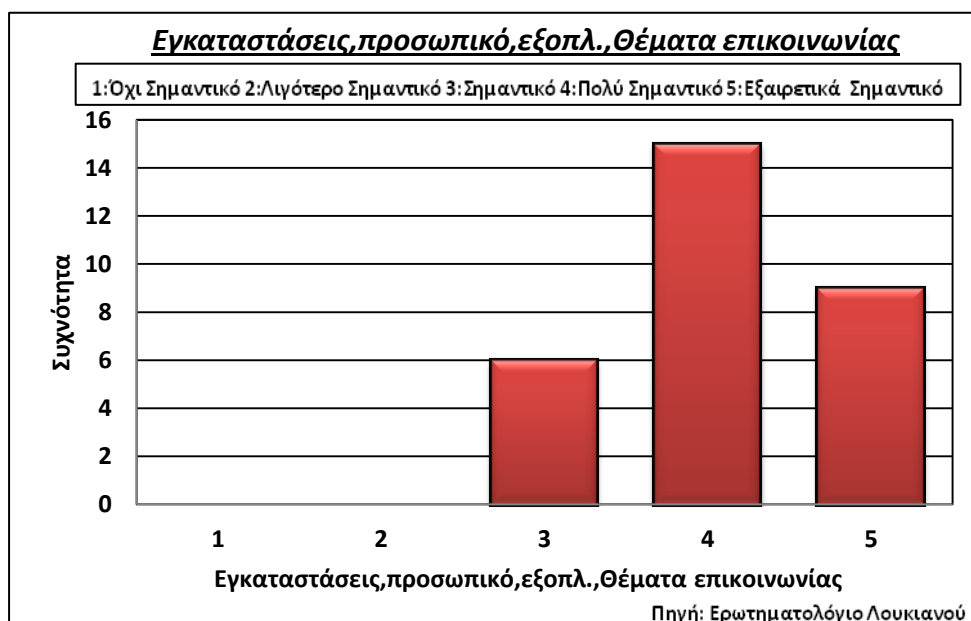
Απο τον παραπάνω πίνακα 50 και το Διάγραμμα 50 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Το 60% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το νοσοκομείο θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ τους συναλλαγές και το 40% απάντησαν ότι οι ασθενείς συμφωνούν πως νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας, θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο ως προς τις μεταξύ τους συναλλαγές. Μηδενική ένδειξη παρουσιάζεται στις ερωτήσεις: Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ με 0% ένδειξη, στην ερώτηση Διαφωνώ με πάλι 0% και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα πάλι με 0%.

5.2. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας-Δημόσιος Τομέας-Ανάλυση αποτελεσμάτων-Μέρος Α (Προσδοκίες Ασθενών).

Οι ερωτήσεις για τον **Βαθμό σημαντικότητας** των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας είναι 5 και είναι οι εξής παρακάτω:(όπου θα γίνει η καταγραφή των αποτελεσμάτων).

Παρακαλώ όπως ορίσετε τον βαθμό σημαντικότητας των παρακάτω χαρακτηριστικών.Σημειώστε απο το 1-5 τον βαθμό σημαντικότητας,όπου (1=όχι σημαντικό,2=Λιγότερο Σημαντικό,3=Σημαντικό,4=Πολύ Σημαντικό,5=Εξαιρετικά Σημαντικό).

Χαρακτηριστικό 1-Ερώτηση 1: Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας;



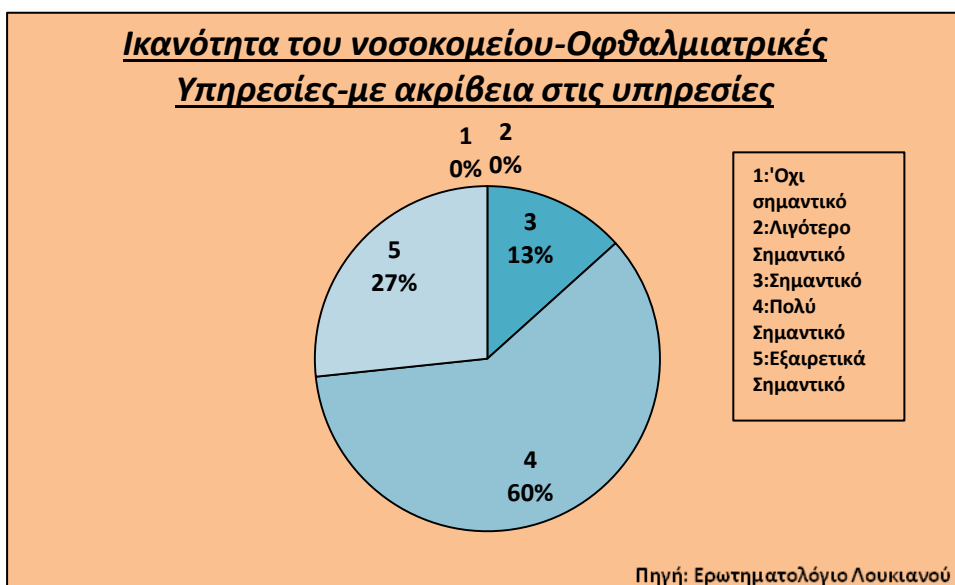
Διάγραμμα 51

1.Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλ,θέματα επικοινωνίας	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
6	3
15	4
9	5

Πίνακας 51

Απο τον παραπάνω πίνακα 51 και το παραπάνω Διάγραμμα 51(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:9 άτομα έχουν ορίσει ως εξαιρετικά σημαντικό το χαρακτηριστικό του νοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας, εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας,15 άτομα έχουν απαντήσει πως το παραπάνω χαρακτηριστικό είναι πολύ σημαντικό για ένα νοσοκομείο και 6 άτομα έχουν απαντήσει πως θεωρούν σημαντικό το χαρακτηριστικό Εγκαταστάσεις,προσωπικό,εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας.Επίσης στις ερωτήσεις λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό υπάρχει μηδενική ένδειξη, δηλαδή στην ερώτηση λιγότερο σημαντικό έχουν προκύψει 0% απαντήσεις και στο όχι σημαντικό πάλι 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 2-Ερώτηση 2: Ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται;



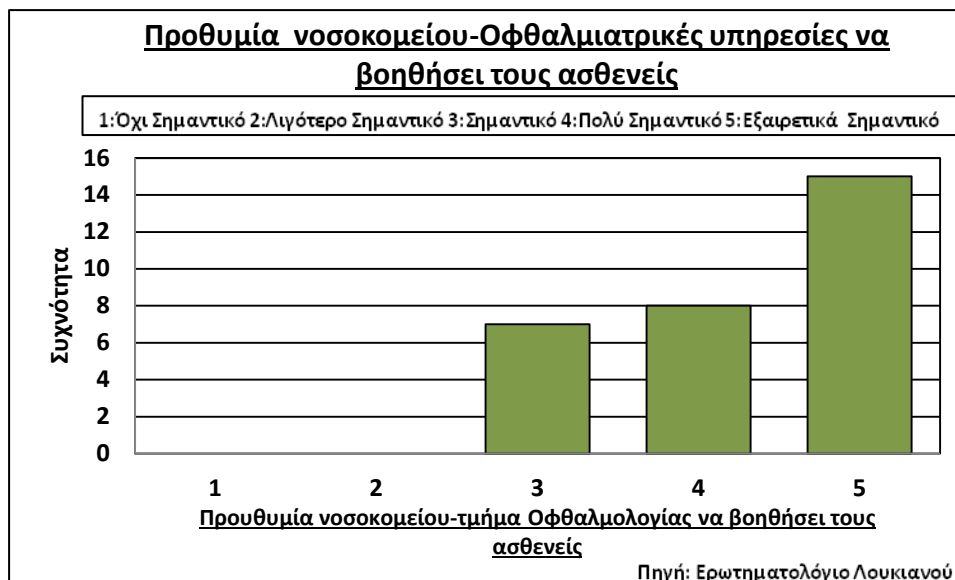
Διάγραμμα 52

2.Ικανότητα του νοσοκομείου- με ακρίβεια στις υπηρεσίες.	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
4	3
18	4
8	5

Πίνακας 52

Απο τον παραπάνω πίνακα 52 και το Διάγραμμα 52(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 60% απάντησε ότι θεωρεί την ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται ως πολύ σημαντικό,το 27% απάντησαν ότι την ικανότητα τουνοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας, να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται το θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικό χαρακτηριστικό,και το 13% απάντησαν πως το χαρακτηριστικό αυτό το θεωρούν σημαντικό.Καμία απάντηση δεν είχαμε στις ερωτήσεις ως λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό με 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 3-Ερώτηση 3:Προθυμία του νοσοκομείου να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο:



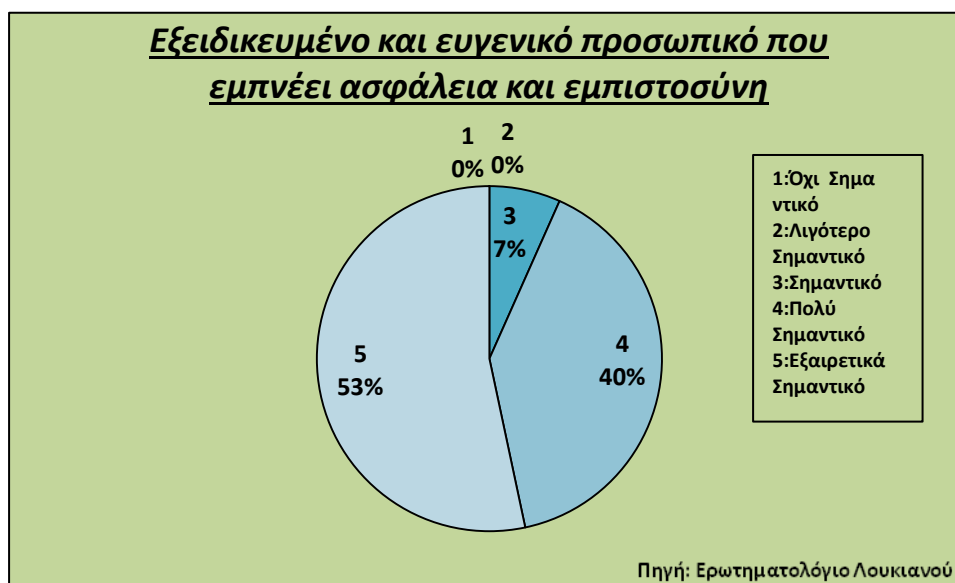
Διάγραμμα 53

<u>3.Προθυμία του νοσοκομείου-τμήμα Οφθαλμολογίας να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
7	3
8	4
15	5

Πίνακας 53

Απο τον παραπάνω πίνακα 53 και Διάγραμμα 53(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:15 άτομα έχουν θεωρήσει το χαρακτηριστικό του νοσοκομείου να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο ως εξαιρετικά σημαντικό,8 άτομα έχουν θεωρήσει το παραπάνω χαρακτηριστικό ως πολύ σημαντικό και 7 άτομα το έχουν θεωρήσει ως σημαντικό.Καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό.Και στις δύο ερωτήσεις προέκυψαν 0% απαντήσεις.

Χαρακτηριστικό 4-Ερώτηση 4:Εξειδικευμένο και ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη;



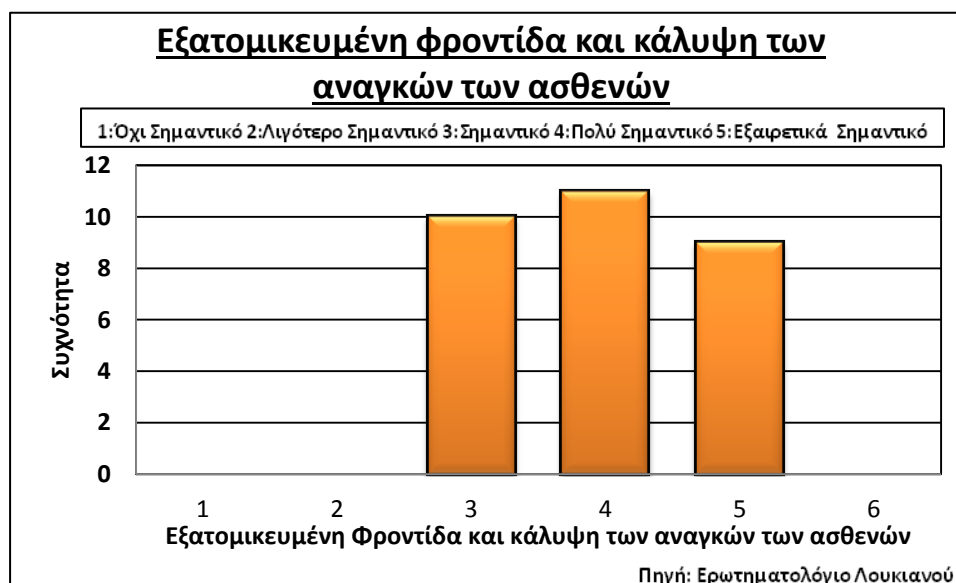
Διάγραμμα 54

<u>4.Εξειδικευμένο και ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
0	2
2	3
12	4
16	5

Πίνακας 54

Απο τον παραπάνω πίνακα 54 και το Διάγραμμα 54(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 53% έχουν απαντήσει πως το χαρακτηριστικό αυτό το θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικό,το 40% το θεωρούν ως πολύ σημαντικό και το 7% το θεωρούν ως σημαντικό.Στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό και όχι σημαντικό έχουν ληφθεί 0% απαντήσεις αντίστοιχα.

Χαρακτηριστικό 5-Ερώτηση 5:Εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών;



Διάγραμμα 55

5.Εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
0	2
10	3
11	4
9	5

Πίνακας 55

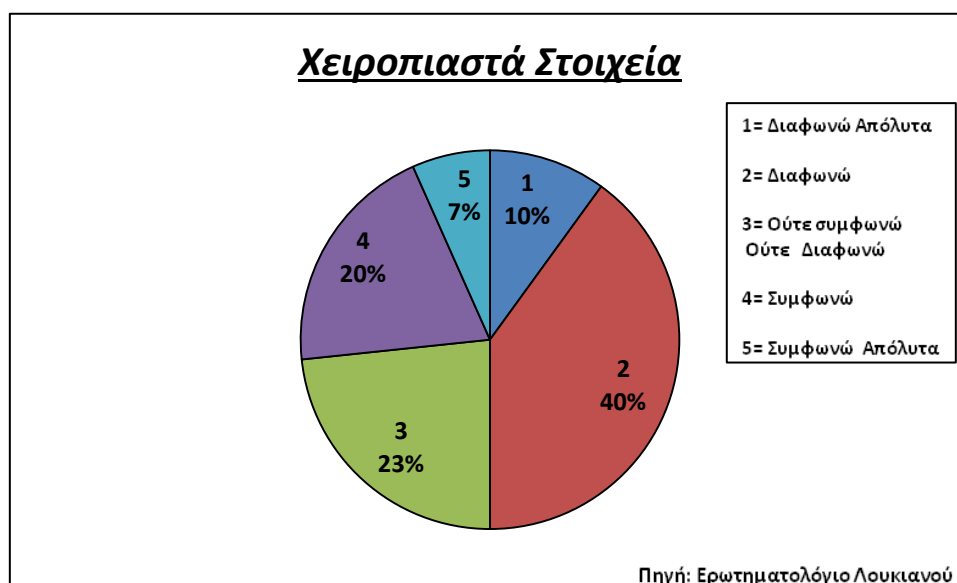
Απο τον παραπάνω πίνακα 55 και το Διάγραμμα 55(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:9 άτομα έχουν απαντήσει ότι το θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό το χαρακτηριστικό εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών,11 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν ως πολύ σημαντικό και 10 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν ως σημαντικό. Καμία απάντηση δεν υπήρξε στις ερωτήσεις αν το θεωρούν λιγότερο σημαντικό ή όχι σημαντικό με 0% απαντήσεις.

5.3.Παρουσίαση Αποτελεσμάτων-Δημόσιος Τομέας – Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Μέρος Β-(Προσφερόμενες υπηρεσίες Ασθενών).

Το **Β Μέρος** αποτελείται από **19 ερωτήσεις** οι οποίες έχουν βασιστεί στις **10 Διαστάσεις της Ποιότητας** όπως και το **Α Μέρος** του **Ερωτηματολογίου** αλλά σ' αυτή την περίπτωση έχει να κάνει με τις **υπηρεσίες που προσφέρονται** από το **νοσοκομείο** και συγκεκριμένα το **Τμήμα Οφθαλμολογίας** του **Νοσοκομείου Λευκωσίας**, οι οποίες **θα παρουσιαστούν παρακάτω**.

Από τα **αποτελέσματα** του **Ερωτηματολογίου** έχουν **εξαχθεί διάφορα αποτελέσματα**. Στην παρούσα **Διατριβή αναφέρονται τα πιο σημαντικά**. Για τα υπόλοιπα **παρακαλώ** όπως αποταθείτε **στην συγγραφέα**, για **περισσότερες πληροφορίες** ως προς όλα τα **αποτελέσματα**.

Ερώτηση 1: Ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;



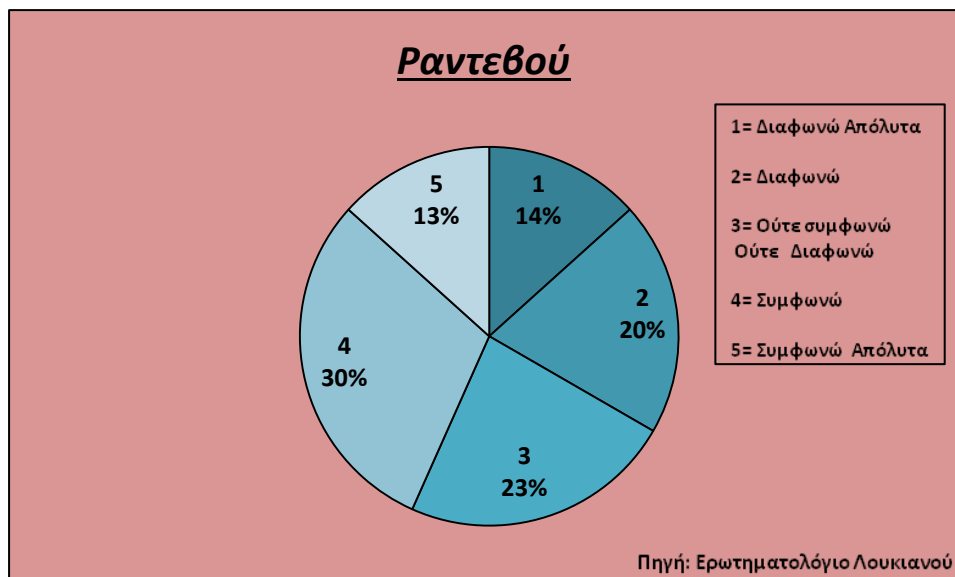
Διάγραμμα 56

Χειροπιαστά Στοιχεία	
Συχνότητα	Κλάση
3	1
12	2
7	3
6	4
2	5

Πίνακας 56

Απο τον παραπάνω πίνακα 56 και Διάγραμμα 56(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 40% απάντησαν ότι διαφωνούν ότι ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,το 23% απάντησαν ότι Ούτε συμφωνούν Ούτε διαφωνούν ότι ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, μόλις το 20% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός στον χώρο εξέτασης του νοσοκομείου,ενώ το υπόλοιπο 10% απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα ότι υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός,και μόλις 7% συμφωνούν απόλυτα,ένα μικρό ποσοστό,ότι ο χώρος εξέτασης του νοσοκομείου περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.

Ερώτηση 2: Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται τη χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;



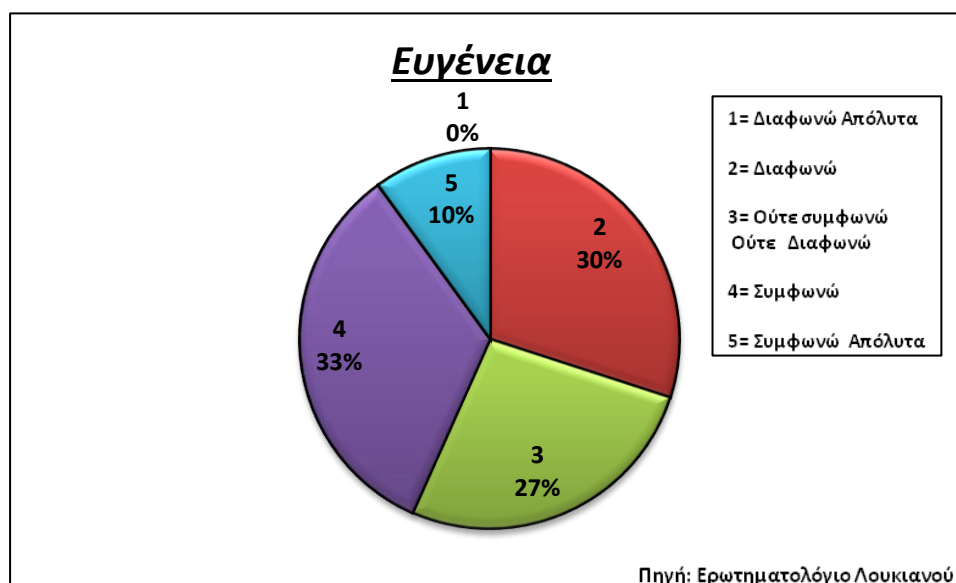
Διάγραμμα 57

<u>Ραντεβού</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
4	1
6	2
7	3
9	4
4	5

Πίνακας 57

Απο τον παραπάνω πίνακα 57 και το Διάγραμμα 57(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 30% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας,το 23% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν,ούτε διαφωνούν,το 20% απάντησαν ότι Διαφωνούν, μόλις το 13% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί, και τέλος το 14% απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα ότι οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί.

Ερώτηση 3: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι σας;



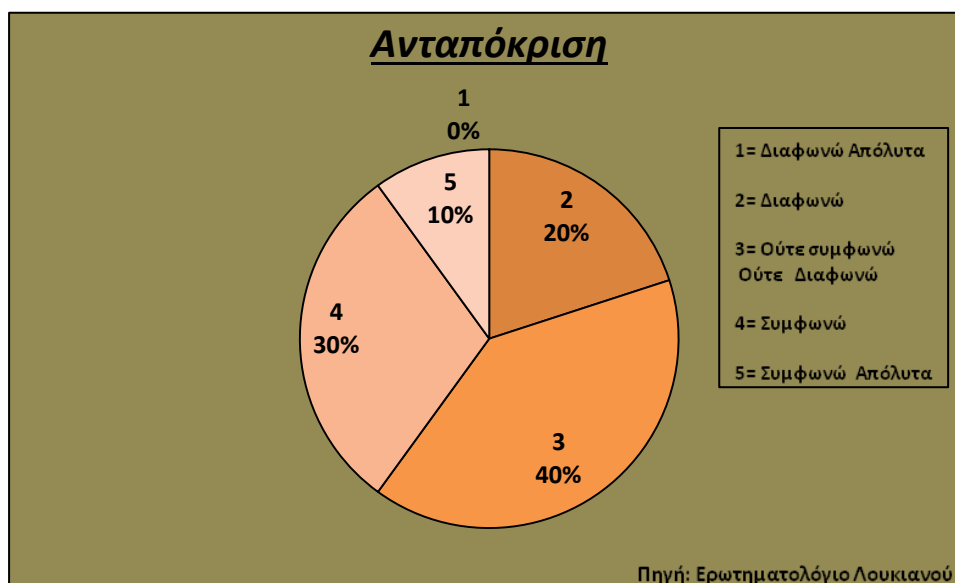
Διάγραμμα 58

Ευγένεια	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
9	2
8	3
10	4
3	5

Πίνακας 58

Απο τον παραπάνω πίνακα 58 και Διάγραμμα 58(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση),προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 33% απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι ευγενικό απέναντι τους,το 30% απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου είναι ευγενικό απέναντι τους,το 27% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, το 10% απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι τους και στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα έχουμε 0% απαντήσεις.

Ερώτηση 4: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;



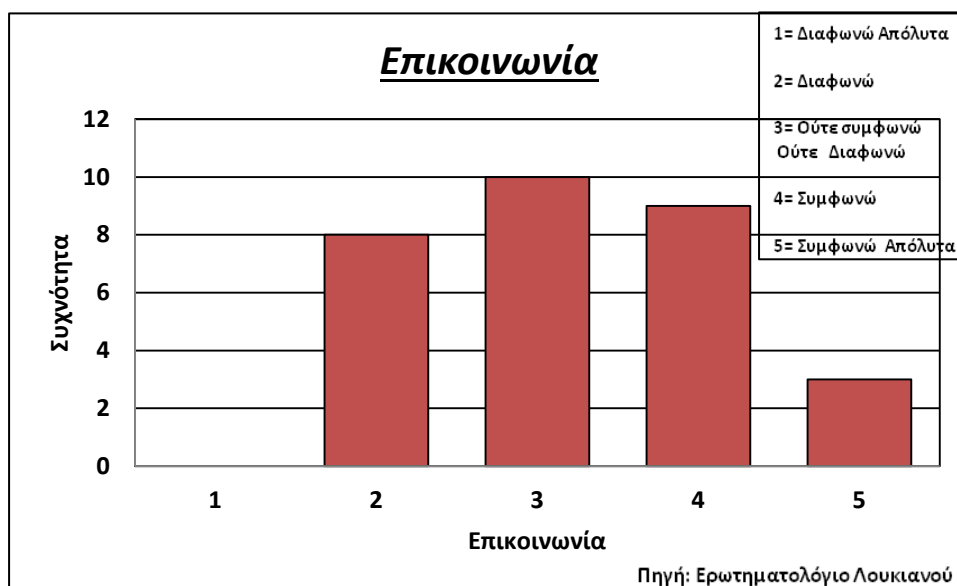
Διάγραμμα 59

Ανταπόκριση	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
6	2
12	3
9	4
3	5

Πίνακας 59

Απο τον παραπάνω πίνακα 59 και Διάγραμμα 59(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:Το 40% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν,ούτε διαφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου, ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις τους κάθε φορά,το 30% απάντησαν ότι συμφωνούν,το 20% απάντησαν ότι διαφωνούν,και μόλις το 10% συμφωνούν απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους κάθε φορά.Στην ερώτηση στο πόσα άτομα απάντησαν Διαφωνούν Απόλυτα είχαμε 0% απαντήσεις.

Ερώτηση 5: Έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;



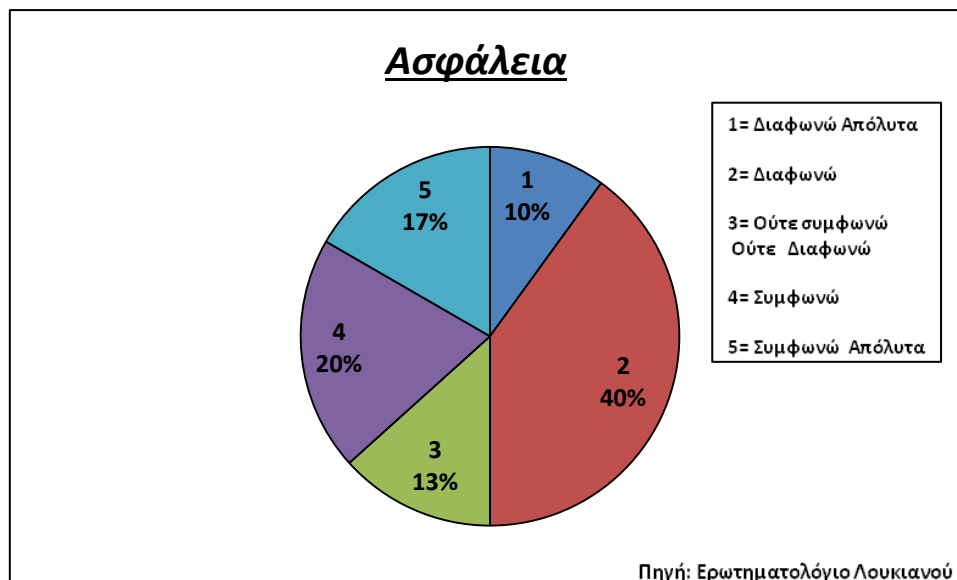
Διάγραμμα 60

Επικοινωνία	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
0	1
8	2
10	3
9	4
3	5

Πίνακας 60

Απο τον παραπάνω πίνακα 60 και Διάγραμμα 60 (όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 10 άτομα έχουν απαντήσει ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν ότι έχουν άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες, 9 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι έχουν άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μόλις 3 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, 8 άτομα απάντησαν ότι διαφωνούν ότι υπάρχει άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου-Τμήματος οφθαλμολογίας και καμία απάντηση δεν είχαμε στην ερώτηση Διαφωνώ απόλυτα με 0% απαντήσεις.

Ερώτηση 6: Στο νοσοκομείο νιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;



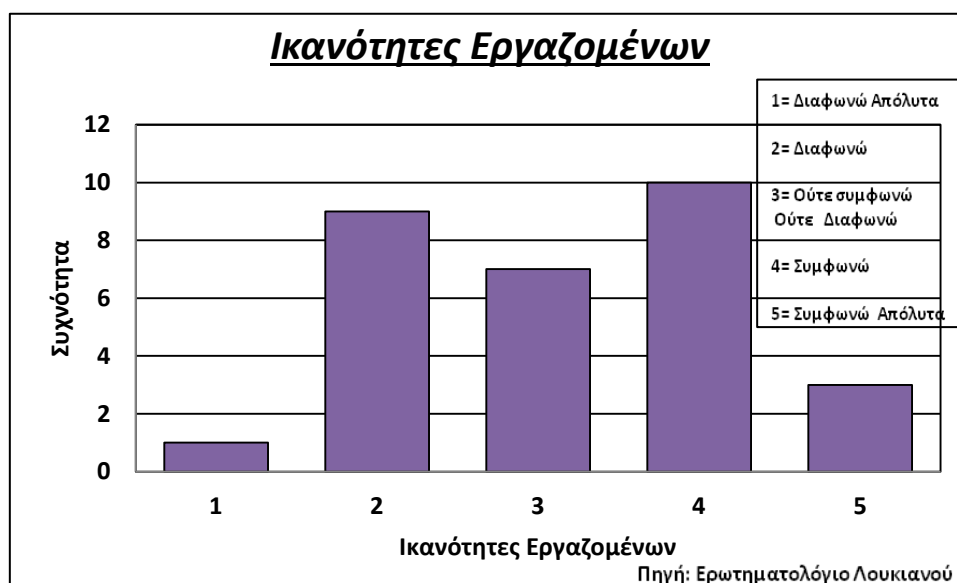
Διάγραμμα 61

Ασφάλεια	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
3	1
12	2
4	3
6	4
5	5

Πίνακας 61

Απο τον παραπάνω πίνακα 61 και Διάγραμμα 61(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: 40% Διαφωνούν ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο νοιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, ένα 20% συμφωνούν ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο νοιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, το 17% απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι νοιώθουν ασφάλεια στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, το 13% απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν και το υπόλοιπο 10% απάντησαν ότι Διαφωνούν Απόλυτα ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο νοιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται.

Ερώτηση 7: Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;



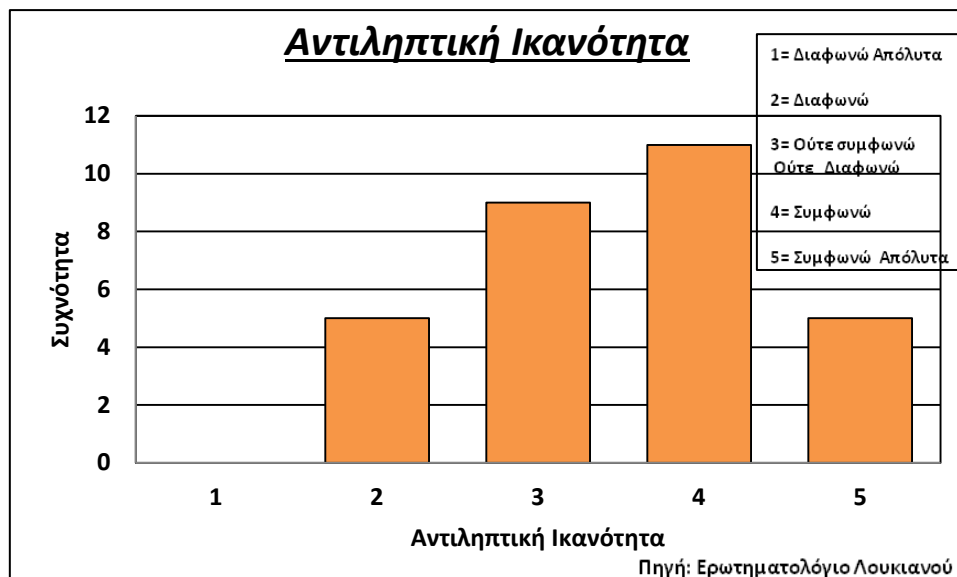
Διάγραμμα 62

Ικανότητες Εργαζομένων	Κλάση
Συχνότητα	Κλάση
1	1
9	2
7	3
10	4
3	5

Πίνακας 62

Απο τον παραπάνω πίνακα 62 και Διάγραμμα 62(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)10 άτομα έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ότι το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι εξειδικευμένο και τους εξυπηρετά αποτελεσματικά,9 άτομα απάντησαν ότι διαφωνούν ότι το προσωπικό είναι εξειδικευμένο,7 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν,ούτε διαφωνούν,μόλις 3 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και 1 άτομο απάντησε ότι Διαφωνεί Απόλυτα ότι το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και εξυπηρετά αποτελεσματικά τους ασθενείς.

Ερώτηση 8: Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;



Διάγραμμα 63

Αντιληπτική Ικανότητα	Κλάση
0	1
5	2
9	3
11	4
5	5

Πίνακας 63

Απο τον παραπάνω πίνακα 63 και Διάγραμμα 63(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:11 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου-Τμήμα Οφθαλμολογίας αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα τους,9 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,5 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα τους, 5 άτομα ακόμα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα τους.Τέλος δεν είχαμε καμία απάντηση στην ερώτηση αν Διαφωνούν Απόλυτα με 0% ένδειξη.

Ερώτηση 9: Έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή;



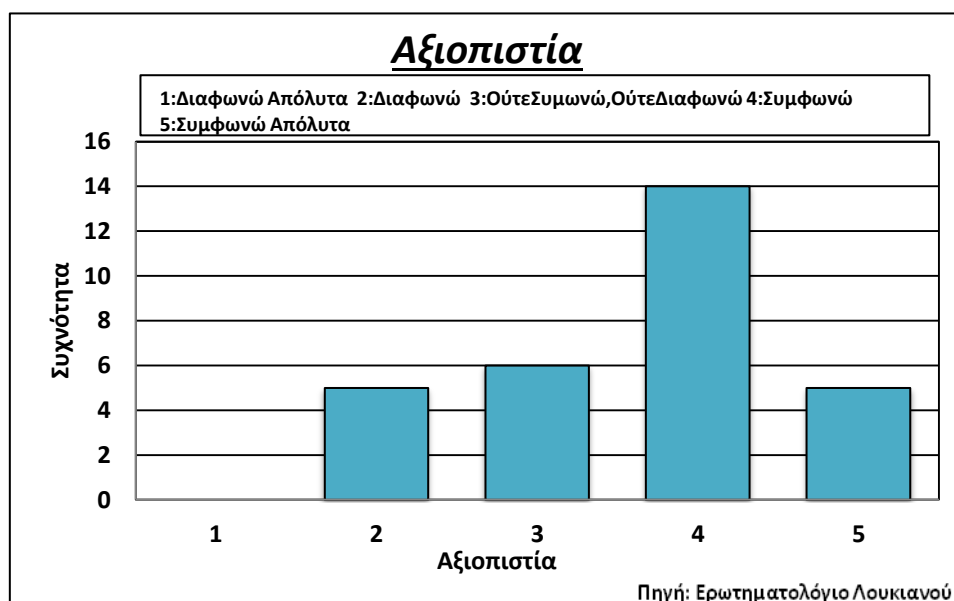
Διάγραμμα 64

Προσβασιμότητα	Κλάση
2	1
13	2
6	3
7	4
2	5

Πίνακας 64

Απο τον παραπάνω πίνακα 64 και Διάγραμμα 64(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:13 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή,7 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό,6 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,2 μόλις άτομα απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι έχουν εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανά πάσα στιγμή, και 2 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν απόλυτα.

Ερώτηση 10: Το νοσοκομείο παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί(αξιοπιστία);



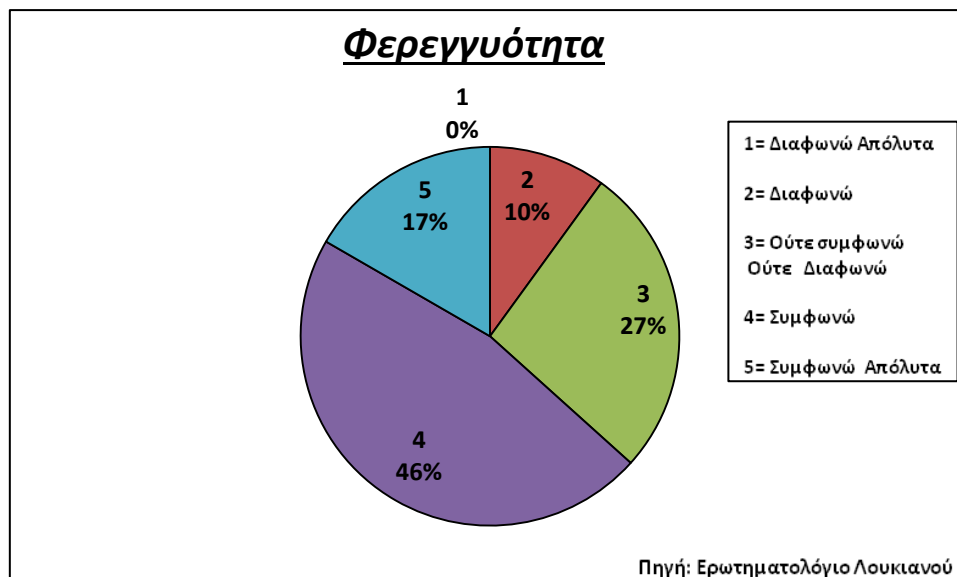
Διάγραμμα 65

Αξιοπιστία	Κλάση
0	1
5	2
6	3
14	4
5	5

Πίνακας 65

Απο τον παραπάνω πίνακα 65 και Διάγραμμα 65(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)14 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας τους παρέχει τις υπηρεσίες που τους έχει υποσχεθεί και είναι αξιόπιστο,6 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν,5 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο -Τμήμα Οφθαλμολογίας παρέχει τις υπηρεσίες που τους έχει υποσχεθεί, και μόλις 5 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο τους παρέχει τις υπηρεσίες που τους έχει υποσχεθεί και είναι αξιόπιστο.Τέλος μηδενική ένδειξη είχαμε με 0% απαντήσεις στο ερώτημα Διαφωνώ απόλυτα.

Ερώτηση 11: Το νοσοκομείο είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;



Διάγραμμα 66

Φερεγγυότητα	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
0	1
3	2
8	3
14	4
5	5

Πίνακας 66

Απο τον παραπάνω πίνακα 66 και Διάγραμμα 66(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:14 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας, είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ τους συναλλαγές, 8 άτομα απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 5 άτομα απάντησαν ότι Συμφωνούν Απόλυτα ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο-Τμήμα Οφθαλμολογίας είναι αξιόπιστο και φερέγγυο με τις μεταξύ τους συναλλαγές, 3 άτομα απάντησαν ότι Διαφωνούν και τέλος καμία απάντηση δεν είχαμε με 0% ένδειξη στην ερώτηση Διαφωνώ Απόλυτα.

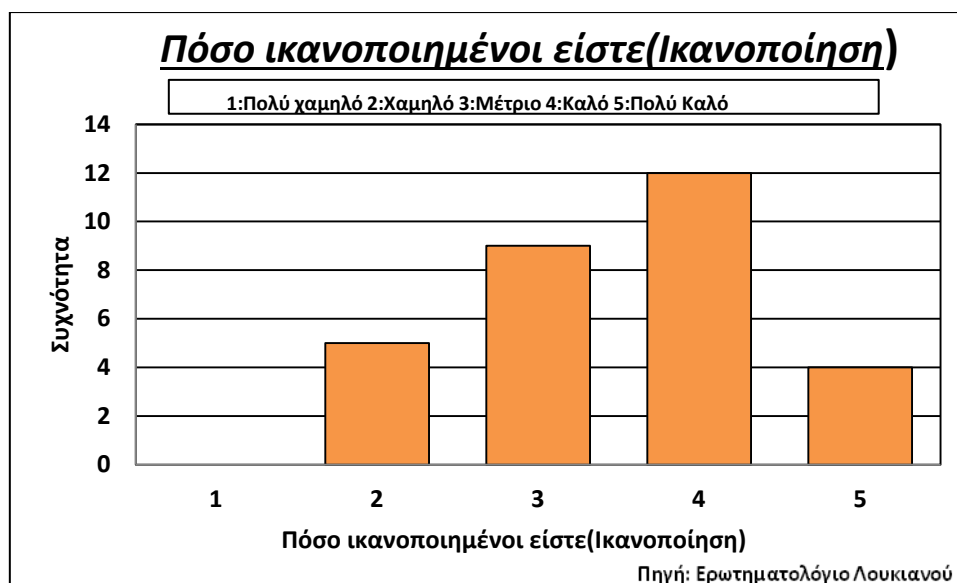
5.4. Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου- Δημόσιος Τομέας-Ανάλυση αποτελεσμάτων –Μέρος Β (Προσφερόμενες υπηρεσίες).

Οι ερωτήσεις που αφορούν τον Βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου στο Μέρος Β είναι 6.

Ερώτηση 1: Πώς θα αξιολογούσατε το συνολικό επίπεδο υπηρεσιών που δεχθήκατε στο νοσοκομείο;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 ερωτηματολόγια που δόθηκαν προέκυψαν οι εξής απαντήσεις:6 άτομα απάντησαν ότι είναι πολύ καλό το συνολικό επίπεδο των υπηρεσιών που δέχθηκαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο-Τμήμα οφθαλμολογίας, 12 άτομα απάντησαν ότι είναι καλό,7 άτομα απάντησαν ότι είναι μέτριο,5 άτομα απάντησαν ότι το επίπεδο των υπηρεσιών που δέχθηκαν ήταν χαμηλό και τέλος καμία απάντηση δεν υπήρξε στην ερώτηση αν θεωρούντο επίπεδο των υπηρεσιών, Πολύ Χαμηλό με 0% απαντήσεις.

Ερώτηση 2: Πόσο ικανοποιημένοι είστε απο την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο;



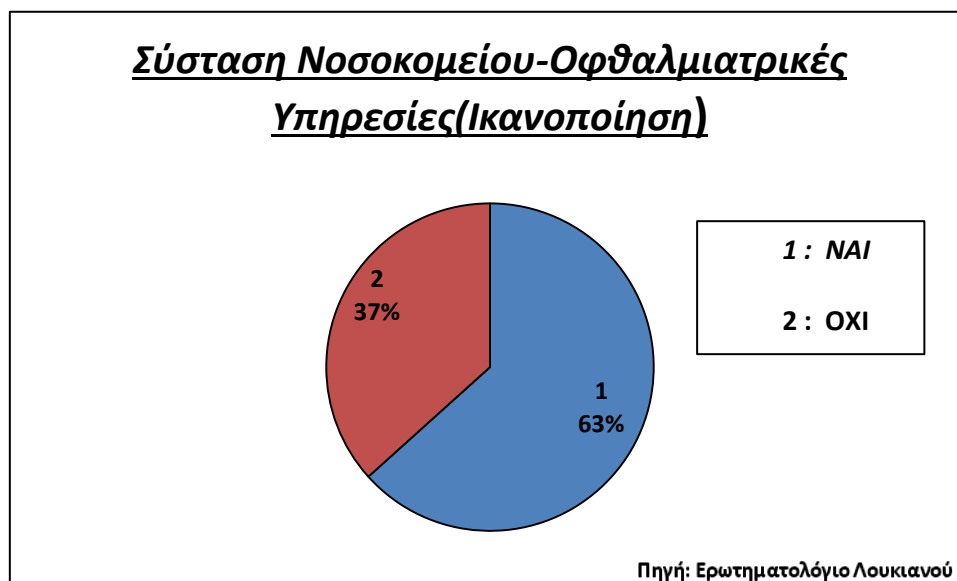
Διάγραμμα 67

Πόσο Ικανοποιημένοι είστε(Ικανοποίηση)	
Συχνότητα	Κλάση
0	1
5	2
9	3
12	4
4	5

Πίνακας 67

Απο τον παραπάνω πίνακα 67 και Διάγραμμα 67(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση)προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:12 άτομα απάντησαν ότι το νοσοκομείο - Τμήμα Οφθαλμολογίας που επισκέφτηκαν για την νοσηλεία τους είναι καλό,όσον αφορά την ικανοποίηση τους, 9 άτομα απάντησαν ότι είναι μέτριο, 5 άτομα απάντησαν ότι θεωρούν ότι το επίπεδο του είναι χαμηλό σε σχέση με την ικανοποίηση τους, και μόνο 4 άτομα απάντησαν ότι το θεωρούν πολύ καλό.Τέλος καμία απάντηση δεν είχαμε στην ερώτηση Πολύ Χαμηλό με 0% απαντήσεις.

Ερώτηση 3: Θα συνιστούσατε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας;



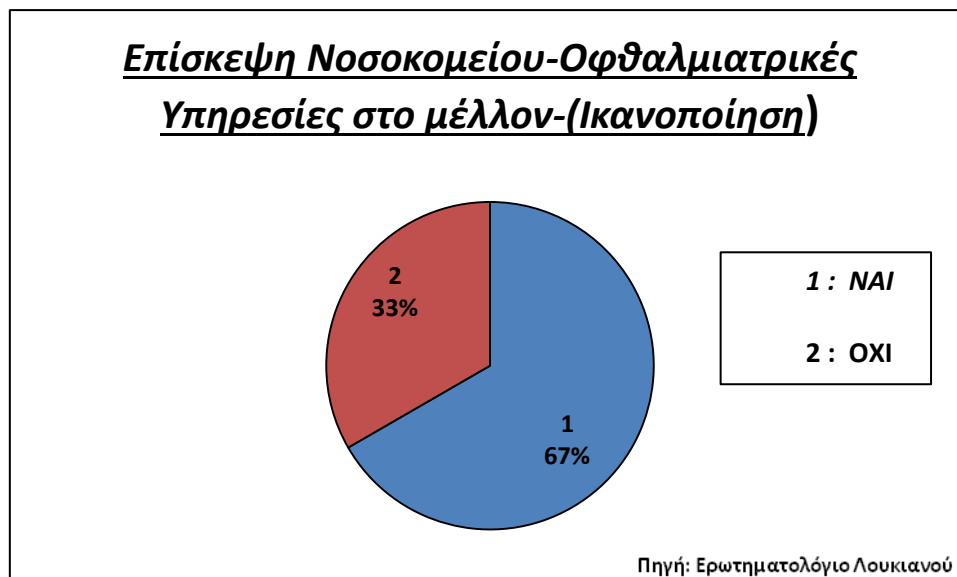
Διάγραμμα 68

<u>Σύσταση Νοσοκομείου(Ικανοποίηση)</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
19	1
11	2

Πίνακας 68

Απο τον παραπάνω πίνακα 68 και Διάγραμμα 68(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:το 63% των ερωτηθέντων απάντησαν ναι, ότι θα συνιστούσαν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου Λευκωσίας και συγκεκριμένα το Τμήμα Οφθαλμολογίας και 37% απάντησαν όχι,δηλαδή δεν θα συνιστούσαν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Ερώτηση 4: Είναι πολύ πιθανό να ξαναεπισκεφτείτε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες στο μέλλον;



Διάγραμμα 69

<u>Επίσκεψη Ιατρείου στο μέλλον(Ικανοποίηση)</u>	
<u>Συχνότητα</u>	<u>Κλάση</u>
20	1
10	2

Πίνακας 69

Απο τον παραπάνω πίνακα 69 και Διάγραμμα 69(όπου φαίνεται η κωδικοποίηση) προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: 67% απάντησαν ναί θα ξαναεπισκεφτούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου και συγκεκριμένα το Τμήμα Οφθαλμολογίας στο μέλλον και 33% απάντησαν όχι πως δεν θα ξαναεπισκεφτούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου Λευκωσίας -Τμήμα Οφθαλμολογίας στο μέλλον.

Ερώτηση 5: Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο ελάττωμα του νοσοκομείου;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 άτομα που δόθηκαν τα ερωτηματολόγια τα 11 άτομα απάντησαν ότι θεωρούν ως μεγάλο ελάττωμα του νοσοκομείου την μεγάλη λίστα αναμονής στα ραντεβού τόσο για μια απλή εξέταση όσο και για χειρουργείο, 5 άτομα απάντησαν ότι θεωρούν ως ελάττωμα του νοσοκομείου την έλλειψη εξοπλισμού όσον αφορά μηχανήματα και αναλώσιμα,υλικά δηλαδή βασικά χειρουργείου ή ακόμα και φαρμάκων,4 άτομα απάντησαν ότι δεν υπάρχει καλή οργάνωση,3 άτομα ανέφεραν ως ελάττωμα την όχι και καλή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται,2 άτομα ανέφεραν ως ελάττωμα το σύστημα λειτουργίας των νοσοκομείων ότι δεν είναι καλό, 2 άτομα ανέφεραν την μη εξειδίκευση πολλών γιατρών, 2 άτομα ανέφεραν ως ελάττωμα τον σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,και 1 άτομο ανέφερε ως ελάττωμα την καθαριότητα.

Ερώτηση 6: Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο προτέρημα του νοσοκομείου;

Στο παραπάνω ερώτημα απο τα 30 ερωτηματολόγια που δόθηκαν,προέκυψαν οι εξής απαντήσεις :24 άτομα ανέφεραν ότι θεωρούν ως μεγαλύτερο προτέρημα του νοσοκομείου την Δωρεάν περίθαλψη με πολύ χαμηλά κόστα για άτομα με χαμηλά εισοδήματα, 4 άτομα θεώρησαν ως προτέρημα ότι πληρώνεις πιο λίγα σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα και 1 άτομο ανέφερε ως προτέρημα την αξιοπιστία και 1 άτομο ανέφερε ως προτέρημα το καλά καταρτισμένο προσωπικό.

5.5. Γενικές Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου

Μπορείτε να συμπληρώσετε ότι άλλο επιθυμείτε σχετικά με το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στον δημόσιο τομέα στις «Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες» καθώς και τις εισηγήσεις σας για κάθε βελτίωση των υπηρεσιών.

Μερικά άτομα μόνο απο τους ερωτηθέντες συμπλήρωσαν το τελικό στάδιο του Ερωτηματολογίου και έδωσαν τις εξής απαντήσεις:Πρέπει να υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός στα δημόσια νοσηλευτήρια,να υπάρχει μεγαλύτερη κατάρτιση και εξειδίκευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα ώστε να υπάρχει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και σε οικονομικά ασθενέστερες ομάδες,που με τον τρόπο αυτό θα μειωθεί και η λίστα αναμονής στα ραντεβού των νοσοκομείων,άλλοι δήλωσαν ότι είναι ευχαριστημένοι απο τις οφθαλμιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου Λευκωσίας αν και υπάρχουν πολλά προβλήματα και πολλοί ασθενείς,άλλοι δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπάρχει περισσότερη υπευθυνότητα,συνέπεια και πιο γρήγορη εξυπηρέτηση στα ραντεβού απο μέρους του προσωπικού,άλλοι δήλωσαν να αποστέλλονται οι ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία για να μην υπάρχουν μακροχρόνιες λίστες αναμονής,άλλοι ανέφεραν να δοθούν περισσότερα κίνητρα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απο το υπουργείο υγείας ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς που ανήκουν σε οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, και τέλος μερικά άτομα ανέφεραν ως Γενικές Παρατηρήσεις,την

καλύτερευση και οργάνωση του συστήματος των νοσοκομείων και τέλος μερικοί ανέφεραν στις Γενικές Παρατηρήσεις του Ερωτηματολογίου ότι πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στα ραντεβού με επείγουσες και βασικές εξετάσεις ώστε να μειώνεται και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα ραντεβού κ.λ.π.

5.6. Περιγραφή τμήματος οφθαλμολογίας Νοσοκομείου Λευκωσίας στο οποίο έγινε η έρευνα

Το τμήμα Οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας βρίσκεται στα εξωτερικά ιατρεία στο ισόγειο. Αποτελείται από ένα εξεταστήριο, χώρο αναμονής και κλίνες για τους ασθενείς που κάνουν χειρουργείο. Τμήμα Οφθαλμολογίας υπάρχει και στο Μακάρειο Νοσοκομείο όπου μερικές από τις εξετάσεις και κυρίως τα χειρουργεία γίνονται εκεί. Οφθαλμολογικές εξετάσεις γίνονται και στα εξωτερικά ιατρεία του Μακάρειου Νοσοκομείου.

Το τμήμα οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου Λευκωσίας όπου σ' αυτό έγινε η έρευνα από 30 ασθενείς, απαρτίζεται από 5 Γιατρούς Ειδικούς στον Τομέα της Οφθαλμολογίας και 5 ειδικευόμενους. Συσσωρεύονται καθημερινά πολλοί ασθενείς για εξέταση και υπάρχει μεγάλη αναμονή στα ραντεβού.

Ο εξοπλισμός του ιατρείου δεν είναι σύγχρονος και μερικά από τα μηχανήματα που βρίσκονται στον χώρο εξέτασης είναι: Λυχνία, Κερατόμετρο φακόμετρο, κασσετίνα για καταγραφή οπτικής οξύτητας, πίνακα snellen 10/10, Διαθλασίμετρο, ocd, laser, οφθαλμοσκόπιο κ.λ.π.

Μερικές από τις εξετάσεις που γίνονται στο τμήμα οφθαλμολογίας του Νοσοκομείου είναι μετρήσεις οπτικής οξύτητας για γυαλιά και φακούς, μέτρηση οφθαλμολογικής πίεσης, laser, εξετάσεις στο μηχάνημα ηλεκτροφυσιολογίας για σοβαρές παθήσεις της όρασης όπως παθήσεις της ωχράς κηλίδας καθώς και του οπτικού νεύρου, ενέσεις στο μάτι για βελτίωση της όρασης κ.λ.π.

Επίσης πολλά άτομα κυρίως συνταξιούχοι πάνε για έλεγχο για καταρράκτη, για έλεγχο πίεσης για γλαύκωμα, για εξέταση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας κ.λ.π

Το τμήμα αυτό προσφέρει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ασθενείς με προβλήματα όρασης. Υπάρχει πάρα πολύς κόσμος που περιμένει για μια απλή εξέταση μέχρι και ένα χρόνο. Η αναμονή των ραντεβού είναι πολύ μεγάλη και υπάρχουν και αρκετά προβλήματα σ' αυτό το νοσοκομείο και έτσι διάλεξα να κάνω εδώ την έρευνα μου.

Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα Έρευνας για Ιδιωτικό και Δημόσιο Τομέα-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες-Προτάσεις Βελτίωσης και Περαιτέρω Έρευνα

6.1. Τελικά συμπεράσματα για ιδιωτικό τομέα και δημόσιο τομέα-Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες

Όσον αφορά τα Δημογραφικά στοιχεία που αφορούν τον Ιδιωτικό Τομέα – Ιδιωτικό Ιατρείο Οφθαλμολογίας και τον Δημόσιο Τομέα (Νοσοκομείο Λευκωσίας –Τμήμα Οφθαλμολογίας), στους χώρους των οποίων έγινε η έρευνα έχουν να εξαχθεί τα εξής συμπεράσματα:

Όσον αφορά την ηλικία τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο τα ιδιωτικά ιατρεία είναι πιο μικρής ηλικίας από 20-59 ετών ενώ τον Δημόσιο τομέα επισκέφτονται περισσότερο συνταξιούχοι ηλικίας από 60-69 ετών με ένα μεγάλο ποσοστό που ξεπερνά που στην περίπτωση της έρευνας φθάνει το 53%.

Όσον αφορά την εκπαίδευση τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο τον Ιδιωτικό τομέα υπηρεσίες υγείας είναι περισσότερο άτομα του πανεπιστημίου, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που επισκέφτονται τα νοσοκομεία έχουν Γυμνασιακή ή Λυκειακή μόρφωση. Δηλαδή τα άτομα με περισσότερη εκπαίδευση επιζητούν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών γι' αυτό και επισκέφτονται περισσότερο τα ιδιωτικά ιατρεία.

Όσον αφορά το επάγγελμα τα άτομα που επισκέφτονται περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ενώ όσον αφορά τον δημόσιο τομέα-νοσοκομεία αυτοί που τα επισκέπτονται περισσότερο είναι συνταξιούχοι και δημόσιοι υπάλληλοι.

Όσον αφορά το Χρονιαίο Εισόδημα τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα είναι άτομα περισσότερο που το εισόδημα τους ξεπερνά τις 21.000 - 40.000 ενώ τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο τα νοσοκομεία είναι άτομα με χαμηλότερο Χρονιαίο Εισόδημα που δεν ξεπερνά τις 20.000.

Όσον αφορά την Ασφάλιση τα άτομα που επισκέπτονται περισσότερο το ιδιωτικό ιατρείο οφθαλμολογίας είναι άτομα με ιδιωτική ασφάλεια ενώ τα άτομα που επισκέφτονται περισσότερο τα νοσοκομεία είναι άτομα περισσότερο με Δημόσια Ασφάλιση ή άτομα εξαρτώμενα χωρίς καμία ασφάλεια.

Όσον αφορά το Μέρος Α που αφορά τις προσδοκίες των ασθενών τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο, όσον αφορά τον σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,τα ραντεβού,την ευγένεια,την ανταπόκριση,την επικοινωνία,την ασφάλεια,τις ικανότητες των εργαζομένων,την αντιληπτική ικανότητα,την προσβασιμότητα,την αξιοπιστία και την φερεγγυότητα φαίνεται ότι όλοι τα επιζητούν στο ίδιο και θετικό βαθμό και στο ιδιωτικό ιατρείο και στο νοσοκομείο.

Όσον αφορά τον βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου που αφορούν τις εγκαταστάσεις ,προσωπικό,εξοπλισμό,θέματα επικοινωνίας,την ικανότητα του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου να παρέχει πάντα και με ακρίβεια τις υπηρεσίες,την προθυμία του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο,το εξειδικευμένο και ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και επιστοσύνη,την εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο τα θεωρούν πολύ σημαντικά και τα επιζητούν σε θετικό βαθμό.

Όσον αφορά το Μέρος Β του ερωτηματολογίου που αφορά τις προσφερόμενες υπηρεσίες των ασθενών τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο τα συμπεράσματα που εξάγονται απο την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι τα εξής:

Όσον αφορά τον σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι ευχαριστημένοι,ενώ στο νοσοκομείο οι ασθενείς που απάντησαν φαίνεται να μην είναι και τόσο ευχαριστημένοι όπου ένα μεγάλο ποσοστό διαφωνούν ότι υπάρχει σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός.

Όσον αφορά τα ραντεβού στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι απο το συγκεκριμένο ιδιωτικό ιατρείο αφού απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα, ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ότι τα ραντεβού παρέχονται την χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί, ενώ όσον αφορά το νοσοκομείο οι ασθενείς δεν φαίνεται να είναι και τόσο ικανοποιημένοι.

Όσον αφορά την ευγένεια απο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο ιδιωτικό ιατρείο απο την έρευνα που έχει διεξαχθεί οι ασθενείς φαίνεται να είναι ευχαριστημένοι ενώ όσον αφορά το νοσοκομείο οι ασθενείς δεν είναι και τόσο ικανοποιημένοι.

Όσον αφορά την ανταπόκριση στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς ένα μεγάλο ποσοστό δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι απο την ανταπόκριση του συγκεκριμένου ιατρείου ενώ όσον αφορά το νοσοκομείο απο τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι.

Όσον αφορά την επικοινωνία η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται θετικά σε αντίθεση με το νοσοκομείο που οι ασθενείς δεν είναι και τόσο ικανοποιημένοι.

Όσον αφορά την ασφάλεια στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ ευχαριστημένοι αφού ένα μεγάλο ποσοστό απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι απο την ασφάλεια που τους παρέχει το συγκεκριμένο ιατρείο σε αντίθεση με το νοσοκομείο όπου ένα μεγάλο ποσοστό διαφωνεί ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο νοιώθουν ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται.

Όσον αφορά τις ικανότητες των εργαζομένων στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι και ευχαριστημένοι όπου ένα μεγάλο ποσοστό έχει απαντήσει ότι το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και τους εξυπηρετά αποτελεσματικά σε αντίθεση με το νοσοκομείο όπου ένα μεγάλο ποσοστό απάντησε ότι διαφωνεί πως το προσωπικό είναι εξειδικευμένο.

Όσον αφορά την αντιληπτική ικανότητα τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι και να συμφωνούν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημα τους.

Όσον αφορά την προσβασιμότητα στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιημένοι σε αντίθεση με το νοσοκομείο που δείχνουν να είναι δυσαρεστημένοι αφού ένα μεγάλο ποσοστό απάντησαν ότι διαφωνούν ότι υπάρχει εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανά πάσα στιγμή.

Όσον αφορά την αξιοπιστία τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται θετικά.

Όσον αφορά την φερεγγυότητα τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και στο νοσοκομείο οι ασθενείς φαίνεται απο τα τελικά αποτελέσματα να είναι ευχαριστημένοι.

Όσον αφορά τον βαθμό σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών μπορείτε να δείτε τα συμπεράσματα παρακάτω:

Όσον αφορά στο πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς απο την νοσηλεία τους στο ιδιωτικό ιατρείο δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι ενώ όσον αφορά το νοσοκομείο υπάρχει ικανοποίηση αλλά όχι σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Όσον αφορά την σύσταση του ιατρείου ή νοσοκομείου, στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ ευχαριστημένοι όπου θα το σύστηναν ανεπιφύλακτα ενώ οι ασθενείς στο νοσοκομείο θα το σύστηναν αλλά φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένοι απο τους ασθενείς του ιδιωτικού ιατρείου.

Όσον αφορά την επίσκεψη του ιατρείου ή νοσοκομείου στο μέλλον, στο ιδιωτικό ιατρείο οι ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ ευχαριστημένοι όπου έχουν δηλώσει σε μεγάλο ποσοστό ότι θα το ξαναεπισκέπτονταν ενώ όσον αφορά το νοσοκομείο οι ασθενείς θα το

ξαναεπισκέπτονταν στο μέλλον αλλά σε σχέση με το ιδιωτικό ιατρείο, δεν φαίνεται να είναι και τόσο ευχαριστημένοι.

Γενικά όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα ως προς τις δέκα διαστάσεις της ποιότητας και την ικανοποίηση οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται στον ιδιωτικό τομέα σε αντίθεση με τον δημόσιο τομέα, όπου οι ασθενείς φαίνεται να μην είναι και τόσο ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι, από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται στο νοσοκομείο.

Επομένως οι υπηρεσίες των οφθαλμιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου Λευκωσίας χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα.

6.2. Προτάσεις βελτίωσης

- Χαμηλότερα κόστη νοσηλείας ώστε να αυξηθούν οι ασθενείς που επισκέπτονται τα ιδιωτικά ιατρεία με σκοπό την αύξηση των κερδών του ιδιωτικού ιατρείου,
- Συνεργασία ιδιωτικού με δημόσιο τομέα ώστε οι ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα να απολαμβάνουν καλύτερη και ποιοτικότερη εξέταση,
- Να δίνονται περισσότερα κίνητρα και ανταμοιβές στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ώστε να εργάζεται με μεγαλύτερη υπευθυνότητα και να ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών,
- Συνεργασία γιατρών δημόσιου τομέα με ιδιωτικό τομέα για μείωση στις λίστες αναμονής στα ραντεβού,
- Μεγαλύτερη στήριξη από το κράτος όσον αφορά την χρηματοδότηση που δίνεται στο υπουργείο υγείας και αφορά την αντικατάσταση του παλιού ιατρικού εξοπλισμού με σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό,
- Βελτίωση του συστήματος πρόσληψης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο έτσι ώστε να προσλαμβάνονται άτομα με περισσότερα προσόντα και εξειδικεύσεις,
- Οι γιατροί του νοσοκομείου θα πρέπει να αμείβονται με πιο αξιοπρεπείς μισθούς και το έργο που προσφέρουν να εκτιμάται και να ανταμείβεται, όπως γίνεται και σε άλλες χώρες του εξωτερικού,
- Αύξηση κονδυλίων από το κράτος για να προσφέρονται στον ασθενή ποιοτικότερες και ασφαλέστερες υπηρεσίες υγείας,

- **Αύξηση τρόπων εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με σεμινάρια, παρακολουθήσεις συνεδρίων καθώς αποστολή προσωπικού στο εξωτερικό για μετεκπαίδευση**
- **Πρόσληψη γιατρών που να είναι εξειδικευμένοι σε κάτι καινούριο και αφορά την ειδικότητα οφθαλμολογίας**
- **Συνεργασία με καλά εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού ώστε να αποστέλλονται δύσκολα περιστατικά και με χαμηλό κόστος.**

6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

-Οι έρευνες θα πρέπει να γίνονται **τακτικά** για να **καταγράφουν τις αδυναμίες του συστήματος υγείας και να βελτιώνονται,**

- Η έρευνα θα μπορούσε να γίνει την **επόμενη φορά σε μεγαλύτερο δείγμα,**

-Προτείνονται για **μεγάλα νοσοκομεία μέθοδοι, τεχνικές και εργαλεία για περαιτέρω έρευνα** όπου θα μας δώσουν **καλύτερα αποτελέσματα** με σκοπό την **βελτίωση των υπηρεσιών υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι σε συνηθισμένες έρευνες,**

-Προτείνονται **συχνότερες έρευνες που να εστιάζονται σε μια και μόνο διάσταση ξεχωριστά** κάθε φορά, έτσι που θα μας δίνουν **μια καλύτερη εικόνα βελτίωσης για την κάθε μια ξεχωριστά,**

-Μεγαλύτερη **συμβολή του κράτους** ως προς τις έρευνες που **χρειάζονται χρηματοδότηση** και **στοιχίζουν** αλλά μας δίνουν **καλύτερα αποτελέσματα,**

-Προτείνονται να **χρησιμοποιούνται περισσότερο ποιοτικότερες μέθοδοι έρευνας** κάθε φορά,

-Προτείνονται επίσης να **προτιμούνται οι έρευνες με προσωπική συνέντευξη** οι οποίες έχουν να μας δώσουν **καλύτερα αποτελέσματα** από άλλες μεθόδους,

-Προτείνονται **ερωτηματολόγια έρευνας** με όσον το **δυνατόν περισσότερες ερωτήσεις** για καλύτερα **αποτελέσματα,**

-Προτείνονται **συχνότερες έρευνες για αποφυγή των κινδύνων που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών κ.λ.π**

Κεφάλαιο 7: Επίλογος

Γενικά το σύστημα υγείας των νοσοκομείων στην Κύπρο είναι ασθενές σε σχέση με συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών χωρών και χρειάζεται περαιτέρω βελτίωση.

Ο ασθενής είναι άνθρωπος και απαιτεί:

-ΣΕΒΑΣΜΟ

-ΕΚΤΙΜΗΣΗ

-ΦΡΟΝΤΙΔΑ

-ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

-ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ

-ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Πηγή:Γούναρης(2013-2014)

- *Η πραγματικότητα είναι όπως την βλέπει ο ασθενής*
- *Η αμοιβαία κατανόηση είναι σημαντική*
- *Πρέπει να του αφιερώσω χρόνο*
- *Η ακοή και οι ερωτήσεις βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών, απόψεων, αντιλήψεων και στάσεων των ασθενών*

Πηγή:Γούναρης(2013-2014)

Τέλος οι παράγοντες που επιδρούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή είναι:



Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αλεξιάδης,Α.Δ, Σιγάλας,Ι.,(1999)*Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Δ,Πάτρα:ΕΑΠ,**Ενότητα 1.9**,σελ.73-78,σελ.81-82

Αντωνοπούλου,Α.,Καραμητοπούλου, Δ.,Σοφινός ,Ε.,(1991),*Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών*,Αθήνα:Επιθεώρηση Υγείας

Αντεριώτη,Π.,Αντωνίου, Γ., (2014), *Ικανοποίηση Ασθενών απο την Φροντίδα Υγείας,Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Τόμος 1, **Τεύχος 1**,σελ.62-67

Βενιού,Α.,Τεντολούρης Ν.,(2013),*Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς*,Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής

Γραφανάκης,Α.,(2000),*Στατιστικός έλεγχος ποιότητας*,τόμος Δ,Πάτρα:Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Γούναρης,Σ., (2003),*Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*,Αθήνα:Rosili,**κεφ.1**,σελ.23-24,σελ.27-28,σελ.51,55,**κεφ.3**,σελ 97-99,σελ.103-112,σελ120-124

Δαλαμάγκας,Β.,(1999),Εισαγωγή στην Δημόσια Οικονομική,Αθήνα:Σμπίλιας

Δερβιτσιώτης, Κ.Ν,(2001),*Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*,Αθήνα:Interbooks

Θεοδώρου,Μ.,Σαρρής,Μ.,και Σούλης,Σ.,(1998)Συστήματα Υγείας,Αθήνα:Παπαζήση

Ισαακίδης,Α.,(2001),*Οι εξελίξεις των Συστημάτων Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση,Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία,Πανεπιστήμιο Αθηνών*,Αθήνα

Καλογεροπούλου,Μ., Μουρδουκούτας, Π.,(2007),*Υπηρεσίες Υγείας*,Αθήνα:Κλειδάριθμος,**κεφ.3**,σελ.62-76,σελ.81-88,**κεφ.4**,σελ.91-107,σελ.115-118,σελ.121-122,**κεφ.6**,σελ.149,σελ.151-153,σελ.157,160,**κεφ.7**,σελ.185,σελ.190-193,**κεφ.8**,σελ.197,σελ.200-202.

Καλογεροπούλου, Μ.,(2011),*Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών,Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων*,Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής,28(5),σελ.667-673

Κεφαλοπούλου, Ζ.,Παπανικόλα, Γ.,Τσάκαλη, Α.,Χασάπη, Α.,Μπονίκος, Δ.Σπ.,(2006),*Η ποιότητα στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας*,Αθήνα:Παρισσιάνου,**κεφ.3**,σελ15-16,**κεφ.5**,σελ21-22,**κεφ.6**,σελ.31-33

Κοτσαγιώργη,Ι.,Γκέκα, Κ.,(2010),*Ικανοποίηση ασθενών απο την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*, Το βήμα του Ασκληπιού, 9(4),σελ.398-408

Κυριόπουλος, Γ.,Γκρέκορυ, Σ.,Οικονόμου, Χ.,(2003),*Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*,Αθήνα:Παπαζήση

Κωσταγιόλας,Π., Καιτελίδου, Δ.,Χατζοπούλου, Μ.,(2008),*Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*,Αθήνα:Παπασωτηρίου,**κεφ.2**,σελ.61-63,**κεφ. 6**,σελ.235-302,**κεφ.7**,σελ.304-309,σελ.319-327,σελ.334-337

Λιαρόπουλος, Α.,(2004),*Οργάνωση και Διοίκηση Συστημάτων Υγείας*, Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών,Τμήμα Νοσηλευτικής,Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Λιαρόπουλος, Α.,(2004),*Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*,Τμήμα Νοσηλευτικής,Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μπέσης, Ν.,(1993),*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*,Αθήνα:Μονάδα Κλαδικής Έρευνας και Ενημέρωσης.

Μεριάνου,Μ.,Β,(2000),*Η τεκμηριωμένη ιατρική και η συμβολή της στην διαχείριση του κινδύνου στο νοσοκομειακό εργαστηριακό τομέα*,Αθήνα:Θεμέλιο

Μερκούρης,Α.,(1996), «Η ικανοποίηση του αρρώστου ,κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών»,*Διδακτορική Διατριβή,Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,Σχολή Επιστημών Υγείας*,Αθήνα:Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μουρδουκούτας,Π.,(2005),*Βασικές Αρχές Μικροοικονομικής*,Αθήνα:Κλειδάριθμος

Νιάκας, Δ.,(2004),*Υπηρεσίες Υγείας*,Αθήνα:Mediforce

Παπανικολάου,Β., (2007),*Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*,Αθήνα:Παπαζήση,**κεφ.1**,σελ.28,σελ.33-35,**κεφ.4**,σελ.80-82,σελ.85-89,**κεφ.6**,σελ.217-220,**κεφ.8**,σελ.282-286,σελ.296-305,**κεφ.12**,σελ.415- 416

Πατσάκης,Α.,Ν,(2013), *Η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας*,**Τεύχος 1**,σελ.1- 4

Παπακωστίδη,Α.,Τσουκαλάς,Ν.,(2012)*Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας και η αξιολόγηση της*,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,**Τεύχος 4**,σελ.481,484

Πολυκανδριώτη,Μ.(2011),*Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών*,Το βήμα του Ασκληπιού, 10(4),439-440

Πολυκανδριώτη,Μ.,Κουτελέκος, Ι.,(2013),*Ανάγκες ασθενών*,Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.2(2),73-83

- Πέππας,Χ.,Κοράκη,Α.,(2013),Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική,Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος,Τόμος 9,Τεύχος 1,σελ.29-30**
- Ραφτόπουλος,Β.Γ,(2009),Τα θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας,Λευκωσία:Ραφτόπουλος Βασίλειος,κεφ.2,σελ.71-74,κεφ.4,σελ.110-111,κεφ.9,σελ.245,κεφ.11,σελ.290-291**
- Τούντας, Γ.(2008),Υπηρεσίες Υγείας,Αθήνα:Οδύσσεας/Νέα Υγεία,Κεφ.12,σελ.330-343,σελ.347-351**
- Τσιότρας,Γ.,(2002),Βελτίωση της ποιότητας,Αθήνα:Μπένου**
- Υφαντόπουλος,Ι.,(2003),Τα Οικονομικά της Υγείας,Αθήνα:Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος**

Ξένη Βιβλιογραφία:

- Armstrong ,G.,Kolter, P.,(2009),Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ,9^η έκδοση,Αθήνα:Επίκεντρο.**
- AbelSmith,B.,Calltorp,J.,Dixon,M.,Dunning,Ad.,Evans,R.,Holland,W.,Jarman,B.,Μόσι αλος,Η.,(1994),Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Υπηρεσίες Υγείας,Αθήνα:Φαρμέτρικα**
- Abel-Smith,B.,(1976),''Value for Money in Health Services'',Heinemann,London**
- Ackoff,R.L.,(1971),''Towards a system of system concepts''Management Science,17**
- Al-Assaf, A.,F.,Sheikh M.,(2004),''Quality improvement in primary health care'',A practical guite.Series26.WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean,Cairo**
- Barbeau,J.,Bradley,(1985),''Predictive and normative expectations in consumer satisfaction:a utilization of adaptation and comparison levels in a unified framework'',Conceptual and Emprirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior,Indiana University School of Business,Bloomington**
- Baldrige National Quality Program,(2003),''Healthcare Criteria for Performance Excellence''**
- Batalden,P.B.,(1996),''Vision for Change.''Presented at the Interdisciplinary Professional Education Collaborative-Second Milestone Conference,Institute for Healthcare Improvement,Philadelphia,Penn**

- Batchelor, C.,Owens, D.J.,Read, M.,Bloor,M.,(1994),** *'Patient satisfaction studies:methodology,management and consumer evaluation'*,International Journal of Health Care Quality Assurance,**7**,p.p.22-30
- Balestracci,D.,Barlow,J.L.,(1996),** *'Quality Improvement:Practical applications for Medical Group Practice'*,Center for research in Ambulatory Health Care Administration,Englewood,Colorado
- Bank, J.,(2000),** *'The Essence of Total Quality Management'* ed 2nd,Financial Times Prentice Hall,London
- Bergman,S.E,** *"Swedish Models of Health Care Reform.A Review and Assessment"*,International Journal of Health Planning and Management,**13**
- Beck, A.H.,(2004),***The Flexner report and the standardization of America medical education*,JAMA,**291**,pp.2139-2140
- Beckford,J.,(2002),** *'Quality:An Introduction,ed 2nd '*,Routledge
- Bergman,B.,Klefsjo,B.,(1994),** *'Quality'*,McGraw –Hill,New York
- Bond,S.,Thomas L.H.,(1992),** *'Measuring patients satisfaction with nursing care'*,Journal of adnanced Nursing,**17**,pp.52-56
- Brassard,M.,(1998),** *'The Memory Jogger,A pocket guite of tools for continous improvement'*,Goal/Qpc
- British State for Health,(July 2000),** *"The NHS Plan,A plan for Investment"*
- Bruster,S.,Jarman,B.,Weston,D.,Erens,R.,Delbanco,T.L.,(1994),** *'National survey of hospital patients '*,BMJ,**309**,pp.1542-1546
- Cadotte,E.R.,Robert,B.W.,Roger,L.J.,(1987),** *'Expectations and norms in models of consumer satisfaction'*,Journal of Marketing Research **24**,pp.305-314
- Collard,R.,(1989),** *'Total Quality:Success through people'*,Institute of Personnel Management,New American Library,New York
- Crosby,P.B.,(1980),** *'Quality is free'*,Mentor,McGraw-Hill,New York
- Chauvel,A.,(1994),** *'Quality in Europe'*,Total Quality Management
- Department of Health, (1989),** *"Working for Patients"*,London:HMSO
- Donadebian, A.,(1980),** *'The definition of quality and approaches to its assessment'*,Anne Arbor,Michigan,Health Administration Press.

- Donabedian,A.**,(1981), *'The Criteria and Standards of Quality'*,Health Administration Press
- Donabedian, A.**,(1988), *'The quality of care:How can it be assessed?'*,JAMA,**260**,pp.1743-1748
- Donabedian, A.**,(1988), *'Quality assessment and assurance:Unity of purpose'*,Unity of purpose,diversity of means,**25**,pp.173-192
- Donabedian, A.**,(1992), *'The role of outcomes in quality assessment and assurance'*,QRB SQual Rev Bull,**18**,pp.356-360
- European Observatory on Health Care Systems**,(2001), *'Health systems in transition: Sweden'*,WHO Regional Office for Europe,Copenhagen
- Evans,D.B.,Edejer,T.T.,Lauer,J.,Murray,C.J.**,(2001), *'Measuring quality:from the system to the provider'*,published in Int J Qual,Health Care,**6**,pp.439-446
- Federal Ministry for Health**,(2001), *'Health Care in Germany Including the Health Care Reform 2000'*
- Federal Ministry for Health**,(2000), *'Health Telematics and Telemedicine in Germany-Current Developments'*
- Garvin,D.A.**,(1988), *'Managing Quality:The strategic and competitive edge'*,New York:The Free Press
- Gold,B.S.,Kitz,D.S.,Lecky,J.H.,Neuhaus,J.M.**,(1993), *'Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery'*,Journal of the American Medical Association,**62,21**,p.p.3008-3010
- Gesell,S.B.**,(2003), *'A measure of satisfaction for the assisted-living industry'*,Healthcare Qual,**23**,pp.16-25
- Green,J.,Wintfeld,N.**,(1993), *'How accurate are hospital discharge data for evaluating effectiveness of care?'*,Medical Care,**31**,pp.719-731
- Hartmann, G., Schlegel W.,Bortfeld T.Grosu AL**(eds),(2006), *'Quality management in radiotherapy'*,New technologies in radiation oncology.Springer Verlag,Berlin,Heidelberg,New York
- Himmelstein,D., Woolhandler,S.**,(1989), *'A National Health Program for the United States:A Physician's Proposal'*,N.Engl.J.Med.,**321**,pp.2

Institute of Medicine,(2001),''*Crossing the Quality Chasm:A New Health System for the 21st Century*'' ,National Academy Press,Washington

Katz,D.,Kahn,R.L.,(1966),''*The social Psychology of organization*'' ,Willey & Sons Inc,New York

Kast,F.E.,Rozenzeing, J.E.,(1972),''*General System Theory:Application for Organization and Management*'' ,Academy of Management Journal,**15**,pp.4

Koontz,,H., Donnell, C.,(1984),''*Οργάνωση και Διοίκηση*'' ,Μια Συστημική και Ενδεχομενική Ανάλυση των Διοικητικών Λειτουργιών,Αθήνα:Παπαζήση

Lewis,B.R.,(1993),''*Service quality measurement*'' ,Marketing Intelligence and Planning,**11**,pp.4-12

Lighter,D.E., Fair,D.C.,(2000),''*Principles and methods of quality management in health care*'' ,MD:Aspen Publishers,Gaithersburg

Madhok, R.,(2002),''*Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England*'' .Proc(BayUniv Med Cent),**83**,pp.77-83

Martinez ,B.,(2006),''In Medicaid,Private HMOs Take a Big,and Profitable,Role'' ,The Wall Steet Journal,November 15

McGlynn,E.A.,(1997),''*Six challenges in measuring the quality of health care*'' ,Health Affairs,**3,16**,p.p.7-25

Meisenheimer,C.G.,(1997),''*Improving quality:A guide to effective programs*'' ,MD:Aspen Publishers,Gathersburger

Mooney,G.,(1984),''Equity in Health Care:Confronting the Confusion'' ,Health Economics Research Unit,Aberdeen University,**11**,pp.82

Mouradian,G.,(2002),''*The Quality Revolution:A History of the Quality Movement:A History of the Quality Movement*'' ,University Press of America

Moulin, M.,(2002),''Delivering Excellence in Health and Social Care:Quality,Excellence and Performance Measurement'' ,Open University Press,Buckingham,Philadephia

Nelson,C.,Neiderberrger,J.,(1990),''*Patient satisfaction surveys:an opportunity for Total Quality Improvement*'' ,Hospital and Health Services Administration,**3**,pp.409-427

Nightingale, F.,Goldie, S.M.,(1987),''*I have done my duty*'' :*Florence Nightingale in the Crimean War,1854-1856*,Manchester University Press,Manchester

- OECD**,(1999), *'A comparative analysis for 29 countries'*, Health Data, Paris
- Owens, J.D., Batchelor, C.**,(1996), *'Patient satisfaction and the elderly'*, Social Science and Medicine **11**, pp.1483-1491
- Palmer, H.R.**,(1991), *'Considerations in defining quality of health care'*, Health administration Press, Ann Arbor
- Powell, M.**,(2000) *'Analysing the "NEW" British National Health Service'*, International Journal of Health Planning and Management, **15**
- Reinhardt, U.E.**, (1993) *'On the Use of Market Forces in Health Care: Advantages and Pifalls'* Health Policy, **27**
- Riseborough, P.A., Walter, M.**,(1988), *'Management in Health Care'*, Wright, London
- Roberts, J.S., Coale J.G., Redman, R.R.**,(1987), *'A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals'* JAMA 1987
- Roemer, M.I.**,(1961), *'Bed supply and hospital utilization: A natural experiment'*, Hospitals
- Sutton, R.**,(1994) *'The British National Health Service'*, Pace, **17**
- Sirgy, J.M.**,(1984), *'A social cognition model of consumer satisfaction/dissatisfaction'*, Psychology and Marketing, **1**, pp.27-43
- Sitzia, J., Wood, N.**,(1997), *'Patient satisfaction: a review of issues and concepts'*, Soc Sci Med
- Swan, J.E., Trawick's, F.**,(1980), *'Satisfaction related to predictive, desired expectations a field study'*, Indiana University, Bloomington
- Taylor, C., Lillis C., Le Mone Pr.**,(2002), *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής, Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Λεμονίδου Χρ. Και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., Αθήνα: Πασχαλίδης*
- Taguchi, G.**,(1986), *'Introduction to Quality Engineering'*, Asian Productivity Organization, Tokyo
- Groocock, J.M.**,(1986), *'The Chain of Quality: Market Dominance Through Superior Product Quality'*, Chichester, New York
- Glennerster, H., Matsaganis, H.**,(1994), *'The English and Swedish Health Care Reforms'*, Economic and Social Research Council, London: Welfare State Programme
- Jakubowski, E., Busse R.**,(1998), *'Health care systems in the EU. A comparative study.'* Luxemburg: European Parliament

Juran, J.M.,(1995), *''A History of Managing for Quality''*, Irwin Professional Publishing.

JCAHO,(2004), *''Facts about the 2005 National Patient Safety Goals''*, Accessed August 3

Wolper, L.F.,(2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Mediforce

Wennberg, J.E.,(1984), *''Dealing with medical practice variations: a proposal for action''*, Health Affairs, **3,6**, pp.31

Westbrook, R.A., Reilly, M.D.,(1983), *''Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction''*, Association for Consumer Research, **15**

WHO,(2000), *''Health Systems: improving performance''*, The World Health Report 2000, Geneva

Zeithaml, V.A.,(1988), *''Consumer perceptions of price, quality and value''*, A means-end model and synthesis of evidence, Journal of Marketing, **52**, pp.2-22

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L.,(1990), *''Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations''*, Free Press, New York

Zimeras, S.T., Kostagiolas, P.A., Lambrinoudakis, C.,(2007), *''Quality Evaluation in Healthcare Based on the Assessment of Services Expectation Using a Web-based Questionnaire System and Adaptive Sampling Techniques''*, Journal on Information Technology in Healthcare, **5**, pp.102-113

Ηλεκτρονικές Πηγές:

<http://www.asq.org>

<http://www.baldrige.gov/Criteria.htm>

<http://www.didaktorika.gr>

<http://eclass.ouc.ac.cy>

<http://www.hse.ie>

<http://www.hse.gov>

<http://www.iatrotek.org>

<http://www.mednet.gr/archives>

<http://www.moh.gov.cy>

<http://phdtheses.ekt.gr>

<http://scholar.google.com>

<http://www.systemsquality.com>

<http://www.qaproject.org>

<http://www.nahq.org>

<http://www.jointcommission.org>

<http://www.ygeia.gr>

Παράρτημα Ι

Ερωτηματολόγιο

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (MBA).

Κωδικός ερωτηματολογίου

--	--	--	--	--

Ημερομηνία Συμπλήρωσης / / 2015

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος έρευνας ικανοποίησης απο την ποιότητα των Οφθαλμιατρικών υπηρεσιών. Σκοπό έχει να αναδείξει τους καθοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η έρευνα διαφυλάσσει την ανωνυμία σας. Η συμμετοχή σας είναι καθοριστική και μοναδική για την διεξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Οδηγίες συμπλήρωσης: Παρακαλώ όπως σημειώσετε σε ποιό βαθμό συμφωνείτε με κάθε πρόταση; με X ή √

Μέρος Α - Προσδοκίες ασθενών απο ένα ιδανικό νοσοκομείο - (Τι περιμένετε απο ένα νοσοκομείο)

<u>Ερώτηση</u>	1 - Διαφωνώ απόλυτα	2- Διαφωνώ	3 - Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4- Συμφωνώ	5-Συμφωνώ απόλυτα
1. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να είναι καθαρό και ήσυχο;					
2. Ο χώρος εξέτασης πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;					
3. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει επαγγελματική εμφάνιση;					
4. Το υπόλοιπο προσωπικό πρέπει να έχει επαγγελματική εμφάνιση;					
5. Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού πρέπει να παρέχονται τη χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;					
6. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι σας;					
7. Το υπόλοιπο προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό απέναντι σας;					
8. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;					
9. Το προσωπικό πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;					
10. Πρέπει να έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;					
11. Πρέπει να έχετε άρτια επικοινωνία με το υπόλοιπο προσωπικό;					
12. Στο νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να νιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;					
13. Το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;					
14. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται και να καταλαμβάνει το πρόβλημα σας;					

Μεταπτυχιακό Διοίκηση Επιχειρήσεων

15. Πρέπει να έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανα πάσα στιγμή;					
16. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί (αξιοπιστία);					
17. Στον ασθενή πρέπει να δίνονται κατάλληλες εξηγήσεις για την κατάσταση του και τη θεραπεία του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;					
18. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;					
19. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο πρέπει να διαθέτει χώρους στάθμευσης για τους ασθενείς και επισκέπτες;					

Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου:

Παρακαλώ όπως ορίσετε τον βαθμό σημαντικότητας των πιο κάτω χαρακτηριστικών. Σημειώστε από το **1-5** τον βαθμό σημαντικότητας, όπου

(1= όχι σημαντικό, 2=λιγότερο σημαντικό, 3=σημαντικό, 4=πολύ σημαντικό, 5=εξαιρετικά σημαντικό).

<u>Ερώτηση</u>	1-Όχι Σημαντικό	2-Λιγότερο Σημαντικό	3 Σημαντικό	4- Πολύ Σημαντικό	5- Εξαιρετικά Σημαντικό
1. Εγκαταστάσεις, προσωπικό, εξοπλισμός και θέματα επικοινωνίας;					
2. Ικανότητα του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου να παρέχει πάντα με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υπόσχεται;					
3. Προθυμία του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου να βοηθήσει τους ασθενείς με κάθε τρόπο;					
4. Εξειδικευμένο και ευγενικό προσωπικό που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη;					
5. Εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη των αναγκών των ασθενών;					

Μέρος Β – Προσφερόμενες υπηρεσίες (Τι σας προσφέρει το συγκεκριμένο νοσοκομείο).

Ερώτηση	1-Διαφωνώ απόλυτα	2 - Διαφωνώ	3 – Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4 - Συμφωνώ	5- Συμφωνώ απόλυτα
1. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο είναι καθαρό και ήσυχο;					
2. Ο χώρος εξέτασης περιλαμβάνει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό;					
3. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει επαγγελματική εμφάνιση;					
4. Το υπόλοιπο προσωπικό έχει επαγγελματική εμφάνιση;					
5. Οι υπηρεσίες και τα ραντεβού παρέχονται τη χρονική στιγμή που έχουν προγραμματιστεί;					
6. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι σας;					
7. Το υπόλοιπο προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι σας;					
8. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;					
9. Το υπόλοιπο προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και τις απαιτήσεις σας κάθε φορά;					
10. Έχετε άρτια επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;					
11. Έχετε άρτια επικοινωνία με το υπόλοιπο προσωπικό;					
12. Στο νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο νιώθετε ασφάλεια σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχονται;					
13. Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο να σας εξυπηρετά αποτελεσματικά;					
14. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και καταλαμβάνει το πρόβλημά σας;					
15. Έχετε εύκολη πρόσβαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οποιοδήποτε πρόβλημα ανα πάσα στιγμή;					
16. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο παρέχει τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί (αξιοπιστία);					
17. Στον ασθενή δίνονται κατάλληλες εξηγήσεις για την κατάσταση του και τη θεραπεία του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;					
18. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο είναι αξιόπιστο και φερέγγυο σε σχέση με τις μεταξύ σας συναλλαγές;					
19. Το νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο διαθέτει χώρους στάθμευσης για τους ασθενείς και επισκέπτες;					

Βαθμός σημαντικότητας των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου;

20. Πως θα αξιολογούσατε το συνολικό επίπεδο υπηρεσιών που δεχθήκατε στο νοσοκομείο ή ιδιωτικό ιατρείο;	Πολύ χαμηλό <input type="radio"/>	Χαμηλό <input type="radio"/>	Μέτριο <input type="radio"/>	Καλό <input type="radio"/>	Πολύ καλό <input type="radio"/>
21. Πόσο ικανοποιημένοι είστε απο τη νοσηλεία σας στο νοσοκομείο ή το ιδιωτικό ιατρείο;	Πολύ χαμηλό <input type="radio"/>	Χαμηλό <input type="radio"/>	Μέτριο <input type="radio"/>	Καλό <input type="radio"/>	Πολύ καλό <input type="radio"/>

22. Θα συνιστούσατε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας; Ναί Όχι

23. Είναι πολύ πιθανό να ξαναεπισκεφτείτε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες στο μέλλον; Ναί Όχι

24. Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο ελάττωμα του νοσοκομείου/ιδιωτικού ιατρείου;

25. Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο προτέρημα του νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου;

Μέρος Γ – Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο	Ανδρας <input type="radio"/>	Γυναίκα <input type="radio"/>		
Ηλικία	20-29 <input type="radio"/>	30-39 <input type="radio"/>	40-49 <input type="radio"/>	50-59 <input type="radio"/> 60-69 <input type="radio"/>
Τόπος Μόνιμης κατοικίας	Λευκωσία <input type="radio"/>	Λεμεσός <input type="radio"/>	Λάρνακα <input type="radio"/>	Πάφος <input type="radio"/>
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η <input type="radio"/>	Έγγαμος/η <input type="radio"/>	Διαζευγμένος/η <input type="radio"/>	Χήρος/α <input type="radio"/>
Εκπαίδευση	Λύκειο/Γυμνάσιο <input type="radio"/>	Πανεπιστήμιο <input type="radio"/>	Μεταπτυχιακό <input type="radio"/>	Διδακτορικό <input type="radio"/>
Επάγγελμα	Ιδιωτικός Υπ. <input type="radio"/>	Δημόσιος Υπ. <input type="radio"/>	Ελεύθερος Επ. <input type="radio"/>	Συνταξιούχος <input type="radio"/>
	Άνεργος/η <input type="radio"/>	Φοιτητής/Μαθητής <input type="radio"/>	Άλλο <input type="radio"/>	
Ασφάλιση	Δημόσια <input type="radio"/>	Ιδιωτική <input type="radio"/>	Κανένα <input type="radio"/>	Και τα δύο <input type="radio"/>
Χρονιαίο εισόδημα	Εώς 20.000 <input type="radio"/>	21.000 – 40.000 <input type="radio"/>	41.000-60.000 <input type="radio"/>	61.000 και άνω <input type="radio"/>
Άτομα που συντηρούνται απο αυτό το εισόδημα				
Έχετε επισκεφτεί ξανά Ιδιωτικές οφθαλμιατρικές υπηρεσίες;	Ναί <input type="radio"/>	Όχι <input type="radio"/>		
Πόσες φορές;				
Για ποιό λόγο;				
Έχετε επισκεφτεί ξανά Δημόσιες οφθαλμιατρικές υπηρεσίες;	Ναί <input type="radio"/>	Όχι <input type="radio"/>		
Πόσες φορές;				
Για ποιό λόγο;				
Ποιός ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου ή ιδιωτικού ιατρείου αυτή τη φορά;	Πρόταση απο γιατρό <input type="radio"/>	Λόγω φήμης <input type="radio"/>	Παραπομπή απο δημόσιο <input type="radio"/>	Παραπομπή απο ιδιωτικό <input type="radio"/>
	Βρίσκεται κοντά στο σπίτι <input type="radio"/>	Έχετε συγγενείς/φίλους που εργάζονται σε αυτό <input type="radio"/>	Άλλο	

Γενικές Παρατηρήσεις:

Μπορείτε να συμπληρώσετε ότι άλλο επιθυμείτε σχετικά με το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται τόσο στο δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρείο στις

«**Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες**» καθώς και τις εισηγήσεις σας για κάθε βελτίωση των υπηρεσιών.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!

Παράρτημα II

Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Λευκωσίας-Τμήμα Οφθαλμολογίας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ					
ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Χειρουργικές Ειδικότητες Παθολογικές Ειδικότητες Εξωτερικά Ιατρεία Εργαστήρια Επαγγελματικές Παραϊατρικές Ειδικότητες Φυλάξιμους Υπηρεσίες Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Προσωπικό Έλεγχος και Βελτίωση Ποιότητας Λοιμώξεις Κονιακή (Διασυνδετική) Αναζωογόνηση Συνεχής επιμόρφωση Διαχείριση Κινδύνου Συντονισμός Κλινικής Εκπαίδευσης Νοσηλευτών και Αξιολόγησή τους	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ Προσωπικό (εκτός Ιατρικό και νοσηλευτικό) Ιατρικό Αρχείο Γενικό Αρχείο Γραμματεία Εκπαίδευση / Εκδηλώσεις	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Λογιστήριο Τιμολογήσεις Εισπράξεις / Καταθέσεις Κοστολόγησης Έλεγχος Αποθεμάτων Αγορές / Προσφορές Καταχωρημένες Εξοπλισμού Μηχανογράφηση	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΤΙΡΙΑΝ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ Ασφάλεια & Πυρασφάλεια Ασφάλεια & Υγεία Διαχείριση Ενέργειας Υγιονομικές Υπηρεσίες Καθαριότητα & Διαχείριση Τραφίμων Κουζίνα Πλυντήριο Συντήρηση Ηλεκτρολογικού Εξοπλισμού Ιατρικού Εξοπλισμού Μηχανογραφικού Εξοπλισμού Κτιριακών Εγκαταστάσεων
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΥΠΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ					
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ Γενική Χειρουργική Αγγειοκαρδιοθωρακοχειρουργική Νευροχειρουργική Ορθοπαιδική Ουρολογία ΩΡΛ Πλαστική Χειρουργική Γναθοπροσωποχειρουργική Ανασθησιολογία Μεταμοσχευτική	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ Παθολογία Καρδιολογία Νεφρολογία Ογκολογία Αιματολογία Κέντρο Παραπληγικών Πυρηνική Ιατρική Εντατικολογία	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ Αγγειοκαρδιοθωρακοχειρουργική Αιματολογία Γενική Χειρουργική Κλινική Μαστού Κλινική Θυρεοειδή Κλινική Καρκίνου Στομάχου Κλινική Παχυσαρκίας Γναθοπροσωποχειρουργική Δερματολογία Καρδιολογία Κέντρο Παραπληγικών Μεταμοσχευτική Νευρολογία Νευροχειρουργική Νεφρολογία Ογκολογία Ορθοπαιδική Κλινική Καταγμάτων Κλινική Σκολίωσης Παιδορθοπαιδικό Ουρολογία Οφθαλμολογία Παθολογία Ηπατολογία Γαστρεντερολογία Διαβητολογία Ιατρείο Προσωπικού Πλαστική Χειρουργική Πνευμονολογία Ρευματολογία ΩΡΛ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Ακτινολογικό Νασκοματικό Εργαστήριο Μικροβιολογικό Καρδιολογίας Κλινικό Εργαστήριο Ανάλιακο Καρδιολογικό Εργαστήριο Επιεμβατική Καρδιολογία Ενδοσκοπικό Ουροδυναμικό Πυρηνική Ιατρική Ιστοσυμβατότητα & Ανοσογενετική Νευροψυχολογία Ιστοπαθολογικό Κυτταρολογικό Παθολογοανατομικό Ακουολογικό Αγγειολογικό Πνευμονολογικό Καρδιοαναπνευστική Φωνητική Σπινθηρογράφηση με διάχυση	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ Ιατροφυσικοί Φυσιοθεραπευτές Ακτινογράφοι Διαπλόοι Τεχνολόγοι Νοσοκομειακού Εργαστηρίου Ακουολόγοι Λογοθεραπευτές Οικονομίοι	ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κοινωνική Υπηρεσία Φαρμακείο Εξ. Ιατρεία Οδοντιατρικού Κέντρου Αίματος Εξ. Ιατρεία Οφθαλμολογικής Κλ. Υγιονομικός Λειτουργός Γραφείο Έπιταφιακού Ιατρικού Λειτουργού

Πηγή:(Νοσοκομείο Λευκωσίας,2015)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Συγκεντρωτικός πίνακας 6 εργαλείων ποιότητας

Ελληνική Ονομασία	Αγγλική Ονομασία	Χρησιμότητα
Χάρτης Συστήματος	System Map	Αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για την παρουσίαση συστημάτων και υποσυστημάτων σε έναν οργανισμό.
Διάγραμμα αλληλουχίας ενεργειών	Activity sequence diagram	Συνήθως χρησιμοποιείται στην αρχή κάθε διαδικασίας σχεδιασμού, με στόχο την απεικόνιση του συνόλου των διακριτών ενεργειών, που λαμβάνουν χώρα για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας (διεργασίας ή/και υπηρεσίας).
Διαγράμματα ροής διαδικασιών	Flow-bloc	Είναι χρήσιμα για την περιγραφή του τρόπου με τον οποίο υλικά, οντότητες, πληροφορίες και ενέργειες «ρέουν» μέσα σε ένα σύστημα αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων.
Διαγράμματα πολλαπλών αιτιών / Διαγράμματα βελών	Multipliy cause diagrams /Arrow diagrams	Χρησιμεύουν στην επεξήγηση των λόγων και των αιτιών, που συνεισφέρουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων γεγονότων, φαινομένων ή καταστάσεων.
Μέθοδος Ανάπτυξης της Ποιότητας	Quality Function Deployment, QFD	Η βασική χρησιμότητα της μεθόδου αφορά στη μεταφορά με συστηματικό τρόπο των απαιτήσεων των πελατών ως προδιαγραφών προϊόντων / υπηρεσιών στα πρώτα στάδια του σχεδιασμού. Η μεθοδολογία QFD αποδίδει ένα διάγραμμα, το οποίο μοιάζει σαν ένα «σπίτι με σκεπή», και για αυτόν τον λόγο πολλές φορές ονομάζεται και «Σπίτι της Ποιότητας».
Τεχνικές καταγισμού ιδεών	Brainstorming	Οι μεθοδολογίες για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνουν τεχνικές υποστήριξης της δημιουργικότητας για την παραγωγή ιδεών, με στόχο τη μεταβολή ή/ και τη μετάβαση του «κατεστημένου οργανωσιακού συστήματος» από την τρέχουσα μορφή (δομή ή/ και λειτουργία) σε μια αναβαθμισμένη ως προς την ποιότητα μορφή.
Μέθοδος καταγραφής ιδεών	Brain writing	
Διαγράμματα ροής	Flow charts	Η χρησιμότητά τους αφορά α) στον εντοπισμό προβλημάτων και δυσλειτουργιών παραγωγικών διαδικασιών, β) στη βελτίωση διαδικασιών με τον εντοπισμό σημείων ροής, τα οποία επιδέχονται βελτιώσεις, ώστε να παρέμβουμε διορθωτικά, γ) στη διοίκηση διαδικασιών για τον καθορισμό και την επίτευξη στόχων, σε συνάρτηση με πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλες διαδικασίες ή/και άλλες ροές εργασιών.
Ιστογράμματα	Histograms	Αποτελούν μια γραφική απεικόνιση της συχνότητας, με την οποία παρατηρείται ένα σύνολο τιμών, και είναι χρήσιμα για την ανάλυση των διακυμάνσεων ανά περίοδο ή για την απεικόνιση της κατανομής των τιμών.
Διαγράμματα διασκόρπισης	Scattered diagrams	Διερευνούν την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ δύο παραγόντων ή μεταβλητών και, κατά συνέπεια, χρησιμεύουν στη μελέτη παραγόντων, που επηρεάζουν χαρακτηριστικά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ποιότητας.
Στατιστικός έλεγχος διεργασίας	Statistical process control	Αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμη διαδικασία για τη λήψη αποφάσεων και παράλληλα ενισχύει τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας.

Πηγή:(Κοσταγιόλας,κ.ά,2008)

Μεταπτυχιακό Διοίκηση Επιχειρήσεων

Ελληνική Ονομασία	Αγγλική Ονομασία	Χρησιμότητα
Φύλλα ελέγχου	Check sheets	Έχουν ως στόχο να συγκεντρώσουν με απλό και άμεσο τρόπο δεδομένα ποιότητας από τη διαδικασία, που τίθεται υπό έλεγχο.
Διαγράμματα Παρέτο	Pareto analysis	Χρησιμοποιούνται στην απεικόνιση της σχετικής συχνότητας με την οποία εμφανίζονται κατηγοριοποιημένα γεγονότα, όπως παράπονα, μη συμμορφώσεις, διεκδικήσεις ή ατυχήματα για τον εντοπισμό των αιτιών που συνεισφέρουν στο 80% του προβλήματος.
Διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος	Cause-and-Effect diagrams	Χρησιμοποιούνται κυρίως α) για την ανάλυση των παραγόντων, που επηρεάζουν την ποιότητα, β) για την καθοδήγηση μιας συζήτησης στο υπό διερεύνηση πρόβλημα ποιότητας, γ) για τη μελέτη και εκμάθηση ενός συστήματος παραγόντων.
Διαγράμματα συνάφειας (συγγένειας)	Affinity diagrams	Η χρησιμότητά τους αφορά στην α) ανάλυση δύσκολων και περίπλοκων καταστάσεων για την κατανόηση ενός προβλήματος και τη διερεύνηση σύνθετων διαστάσεων του, β) οργάνωση και συστηματοποίηση ιδεών για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων και γ) προαγωγή συνεργασίας στο πλαίσιο λειτουργίας ομάδας έργου.
Διαγράμματα συσχέτισης	Interrelationship diagram / digraph	Η χρησιμότητά τους αφορά στην οργάνωση και κατανόηση της αλληλουχίας των πολύπλοκων σχέσεων αιτιών (ή χαρακτηριστικών ενός προβλήματος) και αποτελεσμάτων με περιγραφικό και σχηματικό τρόπο για ένα σύνθετο πρόβλημα.
Διαγράμματα δένδρου / διαγράμματα συστηματοποίησης	Tree diagram / systematic diagram	Η χρησιμότητά τους αφορά στη διαμόρφωση σχεδίου ανάπτυξης συγκεκριμένης προσέγγισης επίλυσης προβλήματος ή επίτευξης ενός στόχου.
Διαγράμματα μητρώου	Matrix diagram	Η χρησιμότητά τους αφορά α) στην οργάνωση των πολλαπλών αιτιών και αποτελεσμάτων και των μεταξύ τους σχέσεων, ιδιαίτερα όταν ένα πρόβλημα παρουσιάζεται με διάφορες διαστάσεις και δεν είναι εύκολο να αποδώσουμε τις αντίστοιχες αιτίες και β) στη συνδυαστική και συνοπτική παρουσίαση των πληροφοριών ως προς την ένταση των σχέσεων διαφορετικών μεταβλητών.
Ανάλυση πολλών μεταβλητών	Data matrix diagram ή matrix diagram analysis	
Χάρτης προσδιορισμού διαδικασιών	Process decision program chart	Χρησιμοποιεί στην παρουσίαση και στην επιλογή των βέλτιστων διαδικασιών, που οδηγούν στην επίτευξη δοθέντος ευρύτερου στόχου ή/και για την παρουσίαση ενός συνόλου συγκεκριμένων ενεργειών, που θα επιλύσουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.
Διαγράμματα δικτύου δραστηριοτήτων έργου / κρίσιμου δρόμου	Activity network diagram	Η χρησιμότητά τους αφορά στην παρουσίαση των δραστηριοτήτων που πρέπει να πραγματοποιηθούν, προκειμένου να ολοκληρωθεί ένα έργο, στην επιλογή της πιο αποτελεσματικής και σύντομης διαδρομής με την αποφυγή ή μείωση των περιττών ή προβληματικών λειτουργιών και στην ανάπτυξη σχεδίου αντιμετώπισης ενός προβλήματος στη ροή εκτέλεσης ενός έργου ή μιας διαδικασίας.

Πηγή: (Κωσταγιόλας,κ.ά,2008)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Πίνακας 8: Σύγκριση συστημάτων υγείας χωρών

	Αγγλία	Σουηδία	Γερμανία	Γαλλία	Ιταλία	Ελλάδα	Αμερική	Ιαπωνία
Μοντέλο	Beveridge	Beveridge	Bismark	Bismark	Μεικτό	Μεικτό	Φιλελεύθερο	Φιλελεύθερο
Χρηματοδότηση	Γενική φορολογία	Γενική φορολογία	Κοινωνική ασφάλιση	Κοινωνική ασφάλιση	Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση	Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση.	Ιδιωτικές πληρωμές, κρατικοί πόροι	Ιδιωτικές πληρωμές
Δαπάνες Υγείας	Χαμηλές	Χαμηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές	Χαμηλές
Διοίκηση	Υπουργείο Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες, Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές	Υπουργείο Υγείας: θεσπίζει νόμους, ελέγχει, διοίκηση από περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια	Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και ομοσπονδιακά κρατίδια	Υπουργείο Υγείας, περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια	Εθνική κυβέρνηση, περιφερειακές και τοπικές αρχές	Υπουργείο Υγείας και Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια	Υπουργείο Υγείας, ομοσπονδιακή κυβέρνηση και ομοσπονδιακά κρατίδια	Εθνική κυβέρνηση, περιφερειακές και τοπικές αρχές
Αμοιβές ιατρών και αποζημιώσεις νοσοκομείων	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Οικογενειακών ιατρών: κατά κεφαλήν Νοσοκομείων: προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Ιδιωτών ιατρών: κατά υπηρεσία Νοσοκομείων: προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Ιδιωτών ιατρών: κατά πράξη Νοσοκομείων: προοπτικός προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Ιδιωτών ιατρών: κατά πράξη. Νοσοκομείων: προοπτικός, σφαιρικός προϋπολογισμός και ιδιωτικές πληρωμές	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Ιδιωτών ιατρών: κατά υπηρεσία. Νοσοκομείων: ανά υπηρεσία.	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό Ιδιωτών ιατρών: κατά υπηρεσία. Νοσοκομείων: γενική φορολογία, πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών	Ιδιωτικές πληρωμές, προγράμματα Υγείας	Ιδιωτικές πληρωμές

	Αγγλία	Σουηδία	Γερμανία	Γαλλία	Ιταλία	Ελλάδα	Αμερική	Ιαπωνία
Κάλυψη Υγείας	Καθολική και δωρεάν	Ισότιμη και δωρεάν κάλυψη	Σχεδόν πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.	Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού	Πλήρης κάλυψη Υγείας	Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών Υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού.	Ανεπαρκής	Ανεπαρκής
Αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Υψηλή	Χαμηλή
Προβλήματα	Υπαρξη μονοπωλίων, λιστών αναμονής, προβλήματα πρόσβασης	Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς	Πολυδιάσπαση φορέων	Περιορισμένη ανάπτυξη συστημάτων φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τους χρόνια πάσχοντες	Γραφειοκρατία, ανισότητες και περιορισμός άμεσης προσφυγής σε ορισμένες ειδικότητες	Ανισότητες, λίστες αναμονής, άτυπες πληρωμές, γραφειοκρατία	Δυσανεπεία πολιτών, υψηλές τιμές για τους ανασφάλιστους	Δυσανεπεία πολιτών, οργανωτικά προβλήματα και προβλήματα απόδοσης
Κρατική παρέμβαση	Μερική	Μερική	Έντονη	Έντονη	Μερική	Έντονη	Μηδαμινή	Ελάχιστη

Πηγή: (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙΙ

Δεκάλογος της Ποιοτικής Εξυπηρέτησης

Πίνακας 3.1: Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

- Θέστε Πρότυπα Εξυπηρέτησης. Η εξυπηρέτηση του πελάτη βάσει των προσδοκιών του είναι κρίσιμη για την επιβίωση της επιχείρησης.
- Αποκεντρωθείτε. Δώστε περισσότερες αρμοδιότητες εξυπηρέτησης στους ανθρώπους των πωλήσεων και σε εκείνους που έρχονται σε επαφή με τον πελάτη.
- Σχεδιάστε υπηρεσίες που να διευκολύνουν τη συναλλαγή μεταξύ των πελατών και του προσωπικού επαφής.
- Δεχτείτε ότι εκείνοι οι πελάτες που εσείς επιλέξατε να στοχεύσετε και να διεκδικήσετε έχουν πάντα δίκιο.
- Απλοποιήστε τις διαδικασίες εξυπηρέτησης των πελατών σας. Δώστε τους την ευκαιρία να κλείνουν όλες τις εκκρεμότητές τους με μία μόνο επίσκεψη στα γραφεία σας.
- Εφαρμόστε Ηγεσία Υποστήριξης: εξασφαλίστε στο προσωπικό επαφής κάθε αναγκαίο εφόδιο και υποστήριξη για να εξυπηρετήσει τους πελάτες σας.
- Επιτρέψτε την προσαρμογή της διαδικασίας εξυπηρέτησης στις ανάγκες του κάθε πελάτη ξεχωριστά (customization).
- Επιτρέψτε τη χρονική ωρίμανση των προσπαθειών σας. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών δεν συμβαίνει από τη μια μέρα στην άλλη.
- Αντιστρέψτε την πυραμίδα της Διοίκησης. Βάλτε τον πελάτη στην κορυφή και την Ανώτατη Διοίκηση στη βάση.
- Λειτουργήστε με ευρηματικότητα. Κινηθείτε έξω από τα στερεότυπα του κλάδου σας και αναζητήστε νέους τρόπους να κάνετε πράξη αυτό που οι πελάτες σας προσδοκούν από εσάς.

Πηγή:(Γούναρης,2003)