Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2016

þÿ— À ¿ ¹ Ì Ä · Ä ± º ± ¹ · ± ¾ ¹ ¿ » Ì ³ · Ã · Ä
þÿ Ã Ä ¹ Â Å À · Á µ Ã ¯ µ Â Å ³ µ ¯ ± Â

þÿ ¦ ± Á º É ½ ¯ ´ ¿ Å , § Á Å Ã Ä ¬ » » ±

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± " · ¼ Ì Ã ¹ ± Â " ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ º ± ¹ " ¹ ¿ ¯ º
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/8827

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Διπλωματική Εργασία

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή: Φαρκωνίδου Χρυστάλλα

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Παναγιωτοπούλου Καλλιόπη

Πάφος, 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Δημόσια Διοίκηση» στο πανεπιστήμιο Νεάπολης της Πάφου. Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματικής κα Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου, για τις πολύτιμες υποδείξεις της, τις συμβουλές τις και την επιστημονική καθοδήγηση της και κυρίως τις γνώσεις της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ **ΣΕΛ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ…….v

ABSTRACT…….....vi

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ…….....1

2. ΣΚΟΠΟΣ……..2

3. ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ……2

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ…….....2

4.1 Σύστημα Υγείας……2

4.2 Βασικά Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας……..3

4.3 Το κυπριακό σύστημα υγείας……4

4.4 Έννοια και σημασία της ποιότητας……....6

4.4.1 Ιστορία της ποιότητας……6

4.4.2 Η διαφορά ανάμεσα στο προϊόν και την υπηρεσία……...8

4.4.3 Έννοια και σημασία της ποιότητας……..10

4.4.4 Διοίκηση ολικής ποιότητας……11

4.4.5 Κόστος ποιότητας και Κόστος έλλειψης ποιότητας……12

4.5 Ορισμοί – Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας……...13

4.5.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας……....13

4.5.2 Ποιοι αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας……..17

4.5.3 Πρακτικές Βελτίωσης Υπηρεσιών Υγείας……18

4.5.4 Στρατηγικές εφαρμογής τεκμηριωμένων δεδομένων……20

4.5.5 Τεκμηριωμένη κλινική πρακτική……21

4.5.6 Κλινικά πρωτόκολλα, κλινικές οδηγίες……22

4.6 Αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας……23

4.6.1 Μεθοδολογία αξιολόγησης……...24

4.6.2 Επίπεδα αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας……..25

4.6.3 Κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας……..25

4.7 Δείκτες αξιολόγησης…….....27

4.7.1 Δείκτες αξιολόγησης συστημάτων υγείας (μακρο επίπεδο)……...27

4.7.2 Δείκτες αξιολόγησης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας……..28

4.7.3 Δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής φροντίδας……..29

4.8 Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης……...29

4.9 Ποιότητα και επαγγελματίες υγείας……30

4.10 Ικανοποίηση των ασθενών……32

4.11 Το μοντέλο SERVQUAL ως εργαλείο μέτρησης…….....35

4.12 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας……35

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ……..37

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ……39

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……41

.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και η αξιολόγησή της παρέχει τη δυνατότητα της συνεχούς εκτίμησης του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων ποιότητας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, η ανάδειξη παραγόντων που την επηρεάζουν καθώς και η ανάδειξη της σπουδαιότητας αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθώς τα οφέλη που αποκομίζονται από αυτή σε ένα σύστημα υγείας.

Υλικό Μέθοδος: Η ανασκόπηση περιέλαβε ερευνητικά, ανασκοπικά άρθρα και εργασίες, που δημοσιεύτηκαν κατά την περίοδο 2001 – 2015, και προέρχονται από τις βάσεις αναζήτησης Med net και Google Scholar με λέξεις ευρετηρίου “ποιότητα”, “υπηρεσίες υγείας”, “επαγγελματίες υγείας”, “αξιολόγηση”, “διοίκηση ολικής ποιότητας”, “διασφάλιση ποιότητας”, “δείκτες”, “κριτήρια”.

Αποτελέσματα: Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση της ποιότητας και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με τη διεργασία για την κάλυψη των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Επιπρόσθετα αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, σε ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης καθώς επίσης και την κλινική πρακτική. Η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί και να αξιολογηθεί. οποία αποτελεί βασικό εργαλείο στη διαχείριση της ποιότητας. Η αξιολόγηση παρέχει την δυνατότητα της συνεχούς εκτίμησης του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων. Η ικανοποίηση των ασθενών και χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελούν σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ως διεργασία αποτελεί τη διάσταση της φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει την υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα υπέρ και τα κατά που εμπεριέχει η περίθαλψη σε όλες τις εκφάνσεις της. Η αξιολόγηση και συνεχής βελτίωση της στις υπηρεσίες υγείας, επιφέρει πολυδιάστατα οφέλη ως προς τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγείας, τις ασφαλιστικές εταιρίες, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.

ABSTRACT

Introduction: The term of quality is connected to the efficiency and efficacy of the provided health services and its assessment enables the constant evaluation for the achievement level of all the predefined targets related to the quality.

Purpose: The purposes of this essay are: a) to conceptually approach the term "quality" where the health services are provided, b) to list the factors that influence it c) to highlight the importance of assessing the health services quality and d) to demonstrate the benefits of quality in health systems.

Methodology: A literature review has been conducted using research and literature review articles and essays that were published between the years 2001 and 2015. The online data bases have been Med net and Google Scholar using the key words "quality", "health services", health professionals", "assessment", "management of general quality", "quality assurance", "indicators", criteria".

Results: Among the main purposes of health systems is ensuring the quality and improving the health levels of the population. Usually, the term of quality is associated with the process of fulfilling the needs and expectations not only of the patients, but of theS health professionals as well. Additionally, it is related to the overall operation of a department, to staffing, administrative and organizational issues, and to the clinical practice. Quality is measurable and assessable, and this is an essential tool in the management of the quality itself. Its assessment contributes to the constant evaluation for the achievement level of all the predefined targets related to it. The satisfaction of patients and users stands as a fundamental criterion in evaluating the health services quality.

Conclusions: The quality as a process becomes the aspect of care that is expected to maximize the patient's health and wellness, when considering the advantages and disadvantages of care/nursing/hospitalization generally. The assessment and continuous improvement of the health services results to a variety of benefits for patients, health professionals, the health system, insurance companies, the state and the community.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας συναντάται στις βιομηχανίες στις αρχές του 20ου αιώνα αφού γεννήθηκε η ανάγκη για αλλαγή από τις συνηθισμένες μέχρι τότε πρακτικές και διαδικασίες παραγωγής. Την ίδια εποχή αναδύθηκαν ανάγκες όπως η συνεχής βελτίωση των εργαζομένων, του προϊόντος αλλά και της υπηρεσίας. Στο τομέα της βιομηχανίας θεμελιωτές υπήρξαν οι Edwards W, Deming και Joseph M, Juran, οι οποίοι ανέπτυξαν έννοιες που περιλαμβάνουν τον ποιοτικό σχεδιασμό, τον έλεγχο καθώς και τη συνεχή βελτίωση.

Καθώς ο όρος ποιότητα εισάγεται όλο και περισσότερο, σε όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου είναι αναπόφευκτο να απουσιάζει από τις υπηρεσίες παροχής υγείας. Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει χρονικά με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Ιστορικά η ανάγκη για έλεγχο της ποιότητας του ιατρικού, νοσηλευτικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είχε εμφανιστεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών διοίκησης.

Σχετικά με την ποιότητα στην υγεία ο Avedis Donabedian, ο πρώτος που ασχολήθηκε με τον όρο ποιότητα, διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισής της διαχωρίζοντας την σε σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα. Απώτερος σκοπός του ήταν η αύξηση του οφέλους και η μείωση του κόστους για τον ασθενή.

Αρκετοί επιστήμονες αλλά και φορείς ασχολήθηκαν με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις δυσκολίες και τις ιδιαιτερότητες του αγαθού της υγείας και της διαδικασίας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Ο Donabedian την όρισε σαν το είδος της φροντίδας εκείνης που πρόκειται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις απώλειες που εμπεριέχει η διαδικασία της περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθόρισε ότι η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα βάση της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και την ικανοποίηση του ασθενούς στο έπακρο.

Άμεσα ή έμμεσα η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των χρηστών, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, την

ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες, την ορθή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, τη συμμετοχική διοίκηση και τη συμμετοχή των πολιτών στις διαδικασίες λήψης απόφασης. Η ευθύνη για τη βελτίωση της ποιότητας μεταφέρεται σε παράγοντες σχετικούς με την οργάνωση και τη διοίκηση ενώ παράλληλα με την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας. Επομένως δημιουργήθηκε η ανάγκη για αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Η αξιολόγηση παρέχει την δυνατότητα της συνεχούς εκτίμησης και του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων.

2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας και η ανάδειξη παραγόντων που την επηρεάζουν, η ανάδειξη της σπουδαιότητας αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθώς και τα οφέλη που αποκομίζονται από αυτή σε ένα σύστημα υγείας.

3. ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ανασκόπηση περιέλαβε ερευνητικά, ανασκοπικά άρθρα και εργασίες, που δημοσιεύτηκαν κατά την περίοδο 2001 – 2015, και προέρχονται από τις βάσεις αναζήτησης Mednet και Google Scolar με λέξεις ευρετηρίου “ποιότητα”, “υπηρεσίες υγείας”, “επαγγελματίες υγείας”, “αξιολόγηση”, “διοίκηση ολικής ποιότητας”, “διασφάλιση ποιότητας”, “δείκτες”, “κριτήρια”.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Σύστημα υγείας

Τα συστήματα υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στις σύγχρονες κοινωνίες βοηθώντας τους πολίτες μιας χώρας να προλαμβάνουν τη νόσο, να διατηρούν, να βελτιώνουν το επίπεδο υγείας τους ή και να ανακτούν την υγεία τους σε περίπτωση ασθένειας. Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών αντιμετωπίζουν συνεχείς και μεταβαλλόμενες προκλήσεις. Η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η γήρανση του πληθυσμού που συνδέεται άμεσα με χρόνιες παθήσεις και πολλά άλλα νοσήματα συντελούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετες πιέσεις προέρχονται τόσο από την έλλειψη όσο και από την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις ανισότητες

που σχετίζονται με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

Το «σύστημα» ορίζεται ως μια ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για την επιτυχία ενός συγκεκριμένου σκοπού και μπορεί να είναι ανοικτό ή κλειστό. Ένα σύστημα υγείας είναι ένα ανοικτό σύστημα το οποίο επηρεάζεται και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες. Παράλληλα όμως το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το σύστημα υγείας της χώρας αλλά και από το πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό περιβάλλον, το οποίο επιδρά στη δομή και στη λειτουργία του (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 2001).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνον η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός οδηγεί στην αλλαγή της αντίληψης της υγείας αφού εμπεριέχει τη θετική της έννοια και καλεί τον επαναπροσδιορισμό των συστημάτων υγείας (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση της ποιότητας και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με κύριο σκοπό τη συμβολή του ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους στη διατήρηση και τη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας της ζωής του πληθυσμού. Κάθε σύστημα θα πρέπει να διέπεται από αρχές όπως η αποδοτικότητα, η κλινική αποτελεσματικότητα, η ισότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη (Υφαντόπουλος, 2003).

4.2 Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας αποτελούν κλάδους της οικονομίας αφού απασχολούν το 5-8% του πληθυσμού και απορροφούν το 8-12% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Τα μεγέθη αυτά όπως είναι αναμενόμενο επιδρούν στη οικονομία της κάθε χώρας και γι’ αυτό βρίσκονται στο επίκεντρο της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Επιπλέον οι δαπάνες τόσο για δημόσια όσο και για ιδιωτική νοσηλεία αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών υγείας (Πέτρου, 2008).

Τα συστήματα υγείας και οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των χρηστών προάγοντας την υγεία με την πρόληψη και την καταπολέμηση της ασθένειας. Σε τέσσερις κατηγορίες

κατατάσσονται τα συστήματα υγείας και διαχωρίζονται με τα βασικά πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης. *Το αγγλοσαξονικό μοντέλο* ιδρύθηκε το 1947 και αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του Sir William *Beveridge.* Αργότερα καθιερώθηκε και στην Ιρλανδία. Βασίζεται στην ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην κοινωνική ισότητα, στην αποτελεσματικότητα διαχείρισης των πόρων και στη γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Γερμανία από το 1883 αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του δεύτερου συστήματος υγείας: του *Bismark*. Βασική του αρχή ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού ταμείου που να βασίζεται στην αυτονομία και στην αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργασιακών ασφαλιστικών ταμείων. Το τρίτο πρότυπο συστήματος υγείας αναφέρεται στο *σκανδιναβικό μοντέλο* αφού υιοθετήθηκε από την Δανία και τη Σουηδία. Σε αυτή την περίπτωση η κεντρική και τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Τέταρτο και τελευταίο πρότυπο συστήματος υγείας είναι το *νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο* που εμφανίστηκε την δεκαετία του 70’ με 80’, το οποίο αποτελεί αυτόνομο σύστημα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Στο μοντέλο αυτό συμβάλουν οι φιλοσοφίες των Beveridge και Bismark και έχει ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ποικίλοι πολιτικοί και κοινωνικοί λόγοι συνέβαλαν ώστε να γίνει μερική υιοθέτηση του προτύπου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων (Τούντας, 2003).

Κατά την Ευρωπαϊκή Ένωση, και την οδηγία 2011/24/ΕΕ τα κράτη μέλη της θα πρέπει να παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη για όλους ώστε να παραμείνουν ανθεκτικά και σε θέση να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις μελλοντικές προκλήσεις. Με άλλα λόγια, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθιστά τα συστήματα υγείας οικονομικά, αποδοτικά και δημοσιονομικά βιώσιμα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

4.3 Το κυπριακό σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου του Beveridge καθότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από το κράτος. Η χρηματοδότηση του συστήματος στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία και προέρχεται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Άλλοι πόροι προέρχονται από την ιδιωτική

ασφάλιση και τους εργοδότες. Τα νοσηλευτήρια στην Κύπρο σύμφωνα με το νόμο περί του Γενικού Συστήματος Υγείας, (89(Ι) του 2001), είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και διοικούνται από την Κυπριακή Δημοκρατία και συγκεκριμένα από το Υπουργείο Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Το υπουργείο υγείας είναι υπεύθυνο για την εξασφάλιση της, προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους δικαιούχους πολίτες. Συγκεκριμένα είναι αρμόδιο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διοίκηση και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς επίσης και για την παροχή υπηρεσιών (νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας). Για παράδειγμα διαγνωστικές εξετάσεις, παραϊατρικές υπηρεσίες, φαρμακευτική φροντίδα, οδοντιατρική φροντίδα και υπηρεσίες αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα με το νόμο περί του γενικού συστήματος υγείας, παρέχεται από ιατρούς που εργάζονται στα κέντρα υγείας του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα υγείας και αμείβονται από την Κυπριακή Δημοκρατία. Επιπλέον το υπουργείο υγείας εφαρμόζει σχέδιο επιδότησης ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Ο ιδιωτικός τομέας, σύμφωνα με το νόμο περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (55(Ι)2011), χρηματοδοτείται από τους ιδίους τους πολίτες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες υπό τον έλεγχο τη νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του υπουργείου υγείας. Οι γιατροί στον ιδιωτικό τομέα αμείβονται κατά πράξη (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Αναφέρεται ότι η Κύπρος είναι η μόνη χώρα από τις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν έχει εθνικό σύστημα υγείας όπως είναι η μόνη χώρα που δεν διαθέτει ιατρική σχολή (Πέτρου, 2008). Αναμένεται ότι η εισαγωγή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ) σε συνδυασμό με τον οργανισμό ασφάλισης υγείας θα συμβάλει στην ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Το ΓΕΣΥ έχει σχεδιαστεί με τρόπο που να επιτυγχάνεται η καθολική κάλυψη και θέσπιση συστήματος οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι θα λειτουργούν ως πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο αυτό η κυβέρνηση καλείται να εξετάσει την κατανομή του οικονομικού κόστους στο νέο σύστημα υγείας έτσι ώστε να

αποτυπωθεί ο αντίκτυπος που αναμένεται από τις μεταρρυθμίσεις (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2014).

4.4 Έννοια και σημασία της ποιότητας

4.4.1 Ιστορία της ποιότητας

Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι ταύτιζαν την ποιότητα με την τελειότητα, αφού για κάποιους, όπως τον Πλάτωνα, ισούταν με το απόλυτο, δηλαδή την επίτευξη του υπέρτατου αγαθού, την υπέρτατη ιδέα και το υπέρτατο ιδανικό. Ο ορισμός της ποιότητας που την σύγκρινε με την τελειότητα αμφισβητήθηκε στα μέσα του 17^{ου} αιώνα από τον Feigenbaum που υποστήριξε ότι η ποιότητα δε συνεπάγεται την τελειότητα αλλά την επίτευξη του καλύτερου δυνατού μέσα από συγκεκριμένες παραμέτρους παραγωγής και διάθεσης που καθορίζει η αγορά και ο καταναλωτής, με βασικό στοιχείο την τιμή του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Μπέκας, 2005).

Η ανάγκη για ποιοτική παραγωγή προϊόντων εμφανίστηκε κατά τον 20^{ο} αιώνα με το τέλος της βιομηχανικής επανάστασης με τη μορφή της επιθεώρησης. Η επιθεώρηση είναι η απλή σύγκριση των παραγόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών με τις δεδομένες πρωτογενείς μορφές προδιαγραφών. Στα μέσα του 1940 οι ερευνητές της Bell Labs, εταιρεία με επίκεντρο την έρευνα και την ποιότητα σε θέματα παραγωγής, ανακάλυψαν ότι δεν επαρκούσε η επιθεώρηση καταλληλότητας των προϊόντων παραγωγής, αφού εξίσου σημαντικός είναι ο έλεγχος των διαδικασιών παραγωγής του προϊόντος και της διακύμανσης του (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Ο ποιοτικός έλεγχος είναι το σύνολο των διαδικασιών που επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας με βάση συγκεκριμένες προδιαγραφές. Για τον ποιοτικό έλεγχο αναπτύχθηκαν στατιστικά εργαλεία του συστήματος ποιότητας (Σταυρόπουλος, 2009). Το γεγονός όμως ότι ο ο ποιοτικός έλεγχος λειτουργεί εκ των υστέρων οδήγησε στην ανάπτυξη μεθόδων διασφάλισης της ποιότητας. Διασφάλιση ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Πλεονέκτημα της μεθόδου η εκ των προτέρων διασφάλιση. Τέτοιο παράδειγμα είναι η σειρά ISO 9000 (Σταυρόπουλος, 2009).

Οι αυξανόμενες απαιτήσεις όχι μόνο για διασφάλιση αλλά και για βελτίωση της ποιότητας οδήγησε στην ανάπτυξη της φιλοσοφίας Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Η ΔΟΠ είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη, την ταυτόχρονη ενεργοποίηση του προσωπικού, με οφέλη για την κοινωνία και με το μικρότερο δυνατό κόστος ποιότητας (Μυλωνάκη & Μάρκου, 2012).

Οι ερευνητές του μάρκετινγκ από τη δεκαετία του ’30 είχαν αναγνωρίσει την ποιότητα ως σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στις επιχειρήσεις. Ιδιαίτερη όμως βαρύτητα απέκτησε για αυτές μετά το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου. Προς τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων τους οδήγησαν τις ιαπωνικές επιχειρήσεις, που επιδίωκαν τη διείσδυσή τους στην παγκόσμια αγορά, κυρίως ο Deming και ο Juran. Σήμερα αυτοί αναγνωρίζονται, μαζί με άλλους ερευνητές, ως αυθεντίες (gurus) της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Ο W. Edwards Deming, ο οποίος συνέβαλε στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών, και ο Joseph M. Juran, διαχώρισε την ποιότητα σε δύο στοιχεία: (α) στον ποιοτικό σχεδιασμό και (β) στον ποιοτικό έλεγχο και την ποιοτική βελτίωση του αγαθού. Έτσι ο Juran συνένωσε τον όρο για την τελειότητα με την προσαρμογή σε διαφορετικές προδιαγραφές ορίζοντας την ποιότητα για το προϊόν ή την υπηρεσία με βάση την καταλληλότητα τους για την χρήση που προορίζονται (Τούντας, 2003). Ο Kaoru Ishikawa υπήρξε ο δημιουργός εργαλείων για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας. Ένα τέτοιο εργαλείο είναι το διάγραμμα ψαροκόκαλο ή διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος ή διάγραμμα Ishikawa. Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν ανταγωνιστικά τόσο σε τιμή όσο και ποιότητα. Έτσι οι Ιάπωνες αναλύοντας την ποιότητα μέσω στατιστικών μετρήσεων της παραγωγής διαμόρφωσαν την έννοιά της, και δημιούργησαν καινούργια κουλτούρα για όλο το ανθρώπινο δυναμικό στους οργανισμούς (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Στη συνέχεια η ποιότητα επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών (Τούντας, 2003).

Από την δεκαετία του 1980 και μετά δίδεται μεγαλύτερη σημασία στην ποιότητα των υπηρεσιών και την παραγωγικότητα, όροι ιδιαίτερα χρήσιμοι για την επιβίωση στον ανταγωνιστικό κόσμο της βιομηχανίας. Κλασσικός ερευνητής της ποιότητας αναφέρεται ο Parasuraman ο οποίος αρχικά προσέγγισε την ποιότητα στην παροχή

της υπηρεσίας το 1985, και την εξέλιξε το 1998 (Parasuraman, 1998). Τόνισε ότι η αξιολόγηση του συστήματος παροχής ποιοτικών υπηρεσιών εξαρτάται από την μέτρηση, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των χρηστών για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει ένας οργανισμός. Σύμφωνα με τον Parasuraman η ποιότητα σε μια υπηρεσία αποτελεί την γεφύρωση του χάσματος των προσδοκιών που έχει ο πελάτης από την υπηρεσία και της αντιλαμβανόμενης από αυτόν παρεχόμενης υπηρεσίας. Το χάσμα αυτό επηρεάζεται από άλλα χάσματα που μπορεί να υπάρχουν σε έναν οργανισμό. Έτσι για παράδειγμα μπορεί να διαφέρουν οι προσδοκίες του πελάτη σε σχέση με το τι θεωρεί ο διοικών του οργανισμού ως προσδοκίες των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών. Ακόμα, οι αντιλαμβανόμενες από τον διοικούντα προσδοκίες του πελάτη μπορεί να μην μεταφράζονται με εκείνα τα χαρακτηριστικά στα οποία έχει δοθεί βάρος για την ποιότητα της υπηρεσίας. Και αν ακόμα υποτεθεί ότι αυτά ανταποκρίνονται, μπορεί να μην εκφράζονται πραγματικά κατά την παροχή της υπηρεσίας, λόγω αδυναμίας του προσωπικού να τα υλοποιήσει.

Συμπερασματικά η ποιότητα περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις ανάλογα με το αντικείμενο, την προσέγγιση καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο εφαρμόζεται και αξιολογείται. Έτσι εξηγείται και η ποικιλία στον εννοιολογικό της προσδιορισμό.

4.4.2 Η διαφορά ανάμεσα στο προϊόν και την υπηρεσία

Η έννοια της ποιότητας διαφοροποιείται μεταξύ των προϊόντων και υπηρεσιών και αυτό γιατί τα προϊόντα και οι υπηρεσίες παρουσιάζουν ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές. Τόσο τα υλικά προϊόντα όσο και οι υπηρεσίες είναι εμπορεύσιμα αγαθά, και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να υπάρχει ένας προμηθευτής, δηλαδή ο οργανισμός ο οποίος παρέχει και διαθέτει υλικά προϊόντα ή υπηρεσίες. Ο καταναλωτής καταβάλλει το κόστος απόκτησης του αγαθού ή της υπηρεσίας, γι' αυτό ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την υπηρεσία και την ποιότητα της (Χυτήρης & Άννινος, 2015). Παρ όλ αυτά η διάκριση μεταξύ αγαθού και υπηρεσίας είναι εξαιρετικά δύσκολη αφού δεν υπάρχει αγαθό που να μην έχει στοιχεία υπηρεσίας, είτε για την παραγωγή του είτε για την διάθεση του στην αγορά (Νταμπακάκη, 2010).

Το προϊόν είναι ένα αντικείμενο, μια συσκευή, ένα πράγμα, ενώ η υπηρεσία είναι πράξη, απόδοση, προσπάθεια (Berry, 1980). Πιο συγκεκριμένα, η υπηρεσία είναι μια διαδικασία αποτελούμενη από μια σειρά περισσότερων ή λιγότερων άυλων ενεργειών που συνήθως (αλλά όχι απαραίτητα πάντα), λαμβάνουν χώρα στην αλληλεπίδραση μεταξύ πελάτη και εκπροσώπου της επιχείρησης (Κομήτη, 2009). Η υπηρεσία αναφέρεται και ως το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ του πελάτη και του συστήματος ή της επιχείρησης που παρέχει την υπηρεσία και περιλαμβάνει: το ανθρώπινο δυναμικό, τον εξοπλισμό τις εγκαταστάσεις και το φυσικό περιβάλλον (Νταμπακάκη, 2010). Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών όπως πληροφορία και γνώση. Διαφορετικοί οργανισμοί παρέχουν σε αρκετές περιπτώσεις την ίδια υπηρεσία που όμως διαφέρει στον τρόπο διάθεσης και παροχής της.

Επομένως η υπηρεσία είναι το βασικό στοιχείο που καθορίζει τις επιτυχημένες επιχειρήσεις ή οργανισμούς η δε ποιότητά της επηρεάζεται από τον τρόπο άσκησης πολιτικών – διοίκησης και διαχείρισης του προσωπικού, καθώς και από το σχεδιασμό και την εφαρμογή των στρατηγικών της (Νταμπακάκη, 2010).

Η ποιότητα αφορά τόσο στο προϊόν όσο και την υπηρεσία, αφού περιλαμβάνει το σύνολο των χαρακτηριστικών και των στοιχείων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που σχετίζονται με την ικανοποίηση αναγκών. Αξίζει να τονιστεί ότι στις περιπτώσεις όπου το προϊόν υπερισχύει από την υπηρεσία προκύπτουν δύο ζητήματα: (α) η απόδοση της υπηρεσίας, αφού τίθεται λόγος για ικανοποίηση του ατόμου και (β) η συμμόρφωση με τα τεθέντα πρότυπα. Η απόδοση και τα πρότυπα είναι αυτά που θα διαχωρίσουν την ποιότητα σε τεχνική και λειτουργική (Πέτρου, 2008). Η τεχνική ποιότητα αναφέρεται στα κριτήρια που σχετίζονται με την παραγωγή της υπηρεσίας και η λειτουργική με τα κριτήρια που σχετίζονται με την παροχή της υπηρεσίας. Το σύνολο και η επέκταση αυτών των κριτηρίων δημιουργούν στον πελάτη εμπειρία και εικόνα, την οποία μπορεί να συγκρίνει με τις προσδοκίες του πριν τη λήψη της υπηρεσίας (Χυτήρης & Άννινος, 2015).

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα και διαστάσεις για τον προσδιορισμό του όρου «ποιοτική υπηρεσία» με κύριο εκπρόσωπο αυτό του Parasuraman που αποτελείται από δέκα στοιχεία:

1. Εμπράγματα στοιχεία που αφορούν στον εξοπλισμό και την εμφάνιση του προσωπικού του οργανισμού.
2. Αξιοπιστία που αναφέρεται στην ακρίβεια παροχής της υποσχόμενης υπηρεσίας.
3. Ανταποκρισιμότητα που αφορά στην εξυπηρέτηση των ατόμων παρέχοντας άμεσα κάποια υπηρεσία.
4. Ικανότητα που αναφέρεται στα προσόντα και τις ικανότητες που πρέπει να διακατέχουν τα άτομα που παρέχουν την υπηρεσία.
5. Ευγένεια που αφορά στη συμπεριφορά, κατανόηση και τον σεβασμό που αποδίδουν οι εργαζόμενοι στους χρήστες των υπηρεσιών στο χώρο υποδοχής.
6. Πιστότητα που αφορά στη συνέπεια και την εμπιστοσύνη που δείχνει ο πάροχος της υπηρεσίας.
7. Ασφάλεια ως απαλλαγή από τον κίνδυνο, την ανασφάλεια και την αμφιβολία.
8. Πρόσβαση με ευκολία και επαφή με τον οργανισμό.
9. Επικοινωνία που αναφέρεται στη δυνατότητα του οργανισμού να προσφέρει ενημέρωση σε διεθνή γλώσσα ώστε να επιτυγχάνεται αμοιβαία κατανόηση και ικανοποίηση των αιτημάτων τους.
10. Κατανόηση που αφορά στην προσπάθεια αναγνώρισης των αναγκών των ασθενών (Parasuuraman, 1998).

Είναι φανερό ότι τα προϊόντα ενός νοσηλευτηρίου είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για να λειτουργήσει σωστά και για να παρέχει υπηρεσίες υγείας ένα νοσηλευτήριο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη χρήση φαρμάκων, μηχανημάτων κλπ. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είτε πληρώνουν είτε όχι απαιτούν το κάθε νοσηλευτήριο να παρέχει την ανάλογη ποιότητα υπηρεσιών και ενημερώνεται γι' αυτό. Αυτό εξασφαλίζεται με την εφαρμογή πολιτικών ποιότητας και τον συνεχή έλεγχο αυτής με στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρασχεθέντων υπηρεσιών υγείας προς κάλυψη των αναγκών αλλά και των προσδοκιών των χρηστών.

4.4.3 Έννοια και σημασία της ποιότητας

Η ποιότητα ως διεργασία αφορά στην κάλυψη των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και έχει περιγράφεται και ως ο βαθμός κατά

τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν την πιθανότητα του ιδανικού αποτελέσματος για τον ασθενή (Δρίβα, 2013). Στις περισσότερες περιπτώσεις η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα δηλαδή με την ικανοποίηση παραγωγής ενός προϊόντος ή υπηρεσίας (επίτευξη στόχου) με το μικρότερο δυνατό κόστος για τον οργανισμό. Ο Deming το 1993 ορίζει την ποιότητα ως «την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη» και αυτό αποτελεί τη βασική προσδοκία του πελάτη ενώ από την άλλη πλευρά της υπηρεσίας είναι η ανταπόκρισή της στις ανάγκες σχεδιασμού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Επομένως η υπηρεσία διασφαλίζει την παραγωγική διαδικασία με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πελάτη και αυτός με τη σειρά του αξιολογεί αυτή την διαδικασία και την επαναπροσδιορίζει (Κωσταγιόλας και συν, 2007).

Η έννοια της ποιότητας θα πρέπει να αναζητείται σε όλες τις πλευρές του κάθε οργανισμού ακόμα και σε εκείνες που δεν έχουν εμφανή επίδραση στο τελικό προϊόν της επιχείρησης. Επιπρόσθετα, η ποιότητα διαμορφώνεται ανάλογα με τις οικονομικές, κοινωνικές, και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα στην κάθε εποχή. Για την κοινωνία ο στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του κάθε άτομου και θεωρείται απαραίτητο στοιχείο πολιτισμού. Η οικονομική διάσταση προσδιορίζει το ρόλο λειτουργίας της ποιότητας και αναφέρεται στους φορείς παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών (Ρίκος, 2015).

4.4.4 Διοίκηση ολικής ποιότητας

Η διοίκηση ολικής ποιότητας συναντάται ως “φιλοσοφία” και ως “εργαλείο” που αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται σε επιχειρήσεις και οργανισμούς ανά τον κόσμο με στόχο την παροχή προϊόντων και υπηρεσιών με επίκεντρο την ικανοποίηση του πελάτη/πολίτη. Αρχικά εμφανίστηκε στην Ιαπωνία κατά το 1949 με στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας στις επιχειρήσεις. Κατά την δεκαετία του 1980 υιοθετήθηκε και εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ και αργότερα επεκτάθηκε και στην Ευρώπη. Ο όρος «Ολική» δηλώνει τη συμμετοχή όλων των συντελεστών του οργανισμού και ειδικά των εργαζομένων. Με τον όρο «ποιότητα» εκφράζεται η εστίαση όχι μόνο στο κέρδος, αλλά και στην ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών που προσφέρονται. Παράλληλα αποτελεί και «σύγχρονο μοντέλο διοίκησης» καθότι εισάγει καινοτομίες

και επιστημονικές μεθόδους λειτουργώντας ως πλαίσιο διοίκησης για την επίτευξη των στόχων και τη λειτουργία του οργανισμού ή της επιχείρησης (Συντιχάκη, 2011).

Η διοίκηση ολικής ποιότητας σε έναν οργανισμό διέπεται από κάποιες αρχές όπως:

(α) Επικέντρωση στα άτομα που σχετίζονται με τον οργανισμό.

(β) Ομαδική εργασία και συνεργασία. Για να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα όλοι οι εργαζόμενοι του οργανισμού θα πρέπει να κατανοούν τις διαδικασίες αλλά και τους τρόπους βελτίωσης της εργασίας τους και κατ' επέκταση των προϊόντων και υπηρεσιών. Επίσης τα τμήματα ενός οργανισμού θα πρέπει να συνεργάζονται με στόχο την εύρυθμη λειτουργία του.

(γ) Συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού.

(δ) Διοίκηση με δυσλειτουργικές ομάδες. Κάποιες ομάδες παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας, συντονισμού και σύγκρουσης συμφερόντων με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους.

(ε) Διοίκηση με αντικειμενικά στοιχεία. Η διοίκηση της επιχείρησης θα πρέπει να στηρίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία δηλαδή την ακριβή περιγραφή του υφιστάμενου προβλήματος, τον προσδιορισμό των αιτιών, τις εναλλακτικές λύσεις και την επιλογή της καλύτερης για την επίλυσή του. Καμία διαδικασία όμως δεν μπορεί να βελτιωθεί αν δεν είναι μετρήσιμη.

(ζ) Έμφαση στην πρόληψη της κακής ποιότητας. Η ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας χτίζεται καθώς περνούν τα στάδια διαδικασίας παραγωγής.

(στ) Προτεραιότητα στην ποιότητα και συνεχή βελτίωσή της.

(η) Εστίαση στις απαιτήσεις του πελάτη. Όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικοί πελάτες της επιχείρησης θα ικανοποιηθεί και ο τελικός πελάτης.

4.4.5 Κόστος ποιότητας και κόστος έλλειψης ποιότητας

Είναι προφανές ότι η εισαγωγή και εφαρμογή ενός προγράμματος ελέγχου και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας συνεπάγεται κόστος στον οργανισμό το οποίο διακρίνεται σε κόστος έλλειψης ποιότητας και σε κόστος ποιότητας. Όπως αναφέρει ο Crosby το κόστος ποιότητας μπορεί να αποφευχθεί εφόσον το προϊόν ή υπηρεσία διατεθεί ορθά από την αρχή. Το κόστος ποιότητας διαχωρίζεται σε δύο επιμέρους

κατηγορίες, το λειτουργικό κόστος που συμβαίνει από μια συναλλαγή και στοχεύει στην επιτυχία και τη διασφάλιση ποιοτικών επιπέδων και το οποίο διακρίνεται σε κόστος ελέγχου και σε κόστος μη ελέγχου, και το κόστος εξωτερικής διασφάλισης της ποιότητας που σχετίζεται με το κόστος από αναγνωρισμένους ανεξάρτητους ελεγκτικούς φορείς (Συντιχάκη, 2011). Επιπρόσθετα το κόστος της ποιότητας αφορά στο κόστος πρόληψης, της αποτίμησης και της αποτυχίας. Η εκπαίδευση του προσωπικού σε καινούργιες μεθόδους για την εφαρμογή ελέγχου και μετρήσεων των αποτελεσμάτων καθώς και η οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών αυξάνουν αρχικά το κόστος. Με την εφαρμογή όμως ορθών διαδικασιών και πρακτικών αυτοματοποιούνται οι δράσεις και σταδιακά μειώνεται το κόστος της προετοιμασίας και το κόστος αποτυχίας ενώ βελτιώνεται η ποιότητα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Το κόστος κακής ποιότητας είναι η διαφορά του επιθυμητού κόστους λειτουργίας χωρίς ελαττωματικό προϊόν ή υπηρεσία προς το πραγματικό κόστος λειτουργίας με ελαττωματικό προϊόν ή υπηρεσία. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κόστος ποιότητας είναι σχετικά ελάχιστο σε σχέση με το τεράστιο κόστος κακής ποιότητας (Συντιχάκη, 2011).

4.5 Ορισμοί – Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

4.5.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Στο χώρο της Υγείας, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου είχε εμφανιστεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών της διοίκησης. Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του Ιατρικού Επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων προς τον ασθενή υπηρεσιών (ωφελέειν ή βλάπτειν). Στόχος κάθε οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η διασφάλιση της παροχής ποιότητας στις υπηρεσίες (Ρίκος, 2015).

Αμέτρητοι ορισμοί και παράμετροι προσδιορίζουν τον όρο ποιότητα στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, αφού λαμβάνει διαφορετική έννοια ανάλογα με τις συνθήκες στις οποίες ορίζεται και αναφέρεται. Παρότι η «αγορά» υπηρεσιών υγείας ασχολείται με την υγεία, υπέρτατο αγαθό για τον κάθε άνθρωπο, δεν παύει να διέπεται από τους γενικούς κανόνες της αγοράς. Η υγεία είναι το προϊόν αυτής της

αγοράς το οποίο είναι απαραίτητο και πρώτης ανάγκης αγαθό (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Ουσιαστικά όμως, ο «ποιοτικός έλεγχος» μαζί με τον «απολογισμό πεπραγμένων», ξεκινά τον 19ο αιώνα στην Αγγλία, από την θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής, Αγγλίδα Florence Nightingale (1820-1910). Η χαρισματική νοσηλεύτρια ήταν η πρώτη που ασχολήθηκε με την βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών, καταγράφοντας τα επιδημιολογικά στοιχεία κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου. Συγκεκριμένα το 1854 στο Skutary, στρατιωτικό νοσοκομείο, στην Κριμαία, απέδειξε ότι μια στατιστική προσέγγιση με τη χρήση γραφικών μεθόδων θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική και πειστική στη μείωση του κόστους της χαμηλής ποιοτικής περίθαλψης περισσότερο από 90% σε μια μικρή χρονική περίοδο. Έχοντας εστιάσει στη συνεχή βελτίωση της υγιεινής, των τροφίμων, στην φροντίδα των ασθενών, στη στέγαση τους κ.λπ. ήταν σε θέση να μειώσει το ποσοστό θανάτου στο νοσοκομείο από 42% σε 2%. Αυτό αποτέλεσε και την πρώτη μορφή ποιοτικού ελέγχου που βασιζόταν στους δείκτες θνησιμότητας. Πολλοί εμπνεύστηκαν από αυτήν και ακολούθησαν τα βήματα της, για να επιφέρουν βελτιώσεις στα υγειονομικά τους συστήματα (Διγόνης, 2013).

Στη συνέχεια το 1908, ο Groves προσπάθησε μέσα από έρευνες να συνδέσει την ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών με δείκτες θνησιμότητας, όπως και με την ανικανότητα των ιατρών στην αντιμετώπιση χειρουργείων. Αυτή του η προσπάθεια ενέπνευσε τον Ernest Godman (1914), που ήταν γενικός χειρουργός στο Massachusetts General Hospital (Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης). Εστίασε τις ερευνητικές προσπάθειές του στο νοσοκομείο όπου ανέλυσε την έκβαση των χειρουργηθέντων ασθενών, ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σκοπός του ήταν να ελέγξει εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάσθηκαν κάποια προβλήματα που μπορούν να αποδοθούν στη χειρουργική επέμβαση. Υποστήριξε δε ότι οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για κάποιο χρονικό διάστημα μετά από το τέλος της νοσηλείας τους (Μυλωνάκη & Μάρκου, 2012).

Έκτοτε, πολλοί επιστήμονες του χώρου της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο ασχολήθηκαν και συνέβαλλαν αποφασιστικά στον προσδιορισμό

και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Πρωτοπόρος ο Donabedian το 1980 αν και θεωρεί τον ορισμό της ποιότητας ιδιαίτερα δύσκολο, σε εκτεταμένη ανάλυση σημειώνει ότι αποτελεί τη διάσταση της φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει την υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα υπέρ και τα κατά που εμπεριέχει η περίθαλψη σε όλες τις εκφάνσεις της (Καλοφυσούδης, 2013). Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Στο ίδιο πλαίσιο, ο Maxwell προσθέτει και την αναγκαιότητα ικανοποίησης κριτηρίων που βασίζονται στην πρόσβαση, τη σχετικότητα, την αποτελεσματικότητα, τη δικαιοσύνη, την κοινωνική αποδοχή, και την αποδοτικότητα (Παρισσόπουλος, 2007). Επιπρόσθετα, προσδιορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας με βάση την ίση πρόσβαση των χρηστών, στο σωστό τόπο και χρόνο, αποτελεσματικά και ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ) ποιότητα υπηρεσιών υγείας καλείται η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων κατά τις οποίες διασφαλίζεται το καλύτερο αποτέλεσμα στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης με στόχο την καλύτερη απόδοση με το λιγότερο ιατρικό κίνδυνο όπως επίσης και την ικανοποίηση του ασθενούς σχετικά με τις διαδικασίες, τα αποτελέσματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων (Πάτσιος, και συν 2014). Ο Barners συμπληρώνει ότι ο ορισμός της ποιότητας πρέπει να είναι σαφής, απλός και λειτουργικός, αφού δεν υπάρχει λόγος να την ορίσεις αν αυτή δεν μπορεί να μετρηθεί και να εκτιμηθεί ούτως ώστε να μπορεί να βελτιωθεί (Παρισσόπουλος, 2007).

Τα βασικά στοιχεία της ποιότητας έχουν να κάνουν με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς. Η διοίκηση ολικής ποιότητας ή τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας ακολουθούν κανόνες οι οποίοι εφαρμόζονται στην παραγωγή αγαθών ή υπηρεσιών και προσαρμόζονται ανάλογα στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στα νοσοκομεία (Μάρκοβιτς, Μοναστηρίδου, 2011). Κύρια χαρακτηριστικά της ποιότητας είναι η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η δραστικότητα, η αποδοτικότητα, ο σεβασμός και η φροντίδα και τέλος η ασφάλεια (Ρίκος, 2015).

Κατά τον 20^{ο} αιώνα εξελίχθηκε η ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας αρχικά από την επιθεώρηση και τον έλεγχο, στη διασφάλιση και τέλος στη διοίκηση ολικής ποιότητας (Διγόνης,2013). Η προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ξεκίνησε, από τη δεκαετία του 1950, με τον **«ποιοτικό έλεγχο»** των παρεχομένων υπηρεσιών. Βάση του αποτελούσε η διενέργεια επιθεωρήσεων και δειγματοληπτικών ελέγχων, που επικεντρώνονταν στη διόρθωση προβλημάτων, μετά τη παροχή της υπηρεσίας προς τον ασθενή (Τζανετάκη, 2006). Με την πάροδο του χρόνου οι επιθεωρήσεις αντικαταστάθηκαν από λειτουργικές τεχνικές και δραστηριότητες που επιβεβαίωναν την ποιότητα ενός προϊόντος με βάση τις προδιαγραφές παραγωγής του. Όμως και αυτός ο τρόπος ελέγχου της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων εντόπιζε τα ακατάλληλα προϊόντα μετά το πέρας της παραγωγικής διαδικασίας, όταν το κόστος για την κατασκευή του προϊόντος είχε ήδη καταβληθεί. Η αδυναμία αυτή καλύφθηκε με τη **Διασφάλιση ποιότητας**, η οποία δίνει έμφαση στη βελτίωση των διαδικασιών των παρεχομένων υπηρεσιών, καθιερώνοντας μεγάλο αριθμό κατευθυντηρίων οδηγιών. Κατά συνέπεια στη διασφάλιση ποιότητας δε δίνεται βαρύτητα στην εκ των υστέρων διόρθωση των προβλημάτων, αλλά στην πρόληψη τους πριν αυτά δημιουργηθούν. Η έννοια «Διασφάλιση Ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας, συνιστά τη μετατόπιση των δραστηριοτήτων της Διοίκησης του Νοσηλευτικού Οργανισμού από τον έλεγχο και τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, στην πρόληψη εμφάνισης υπηρεσιών που αποκλίνουν από προδιαγεγραμμένα χαρακτηριστικά διεθνώς αναγνωρισμένων προτύπων. Το επόμενο βήμα στη σταδιακή εξέλιξη της βελτίωσης της ποιότητας ήταν η ανάπτυξη της **Διοίκηση Ολικής Ποιότητας** (Total Quality Management), η οποία διαφοροποιείται από τα ανωτέρω συστήματα καθώς εκφράζει μια φιλοσοφία, η υιοθέτηση της οποίας απαιτεί πρωταρχικά την καθολική δέσμευση της ανώτατης διοίκησης του οργανισμού και είναι προσανατολισμένη προς τους ανθρώπους, και απαιτεί τη συνολική συμμετοχή όλων για την κατάκτηση της επιτυχίας (Συντιχάκη, 2011).

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

4.5.2 Ποιοι αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Είναι φανερό ότι η ποιότητα στην υγεία συνδυάζει την ικανοποίηση των ασθενών με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών και έλεγχο του κόστους τους. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με παράγοντες όπως είναι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες καθώς επίσης και η διαθεσιμότητά τους (Παπαγεωργίου, Τσούνης και συν, 2014). Οι χρήστες – ασθενείς των υπηρεσιών υγείας αναζητούν την γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας τους. Για την ικανοποίηση τους επιδιώκουν τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας και συχνά παρασύρονται από φήμες (Σταυρόπουλος, 2009).

Είναι γεγονός ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση ορισμένα κριτήρια όπως είναι τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων που στελεχώνουν ένα νοσηλευτήριο, τα στοιχεία του περιβάλλοντος, η αξιοπιστία, η ευκολία πρόσβασης σε αυτό, η διαθεσιμότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού, η ενημέρωση, ο χρόνος αναμονής, η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, και η παροχή θεραπευτικών σχημάτων με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Παπαγεωργίου, Τσούνης και συν, 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας αποζητούν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας τόσο του έργου τους όσο και της ηθικής ικανοποίησης. Το βασικό κριτήριο που χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος της εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και ποιοτική σύνθεση του προσωπικού. Η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλευτή προς ασθενείς και η ποιοτική από το επίπεδο εκπαίδευσης. Η επαρκής στελέχωση, όπως αναφέρεται συντελεί στην εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων καθώς αποτελεί την αναγκαία συνθήκη προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού τους ρόλου. Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή. Οι υπηρεσίες υγείας απαιτούν την ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και επαρκούς εξοπλισμού. Η παροχή τους αυξάνει την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών και βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ αυτών και άλλων επαγγελματικών ομάδων όπως και την ικανοποίηση από την εργασία τους (Δημητριάδου και συν, 2009).

Η μελέτη για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τα νοσοκομεία. Η καταλληλότητα του χώρου συνεισφέρει στις συνθήκες εργασίας σε

όλους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης στην εργασία των νοσηλευτών, τις ιατρονοσηλευτικές διεπαγγελματικές σχέσεις και στη θετική εμπειρία των ασθενών από την παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας (Παπαγεωργίου και συν, 2014).

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα και οι ασφαλιστικές εταιρείες επίσης επιδιώκουν την ποιότητα αφενός για την καλή λειτουργία των οργανισμών και αφετέρου με την έννοια του περιορισμού του κόστους, την εμφάνιση δυσλειτουργιών και την καλή φήμη. Η κοινωνία ψάχνει την ποιότητα με όλους τους τρόπους ενώ η πολιτεία θα πρέπει να συνδυάσει όλες τις παραμέτρους, να αποδεχτεί την ποιότητα και αποτελεσματικότητα ως προσδοκίες όλων και να συντονίσει τις λειτουργίες και την οργάνωση του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Τέλος η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Π.Ο.Υ όπως και άλλοι διεθνείς φορείς θέτουν πρότυπα και πρωτόκολλα τα οποία θα πρέπει να ακολουθούνται και να διευρύνονται για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για τη διεύρυνση και την τήρηση τους όμως υπεύθυνο είναι το επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας κάθε χώρας (Σταυρόπουλος, 2009).

4.5.3 Πρακτικές Βελτίωσης Υπηρεσιών Υγείας

Είναι προφανές ότι υπάρχουν διάφορες μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και η εφαρμογή τους καθορίζει ένα γενικότερο πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας από το οποίο εκπορεύονται οι επιμέρους δράσεις.

Διαχείριση ποιότητας (Quality management): είναι συντονισμένες δραστηριότητες για τη διοίκηση και τον έλεγχο μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού αναφορικά με την ποιότητα (Καλοφυσούδης, 2013)

Ποιοτικός έλεγχος (Quality control): είναι μέρος της διαχείρισης της ποιότητας που εστιάζεται στην εκπλήρωση των απαιτήσεων της ποιότητας. Ο ποιοτικός έλεγχος πραγματοποιείται με το σχεδιασμό και τη διενέργεια επιθεωρήσεων και δοκιμών στα ενδιάμεσα και το τελικό προϊόν, δηλαδή επιβεβαιώνει την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας και βασίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές. Είναι εύκολο να εφαρμοστεί για την παραγωγή ενός προϊόντος σε μια επιχείρηση ενώ αρκετά δύσκολο στην παροχή μιας υπηρεσίας (Τζανετάκη, 2006). Στην περίπτωση αστοχίας του προϊόντος ή της υπηρεσίας η επανόρθωση είναι πολύ πιο δύσκολη και κοστίζει

περισσότερο αφού το κόστος κατασκευής έχει είδη καταβληθεί (Μυλωνάκη, Μάρκου, 2012).

Διασφάλιση ποιότητας (Quality assurance): είναι μέρος της διαχείρισης της ποιότητας που εστιάζεται στην δημιουργία εμπιστοσύνης ότι οι απαιτήσεις ποιότητας για ένα προϊόν ή υπηρεσία θα ικανοποιηθούν. Η διασφάλιση της ποιότητας πραγματοποιείται με το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με την χρήση δεικτών και την εφαρμογή δράσεων με την συμμετοχή όλων για την επίτευξη της ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας συμπεριλαμβάνει το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τα αναγκαία μέσα που χρειάζονται για τη διεκπεραίωση της διασφάλισης της ποιότητας. Διαφέρει από τον ποιοτικό έλεγχο αφού κατοχυρώνει το τελικό προϊόν ή την υπηρεσία ώστε να πληροί τις προδιαγραφές (Τζανετάκη, 2006).

Συνεχής βελτίωση ποιότητας (Quality improvement): αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας αφού είναι μέρος της διαδικασίας, διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη απόδοση. Αναφέρεται στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και οι δράσεις επικεντρώνονται γύρω από τον ασθενή με στόχο τη βελτίωση (Παπακωστίδη,& Τσουκαλάς, 2012).

Η συνεχής βελτίωση επιτυγχάνεται μέσα από κύκλους βελτίωσης, οι οποίοι εμπεριέχουν μέτρηση στοιχείων που σχετίζονται με την παρακολούθηση των στόχων ποιότητας. Με τη βοήθεια συστηματικών μεθόδων αναγνωρίζονται και εντοπίζονται οι αιτίες χαμηλών επιδόσεων και επιτυγχάνεται η βελτίωση δια του καθορισμού και της εκπλήρωσης των αναγκών του ασθενούς (Μουρτζίκου και συν, 2014).

Στη διεθνή πρακτική έχει αναπτυχθεί μια πληθώρα εργαλείων και μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας, μερικές από τις οποίες είναι αναγκαίο να προσαρμοστούν και να ενσωματωθούν στις υπηρεσίες υγείας. Ο κλινικός έλεγχος (clinical audit) ορίζεται ως ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί την βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Ουσιαστικά αφορά στην εξέταση της κλινικής πρακτικής με στόχο τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας

προς τους ασθενείς. Επομένως η κλινική απόδοση εξετάζεται ως προς καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας (Παρισσόπουλος, 2007).

Επιπρόσθετα ο κλινικός έλεγχος προϋποθέτει την αξιοποίηση μιας ευρείας σειράς μεθόδων από διάφορες επιστήμες όπως η ανάπτυξη οργανισμών, στατιστική και διαχείριση πληροφοριών. Ο έλεγχος της ποιότητας δύναται να υποστηριχθεί και να αναληφθεί από μια ομάδα επιστημόνων πολλαπλών ειδικοτήτων, από τους οποίους αρχικά θα προετοιμαστεί το περιβάλλον ώστε να τύχει επιτυχίας η εξέταση. Ο κλινικός έλεγχος έχει ενταχθεί με τον οικονομικό έλεγχο και με την απόδοση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα θέματα της οργάνωσης. Επίσης με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας όπως είναι η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας ενώ παράλληλα βελτιώνεται το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Παρότι ο κλινικός έλεγχος δημιουργεί φόβο και δυσπιστία μέσα από διαδικασίες συνεχούς και ολοκληρωμένης ενημέρωσης βελτιώνει την ποιότητα (Παρισσόπουλος, 2007).

4.5.4 Στρατηγικές εφαρμογής τεκμηριωμένων δεδομένων

Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες παρέχονται από τη συλλογική προσπάθεια της διεπιστημονικής ομάδας, με όλα τα μέλη να είναι ισότιμα, λαμβάνοντας ενεργό ρόλο στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Εξ' ορισμού, η διεπιστημονική προσέγγιση απαιτεί την εμπλοκή δύο ή περισσοτέρων επαγγελματιών υγείας. Τα τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν τη μέγιστη συμβολή της διεπιστημονικής προσέγγισης ως προς τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται η πολυπόθητη μείωση του κόστους. Ο λόγος είναι προφανής, δεδομένου ότι οι συλλογικές επαγγελματικές και επιστημονικές δεξιότητες δύνανται αφενός να αναγνωρίσουν και αφετέρου να αντιμετωπίσουν ταχύτερα και αποτελεσματικότερα τις σύνθετες ανάγκες των ασθενών, στο πλαίσιο της φροντίδας τους (Χριστοφή & Χριστοφόρου, 2015).

Στρατηγικές όπως η ενσωμάτωση ερευνητικών δεδομένων στη διαδικασία λήψης απόφασης, η απρόσκοπη πρόσβαση σε βιβλιοθήκες και η διευκόλυνση της προσέγγισης της γνώσης μέσω διαδικτυακών πηγών αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού δεκτικού προς την έρευνα και τη νέα γνώση. Η δυνατότητα που παρέχεται στους εργαζομένους για συμμετοχή σε ερευνητικές

διαδικασίες όπως η συλλογή δεδομένων, η παρακολούθηση σεμιναρίων και συνεδρίων, καθώς επίσης και η δυνατότητα των εργαζομένων να διαβάζουν ερευνητικά άρθρα. Αποτελεσματική επίσης μπορεί να φανεί και η οργάνωση ομαδικών σεμιναρίων με τη διαδικασία εφαρμογής τεκμηριωμένων δεδομένων (Πατελάρου και συν, 2014).

Το ανθρώπινο δυναμικό σε κάθε οργανισμό αποτελεί την κινητήρια δύναμη. Η συλλογή δεδομένων και πληροφοριών δίνει τη δυνατότητα κυρίως μέσω των διακρατικών συγκρίσεων, εντοπισμού και προώθησης της καλύτερης τεκμηριωμένης πρακτικής. Ο φόρτος εργασίας και η παραγωγή έργου δεν επιτρέπουν πολλές φορές την καρποφορία της τεκμηρίωσης δεδομένων με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να καταφεύγουν σε παραδοσιακές πρακτικές που δεν απαιτούν διερεύνηση και χρόνο. Σε έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ σε νοσηλευτές με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και τη στροφή προς την έρευνα προέκυψε ότι η ενθάρρυνση της διοίκησης για εφαρμογή των ενδείξεων στην κλινική πρακτική φάνηκε να είχε θετικά αποτελέσματα για τους δείκτες ποιότητας. Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι ήταν πιο εύκολο και αποτελεσματικό να προσεγγίσουν τα κλινικά ερωτήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση του επαγγελματικού τους ρόλου (Πατελάρου και συν, 2014).

Επομένως κρίνεται απαραίτητη η παρουσία ηγετών και διοίκησης με δεξιότητες στην εφαρμογή τεκμηριωμένων δεδομένων, βοηθώντας έτσι τους υφιστάμενους τους στην αναζήτηση της γνώσης με τις κατάλληλες υποδείξεις, σχεδιάζοντας τα βήματα τους στην κλινική πράξη και προάγοντας την κριτική αποτίμηση, την υιοθέτηση και την τελική αφομοίωση της νέας γενιάς. Η τεκμηριωμένη νοσηλευτική και ιατρική πρακτική έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και τη θωράκιση της ασφάλειας του ασθενούς περιορίζοντας τον υποκειμενισμό κατά την εφαρμογή της κλινικής πρακτικής (Πατελάρου και συν, 2014)

4.5.5 Τεκμηριωμένη κλινική πρακτική

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η βελτίωση και διατήρηση της ισορροπίας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι κύριος στόχος των παροχών υγείας για τον έλεγχο των δαπανών και την ενίσχυση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας. Για τους λόγους αυτούς υπάρχει ώθηση στην τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας που ορίζεται ως η κλινική πρακτική που βασίζεται σε τεκμηριωμένη γνώση. Η ώθηση για

την τεκμηριωμένη πρακτική έχει προέλθει από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τους καταναλωτές, τους οργανισμούς πιστοποίησης, τις κρατικές υπηρεσίες, τους επαγγελματικούς οργανισμούς και την αύξηση των προσφυγών στα δικαστήρια για λάθη στην πρακτική (Καλαφάτη, 2007). Ως επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική ορίζεται «η ενσωμάτωση της εξατομικευμένης κλινικής εξειδίκευσης με την καλύτερη, διαθέσιμη, εξωτερική, κλινική τεκμηριωμένη γνώση η οποία προέρχεται μέσα από συστηματική έρευνα». Τα τεκμήρια μπορεί να είναι τα πρωτόκολλα, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και η αναφορά σε περιστατικό (case study) (Κωσταγιόλας και συν, 2007).

Η τεκμηριωμένη κλινική πρακτική με την έννοια της χρήσης των καλύτερων πρακτικών έχει διαδοθεί ταχύτατα σε ποικίλους επιστημονικούς τομείς όπως, στην ιατρική, τη διοίκηση, τη μηχανική, το εμπόριο αλλά και τη νοσηλευτική. Βασίζεται δε στη συστηματική αξιολόγηση των δεδομένων και στην αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων πρακτικών και των υπαρκτών ή δυνητικών καινοτομιών. Η ατεκμηρίωτη λήψη αποφάσεων στην ιατρική ή τη νοσηλευτική πρακτική είναι δυνατό να οδηγήσει σε λιγότερο αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα. Τα ερευνητικά δεδομένα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων επειδή προέρχονται από συστηματικές μεθόδους στη συλλογή και ανάλυση των παρατηρήσεων (Λεοντίου, 2012).

4.5.6 Κλινικά πρωτόκολλα, κλινικές οδηγίες

Η παροχή υπηρεσιών υγείας αποδεικνύεται καθημερινά πολύπλοκη όσον αφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και δημιουργεί ανασφάλειες στην υγειονομική φροντίδα που παρέχεται. Ο κλινικός έλεγχος αναλύει και εξετάζει την κλινική πρακτική ώστε να διασφαλίσει την άριστη φροντίδα προς τους ασθενείς. Η κλινική πρακτική αξιολογείται με καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας και περιγράφεται σαν κυκλική διαδικασία η οποία δίνει απαντήσεις σε τρία ερωτήματα (α) τι θα ήταν καλύτερο να γίνει; (β) τι πραγματικά έχει γίνει; και (γ) τι αλλαγές ενδείκνυται; (Παρισσόπουλος, 2007).

Τα κλινικά πρότυπα και οι κλινικές οδηγίες συνδυάζονται με συστηματικό τρόπο για να προσδιορίσουν μια συνολικότερη θεραπευτική διαδικασία και αποτελούν τα

κλινικά πρωτόκολλα, τα οποία και εφαρμόζονται από τα τέλη της δεκαετίας του 1980. Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι οδηγίες αποτελούν σύνολα προτάσεων και προτροπών που βοηθούν τον επαγγελματία υγείας αλλά και τον ασθενή στη λήψη των βέλτιστων αποφάσεων σε θέματα που αφορούν στην παρεχόμενη περίθαλψη. Συνήθως εμπεριέχουν χρήσιμα κλινικά στοιχεία για την καθημερινή κλινική πράξη (Φλέγγα, 2005). Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαν να οριστούν ως «ένα πλήρες και εξαντλητικό χρονοδιάγραμμα ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών που οφείλουν να παρασχεθούν κατά τη νοσηλεία ενός ασθενούς με μια συγκεκριμένη νόσο σε κάποιο νοσοκομείο» (Παναγιώτου, 2012). Στοχεύουν δε στη διευκόλυνση του κλινικού έργου μέσω της συστηματοποίησης του τεράστιου όγκου των σύγχρονων και συνεχώς εξελισσόμενων και αυξανόμενων ιατρικών δεδομένων ενώ συνεπικουρούνται συνεχώς από την τεχνολογία και το διαδίκτυο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης, η μείωση των πολλαπλών κινδύνων που ελλοχεύουν για τον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας, καθώς και η επίτευξη της βέλτιστης ισορροπίας αφενός μεταξύ ιατρικών παραμέτρων, όπως η κλινική αποτελεσματικότητα, η ευαισθησία και η ειδικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και αφετέρου μεταξύ οικονομικών περιορισμών (Σκαλκίδης και συν, 2010).

Το συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου με τη βοήθεια κλινικών πρωτοκόλλων και οδηγιών αποτελεί και μέσον αντικειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας της κλινικής πράξης. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας που μπορεί να είναι και όσοι εργάζονται σε αυτές τις υπηρεσίες βρίσκονται στο κέντρο για τον έλεγχο της ποιότητας ενώ οι ασθενείς εκτός από πηγή πληροφοριών μπορούν να είναι και συμμετέχοντες (Παρισσόπουλος, 2007).

4.6 Αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ως αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας μπορεί να οριστεί η εκτίμηση της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ή των επιμέρους υπηρεσιών υγείας με βάση κάποια κριτήρια, ως προς τα πρότυπα που διαμορφώνονται θεωρητικά ή εμπειρικά. Το τελικό ζητούμενο της αξιολόγησης αποτελεί η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Η αξιολόγηση κάθε συστήματος υγείας αποτελεί βασικό εργαλείο στη διαχείριση της ποιότητας. Η αξιολόγηση παρέχει τη δυνατότητα της συνεχούς εκτίμησης του

βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων. Οι δείκτες θνησιμότητας και βαρύτητας των περιστατικών συμβάλλουν στην αξιολόγηση της ποιότητας του παραγόμενου έργου. Η ικανοποίηση των ασθενών και χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελούν επίσης κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας παρόλο που η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και η ικανοποίηση της οικογένειας δεν συμβαδίζουν πάντα (Πάτσιος και συν, 2014).

4.6.1 Μεθοδολογία αξιολόγησης

Τα βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του πλαισίου αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τον καθορισμό του πεδίου αξιολόγησης, δηλαδή το κύριο αντικείμενο αυτής, τους προσχεδιασμένους στόχους της αξιολόγησης, τον καθορισμό της μεθοδολογίας η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί και τέλος τη συλλογή και ανάλυση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων (Ναούμ, 2010). Η συλλογή στοιχείων αφορά στην έκταση και τις επιμέρους δραστηριότητες του φορέα, τον πληθυσμό που έχει διαπιστωμένες ανάγκες καθώς και τον πληθυσμό που επηρεάζεται από τυχόν περιορισμούς και επωφελείται από τις υπάρχουσες δυνατότητες (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Οι προσχεδιασμένοι στόχοι της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και η αποσαφήνισή τους είναι το βασικότερο κομμάτι της όλης διαδικασίας. Οι στόχοι των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας διακρίνονται σε τελικούς ή μακροπρόθεσμους και άμεσους ή επιχειρησιακούς. Οι τελικοί στόχοι αφορούν στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, συνεκτιμώντας και άλλες διαστάσεις της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, όπως την τάξη, την ευπρέπεια, την άνεση, το σεβασμό προς τους ασθενείς (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι οι οποίοι θα έχουν τεθεί, θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Σταυρόπουλος, 2009).

4.6.2 Επίπεδα αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αξιολογηθούν σε διάφορα επίπεδα. Ο Donabedian το 2004 αναφέρει τέσσερα επίπεδα που αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας. Η αξιολόγηση των εισροών περιλαμβάνει το ανθρώπινο δυναμικό, τον εξοπλισμό, τις κτηριακές εγκαταστάσεις, το κόστος, όπως και όλους τους παράγοντες που καθορίζουν τη δομή και το περιεχόμενο ενός συστήματος υγείας ή μιας υπηρεσίας (Ναούμ, 2010). Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών αναφέρεται στην οργάνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού το θέμα της αξιολόγησης είναι απαραίτητο για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας. Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών σχετίζεται με τη χρησιμοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δηλαδή την χρήση των κλινών ή των εξωτερικών ιατρείων, τον όγκο του παρεχόμενου προϊόντος όπως είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι εμβολιασμοί. Τέλος, τέταρτο σημείο αξιολόγησης είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, δηλαδή η αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Οι δείκτες θνησιμότητας, θνητότητας και νοσηρότητας όπως και οι δείκτες σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας που εμφανίζονται μέσα από επιδημιολογικές μελέτες, πίνακες επιβίωσης και ερωτηματολόγια για τη μέτρηση ποιότητας αναφέρονται σαν συνεχής αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης μπορούν να ληφθούν κατά τη διάρκεια νοσηλείας ή και μετέπειτα κατά την αποκατάσταση του ασθενούς (Ναούμ, 2010).

4.6.3 Κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συστημάτων υγείας περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις της φροντίδας υγείας. Συνήθως συνδυάζει τις οπτικές των διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Για την επίτευξη τους η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο με απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια αυτά αντιστοιχούν σε συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης. Οι δείκτες με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας καθαρός

αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Βασικά κριτήρια αξιολόγησης αποτελούν η αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ισότητα και ο Cochrane υπήρξε ο πρώτος που επισήμανε την ανάγκη αποτίμησης της κλινικής πρακτικής με βάση τα κριτήρια αυτά. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ισότητα στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους (Τούντας & Οικονόμου, 2007). Η ένταξη της ισότητας στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, η δε κατανομή των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών.

Ως αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους. Συνήθως ο όρος αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα δηλαδή την επίτευξη των στόχων σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού (Τούντας & Οικονόμου, 2007). Σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου οι ανισότητες που υπάρχουν στην υγεία αποτελούν μια μείζονα πρόκληση για την εκάστοτε πολιτική υγείας. Η μέτρηση και η επιτήρηση των μεταβολών στις ανισότητες αυτές είναι απαραίτητη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας (Ναούμ, 2010).

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Αποτελεί βασικό ζητούμενο των υπηρεσιών υγείας σε αντίθεση με το βασικό στόχο, την αποτελεσματικότητα. Θεωρείται ότι η αποδοτικότητα είναι στο μέγιστο βαθμό όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Η κατανομή των πόρων, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και την απόδοση της μέγιστης χρησιμότητας στο κοινωνικό σύνολο αποτελεί θεμελιώδη στόχο των συστημάτων υγείας αλλά δεν μπορεί πάντα να διασφαλίσει ότι η ολική χρησιμότητα κατανέμεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι στα συστήματα υγείας που επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι

η ουσιαστική αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία προϋποθέτει και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές παρεμβάσεις (Τούντας & Οικονόμου, 2004).

4.7 Δείκτες αξιολόγησης

Οι δείκτες είναι εργαλεία που δείχνουν την κατάσταση ενός τμήματος και χρησιμοποιούνται τόσο για την σύγκριση μεταξύ των τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα σχέδια λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν τα αποτελέσματα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από τη ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος. Οι δείκτες ποιότητας διαχωρίζονται σε τρείς κατηγορίες: (α) δείκτες δομής που αφορούν στις εγκαταστάσεις και τη στελέχωση των υπηρεσιών, (β) δείκτες διαδικασιών και (γ) δείκτες αποτελέσματος (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Μελέτη που έγινε σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας καταγράφει δείκτες ποιότητας που εμφανίζουν σημαντική βελτίωση μετά την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001:2008 (Πάτσιος και συν, 2014). Η βελτίωση της ποιότητας είναι συνώνυμη με τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων καθώς και με οφέλη στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας με την ορθή και γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματος, και η βελτίωση των συνθηκών διαμονής μεγιστοποιούν την αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης του συστήματος υγείας. Τόσο οι ασθενείς όσο και η οικογένεια αλλά και οι επαγγελματίες υγείας και το νοσοκομείο αποκομίζουν άμεσα οφέλη. Υπάρχουν επίσης οικονομικά οφέλη, και είναι αποτέλεσμα του μειωμένου χρόνου των ασθενών στα νοσοκομεία, που αποκομίζει το κοινωνικό σύνολο δηλαδή έμμεσα οφέλη τα οποία μεταφράζονται σε μείωση των δαπανών, δημόσιων και ιδιωτικών στον τομέα της υγείας (Πάτσιος και συν, 2014).

4.7.1 Δείκτες αξιολόγησης συστημάτων υγείας (μακρο- επίπεδο)

Ανάλογα με το επίπεδο που εφαρμόζεται η αξιολόγηση επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών στο χώρο της υγείας. Οι δείκτες αξιολόγησης συστημάτων διαχωρίζονται σε *δείκτες εισροών και επάρκειας* οι οποίοι διαχωρίζονται σε τρείς κατηγορίες: (α) υλικοί πόροι, (β) ανθρώπινοι πόροι και (γ) οικονομικοί πόροι

(Σταυρόπουλος, 2009). Οι δείκτες εισροών είναι απλοί ποσοτικοί δείκτες όπως ο αριθμός ιατρών, νοσηλευτών και η εκπαίδευση του προσωπικού και οι δείκτες επάρκειας ο αριθμός κλινών ανά 100.000 κατοίκους γεωγραφικής προσπελασιμότητας (Ναούμ, 2010). Η επάρκεια σε εισροές παρόλο που είναι πολύ σημαντική για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελεί ταυτόχρονα και ικανή συνθήκη για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Επίσης *οι δείκτες εκροών* διαχωρίζονται σε απλούς, σύνθετους και δείκτες αποτελεσμάτων. Απλοί δείκτες είναι ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι η μέση διάρκεια, οι δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα, ο χρόνος νοσηλείας, και τέλος οι *δείκτες αποτελεσμάτων* είναι αυτοί οι οποίοι αναφέρονται στους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, σύγχρονοι δείκτες ευεξίας και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών (Ναούμ, 2010). Συχνά ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όπως είναι η ηλικία και η συν-νοσηρότητα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

4.7.2 Δείκτες αξιολόγησης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι κυριότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαχωρίζονται σε:

- Δείκτες εισροών, όπως για παράδειγμα αριθμός ιατρών νοσηλευτών, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων και ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης.
- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών και οι λίστες αναμονής.
- Δείκτες εκροών όπως είναι η πρόσβαση που προσδιορίζεται με ποσοστό επαφών και το φάσμα και το είδος των υπηρεσιών με δείκτες συνταγογραφίας. Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Δείκτες αποδοτικότητας οι οποίοι είναι στατιστικοί δείκτες

- Δείκτες αποτελεσματικότητας οι οποίοι προκύπτουν από τους δείκτες υγείας του πληθυσμού και σχετίζονται με την υγεία ποιότητα ζωής ή με ειδικές έρευνες (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

4.7.3 Δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής φροντίδας

Για την αξιολόγηση της νοσοκομειακής φροντίδας οι δείκτες αξιολόγησης εστιάζουν στις υπηρεσίες που είναι σημαντικές για το νοσηλευτικό ίδρυμα. Τέτοιοι δείκτες είναι:

- Δείκτες εισροών κατά τους οποίους αξιολογούνται οι υποδομές του νοσοκομείου, η στελέχωσή του, η χρηματοδότησή του, η εκπαίδευση του προσωπικού, οι ώρες εργασίας, η αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού κ.α.
- Δείκτες εκροών χρησιμοποιούνται δείκτες χρήσης όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και δείκτες ενδιάμεσων προϊόντων όπως φάρμακα ανά ασθενή.
- Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών οι οποίοι αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών, τα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ή τις μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές.
- Δείκτες αποδοτικότητας του νοσοκομείου που χρησιμοποιούν τρείς επιμέρους διαστάσεις της απόδοσης όπως δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, παραγωγικότητας, αποτελεσματικότητας κ.α.
- Δείκτες αποτελεσματικότητας που προκύπτουν με βάση το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ή ειδικές έρευνες (Τούντας & Οικονόμου, 2007)

4.8 Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή κάποιου δείκτη αξιολόγησης για την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι:

Η *χρησιμότητα* εξετάζει κατά πόσον ο δείκτης που εκφράζει μια σημαντική παράμετρο, συνδράμει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

Η *εγκυρότητα* ελέγχει αν ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται. Η εγκυρότητα ενός δείκτη ανιχνεύεται δυσκολότερα από την αξιοπιστία του αφού απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.

Η *αξιοπιστία* είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων στην περίπτωση που η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης ελέγχεται με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Η *δυνατότητα σύγκρισης* εξασφαλίζεται με την ύπαρξη προτύπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής, και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες.

Η *ανταποκρισιμότητα* αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές. Έχει ιδιαίτερη σημασία όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.

Η *ειδικότητα* αφορά στην ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών π.χ ασθενής με καλή και ασθενής με κακή ποιότητα ζωής.

Η *ευαισθησία* διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποίησης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

4.9 Ποιότητα και επαγγελματίες υγείας

Η ποιότητα όπως γίνεται αντιληπτό στον τομέα της υγείας έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και εμπεριέχει εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος. Το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη. Ο Donabedian παρουσιάζει την ποιότητα μέσα από τρεις παραμέτρους: (α) το διαπροσωπικό μέρος που αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από το ιατρικό προσωπικό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης σχετίζεται με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας καθώς προσδιορίζεται από την επαγγελματική δεοντολογία, τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας και από τις προσδοκίες των ασθενών, (β) το τεχνικό κομμάτι, που έχει να κάνει με την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας με σκοπό να αντιμετωπιστεί με το καλύτερο δυνατό τρόπο ο ασθενής και (γ) τις υποδομές που σχετίζονται με το χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας στις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian είναι φανερό ότι η εμπλοκή των εργαζόμενων επαγγελματιών υγείας σε όλο το φάσμα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι καθοριστικής σημασίας καθώς υλοποιούν τα πρόγραμμα και τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας. Όπως αναφέρει, λαμβάνοντας υπόψη τις συγκεκριμένες παραμέτρους, η επίδραση των εργαζομένων στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας (Μουρτζίκου και συν, 2014). Σε επίπεδο οργανωτικής δομής οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να έχουν άμεση σχέση με τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας δια μέσου του τρόπου διοίκησης και καταμερισμού του ανθρώπινου δυναμικού, Η ύπαρξη πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και μεθόδων διοίκησης και επιλογής, αποτελούν συστατικά στοιχεία των μέτρων και κριτηρίων για την πιστοποίηση κατά ISO 9000. Όσον αφορά στη διαδικασία η ύπαρξη τυποποιημένων διαδικασιών και εγχειριδίων που αφορούν τόσο στην ιατρική όσο και τη νοσηλευτική εργασία, είναι βασικά στοιχεία ποιοτικής βελτίωσης, μέτρησης και αξιολόγησης προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας. Έτσι η παρέμβαση των εργαζομένων είναι καθοριστικός παράγοντας καθώς είναι το άτομο που καλείται να υλοποιήσει τις σχεδιασμένες διαδικασίες, σύμφωνα με τα οριζόμενα πρότυπα ποιότητας. Τέλος για την έκβαση, οι μετρήσεις αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιπέδου υγείας και ευεξίας των πολιτών μπορεί να αφορούν οργανισμούς και θεσμούς που καλούνται να διαμορφώσουν πρότυπα για συγκριτικές επιδόσεις με σκοπό τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Επιπρόσθετα οι σύγχρονες επιστημονικές και επαγγελματικές απαιτήσεις προβάλουν ως αναγκαία και αναπόφευκτη την δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η συνεχής ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση βελτιώνει την επαγγελματική πρακτική με επακόλουθο και τη φροντίδα υγείας των ασθενών. Σημαντικό ρόλο στην επιτυχία δράσης της ποιότητας επίσης διαδραματίζουν η ηγεσία και η διοίκηση του προσωπικού, αφού με την κατάλληλη καθοδήγηση του προσωπικού είναι δυνατό να αναπτυχθούν επικοινωνιακές σχέσεις τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και μεταξύ των ασθενών με τους εργαζόμενους (Μουρτζίκου και συν, 2014).

Επομένως οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν ως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών όσον αφορά στη φροντίδα υγείας και να συμβάλουν στη

διόρθωση των προβλημάτων που προκύπτουν στην παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Παράλληλα η περίθαλψη απαιτεί την ταυτόχρονη συμμετοχή τόσο του προσωπικού όσο και της διοίκησης του νοσοκομείου. Γι αυτό είναι καίρια η συμβολή τους όχι μόνο γιατί είναι υποσχόμενοι να εκτελέσουν τις οδηγίες τις διοίκησης του νοσοκομείου αλλά και γιατί η διοίκηση οφείλει να τους εμπλέξει στις διοικητικές διεργασίες ζητώντας τη συμμετοχή τους προς όφελος των υπηρεσιών (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

4.10 Ικανοποίηση των ασθενών

Συναντάται πληθώρα ερευνητικής βιβλιογραφίας όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών την οποία και αναδεικνύουν ως πολύ σημαντική ένδειξη ποιοτικής φροντίδας (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013). Στις ΗΠΑ το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Κατά συνέπεια, το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία που παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρέχουν πληροφορίες που με την κατάλληλη αξιοποίηση τους μπορούν να προσφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Εμφανίζεται υψηλός συσχετισμός μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του επιπέδου παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και του επιπέδου ικανοποίησης και της γενικής παρεχόμενης φροντίδας (Παρισσόπουλος, 2007).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφού αποτελεί μια διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια των απόψεων, παρατηρήσεων και προτάσεων των ασθενών σχετικά με τη νοσηλεία που έλαβαν κατά την είσοδό, την παραμονή ή την έξοδο τους από νοσηλευτήρια. Πάραυτα, εκτός από τις παραδοσιακές μετρήσεις όπως είναι η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος παρατηρείται εισαγωγή νέων δεικτών αξιολόγησης όπως είναι οι συνθήκες μεταχείρισης, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών, οι περιβαλλοντικές συνθήκες όπως και κάθε παράγοντας που συμβάλει στην νοσηλεία του ατόμου (Τούντας, 2003). Οι ασθενείς έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και

ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας και αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας. (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014)

Έρευνα των Νιάκα και Γναρδέλη που διεξήχθη στην Ελλάδα έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή για τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες αλλά χαμηλή για τις ξενοδοχειακές, αναγνωρίζοντας χαμηλό το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται και στηρίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Παράλληλα διαφάνηκε ότι οι νέοι σε ηλικία ασθενείς ανώτερων κοινωνικοοικονομικών επιπέδων έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και προσδοκίες, σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς εκφράζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης (Νιάκας, Γαρδέλης, 2000).

Επιπρόσθετα άλλη έρευνα των Alasad & Ahmad που εκπονήθηκε σε νοσηλευτήριο της Ιορδανίας, αναφέρει ότι οι απόψεις των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι κρίσιμες δεδομένου ότι βοηθά τους νοσηλευτές να παρέχουν καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση ήταν ψηλή σε σχέση με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε καθώς επίσης και στο σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές στους φίλους και συγγενείς των ασθενών (Alasad & Ahmad, 2004).

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα με σκοπό την μέτρηση τις ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιων νοσοκομείων διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι χρήστες ήταν ικανοποιημένοι παρόλο που διαπιστώθηκαν ορισμένοι τομείς να χρήζουν ποιοτικής αναβάθμισης και βελτίωσης. Οι ασθενείς αναφέρουν μειωμένο βαθμό ικανοποίησης σε θέματα σχετικά με τη λήψη συγκατάθεσης, πληροφόρησης, ενημέρωσης σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους, τη θεραπεία και τη διενέργεια θεραπευτικών και διαγνωστικών πράξεων. Επιπρόσθετα παρουσιάζονται ικανοποιημένοι όσον αφορά στο σεβασμό των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων, της ιδιωτικής τους ζωής και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Τα σημαντικότερα προβλήματα αποδοτικότητας των νοσηλευτηρίων σύμφωνα με την άποψη των ασθενών εστιάζονται στην σίτιση, υγιεινή και στέγαση. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι οι ασθενείς θεωρούσαν ότι οι συνθήκες καθαριότητας, διαμονής και σίτισης καθώς επίσης και του παλιού ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αποτελούν τις σημαντικότερες ελλείψεις των δημόσιων νοσηλευτηρίων (Καλογεροπούλου, 2011).

Επίσης έρευνα των Παπαγιανόπουλου και συν που έγινε σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής έδειξε ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών υγείας αφού η πλείστοι απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν θα συνέστηναν συγκεκριμένο νοσηλευτήριο που είχαν εμπειρία σε κάποιο δικό τους άτομο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας. Η έρευνα διεξήχθη ανάμεσα στους συνοδούς των ασθενών, αφού τα άτομα ήταν παιδιά, και όπως διαφάνηκε έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι προσδοκούσαν (Παπαγιανόπουλου και συν, 2008).

Ο βαθμός ικανοποίησης έχει στενή σχέση με τις προσδοκίες των ασθενών και τα κοινωνικοοικονομικά, ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Στοιχεία από έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ενήλικοι ασθενείς με χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι σε σχέση με παλαιότερη έρευνα καθώς επίσης στο ίδιο δείγμα η ικανοποίηση των ασθενών σχετιζόταν αρνητικά με την ενεργητικότητα - δράση των ίδιων των ασθενών. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα τεκμηριώθηκε ότι οι παράγοντες που συμβάλουν στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ήταν το φύλο, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση (Βένιου & Τεντολούρης, 2013).

Παρόλο που η σχέση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης είναι αμφιλεγόμενη (Moret et al, 2007), διεθνείς έρευνες καταδεικνύουν ότι η ηλικία του ασθενή είναι ο κύριος κοινωνικό – δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας των Moret και συν η ικανοποίηση των ασθενών ήταν θετική πριν από τα 65 χρόνια και αρνητική στη συνέχεια.

Συνοψίζοντας εκτιμάται ότι οι έρευνες για την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας έχουν αναδειχθεί ως αξιόπιστος δείκτης για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Για την διεκπεραίωση των διάφορων λειτουργιών που μεταβάλλονται και συγκρούονται συνεχώς στα νοσηλευτήρια, η ικανοποίηση των ασθενών είναι το κύριο μέλημα, αφού όπως διαφαίνεται σχετίζεται τόσο με την φροντίδα υγείας όσο και με τους οικονομικούς πόρους των νοσοκομείων. Από τις μελέτες προκύπτει ότι οι ασθενείς ικανοποιούνται όταν εκπληρώνονται ανάγκες όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ δεν ικανοποιούνται στην περίπτωση που οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι

ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες. Οι προσδοκίες των ασθενών, οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας και η εξέλιξη της ασθένειας επηρεάζουν άμεσα το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

4.11 Το μοντέλο SERVQUAL ως εργαλείο μέτρησης

Ένα πολυσυζητημένο εργαλείο αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι το SERVQUAL το οποίο παρουσιάστηκε από τους Parasuraman, Zeithalm και Barry το 1986. Αποτυπώνει και αξιολογεί τις προσδοκίες καθώς και τις αντιλήψεις των χρηστών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (Βελισσαρίου & Γώγου, 2009). Εστιάζεται στα κύρια οφέλη στα μη απτά και στα απτά οφέλη που αποκομίζει ο χρήστης από την παρεχόμενη υπηρεσία. Το εν λόγω εργαλείο αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών σε πέντε διαστάσεις: (α) αξιοπιστία, (β) διασφάλιση, (γ) υλικό και εξοπλισμός, (δ) ανταπόκριση και (ε) εξατομίκευση. Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες για τη μέτρηση της ποιότητας όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς (Λαθήρας, 2013).

Παρόλο που φαίνεται σε διάφορες έρευνες ότι είναι το κατάλληλο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας στην υγεία, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το SERVQUAL δεν καλύπτει όλες τις διαστάσεις τις ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και γι’ αυτό προστέθηκαν άλλες διαστάσεις που αφορούν τεχνικά – ιατρικά ζητήματα, δεξιότητες, επαγγελματισμό και αξιοπιστία (Λαθήρας, 2013) Αποτελεί μια γενική μέθοδο για τη μέτρηση των υπηρεσιών ως διαφορά μεταξύ της απόδοσης που αναμένεται από τους καταναλωτές και της απόδοσης που παρέχεται πραγματικά. Από αυτήν μετράται τελικά η ικανοποίηση των πελατών (Νταπακάκη, 2010).

4.12 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Αναζητώντας τα οφέλη της ποιότητας διαπιστώνεται ότι αυτά καθορίζονται διαφορετικά για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και για τις οικογένειές τους, για τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υγειονομική φροντίδα αλλά και για την κοινωνία στο σύνολό της (Ρίκκος, 2015). Τα οφέλη από τη βελτίωση και τη διατήρηση της ποιότητας σε υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα. Ως προς τον ασθενή διαχωρίζονται σε υγειονομικά που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής νόσου και την επιλογή της απαραίτητης αντιμετώπισης. Πρόσθετο όφελος είναι η αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας λανθασμένης ή καθυστερημένης

αντιμετώπισης. Επίσης τα ψυχολογικά οφέλη που δημιουργούνται από το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας του ασθενούς. Αναμφισβήτητα η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς επηρεάζει θετικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Τέλος τα οικονομικά οφέλη στον ασθενή αφού με την ορθή και έγκαιρη διάγνωση το κόστος υγείας που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερο (Σταυρόπουλος, 2009).

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα του έργου τους, τη νομική κατοχύρωση και ασφάλειά τους, την ηθική ικανοποίηση από την εργασία τους, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, την απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος και τέλος την κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη που παρουσιάζονται. Ομοίως για τις υπηρεσίες υγείας τα οφέλη είναι οικονομικά αφού μειώνεται το λειτουργικό κόστος που επιτυγχάνεται με την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς, λειτουργικά οφέλη με τον εξορθολογισμό της χρήσης των δομών της μονάδας και παράλληλα όφελος ως προς την αναγνώριση αφού η ποιοτικά καλή χρήση των υπηρεσιών αυξάνει το κύρος τους (Ρίκος, 2015).

Σημαντικά οφέλη προκύπτουν και για τα ασφαλιστικά ταμεία και εταιρείες όπως υγειονομικά που επιτυγχάνονται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων ασθενών, οικονομικά οφέλη αφού η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε περιορισμό του κόστους των δαπανών και περιορισμό καταβολής επιδόματος στους ασφαλισμένους ασθενείς, κοινωνικά οφέλη αφού παρέχεται μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ασφαλισμένους με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την αίσθηση εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου. Εξίσου σημαντικά είναι και τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο όπως οικονομικά, υγειονομικά αφού μειώνεται ο χρόνος αναμονής και αυξάνεται η παραγωγικότητα. Η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας και τέλος η ανάδειξη του κοινωνικού κράτους της κάθε χώρας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο (Ρίκος, 2015).

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα αποτελεί βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτή και επιχείρησης για όλα τα αγαθά που μπορεί να διατίθενται στη αγορά, ωστόσο στις υπηρεσίες υγείας η ποιότητα έχει πολύ μεγαλύτερη σημασία. Μέσα από μια λεπτομερή ανάλυση της ποιότητας υπηρεσιών γενικότερα και ειδικότερα των υπηρεσιών υγείας μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι μια ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδος βάση τις οποίας μπορούμε να εξετάσουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με στόχο την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας κάθε χώρας.

Οι στόχοι των πολιτικών συστημάτων υγείας σε κάθε κράτος είναι ο εκσυγχρονισμός, το χαμηλό κόστος και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά τους με επίκεντρο των δραστηριοτήτων τον ασθενή. Επομένως θα πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες υψηλού επαγγελματισμού και τεχνολογίας, όπου η ανάπτυξη μεθόδων και πρακτικών αξιολόγησης της ποιότητας είναι αναγκαία προκείμενου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών.

Παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αυτή αποτελεί βασικό στοιχείο στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας. Οι αυξημένες απαιτήσεις, το επίπεδο μόρφωσης και πληροφόρησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας τους καθιστά ενεργούς στις διαδικασίες φροντίδας, στη έγκαιρη διάγνωση, εξέλιξη και θεραπεία της νόσου. Παράλληλα η εισροή πληροφοριών από τους χρήστες είναι αυτή που παρέχει τα συστατικά βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αφού είναι στην κατάλληλη θέση να προσφέρει στρατηγικές υπεύθυνες για τη διαχείριση της ποιότητας. Συνεπώς η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική ανάγκη για τη βιωσιμότητα κάθε συστήματος υγείας καθώς οι ασθενείς – χρήστες είναι τα άτομα που θέτουν τα κριτήρια αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με τις αλλαγές που παρουσιάζονται και υλοποιούνται στα συστήματα υγείας.

Παράλληλα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για την διαχείριση της ποιότητας επομένως απαιτείται τα επίπεδα να διατηρούνται σε ψηλά επίπεδα. Η μέτρηση της ποιότητας είναι αναγκαία για όλους, καθώς θα συμβάλει στη συνεχή

βελτίωση της. Αναλυτικότερα για τους ασθενείς οι οποίοι θα έχουν όφελος στην υγεία και ψυχολογία τους καθώς επίσης και οικονομικό όφελος, για τους επαγγελματίες υγείας αφού θα επιτύχουν ικανοποίηση από την υλοποίηση και αποδοτικότητα του έργου που ασκούν και επομένως θα αντλούν ασφάλεια από την εργασία τους και τέλος για τις υπηρεσίες παροχής υγείας εκτός από τα οικονομικά και λειτουργικά οφέλη θα γίνουν ανταγωνιστικές και θα αναγνωριστούν για το έργο και τη οργάνωση τους.

Στο διεθνή χώρο έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα για την μέτρηση της ποιότητας στο υγειονομικό χώρο. Το μοντέλο SERVQUAL θεωρείται ένα μοντέλο αξιόπιστο για τη μέτρηση της ποιότητας καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις υπηρεσίες υγείας.

Εν κατακλείδι εάν οι υπηρεσίες υγείας της Κύπρου επιθυμούν να παραμείνουν οι προσφερόμενες υπηρεσίες κυρίαρχες και ανταγωνιστικές αλλά κυρίως αποτελεσματικές, οφείλουν να αλλάξουν, να βελτιώσουν την απόδοσή τους και να επενδύσουν προς την κατεύθυνση υιοθέτησης σύγχρονων εργαλείων διαχείρισης της ποιότητας, τα οποία θέτουν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας στο επίκεντρο. Χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν καλούνται μόνο οι ασθενείς και οι οικογένειες του αλλά και όσοι έρχονται σε επαφή με αυτήν, είτε την προάγουν είτε την προωθούν είτε την αναζητούν ή την δέχονται. Η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι εξίσου σημαντική με την ικανοποίηση των ασθενών.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για τη βελτίωση της ποιότητας συνολικά θα πρέπει η πολιτεία να μπορεί να επιλύσει τα προβλήματα και να βελτιώσει τους παράγοντες που καθορίζουν τις υπηρεσίες υγείας. Η συνεχής ανάπτυξη της ποιότητας στην υγεία αποτελεί στόχο τόσο των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών, όσο και την κοινωνίας και των υπηρεσιών υγείας που παρέχει. Για την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να προωθηθούν διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας, προγράμματα ποιοτικού ελέγχου και μέθοδοι εκτίμησης της υγείας των πολιτών.

Στο πλαίσιο αυτό προτείνονται τα κάτωθι:

- Να καθοριστούν εθνικά συστήματα και εθνικές υπηρεσίες για την ποιότητα στο χώρο της υγείας.
- Να καθοριστούν στόχοι, μέσα επίτευξης και υπεύθυνοι υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών.
- Να εκτιμηθεί το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών και προσδιοριστούν τα αποτελέσματα.
- Να διερευνηθεί πιο συστηματικά η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσον αφορά στην εξυπηρέτηση, την ισότητα, την αξιοπιστία, την επαρκή πληροφόρηση, τη συμπεριφορά κ.α.
- Να εφαρμοστούν προγράμματα εκπαίδευσης ώστε οι επαγγελματίες υγείας να θέλουν την ανάπτυξη προγραμμάτων ποιότητας.
- Να προσδιοριστεί το κόστος ανάλογα με τη βελτίωση της ποιότητας.
- Να εφαρμοστεί ο έλεγχος και η αξιολόγηση των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας ώστε να υπάρχει επαναξιολόγηση και επανέλεγχος.

Επιπρόσθετα για τη διασφάλιση της ποιότητας δεν είναι αρκετή μόνο η διασφάλιση προγραμμάτων αλλά και η ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας με γνώσεις και δύναμη για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στο δύσκολο περιβάλλον της υγείας όπου έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον πόνο, την αρρώστια και το θάνατο.

Για την επίλυση των θεμάτων που απορρέουν από τα ανωτέρω προτείνεται:

- Η στελέχωση των τμημάτων και των υπηρεσιών υγείας με το κατάλληλο προσωπικό που να διακατέχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες.
- Η στελέχωση των τμημάτων και γενικά των υπηρεσιών υγείας με τον κατάλληλο αριθμό ανθρώπινου δυναμικού ώστε να μην υπάρχει κορεσμός και

επαγγελματική εξουθένωση με δυσμενείς επιπτώσεις στην παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας.

- Η επένδυση και προαγωγή της συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσής τους.
- Η βελτίωση της κατάρτισης και της αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας.

Τα σημερινά προβλήματα που υπάρχουν στον τομέα της υγείας οδηγούν στην αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Κύπρο. Το γενικό σύστημα υγείας πρέπει να καλύπτει τις προϋποθέσεις μιας ολιστικής αντίληψης για την προάσπιση της υγείας. Στο επίκεντρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να βρίσκεται ο πολίτης και το σύστημα υγείας θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται συνεχώς στις ανάγκες του, παρά τις οικονομικές και κοινωνικές μεταβολές της χώρας.

Επομένως προτείνεται στο υπουργείο υγείας όπως εστιάσει το ενδιαφέρον του στη καλύτερη δυνατή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων θεσπίζοντας προδιαγραφές ποιότητας και αποτελεσμάτων στους επαγγελματίες που προάγουν την υγεία.

Μια βασική αρχή που θα πρέπει να υπηρετεί το σύστημα υγείας αφορά στην απογευματινή λειτουργία των κέντρων υγείας, εξωτερικών ιατρειών των νοσοκομείων, και διαγνωστικών εργαστηρίων των νοσοκομείων ούτως ώστε να καλύψει τις ανάγκες για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να μειώσει τις λίστες αναμονής.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ., (2014) «Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας» Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 1, τεύχος 1, σελ 62-68.

Βενιού Α., Τεντολούρης Ν., (2013) «Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία Ιατρού – Ασθενούς» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(5):613-618

Βελισσαρίου Ε., Γώγου Ε., (2009) «ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ποιότητας. Αποτελέσματα έρευνας πελατών αστικών ξενοδοχείων Λάρισας» ΤΕΙ Λάρισσας, 337 – 353.

Γιαννακοπούλου Γ., Ζυγά Σ., (2013) «ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών» ανασκοπική εργασία, περιεγχειριτική νοσηλευτική, Ε- ISSN: 2241 – 3634.

Διγόνης Π., (2013), «διοίκηση μεγάλου στρατιωτικού νοσοκομείου υπό το πρίσμα της αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με παράλληλο εξορθολογισμό την υγειονομικής δαπάνης. Ανάλυση βέλτιστων μεθόδων και πρακτικών», διπλωματική εργασία, ανώτατη διακλαδική σχολή πολέμου, Μάϊος.

Δημητριάδου., Παντέκα Α., Λαμβδανίτη Μ., Μηνασίδου Ε., Τσαλογλίδου Α., Καυκία Θ., Σαπουντζη – Κρέπια Δ., (2009) «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθένειες και προσωπικό» Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8, Τεύχος 3, σελ 222-239, Ιούλιος - Σεπτέμβρης.

Δρίβα, Ι., Μ, (2007-2013), «Ποιότητα & Ασφάλεια», Υγεία, Α., Ε.

Ευρωπαϊκή επιτροπή, «οργάνωση των συστημάτων υγείας», (2015) http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/health_systems_organisation/index_el.htm

Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ., Σούλη, Σ., (2001), «Συστήματα Υγείας» εκδόσεις Παπαζήση, σελ.72-73.

Καλαφάτη Μ., (2007) «μεθοδολογία ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών», νοσηλευτική, τόμος 46, τεύχος 1.

Καλογεροπούλου Μ., (2011) «Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων», Ερευνητική εργασία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(5):667-673.

Καλοφυσούδης Γ., (2013), «συστήματα διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», Ιανουάριος – Απρίλιος, Ιατρικός κόσμος.

Κομήτη Ρ., (2009), «Ποιότητα σε επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών – μελέτη περίπτωσης της αγροτικής τράπεζας», διπλωματική εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, σχολή διοίκησης και οικονομίας, Μάης.

Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., (2010) «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας», Ανασκόπιση, Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 9^{ος}, τεύχος 4^{ο}.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2007), «Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Παπασωτηρίου.

Λάθηρας Π., (2013) «μοντέλα ποιότητας υπηρεσιών» άρθρο, Quality in Health.

Λεοντίου Ι., (2012), «τεκμηριωμένη πρακτική: εχέγγυο αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας».

Μάρκοβιτς Γ., Μοναστηρίδου Σ., (2011) «Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία», βιβλιογραφική ανασκόπιση, τόμος 4, τεύχος 1, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Μουρτζίκου Α., Σραμούλη Μ., Πουλιάκης Α., (2014), « ISO 9001:2000 η οδηγία CEN/TS 15224:2004 στις υπηρεσίες υγείας και η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στην εφαρμογή της», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(2):230-235.

Μυλωνάκη Κ., Μάρκου Ζ., (2012) «Η διοίκηση ολικής ποιότητας στον τομέα της υγείας» διπλωματική εργασία, Τμήμα Εφαρμογών Πληροφορικής στη Διοίκηση και στην Οικονομία, ΑΤΕΙ Ιονίων Νησιών.

Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ., (2015) «ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών», ανασκοπική εργασία, περιεγχειριτική νοσηλευτική, τόμος 4, τεύχος 3, σελ 106-120.

Μπέκας Π., (2005) «διερεύνηση επιπτώσεων εφαρμογής συστήματος διαχέιρισης της ποιότητας κατά ΕΛΟΤ ΕΝ ISO 9001:2000 στον Ελληνικό δημόσιο τομέα της υγείας» Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

Ναούμ Α., Μ, (2010) «η σημασία των δεικτών αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων, λειτουργίας υπηρεσιών υγείας και υγείας του πληθυσμού, στο σχεδιασμό πολιτικής υγείας», τόμος 02, τεύχος 01, Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης.

Νιάκας Δ., Γαρδέλης Χ., (2000) «ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας», Ιατρική, 77 (5):467-470.

Νταμπακάκη Χ., (2010), «SERVQUAL CAPS: εφαρμογή στην Ελληνική πρακτική», διπλωματική εργασία, Σχολή διοίκησης και οικονομίας, ΤΕΙ Κρήτης, Μάρτης.

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, (2014) «Γενικό Σύστημα Υγείας»

Παναγιώτου Χ., (2012) «νοσοκομειακές λοιμώξεις σαν δείκτης ποιότητας», ενημερωτική εργασία, Νοσοκομείο Πάφου.

Παπαγιανοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ., (2008) «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής», ερευνητική εργασία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):73-82.

Παπαγεωργίου Ε., Τσούνης Α., Σαράφης Π., Μπαμίδης Π., (2014) «Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφοριακών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος 6, τεύχος 1, 24-34.

Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν., (2012), «η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της», 29(4):480-488, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Παρισσόπουλος Σ., (2007), «κλινικός έλεγχος ποιότητας παραδοχές και διεργασία», ανασκόπιση, 46(4):514-522.

Πατελάρου Α.Ε., Μπροκαλάκη Η., Πατελάρου Ε., Κούκια Ε., (2014) «Ο ρόλος της διοίκησης στην εφαρμογή της πρακτικής βασισμένη σε ενδείξεις και στην ποιότητα φροντίδας» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(2):165-171.

Πάτσιος Δ., Κομνός Α., Αποστολίδης Χ., Μπαλασοπούλου Α., (2014), « η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη μονάδα εντατικής θεραπείας του γενικού νοσοκομείου Λάρισας», Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 13, τέυχος 4, Οκτώμβριος – Δεκέμβριος.

Πέτρου Γ., (2008) «οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Κύπρο», σελ 62-67, Ιερά Μονή Κύκκου, τεύχος 5, Μάιος – Αύγουστος, Ενατενίσεις.

Πέππας Χ., Κοράκη Α., (2013), «ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: πρόκληση ή λαίλαπα;» Ιατρικά Χρόνια Βορειοδυτικής Ελλάδος, τόμος 9, τεύχος 1, σελ 25-31.

Ρίκος Ν., (2015), «η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 14, τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος.

Σταυρόπουλος Α., Ν, (2009) «Ποιότητα υπηρεσιών υγείας μελέτη ικανοποίησης ασθενών δημόσιου νοσοκομείου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Σκαλκίδης Ι., Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., (2010) «κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη» αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(2):264 – 273.

Συντιχάκη Χ., (2011) «Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως εργαλείο ανάπτυξης», διπλωματική εργασία, Ανώτατο Εκπαιδευτικό Τεχνολογικό Ίδρυμα Κρήτης.

Τούντας Γ., (2003), «η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας», 20(5):532-546, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Τούντας Γ., (2003), «συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών», 20(1):76-87, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α., (2007) «αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (1) :7-21

Τζανετάκη Θ., (2006), «Ποιότητα υπηρεσιών υγείας», μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, πανεπιστήμιο Πειραιώς, τμήμα οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων.
Υπουργείο υγείας, (2004 – 2015), Available at: http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2FC7088CA4BA4FF9C2257869002E3370?OpenDocument

Υφαντόπουλος, Ν., Γ, (2003), «τα οικονομικά της υγείας», Αθήνα, Τυπωθήτω

Φλέγγα Β., (2004 – 2005) «ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», διπλωματική εργασία, πανεπιστήμιο Αιγαίου, τμήμα διοίκησης επιχειρήσεων.

Χριστοφή Π., Χριστοφόρου Ν., (2015) «ΠΟΥ: επιτακτική ανάγκη ενίσχυσης της θέσης νοσηλευτών και μαιών στο σύστημα υγείας» www.ygeia-news.com

Χυτήρης Λ., Άννινος Λ., (2015) «χαρακτηριστικά και ποιότητα υπηρεσιών – από την ικανοποίηση στην αφοσίωση του πελατή» διπλωματική εργασία, πανεπιστήμιο Πειραιώς, τμήμα οργανωσης και διοίκησης επιχειρήσεων.

Ξενόγλωσση

Ahmad M. M., Alasad . J. A., (2004) «Predictors of patients experience of nursing care in medical – surgical wards», International Journal of Nursing Practice, 10:235-241.

Berry, L. L., (1980), «Service Marketing is Different», Business, Vol 30, pp. 24-28.

Moret L., Nguyen J.M., Pillet N., Falissard B., Lombrail P., Gasquet I. (2007), «Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect», BMC Health Services Research, 7: 197.

Parasuraman A., (1998), «Delivering Quality Service», The free Press.