



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ποιότητα ως Επιχειρησιακή Στρατηγική
στις Υπηρεσίες Υγείας: Ενσωμάτωση του κόστους,
της ποιότητας και της εμπειρίας των ασθενών.

Αλεξάνδρα Μπλάνα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Η ποιότητα ως Επιχειρησιακή Στρατηγική
στις Υπηρεσίες Υγείας: Ενσωμάτωση του κόστους,
της ποιότητας και της εμπειρίας των ασθενών

Αλεξάνδρα Μπλάνα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος, 2014

Η εργασία αφιερώνεται σε όλους τους ανθρώπους που τέθηκαν στο περιθώριο των συστημάτων υγείας, χάνοντας την ταυτότητά τους, την ακεραιότητά τους ή και τη ζωή τους, ακόμα. Στους φτωχούς ανθρώπους που πλήρωσαν το δικαίωμά τους στην περίθαλψη και εισέπραξαν την υποχρέωση να μην την απολάβουν. Σε όλους εκείνους, που επί 30 χρόνια στο Ελληνικό Εθνικό «Σύστημα» «Υγείας» με δίδαξαν, με την εμπειρία τους, τις αδιαπραγμάτευτες αξίες της ζωής και της ισότητας. Έτσι, έμαθα όχι απλώς να τους προσφέρω και τους προστατεύω, αλλά να τους «προσέχω».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας ποιότητας είναι συνδυασμένη με την προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη βάση του κοινού οράματος. Η ποιότητα συντελεί στην αποτελεσματικότητα των υγειονομικών οργανισμών, προσδίδοντας ικανοποίηση τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας, ενώ διακατέχεται από το πνεύμα της αλλαγής, στην κατεύθυνση του επιχειρησιακού εκσυγχρονισμού. Το νοσοκομειακό κόστος εξακολουθεί να συμμετέχει σε σημαντικό βαθμό επί των συνολικών δαπανών υγείας, ανεξάρτητα από το μοντέλο του συστήματος υγείας και από την υιοθέτηση των αρχών συνεχούς βελτίωσης, ενώ απέναντι στην επιστημονική προοπτική της αρρώστιας και της υγείας, στέκεται η κοινωνικά υποκινούμενη προοπτική για τη συμπαραγωγή των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης ποιότητας και κόστους σε ένα νοσοκομείο και ο ρόλος της εμπειρίας των ασθενών, ώστε να δειχθεί ο τρόπος με τον οποίο είναι δυνατή η ενσωμάτωση και των τριών παραμέτρων μελέτης, στη στρατηγική του.

Μέθοδος-Υλικό: Βιβλιογραφική ανασκόπηση για την παρουσίαση σχετικών απόψεων, περιπτώσεων, δευτερογενών στοιχείων και ερευνητικών αποτελεσμάτων από: (α) έντυπες και ηλεκτρονικές πηγές που επιλέχθηκαν με βασικά κριτήρια την αντιστοιχία προς τα αντικείμενα μελέτης και την επιστημονική εγκυρότητα και (β) βάσεις δεδομένων ελληνικών και διεθνών οργανισμών.

Συμπεράσματα: Κύρια αδυναμία των αρχών ολικής ποιότητας στα νοσοκομεία αποτελεί η έλλειψη ευθυγράμμισης με τη γενική στρατηγική. Οι αρχές της στρατηγικής διοίκησης ολικής ποιότητας (STQM) μπορούν να οδηγήσουν σε συνεχή βελτίωση της ποιότητας μειώνοντας την αντανάκλαση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της φύσης και της αγοράς των υπηρεσιών υγείας στις διαδικασίες. Η ηγεσία και ο τρόπος λήψης αποφάσεων αναπτύσσονται κατάλληλα για την εξισορρόπηση των δύο μορφών εξουσίας σε ένα νοσοκομείο. Τα λίγα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα από την εφαρμογή της, καθιστούν υπαρκτά τα προβλήματα υλοποίησης στρατηγικών στη βάση λανθασμένων αντιλήψεων για την ταχύτητα, το εύρος και το είδος των αλλαγών. Τα μεθοδολογικά προβλήματα κατά τη μέτρηση της ποιότητας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών εξακολουθούν. Η ενσωμάτωση της εμπειρίας των ασθενών στη στρατηγική ενός νοσοκομείου επιβάλλει την επανεξέταση των κύκλων ποιότητας και τη συμμετοχή ασθενών ή/και των οικογενειών τους σε αυτούς.

Λέξεις κλειδιά: Στρατηγική, Ποιότητα, Κόστος, Εμπειρία Ασθενών, Νοσοκομείο.

SUMMARY

The adoption of the notion of quality is intertwined with the efforts of all participant members to continually improve the services offered in the basis of a collective vision. Quality awareness contributes to the efficiency of healthcare organisations by providing assurance in both the patients as well as healthcare workers while being infused by a spirit of change and adaptability in the greater scheme of operational modernisation. The costs of hospitals persists in being a major contributor in healthcare expenditure, independently of the healthcare paradigm and the adoption of the principles of continuous improvement, while on the opposite side of the scientific views of disease and health stands the socially incited perspective of the health care integration.

Purpose: The investigation of cost and quality relationship in a hospital and the role of patient experience in revealing the ways in which all of the three study parameters can be incorporated in a single strategy.

Methodology: Literature review and presentation of the relevant points of view, case studies, secondary evidence and study results from: a) printed and electronic sources that were selected based on scientific validity and material relevance b) Greek and international data bases.

Results: The main weakness of the principles of continuous improvement in hospitals is the lack of homogeneity with the general strategy. The principles of strategic total quality management can lead to the continuous improvement of quality of healthcare services and reduce the rebound of the healthcare services characteristics. The leadership and decision making must evolve properly in order to balance out the two forms of authority in a hospital. The problems of implementing strategies in the basis of false impressions regarding the speed, breadth and nature of changes needed, are inherent. The measurement of patient satisfaction has persistent methodological problems. The integration of patient experience in the strategy of a hospital mandates the revaluation of quality cycles and patient/family participation.

Key words: Strategy, Quality, Cost, Patient experience, Hospital

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	6
2.1. Οργανωτικές δομές συστημάτων υγείας	6
2.1.1. Δομή και πολυπλοκότητα συστημάτων υγείας	6
2.1.2. Ταξινόμηση συστημάτων υγείας.....	8
2.1.3. Προκλήσεις και Μεταρρυθμίσεις.....	11
2.2. Στρατηγικός σχεδιασμός-προγραμματισμός	13
2.2.1. Η εξέλιξη της στρατηγικής.....	13
2.2.2. Στρατηγική Διοίκηση	15
2.2.3. Αλυσίδα αξίας	17
2.3. Μετρήσεις στην Υγεία.....	20
2.3.1. Η σημασία και τα προβλήματα των μετρήσεων στην υγεία	20
2.3.2. Μέτρηση ποιότητας και αξίας της ζωής.....	23
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.1. Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας	27
3.1.1. Κοινά χαρακτηριστικά.....	27
3.1.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.....	28
3.2. Σύγχρονη ιστορία και έννοια της ποιότητας	29
3.2.1. Εξέλιξη της διοίκησης ποιότητας	29
3.2.2. Ορισμοί για την ποιότητα.....	31
3.2.3. Διαστάσεις ποιότητας.....	34
3.2.4. Μέτρηση και αξιολόγηση ποιότητας.....	36
3.3. Ενσωμάτωση της ποιότητας στη στρατηγική νοσοκομείου.....	38
3.3.1. Σχεδιασμός και προϋποθέσεις εισαγωγής της ποιότητας.....	38
3.3.2. Τυποποίηση και βραβεία ποιότητας.....	41
3.3.3. Οφέλη και εμπόδια ανάπτυξης ολικής ποιότητας	45
3.3.4. Στρατηγική Διοίκηση (Ολικής) Ποιότητας	46

4. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	52
4.1. Η αγορά και οι δαπάνες υπηρεσιών υγείας	52
4.1.1. Ζήτηση και προσφορά.....	52
4.1.2. Χρηματοδότηση και δαπάνες	54
4.1.3. Επιπτώσεις οικονομικών κρίσεων.....	55
4.2. Το νοσοκομειακό κόστος	57
4.2.1. Οικονομικοί στόχοι νοσοκομείου.....	57
4.2.2. Κατηγορίες κόστους	59
4.2.3. Εκτίμηση αποδοτικότητας και αποτίμηση κόστους.....	62
4.3. Ενσωμάτωση της οικονομικής απόδοσης στη στρατηγική νοσοκομείου	65
4.3.1. Διαχείριση κόστους	65
4.3.2. Κόστος ποιότητας.....	67
4.3.3. Το κόστος στη στρατηγική νοσοκομείου	70
5. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	73
5.1. Ολιστική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας.....	73
5.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	73
5.1.2. Κοινωνικές αναπαραστάσεις και εμπειρία του ασθενούς	75
5.2. Οι πρωταγωνιστές στις διαδικασίες βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας.....	77
5.2.1. Η σημασία της επικοινωνίας.....	77
5.2.2. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας: ομάδες και κύκλοι ποιότητας.....	80
5.2.3. Ο ρόλος των ασθενών: ικανοποίηση και εμπειρία	84
5.3. Ενσωμάτωση της εμπειρίας των ασθενών στη στρατηγική νοσοκομείου	88
5.3.1. Από την άμεση στην έμμεση συμμετοχή του ασθενούς.....	88
5.3.2. Μελέτες και αποτελέσματα συμμετοχής ασθενών	90
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2-1:	Σύστημα υγείας συνολικού κύκλου εργασιών	7
Πίνακας 2-2:	Κίνητρα μεταρρυθμίσεων συστημάτων υγείας.....	13
Πίνακας 2-3:	Ορισμοί της έννοιας «στρατηγική».....	15
Πίνακας 2-4:	Ταξινόμηση των πόρων ενός νοσοκομείου.....	18
Πίνακας 2-5:	Επιλεγμένοι δείκτες δημόσιας υγείας.....	22
Πίνακας 2-6:	Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής	25
Πίνακας 2-7:	Προσεγγίσεις στη μέτρηση της αξίας της ζωής	27
Πίνακας 3-1:	Δυνατά και αδύνατα σημεία του βιομηχανικού μοντέλου ποιότητας για τη φροντίδα υγείας (Donabedian)	31
Πίνακας 3-2:	Ενδεικτικοί ορισμοί της ποιότητας	32
Πίνακας 3-3:	Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, στην Ευρώπη.....	33
Πίνακας 3-4:	Διαστάσεις ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών	34
Πίνακας 3-5:	Διαστάσεις ποιότητας φροντίδας υγείας	35
Πίνακας 3-6:	Μέτρηση ποιότητας φροντίδας υγείας: Στοιχεία υποδείγματος Donabedian.....	37
Πίνακας 3-7:	Υποδείγματα μέτρησης της ικανοποίησης.....	38
Πίνακας 3-8:	Ορισμοί σχετικοί με τη διασφάλιση ποιότητας.....	42
Πίνακας 3-9:	Ενδεικτικές εφαρμογές της κατά ISO τυποποίησης στις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας.....	42
Πίνακας 3-10:	Σύγκριση AQ, TQM και STQM	48
Πίνακας 4-1:	Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγοράς υπηρεσιών υγείας.....	53
Πίνακας 4-2:	Πηγές και μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας	55
Πίνακας 4-3:	Στοιχεία δαπανών υγείας χωρών μελών ΟΟΣΑ, 2000-2011	56
Πίνακας 4-4:	Ενδεικτικοί δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείου	63
Πίνακας 4-5:	Μέτρηση κόστους και αποτίμηση συνεπειών μεθόδων αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας	64
Πίνακας 4-6:	Αρχές και τεχνικές κοστολόγησης νοσοκομείων.....	66
Πίνακας 4-7:	Κατηγορίες κόστους (κακής) ποιότητας	68
Πίνακας 5-1:	Ολιστική προσέγγιση υγείας και αρρώστιας: βασικές κατηγορίες-θεωρίες	75
Πίνακας 5-2:	Μορφές και αρχές ολοκληρωμένης επικοινωνίας νοσοκομείου.....	78
Πίνακας 5-3:	Ικανοποίηση και εμπειρία πολιτών Ε.Ε., Ολλανδίας και Ελλάδας.....	86

Πίνακας 5-4:	Παλιές και νέες αρχές για την ιατρική ευθύνη.....	89
Πίνακας 5-5:	Ενδυνάμωση και συμμετοχή ασθενούς: επιλεγμένα πρότυπα JCI.....	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1-1:	Διάγραμμα ύλης.....	5
Σχήμα 2-1:	Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών.....	6
Σχήμα 2-2:	Το φάσμα της πολυπλοκότητας ανάλογα με τον αριθμό και το βαθμό αλληλεξάρτησης των στοιχείων	8
Σχήμα 2-3:	Επίπεδα φροντίδας υγείας, κατά το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και το εύρος του καλυπτόμενου πληθυσμού στην Ελλάδα	10
Σχήμα 2-4:	Τυπικό μοντέλο στρατηγικής διοίκησης	16
Σχήμα 2-5:	Μοντέλο στρατηγικού σχεδιασμού στην υγεία	17
Σχήμα 2-6:	Αλυσίδα αξίας σε οργανισμούς φροντίδας υγείας.....	20
Σχήμα 3-1:	Η θέση των υπηρεσιών υγείας στην κλίμακα αυλότητας της Shostack	27
Σχήμα 3-2:	Στάδια προγραμματισμού ποιότητας.....	39
Σχήμα 3-3:	Μοντέλο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	40
Σχήμα 3-4:	Κριτήρια και δυναμική του ευρωπαϊκού βραβείου ποιότητας (EFQM)	43
Σχήμα 3-5:	Κριτήρια και δυναμική του αμερικανικού βραβείου ποιότητας (MBNQA).....	44
Σχήμα 3-6:	Διατύπωση οράματος και αποστολής νοσοκομείου Bronson, στο πλαίσιο STQM	49
Σχήμα 3-7:	Ενσωμάτωση ποιότητας σε όλες τις πτυχές της στρατηγικής νοσοκομείου (Bronson) κατά το υπόδειγμα της STQM.....	50
Σχήμα 4-1:	Συνιστώσες κόστους κακής ποιότητας	67
Σχήμα 5-1:	Κύκλος ποιότητας για την επίλυση προβλήματος.....	83

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στρατηγική και η ποιότητα, αποτελούν δύο έννοιες που συνδέονται στενά με τον «πόλεμο και την ειρήνη» της ανθρώπινης εξέλιξης. Με τις ορθές στρατηγικές επιλογές γράφτηκαν σελίδες δόξας στην ιστορία των λαών, ενώ ο Hutchinson (2005) προσδιορίζει ως κρίσιμη για τη θεωρία της πολεμικής διοίκησης, τη στροφή που σημειώθηκε τον 5^ο αι. π.Κ.Χ.,¹ όταν ο Ξενοφών ενσωμάτωσε στη στρατηγική κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, Ελλήνων και Περσών, αναπτύσσοντας έτσι, αποτελεσματικές τακτικές.

Στην όψη της «ειρήνης» βρίσκεται η ποιότητα ως έννοια που φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία να απασχολεί τον άνθρωπο επίσης από την αρχαιότητα, κυρίως σε σχέση με τις κατασκευές και τις οικονομικές συναλλαγές.² Χαρακτηριστικά, αναφέρονται η «Λυδία λίθος» ως μέσο για την αξιόπιστη εκτίμηση του χρυσού, οι ενεπίγραφες προδιαγραφές του Τελεστηρίου της Ελευσίνας αλλά και οι ηθικοί κανόνες του Ιπποκράτη. Ωστόσο, η ποιότητα απασχόλησε τον άνθρωπο πολύ ενωρίτερα, ίσως και ταυτόχρονα με την εμφάνισή του στον πλανήτη, αφορώντας μάλιστα, τη δημόσια υγεία. Αν και από την εποχή των Σπηλαιών δεν υπάρχουν γραπτές πηγές, οι ενδείξεις για τις προσπάθειες του Homo Sapiens να έχει ποιοτικό νερό είναι ισχυρές. Η αγωνία του ανθρώπου-τροφοσυλλέκτη για τα παθογόνα μικρόβια στους υδάτινους πόρους, οδήγησε τους πρώτους πολιτισμούς, στον έλεγχο του νερού και την οργάνωση μόνιμων αστικών υδάτινων εγκαταστάσεων, όπως αυτές της Ιεριχούς (8000 π.Κ.Χ.) ώστε να αποφευχθούν οι αρρώστιες που προέρχονταν άμεσα από την κατανάλωσή του και έμμεσα μέσω των καλλιεργειών (Juuti et al., 2007).

Και οι δύο έννοιες, στρατηγική και ποιότητα, εισήχθησαν στη διοίκηση μονάδων υγείας κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, εποχή που συμπίπτει χρονικά με τις αυξητικές τάσεις των δαπανών υγείας αλλά και των προσδοκιών των πολιτών από τα συστήματα περίθαλψης, που αντιμετώπιζαν ήδη πολλές και πολυδιάστατες προκλήσεις, απόρροια της μετάβασης υγείας και της τεχνολογικής εξέλιξης. Στο πλαίσιο συνακόλουθων μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν επανεξετάστηκαν θεμελιώδεις έννοιες, όπως εκείνη του συστήματος, αλλά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας προεξάρχουσας της σχέσης γιατρού και ασθενούς, ως αίτιο και αιτιατό στη διαμόρφωση της ιδιότυπης αγοράς τους.

¹ Στην παρούσα προτιμώνται όροι θρησκευτικά ουδέτεροι. Έτσι, αντί για τη συντομογραφία π.Χ. χρησιμοποιείται η π.Κ.Χ. (προ Κοινής Χρονολογίας), αντίστοιχη του B.C.E. που έχει υιοθετηθεί από αγγλόφωνα ακαδημαϊκά έντυπα (JH, 2014), ενώ αποφεύγονται και χαρακτηρισμοί θρησκευτικού περιεχομένου (π.χ. «γκουρού» της ποιότητας).

² Ενδεικτικά: Οικονομοπούλου, 2006-Κωσταγιόλας και συν., 2008.

Με τις θεωρητικές προσεγγίσεις του «συστήματος» να εκτείνονται από ένα σύνολο στοιχείων, έως και τη συμπερίληψη των σχέσεων που το διέπουν, ορισμένοι θεωρητικοί προχώρησαν ένα βήμα εμπρός, διατυπώνοντας απόψεις που μπορεί να διευρύνουν το φιλοσοφικό ερώτημα, ωστόσο τοποθετούν την έννοια εγκύτερα προς το κοινωνικό γίγνεσθαι. Χαρακτηριστική είναι η προσέγγιση του Rapoport σύμφωνα με την οποία το σύστημα αποτελεί μια δέσμη σχέσεων, αλλά και του Deming που προσδιορίζει την ύπαρξη συστήματος μόνο όταν υπάρχει στόχος (Frenk, 1994). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εκτιμώντας ότι η κύρια πρόθεση ενός συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της υγείας και η ανταπόκριση στις θεμιτές προσδοκίες των ανθρώπων, το ορίζει ως (WHO, 2011):

- (α) όλες τις δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση ή/και διατήρηση της καλής υγείας και
- (β) τα πρόσωπα, οι θεσμοί και οι πόροι που οργανώνονται από κοινού σύμφωνα με τις καθιερωμένες πολιτικές, για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετούν.

Η μετάβαση στη «μεταβιομηχανική κοινωνία»³ είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη του τριτογενή παραγωγικού τομέα, που αντιπροσωπεύει σήμερα ένα μεγάλο μέρος των Ακαθάριστων Εθνικών Προϊόντων και της απασχόλησης παγκοσμίως, το οποίο μπορεί να ξεπερνά το 50%, κυρίως σε χώρες του αναπτυγμένου κόσμου (Rose, 1996·Bell, 1999). Πράγματι, στις μέρες μας οι υπηρεσίες βρίσκονται παντού, συνοδεύοντας τα υλικά αγαθά, σε τέτοιο σημείο ώστε συχνά οι καταναλωτές να κατατάσσουν χαμηλότερα τα τεχνικά, από τα άλλα χαρακτηριστικά. Αν και η σύνδεση προϊόντων-υπηρεσιών δυσκολεύει τη μεταξύ τους διάκριση, μια αδρή διατύπωση της διαφοράς τους είναι ότι τα πρώτα αποτελούν υλικά στοιχεία που εμπεριέχουν το «αμετάβλητο», ενώ οι υπηρεσίες ορίζονται ως πράξεις, προσπάθειες ή επιδόσεις (Hoffman, Bateson, 2008).

Παρόλο που η μελέτη των υπηρεσιών με τα εργαλεία του μάρκετινγκ, έκανε δυνατό τον προσδιορισμό των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους, τοποθετώντας μάλιστα και τον πελάτη στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, η κατάταξη των υπηρεσιών υγείας συναντά αρκετές δυσκολίες, καθώς διαφοροποιούνται σημαντικά και σε πολλές πτυχές σε σχέση με τις άλλες. Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας, διαμορφώνονται μέσα από ένα ιδιότυπο πλέγμα εξουσιών, το οποίο αμφισβητείται στη βάση της αλλαγής των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια.

³ Ο όρος διατυπώθηκε πρώτη φορά από τους Penty, και Coumaraswamy το 1914, περιγράφοντας τις επιπτώσεις της ανεξέλεγκτης «μηχανικής» παραγωγής, ενώ η συζήτηση για τις επιπτώσεις της εκβιομηχάνισης στον κοινωνικό μετασχηματισμό είχε ήδη ανοιχθεί τον 19^ο αι., και ενωρίτερα, κυρίως από τους Saint Simon και Karl Marx (Rose, 1996).

Πράγματι, από την εποχή του «Κουτιού της Πανδώρας» έχουν αλλάξει δραματικά οι αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια, π.χ. από τη θεϊκή προέλευση, στους καθοριστές υγείας, ενώ η εμπειρία της απέκτησε ατομικό χαρακτήρα, από το συλλογικό των περιόδων των λιμών. Παράλληλα, άλλαξε και ο τρόπος που αντιμετωπίζονται οι νοσολογικές οντότητες αλλά και ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος τείνει «από υποκείμενο σε αντικείμενο της ιατρικής» λόγω της κυριαρχίας του βιοϊατρικού μοντέλου. Ωστόσο, όσο βέβαιος είναι ο καταλυτικός ρόλος της τεχνολογίας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, άλλο τόσο βέβαιο είναι ότι οι λιμοί και οι επιδημίες των δύο πρώτων περιόδων μετάβασης υγείας, καταπολεμήθηκαν με την κοινωνική-οικονομική πρόοδο και ελάχιστα έως καθόλου με την επιστημονική εξέλιξη της ιατρικής (Grmek, 1989; Adam, Herzlich, 1999; Σαρρής, 2001).

Σήμερα, απέναντι στην επιστημονική προοπτική της αρρώστιας και της υγείας, στέκεται η κοινωνικά υποκινούμενη προοπτική για τη συμπαραγωγή των υπηρεσιών υγείας, με την ποιότητα, τη συμμετοχή και το κόστος, στο επίκεντρο της αμφισβήτησης: Είναι οι ιδιαιτερότητες που θέτουν εμπόδια στη βελτίωση των υπηρεσιών, στη συγκράτηση του κόστους αλλά και στη συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις, ή ο τρόπος που επιχειρείται η υιοθέτηση της φιλοσοφίας ποιότητας από τους υγειονομικούς φορείς, παρακάμπτει τους ανθρώπους και τις σχέσεις που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας; Είναι το κόστος των υπηρεσιών υγείας ανεξάρτητο από την ποιότητά τους ή αποτελεί κόστος (κακής) ποιότητας; Οι μετρήσεις, είναι τροχός του οχήματος για την επίτευξη της αλλαγής που πρεσβεύει η διοίκηση ποιότητας ή μήπως το όχημα αυτό είναι «κενό» χωρίς τη συμπαραγωγή των υπηρεσιών; Μήπως μετράμε αυτό που νομίζουμε ή θέλουμε εμείς να αποτελεί ικανοποίηση του ασθενούς και όχι αυτό που προκύπτει από την εμπειρία του; Τελικά, μήπως όλα αυτά μπορούν να λειτουργήσουν συγχρονισμένα με τη στρατηγική διοίκηση ποιότητας;

Η απάντηση αυτών των ερωτημάτων επιχειρείται στην παρούσα, της οποίας ο σκοπός είναι η διερεύνηση της σχέσης ποιότητας και κόστους σε ένα νοσοκομείο και ο ρόλος της εμπειρίας των ασθενών στη σχέση αυτή, ώστε να δειχθεί ο τρόπος με τον οποίο είναι δυνατή η ενσωμάτωση και των τριών παραμέτρων μελέτης, στη στρατηγική του. Ο σκοπός αναλύεται σε δύο επιμέρους στόχους που είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας:

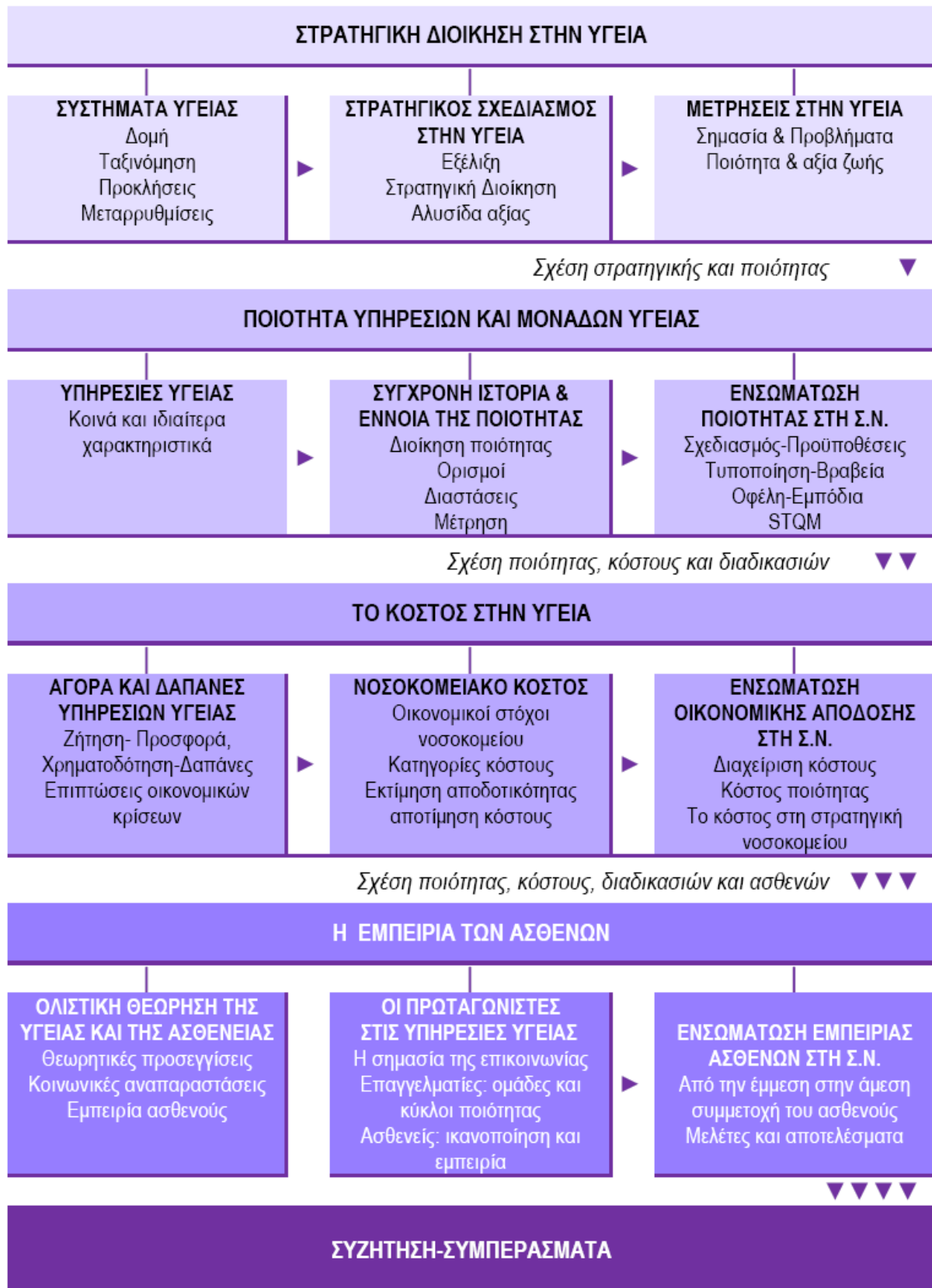
(α) της στρατηγικής διοίκησης ποιότητας, ως καθοριστικού παράγοντα για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη μείωση του κόστους, σε ένα περιβάλλον πολύπλοκο και συνεχώς μεταβαλλόμενο,

(β) της συμμετοχής των ασθενών και των οικείων τους, και το επίπεδο αυτής, στην παραγωγή και την «αγοραστική» απόφαση υπηρεσιών υγείας, ως προϋπόθεση για την εφαρμογή στρατηγικής ποιότητας σε έναν οργανισμό περίθαλψης.

Μεθοδολογικά, επιλέχθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση για την παρουσίαση απόψεων, περιπτώσεων και ερευνητικών αποτελεσμάτων από πηγές, έντυπες και ηλεκτρονικές, οι οποίες επιλέχθηκαν με βασικά κριτήρια την αντιστοιχία με τα αντικείμενα μελέτης και την επιστημονική εγκυρότητα, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των εντύπων που δημοσιεύτηκαν και της χρήσης των βιβλίων ως ακαδημαϊκό υλικό. Χρησιμοποιήθηκε ελάχιστο υλικό που αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στη δημόσια υγεία, κυρίως για τα αποτελέσματα που υπήρξαν από τη συμμετοχή των ασθενών και για τις επιπτώσεις στο νοσοκομειακό κόστος. Τα άλλα εξαιρέθηκαν. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης, δευτερογενή στοιχεία από τις βάσεις δεδομένων ελληνικών και διεθνών οργανισμών (π.χ. OECD). Οι πηγές εμφανίζονται ενσωματωμένες στο κείμενο και συνολικά στο τέλος της εργασίας, σύμφωνα με το βιβλιογραφικό σύστημα Harvard.

Η εργασία διαρθρώνεται, ουσιαστικά, σε τέσσερις άξονες, αντίστοιχους των εννοιών που πραγματεύεται (σχ. 1-1). Σε κάθε κεφάλαιο αναπτύσσονται διεξοδικά όλες οι πτυχές του θέματος, με την παρουσίαση των απόψεων που επικρατούν αλλά κι εκείνων που αναπτύσσονται στη διεθνή βιβλιογραφία, στο πλαίσιο διαφορετικών προσεγγίσεων. Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, συνολικά στη μελέτη, βρίσκονται οι άνθρωποι και οι διαδικασίες ως «κλειδί» για τη βελτίωση της ποιότητας και ως «πηγή» κόστους. Οι προσωπικές εκτιμήσεις, συμφωνίες ή διαφωνίες, υποστηρίζονται επίσης βιβλιογραφικά, ενώ αποτυπώνονται κι εκείνα τα θέματα που χρήζουν συζήτησης, η οποία επιχειρείται στο τέλος της εργασίας, μαζί με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Σχήμα 1-1: Διάγραμμα ύλης.



Σ.Ν.: Στρατηγική Νοσοκομείου **STQM:** Strategic Total Quality Management

2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1. Οργανωτικές δομές συστημάτων υγείας

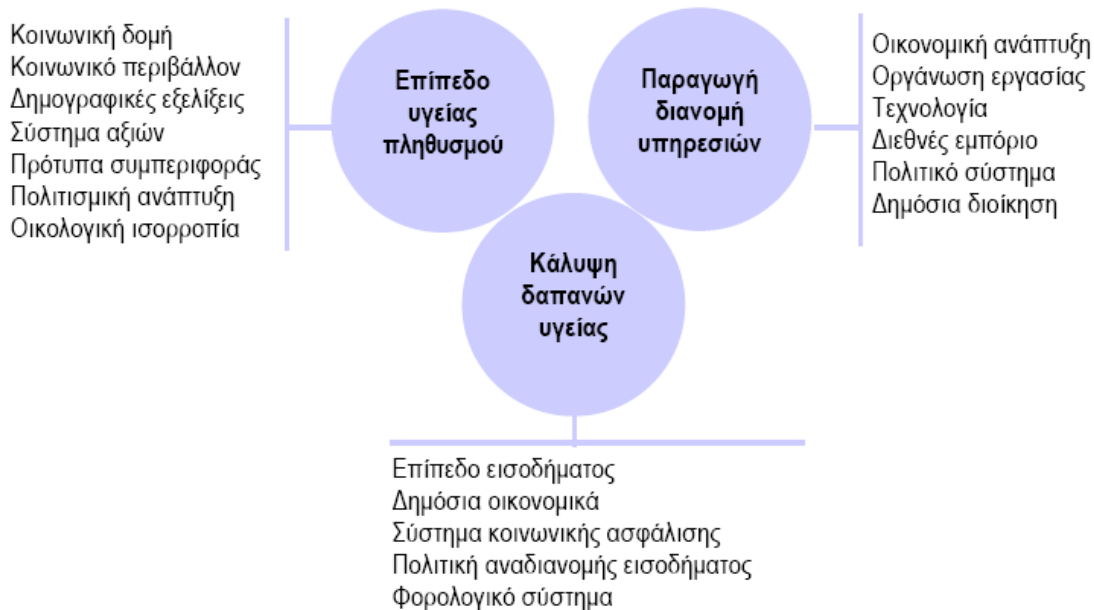
2.1.1. Δομή και πολυπλοκότητα συστημάτων υγείας

Ένα σύστημα υγείας μπορεί να προσδιοριστεί ως (Σούλης, 1999):

- (α) Σύστημα πολλαπλών μεταβλητών όπου ενσωματώνονται οι αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού -όπως περιγράφηκαν από τον Levy, η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας και η κάλυψη των δαπανών υγείας (σχ. 2-1).
- (β) Σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών, συνιστώμενο από οκτώ υποσυστήματα τα οποία καλύπτουν πλήρως το φάσμα φροντίδας υγείας όλων των ομάδων πληθυσμού (πίν. 2-1)
- (γ) Σύστημα παραγωγικής διαδικασίας, περιλαμβάνοντας πόρους, διαδικασίες, λειτουργική ικανότητα και αποτελεσματικότητα (επίπεδο υγείας), καθώς και την ανατροφοδότηση ως μηχανισμό προσαρμογής του συστήματος στις ανάγκες-απαιτήσεις.

Η παραδοσιακή προσέγγιση, συστήματα παραγωγικής διαδικασίας, αναπτύχθηκε από τον Deming με το σκοπό, ως θεμελιώδες στοιχείο για την ύπαρξη συστήματος αλλά και για τη βελτίωσή του. Υπό αυτήν την έννοια, προσδιόρισε επτά μέρη: σκοπός, προμηθευτές, εισροές, διαδικασίες, εκροές, πελάτες, ανατροφοδότηση, ως απαραίτητα για την ύπαρξη συστήματος, με το σκοπό και την ανατροφοδότηση να χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση όλων των άλλων στοιχείων (Ζαβλανός, 2006· Frenk, 1994).

Σχήμα 2-1: Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών



Πηγή: Σούλης, 1999.

Ανεξάρτητα από τη θεώρηση για το οργανωτικό μοντέλο, η πολυπλοκότητα χαρακτηρίζει όλα τα συστήματα ως αποτέλεσμα των σχέσεων που αναπτύσσονται με το εξωτερικό περιβάλλον, αλλά κι εκείνων μεταξύ των επιμέρους στοιχείων. Στα συστήματα υγείας είναι ιδιαίτερη έντονη, πολυδιάστατη και αυξανόμενη, αναλογικά με τον αριθμό των εμπλεκόμενων και των παραγόντων που επηρεάζουν τόσο το επίπεδο υγείας των πληθυσμών όσο και το σχεδιασμό των συστημάτων.

Πίνακας 2-1: Σύστημα υγείας συνολικού κύκλου εργασιών

Υποσυστήματα	Μονάδες
Ιατρικός κύκλος	Πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμια φροντίδας υγείας.
Ιατρικο-κοινωνικός κύκλος	Βρεφών, παιδιών, ηλικιωμένων, ΑΜΕΑ, έγκλειστων
Τομέων περιβάλλοντος	Δημόσιας υγείας, περιβαλλοντικής υγιεινής, υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, σχολικής υγιεινής.
Εναλλακτικών μορφών φροντίδας	Κατ' οίκον νοσηλεία, συμβουλευτικά κέντρα, κέντρα απεξάρτησης
Ερευνητικά κέντρα	Έρευνας και εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, αποκλειστικά.
Εναλλακτικών μορφών ιατρικής	Ομοιοπαθητικής, βελονισμού, οστεοπαθολογίας, κινησιολογίας, κ.ά.
Παραγωγής	Φαρμάκων, αναλώσιμων, μοσχευμάτων, κ.λπ.
Δευτερεύουσας παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών	Κέντρα αισθητικής, διαιτητικής, ιαματικών λουτρών, εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης και επείγουσας ιατρικής

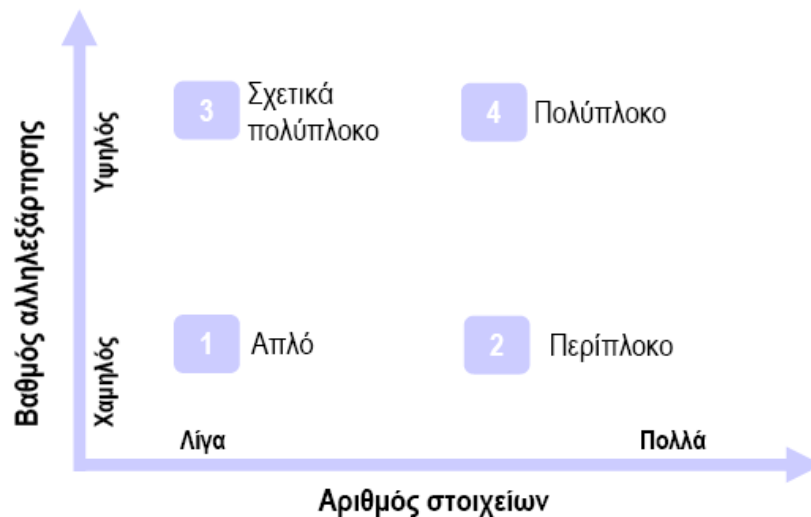
Πηγή: Σούλης, 1999.

Ο Σούλης (1999) υποστηρίζει ότι η πολυπλοκότητα εισάγεται στο σύστημα υγείας εάν θεωρηθεί ως σύστημα τριών μηχανισμών πολλαπλών εξωτερικών μεταβλητών, άποψη η οποία δεν διαφέρει από τη γενική παραδοχή σύμφωνα με την οποία σ' ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνεται το σύνολο των κοινωνικών στοιχείων που είναι υπεύθυνα για την κινητοποίηση πόρων και τη μετατροπή τους σε υπηρεσίες υγείας, καθοδηγούμενο από πολιτικές και πληροφορίες, σχετικές με τις ανάγκες και την απόδοσή του (Frenk, 2004).

Στη βιβλιογραφία, το ενδιαφέρον των ερευνητών στρέφεται κυρίως στην ανάλυση των επιμέρους στοιχείων ενός συστήματος υγείας, υποστηρίζοντας ότι η μέθοδος μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη κατανόηση του πλαισίου εργασίας, των συστατικών και των αρχών που διέπουν τις δράσεις, αμβλύνοντας την πίεση για τη συνολική αντιμετώπιση των πολύπλοκων λειτουργιών. Η αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας σε σχέση με βαθμό αλληλεπίδρασης των στοιχείων ενός συστήματος, παρά τις επιφυλάξεις περί υπεραπλούστευσης των προβλημάτων, ενδεχόμενης διόγκωσης των στοιχείων που αλληλεπιδρούν και μικροσκοπικής προσέγγισης ενός συνολικού ζητήματος, φαίνεται ότι

μπορεί να αποτελεί ένα χρήσιμο μηχανισμό τουλάχιστον για την κατανόησή της στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Kannampallil et al., 2011).

Σχήμα 2-2: Το φάσμα της πολυπλοκότητας ανάλογα με τον αριθμό και το βαθμό αλληλεξάρτησης των στοιχείων.



- 1 και 2: είναι δυνατή η περιγραφή, η πρόβλεψη και η διαχείριση του συστήματος.
3 και 4: ο μεγάλος αριθμός αλληλεπιδράσεων μεταξύ των στοιχείων μπορεί να προκαλέσει εξαιρετικά ασταθή και απρόβλεπτη συμπεριφορά του συστήματος.

Πηγή: Kannampallil et al., 2011.

Αντίθετα προς την εκτίμηση του φαινομένου ως μείζον πρόβλημα για τη βέλτιστη οργάνωση των συστημάτων υγείας, εκφράζονται απόψεις σύμφωνα με τις οποίες το πλήθος και η διαφορετικότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μερών ενός συστήματος, μπορεί να αποτελέσει πηγή πολύτιμων και καινοτόμων ικανοτήτων. Έτσι, η πολυπλοκότητα καθίσταται ένα χρήσιμο εργαλείο για την οργάνωση ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας, με τις εξής προϋποθέσεις (Plsek, Wilson, 2001):

- (α) αντικατάσταση του παραδοσιακού τρόπου διοίκησης, επικεντρωμένου στον έλεγχο των διαδικασιών και την αναχαίτιση των αντιστάσεων, μέσω της δημιουργικότητας και της ικανότητας των ανθρώπων,
- (β) υιοθέτηση διαφορετικών αντιλήψεων για την ηγεσία, μακριά από τα στερεότυπα του ελέγχου προσαρμογής στις εντολές, και
- (γ) επικοινωνιακή προσέγγιση των παραλλαγών σε τομείς όπου υπάρχει μόνο μέτρια βεβαιότητα και συμφωνία.

2.1.2. Ταξινόμηση συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας ταξινομούνται διεθνώς με τη χρήση πολλών και διαφόρων κριτηρίων, με κυριότερα εκείνα που σχετίζονται με:

- το είδος της περίθαλψης: ανοικτή ή κλειστή.
- τον πληθυσμό κάλυψης: τοπικό, περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο.
- την κρατική παρέμβαση: δημόσια, ιδιωτικά ή μεικτά συστήματα.

Ανάλογα με τον τρόπο που παρέχεται η περίθαλψη, ο Fry (1978) διακρίνει σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας τέσσερα επίπεδα περίθαλψης: οικογενειακή, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Ουσιαστικά τα δυο πρώτα επίπεδα αντιστοιχούν στην εξωνοσοκομειακή-ανοικτή φροντίδα υγείας ενώ τα δύο άλλα στη νοσοκομειακή-κλειστή. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από πανεπιστημιακά νοσοκομεία επειδή εκεί πραγματοποιείται ερευνητική δραστηριότητα και παράγεται θεραπευτικό έργο υψηλού κόστους. Επιπλέον, η διάκριση σχετίζεται και με πληθυσμιακά στοιχεία (σχ. 2-3) καθώς τα τριτοβάθμια νοσοκομεία αναπτύσσονται για την κάλυψη αναγκών μεγάλου πληθυσμού (Πιερράκος, 2008).

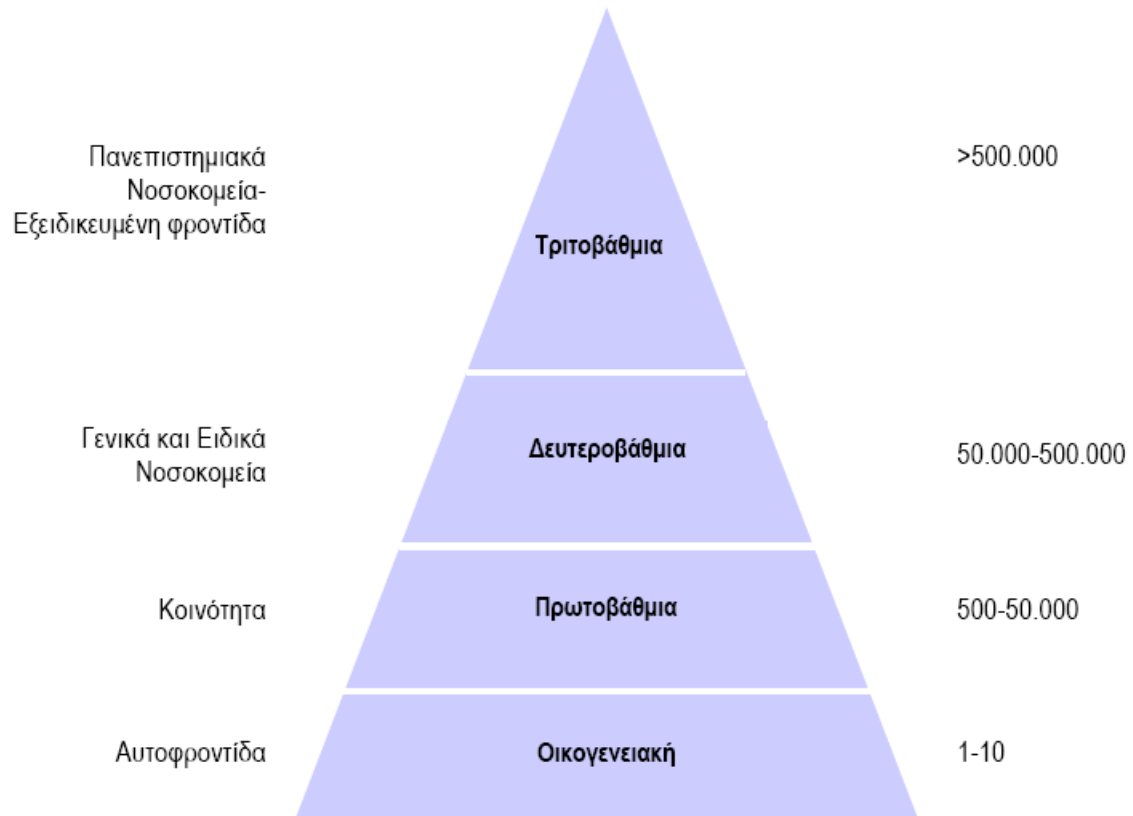
Ωστόσο, η πλέον αποδεκτή δέσμη κριτηρίων για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας, είναι εκείνη που έχει υιοθετηθεί από τον ΟΟΣΑ όπου αξιολογείται (Böhm, 2012):

- η χρηματοδοτική πηγή
- η μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών
- ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί αφενός ότι ο αδρός χαρακτήρας των κριτηρίων οδηγεί στην ίδια κατηγορία συστήματα υγείας χωρών, με σημαντικές μεταξύ τους διαφορές, και αφετέρου ότι ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης ενώ εκλαμβάνεται ως ένα κριτήριο, ουσιαστικά αποτελεί το κυρίαρχο κι εκείνο από το οποίο προκύπτουν οι διαφορές, καθώς σχετίζεται άμεσα τόσο με την πηγή χρηματοδότησης όσο και με τις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Εξάλλου, ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας ποικίλλει στις χώρες του ΟΟΣΑ, αντανακλώντας τις διαφορές στην πρόσβαση, αποτελεσματικότητα, ποιότητα, και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Το μείγμα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, προκύπτει κυρίαρχο, ενώ σημαντικές είναι οι διαφορές μεταξύ εκείνων των συστημάτων που προσφέρουν υπηρεσίες μέσω ασφαλιστικών φορέων, καθώς διαπιστώνεται ποικιλία κατά τον

αριθμό, το είδος και την ποσότητα των παροχών και το βαθμό συμμετοχής των ασφαλισμένων (Paris et al., 2010).

Σχήμα 2-3: Επίπεδα φροντίδας υγείας, κατά το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και το εύρος του καλυπτόμενου πληθυσμού, στην Ελλάδα.



Πηγή: Πιερράκος, 2008, αναπροσαρμογή συστήματος γεωγραφικής διάρθρωσης⁴

Με τις διαφοροποιήσεις να αποτελούν άλλοτε αιτία και άλλοτε αποτέλεσμα μεταρρυθμίσεων, τα προαναφερόμενα κριτήρια εξακολουθούν να είναι κοινώς αποδεκτά και στη βάση αυτών, τα συστήματα ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες⁵ (Hsiao, 2005):

1. Εθνικό σύστημα κατά το βρετανικό πρότυπο (Beveridge) με πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό.
2. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης κατά το γερμανικό πρότυπο (Bismark) στο οποίο ενσωματώθηκαν και στοιχεία ελεύθερου ανταγωνισμού.

⁴ Στην ελληνική βιβλιογραφία η πληθυσμιακή διάκριση γίνεται ανάλογα με τη διοικητική διαίρεση της χώρας σε κοινότητες, δήμους, νομαρχίες και περιφέρειες. Εδώ, παρουσιάζεται σύμφωνα με τη νέα αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης (ν. 3852/2010).

⁵ Το ελληνικό σύστημα υγείας, όπως το γνωρίζαμε πριν την έλευση του ΔΝΤ, χαρακτηρίζεται από τον ίδιο συγγραφέα ως μοντέλο συγχυτικό με στοιχεία τόσο από το Beveridge όσο και από το Bismark.

3. Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης το οποίο εφαρμόζεται στις ΗΠΑ και διέπεται από τους όρους του ελεγχόμενου ανταγωνισμού.
4. Εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, και όχι κοινωνικής ασφάλισης, κατά το καναδικό πρότυπο με τον προϋπολογισμό ως κύρια πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης, πλην όμως μεταβαλλόμενης ανάλογα με την δημοσιονομική ευρωστία.
5. Δημόσιο σύστημα με παράλληλη λειτουργία ατομικών λογαριασμών υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών/κρίσεων. κατά το πρότυπο της Σιγκαπούρης.

2.1.3. Προκλήσεις και Μεταρρυθμίσεις

Από τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, διαπιστώνεται συνεχώς αυξανόμενο το ενδιαφέρον όλων των κυβερνήσεων για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας με ζητούμενο την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Η αναζήτηση επικεντρώνεται στους καλύτερους τρόπους οργάνωσης και χρηματοδότησης, ώστε να αντιμετωπισθούν οι συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις που προκύπτουν, κυρίως, από τις οικονομικές, κοινωνικές και τεχνολογικές αλλαγές (Frenk, 1994).

Οι προκλήσεις αυτές δεν αφορούν μόνο τις αναπτυσσόμενες ή φτωχές χώρες αλλά κι εκείνες του αναπτυγμένου κόσμου⁶. Στην καθολική αναζήτηση του τρόπου με τον οποίο θα περιοριστεί το κόστος και θα βελτιωθούν οι υπηρεσίες και στην αιχμή του μεταρρυθμιστικού δόρατος σε όλα τα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ βρίσκονται ζητήματα όπως: προσιτότητα τιμών, απαιτήσεις φορολογούμενων, ανισότητες και μεταβολή του δημογραφικού προφίλ (Hurst, 2000).

Η αύξηση των δαπανών υγείας, η βελτίωση των υπηρεσιών και η διεύρυνση των προσδοκιών των πολιτών από τα συστήματα υγείας συνδέονται με σχέση αιτίου-αιτιατού, με τη «μετάβαση υγείας». Με τον όρο αυτό περιγράφεται το πλαίσιο εντός του οποίου εξηγούνται οι διαχρονικές αλλαγές των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των νόσων και των αιτιών θανάτου στους πληθυσμούς. Θεωρητικά, περιγράφονται 4 περίοδοι μετάβασης (Rogers, Hackenberg, 1987):

1^η: λιμών και λοιμωδών νόσων, έως 1875

2^η: επανεμφάνισης πανδημιών, 1875-1930

3^η: χρόνιων μη μεταδιδόμενων νόσων 1930-1980 και

⁶ Σύμφωνα με την κατάταξη του ΟΟΣΑ.

4^η: η τρέχουσα οπότε επανεμφανίσθηκαν παλαιά λοιμώδη νοσήματα, εμφανίσθηκαν νέα και ταυτόχρονα εξακολουθούν κυρίαρχες οι χρόνιες παθήσεις.

Οι μεταπολεμικές εξελίξεις⁷ είχαν δραματικές επιπτώσεις στο παγκόσμιο επιδημιολογικό και δημογραφικό προφίλ. Η άνοδος του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου και η επιστημονική πρόοδος συνοδεύτηκαν από υπογεννητικότητα, γήρανση πληθυσμού, ανατροπή του παραδοσιακού οικογενειακού μοντέλου, αναδιαμόρφωση κοινωνικών ρόλων, συμπεριφορών, προτύπων και προσδοκιών είχαν ως συνέπεια τη μετάβαση υγείας. Η αλλαγή αυτή, βρίσκεται στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας διεθνώς, ως μείζονος σημασίας πρόκληση για τη βιωσιμότητά τους (Caldwell, 2001· Οικονόμου, 2005· Τσαλίκης, 2006).

Από την άλλη πλευρά, οι ανισότητες απασχολούν διαχρονικά την επιστημονική κοινότητα και τις κυβερνήσεις, καθώς αντανakλούν τις επιπτώσεις της κοινωνικής (ταξικής) διάρθρωσης όσο και των πολιτικών και οικονομικών επιλογών. Στο πλαίσιο αυτό οι ανισότητες διακρίνονται σε εκείνες που αφορούν την αρρώστια και το θάνατο, και σε εκείνες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, ενώ διαπιστώνονται ακόμα και στον αναπτυγμένο κόσμο όπου η καταπολέμησή τους περιστρέφεται γύρω από την έννοια του «κοινωνικού κράτους». Τα μέτρα που λαμβάνονται, κυρίως αναδιανεμητικού χαρακτήρα, δεν έχουν καταφέρει να εξαλείψουν το φαινόμενο αυτό καθώς οι στοχευμένες πολιτικές για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της υγείας των οικονομικά ασθενέστερων δεν τυγχάνουν ευρείας αποδοχής -επιστημονικής και πολιτικής (Σουλιώτης, 2007· Τούντας και συν. 2009).

Άλλωστε, η τρέχουσα οικονομική κρίση, η οποία πλήττει κυρίως το δυτικό κόσμο, μεγέθυνε τις οικονομικές ανισότητες, τη φτώχεια και την ανεργία, παρά τις όποιες προειδοποιήσεις (WHO 2009) για τους κινδύνους που ενέχει η μείωση των δαπανών⁸, ειδικότερα για την αύξηση της νοσηρότητας και την ανατροπή της προόδου που έχει σημειωθεί στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών.

Ήδη από τις δύο τελευταίες δεκαετίες 20^{ου} αιώνα, στη βάση των προαναφερόμενων πολλών και ποικιλόμορφων προκλήσεων, αναπτύχθηκαν μεταρρυθμιστικά προγράμματα το κίνητρο των οποίων ποικίλλει ανάλογα με το είδος των προκλήσεων και το βαθμό που επηρεάζουν κάθε χώρα (Frenk, 1994).

⁷ Γυναικεία απασχόληση, νέες μορφές εργασίας, μετακίνηση πληθυσμών, παγκοσμιοποίηση, δημοσιονομική πειθαρχία, οικονομικές κρίσεις, περιβαλλοντική καταστροφή, τεχνολογική εξέλιξη, κ.λπ.

⁸ Στη σχετική έκθεση του WHO επισημαίνεται ότι στις χώρες που έχουν δανειοδοτηθεί από το ΔΝΤ ο κίνδυνος αυτός είναι σοβαρότερος.

Πίνακας 2-2: Κίνητρα μεταρρυθμίσεων συστημάτων υγείας⁹.

Χώρες	Κίνητρα
Αναπτυγμένες βιομηχανικά	Η ανάγκη συγκράτησης του κόστους ή αλλιώς η κοινωνική αξία των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών υγείας.
Λατινικής Αμερικής, κατά την κρίση της δεκαετίας 1980	Η καταστροφή των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία
Ασιατικές, ταχέως αναπτυσσόμενες	Η επέκταση της υγειονομικής κάλυψης και η συνεπαγόμενη αύξηση του κόστους.
Υποσαχάρια Αφρική-μηδαμινοί πόροι	Η εμφάνιση νέων επιδημιών και κυρίως του HIV με παγκόσμια αντανάκλαση.
Ανατολικής Ευρώπης και πρώην Σοβιετικής Ένωσης	Ιδεολογικές επιλογές.

Πηγή: Frenk, 1994, ίδια προσαρμογή

Αν και οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας¹⁰ κατά κανόνα έχουν το γενικό σκοπό της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας, θεμελιώνονται επί της αδυναμίας των δημόσιων συστημάτων υγείας και ασφάλισης να καλύψουν τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις. Στο βαθμό που η αδυναμία αυτή αυξάνεται συνεχώς, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται να αναλαμβάνει όλο και πιο σημαντικό ρόλο, προσβλέποντας στα σημαντικά κέρδη που μπορεί να οδηγήσει η αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα αποτελούν ένα από τα κύρια στοιχεία μελέτης και σχεδιασμού στο πλαίσιο της ανάπτυξης βιώσιμων συστημάτων υγείας (Σουλιώτης, 2000·Bassett, 2005·Παπαδόπουλος, 2010).

Το άλλο στοιχείο, κρίσιμο για την επιτυχημένη αντιμετώπιση του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, είναι ο τρόπος διαχείρισης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, με τη στρατηγική διοίκηση να προβάλλει ως αναγκαιότητα για αποτελεσματικές υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας (Σουλιώτης, 2010).

2.2. Στρατηγικός σχεδιασμός-προγραμματισμός

2.2.1. Η εξέλιξη της στρατηγικής

Στα νεότερα χρόνια η έννοια της στρατηγικής¹¹ μεταφέρθηκε από τα πολεμικά πεδία σε εκείνα των οικονομικών μαχών, μπορούμε να πούμε μοιραία στο πλαίσιο της

⁹ Περιλαμβάνονται και τα ιδεολογικά (Αν. Ευρώπη, π. ΕΣΣΔ). Οι πολιτικές εξελίξεις, όπως επισημαίνει και ο Frenk (2004), συνδέονται στενά με τις ιδεολογικές: η μεταρρύθμιση ενός συστήματος υγείας μπορεί να υποστηρίζεται από ιδεολογικές επιλογές υπέρ ή κατά της ανωτερότητας των αγορών. Το πλέον πρόσφατο παράδειγμα τέτοιων επιλογών με δραματικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, αποτελούν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Σοβιετικής Ένωσης.

¹⁰ Ο Bassett (2005) τονίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας συνιστούν μια μεταρρυθμιστική ιδιάζουσα πρόκληση καθώς δεν μπορεί να διακοπεί η παροχή τους κατά τη διάρκεια της μεταρρύθμισης.

¹¹ Ερμηνευόμενη από την αρχαιότητα ως ο γενικός σχεδιασμός για την επίτευξη ενός σκοπού που μπορεί να είναι και η αντιμετώπιση του αντιπάλου (Μπαμπινιώτης, 2004).

παγκοσμιοποίησης και του ανταγωνισμού. Ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, οπότε εισάγεται η έννοια του επιστημονικού μάνατζμεντ από τον Taylor, ξεκινά η περιγραφή αναπτυγμένων οργανωτικών δομών ικανών να σχεδιάσουν αποτελεσματικά την επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων, με τρόπο που παραπέμπει στην κατάστρωση ενός στρατηγικού σχεδίου. Ανεξάρτητα από τη διαφορετική θεωρητική προσέγγιση και άλλοι θεωρητικοί της Διοίκησης¹², περιγράφοντας την ανάπτυξη των οργανισμών ουσιαστικά σκιαγράφησαν την επιχειρησιακή στρατηγική τους (Κανελλόπουλος, 2003).

Ωστόσο, η λέξη «στρατηγική» σε επίπεδο διοίκησης επιχειρήσεων εμφανίζεται στη βιβλιογραφία μόλις το 1951¹³. Την επόμενη δεκαετία οι Andrews, Christiansen και Ansoff έθεσαν πλέον τις βάσεις του στρατηγικού σχεδιασμού, και 20 χρόνια αργότερα το ενδιαφέρον μετατοπίζεται από το στρατηγικό σχεδιασμό στη στρατηγική διοίκηση (Feurer, Chaharbaghi, 1995). Στο βιβλιογραφικό όγκο σχετικά με την έννοια της «στρατηγικής», οι ορισμοί ποικίλλουν (πίν. 2-3), περιλαμβάνοντας το σύνολο του οργανωτικού σχεδιασμού, από τη διαμόρφωση επιμέρους σκοπών, πολιτικών και τακτικών έως και τον προσδιορισμό των κατάλληλων μέσων στην κατεύθυνση υλοποίησης των στόχων τους. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι οι πολλές ερμηνείες δημιουργούν σύγχυση (Παπαδάκης, 2007) ενώ άλλοι εκτιμούν ότι η εν λόγω ποικιλία, αφενός οφείλεται στη σχέση της στρατηγικής με την τέχνη του πολέμου, αφετέρου συνηγορεί σε μια ολιστική προσέγγιση της έννοιας (Feurer, Chaharbaghi, 1995).

Η δεύτερη άποψη, ολιστική προσέγγιση, παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς:

- (α) στις μέρες μας, όλο και πιο συχνά οι πολεμικές τακτικές μεταφέρονται μαζί με τους πρωταγωνιστές - μαχητές στο πεδίο των επιχειρήσεων, προσομοιάζοντας τη στρατηγική που ακολουθούν τα ισχυρά έθνη για τη διατήρηση της κυριαρχίας τους, με εκείνη που πρέπει να ακολουθούν οι επιχειρήσεις για την επίτευξη των στόχων τους (π.χ. Santamaria et al., 2004).
- (β) παρά την κοινή παραδοχή για την έλλειψη συνεκτικότητας σχετικά με το εννοιολογικό περιεχόμενο της στρατηγικής, και τον έντονο σκεπτικισμό γύρω από το θέμα, διαπιστώνεται το παράδοξο, η στρατηγική διαχείριση να απολαμβάνει τη γενική αποδοχή ως ο αποτελεσματικότερος τρόπος διοίκησης (Nag et al., 2007).

¹² Fayol, Weber, Follet, κ.ά

¹³ Στο βιβλίο του William H. Newman «Administrative Action: The techniques of organization and management».

Πίνακας 2-3: Ορισμοί της έννοιας «στρατηγική»

Andrews (1971)	Το σχέδιο των αντικειμενικών επιδιώξεων ή στόχων και οι βασικές πολιτικές και σχέδια για την επίτευξή τους, που διατυπώνονται με τρόπο ώστε να καθορίζουν τις δραστηριότητες και την ταυτότητα της επιχείρησης.
Thorelli (1977)	Το κύριο μέσο για την επίτευξη του στόχου. Ο κεντρικός στόχος είναι εκείνος που υπάρχει κάθε στιγμή. Δεν μπορούμε να μιλάμε για στρατηγική χωρίς στόχο.
Ansoff (1985)	Μια κοινή γραμμή μεταξύ των δραστηριοτήτων του οργανισμού και των προϊόντων ή αγορών του, που καθορίζουν τη βασική φύση της επιχειρηματικής δραστηριότητας, πριν, τώρα και στο μέλλον.
Henderson (1989)	Μια προσεκτική αναζήτηση εκείνου του σχεδίου δράσης που θα αναπτύξει και θα ισχυροποιήσει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της επιχείρησης. Για κάθε επιχείρηση, η αναζήτηση είναι μια επαναλαμβανόμενη διαδικασία που ξεκινά με την αναγνώριση της παρούσας κατάστασης.
Chandler (1990)	Ο καθορισμός των βασικών μακροχρόνιων στόχων και σκοπών μιας επιχείρησης, η υιοθέτηση μιας σειράς πράξεων και ο προσδιορισμός των απαραίτητων μέσων για την υλοποίηση των στόχων αυτών.
Johnson & Scholes (1993)	Η κατεύθυνση και το πεδίο δράσης ενός οργανισμού μακροπρόθεσμα. Η ιδανική προσαρμογή των πόρων του στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον και ιδίως σε αγορές, πελάτες ή προμηθευτές, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ενδιαφερομένων μερών.
Grant (2010)	Ένα είδος καθοδήγησης βασισμένης σε 3 βασικά στοιχεία: (α) καθορισμός αντικειμενικών, μακροπρόθεσμων, απλών και αποδεκτών στόχων, (β) πλήρης κατανόηση του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και (γ) αντικειμενική αξιολόγηση των επιχειρησιακών πόρων.

Πηγές: Feurer, Chaharbaghi, 1995· Παπαδάκης, 2007· Henderson, 1989· Grant, 2010, ίδια προσαρμογή

2.2.2. Στρατηγική Διοίκηση

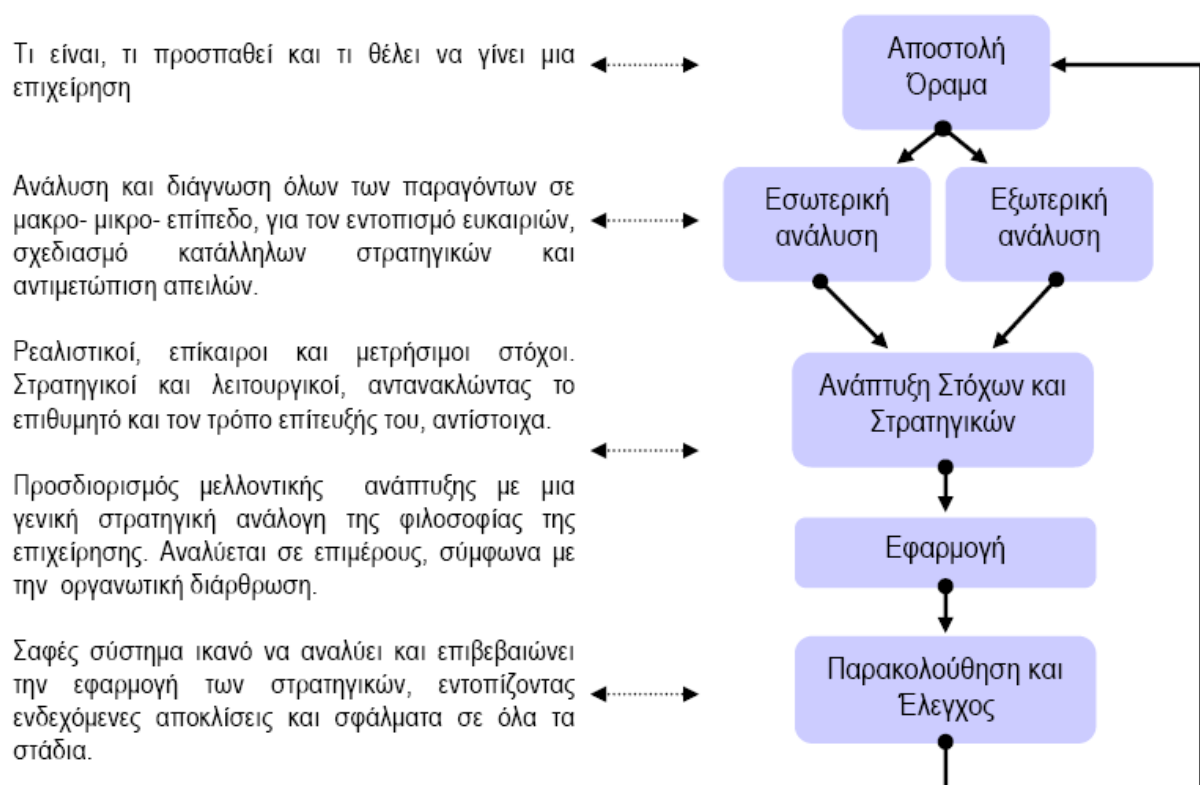
Η μετατόπιση προς τη στρατηγική διοίκηση οφειλόταν στις πιέσεις που δέχονταν οι επιχειρήσεις από τις συνεχείς μεταβολές του περιβάλλοντος και τη συνακόλουθη ανάγκη για διατήρηση και περαιτέρω ανάπτυξη των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων τους. Εξάλλου, από τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια, είχε εκδηλωθεί, έντονο ενδιαφέρον για αξιόπιστες προβλέψεις της ζήτησης προϊόντων και υπηρεσιών και κατ' επέκταση μακροπρόθεσμους επιχειρησιακούς προγραμματισμούς. Η ικανότητα της στρατηγικής διοίκησης να ενσωματώνει τις αλλαγές, αναλύοντας τα στοιχεία του δυναμικού περιβάλλοντος, ώθησε αρχικά μεγάλες επιχειρήσεις, και αργότερα μεσαίες και μικρότερες, στην υιοθέτησή της (Swayne et al., 2008).

Η συμβολή του Porter θεωρείται θεμελιώδης, καθώς από αυτό το χρονικό σημείο κι έπειτα, η επιστημονική κοινότητα ασχολείται με την προσαρμογή των επιχειρήσεων στο περιβάλλον τους και την ευθυγράμμιση των στρατηγικών επιλογών στις μεταβολές αυτού. Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκαν πρόσθετες και κρίσιμες έννοιες για τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού,

από τις οποίες σημαντικότερες είναι η αλυσίδα αξίας και η ανάπτυξη πόρων και ικανοτήτων (Feurer, Chaharbaghi, 1995).

Τα στοιχεία ενός τυπικού μοντέλου στρατηγικής διοίκησης (σχ. 2-4), ποικίλλουν ανάλογα με το είδος, και τη μορφή κάθε οργανισμού, ωστόσο μέσω αυτών απαντώνται συγκεκριμένα ερωτήματα και περιγράφονται συγκεκριμένες πράξεις ώστε η επιχείρηση να υλοποιήσει το επιθυμητό.

Σχήμα 2-4: Τυπικό μοντέλο στρατηγικής διοίκησης.



Πηγή: Σιώμοκος, 2004· Κιόχος κ.ά, 2003· Θερίου, 2002, ίδια προσαρμογή.

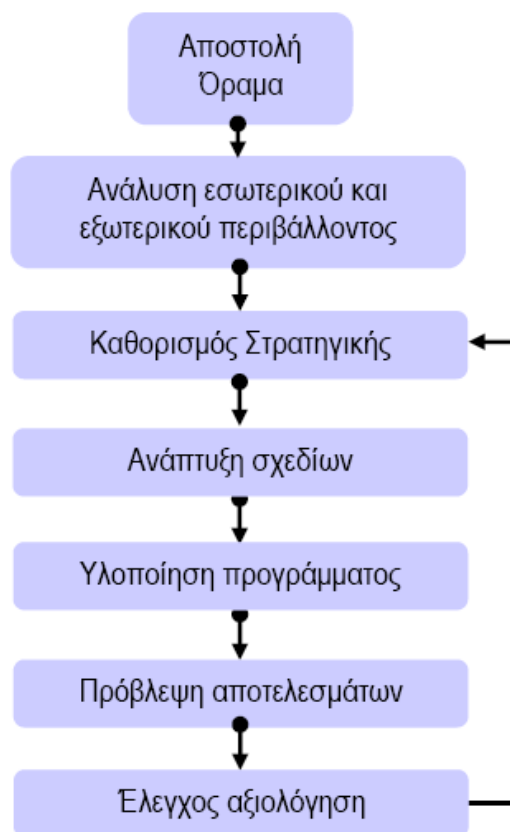
Εξειδικεύοντας για τα νοσοκομεία, όπου η πολυπλοκότητα αντικατοπτρίζεται στο στρατηγικό σχεδιασμό (σχ. 2-5), αυτός πρέπει να βασίζεται (Ανδρούτσου, 2010·Σουλιώτης, 2010·Γούναρης, 2003):

- στην αντίληψη περί κοινωνικού οργανισμού με την οικονομική όψη να λειτουργεί τροφοδοτικά προς τους κοινωνικούς-ποιοτικούς στόχους,
- σε βάθος ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος και του περιβάλλοντος του τομέα υγείας ή της υγειονομικής μονάδας, ανάλογα με το επίπεδο του σχεδιασμού, ώστε να διαπιστωθούν τάσεις και ενδεχόμενες εξελίξεις. Οι παράμετροι που ελέγχονται είναι

οικονομικές, νομοθετικές, πολιτικές, δημογραφικές, επιδημιολογικές, τεχνολογικές, λειτουργικές, δομές, πόροι, εκπαίδευση και αγορά εργασίας,

- σε προβλέψεις των αποτελεσμάτων από την υλοποίηση των στόχων, με σαφή καθορισμό όλων των υποθέσεων που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα,
- στην οριοθέτηση της πορείας και των προτεραιοτήτων και την κοινοποίησή τους στο σύνολο των εμπλεκόμενων με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων,
- στη συλλογή, επικαιροποίηση και διαθεσιμότητα όλων των απαραίτητων στοιχείων,
- σε διαρκή αξιολόγηση των διαδικασιών και δράσεων του στρατηγικού πλάνου.

Σχήμα 2-5: Μοντέλο στρατηγικού σχεδιασμού στην υγεία



Πηγή: Ανδρούτσου, 2010· Γούναρης, 2003, ίδια προσαρμογή

2.2.3. Αλυσίδα αξίας

Οι έννοιες «ανάπτυξη πόρων και ικανοτήτων» και «αλυσίδα αξίας» υποστηρίζοντας την αναγνώριση του εσωτερικού περιβάλλοντος και την προσαρμογή του στο εξωτερικό, μπορούμε να πούμε ότι συνιστούν το μονοπάτι για την ανάπτυξη δεσμών με τους πελάτες.

Μέχρι τα τέλη του 20ου αιώνα, η σχέση των πόρων και των ικανοτήτων ενός οργανισμού με την ανάπτυξη σταθερής στρατηγικής είχε υποτιμηθεί καθώς το ενδιαφέρον όλων ήταν στραμμένο προς το πιεστικά μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι, το εσωτερικό περιβάλλον απασχολούσε μόνο κατά την πτυχή εκείνων των δομών και λειτουργιών που ήταν απαραίτητες για την υλοποίηση της επιλεγμένης στρατηγικής. Ωστόσο, σύντομα η δυσαρέσκεια από τα αποτελέσματα των στρατηγικών, κυρίως στο πλαίσιο του ανταγωνισμού, επανέφεραν τους πόρους και τις ικανότητες στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και μάλιστα ως θεμέλια για τη χάραξη μακροπρόθεσμης στρατηγικής (Grant, 1991).

Πίνακας 2-4: Ταξινόμηση των πόρων ενός νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟΙ	Ανθρώπινοι	Αριθμός, εξειδίκευση, εμπειρία, προσαρμογή στην κουλτούρα, κριτική ικανότητα, ζήτηση σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.
	Οργανωτικοί	Δομή, συστήματα προγραμματισμού, ελέγχου, επικοινωνίας, συντονισμού. Όλες οι διαδικασίες από το σχεδιασμό μέχρι και μετά την παροχή των υπηρεσιών.
	Φυσικοί	Εξοπλισμός, παραγωγική δυναμικότητα και φθορά, τοποθεσία εγκαταστάσεων, πρόσβαση.
	Χρηματο-οικονομικοί	Πηγές και χρήση κεφαλαίων, σχέση με προμηθευτές, ασφαλιστικά ταμεία, χρεώστες ασθενείς, αξιοποίηση ενδεχόμενων κληροδοτημάτων.
ΑΪΛΟΙ	Καινοτομίας	Ερευνητικό έργο, υψηλές ικανότητες υπαλλήλων, εισαγωγή καινοτόμων θεραπειών και διαδικασιών.
	Τεχνολογίας	Τεχνογνωσία, χρήση συστημάτων υψηλής τεχνολογίας.
	Φήμης	Μεταξύ ασθενών, επαγγελματιών και προμηθευτών.

Πηγές: Παπαδάκης, 2010· Θερίου, 2002, ίδια προσαρμογή

Η σχετική θεωρία στηρίζεται στο βέλτιστο συνδυασμό μιας ομάδας πόρων (πίν. 2-4) ώστε να αναπτυχθούν οι ικανότητες που θα οδηγήσουν έναν οργανισμό στην κατάκτηση ενός μοναδικού ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Αυτό ακριβώς είναι το στοιχείο που συνδέει πόρους και στρατηγική, επειδή ακριβώς σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον η διατήρηση ενός μοναδικού ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος αποτελεί, κυριολεκτικά, ένα στοίχημα επιβίωσης για κάθε οργανισμό κι ακόμα περισσότερο για έναν οργανισμό που παρέχει υπηρεσίες υγείας (Παπαδάκης, 2010).

Η αξία αποτελώντας την ουσία του στρατηγικού μάρκετινγκ, από την πλευρά του καταναλωτή προσδιορίζεται ως ο βαθμός ικανοποίησης σε σχέση με τη δαπάνη που καταβλήθηκε για την απόκτηση ενός αγαθού, και από την πλευρά του παρόχου ως η διαφορά μεταξύ τιμής και κόστους παραγωγής. Η σχέση αυτή είναι αντιστρόφως ανάλογη και στις δύο περιπτώσεις αλλά και μεταξύ των περιπτώσεων, λόγω της συμμετοχής της τιμής στην αξία που δημιουργείται τόσο για τον καταναλωτή όσο και για τον παραγωγό. Έτσι, όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ οφέλους-τιμής και τιμής-κόστους παραγωγής, τόσο μεγεθύνεται η αξία, αντίστοιχα για τους καταναλωτές και τους παρόχους (Σιώμοκος, 2004).

Όπως κάθε επιχείρηση, έτσι και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης στηρίζουν την επιτυχία τους στη δημιουργία αξίας για τους ασθενείς, τους εργαζόμενους, τους προμηθευτές, γενικότερα για το σύνολο των εμπλεκόμενων στις δραστηριότητές τους που αφορούν όλον τον κοινωνικό ιστό. Ειδικότερα δε, η αξία για τον ασθενή μπορεί να δημιουργηθεί έστω και αν η τιμή είναι υψηλή. Το φαινόμενο διαπιστώνεται εντονότερα στον τομέα υπηρεσιών υγείας λόγω της κρισιμότητας του αγαθού. Έτσι, η σχέση ικανοποίησης και τιμής υπηρεσιών υγείας, δεν βασίζεται στην τιμή ή τουλάχιστον βασίζεται πολύ λιγότερο απ' ό,τι σε άλλες υπηρεσίες (Swayne et al., 2008).

Η αλυσίδα αξίας του Porter ταξινομεί τις λειτουργίες μιας επιχείρησης σε υποστηρικτικές και κύριες, με τα εξής στοιχεία (Παπαδάκης, 2010):

Υποστηρικτικές λειτουργίες

1. Εσωτερική υποδομή: ηγεσία, οικονομικά στοιχεία, προγραμματισμός, κ.ά.
2. Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού: στελέχωση, εκπαίδευση, ανάπτυξη, κ.λπ.
3. Έρευνα και Ανάπτυξη: π.χ. τεχνολογία και βελτίωση προϊόντων
4. Προμήθειες: πρώτες ύλες, μηχανές, κ.λπ.

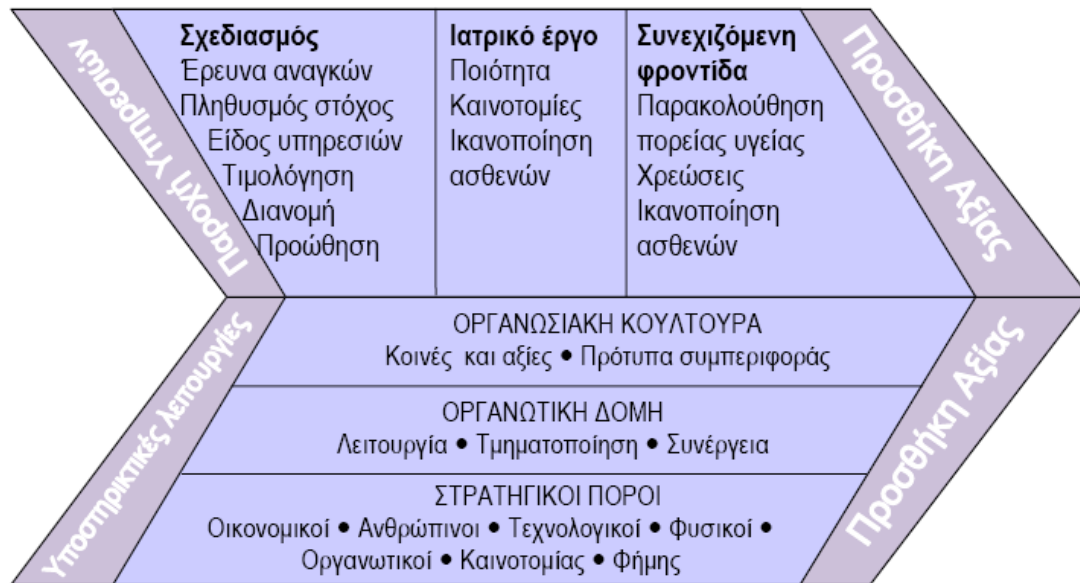
Κύριες λειτουργίες

1. Υποδοχή, αποθήκευση, διακίνηση πρώτων υλών
2. Παραγωγή
3. Διαδικασίες συλλογής, αποθήκευσης και φυσικής διανομής προϊόντων
4. Μάρκετινγκ και πωλήσεις
5. Υπηρεσίες μετά την πώληση.

Ωστόσο, στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και με δεδομένη την πολυπλοκότητα του συστήματος παραγωγής, ο τρόπος δημιουργίας αλυσίδας αξίας διαφοροποιείται σημαντικά. Στους υγειονομικούς οργανισμούς ορισμένες υποστηρικτικές λειτουργίες είναι άρρηκτα

συνδεδεμένες με τις κύριες, διαδραματίζοντας πολύ σημαντικότερο ρόλο από όσο σε άλλους τομείς, ώστε να ενισχύουν την παροχή φροντίδας υγείας στην κατεύθυνση προσθήκης αξίας. Ως εκ τούτου, η αλυσίδα αξίας του Porter αναδιαμορφώνεται σε δύο σύνολα «κρίκων»: Παροχή Υπηρεσιών και Υποστηρικτικές Λειτουργίες (σχ. 2-6) ενώ ορισμένες λειτουργίες, όπως η έρευνα, αναβαθμίζονται κατά το ρόλο τους (Swayne et al., 2008).

Σχήμα 2-6: Αλυσίδα αξίας σε οργανισμούς φροντίδας υγείας.



Τα τρία στοιχεία της «παροχής υπηρεσιών» ενσωματώνουν τις λειτουργικές διαδικασίες και τις δραστηριότητες μάρκετινγκ. Η οργανωσιακή κουλτούρα, η οργανωτική δομή και οι στρατηγικοί πόροι είναι τα υποσυστήματα που υποστηρίζουν την παροχή υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας ένα φιλόξενο και υποστηρικτικό περιβάλλον, αποτελεσματική οργάνωση και επαρκείς πόρους.

Πηγή: Swayne et al., 2008 (αναπροσαρμογή αλυσίδας αξίας κατά Porter)

2.3. Μετρήσεις στην Υγεία

2.3.1. Η σημασία και τα προβλήματα των μετρήσεων στην υγεία

Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι των συστημάτων υγείας και το ενδιαφέρον για την αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων, αλλά και τις επιπτώσεις τους στην ζωή του ασθενούς, ανέδειξαν την αναγκαιότητα και τη σημασία τεκμηριωμένων παρεμβάσεων σε όλο το φάσμα ενός συστήματος υγείας, από την πρόληψη και την ποιότητα ζωής έως και την παρακολούθηση μετά τη θεραπεία. Έτσι, αναπτύχθηκε ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός μεθόδων, τεχνικών και εργαλείων για την αποτύπωση σε μετρήσιμη και συγκρίσιμη μορφή, των πολυδιάστατων παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και των στοιχείων ενός στρατηγικού προγραμματισμού (McDowell et al., 1987· Σαρρής, 2001).

Στις μετρήσεις χρησιμοποιούνται στατιστικές αναλυτικές μέθοδοι και το σύνολο των εργαλείων της ποσοτικής και ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. Ως εκ τούτου, για την εξαγωγή αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων οι ερευνητές καλούνται να υπερκεράσουν μεγάλο αριθμό μεθοδολογικών προβλημάτων τα οποία σχετίζονται με όλα τα ερευνητικά στάδια¹⁴. Ειδικότερα δε, οι δυσκολίες μεγεθύνονται κατά την ποιοτική προσέγγιση εφόσον ο σκοπός μιας τέτοιας έρευνας είναι η διερεύνηση μη μετρήσιμων φαινομένων (Αποστολάκης και συν., 2003).

Το αρχικό ενδιαφέρον για τα μετρήσιμα στοιχεία σχετικά με την υγεία των πληθυσμών, εκφράστηκε με τις δεσμεύσεις των χωρών στις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. και άλλων διεθνών φορέων να εργασθούν για τη βιώσιμη ανάπτυξη, την υγεία, και την ευημερία των πολιτών τους. Οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν στα δημογραφικά δεδομένα και στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των πληθυσμών με τη χρήση δεικτών, για την ποιότητα και την συγκρισιμότητα των οποίων απαιτήθηκε πολυετής συνεργασία των χωρών.

Οι δείκτες δημόσιας υγείας (πίν. 2-5) διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με την κατάσταση που αποτυπώνουν, και εκφράζονται σε κλάσματα σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς (100, 1.000, κ.ο.κ) ώστε να είναι συγκρίσιμοι. Εκτός από τους αδρούς, με βάση τα καθαρά αριθμητικά δεδομένα, έχουν διαμορφωθεί και οι προτυποποιημένοι, άμεσοι και έμμεσοι, που εφαρμόζονται επί ομάδων πληθυσμού για τη στατιστική εξάλειψη αποκλίσεων από το γενικό ή συγκρινόμενο πληθυσμό (Ανδριώτη, Ρουμελιώτη, 2007· Κυριόπουλος, Λασπά, 2011).

Στη θεωρητική βάση ότι τα συστήματα ή/και οι μονάδες υγείας αποτελούν συστήματα παραγωγικής διαδικασίας, εκτός από τους δείκτες που περιγράφουν το επίπεδο υγείας των πληθυσμών έχουν αναπτυχθεί κι εκείνοι που αποτυπώνουν με μετρήσιμο τρόπο την αποδοτικότητά τους στηριζόμενοι επί εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων. Με το κόστος στο επίκεντρο, οι δείκτες αυτοί σχολιάζονται στο 4^ο κεφάλαιο της παρούσας.

Στα μη μετρήσιμα αντικείμενα μελέτης, συγκαταλέγεται και η αντίληψη για την ποιότητα ζωής ή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που μπορούν να μελετηθούν με δύο τρόπους: είτε μέσω των αναπαραστάσεων των ίδιων των ασθενών είτε μέσω του δημόσιου διαλόγου που έχει αναπτυχθεί σχετικά με τα προβλήματα. Δηλαδή, πώς παρουσιάζονται: ως ατομικά ή συνολικά ζητήματα, με ποιες άλλες παραμέτρους σχετίζονται: οικονομικές ή/και πολιτικές,

¹⁴ Από τον ορισμό του προβλήματος και τη συλλογή των δεδομένων έως την ανάλυση και την παρουσίαση των ευρημάτων.

και τι επιδιώκεται από τη μελέτη τους: ανάπτυξη σχετικής ρητορικής ή παρεμβάσεις; (Ιωσηφίδης, 2008).

Πίνακας 2-5: Επιλεγμένοι δείκτες δημόσιας υγείας

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	
	Αριθμητής	Παρανομαστής
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ		
Πυκνότητας	ΜΠ	/ Εμβαδόν (τ.χλμ)
Κατανομής Πληθυσμού ανά Ηλικία και Φύλο	ΜΠ ανά ηλικία και φύλο x 100	/ ΣΜΠ
Κατανομής Πληθυσμού ανά Οικογενειακή Κατάσταση και Φύλο	ΜΠ ανά οικογενειακή κατάσταση x 100	/ ΣΜΠ
Γήρανσης	ΜΠ 65+ ετών x 100	/ ΜΠ 0-14 ετών
Ηλικιακής Εξάρτησης	ΜΠ 0-14 και 65+ ετών x 100	/ ΜΠ 15-64 ετών
Αναλογίας Φύλου	Πληθυσμός Ανδρών x 100	/ Πληθυσμός Γυναϊκών
Ηλικιακής Εξάρτησης Γεροντικού Πληθυσμού	ΜΠ 65+ ετών x 100	/ ΜΠ 15-64 ετών
Ηλικιακής Εξάρτησης Παιδικού Πληθυσμού	Μόνιμος πληθυσμός 0-14 ετών x 100	/ ΜΠ 15-64 ετών
Οικονομικής Δραστηριότητας (Αδρός)	Οικονομικά ενεργός πληθυσμός x 100	/ ΣΜΠ
Οικονομικής Δραστηριότητας (Γενικός)	Οικονομικά ενεργός πληθυσμός x 100	/ ΣΜΠ 15-64 ετών
Φυσικής Αύξησης	Ζώντες γεννηθέντες- Θάνατοι x 1000	/ ΣΜΠ
Γαμηλιότητας (αδρός)	Αριθμός γάμων x 1000	/ ΣΜΠ
Γαμηλιότητας (γενικός)	Ζώντες γεννηθέντες x 1000	/ ΣΜΠ
Γεννητικότητα (αδρός)	Ζώντες γεννηθέντες x 1000	/ ΣΜΠ
Γονιμότητας (γενικός)	Ζώντες γεννηθέντες x 1000	/ ΜΠ γυναικών 15-49 ετών
Αντικατάστασης Πληθυσμού Α	ΜΠ 10-14 ετών x 100	/ ΜΠ 60-64 ετών
Αντικατάστασης Πληθυσμού Β	ΜΠ 15-19 ετών x 100	/ ΜΠ 65-69 ετών
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ		
Αδρός	Θάνατοι x 1000	/ ΣΜΠ
Αδρός ανά φύλο	Θάνατοι ανά φύλο x 1000	/ ΣΜΠ ανά φύλο
Ανά ηλικία	Θάνατοι ανά ηλικία x 1000	/ ΣΜΠ ανά ηλικία
Ανά ηλικία και φύλο	Θάνατοι ανά ηλικία και φύλο x 1000	/ ΣΜΠ ανά ηλικία και φύλο
Ανά ηλικία, φύλο, αιτία*	Θάνατοι ανά ηλικία, φύλο & αιτία x 1000	/ ΣΜΠ ανά ηλικία και φύλο
Βρεφική	Θάνατοι βρεφών 0-1 έτους x 1000	/ Ζώντες γεννηθέντες
Νεογνική	Θάνατοι νεογνών 0-27 ή 0-6 ημ. x 1000	/ Ζώντες γεννηθέντες
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ		
Εξεληθόντες ασθενείς	25% Εξεληθόντων ασθενών ανά κατηγορίες νόσων* x 1000	/ 25% ΣΜΠ

ΣΠ: Σύνολο Πληθυσμού, ΣΜΠ: Σύνολο Μονίμου πληθυσμού.

*Τα **νοσήματα** που ελέγχονται ως αιτίες θανάτου και νοσηλείας (θνητότητα και νοσηρότητα) είναι: Λοιμώδη, Καρκίνος, Οργανικών συστημάτων (αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, ουροποιογεννητικού, δέρματος κ.λπ), Ατυχήματα, Αυτοκτονίες και Ανθρωποκτονίες, Επιπλοκές κύησης, τοκετού και λοχείας, Ψυχικές διαταραχές και άλλα μη κατηγοριοποιημένα.

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, ίδια προσαρμογή.

Τα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί στις μετρήσεις υγείας είναι πολλά και πολυδιάστατα. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι δείκτες ή οι κλίμακες μέτρησης ποιοτικών δεδομένων, όπως για παράδειγμα η λειτουργική κατάσταση ατόμων με κάποιας μορφής αναπηρία, μπορούν να οδηγήσουν σε εσφαλμένα συμπεράσματα, αξιολογώντας θετικότερα ή αρνητικότερα από το πραγματικό. Για το λόγο αυτό εφαρμόζονται δοκιμές εγκυρότητας και αξιοπιστίας σε όλες τις παραμέτρους (Bowling, 2005 · Γαλάνης, 2012).

2.3.2. Μέτρηση ποιότητας και αξίας της ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρεία έννοια που αφορά όλες τις πλευρές της ανθρώπινης ύπαρξης ενώ η σχετιζόμενη με την υγεία αποτελεί ένα υποσύνολο κι ως εκ τούτου πραγματεύεται μόνο ό,τι σχετίζεται με την υγεία. Προσεγγίσθηκε στη βάση της φιλοσοφικής θεώρησης ότι ο ανθρώπινος βίος αποτελεί άθροισμα με δύο συντελεστές: (α) έναν που αντιστοιχεί στα έτη βίου από τη γέννηση μέχρι το θάνατο και (β) έναν που αντανακλά την ποιότητα ζωής σε κάθε χρονική στιγμή του βίου. Η μοντελοποίηση του αθροίσματος οδήγησε στον προσδιορισμό δύο μονάδων με τις οποίες αξιολογείται ο βαθμός ποιότητας ζωής (Torrance, 1987· Ανδριώτη, Ρουμελιώτη, 2007):

QALY: Με το δείκτη των Ποιοτικώς Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής αξιολογείται το ατομικό επίπεδο υγείας, το κόστος παρέμβασης για τη βελτίωσή της και το επίπεδο ποιότητας ζωής στο υπόλοιπο του βίου του, μετά την παρέμβαση.

DALY: Η μέτρηση των Ετών Ζωής Προσαρμοσμένων σε Δυσλειτουργίες περιγράφουν τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου που αναγκάζεται να ζει σε συνθήκες αναπηρίας και χαμηλού επιπέδου αυτοεξυπηρέτησης.

Η μεθοδολογία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, στενά συνδεδεμένη με εκείνη της αξιολόγησης προγραμμάτων και συστημάτων υγείας¹⁵, παρουσιάζει εξαιρετικές δυσκολίες δεδομένης της ποικιλίας των αντιλήψεων για το «τι είναι υγεία», αν και η πειραματική ψυχολογία συνέβαλλε στην εγκυρότητα και των υποκειμενικών κρίσεων. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής, και ειδικότερα εκείνης που σχετίζεται με την υγεία, μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους (πίν. 2-6), ωστόσο η προσέγγιση μέσω της «χρησιμότητας» έχει επιλεγεί ως η πλέον κατάλληλη. Σημειώνεται ότι η χρησιμότητα δεν αναφέρεται σε εκείνην του ατόμου ή της κατάστασης υγείας του, αλλά μάλλον στην προσδοκία ή την προτίμηση του ατόμου που βιώνει μια κατάσταση. Ορίζοντας πιο απλά τη χρησιμότητα, μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί

¹⁵ βλ. 4^ο κεφάλαιο.

ένα θεμελιώδες μέτρο εκτίμησης της δύναμης των προτιμήσεων ενός ατόμου. Οι μέθοδοι εκτίμησης της χρησιμότητας είναι τρεις (Torrance, 1987-Froberg, Cane, 1989):

- *Τυχερού παίγνιου*: Αξιολογούνται οι παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στην απόφαση τους ασθενούς για την επιλογή μιας θεραπείας ή όχι με δεδομένη την αβεβαιότητα. Με τον τρόπο αυτό αναδύεται και το ρίσκο που ενέχει η απόφασή του σχετικά με την ποσότητα και ποιότητα ζωής.
- *Χρονικού αντισταθμίματος*: Η σημαντικότερη διαφορά με την προηγούμενη μέθοδο έγκειται στο γεγονός ότι ο ασθενής καλείται να επιλέξει μεταξύ δύο βέβαιων καταστάσεων (άρρωστος ή υγιής) που σχετίζονται με την έκβαση της υγείας του και το χρόνο θανάτου. Με ψυχομετρικό τρόπο και κλίμακα 0-1, αξιολογούνται τα QALYs ως αποτέλεσμα της θεραπείας εκλογής.
- *Κλίμακας διαβάθμισης*: Αποτελεί την πλέον συχνά εφαρμοζόμενη μέθοδο έχοντας την ικανότητα να διερευνά χρόνιες και οξείες καταστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας ενώ στηρίζεται κυρίως στις προτιμήσεις σε σχέση με το κόστος των QALYs.

Στη διαμόρφωση των σχετικών εργαλείων προεξάρχουν οι κοινωνικές δραστηριότητες και ο βαθμός λειτουργικής ανεξαρτησίας τους, στοιχεία που παραπέμπουν στην «κοινωνική υγεία», όπως αναπτύχθηκε από ψυχιάτρους και κοινωνιολόγους και υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹⁶: κοινωνική και ατομική ευημερία, σχέσεις μεταξύ ατόμων αλλά και εξάρτηση των βαθμών υγείας και κοινωνικής ένταξης, δηλαδή ερμηνεύεται με τους όρους της κοινωνικής προσαρμογής και υποστήριξης.

Στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο αναπτύχθηκε ευρεία συζήτηση για το «κοινωνικό κεφάλαιο», που αντιπροσωπεύει το σύνολο των πλεονεκτημάτων που προσφέρει η συμμετοχή σε δίκτυα ή ομάδες, και κυρίως για τη συνεισφορά του στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Ακολούθως, πρακτικοί λόγοι, όπως η νοσοκομειακή δαπάνη, οδήγησαν στη μέτρηση των βαθμών κοινωνικής ευημερίας, προσαρμογής και στήριξης με μεθόδους και εργαλεία όμοια ή ίδια με όσα αναφέρθηκαν έως τώρα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής (McDowell et al., 1987).

¹⁶ Η κοινωνική ευεξία περιλαμβάνεται εξ ορισμού στην έννοια της υγείας.

Πίνακας 2-6: Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Δείκτης/Ερωτηματολόγιο	Χαρακτηριστικά
Δείκτης λειτουργικότητας Karnofski	Εστιάζει μόνο στις σωματικές λειτουργίες που ελέγχονται από τον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας. Χρησιμοποιείται 100βαθμη κλίμακα 10 επιπέδων (0=θάνατος, 100=max λειτουργικότητα)
Δείκτης λειτουργικότητας Π.Ο.Υ.	Εστιάζει μόνο στις σωματικές λειτουργίες που ελέγχονται από τον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας. Χρησιμοποιείται 5βαθμη κλίμακα (5=max ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης)
Δείκτης Katz: δραστηριοτήτων καθημερινότητας	Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές με 6 ερωτήσεις διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας, σχετικά με την αυτοεξυπηρέτησή τους.
Δείκτης Spritzer	Οι ασθενείς είτε αυτοεκτιμώνται είτε εκτιμώνται από ιατρό ή νοσηλεύτη σε σχέση με 5 τομείς: δραστηριότητες, καθημερινότητα, αντίληψη υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή, σε μια κλίμακα 3 βαθμών.
Ερωτηματολόγιο McGill	Σχεδιάστηκε για τη μέτρηση του πόνου και συνίσταται από κατηγορίες-περιγραφές ασθενών που βιώνουν πόνο.
Επισκόπηση υγείας του Nottingham	Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη των αποτελεσμάτων των ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Αποτελείται από 2 μέρη: (α) 38 καταστάσεις 6 κατηγοριών (ενέργεια, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, σωματική κίνηση) και (β) 7 τομείς καθημερινότητας (εργασία, φροντίδα σπιτιού, κοινωνική και σεξουαλική ζωή, προσωπικές σχέσεις, ελεύθερος χρόνος, ενδιαφέροντα).
Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια	45 ερωτήσεις σε 7 τομείς: συμπεριφορές και προσδοκίες από τον ιατρό και τη θεραπεία, εργασιακή ικανοποίηση, επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και την επικοινωνία, επίδραση της αρρώστιας στη σεξουαλική ζωή, προβλήματα από την αρρώστια στο οικογενειακό περιβάλλον, διατήρηση κοινωνικών δραστηριοτήτων.
Επισκόπηση επίδρασης της αρρώστιας	136 ερωτήσεις, 12 υποκατηγοριών, 2 κατηγοριών: σωματικής και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Οι απαντήσεις είναι ΝΑΙ ή ΟΧΙ.
Επισκόπηση Υγείας SF-36	36 ερωτήσεις σε 8 κλίμακες: σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, σωματικός ρόλος, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία
Επισκόπηση Υγείας SF-12	Σύντμηση του προηγούμενου σε 12 ερωτήσεις και 2 διαστάσεις: φυσική και διανοητική υγεία.
IS-D	15 διαστάσεις: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή,, φαγητό, ύπνος αφόδευση, ομιλία, δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία, κατάθλιψη, stress, ζωτικότητα, σεξουαλική ζωή, σε 5 επίπεδα.
EuroQol (EQ-SD)	5 διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινότητα, πόνος/κακουχία, άγχος/κατάθλιψη, σε 3 επίπεδα.

Πηγές: Σαρρής 2001· Υφαντόπουλος, 2007, ίδια προσαρμογή

Η αποτίμηση της αξίας της ζωής αποτελεί μέθοδο εκτίμησης του κοινωνικού οφέλους των ιατρικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, η ποσοτική εκτίμηση της ζωής αντιμετωπίζει πολλές ενστάσεις, εγείροντας μάλιστα και ζητήματα βιοηθικής τα οποία αφορούν κυρίως τη χειραγώγηση ασθενών και διαδικασιών για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, από την επιστημονική ή πολιτική κοινότητα. Παρ' όλα αυτά έχουν διατυπωθεί διάφορες προσεγγίσεις για τη μέτρησή της (Τσινόρεμα, Λούης, 2013).

Πίνακας 2-7: Προσεγγίσεις στη μέτρηση της αξίας της ζωής

Προσέγγιση	Φιλοσοφία
Ανθρώπινου κεφαλαίου	Χρησιμοποιείται ειδικότερα για τη μέτρηση της «οικονομικής αξίας της ζωής», ταυτίζοντας το ανθρώπινο κεφάλαιο με τις επενδύσεις για την Υγεία και την Παιδεία. Η άποψη αυτή, εξόχως αντι-ανθρωποκεντρική υποβιβάζει την αξία της ζωής στο επίπεδο της αξίας ενός προϊόντος, μετρώντας την παρούσα αξία του εισοδήματος στη διάρκεια της παραγωγικής ζωής.
Κόστους-Τριβής	Υποτιμώντας ομοίως με την προηγούμενη την αξία της ζωής, την εκφράζει ως κέρδος στο παραγόμενο ακαθάριστο κοινωνικό προϊόν.
Προθυμίας Πληρωμής	Εναλλακτική προσέγγιση η οποία στέκεται μακρύτερα από τις καθαρά οικονομικές θεωρήσεις. Ουσιαστικά η αξία της ζωής αποτιμάται από τον ίδιο τον ασθενή, σε ένα βαθμό όμως καθώς οι οικονομική αδυναμία μπορεί να ωθεί και σε επιλογή αντίθετη με τις επιθυμίες του.
Αποκαλυπτόμενων Προτιμήσεων	Ερευνά τη σχέση του κινδύνου και αμοιβής στην εργασία.
Παραγωγική	Στην ίδια αντίληψη με τις δύο πρώτες σχετίζει το ατομικό εισόδημα με την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
Καθαρών εισροών	Ομοίως, εκτιμά ότι τα άτομα εκτός παραγωγής (συνταξιούχοι, ΑΜΕΑ, κ.ά.) δεν μπορούν να καταναλώνουν περισσότερες από το «μηδέν» υπηρεσίες υγείας, καταλήγοντας στο μη ηθικό συμπέρασμα «θάνατος ίσον κέρδος, ζωή ίσον κόστος».
Πολιτικών αποφάσεων	Και με αυτήν την προσέγγιση η αξία της ανθρώπινης ζωής εκτιμάται με βάση τις δαπάνες εκείνες όμως που επιλέγει η εκάστοτε κυβέρνηση.

Πηγή: Κυριόπουλος, Γείτονα, 2008, ίδια προσαρμογή.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

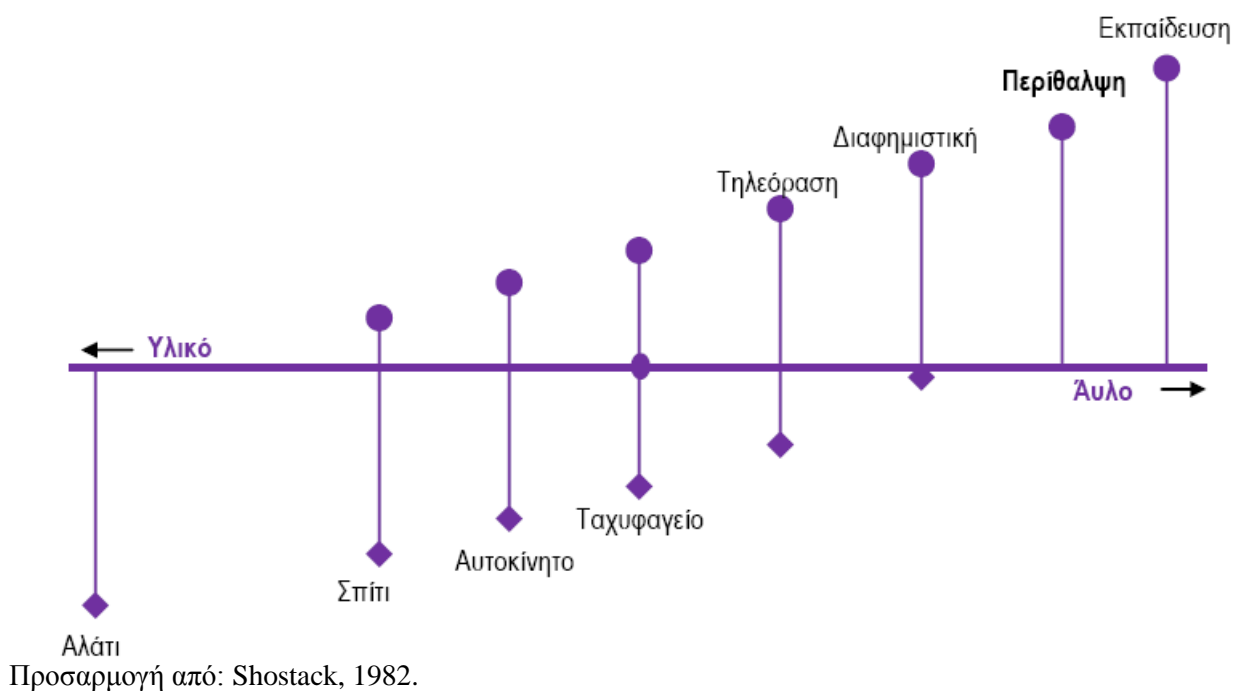
3.1. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας

3.1.1. Κοινά χαρακτηριστικά

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελώντας τις πλέον σημαντικές και προσωπικές, με υψηλό βαθμό σπανιότητας στη χρήση, αλλά και πολύ υψηλότερο αναγκαιότητας, χαρακτηρίζονται όπως και οι άλλες από αϋλότητα, αναλωσιμότητα, ανομοιογένεια και αδιαιρετότητα. Οι όποιες διαφοροποιήσεις και ιδιαιτερότητες περιγράφονται ακολούθως (Πανηγυράκης, 2003).

Κυριαρχούντων των *άυλων στοιχείων*, δηλαδή των βασικών συνιστωσών της περίθαλψης: διάγνωση, επιλογή θεραπείας και εκπαίδευση ασθενών, για την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας απαιτούνται συμπληρωματικά και υλικά στοιχεία. Όμως, ο ασθενής ή το ασφαλιστικό ταμείο δεν πληρώνουν για την απόκτηση παγίων, αλλά για τη *χρήση* πάγιου εξοπλισμού ή αναλώσιμου υλικού, παράλληλα με τα άυλα στοιχεία (Berry, Bendapudi, 2007).

Σχήμα 3-1: Η θέση των υπηρεσιών υγείας στην κλίμακα αϋλότητας της Shostack.



Συνιστώσες της αϋλότητας αποτελούν η *εμφάνιση εγκαταστάσεων*, εξοπλισμού, προσωπικού και η *επικοινωνία* (Zeithaml et al., 1990). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Shostack (1982) σχετικά με την «απόδειξη» μιας υπηρεσίας μέσω της εμφάνισης και του τρόπου που επικοινωνούν οι εργαζόμενοι: «Ανεξάρτητα από το πόσο καλή μπορεί να είναι μια υπηρεσία,

κάποιος θα έχει αμφιβολίες αναθέτοντας την υγεία του σε έναν γιατρό που φορά καουμπόικες μπότες και μαντίλι». Έμφαση δόθηκε και στον *τρόπο που εκφράζεται* η φροντίδα υγείας, ειδικά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπου οι ασθενείς αξιολογούν το πώς εκφράζεται η φροντίδα, ο επαγγελματισμός και η ικανότητα των παρόχων (Bobb, 1990).

Η *Αναλωσιμότητα* χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες υγείας ιδιαίτερα σε όσα αφορούν στην αξία που δημιουργούν οι οργανισμοί μέσω ανθρώπινου δυναμικού, τεχνογνωσίας, εξοπλισμού και περιβάλλοντος. Όταν οι πόροι αυτοί παραμείνουν αναξιοποίητοι ενδεχόμενα να υπάρξει απώλεια της αξίας (Berry, Bendapudi, 2007). Εξάλλου, στην αποφυγή απώλειας της αξίας οφείλονται, κατά ένα μέρος, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγοράς¹⁷ υπηρεσιών υγείας.

Η *ανομοιογένεια* διαπιστώνεται εντονότερη απ' όσο σε άλλες υπηρεσίες επειδή η φροντίδα υγείας εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως: ικανότητες, δεξιότητες και γνώσεις του προσωπικού, τρόπος επικοινωνίας με τον ασθενή, και επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης πιο έντονη, είναι και η *αδιαιρετότητα* εφόσον απαιτείται η φυσική παρουσία του ασθενούς για την κατανάλωση της υπηρεσίας. Ωστόσο, από την όψη της παραγωγής, διαπιστώνεται πολύ χαμηλός βαθμός συμμετοχής του ασθενούς με συνηθέστερο επιχείρημα την έλλειψη κατάλληλων γνώσεων για την κατανόηση των επιλογών του ιατρού (Berry, Bendapudi, 2007).

Η αδιαίρετη σχέση υφίσταται και στις περιπτώσεις χαμηλής ή μειωμένης επικοινωνιακής ικανότητας του ασθενούς. Η συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων και ηλικιωμένων στην απόφαση είναι μηδαμινή, ενώ το έτσι κι αλλιώς μικρό μέρος που τους αντιστοιχεί σε αυτή τη διαδικασία, αναλαμβάνεται είτε από τους οικείους είτε από τον γιατρό είτε ακόμη και από τις δικαστικές αρχές. Η εκτίμηση των γιατρών συμπληρώνεται από στοιχεία που δίνει το οικείο περιβάλλον, εφόσον βέβαια γνωρίζουν ή δεν αποκρύπτουν το ιστορικό τους (Beers, Jones, 2007 · Κόλλιας, 2010).

3.1.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Η *καταναλωτική συμπεριφορά* του ασθενούς διαφέρει σημαντικά από την τυπική όχι μόνο κατά την πληροφόρηση, που είναι κρίσιμη για την αγοραστική απόφαση στις άλλες υπηρεσίες. Οι άνθρωποι, είναι *διστακτικοί* απέναντι στη θεραπεία και την πρόληψη, επειδή ελλοχεύει ο φόβος: π.χ. αποτυχία χειρουργείου ή ανάδειξη μιας παθολογίας. Ενώ

¹⁷ βλ. επόμενο κεφάλαιο.

διαπιστώνουν την ανάγκη, δεν εκφράζουν θέληση για περίθαλψη, αντίθετα είναι *απρόθυμοι* και *αναβλητικοί* στη λήψη απόφασης. Κατάσταση, που επηρεάζει τις αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών και το βαθμό συμμετοχής στη θεραπεία. Ενώ στις άλλες υπηρεσίες ο άνθρωπος επιθυμεί τη συμπαράγωγή, στην περίθαλψη μάλλον αναζητά συγκρούσεις σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει ό,τι τον πιέζει: πόνος, φόβος, αβεβαιότητα. Επίσης, λόγω των περιστάσεων, οι ασθενείς μπορεί να είναι *συναισθηματικοί, ευαίσθητοι* και *εξαρτώμενοι* περισσότερο απ' όσο κατά την προμήθεια άλλης υπηρεσίας και να *αλλάζουν συμπεριφορά* μεταξύ δύο επισκέψεων στο γιατρό (Lytie, Mokwa, 1992 · Σιώμκος, 2002·Berry, Bendapudi, 2007).

Οι υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι *εγγενώς ατομικές*, αλλά δεν χαρακτηρίζονται από *ιδιωτικότητα*. Καμία άλλη υπηρεσία δεν απαιτεί από τους πελάτες να «ξεγυμνώσουν» ψυχή και σώμα, μπροστά σε έναν άνθρωπο, τον οποίο συνήθως βλέπουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Σημαντικό, είναι και το γεγονός ότι οι ασθενείς *ζουν υποχρεωτικά στο χώρο* παραγωγής των υπηρεσιών και ζουν *άσχημα*, αισθανόμενοι *άβουλοι* μπροστά σε πρωτόγνωρες και σκληρές διαδικασίες, που φθάνουν μέχρι την απώλεια του δικαιώματος στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος (φως, ήχοι, κ.λπ.). Έτσι στο στρες από την αρρώστια προστίθεται και το στρες της νοσηλείας (Berry, Bendapudi, 2007· Lovelock, 1983).

Οι υγειονομικοί φορείς δεν προσφέρουν μόνο μία υπηρεσία στον ασθενή, ούτε καλύπτουν μόνο μία ανάγκη. Ο άνθρωπος όταν πάσχει, έχει ανάγκη φροντίδας ανάλογα το πρόβλημα υγείας, τα κοινωνικά, δημογραφικά, οικονομικά χαρακτηριστικά και τις προτιμήσεις του. Συνεπώς, απαιτείται *ολιστική προσέγγιση* για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αρρώστιας του. Επιπλέον ο ασθενής *διατρέχει κίνδυνο* όχι μόνο απ' αυτή καθαυτή την αρρώστια, αλλά και από τις νοσηλευτικές και θεραπευτικές διαδικασίες, και μάλιστα χωρίς να ενημερώνεται πάντα. Οι συνηθέστεροι «θεραπευτικοί» κίνδυνοι είναι: νοσοκομειακές λοιμώξεις, παρενέργειες φαρμάκων λόγω δραστικής ουσίας ή δοσολογίας ή κακής επικοινωνίας, αστοχίες υλικών και ιατρικά λάθη (Berry, Bendapudi, 2007).

3.2. Σύγχρονη ιστορία και έννοια της ποιότητας

3.2.1. Εξέλιξη της διοίκησης ποιότητας

Η υιοθέτηση του τειλορισμού στη βιομηχανική παραγωγή, είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ποσότητας και τη μείωση της ποιότητας. Ήδη από την τρίτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, σε μια προσπάθεια να ελεγχθεί η αξιοπιστία των προϊόντων, αντί των επιθεωρήσεων άρχισαν να

εφαρμόζονται στατιστικές μέθοδοι ελέγχου ποιότητας και αντίστοιχα τμήματα, η λειτουργία των οποίων μάλλον περιέπλεξε τις διαδικασίες παρά μείωσε την κακή ποιότητα. Η εφαρμογή νέων στατιστικών μεθόδων ελέγχου ποιότητας (SQC) στην αμερικανική παραγωγή την περίοδο του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, μπορεί να απέδωσε κατά την τήρηση των προθεσμιών, ωστόσο δεν έγινε το ίδιο και με την ποιότητα των προϊόντων (Juran, 1989).

Η τρίτη περίοδος της (διοίκησης) ποιότητας χαρακτηρίζεται από τη «διασφάλιση» (QA). Με τον όρο αυτό προσδιορίζονται οι προγραμματισμένες και συστηματικές ενέργειες ώστε ένα προϊόν ή υπηρεσία να πληροί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM), τέταρτη περίοδος, αποτελεί μια ολοκληρωμένη φιλοσοφία διοίκησης με έμφαση στις εξής παραμέτρους: συνεχής βελτίωση (CQI)¹⁸, ικανοποίηση πελατών, ανασχεδιασμός παραγωγικής διαδικασίας, συμμετοχή όλων -και της ηγεσίας, συνεχής μέτρηση αποτελεσμάτων και ανάπτυξη εσωτερικών και εξωτερικών σχέσεων. Σημαντικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της φιλοσοφίας αυτής θεωρούνται, εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας, η αύξηση της ικανοποίησης όλων των εμπλεκομένων στις διαδικασίες και η μείωση του κόστους (Powell, 1995·James, 1998).

Τον 20^ο αιώνα, ταυτόχρονα με τη βιομηχανία, η ποιότητα απασχόλησε και τους οργανισμούς υγείας, με τη μελέτη των αποτελεσμάτων φροντίδας υγείας στις ΗΠΑ όπου εφαρμόστηκε και το πρώτο πρόγραμμα τυποποίησης νοσοκομείων, το 1917 από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών. Στην Ευρώπη, η αιτία για την ενασχόληση με την ποιότητα ήταν εκείνη που αναφέρθηκε για τη στρατηγικής διοίκηση: το κόστος των υπηρεσιών (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Σήμερα, η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί το ζητούμενο όλων σχεδόν των συστημάτων υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ. ενώ έχει αναπτυχθεί ικανός αριθμός προτύπων τα οποία στηρίζονται στη φιλοσοφία TQM, όπως παρουσιάζονται σε επόμενες παραγράφους. Στη μετάβαση από το βιομηχανικό μοντέλο ποιότητας σε εκείνα των υπηρεσιών υγείας θεωρείται καταλυτικός ο ρόλος του Donabedian ο οποίος διαπίστωσε τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του πρώτου (Παπανικολάου, 2007).

¹⁸ Ο όρος ταυτίζεται συχνά είτε με την «ολική διοίκηση» είτε με τη «διασφάλιση, ποιότητας». Στην πραγματικότητα αποτελεί μία από τις βασικές αρχές της TQM ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων σε συγκεκριμένο τομέα και χρόνο που συνδέεται με τις στρατηγικές του οργανισμού και υλοποιείται από ομάδες υποστηριζόμενες από την ηγεσία, στην κατεύθυνση βελτίωσης συγκεκριμένων διαδικασιών (Ζαβλανός, 2006 . Παπανικολάου, 2007).

Πίνακας 3-1: Δυνατά και αδύνατα σημεία του βιομηχανικού μοντέλου ποιότητας, για τη φροντίδα υγείας (Donabedian).

Δυνατά σημεία	Αδύνατα σημεία
Επανεκτίμηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.	Αγνοεί την πολυπλοκότητα της σχέσης ασθενούς-γιατρού
Εστίαση στις απαιτήσεις, προσδοκίες και αξίες του ασθενούς.	Υποβαθμίζει το ρόλο της γνώσης, των δεξιοτήτων και των κινήτρων του γιατρού
Εστίαση στο σχεδιασμό του συστήματος και των διαδικασιών για τη διασφάλιση ποιότητας.	Αντιμετωπίζει την ποιότητα ανεξάρτητα, αγνοώντας τη σχέση ποιότητας-κόστους
Μεγαλύτερη συμμετοχή της Διοίκησης στην εισαγωγή της ποιότητας.	Εστιάζει στις υποστηρικτικές δραστηριότητες
Ανάπτυξη μεθοδολογιών στατιστικού ελέγχου.	Υποβαθμίζει τη βελτίωση της επαγγελματικής επίδοσης μέσω της εκπαίδευσης, επιμόρφωσης, εποπτείας και ενθάρρυνσης

Πηγή: Ζαβλανός, 2006.

3.2.2. Ορισμοί για την ποιότητα

Για την έννοια «ποιότητα» υπάρχει εξαιρετικά πλούσια βιβλιογραφία (πίν. 3-2) που εξακολουθεί να συμπληρώνεται, με δεδομένες τις εξελίξεις στις απαιτήσεις τόσο των καταναλωτών όσο και των οργανισμών. Σίγουρα, δεν μπορεί να υπάρξει ένας γενικός καθολικός ορισμός όπως, επίσης σίγουρα, οι κατά καιρούς διατυπώσεις του εννοιολογικού περιεχομένου της ποιότητας πολλές φορές δημιουργούν σύγχυση στην προσπάθεια να περιγραφούν πολλά και πολύπλοκα φαινόμενα (Reeves, Bednar, 1994).

Υπό αυτές τις συνθήκες υπήρξε μια προσπάθεια προσέγγισης των όψεων της ποιότητας και της ταξινόμησης, ουσιαστικά, του περιεχομένου που της αποδίδεται. Ο Garvin (1984) παρουσίασε πέντε όψεις σύμφωνα με τις οποίες ερμηνεύεται η ποιότητα:

- (1) υπερβατική μέσω φιλοσοφίας
- (2) με βάση το προϊόν μέσω οικονομίας
- (3) με βάση το χρήστη μέσω οικονομίας, μάρκετινγκ, και διοίκησης οργανισμών
- (4) με βάση την παραγωγή και
- (5) με βάση την αξία των οργανισμών, στην οποία περιλαμβάνεται και η τιμή.

Μια άλλη ταξινόμηση των ορισμών της ποιότητας είναι με βάση: (α) τις «ρίζες» της, (β) τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες και (γ) το μέλλον της ποιότητας και της σχετικής έρευνας, ερμηνευόμενη ως αριστεία, αξία, συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, κάλυψη ή υπέρβαση των προσδοκιών, και στις τρεις όψεις (Reeves, Bednar, 1994).

Πίνακας 3-2: Ενδεικτικοί ορισμοί της ποιότητας.

Συγγραφέας	Ορισμός
Abbott	Όταν οι τιμές που συνδέονται με ιδέες ή υπηρεσίες ή τα προϊόντα, είναι οι καλύτερες τότε σημαίνει ότι κερδίζεις. Στο πόσο καλή είναι μια συμφωνία, τα πάντα εξαρτώνται τόσο από την ποιότητα όσο και από την τιμή. Αυτά τα δύο στοιχεία συνδυαζόμενα σχηματίζουν τη βάση για την αξιολόγηση του νικητή της αγοράς. Μόνο όταν οι διαφορές στην ποιότητα έχουν εξαλειφθεί από την τυποποίηση το «φθηνότερο» συμπίπτει κατ' ανάγκη με το «καλύτερο».
Crosby ¹	Η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος στις απαιτήσεις του πελάτη.
Deming ²	Η μείωση των μεταβολών στα αποτελέσματα των διαδικασιών.
Feigenbaum ³	Δεν έχει την έννοια του «καλύτερου». Σημαίνει «το καλύτερο για τον πελάτη με ορισμένες προϋποθέσεις». Οι προϋποθέσεις αυτές είναι: (α) η πραγματική χρηστικότητα και (β) η τιμή πώλησης του προϊόντος. Η ποιότητα του προϊόντος δεν μπορεί να θεωρηθεί, μακριά από το κόστος του. Η πιο σημαντική δύναμη που οδηγεί στην οικονομική ανάπτυξη των επιχειρήσεων στις διεθνείς αγορές. Το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος και των υπηρεσιών τα οποία έχουν σχέση με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, την κατασκευή και τη συντήρηση μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία ικανοποιεί τις προσδοκίες του πελάτη.
Garvin ⁴	Μια απλή, αναλύσιμη ιδιότητα που μαθαίνουμε να την αναγνωρίζουμε μόνο με την πείρα μας.
Gilmore	Η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές.
Gronroos	Η ικανοποίηση ή και υπέρβαση προσδοκιών.
Ishikawa ⁵	Ερμηνευόμενη στενά σημαίνει ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευθεί ευρέως σημαίνει ποιότητα: εργασίας υπηρεσιών, πληροφοριών, διαδικασιών, τμήματος, ανθρώπων -συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων, μηχανικών, διευθυντών και στελεχών- συστήματος, οργανισμού, στόχων, κ.λπ.
Juran ⁶	Η καταλληλότητα ενός προϊόντος ή αγαθού προς χρήση
Pirsing	Δεν είναι ούτε πνεύμα, ούτε ύλη, αλλά μια τρίτη οντότητα ανεξάρτητη από αυτά τα δύο. Δεν μπορεί να οριστεί, αλλά ξέρουμε τι είναι
Levitt	Η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές.
Oakland ⁷	Η λέξη «ποιότητα» χρησιμοποιείται συχνά για να δηλώσει την «αριστείας» ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Η ποιότητα ορίζεται απλά ως ανταπόκριση στις απαιτήσεις του πελάτη κι έχει εκφραστεί με πολλούς τρόπους από άλλους συγγραφείς (Juran, Feigenbaum) .
Parasuraman, Zeithaml και Berry	Η ικανοποίηση ή και υπέρβαση προσδοκιών.
Taguchi ⁸	Η απώλεια που ένα προϊόν προξενεί στην κοινωνία μετά την αποστολή του.
Tuchman	Σημαίνει επενδύσεις στις καλύτερες δεξιότητες και δυνατή προσπάθεια για την παραγωγή των καλύτερων και τα πιο αξιοθαύμαστων δυνατών αποτελεσμάτων... Μπορεί να γίνει κάτι καλά ή μισο-καλά... Ποιότητα είναι η επιτυχία ή το υψηλότερο επίπεδο ενάντια στην ικανοποίηση από το πρόχειρο ή απατηλό.... Δεν επιτρέπεται συμβιβασμός με τη δεύτερη εκδοχή.

1 Θεωρητικός των «μηδέν λαθών», της «δωρεάν ποιότητας» και των αξιωμάτων της διοίκησης ποιότητας.

2 Διαγνώστης των «επτά θανάσιμων ασθενειών» του δυτικού μάντζμεντ, δημιουργός του κύκλου ποιότητας.

3 Θεμελιωτής του ελέγχου ποιότητας, διατύπωσε το βιομηχανικό κύκλο με έμφαση στο κόστος.

4 Θεωρητικός των διαστάσεων και των βάσεων της ποιότητας.

5 Θεμελιωτής του στατιστικού ελέγχου στην ποιότητα, με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό.

6 Εισηγητής του μάντζμεντ ποιότητας, δημιουργός της τριλογίας «προγραμματισμός-έλεγχος-βελτίωση».

7 Θεωρητικός της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

8 Θεωρητικός της «σχεδιαστικής αντοχής» στις διακυμάνσεις και της ωφέλειας ως συνάρτηση της τιμής.

Πηγές: Reeves, Bednar, 1994·James, 1998·Oakland, 2003·Ζαβλανός, 2006·Παπανικολάου, 2007·Alamantariotou, 2010, ίδια προσαρμογή.

Οι επιπτώσεις της απόδοσης πολλών ορισμών αποτελούν επίσης ένα πολυσυζητημένο ζήτημα. Χαρακτηριστική παραμένει η άποψη του Garvin (1984) σύμφωνα με την οποία παρά τις ενδεχόμενες συγκρούσεις λόγω της διαφορετικής ερμηνείας της ποιότητας, σε έναν οργανισμό, η ανάγκη για διαφορετικούς ορισμούς είναι υπαρκτή ώστε να αναπτυχθούν επιτυχώς προϊόντα υψηλής ποιότητας.

Ποικιλοτρόπως, ερμηνεύεται και η ποιότητα στη φροντίδα υγείας, τόσο από τους θεωρητικούς, όσο και από τις κυβερνήσεις, πολλές από τις οποίες έχουν καθιερώσει έναν επίσημο ορισμό είτε με βάση τις αρχές και τις πολιτικές τους είτε υιοθετώντας έναν ήδη θεωρητικά διατυπωμένο είτε, ακόμα, εκείνον που υιοθετεί το εφαρμοζόμενο μοντέλο ποιότητας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Πίνακας 3-3: Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, στην Ευρώπη.

Χώρα	Ορισμός
Βέλγιο Σουηδία Φινλανδία	Το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών ώστε να ικανοποιούνται οι εκφρασμένες και οι συνεπαγόμενες ανάγκες υγείας του ατόμου ή της κοινότητας.
Γερμανία	Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρέπει να συνιστούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης.
Ελβετία	Το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας, ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας για την καταλληλότητά τους στην εκπλήρωση παρόντων απαιτήσεων.
Ισπανία	Εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησής του.
Ηνωμένο Βασίλειο	Η αδιάλειπτη ολική διαδικασία φροντίδας, που αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμοζόμενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.
Ολλανδία	Η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτουν τις προσδοκίες των ασθενών, ελαχιστοποιώντας τους κινδύνους υγείας και της ποιότητας ζωής.

Πηγή: Κωσταγιόλας και συν., 2008.

Σημαντική είναι η προσέγγιση της ποιότητας της περίθαλψης από τον Π.Ο.Υ., την οποία ερμηνεύει μαζί με την ποιότητα των συστημάτων υγείας και εντός του ευρύτερου ορισμού της ποιότητας ζωής και του ορισμού της υγείας ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Στο πλαίσιο αυτό εκτιμά έξι διαστάσεις της ποιότητας και ταυτόχρονα πεδία βελτιώσεων των συστημάτων υγείας: αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, προσιτότητα, ασθενοκεντρισμός, δικαιοσύνη και ασφάλεια (WHO, 1997·WHO, 2006).

Με παρόμοιο τρόπο ερμηνεύεται η ποιότητα και από την Ευρωπαϊκή Ένωση στους κόλπους της οποίας θεωρούνται ως «κλειδιά» για σύγχρονα και ποιοτικά συστήματα υγείας η τοποθέτηση του ασθενούς στο επίκεντρο και η ασφαλής φροντίδα που μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων των πολιτών, με έμφαση σε δομές, διαδικασίες, προσδοκίες και συμπεριφορά των ασθενών. Στην πρόταση του προγράμματος δράσης στην Υγεία, και υπό την πίεση των δημοσιονομικών προβλημάτων, οι πολιτικές ποιότητας είναι προσανατολισμένες στην καινοτομία, τη δημιουργία προστιθέμενης αξίας, τη μείωση δαπανών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω πρακτικών βελτίωσης σε επιμέρους ζητήματα (CED, 2010'ΕΕ, 2011).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1966) ο ορισμός της ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδοθεί. Μάλιστα ο ίδιος, εξετάζοντας, την προσέγγιση των Lee και Jones (1933) διαπιστώνει ότι κάποιες αρχές αναφέρονται ως χαρακτηριστικά ή ιδιότητες της διαδικασίας φροντίδας και κάποιες άλλες ως στόχοι. Έτσι, καταλήγει στην ενίσχυση της άποψης ότι τα κριτήρια ποιότητας δεν είναι τίποτα περισσότερο από αξιολογικές κρίσεις για διάφορες πτυχές, ιδιότητες, συστατικά ή διαστάσεις της διαδικασίας που ονομάζεται ιατρική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, ο ορισμός της ποιότητας μπορεί να είναι, και είναι, ό,τι ο καθένας μας θέλει να είναι, αντανακλώντας τις τρέχουσες αξίες και στόχους στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης και στην ευρύτερη κοινωνία της οποίας είναι μέλος.

3.2.3. Διαστάσεις ποιότητας

Με την ικανοποίηση του καταναλωτή να συμμετέχει ή/και να δεσπόζει σε όλους σχεδόν τους ορισμούς της ποιότητας, τείνει να είναι γενική η προσέγγιση της ποιότητας ως διαφορά, ως χάσμα, μεταξύ προσδοκίας και εμπειρίας από την κατανάλωση (Parasuraman et al., 1988).

Πίνακας 3-4: Διαστάσεις ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών (SERVQUAL).

Προϊόντα (Garvin)	Υπηρεσίες (Parasuraman, Zeithaml, Berry)	
1. Απόδοση	1. Φυσικά χαρακτηριστικά	1. Φυσικά χαρακτηριστικά
2. Χαρακτηριστικά	2. Αξιοπιστία	2. Αξιοπιστία
3. Αξιοπιστία	3. Ανταπόκριση	3. Ανταπόκριση
4. Συμμόρφωση	4. Επικοινωνία	4. Διασφάλιση (5,6,7,8)
5. Ανθεκτικότητα	5. Εμπιστοσύνη	5. Κατανόηση (4,9,10)
6. Δυνατότητα επισκευής	6. Ασφάλεια	
7. Αισθητική	7. Ικανότητα	
8. Αντιληπτή ποιότητα	8. Ευγένεια	
	9. Κατανόηση	
	10. Πρόσβαση	

Πηγές: Garvin, 1984; Parasuraman et al., 1988, ίδια προσαρμογή

Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκαν οι διαστάσεις προϊόντων και υπηρεσιών που δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια σειρά κριτηρίων τα οποία χρησιμοποιεί ο καταναλωτής για την αξιολόγησή τους ή αλλιώς μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την ανθρώπινη κρίση σε σχέση με τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες και σχετίζονται με την όψη που χρησιμοποιεί ο καθένας για την ερμηνεία της ποιότητας (Rosen et al., 1994· Παπανικολάου, 2007· Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Ο Donabedian (1980) προσεγγίζοντας την έννοια της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας μέσω τριών παραμέτρων: τεχνική, διαπροσωπική και ξενοδοχειακή, την όρισε ως μεγιστοποίηση την ευημερίας του ασθενούς, με εξισορρόπηση των ωφελειών και απωλειών που ακολουθούν τις επιμέρους διαδικασίες. Μετά από έρευνες επαναδιατύπωσε τις διαστάσεις της ποιότητας περίθαλψης οι οποίες έχουν, επίσης, προσδιοριστεί και από άλλους θεωρητικούς και φορείς (Παπανικολάου, 2007).

Πίνακας 3-5: Διαστάσεις ποιότητας φροντίδας υγείας

Maxwell (1984)	Donabedian (1990)	JCAHO (2000)	WHO (2006)
Αποδοτικότητα	Αποδεκτικότητα	Αποδοτικότητα	Αποτελεσματικότητα
Αποτελεσματικότητα	Αποδοτικότητα	Αποτελεσματικότητα	Αποδοτικότητα
Ισότητα	Αποτελεσματικότητα	Ασφάλεια	Αποδοχή Ασθενοκεντρισμός
Κοινωνική αποδοχή	Αποτελεσματικότητα κλινική	Διαθεσιμότητα	Ασφάλεια
Πρόσβαση	Βελτιστοποίηση (κόστος-όφελος)	Δραστικότητα	Δικαιοσύνη
Συνάφεια με τις ανάγκες	Δικαιοσύνη	Επικαιρότητα	Προσβασιμότητα
	Νομιμότητα	Καταλληλότητα	
		Σεβασμός και Φροντίδα	

JCHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

WHO: World Health Organization

Πηγές: WHO, 2000· Παπανικολάου, 2007· Κωσταγιόλας και συν., 2008, ιδία προσαρμογή.

Ένα ακόμα στοιχείο διαφοροποίησης των παραγόντων ποιότητας στις υπηρεσίες, γενικότερα, είναι η κατάταξή τους. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι στις υπηρεσίες υψηλής αλληλεπίδρασης και προσαρμογής, όπως εκείνες της υγείας, η «διασφάλιση» κατά Parasuraman et al., ιεραρχείται ως η σημαντικότερη διάσταση έναντι της συνήθους θέσης της που είναι η 2^η (Rosen, Karwan, 1994). Στο βαθμό που η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση -και κατά συνέπεια διαφοροποιείται ο βαθμός

αλληλεπίδρασης και εξατομίκευσης, παρουσιάζει ενδιαφέρον η προσέγγιση των διαστάσεων της ποιότητας φροντίδας υγείας και κατά το επίπεδο φροντίδας.

3.2.4. Μέτρηση και αξιολόγηση ποιότητας

Η αξιολόγηση αποτελεί μια ερευνητική διαδικασία μέσω της οποίας διαπιστώνεται ο βαθμός απόδοσης και η αξία μιας άλλης διαδικασίας, μιας λειτουργίας, ενός προγράμματος ή ενός συστήματος. Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) αποτελεί μια ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδο αξιολόγησης, ειδικά στην υγεία και στην εφαρμογή διοίκησης ολικής ποιότητας. Με την επιστημονική αυτή μέθοδο -προϋποθέτει την ύπαρξη δεικτών υγείας και δεδομένων λειτουργίας μιας νοσηλευτικής μονάδας και επιμέρους τμημάτων- μπορεί να κατανοηθεί σωστά όχι μόνο η παρούσα κατάσταση αλλά και το αποτέλεσμα των βελτιώσεων. Πράγματι, η αξιολόγηση κατά τον Deming (1993) συνίσταται στην ανάλυση των σχέσεων αιτίου και αιτιατού (Παπανικολάου, 2007).

Ωστόσο, ο Donabedian (1966), έγκαιρα έθεσε κάποιους περιορισμούς στην αξιολόγηση της φροντίδας υγείας μέσω των αποτελεσμάτων επειδή μπορεί να:

- (α) αποτελούν, στην πραγματικότητα, σχετικό μέτρο, καθώς αντικατοπτρίζουν τη δύναμη της ιατρικής επιστήμης για την επίτευξη ορισμένων αποτελεσμάτων υπό οποιεσδήποτε συνθήκες και το βαθμό που έχει εφαρμοσθεί στην αξιολογούμενη περίπτωση, η συγκεκριμένη επιστημονική προσέγγιση,
- (β) είναι άσχετα με τον αρχικό στόχο: π.χ όταν επιλέγεται η επιβίωση ως κριτήριο επιτυχίας για μια κατάσταση που δεν είναι μοιραία αλλά μπορεί να οδηγήσει σε κακή υγεία ή αναπηρία,
- (γ) είναι μακροπρόθεσμα οπότε δεν υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης,
- (δ) μην είναι μετρήσιμα και ειδικότερα (π.χ. συμπεριφορές),
- (ε) επηρεάζονται από πολλούς ενδιάμεσους παράγοντες και από την ιατρική τεχνολογία.

Με τα παραπάνω δεδομένα, ο ίδιος πρότεινε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας, τριών παραμέτρων: δομές, διαδικασίες, έκβαση που αξιολογούνται-μετρώνται με τη χρήση δεδομένων, προτύπων και σαφών, συγκεκριμένων, μετρήσιμων και σχετικών κριτηρίων ώστε να είναι συγκρίσιμα και να ανατροφοδοτούν το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας (Παπανικολάου, 2007·Κωσταγιόλας και συν. 2008).

Πίνακας 3-6: Μέτρηση ποιότητας φροντίδας υγείας: Στοιχεία υποδείγματος Donabedian.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ		
	ΔΕΔΟΜΕΝΑ	ΠΡΟΤΥΠΑ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ
ΔΟΜΗ	Εγκαταστάσεις Εξοπλισμός Οργάνωση Πόροι Στελέχωση	Αρχές οργανισμού (όραμα, αποστολή, σκοπός, στόχοι, φιλοσοφία)	Φυσικό περιβάλλον Υποδομές Κύριες λειτουργίες Υποστηρικτικές λειτουργίες Αριθμός εργαζομένων Προσόντα εργαζομένων Πρωτόκολλα, κανονισμοί, έρευνες, κ.ά.
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	Πρόληψη Θεραπεία Αποκατάσταση Ενημέρωση Εκπαίδευση	Πρακτικές Οδηγίες Σχέδια Καταγραφή στοιχείων	Τεχνικές και διαδικασίες αποτίμησης. Μέθοδοι παροχής φροντίδας, παρεμβάσεων, πληροφόρησης, τεκμηρίωσης, εκπαίδευσης ασθενών και εργαζομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	Υγεία Φροντίδα Ικανοποίηση Χρήση πόρων Χρεώσεις Έσοδα	Εκτίμηση επιπέδου υπηρεσιών Παρακολούθηση φροντίδας Εντοπισμός ελλείψεων Εκτίμηση επικοινωνίας σχετικά με τις προσδοκίες Άντληση γνώσεων Κατανόηση εργασιών	Επιδράσεις φροντίδας υγείας επί ατόμου, κοινότητας και οργανισμού σε μετρήσιμη μορφή.

Πηγές: Παπανικολάου, 2007 Κωσταγιόλας και συν., 2008, ίδια προσαρμογή.

Όπως και κάθε μετρικό σύστημα, έτσι κι εκείνο για τη μέτρηση του βαθμού ποιοτικής απόδοσης, πρέπει να απαντά στο «γιατί-πού-τι-ποιος». Με ένα κατάλληλο σύστημα μέτρησης είναι δυνατή η ποσοτικοποίηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και άλλων διαστάσεων της ποιότητας (Ζαβλανός, 2006).

Στις υπηρεσίες υγείας ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των ασθενών, ως μέρος της διαδικασίας περίθαλψης μαζί με την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα. Μάλιστα, έχει τεκμηριωθεί ότι το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζει τόσο το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας όσο και το βαθμό συμμόρφωσης στις θεραπείες¹⁹ (Calnan, 1988).

Ο σχεδιασμός της αξιολόγησης και οι μέθοδοι ανάλυσης των συνεπειών των παρεμβάσεων, ποικίλλουν, μπορεί να είναι πειραματικές ή μη, διερευνητικές, επιβεβαιωτικές, αιτιολογικές, με τη χρήση στατιστικών εργαλείων. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με τη χρήση ή όχι των σχετικών υποδειγμάτων μπορεί να είναι ποσοτική ή ποιοτική (Παπανικολάου, 2007).

¹⁹ βλ. 5^ο κεφάλαιο.

Πίνακας 3-7: Υποδείγματα μέτρησης της ικανοποίησης.

Υπόδειγμα	Περιγραφή
Gap Model (Zeithaml et. al., 1990)	Μέσω 5 χάσμάτων, απεικονίζεται η διαφορά μεταξύ προσδοκιών και εμπειρίας του πελάτη. Τα χάσματα αφορούν στις προσδοκίες του πελάτη, τις αντιλήψεις της διοίκησης για αυτές, τις προδιαγραφές ποιότητας και την πραγματική υπηρεσία, την επικοινωνία για την παροχή υπηρεσίας και την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία σε σχέση με την προσδοκία.
Servqual (Parasuraman et. al, 1985)	Μέτρηση ποιότητας μέσω αντιλήψεων πελατών. Η ικανοποίηση υπολογίζεται από τη διαφορά μεταξύ προσδοκίας και απόδοσης (πριν και μετά τη χρήση της υπηρεσίας) στη βάση 5 διαστάσεων, με τη χρήση ερωτηματολογίου και της κλίμακας Likert.*
Ποιότητας υπηρεσιών (Grönroos, 1984)	Συσχετισμός προσδοκιών και απόδοσης στη βάση 3 συστατικών ποιότητας: τεχνική και λειτουργική ποιότητα, εικόνα.
Υπόδειγμα Kano (Kano, 1984)	Η ικανοποίηση του πελάτη υπολογίζεται στη βάση της αναμενόμενης, επιθυμητής και ελκυστικής ποιότητας, όροι που αντιστοιχούν στις φυσικές ιδιότητες μιας υπηρεσίας, τις ανάγκες του καταναλωτή και τις «εκπλήξεις», ό,τι προσφέρει επιπλέον μια υπηρεσία. Απευθύνονται ερωτήσεις για τη χαμηλή ή υψηλή επίδοση, και απαντήσεις κλίμακας.

* βλ. και πίνακα 3-4.

Πηγή: Παπανικολάου, 2007.

Τα τελευταία χρόνια, επιχειρείται η υιοθέτηση ενός κοινού μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των συστημάτων υγείας χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα αυτοαξιολόγησης των συστημάτων υγείας με τη χρήση 54 σημαντικών, μετρήσιμων και απλών «δεικτών έκβασης» για τη μέτρηση της ποιότητας των θεραπευτικών πράξεων (Euphotic, χ.χ.). Επίσης, ο Π.Ο.Υ. έχει αναπτύξει το σύστημα WHOQOL για την αξιολόγηση-μέτρηση της ποιότητας ζωής, με καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, το οποίο προτείνεται και για τη βελτίωση της ιατρικής πρακτικής, των υπηρεσιών φροντίδας και της έρευνας υγείας (WHO, 1997).

3.3. Ενσωμάτωση της ποιότητας στη στρατηγική νοσοκομείου

3.3.1. Σχεδιασμός και προϋποθέσεις εισαγωγής της ποιότητας

Οι φορείς υπηρεσιών υγείας, προσανατολισμένοι πλέον στην ικανοποίηση των ασθενών ταυτόχρονα με τη διατήρηση της βιωσιμότητάς τους, υιοθετούν στρατηγικές ποιότητας²⁰, ανάλογα με την κουλτούρα και το μέγεθος του οργανισμού, το επίπεδο, είδος και εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Shortell, 1995). Έτσι, ένα νοσοκομείο μπορεί να υιοθετήσει τη φιλοσοφία ολικής ποιότητας/συνεχούς βελτίωσης (TQM/CQI) είτε να εφαρμόζει διασφάλιση ποιότητας (QA) σε επιμέρους λειτουργίες με σκοπό την πρόληψη αστοχιών.

²⁰ Με τον όρο αυτό προσδιορίζονται οι προθέσεις για την ποιότητα και η σχετική καθοδήγηση του οργανισμού από την ανώτερη διοίκηση (Παπανικολάου, 2007).

Ο προγραμματισμός ποιότητας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωσή της, ενώ ως διαδικασία εξελίσσεται στα πρότυπα του στρατηγικού, με την προσθήκη της απαίτησης για ποιότητα. Με τον προγραμματισμό ποιότητας παρέχονται οι διαδικασίες, μέθοδοι, τεχνικές και τα εργαλεία, που οδηγούν στη βελτίωση, μέσω αναγνώρισης των αντιλήψεων του πελάτη, και της διαμόρφωσης κατάλληλων διαδικασιών για τη σύγκλιση, τελικά, των όποιων «χασμάτων» μεταξύ υπαρκτού και επιθυμητού (Dotchin, Oakland 1994 · James, 1998 · Coletti, 1999).

Σχήμα 3-2: Στάδια προγραμματισμού ποιότητας.



Πηγή: James, 1998, ίδια προσαρμογή.

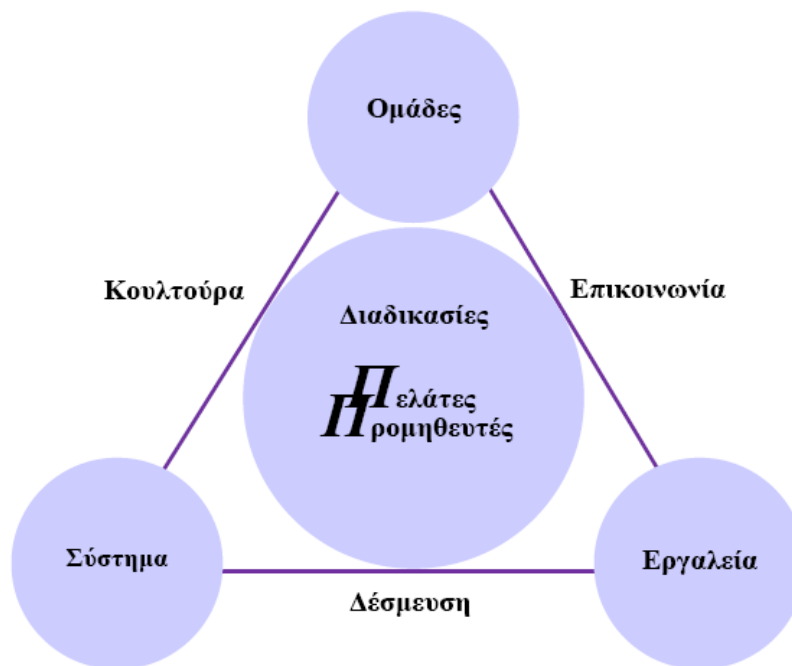
Η έννοια της TQM στηρίζεται στην ύπαρξη πελατών ενός οργανισμού, την ανάγκη προσδιορισμού των απαιτήσεων και την επίτευξή τους, η οποία βρίσκεται στο επίκεντρο της προσέγγισης της ποιότητας (σχ. 3-3). Ένα καλό σύστημα διαχείρισης, τα κατάλληλα εργαλεία, η ομαδική εργασία αποτελούν τις τρεις βασικές προϋποθέσεις για την ολική ποιότητα, ενώ συμπληρωματικά, και επίσης απαραίτητα, στοιχεία αποτελούν η δέσμευση όλων -και πρωτίστως της ηγεσίας, η αλλαγή κουλτούρας και η βελτίωση της επικοινωνίας (Oakland, 2003).

Η ικανοποίηση των πελατών, προαπαιτεί εστίαση στις απαιτήσεις τους και συνεχή έρευνα, ενώ στους πελάτες περιλαμβάνονται και οι εργαζόμενοι, ως πελάτες της «εσωτερικής αγοράς» ενός οργανισμού. Ο διττός ρόλος υποχρεώνει τους προσανατολισμένους στην ποιότητα οργανισμούς να υποστηρίξουν και να αναπτύξουν τις ικανότητες των εργαζομένων, ώστε να υπάρξει αποτελεσματικότητα-αποδοτικότητα (Παπανικολάου, 2007).

Κατά την επαφή πελάτη-παρόχου σχηματίζονται οι «αλυσίδες ποιότητας», που βρίσκονται στον πυρήνα της TQM, ως αποτέλεσμα των διαδικασιών μετασχηματισμού (σχ. 3-3). Η διαχείριση των διαδικασιών περιλαμβάνει τόσο την κατανόηση της ροής και προσαρμογής

τους, όσο και τα στοιχεία αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και κόστους που συνδέονται με κάθε μία. Μόνο με την ενδελεχή μελέτη κάθε μιας διαδικασίας μπορούν να εξαλειφθούν τα σφάλματα, να μεγιστοποιηθεί η χρήση των πόρων και η ικανοποίηση των πελατών (Oakland, 2003; Ζαβλανός, 2006).

Σχήμα 3-3: Μοντέλο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.²¹



Πηγή: Oakland, 2003.

Σε ό,τι αφορά στη δέσμευση και την ομαδική εργασία, αξίζει να επισημανθεί ότι η πραγματική ηγεσία αποτελεί το κλειδί για την εξάπλωση της φιλοσοφίας ποιότητας σε όλα τα επίπεδα ενός οργανισμού. Η απουσία ή η περιορισμένη δέσμευση από την πλευρά της διοίκησης αποτελεί αιτία εκδήλωσης φαινομένων, όπως εμπλοκή ρόλων, κακή συνεργασία, κ.ά., τα οποία υπονομεύουν την ποιότητα (Zeithmal, et al., 1990).

Μάλιστα ο Juran (1989), εκτιμώντας ότι δεν μπορεί να υπάρξει επιτυχημένη εφαρμογή ολικής ποιότητας σε έναν οργανισμό χωρίς τη συμμετοχή και την εκπαίδευση όλων των στελεχών, αναθέτει ηγετικό ρόλο, στο σύνολο αυτών.

²¹ Στο πλαίσιο του εσωτερικού μάρκετινγκ, το ζήτημα της οργάνωσης και της ικανοποίησης των «εσωτερικών πελατών» αντιμετωπίστηκε με την ανάπτυξη μια παρόμοιας δέσμης έξι κρίσιμων σχέσεων σε τριγωνική διάταξη: στρατηγική-πελάτες-σύστημα-εργαζόμενοι. Με την προσέγγιση αυτή, προωθήθηκε μια «ολιστική» κουλτούρα προσανατολισμένη στην ωφέλεια του πελάτη/χρήστη, των εργαζόμενων και του ίδιου του οργανισμού (Grönroos, 1990-Hoffman, Bateson, 2008).

Εξάλλου, η αλλαγή που απορρέει από τη TQM αφορά στο σύνολο των μερών, λειτουργιών και διαδικασιών ενός οργανισμού προϋποθέτει και αλλαγή κουλτούρας. Κάτι τέτοιο αποτελεί ίσως και τη δυσκολότερη πτυχή, επειδή ακριβώς «ακουμπά» τις ανθρώπινες αξίες, αρχές, συνήθειες αλλά και την προσωπική εξουσία. Για το λόγο αυτό άλλωστε, διαπιστώνονται και ισχυρές αντιστάσεις. Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση των εργαζομένων αλλά και ο ρόλος της ηγεσίας στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων είναι σημαντικές παράμετροι για την αποδοχή των αλλαγών (James, 1998; Zeithmal, et al., 1990).

Το σύστημα ποιότητας θα πρέπει να εφαρμόζεται και να αλληλεπιδρά με όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού όπως η επεξεργασία στοιχείων, η επικοινωνία και ο έλεγχος. Κατά συνέπεια θα πρέπει να τεκμηριώνεται με τη μορφή «εγχειριδίου ποιότητας». Οι ομάδες, ακολουθώντας το (κυκλικό, οικονομικό) μοντέλο του Deming (PLAN-DO-CHECK-ACT), θα οδηγήσουν σε συνεχή βελτίωση, ενώ για τη σύγκλιση όποιων κενών στα στάδια σχεδιασμού-πράξεων-ελέγχου και δράσεων, σημαντικός είναι ο ρόλος του επικεφαλής της ομάδας ο οποίος αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο στο πνεύμα της παραγωγής ηγεσίας που διέπει τη φιλοσοφία ποιότητας (Juran 1989; Oakland, 1993).

Τέλος, η χρήση αξιόπιστων μεθόδων προϋποθέτει τη χρήση κατάλληλων εργαλείων, δηλαδή κατάλληλων τεχνικών μέτρησης των δεδομένων και της βελτίωσης ποιότητας, όπως είναι η χαρτογράφηση της ροής των διαδικασιών, τα διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος, διασποράς και ελέγχου, η ανάλυση Pareto και τα φύλλα ελέγχου (Oakland, 1993).

3.3.2. Τυποποίηση και βραβεία ποιότητας

Η εφαρμογή της τυποποίησης μέσω προτύπων που οδηγεί στην πιστοποίηση και διαπίστευση ενός υγειονομικού φορέα, αφορά στη διασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών υγείας (QA). Επειδή ακριβώς οι έννοιες «πρότυπα» και «τυποποίηση» οδηγούν σε σκέψεις περί μείωσης βαθμού ελευθερίας δράσεων, αντιλήψεων, κ.ά., η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί ένα θέμα που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας.

Ο Donabedian (1992) εξετάζοντας την QA ως ευρεία έννοια και όχι ως μια δραστηριότητα που έχει στόχο τη συγκέντρωση πληροφοριών για τις συνθήκες και τις διαδικασίες περίθαλψης, ανέδειξε τον κρίσιμο και πολύπλευρο ρόλο των ασθενών ταυτόχρονα ως συντελεστών, στόχων και μεταρρυθμιστών.

Πίνακας 3-8: Ορισμοί σχετικοί με τη διασφάλιση ποιότητας.

Τυποποίηση (Standardization)	Δραστηριότητα που δίνει λύσεις για επαναλαμβανόμενη εφαρμογή σε προβλήματα επιστημονικά, τεχνολογικά ή οικονομικά και αποσκοπεί στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Περιλαμβάνει τις διαδικασίες σύνταξης, έκδοσης και εθνικής μεταφοράς προτύπων.
Πρότυπα (Standards)	Έγγραφα που έχουν καθιερωθεί με συναίνεση και έχει εγκριθεί από έναν αναγνωρισμένο φορέα. Παρέχουν, για κοινή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά, για δραστηριότητες ή τα αποτελέσματά τους και αποσκοπούν στην επίτευξη του βέλτιστου βαθμού τάξης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής.
Πιστοποίηση (Certification)	Διαδικασία με την οποία αξιολογείται το σύστημα ποιότητας συγκριτικά με κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ή εγχειρίδιο. Μπορεί να είναι διαδικασία αυτό-αξιολόγησης, ετερο-αξιολόγησης (π.χ. από ασθενείς) ή αξιολόγησης από ανεξάρτητο εκτιμητή (π.χ. ISO).
Διαπίστευση (Accreditation)	Μηχανισμός μέσω του οποίου επισημοποιείται από αρμόδιο φορέα το επίπεδο λειτουργίας των φορέων που έχουν πιστοποίηση ποιότητας (π.χ. JCAHO). Μπορεί να χορηγείται σε φορείς υπηρεσιών υγείας όλων των επιπέδων, ειδών, συνολικά ή σε επιμέρους τμήματα.

Πηγές: James, 1998·ΕΛΟΤ, 2014·JCAHO, 2014, ίδια προσαρμογή.

Στο πλαίσιο της τυποποίησης κατά ISO, έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από ολοκληρωμένα πρότυπα κατάλληλα για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ή/και για άλλους των οποίων οι δραστηριότητες σχετίζονται με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τα πρότυπα καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην ασφάλεια και στις εφαρμογές της πληροφορικής (ISO, 2014a).

Πίνακας 3-9: Ενδεικτικές εφαρμογές της κατά ISO τυποποίησης στις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας.

Πρότυπα Ολικής Ποιότητας	
ISO 9001	Διαχείριση Ποιότητας
ISO 14001, EMAS	Περιβαλλοντική Διαχείριση
ISO 27001	Ασφάλεια Διακινούμενης Πληροφορίας
ISO, OHSAS 18001	Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία
ISO, HACCP 22000	Επικινδυνότητα φυσικών, χημικών, βιολογικών, παραγόντων
ISO 17025	Διαχείριση και Ποιότητα των Εργαστηρίων
ISO 15189	Ποιότητα Κλινικών Εργαστηρίων
Ανά τεχνική επιτροπή (TC)	
ISO / TC 215	Πληροφορική Υγείας
ISO / TC 76	Εξοπλισμός μετάγγισης, έγχυσης και επεξεργασίας αίματος για ιατρική και φαρμακευτική χρήση
ISO / TC 106	Οδοντιατρική
ISO / TC 194	Βιολογική αξιολόγηση προϊόντων για ιατρική χρήση
ISO / TC 198	Αποστείρωση προϊόντων ιατρικής φροντίδας
ISO / TC 210	Διαχείριση ποιότητας ιατροτεχνολογικών προϊόντων
ISO / TC 48	Εργαστηριακός εξοπλισμός
ISO / TC 212	Κλινικές εργαστηριακές δοκιμές και in vitro διαγνωστική δοκιμασία
ISO / TC 84	Συσκευές για τη χορήγηση φαρμάκων και ενδαγγειακοί καθετήρες

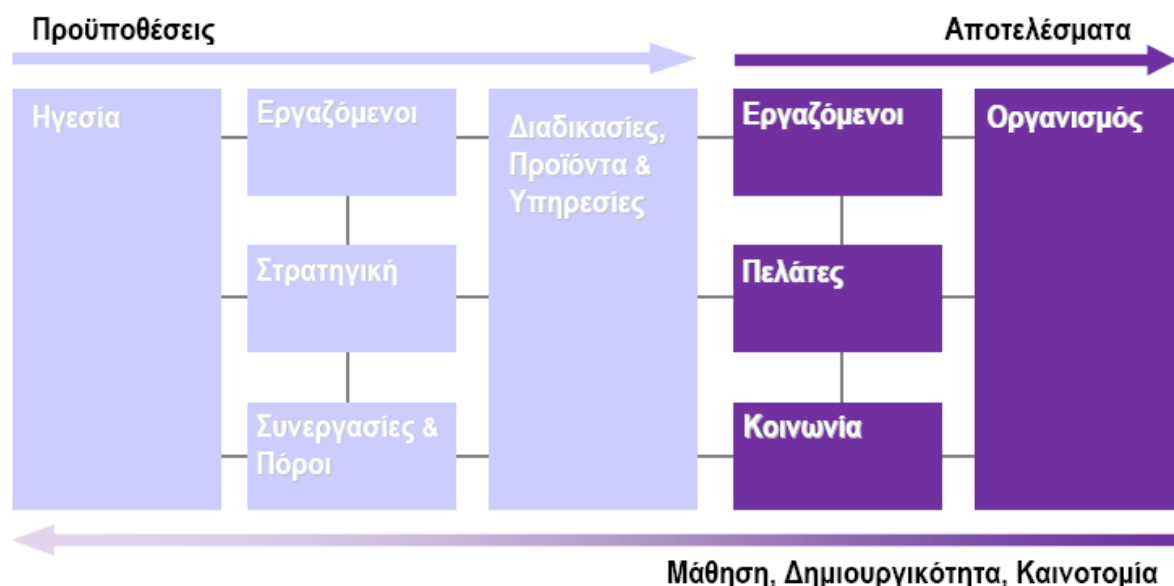
Πηγή: ISO, 2014a·ISO, 2014b, ίδια προσαρμογή.

Επιπλέον, υπάρχουν και «ανεξάρτητα» πρότυπα που αφορούν είτε σε διάφορα πεδία της ιατρικής περίθαλψης, είτε σε συγκεκριμένες λειτουργίες, π.χ. διασφάλιση ποιότητας σε χώρους ιονίζουσών ακτινοβολιών (AAPM, 1978) ή νοσηλευτικής πρακτικής (ICNP, 2014), που διαμορφώθηκε από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών με κριτήρια που αντλήθηκαν από παγκόσμια έρευνα μεταξύ των εκατομμυρίων μελών του Συμβουλίου.

Τα βραβεία ποιότητας αποτελούν υποδείγματα ολικής ποιότητας/συνεχούς βελτίωσης (TQM/CQI), με τα εξής ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: αυτοαξιολόγηση, υψηλός βαθμός ελευθερίας στις επιλογές μεθόδων και διαδικασιών, ενσωμάτωση οικονομικών στοιχείων στην έννοια της διασφάλισης ποιότητας, και προσαρμόσιμα κριτήρια κατά σύστημα και χρονική περίοδο. Το πρώτο βραβείο καθιερώθηκε στην Ιαπωνία, προς τιμήν του Deming, 1951, ως υπόδειγμα ολικής ποιότητας για επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων και εφαρμογών (Παπανικολάου, 2007·Κωσταγιόλας και συν., 2008) και μπορούμε να πούμε ότι σχετίζεται με την ποιότητα στην Υγεία, καθώς το έχουν αποσπάσει και ορισμένοι προμηθευτές υγειονομικού υλικού²² που δραστηριοποιούνται στις διεθνείς αγορές.

Εκείνα που ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως το ευρωπαϊκό EFQM²³ (σχ. 3-4) και το αμερικανικό MBNQA²⁴ (σχ. 3-5) τα οποία αναπτύχθηκαν και εφαρμόζονται με τη συνέργεια δημόσιων και ιδιωτικών φορέων.

Σχήμα 3-4: Κριτήρια και δυναμική του ευρωπαϊκού βραβείου ποιότητας (EFQM).



Πηγή: EFQM, 2014

²² π.χ. Fuji, 1951 και 1980 (JUSE, 2014).

²³ European Foundation for Quality Management

²⁴ Malcolm Baldrige National Quality Award

Και τα δύο, προωθώντας τη συνεχή βελτίωση στο πλαίσιο της ολικής ποιότητας, περιλαμβάνουν κατάλληλα κριτήρια, τα οποία αναλύονται σε επιμέρους, καλύπτοντας το σύνολο των πόρων και των ικανοτήτων ενός οργανισμού.

Σχήμα 3-5: Κριτήρια και δυναμική του αμερικανικού βραβείου ποιότητας (MBNQA).



Πηγή: NIST, 2013.

Συγκρίνοντας τα δύο μοντέλα διαπιστώνονται τα ακόλουθα (Tummala, Tang, 1996·EFQM, 2014·NIST, 2013):

- Και τα δύο βραβεία είναι προσανατολισμένα στα αποτελέσματα, με τον πελάτη στο επίκεντρο. Είναι έτσι δομημένα, ώστε να μην αποτελούν ξεκάθαρα βραβεία αριστείας, ούτε προϊόντων/υπηρεσιών, ούτε εταιρικής διοίκησης. Τοποθετούνται μεταξύ των δύο αυτών «άκρων».
- Εμφανίζουν κανονιστικές ομοιότητες αλλά και ορισμένες διαφορές. Για παράδειγμα το MBNQA, έχει ως κανόνα οι βραβευθέντες να ενημερώνουν-εκπαιδεύουν τους υποψήφιους μαζί με το φορέα ή ότι το EFQM εφαρμόζει μια δική του λογική αυτο-αξιολόγησης (RADAR) την οποία προσδιορίζει ως απλό αλλά ισχυρό εργαλείο για τη συνεχή βελτίωση, εστιάζοντας όχι μόνο στα αποτελέσματα αλλά και στην ωριμότητα των προσεγγίσεων.
- Στο αμερικανικό δεν περιλαμβάνονται οι οικονομικές επιδόσεις, αντίθετα από το ευρωπαϊκό το οποίο είναι ευρύτερο.

- Το EFQM περιλαμβάνοντας στη δέσμη κριτηρίων τις κοινωνικές επιπτώσεις, καλύπτει περισσότερες πτυχές της ποιότητας.

3.3.3. Οφέλη και εμπόδια ανάπτυξης ολικής ποιότητας

Έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι η υιοθέτηση της φιλοσοφίας ολικής ποιότητας, στους οργανισμούς, και σε υγειονομικούς, μπορεί να προσφέρει ή/και προσφέρει τα εξής, τουλάχιστον, πλεονεκτήματα (Madu, Kuei, 1993; Berwick, Bisognano, 1999; Hellsten, Klefsjo, 2000; Ζαβλανός, 2006):

- Βελτίωση διαδικασιών κατά τους σκοπούς, την υπευθυνότητα του σχεδιασμού, την ικανότητα και τα αποτελέσματα.
- Υποστήριξη της μετακίνησης του στόχου από την ατομική στην κοινοτική φροντίδα υγείας, και κατ' επέκταση βελτίωση των υπηρεσιών για ολόκληρη την κοινωνία.
- Βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου ανταπόκρισης του συστήματος και της βελτίωσης διαδικασιών και πρακτικών.
- Εξορθολογισμό της χρήσης φαρμάκων και της ιατρικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας.
- Αξιοπιστία των δεδομένων άρα και των δεικτών επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής.
- Διεύρυνση της πρόσβασης, συμμετοχής και ικανοποίησης ασθενών, κοινωνικών ομάδων, εργαζομένων και προμηθευτών.
- Μείωση ανισοτήτων και ενίσχυση της πρόληψης.
- Δημιουργία αξίας για έναν οργανισμό αλλά και προσαρμογή του στις αλλαγές του κοινωνικού αξιακού πλαισίου.
- Ενίσχυση της εσωτερικής υποκίνησης, δηλαδή του ανθρώπινου δυναμικού, κατά τη συμμετοχή, την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων.
- Μείωση του κόστους και απώτερα των συνολικών δαπανών υγείας.
- Αύξηση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας.

Παρά τον όγκο των μελετών και προτάσεων σχετικά με την TQM/CQI διαπιστώνονται, επίσης ερευνητικά, πολλά εμπόδια για την εφαρμογή της ή καλύτερα για την πλήρη εφαρμογή της.

Αλλά είναι εμφανή, όπως οι διαφορές απόψεων, και άλλα είναι κρυφά, όπως οι διαφορές αντιλήψεων (Juran, 1989). Ειδικά στον τομέα των υπηρεσιών υγείας τα εμπόδια αυτά εμφανίζονται περισσότερα και μεγεθυμένα σε σχέση με εκείνα που διαπιστώνονται σε άλλες υπηρεσίες ή στη βιομηχανία προϊόντων.

Για παράδειγμα, στις βιομηχανίες οι παγίδες της TQM φαίνονται στενά συνδεδεμένες με τη στάση της ηγεσίας και των ανώτερων στελεχών απέναντι στην ικανότητα της ποιότητας να προσδώσει επιχειρηματική αριστεία και να μεγεθύνει την κερδοφορία (Kanji, 1996) ενώ γενικά στις υπηρεσίες τα εμπόδια αφορούν, κυρίως, την ατομική αντίσταση στην αλλαγή (οφειλόμενη σε φόβο, απώλεια ελέγχου και γοήτρου, αβεβαιότητα και επιπλέον εργασία) η οποία όμως αθροιστικά μπορεί να λειτουργήσει ως αντίσταση του οργανισμού στην αλλαγή (Ζαβλανός, 2006· Παπανικολάου, 2007).

Σε κάθε περίπτωση πάντως οι φραγμοί αυτοί με τις κατάλληλες στρατηγικές μπορούν -και αποτελούν- κίνητρα για την υιοθέτηση της φιλοσοφίας ολικής ποιότητας (Grol, Wensing, 2004).

Τα εμπόδια για την εφαρμογή TQM/CQI σε ένα νοσοκομείο, είναι πολυεπίπεδα, πολυδιάστατα και κρίσιμα, αντανακλώντας την πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος και των σχέσεων, το εύρος και το μέγεθος των προκλήσεων, την έκταση των δεδομένων που λαμβάνονται υπ' όψιν, τα μοναδικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, αλλά και την κρισιμότητα του κόστους και του ρόλου των ασθενών. Συνοψίζοντας τους φραγμούς που τίθενται στην υιοθέτηση και πλήρη εφαρμογή TQM/CQI σε έναν υγειονομικό φορέα μπορούμε να πούμε ότι αφορά, κυρίως, στα παρακάτω πεδία, που μελετώνται στα επόμενα κεφάλαια:

- Ιατρικό μονοπώλιο και χαμηλός συντονισμός μεταξύ των επαγγελματιών
- Οικονομικά της υγείας
- Συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων

3.3.4. Στρατηγική Διοίκηση (Ολικής) Ποιότητας

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τουλάχιστον, εκπονούνται πολλές έρευνες σε διεθνές επίπεδο για την τεκμηρίωση της επιτυχημένης εφαρμογής TQM και του βαθμού επιτυχίας αυτής, με αποτελέσματα διόλου ελπιδοφόρα, εφόσον το σχετικά ποσοστά κυμαίνονται κάτω από το 30% των περιπτώσεων ενώ τα ποσοστά πλήρους ή σχεδόν πλήρους αποτυχίας αφορούν σε παραπάνω από τους μισούς οργανισμούς, με δυσμενέστερα τα ποσοστά των Νοσοκομείων. Στην πλειονότητά τους οι ερευνητές σχολιάζοντας τα προαναφερόμενα εμπόδια, εστιάζουν στην «απουσία δέσμευσης» διοίκησης ή/και εργαζομένων με έμφαση στη δυσκολία της αλλαγής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας, στον ηγετικό ρόλο των γιατρών, στην αδυναμία λειτουργίας ομάδων που αυξάνεται ευθέως ανάλογα με το μέγεθος του

νοσοκομείου, στην έκδηλη επιθυμία για άμεσα αποτελέσματα, και στις αμυντικές στρατηγικές (Huq, 2005·Rad, 2006).

Επίσης ορισμένοι ερευνητές προσεγγίζουν τα αποτελέσματα όχι μόνο σε σχέση με το μέγεθος του νοσοκομείου αλλά και ανάλογα με το βαθμό της εξάρτησής του από την κεντρική εξουσία, κατάσταση που μεγεθύνει τη γραφειοκρατία και μειώνει την ευελιξία (Shortell et al., 1995).

Απόρροια των ερευνητικών αποτελεσμάτων, υπήρξαν οι προβληματισμοί για τον τρόπο που διαχειρίζονται την ποιότητα οι οργανισμοί, μεταξύ αυτών και τα νοσοκομεία, με τους ερευνητές να διατυπώνουν διάφορες συμπερασματικές απόψεις, το εύρος των οποίων καλύπτει το φάσμα από την αντίληψη της ποιότητας ως ένα «σύστημα ελέγχου» μέχρι και την «εμμονή» σε αυτήν (Calingo, 1996).

Σταδιακά, και με «όπλα» το σχετικό βιβλιογραφικό όγκο αλλά κυρίως την εμπειρία από την εφαρμογή TQM/CQI, διαπιστώθηκε ότι όλα τα προβλήματα μπορούν να συνοψισθούν σε ένα: η αδυναμία της οφείλεται, κυρίως, στην έλλειψη ευθυγράμμισης με τη στρατηγική ενός οργανισμού. Έτσι, προσεγγίσθηκε η στρατηγική αξίας της και συνακόλουθα αναδείχθηκε η αναγκαιότητα ενσωμάτωσής της στην επιχειρησιακή στρατηγική (Schonberger, 1992· Srinidhi, 1998).

Αν και κάποιες φορές χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι όροι TQM και STQM, η Στρατηγική Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (STQM) διαφοροποιείται σημαντικά: αποτελεί την επέκταση της πρώτης, ενσωματώνοντας τις αρχές ποιότητας στη στρατηγική ενός οργανισμού καθώς την εκτιμά ως αντανάκλαση της συνολικής απόδοσης, στο παρόν και στο μέλλον (Srinidhi, 1998).

Ειδικά στον τομέα της υγείας, όπου το περιβάλλον μεταβάλλεται με εξαιρετικά γρήγορους ρυθμούς, τους οποίους εντείνει η χρήση της τεχνολογίας, οι αρχές της STQM (πίν. 3-10) φαίνεται να ανταποκρίνονται εξαιρετικά.

Αυτό βέβαια σημαίνει ότι η ποιότητα πρέπει να ενσωματωθεί σε όλα τα πρώτα βήματα του στρατηγικού σχεδιασμού ενός νοσοκομείου (σχ. 2-5), αλλά και στη διαμόρφωση της στρατηγικής, των πολιτικών και δράσεων που απαιτούνται για τη διαχείριση της αλλαγής. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται η απαίτηση όχι μόνο για ποιοτικές υπηρεσίες, αντίστοιχες των προσδοκιών, αλλά και για την επιβίωση των συστημάτων υγείας (Madu, Kuei, 1993· Tummala, Tang, 1996·Srinidhi, 1998).

Πίνακας 3-10: Σύγκριση AQ, TQM και STQM.

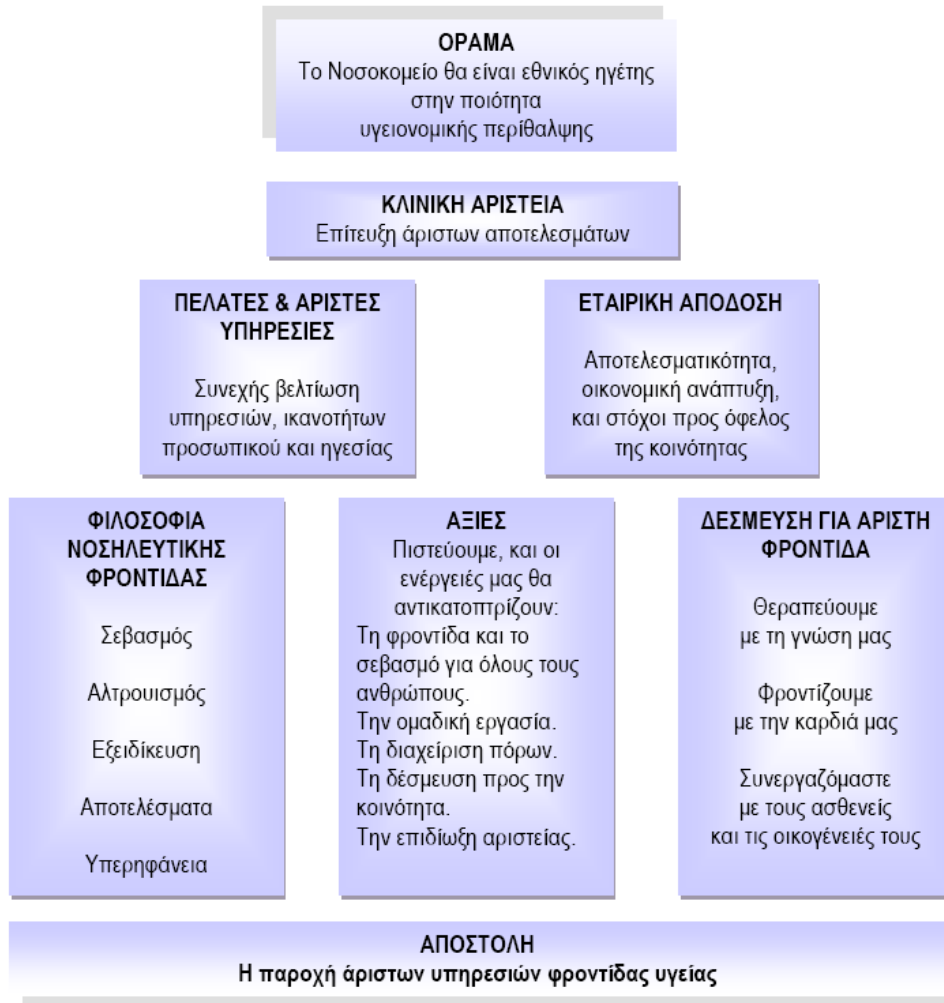
Αρχές ποιότητας	Διασφάλιση Ποιότητας (AQ)	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM)	Στρατηγική Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (STQM)
Ανάλυση	Με γνώμονα το προϊόν	Με γνώμονα τον πελάτη	Με γνώμονα τον πελάτη και το περιβάλλον.
Προτεραιότητες	Κόστος και παραγωγή	Αποτελέσματα με οδηγό την ποιότητα.	Οργανωτική δομή με οδηγό του οράματος την ποιότητα.
Σχεδιασμός	Βραχυπρόθεσμος	Μεσο- μακροπρόθεσμος	Μεσο- μακροπρόθεσμος με έμφαση στα μηνύματα και την ευαισθησία του περιβάλλοντος .
Σκοπός	Διόρθωση σφαλμάτων	Πρόληψη σφαλμάτων	Πρόληψη σφαλμάτων προϊόντων και υπηρεσιών και διατήρηση κοινωνικής υπευθυνότητας σύμφωνα με τα μηνύματα και την ευαισθησία του περιβάλλοντος .
Κόστος	Η ποιότητα αυξάνει το κόστος.	Η ποιότητα μειώνει το κόστος και βελτιώνει την παραγωγικότητα.	Η ποιότητα μειώνει το κόστος και βελτιώνει την παραγωγικότητα και την εταιρική εικόνα .
Αιτία σφαλμάτων	Οι εργαζόμενοι και η αναποτελεσματικότητα.	Κοινές αιτίες οφειλόμενες σε αναποτελεσματική διοίκηση.	Κοινές και ειδικές αιτίες, λανθασμένες αποφάσεις, απουσία κοινωνικής υπευθυνότητας.
Δέσμευση για την ποιότητα	Τμήματα τεχνικού ελέγχου και ελέγχου ποιότητας.	Το σύνολο των εμπλεκόμενων σε έναν οργανισμό.	Το σύνολο των εμπλεκόμενων αλλά με απαίτηση η ανώτατη διοίκηση να έχει το προβάδισμα ώστε να εξασφαλίζεται η ορθότητα των αποφάσεων και η υλοποίησή τους.
Οργανωτική κουλτούρα	Μετρήσιμοι στόχοι ώστε να υπολογίζουν οι εργαζόμενοι τα ενδεχόμενα σφάλματα.	Εστίαση στη συνεχή βελτίωση μέσω ομαδικής εργασίας.	Εστίαση στο « ατελείωτο » της βελτίωσης ποιότητας. Στους εργαζόμενους παρέχονται τα απαραίτητα εργαλεία για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και τη βελτίωση της ατομικής απόδοσης και παραγωγικότητας.
Οργανωτική δομή Ροή Πληροφοριών	Προσέγγιση κάθετη, προς τις δύο κατευθύνσεις, γραφειοκρατική, άκαμπτη που εμποδίζει τη ροή πληροφοριών.	Οριζόντια προσέγγιση, ευελιξία στη διακίνηση πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο.	Οριζόντια και κάθετη προσέγγιση, που επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή για τη λήψη αποφάσεων ποιότητας, σημαντικών ομάδων ενδιαφερομένων.
Λήψη αποφάσεων	Ιεραρχική	Ομαδική προσέγγιση, με μέλη των ομάδων τους εργαζόμενους.	Ομαδική προσέγγιση, με ομάδες εργαζόμενων αλλά και ενδιαφερομένων .

Πηγή: Madu, Kuei, 1993.

Ξεκινώντας, από το πρώτο βήμα του στρατηγικού σχεδιασμού, είναι χαρακτηριστική για την ενσωμάτωση της ποιότητας στη στρατηγική, η διατύπωση του οράματος και ο προσδιορισμός

της αποστολής από το Νοσοκομείο Bronson Methodist του Μίτσιγκαν, που έχει αναγνωρισθεί ιδιαίτερα εφαρμόζοντας STQM, και έχει βραβευθεί για την εξαιρετική εμπειρία των νοσηλευόμενων, την αξία της οποίας εκτιμά ως οδηγό ποιότητας (Sower, 2011·BRONSON, 2014).

Σχήμα 3-6: Διατύπωση οράματος και αποστολής νοσοκομείου Bronson, στο πλαίσιο STQM.



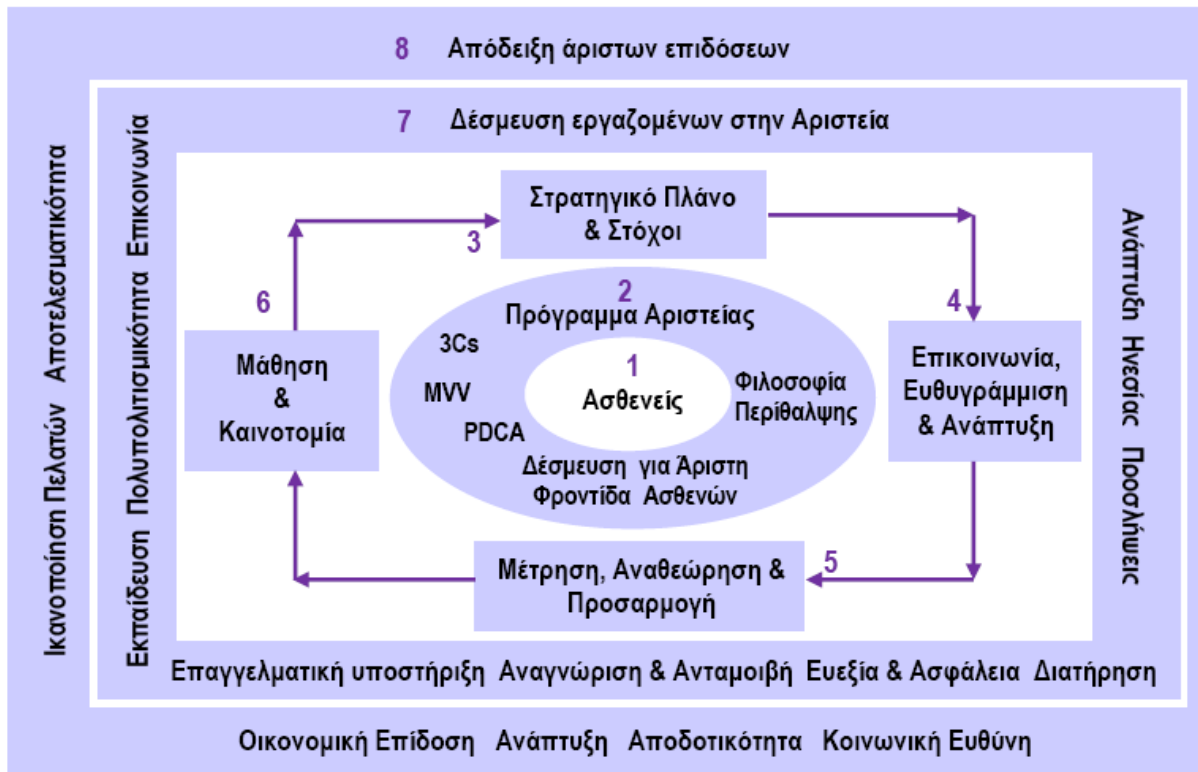
Πηγή: Sower, 2011.

Μελετώντας το σχήμα, είναι προφανές ότι στο όραμα του νοσοκομείου έχουν ενσωματωθεί οι κλινικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί και εκπαιδευτικοί στόχοι με βάση την ποιότητα, έτσι ώστε με τον ασθενή στο επίκεντρο του στρατηγικού σχεδιασμού, να λειτουργούν όλα τα υποσυστήματα ως ένα συνεχές, άριστα συγχρονισμένο σύστημα ποιότητας (σχ. 3-7).

Στην ανάλυση του οράματος και της αποστολής επί του στρατηγικού σχεδιασμού είναι επίσης προφανής ο προσανατολισμός προς το περιβάλλον. Εξάλλου, η παρακολούθηση του περιβάλλοντος οδηγεί στην ανίχνευση και την αποτροπή ενδεχόμενων αλλαγών που θα

μπορούσαν να απαξιώσουν πτυχές του στρατηγικού σχεδιασμού. Επιπλέον στο επίκεντρο του στρατηγικού σχεδιασμού βρίσκονται τα εργαλεία υλοποίησής του. Επιλογή που υποδεικνύει το ρόλο τους στην επίτευξη της αριστείας (Sower, 2011).

Σχήμα 3-7: Ενσωμάτωση ποιότητας σε όλες τις πτυχές της στρατηγικής νοσοκομείου (Bronson) κατά το υπόδειγμα της STQM.



3Cs: Clinical Excellence, Corporate Effectiveness, and Customer and Service Excellence

Κλινική Αριστεία, Επιχειρηματική αποδοτικότητα, Πελάτες και Άριστες Υπηρεσίες

MVV: Mission, Vision, Values – Όραμα-Αποστολή-Αξίες

PDCA: Plan-Do-Study-Act – Μοντέλο Deming

Πηγή: Sower, 2011

Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι η έλλειψη ευθυγράμμισης της TQM με τη στρατηγική διαπιστώνεται στη φάση ανάπτυξής της (π.χ. Srinidhi, 1998), οπότε εκδηλώνονται και οι αντιστάσεις στην αλλαγή. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ότι νοσοκομεία που είχαν προσεγγίσει την TQM στρατηγικά και αναπτυξιακά, και δεν την υιοθέτησαν απλώς ως μια αμυντική στρατηγική για τον έλεγχο του κόστους ή τη συμφωνία με τις απαιτήσεις του πελάτη, εφάρμοσαν με επιτυχία τις αρχές ολικής ποιότητας. Σε αυτές τις έρευνες (π.χ. Huq, 2005), αναδεικνύονται ορισμένα ζητήματα, τα οποία μπορούμε να προσδιορίσουμε ως σημαντικούς παράγοντες, για το πλαίσιο αναφοράς της παρούσας:

- (α) οι γιατροί διαδραμάτισαν με άριστο τρόπο το ρόλο των εσωτερικών πελατών, συμμετέχοντας ενεργά στις ομάδες για την εκπόνηση των σχεδιασμών κι έτσι χαρακτηρίστηκαν το «κλειδί» της επιτυχίας,
- (β) η ανώτατη διοίκηση είχε δεσμευτεί στην ποιότητα και υλοποιούσε τη δέσμευσή της συμμετέχοντας ενεργά
- (γ) δόθηκε ιδιαίτερα βαρύτητα στην εκπαίδευση και στην προετοιμασία των εργαζομένων
- (δ) η διοίκηση εστίασε στο μέλλον με αποφάσεις, όχι μόνο για τη βελτίωση της τρέχουσας απόδοσης αλλά και της μελλοντικής σε σχέση με τον ανταγωνισμό.

Τα παραπάνω στοιχεία επιτυχίας παραπέμπουν ευθέως στην STQM (πίν. 3-10), με σημαντικότερο εκείνο που αφορά στην ιατρική κυριαρχία: από πρώτος στην ταξινόμηση φραγμός για τη διοίκηση ποιότητας, ίσως να μπορεί με τη στρατηγική διοίκηση να αναβαθμιστεί σε κλειδί επιτυχίας.

4. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

4.1. Η αγορά και οι δαπάνες υπηρεσιών υγείας

4.1.1. Ζήτηση και προσφορά

Διαχρονικά, υπάρχει διάσταση απόψεων για τον χαρακτήρα της υγείας ως οικονομικό αγαθό. Η μία άποψη το τοποθετεί στα ιδιωτικά-ατομικά αγαθά, δηλαδή σε εκείνα για τα οποία ο καταναλωτής αποφασίζει ορθολογικά, ανταγωνίζεται με τους άλλους και μπορεί να τα προμηθευθεί μόνο έναντι χρημάτων, διαφορετικά αποκλείεται από την αγορά. Η δεύτερη άποψη, κινείται αντιδιαμετρικά, εκτιμώντας την υγεία ως συλλογικό-κοινωνικό αγαθό χωρίς αποκλεισμούς, το οποίο καθώς αποκτάται με τη γέννηση, καλείται το άτομο να το προστατεύσει και να το προάγει, προς όφελος του ίδιου και της κοινωνίας (Σούλης, 1999· Σουλιώτης, 2000).

Η πρώτη άποψη, μπορεί να καταρριφθεί όχι μόνο για ηθικούς λόγους -αποκλεισμός των «μη εχόντων»- αλλά κι επειδή η καταναλωτική συμπεριφορά του ατόμου που χρειάζεται υπηρεσίες υγείας, διαφέρει σημαντικά από την τυπική των υπηρεσιών. Επιπλέον όσων αναπτύχθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιδιαιτερότητες της καταναλωτικής συμπεριφοράς του ασθενούς πριν την απόφαση (φόβος, δισταγμός, κ.ά), επηρεάζουν την ικανότητά του να επιλέξει τη θεραπεία, προτιμώντας τις περισσότερες φορές την αντιληπτικά ασφαλέστερη και οικονομικά φθηνότερη. Από την άλλη πλευρά, όταν βιώνει θλίψη φαίνεται να προτιμά θεραπείες υψηλού κινδύνου και κόστους σε μια προσπάθεια να παρηγορηθεί (Berry, Bendapudi, 2007).

Θεωρητικά, η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει διαχρονική διακύμανση, που μπορεί να καλύπτεται ικανοποιητικά Lovelock (1983)²⁵, ενώ στα ιδιωτικά συστήματα υγείας, τουλάχιστον, υπάρχει μια ανάστροφη σχέση μεταξύ ζήτησης και προσφοράς: σε αντίθεση με άλλες υπηρεσίες στις οποίες η ζήτηση αυξάνει την προσφορά, στον τομέα της υγείας η προσφορά αυξάνει τη ζήτηση (Berry, Bendapudi, 2007). Στον τομέα της υγείας, υπάρχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες ζήτησης και προσφοράς, οι οποίες συνυπάρχοντας μόνο σε αυτήν την αγορά, την καθιστούν ατελή (Σούλης, 1999· Κυριόπουλος, 2007).

²⁵ Ο Lovelock έχει δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ταξινόμησης υπηρεσιών, σε σχέση με το μοντέλο αυτότητας της Shostack (1977, 1982), με κριτήρια: φύση υπηρεσίας, σχέση παρόχου-χρήστη, προσαρμογή υπηρεσιών και συμμετοχή του παραγωγού, μέθοδο παράδοσης και διακύμανση ζήτησης και προσφοράς.

Πίνακας 4-1: Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγοράς υπηρεσιών υγείας

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ-ΑΙΤΙΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Ασύμμετρη πληροφόρηση	Αντανακλά το διπλό ρόλο του γιατρού ως «παραγωγός- πελάτης» επειδή ο ασθενής δεν έχει τις πληροφορίες και τις γνώσεις ώστε να αποφασίσει για τις υπηρεσίες που πραγματικά έχει ανάγκη.	Προκλητή ζήτηση: Η εκχώρηση του δικαιώματος επιλογής, από πλευράς του ασθενή, ενισχύει περαιτέρω τη θέση του γιατρών και την αύξηση των δαπανών υγείας.
Ηθικός Κίνδυνος	Καλλιεργείται στη βάση ελλιπούς πληροφόρησης. Προκαλείται από την ύπαρξη μεσαζόντων (ασφαλιστικοί φορείς) που πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγείας. Εκδηλώνεται με αδιαφορία ασθενών και γιατρών για το ύψος της δαπάνης υγείας.	<i>Ιδιωτικά συστήματα:</i> Αύξηση ασφαλιστρών και αναποτελεσματική κατανομή πόρων. <i>Δημόσια συστήματα:</i> Ευθεία απειλή για την κοινωνική ευημερία λόγω σπατάλης πόρων, στη βάση της αντίληψης «άλλος πληρώνει».
Εξωτερικότητες	Οφείλεται στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια ενός ατόμου στους οικειούς, την κοινότητα και την κοινωνία.	Διαταραχή ρυθμών και ποιότητα ζωής του οικείου περιβάλλοντος Απειλή για τη δημόσια υγεία.
Δυσμενής επιλογή	<i>Ιδιωτικά συστήματα:</i> Οφείλεται στις ίδιες κύριες αιτίες του ηθικού κινδύνου. <i>Δημόσια συστήματα:</i> Η αδυναμία των ατόμων να επιλέξουν το δημόσιο ασφαλιστικό φορέα τους. Εντονότερη όταν οι παροχές διαφέρουν κατά την ποσότητα, ποιότητα και συμμετοχή του ασθενούς.	<i>Ιδιωτικά συστήματα:</i> Αύξηση των αποζημιώσεων που θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος και του ασφάλιστρου, με αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού λόγω εξόδου ατόμων από την ασφάλιση. <i>Δημόσια συστήματα:</i> Ανισότητες
Ανισότητες	Οφείλονται σε άνιση κατανομή και διάθεση πόρων λόγω κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων. Εκδηλώνονται με μερικό ή ολικό αποκλεισμό ομάδων πληθυσμών από τα συστήματα υγείας.	Διαφορές σε είδος, ποσότητα, ποιότητα, πρόσβαση και κόστος, υπηρεσιών υγείας.
Μονοπωλιακές τάσεις	Αναπτύσσονται επί αδυναμίας του ασθενούς να διαπραγματευθεί τη δαπάνη για την υπηρεσία που έχει ανάγκη.	Αποκλεισμοί και ανισότητες. Διόγκωση των δαπανών υγείας, χωρίς ανάλογη βελτίωση του υγειονομικού αποτελέσματος.
Αβεβαιότητα στη ζήτηση	Αντανακλά το «άγνωστο» της ζήτησης: του χρόνου εκδήλωσης μιας αρρώστιας, του είδους και της ποσότητας υπηρεσιών που απαιτηθούν.	Από την πλευρά του παρόχου (προσφορά) εκδηλώνεται με τη μορφή του αμφισβητούμενου αποτελέσματος, μιας υπηρεσίας.
Ανεπαρκής αξιολόγηση	Συνδέεται με τις ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, τη δυσκολία προσδιορισμού κατάλληλων κριτηρίων και την υποτυπώδη εκπαίδευση του προσωπικού που ασχολείται στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.	Μη ορθή εκτίμηση του υγειονομικού αποτελέσματος και αναπόφευκτα η διόγκωση των δαπανών

Πηγές: Κατοστάρας, 2006· Υφαντόπουλος, 2006· Κυριόπουλος, 2007· Μανιαδάκης και συν., 2007· Pauly, 2008· Kumpmann, 2009· Τούντας, 2009, ίδια προσαρμογή.

Σε σχέση με τη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να προσθέσουμε και τα εξής: (Υφαντόπουλος, 2006· Κυριόπουλος, 2007· Kumpmann, 2009):

- *Προκλητή ζήτηση:* Θεωρητικά, οι γιατροί ενισχύουν το ατομικό τους εισόδημα κατά ποσότητα ίση με εκείνη που προκαλείται από το φαινόμενο σε βάρος του

συστήματος υγείας. Η μετατόπιση της ζήτησης μπορεί να οφείλεται σε αλλαγή προτιμήσεων ή προσδοκιών των ασθενών και της προσφοράς στην υπερπληθώρα γιατρών, ενώ συνήθως οι τιμές όχι μόνο δεν μειώνονται αλλά μπορεί να αυξάνονται, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα.

- *Ηθικός κίνδυνος*: Η πλήρης κάλυψη των ζητούμενων υπηρεσιών δεν μπορεί, μόνη, να σηματοδοτεί τη βελτίωση του υγειονομικού αποτελέσματος, εφόσον η αλόγιστη χρήση φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων συνιστούν, δυνητικό κίνδυνο για την ατομική υγεία και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να δημιουργούν και εξωτερικές οικονομίες.
- *Μονοπωλιακές τάσεις*: Στα ιδιωτικά ή και στα μεικτά συστήματα, επικρατεί ένα διμερές μονοπώλιο λόγω του ρυθμιστικού ρόλου των γιατρών, που μπορούν να ελέγχουν τη ζήτηση και την προσφορά.

4.1.2. Χρηματοδότηση και δαπάνες

Στην έννοια της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας δεν περιλαμβάνονται μόνο οι πηγές άντλησης οικονομικών πόρων. Τόσο ο τρόπος κατανομής και διαχείρισης των πόρων αυτών, όσο και οι μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών αποτελούν χρηματοδοτικές πτυχές, συνδεδεμένες στενά με τους παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα υγείας, την ταξινόμησή του, το επίπεδο περίθαλψης, τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών και της αγοράς, αλλά και την ποιότητα (Σούλης, 2009).

Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, κυριαρχεί το μεικτό σύστημα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, με την κρατική συμμετοχή να προέρχεται είτε απευθείας από τον εθνικό προϋπολογισμό είτε/και μέσω των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ανάλογα με το είδος του συστήματος περίθαλψης και ασφάλισης κάθε χώρας. Για παράδειγμα, στη Γερμανία (Bismark) το 70% των πόρων προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο (Beveridge) το ποσοστό αυτό είναι 20% και το υπόλοιπο προέρχεται από τον προϋπολογισμό της κεντρικής ή/και της περιφερειακής κυβέρνησης. Στη συντριπτική πλειονότητα των χωρών, το κράτος αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, με ποσοστά συμμετοχής μεγαλύτερα από 80%, ενώ μόνο σε ΗΠΑ, Μεξικό και Χιλή το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 50% και κάτω. Η κρατική συμμετοχή στα φάρμακα και τα άλλα βοηθήματα δεν είναι τόσο υψηλή, ακόμα και στις χώρες που επικρατεί δημόσιο χρηματοδοτικό μοντέλο, με μέσο ποσοστό κάλυψης 54% (OECD, 2013).

Πίνακας 4-2: Πηγές και μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας.

ΠΗΓΕΣ	ΜΕΘΟΔΟΙ	
	Α΄ βάρθμια Φροντίδα	Β΄ βάρθμια Φροντίδα
Κρατικός Προϋπολογισμός	Κατά πράξη	Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο Πάγιο.
Κοινωνική Ασφάλιση	Με μισθό	Ημερήσιο ευέλικτο νοσήλιο Ανά ειδικότητα.
Ιδιωτική Ασφάλιση	Κατά κεφαλή	Ημερήσιο ανοικτό Ανά όγκο ιατρικών πράξεων
Πληρωμές Ιδιωτών		Κατά πράξη Ξεχωριστή κοστολόγηση πράξεων.
Διεθνείς Οργανισμοί		Σφαιρικοί προϋπολογισμοί Υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία του προηγούμενου έτους, το δείκτη τιμών και τον πληθωρισμό και τις ανάγκες του νοσοκομείου.
		Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες DRGs- Προκοστολογημένη διάγνωση.

Πηγή: Σούλης, 1999· OECD, 2013, ίδια προσαρμογή.

Σε ό,τι αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες, την τελευταία δεκαετία βαίνουν αυξανόμενες είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, είτε με απευθείας πληρωμές. Η Ελλάδα διαχρονικά, παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλό ποσοστό απευθείας πληρωμών (>30%), ίσως και το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ με συστήματα υγείας δημόσιας χρηματοδότησης. Ωστόσο, ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησής τους από το 2011 κι έπειτα, αποδίδεται στο μέτρο της πληρωμής πάγιου ποσού 5 ευρώ, για εξέταση στα κρατικά νοσοκομεία, που λήφθηκε στο πλαίσιο των δεσμεύσεων έναντι των δανειστών (Karaniolos, 2013· OECD, 2013).

Τέλος, το χρηματοδοτικό κριτήριο που έχει καθιερώσει ο ΟΟΣΑ, για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας, αποτελεί ταυτόχρονα και κριτήριο αξιολόγησής τους, σε συνδυασμό με τους εθνικούς οικονομικούς και δημογραφικούς δείκτες (Böhm et al., 2012· Πολύζος, Δρακόπουλος, 2008).

4.1.3. Επιπτώσεις οικονομικών κρίσεων

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, σε συνδυασμό με τις ιδιαιτερότητες της αγοράς υγείας, οδήγησαν στη συνεχή αύξηση των δαπανών που είναι δυσανάλογη όχι μόνο με το επίπεδο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά ακόμα και με τους ρυθμούς ανάπτυξης των χωρών (Γκόλνα, 2006).

Συνακόλουθα, και τα δύο συστήματα δέχθηκαν πιέσεις φθάνοντας στις μέρες μας, λόγω της οικονομικής κρίσης, να αμφισβητείται ευθέως η βιωσιμότητά τους. Έχει αποδειχθεί ιστορικά,

αλλά και από έρευνες κατά την τρέχουσα συγκυρία (Catalano, 2009·Lusardi et al., 2010·ILO, 2010) ότι οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν δυσμενώς το επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Η μείωση των εισοδημάτων και η ανεργία οδηγούν σε διαταραχή της:

- σωματικής υγείας -κακή διατροφή, περιορισμός υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία και στο σπίτι, αύξηση της παιδικής εργασίας, κ.ά.,
- ψυχικής υγείας -κατάθλιψη, αυτοκτονίες, κ.ά. και
- κοινωνικής υγείας -επιθετικότητα, ανατροπή αξιών, κοινωνικός αυτοματισμός, κ.ά.

Πίνακας 4-3: Στοιχεία δαπανών υγείας χωρών μελών ΟΟΣΑ, 2000- 2011.

Χώρες	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (USD)	% ΑΕΠ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ	
			% ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ 2011	% ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ	2000-2009	2009-2011
Ελλάδα	2.360,8	9,1	*65,1	28,5	5,3	-11,1
Ιρλανδία	3.699,5	8,9	67,0	17,5	7,0	-6,6
Ισλανδία	3.304,9	9,0	80,4	15,4	1,6	-3,8
Εσθονία	1.302,7	5,9	79,3	21,5	7,2	-3,0
Πορτογαλία	2.618,8	10,2	65,0	17,9	1,8	-2,2
ΗΒ	3.405,5	9,4	82,8	-	5,3	-1,8
Δανία	4.448,2	10,9	85,3	6,8	3,3	-1,8
Σλοβενία	2.420,6	8,9	73,7	19,5	3,8	-1,2
Τσεχία	1.966,0	7,5	84,2	20,0	5,9	-0,8
Ισπανία	3.072,2	9,3	73,0	17,4	4,1	-0,5
Ιταλία	3.012,0	9,2	77,8	16,2	1,6	-0,4
OECD32	3.322,0				4,1	0,2
Αυστρία	4.546,4	10,8	76,2	11,7	2,2	0,2
Νορβηγία	5.668,6	9,3	84,9	6,8	2,8	0,5
Γαλλία	4.117,9	11,6	76,8	15,6	2,1	0,7
Καναδάς	4.521,6	11,2	70,4	16,6	3,5	0,8
Ολλανδία	5.098,9	11,9	-	9,4	5,5	1,0
Πολωνία	1.452,4	6,9	70,3	22,5	7,1	1,2
ΗΠΑ	8.507,6	17,7	47,8	11,7	3,4	1,3
Ελβετία	5.642,6	11,0	64,9	9,4	1,9	1,4
Σουηδία	3.924,8	9,5	81,6	12,1	3,4	1,8
Γερμανία	4.494,7	11,3	76,5	14,1	2,1	2,1
Ουγγαρία	1.688,7	7,9	65,0	33,4	3,1	2,6
Ν. Κορέα	2.198,5	7,4	55,3	20,2	9,3	6,3

* Διαφορετικός τρόπος υπολογισμού

Πηγή: OECD, 2013.

Η τρέχουσα οικονομική κρίση, πλήττοντας τόσο τη ζήτηση όσο και την προσφορά υπηρεσιών υγείας, υπήρξε ερευνητική αφορμή σχετικά με τις επιπτώσεις όχι μόνο στο επίπεδο υγείας

των πληθυσμών αλλά και επί των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό διαπιστώθηκαν τα εξής (Lusardi, 2009·WHO, 2009·Catalano, 2009):

- (α) σε χώρες όπου κυριαρχεί η δημόσια χρηματοδότηση, στην αρχή της κρίσης περιορίζεται η προσφορά των δωρεάν υπηρεσιών, ενώ αυξάνεται και το ύψος της συμμετοχής των πολιτών για την παραγωγή υπηρεσιών. Έτσι, αρχικά μειώνεται η ζήτηση τακτικών υπηρεσιών υγείας, κυρίως λόγω της επιβολής εξέταστρου, και σταδιακά μετακινείται προς τις υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής σε μια προσπάθεια να ξεπεραστούν τα εμπόδια δασμών. Για τους ίδιους λόγους μειώνεται και η ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας χρόνιων παθήσεων, ενώ οι ασκούμενες πολιτικές για την πρόληψη των νόσων περιορίζονται δραματικά.
- (β) σε χώρες με κυρίαρχη την ιδιωτική χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, η ζήτηση επίσης μειώνεται λόγω της μείωσης των εισοδημάτων και της ανεργίας και μετακινείται προς το δημόσιο τομέα, όπου λόγω περιορισμένων κονδυλίων καλούνται οι ασθενείς να πληρώσουν ακριβότερα.
- (γ) στη συνέχεια, κι ενώ σταδιακά αλλοιώνεται το δημογραφικό και νοσολογικό προφίλ των πληθυσμών, αυξάνεται η ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τότε, τα συστήματα υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν με περιορισμένους πλέον πόρους, πολλές νέες αλλά και παραμελημένες νόσους, οι δαπάνες διογκώνονται περαιτέρω και αμφισβητείται ευθέως η βιωσιμότητά τους.

Ενδεχομένως δε, σε αυτές τις περιόδους, οι υπηρεσίες να κατατάσσονται να μεν σε εκείνες με ευρεία διακύμανση της ζήτησης, αλλά ταυτόχρονα και σε εκείνες χαμηλής ανταπόκρισης. Ταξινόμηση, η οποία παραπέμπει κατά τον Lovelock (1983) σε ανεπαρκή παραγωγική βάση.

4.2. Το νοσοκομειακό κόστος

4.2.1. Οικονομικοί στόχοι νοσοκομείου

Ένα νοσοκομείο ως τόπος παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, με την απορρόφηση σχετικών δαπανών, αποτελεί μια μονάδα με κοινωνικούς αλλά και οικονομικούς στόχους που εκφράζονται συνήθως μέσω μιας συνάρτησης ευημερίας. Δηλαδή με έναν κανόνα κατάταξης εναλλακτικών ως προς την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στη βάση της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας (Υφαντόπουλος, 2006· Κυριόπουλος, Λασπά, 2008).

Με δεδομένες τις ιδιαιτερότητες στην προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών υγείας και τη μεγάλη ανομοιογένεια του νοσοκομειακού προϊόντος, οι στόχοι ενός νοσοκομείου επηρεάζονται τόσο από τη συμπεριφορά των καταναλωτών όσο και από εκείνη των εργαζομένων και συνοψίζονται στη *μεγιστοποίηση* (Υφαντόπουλος, 2006):

- (α) της παραγωγής κατά την ποιότητα-χρησιμότητα και την ποσότητα,
- (β) της αξιοποίησης όλων των πόρων και
- (γ) του κέρδους ανάλογα με τη μορφή (ιδιωτικό ή δημόσιο)

Ειδικότερα για τη μεγιστοποίηση του κέρδους ενός νοσοκομείου, πρέπει να επισημανθεί ότι βρίσκεται αντιμέτωπη με τη μεγιστοποίηση του ατομικού κέρδους των γιατρών, όπως περιγράφηκε, ή άλλων επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στις αποφάσεις, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα (Πολύζος, 2008).

Η ανταπόκριση στους στόχους, ως αντικείμενο της οικονομικής αξιολόγησης μιας νοσοκομειακής μονάδας, αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαδικασία κατά την οποία εξετάζεται η επάρκεια πόρων, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών²⁶ (Σούλης, 1999).

Η *επάρκεια* αφορά στην ανταπόκριση των πόρων ενός νοσοκομείου για την κάλυψη των ζητούμενων υπηρεσιών, σε σχέση με τους στόχους του, και προσδιορίζεται ανάλογα με το βαθμό καταλληλότητας, ισότητας και αποδοχής ή αλλιώς κατά την ποιοτική και ποσοτική διάσταση των πόρων. Εκτός από τη σπανιότητα και ανταγωνιστική χρήση πόρων που επέχουν θέση αξιώματος στην οικονομική επιστήμη, επιπλέον τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν περιορισμένους πόρους, φαινόμενα σπατάλης, αλλά και αυξημένη την αναγκαιότητα επιλογής σε σχέση με την υπηρεσία που πρέπει να απορροφηθούν οι διαθέσιμοι πόροι²⁷ (Σούλης, 1999-Κυριόπουλος, 2007).

Η *αποτελεσματικότητα* αντανακλά τη σχέση μεταξύ παραγωγικών συντελεστών και ενός αποτελέσματος για το οποίο διατέθηκαν. Δηλαδή είναι η σχέση των εισροών και των εκροών κατά την ποιοτική και ποσοτική τους πτυχή. Με κριτήριο το οικονομικό όφελος, η

²⁶ Μια άλλη μέθοδος είναι η συγκριτική αξιολόγηση δυο μονάδων ή δύο συστημάτων υγείας για την εφαρμογή της οποίας υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις κατά τον πληθυσμό, τη γεωγραφία, τις δομές και τις υποδομές αλλά και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, και όλα πρέπει να έχουν ομοιότητες (Σούλης, 1999.)

²⁷ π.χ. κατανομή σε εξωτερικά ιατρεία ή εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις; Εξαρτάται από τη ζήτηση αλλά και από την καταλληλότητα των διαθέσιμων πόρων.

αποτελεσματικότητα²⁸ προσδιορίζεται ως *αποδοτικότητα* ενώ με κριτήριο τις εισροές αντιστοιχεί στην *παραγωγικότητα* (Κυριόπουλος, Λασπά, 2011).

Η *απόδοση ή επίδοση* των νοσοκομειακών μονάδων δηλαδή η οικονομική σχέση εισροών και εκροών, εκτιμάται με τη συγκριτική μέθοδο, και κατά τους δύο τύπους: (α) *τεχνική αποδοτικότητα*, όταν αναζητείται ο αποδοτικότερος τρόπος ικανοποίησης μιας ανάγκης για την οποία έχει ήδη ληφθεί απόφαση και (β) *καταναλωτική αποδοτικότητα*, όταν πρέπει να επιλεγεί μια από τις εναλλακτικές σε σχέση με το δίπτυχο κόστος-όφελος (Σούλης, 1999· Κυριόπουλος, Γείτονα, 2008).

Η *αποδοχή*, αποτελεί ίσως τον κρισιμότερο παράγοντα για την αποτελεσματικότητα ενός νοσοκομείου καθώς αντικατοπτρίζει το βαθμό κατά τον οποίο το σύνολο των εμπλεκομένων (ασθενείς, εργαζόμενοι, κοινότητα), αποδέχονται τις διαδικασίες που ακολουθούνται για την επίτευξη του σκοπού (Σούλης, 1999).

4.2.2. Κατηγορίες κόστους

Το κόστος αν και γίνεται αντιληπτό μέσω της νομισματικής αξίας μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος, ενσωματώνει όλα όσα δαπανήθηκαν, υλικά και άυλα, αλλά και όσα χάθηκαν για την παραγωγή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας ή ενός συγκεκριμένου προϊόντος. Υπό αυτήν την έννοια, η τιμή αντιστοιχεί στο κόστος παραγωγής, στο κόστος ευκαιρίας αλλά και στο ψυχολογικό (Kotler, Zaltman, 1971). Μάλιστα, στο μοντέλο μείγματος μάρκετινγκ των 7Ps-7Cs,²⁹ το οποίο εφαρμόζεται για τη δημιουργία αξίας και στις ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες, το κόστος τοποθετείται ως «όφελος» του καταναλωτή ευθυγραμμιζόμενο με την τιμή, που αποτελεί το αντίστοιχο κριτήριο επιλογής (Souba et al., 2001).

Όπως όλες οι επιχειρήσεις, έτσι και τα νοσοκομεία, ταξινομούν το κόστος κυρίως σε σχέση με το επίπεδο δραστηριότητας και τις υπηρεσίες ως ακολούθως:

A. Κόστος ανά επίπεδο δραστηριότητας

Το συνολικό κόστος ανάλογα με το επίπεδο δραστηριότητας προσδιορίζεται ως άθροισμα του *σταθερού* και του *μεταβλητού* κόστους. Το πρώτο, παραμένει *σταθερό* σε βραχυχρόνια

²⁸ Συχνά, δίνοντας τον ορισμό της αποτελεσματικότητας, επισημαίνεται ο ποιοτικός χαρακτήρας μόνο των εκροών (π.χ. Σούλης, 1999:318.Υφαντόπουλος, 2006:86, Κυριόπουλος, Λασπά, 2011:31). Ωστόσο, όπως είναι αντιληπτό η ποιότητα των πόρων διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο επί του αποτελέσματος. Άλλωστε έστω και έμμεσα, η ποιότητα των πόρων προσδιορίζεται στο πλαίσιο της επάρκειας, τουλάχιστον ως καταλληλότητα..

²⁹ Στο μοντέλο των ευθυγραμμισμένων 7Ps-7Cs, ο καταναλωτής αξιολογεί μια υπηρεσία με ένα κριτήριο (P) ώστε αν ικανοποιείται να «εισπράξει» κι ένα αντίστοιχο όφελος (C) (Gummesson, 1994).

περίοδο, είτε λειτουργεί το νοσοκομείο με χαμηλό δείκτη κάλυψης είτε με πλήρη. Σε αυτό περιλαμβάνεται το μισθολογικό, οι φόροι κατοχής ασθενοφόρων, το κόστος περιοδικής συντήρησης μηχανημάτων και άλλα αμετάβλητα κόστη (Υφαντόπουλος, 2006).

Ο Δημητριάδης (1996) αναφέρει και το *ημι-σταθερό* κόστος των επιχειρήσεων, το οποίο ενδεχομένως να προκύπτει και σε ένα νοσοκομείο είτε σε μακροχρόνια περίοδο επί σταθερών εξόδων, είτε όμως και λόγω απρόβλεπτων αναγκών, οπότε ένα μέρος του μεταπίπτει σε ημισταθερό. Για παράδειγμα, σε επιδημικές περιόδους λόγω υπερβολικής χρήσης εξοπλισμού (αναλυτές, συμβατικά εμφανιστήρια, κ.λπ) απαιτείται και ενδιάμεση, έκτακτη συντήρηση.

Το *μεταβλητό* κόστος κυμαίνεται αναλογικά με την παραγωγικότητα και στην περίπτωση των νοσοκομείων αντιστοιχεί στο κόστος που διαμορφώνεται από τη νοσηλεία, περιλαμβάνοντας τα υγειονομικά και διοικητικά έξοδα. Η πορεία του είναι χαρακτηριστικά αυξητική κατά τις πρώτες μέρες νοσηλείας ενώ πλησιάζοντας προς το εξιτήριο βαίνει μειούμενο (Υφαντόπουλος, 2006).

B. Κόστος υπηρεσιών

Στην κατηγορία αυτή, το νοσοκομειακό κόστος ταξινομείται σε άμεσο, έμμεσο και κρυφό, το σύνολο των οποίων, προσδιορίζει το συνολικό *οικονομικό* και *κοινωνικό* κόστος. Σε αντιστοιχία με οικονομικά και κοινωνικά οφέλη, η μελέτη αυτών των τριών κατηγοριών επεκτείνεται, πέραν των οικονομικών, και στις κοινωνικές διαστάσεις του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Συγκρινόμενα κατά το μέγεθος και την ποσοτικοποίηση, το έμμεσο κόστος είναι μεγαλύτερο από το άμεσο, ενώ υπάρχει δυσκολία στη μέτρηση του κρυφού κόστους, ως μέγεθος κατ' εξοχήν ποιοτικό, έναντι των υλικών μεγεθών που περιλαμβάνονται στις άλλες δύο κατηγορίες (Υφαντόπουλος, 2006).

Στο *άμεσο κόστος* περιλαμβάνονται όλα τα σταθερά και μεταβλητά κόστη όπως διαμορφώνονται από τη στιγμή διαπίστωσης μιας παθολογικής κατάστασης μέχρι και την αποθεραπεία ή/και τη συνέχιση της νοσηλείας κατ' οίκον και έχουν τις εξής πηγές (Υφαντόπουλος, 2006):

- Υγειονομική περίθαλψη, φροντίδα και αποκατάσταση υγείας νοσοκομειακή και κατ' οίκον.
- Χρήση της τεχνολογίας, αμιγώς ιατρικής και άλλης (π.χ. πληροφορική)
- Έρευνα, παρασκευή και χρήση φαρμάκων (καλή ή κακή).
- Έρευνα, ανάπτυξη, εκπαίδευση, επιμόρφωση ανθρώπινου δυναμικού.

- Φροντίδα ασθενών και οικείου περιβάλλοντος, μη ιατρική (π.χ. μεταφορά)
- Διοικητική και λειτουργική υποστήριξη.

Το *έμμεσο κόστος*, αποτελεί μια πολύ σημαντική πτυχή του συνολικού, οικονομικού και κοινωνικού, υγείας και ασθένειας, αντανακλώντας ποσοτικά τις απώλειες στην παραγωγικότητα και την κοινωνική ζημία που επιφέρει μια αρρώστια. Για το λόγο αυτό συχνά αναφέρεται και ως *κοινωνικό κόστος*. Με βάση την απώλεια εισοδήματος του ασθενούς λόγω αποχής από την εργασία, εκτιμάται το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας, ενώ εκείνο της θνησιμότητας βασίζεται στο διαφυγόν εισόδημα λόγω θανάτου ενός παραγωγικού μέλους μιας οικογένειας ή ενός κοινωνικού συνόλου. Το κοινωνικό κόστος μεγαθύνεται και από την πρόσθετη επιβάρυνση των ασφαλιστικών φορέων λόγω προσωρινής ή μόνιμης ανικανότητας για εργασία (Κυριόπουλος, Γείτονα, 2008).

Μια επιμέρους κατηγορία κόστους που συνδέεται με την παραγωγικότητα είναι το *κόστος τριβής*. Προκύπτει από τις απώλειες κατά την περίοδο από τη διακοπή της εργασίας, λόγω ασθένειας, μέχρι την αντικατάσταση του ατόμου στην παραγωγική θέση. Ουσιαστικά, το κόστος αυτό μεταφράζει ποσοτικά την απώλεια χρόνου και απασχολεί τα νοσοκομεία, όταν αναγκάζονται σε μετακινήσεις υπαλλήλων για την ενίσχυση τμημάτων ή επειδή αντιμετωπίζουν γενικότερα έλλειψη ανθρώπινων πόρων (Birkmeyer et al., 2002·Κυριόπουλος, Λασπά, 2011).

Το *κρυφό κόστος* αποτιμά τις ψυχολογικές επιπτώσεις που ακολουθούν την απώλεια της καλής υγείας σε επίπεδο ατομικό και οικογενειακό και οι οποίες προκύπτουν λόγω φόβου, αγωνίας, πόνου, απομόνωσης, στιγματισμού, λειτουργικής ανεπάρκειας, διαταραχής των σχέσεων με την οικογένεια και τον περίγυρο, και μιας σειράς άλλων καταστάσεων (Υφαντόπουλος, 2006).

Η συγκεκριμένη κατηγορία απασχολεί πολλά χρόνια την επιστημονική κοινότητα, όχι μόνο επειδή η αποτίμησή του είναι εξαιρετικά δυσχερής. Οι Zaltman και Vertinsky (1971) στο πλαίσιο ανάπτυξης ενός μοντέλου μάρκετινγκ για την υγεία, επισημαίνουν ότι η αντίληψη για τη σοβαρότητα μιας αρρώστιας μετριέται με το καθαρό οικονομικό, σωματικό και κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται η εκδήλωσή της ενώ το συνολικό αυτό κόστος αποτελεί και παράγοντα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και του βαθμού ανταπόκρισης στην ανάγκη για αποκατάσταση της υγείας.

Την ίδια εποχή, οι Kotler και Zaltman (1971) υπογράμμισαν το ψυχολογικό κόστος που συνεπάγεται η καλή υγεία, φέροντας ως παράδειγμα τις ανησυχίες που προκαλούν οι εμβολιασμοί και τη διακοπή του καπνίσματος, οπότε το ψυχολογικό κόστος είναι πολύ σημαντικότερο από το οικονομικό όφελος. Οι ίδιοι, ανέφεραν και το κόστος που προκύπτει από την ψυχολογική κακοποίηση φτωχών ασθενών κατά την προσπάθειά τους να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας χωρών της Λατινικής Αμερικής. Η γραφειοκρατία, ο χρόνος αναμονής, οι πολλές συνεντεύξεις από άλλους επαγγελματίες υγείας, ώστε να αποφασισθεί αν πρέπει να εξετασθούν ή όχι, και τελικά η αβεβαιότητα για τη συνάντηση με το γιατρό, διαπιστώθηκαν ψυχολογικά κοστοβόρες διαδικασίες, ώστε συχνά οδηγούσαν στην επιλογή να πληρώσουν ακόμα και γιατρούς χωρίς άδεια άσκηση επαγγέλματος.

4.2.3. Εκτίμηση αποδοτικότητας και αποτίμηση κόστους

Η αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου εκτιμάται, συνήθως, με τη χρήση των συναρτήσεων παραγωγής και κόστους υγείας. Πρόκειται για πολυπαραγοντικές συναρτήσεις, καθώς η εξαρτημένη μεταβλητή, επίπεδο υγείας ή παραγόμενες υπηρεσίες και κόστος αντίστοιχα, επηρεάζεται από τον σύνολο των εισροών (πόρων) ενός νοσοκομείου. Και οι δύο έχουν τόσο βραχυχρόνια όσο και μακροχρόνια αξιολογική ικανότητα ενώ μπορούν να εφαρμόζονται σε μία υγειονομική μονάδα ή συγκριτικά μεταξύ μονάδων. Στην πρώτη περίπτωση, η εκτίμηση αφορά την τεχνική αποδοτικότητα, ενώ με τη σύγκριση εξάγουμε συμπεράσματα για τη σχετική αποδοτικότητα (Υφαντόπουλος, 2006·Πολύζος, 2008).

Προκειμένου να είναι συγκρίσιμα τα στοιχεία των μονάδων υγείας, εθνικά και υπερεθνικά, έχουν υιοθετηθεί ορισμένοι ικανοί δείκτες (πίν. 4-4), που μπορούν να ταξινομηθούν αφενός σε σχέση με τους πόρους και τα αποτελέσματα, αφετέρου σε σχέση με το επίπεδο: μικρο- για τα νοσοκομεία και μακρο- για το σύστημα υγείας, συνδυασμένοι με τους δημογραφικούς και δείκτες υγείας, όπως αναφέρθηκαν (Σούλης, 1999· Γούλα, 2007).

Η ανάλυση του κόστους μέσω των συναρτήσεων³⁰ αναδεικνύει σημαντικά στοιχεία για την οικονομική βιωσιμότητα ενός νοσοκομείου, εστιάζοντας σε σχετικές μορφές κόστους όπως το μέσο και το οριακό και στην ύπαρξη ή όχι οικονομικών κλίμακας. Το μέσο ή ανά μονάδα κόστος, εκφράζει το συνολικό κόστος ανά ασθενή, κλίνη, ή άλλη εισροή, και το οριακό κόστος μετρά τη μεταβολή του κόστους λόγω μεταβολής του αριθμού ασθενών. Το σημείο

³⁰ Συνήθεις μορφές: γραμμικές πολλαπλών παραγόντων, πολυωνυμικές και λογαριθμικές συναρτήσεις, παλινδρόμηση.

όπου εξισώνονται το μέσο και το οριακό κόστος εκτιμάται ως το άριστο για τη λειτουργία ενός νοσοκομείου (Υφαντόπουλος, 2006·Πολύζος, 2008).

Οι *οικονομίες κλίμακας*, δηλαδή όταν η ποσότητα των εκροών αυξάνεται κατά μεγαλύτερο ποσοστό από εκείνο που αυξάνονται οι πόροι που χρησιμοποιούνται για τις εκροές αυτές, αποτελούν ένα θέμα που απασχολεί διαχρονικά τα νοσοκομεία και περισσότερο τα δημόσια. Θεωρητικά επιτυγχάνονται όταν ελαχιστοποιείται το μέσο κόστος δηλαδή στα πρώτα στάδια λειτουργίας ενός νοσοκομείου, οπότε το μεγάλο σταθερό κόστος μειώνεται λόγω του αριθμού ασθενών. Εάν όμως, ένα νοσοκομείο δεν διατηρήσει μακροχρόνια την ελαχιστοποίηση του μέσου κόστους τότε αναφερόμαστε σε *αντιοικονομίες κλίμακας*. Ωστόσο, ο τρόπος που προσεγγίζονται οι οικονομίες κλίμακας ενός νοσοκομείου αμφισβητούνται, κυρίως λόγω των μεγάλων διαφορών μεταξύ ασθενών, ασθενειών, θεραπειών και χρησιμοποιούμενων πόρων ανά κλινική και ασθένεια (Πολύζος, 1999·Υφαντόπουλος, 2006·Κυριόπουλος, Λασπά, 2011).

Πίνακας 4-4: Ενδεικτικοί δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείου.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ & ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΡΩΝ			
Υλικοί πόροι	Ανθρώπινοι πόροι	Οικονομικοί πόροι	Άλλοι δείκτες
Κλίνες	Εργαζόμενοι ανά κλίνη	Συνολικό κόστος	Λίστες αναμονής
Μηχανήματα	Ειδικότητες ανά κλίνη	Κόστος ανά ασθενή	Διακομιδές
Μονάδες	Εργαζόμενοι ανά κατηγορία	Ημερήσιο κόστος	Εξωτερικοί ασθενείς
Εξειδίκευση	εκπαίδευσης	Κόστος μισθοδοσίας	Επείγοντα περιστατικά
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ			
Απλοί	Σύνθετοι	Αποτελεσμάτων	Αποδοτικότητας
Ημέρες νοσηλείας	Παραγωγή	Επανεισαγωγές	Σχέση εισροών/εκροών
Εισαχθέντες-Νοσηλευθέντες	(νοσηλευόμενοι ανά κλίνες και	Θεραπευτική επιτυχία	ανά κλινική, νόσο,
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	προσωπικό σε δεδομένη	Ικανοποίηση	ιατρική πράξη, κ.ά.
Μέση κάλυψη κλινών	χρονική περίοδο)	Ιατρικά λάθη	

Πηγή: Σούλης, 1999, ίδια προσαρμογή.

Παρόμοια προβλήματα υπάρχουν και στην οικονομετρική αποτίμηση του έμμεσου κόστους, για την οποία επιλέγεται συνήθως η μέθοδος της Παρούσας Αξίας. Οι δυσκολίες στην αποτίμηση αφορούν κυρίως στον προσδιορισμό συντελεστή προεξόφλησης³¹, στη νομισματική μετατροπή όλων των απωλειών και στις διαφορετικές απώλειες ανά νόσο. Γενικά πάντως, το έμμεσο κόστος ως σχετιζόμενο με την παραγωγικότητα αποτιμάται με βάση το μισθολόγιο του ασθενούς πριν την εκδήλωση της αρρώστιας (Υφαντόπουλος, 2006·Κυριόπουλος, Λασπά, 2011).

³¹ Επιτόκιο που χρησιμοποιείται προκειμένου να υπολογισθούν διαχρονικά οι ωφέλειες από μια επένδυση. Ο προσδιορισμός του σε μακροχρόνια βάση ενέχει κίνδυνο και σε αυτό οφείλεται η αποφυγή μακροχρόνιων επενδύσεων, γεγονός που κάποιες φορές υπονομεύει ακόμα και τους στρατηγικούς σχεδιασμούς (Δαλαμάγκας, 2003).

Η κοινωνική και οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας συνιστά μια διαδικασία σύγκρισης εναλλακτικών επιλογών στη βάση της σχέσης εισροών και εκροών. Με τον τρόπο αυτό αξιολογείται συγκριτικά το κόστος (εισροή) και το αποτέλεσμα (εκροή) μιας θεραπευτικής πράξης. Διεθνώς, εφαρμόζονται τέσσερις αξιολογικές μέθοδοι των οποίων η χρήση εκτιμάται ότι μπορεί να οδηγήσει στη χάραξη αποτελεσματικών πολιτικών υγείας, ενώ εμφανίζουν τα παρακάτω πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα σχετικά με την αποτίμηση του κόστους και των συνεπειών (Drummond et al., 2002):

- *Ελαχιστοποίησης κόστους (CMA)*: οδηγεί σε μερική αξιολόγηση, όχι μόνο επειδή η αποτίμηση των συνεπειών για την υγεία δεν γίνεται στη βάση ισοδύναμων αποτελεσμάτων των εναλλακτικών, αλλά κι επειδή είναι ανοικτό το ζήτημα σχετικά με τα είδη κόστους που αναλύονται και το χρονικό εύρος παρακολούθησης αυτών.
- *Κόστους-αποτελεσματικότητας (CEA)*: αποτελεί πλήρη μορφή οικονομικής αξιολόγησης, ή πληρέστερη σε σχέση με την προηγούμενη, τουλάχιστον κατά την εκτίμηση του κόστους και των αποτελεσμάτων. Ωστόσο το ζήτημα που έχει ανακύψει για την εφαρμογή της είναι η ex-ante θετική συνέπεια. Στη βάση αυτών των συζητήσεων διαπιστώνεται μία τάση διεύρυνσης των μετρήσεων των συνεπειών, παράλληλα με το κόστος. Ειδικότερα, συγκρίνονται μεταξύ τους οι εκροές για την καλύτερη αξιολόγηση από πλευράς εκείνων που αποφασίζουν. Η τάση αυτή, ενδεχομένως, να παραπέμπει στην επόμενη μέθοδο.

Πίνακας 4-5: Μέτρηση κόστους και αποτίμηση συνεπειών μεθόδων αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας.

Μέθοδος	Αποτίμηση συνεπειών	Πιθανές διατυπώσεις	
CMA	Καμία	C_1-S_1 $(C_1+C_2+C_3)-(S_1+S_2+S_3)$	
CEA	Φυσικές μονάδες: έτη ζωής, πίεση αίματος, θνησιμότητα, νοσηρότητα, κ.ά.	$(C_1-S_1)/E$ $[(C_1+C_2+C_3)-(S_1+S_2+S_3)]/QALYs$	
CUA	QALYs HYE	$(C_1-S_1)/U$ $[(C_1+C_2+C_3)-(S_1+S_2+S_3)]/U$	
CBA	Νομισματικές μονάδες	$(W')-(C_1+C_2+C_3)$ $(W+V+S_1+S_2+S_3)-(C_1+C_2+C_3)$	
C: κόστος, εκροή	C₁: υγείας	C₂: ασθενούς	C₃: άλλων τομέων
S: εξοικονόμηση	S₁: προγράμματος	S₂: συνέχισης	S₃: άλλων τομέων
HYE: ισοδύναμο ετών υγιούς ζωής	U: προτιμήσεις υγείας	W: πρόθεση πληρωμής	
V: άλλου είδους αξία, ενσωμάτωση στη μέτρηση U,W.			

Πηγή: Drummond et al., 2002.

- *Κόστους-χρησιμότητας (CUA)*: εκτιμάται ως ευρύτερη παραλλαγή της προηγούμενης μεθόδου λόγω της συγκριτικής στάθμισης των συνεπειών που αποτιμώνται με ποιοτικούς όρους, αλλά υπάρχει και μία σημαντική διαφορά που αφορά στην έκβαση και ειδικότερα στην ικανότητα ενσωμάτωσης σε αυτήν, της έννοιας της αξίας, όπως παρέχεται από την

CUA. Όμως, και εδώ υπάρχει ένα θέμα προς συζήτηση το οποίο σχετίζεται με το ενδεχόμενο διπλού υπολογισμού κατά την προεξόφληση των QALYs, όταν στις μετρήσεις συνυπολογίζεται το χρονικό αντιστάθμισμα.

- *Κόστους-οφέλους(CBA)*: πρόκειται για την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας κυρίως επειδή οι συνέπειες αποτιμώνται αναλογικά με τα κόστη, δηλαδή με νομισματικούς όρους. Σημαντικό ρόλο στη μέθοδο αυτή διαδραματίζει η μέτρηση της προθυμίας πληρωμής (WTP). Συνέπεια των παραπάνω είναι να εξακολουθούν μείζονα τα ζητήματα: (α) της λογιστικής αναγωγής ποιοτικών παραμέτρων, (β) του πλήθους όσων μπορούν να αναχθούν και (γ) της κοινωνικής δικαιοσύνης που πλήττεται από τις τεχνικές αναγωγής.

Τέλος, η εκτίμηση του *κρυφού κόστους*, του οποίου κάποιες μορφές φαίνεται να ενσωματώνονται σε τρεις από τις παραπάνω αξιολογικές μεθόδους, προϋποθέτει την προσέγγιση των ασθενών και του περιβάλλοντός τους³².

4.3. Ενσωμάτωση της οικονομικής απόδοσης στη στρατηγική νοσοκομείου

4.3.1. Διαχείριση κόστους

Η κοστολόγηση ως εργαλείο εσωτερικής οικονομικής διαχείρισης ενός νοσοκομείου, έχει ορισμένες αρχές και τεχνικές εφαρμογής. Ο τρόπος κοστολόγησης εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου, τον τρόπο οργάνωσης, το είδος των υπηρεσιών, αλλά και το θεσμικό πλαίσιο, όταν πρόκειται για δημόσιο νοσοκομείο. Σημαντικό ρόλο για την ορθή αποτίμηση του κόστους διαδραματίζει ο προσδιορισμός των Κέντρων Κόστους (π.χ. κλινική, εργαστήριο) σύμφωνα με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου (Πολύζος, 1999)

Είναι βέβαιο ότι η εξάλειψη των παραγόντων πρόκλησης ασθενειών και η διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας θα οδηγούσαν στην δραματική μείωση, των δαπανών υγείας. Αν και αυτή η ιδανική περίπτωση αποτελεί ένα θεωρητικό σενάριο, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας ώστε να μειωθεί η ζήτηση αντίστοιχων υπηρεσιών που έχει τεκμηριωθεί ως αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση όχι μόνο του νοσοκομειακού αλλά και του ασφαλιστικού και κοινωνικού κόστους, παρά τα επιχειρήματα περί ενδεχόμενης αύξησης των δαπανών από τις απαιτήσεις σε πόρους τέτοιων προγραμμάτων. Από την άλλη πλευρά έχει δοκιμαστεί, στα ιδιωτικά νοσοκομεία, και η

³² βλ. επόμενο κεφάλαιο

στρατηγική της αύξησης της ζήτησης μέσω της φήμης των γιατρών-συνεργατών, στους οποίους αποδίδεται μέρος των εσόδων (Fries et al., 1993·Ameringer, 2008).

Πίνακας 4-6: Αρχές και τεχνικές κοστολόγησης νοσοκομείων

ΑΡΧΕΣ		ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Κωδικοποίηση	Ανά κέντρο κόστους & κατηγορία δαπάνης	Μερική ή συνολική κατηγοριοποίηση -Άμεσο κόστος ή/και -Σταθερό κόστος	Ανάλυση συνολικού κόστους σε σχέση με το συνολικό προϊόν με τη χρήση σταθερών συντελεστών ανά εισροή ή εκροή στη βάση απολογιστικών στοιχείων
Κατηγοριοποίηση	Ανά κέντρο κόστους -Άμεσο -Έμμεσο -Επιμεριζόμενο*	Ενιαίο αντικείμενο κόστους -Οριακό κόστος ή -Συνολικό κόστος	Απόδοση του κόστους σε κάθε τμήμα ή ομάδα ασθενειών.
Ανάλυση	Ανά δαπάνη -Σταθερό -Μεταβλητό	Ενιαία διαδικασία -Οριακό κόστος ή -Συνολικό κόστος	Κόστος ανά Τομέα, Τμήμα, Ασθένεια.

*Κόστος που αφορά στο σύνολο του νοσοκομείου (διοικητικό, ενεργειακό, κ.λπ)

Πηγή: Πολύζος, 1999, ίδια προσαρμογή.

Εκτός από τις προαναφερόμενες στρατηγικές ή τακτικές περιορισμού του νοσοκομειακού κόστους, έχουν προταθεί ή/και αναπτυχθεί διάφορες άλλες, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν στο επίκεντρο την τεχνολογική εξέλιξη. Στη συνέχεια αναφέρονται εκείνες που απασχολούν συχνότερα τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η μείωση του νοσοκομειακού κόστους με *στρατηγική βασισμένη στον όγκο παραπομπών*, απασχόλησε και απασχολεί ιδιαίτερα όλους του εμπλεκόμενους στις υπηρεσίες υγείας και τους θεωρητικούς του κοινωνικού μάρκετινγκ που εκτιμούν ότι η εφαρμογή ενός προσανατολισμένου στον ασθενή μοντέλου αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξή της. Ουσιαστικά, η στρατηγική αυτή παραπέμπει σε εξειδικευμένα νοσοκομεία, ώστε με το πλεονέκτημα της μειωμένης ποικιλίας περιστατικών να αναπτύσσονται οικονομίες κλίμακας. Ωστόσο, υπάρχουν εμπόδια τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν προς την αντίθετη κατεύθυνση, μεγεθύνοντας το οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Ειδικότερα, μπορεί να (Souba et al., 2001·Birkmeyer et al., 2002):

- ενισχυθούν οι μονοπωλιακές τάσεις
- μην επιτευχθούν οι προσδοκώμενες οικονομίες κλίμακας, επηρεάζοντας μόνο το μεταβλητό κόστος
- απαιτηθούν επενδύσεις σε εγκαταστάσεις
- αυξηθεί το κόστος τριβής από την ανακατανομή προσωπικού

- αυξηθούν οι διαδικασίες, ο αριθμός των εξετάσεων αλλά και το ψυχολογικό κόστος, όλα λόγω της μεταφοράς των ασθενών από το νοσοκομείο διάγνωσης στο νοσοκομείο θεραπείας,
- περιοριστεί η παροχή υπηρεσιών μόνο σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, λόγω εξειδίκευσης, τα οποία έχουν να αντιμετωπίσουν και το κόστος εκπαίδευσης.

Σε όλα τα συστήματα υγείας, αλλά ειδικότερα στα δημόσια, επιχειρείται η μείωση του κόστους μέσω συνεργειών με ιδιωτικούς φορείς. Το θέμα αυτό βρίσκεται συνεχώς στο επίκεντρο του βιβλιογραφικού και μεταρρυθμιστικού ενδιαφέροντος, τις τελευταίες δεκαετίες ώστε κατά την τρέχουσα οικονομική περίοδο, οπότε οι δημόσιες δαπάνες υγείας «ενοχοποιήθηκαν» για τα δημοσιονομικά ελλείμματα όσο κανένα άλλο είδος δαπάνης, οι συνεργείες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα να προτείνονται ως «πανάκεια» για τη μείωση του νοσοκομειακού κόστους σε χώρες όπως η Ελλάδα (Λιαρόπουλος, 2004; Παπαδόπουλος, 2010).

Η στρατηγική των συνεργειών στον τομέα των υπηρεσιών προέρχεται από την εμπειρία στη διοίκηση της εφοδιαστικής αλυσίδας στον κλάδο της μεταποίησης. Ειδικότερα για τις υπηρεσίες υγείας, στη βάση των προκλήσεων και της πολυπλοκότητας, η εφαρμογή των logistics³³ και της διοίκησης της εφοδιαστικής αλυσίδας αποτελούν μια στρατηγική επιλογή για τη μείωση του κόστους και την αύξηση της ικανοποίησης των πελατών. Αν και εκφράζονται επιφυλάξεις, έρευνες έχουν δείξει ότι μειώθηκε το κόστος χωρίς να διαταραχθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν στοιχεία της στρατηγικής αυτής τα οποία φαίνεται να υιοθετούνται μεμονωμένα και ανεπιφύλακτα από τα νοσοκομεία σε μια προσπάθεια να μειώσουν το συνολικό κόστος. Το πιο διαδεδομένο είναι το outsourcing, δηλαδή η ανάθεση σε εξωτερικούς συνεργάτες, ιδιώτες κατά κανόνα, ορισμένων κοστοβόρων διαδικασιών, κατά το χρήμα και το χρόνο, που προκύπτουν στο πλαίσιο της κάθετης ολοκλήρωσης ενός νοσοκομείου (Baltacioglu, 2007).

4.3.2. Κόστος ποιότητας

Από τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, συνεχίζεται η διατύπωση μιας επιχειρηματολογίας που συνδέει τις δαπάνες υγείας με την ποιότητα, εστιάζοντας ειδικότερα στο ενδεχόμενο να αυξηθεί το συνολικό επιχειρησιακό κόστος, λόγω των απαιτήσεων που έχει η συνεχής βελτίωσή της.

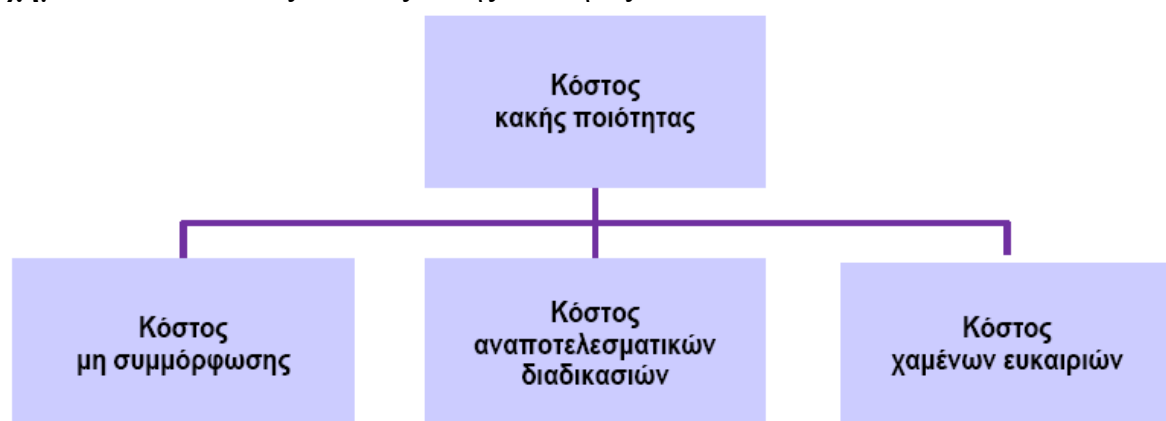
³³ Ο έλεγχος της εφοδιαστικής αλυσίδας ανάστροφα, δηλαδή από τον τελικό καταναλωτή προς τον παραγωγό.

Πράγματι, η βελτίωση της ποιότητας δεν προσφέρεται δωρεάν. Μπορεί να παράγει κόστος, κυρίως λόγω επανεκπαίδευσης εργαζομένων, απώλειας παραγωγικού χρόνου, διαχειριστικών απαιτήσεων ίσως και γραφειοκρατίας. Τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών έχουν ένα πρωτοφανές εύρος, από την απόλυτη πτώχευση επιχειρήσεων που εφάρμοσαν TQM μέχρι την εγκατάλειψή της ή την πλήρη επιτυχία. Πάντως, οι επιφυλάξεις περιορίστηκαν όταν τεκμηριώθηκε ότι (Powell, 1995·Gryna, 1999·Τσιότρας, 2002):

- η (κακή) ποιότητα αποτελεί ένα μέγεθος μετρήσιμο
- η ποιοτική παραγωγή προϊόντων/υπηρεσιών μεγιστοποιεί την προστιθέμενη αξία
- η οποιαδήποτε υπερβολική αύξηση του κόστους οφείλεται στη μη ορθή ή μη πλήρη τήρηση των αρχών, μεθόδων και τεχνικών της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας.

Ο όρος «κόστος ποιότητας» ερμηνεύεται από ορισμένους εξισώνοντας το κόστος «ποιότητας» με εκείνο της «κακής ποιότητας»³⁴, και από άλλους μόνο ως δαπάνες για τον εντοπισμό και την αποκατάσταση των αστοχιών ή για την επίτευξη ποιότητας ή/και για τη λειτουργία τμήματος ποιότητας. Σε κάθε περίπτωση, πάντως η ουσία της μελέτης κόστους (κακής) ποιότητας στηρίζεται στον παραδοσιακό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ ηγεσίας και ανώτερων στελεχών, που δεν είναι άλλος από τη γλώσσα του χρήματος. Έτσι, και παρά την επικράτηση των εκτιμήσεων, αποτυπώνεται μετρήσιμα το συνολικό κόστος που προκύπτει από την ανάπτυξη της ποιότητας, ενισχύοντας την ταχύτερη και πιο αποτελεσματική ενδο-επιχειρησιακή επικοινωνία σε ανώτερο επίπεδο (Gryna, 1999).

Σχήμα 4-1: Συνιστώσες κόστους κακής ποιότητας.



Πηγή: Gryna, 1999.

Παραδοσιακά, ταξινομείται σε τέσσερις κατηγορίες η κάθε μία από τις οποίες συνδέεται με τις συνιστώσες της κακής ποιότητας. Τα περισσότερα από τα κόστη αυτά είναι μετρήσιμα

³⁴ Στην παρούσα, επιλέγεται ο όρος «κόστος (κακής) ποιότητας»

ενώ ταξινομούνται και σε κέντρα κόστους. Ωστόσο, και σε αυτό υπάρχει ένα κρυφό το οποίο δύσκολα μπορεί να προσεγγισθεί, και μάλλον εκ των καταστροφικών αποτελεσμάτων του (Gryna, 1999; Ζαβλανός, 2006).

Πίνακας 4-7: Κατηγορίες κόστους (κακής) ποιότητας

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ*
Εσωτερικών αστοχιών	-Πριν φθάσει στον καταναλωτή	-Μικρότερο στις υπηρεσίες λόγω συμπαραγωγής	-Μη προετοιμασία ασθενούς για εξέταση >αύξηση χρόνου νοσηλείας
	-Μη συμμόρφωση στις απαιτήσεις, ανάγκες του.	-Αφορά και στον εσωτερικό πελάτη	-Ελλιπής πληροφόρηση ή επικοινωνία >αλλαγή λογισμικού
	-Αναποτελεσματικές διαδικασίες	-Άμεσο, μετατοπιζόμενο στο αποτέλεσμα	-Εφαρμογή «βέλτιστων πρακτικών» >απώλεια χρόνου
Εξωτερικών αστοχιών	-Όταν φθάνει στον καταναλωτή	-Μεγαλύτερο στις υπηρεσίες λόγω συμπαραγωγής	-Ιατρικό λάθος >δικαστικές διενέξεις, αποζημιώσεις, μείωση φήμης
	-Μη συμμόρφωση στις απαιτήσεις, ανάγκες του	-Αφορά κυρίως στην ικανοποίηση πελατών	-Ελλιπής πληροφόρηση ή επικοινωνία >μείωση ικανοποίησης πελάτη, >μείωση ποιότητας υπηρεσιών και ανταπόκρισης
	-Χαμένες ευκαιρίες	-Άμεσο, μετατοπιζόμενο στο αποτέλεσμα, για τον παραγωγό - Εμμεσο, μετατοπιζόμενο στο αποτέλεσμα, για τον χρήστη	-Κατάργηση υπηρεσιών λόγω «βέλτιστων πρακτικών» >απομάκρυνση τακτικών ασθενών
Αξιολόγησης		-Πολύ συχνά και κρυφό, και για τους δύο	Συνήθως εσωτερικό - κόστος χρόνου - κόστος εκπαίδευσης για τον έλεγχο
	-Κόστος ελέγχου αξιοπιστίας εξοπλισμού, υποδομών, διαδικασιών	-Στις υπηρεσίες έχει νόημα μόνο κατά τα υλικά αγαθά υποστήριξης, λόγω συμπαραγωγής και αντίληψής του από τον χρήστη	>κατά την παραλαβή και το απόθεμα αντιδραστηρίων, ακτινολογικών films, τροφίμων, φαρμάκων, κ.λπ.
		-Άμεσο, ελεγχόμενο και για τους δύο	>παραμετροποίησης ακτινολογικών μηχανημάτων, αναλυτών, κ.λπ
Πρόληψης		-Συχνά και κρυφό	>δομών, υποδομών, διαδικασιών ετοιμότητας στην αντιμετώπιση επιδημιών, μαζικών ή φυσικών καταστροφών, κ.ά.
	Κόστος προγραμματισμού ποιότητας για την ελαχιστοποίηση των αστοχιών	-Άμεσο, ελεγχόμενο -Συχνά και κρυφό	Συνήθως για εξωτερικούς συνεργάτες -κόστος εκπαίδευσης -κόστος πιστοποίησης, για >την προληπτική συντήρηση εξοπλισμού > τον ποιοτικό έλεγχο νερού > τον ποιοτικό έλεγχο περιβάλλοντος (ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών) > την εφαρμογή προτύπου ποιότητας

Πηγές: Gryna, 1999; Ζαβλανός, 2006, ίδια προσαρμογή.

Τρία ζητήματα αξίζει να επισημανθούν σε σχέση με το κόστος (κακής) ποιότητας (Gryna, 1999):

1. Η μέτρησή του δεν επιλύει τα προβλήματα ποιότητας. Απλώς αποτελεί έναν οδηγό για την εφαρμογή των αρχών της.
2. Η κατηγοριοποίησή του, μπορεί και πρέπει να προσαρμόζεται στην εταιρική δομή, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις όποιες λειτουργικές ιδιαιτερότητες, ιεραρχώντας πρώτο το κόστος αποτυχίας και εκτιμώντας το «αναπόφευκτο» του χαρακτήρα του ως ευκαιρία για ποιότητα.
3. Η υποτίμηση του κρυφού κόστους (κακής) ποιότητας ειδικά στις υπηρεσίες αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα. Το κόστος αυτό «κρύβεται» πίσω από κάθε δραστηριότητα, ακόμη και μέσα στις διαδικασίες συνεχούς βελτίωσης. Αν και είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποτυπωθεί με μετρήσιμο τρόπο θα πρέπει να ελέγχεται η ύπαρξή του καθώς είναι ικανό, σωρευτικά, να πλήξει ανεπανόρθωτα τη φήμη και τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού.

4.3.3. Το κόστος στη στρατηγική νοσοκομείου

Εισαγωγικά, παρουσιάζεται μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα προσέγγιση του κόστους και της σχέσης του με τη στρατηγική και την ποιότητα στην οποία συμπυκνώνεται η εμπειρία από την εφαρμογή TQM.

Ο Porter (1996) παρουσιάζοντας το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, θεωρεί ότι τα στοιχεία που το συγκροτούν, ώστε να είναι διατηρήσιμο και μη αντιγράψιμο, είναι οι πολλές και διάφορες διαδικασίες ενός οργανισμού, από τις οποίες πηγάζει και κάθε μορφή κόστους. Μάλιστα, ο ίδιος, κρίνει αυστηρά τη διοίκηση ολικής ποιότητας που υιοθετήθηκε από τους ιαπωνικές εταιρείες τις δεκαετίες 1970 και 1980, εκ των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε σχέση με την ανταγωνιστικότητα, η διατήρηση της οποίας απαιτήσε, τελικά, συμβιβασμούς μεταξύ κόστους και ποιότητας. Επίσης, θεωρεί ότι το κόστος δεν αποτελεί αντικείμενο για την ανάπτυξη στρατηγικών, αλλά ότι οι επιχειρήσεις πρέπει να εστιάζουν στην πηγή του, δηλαδή στις διαδικασίες και στην αποτελεσματικότητά τους, ως μόνη ικανή να το μειώσει. Αλλά για να γίνει αυτό προϋποτίθεται επιχειρησιακή στρατηγική τέτοια ώστε να «ταιριάζουν» μεταξύ τους οι δραστηριότητες και να αλληλεπιδρούν ενισχύοντας η μία την άλλη (Porter, 1996).

Όλα τα παραπάνω δεν αμφισβητούν αυτόν καθ' αυτόν το ρόλο της ποιότητας στη μείωση του κόστους, αμφισβητούν μάλλον τον τρόπο που εφαρμόζεται η συνεχής βελτίωση, καθώς ο

συντονισμός των δράσεων όλων των εμπλεκομένων και η ηγεσία, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις της ολικής ποιότητας. Εξάλλου:

(α) ο ηγέτης διαχειρίζεται την ποιότητα, δεν τη διεκπεραιώνει διοικητικά, και η κοντόφθαλμη λογιστική προσέγγιση, όπως και η εστίαση στο μικρό «q»³⁵, αποτελούν συνήθεις αιτίες αύξησης του κόστους (κακής) ποιότητας (Juran,1999·James, 2007).

(β) η STQM, μπόρεσε να απαντήσει, «συνάπτοντας γάμο μεταξύ επιχειρησιακής στρατηγικής και ποιότητας» (Calingo,1996) επιτυχημένο ακόμα και σε νοσοκομεία.

Ενσωμάτωση του κόστους στην επιχειρησιακή στρατηγική σημαίνει δύο κυρίως πράγματα, από τα οποία προκύπτει και η καταλληλότητα της STQM (Schonberger, 1992·Srinidhi, 1998):

- Το κόστος (κακής) ποιότητας, τελικά το συνολικό κόστος, δεν συμπεριφέρεται ως καθοδηγητής του στρατηγικού σχεδιασμού. Το ρόλο αυτό μάλλον έχει η *καθαρή αξία*, εξαρτώμενη ταυτόχρονα από το κόστος και την ποιότητα ως απόρροια των ακολουθούμενων διαδικασιών.
- Αποκαλύπτονται όλες οι δυσλειτουργικές περιοχές κόστους με την επικοινωνία στα διάφορα οργανωτικά επίπεδα. Η επιχείρηση απομακρύνεται από το *δόγμα της ποιότητας* «βελτιώνω ό,τι μπορώ να μετρήσω» καθώς η ηγεσία μπορεί να έχει γνώση για το *κρυφό κόστος* που υπονομεύει την επιχειρησιακή στρατηγική και ανάπτυξη και «κρύβεται» συνήθως στην επικοινωνία με τον πελάτη.

Τέλος, κι εκείνο που ενδιαφέρει περισσότερο, είναι ο τρόπος ενσωμάτωσης του κόστους στη στρατηγική, ώστε να λειτουργεί θετικά προς την οικονομική απόδοση ενός νοσοκομείου. Μελετώντας την περίπτωση του Bronson Methodist Hospital, (σχ. 3-6 & 3-7), που έχει ενσωματώσει επιτυχώς την ποιότητα στην επιχειρησιακή στρατηγική, διαπιστώνουμε την εξής «πορεία» ενσωμάτωσης του κόστους:

- Οι οικονομικοί στόχοι εντάσσονται στο όραμα του νοσοκομείου μαζί με τους κλινικούς, κοινωνικούς και εκπαιδευτικούς, με επίκεντρο του ασθενείς.
- Η αριστεία, και ειδικότερα η απόδειξή της, επιτυγχάνεται μέσω ενός κύκλου στρατηγικών δραστηριοτήτων, συνεχώς ευθυγραμμιζόμενων προς την ποιότητα, με έμφαση στους ασκούντες αυτές (ηγεσία, εργαζόμενοι).

³⁵ Ο Juran (1999) περιγράφοντας τις διαφορές της ποιότητας «Q» και της ποιότητας «q» μέσω προϊόντων, διαδικασιών, πελατών και κόστους, αντιστοίχισε την πρώτη στο σύνολο του οργανισμού και τη δεύτερη σε επιμέρους λειτουργίες.

- Οι οικονομικές επιδόσεις προκύπτουν ως μέρος της αριστείας μαζί με την ικανοποίηση των ασθενών, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, και την κοινωνική ευθύνη. Ως μέρος δηλαδή, της συνολικής αξίας του Νοσοκομείου.

Σχολιάζοντας, περαιτέρω στο τέλος της παρούσας, επισημαίνεται ότι η επιτυχής ενσωμάτωση τόσο της ποιότητας όσο και του κόστους στη στρατηγική ενός νοσοκομείου έχει μία σημαντική προϋπόθεση: να ακουστεί «η φωνή του ασθενούς», και αυτό αποτελεί ουσιαστικά το θέμα του επόμενου κεφαλαίου.

5. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1. Ολιστική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας

5.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η εξέλιξη της ιατρικής, που μέχρι το 19^ο αιώνα διαπιστώνεται εξαιρετικά αργή, τα τελευταία πενήντα χρόνια έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις με την τεχνολογία να αποτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο εκλογής. Ωστόσο, οι κυρίαρχες αντιλήψεις για τις παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες στηρίζονται κυρίως στο βιοϊατρικό μοντέλο, εγείρουν σημαντικά ερωτηματικά σχετιζόμενα τόσο με την αποτελεσματικότητα, όσο και με την ηθική διάσταση των κλινικών μεθόδων και πρακτικών (Σαρρής, 2001).

Η κριτική αυτή ξεκίνησε κυρίως από τους ψυχιάτρους τη δεκαετία 1970. Ο Engel (1977) διατύπωσε την άποψη ότι το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας αποτελεί ένα δόγμα που όχι μόνο αύξησε τις δαπάνες υγείας, αλλά υποβίβασε δραματικά την ήδη χαμηλή συμμετοχή του ασθενούς στις διαδικασίες αποκατάστασης της υγείας του, εστιάζοντας στα ακόλουθα σημεία:

- Η ψυχολογική διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί ως ασθένεια ή μία πραγματική βιοχημική μεταβολή να προκαλέσει ψυχικές εκδηλώσεις (π.χ. κοινές εκδηλώσεις πασχόντων από διαβήτη και σχιζοφρένεια). Κατά συνέπεια, η υιοθέτηση του ρόλου «ασθενούς» δεν συνδέεται απαραίτητα με την παρουσία βιολογικής διαταραχής αλλά ούτε μπορούμε να γνωρίζουμε ότι οι πληροφορίες που απέσπασε ένας γιατρός είναι ορθές και πλήρεις.
- Η επιτυχής έκβαση μιας θεραπείας επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. φαινόμενο placebo).
- Η σχέση ασθενούς-γιατρού επηρεάζει τα ιατρικά αποτελέσματα, ακόμη και μόνο λόγω της επιρροής του δεύτερου στην επιλογή της θεραπείας, τροποποιώντας την εμπειρία από την ασθένεια ή επηρεάζοντας έμμεσα τις βιοχημικές διεργασίες, δυνάμει της αλληλεπίδρασης ψυχικών και σωματικών αντιδράσεων (π.χ. οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη μπορεί να μεταβάλλονται σημαντικά ανάλογα με σχέση ασθενούς-γιατρού).
- Το μοντέλο ενίσχυσε τη δημιουργία και συντήρηση ομάδων-καστών μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και την ιατρική κυριαρχία από τη χρήση της τεχνολογίας μέσω των πολλών επιλογών και του ανταγωνισμού των κατασκευαστριών εταιριών.

- Η βιοϊατρική προσέγγιση πέτυχε, πέρα από κάθε προσδοκία, αλλά με κόστος. Οι τεράστιες επενδύσεις σε διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνολογίες από μόνες τους ευνοούν, ιδιαίτερα, την απρόσωπη και μηχανιστική προσέγγιση του μοντέλου.
- Ο προγραμματισμός και η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας επηρεάζονται σημαντικά από τα τεχνολογικά προϊόντα, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα των οποίων χρησιμοποιούνται συχνά ως κριτήρια για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το τι είναι ασθένεια και αν κάποιος πληροί τις προϋποθέσεις ιατρικής περίθαλψης.
- Η απογοήτευση όσων θεωρούσαν ότι οι υγειονομικές ανάγκες τους μπορούσαν να ικανοποιηθούν καλύτερα με την ιατρική τεχνολογία, ερμηνεύεται από τους υπέρμαχους του βιοϊατρικού μοντέλου, ως ένδειξη «μη ρεαλιστικών προσδοκιών», αντί να αναγνωρίζουν ότι η απογοήτευση αντικατοπτρίζει μια πραγματική διαφορά μεταξύ της ασθένειας, όπως πραγματικά βιώνεται από τον ασθενή και όπως τη διαμορφώνουν οι ίδιοι.

Μία ακόμα πτυχή του μοντέλου αυτού, είναι υιοθέτηση από τους γιατρούς, μέσω της εκπαίδευσης (προπτυχιακής και ειδίκευσης), μιας ρητορικής ακατάλληλης για την ενσωμάτωση της εμπειρίας του ασθενούς: τον θεωρεί από άλλη οπτική, έως και αυταρχική, εφόσον το συναίσθημα κωδικοποιείται με ιατρικούς όρους, ως μόνους ικανούς να αναπαραστήσουν την πραγματικότητα. Μάλιστα, το αποτέλεσμα της βιοϊατρικής κωδικοποίησης της κατάστασης υγείας, μπορεί να καθιστά ακόμα και τα ιατρικά αρχεία ως αναξιόπιστες πηγές, όταν χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1966· Donnelly, 1997· Zanchetta, Poureslami, 2006).

Εκτός από τη βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας και της αρρώστιας διατυπώθηκαν και άλλες θεωρίες (πίν. 5-1) με μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα, σχετικά με το κόστος, την ποιότητα και τη συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις. Για παράδειγμα, η κοινωνική-οικονομική προσέγγιση εστιάζει στο κοινωνικό κόστος που παράγεται από την αρρώστια, αλλά ταυτόχρονα καλλιεργεί ανισότητες αντιμετωπίζοντας «ανήθικα» τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την κοινωνιολογική προσέγγιση, που ναι μεν προσδοκά τη μείωση του κοινωνικού κόστους μέσω της φροντίδας υγείας, ωστόσο η «κατασκευή» της αρρώστιας ενισχύει το φαινόμενο της ιατρικής κυριαρχίας που όπως είδαμε αυξάνει και το συνολικό κόστος.

Ωστόσο, με την προσεκτική σύνθεση όλων των θεωριών είναι δυνατή η ολιστική προσέγγιση της υγείας και της αρρώστιας, εφόσον θα καλύπτεται το σύνολο των καθοριστών υγείας,

δηλαδή εκείνων των συμπεριφορικών, ατομικών, βιολογικών, οικονομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων που διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας (Σαρρής, 2001·Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Πίνακας 5-1: Ολιστική προσέγγιση υγείας και αρρώστιας: βασικές κατηγορίες-θεωρίες.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑ
Βιοϊατρική	Απουσία νόσου ή αναπηρίας	Βιολογικό φαινόμενο Διαταραχή της ισορροπίας των οργάνων	Αποκατάσταση βλάβης σε ατομικό επίπεδο	-Εμφανή αποτελέσματα ειδικά σε οξείες καταστάσεις -Μετατροπή ασθενούς από υποκείμενο σε αντικείμενο υγείας
Κοινωνική Οικονομική	Κατάσταση που δεν επιτρέπει τη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία	Κόστος για το κοινωνικό σύνολο	Ποσοτική και ποιοτική αύξηση της εργασίας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο	-Κοινωνική προσαρμογή και συμμετοχή του ατόμου -Περιθωριοποίηση των χρονίως πασχόντων ή/και μη συμμετεχόντων στην παραγωγική διαδικασία
Κοινωνιολογική	Κατάσταση ύπαρξης, όπου το άτομο μπορεί να υπερβαίνει τις διαταραχές ισορροπίας	Διαταραχή της κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής διάστασης των ανθρώπινων λειτουργιών	Μείωση των απειλών για τον κοινωνικό ιστό, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.	-Επαναφορά ατόμων που νοσούν (και χρονίως) στη φυσιολογική ζωή. -Υποκειμενικός προσδιορισμός του μη φυσιολογικού, κατασκευής νόσων, ενίσχυση ρόλου γιατρών.
Πολιτισμική	Σύμφωνα με το αξιακό πλαίσιο που ισχύει κατά, τόπο, χρόνο και πληθυσμό		Προσαρμογή στις αξίες σε ατομικό (κυρίως) και συλλογικό επίπεδο	-Διάδοση θεραπευτικών ικανοτήτων (Ασθενής-Θεραπευτής) -Αποκλεισμός των μη συμβατών με τις αξίες ατόμων.
Πολιτική	Εκφράζεται στη βάση (α) των επιλογών για το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας, (β) των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των υπηρεσιών και της αγοράς υγείας, όπως έχουν αναφερθεί.			

Πηγές: Σαρρής, 2001· Οικονόμου, 2005, ίδια προσαρμογή.

5.1.2. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και η εμπειρία του ασθενούς

Τα σημεία που επισήμανε ο Engel (1977) μελετήθηκαν τα επόμενα χρόνια από πολλούς κοινωνικούς ερευνητές, οι περισσότεροι από τους οποίους εστιάζουν κυρίως στο «υπαρκτό» της εμπειρίας της αρρώστιας, ανεξάρτητα από τον τρόπο που ασκείται η ιατρική, στην κοινωνική κατασκευή, και στο ρόλο της επί των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια. Άλλες θεωρίες θεμελιώθηκαν σε αφοριστική βάση προς την τεχνολογία, άλλες την έθεσαν ως προϋπόθεση για τη βελτίωση της υγείας και ορισμένες ισορρόπησαν στη «χρυσή τομή» μεταξύ βιοϊατρικού και ψυχοκοινωνικού μοντέλου, αναγνωρίζοντας τη συμμετοχή της ιατρικής, υπό τη στενή επιστημονική έννοια, στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών (Οικονόμου, 2005).

Στο πλαίσιο αυτό, εκδηλώθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον τρόπο διαμόρφωσης των αντιλήψεων για την αρρώστια και την υγεία και ειδικότερα για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς κάθε κοινωνικού συνόλου. Ως ένα μεταβλητό σύστημα κατά το χώρο και χρόνο, μέσω του οποίου συνδέεται το άτομο με το κοινωνικό σύνολο. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας είναι εκείνες, τελικά, που διαμορφώνουν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές αλλά κι εκείνες που βοηθούν να γίνει κατανοητή η ατομική εμπειρία σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια (Σαρρής, 2001).

Η σχετική θεωρία, παρά την ικανότητά της να αναδεικνύει τους δεσμούς ατόμου- κοινωνίας, εφαρμόστηκε από τους κοινωνιολόγους σε ελάχιστα πεδία μεταξύ των οποίων και η υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική, δημόσια και κοινωνική, και την αναπηρία. Στον αντίποδα των μοντέλων που επικεντρώνονται στις στατικές διαπροσωπικές διεργασίες, ερμηνεύοντας έτσι, την ανθρώπινη σκέψη ως εσφαλμένη επεξεργασία δεδομένων, με τη θεωρία των αναπαραστάσεων μελετήθηκε και τεκμηριώθηκε η εξάρτηση των αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών υγείας από τους πολιτισμικούς παράγοντες αλλά και ο υποκειμενικός χαρακτήρας της εμπειρίας από την αρρώστια (Joffe, 2003·Howarth, 2006).

Προσεγγίζοντας εννοιολογικά την «εμπειρία της υγείας και της αρρώστιας», την εμπειρία του ασθενούς όπως τη μελετάμε στην παρούσα, αυτή μπορεί να είναι: (Nettleton, 2002·Joffe, 2003·Howarth, 2006):

- Αντικειμενική κατά την πρόσληψη των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων της αρρώστιας μέσω των οργάνων του σώματος: ο άνθρωπος έχει αντίληψη του πόνου, του πυρετού, της αρρώστιας γενικότερα, όπως και των δυσλειτουργιών που προκαλεί, αναπηρία, κ.λπ.
- Υποκειμενική, για την ανάγκη πρόσληψης υπηρεσιών φροντίδας υγείας: η αναγκαιότητα εξαρτάται από τις αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία όπως συντίθενται μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων.
- Ατομική, στη βίωση του κινδύνου: ο ασθενής αντιμετωπίζει «μόνος» την αγωνία ενδεχόμενου θανάτου ή ανήκεστης βλάβης χάνοντας από την εμπειρία αυτή και την ταυτότητά του.
- Συλλογική, σε σχέση με τους κοινωνικούς δεσμούς: η αρρώστια μπορεί να αποτελέσει αιτία κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και κοινωνικής επανένταξης.

- Επηρεαζόμενη, κατά την πρόσληψη υπηρεσιών υγείας: κυρίως από το γιατρό ως εκπρόσωπό του στην επιλογή θεραπείας.
- Ανεξάρτητη, στη βάση μόνιμης πρόσληψης υπηρεσιών υγείας: οι πάσχοντες από χρόνια νόσο, αποκτούν γνώσεις και ικανότητες ώστε μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους μόνοι, σε πολύ μεγάλο βαθμό. Π.χ. οι νεφροπαθείς που αυτο-υποβάλλονται σε περιτοναϊκή διάλυση, ή οι διαβητικοί που ρυθμίζουν τη δόση ινσουλίνης ανάλογα με τη διατροφή τους.

5.2. Οι πρωταγωνιστές στις διαδικασίες βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας

5.2.1. Η σημασία της επικοινωνίας

Η επικοινωνία ως βασικός όρος κατανόησης του περιβάλλοντος και της ζωής μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική, δια μέσου μορφασμών, κινήσεων και άλλων εκδηλώσεων, ενώ προϋποθέτει την ορθή κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση μηνυμάτων μεταξύ πομπού και δέκτη, αντίστοιχα. Μπορεί επίσης να είναι³⁶ (Παπαδόπουλος, 2003):

- σύμμετρη, ισότιμη κατά την επιβολή απόψεων, ή ασύμμετρη, όταν κυριαρχεί μονομερώς η άποψη, όπως στην περίπτωση γιατρού-ασθενούς.
- άμεση μεταξύ δύο ατόμων ή έμμεση όταν μεσολαβεί κάποιο μέσο (τηλέφωνο, τηλεόραση, ραδιόφωνο, κ.λπ), όπως η παροχή ιατρικών συμβουλών χωρίς κλινική εξέταση (τηλεφωνικά, μέσω διαδικτύου).
- επίσημη σε σχέση με το ρόλο του καθενός ή ανεπίσημη μεταξύ ατόμων, όπως μεταξύ των μελών ιατρικού συμβουλίου για τη λήψη θεραπευτικής απόφασης και η συζήτηση μεταξύ ιατρών για την εξέλιξη ενός ασθενούς, αντίστοιχα.
- μονομερής, ή διμερής και πολυμερής σε σχέση με την κατεύθυνση και τον επηρεασμό όπως η εντολή του γιατρού προς το νοσηλευτικό προσωπικό και η διαπραγμάτευση με εκπροσώπους πασχόντων από χρόνια νόσημα για την κοινωνική προστασία τους.

Με δεδομένη την κεφαλαιώδη σημασία της επικοινωνίας, η ολοκληρωμένη- αποτελεσματική μορφή της, περιλαμβάνει το σύνολο των σχέσεων που αναπτύσσονται στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού, στη βάση συγκεκριμένων αρχών, ώστε μέσω της καλύτερης δυνατής προσέγγισης των απαιτήσεων εσωτερικών-εξωτερικών πελατών να επιτευχθεί μέγιστη επιχειρησιακή απόδοση. Στον πίνακα (5-2) αντιστοιχούνται οι μορφές και

³⁶ Τα παραδείγματα είναι εμπειρικά.

οι αρχές της επικοινωνίας σε περιβάλλον νοσοκομείου με εμπειρικά παραδείγματα (Παναγιωτοπούλου, 1997·Ζαβλανός, 2002).

Πίνακας 5-2: Μορφές και αρχές ολοκληρωμένης επικοινωνίας νοσοκομείου.

ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
Προσωπική	-Με ασθενή, συγγενή ασθενούς -Μεταξύ εργαζομένων, προϊσταμένων, -Μεταξύ διοίκησης και πολιτικής ηγεσίας ή μετόχων
Κοινωνική	-Με ομάδες χρονίως πασχόντων -Με ομάδες ή θεσμοθετημένους φορείς υποστήριξης δικαιωμάτων ασθενών -Με ομάδες εργαζομένων -Με τα ΜΜΕ
Επιχειρησιακή	
Εσωτερική	-Διοικητική -Εσωτερικές δημόσιες σχέσεις ανάλογα με τη μορφή του νοσοκομείου (π.χ. γιατροί-μέτοχοι)
Εξωτερική	-Προβολή, ενίσχυση της φήμης -Συνεργασία με ασφαλιστικούς οργανισμούς, συμμετοχή σε προγράμματα. -Συνεργασία με άλλα νοσοκομεία, ερευνητικά κέντρα, κ.λπ.
ΑΡΧΕΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ
Ποιότητα	Σαφήνεια, συνοχή, μήκος, ενδιαφέρον, μηνύματος
Καταλληλότητα	Άριστα κανάλια επικοινωνίας για την επίτευξη του επιθυμητού (θεραπεία, κ.ά)
Αποτελεσματικότητα	Καταλληλότητα μηνύματος για την επίτευξη των στόχων της επικοινωνίας.
Ανατροφοδότηση	Ελευθερία του ασθενούς να αντιδράσει.
Ακρόαση	Υποχρέωση του επαγγελματία να ακούσει με προσοχή τη φωνή του ασθενούς
Ειλικρίνεια	Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς-επαγγελματιών υγείας.
Προσοχή	Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας. Αναγνώριση κινήτρων και συναισθημάτων του ασθενούς
Σεβασμός	Αποδοχή της σπουδαιότητας της προσωπικότητας, άποψης και εμπειρίας του ασθενούς.
Κατανόηση	Κατανόηση προσδοκιών και συναισθημάτων ασθενούς.

Πηγή: Ζαβλανός, 2002·Σταμάτης, 2005, ίδια προσαρμογή.

Στις υπηρεσίες υγείας, δίνεται μεγάλη έμφαση στις σχέσεις με τους ασθενείς και σε εκείνα τα στοιχεία που τις ενισχύουν. Έτσι, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα αποτελεσματικής επικοινωνίας, όπως το «E4» που περιλαμβάνει τις αρχές (Plasecki, 2008):

Διαμόρφωσης σχέσης (Engage): βελτίωση επικοινωνίας, άρση αρνητισμού των ασθενών.

Ενσυναίσθησης (Empathize): προσδιορισμός, αναγνώριση, αποδοχή συναισθημάτων ασθενούς.

Πληροφόρησης (Educate): συμπληρώνει τα προηγούμενα, ζωτικής σημασίας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Συμμαχίας (Enlist): συνεργασία ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής.

Στη βάση της θεωρητικής αντίληψης ότι η οργανωτική δομή εξαρτάται κυρίως από την επικοινωνία, διατυπώνεται η άποψη ότι η εξάρτηση αυτή ενισχύθηκε με την τεχνολογική εξέλιξη. Πράγματι, στη μετάβαση προς τη μεταβιομηχανική κοινωνία, δεσπόζουν η τεχνολογική εξέλιξη, η πληροφορία και η γνώση. Χαρακτηριστικό είναι άλλωστε, ότι ο McLuhan τριάντα χρόνια πριν τη δημιουργία του διαδικτύου, 1951, πρόβλεψε ότι λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων θα δημιουργηθεί ένα «παγκόσμιο χωριό», εστιάζοντας στην επικοινωνία και τον ρόλο των ΜΜΕ, μέσω των οποίων, όπως θα δούμε στη συνέχεια, αναπτύχθηκε διεθνώς το «κίνημα των ασθενών» (Rose, 1996· Παναγιωτοπούλου, 1997· Bell, 1999).

Οι εφαρμογές της τεχνολογίας στην επικοινωνία με τον ασθενή περιλαμβάνουν παροχή ιατρικών συμβουλών, κοινοποίηση αποτελεσμάτων, συνταγογράφηση, έως και θεραπεία μέσω της τηλεϊατρικής. Επίσης έχουν αναπτυχθεί ολοκληρωμένα συστήματα που καλύπτουν όλες τις κλινικές, διοικητικές, οικονομικές δραστηριότητες των νοσοκομείων, όπως: ιατρικός φάκελος, διακίνηση φαρμάκων και υλικών μέσω barcode, διαχείριση εισαγωγών-εξιτηρίων, κοστολόγηση ιατρικών πράξεων, παρακολούθηση προϋπολογισμού, αρχείο ανθρώπινου δυναμικού, κ.ά. Τα δυνητικά οφέλη της πληροφορικής, προκύπτουν κυρίως από κατάργηση ή βελτίωση διαδικασιών, καλύτερη κατανομή πόρων και ανατροφοδότηση³⁷ και συνοψίζονται ως (Gröne, Garcia-Barbero, 2001· Wilson, Lankton, 2003· Μπλάνας, 2005· Medina-Garrido, Crisostomo-Acevedo, 2010):

- ενίσχυση της καλύτερης οργάνωσης των υπηρεσιών,
- διάχυση της γνώσης και των πληροφοριών,
- ενδυνάμωση όλων των σχέσεων (εσωτερικών και εξωτερικών),
- αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στις διαδικασίες και τις αποφάσεις,
- μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης,
- βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών,
- μείωση του συνολικού κόστους υπηρεσιών και κατά συνέπεια και του κόστους (κακής) ποιότητας³⁸.

Όμως, παρά τα θετικά αποτελέσματα των πληροφορικών εφαρμογών εκφράζονται σοβαρές ενστάσεις κυρίως για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, αλλά και την πιθανότητα αύξησης του συνολικού κόστους. Οι πρώτες επιφυλάξεις σχετίζονται με την

³⁷ βλ. και οργανωτικό μοντέλο Deming, παρ. 2.1.1.

³⁸ Κατά την ερμηνεία του Juran (1989): το άθροισμα όλων των δαπανών που θα εξαφανίζονταν αν δεν υπήρχαν προβλήματα ποιότητας.

άσκηση κοινωνικού-πολιτικού ελέγχου: π.χ. το ιστορικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ασφαλιστικές εταιρείες για τον περιορισμό της υγειονομικής κάλυψης ενός ατόμου ή η κυκλοφορία πληροφοριών θετικών προς ψυχική νόσο ή AIDS μπορεί να στιγματίσει κοινωνικά ένα άτομο. Οι άλλες ενστάσεις, αφορούν κυρίως στο κόστος που προκύπτει από την αναγκαιότητα ελέγχων στην καταχώριση και στη διακίνηση πληροφοριών, που μπορεί να είναι υψηλότερο από τα οφέλη (Gröne, Garcia-Barbero, 2001·Σαρρής, 2001·Μπλάνας, 2005).

5.2.2. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας: ομάδες και κύκλοι ποιότητας

Όπως αναφέρθηκε, μία από τις βασικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή ολικής ποιότητας σε όλους τους οργανισμούς είναι η ομαδική εργασία στην οποία, εξάλλου, στηρίζεται και η σύγχρονη διοικητική φιλοσοφία. Στην κατεύθυνση μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας το σύγχρονο μανάτζμεντ, θεωρητικά τουλάχιστον, αντιμετωπίζει το ανθρώπινο δυναμικό υπό το πρίσμα του ολοκληρωμένου ανθρώπου, στην έννοια του οποίου περιλαμβάνεται το άτομο ως οικονομικό, κοινωνικό και αυτοπραγματούμενο ον (Κανελλόπουλος, 1995·Oakland, 2003).

Οι άνθρωποι δημιουργούν ομάδες στην προσπάθεια να ικανοποιήσουν τις ανάγκες-συμφέροντά τους, και να αλληλεπιδράσουν με άλλα άτομα για την ανάληψη ενός κοινωνικού ρόλου, ως προσδοκία συνδεδεμένη με το ανθρώπινο είδος. Στο πλαίσιο, μάλιστα, της προσδοκίας αυτής, εκδηλώνεται και το φαινόμενο της «ετικετοποίησης», δηλαδή της ταύτισης της ιδιότητας με το άτομο, όπως συμβαίνει με τους γιατρούς (Παπαδόπουλος, 2003).

Οι ομάδες, δεν δημιουργούνται τυχαία ούτε σε μια όψη της κοινωνικής ζωής. Η εργασία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα σχηματισμού τους, είτε ως τυπικές στη βάση κοινού εργασιακού στόχου είτε ως άτυπες στη βάση κοινών αξιών, ή επιδιώξεων. Ανάλογα με τους στόχους και την κινητικότητα των μελών, μπορεί επίσης να είναι μόνιμες ή προσωρινές. Τα αποτελέσματα από τη δημιουργία ομάδων δεν είναι πάντα θετικά, ούτε το είδος τους μπορεί να εξασφαλίσει τη συνεκτικότητα. Οι συγκρούσεις μεταξύ μελών και ομάδων, μέσα από τα στάδια ανάπτυξής τους, είναι αναπόφευκτες, όπως και η αλλαγή των ρόλων. Αυτά ακριβώς τα στοιχεία συνιστούν τη δυναμικότητά τους κι ίσως αν αξιοποιηθούν σωστά να λειτουργήσουν θετικά προς τους επιχειρησιακούς στόχους (Κανελλόπουλος, 1995).

Στα νοσοκομεία, όλες οι οργανωτικές μονάδες (κλινικές, εργαστήρια, διοικητικά τμήματα, κ.λπ.) αποτελούν τυπικές ομάδες με κοινό στόχο εκείνον του τμήματος που υπηρετούν, έναν

τυπικό ηγέτη, το άτομο στο οποίο έχουν ανατεθεί καθήκοντα προϊσταμένου (π.χ. διευθυντής γιατρός, προϊστάμενος νοσηλεύτης) με αλληλεξάρτηση αλλά και ιεραρχική δομή (π.χ. ο διευθυντής γιατρός μπορεί να προϊσταται όλων των επαγγελματιών υγείας).³⁹ Άλλες μορφές τυπικών ομάδων μπορεί να είναι οι ομάδες έργου ή οι επιτροπές που συγκροτούνται για το σχεδιασμό ή παρακολούθηση υλοποίησης μιας συγκεκριμένης δράσης. Επίσης, δημιουργούνται και άτυπες ομάδες με κριτήρια, είτε το επάγγελμα (ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών, κ.ά.), είτε με βάση κοινά ενδιαφέροντα ή κοινές επιδιώξεις (Davies et al., 2000; Sullivan Decker, 2008).

Ο εξειδικευμένος και σχετικά αυστηρός καταμερισμός της εργασίας, που χαρακτηρίζει τα νοσοκομεία οδηγεί σε μια σαφή επαγγελματική διάκριση ρόλων, αλλά και στην κυριαρχία των κλινικών επαγγελματιών, ειδικότερα των γιατρών, έναντι όλων των άλλων. Σχετικά με τη διάκριση αυτή, έχουν εκφραστεί απόψεις που συνδέουν το κύρος των επαγγελματιών με την «ηθική διάκριση της εργασίας» δηλαδή με την ανάθεση εργασιών ανάλογα με το «ευγενές» του χαρακτήρα τους, σε αντίστοιχου κύρους επαγγελματίες: ο γιατρός αναθέτει εργασίες που δεν αντιστοιχούν στο ρόλο του στο νοσηλεύτη, εκείνος με τη σειρά του αναθέτει τις αναντίστοιχες προς το δικό του ρόλο του, στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, κ.ο.κ, μέχρι την κατώτερη κλίμακα της επαγγελματικής ιεραρχίας π.χ. προσωπικό καθαριότητας (Adam, Herzlich, 1999; Pilgrim, Rogers, 2004).

Από ένα σημείο και ύστερα, η εξειδίκευση αυτή παρερμηνεύεται και γίνεται αντιληπτή μάλλον ως αποκλειστικότητα, ως ιατρικό μονοπώλιο, παρά ως επιστημονική κατάρτιση. Οι Berwick και Bisognano (1999) προσδιορίζουν την αντίληψη αυτή ως «παραδοσιακή» στο χώρο της υγείας ενώ ο Illich, ήδη από το 1974, εκτιμώντας την ιατρική επαγγελματική πρακτική ως σημαντική απειλή για την υγεία, χαρακτήρισε τα επαγγέλματα υγείας ως έχοντα «αποκρουστική δύναμη» (Illich, 2003). Άλλωστε, σε αυτήν ακριβώς την αντίληψη για το «ύψος», την αξία, του ιατρικού επαγγέλματος οφείλεται ακόμη και η επί μακρόν άρνηση υιοθέτησης των όρων πελάτη/χρήστης υπηρεσιών αλλά και της συγκριτικής αξιολόγησης από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας (Berwick, Bisognano, 1999).

Η σύνδεση μεταξύ των μελών της ίδιας ομάδας φαίνεται να είναι ισχυρή, αντίθετα από εκείνη μεταξύ των ομάδων, που διακρίνεται από χαλαρότητα και χαμηλό συντονισμό, κυρίως λόγω

³⁹ Ο αριθμός και το είδος των τυπικών ομάδων εξαρτάται από τις πολιτικές και διοικητικές αντιλήψεις: π.χ. στα νοσοκομεία της «επιτροποκρατούμενης» Ελλάδας διαπιστώνονται «στρατιές» επιτροπών και Συλλογικών Οργάνων (βλ. ενδεικτικά νόμους 1278/82, 1397/83, 1579/85, 2071/92, 2194/94, 2889/01, 3329/05, 3418/05, 3868/10, 3918/11, 4238/14, 4254/2014).

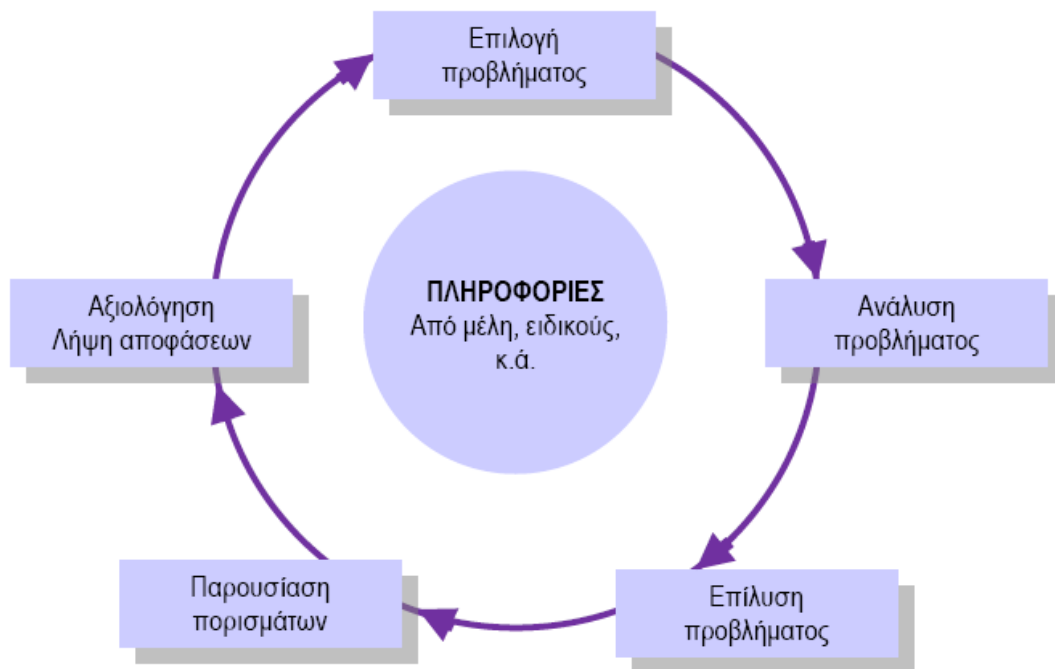
των διαφορετικών αντιλήψεων και της ιεράρχησης της εργασίας, ενώ όταν δεν γίνεται σωστή διαχείριση αυτών των σχέσεων, μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο ακόμη και η οργανωτική συνοχή. Για παράδειγμα στο πλαίσιο της αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών μιας άτυπης ομάδας μπορεί να ληφθούν αποφάσεις από μια τυπική ομάδα, ανεξαρτήτως κόστους –οικονομικού, κοινωνικού ή ψυχολογικού. Από την άλλη πλευρά, η χαλαρότητα στις σχέσεις των ομάδων μεταξύ τους, ενισχυμένη από τη διαφορετική κουλτούρα, ενδεχομένως να οδηγήσει σε συγκρούσεις, τόσο ακραίες όσο να διαρραγεί η οργανωτική συνοχή και να απαξιωθούν οι κανόνες λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Εξάλλου, οι αντιστάσεις στην ενσωμάτωση της ποιότητας, οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις ισχυρές σχέσεις των μελών ομάδων. Ωστόσο, οι σχέσεις αυτές με την κατάλληλη ηγεσία μπορούν να ενισχύσουν τις αλλαγές (Davies et al., 2000· Sullivan Decker, 2008· Borkowski, 2011).

Με την προϋπόθεση της συμμετοχής και δέσμευσης όλων σε περιβάλλον ολικής ποιότητας, και με δεδομένη τη δυναμική των ομάδων, αναπτύχθηκαν οι κύκλοι ποιότητας. Πρόκειται για ομάδες εργαζομένων με σκοπό την αναγνώριση, έρευνα, ανάλυση και επίλυση προβλημάτων της κοινής εργασίας τους (σχ. 5-1). Συγκροτούνται από 4-12 άτομα⁴⁰ με κοινή εργασία, η συμμετοχή είναι εθελοντική και οι συναντήσεις τακτικές, υποστηριζόμενες από την ανώτερη διοίκηση. Κύκλοι ποιότητας αναπτύσσονται σε διάφορα τμήματα και συνεργάζονται μεταξύ τους μέσω μιας κοινής οργανωτικής επιτροπής και ενός συντονιστή: π.χ. για ένα νοσοκομείο, μία επιτροπή και ένας συντονιστής για όλους τους κύκλους ποιότητας (Σαρρής, 2001· Παπανικολάου, 2007).

Η υιοθέτησή τους από τα νοσοκομεία, έχει αποδειχθεί σε αρκετές περιπτώσεις ότι συνηγορεί στη βελτίωση των διαδικασιών, μείωση των χρόνων ανταπόκρισης, αποτελεσματικότερη χρήση πόρων, δηλαδή γενικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, αν και εξακολουθούν να εκφράζονται επιφυλάξεις από ορισμένους επαγγελματίες, κυρίως σε επίπεδο προϊσταμένων. Μάλιστα, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι κύκλοι ποιότητας συνδυάζονται με ομάδες ομότιμης αξιολόγησης επίσης σε εθελοντική βάση, με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω ελέγχου, ορισμού και προσαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών ή κριτικά συζητώντας την ιατρική πρακτική. Έτσι, σχεδιάζονται οι αλλαγές που απαιτούνται, που όμως δεν είναι πάντα υποχρεωτικές. Δηλαδή οι ομάδες αυτές δεν λειτουργούν ως εξωτερικοί ελεγκτές ποιότητας (Lees, Dale, 1989· Beyer et al., 2003).

⁴⁰ Ο ζυγός αριθμός των μελών προφανώς παραπέμπει στην απομάκρυνση από την πρακτική της πλειοψηφίας στη λήψη αποφάσεων, η οποία μπορεί λόγω της αλληλοϋποστήριξης των μελών να αποβεί καταστροφική.

Σχήμα 5-1: Κύκλος ποιότητας για την επίλυση προβλήματος.



Πηγή: Σαρρής, 2001.

Τέλος, δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής, ότι οι επαγγελματίες υγείας εκτός από πάροχοι υπηρεσιών λειτουργούν και ως εσωτερικοί πελάτες και τα πολλά και πολυδιάστατα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αντανακλούν στο επίπεδο της περίθαλψης –ποιοτικά και ποσοτικά. Οι άνθρωποι που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, εργάζονται σε συνθήκες, σωματικής και ψυχικής εξάντλησης λόγω της έντασης, της κρισιμότητας και της πολύωρης εργασίας. Η έλλειψη νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, και τα ατελή διοικητικά συστήματα είναι τις περισσότερες φορές αιτίες καταστροφικών αποτελεσμάτων για την υγεία ή/και τη ζωή των ασθενών τα οποία, ωστόσο, έχουν επιπτώσεις στη επαγγελματική ικανοποίηση και γενικότερα στη ζωή των επαγγελματιών υγείας (Gröne, Garcia-Barbero, 2001·Spence Laschinger, Leiter, 2006·Berry, Bendapudi, 2007).

Εξάλλου, σε αυτά τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας,⁴¹ στηρίζεται ο δημόσιος διάλογος για την δικαϊκή ή προληπτική αντιμετώπιση των ιατρικών λαθών, αλλά και τον τρόπο και το βαθμό που οι δικαστικές διενέξεις λειτουργούν μάλλον ανασταλτικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Studdert et al., 2004) αποτελώντας μάλιστα και πηγή κόστους εξωτερικών αστοχιών (πίν. 4-7).

⁴¹ Από ορισμένους θεωρητικούς (π.χ. Berry και Bendapudi, 2007) οι συνθήκες εργασίας θεωρούνται ως χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας.

5.2.3. Ο ρόλος των ασθενών: ικανοποίηση και εμπειρία

Έχοντας ήδη αναφερθεί εκτενώς στο «μειονοτικό» ρόλο του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, στην ενότητα αυτή θα προσεγγίσουμε την ικανοποίηση ως αποτέλεσμα της εμπειρίας από την αρρώστια και τις υπηρεσίες υγείας, και ως μέσο για να ακουστούν οι προσδοκίες του, να ακουστεί δηλαδή η «φωνή» του⁴². Η «φωνή» που όπως, διαπιστώσαμε σε όλη τη διαδικασία βελτίωσης ποιότητας μέσω των ομάδων-κύκλων, ακούγεται από τον ασθενή. Δηλαδή, έμμεσα μέσω πληροφοριών για το βαθμό ικανοποίησής του ή άλλων που αφορούν στην απόδοση του νοσοκομείου, και οι οποίες σε κάθε περίπτωση κατατίθενται μέσω αριθμών και αντιπροσώπων (επαγγελματίες υγείας) και όχι εκπροσώπων (οικείοι).

Ο Donabedian (1992) θεωρεί ότι ο ρόλος της ικανοποίησης των ασθενών είναι τριμερής, ως:

- (α) *απόφαση* για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, που ενσωματώνει τις προσδοκίες και αντιλήψεις του ασθενούς,
- (β) *αποτέλεσμα* της φροντίδας, δηλαδή μια άποψη για την ψυχολογική ευημερία του ασθενούς και ταυτόχρονα ένας δείκτης επιτυχίας των συστημάτων υγείας, και
- (γ) *παροχή κινήτρων* στους ασθενείς να αναζητήσουν περίθαλψη, ενισχύοντας και την ίδια την υγειονομική μονάδα.

Οι Hjortdahl και Laerum (1992) εκτιμούν ότι η ικανοποίηση αντανακλά:

- *Το επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.* Έρευνες έχουν δείξει ότι η φροντίδα που είναι λιγότερο ικανοποιητική για τον ασθενή, συνδέεται με τη μη συμμόρφωση στη θεραπεία, την επανεξέταση και τη φτωχή κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών.
- *Την τεχνική ικανότητα του γιατρού.* Επίσης, ερευνητικά έχει αναδειχθεί η άμεση σχέση μεταξύ ικανοποίησης και βελτίωσης της κατάστασης υγείας των ασθενών.
- *Τις περίπλοκες σχέσεις* μεταξύ της αντίληψης των αναγκών του ασθενούς, των προσδοκιών, και της εμπειρίας από την περίθαλψη. Μελέτες έχουν δείξει μια σειρά από διαστάσεις της ικανοποίησης ενώ έχουν προσδιοριστεί τέσσερις ανεξάρτητοι παράγοντες, από τους οποίους η «συνέχεια» της φροντίδας, είναι εκείνη που εξηγεί το μεγαλύτερο μέρος της μεταβολής της ικανοποίησης. Η επανάληψη αυτή από άλλους

⁴² Η «φωνή του πελάτη» αντιστοιχεί στη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις υπηρεσίες ή τα προϊόντα που προμηθεύτηκε ο καταναλωτής ή/και τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του σε σχέση με αυτά. Με τη ανάπτυξη της συνάρτησης ποιότητας (QFD) η μετάφρασή τους σε τεχνικές προδιαγραφές απέδωσε υψηλά ποσοστά μείωσης κόστους και βελτίωσης ποιότητας βιομηχανία. Η μέθοδος έχει στο επίκεντρο το «σπίτι της ποιότητας» και εφαρμόζεται σήμερα από τους περισσότερους οργανισμούς που είναι προσανατολισμένοι στην ολική ποιότητα, μεταξύ αυτών πολλοί που εφαρμόζουν τα κριτήρια του αμερικανικού βραβείου (Griffin, Hauser, 1993· Srinidhi, 1998· James, 2007).

εκτιμάται ως ποσοτικό φαινόμενο (επανάληψη επισκέψεων) και από άλλους ως ποιοτικό. Σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη, η «συνέχεια» της φροντίδας υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί καλύτερα ως αμοιβαία σύμβαση συμπεριφοράς στην οποία οι ασθενείς αντιλαμβάνονται μια εξάρτηση από το γιατρό για ορισμένες ή όλες τις ανάγκες υγείας και ο γιατρός αποδέχεται την ευθύνη γι' αυτές.

Επίσης, ο Calnan (1988) εκτιμά ότι ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί μέρος της συνολικής διαδικασίας περίθαλψης, καθώς το επίπεδό της επηρεάζει τα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας και τα ποσοστά συμμόρφωσης με τις ιατρικές οδηγίες και διατυπώνει την άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών επιδρά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη γενική κατάσταση υγείας, όπως άλλωστε έδειξε και ο Engel (1977).

Χαρακτηριστικά, για τη σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία και την ικανοποίηση, είναι τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σε 27 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2009 (Special Eurobarometer 327, 2010). Τα ευρήματα αν αναλυθούν περαιτέρω, ίσως να ενισχύσουν την άποψη αφενός ότι τα πρότυπα ποιότητας στα νοσοκομεία οδηγούν σε αποτελεσματικές υπηρεσίες, αφετέρου ότι οι αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια σχετίζονται με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις.

Στον πίνακα 5-3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε Ολλανδία και Ελλάδα, συγκριτικά με το μέσο ευρωπαϊκό όρο, ενδεικτικά των παραπάνω αναφερομένων και για τη διευκόλυνση της συζήτησης σχετικά με τα αποτελέσματα εφαρμογής πολιτικών ποιότητας στα νοσοκομεία. Στην Ολλανδία, έχει θεσμοθετηθεί από το 1996 η υποχρεωτική εφαρμογή μοντέλων ποιότητας στα νοσοκομεία και από το 2006 επιχειρείται μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας προς ένα περισσότερο ιδιωτικό μοντέλο (Schäfer et al., 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών, όπως και των πελατών σε όλες τις υπηρεσίες, αποτελεί κι έναν παράγοντα κόστους εξωτερικών αστοχιών και μάλιστα κρυφού, το οποίο υπολογίζεται δύσκολα, αφορώντας τη φήμη π.χ. ενός νοσοκομείου (James, 2007). Στο βαθμό δε, που η μέτρηση της ικανοποίησης εντάσσεται στον προγραμματισμό βελτίωσης της ποιότητας μπορεί να αποτελεί και παράγοντα κόστους πρόληψης (πίν. 4-7).

Πίνακας 5-3: Ικανοποίηση και εμπειρία πολιτών Ε.Ε., Ολλανδίας και Ελλάδας.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	Ε.Ε.	ΕΛΛΑΔΑ
Κίνδυνος από τη νοσηλεία	46%	45%	83%
Λάθος-απώλεια-καθυστέρηση διάγνωσης	57%	58%	82%
Νοσοκομειακές λοιμώξεις	56%	59%	85%
Λάθη σχετικά με τα φάρμακα	52%	49%	68%
Χειρουργικά λάθη	41%	46%	73%
Λάθη εξοπλισμού	32%	39%	60%
Αρνητική εμπειρία (ίδιος ή μέλος οικογένειας)	42%	26%	16%
Κύριος υπεύθυνος για αρνητική εμπειρία			
Υπουργείο υγείας	11%	32%	52%
Νοσοκομείο, επαγγελματίες	63%	27%	27%
Ασφαλιστικός Φορέας	5%	7%	3%
Κυβέρνηση	15%	7%	6%
Κυρίαρχο μέσο πληροφόρησης (υγείας)	Έντυπα ΜΜΕ	TV	TV
Χειρουργείο χωρίς συγκατάθεση	44%	17%	54%
Υποβολή καταγγελιών	52%	28%	(εξαιρέθηκε)
Κυρίαρχη απαίτηση προσφυγής ασθενών	Έρευνα	Έρευνα	Αποζημίωση
Κυρίαρχος φορέας που απευθύνονται για υποστήριξη	Δικηγόρος	Δικηγόρος	Διοίκηση Νοσοκομείου
Κριτήριο ποιότητας υπηρεσιών υγείας			
Επαγγελματική επάρκεια γιατρών	52%	45%	65%
Θεραπευτικό αποτέλεσμα	40%	39%	39%
Λίστες αναμονής	38%	29%	43%
Σεβασμός αξιοπρέπειας	31%	27%	43%
Εξοπλισμός	17%	27%	17%
Ελεύθερη επιλογή γιατρού	20%	22%	31%
Εγγύτητα γιατρού νοσοκομείου	21%	22%	16%
Ασφαλείς υπηρεσίες	22%	15%	23%
Καθαριότητα	23%	19%	23%
Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου	14%	14%	21%
φιλικό περιβάλλον	5%	6%	7%
Θετική άποψη για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	91%	70%	25%

Προσαρμογή από: Special Eurobarometer 327, 2010.

Όμως, παρά την ανάπτυξη μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης⁴³ φαίνεται ότι η αποτύπωση των απόψεων, των συναισθημάτων -τελικά της εμπειρίας σε σχέση με τις προσδοκίες- των ασθενών και των οικείων τους, δεν αξιολογείται ορθά ή/και επαρκώς ή ώστε να ακουστεί και αξιοποιηθεί η «φωνή» τους, στην κατεύθυνση βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Οι λόγοι συνοψίζονται ως ακολούθως (Fitzpatrick, Hopkins, 1983· Calnan, 1988· Rosen, Karwan, 1994· Delnoij, 2009):

- Τα ερευνητικά ερωτήματα και ο τρόπος διατύπωσή τους, κρίνονται από πολλές πλευρές ως ακατάλληλα για την ανάδειξη του πραγματικού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, ο οποίος βαθμός να σημειωθεί ότι μεταβάλλεται συνεχώς από την πρώτη

⁴³ βλ. παράγραφο 3.2.4.

επαφή με τις υπηρεσίες υγείας μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας, ανάλογα με το βαθμό πληροφόρησης του ασθενούς ή των οικείων, αλλά κυρίως ανάλογα με τις εμπειρίες που αποκομίζουν σταδιακά.

- Οι ασθενείς αξιολογούν το γιατρό τους και τις υπηρεσίες εκ του θεραπευτικού αποτελέσματος (εμπειρία), με βάση όμως εκείνο που αντιλαμβάνονται και προσδοκούν οι ίδιοι ως υγεία αλλά και με το συναίσθημα, ως αδύναμοι να κρίνουν επιστημονικά το γιατρό. Έτσι, τα μοντέλα ικανοποίησης, μπορεί να αναδεικνύουν μόνο ό,τι φαίνεται, παρακάμπτοντας αφενός το συναίσθημα που χαρακτηρίζει τις σχέσεις στις υπηρεσίες υγείας, αφετέρου το χάσμα αντιλήψεων μεταξύ ερευνητή-ασθενών.

Με βάση την αντίληψη ότι για να υπάρξει ουσιαστική ενσωμάτωση των προσδοκιών των ασθενών στις υπηρεσίες ηγεσίας απαιτείται η «σύλληψη» του συναισθηματικού περιεχόμενου των εμπειριών των ίδιων και των οικείων τους, άρχισαν να αναπτύσσονται υποδείγματα μέτρησης της ικανοποίησης που διαφοροποιούνται από τα κλασικά (πίν. 3-7) κατά τα εργαλεία που χρησιμοποιούν. Στα ερωτηματολόγια ή στις προσωπικές συνεντεύξεις οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους, καλούνται να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από διάφορες πτυχές των υπηρεσιών υγείας, με μία λέξη συναισθηματικής σημασίας. Όμως, η σύλληψη του συναισθήματος αποδεικνύεται εξαιρετικά προβληματική, στην πράξη. Έτσι, και με αυτή τη μέθοδο διαπιστώνονται «μετρικά» προβλήματα, κυρίως επειδή δεν υπάρχουν επίσημα κριτήρια για το «τι είναι ένα συναίσθημα» κι επειδή η γλώσσα υπολείπεται στην έκφραση των συναισθημάτων (Russ et al., 2013).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι διεθνώς πια, είναι συχνό φαινόμενο στα νοσοκομεία να μην μπορεί, καν, να αποκωδικοποιηθεί η «γλώσσα» του ασθενούς, λόγω της διαμόρφωσης πολυπολιτισμικών κοινωνιών. Από τη δεκαετία 1990 μέχρι σήμερα, η μετακίνηση πληθυσμών από «ωφέλεια» της παγκοσμιοποίησης μετατράπηκε σε «πρόβλημα» για τις χώρες υποδοχής, όπου οι μετανάστες επιβιώνουν στις άθλιες συνθήκες του κοινωνικού περιθωρίου. Η αδυναμία πρόσβασης μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας οφείλεται κυρίως στις ακραίες πολιτικές αποκλεισμού, όπως στην Ελλάδα ή/και στην απουσία διερμηνέων και ειδικών επαγγελματιών στα δημόσια νοσοκομεία (Βαρουζή, Σαρρή, 2012.ΙΣΑ, 2013).

Σε μελέτη των Zanchetta και Poureslami (2006) επισημάνθηκε η ιδιαίτερη σημασία της γλωσσικής επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας και ασθενών-μεταναστών, καθώς οι πρώτοι

αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στη μετάδοση ακόμα και του κινδύνου που ενέχει μια κατάσταση υγείας στους ανθρώπους αυτούς. Για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών προτείνουν, μάλιστα, τη γλωσσική εκπαίδευση και των επαγγελματιών υγείας ώστε να χρησιμοποιούν απλή γλώσσα.

5.3. Ενσωμάτωση της εμπειρίας των ασθενών στη στρατηγική νοσοκομείου

5.3.1. Από την έμμεση στην άμεση συμμετοχή του ασθενούς

Οι ασθενείς σήμερα έχουν αυξημένες απαιτήσεις, προεξάρχουσας της συμμετοχής στις αποφάσεις και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, διαμορφώνουν τις δικές τους ομάδες με μια δυναμική που μπορεί και θεωρείται αιτία και υποχρέωση για την «αλλαγή» στα συστήματα υγείας και η οποία μπορεί και εκδηλώνεται, διεθνώς, με την υποστήριξη του διαδικτύου⁴⁴.

Η αρχή έγινε τη δεκαετία του 1980, οπότε η εξέλιξη των επικοινωνιακών μέσων άρχισε να διαδραματίζει σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στην αύξηση των προσδοκιών των ασθενών. Έτσι, ξεκίνησε έντονη δραστηριότητα από κοινωνικές ομάδες για την υποστήριξη των δικαιωμάτων των ασθενών σε όλες τις χώρες. Τα δικαιώματα αυτά αντιστοιχίζόμενα με τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας και των φορέων που απασχολούνται, εκτείνονται από την ισότιμη πρόσβαση, την πληροφόρηση και συμμετοχή στις αποφάσεις έως την ποιότητα, ασφάλεια των υπηρεσιών και τις βιοηθικές πτυχές της ιατρικής πρακτικής. Η πολιτική επιρροή τους προκύπτει ενισχυμένη, αν και όλοι συνηγορούν ότι απαιτείται καλύτερος συντονισμός μεταξύ των κοινωνικών ομάδων αλλά και των φορέων που προτείνουν, σχεδιάζουν ή υλοποιούν πολιτικές υγείας (Gröne, 2001· Αρσενοπούλου, 2005).

Από την άλλη πλευρά, των συστημάτων και μονάδων υγείας, η ενδυνάμωση των ασθενών προκύπτει ως μια ακόμη πρόκληση, πλήττοντας κυρίως τον πατερναλισμό που χαρακτήριζε σε μεγαλύτερο βαθμό απ' όσο σήμερα, την υγειονομική περίθαλψη. Η διάχυση της γνώσης μέσω της τεχνολογίας είχε σαν αποτέλεσμα τη διάθεση πληροφοριών για την υγεία που μέχρι πριν μερικές δεκαετίες ήταν «απαγορευμένες» για τους πολίτες. Έτσι, διαμορφώθηκε ένα νέο σύνολο αρχών για την ιατρική υπευθυνότητα εκ των οποίων κάποιες ή σε κάποια συστήματα, μπορεί ακόμη να αποτελούν προσδοκίες (Davies et al., 2000· Swayne, et al., 2008).

⁴⁴ Ενδεικτικά: Patients in Power, 2014 και Doctors 2.0&You, 2014

Πίνακας 5-4: Παλιές και νέες αρχές για την ιατρική ευθύνη.

Παλιές αρχές	Νέες αρχές/προσδοκίες
Γιατρός υπεύθυνος μόνο για τον ασθενή.	Γιατρός υπεύθυνος για τον ασθενή και τον πληθυσμό.
Ατομική κλινική ευθύνη για τον ασθενή	Ομαδική ευθύνη για τους ασθενείς.
Η αξιοπιστία και η εμπιστοσύνη βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην επαγγελματική αίγλη και το κύρος	Η αξιοπιστία και η εμπιστοσύνη βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία αποτελεσματικής πρακτικής.
Το επάγγελμα καθορίζει την απόδοση και τα κριτήρια λογοδοσίας.	Το επάγγελμα και άλλοι (κυβερνήσεις, καταναλωτές, κοινωνικές ομάδες, κ.ά.) καθορίζουν την απόδοση και τα κριτήρια λογοδοσίας.
Γιατρός υπεύθυνος για τους ασθενείς και το επάγγελμα (επιστήμη).	Γιατρός υπεύθυνος επίσης για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και εξωτερικές ομάδες.
Υπάρχουν οργανώσεις για την προστασία των συμφερόντων του γιατρού.	Υπάρχουν οργανώσεις για την προστασία των συμφερόντων των ασθενών, της κοινότητας και των γιατρών.

Πηγή: Davies et al., 2000.

Η προσέγγιση της «εταιρικής» πλευράς των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, επιχειρήθηκε και επιχειρείται με διάφορους τρόπους και ποικίλα αποτελέσματα, όπως σχολιάζονται στη συνέχεια. Αρχικά, θα σταθούμε στην κλινική διακυβέρνηση που δοκιμάστηκε στο βρετανικό σύστημα υγείας (1999) στη θεωρητική βάση της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας, με μία από της αρχές της να είναι η αξιοποίηση των πληροφοριών που δίνουν οι ασθενείς, για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Παπανικολάου, 2007). Ενδεχομένως, όμως ορισμένα στοιχεία της, να καθιστούν τη συμμετοχή του ασθενούς στις διαδικασίες ως ένα επιπλέον πρόβλημα στα ήδη υπάρχοντα. Ειδικότερα:

- (α) Η συμμετοχή των ασθενών εξελίσσεται είτε έμμεσα, μέσω μελέτης αστοχιών σε περιστατικά είτε άμεσα, μέσω όμως ενός «καταγγελτικού» μηχανισμού -όπως το σύστημα παραπόνων- που μπορεί μεν να καλλιεργεί το αίσθημα δικαίου, ωστόσο ενέχει κινδύνους για την ορθότητα των συμπερασμάτων, λόγω της συγκρουσιακής μορφής των σχέσεων γιατρού-ασθενούς, όπως περιγράφηκε από τους Berry και Bendapudi (2007).
- (β) Η τεκμηριωμένη ιατρική μπορεί να βελτιστοποιεί τα κλινικά αποτελέσματα, αλλά προϋποθέτει συνεχή παρακολούθηση της ιατρικής γνώσης. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γιατροί μόλις και μετά βίας μπορούν να παρακολουθήσουν τον όγκο των νέων ιατρικών γνώσεων, δεδομένης της ταχύτητας με την οποία αναπτύσσονται και διαδίδονται. Υπολογίζεται, ότι ένας γιατρός πρέπει να διαβάζει καθημερινά, όλο το έτος, περίπου 20 άρθρα ημερησίως ώστε να καλύψει τις γνώσεις αυτές. Ακόμη κι αν καταφέρει κάτι τέτοιο, υπάρχουν εμπόδια για τη μεταφορά τους στην καθημερινή κλινική πρακτική

όπως: οικονομικά, έλλειψη χρόνου, κίνδυνος καταγγελιών αν δεν συμφωνούν με τις προσδοκίες του ασθενούς ή τους διαμορφωτές κοινής γνώμης (Grol, Wensing, 2004).

Η κριτική προς την κλινική διακυβέρνηση, έγινε ακριβώς για ναδειχθεί ότι υπάρχουν και ορισμένες προϋποθέσεις για την ανάληψη ρόλου συμπαραγωγού από πλευράς του ασθενούς. Προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν σε ανυστερόβουλες βελτιωτικές προτάσεις, και σχετίζονται με την ποιότητα και το εύρος της ενημέρωσής του. Έτσι ο ασθενής πρέπει να (Swayne, et al., 2008):

- *αποκτήσει* πλήρη και ξεκάθαρη γνώση του κινδύνου ή της σοβαρότητας της κατάστασής του,
- *κατανοήσει* τους κινδύνους, τα οφέλη και τις αβεβαιότητες μεταξύ προτεινόμενης και εναλλακτικών θεραπειών,
- *ζυγίσει* το δυνητικό κόστος και το όφελος της θεραπείας, ώστε να υπολογίσει την αξία της,
- *έχει τη δυνατότητα* συμμετοχής στις αποφάσεις σε οποιοδήποτε επίπεδο επιθυμεί.

Η μετάβαση από την έμμεση στην άμεση μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και από την ανεξάρτητη-μονόπλευρη στη συμμετοχική παραγωγή και ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας, μπορούμε να πούμε ότι έχει και ευρύτερους στόχους από την ποιότητα, όπως πολιτικούς και ηθικούς. Όπως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, έτσι και η συμμετοχή τους, από πολλούς θεωρείται ως δημοκρατική και ηθική απαίτηση, εφόσον οι ασθενείς πληρώνουν για τις υπηρεσίες αυτές και από άλλους ως τρόπος νομιμοποίησης των πολιτικών υγείας και όχι ως μεταβίβαση εξουσιών. Ίσως δε, αυτή η τελευταία άποψη μπορεί να μεταφράσει και το γεγονός ότι παρά τις συμμετοχικές απόψεις που εκφράζονται και κάποιες φορές υλοποιούνται, τελικός κριτής και ρυθμιστής των υπηρεσιών υγείας είναι οι πάροχοι και όχι οι ασθενείς (Calnan, 1988·Crawford, et al., 2002).

5.3.2. Μελέτες και αποτελέσματα συμμετοχής ασθενών

Η άμεση συμμετοχή των ασθενών και των συγγενών τους στις υπηρεσίες υγείας αρχικά αναπτύχθηκε στο πλαίσιο των προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για τους ηλικιωμένους και τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, τα οποία ενσωματώθηκαν και σε εθνικά συστήματα υγείας, όπως το βρετανικό (NHS, 2014). Εκεί, η συμμετοχή του ασθενούς περιλαμβάνει το σχεδιασμό της φροντίδας, τη λήψη αποφάσεων, την πληροφόρηση και την επικοινωνία.

Ο Οργανισμός για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ, έχει συγκροτήσει Ακαδημία για την προώθηση της ολοκληρωμένης φροντίδας με βάση τη συμπεριφορική, με τον ίδιο πληθυσμό στόχο (χρόνια πάσχοντες), στο έργο της οποίας περιλαμβάνεται «Άτλας πρακτικών», για τις ομάδες που επιθυμούν να εφαρμόσουν ολοκληρωμένη φροντίδα. Μία από τις λειτουργικές περιοχές μελέτης είναι και η συμμετοχή τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των οικογενειών τους, ως ενεργά μέλη ομάδων ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (AIBHC, 2014).

Εμπειρία από την ενδυνάμωση νοσηλευόμενων ασθενών, προκύπτει και από τα προγράμματα για πάσχοντες από δυσίατα νοσήματα. Τα αντικαρκινικά κέντρα των ΗΠΑ εφαρμόζουν ένα μοντέλο ενδυνάμωσης –ασθενών και οικογενειών- εστιασμένο στην ενημέρωση, πληροφόρηση και ταχύτητα ανταπόκρισης και στην ομαδική εργασία (CTCA, 2014) .

Επίσης η Διεθνής Μεικτή Επιτροπή, αμερικανικός φορέας διαπίστευσης και πιστοποίησης υγειονομικών μονάδων, εκτιμά ότι η βελτίωση των αποτελεσμάτων της ιατρικής φροντίδας συναρτάται με τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στις αποφάσεις, και αναλόγως της οικογένειας ή εκπροσώπου, με τρόπο γλωσσικά κατανοητό και εναρμονισμένο στις πολιτιστικές προσδοκίες του. Στον πίνακα 5-5, παρουσιάζονται ορισμένα πρότυπα από την κατηγορία «Δικαιώματα Ασθενούς και Οικογένειας» (PFR) που αφορούν στην ενδυνάμωση και τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις (JCI, 2010).

Η βιβλιογραφική έρευνα⁴⁵, στα όρια της παρούσας, ανέδειξε αρχικά ότι πλήθος μελετών αφορούν τη συμμετοχή του ασθενούς στο σχεδιασμό των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την απόφαση σχετικά με αντικαρκινικές θεραπείες αλλά και χειρουργικές θεραπείες διαφόρων ειδικοτήτων επί συγκεκριμένων περιστατικών. Σε ό,τι αφορά τις έρευνες στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σε πολλές διαπιστώνονται μεθοδολογικά προβλήματα που φθάνουν μέχρι και τη σύγχυση εννοιών, ειδικά σε ό,τι αφορά στο σχεδιασμό υπηρεσιών και τη θεραπεία εκλογής.

Χαρακτηριστικό είναι ότι οι Crawford et al. (2002) σε μια συστηματική και εκτεταμένη ανασκόπηση για τη συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης εντόπισαν 337 σχετικά άρθρα, από τα οποία μόνο τα 42 περιέγραφαν τα αποτελέσματα, ενώ μόνο 8 μπορούν να θεωρηθούν ως σχετικά με τη

⁴⁵ Ηλεκτρονικά έγινε με τη χρήση των λέξεων κλειδιών: patient, participation, empowerment, involvement, healthcare και συνδυασμούς αυτών.

νοσοκομειακή περίθαλψη. Από την ανασκόπηση, συνάγεται ότι η συμμετοχή των ασθενών συνέβαλε σε οργανωτικές αλλαγές, αλλά οι επιπτώσεις της στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παρέμεινε άγνωστη.

Πίνακας 5-5: Ενδυνάμωση και συμμετοχή ασθενούς: επιλεγμένα πρότυπα της JCI.

ΠΡΟΤΥΠΟ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
PFR.2	Ο οργανισμός υποστηρίζει το δικαίωμα των ασθενών και των οικογενειών τους για τη συμμετοχή τους, στη διαδικασία φροντίδας.
PFR.2.1	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειες, με τρόπο και γλώσσα που μπορούν να καταλάβουν, για τη διαδικασία και τον τρόπο που μπορούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις φροντίδας, στο βαθμό που επιθυμούν να συμμετάσχουν.
PFR.2.3	Ο οργανισμός σέβεται τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς να αρνηθεί διαδικασίες αναζωογόνησης και να παραιτηθεί ή να αποσύρει θεραπείες διατήρησης στη ζωή.
PFR.3	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με τις διαδικασίες καταγγελίας, τις συγκρούσεις και διαφορές απόψεων για τη φροντίδα των ασθενών και το δικαίωμα του ασθενούς να συμμετέχει σε αυτές τις διαδικασίες.
PFR.6	Η συγκατάθεση του ασθενούς λαμβάνεται μέσω συγκεκριμένης διαδικασίας, ανά οργανισμό, που διενεργείται από εκπαιδευμένο προσωπικό σε γλώσσα που ο ασθενής μπορεί να κατανοήσει.
PFR.6.1	Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους λαμβάνουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, την προτεινόμενη θεραπεία, και τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να μπορούν να αποφασίσουν.
PFR.7	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για το πώς μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε κλινική έρευνα ή σε κλινικές δοκιμές επί ανθρώπων.
PFR.7.1	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για το πώς προστατεύονται οι ασθενείς που επιλέγουν να συμμετάσχουν σε κλινική έρευνα, ή κλινική δοκιμή
PFR.10	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειες για το πώς να επιλέξουν να δωρίσουν όργανα και άλλους ιστούς.

Πηγή: JCI, 2010.

Έρευνα που έγινε επί 22.000 ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομείο του Σικάγο το διάστημα 2003-2011, έδειξε τα εξής (Tak et al., 2013):

- Όλοι οι ασθενείς επιθυμούν τη συμμετοχή στην απόφαση για την υγεία τους
- Περισσότεροι από το 70% προτιμούν η απόφαση να ληφθεί, τελικά, από το γιατρό τους.
- Η επιλογή για συμμετοχή συνδέεται αναλογικά με το μορφωτικό επίπεδο και την ιδιωτική ασφάλιση.
- Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην απόφαση:
 - νοσηλεύθηκαν 0,26 ημέρες περισσότερες από τους άλλους (κ.μ.ο.)
 - το κόστος νοσηλείας τους ήταν κατά 865 δολάρια υψηλότερο.

Στον ευρωπαϊκό χώρο η έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον καθώς πρόκειται για μια ποιοτική μελέτη για τη συμμετοχή των ασθενών με συνεντεύξεις σε βάθος. Διενεργήθηκε το διάστημα Απριλίου-Μαΐου 2011 σε 15 κράτη μέλη της Ε.Ε. αντιπροσωπευτικά όλων των γεωγραφικών περιοχών και συμμετείχαν από κάθε χώρα 10 ασθενείς (60') και 5 επαγγελματίες υγείας (45', γιατροί και νοσηλεύτες), από όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Μελετήθηκε μια σειρά παραμέτρων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις και τα προβλήματα των συστημάτων υγείας όπως και ο βαθμός συμμετοχής των ασθενών τα οποία συνοψίζονται ως εξής(Eurobarometer Qualitative Study, 2012):

- Οι επαγγελματίες υγείας πίστευαν ότι λίγοι ασθενείς είχαν κατανοήσει τη διάγνωση, ενώ οι ασθενείς σπάνια έλαβαν γνώση των εναλλακτικών θεραπειών.
- Γενικά η ευαισθητοποίηση για τα πρότυπα ποιότητας ήταν ελάχιστη και οι ασθενείς ήταν αδιάφοροι αντίθετα με τη θεραπεία τους.
- Η έννοια του «ελέγχου της κατάστασης υγείας» ήταν δυσνόητη και πολλές φορές ταυτιζόταν με υπογραφές και συγκαταθέσεις.
- Τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά βρέθηκαν να επηρεάζουν την επιθυμία του ασθενούς να πληροφορηθεί (αυξημένη στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης).
- Ενώ οι ασθενείς θεωρούν το διαδίκτυο ως εργαλείο ενδυνάμωσής τους, οι γιατροί ήταν επιφυλακτικοί προβάλλοντας τον κίνδυνο παραπληροφόρησης.
- Οι ασθενείς επιθυμούσαν συμμετοχή στην απόφαση αλλά σε επίπεδο πληροφόρησης αντί ευθύνης.

Από αρκετούς έχει μελετηθεί και η επίδραση της παρουσίας των οικείων του ασθενούς κατά τη διάρκεια κρίσιμων ιατρικών πράξεων. Στη σχετική έρευνα και βιβλιογραφική ανασκόπηση των Duran, et al. (2007) τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα:

- Σε ορισμένες έρευνες ήταν θετική η στάση των γιατρών για την παρουσία συγγενών, και των νοσηλευτών περισσότερο, εκτιμώντας ότι η παρουσία τους συνέβαλε στις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς, ωστόσο ανησυχούσαν για την ασφάλεια και τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους, Σε άλλες το 80% των γιατρών και το 61% των νοσηλευτών ήταν αντίθετοι στην παρουσία συγγενών επειδή θα τους διασπούσαν από το έργο τους και θα τους προσέδιδαν άγχος.
- Οι γονείς επιθυμούσαν σχεδόν όλοι να είναι παρόντες σε ιατρικές διαδικασίες που αφορούσαν το παιδί τους και οι παιδίατροι ήταν πιο θετικοί στην παρουσία τους από τους άλλους γιατρούς.

Θετικά, είχαν ανταποκριθεί γιατροί και νοσηλευτές για την παρουσία των οικείων κατά την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και επεμβατικές πράξεις σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σε παλαιότερη έρευνα και βιβλιογραφική ανασκόπηση των Eichhorn et al. (2001), όπου ο ψυχολογικός παράγοντας και το στρες προέκυψαν αστήρικτα, παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ασθενών που δεν κατάφερε να επιζήσει ήταν υψηλός.

Τέλος, στη σχετική βιβλιογραφία περιγράφονται και διάφορα μοντέλα για την συμμετοχή του νοσηλευόμενου σε γενικό νοσοκομείο, στις αποφάσεις για την υγεία του (π.χ. Anthony, Hudson-Barr, 2004) ωστόσο δεν είναι ολοκληρωμένα, αφορώντας συγκεκριμένες μόνο διαδικασίες (π.χ. εξιτήριο), ενώ από κανένα δεν προκύπτει συμμετοχή του ασθενούς στις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας (π.χ. σε κύκλους ποιότητας) παρά την ανάπτυξη σχετικής μεθοδολογίας, θεωρητικά τουλάχιστον.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συστήματα υγείας στις μέρες μας βρίσκονται αντιμέτωπα με τη διεύρυνση και τη μεγέθυνση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τουλάχιστον από τις τρεις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Η σύγχρονη χρηματοπιστωτική κρίση, που γρήγορα εξελίχθηκε σε ανθρωπιστική, ανέδειξε την αδυναμία των πολιτικών για βιώσιμα συστήματα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε προβλέψει τις εξελίξεις αυτές, κρούοντας τον «κώδωνα κινδύνου» για τη φτωχοποίηση των πολιτών και τον αποκλεισμό τους από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, βασιζόμενος και σε ιστορικά στοιχεία από προηγούμενες κρίσεις (WHO, 2009).

Η κρίση αυτή επιβεβαίωσε και τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει η σύνδεση των επιπέδων περίθαλψης και η ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών από πλευράς των νοσοκομείων στην κατεύθυνση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της συγκράτησης του κόστους και του σεβασμού των ηθικών και πολιτικών δικαιωμάτων των ασθενών (Gröne, 2001) ως «μέτοχοι» των συστημάτων υγείας (Crawford, et al., 2002).

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν το νοσοκομειακό κόστος εξαρτώμενο τόσο από το βαθμό ανάπτυξης της ΠΦΥ, όσο όμως και από άλλα χαρακτηριστικά: αντιλήψεις, μοντέλο συστήματος, κ.λπ. (OECD, 2013). Δεν είναι όμως ικανά να τεκμηριώσουν τη σχέση των μοντέλων ποιότητας με το νοσοκομειακό κόστος και την ικανοποίηση των ασθενών.

Για παράδειγμα, στην Ολλανδία και στην Ελλάδα (πίν. 5-3) το νοσοκομειακό κόστος εξακολουθεί να αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας⁴⁶, με απόκλιση από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και ικανό ρυθμό ετήσιας αύξησης.

Από την άλλη μεριά, οι Ολλανδοί πολίτες προκύπτουν πολλοί ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας, ωστόσο τα υψηλά ποσοστά αρνητικών εμπειριών, ανασφάλειας και μη συμμετοχής των ασθενών στη θεραπευτική απόφαση εγείρουν ερωτήματα για το «πώς» εφαρμόζεται η ολική ποιότητα, για το «τι» ρωτούν και αποτιμούν με τις έρευνες αυτές, αλλά και για το «πόσο» μακροπρόθεσμα είναι τα αποτελέσματα πολιτικών και προγραμμάτων ποιότητας στην υγεία.

⁴⁶ Στην ίδια έκθεση επισημαίνεται ξεκάθαρα ότι η μείωση των συνολικών δαπανών υγείας σε επίπεδο χωρών-μελών του ΟΟΣΑ και η δραματική στην Ελλάδα (-11%) οφείλονται στις πολιτικές λιτότητας (μείωση μισθών, μείωση προσωπικού, αύξηση συμμετοχής ασθενών, κλπ).

Σε σχέση με τα εισαγωγικά ερωτήματα, πράγματι τα ερευνητικά αποτελέσματα για τον τρόπο που επιχειρείται η κατάκτηση ποιοτικών υπηρεσιών και η μείωση του κόστους δεν κατευθύνουν σε επιτυχημένες «εκστρατείες». Η έλλειψη ευθυγράμμισης της στρατηγικής ποιότητας με τη γενική στρατηγική ενός νοσοκομείου ή/και ο κακός συντονισμός μεταξύ τους, υποδεικνύονται ως κύριοι παράγοντες αδυναμίας της πρώτης.

Ταυτόχρονα, δείχνουν ότι η στρατηγική διοίκηση ολικής ποιότητας (STQM) μπορεί να λειτουργήσει θετικά στη συνεχή βελτίωση της συνολικής επίδοσης ενός νοσοκομείου, καθώς η ποιότητα οδηγεί το όραμα, και ο σκοπός προσδιορίζεται στη βάση της κοινωνικής υπευθυνότητας που εκλαμβάνεται και ως πηγή σφαλμάτων. Πράγματι με τις αρχές της STQM:

- ♦ Η ηγεσία αναπτύσσεται στην πραγματική της διάσταση, δηλαδή ως έννοια που παράγει κίνηση-αλλαγή⁴⁷ ως κλειδί για την εξάπλωση της φιλοσοφίας ποιότητας σε όλα τα επίπεδα ενός οργανισμού. Με τον τρόπο αυτό αναπαράγεται σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα, υποστηρίζοντας και ενδυναμώνοντας τη δέσμευση, την ομαδική εργασία και το ανθρώπινο δυναμικό.

Ειδικά για τη δέσμευση στην ποιότητα, η STQM διαφοροποιείται σημαντικά, σε σχέση με την TQM, απαιτώντας το προβάδισμα της ηγεσίας ώστε να εξασφαλίζεται η ορθότητα των αποφάσεων και η υλοποίησή τους.

Τελικά με την STQM η ηγεσία αναλαμβάνει το δυναμικό ρόλο της ώστε:

- (α) όλες οι πτυχές του στρατηγικού σχεδιασμού να κωδικοποιούνται με όρους συνεχούς βελτίωσης ποιότητας,
 - (β) σε όλα τα στάδια υλοποίησής του να αποκωδικοποιούνται τα μηνύματα του περιβάλλοντος, εσωτερικού και εξωτερικού, και
 - (γ) οι διαδικασίες και οι άνθρωποι να αποτελούν το κανάλι για τη μείωση του κόστους και κάθε αλλαγή.
- ♦ Η οριζόντια και κάθετη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων, έναντι της οριζόντιας που υιοθετεί η TQM: (α) διευρύνει τη συμμετοχικότητα στο επίπεδο όλων των ενδιαφερομένων, (β) δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες ώστε να μην λειτουργήσει το σύστημα αφοριστικά προς τη δύναμη της ιατρικής επιστήμης, πράγμα που δεν θα ευνοήσει διόλου την κλινική αποτελεσματικότητα και (γ) ισορροπεί την κλινική και

⁴⁷ Άποψη που διατύπωσε ο Kotter (1990) συγκρίνοντας την ηγεσία με τη διοίκηση.

διοικητική εξουσία των νοσοκομείων. Δηλαδή, αμβλύνει το συγκρουσιακό χαρακτήρα των σχέσεων ασθενούς-γιατρού αλλά και γιατρών-συστήματος. Σε αυτή τη «νομή» της εξουσίας ίσως οφείλονται και τα θετικά αποτελέσματα για τον άριστο ρόλο των γιατρών ως εσωτερικοί πελάτες, όπου εφαρμόστηκε STQM.

- ♦ Οι επενδύσεις στην *εκπαίδευση* και την *ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού*, στη βάση μεσο- μακροπρόθεσμου σχεδιασμού προσανατολισμένου στο περιβάλλον, υποδεικνύουν ότι ο στόχος των αλλαγών με την STQM, είναι η δημιουργία αξίας που απαιτεί χρόνο και πίστη. Η αλλαγή στα νοσοκομεία είναι στενά συνδεδεμένη με τις αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια, όχι μόνο των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών. Οι Shortell et al. (1995) αναφέρουν ότι η σχέση μεταξύ της εφαρμογής συνεχούς βελτίωσης ποιότητας και των αποτελεσμάτων αποτελεί μια ιστορία που αφορά και στον πολιτισμό, επισημαίνοντας ότι η ενδυνάμωση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας συνηγορεί στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.
- ♦ Το *κόστος* αντιμετωπίζεται επίσης στη βάση της δημιουργίας αξίας. Με την STQM δεν επιδιώκονται αλλαγές για τη μείωσή του, αλλά εκτιμάται ότι αυτή θα προκύψει μέσω της ατελείωτης βελτίωσης της ποιότητας. Κάτι τέτοιο, υποστηρίζει τις απόψεις ότι το κόστος:
 - (α) δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ούτε ως μια ξεχωριστή διάσταση της ποιότητας, πολύ περισσότερο δε, ως ρυθμιστικός παράγοντας διαμόρφωσης και υλοποίησης στρατηγικών,
 - (β) αποτελεί μόνο έναν οδηγό για την ορθή εφαρμογή των αρχών της ποιότητας: δεν επιλύει τα προβλήματά της,
 - (γ) παράγεται από τις διαδικασίες και η μείωσή του σχετίζεται με τη βελτίωσή τους. Εκείνες τις διαδικασίες που βρίσκονται στον πυρήνα ενδιαφέροντος της ποιότητας σχηματίζοντας την αλυσίδα αξίας της.Η συγκεκριμένη εκτίμηση, μπορεί να σημαίνει ότι ακόμη και σε δημόσια νοσοκομεία που λειτουργούν με περιορισμένους πόρους, πολυπλοκότητα περιβάλλοντος και αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών, είναι δυνατή η μείωση του κόστους με κατάλληλες στρατηγικές όπως η STQM.
- ♦ Η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις προσεγγίζεται μέσω των ομάδων. Η STQM έρχεται να απαντήσει δυναμικά σε μια σύγχρονη πρόκληση για τα νοσοκομεία ενσωματώνοντας τις ομάδες ενδιαφερομένων σε δύο μάλιστα αρχές:

(α) στην οργανωτική δομή και τη ροή πληροφοριών, όπου η οριζόντια και κάθετη προσέγγιση επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή ομάδων ενδιαφερομένων στη λήψη αποφάσεων ποιότητας,

(β) στη λήψη αποφάσεων που προσεγγίζεται μέσω ομάδων εργαζομένων και ενδιαφερομένων.

Με τον τρόπο αυτό η ποιότητα τεκμηριώνεται και από τους δύο πρωταγωνιστές των υπηρεσιών υγείας: ασθενείς και επαγγελματίες υγείας.

Ωστόσο, η υιοθέτηση της συγκεκριμένης στρατηγικής δεν πρέπει να εκληφθεί ως πανάκεια για τις κακές κλινικές, οικονομικές και κοινωνικές επιδόσεις ενός νοσοκομείου. Οι λανθασμένες αντιλήψεις για την *αλλαγή*, από την οποία εμφορείται η ποιότητα, αποτελούν έναν δυνητικό κίνδυνο για την υλοποίηση της STQM. Ειδικότερα:

Οι λανθασμένες αντιλήψεις αφορώντας στο «γιατί-πότε-πώς» πρέπει να αλλάξει κάτι, έχουν στο επίκεντρο τις διαδικασίες και τους ανθρώπους, και τελικά, μπορούν να στρεβλώσουν το στόχο ενός στρατηγικού σχεδιασμού ποιότητας νοσοκομείου, όταν η *αλλαγή* επιδιώκεται:

(α) για τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών. Κάτι τέτοιο μπορεί συνάδει με την αγωνία για τη βιωσιμότητα ενός νοσοκομείου, ή/και συστήματος υγείας, ωστόσο ακυρώνει το στρατηγικό χαρακτήρα της ποιότητας. Η μικροσκοπική αντίληψη, ως μέγεθος μετρήσιμο αποκλειστικά με νομισματικές μονάδες, δεν ευνοεί τη δημιουργία αξίας. Η έννοια αυτή εμπεριέχει τις διαδικασίες και τους ανθρώπους αλλά κι ένα «κρυφό» κόστος που κρύβεται περισσότερο ανιχνεύοντάς το, μόνο μέσω των αριθμών.

(β) με μεγάλη ταχύτητα και σε μεγάλο εύρος. Υπάρχουν ενδείξεις, και αρκετές αποδείξεις, ότι σε πολλούς οργανισμούς το εύρος και η ταχύτητα με την οποία επιχειρήθηκε ο ανασχεδιασμός των διαδικασιών, αγνοώντας μάλιστα τα ανθρώπινα όρια, είχε καταστροφικές συνέπειες στη μακροπρόθεσμη απόδοση (Riley, 1999).

Το ίδιο ανεπιθύμητη είναι μια ταχεία και συνολική αλλαγή στα νοσοκομεία, ίσως και ανέφικτη (Davies et al., 2000) λόγω της φύσης των υπηρεσιών και των πολυδιάστατων περιβαλλοντικών παραγόντων. Για το λόγο αυτό εξάλλου η *αλλαγή* σε ένα νοσοκομείο, με όρους των άλλων υπηρεσιών, δηλαδή με προσανατολισμό σε μια νέα οργανωτική κουλτούρα δέχθηκε σφοδρή κριτική (Davies et al., 2000).

(γ) με κακή διαχείριση ή και ανεπαρκή αντιστοίχιση της ευθύνης και της εξουσίας από την πλευρά της ηγεσίας (Μπουραντάς, 2002). Η κακή ερμηνεία του προβαδίσματος που αντλεί η ηγεσία από τις αρχές της STQM, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη ηγετών σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματική εφαρμογή της στρατηγικής ποιότητας.

Στη βάση των αρχών της STQM για την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία τους, προτείνεται από την παρούσα:

(α) η πιλοτική συμμετοχή των ιδίων ή/και εκπροσώπων, στους κύκλους ποιότητας και τις διάφορες επιτροπές των νοσοκομείων, αξιοποιώντας:

- ♦ Το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον των πολιτών και των υγειονομικών φορέων για συμπαράγωγη και συμμετοχή στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα αν το ενδιαφέρον αυτό θεμελιώνεται σε διαφορετική βάση: ηθικό-δημοκρατικό δικαίωμα για τους ασθενείς, νομιμοποίηση των πολιτικών για τους παρόχους.
- ♦ Την εμπειρία από μεικτές ομάδες επαγγελματιών υγείας και πασχόντων από χρόνια ή δυσίατα νοσήματα (π.χ. καρκινοπαθείς).
- ♦ Τα πρότυπα που έχουν αναπτυχθεί για την αποτελεσματική λειτουργία τέτοιων ομάδων (JCI, συμπεριφορική φροντίδα υγείας, κ.ά).
- ♦ Την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου των πολιτών. Οι σχετικές έρευνες δείχνουν την επιθυμία για συμμετοχή στις αποφάσεις ευθέως ανάλογη με το επίπεδο εκπαίδευσης.
- ♦ Τους όρους και αρχές για τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στους κύκλους ποιότητας. Επιπρόσθετα μπορούν να εισαχθούν και άλλα κριτήρια, ανάλογα με το μέγεθος και την οργανωτική δομή του Νοσοκομείου, ώστε να καλύπτεται το φάσμα και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών από ένα νοσοκομείο (π.χ. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, επανεισαγωγή, νοσηλεία σε διαφορετικά τμήματα, ρυθμός επισκέψεων στα τακτικά και επείγοντα ιατρεία, κ.ά.).

(β) η συστηματική παρακολούθηση των ομάδων και των επιτροπών, με μεθόδους ικανές να αποτυπώσουν την εμπειρία των ασθενών και τα μεσο- μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ελέγχοντας ταυτόχρονα και εάν η ενσωμάτωση της εμπειρίας στη στρατηγική με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να:

- ♦ περιορίζει την αντανάκλαση του συνόλου των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της φύσης, ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, στην ποιότητα και το κόστος,

(π.χ. η πληροφόρηση και η συμμετοχή μειώνουν την προκλητή ζήτηση, δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας;),

- ♦ βελτιώνει τις μεθόδους μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών (π.χ. λειτουργούν οι ομάδες ως focus groups για τη δόμηση καταλληλότερων ερωτηματολογίων;),
- ♦ εκπαιδεύει τους ασθενείς στα δικαιώματά τους, αλλά και στην υποχρέωσή τους να διαφυλάξουν την υγεία τους (π.χ. μειώνεται το ποσοστό των ατόμων που δεν επιθυμούν τη συμμετοχή στην απόφαση;),
- ♦ εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας για την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών (π.χ. η απαίτηση για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου σε τέτοιες ομάδες οδηγεί και στην προστασία του κατά την επίσκεψη των γιατρών στους θαλάμους, οπότε όλα συζητούνται παρουσία και των άλλων ασθενών;).

Τέλος, όσο βέβαιο είναι ότι η υγεία και η αρρώστια και οι αντιλήψεις γι' αυτές επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, άλλο τόσο βέβαιο είναι ότι για να πετύχουν οι αλλαγές που προϋποθέτει και προσδοκά, ταυτόχρονα, η στρατηγική ποιότητας, σε έναν οργανισμό που παρέχει υπηρεσίες υγείας, δεν αρκεί ο προσανατολισμός στο εξωτερικό περιβάλλον. Πρέπει να υπάρξουν και αλλαγές σε αυτήν καθ' αυτήν την κοινωνία.

Και για να γίνει κάτι τέτοιο απαιτείται, πρωτίστως, ένα ισχυρό εκπαιδευτικό σύστημα, με τη γνώση ως ύψιστη κοινωνική επένδυση. Μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί να ενδυναμωθούν πραγματικά οι πολίτες, να διεκδικήσουν είτε ως ασθενείς, είτε ως επαγγελματίες υγείας, το δικαίωμα στην απόφαση και στη υγεία, αλλά και να προστατεύσουν το σύστημα το ίδιο, από φαινόμενα αποκλεισμών, ανισοτήτων, κακοδιαχείρισης, διαφθοράς, και ανηθικότητας._

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αθανασούλης, Χρ. (1996) *Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*. τ. Α'. Αθήνα-Πειραιάς: Σ. Σταμούλης, σελ.: 17-18, 37.
- Adam, P., Herzlich, C. (1999) *Η κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής*. Μτφρ.: Κ. Βασιλικού. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ.: 15-19, 86-90.
- Ανδριώτη, Δ., Ρουμेलιώτη, Α. (2007) *Δημογραφία, Δημόσια Υγεία και Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 20-24.
- Ανδρούτσου, Λ. (2010) «Στρατηγικός σχεδιασμός για διαχείριση προγραμμάτων και έργων», **στο** Κοντιάδης Ξ. και Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 347-369.
- Αποστολάκης, Ι., Καστανιά, Α., Πιερράκου, Χρ., (2003) *Στατιστική επεξεργασία δεδομένων στην υγεία*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 67-91.
- Αρσενοπούλου, Ι. (2005) «Ηθικές και νομικές παράμετροι της υγείας: η προώπιση των δικαιωμάτων των ασθενών», **στο** Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση-Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 97-118.
- Βαρουξή Χ., Σαρρής, Ν. (2012) «Μετανάστευση και ένταξη: προκλήσεις και διακρίσεις», **στο** Αφουξενίδης, Α., Σαρρής, Ν., Τσακνιρίδη, Ο. (επιμ.), *Ένταξη Μεταναστών: Αντιλήψεις, Πολιτικές, Πρακτικές*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνιολογικών Ερευνών, σελ.: 17-36
- Bassett, M. (2005) «Η εμπειρία της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank) από τη Συμβουλευτική υποστήριξη σε χώρες που μεταρρύθμισαν τα συστήματα υγείας τους: Υπάρχει συνταγή επιτυχίας;» **στο** Χατζηανδρέου Ε. και Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας: Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 24-31.
- Beers, M., Jones, T. (2007) *Merck Εγχειρίδιο: Η Υγεία στην 3^η ηλικία*. Μτφρ.: Ε. Σαλταούρα, Δ. Πηγής. Αθήνα: Πασχαλίδης, σελ.: 1116-1117.
- Γαλάνης, Π (2013) «Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(1):97-110.
- Γκόλνα, Χ. (2006) «Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας», **στο** Κοντιάδης Ξ. και Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 287-309.
- Γούλα, Α. (2007) *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου: Η ελληνική εμπειρία και πρακτική*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 421-428.
- Γούναρης, Χ. (2003) «Επιχειρησιακό Σχέδιο Νοσοκομείων: Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος-SWOT Ανάλυση». *Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης, Τομέας Δημόσιου Management*. Αθήνα: 19-23/05/2003.
- Δαλαμάγκας, Β. (2003) *Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική*. Αθήνα: Κριτική, σελ.: 298-301.

- Δημητριάδης, Α. (1996) *Τεχνικές Μείωσης Κόστους και Αύξησης Απόδοσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, σελ.: 15-27.
- Drummond, M., O' Brien, B., Stoddart, G., Torrance, G., (2002) *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Μτφρ.: Ν. Ρούσσο, Αθήνα: Κριτική, σελ.: 24-51.
- Ε.Ε. (2011) «Πρόταση σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος “Υγεία για την ανάπτυξη”, του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020». *Ευρωπαϊκή Επιτροπή*. Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf
- ΕΛΟΤ (2014) «Πρότυπα Τυποποιητικά Έγγραφα» *Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης*. Διαθέσιμο στο: http://elot.gr/37_ELL_HTML.aspx
- Euphoric (χ.χ.) Αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας για τη Βελτίωση της Ποιότητας της Ιατρικής Φροντίδας. *European Commission*. Available at: http://www.euphoric-project.eu/repository/brochure_gr.pdf
- Ζαβλανός, Μ. (2002) *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Σταμούλης, σελ. 420-423.
- Ζαβλανός, Μ. (2006) *Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα*. Αθήνα: Σταμούλης, σελ.: 25-28, 31, 65, 69, 100, 121-125, 155-160, 296-299.
- Gremk, M. (1989) *Οι ασθένειες στην αυγή του δυτικού πολιτισμού*. Μτφρ.: Α. Νικολαΐδου, Ε. Ταμβάκη, κ.ά. Αθήνα: Χατζηνικολής, σελ.: 14-19.
- Hsiao, W. (2005) «Καθοριστικοί Παράγοντες Επιτυχίας στις Μεταρρυθμίσεις των Συστημάτων Υγείας: Η Διεθνής Εμπειρία» **στο** Χατζηανδρέου Ε. και Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας: Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 17-21.
- Hutchinson, G. (2005) *Ο Ξενοφών και η τέχνη της Διοίκησης: Πολεμική τακτική και στρατηγική 411-362 π.Χ.* Μτφρ: Π. Μούτουλας. Αθήνα: Ιωλκός, σελ: 53-60.
- Θερίου, Ν. (2002) *Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων*. Αθήνα: Κριτική, σελ.: 175-232.
- ΙΣΑ (2012) «Τα Μέτρα Πρόληψης Εθνική προτεραιότητα για να σταματήσουμε τα νέα κρούσματα του AIDS». *Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών*. Διαθέσιμο στο: <http://www.isathens.gr/sylogos/arxeio-drasewn-isa/arxeio-syndikalistiko/3483-aids-isa-metra-prolipsis.html>
- Ιωσηφίδης, Θ. (2008) *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική, σελ. 41-43.
- James, P., (2007) *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας: Μια εισαγωγή*. Μτφρ: Ομάδα μεταφραστών. Αθήνα: Κλειδάριθμος. σελ.: 69-74, 89-106, 112-115, 132-133, 347-349, 361-366.
- Κατοστάρας, Θ. (2005) «Οικονομική της Υγείας» **στο** Δραγομάνοβιτς Γ., Μπέλεσης, Ν., Μπότης, Π., Ρούση, Μ., Τσάμης, Ν. (επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Πειραιάς: Γ΄ Περιφερειακό Σύστημα Υγείας, σελ. 45-80.
- Κανελλόπουλος, Χ. (2003) *Μάνατζμεντ-Αποτελεσματική Διοίκηση*. Αθήνα, σελ: 41-46, 433-459.

- Κιόχος, Π., Παπανικολάου, Γ., Κιόχος, Α. (2004) *Ανάλυση και Έλεγχος Επιχειρησιακών Στρατηγικών*. Αθήνα: Interbooks, σελ.: 35-82.
- Κόλλιας, Κ. (2010) *Οικογένεια και Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Αρχονταρίκι, σελ.: 97-98.
- Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζ. (2007) *Δημόσια Υγεία: Θεωρία-Πράξεις-Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα, σελ.: 12-13.
- Κυριόπουλος, Γ. (2007) *Τα Οικονομικά της Υγείας- Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 70-78, 117-132.
- Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Χρ. (2008) *Τα Οικονομικά της Υγείας-Μέθοδοι και Εφαρμογές της Οικονομικής Αξιολόγησης*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.:25, 60-63, 111-125.
- Κυριόπουλος, Γ., Λασπά, Χρ. (2011) *Τα Οικονομικά της Υγείας-Γλωσσάριο Βασικών Όρων και Εννοιών*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.:94, 115-116, 140-141, 152.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου, σελ.: 66, 89-97, 228-234.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2004) «Η Αναζήτηση του Μεσαίου Χώρου στην Υγεία». *Επιθεώρηση Υγείας* 15(88): 44-46.
- Μανιαδάκης, Ν., Φραγκουλάκης Β., Πρεζεράκος, Π. (2007) «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας: Σύγκριση κόστους νέων τεχνολογιών στην υγεία», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 5(1): 92-106.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2005) *Λεξικό για το σχολείο και το γραφείο*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπλάνας, Γ. (2005) *Δικτύωση ολικής ποιότητας*. Αθήνα: Πατάκης, σελ.:137-145.
- Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Γ. Μπένος, σελ.: 175-176.
- Nettleton, S. (2002) *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. Μτφρ.: Α. Βακάκη. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, σελ.: 142-145.
- Οικονομοπούλου, Χ. (2006) «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας» **στο** Βογιατζής Α. (επιμ.) *Τμητικός τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, σελ. 605-625.
- Οικονόμου, Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*. τομ. Α'. Αθήνα: Διόνικος, σελ.: 29-66.
- Παναγιωτοπούλου, Ρ. (1997) *Η επικοινωνία στις οργανώσεις*. Αθήνα: Κριτική, σελ.: 17-18.
- Πανηγυράκης, Γ. (2003) *Στρατηγική Διοίκηση Επώνυμου Προϊόντος*. τ. Α'. Αθήνα: Αθ. Σταμούλης, σελ.: 497-502.
- Παπαδάκης, Β. (2007) *Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*. τ. Α'. Αθήνα: Ε. Μπένος, σελ: 31, 103-117, 119.
- Παπαδόπουλος, Α. (2010) «Συμπράξεις, Συντονισμός και Συνεργασία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στα πλαίσια ενός Μικτού Συστήματος Υγείας». *Επιθεώρηση Υγείας* 21(122): 6-22.

- Παπαδόπουλος, Ν. (2003) *Ψυχολογία Σύγχρονη Πειραματική*. Αθήνα, σελ.: 162-179.
- Παπανικολάου Β. (2007) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Αρχές-Μέθοδοι-Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 27-33, 50-59, 80-88, 93-95, 209-220, 264-310, 399, 500-501, 525-528.
- Patients in Power (2014) «Patients Included». Διαθέσιμο στο: <http://www.patientsinpower.gr/default.asp?pid=35&la=1>
- Pilgrim, D., Rogers, A. (2004) *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Μτφρ.: Α. Βεκάκη, Ε. Κοπάση. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, σελ.: 261.
- Plasecki, M. (2008) *Η τέχνη της Επικοινωνίας στο χώρο της Υγείας: Ένας πρακτικός οδηγός*. Μτφρ.: Θ. Μπελλάλη, Αθήνα: Παπασωτηρίου, σελ.: 29, 44,56,64.
- Πολύζος, Ν. (1999) *Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.Gs)*. Αθήνα: ΤΥΠΕΤ, σελ.:45-69, 94-102.
- Πολύζος, Ν. (2008) *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Αθήνα: Διόνικος, σελ.:84-99.
- Πολύζος, Ν., Δρακόπουλος, Σ. (2008) «Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας». *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 3(2):121-136.
- Πιερράκος, Γ. (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 26-28.
- Sandhusen, R. (1993) *Μάρκετινγκ*. 2^η έκδ. (USA). Μτφρ.: Π. Σταυρόπουλος, Γ. Κατσαντώνης. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.: 21.
- Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 67-84, 289, 302-307, 369-371, 388-392.
- Σιώμκος, Γ. (2002) *Συμπεριφορά Καταναλωτή και Στρατηγική Μάρκετινγκ*. Β' έκδ. Αθήνα: Αθ. Σταμούλης, σελ.: 71-79.
- Σιώμκος, Γ. (2004) *Στρατηγικό Μάρκετινγκ*. 2^η έκδ. Αθήνα: Αθ. Σταμούλης, σελ: 46-48, 61-63, 754.
- Σούλης, Σ. (1999) *Οικονομική της Υγείας*. 2^η έκδ. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 33, 36, 279-289, 316-319, 338-367.
- Σουλιώτης, Κ. (2000) *Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 29-43, 155.
- Σουλιώτης, Κ. (2007) *Οικονομικές Ανισότητες και πολιτική υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 92-93, 123-127, 135-137.
- Σουλιώτης, Κ. (2010) «Πολιτική, Οικονομία και υπηρεσίες υγείας: από το στρατηγικό σχεδιασμό στη διοίκηση και της αξιολόγηση», στο Κοντιάδης Ξ. και Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ: 191-210.
- Σταμάτης, Γ. (2005) *Ολοκληρωμένη Στρατηγική Επικοινωνία*. Αθήνα: Αθ. Σταμούλης, σελ.: 41.

- Sullivan E., Decker, P. (2008) *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. 6^η έκδ. Μτφρ.: Θ. Μπελλάλη. Αθήνα: Μ. Γκιούρδας, σελ. 4-5, 156-158, 223-224.
- Τούντας, Γ. και συν. (2009) *Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού (1986-2006)*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 79-81.
- Τσαλίκης, Γ. (2005) «Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες της υγείας και των υπηρεσιών υγείας», **στο** Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση-Οικονομική Λειτουργία-Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ.: 119-134.
- Τσιότρας, Γ. (2002) *Βελτίωση Ποιότητας*. 2^η έκδ. Αθήνα: Μπένος, σελ.: 42-46.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, σελ.: 86-87, 248-259, 420-451, 594-631.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2007) «Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(συμπλ.1):6-18.

Ξενόγλωσση

- AAPM (1978) «Basic Quality Control in Diagnostic Radiology». Report No. 4. *American Association of Physicists in Medicine*, pp: 4-8.
- AIBHC (2014) «Atlas of Integrated Behavioral Health Care Quality Measures». *The Academy Integrating Behavioral Health and Primary Care*. Available at: <http://integrationacademy.ahrq.gov/atlas>
- Alamantariotou, K., (2010) «Quality of health information on the internet», **in** Rodrigues, J., *Health Information Systems: Concepts, Methodologies, Tools and Applications*. vol. 1. London: Medical Information Science Reference, p.: 205.
- Ameringer, C. (2008) *The health care revolution: From medical monopoly to market competition*. California: University of California Press, pp: 37.
- Anthony, M., Hudson-Barr, D. (2004) «A Patient-Centered Model of Care for Hospital Discharge». *Clinical Nursing Research* 13(2):117-136.
- Bell, D. (1999) *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in social forecasting* (Forward). New York: Basic Books, pp:15.
- Baltacioglu, T., Ada, E., Kaplan M., et al. (2007) «A New Framework for Service Supply Chains». *The Service Industries Journal* 27(2): 105-124.
- Begun, J., Tornabeni, J., White, K. (2006) «Opportunities for improving patient care through lateral integration: the clinical nurse leader». *Journal of Healthcare Management* 51(1):19-25.
- Berry, L., Bendapudi, N. (2007) «Health Care: A Fertile Field for Service Research». *Journal of Service Research* 10(2):111-122.
- Berwick, D., Bisognano, M. (1999) «Health Care Services» **in** Juran, J., Godfrey, B. (ed.) *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York: McGraw Hill, section 32.

- Beyer, M., Gerlach, FM, Flies, U., et al. (2003) «The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries». *Family Practice* 20(4): 443-451.
- Birkmeyer, J., Skinner, J., Wennberg, D. (2002) «Will Volume-Based Referral Strategies Reduce Costs Or Just Save Lives?». *Health Affairs* 21(5):234-241.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., et al. (2012) Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach. TranState Working Papers, 165. Bremen: Sfb 597 “Staatlichkeit im Wandel“, pp: 4, 17 Available at: http://wirtschaft.politik.uni-mainz.de/files/2012/11/WorkingPaper_AP_165_20121.pdf
- Bopp, K.D. (1990) «How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective». *Journal of Health Care Marketing* 10 (March): 6-15.
- Borkowski, N. (2011) *Organizational Behavior in Health Care*. USA: Jones & Bartlett Learning, pp: 322.
- Bowling, A. (2005) *Measuring Health: A review of quality of life measurements scales*. 3rd ed. McGraw-Hill International, pp:10-13.
- BRONSON (2014) «Bronson Methodist Hospital Recognized for Outstanding Patient Experience». *Bronson Methodist Hospital*. Available at: <http://www.bronsonhealth.com/news/bronson-methodist-hospital-recognized-for-outstanding-patient-experience>
- Caldwell, J. C. (2001) Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*. 79 (2): 159-160.
- Calingo, LM. (1996) «The evolution of strategic quality management». *International Journal of Quality & Reliability Management* 13(9):19-37.
- Calnan M. (1988) «Towards a conceptual framework of lay». *Social Science & Medicine* 27(9): 927-933.
- Catalano R. (2009) «Health, Medical Care, and Economic Crisis». *The New England Journal of Medicine* 360 (8):749-751.
- CED (2010) «Reflection Paper on “Quality of Health Care: Policy actions at EU level”». *Council of European Dentists*. Available at: <http://www.eudental.eu/index.php?ID=2741>
- Chapman, R., Murray, P., Mellor, R. (1997) «Strategic quality management and financial performance indicators». *International Journal of Quality & Reliability Management* 14(4):432-448.
- Crawford, M., Rutter, D., Manley, C., et al. (2002) «Systematic review of involving patients in the planning and development of health care». *British Medical Journal* 325(7375): 1263-1265.
- CTCA (2014) «Patient Empowered Care: You are at the center». Cancer Treatment Centers of America. Available at: <http://www.cancercenter.com/ctca-difference/patient-empowered-care/>
- Davies, H., Nutley, S., Mannion R. (2000) «Organisational culture and quality of health care». *Quality in Health Care* 9(2):111–119

- Delnoij D. (2009) «Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England?». *European Journal of Public Health* 19 (4): 354-356.
- Doctors 2.0&You (2014) «Doctors 2.0 & You Manifesto in 85 sentences». Available at: <http://www.doctors20.com/manifesto/>
- Donabedian, A. (1966) «Evaluating the Quality of Medical Care». *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44(3;2):166–203.
- Donabedian, A. (1992) «Quality assurance in health care: consumers' role». *Quality in Health Care* 1(4): 247-251.
- Donnelly W. (1997) «Lingua Medica: The Language of Medical Case Histories». *Annals of Internal Medicine* 127(11):1045-1048.
- Dotchin., J., Oakland, J. (1994) «Total Quality Management in Services. Part 2: Service Quality». *International Journal of Quality & Reliability Management* 11(3): 27-42.
- Duran, C., Oman, K., Abel, J., et al (2007) «Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients». *American Journal of Critical Care* 16(3): 70-282.
- Early, J., Coletti, J. (1999) «The Quality Planning Process», in Juran J., Godfrey, B. (ed.) *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York: McGraw Hill, section 3.
- EFQM (2014) «The EFQM Excellence Model». European Foundation for Quality Management. Available at: <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model>
- Eichhorn, D., Meyers, T., Guzzetta C., et al. (2001) «Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient». *The American Journal of Nursing* 101(5): 48-55.
- Engel, G.L. (1977) «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* 196(4286): 129-136.
- Eurobarometer Qualitative Study (2012) «Patient involvement. Aggregate Report». *European Commission*. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf
- Feurer, R., Chaharbaghi K. (1995) «Strategy development: past, present and future». *Management Decision* 33(6):11-21.
- Frenk, J. (1994) Dimensions of health system reform. *Health Policy* 27(1):19-34.
- Fries, J., Koop, E., Beadle C., et al. (1993) «Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services». *The New England Journal of Medicine* 329(5): 321-325.
- Froberg, D., Kane, Robert (1989) «Methodology for measuring health-state preferences II: Scaling methods». *Journal Clinical Epidemiology* 42(5): 459-471.
- Garvin D. (1984) «What Does “Product Quality” Really Mean?». *Sloan Management Review* 15 (Fall): 25-43.

- Grant, R.M. (1991) «The resource based-theory of competitive advantage: implications for strategy formulation». *California Management Review* 33(spring): 114-135.
- Grant, R.M. (2010) *Contemporary Strategy Analysis*. 7th ed. West Sussex: John Wiley & Sons. pp: 9-12.
- Griffin, A., Hauser, J. (1993) «The voice of the customer». *Marketing Science* 12(1): 1-27
- Grol R., Wensing, M. (2004) «What Drives Change? Barriers to and Incentives for Achieving Evidence-based Practice». *Medical Journal of Australia* 180(6, Supp. 1): 57–60.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2001) «Integrated care:A position paper of the WHO European office for integrated health care services». *International Journal of Integrated Care* Apr-Jun (1): e21.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/#!po=26.4706>
- Grönroos, C. (1990) «Relationship Approach to Marketing in Service Contexts: The Marketing and Organizational Behavior Interface». *Journal of Business Research* 20(1990): 3-11.
- Gryna, F. (1999) «Quality and Costs», **in** Juran J., Godfrey, B. (ed.) *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York: McGraw Hill, section 8.
- Gummesson, E. (1994) «Making Relationship Marketing Operational». *International Journal of Service Industry Management* 5 (5): 5-20.
- Hellsten, U., Klefsjo, B. (2000) «TQM as a management system consisting of values, techniques and tools». *The TQM Magazine* 12(4): 238-244.
- Henderson, B. (1989) «The Origins of Strategy». *Harvard Business Review* 67(6):139-143.
- Hjortdahl, P., Laerum, E. (1992) «Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction». *British Medical Journal* 304(6837):1287-1290.
- Hoffman, K., Bateson, J. (2008) *Services Marketing: Concepts, Strategies, & Cases*. 4th ed. USA: Cengage South-Western, pp: 3-5, 33-34, 416.
- Howarth, C. (2006) «A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory». *British Journal of Social Psychology* 45 (1): 65-86.
- Huq, Z. (2005) «Managing change: a barrier to TQM implementation in service industries». *Managing Service Quality* 15(5): 452-469
- Hurst, J. (2000) Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 (6): 751-760.
- ICNP (2014) «International Classification for Nursing Practice». *International Council of Nurses*. Available at: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
- Illich, I. (2003) «Medical nemesis». *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(12): 919–922, **reprinted from** *Lancet* 1974;i:918–921.

- ILO (2010) «Accelerating action against child labour». *International Labour Office*. Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_126752.pdf
- ISO (2014a) « Popular standards». *International Organization for Standardization*. Available at: <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm>
- ISO (2014b) «List of ISO technical committees». *International Organization for Standardization*. Available at: http://www.iso.org/iso/home/standards_development/list_of_iso_technical_committees.htm
- JCAHO (2014) « What is Accreditation? ». Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Available at: http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx
- JCI (2010) *Accreditation Standards for Hospitals Standards*. Lists Version. 4th Edition. USA: Joint Commission International, pp:57-59.
- JH (2014) «American Journal of Philology: Author Guidelines» Johns Hopkins University Press. Available at: http://www.press.jhu.edu/journals/american_journal_of_philology/guidelines.html
- Joffe, H. (2003) «Risk: From perception to social representation». *British Journal of Social Psychology* 42(1): 55–73.
- JUSE (2014) «The Deming prize winners. Deming Prize (former Deming Application Prize)» Union of Japanese Scientists and Engineers. Available at: http://www.juse.or.jp/e/deming/95/attachs/03_Deming_list2014.pdf
- Juran, J. (1989) *Juran on Leadership For Quality*. New York: Free Press, pp: 4-7, 14, 41-42, 50.
- Juran, J. (1999) «The quality improvement process» in Juran J., Godfrey, B. (ed.) *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York McGraw Hill, section 5.
- Juuti, P., Katko, T., Vuorinen, H. (2007) *Environmental History of Water*. London: IWA Publishing. Available at: <http://www.iwawaterwiki.org/xwiki/bin/view/Articles/-ABRIEFHISTORYOFWATERANDHEALTHFROMANCIENTCIVILIZATIONSTOMODERTIMES>
- Kanji, G. (1996) «Implementation and pitfalls of total quality management». *Total Quality Management* 7(3): 331-343.
- Kannampallil, T., Schauer, G. Cohen, et. al. (2011) «Considering complexity in healthcare systems». *Journal of Biomedical Informatics* 44 (6): 943–947.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., et al. (2013) «Financial crisis, austerity, and health in Europe». *Lancet* 381(9874): 1323-1331.
- Kotler, P., Zaltman, G. (1971) «Social Marketing: An Approach to Planned Social Change». *Journal of Marketing* 86 (3): 3-12.
- Kotter J. (1990) *Force For Change: How Leadership Differs From Management*. New York: The Free Press, pp.:3-6.

- Kumpmann, I. (2009) «Monopolistic Competition and Costs in the Health Care Sector. IWH Discussion». Papers 17/2009, *Halle Institute for Economic Research*.
- Lees, J., Dale, B.G. (1989) «The Use of Quality Circles in a Health Care Environment». *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2(2):5-12.
- Lovelock, C. (1983) «Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights». *Journal of Marketing* 47 (summer): 9-20.
- Lusardi A., Schneider, D., Tufano, P. (2010). The Economic Crisis and Medical Care Usage. Working Paper 10-079. Harvard Business School.
- Lytie, R., Mokwa M. (1992) «Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes». *Journal of Health Care Marketing* 12(1): 4-14.
- Madu, C., Kuei, C. (1993) «Introducing Strategic Quality Management». *Long Range Planning* 26 (6): 121-131.
- McDowell, I., Newell., C. (1987) *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press. pp:10, 150-153.
- Medina-Garrido, JA, Crisostomo-Acevedo, MJ (2010) «Inventing the Future of E-Health» in Rodrigues, J. (ed.) *Health Information Systems: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*. Vol. I. London: IGI Global, pp: 1-7.
- Nag, R., Hambrick, D.C., Chen, M.J. (2007) «What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field». *Strategic Management Journal* 28: 935–955.
- NHS (2014) «Enabling integrated care in the NHS». *Government U.K.* Available at: <https://www.gov.uk/enabling-integrated-care-in-the-nhs>
- NIST (2013) «Health Care Criteria for Performance Excellence». *National Institute of Standards and Technology*. Available at: http://www.nist.gov/baldrige/publications/archive/2011_2012_healthcare_criteria.cfm
- Oakland, J. (2003) *Statistical Process Control*. 5th ed. London: Butterworth-Heinemann, pp: 3-4, 14-17, 44, 277, 347.
- OECD (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing, pp:164. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1988), «SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality». *Journal of Retailing* 64(1): 12-40.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010) Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, OECD Health Working Papers, N° 50. OECD Publishing. pp: 1, 7-8.
- Pauly, M. (2008) «Adverse Selection and Moral Hazard: Implications for Health Insurance Markets», in F. Sloan, H. Kasper (ed.) *Incentives and Choice in Health Care*. USA: Massachusetts Institute of Technology, pp: 103-130.
- Plsek, P., Wilson, T. (2001) «Complexity, leadership, and management in healthcare organizations». *British Medical Journal* 323(7315): 746–749.

- Porter M.(1996) «What Is Strategy?». *Harvard Business Review* 74(6):61-78.
- Powell, T. (1995) «Total Quality Management and competitive advantage: A review and empirical study». *Strategic Management Journal* 16(1): 15-37.
- Rad, A. (2006) «The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management». *The TQM Magazine* 18(6): 606-625
- Reeves, C., Bednar D. (1994) «Defining quality: Alternatives and Implications». *Academy of Management Review* 19(3): 419-445.
- Riley, J. (1999) «Process Management» in Juran J., Godfrey, B. (ed.) *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York: McGraw Hill, section 6.
- Rogers, R., Hackenberg R. (1987) «Extending epidemiologic transition theory: A new stage». *Biodemography and Social Biology* 34(3-4): 234-243.
- Rose, M. (1996) *The Post-Modern and the Post-Industrial: A Critical Analysis*. New York: Cambridge University Press, pp: 21-39.
- Rosen, D., Karwan, K. (1994) «Prioritizing the Dimensions of Service Quality: An Empirical Investigation and Strategic Assessment». *International Journal of Service Industry Management* 5 (4): 39- 52.
- Russ, L., Phillips, J., Brzozowicz, K., et al. (2013) «Experience-based design for integrating the patient care experience into healthcare improvement: Identifying a set of reliable emotion words». *Healthcare* 1(3,4): 91–99.
- Santamaria, J.A., Martino, V., Clemons, E.K. (2004) *Corps Way: Using Maneuver Warfare to Lead a Winning Organization*. New York: McGraw Hill Companies.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W. et al. (2010) «The Netherlands: health system review». *Health Systems in Transition* 12(1):1-228.
- Schonberger, R. (1992) «Is strategy strategic? Impact of total quality management on strategy». *The Executive* 6(3): 80-87.
- Shortell, S., O'Brien, J., Carman, J., et al. (1995) «Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation». *Health Services Research* 30(2): 377-401.
- Shostack, L. (1977) «Breaking free from product marketing». *Journal of Marketing* 41(2): 73-80.
- Shostack, L. (1982) «How to Design a Service». *European Journal of Marketing* 16(1): 49-63.
- Souba, W., Haluck, C., Menezes, M. (2001) «Physician leadership Marketing strategy: An essential component of business development for academic health centers». *The American Journal of Surgery* 181(2): 105–114.
- Sower, V. (2011) *Essentials of Quality with Cases and Experiential Exercises*. USA: John Wiley & Sons, pp: 32-33.

- Special Eurobarometer 327 (2010) «Patient safety and quality of healthcare. Full report». *European Commission*.
Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf
- Spence Laschinger, H., Leiter, M. (2006) «The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes. The Mediating Role of Burnout/Engagement». *The Journal of Nursing Administration* 36(5): 259-267
- Srinidhi, B. (1998) «Strategic quality management». *International Journal of Quality Science* 3 (1): 38-70.
- Studdert, D., Mello, M., Brennan T. (2004) «Medical Malpractice». *The New England Journal of Medicine* 350 (3): 283-292.
- Swayne L.E., Duncan W. J., Ginter P.M. (2008) *Strategic Management of Health Care Organizations*. West Sussex: John Wiley & Sons, pp: 6-7, 127-129, 295.
- Tak, H.J., Ruhnke G., Meltzer, D. (2013) «Association of Patient Preferences for Participation in Decision Making With Length of Stay and Costs Among Hospitalized Patients». *The Journal of the American Medical Association* 173(13):1195-1205.
- Torrance, G. (1987) «Utility approach to measuring health-related quality of life». *Journal of Chronic Diseases* 40(6): 593-600.
- Tummala, R., Tang, S. (1996) «Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis». *International Journal of Quality & Reliability Management* 13(4): 8-38.
- Weisbrod, B. (1991) «The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment». *Journal of Economic Literature* 29(2): 523-552.
- WHO (1997) «WHOQOL - Measuring Quality of Life». *World Health Organization*.
Available at: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- WHO (2000) «The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance». *World Health Organization*. Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
- WHO (2006) «Quality of care: a process for making strategic choices in health systems». *World Health Organization*.
Available at: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- WHO (2009) «The Financial Crisis and Global Health». Report of a High-Level Consultation. *World Health Organization*.
Available at: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf
- WHO (2011). «Health Systems Strengthening. Glossary». *World Health Organization*.
Available at: http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- Wilson, V., Lankton, N. (2003) «Strategic implications of asynchronous healthcare communication». *International Journal of Healthcare Technology and Management* 5 (3/4/5): 213-231.
- Zaltman, G., Vertinsky, I. (1971) «Health Service Marketing: A suggested Model». *Journal of Marketing* 35(3): 19-27.

- Zanchetta, M., Poureslami, I. (2006) «Health Literacy Within the Reality of Immigrants' Culture and Language». *Canadian Journal of Public Health* 97(2):26-30.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1990) *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press, pp: 5-6, 26.