

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στη διαχείριση των
συστημάτων ποιότητας της Υγείας
(Ανασκόπηση)»**

Όνοματεπώνυμο: Μπόμπου Γεωργία

A.M. 19083

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

**Δρ. Βασιλική Γκιάκα
Επιστημονική Συνεργάτις
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Αθήνα 2021

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στη διαχείριση των
συστημάτων ποιότητας της Υγείας
(Ανασκόπηση)»**

Μπόμπου Γεωργία

A.M. 19083

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια**

**Βασιλική Γκιόκα, Επιστημονική Συνεργάτις
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Καθηγητής Μάρκος Σαρρής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/ηΜπόμπου Γεωργία..... του...Βασιλείου....., με αριθμό μητρώου ...19083..... φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Περίληψη

Οι οργανισμοί υγείας δρουν σε ένα μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με τη συνεχή απαίτηση αναβαθμισμένων ιατρονοσηλευτικών παροχών. Η αναβάθμιση αυτή επιτυγχάνεται μέσα από την εναρμόνιση των υπηρεσιών και των δομών με διεθνή πρότυπα ποιότητας. Η ανάγκη διασφάλισης ποιότητας σε μια παγκόσμια αγορά, κατέδειξε την απαίτηση καθιέρωσης κοινών προτύπων. Η απαίτηση του προσανατολισμού της οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην ποιότητα οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων. Ο έλεγχος, η διασφάλιση ποιότητας, τα συστήματα διοίκησης ποιότητας (μέσω εθνικών και διεθνών προτύπων) και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management, TQM) αποτελούν οργανωτικές δομές οι οποίες συνεισφέρουν συνολικά στην επιχειρησιακή ικανότητα κάθε οργανισμού. Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται η διοίκηση την ποιότητα των υπηρεσιών και ο τρόπος που υποστηρίζει το προσωπικό του οργανισμού αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση θετικών αποτελεσμάτων και μακροχρόνια προοπτική στην εφαρμογή της ΔΟΠ.

Η ασθένεια COVID-19 προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2, έναν κορωνοϊό RNA που μπορεί να προκαλέσει οξύ αναπνευστικό σύνδρομο σε ανθρώπους. Στις 30/1/2020 ο ΠΟΥ λόγω της έκτασης διασποράς του ιού ανακήρυξε τη λοίμωξη ως Κρίση Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Προβληματισμού (Public Health Emergency of International Concern). Η πανδημία COVID-19 είναι ένας σημαντικός διασπαστικός και αποδιοργανωτικός παράγοντας των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Εξανάγκασε τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και των προτεραιοτήτων ποιότητας και τη δημιουργία ενός συστήματος ποιότητας με ευέλικτη και προσαρμόσιμη μορφή σε νέες προκλήσεις. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των βασικών ποιοτικών προβλημάτων που προκάλεσε η πανδημία COVID-19 σε επίπεδο συστημάτων ποιότητας της υγείας, ο εντοπισμός των κενών στα συστήματα ποιότητας που οδήγησε στα βασικά αυτά προβλήματα καθώς επίσης θα γίνει μια προσέγγιση της μεταβολής των συστημάτων ποιότητας της υγείας ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η επαναφορά στην εύρυθμη λειτουργία τους και η ετοιμότητά τους σε παρόμοια κρίση στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: πανδημία, συστήματα ποιότητας, COVID-19, επιπτώσεις, ανθεκτικότητα

Abstract

Health organizations operate in a changing socio-economic environment, with the constant demand for upgraded medical care. This upgrade is achieved through the harmonization of services and structures with international quality standards. The need for quality assurance in a global market has demonstrated the need to establish common standards.

The demand for the orientation of the organization of Health Services to quality is mainly due to the efficiency crisis, the ever-increasing cost, as well as the ever-increasing demand of the citizens for better treatment, information and management of their health problems. Inspection, quality assurance, quality management systems (through national and international standards) and Total Quality Management (TQM) are organizational structures that contribute to the overall operational capacity of each organization. The way the management perceives the quality of the services and the way it supports the staff of the organization are decisive factors for the formation of positive results and a long-term perspective in the implementation of TQM.

COVID-19 is caused by the SARS-CoV-2 virus, a RNA coronavirus that can cause acute respiratory syndrome in humans. On 30/1/2020, WHO due to the extent of the spread of the virus declared the infection as a Public Health Emergency of International Concern. The COVID-19 pandemic is a major disruptive factor in global health systems. It forced the redefinition of quality goals and priorities and the creation of a quality system with a flexible and adaptable form to new challenges. The aim of this paper is to analyze the main quality problems caused by the COVID-19 pandemic at the level of health quality systems, to identify gaps in the quality systems that led to these key problems as well as to approach the change of its quality systems. to ensure their return to normal operation and preparedness for a similar crisis in the future.

Key words: pandemic, quality systems, COVID-19, impact, resilience

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής θα ήθελα κατ' αρχήν να ευχαριστήσω θερμά τη Δρα Βασιλική Γκιόκα, επιστημονική συνεργάτη του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την εμπιστοσύνη της, την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μου παρείχε καθόλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν, τη διεύρυνση της επιστημονικής σκέψης και την επιμονή στην αναζήτηση της επιστημονικής αλήθειας βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αναπληρωτή καθηγητή Μικροβιολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Δρα Δημήτρη Χατζηδημητρίου για την αμέριστη ενθάρρυνση, ηθική και πρακτική στήριξη κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου Χρυσόστομο, τους φίλους και την οικογένειά μου για την υποστήριξη που μου πρόσφεραν όλο αυτό το διάστημα και που χωρίς αυτούς η πραγματοποίηση αυτής της επιδίωξης δεν θα ήταν εφικτή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3
Περίληψη	4
Abstract	5
Ευχαριστίες	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	10
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
ΜΕΡΟΣ Α- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας	18
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	19
1.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας-Ιστορική αναδρομή.....	20
1.4 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας.....	21
1.5 Η ανάγκη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	23
2.1.1 Στόχοι ΔΟΠ Συστημάτων Υγείας.....	24
2.1.2 Ρόλος ηγεσίας	25
2.2 Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας.....	26
2.2.1 Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας Οργανισμών- ISO.....	27
2.2.1.1 Φάσεις Πιστοποίησης ενός οργανισμού	32
2.2.1.2 Διαπίστευση	33
2.3 ISO 9000 και ΔΟΠ: Ομοιότητες και Διαφορές.....	35
2.4 Οφέλη και αρνητικές επιπτώσεις από την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας	38
2.4.1 Οφέλη.....	38
2.4.2 Μειονεκτήματα	39
2.5 Παράγοντες επιτυχίας συστήματος διαχείρισης ποιότητας	39
2.6 Λόγοι αποτυχίας της εφαρμογής των προτύπων.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	42
3.1 Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας.....	42
3.2 Κριτήρια απόδοσης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας	44
3.1.1 Αποτελεσματικότητα	46
3.1.2 Αποδοτικότητα.....	46

3.1.3	Ισότητα.....	46
3.3	Δείκτες Ποιότητας.....	48
3.4	Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης.....	49
3.5	Κόστος Ποιότητας.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ		52
4.1	Παραδείγματα Εθνικών Πολιτικών Ποιότητας.....	52
4.1.1	ΗΠΑ.....	52
4.1.2	Ηνωμένο Βασίλειο	55
4.1.3	Αυστραλία.....	62
4.1.4	Ιαπωνία	68
4.2	Διεθνείς Οργανισμοί Διαπίστευσης και Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	70
4.2.1	Telemedicine Mobile Society, TEMOS.....	70
4.2.2	Διεθνής Οργανισμός για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (International Society for Quality in Health Care, ISQua)	73
4.2.3	Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνής Επιτροπή (The Joint Commission International, JCI)	73
4.3	Βραβεία Ποιότητας	74
4.3.1	Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award, EQA).....	75
4.3.2	Το Αμερικανικό Βραβείο Ποιότητας (The Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA)	77
4.3.3	Το Ιαπωνικό Βραβείο Ποιότητας (Βραβείο Deming)	80
4.3.4	Το Βραβείο Ποιότητας του Καναδά	81
4.3.5	Το Βραβείο Ποιότητας της Αυστραλίας.....	83
4.4	Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης ως εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ		88
5.1	Ιστορική Αναδρομή.....	88
5.2	Οι πυλώνες του ΕΣΠΑ για την Ποιότητα στην Υγεία	90
5.3	Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία, ΟΔΠΥ	93
ΜΕΡΟΣ Β- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ		95
6.1	Η Πανδημία COVID-19	95
6.2	Επιπτώσεις Της Πανδημίας Στις Εφοδιαστικές Αλυσίδες Των Μονάδων Υγείας	97
6.3	Επιπτώσεις Της Πανδημίας Στο Επίπεδο Υγείας Και Περίθαλψης Του Πληθυσμού	100
6.4	Οικονομικές Επιπτώσεις Της Πανδημίας	104

6.5	Ανθεκτικότητα Συστημάτων Υγείας.....	108
6.6	Συμπεράσματα Για Την Ανθεκτικότητα Και Τη Βιωσιμότητα Των Συστημάτων Υγείας-Μελλοντικά Μαθήματα Προσαρμογής Σε Κρίσεις	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ		115
7.1	Υποδομές ποιότητας υπό το πρίσμα του COVID-19.....	115
7.2	Επίδραση Της Πανδημίας Στους Δείκτες Ποιότητας Της Υγείας	119
7.3	Προτάσεις Βελτίωσης Των Συστημάτων Ποιότητας Στην Μετά Covid-19 Εποχή	121
7.3.1	Εξ αποστάσεως υπηρεσίες σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας:.....	122
7.3.1.1	Στην Εκπαίδευση.....	122
7.3.1.2	Στην Τηλεϊατρική.....	123
7.3.2	Πλαίσιο Προτεραιοτήτων Ποιότητας στη μετά COVID-19 εποχή	123
Κεφάλαιο 8 ^ο : Συζήτηση		126
Συμπεράσματα:		129
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		131

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1: Ο κύκλος του Deming	30
ΕΙΚΟΝΑ 2: Η αλυσίδα εννοιών για τη διασφάλιση της ποιότητας	33
ΕΙΚΟΝΑ 3: Ο ρόλος της αξιολόγησης στο χώρο της υγείας	43
ΕΙΚΟΝΑ 4: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας.....	44
ΕΙΚΟΝΑ 5: Το «παγόνισμα» του κόστους της χαμηλής ποιότητας.....	51
ΕΙΚΟΝΑ 6: Διαστάσεις Ποιότητας.....	59
ΕΙΚΟΝΑ 7: Πρότυπα ολοκληρωμένης φροντίδας του NSQHS	65
ΕΙΚΟΝΑ 8: Το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας.....	77
ΕΙΚΟΝΑ 9: Το μοντέλο του Βραβείου Ποιότητας Malcolm Baldrige	80
ΕΙΚΟΝΑ 10: Το μοντέλο του Βραβείου ποιότητας Deming	81
ΕΙΚΟΝΑ 11: Το μοντέλο του Καναδικού Βραβείου Ποιότητας	83
ΕΙΚΟΝΑ 12: Το μοντέλο του Αυστραλιανού Βραβείου Ποιότητας.....	84
ΕΙΚΟΝΑ 13: Το μοντέλο του ΚΠΑ	85
ΕΙΚΟΝΑ 14: Αρχές Αριστείας.....	86
ΕΙΚΟΝΑ 15: Κύκλος εφαρμογής ΚΠΑ	87
ΕΙΚΟΝΑ 16: Σύστημα Ποιότητας Νοσοκομείου.....	89
ΕΙΚΟΝΑ 17: Απόκριση συστήματος σε σοκ	109

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Στάδια διασφάλισης ποιότητας και παραγωγικότητας κατά Deming ..	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Τύποι, περιγραφή και στοιχεία κόστους ποιότητας.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Τομείς απόδοσης αποτελεσμάτων του NHS.....	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Μείωση όγκου ασθενών ΠΦΥ	102
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Μεταβολή ΑΕΠ το δεύτερο τρίμηνο του 2020	104
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Μεταβολή ΑΕΠ από Ιούνιο 2019-Ιούνιο 2020	105
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Ισοπεδώνοντας την καμπύλη μετάδοσης.....	105

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ
- American Hospital Association, AHA
- American Society for Quality Control, ASQC
- American Society of Quality, ASQ
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC
- Australian Council on Health Care Standards, ACHSI
- British Standards Institution, BSI
- Canadian Standards Association, CSA
- Care Quality Commission, CQC
- CCG Improvement and Assessment Framework, CCG IAF
- Clinical Commissioning Groups, CCGs
- Council of Australian Governments, COAG
- Economic Sustainability Indicators, ESI
- European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC
- European Foundation for Quality Management, EFQM
- European Organization for Quality, EOQ
- European Quality Award, EQA
- Health and Social Care Act, HSCA
- Health Information and Quality Authority, HIQA
- Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS
- Health Systems Performance Assessment, HSPA
- Health Technology Assessment, HTA
- Indicators of Internal Process, IIP
- Integrated Care Systems, ICSs
- International Council of Nurses, ICN
- International Laboratory Accreditation Cooperation, ILAC
- International Organization of Standardization, ISO
- International Society for Quality in Health Care, ISQua
- Japan Accreditation Board, JAB
- Japan Council for Quality Health Care, JCQHC
- Japanese Medical Association, JMA
- Key Performance Indicators, KPIs

- Ministry of Health and Welfare, MHW
- Ministry of Health, Labor, and Welfare, MHLW
- National Committee for Quality Assurance's, NCQA
- National Health Service, NHS
- National Institute for Science and Technology, NIST
- National Quality Board, NQB
- National Safety and Quality Health Service Standards, NSQHS
- NHS Outcome Framework, NHS OF
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
- Performance Indicators, PIs
- Plan- Do-Check-Act, PDCA
- Primary Care Trusts, PCTs
- Quality Management Principles, QMPs
- Social Sustainability Indicators, SSI
- Special Committee on Cost–Effectiveness, SCCE
- Sustainability and Transformation Partnerships, STPs
- Technical Indicators, TI
- Telemedicine Mobile Society, TEMOS
- The Joint Commission and Joint Commission International, JCI
- The Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA
- Total Quality Management, TQM
- World Health Organization, WHO
- Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, ΑΕΠ
- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ΔΟΠ
- Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης, ΕΣΥΔ.
- Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης, ΕΣΔ
- Ελληνικού Οργανισμού Τυποποίησης, ΕΛΟΤ
- Ευρωπαϊκή Ένωση, ΕΕ
- Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, ΕΟΧ
- Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, ΚΠΑ
- Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία , ΟΔΠΥ
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΠΟΥ
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ

- Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας, ΣΔΠ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι οργανισμοί υγείας δρουν σε ένα μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με τη συνεχή απαίτηση αναβαθμισμένων ιατρονοσηλευτικών παροχών. Η αναβάθμιση αυτή επιτυγχάνεται μέσα από την εναρμόνιση των υπηρεσιών και των δομών με διεθνή πρότυπα ποιότητας.

Ως διασφάλιση ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων όσο και συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της τήρησης των προδιαγραφών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Κατ' επέκταση, ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας αποτελείται από την οργάνωση, τα μέσα και το προσωπικό που είναι απαραίτητα για να πραγματοποιηθεί η διασφάλιση της ποιότητας (Ιωαννίδου, 2018).

Αν και στη βιομηχανία η έννοια της ποιότητας εφαρμόζεται από το 1930, στον τομέα της υγείας ωστόσο μέχρι τα τέλη του 1970 είχε κυρίως ακαδημαϊκό χαρακτήρα. Ο Avedis Donabedian διαμόρφωσε πρώτος το πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο «καλές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα». Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την τεχνική αρτιότητα καθώς επίσης και την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί μέσω συγκεκριμένων ποσοτικών δεικτών της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Τα συμπεράσματα της αξιολόγησης αποτελούν χρήσιμα εργαλεία επίλυσης καθημερινών προβλημάτων, ενώ η επίβλεψη της τήρησης των διαδικασιών επιβάλλει πειθαρχία. (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Η ανάγκη διασφάλισης ποιότητας σε μια παγκόσμια αγορά, κατέδειξε την απαίτηση καθιέρωσης κοινών προτύπων. Έτσι το 1947 στη Γενεύη δημιουργήθηκε ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO, International Organization of Standardization) και αποτελεί τμήμα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Ο ISO αποτελεί ένα σύστημα διαχείρισης που χρησιμοποιεί πρότυπα τα οποία βοηθούν στη βελτίωση της απόδοσης, προάγουν τη συνεχή αυτοαξιολόγηση των οργανισμών και προτρέπουν στην ανεύρεση βελτιωτικών πρακτικών σε λειτουργικό επίπεδο.

Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στο πρότυπο ISO που εφαρμόζεται αποτελεί το σύνολο εκείνο των διαδικασιών που αποδεικνύουν ότι το προϊόν, η υπηρεσία ή το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του προτύπου. Απόρροια αυτού είναι

η ενίσχυση της εμπιστοσύνης των πελατών, η απόδοση στην επιχείρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και η διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας (Ιωαννίδου, 2018). Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης μπορεί να έχει τη μορφή της Πιστοποίησης και της Διαπίστευσης.

Κατά τη Διαπίστευση των Υπηρεσιών Υγείας γίνεται ο έλεγχος της συμμόρφωσης με το πρότυπο από τρίτα μέλη που αξιολογούν τις οργανωτικές δομές και τα συστήματα του οργανισμού. Φορέας διαπίστευσης στην Ελλάδα είναι το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ). Αποτελεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και σκοπεύει στην υλοποίηση, εφαρμογή και διαχείριση του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ).

Στις 30/1/2020 ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Δρ Tedros Ghebreyesus ανακοίνωσε ότι το ξέσπασμα του COVID-19, ο οποίος προκαλείται από τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 έχει εξελιχθεί σε Πανδημία. Αυτό οδήγησε τις χώρες να λάβουν μέτρα περιορισμού της μετάδοσης του ιού όπως απαγόρευση ταξιδιών, επιβολή καραντίνας και κοινωνική αποστασιοποίηση.

Ως αποτέλεσμα, φαρμακευτικές εταιρίες, εταιρίες παραγωγής αντιδραστηρίων και λοιπές εταιρίες παραγωγής ιατροτεχνολογικών προϊόντων να μη μπορούν να ανταποκριθούν πλήρως στις απαιτήσεις των προτύπων ποιότητας που προδιαγράφουν. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην έκδοση από τον World Health Organization (WHO) ενός εγγράφου, το οποίο παρέχει καθοδήγηση ως προς την ευέλικτη αντιμετώπιση των κανονισμών σε μια τέτοια κρίσιμη περίοδο. Σκοπός ήταν να διασφαλιστεί η διατήρηση της προμήθειας υλικών για τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου δημόσιας υγείας (WHO, 2020).

Ειδικά στις υποσαχάριες χώρες, το πρόβλημα της συμμόρφωσης σε βασικούς κανόνες υγιεινής και ασφάλειας είναι ακόμη πιο έντονο αυτήν την περίοδο της πανδημίας όπου τα αναλώσιμα όπως γάντια και μάσκες είναι περιοσμένου αριθμού, οπότε θα πρέπει να ακολουθηθούν παραδοσιακοί τρόποι αποφυγής μετάδοσης ασθενειών και μολύνσεων σε ασθενείς, όπως το συχνό πλύσιμο χεριών (Roder-DeWan, 2020).

Στην Αμερική, ένα ακόμα πρόβλημα που ανέδειξε η κρίση του κορωνοϊού, είναι η δυσκολία λήψης δεδομένων μέτρησης ποιότητας γρήγορα και αποτελεσματικά, και το μεγάλο διάστημα μεσολάβησης για την αξιολόγηση των δεδομένων αυτών (J Matthew Austin, 2020)

Ο Staines et al (2020) αναφέρει ότι στην εποχή της πανδημίας, το προσωπικό των τμημάτων ποιότητας που είχε υπόβαθρο στην περίθαλψη ασθενών μεταφέρθηκε σε αυτά τα καθήκοντα, ενώ άλλοι υποχρεώθηκαν σε κατ' οίκον εργασία. Η διαχείριση της πανδημίας όμως, η οποία σηματοδοτεί καίριες οργανωτικές αλλαγές στα συστήματα της υγείας, απαιτεί τη συνεισφορά αυτών των ειδικοτήτων για την υποστήριξη των διοικήσεων στις αποφάσεις, τη διασφάλιση της προστασίας της υγείας των ασθενών και του προσωπικού, τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με την ετοιμότητα του συστήματος και να βοηθήσουν να επανέλθει το σύστημα σε ισορροπία.

Στην Ελλάδα, το ΕΣΥΔ στις 20/3/2020 εξέδωσε Οδηγία Εργασίας για τη «Διαδικασία για την αξιολόγηση Φορέων μέσω απομακρυσμένης αξιολόγησης λόγω έκτακτων συνθηκών (COVID-19)» κατά την οποία βάσει ορισμένων προϋποθέσεων οι αξιολογήσεις για αρχικές διαπιστεύσεις, επεκτάσεις, επιτηρήσεις μπορεί να γίνουν απομακρυσμένα, αφού όμως γίνει ανάλυση κινδύνου, και σε κάθε περίπτωση δεν ακυρώνεται η υλοποίηση της επιτόπιας επιθεώρησης όταν καταστεί εφικτή. (<https://esyd.gr/main/diakasia-gia-tin-axiologisi-foreon-meso-apomakrysmenis-axiologisis-logo-ektakton-synthikon-covid-19-esyd-oef-42/>) Ομοίως και στο εξωτερικό, σε εταιρίες που οι επιθεωρήσεις δε μπορούν να αναβληθούν για πολύ, γίνονται απομακρυσμένες επιθεωρήσεις, αφού όμως προηγηθεί ανάλυση κινδύνου για την αναβολή της επιθεώρησης και με τη συμφωνία όλων των μερών. (<https://www.pharmalex.com/auditing-during-covid-19-pandemic-how-do-we-keep-on-track/>) .

Όπως γίνεται φανερό, η πανδημία COVID-19, δημιούργησε πίεση στα συστήματα ποιότητας στην υγεία, δημιουργώντας καθυστερήσεις σε προμήθειες μηχανημάτων, αντιδραστηρίων και αναλωσίμων, ελλείψεις προσωπικού στα τμήματα ποιοτικού ελέγχου, καθυστερήσεις στις αναλύσεις των δεδομένων της ποιότητας, αλλαγές στην οργάνωση και τις διαδικασίες αξιολόγησης. Επίσης, δημιούργησε επιπλοκές στη διατήρηση του επιπέδου παροχών προς τους ασθενείς και στη διασφάλιση της υγείας τους. Η διατήρηση των υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών των προϊόντων και των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας στην εποχή της πανδημίας είναι ένα πρόβλημα δεδομένων των συνθηκών, το οποίο όμως με τις κατάλληλες ενέργειες είναι δυνατό να λυθεί.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η ανάλυση των βασικών ποιοτικών προβλημάτων που προκάλεσε η πανδημία COVID-19 σε επίπεδο συστημάτων ποιότητας της υγείας, ο εντοπισμός των κενών στα συστήματα ποιότητας που οδήγησε στα βασικά αυτά προβλήματα καθώς επίσης θα γίνει μια προσέγγιση της μεταβολής των συστημάτων ποιότητας της υγείας ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η επαναφορά στην εύρυθμη λειτουργία τους και η ετοιμότητά τους σε παρόμοια κρίση στο μέλλον. Είναι γεγονός ότι η πανδημία βρίσκεται σε εξέλιξη οπότε νέα γνώση προστίθεται συνεχώς στη φαρέτρα των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας.

Στο πρώτο μέρος, το οποίο είναι το γενικό, στα Κεφάλαια 1 και 2 παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες της ποιότητας, οι ιδιαιτερότητες της ποιότητας των συστημάτων υγείας, τα εφαρμοζόμενα πρότυπα ποιότητας στην υγεία και η χρησιμότητά τους. Στο Κεφάλαιο 3 περιγράφονται τα κριτήρια και οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας καθώς και το κόστος ποιότητας. Στο Κεφάλαιο 4 αναλύονται οι κυριότερες εθνικές πολιτικές ποιότητας, οι διεθνείς οργανισμοί ποιότητας στην υγεία, τα βραβεία ποιότητας και στο Κεφάλαιο 5 η ελληνική πραγματικότητα σχετικά με την πολιτική ποιότητας υγείας και οι νεότερες εξελίξεις.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το οποίο και αποτελεί το ειδικό μέρος, στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγείας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Στο Κεφάλαιο 7 οι επιπτώσεις εστιάζουν στα στοιχεία που υπάρχουν για τα συστήματα ποιότητας που αφορούν την υγεία και τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης εργασίας.

Από την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας εργασίας επιχειρείται η ανάδειξη των αδυναμιών των υφιστάμενων συστημάτων ποιότητας της υγείας και η παρουσίαση των κυριότερων μέτρων που μπορεί να ληφθούν ώστε τα συστήματα ποιότητας να γίνουν πιο αποτελεσματικά, πιο ευέλικτα, να μαθαίνουν συνεχώς και να ενσωματώνουν τη νέα γνώση στην πράξη. Με αυτόν τον τρόπο θα συμβάλλουν στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων θα αποτελούν πολύτιμους αρωγούς για τη διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για τους πολίτες και τη διάσωση ανθρωπίνων ζώων.

ΜΕΡΟΣ Α- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας

Οι οργανισμοί υγείας δρουν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με καταγισμό καινοτομιών και μεταρρυθμίσεων, τις οποίες επιβάλλει η παγκοσμιοποίηση. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας θα πρέπει επομένως να είναι τόσο εθνικής όσο και διεθνούς εμβέλειας. Αυτό απαιτεί αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας οι οποίες συμμορφώνονται σε διεθνή πρότυπα ποιότητας. Τί ορίζεται όμως ως ποιότητα και γιατί είναι απαραίτητος προσανατολισμός των συστημάτων υγείας σε αυτή;

Η ποιότητα έχει καθιερωθεί ως βασικό κριτήριο καταναλωτικής και επιχειρηματικής συμπεριφοράς. Οι καταναλωτές προσανατολίζονται ολοένα και περισσότερο στην ποιότητα και τη θεωρούν σημαντικό κριτήριο στις επιλογές τους σε προϊόντα και υπηρεσίες. Σύμφωνα με την American Society of Quality (ASQ, 1978), ποιότητα είναι η συλλογή των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος που σχετίζονται με τη δυνατότητά του να καλύπτει τις ανάγκες των πελατών. Σύμφωνα με τον ΕΛΟΤ EN ISO 8402 ποιότητα είναι: «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας (προϊόντος ή υπηρεσίας) που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες ανάγκες».

Άλλοι ορισμοί ποιότητας είναι του Brook (1999), κατά την οποία η ποιότητα έχει δύο πλευρές, την ποιότητα σχεδιασμού και την ποιότητα της συμφωνίας ως προς το σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία. Κατά τον Onretveit (2004) η ποιότητα είναι «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος». Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει 3 στοιχεία:

- Ποιότητα για τους πελάτες, η οποία μετρά την ικανοποίηση των πελατών, τα παράπονα και τον βαθμό στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους.
- Επαγγελματική ποιότητα, δηλαδή, ο βαθμός στον οποίο το τελικό προϊόν που ορίζεται από τα επαγγελματικά δεδομένα ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών.

- Η ποιότητα της διαδικασίας περιλαμβάνει το σχεδιασμό και τη λειτουργία της διαδικασίας παραγωγής του προϊόντος με τρόπο που ικανοποιεί τις απαιτήσεις των πελατών με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Η ποιότητα ενός προϊόντος έχει δύο διαστάσεις, το επίπεδο και τη συνέπεια. Το επίπεδο ποιότητας οριοθετεί τη θέση του προϊόντος στην αγορά. Η συνέπεια στην ποιότητα σημαίνει ποιότητα ομοιομορφίας, δηλαδή απουσία ελαττωμάτων και συνέπεια στην προσφορά ενός στοχοθετημένου επιπέδου απόδοσης (Kotler et al, 2005). Σύμφωνα με τους Bergman and Klefsjo, 1994, η ποιότητα ενός προϊόντος σχετίζεται με:

- Την κατάλληλη απόδοση για τους πελάτες
- Την αξιοπιστία, δηλαδή πόσο συχνά εμφανίζονται προβλήματα και πόσο σοβαρά είναι αυτά
- Τη συντήρηση, που εκφράζει το πόσο εύκολο είναι να εντοπισθούν και να επιλυθούν πιθανά προβλήματα
- Την ασφάλεια
- Τη διάρκεια και την αντοχή

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η υπηρεσία είναι «κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία». Τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας από την έννοια της ποιότητας στο προϊόν, αφού έχει να κάνει με το φυσικό περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας και την επικοινωνία με τον πελάτη, δηλαδή την ικανότητα παροχής πληροφοριών στον πελάτη-χρήστη. Τα συστατικά στοιχεία της ποιότητας των υπηρεσιών σύμφωνα με τον Parasuraman et al (1985) είναι:

- Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία πχ η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών
- Ανταπόκριση: η ικανότητα πλήρους εξυπηρέτησης του πελάτη
- Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζόμενων και η προθυμία που εμφανίζουν στην εξυπηρέτηση του πελάτη
- Ακρίβεια: εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά
- Μοναδικότητα: εξατομικευμένη εξυπηρέτηση κάθε πελάτη, αντιμετώπισή του σαν μια μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα

Οι διαστάσεις ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι εξής (Evans & Lindsay, 1996, Λαζάρου 2006):

- Χρόνος: αναμονή του πελάτη για την έναρξη και την ολοκλήρωση της υπηρεσίας
- Εγκαιρότητα: Η διάθεση της υπηρεσίας την κατάλληλη στιγμή
- Πληρότητα: Κάλυψη όλων των μονάδων/ υπηρεσιών που ζητήθηκαν
- Ευγένεια: χαρακτηριστικό του προσωπικού που παρέχει την υπηρεσία
- Συνέπεια: παροχή της υπηρεσίας με ομοιομορφία κάθε φορά και σε κάθε πελάτη
- Προσβασιμότητα και ευκολία: Εύκολη πρόσβαση στην υπηρεσία από όλους
- Ακρίβεια: Σωστή παροχή της υπηρεσίας από την πρώτη φορά
- Ανταπόκριση: Άμεση επίλυση απροσδόκητων προβλημάτων από το προσωπικό

1.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας-Ιστορική αναδρομή

Αν και στο βιομηχανικό τομέα οι στατιστικές μέθοδοι διασφάλισης ποιότητας εφαρμόζονταν ήδη από το 1930, μέχρι τα τέλη του 1970 η διασφάλιση ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό χαρακτήρα. Πρώτος ο Avedis Donabedian σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954-1984 κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο «σωστές δομές, καλές διαδικασίες και καλά αποτελέσματα».

Ωστόσο, η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας απασχολούσε ήδη τους ανθρώπους από την αρχαιότητα με χαρακτηριστικά παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη, ένα κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Παπακωστίδη, 2012). Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων.

Το 1858, στον Κριμαϊκό Πόλεμο, η νοσηλεύτρια Florence Nightingale προσπάθησε να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασισμένη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών (Καθαράκη, Κωσταγιόλας 2012, Παπακωστίδη 2012), αν και συνάντησε αντιστάσεις από το περιβάλλον της.

Το 1908, ο δρ Groves διηγήρησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα με των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας. Στη συνέχεια ο Ernest Avery Codman, χειρουργός του νοσοκομείου της Μασαχουσέτης ήταν ο πρώτος

που εφάρμοσε την πρακτική της παρακολούθησης του ασθενή μετά από μια ιατρική πράξη και την αξιολόγηση του τελικού αποτελέσματος (follow up).

Ακολούθησε ο Flexner, ο οποίος πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, αναγνωρίζοντας το αντίκτυπο που έχει το επίπεδο εκπαίδευσης των γιατρών στο επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας.

Το 1918 θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της επιτροπής διαπίστευσης των νοσοκομείων (Joint Commision on Accreditation on Hospitals) που ιδρύθηκε το 1952. Τη δεκαετία 1960-1970, στην Αμερική καθιερώθηκε η υποχρεωτική αξιολόγηση της ποιότητας των νοσοκομείων, καθώς έγινε υποχρεωτική η πιστοποίηση από την Joint Commision on Accreditation on Hospitals (Παπακωστίδη, 2012).

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον τομέα της υγείας (Cronin and Taylor, 1992).

1.4 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία διαμορφώνουν αντίστοιχα τις απαιτήσεις ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής (Καθαράκη, 2012):

- Η εξατομικευμένη φύση της υπηρεσίας. Κάθε ασθενής λαμβάνει την παροχή διαφορετικής υπηρεσίας υγείας, λόγω της μοναδικότητας του ατόμου, των αναγκών και των δυνατοτήτων της θεραπείας.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, που δε δύναται να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα έχουν κατανόηση, ψυχολογική υποστήριξη, θα αντιμετωπίζονται με ευγένεια και φροντίδα.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής λόγω έλλειψης γνώσεων αδυνατεί να αξιολογήσει το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στη διοίκηση των μονάδων υγείας παρατηρούνται δύο γραμμές εξουσίας, η διοικητική και η ιατρική, σε αντίθεση με τη βιομηχανία που έχουμε μία και μόνο πυραμίδα εξουσίας.

Ο κλασικός πλέον ορισμός της ποιότητας στην υγεία δόθηκε από τον Avedis Donabedian (1980, 1986, 1988) και ορίζει ότι «είναι το είδος φροντίδας το οποίο θα μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 1993) αναφέρει ότι η ποιοτική περίθαλψη οφείλει να διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής.
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τον ασθενή
- Θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή (Ιωαννίδου, 2018)

Το Department of Health, UK, 2003 ορίζει ότι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει «η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή», δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το μέγιστο αποτέλεσμα. Από τη σκοπιά της διοίκησης, σημαίνει αποτελεσματικότητα φροντίδας στο μικρότερο κόστος και με ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες στον κατάλληλο χρόνο.

Είναι προφανές ότι η έννοια της ποιότητας επηρεάζεται από τη σκοπιά του κάθε ενδιαφερόμενου μέλους (εσωτερικοί ή εξωτερικοί πελάτες).

Οι διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας είναι οι εξής:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Αναφέρεται στις εγκαταστάσεις όπου προσφέρονται οι υπηρεσίες, ο χώρος, το περιβάλλον και οι ανέσεις. (Καθαράκη, 2018)

1.5 Η ανάγκη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η κρίση αποτελεσματικότητας, η συνεχόμενη αύξηση του κόστους, καθώς και η συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων, οδήγησε στην ανάγκη προσανατολισμού της οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην ποιότητα (Καθαράκη, 2018).

Η ικανοποιητική απόδοση από την πλευρά των νοσοκομείων τόσο στην αποτελεσματική θεραπεία όσο και στην παροχή ενός ευχάριστου περιβάλλοντος νοσηλείας, αποτελεί σημαντική πρόκληση. Τα συνήθη προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι τα εξής (Κρητικός 2005):

- Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Underuse of Healthcare): Η μη σωστή εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων μέσων θεραπείας από τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στην υγεία των ασθενών.
- Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Overuse of Healthcare): Η υπερβολή εκ μέρους των θεραπειών στη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στη διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων οδηγεί στο υπέρογκο κόστος της θεραπείας
- Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): Λάθος διαγνώσεις ή καθυστέρηση στη νοσηλεία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ζωών
- Διαφοροποίηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας (variation). Οι ιατροί ανά τον κόσμο διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα μέσα θεραπείας που διαθέτουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αναφέρεται σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα διοίκησης το οποίο στοχεύει στη μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας για τον πελάτη (πολίτη ή ασθενή) και την ικανοποίηση του αποδέκτη, με την πλήρη δραστηριοποίηση του συνόλου των συμμετεχόντων και με το ελάχιστο δυνατό κόστος (Τζωρτζόπουλος, 2018).

Από τα τέλη του 1980 και μετά, πολλές μεγάλες επιχειρήσεις εφάρμοσαν φιλόδοξα προγράμματα ΔΟΠ, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των πρώτων υλών, των

μεθόδων, της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας αλλά και του επιπέδου του προσωπικού τους. Απώτερος σκοπός ήταν φυσικά η ικανοποίηση των πελατών τους. Αποτελεί πελατοκεντρική διοικητική προσέγγιση η οποία αγγίζει όλες τις πτυχές της λειτουργίας του οργανισμού. Δίνει έμφαση στην εντατική χρήση της εποπτείας και των ελέγχων καθόλη τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας του οργανισμού με στόχο τις μηδενικές αποκλίσεις από τους ποιοτικούς στόχους (zero defects).

Η κριτική που έχει δεχθεί αυτή η διοικητική προσέγγιση, αφορά κυρίως το γεγονός ότι με την τελειοποίηση των διαδικασιών μιας επιχείρησης ζημιώνεται η νεωτερική σκέψη και η καινοτομία. (Bittel, 2011).

Η εφαρμογή της ΔΟΠ είναι πιο δύσκολη στον υγειονομικό τομέα από ότι σε άλλους τομείς όπως στον ιδιωτικό τομέα ή στη βιομηχανία. Υπάρχουν ορισμένοι ανασταλτικοί παράγοντες στην εφαρμογή της διοίκησης ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία όπως η οργανωσιακή κουλτούρα, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, η δύσκαμπτη οργανωτική δομή των νοσοκομείων, το ύψος, τα κίνητρα και η ικανότητα της ηγεσίας, η επαγγελματική αυτονομία του ιατρικού προσωπικού, και τα εργατικά σωματεία.

Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των πελατών, στην ενεργή συμμετοχή όλων των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας και στη διαρκή εκπαίδευσή τους, στην ομαδική εργασία για την επίτευξη των στόχων ποιότητας, στην επικοινωνία μεταξύ τμημάτων και εργαζομένων, στη συνεργασία μεταξύ μονάδας και προμηθευτών, στην προαγωγή της πρόληψης και όχι της θεραπείας.

Με τη διοίκηση ποιότητας μειώνεται το κόστος της αποτυχίας, δηλαδή το κόστος σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, καθώς οι πόροι κατανέμονται και χρησιμοποιούνται πιο αποτελεσματικά. Επίσης, μειώνεται το κόστος από την απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού, λόγω κακής πρακτικής (malpractice). Όταν πλέον οι διαδικασίες έχουν καθιερωθεί και λειτουργούν αρμονικά το κόστος μειώνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα μέσω μιας θετικής ανατροφοδότησης του κύκλου ποιότητας (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012).

2.1.1 Στόχοι ΔΟΠ Συστημάτων Υγείας

Οι στόχοι για τα συστήματα υγείας στα πλαίσια της διοίκησης ποιότητας είναι (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012):

- Αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence). Λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, πρέπει να περιορίζεται σπατάλη τους μέσω των άσκοπων επαναλήψεων.

- Ασφάλεια (safety). Η έλλειψη ασφάλειας συνεπάγεται κίνδυνο ατυχημάτων, σωματική και ψυχική βλάβη ατόμων, δικαστικές αντιδικίες και ακόμη είναι αντιπαραγωγική καθώς αφιερώνεται χρόνος και χρήματα για την αντιμετώπιση των συνεπειών. Επίσης, χάνεται η εμπιστοσύνη στον οργανισμό και διακυβεύεται η φήμη του.
- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility) και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή. Το σύστημα υγείας βρίσκεται κοντά στο χρήστη των υπηρεσιών και οφείλει να σέβεται τη μοναδικότητά του, τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες του.
- Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η αξιολόγηση και η βελτίωση του συστήματος υγείας συνεχίζεται και μετά το πέρας της θεραπείας του ασθενή. Η συνέχεια των υπηρεσιών όσον αφορά τον ασθενή, σημαίνει την ομαλή μετάβασή του από το ένα τμήμα στο άλλο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας οι στόχοι ποιότητας δε μπορούν να υλοποιηθούν.
- Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις του προσωπικού εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία του. Μια καλή ομάδα μπορεί να υλοποιήσει τους στόχους ποιότητας. Τέλος οι αισθητικά αποδεκτές εγκαταστάσεις που συνεισφέρουν στην ευεξία των ανθρώπων που αλληλεπιδρούν με ένα περιβάλλον, είτε είναι εσωτερικοί είτε είναι εξωτερικοί πελάτες.

2.1.2 Ρόλος ηγεσίας

Ο ρόλος του ηγέτη σε έναν οργανισμό υγείας είναι νευραλγικός για τη διαμόρφωση της Πολιτικής Ποιότητας (Μπισκανάκη, Χαραλάμπους, 2018):

- **Συντονίζει και καθοδηγεί τους εργαζόμενους:** Οφείλει να αξιοποιεί τις ικανότητες των συνεργατών του, να διαχειρίζεται αποτελεσματικά και αποδοτικά την ομάδα, να αφουγκράζεται τις ανάγκες των ατόμων και δρα δίκαια και αμερόληπτα.
- **Προβλέπει και ελίσσεται:** Αναλύει τα δεδομένα από μελέτες και όπου είναι δυνατό προβλέπει τις μεταβλητές του αύριο. Δημιουργεί το όραμα, θέτει τους στόχους και τους εμφυσεί στο προσωπικό, το οποίο αποκτά συνοχή και κοινό σκοπό. Το ομαδικό πνεύμα επεκτείνεται και εκτός του οργανισμού σε συνεργάτες όπως οι προμηθευτές.

- **Ενθαρρύνει τη διατμηματική, διακλαδική και διεπιστημονική επικοινωνία:** Με αυτόν τρόπο εξασφαλίζει την αποτελεσματική ροή των πληροφοριών στον οργανισμό, ενισχύεται το πνεύμα συνεργασίας και σύμπνοιας.
- **Απομακρύνει το φόβο από τις σκέψεις του προσωπικού:** Σημαντικός παράγοντας έκφρασης νέων και καινοτόμων ιδεών και αποφυγή κλίματος αδράνειας και στατικότητας.
- **Δίνει το παράδειγμα στην εφαρμογή όσων διακηρύσσει:** Δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας, αντιμετωπίζουν θετικά την όποια αντίσταση στην αλλαγή που αντιμετωπίζουν και ενδυναμώνουν την πίστη των εργαζόμενων στον οργανισμό και τους στόχους του.
- **Παρακινεί τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση:** Βλέπει την εκπαίδευση σαν επένδυση και όχι σα δαπάνη και προσφέρει στους εργαζόμενους αίσθημα ενότητας με τον οργανισμό και αυτοπεποίθησης σε σχέση με τις γνώσεις του. Επίσης βοηθά στην ανάδειξη νέων καταρτισμένων στελεχών τα οποία θα μπορούσαν να ανελιχθούν στην ιεραρχία.
- **Επιβραβεύει και δημιουργεί ευχάριστο και ασφαλές περιβάλλον εργασίας:** Με τον τρόπο αυτό παρακινεί τους εργαζόμενους σε συνεχή βελτίωση.

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται η διοίκηση την ποιότητα των υπηρεσιών και ο τρόπος που υποστηρίζει το προσωπικό του οργανισμού αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση θετικών αποτελεσμάτων και μακροχρόνια προοπτική στην εφαρμογή της ΔΟΠ.

2.2 Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας

Ως διασφάλιση ποιότητας ορίζεται ως το «σύνολο των προγραμματισμένων και των συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της τήρησης των προδιαγραφών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Κατά συνέπεια, το σύστημα διασφάλισης ποιότητας είναι η οργάνωση, τα μέσα και το προσωπικό που είναι απαραίτητα για να πραγματοποιηθεί η διασφάλιση της ποιότητας. Με άλλα λόγια, αποτελεί ένα εργαλείο για την οργάνωση και την βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών ενός οργανισμού. (Ιωαννίδου, 2018)).

Ο έλεγχος, η διασφάλιση ποιότητας, τα συστήματα διοίκησης ποιότητας(μέσω εθνικών και διεθνών προτύπων) και η ΔΟΠ αποτελούν οργανωτικές δομές οι οποίες συνεισφέρουν συνολικά στην επιχειρησιακή ικανότητα κάθε οργανισμού (Σπανός, 1995, Καθαράκη, 2012). Ένας διεθνώς αναγνωρισμένος δρόμος υλοποίησης της

ποιότητας είναι η διασφάλιση της ποιότητας μέσω της εφαρμογής διεθνών προτύπων και προδιαγραφών ποιότητας (Καθαράκη, 2012). Επίσης, η συνεχώς διευρυνόμενη υπερεθνική αγορά και η διακίνηση προϊόντων και υπηρεσιών, ακόμη και τον τομέα της υγείας, χωρίς εμπόδια και περιορισμούς μεταξύ των κρατών, συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη διαδικασία της τυποποίησης (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Ως «τυποποίηση» ορίζεται η εκπόνηση προδιαγραφών και προτύπων, κανονισμών και κανόνων. Πρότυπο, είναι το έγγραφο εκείνο που έχει καθιερωθεί με συναίνεση και έχει εγκριθεί από έναν αναγνωρισμένο φορέα (ΕΛΟΤ EN 45020:1996). Σύμφωνα με το ICN (International Council of Nurses) «πρότυπο» είναι ένα επιθυμητό και κατορθωτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, ένα μέτρο, στάθμη ή σειρά εφαρμογών, η επιθυμητή ποσότητα, ποιότητα ή επίπεδο απόδοσης, που ανταποκρίνεται σε κάποιο κριτήριο με το οποίο συγκρίνεται η εφαρμοσμένη φροντίδα υγείας. Στόχος του προτύπου είναι να καλυφθούν τα προβλήματα ή να κατοχυρωθεί η ασφάλεια του χρήστη από ένα προϊόν ή μια υπηρεσία.

Τα πρότυπα δεν έχουν ως στόχο του περιορισμού της ελευθερίας έκφρασης, της φαντασίας ή της καινοτομίας. Η κατανόηση του ρόλου της τυποποίησης είναι κλειδί στην αποδοχή της από της κοινωνίες και την υποχρεωτική εφαρμογή της.

Ως «πιστοποίηση» ορίζεται η διαδικασία επιβεβαίωσης, μέσω επιθεώρησης από ένα τρίτο ανεξάρτητο φορέα, ότι το σύνολο των απαιτήσεων του συγκεκριμένου προτύπου καλύπτεται από ένα σύστημα ποιότητας. Η πιστοποίηση παρέχει γραπτή επιβεβαίωση ότι ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προσιαγεγραμμένες απαιτήσεις. Τα πρότυπα μπορούν να αναφέρονται είτε στα προϊόντα και τις υπηρεσίες, είτε στον τρόπο οργάνωσης της ποιότητας και της ασφάλειας. Αντίστοιχα, η πιστοποίηση μπορεί να αφορά προϊόντα ή συστήματα ποιότητας και ασφάλειας (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

2.2.1 Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας Οργανισμών- ISO

Το πρώτο εμπορικό πρότυπο για συστήματα Διοίκησης Ποιότητας εκδόθηκε το 1979 από το Βρετανικό Ινστιτούτο Τυποποίησης (British Standards Institution-BSI) το οποίο ήταν το πρότυπο BS 575, Quality Systems. Επίσης το 1979 εγκρίθηκε η δημιουργία της τεχνικής επιτροπής TC 176 του ISO για την ανάπτυξη διεθνών προτύπων που θα καθορίζουν τους κανονισμούς για τα Συστήματα Διοίκησης Ποιότητας. Με τις ενέργειες της επιτροπής ISO/TC 176, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO εξέδωσε το 1987 τα πρώτα πρότυπα της σειράς ISO 9000:1987, τα οποία βασίστηκαν σε μεγάλο βαθμό ως προς τη δομή και το περιεχόμενό τους στο πρότυπο BS 5750:1979.

Τα πρότυπα αυτά αποτελούσαν το επιστέγασμα των πλέον σύγχρονων πρακτικών και αρχών για τη δημιουργία συστημάτων που διασφαλίζουν την ποιότητα. Η τελική έκδοσή τους αποτέλεσε προϊόν συνεργασίας των πλέον αρμοδίων φορέων παγκοσμίως και αποτέλεσε τη βάση για μια νέα εποχή στη διοίκηση ποιότητας. Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000:1987 επικυρώθηκαν από την Επιτροπή Ευρωπαϊκών Προτύπων CEN ως Ευρωπαϊκά Πρότυπα με την ονομασία EN 290000:1987 και υιοθετήθηκαν από τον Αμερικανικό Οργανισμό για τον Έλεγχο Ποιότητας (American Society for Quality Control, ASQC) με την ονομασία ANSI/ASQC Q90. Στον Καναδά υιοθετήθηκαν υπό την ονομασία CSA:9000 από τον Καναδικό Σύνδεσμο Τυποποίησης (Canadian Standards Association, CSA). (ME-ΤΠΔΠ ΤΕΕ, 2008).

Η σειρά προτύπων ISO 9000 αποτελείται από τέσσερα κυρίως πρότυπα, και υποστηρίζεται από πολλά άλλα. Τα κύρια τέσσερα πρότυπα είναι τα ακόλουθα:

- ISO 9000 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας - Γενικοί Όροι και Λεξιλόγιο
- ISO 9001 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας - Απαιτήσεις
- ISO 9004 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας - Κατευθυντήριες γραμμές για βελτίωση της απόδοσης
- ISO 19011 Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Διαχείριση Ελέγχου Ποιότητας ή/και Περιβάλλοντος.

Τα πιο ευρέως διαδεδομένα πρότυπα είναι τα πρώτα δύο (http://www.elot.gr/1188_ELL_HTML.aspx). Η τελευταία αναθεώρηση των προτύπων ήταν το 2015. Το ISO 9001 είναι το μόνο πρότυπο στην ομάδα το οποίο είναι δυνατόν να πιστοποιηθεί. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε οργανισμό ανεξάρτητα από το μέγεθός του και ανεξάρτητα από τον τομέα δραστηριότητάς του. Η πιστοποίηση ISO 9001 έχει δοθεί σε πάνω από ένα εκατομμύριο εταιρείες σε περισσότερες από 170 χώρες (<https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html>). Τόσο το ISO 9000:2015 όσο και το ISO 9001:2015 βασίζονται στις επτά αρχές Αρχές Διοίκησης Ποιότητας (Quality Management Principles, QMPs) (ISO, 2015). Υπάρχουν πολλοί τρόποι εφαρμογής των αρχών αυτών ώστε να ταιριάζουν σε κάθε ξεχωριστό οργανισμό και οι οποίοι καθορίζονται από τη φύση του και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει. Οι αρχές εφαρμογής του προτύπου είναι οι εξής:

1. Εστίαση στον πελάτη: οι απαιτήσεις των πελατών ικανοποιούνται και στόχος είναι οι προσδοκίες του να υπερκαλύπτονται. Η κατανόηση και η πρόβλεψη των αναγκών των πελατών και των συνεργατών συνιστά παράγοντα επιτυχίας του

οργανισμού, ενώ η αλληλεπίδραση μεταξύ του οργανισμού με τους πελάτες αυξάνει την αξία των υπηρεσιών προς τον πελάτη.

2. Ηγεσία: οι ηγέτες όλων των επιπέδων ενός οργανισμού είναι υπεύθυνοι για την καθοδήγηση του προσωπικού και τη δημιουργία τέτοιων συνθηκών δέσμευσης των εργαζομένων στην κατάκτηση των ποιοτικών στόχων της επιχείρησης. Με την επίτευξη της ενότητας των ανθρώπων ενός οργανισμού ως προς το σκοπό και την κατεύθυνσή της, οι επίτευξη των στόχων πραγματοποιείται μέσω της εναρμόνισης της στρατηγικής, της πολιτικής και των πόρων της.
3. Δέσμευση Προσωπικού: Η αξία ενός οργανισμού βασίζεται σε ένα προσωπικό ικανό, υπεύθυνο και δεσμευμένο στους στόχους του. Η δέσμευση ενισχύεται από την αναγνώριση, την ενδυνάμωση και την αύξηση της επάρκειας των ανθρώπων. Ο σεβασμός στην ατομικότητα των εργαζομένων και η συμμετοχή του σε όλα τα επίπεδα διασφαλίζουν την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση ενός οργανισμού.
4. Προσέγγιση των διαδικασιών: Όταν οι δράσεις είναι κατανοητές και αποτελούν αποτέλεσμα συγκεκριμένων σαφών διαδικασιών ενός συνεκτικού συστήματος διοίκησης, τότε τα αποτελέσματα των δράσεων αυτών είναι συνεπή και προβλέψιμα. Η κατανόηση του τρόπου παραγωγής αποτελεσμάτων του συστήματος του οργανισμού βοηθά στη βελτίωση της αποδοτικότητάς του.
5. Βελτίωση: Οι επιτυχημένοι οργανισμοί έχουν προσανατολισμό στη βελτίωση. Η βελτίωση συνιστά απαραίτητο στοιχείο ενός οργανισμού ώστε να διατηρεί τις επιδόσεις της, να αντιδρά στις αλλαγές του περιβάλλοντός της, τόσο εσωτερικού όσο και εξωτερικού, και να δημιουργεί νέες ευκαιρίες.
6. Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων: Οι αποφάσεις που βασίζονται στην ανάλυση και την αξιολόγηση συγκεκριμένων δεδομένων και πληροφοριών είναι πιο πιθανό να καταλήξουν σε επιθυμητά αποτελέσματα. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται η αβεβαιότητα που έχει η λήψη κάθε απόφασης. Η ανάλυση των δεδομένων βοηθά στην αύξηση της αντικειμενικότητας και της σιγουριάς κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
7. Διαχείριση σχέσεων: Η σταθερή επιτυχία προϋποθέτει τη διαχείριση των σχέσεων με όλα τα εμπλεκόμενα μέρη ενός οργανισμού, όπως οι προμηθευτές του. Αυτό γιατί όλοι οι συνεργάτες του οργανισμού επηρεάζουν την απόδοσή του και η επιτυχία είναι πιο πιθανό να επιτευχθεί όταν η διαχείρισή τους επιτυγχάνει τη βέλτιστη συνεργασία. Πολύ σημαντικές είναι οι συνεργασίες με τους προμηθευτές.

Σύμφωνα με τα πρότυπα ISO 9000:2015, η παραγωγή αποτελεσμάτων από έναν οργανισμό είναι αποτέλεσμα ενός συγκεκριμένου συστήματος διεργασιών. Άρα, ο προσδιορισμός και η διεύθυνση των διεργασιών αυτών είναι απαραίτητα στοιχεία για να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις ποιότητας προγραμματισμένα και ελεγχόμενα και να μη βασίζονται τα αποτελέσματα στην τυχαία δράση των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα που παράγονται από αυτές τις διεργασίες (προϊόντα ή υπηρεσίες) πρέπει να ελέγχονται με προγραμματισμένο τρόπο και να γίνεται λήψη μέτρων για τη βελτίωση των διεργασιών κατά τον κύκλο του Deming (Plan-Do-Check-Act) (ΜΕ-ΤΠΔΠ ΤΕΕ, 2008).

ΕΙΚΟΝΑ 1



Ο κύκλος του Deming Πηγή: <https://e-journal.gr>

Ο κύκλος του Deming είναι γνωστός με τα αρχικά PDCA (Plan- Do-Check-Act) και αντιστοιχεί στις δραστηριότητες «Σχεδιασμός- Πραγματοποίηση-Έλεγχος-Δράση» (Deming 1991; Δερβιτσιώτης, 1993). Στη φάση του σχεδιασμού λαμβάνουν χώρα ο προσδιορισμός του προβλήματος, η ανάλυση του, ο προσδιορισμός των πιθανών αιτιών και ο τρόπος λήψης διορθωτικών μέτρων. Η πραγματοποίηση έχει να κάνει με την υλοποίηση των δραστηριοτήτων για την βελτίωση του προβλήματος. Ο έλεγχος έχει να κάνει με την παρατήρηση των επιδράσεων της αλλαγής και της επιβεβαίωσης των ικανοποιητικών αποτελεσμάτων. Τέλος, η δράση οδηγεί σε διορθωτικές παρεμβάσεις σε περιπτώσεις αποκλίσεων από τους επιδιωκόμενους στόχους, στη διασφάλιση του οφέλους και στην τυποποίηση των νέων διαδικασιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Στάδια διασφάλισης ποιότητας και παραγωγικότητας κατά Deming	
ΣΤΑΔΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
1 ^ο Στάδιο: Σχεδιάζω (Plan)	σύνταξη του σχεδίου παραγωγής
2 ^ο Στάδιο: Πραγματοποιώ (Do)	μικρής κλίμακας υλοποίηση του σχεδίου
3 ^ο Στάδιο: Ελέγχω (Study)	μελετώνται τα αποτελέσματα για να ελέγχουν τυχόν αποκλίσεις από το αρχικό σχέδιο
4 ^ο στάδιο: Δρω (Act)	εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων της μελέτης προκειμένου να βελτιωθεί η υφιστάμενη διαδικασία παραγωγής

Στάδια διασφάλισης ποιότητας και παραγωγικότητας κατά Deming

Πηγή: Ιωαννίδου Κων/να, η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εξ αποστάσεως εκπαίδευση ΕΚΠΑ, 2018
Το 1980 ο Deming υποστήριξε ότι τα περισσότερα λάθη που αφορούν στο παραγόμενο προϊόν μιας επιχείρησης προέρχονται από λάθη της διοίκησης και όχι από λάθη των εργαζομένων, οπότε και παρουσίασε 14 αρχές προς την διοίκηση. Οπότε, για να μεταβεί ένας οργανισμός από την κλασική διοίκηση στην διοίκηση ολικής ποιότητας θα πρέπει να τηρεί τα παρακάτω 14 σημεία του Deming (Λογοθέτης, 1993, Τσιότρας 1995):

1. Συνεχή και συνεπή προσπάθεια για τη βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών
2. Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας από τη διοίκηση
3. Ποιότητα ενσωματωμένη στην παραγωγή.
4. Μείωση αριθμού προμηθευτών, αγορές με βάση στατιστική απόδειξη και όχι με βάση την τιμή.
5. Έρευνα προβλημάτων του συστήματος παραγωγής και υπηρεσιών.
6. Συνεχής εκπαίδευση των νεοεισερχόμενων εργαζόμενων σε στατιστικές τεχνικές.
7. Αποτελεσματική Ηγεσία και καθοδήγηση.
8. Ελαχιστοποίηση φόβου και ενθάρρυνση της αμφίδρομης επικοινωνίας
9. Ομαδική εργασία και ανάπτυξη της εμπιστοσύνης
10. Αποφυγή των παραινήσεων επίτευξης αριθμητικών στόχων
11. Αποφυγή της διοίκησης αντικειμενικών στόχων. Εστίαση στην ποιότητα και όχι στην ποσότητα.

12. Ενθάρρυνση αισθημάτων υπερηφάνειας εργαζομένων - κατάργηση της «υποχρέωσης».
13. Συνεχής δια βίου επιμόρφωση όλων των εργαζομένων για να συμβαδίζουν με τις νέες εξελίξεις
14. Συμμετοχή όλων (και της ανώτατης διοίκησης) στη συνεχή προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

2.2.1.1 Φάσεις Πιστοποίησης ενός οργανισμού

Όταν έχει αποφασιστεί η σκοπιμότητα της ανάγκης πιστοποίησης με ένα από τα συστήματα ISO-9000 η σχετική διαδικασία ολοκληρώνεται σε τέσσερις διαδοχικές φάσεις (Καραθανάση, 2017):

Φάση 1: Προμελέτη σκοπιμότητας για πιστοποίηση

Για εταιρείες των οποίων τα προϊόντα βρίσκονται υπό τον έλεγχο σχετικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), η πιστοποίηση με βάση τα διεθνή πρότυπα έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Αναφορικά με προϊόντα που δεν υπόκεινται σε έλεγχο με βάση τις οδηγίες της ΕΕ, η επιχείρηση συνηθίζεται να επιλέγει για την προετοιμασία της πιστοποίησης κάποιο συμβουλευτικό γραφείο ρόλος του οποίου είναι να ορίσει τα κριτήρια που θα της επιτρέψουν να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά τον ανταγωνισμό που θα συναντήσει στην αγορά.

Φάση 2: Προετοιμασία για πιστοποίηση

Αρχικά γίνεται ο προσδιορισμός του χρονικού πλαισίου της αξιολόγησης και η επιλογή του συμβουλευτικού γραφείου. Το είδος των προϊόντων που παράγει η επιχείρηση και ο βαθμός εξοικείωσης και εμπειρίας που έχει με συστήματα διασφάλισης ποιότητας, καθορίζει την επιλογή του συμβουλευτικού γραφείου που θα προετοιμάσει την επιχείρηση στη σχεδίαση των αναγκαίων διαδικασιών για την διασφάλιση της ποιότητας και τη συγγραφή του εγχειριδίου ποιότητας. Η τεκμηρίωση των διαδικασιών περιγράφεται στο Εγχειρίδιο Ποιότητας (Quality Manual).

Η πείρα που διαθέτει το συμβουλευτικό γραφείο που επιλέγεται για την προετοιμασία της πιστοποίησης στον κλάδο που δραστηριοποιείται η εταιρεία είναι κομβικής σημασίας ώστε να αποφευχθούν καθυστερήσεις στην διαδικασία χορήγησης του πιστοποιητικού. Τα διαφυγόντα κέρδη από την επιλογή ενός οικονομικού γραφείου με λιγότερη πείρα και εξειδικευμένο προσωπικό καθώς και η αποδυνάμωση της ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη ζημιά στα κέρδη.

Φάση 3: Διαδικασία πιστοποίησης από κατάλληλο φορέα

- Προαιρετική αίτηση για διεξαγωγή προκαταρκτικής αξιολόγησης από φορέα πιστοποίησης. Εκπαίδευση προσωπικού και λήψη διορθωτικών μέτρων.
- Κανονική αίτηση για επίσημη αξιολόγηση. Υποβολή συμπληρωματικών στοιχείων και σύσταση ομάδας αξιολόγησης.
- Αξιολόγηση εγκατάστασης από την ομάδα αξιολόγησης. Επίσκεψη, έλεγχος και αξιολόγηση του εγχειριδίου ποιότητας και των εγκαταστάσεων, συνάντηση με τους εκπροσώπους της επιχείρησης, σύνοψη παρατηρήσεων, περιγραφή μη συμμορφώσεων, λήψη διορθωτικών μέτρων, έγκριση ή απόρριψη πιστοποίησης.

Φάση 4: Διατήρηση ή αλλαγή του είδους πιστοποίησης

- Πλήρης επαναξιολόγηση της επιχείρησης για την συνέχιση της πιστοποίησης, οποτεδήποτε αλλάξει η δραστηριότητα της επιχείρησης σε τομείς που δεν καλύφθηκαν στην αρχική πιστοποίηση και γίνεται κάθε τρία ή τέσσερα χρόνια για αρχικές συνθήκες λειτουργίας.

2.2.1.2 Διαπίστευση

Διαπίστευση είναι η διαδικασία με την οποία ένας αρμόδιος φορέας παρέχει επίσημη αναγνώριση ότι ένας φορέας ή πρόσωπο είναι ικανός να πραγματοποιεί ειδικά έργα. Η διαπίστευση ως διαδικασία αποτελεί το ανώτατο επίπεδο οργάνωσης της ποιότητας. Επίσης είναι φανερό ότι το έργο της πιστοποίησης δε μπορεί να γίνεται από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Γι αυτό το λόγο, έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν διαπιστευμένοι φορείς, στους οποίους εντάσσονται οι φορείς πιστοποίησης.

Η διαδοχική κατανόηση και εφαρμογή των δραστηριοτήτων της τυποποίησης, των προτύπων, της πιστοποίησης και της διαπίστευσης δύναται να αποτελέσει ένα δρόμο προς τη διασφάλιση της ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών.

ΕΙΚΟΝΑ 2



Η αλυσίδα εννοιών για τη διασφάλιση της ποιότητας

Βασική αρχή που διέπει κάθε φορέα πιστοποίησης, είναι η λεγόμενη αρχή της ανεξαρτησίας (third party), η οποία ενσωματώνεται από το νομικό πλαίσιο λειτουργίας του. Η συγκεκριμένη αρχή ενσωματώνεται στις διαδικασίες που καθορίζουν τα αντίστοιχα πρότυπα με τα οποία οι φορείς πιστοποίησης είναι διαπιστευμένοι.

Ανώτατη εθνική αρχή στην Ελλάδα για τα θέματα διαπίστευσης, πιστοποίησης, διακριβώσεων και δοκιμών αποτελεί το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ). Το ΕΣΥΔ ιδρύθηκε το 1994 με το Ν.2231/94 (ΦΕΚ 139/Α), ο οποίος τροποποιήθηκε με το άρθρο 8 του Ν. 2642/98 (ΦΕΚ 216/Α/98). Σκοπός της νομοθεσίας αυτής ήταν η καθιέρωση και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης (ΕΣΔ), καθώς και η ανάπτυξη της εθνικής πολιτικής για την ποιότητα.

Το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000, στην υποπαράγραφο 8.2.2 (Εσωτερική επιθεώρηση-Internal audit) αναφέρει την απαίτηση για την ανάπτυξη και τη διενέργεια προγραμματισμένων εσωτερικών επιθεωρήσεων των προϊόντων και του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ) από αντικειμενικούς επιθεωρητές και κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η αντικειμενικότητα και η αμεροληψία της διαδικασίας. Οι επιθεωρήσεις χωρίζονται σε 3 κατηγορίες.

- Επιθεώρηση Πρώτου Μέρους ή Εσωτερική Επιθεώρηση είναι η επιθεώρηση που διενεργείται από το ίδιο το προσωπικό του οργανισμού για λογαριασμό του οργανισμού.
- Επιθεώρηση Δεύτερου Μέρους ή Επιθεώρηση Προμηθευτή είναι εκείνη που διενεργείται από του προμηθευτές ενός οργανισμού σε συνεργασία με στελέχη του οργανισμού, τα οποία μπορεί να παρίστανται στην επιθεώρηση.
- Επιθεώρηση Τρίτου Μέρους είναι η επιθεώρηση που πραγματοποιείται από φορέα ανεξάρτητο του οργανισμού, πχ από έναν Φορέα Πιστοποίησης (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Συμπερασματικά, η αναγκαιότητα της εφαρμογής προτύπων έγκειται στην απαίτηση για εναρμόνιση των οργανισμών υγείας με τις εθνικές και διεθνείς πολιτικές υγείας. Για την υλοποίηση της εφαρμογής τους απαιτείται διαφοροποίηση (Ιωαννίδου, 2018):

- Των μηχανισμών διοίκησης και χρηματοδότησης
- Της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού
- Του πληροφοριακού περοβάλλοντος
- Της αντίληψης για το ρόλο της ποιότητας

2.3 ISO 9000 και ΔΟΠ: Ομοιότητες Και Διαφορές

Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας ISO 9000 και το σύστημα ΔΟΠ έχουν ορισμένες κοινές αρχές. Γενικά, το ISO 9000 μπορεί να θεωρηθεί ως υποσύνολο ενός ολοκληρωμένου συστήματος ποιότητας. Σε σύγκριση με το ΔΟΠ, το μόνο πλεονέκτημα του ISO 9000 είναι η δομή και η τυποποίηση, επιτυγχάνοντας σαφείς στόχους και τελικά επιτεύγματα (πιστοποίηση συστήματος), καθιστώντας ευκολότερη τη δέσμευση της ανώτερης διοίκησης. Η έλλειψη συγκεκριμένων απαιτήσεων και προτύπων για τη ΔΟΠ είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους οι ελληνικές εταιρείες έχουν συγκεκριμένη αντίληψη σχετικά με την έννοια και τις αρχές της. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η εφαρμογή του συστήματος διασφάλισης ποιότητας ISO 9000 θεωρείται ένας καλός τρόπος για να ξεκινήσει ένας οργανισμός με την ποιότητα. Οι απαιτήσεις του συστήματος είναι ξεκάθαρες. Παρόλο που δεν είναι επαναστατικές και πολύ καινοτόμες, είναι απαραίτητο για την εταιρεία να τις εκπληρώσει πρώτα και, στη συνέχεια, να προχωρήσει στην εκπλήρωση των απαιτήσεων σχετικά με τη ΔΟΠ. Η ολική ποιότητα σημαίνει επίσης μια αλλαγή στην έννοια της ποιότητας της επιχείρησης, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω καλά σχεδιασμένων και καλά καθορισμένων βημάτων όπως επιθεώρηση, έλεγχος ποιότητας, διασφάλιση ποιότητας και συνολική ποιότητα. Όλα αυτά τα βήματα είναι αλληλένδετα, αλληλεξαρτώμενα και εξίσου σημαντικά για τη συνολική επιτυχία. Κανένα από αυτά τα βήματα δε μπορεί να αναιρέσει το προηγούμενο. Τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας δημιουργήθηκαν για την τυποποίηση του συστήματος ποιότητας. Αυτός είναι ο στόχος του ISO 9000: 1994. Είναι πραγματικά ένας παράγοντας σύγκρουσης με τις αρχές της ΔΟΠ. Ο στόχος της ΔΟΠ είναι να βελτιώσει το σύστημα διαχείρισης της εταιρείας υιοθετώντας αποτελεσματικά συγκεκριμένες αρχές και πραγματοποιώντας αντίστοιχες προσαρμογές λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά κάθε επιχείρησης. Ωστόσο, παρά αυτές τις διαφορές στους στόχους των δύο συστημάτων (ISO 9000: 1994 και ΔΟΠ), εξακολουθούν να υπάρχουν και ορισμένες ομοιότητες. Αυτός ήταν ο λόγος για τον οποίο πολλοί ερευνητές θεωρούσαν τα πρότυπα ISO 9000:1994 σαν το πρώτο βήμα για την ολική ποιότητα – ΔΟΠ. Μερικά από τα κοινά αυτά στοιχεία είναι τα εξής:

- Η διαχείριση των διεργασιών.
- Οι πληροφορίες και ο τρόπος συλλογής δεδομένων.
- Η χρήση των στατιστικών εργαλείων.

Οπότε, με βάση αυτά τα κοινά σημεία των δύο συστημάτων, μπορεί να συμπεράνει κανείς πως μια πιστοποιημένη επιχείρηση με ISO 9000:1994, μπορεί να έχει κάνει ένα σημαντικό βήμα για την ολική ποιότητα (ΔΟΠ). Ωστόσο, η εφαρμογή του ISO 9000:1994 αποτελεί ένα μέρος μόνο της συνολικής προσπάθειας εφαρμογής της ΔΟΠ. Όπως φαίνεται παρακάτω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός απαιτήσεων της οι οποίες δεν ικανοποιούνται μέσω των ISO 9000, και είναι οι εξής:

- Η συνεχής βελτίωση. Αυτό το στοιχείο είναι θεμελιώδες για την ΔΟΠ. Τα πρότυπα ISO 9000 θεωρούσαν τη βελτίωση μόνο διαμέσου της παρεμπόδισης και της διόρθωσης των μη συμμορφώσεων. Αυτό είναι μια φιλοσοφία αντίθετη με αυτή της ΔΟΠ, η οποία δίνει έμφαση στην πρόληψη.
- Η πελατοκεντρική φιλοσοφία. Τα πρότυπα ISO 9000:1994 απαιτούσαν την εφαρμογή μιας ομάδας διαδικασιών με σκοπό την εκπλήρωση και ικανοποίηση των προδιαγραφών σχεδιασμού. Όμως, ο πελάτης είναι το κέντρο του συστήματος ΔΟΠ, δεδομένου ότι όλα γίνονται για να ικανοποιήσουν τους πελάτες.
- Η εξέλιξη και η συμμετοχή του εργατικού δυναμικού. Τα πρότυπα ISO 9000:1994 δεν έδιναν ιδιαίτερη σημασία σ' αυτό το θέμα.

Επιπλέον τα πρότυπα ISO 9000:1994 περιελάμβαναν στοιχεία τα οποία ήταν αντίθετα με τις αρχές της ΔΟΠ όπως:

- Υπερβολική γραφειοκρατία.
- Έλλειψη ελαστικότητας και προσαρμοστικότητας του συστήματος.
- Τα πρότυπα ISO 9000:1994 επέβαλλαν στις επιχειρήσεις να διενεργούν ελέγχους στα προϊόντα που παραλαμβάνουν από τους προμηθευτές τους, ενώ η ΔΟΠ υποστηρίζει την άρση των ελέγχων αυτών λόγω της δημιουργίας σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τους προμηθευτές.
- Τα πρότυπα ISO 9000:1994 ανάγκαζαν τις επιχειρήσεις να διενεργούν ελέγχους στα ημιέτοιμα και τελικά τους προϊόντα, ενώ η ΔΟΠ έχει ως αρχή την πρόληψη και όχι την επιθεώρηση. Η επιθεώρηση είναι μείζονος σημασίας στο ISO.

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων, ΔΟΠ και ISO 9000:1994 είναι:

- **Προσανατολισμός (focus):** Στη ΔΟΠ ο εσωτερικός προσανατολισμός δίνει έμφαση στη δέσμευση της διοίκησης, στην εκπαίδευση των εργαζομένων και εξωτερικά στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Από την άλλη, το ISO 9000:1994 στη σταθερότητα και συνέπεια της παραγωγής του προϊόντος – υπηρεσίας.

- **Αντικειμενικός σκοπός (objective):** Στη ΔΟΠ είναι η επιδίωξη συνεχούς βελτίωσης κάθε πλευράς της επιχείρησης και της κουλτούρας της, ενώ στο ISO 9000:1994 είναι η διαβεβαίωση ότι συγκεκριμένες διεργασίες των επιχειρήσεων συμμορφώνονται με καθορισμένα πρότυπα.
- **Ευαισθησία στο περιβάλλον (sensitivity to environment):** Η ΔΟΠ λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των πελατών, σαν ένα μέρος της στρατηγικής της για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, ενώ το ISO 9000:1994: δεν λάμβανε υπόψη τι θα πρέπει να βελτιωθεί προκειμένου η επιχείρηση να αποκτήσει ανταγωνιστική θέση στην αγορά.

Σημειώνοντας λοιπόν τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ΔΟΠ που έλειπαν από τα πρότυπα ISO 9000:1994, η τεχνική επιτροπή του ISO τα αναθεώρησε και εξέδωσε το πρότυπο ISO 9001:2000. Οι αλλαγές που υπήρξαν είχαν ως στόχο τόσο οι εταιρείες να γεφυρώσουν το κενό μεταξύ των Προτύπων Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9000 και των Συστημάτων Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), όσο και να ενσωματώσουν πιο μοντέρνες πρακτικές διοίκησης. Επίσης το αναθεωρημένο πρότυπο ISO 9001:2000 είναι πιο συμβατό με τα κριτήρια των διαφόρων βραβείων ποιότητας. Βασίζεται στις επτά αρχές που περιγράφηκαν παραπάνω και υιοθετεί τη φιλοσοφία της ΔΟΠ, δίνοντας ισχυρότερη έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη και στην αποτελεσματική προσέγγιση των διεργασιών, που στοχεύει στην συνεχή βελτίωση της απόδοσης. Το νέο αυτό πρότυπο είναι προσανατολισμένο στην υπευθυνότητα της διοίκησης, στη διαχείριση των πόρων, στη δημιουργία του προϊόντος και στη μέτρηση, την ανάλυση και τη βελτίωση. Επίσης το νέο πρότυπο βρίσκεται σε συμφωνία με τον κύκλο βελτίωσης PCDA. Έτσι με τη νέα δομή αυτού του προτύπου, βασισμένη στις διεργασίες, ο κύκλος βελτίωσης PCDA είναι απαραίτητος και χρήσιμος για τη συνεχή βελτίωση της διεργασίας σε κάθε στάδιο. Έτσι με το αναθεωρημένο πρότυπο ISO 9001:2000 γίνεται ένα βήμα μπροστά για την εφαρμογή ενός Συστήματος ΔΟΠ, με σκοπό την ικανοποίηση του πελάτη και όχι μόνο τη διασφάλιση της ποιότητας του προϊόντος.

Το ISO 9000 και η ΔΟΠ πρέπει να είναι συμπληρωματικά συστήματα για την επίτευξη επιχειρηματικών στόχων. Οι εταιρείες που προσπαθούν να πληρούν τις ελάχιστες απαιτήσεις των προτύπων προκειμένου να πιστοποιηθούν δεν θα είναι σε θέση να επιτύχουν την πλήρη δυναμική αυτών των προτύπων και πιθανότατα θα αποτύχουν στο μέλλον. Αντίθετα, εάν η εταιρεία το βλέπει ως βάση για καλύτερη οργάνωση, βελτίωση εσωτερικών διαδικασιών και ποιότητας, δημιουργώντας ένα δυναμικό, συνεχές

σύστημα βελτίωσης, μπορεί πραγματικά να επωφεληθεί από τη διαδικασία εφαρμογής του προτύπου και τελικά να επιτύχει Ολική Ποιότητα. Το ISO 9000 έχει περιγραφεί ως η ραχοκοκαλιά της εφαρμογής της ΔΟΠ από μια εταιρεία, διότι περιέχει σημαντικά στοιχεία όπως η εκπαίδευση, ο έλεγχος διαδικασιών και η δέσμευση της διοίκησης. Ομοίως, το ISO 9000 είναι ένα σημαντικό μέρος της ΔΟΠ, επειδή η ΔΟΠ είναι ένα σύστημα ποιότητας που ξεπερνά το ISO 9000. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το ISO 9000 και η ΔΟΠ δεν είναι δύο έννοιες ασύμβατες μεταξύ τους. Το ISO 9000 είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ΔΟΠ, τονίζοντας τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πελατών, τη συμμετοχή των εργαζομένων και τη συνεχή βελτίωση. Συμπερασματικά, ότι το ISO 9000 είναι η βάση για την επιτυχή και αποτελεσματική εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ, και εάν χρησιμοποιείται ως μέρος της ΔΟΠ, οι απαιτήσεις του ISO 9000 μπορούν να ικανοποιηθούν πιο εύκολα. Συνιστάται επίσης οι εταιρείες να εφαρμόσουν πρώτα το ISO 9000 για να διασφαλίσουν τη σταθερότητα και τη συνέπεια της εργασίας τους και στη συνέχεια να εφαρμόσουν τη ΔΟΠ με σκοπό τη βελτίωση. (Ψωμάς, 2013).

2.4 Οφέλη και αρνητικές επιπτώσεις από την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας

2.4.1 Οφέλη

Τα οφέλη από την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικά και παρουσιάζονται ως εξής (Ιωαννίδου, 2018):

- Ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων
- Βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας του οργανισμού
- Η κατανόηση του θεσμικού πλαισίου
- Η βελτίωση του συστήματος παραγγελιών
- Η δημιουργία ασφαλέστερων συνθηκών εργασίας για το προσωπικό
- Η μείωση της επικινδυνότητας
- Η αποδοτικότερη διαχείριση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού
- Η μείωση του κόστους λειτουργίας
- Η βελτίωση των διαδικασιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας
- Η βελτίωση της ικανοποίησης του πελάτη
- Η καθιέρωση συστήματος εγγράφων και αρχείων

2.4.2 Μειονεκτήματα

Ωστόσο για την εφαρμογή τους υπάρχουν ορισμένα μειονεκτήματα, τα οποία δε μπορεί να θεωρηθούν αμελητέα:

- Αντίσταση στην αλλαγή της κουλτούρας
- Έλλειψη συστήματος διαχείρισης πληροφοριών
- Έλλειψη πολιτικής για τη διαχείριση πληροφοριών
- Έλλειψη υποδομών
- Έλλειψη στελεχών ποιότητας
- Έλλειψη κανονισμού διαχείρισης αποβλήτων

2.5 Παράγοντες επιτυχίας συστήματος διαχείρισης ποιότητας

Για την επίτευξη των στόχων ποιότητας είναι σημαντικοί οι παρακάτω παράγοντες (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012):

- Ηγεσία: Ένας ικανός ηγέτης προωθεί τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας σε έναν οργανισμό, μέσω του αποτελεσματικού συντονισμού των διαδικασιών.
- Δέσμευση στο στόχο: Εκφράζεται με ενεργό συμμετοχή και ο ηγέτης πρέπει να είναι παρών στη λήψη των αποφάσεων, να δημιουργεί ομάδες τις οποίες θα επιβλέπει και θα υποστηρίζει.
- Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές. Χρειάζεται προσεκτική ανίχνευση των αναγκών των πελατών ενός οργανισμού, καθώς είναι και ο λόγος ύπαρξής του.
- Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Τα επιθυμητά αποτελέσματα επιλέγονται με βάση τους στόχους του οργανισμού και πρέπει να είναι εναρμονισμένα με τα διεθνώς αποδεκτά πρότυπα.
- Ενδυνάμωση των εργαζομένων: Είναι η ιδιαίτερης σημασίας η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να παρέχουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες στους πελάτες. Η ηγεσία οφείλει να αφουγκράζεται τις ανάγκες των εργαζόμενων και να αναγνωρίζει τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία τους.
- Προληπτικές βελτιώσεις: Το μοντέλο «διαχείρισης κρίσεων» καλό θα είναι να αποφεύγεται. Αντί αυτού, κατά το οποίο οι δράσεις κινητοποιούνται από κάποια κρίση ή κάποιο λάθος, θα πρέπει να υπάρχει διάθεση για καινοτομία και εξεύρεσης ευκαιριών για περαιτέρω βελτίωση.

- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων: Η σωστή διαχείριση της πληροφορίας και η αξιοποίηση επιστημονικών εργαλείων είναι η βάση για τη λήψη αποφάσεων προς αποφυγή σφαλμάτων και αυθαιρεσιών.
- Ομαδική εργασία: Τα αποτελέσματα είναι πολύ πιο καλά όταν υπάρχει ομαδική εργασία από ότι σαν άθροισμα επί μέρους στοιχείων.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση: Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό είναι η πλέον επιτυχής και εξασφαλίζει την υγιή ανάπτυξη και βελτίωση.

2.6 Λόγοι αποτυχίας της εφαρμογής των προτύπων

Η εφαρμογή των ΣΔΠ υπάρχει περίπτωση να αποτύχουν στην ουσία τους, που είναι η ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ενός οργανισμού, κυρίως για τους εξής λόγους (Ορφανός, Ζέκιο 2018)

- Έλλειψη δέσμευσης από τη διοίκηση: Αποτελεί βασικό λόγο αποτυχίας εφαρμογής συστήματος ποιότητας. Η διοίκηση σε αυτήν την περίπτωση δεν έχει αναγνωρίσει το μέγεθος της δέσμευσης που απαιτείται και του πόρους που πρέπει να διαθέσει (χρήματα, χρόνος, ανθρώπινη απασχόληση), με κίνδυνο να βρεθεί προ εκπλήξεων στην πορεία του εγχειρήματος και τη δαπάνη πόρων.
- Στενά χρονικά περιθώρια και πίεση: Πολύ συχνά επιβάλλονται από την αγορά αυστηρά χρονικά περιθώρια για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός ΣΔΠ, αναγκάζοντας την επιχείρηση να πιστοποιηθεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Με αυτόν τον τρόπο όμως καταστρέφεται η διαδικασία ανάλυσης του συστήματος και η εκπαίδευση του προσωπικού και ενθαρρύνει την πρόχειρη ανάπτυξη και εφαρμογή. Η πίεση μπορεί να αναγκάσει τον οργανισμό να καταφύγει στον πλησιέστερο διαθέσιμο σύμβουλο και στη χειρότερη των περιπτώσεων να χρησιμοποιήσει ένα έτοιμο εγχειρίδιο ποιότητας από έναν παραπλήσιο οργανισμό. Επίσης στερεί τη δυνατότητα επανεξέτασης των διαδικασιών, την κατάλληλη κατάρτιση του προσωπικού, τη δυνατότητα ανάπτυξης ομαδικής εργασίας και συνεργασίας. Είναι όμως σαφές ότι η στρατηγική αυτή θέτει βραχυπρόθεσμους στόχους και αγνοείται ο ρόλος των εργαζομένων και της διοίκησης, που είναι και η κινητήριος δύναμη του οργανισμού.
- Τεκμηρίωση παλαιών διαδικασιών: Ένα ακόμα λάθος είναι η τεκμηρίωση των παλαιών διαδικασιών χωρίς πριν να έχει γίνει ανάλυση και αξιολόγησή τους. Έτσι χάνεται η ευκαιρία για τον εντοπισμό των ελλείψεων, των αδυναμιών και των πλεονασμών στις προϋπάρχουσες διαδικασίες και ένα σημαντικό όφελος της

πιστοποίησης, το οποίο είναι η επανεξέταση και ο επανασχεδιασμός των διαδικασιών με στόχο τη βελτίωση του συστήματος ποιότητας. Στην πραγματικότητα οι οργανισμοί γράφουν αυτά που κάνουν και κάνουν αυτά που γράφουν, διατηρώντας έτσι όλες τις στρεβλώσεις και τα μειονεκτήματα που μπορεί να περιέχουν οι διαδικασίες που ακολουθούν.

- **Ανεπαρκείς εσωτερικές επιθεωρήσεις:** Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται κυρίως από τις ετήσιες υποχρεωτικές επιθεωρήσεις οι οποίες αποτελούν ευκαιρία αξιολόγησης, αναθεώρησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Οπότε εάν οι επιθεωρήσεις δεν είναι αρκετά συχνές, είτε δε γίνονται αποτελεσματικά, είτε τα στοιχεία που προκύπτουν δεν αξιοποιούνται κατάλληλα τότε στερείται η ευκαιρία για ουσιαστική βελτίωση. Στις ελλειπείς επιθεωρήσεις συμβάλλει και το μη εκπαιδευμένο προσωπικό επιθεωρητών εσωτερικά και εξωτερικά του οργανισμού.
- **Υπερβολική εξάρτηση από εξωτερικούς συμβούλους:** Η ανάθεση όλης της προσπάθειας σε εξωτερικούς συμβούλους μειώνει τη δέσμευση της διοίκησης και των εργαζομένων μειώνοντας τη συμμετοχή στο σχεδιασμό και την ταύτιση με αυτό. Έτσι γίνεται δύσκολη η μετέπειτα δέσμευση στο σύστημα και η διατήρησή του, αφού η πραγματική κατανόηση του συστήματος αποτελεί τη βάση για τη μετέπειτα επιτυχημένη προσαρμογή και βελτίωσή του.
- **Ατομικότητα:** Αυτό συμβαίνει όταν στον πίνακα υπευθυνοτήτων κάθε τμήμα αναλαμβάνει ένα κομμάτι της πιστοποίησης, χωρίς να γίνεται αντιληπτό και σαφές ότι η εφαρμογή του προτύπου είναι ομαδική προσπάθεια. Έτσι κάθε τμήμα αντιμετωπίζει το πρότυπο από την περιορισμένη οπτική του δικού του κομματιού.
- **Υπερβολική γραφειοκρατία:** Σημαντικός λόγος αποτυχίας μπορεί να είναι επίσης η μετατροπή του συστήματος σε καθαρά γραφειοκρατικό το οποίο αποθαρρύνει τη σκέψη και την εφευρετικότητα και προωθεί την επανάληψη και τον εφησυχασμό.
- **Η Πιστοποίηση γίνεται αυτοσκοπός:** Η διοίκηση ενδιαφέρεται για την πιστοποίηση και μόνο για τον τρόπο που θα την επιτύχει και θα τη διατηρήσει. Σε αυτήν την περίπτωση το ΣΔΠ αναπτύσσεται σε πολύ βασικό στάδιο ικανοποιώντας τις ελάχιστες απαιτήσεις των προτύπων που απαιτούνται για την πιστοποίηση, ενώ οτιδήποτε επιπλέον θεωρείται χάσιμο χρόνου και χρήματος. Η Πιστοποίηση αντιμετωπίζεται μόνο σαν εργαλείο για ανταγωνισμό σε εγχώρια και διεθνή αγορά αγνοώντας το βασικό στόχο που είναι η βελτίωση της εσωτερικής λειτουργίας και οργάνωσης και της βελτίωσης των τελικών προϊόντων και υπηρεσιών που προσφέρει.

- Επανάπαυση της διοίκησης στην πιστοποίηση: Η διοίκηση πιστεύει ότι με την πιστοποίηση έχει επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας και δε χρειάζεται να προσπαθήσει άλλο. Όμως η ουσία είναι ότι το ΣΔΠ είναι δυναμικό και συνεχώς προσαρμοζόμενο στις μεταβαλλόμενες εξωτερικές απαιτήσεις και συνθήκες.

Φαίνεται λοιπόν πως η επιδίωξη της πιστοποίησης αποτελεί μέρος της ανάπτυξης και της βελτίωσης του οργανισμού και όχι μια στείρα αποτύπωση των προτύπων.

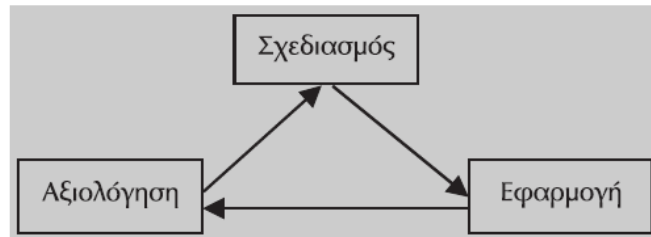
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

3.1 Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας η αξιολόγηση περιλαμβάνει δύο βασικούς τομείς: την αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας και την αξιολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας ή των ευρύτερων συστημάτων υγείας. Ως αξιολόγηση ορίζεται η εκτίμηση της συμμόρφωσης της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ή των επιμέρους προσφερόμενων υπηρεσιών με γνώμονα συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία καθορίζονται από πρότυπα που διαμορφώνονται θεωρητικά ή εμπειρικά. Τα πρότυπα αυτά μπορεί να είναι απόλυτα είτε συγκριτικά. Στα απόλυτα πρότυπα υπάρχουν προκαθορισμένοι στόχοι βάσει των οποίων γίνεται η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, των παρεχόμενων υπηρεσιών ή των αποτελεσμάτων που παράγονται. Στην περίπτωση της συγκριτικής αξιολόγησης, καθορίζονται συστήματα ή υπηρεσίες υγείας ως αναφοράς και η αξιολόγηση γίνεται ως προς αυτά.

Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας.

ΕΙΚΟΝΑ 3



Ο ρόλος της αξιολόγησης στο χώρο της υγείας

Πηγή: Τούντας, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007

Η αξιολόγηση μια υπηρεσίας υγείας δίνει τη δυνατότητα να επισημανθούν οι ελλείψεις και τα προβλήματα με σκοπό την αντιμετώπισή τους. Επίσης, μπορεί να γίνει αναπροσαρμογή της λειτουργίας της υπηρεσίας με σκοπό την είτευξη των προκαθορισμένων στόχων της και την εισαγωγή νέων πρακτικών και εφαρμογών στη λειτουργία της. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τόσο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και την ορθολογική εκμετάλλευση των πόρων, οικονομικών και ανθρώπινων.

Όσον αφορά στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας οι σχετικές προσεγγίσεις πραγματοποιούνται σε μακρο-επίπεδο του συστήματος (περιφερειακό ή κεντρικό). Η αξιολόγηση αυτή ανήκει στο πλαίσιο ενός ευρύτερου σχεδιασμού για τον καθορισμό της εξέλιξης της εθνικής πολιτικής υγείας. Απώτερος στόχος είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η μείωση των ανισοτήτων μέσα στον πληθυσμό. (Τούντας, Οικονόμου, 2007)

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας συνίσταται από ένα συνδυασμό διαφορετικών επιπέδων αξιολόγησης και επιλογής κατάλληλων δεικτών.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1996), τα επίπεδα αξιολόγησης είναι τέσσερα:

1. **Αξιολόγηση των εισροών (inputs)** κατά την οποία αποτιμώνται τόσο οι ανθρώπινοι όσο και οι υλικοί πόροι της υπηρεσίας. Ως υλικοί πόροι εννοούνται οι εγκαταστάσεις, τα μηχανήματα κλπ. Οι ανθρώπινοι πόροι είναι οι υπάλληλοι των υπηρεσιών υγείας.
2. **Αξιολόγηση της διαδικασίας των παρεχόμενων υπηρεσιών (process)**, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται όχι μόνο η οργάνωση αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3. **Αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών (outputs)**, η οποία είναι ο λόγος ποσότητας παρεχόμενων υπηρεσιών / χρήση τους.
4. **Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (outcomes)**, όπου μελετώνται τα αποτελέσματα της υπηρεσίας στην ατομική ή συνολική υγεία του πληθυσμού και υλοποιούνται κατά τη διάρκεια ή μετά το πέρας της υπηρεσίας.

ΕΙΚΟΝΑ 4



Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας

Πηγή: Τούντας, Οικονόμου Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν όπως τα ετη προϋπηρεσίας των γιατρών, η εκπαίδευση, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων κλπ. Πρωταρχικής σημασίας είναι ο εντοπισμός των κύριων σημείων ενδιαφέροντος. Στη συνέχεια καθορίζονται τα πρότυπα καλής πρακτικής, οι δείκτες αξιολόγησης και οι δράσεις συμμόρφωσης (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012).

3.2 Κριτήρια απόδοσης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας οφείλει να περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις της φροντίδας υγείας και να συνδυάζει τις οπτικές όλων των ομάδων που εμπλέκονται στη χρήση των υπηρεσιών όπως ασθενείς, προμηθευτές (νοσοκομείο, φροντιστές) και αγοραστές υπηρεσιών (πχ ασφαλιστικές υπηρεσίες). Η απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων δεν αρκεί για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των υπηρεσιών αλλά απαιτείται η προσεκτική επιλογή κατάλληλων μέτρων και κριτηρίων απόδοσης. Η αξιολόγηση γίνεται είτε εσωτερικά μέσα από τον ίδιο τον οργανισμό είτε από εξωτερικούς αξιολογητές (Τούντας, Οικονόμου, 2007).

Τα κριτήρια απόδοσης αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, οι οποίες εκτιμούν τομείς της λειτουργίας σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα. Τα κριτήρια θα πρέπει να αφορούν και τα τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών (εισροές, διαδικασίες, εκροές και τελικά αποτελέσματα), ενώ εστιάζουν στους τομείς που

ενδιαφέρουν περισσότερο τα εμπλεκόμενα μέρη. Τα κριτήρια αυτά στη συνέχεια εκφράζονται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης (PIs, Performance Indicators). Οι δείκτες αυτοί είναι ένας καθαρός αριθμός που αντιστοιχεί σε ποσοστιαία αναλογία συχνότητας συγκεκριμένου γεγονότος (Τούντας, Οικονόμου, 2007).

Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας είναι σύμφωνα με τον Cochrane (1972) τρία:

- Η αποτελεσματικότητα (effectiveness), η οποία αφορά στα ιατρικά μέτρα, στα προγράμματα υγείας, στις υπηρεσίες και στα συστήματα υγείας ενώ είναι μέλημα κυρίως των γιατρών.
- Η αποδοτικότητα (efficiency) , η οποία αναφέρεται στα συστήματα και στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλισή της αφορά τις διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας.
- Η ισότητα (equity), η οποία αφορά στα συστήματα υγείας και είναι μέλημα της πολιτικής υγείας.

Σύμφωνα με τον Cochrane η ιεράρχηση των κριτηρίων γίνεται με βάση την ανισότητα:

Αποτελεσματικότητα> Αποδοτικότητα> Ισότητα

Αυτό γιατί η αποτελεσματικότητα εξασφαλίζει την αποδοτικότητα και η ισότητα εξασφαλίζεται με την παροχή όλων των ιατρικών πράξεων δωρεάν στον πληθυσμό. Όμως, η αυτόματη διασφάλιση της αποδοτικότητας δεν είναι εφικτή πάντοτε, ενώ με την εξίσωση αυτή υποβαθμίζεται η έννοια της ισότητας, γιατί η εκμετάλλευση των ίσων ευκαιριών δεν είναι πάντα δυνατή. Οπότε, έγινε επαναδιατύπωση της εξίσωσης ως εξής:

Ισότητα> Αποτελεσματικότητα> Αποδοτικότητα

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας εξυπηρετούνται ταυτόχρονα, όπως στην περίπτωση της μετατόπισης πόρων από μια περιοχή με μεγάλες υποδομές υγείας και χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας σε μια λιγότερο προνομιούχα περιοχή. Η ταυτόχρονη μεγιστοποίηση και των δύο έννοιών όμως είναι δύσκολη καθώς είναι ανταγωνιστικές έννοιες. Έτσι επιδιώκεται μια ισορροπία μεταξύ των δύο έννοιών, όπου η αύξηση της μιας δε γίνεται εις βάρος της άλλης. Μερικές φορές εντούτοις όταν είναι απαραίτητο προτιμάται η αύξηση της ισότητας έναντι της αποδοτικότητας όπως στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων, των εργαζόμενων μητέρων κλπ.

Παρακάτω γίνεται ανάλυση των κριτηρίων απόδοσης (Τούντας, Οικονόμου, 2007) :

3.1.1 Αποτελεσματικότητα

Ο βαθμός επίτευξης των στόχων ενός συστήματος υγείας συνιστά την αποτελεσματικότητά του. Συνήθως αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων που αφορούν τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού.

Η πλέον κατάλληλη μέθοδος αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας ή μιας υπηρεσίας είναι μέσω της μέτρησης των τελικών αποτελεσμάτων υγείας, δηλαδή της θνητότητας, της θνησιμότητας, της ποιότητας ζωής κλπ., που όμως δεν είναι εφικτή η εφαρμογή της πάντα. Έτσι, η αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας συχνά αποτιμάται έμμεσα, μέσω των της μέτρησης των επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, ή με βάση την ποιότητα των ενδιάμεσων διαδικασιών όπως των χειρουργικών πράξεων.

3.1.2 Αποδοτικότητα

Ως αποδοτικότητα ορίζεται η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενός συστήματος ή μιας υπηρεσίας υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους διατιθέμενους πόρους. Η έλλειψη αποδοτικότητας έχει ως συνέπεια την αύξηση του κόστους των ιατρικών πράξεων, οπότε και η καταπολέμησή της έχει αποτελέσει βασικό μέλημα των διοικήσεων των μονάδων υγείας.

Η αποδοτικότητα παίρνει τη μεγαλύτερη δυνατή τιμή της όταν μια συγκεκριμένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη δυνατή ποσότητα προϊόντος. Σχετίζεται με την παραγωγικότητα, η οποία υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωπόωρες, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής.

Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας μετράται με το λόγο εκροών/εισροών όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές εκφράζονται είτε σε φυσικές είτε σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Παράδειγμα σε ένα νοσοκομείο οι εισροές αποτελούνται από το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, τις διαθέσιμες κλίνες, στις ενδιάμεσες εκροές περιλαμβάνονται ο αριθμός νοσηλευθέντων και στις εκροές η βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας ή θνησιμότητας.

3.1.3 Ισότητα

Ο ΠΟΥ έχει ορίσει την ισότητα ως «ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους». Σύμφωνα με άλλον ορισμό, ισότητα είναι η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης, χρήσης υπηρεσιών και

παροχής ίσης ποιότητας υπηρεσιών φορντίδας υγείας ανεξάρτητα από κοινωνικούς, φυλετικούς, πολιτισμικούς και λοιπούς παράγοντες. Μια απόδειξη ισότητας αποτελεί η απουσία σημαντικών διαφορών στους δείκτες υγείας (πχ βρεφική θνησιμότητα), μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού.

Η παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό είναι εκείνη η οποία υποστηρίζει την άποψη ότι η ισότητα ανήκει στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών, και συνδέεται με την έννοια της αποδοτικότητας διανομής, η οποία επιδιώκει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Εκ διαμέτρου αντίθετα συναντάται η φιλελεύθερη άποψη ότι η κατανομή θα πρέπει να ακολουθεί τους νόμους της ελεύθερης αγοράς για όλα τα καταναλωτικά αγαθά.

Οι διαστάσεις της ισότητας είναι δύο, η οριζόντια και η κάθετη. Η οριζόντια έχει ως στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Επιτυγχάνεται με ίση κατανομή πόρων και υπηρεσιών, ισότιμη πρόσβαση (ίδιες αποστάσεις από μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ΠΦΥ) και χρήση υπηρεσιών από το σύνολο του πληθυσμού. Σύμφωνα με την κάθετη ισότητα, οι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες έχουν διαφορετικές ανάγκες φροντίδας και επομένως η χρήση των υπηρεσιών είναι ανάλογη των επιμέρους αναγκών. Επίσης η χρηματοδότηση γίνεται σταδιακά με βάση την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη. Ο έλεγχος της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας ως προς το κοινωνικό σύνολο γίνεται μέσω κρατικών παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι μικρότερες ή μεγαλύτερες και πολλές και διαφορετικές. Αντανακλούν τη μορφή των συστημάτων υγείας, το βαθμό άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και τη δομή του κοινωνικού ιστού.

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν μεγάλη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει η πολιτική υγείας. Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των κρατικών παρεμβάσεων πραγματοποιείται μέσω της μέτρησης των μεταβολών των ανισοτήτων, κύριως με τη διενέργεια συνεντεύξεων και παρακολούθησης μητρώων θνησιμότητας. Οι δείκτες νοσηρότητας βοηθούν στην αξιολόγηση των διαφόρων πτυχών της υγείας του πληθυσμού.

Η ουσιαστική αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία προϋποθέτει ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές παρεμβάσεις (εκπαίδευση, καταπολέμηση ανεργίας κλπ).

3.3 Δείκτες Ποιότητας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε συγκεκριμένους δείκτες από τους οποίους εξάγονται τα συμπεράσματα της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση μπορεί να βασιστεί στους εξής δείκτες (Ιωαννίδου, 2018):

- **Δείκτες διαδικασιών** οι οποίοι προσδιορίζουν την παραγωγικότητα, όπως για παράδειγμα οι δείκτες παραγωγικότητας
- **Δείκτες αποτελέσματος** οι οποίοι φανερώνουν την αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς λόγω των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα ο δείκτης θνητότητας ανά κατηγορία νοσημάτων
- **Δείκτες δομής**, οι οποίοι εξετάζουν την επάρκεια των δομών, του εξοπλισμού όπως δείκτες επάρκειας κλινών κλπ

Ο ΠΟΥ παρουσιάζει μια σειρά από δείκτες αξιολόγησης, οι οποίοι χρησιμοποιούνται ανάλογα με τον τύπο της αξιολογούμενης υπηρεσίας υγείας και με το είδος της αξιολόγησης. Οι δείκτες αυτοί είναι οι παρακάτω (Τούντας, 2007) :

- **Δείκτες εισροών**, οι οποίοι αποτελούν ποσοτικούς δείκτες, δείκτες επάρκειας, δείκτες ποιότητας εισροών και δείκτες γεωγραφικής προσπελασιμότητας.
- **Δείκτες ενδιάμεσων εκροών**, οι οποίοι είναι οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών, οι δείκτες επαφών, οι δείκτες προϊόντων, οι δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και οι δείκτες χρησιμοποίησης.
- **Δείκτες αποδοτικότητας**, δηλαδή δείκτες οικονομικής αξιολόγησης και δείκτες μακρο-αξιολόγησης
- **Δείκτες πολιτικής υγείας** όπως είναι οι δείκτες οργανωτικού πλαισίου
- **Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες**, όπως είναι οι δείκτες εισοδήματος, εργασιακού πλαισίου κλπ
- **Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών**, δηλαδή οι δείκτες ικανοποίησης των ασθενών, χρόνοι αναμονής κλπ
- **Δείκτες αποτελέσματος και υγείας του πληθυσμού**, δηλαδή οι δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, σχετικής αποτελεσματικότητας κλπ

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες αξιολόγησης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες ποιότητας, με την ευρεία έννοια του όρου ποιότητα.

3.4 Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης

Οι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση ενός οργανισμού πρέπει να βασίζονται σε ορισμένα κριτήρια τα οποία είναι τα εξής (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012) :

- **Η ειδικότητα (specificity)**, η οποία αφορά την ικανότητα εντοπισμού διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών.
- **Η ευαισθησία (sensitivity)**, η οποία δείχνει την ακρίβεια του δείκτη και κατά πόσο η επαναλαμβανόμενη χρήση του φανερώνει διαφοροποιήσεις.
- **Η αξιοπιστία (reliability)**, δηλαδή η συνέπεια και η ακρίβεια της μέτρησης και το εύρος της μεταβλητότητας από διάφορους παράγοντες.
- **Η εγκυρότητα (validity)**, που είναι ικανότητα του δείκτη να μετρά τις μεταβλητές για τις οποίες έχει σχεδιαστεί. Ανιχνεύεται δυσκολότερα από ότι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.
- **Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability)**, η οποία αναφέρεται σε δείκτες που μπορούν να εφαρμοστούν σε διεθνές επίπεδο.
- **Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness)**, η οποία είναι η ικανότητα ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές.
- **Η χρησιμότητα (usefulness)**, δηλαδή η συμβολή του δείκτη στη διενέργεια βελτιωτικών πρακτικών.

Η επιλογή των δεικτών, όπως θα δούμε και στην παρούσα εργασία, δεν είναι κάτι στατικό και μόνιμο αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες και την επιστημονική γνώση.

3.5 Κόστος Ποιότητας

Είναι γεγονός ότι όταν εφαρμόζεται σε έναν οργανισμό ένα πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας για πρώτη φορά, αυξάνεται το κόστος λειτουργίας του οργανισμού. Εντούτοις, η αύξηση του κόστους δεν συνεπάγεται και αύξηση της ποιότητας, ενώ η αύξηση της ποιότητας δε συνεπάγεται αύξηση του κόστους. Μακροπρόθεσμα δε, λόγω αύξησης της αποδοτικότητας, η οποία είναι βασικός στόχος της διοίκησης ποιότητας, τα κόστη μειώνονται (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012).

Τα κόστη της ποιότητας είναι αποτέλεσμα της μη συμμόρφωσης στις αρχές ποιότητας και η συμμόρφωση πρέπει να επιτυγχάνεται από την πρώτη φορά για την αποφυγή του κόστους (Zahar, Barkany, 2016).

Τα τρία σημεία του κόστους είναι το κόστος πρόληψης, το κόστος αποτίμησης και το κόστος εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Τύποι κόστους		Περιγραφή	Στοιχεία
Κόστος Πρόληψης		Προκύπτει από τις δραστηριότητες πρόληψης λαθών	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός Ποιότητας • Συναντήσεις ομάδας βελτίωσης ποιότητας • Εκπαίδευση στην ποιότητα
Κόστος αποτίμησης		Προκύπτει από δραστηριότητες εντοπισμού αστοχιών σε όλο φάσμα ποιότητας και διατήρησης υψηλού επιπέδου ποιότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Υπηρεσίες επιθεώρησης • Βαθμονόμηση εξοπλισμού και μηχανημάτων • Διακρίβωση οργάνων
Κόστος αποτυχίας	Κόστη εσωτερικής αποτυχίας	Προκύπτουν καθώς οι αστοχίες εντοπίζονται και διορθώνονται πριν τα αποτελέσματα παραδοθούν σε ιατρούς και ασθενείς	<ul style="list-style-type: none"> • Επανάληψη δοκιμασίας • Χαμένο δείγμα • Υπερβολικά μεγάλος όγκος παραγγελιών • Σφάλμα εισαγωγής δεδομένων
	Κόστη εξωτερικής αποτυχίας	Προκύπτουν αφού τα αποτελέσματα έχουν παραδοθεί σε ιατρούς και ασθενείς	<ul style="list-style-type: none"> • Καθυστέρηση παράδοσης αποτελεσμάτων • Αναθεώρηση αναφορών • Ανάκληση αποτελεσμάτων

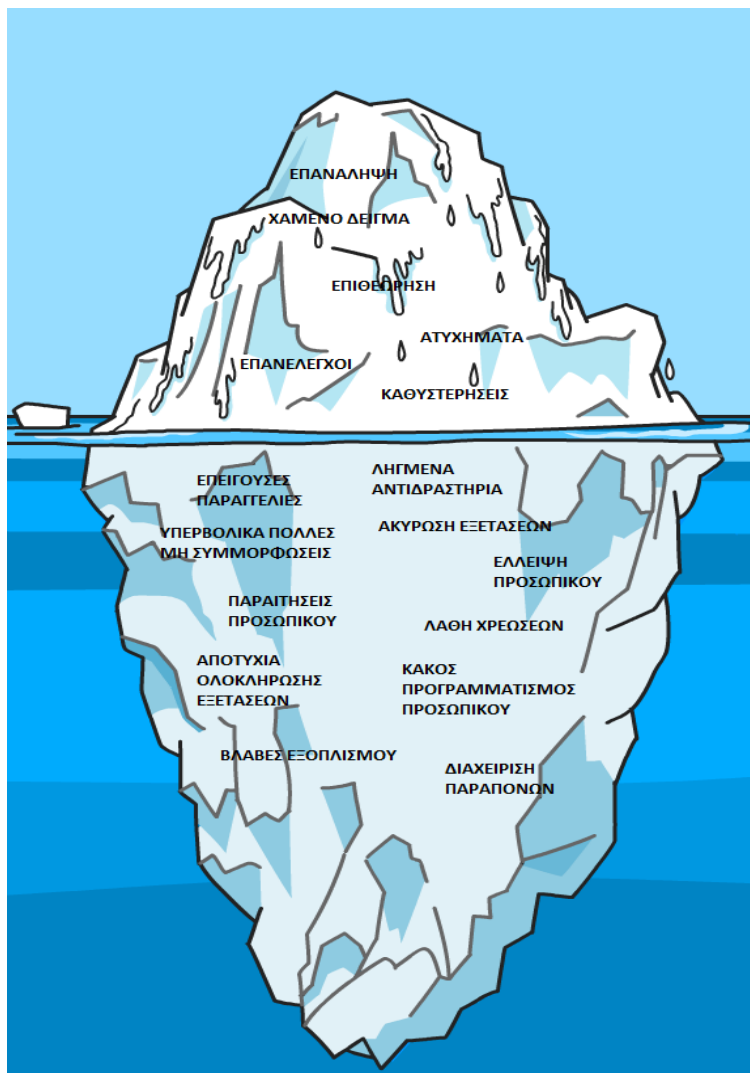
Τύποι, περιγραφή και στοιχεία κόστους ποιότητας

Πηγή: Zahar, Barkany 2016, ίδια επεξεργασία

Το μεγαλύτερο μέρος του κόστους είναι μη ορατό. Τα κόστη αποτυχίας είναι σαν «παγόβουνο». Κάποια είναι αμέσως αναγνωρίσιμα, ενώ άλλα είναι δύσκολο να

εντοπιστούν άμεσα. Είναι όμως σημαντικό να εντοπίζονται και να αποτιμάται η συνεισφορά τους στο συνολικό κόστος ποιότητας.

ΕΙΚΟΝΑ 5



Το «παγόβουνο» του κόστους της χαμηλής ποιότητας

Πηγή: Zahar, 2016, ίδια επεξεργασία

Με τη διοίκηση ποιότητας μειώνεται το κόστος της αποτυχίας, μέσω της μείωσης του εσωτερικού κόστους αποτυχίας (αποφεύγοντας άσκοπες επαναλήψεις, καθυστερήσεις κλπ) και του εξωτερικού κόστους αποτυχίας, που έχει αντίκτυπο στην αξιοπιστία του οργανισμού.

Όταν πλέον το προσωπικό έχει αφορμοιωθεί, εφαρμόζει καλές πρακτικές και έχει εξασφαλιστεί αρμονική ροή διαδικασιών τότε μειώνεται το κόστος προετοιμασίας.

Όταν πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά όλες οι διαδικασίες, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα και επανατροφοδοτείται ο κύκλος συνεχιζόμενης βελτίωσης ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Παραδείγματα Εθνικών Πολιτικών Ποιότητας

Στο διεθνή χώρο του τομέα της υγείας οι προσπάθειες αναβάθμισης της ποιότητας των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών χρονολογούνται από πολύ παλιά, με αποκορύφωμα τις τελευταίες δεκαετίες που παρατηρείται μια επιστημονική προσπάθεια πιστοποίησης και διαπίστευσης των συστημάτων ποιότητας που εφαρμόζονται ενδονοσοκομειακά. (Ιωαννίδου, 2018).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, χώρες όπως ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Ιαπωνία, η Κίνα, η Ινδία, η Σαουδική Αραβία, η Βραζιλία και η Τουρκία έχουν εφαρμόσει ΔΟΠ στα συστήματα υγείας τους για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Ομοίως, πολλές χώρες της ΕΕ έχουν αναπτύξει συστήματα ΔΟΠ σε πολλά νοσοκομεία (κυρίως νοσοκομεία με 250 ή περισσότερα κρεβάτια) και έχουν ορίσει συγκεκριμένες θέσεις υπευθύνου ποιότητας και εξειδικευμένα τμήματα. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και οι Κάτω Χώρες έχουν γίνει πρωτοπόροι στην υιοθέτηση συστημάτων ΔΟΠ μέσω της επιτυχούς εφαρμογής διαδικασιών συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, δεικτών ποιότητας, κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών διαχείρισης ποιότητας των νοσοκομείων. (Τζωρτζόπουλος, 2018)

Παρακάτω θα αναφερθούν ενδεικτικά τα συστήματα που έχουν εφαρμοστεί από ορισμένες χώρες της Ευρώπης και του κόσμου.

4.1.1 ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ το σύστημα Υγείας είναι ιδιωτικοποιημένο, ευνοείται από ιδιωτική χρηματοδότηση με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική ανάπτυξη της τεχνολογίας και της επιστήμης στον τομέα της υγείας.

Το Σεπτέμβριο του 1996 ο πρόεδρος Clinton, διόρισε τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Προστασία των Καταναλωτών και την Ποιότητα στη Βιομηχανία Υγειονομικής Περίθαλψης (Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry), μια επιτροπή 32 μελών για τη μελέτη της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν σε νομοθετική κάλυψη των

δικαιωμάτων των ασθενών και σε συγκεκριμένες συστάσεις βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας (Ιωαννίδου, 2018).

Σύμφωνα με την επιτροπή, κύριος στόχος της βελτίωσης της ποιότητας είναι η διατήρηση των καλών σημείων του συστήματος με παράλληλη εστίαση στους τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Κύρια ποιοτικά προβλήματα που εντοπίστηκαν ήταν η εκτεταμένη ετερογένεια των υπηρεσιών υγείας, η ανεπαρκής χρήση κάποιων υπηρεσιών και η υπερβολική χρήση άλλων καθώς και ο απαράδεκτος αριθμός λαθών. Μεγάλο πρόβλημα είναι και ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών (41 εκατομμύρια το 1995), το οποίο περιορίζει κατά πολύ την πρόσβαση των πολιτών αυτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Συνολικά πάνω από 50 προτάσεις παρουσιάστηκαν από την επιτροπή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την αναβάθμιση του συστήματος. Αυτές αφορούν τους εξής τομείς (<https://govinfo.library.unt.edu/hcquality/final/index.htm>, προσβάσιμη στις 18/3/2021):

- Παροχή ισχυρής διοίκησης και καθορισμός σαφών στόχων.
- Αναβάθμιση μέτρησεων ποιότητας και εξαγωγής των αναφορών.
- Δημιουργία συνεργασιών μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.
- Ενθάρρυνση κινητοποίησης από τους οργανισμούς ομαδικών αγορών υγείας.
- Ενδυνάμωση της γνώσης των καταναλωτών.
- Εστίαση σε ευπαθείς ομάδες.
- Προώθηση λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
- Μείωση των λαθών και αύξηση της υγειονομικής ασφάλειας.
- Προώθηση της τεκμηριωμένης πρακτικής και της καινοτομίας.
- Προσαρμογή των οργανισμών στις αλλαγές.
- Δέσμευση του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Επένδυση στα πληροφοριακά συστήματα.

Σύμφωνα με τον Schuster et al, 2005 οι δραματικές αλλαγές στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ με τη δημιουργία νέων οργανωτικών δομών και συστημάτων αποζημιώσεων, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι η μείωση σε κόστη δεν πραγματοποιείται εις βάρος της ποιότητας, ενώ είναι γεγονός ότι ενώ για δραστηριότητες της οικονομίας όπως η εστίαση, η αεροπορία, η αυτοκινητοβιομηχανία υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για την ποιότητά τους, για την υγεία δεν είναι επαρκείς.

Η ποιότητα παρουσιάζει επίσης μεγάλη ετερογένεια μεταξύ νοσοκομείων, πόλεων και πολιτειών. Παρόλο που στις ΗΠΑ η πρόοδος της υγειονομικής τεχνολογίας είναι σημαντική και υπάρχει παντού διαθέσιμη τεχνογνωσία, αυτό δεν αντικατοπτρίζεται πάντα στο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις παροχής ακατάλληλης περίθαλψης και η πρόσβαση είναι πολλές φορές δυσχερής.

Μέτρηση ποιότητας

Υπάρχουν ορισμένα συστήματα που μετρούν την ποιότητα σε επιλεγμένους τομείς των Ηνωμένων Πολιτειών, όπως η Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης Ποιότητας (National Committee for Quality Assurance's, NCQA) και το Σύστημα Δεδομένων και Πληροφοριών Υγείας των Εργαζομένων (Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS). Το HEDIS είναι ένα εργαλείο μέτρησης απόδοσης σχεδιασμένο για να βοηθά τους αγοραστές και τους καταναλωτές στην αξιολόγηση των παρεχόμενων πλάνων υγείας. Είτε αξιολογεί την ποιότητα ως μέρος μιας ερευνητικής μελέτης είτε ως μέρος ενός εργαλείου αγοράς, τα στοιχεία δείχνουν επανειλημμένα ότι η ποιότητα είναι μειωμένη και δεν πληροί τα πρότυπα.

Αν και το NCQA, άλλοι οργανισμοί και κυβερνητικοί φορείς συμβάλλουν στη μέτρηση της ποιότητας της περίθαλψης, δεν υπάρχει σύστημα στις Ηνωμένες Πολιτείες το οποίο να παρέχει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας για το έθνος, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο η ποιότητα ποικίλλει ανάλογα με τις υποομάδες πληθυσμού (π.χ. φύλο, ηλικία, φυλή / εθνικότητα, εισόδημα, περιοχή χώρας, μέγεθος κοινότητας) και πώς η ποιότητα αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Η ταχεία ανάπτυξη του πεδίου είναι ενθαρρυντική, αλλά περιορίζεται σε οργανισμούς που καλύπτουν συγκεκριμένα τμήματα της χώρας ή περιορίζεται σε ορισμένα τμήματα της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα των δεδομένων τους καθώς και τα ευρήματα μεμονωμένων μελετών, παρέχουν κάποια στοιχεία για την κατάσταση σε όλη τη χώρα.

Προσπάθειες όπως το HEDIS θα μπορούσαν τελικά να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας πιο ολοκληρωμένης εθνικής αξιολόγησης της ποιότητας.

Το 2000, με εντολή του Κογκρέσου στην Υπηρεσία για την Έρευνα και την Πολιτική της Υγειονομικής περίθαλψης (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) αναπτύχθηκαν εργαλεία μέτρησης της επίδοσης του υγειονομικού συστήματος σε πλήθος τομέων για την αξιολόγηση της παρεχόμενης περίθαλψης (Ιωαννίδου, 2018).

Η AHRQ είναι υπεύθυνη για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας του Αμερικανικού συστήματος υγείας. Αναπτύσσει τη γνώση, τα εργαλεία και τα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας και βοηθά τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας και την πολιτεία να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις υγείας.

Παραδείγματα μετρήσεων και δεδομένων που παράγει ο AHRQ είναι τα κάτωθι:

- Το Έργο Κόστους και Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας.
- Η δημιουργία σουίτας έρευνας με την ονομασία « Αξιολόγηση Καταναλωτών στους παρόχους Υγείας και στο Σύστημα Υγείας».
- Έρευνα Δαπανών Υγείας.

Βασικοί μακροπρόθεσμοι στόχοι της AHRQ είναι:

- Η μείωση της υπερκατανάλωσης αντιβιοτικών και των ενδονοσομειακών λοιμώξεων.
- Η βελτίωση της φροντίδας ασθενών με πολλαπλές χρόνιες νόσους.
- Ενσωμάτωση των πιο πρόσφατων αποτελεσμάτων των ερευνών σε ηλεκτρονικά αρχεία τα οποία θα βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων υγείας.
- Η βελτίωση της παροχής αποτελεσματικής θεραπείας σε χρήστες οπιοειδών σε αγροτικές περιοχές (<https://www.ahrq.gov/>) .

4.1.2 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μεγάλη ιστορία στη διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς κατόρθωσε να διατυπώσει με σαφήνεια τους εθνικούς του στόχους και ήδη από το 1948 εισήγαγε την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service, NHS).

Έως το 1998 η διασφάλιση της υγεινομικής ποιότητας πραγματοποιούνταν από επιτροπές οι οποίες μετρούσαν συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας και διενεργούσαν εθνικές εμπιστευτικές έρευνες. Το 1998 καθόρισε τους στόχους για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας στις κοινωνικές και υγεινομικές υπηρεσίες, ενώ από τα μέσα του 1999 ορίστηκε νέο πλαίσιο επίδοσης που απαρτιζόταν από 6 τομείς. Το 2000 δημιουργήθηκε ένα νέο σχέδιο για τη βελτίωση της ασφάλειας και δημιουργήθηκε η Εθνική Έκθεση Ασφαλείας και η Υπηρεσία Ασφαλείας. (Ιωαννίδου, 2018).

- Νόμος για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα 2012 (Health and Social Care Act, HSCA)

Ο νόμος για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα του 2012 αποτελεί την πιο ριζική και εκτεταμένη αναδιοργάνωση του NHS μέχρι σήμερα και συνοδεύεται από σημαντικά επίπεδα πολιτικής ρητορικής και αντιπαραθέσεων.

Η νομοθεσία είχε δύο βασικούς στόχους: Να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα για τους ασθενείς και να επανατοποθετήσει τον τρόπο παροχής έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών υγείας να επικεντρώνεται περισσότερο στον ασθενή και να διευκολύνει τις επιλογές του. Αυτοί οι στόχοι είναι αδιαμφισβήτητοι.

Ωστόσο, πολλοί από τους μηχανισμούς που εισάγει η νομοθεσία για την επίτευξη αυτών των στόχων έχουν δημιουργήσει ανησυχία μεταξύ των χρηστών υπηρεσιών, των ιατρών και των παρόχων υπηρεσιών. (Glover-Thomas, 2013)

Οι Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups CCGs) δημιουργήθηκαν σύμφωνα με το Νόμο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας το 2012 και αντικατέστησαν τα Καταπιστεύματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts PCTs) την 1η Απριλίου 2013. Αποτελούν φορείς του NHS που είναι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και τη διεκπεραίωση υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης τους. Από την 1η Απριλίου 2020 και μετά από μια σειρά συγχωνεύσεων, υπάρχουν 135 CCG στην Αγγλία.

Οι CCGs αναμένεται να φέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας στον τοπικό πληθυσμό. Η ανάθεση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των τοπικών αναγκών, τον καθορισμό προτεραιοτήτων και στρατηγικών και, στη συνέχεια, την αγορά υπηρεσιών εκ μέρους του πληθυσμού από παρόχους όπως νοσοκομεία, κλινικές, κοινοτικούς φορείς υγείας κ.λπ. Είναι μια συνεχής διαδικασία. Οι CCGs πρέπει να ανταποκρίνονται συνεχώς και να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες τοπικές συνθήκες. Είναι υπεύθυνες για την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού τους και αξιολογούνται από το πόσο βελτιώνουν τα αποτελέσματα.

Οι CCGs::

- Αποτελούνται από ομάδες με μέλη γενικούς ιατρούς.
- Διοικούνται από ένα εκλεγμένο διοικητικό σώμα που αποτελείται από γενικούς ιατρούς, άλλους κλινικούς ιατρούς, συμπεριλαμβανομένης μιας νοσοκόμας και ενός συμβούλου δευτεροβάθμιας περίθαλψης καθώς και μελών της κοινότητας.
- Είναι υπεύθυνες για περίπου τα 2/3 του συνολικού προϋπολογισμού του NHS.
- Είναι υπεύθυνες για την ανάθεση υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επείγουσας περίθαλψης, επιλογής νοσοκομειακών υπηρεσιών και κοινοτικής περίθαλψης.

- Είναι ανεξάρτητες και υπόλογες στον Υφυπουργό Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας μέσω του NHS.
- Είναι υπεύθυνες για την υγεία των πληθυσμών που κυμαίνονται από κάτω από 100.000 έως πάνω από ένα εκατομμύριο, αν και ο μέσος πληθυσμός ευθύνης τους είναι περίπου 250.000 άνθρωποι.

Οι θετικές επιπτώσεις από τη δημιουργία των CCGs σε κοινωνικό και υγειονομικό επίπεδο περιλαμβάνουν:

- Εξασφάλιση ενός υγιούς μέλλοντος.
- Δημιουργούν κορυφαίες τοπικές συνεργασίες.
- Διαμορφώνουν υγιείς πόλεις και οικονομίες.
- Υποστήριξη από την αρχή.
- Αριστεία στην αντιμετώπιση του διαβήτη.

Οι CCG συνεργάζονται στενά με το NHS, το οποίο έχει τρεις ρόλους:

- **Διασφάλιση:** Το NHS έχει την ευθύνη να διαβεβαιώσει ότι οι CCG διεκπεραιώνουν το σκοπό τους και βελτιώνουν τα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού.
- **Ανάπτυξη:** Το NHS οφείλει να βοηθήσει στην υποστήριξη της ανάπτυξης των CCGs.
- **Αποτελεσματικότητα άμεσης ανάθεσης:** Το NHS προμηθεύει άμεσα εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις αναθέτουν επίσης την πρωτοβάθμια φροντίδα, αν και οι περισσότεροι CCG έχουν είτε πλήρη είτε κοινή ευθύνη μαζί με την NHS για αυτό. Ως συνεργάτες, οι CCG συνεργάζονται με τις περιφερειακές ομάδες του NHS για να διασφαλίσουν τη συνεχή φροντίδα.

(<https://www.nhscc.org/ccgs/>, προσβάσιμη στις 19/8/2021)

Ποιότητα στο νέο Σύστημα Υγείας

Η ποιότητα του NHS βασίζεται σε 3 άξονες: την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την παροχή θετικής εμπειρίας περίθαλψης, στο μέτρο του δυνατού.

Καθορίστηκαν για πρώτη φορά από τον Lord Darzi (Υψηλή ποιότητα φροντίδας για όλους: NHS Next Stage Review 2008) και κατοχυρώθηκαν ως ο βασικός πυρήνας ποιότητας του NHS.

Οι άξονες αυτοί αναλύονται παρακάτω:

- **Αποτελεσματικότητα:** η φροντίδα και η θεραπεία των ανθρώπων επιτυγχάνει καλά αποτελέσματα, προάγει μια καλή ποιότητα ζωής και βασίζεται στα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας εξάγεται από κλινικούς δείκτες όπως θνησιμότητα ή ποσοστά επιβίωσης, ποσοστά επιπλοκών και μετρήσεις βελτίωσης κλινικής εικόνας. Εξίσου σημαντική είναι και η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης από την ίδια τη σκοπιά του ασθενούς, η οποία θα μετρηθεί μέσω των μετρήσεων αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τον ασθενή (Patient-Reported Outcomes Measures, PROMs).
- **Ασφάλεια ασθενών:** Σημαντική παράμετρος της ποιότητας είναι η ωφέλεια και μη βλάβη του ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και καθαρό, προσπαθώντας να αποτρέψει όλες τις βλάβες που μπορούν να αποφευχθούν, όπως σφάλματα φαρμάκων ή ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Όταν συμβαίνουν λάθη, καταγράφονται και μετατρέπονται σε γνώση και οι ενέργειες που θα εφαρμοστούν παρακολουθούνται ανάλογα.
- **Εμπειρία ασθενούς:** Για να διασφαλιστεί μια καλή εμπειρία φροντίδας από τον ασθενή το προσωπικό οφείλει να:
 - Εμπλέκεται και να μεταχειρίζεται τους ανθρώπους με συμπόνια, αξιοπρέπεια και σεβασμό.
 - Ανταποκρίνεται και επικεντρώνεται στο άτομο, οι υπηρεσίες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις επιλογές των ανθρώπων και να τους επιτρέπουν να είναι συνεργάτες στη φροντίδα τους.

Η εμπειρία του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί μόνο με ανάλυση και κατανόηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις εμπειρίες του.

Το 2016 δημοσιεύτηκε το Shared View of Quality (National Quality Board, 2016). Αυτή η έκθεση συμφώνησε ότι οι παραπάνω παράγοντες ήταν υψίστης σημασίας για τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες, αλλά ανέφεραν ότι για να παρέχουν αυτήν τη συνεπή υψηλής ποιότητας φροντίδα οι πάροχοι και οι αναθέτες οφείλουν να συνεργαστούν αρμονικά. (Telford CCG, 2018-2020)

ΕΙΚΟΝΑ 6



Διαστάσεις Ποιότητας

Πηγή: Quality in the new health system, 2013, ίδια επεξεργασία

Εθνικοί Οδηγοί Ποιότητας

- Αναφορά Francis: Εκδόθηκε το Φεβρουάριο του 2013 και κύρια πρότασή της ήταν να δοθεί προτεραιότητα στον ασθενή.
- Αναφορά Berwick: Ουσιαστικά επέκτεινε την αναφορά του Francis και έδωσε έμφαση σε ένα σύστημα υγείας που χαρακτηρίζεται από διαφάνεια, είναι ανοιχτό και βασίζεται στη δια βίου μάθηση.
- Εθνικό Συμβούλιο Ποιότητας (National Quality Board, NQB): Ιδρύθηκε με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας σε όλο το φάσμα του NHS. Συμβάλλει στη βελτίωση των τεσσάρων στοιχείων της πολιτικής ποιότητας:
 - Την ευθυγράμμιση όλων των συστημάτων με τους στόχους ποιότητας.
 - Διεκπεραιώνει συγκεκριμένες τεχνικές υπηρεσίες όπως την επίβλεψη της εργασίας προς τη βελτίωση των δεικτών ποιότητας.
 - Αποτελεί κοιτίδα θετικής αλλαγής.
 - Συνεισφέρει στα πρότυπα ποιότητας, στις εμπειρίες των ασθενών, στις διαπιστεύσεις και στις επιθεωρήσεις.
- Πλαίσιο αποτελεσμάτων του NHS

Το Πλαίσιο αποτελεσμάτων του NHS (NHS Outcome Framework, NHS OF) είναι ένα σύνολο δεικτών που αναπτύχθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της υγείας, την προώθηση της διαφάνειας και τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας σε ενήλικες και

παιδιά στην Αγγλία. Το πλαίσιο παρέχει μια επισκόπηση της απόδοσης του NHS σε 5 τομείς.

- Τομέας 1-Αποτροπή πρόωρου θανάτου.
- Τομέας 2-Βελτίωση της ποιότητας ζωής για άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες.
- Τομέας 3-Βοηθά τους ανθρώπους να ανακάμψουν από τραυματισμό ή άλλα αιφνίδια περιστατικά υγείας.
- Τομέας 4-Διασφάλιση ότι τα άτομα έχουν θετική εμπειρία φροντίδας υγείας.
- Τομέας 5-Θεραπεία και φροντίδα ασθενών σε ασφαλές περιβάλλον και προστασία από αποφευκτέες βλάβες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

1	Πρόληψη πρόωρων θανάτων	Αποτελεσματικότητα
2	Ενίσχυση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα	
3	Βοήθεια στην ανάκαμψη από επεισόδια ασθένειας και τραυματισμών	
4	Διασφάλιση θετικής εμπειρίας περίθαλψης και φροντίδας	Εμπειρία Ασθενών
5	Θεραπεία και φροντίδα ασθενών και πρόληψη βλάβης	Ασφάλεια

Τομείς απόδοσης αποτελεσμάτων του NHS,

Πηγή: Quality in the new health system, 2013, ίδια επεξεργασία

- Βασικά πρότυπα της Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission, CQC)

Η CQC είναι ο ρυθμιστής της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας ενηλίκων στην Αγγλία. Είναι υπεύθυνη για τη διασφάλιση ότι οι πάροχοι πληρούν τα βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας της CQC και ενθαρρύνουν τις συνεχείς βελτιώσεις από

εκείνους που παρέχουν ή προμηθεύουν φροντίδα. Τα βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας συνίστανται σε 28 κανονισμούς που περιγράφονται σε δύο νομοθετικές πράξεις: τους Κανονισμούς για την υγεία και την Κοινωνική Περίθαλψη 2008 (Ρυθμιζόμενες δραστηριότητες) τους Κανονισμούς 2010 και τους Κανονισμούς της CQC (Εγγραφή) 2009.

Υπάρχουν 16 βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, τα οποία εμπίπτουν στους ακόλουθους 4 κύριους τομείς φροντίδας:

- Συμμετοχή και πληροφόρηση.
- Εξατομικευμένη φροντίδα, θεραπεία και υποστήριξη.
- Καταλληλότητα και προσωπικό.
- Ποιότητα και Διοίκηση.

- Πλαίσιο διασφάλισης του NHS

Το Πλαίσιο διασφάλισης του NHS περιγράφει τη διαδικασία που παρέχει τη διασφάλιση ότι οι CCG παρέχουν ικανοποιητική ποιότητα και αποτελέσματα για τους ασθενείς, τόσο τοπικά όσο και ως μέρος του εθνικού συστήματος. Επίσης λειτουργεί και ως βάση για τη συνεχή βελτίωσή τους από την αρχή της λειτουργίας τους.

- Πλαίσιο βελτίωσης και αξιολόγησης CCG (CCG Improvement and Assessment Framework, CCG IAF)

Το πλαίσιο βελτίωσης και αξιολόγησης CCG ενημερώθηκε για το 2018/19. Περιγράφει τις μετρήσεις που θα βασιστεί η αξιολόγηση των CCGs του NHS για το 2018/19. Έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση της ικανότητας των μεμονωμένων CCG να λειτουργούν με επιτυχία σε αυτό το περιβάλλον και οι δείκτες που περιέχονται σε αυτό δεν αναφέρουν μόνο δεδομένα που βρίσκονται αποκλειστικά στον έλεγχο ενός CCG. Το πλαίσιο προορίζεται ως κεντρικό σημείο για συνεργασία, αλληλουποστήριξη και διάλογο μεταξύ του NHS, της Βελτίωσης του NHS, των CCGs, των παρόχων και των STPs (Sustainability and Transformation Partnerships)/ ICSs (Integrated Care Systems).

Οι δείκτες χωρίζονται στις παρακάτω 4 κατηγορίες:

- Καλύτερη υγεία
- Καλύτερη φροντίδα
- Βιωσιμότητα

➤ Ηγεσία στο ICS

Συμπερασματικά, για να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας φροντίδας, οι επαγγελματίες υγείας με το ήθος, τις συμπεριφορές και τις ενέργειές τους είναι η πρώτη γραμμή στη διατήρηση της ποιότητας. Η ηγεσία στους οργανισμούς παροχής είναι τελικά υπεύθυνη για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από αυτόν τον οργανισμό. Επίσης οι Επίτροποι είναι υπεύθυνοι για την ανάθεση υπηρεσιών που ικανοποιούν τις ανάγκες των τοπικών πληθυσμών τους και οφείλουν να βεβαιώνονται για την ποιότητα της φροντίδας που έχουν αναθέσει. Οι ρυθμιστικές αρχές πρέπει να εκτελούν τις νόμιμες λειτουργίες τους με το καλύτερο συμφέρον των ασθενών στην καρδιά. Οι Επίτροποι, οι ρυθμιστικές αρχές και άλλοι εθνικοί φορείς θα πρέπει να ανταλλάσσουν πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών με ανοιχτό και διαφανή τρόπο και να λαμβάνουν συντονισμένη δράση, όπου ενδείκνυται, σε περίπτωση πραγματικής ή πιθανής αστοχίας ποιότητας. (Quality in the new health system, 2013, Telford, 2018)

4.1.3 Αυστραλία

Η Αυστραλία έχει αναπτύξει ένα εξελιγμένο σύστημα συγκέντρωσης εθνικών δεδομένων ώστε να αξιολογεί και να ελέγχει τις επιδόσεις του συστήματος υγείας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 αναπτύχθηκε ένα σύστημα εργαλείων για την αξιολόγηση της επίδοσης του συστήματος υγείας με επίκεντρο το χρήστη των υπηρεσιών υγείας. (Ιωαννίδου, 2018)

Η Αυστραλιανή Επιτροπή για την Ασφάλεια και την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC)

Το 2006, το Συμβούλιο Κυβερνήσεων της Αυστραλίας (Council of Australian Governments, COAG) ίδρυσε την ACSQHC για να ηγηθεί και να συντονίσει την εθνική προσπάθεια για αναβάθμιση της ασφάλειας και την ποιότητας της φροντίδας υγείας (<https://www.safetyandquality.gov.au/>, προσβάσιμη στις 20/3/2021) .

Η επιτροπή ξεκίνησε ως ανεξάρτητη νομική αρχή την 1η Ιουλίου 2011, χρηματοδοτούμενη από κοινού από την κυβέρνηση της Αυστραλίας και από τις κυβερνήσεις των πολιτειών της επικράτειας. Σκοπός της είναι να συμβάλλει σε καλύτερα αποτελέσματα και εμπειρίες υγείας για όλους τους ασθενείς και τους και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Στο πλαίσιο αυτού του γενικού σκοπού, η επιτροπή στοχεύει να διασφαλίσει ότι τα άτομα διατηρούνται ασφαλή όταν λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη και ότι λαμβάνουν την υγειονομική περίθαλψη που πρέπει. Η επιτροπή καθοδηγεί και συντονίζει τις εθνικές βελτιώσεις στην ασφάλεια και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Λειτουργεί σε συνεργασία με ασθενείς, φροντιστές, κλινικούς ιατρούς, τα συστήματα υγείας της Αυστραλίας και των πολιτειών της επικράτειας, τον ιδιωτικό τομέα, τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για την επίτευξη ενός ασφαλούς, υψηλής ποιότητας και βιώσιμου συστήματος υγείας.

Οι βασικές λειτουργίες της επιτροπής περιλαμβάνουν: ανάπτυξη εθνικών προτύπων ασφάλειας και ποιότητας, ανάπτυξη προτύπων κλινικής περίθαλψης για βελτίωση της εφαρμογής υγειονομικής περίθαλψης βάσει τεκμηρίων, παροχή καθοδήγησης σχετικά με τον τρόπο δημιουργίας και ανάπτυξης κλινικών μητρώων ποιότητας, συντονισμός της εργασίας σε συγκεκριμένους τομείς για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για ασθενείς και παροχή πληροφοριών, δημοσιεύσεων και πόρων σχετικά με την ασφάλεια και την ποιότητα. Η Επιτροπή εργάζεται σε 4 τομείς προτεραιότητας:

- ασφάλεια ασθενούς
- συνεργασία με ασθενείς, καταναλωτές και κοινότητες
- ποιότητα, κόστος και αξία
- υποστήριξη επαγγελματιών υγείας για παροχή φροντίδας που είναι ενημερωμένη, υποστηριζόμενη και οργανωμένη για την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Εθνικά Πρότυπα για την Υγειονομική Ασφάλεια και Ποιότητα (National Safety and Quality Health Service Standards, NSQHS)

Τα Εθνικά Πρότυπα για την Υγειονομική Ασφάλεια και Ποιότητα (NSQHS) αναπτύχθηκαν από το Αυστραλιανή Επιτροπή για την Ασφάλεια και την Ποιότητα στην Υγειονομική περίθαλψη σε συνεργασία με την αυστραλιανή κυβέρνηση, τις πολιτείες της επικράτειας, τον ιδιωτικό τομέα, τους κλινικούς εμπειρογνώμονες, τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Οι πρωταρχικοί στόχοι των προτύπων NSQHS είναι η προστασία της υγείας των πολιτών και η βελτίωση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Παρέχουν έναν μηχανισμό διασφάλισης ποιότητας που ελέγχει εάν τα υπάρχοντα συστήματα ποιότητας λειτουργούν αποτελεσματικά για τη διασφαλιση ότι πληρούνται τα πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας.

Υπάρχουν οκτώ πρότυπα NSQHS, τα οποία καλύπτουν ανεπιθύμητες ενέργειες υψηλού επιπολασμού, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, ασφάλεια φαρμάκων, ολοκληρωμένη φροντίδα, κλινική επικοινωνία, πρόληψη και διαχείριση τραυματισμών στην εργασία, την πρόληψη των πτώσεων και την αντιμετώπιση της επιδείνωσης της υγείας των ασθενών.

Τα πρότυπα NSQHS έχουν παράσχει μια εθνική δήλωση σχετικά με το επίπεδο φροντίδας που μπορούν να αναμένουν οι καταναλωτές από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα 8 αυτά πρότυπα είναι:

1. Κλινική Διακυβέρνηση: Περιγράφει τις απαιτήσεις της κλινικής διακυβέρνησης σε συστήματα ασφάλειας και ποιότητας για τη διατήρηση και τη βελτίωση της αξιοπιστίας, της ασφάλειας και της ποιότητας της φροντίδας υγείας καθώς και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των κλινικών πράξεων.
2. Συνεργασία με τους καταναλωτές: Περιγράφει τα συστήματα και τις στρατηγικές για τη δημιουργία ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας, όπου οι χρήστες των υπηρεσιών συμμετέχουν στις αποφάσεις υγείας τους και αντιμετωπίζονται σα συνεργάτες της υγείας τους.
3. Πρόληψη και περιορισμός των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων: Είναι σημαντικό να υπάρχουν στρατηγικές και συστήματα για την αποτροπή των λοιμώξεων που σχετίζονται με κλινικές πράξεις. Επίσης είναι σημαντικός ο περιορισμός της ανάπτυξης ανθεκτικότητας των μικροβίων στα αντιβιοτικά με τη συνετή χρήση τους.
4. Ασφάλεια Φαρμάκων: Περιγράφονται οι δράσεις για τη διασφάλιση ότι τα φάρμακα που δίνονται στους ασθενείς συνταγογραφούνται με ασφάλεια, οι ασθενείς είναι ενημερωμένοι και η χρήση τους καταγράφεται.
5. Συνεκτική Φροντίδα: Το προσωποποιημένο πλάνο υγείας ενός ασθενή το οποίο ελαχιστοποιεί τους κινδύνους για την υγεία του, βασίζεται σε ολοκληρωμένο έλεγχο και συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων που μπορεί να προκύψουν.
6. Διατήρηση επικοινωνίας με στόχο της ασφάλειας: Η διατήρηση της ασφάλειας προϋποθέτει ότι υπάρχουν τα συστήματα εκείνα και οι στρατηγικές οι οποίες εξασφαλίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των ασθενών με τους ιατρούς και τις οικογένειές τους, των επαγγελματιών υγείας και μεταξύ των οργανισμών.

7. Διαχείριση αίματος: περιγράφει τις διαδικασίες και τις στρατηγικές που διασφαλίζουν την κατάλληλη, ασφαλή και αποτελεσματική χρήση του αίματος και των παραγώγων του.

8. Αναγνώριση και αντιμετώπιση ραγδαίας επιδείνωσης της υγείας ενός ασθενή: περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας ενός ασθενή.

Το πρότυπο κλινικής διακυβέρνησης και το πρότυπο της συνεργασίας με τους καταναλωτές θέτουν τις βάσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή των υπόλοιπων έξι προτύπων. Τα πρότυπα NSQHS περιγράφουν την ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενή και έχουν σχεδιαστεί για να υλοποιηθούν στην ολότητά τους. Επειδή οι δράσεις για την υλοποίηση των προτύπων μπορεί να είναι κοινές ανάμεσα στα πρότυπα, είναι σημαντικό να καθοριστούν ποια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των προτύπων. Έτσι, μπορεί να αποφευχθούν επανειλημμένες προσπάθειες σχεδιασμού των ενεργειών εφαρμογής (NSQHS Standards, 2017).

ΕΙΚΟΝΑ 7



Πρότυπα ολοκληρωμένης φροντίδας του NSQHS, ιδία επεξεργασία

Πηγή: <https://www.aihw.gov.au/>

Πλαίσιο Ασφάλειας και Ποιότητας για τη Φροντίδα Υγείας

Το 2010 το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλίας εξέδωσε το Πλαίσιο Ασφάλειας και Ποιότητας για τη Φροντίδα Υγείας, το οποίο περιγράφει το όραμα για ασφαλή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους Αυστραλούς Πολίτες και καθορίζει τις δράσεις με τις οποίες θα επιτευχθεί το όραμα αυτό (Australian Safety and Quality Framework for Health Care, 2010) . Βασίζεται σε τρεις κύριες αρχές:

1. Πελατοκεντρική προσέγγιση.

2. Καθοδήγηση από πληροφορίες.
3. Οργάνωση με στόχο την ασφάλεια.

Περιγράφει 21 περιοχές δράσης οι οποίες οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα:

1. Πελατοκεντρική προσέγγιση

- Ανάπτυξη μεθόδων και μοντέλων για να παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς όταν τη χρειάζονται.
- Ενίσχυση της γνώσης σχετικά με την υγεία
- Συνεργασία με τους καταναλωτές, ασθενείς και τις οικογένειες για τη λήψη αποφάσεων.
- Η παρεχόμενη φροντίδα σέβεται τις διαφορετικές κουλτούρες.
- Εμπλοκή των ασθενών και των φροντιστών τους στο σχεδιασμό της ασφάλειας και της ποιότητας.
- Βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας.
- Ελαχιστοποίηση των ρίσκων.
- Προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Σε περίπτωση αστοχίας, ενημέρωση και υποστήριξη του ασθενή.

2. Καθοδήγηση από πληροφορίες

- Χρήση κοινώς αποδεκτών οδηγιών για την αποφυγή ετερογένειας στην παροχή φροντίδας.
- Συλλογή και ανάλυση δεδομένων ασφάλειας και ποιότητας.
- Μάθηση από τις εμπειρίες των ασθενών και των φροντιστών τους.
- Προώθηση έρευνας η οποία αναβαθμίζει την ποιότητα και την ασφάλεια.

3. Οργάνωση με στόχο την ασφάλεια.

- Το προσωπικό υγείας δρα με γνώμονα την ασφάλεια.
- Οι επαγγελματίες υγείας δρουν με βάση την ασφάλεια.
- Οι διευθυντές και οι ηγέτες δρουν με στόχο την ασφάλεια,
- Οι δράσεις των κυβερνήσεων βασίζονται στην ασφάλεια.
- Διασφάλιση ότι τα μοντέλα χρηματοδότησης υποστηρίζουν την ποιότητα και την ασφάλεια.
- Υποστήριξη, εφαρμογή και αξιολόγηση της ηλεκτρονικής υγείας.

- Σχεδιασμός και χρήση με ασφάλεια των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των διαδικασιών.
- Δράση για τη μείωση και την πρόληψη των λαθών.

Πλαίσιο Επιδόσεων της Υγείας

Για τη μέτρηση των επιδόσεων του δημόσιου τομέα της υγείας της νότιας Αυστραλίας, το Τμήμα Υγείας και Ευεξίας χρησιμοποιεί το Πλαίσιο Επιδόσεων, το οποίο προωθεί τη διαφάνεια και την αύξηση της επίδοσης του συστήματος υγείας και βοηθά στο σχεδιασμό και τον στρατηγικό σχεδιασμό του συστήματος (Performance framework 2020-2021).

Σκοπός του είναι ο καθορισμός της σχέσης μεταξύ του τμήματος Υγείας και Ευεξίας και των υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και η παροχή ενός εργαλείου το οποίο βοηθά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με απώτερο στόχο τη διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού.

Οι αρχές του Πλαισίου είναι οι εξής:

- Διαφάνεια: Ευθυγράμμιση των μετρήσιμων μεγεθών με τις στρατηγικές προτεραιότητες.
- Ευθύνη: Ξεκάθαροι ρόλοι με υπευθυνότητες που συμβάλλουν στη διατήρηση των επιδόσεων του συστήματος.
- Συνέπεια: Το πλαίσιο εφαρμόζεται με ολοκληρωμένο τρόπο.
- Συνεργασία: Συνεργασία μεταξύ των φορέων για την έγκαιρη αντιμετώπιση των θεμάτων που προκύπτουν.
- Ισορροπία: Το Πλαίσιο εκφράζει τις προτεραιότητες υγείας του συστήματος και τους συνδέει με τους στόχους του ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας. Ισορροπημένη οπτική απαιτείται στην αξιολόγηση των επιπέδων επιδόσεων.
- Αναγνώριση: Η σταθερή και η βελτιωμένη απόδοση αναγνωρίζονται και αποτελούν βάση για προώθηση της γνώσης.

Η επίδοση αξιολογείται βάσει στοιχείων όπως η διαπίστευση, η συμμόρφωση με τους στρατηγικούς στόχους της κυβέρνησης και τις προτεραιότητες υγείας, η αποτελεσματικότητα της δημοσιονομικής διακυβέρνησης, και η επίδοση σε συγκεκριμένους δείκτες (KPIs, Key Performance Indicators).

4.1.4 Ιαπωνία

Το σύστημα υγείας της Ιαπωνίας αποτελείται από ένα μείγμα προτύπων όπως η διακυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, η χρηματοδότηση της Γερμανίας και η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δηλαδή, είναι ένα υβριδικό σύστημα Beveridge, Bismarck και μοντέλων αγοράς.

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ιαπωνία είναι ιδιαίτερα ελεγχόμενη και ρυθμίζεται από το Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Πρόνοιας (Ministry of Health, Labor, and Welfare, MHLW). Το MHLW καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπως: παρακολούθηση των επιδόσεων των τομέων της υγείας, ανάπτυξη πολιτικής για την υγεία, διαχείριση πληροφοριών, και ρύθμιση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Hisashige, 2009). Τα κύρια χαρακτηριστικά του τομέα υγείας της Ιαπωνίας είναι τα εξής:

- Κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα, με την πλειοψηφία των νοσοκομείων να ανήκουν και να διαχειρίζονται από ιδιώτες.
- Υπερβολική χρήση φαρμάκων, τα οποία οι ιατροί όχι μόνο συνταγογραφούν αλλά και δίνουν στους ασθενείς.
- Υψηλή πρόσβαση. Δεν υπάρχει αναμονή για εξετάσεις, ενώ σε μεγάλο ποσοστό οι επισκέψεις γίνονται εξωτερικά στους ασθενείς από τους γιατρούς.
- Χαμηλή κάλυψη του πληθυσμού σε γιατρούς και νοσηλεύτριες.
- Αποσπασματικές υπηρεσίες, δηλαδή δεν υπάρχει λειτουργική διαφοροποίηση σε βραχεία και μακροχρόνια περίθαλψη.
- Υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής από τον πληθυσμό, που βοηθά στη μείωση συγκεκριμένων παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία.
- Προτίμηση σε χρήση τεχνολογιών με υψηλό ποσοστό μηχανημάτων ανά ασθενή.
- Απόδοση μικρής σημασίας στην ποιότητα, με μεγάλο αριθμό τεχνολογιών να χρησιμοποιούνται άκριτα.

Παρόλο που υπήρξε μια γρήγορη ανάπτυξη των δραστηριοτήτων αξιολόγησης της τεχνολογίας υγειονομικής περίθαλψης (Health Technology Assessment, HTA) μεταξύ των ερευνητών και των ιατρών υπηρεσιών υγείας στην Ιαπωνία από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, η αξιολόγηση δεν έχει αναπτυχθεί όσο αναμενόταν. Ο οργανισμός αξιολόγησης έγινε ορατός από τότε το MHLW συγκρότησε διαδοχικά τις επιτροπές που σχετίζονται με την HTA στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Ωστόσο, η εφαρμογή αξιολόγησης στην πολιτική υγείας έχει παραμεληθεί από το MHLW, παρά το συστάσεις της επιτροπής (Hisashige, 2009).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλα αυτά ο ΠΟΥ στην ετήσια αναφορά του 2000 κατέταξε το σύστημα υγείας της Ιαπωνίας στην πρώτη θέση για τις συνολικές του επιδόσεις. Η Ιαπωνία απολαμβάνει τα οφέλη μιας υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας σήμερα επειδή πολύ σημαντικά διαρθρωτικά ζητήματα αντιμετωπίστηκαν τη δεκαετία του 1950. Τα κεντρικά ζητήματα εκείνη την εποχή ήταν έλλειψη σε νοσοκομειακά κρεβάτια και ιατρικό προσωπικό, και η άνιση διάθεση ιατρικών εγκαταστάσεων. Η αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων, σε συνδυασμό με την ίδρυση του Παγκόσμιου Συστήματος Ασφάλισης Υγείας, έδωσε στους Ιάπωνες πολίτες ουσιαστικά απεριόριστη πρόσβαση σε φροντίδα υγείας. (Hirose et al, 2003).

Το Ιαπωνικό Συμβούλιο για την Ποιοτική Υγειονομική περίθαλψη (Japan Council for Quality Health Care, JCQHC) ιδρύθηκε το 1995 με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Ministry of Health and Welfare, MHW) και της Ιατρικής Ένωσης Ιαπωνίας (Japanese Medical Association, JMA). Παρέχει υπηρεσίες διαπίστευσης νοσοκομείων στις οποίες όμως η συμμετοχή είναι εθελοντική και κερδίζει αργά ευρεία αποδοχή. Η κατανόηση των δεδομένων που συγκεντρώνονται μέσω αυτής της διαδικασίας, μαζί με μια ανασκόπηση της δομής και της ιστορίας του καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, βοηθούν να διαμορφωθούν συγκεκριμένες συστάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Hirose 2003). Τα πρότυπα ποιότητας που ανέπτυξε το Συμβούλιο βασίζονται σε αυτά του United States Joint Commission. Τα νοσοκομεία αξιολογούνται βάσει του πελατοκεντρικού τους χαρακτήρα, της διασφάλισης της ποιότητας και της ασφάλειας και της διοικητικής τους οργάνωσης. Η διαπίστευση διαρκεί 5 χρόνια και μέχρι το 2014 το 27,5% των νοσοκομείων είχαν διαπιστευθεί. Τα κίνητρα συμμετοχής στη διαδικασία της διαπίστευσης είναι η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ενίσχυση της συνεργασίας του προσωπικού κατά την προετοιμασία για την αξιολόγηση και η μείωση των λαθών. Επίσης, εφόσον ένας οργανισμός διαπιστευθεί, δεν υποχρεούται να απασχολεί σαν διοικητή ιατρό.

Οι οδηγίες και τα πρότυπα του JCQHC δεν εφαρμόζονται μόνο σε διαπιστευμένες εγκαταστάσεις, αλλά η χρήση τους επεκτείνεται σε οργανισμούς οι οποίοι ενώ δεν έχουν διαπιστευθεί, τα χρησιμοποιούν για την αύξηση της ποιότητας τους (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-japan-2015_9789264225817-en#page60).

Για την πιστοποίηση στη συμμόρφωση στα πρότυπα ISO είναι υπεύθυνο το Ιαπωνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (Japan Accreditation Board, JAB).

Το 2012, συστάθηκε η Ειδική Επιτροπή Κόστους- Αποτελεσματικότητας (Special Committee on Cost–Effectiveness, SCCE) η οποία ιδρύθηκε στο πλαίσιο του Κεντρικού Ιατρικού Συμβουλίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συμβουλευτικό όργανο του MHLW. Του ανατέθηκε η λήψη αποφάσεων σχετικά με την τιμολόγηση και την επανατιμολόγηση νέων φαρμάκων που επιστρέφονται μέσω του καθολικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Η κυβέρνηση άρχισε να συζητά αν θα εισαγάγει αξιολόγηση κόστους-αποτελεσματικότητας στο HTA, ιδίως για αποφάσεις τιμολόγησης και αποζημίωσης για τεχνολογίες υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων, των συσκευών και των χειρουργικών και ιατρικών διαδικασιών). Το 2015, ένα Υπουργικό Συμβούλιο αποφάσισε να εισαχθούν μέθοδοι κόστους-αποτελεσματικότητας στο HTA και το SCCE αποφάσισε να εφαρμόσει ένα νέο πρόγραμμα, το οποίο ξεκίνησε πιλοτικά το 2016 (Sakamoto et al, 2018).

4.2 Διεθνείς Οργανισμοί Διαπίστευσης και Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ)

Το πρότυπο ISO για τη διασφάλιση ποιότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, έδωσε το έναυσμα για τη δημιουργία προτύπων από διάφορα κράτη και διεθνείς οργανισμούς. Οι πιο κύριοι από αυτούς είναι ο γερμανικός οργανισμός Telemedicine Mobile Society (TEMOS), ο Διεθνής Οργανισμός για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (International Society for Quality in Health Care, ISQua) με έδρα το Δουβλίνο, η Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνής Κοινοπρακτική Επιτροπή (The Joint Commission and Joint Commission International) στην Αμερική, το Αυστραλιανό Συμβούλιο Τυποποίησης Υπηρεσιών Υγείας (Australian Council on Health Care Standards, ACHSI) και η Υπηρεσία Πληροφοριών και Ποιότητας (Health Information and Quality Authority, HIQA) στην Ιρλανδία.

4.2.1 Telemedicine Mobile Society, TEMOS

Το TEMOS εδρεύει στη Γερμανία και δραστηριοποιείται παγκοσμίως. Είναι ένας καινοτόμος παγκόσμιος ηγέτης στην παροχή διεθνών βέλτιστων κλινικών πρακτικών και κατευθυντηρίων γραμμών για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών σε νοσοκομεία, κλινικές καθώς και σε δομές εξωνοσοκομειακής φροντίδας, σε όλο τον κόσμο, μέσω των διεθνών προγραμμάτων διαπίστευσης και πιστοποίησης. Ο Οργανισμός είναι

διαπιστευμένος από το Διεθνή Οργανισμό Έγκρισης και Επικύρωσης Οργανισμών Διαπίστευσης, ISQua- IEEA (<https://www.temos-worldwide.com/>).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα για τα πρότυπα TEMOS και γι αυτό συνεχώς εκσυγχρονίζονται και αναθεωρούνται από τη Διεθνή Επιτροπή. Τα πρότυπα αυτά εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό στην ορθή διαχείριση διαθνών ασθενών, στην ενίσχυση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στην παγκόσμια αγορά και στον ιατρικό τουρισμό.

Παρέχει πλήθος προγραμμάτων διαπίστευσης, ενδεικτικά:

- Αριστεία στον Τουρισμό
- Ποιότητα Διεθνούς Φροντίδας Ασθενών
- Ποιότητα Διεθνούς Οφθαλμολογικής Φροντίδας
- Ποιότητα Διεθνούς Οδοντιατρικής Φροντίδας
- Ποιότητα Διεθνούς Συντονισμού Ιατρικών Ταξιδιών κλπ (Ιωαννίδου, 2018)

Οφέλη διαπίστευσης κατά TEMOS

Η αναγνώριση σύμφωνα με το Temos σημαίνει σημαντικά οφέλη και ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα για τη μονάδα υγείας, όπως η επικύρωση και η βελτίωση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας όσον αφορά την αξιοπιστία των υπηρεσιών και την παγκόσμια φήμη, την αντικειμενική αξιολόγηση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και του εξορθολογισμού των υπηρεσιών υγείας, με επακόλουθη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς - συμπεριλαμβανομένων των διεθνών ασθενών - και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού. Το εξωτερικά πιστοποιημένο τμήμα υγείας από το Temos έχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού, επειδή αφενός υπόκειται σε εξωτερικές αξιολογήσεις και βελτιώνει την καταγραφή δραστηριοτήτων και διαδικασιών και αφετέρου όλοι οι ανθρωπίνι πόροι συμμετέχουν στη διαδικασία της πιστοποίησης. Επιπλέον, μέσω επαγγελματικών και αντικειμενικών επιθεωρήσεων, ο οργανισμός υγείας είναι σε θέση να προσδιορίσει τη διαδικασία βελτιστοποίησης και εξοικονόμησης πόρων, να συγκρίνει το λειτουργικό του επίπεδο με τις διεθνείς απαιτήσεις και τα διεθνή πρότυπα και να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών. Τέλος, η πιστοποίηση Temos διακρίνει τον τομέα από τους ανταγωνιστές της αγοράς και του επιτρέπει να εισέλθει στον διεθνή τομέα του ιατρικού τουρισμού. Κάθε διαπιστευμένος φορέας υγείας είναι μέρος της λίστας Temos (Temos guides), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την προσέλκυση ασθενών και μπορεί να εισέλθει στην κοινότητα Temos, η οποία

περιλαμβάνει ασφαλιστικές εταιρείες, πάροχους υγειονομικής περίθαλψης, ιατρικά ταξιδιωτικά γραφεία και μονάδες με πιστοποίηση Temos, συνεργάτες και άλλα σχετικά μέρη. Μετά από επίσημο έλεγχο, ο πελάτης θα λάβει μια λεπτομερή αναφορά, η οποία περιλαμβάνει:

- Έλεγχο της τωρινής κατάστασης
- Σύγκριση της τωρινής κατάστασης με διεθνή πρότυπα και απαιτήσεις
- Απαιτήσεις, συστάσεις, σχόλια και φιλοφρονήσεις των αξιολογητών.

Επιγραμματικά, τα οφέλη από τις οι προσφερόμενες από την Temos Hellas υπηρεσίες για τις υγειονομικές μονάδες είναι τα εξής:

- Διεύρυνση της αγοράς στην οποία απευθύνονται
- Ενίσχυση της εφαρμογής προδιαγραφών ασφάλειας στις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς
- Παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου και διεθνών προδιαγραφών
- Αύξηση της αναγνωρισιμότητας του οργανισμού στις διεθνείς αγορές
- Επαγγελματική και αμερόληπτη αξιολόγηση με σαφή περιγραφή των ευρημάτων
- Αναγνώριση του περιθωρίου βελτίωσης της διαδικασίας και εξορθολογισμός κόστους.
- Το Διαπιστευτήριο της Temos λειτουργεί ως εργαλείο μάρκετινγκ και ανάδειξης του οργανισμού και αποδεικνύει πως η μονάδα λειτουργεί σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας της Temos οπότε και ικανοποιεί τις απαιτήσεις των διεθνών ασθενών.
- Η μονάδα αποκτά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα εφόσον αποδεικνύεται πως επικεντρώνεται στη διαχείριση των ιατρικών τουριστών και των ξένων ασθενών.
- Το δίκτυο μάρκετινγκ στο οποίο αποκτάται πρόσβαση, δίνει τη δυνατότητα προσέλκυσης νέων ασθενών και ιατρικών ταξιδιωτών.
- Επιτρέπει τη βελτιστοποίηση του χειρισμού ξένων ασθενών και ταυτόχρονα τη μείωση του κόστους και των δαπανών, εξορθολογώντας τις διαδικασίες. Δουλεύοντας πιο αποτελεσματικά, δημιουργούνται θετικά αποτελέσματα.
- Παρέχονται μειωμένες τιμές συμμετοχής στο ετήσιο συνέδριο της Temos International” Healthcare abroad and Medical Tourism “.

- Παρέχονται υπηρεσίες μάρκετινγκ και δραστηριότητες δικτύωσης από όλα τα περιφερειακά γραφεία παγκοσμίως.
- Ένταξη στους καταλόγους της Temos (Guides). Αυτή η σύγχρονη διαδικτυακή πύλη παρέχει ολοκληρωμένες πληροφορίες για όλες τις αναγνωρισμένες από την Temos υγειονομικές μονάδες και τους διαμεσολαβητές παγκοσμίως.
- Αποκλειστικά για τις διαπιστευμένες μονάδες της Temos: Δωρεάν συνδρομή στο Diplomatic Council (διαπιστευμένο από τον ΟΗΕ) και παροχή πρόσθετου πιστοποιητικού από το Diplomatic Council “Preferred Partner Hospital / Clinic” και “Preferred Medical Travel Coordinator” (<https://temos-aegean.info/ins/>) .

4.2.2 Διεθνής Οργανισμός για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (International Society for Quality in Health Care, ISQua)

Η ISQua ιδρύθηκε το 1985 με όραμα να προάγει την ποιότητα και την ασφάλεια στην υγειονομική περίθαλψη μέσω διεθνών συνεργασιών. (<https://isqua.org/about.html>)

Πρόκειται για έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, ο οποίος καλύπτει πάνω από 70 χώρες παγκοσμίως και προάγει την ποιότητα και την ασφάλεια των συστημάτων υγείας μέσω της παροχής εκπαίδευσης, της διάδοσης βέλτιστων πρακτικών, της έρευνας και της συνεργασίας. Προσφέρει προγράμματα ηλεκτρονικής εκπαίδευσης για επαγγελματίες υγείας σε τεσσερις γλώσσες, ενώ στον τομέα της διαπίστευσης παρέχει από το 1999 το Διεθνές Πρόγραμμα Διαπίστευσης, το οποίο αναφέρεται σε οργανισμούς εξωτερικής αξιολόγησης του τομέα της υγείας και σε οργανισμούς ανάπτυξης προτύπων.

Επιπλέον, όσον αφορά τις υπηρεσίες διαπίστευσης, προσφέρει διαπίστευση προτύπων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, πιστοποίηση οργανισμών εξωτερικής αξιολόγησης και διαπίστευση προγραμμάτων επιμόρφωσης επιθεωρητών. Η αξιολόγηση των προτύπων και των φορέων βασίζεται σε ιδιωτικά καθορισμένα πρότυπα, χωρίς να περιλαμβάνεται η εκτίμηση και η διαπίστευση από τις δημόσιες αρχές (Ιωαννίδου, 2018).

4.2.3 Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνής Επιτροπή (The Joint Commission International, JCI)

Από το 1954, η Joint Commission International (JCI) εργάζεται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στη διεθνή κοινότητα προσφέροντας εκπαίδευση, δημοσιεύσεις, συμβουλευτικές υπηρεσίες και διεθνή διαπίστευση και πιστοποίηση. Σε περισσότερες από 100 χώρες, το JCI

συνεργάζεται με νοσοκομεία, κλινικές και ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα, συστήματα υγείας και οργανισμούς, και υπουργεία για την προώθηση αυστηρών προτύπων φροντίδας και την παροχή λύσεων για την επίτευξη κορυφαίας απόδοσης (<https://www.jointcommissioninternational.org/>).

Τα προγράμματα διαπίστευσης που παρέχει αφορούν τους τομείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα εργαστήρια και τους οργανισμούς ιατρικών μεταφορών. Επίσης, προσφέρει πιστοποίηση σε νοσοκομεία που είναι ήδη αναγνωρισμένα από την JCI, με πλήθος πλεονεκτημάτων όπως: η βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος για ασθενείς και εργαζόμενους, βελτίωση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού, αύξηση του επιπέδου ποιότητας και δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος με άλλους οργανισμούς, δημιουργία ενιαίων διαδικασιών τεκμηρίωσης, δημιουργία κουλτούρας προσανατολισμένης στη βελτίωση της ποιότητας και ολοκληρωμένη διαχείριση της αλληλεπίδρασης μεταξύ διοικητικών και ιατρικών διεργασιών (Ιωαννίδου, 2018).

4.3 Βραβεία Ποιότητας

Πολλές κυβερνήσεις κρατών ανά τον κόσμο προσπαθούν να θεσπίσουν ή έχουν ήδη θεσπίσει αντίστοιχα Εθνικά Βραβεία Ποιότητας (National Quality Awards). Σε αυτό έχουν οδηγήσει η παγκοσμιοποίηση της αγοράς και η ευρεία εφαρμογή των Συστημάτων Διοίκησης Ποιότητας. Η υποστήριξη, η αναγνώριση και η προώθηση των προσπαθειών των επιχειρήσεών τους να εφαρμόσουν συστήματα ΔΟΠ αποτελούν τον απώτερο σκοπό της θέσπισης αυτών των βραβείων ποιότητας. Τα Εθνικά Βραβεία Ποιότητας αποτελούν τη μεγαλύτερη επιβράβευση για τις επιχειρήσεις εκείνες που επιτυγχάνουν άριστη απόδοση και υψηλό βαθμό ποιότητας. Γενικά, ένα Εθνικό Βραβείο Ποιότητας θεσπίζεται προκειμένου να εκπληρώσει τους παρακάτω αντικειμενικούς σκοπούς:

- να δώσει οδηγίες για την εφαρμογή της αυτό-αξιολόγησης και της επίτευξης συνεχούς βελτίωσης
- να προάγει τη γνώση για τη ΔΟΠ, ως ένα απαραίτητο στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας,
- να αποτελέσει μια εθνική προσπάθεια για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας και την μακροπρόθεσμη οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.

Τα διάφορα Εθνικά Βραβεία Ποιότητας περιλαμβάνουν τις βασικές αρχές της ΔΟΠ, διαμορφωμένες σε σύνολο κριτηρίων επιχειρηματικής αριστείας. Τα σημαντικότερα

και διεθνώς αναγνωρισμένα Βραβεία Ποιότητας είναι των ΗΠΑ, της Ευρώπης, της Ιαπωνίας, του Καναδά και της Αυστραλίας. Άλλες χώρες που έχουν θεσπίσει τέτοια βραβεία είναι η Σουηδία, η Ταϊβάν, η Βραζιλία, κ.α. Ποια είναι όμως η αξία που λαμβάνουν οι συμμετέχουσες επιχειρήσεις σε μια διαδικασία απόκτησης του βραβείου ποιότητας; Σε παρελθοντικές μελέτες, οι ερευνητές βρήκαν ότι οι επιχειρήσεις που έχουν αποκτήσει το βραβείο ποιότητας υπερέχουν των λοιπών επιχειρήσεων που έχουν μπει στη διαδικασία αξιολόγησης, σε στα οικονομικά χαρακτηριστικά στοιχεία. Άλλοι έδειξαν ότι οι επιχειρήσεις που λαμβάνουν τελικά το βραβείο έχουν καλύτερα χαρακτηριστικά έναντι αυτών που συμμετείχαν στη διαδικασία, σε ότι αφορά τα περιθώρια κέρδους και την απόδοση των πωλήσεων (return on sales), ενώ αυτή η διαφορά υπέρ των επιχειρήσεων – κατόχων των βραβείων δεν είναι τόσο μεγάλη.

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι πολλές από τις επιχειρήσεις που αιτούνται την απόκτηση ενός βραβείου ποιότητας, δεν καταφέρνουν τελικά να το αποκτήσουν. Ένα σημαντικό θέμα είναι, εάν οι συμμετέχοντες στη διαδικασία αξιολόγησης και απόκτησης του βραβείου ποιότητας, λαμβάνουν κάποια πλεονεκτήματα από αυτή τη διαδικασία. Ένα από τα κίνητρα που μπορεί να οδηγήσει μια επιχείρηση να συμμετάσχει σ' αυτή τη διαδικασία είναι η δυνατότητα επίτευξης πραγματικής βελτίωσης, η οποία μπορεί να οδηγήσει τελικά σε μεγαλύτερο προσανατολισμό της επιχείρησης στον πελάτη, πιο αποτελεσματικές και αποδοτικές διαδικασίες, καλύτερες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και αυξημένη κερδοφορία. Ωστόσο δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο πως οι επιχειρήσεις που αιτούνται την απόκτηση ενός βραβείου ποιότητας πλεονεκτούν τελικά από τη συμμετοχή τους σ' αυτή τη διαδικασία. Επίσης δεν έχει πλήρως διερευνηθεί ποια είναι τα πλεονεκτήματα και οι αξίες που τελικά λαμβάνουν οι επιχειρήσεις που αιτούνται την απόκτηση του βραβείου. (Ψωμάς, 2013)

4.3.1 Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award, EQA)

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award, EQA) καθιερώθηκε το 1991 από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διοίκηση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM), με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Ποιότητας (European Organization for Quality, EOQ) και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (European Commission). Το 1995 δημιουργήθηκε το βραβείο για το δημόσιο τομέα και το 1996 τα βραβεία για τις λειτουργικές μονάδες και τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις. Αποτελείται από περισσότερα από 800 μέλη και ο τίτλος έχει ετήσια ισχύ. Οι κύριες επιχειρήσεις στις οποίες δίνεται το EQA είναι οι οργανισμοί του δημοσίου τομέα, οι λειτουργικές μονάδες, οι μικρομεσαίες επιχειρήσεις καθώς και οι εταιρείες.

Συγκεκριμένα, μπορούν να συμμετέχουν στο διαγωνισμό για λήψη του βραβείου οι μικρομεσαίες επιχειρήσεις με προσωπικό κάτω των 250 ατόμων, οι μεγάλοι οργανισμοί με προσωπικό άνω των 250 ατόμων, οι δημόσιες επιχειρήσεις, οι αυτόνομοι επιχειρησιακοί τομείς, καθώς και τα λειτουργικά τμήματα (Ιωαννίδου, 2018).

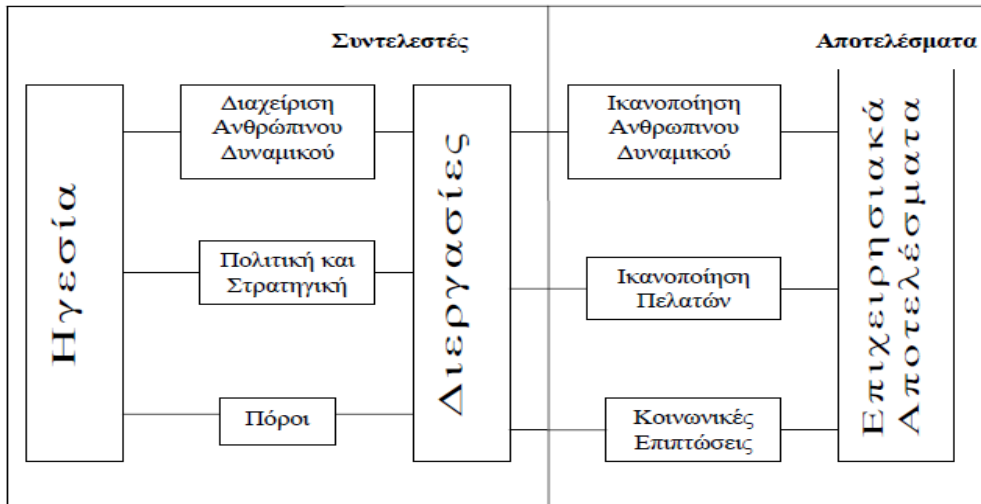
Το EQA έχει ως σκοπό (EFQM, 1993 & Dale, 2003):

- την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας,
- την ανάπτυξη κριτηρίων και πρότυπων στους οργανισμούς, και
- την ανάδειξη της επιδίωξης της ποιότητας ως ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε παγκόσμιο επίπεδο,
- την αναγνώριση των επιχειρήσεων που έχουν βελτιστοποιήσει τόσο στη διοίκηση της ποιότητας, όσο και στις διαδικασίες που εφαρμόζουν για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης,
- την εφαρμογή βελτιωτικών δράσεων, ανεξάρτητα του μεγέθους και του τύπου του οργανισμού.

Το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας ακολουθεί συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία περιλαμβάνουν: την ακολουθούμενη πολιτική και στρατηγική, το μοντέλο ηγεσίας και διοίκησης, τις διαδικασίες, τους ανθρώπινους και άυλους πόρους, την ικανοποίηση των πελατών και των εργαζομένων, την επίδραση στην κοινωνία καθώς και των αποτελεσμάτων της επιχείρησης. Εστιάζει στη ΔΟΠ, ώστε οι συνεργαζόμενοι οργανισμοί να διακριθούν για την επαγγελματική τους υπεροχή.

Γενικά, τα βραβεία ποιότητας, συμπεριλαμβανομένου και του Ευρωπαϊκού, φέρουν ότι η αποτελεσματική εφαρμογή των «προσδιοριστικών παραγόντων» της βελτίωσης της ποιότητας επιδρά στις κατηγορίες κριτηρίων «αποτελέσματα», εννοώντας την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την ικανοποίηση των πελατών, τα επιχειρησιακά αποτελέσματα και τις επιπτώσεις στην κοινωνία.

ΕΙΚΟΝΑ 8



Το μοντέλο του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας,

Πηγή: Ο δρόμος προς την Ολική Ποιότητα, Ψωμάς, 2013

4.3.2 Το Αμερικανικό Βραβείο Ποιότητας (The Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA)

Το Αμερικανικό Βραβείο Ποιότητας ή Βραβείο Malcolm Baldrige (The Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA) θεσπίστηκε το 1987 από τον πρόεδρο των Ηνωμένων Πολιτειών Ronald Reagan. Ονομάστηκε από το γραμματέα εμπορίου Malcolm Baldrige, ο οποίος υπηρέτησε τη θέση αυτή από το 1981 έως το 1987 και κατά την εκτέλεση των διοικητικών του καθηκόντων στην κυβέρνηση κατόρθωσε να αυξήσει την παραγωγικότητα. Σήμερα η διαχείριση του βραβείου ποιότητας πραγματοποιείται από το Ινστιτούτο Επιστήμης και Τεχνολογίας των ΗΠΑ. (National Institute for Science and Technology, NIST) καθώς και τον ASQ.

Οι βασικές αρχές που διέπουν το βραβείο αυτό αναπτύχθηκαν από το Ινστιτούτο Επιστήμης και Τεχνολογίας (NIST), το οποίο βασίστηκε στην ανάλυση επιτυχημένων επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνταν στις Η.Π.Α. Οι αρχές αυτές είναι: ηγεσία, πελατοκεντρική φιλοσοφία, συνεχής βελτίωση και εκμάθηση, σχεδιασμός ποιότητας και πρόληψη, σχεδιασμός για το μέλλον, υπευθυνότητα της επιχείρησης και προσανατολισμός στα αποτελέσματα. Οι αρχές αυτές αποτελούν ένα πλαίσιο (framework) με σκοπό την επίτευξη άριστης απόδοσης και επίσης αποτελούν τη βάση των κριτηρίων για την απόκτηση αυτού του βραβείου ποιότητας. Τα κριτήρια της αξιολόγησης της απόδοσης ενός υποψηφίου για την απόκτηση του βραβείου ποιότητας, χωρίζονται σε επτά κατηγορίες: 1. ηγεσία, 2. στρατηγικός σχεδιασμός, 3.

προσανατολισμός στον πελάτη και την αγορά, 4. πληροφορίες και ανάλυση, 5. προσανατολισμός στο ανθρώπινο δυναμικό, 6. διαχείριση διαδικασιών, 7. επιχειρησιακά αποτελέσματα (Ψωμάς, 2013).

Πιο αναλυτικά, το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige εστιάζει:

- στην κατανόηση των απαιτήσεων με στόχο την επίτευξη της ποιοτικής τελειότητας
- στην επίγνωση της ποιότητας με στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας καθώς και
- στην κοινοποίηση των πλεονεκτημάτων που απορρέουν από την επιτυχή εφαρμογή στρατηγικών της ποιότητας.

Σημειώνεται ότι δεν αναφέρεται σε κάποιο προϊόν ή υπηρεσία αλλά δίνεται στις επιχειρήσεις που διαθέτουν αφενός συστήματα παγκόσμιας εμβέλειας στη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων και αφετέρου διαδικασίες επίτευξης της ποιότητας (Ιωαννίδου, 2018). Συγκεκριμένα δημιουργείται ένα σύστημα το οποίο καθορίζεται από (Tummala and Tang, 1996):

- τη διοίκηση και την εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού,
- το στρατηγικό σχεδιασμό για την ποιότητα,
- τη διοίκηση των διαδικασιών της ποιότητας,
- την ανάπτυξη άρτια σχεδιασμένων διαδικασιών,

με αποτέλεσμα την ικανοποίηση των πελατών και την πραγμάτωση των στόχων του επιχειρηματικού σχεδιασμού. Επίσης, με τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για τη μέτρηση της προόδου αποτυπώνονται τόσο τα αποτελέσματα της προόδου όσο και τα λειτουργικά αποτελέσματα.

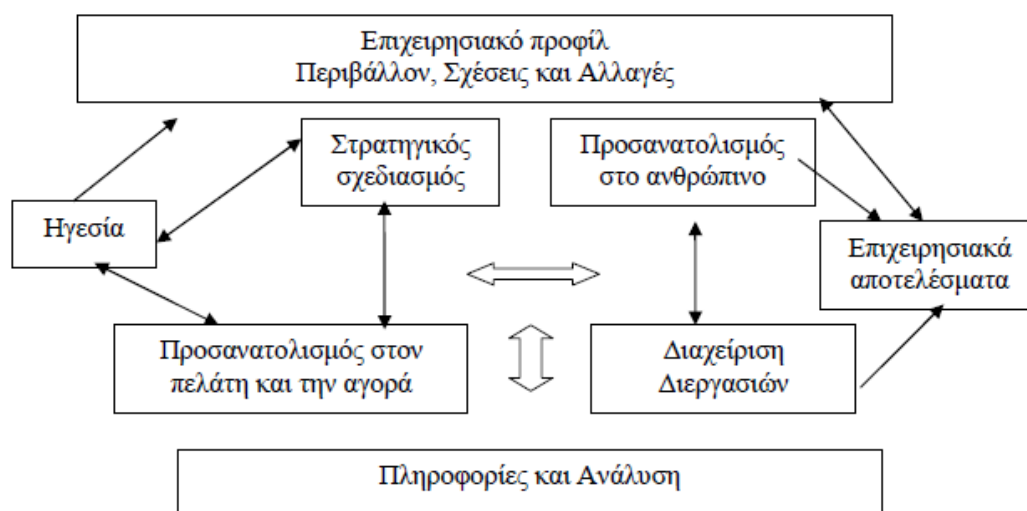
Επιπλέον, τονίζεται ο ρόλος της διοίκησης στη συνεχή ποιοτική αναζήτηση για όλους τους υπαλλήλους της εταιρείας. Το θεμέλιο των "American Awards" είναι κυρίως η ηγεσία. Η ηγεσία πρέπει να αποτελείται από στελέχη που έχουν υψηλές προσδοκίες, καθορίζουν σαφείς αρχές και στόχους, δίνουν προσοχή στην ικανοποίηση των πελατών και λαμβάνουν συστηματικά μέτρα. Η ενεργός συμμετοχή των ηγετών στη διαμόρφωση εύλογων πολιτικών επικοινωνίας, στην ανάπτυξη των εργαζομένων και στη βελτίωση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας είναι μερικές ενέργειες ηγεσίας που πρέπει να αναληφθούν στο καθημερινό σχέδιο του ηγετικού έργου. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η εστίαση στον πελάτη, ο οποίος είναι ο κύριος κριτής της ποιότητας και της απόδοσης της επιχείρησης. Τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες πρέπει να έχουν χαρακτηριστικά που μπορούν να αυξήσουν την αξία των πελατών, δηλαδή την αριστεία

προσανατολισμένη στον πελάτη. Είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί η συμβολή των εργαζομένων στη βελτίωση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας στην πράξη, επειδή προωθεί σε μεγάλο βαθμό τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων. Αυτό σημαίνει παροχή ευκαιριών για ανάπτυξη και επαγγελματική ανάπτυξη. Επιπλέον, τα μελλοντικά σχέδια δράσης (με βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα χαρακτηριστικά) και η πρόβλεψη της κοινωνικής ευθύνης μπορούν να ενισχύσουν τη βιωσιμότητα της εταιρείας στην παγκόσμια αγορά. Επιλέξιμες για συμμετοχή στο βραβείο είναι όλες οι βιομηχανικές εταιρείες, οι μικρές επιχειρήσεις, οι εταιρείες παροχής υπηρεσιών, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η συμμετοχή στον διαγωνισμό απαιτεί από τον υποψήφιο οργανισμό να προετοιμάσει και να υποβάλει έκθεση αυτοαξιολόγησης (ισχύουν συγκεκριμένα πρότυπα σε κάθε περίπτωση). Τα κριτήρια για τα American Awards επικεντρώνονται στην ηγεσία, στον στρατηγικό σχεδιασμό ποιότητας, στη διαχείριση ποιοτικών διαδικασιών, στην ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων, στην ανάκτηση και ανάλυση πληροφοριών, στην ικανοποίηση των πελατών και στα επιχειρηματικά αποτελέσματα. Ανεξάρτητα από το αν ανταμείβονται ή όχι, οι περισσότερες εταιρείες χρησιμοποιούν αμερικανικά πρότυπα ανταμοιβής για να βελτιώσουν την ανταγωνιστικότητά τους στην αγορά, επειδή έχουν την ευκαιρία να προσαρμοστούν στις ανάγκες του οργανισμού και τη δομή των ανταμοιβών. (Reimann, 1989 & Garvin, 1991).

Εν ολίγοις, η ηγεσία καθορίζει τις αρχές της εταιρείας και αντικατοπτρίζει το στυλ διαχείρισης, την επικοινωνία με τους υπαλλήλους, τη συμβολή στην κοινωνία κ.λπ. Η εστίαση στους πελάτες σημαίνει κατανόηση των αναγκών και ικανοποίηση των πελατών, αύξηση της πελατειακής βάσης κ.λπ. Ο στρατηγικός σχεδιασμός έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας, την ενίσχυση της ανταγωνιστικής θέσης της αγοράς εργασίας και την επίτευξη στόχων. Η μέτρηση, η ανάλυση και η διαχείριση των γνώσεων επικεντρώνεται στην επιλογή και τη χρήση δεδομένων και πληροφοριών από τον οργανισμό, τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός διασφαλίζει την ποιότητά του και τη διαχείριση των γνώσεων. Η εστίαση στους ανθρώπινους πόρους αναφέρεται στην ανάπτυξη και το κίνητρο των εργαζομένων, την αναγνώριση των εργαζομένων, την αναγνώριση των εργαζομένων, την παροχή ευκαιριών ανάπτυξης, κ.λπ. Η διαχείριση της διαδικασίας εξετάζει τις παραμέτρους που οδηγούν στη δημιουργία αξίας για τον πελάτη και το σώμα. Τα αποτελέσματα ελέγχουν την απόδοση του οργανισμού σε διάφορες πτυχές και τις συνέπειες της

βελτίωσης, όπως λειτουργική απόδοση και απόδοση της αγοράς (οικονομικά αποτελέσματα). (Ιωαννίδου, 2018).

ΕΙΚΟΝΑ 9



Το μοντέλο του Βραβείου Ποιότητας Malcolm Baldrige

Πηγή: Ο δρόμος προς την Ολική Ποιότητα, Ψωμάς, 2013

4.3.3 Το Ιαπωνικό Βραβείο Ποιότητας (Βραβείο Deming)

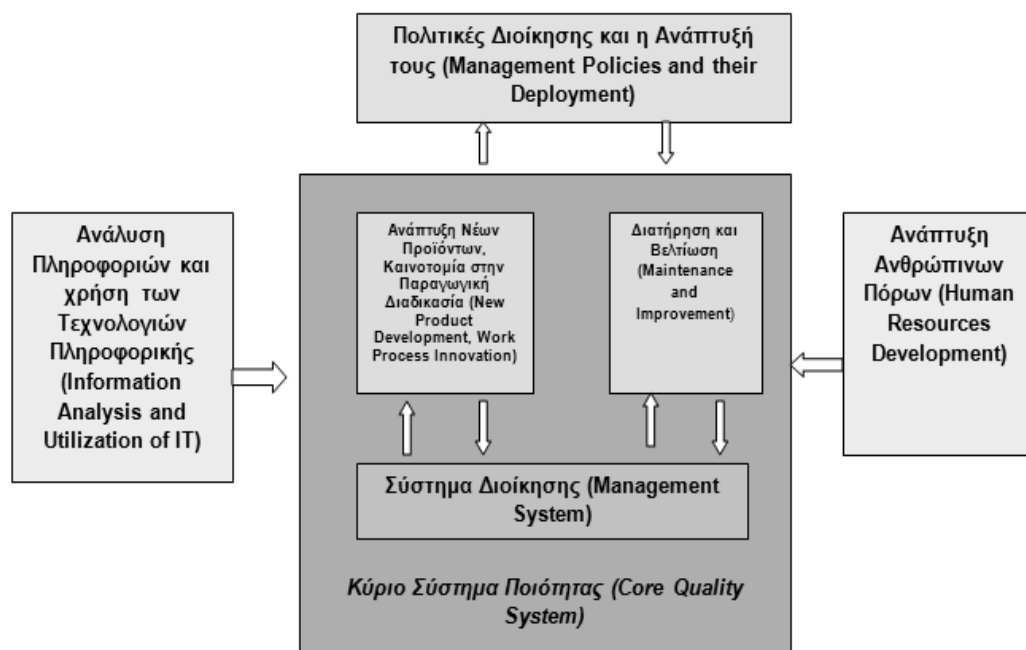
Ο Deming είναι ένας από τους σπουδαιότερους επιστήμονες στον ποιοτικό έλεγχο και αποτέλεσε το έναυσμα της ανάπτυξης ενός κινήματος ποιότητας, το οποίο ονομάζεται βραβείο Deming. Το Βραβείο Deming θεσπίστηκε από το 1951, όταν ο Deming μέσα από μια σειρά σεμιναρίων που παρέδωσε στην Ιαπωνία, προσκεκλημένος της Ένωσης των Επιστημόνων και Μηχανικών της Ιαπωνίας (Union of Japanese Scientists and Engineers, JUSE), πέτυχε την κινητοποίηση των επιχειρηματιών προς την πραγμάτωση του ποιοτικού ελέγχου και περίπου ένα έτος μετά καθιερώθηκε το βραβείο. Σήμερα, το Βραβείο Deming τιμά τόσο ιδιωτικές όσο και δημόσιες επιχειρήσεις για την επιτυχημένη εφαρμογή ενεργειών βελτίωσης της ποιότητας.

Αναλυτικότερα, το Ιαπωνικό βραβείο περιλαμβάνει τις παρακάτω κατηγορίες:

- Το **Βραβείο Ποιοτικού Ελέγχου για τις Λειτουργικές Επιχειρησιακές Μονάδες** (Quality Control Award for Operations Business Units).
- Το **Βραβείο για τα Άτομα** (Deming Prize for Individuals), που συνέβαλλαν στην εφαρμογή του μοντέλου της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.
- Το **Βραβείο Εφαρμογής** (Deming Application Prize), το οποίο αποδίδεται σε εταιρίες ή τμήματα που διακρίθηκαν για βελτίωση της απόδοσής τους.
- Το **Βραβείο για το Καλύτερο Συγγραφικό Έργο** (Nikkei QC Literature Prize), στη μελέτη της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Τα κριτήρια αξιολόγησης του βραβείου έχουν τον ίδιο συντελεστή βαρύτητας, η βαθμολόγηση τους γίνεται από συγκεκριμένους κριτές και περιλαμβάνουν την διοίκηση της επιχείρησης οργανισμού, την επιχειρησιακή πολιτική, την πληροφόρηση, την τυποποίηση, την ανάλυση, τον επιχειρησιακό σχεδιασμό, τη διασφάλιση της ποιότητας, τον έλεγχο, την εκπαίδευση και τα αποτελέσματα (Ιωαννίδου, 2018 Ψωμάς, 2013) .

ΕΙΚΟΝΑ 10



Το μοντέλο του Βραβείου ποιότητας Deming

Πηγή: juse.or.jp

4.3.4 Το Βραβείο Ποιότητας του Καναδά

Το βραβείο Ποιότητας του Καναδά θεσπίστηκε το 1984 από το Καναδικό Υπουργείο Βιομηχανίας ως Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας, το οποίο και αναθεωρήθηκε το 1989 σύμφωνα και με τις αρχές του Αμερικάνικου Βραβείου Malcolm Balridge. Το Καναδικό Ινστιτούτο για την Ποιότητα (Canada's National Quality Institute) χρησιμοποιεί το βραβείο αυτό για την επιβράβευση των προσπαθειών των Καναδικών επιχειρήσεων που επενδύουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητάς τους. Το Ινστιτούτο αυτό δημιουργήθηκε το 1992 και είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος με τις κατάλληλες στρατηγικές κατευθύνει τις Καναδικές επιχειρήσεις ώστε να επιτύχουν επιχειρηματική αριστεία. Ο οργανισμός αυτός δραστηριοιείται επίσης στην έρευνα των πρακτικών και των μεθόδων διοίκησης που εφαρμόζονται από τις επιτυχημένες επιχειρήσεις του Καναδά. Στο βραβείο αυτό περιλαμβάνονται οδηγίες για την επίτευξη συνεχούς βελτίωσης με τον τίτλο "Roadmap to Excellence", αρχές για την επίτευξη

αριστείας καθώς και τα κριτήρια για την αξιολόγηση των επιχειρήσεων που αιτούνται την απόκτησή του.

Οι οδηγίες “Roadmap to Excellence” αποτελούνται από 10 βήματα:

1. **Υποστήριξη των αρχών (principles) για την αριστεία.** Οι αρχές για την αριστεία πρέπει να ληφθούν και να επικοινωνηθούν στο προσωπικό της επιχείρησης.
2. **Κατανόηση και ανάλυση του μοντέλου του Καναδικού Βραβείου Ποιότητας.** Για να γίνει αυτό, απαιτείται η συγκρότηση μιας ομάδας εργαζομένων, που προέρχονται από διαφορετικά τμήματα της επιχείρησης, προκειμένου να συζητηθεί και να αναλυθεί το περιεχόμενο και το πεδίο δράσης του Καναδικού μοντέλου.
3. **Εκτίμηση-αξιολόγηση σύμφωνα με το Canada’s National Quality Institute.** Για να πραγματοποιηθεί η στοχοθεσία της επιχείρησης πρέπει πρώτα να είναι γνωστή η υφιστάμενη κατάσταση. Πραγματοποιείται (με τη σύμφωνη γνώμη όλου του προσωπικού) αξιολόγηση του τρέχοντος τρόπου λειτουργίας και διοίκησης της επιχείρησης. Μετά τη διενέργεια της αυτό-αξιολόγησης συνίσταται ομάδα προσδιορισμού των κενών που προέκυψαν.
4. **Ανάπτυξη σχεδίου βελτίωσης.** Στη συνέχεια επιλέγεται η κατεύθυνση την οποία θα ακολουθήσει η επιχείρηση. Με βάση τα αποτελέσματα της αυτό-αξιολόγησης, συγκροτείται μια ομάδα ατόμων η οποία θα μιλήσει σε μερικούς πελάτες και εταίρους αναφορικά με τις ανάγκες που έχουν και τις σχέσεις τους με την επιχείρηση.
5. **Διάδοση του μηνύματος.** Ολόκληρη η επιχείρηση θα πρέπει να γνωρίζει που κατευθύνεται και όλοι στην επιχείρηση θα πρέπει να γνωρίζουν τις αρχές, το μοντέλο του Καναδικού Βραβείου Ποιότητας καθώς και τη δέσμευση της επιχείρησης για συνεχή βελτίωση.
6. **Μετατροπή του σχεδίου βελτίωσης σε πράξη.** Η κατανόηση των στόχων της επιχείρησης και η εκπαίδευση των εργαζόμενων στα εργαλεία βελτίωσης αποτελούν στόχο μείζονος σημασίας.
7. **Παρακολούθηση του σχεδίου βελτίωσης.** Πραγματοποιείται παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας επίτευξης των στόχων. Επίσης, τα θετικά βήματα που έχουν επιτευχθεί πρέπει επιβραβεύονται και να παρέχεται βοήθεια σε αυτούς που τη χρειάζονται για την επίτευξη της βελτίωσης.

8. **Πραγματοποίηση εκτίμησης-αξιολόγησης σύμφωνα με το Canada's National Quality Institute.** Πραγματοποιείται ακόμη μια φορά αυτό-αξιολόγηση ώστε να γίνουν αντιληπτά τα οφέλη και να πραγματοποιηθεί η εξασφάλιση της προόδου που έχει επιτευχθεί. Το νέο σχέδιο βελτίωσης μπορεί να βασιστεί σε αυτή την αυτοαξιολόγηση.
9. **Διατήρηση των πλεονεκτημάτων.** Η επιχειρηματική αριστεία πρέπει να αποτελεί ένα σύστημα και όχι ένα πρόγραμμα. Με άλλα λόγια, η διατήρηση μιας συνεχόμενης ροής των λειτουργιών γίνεται αποτελεσματικά με την εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας σε όλες τις εκφάνσεις της δραστηριότητας της επιχείρησης.
10. **Προσανατολισμός στη συνεχή βελτίωση.** Δεδομένου ότι η επιχείρηση έχει γίνει «άριστη», πρέπει να δίνεται μεγάλη βαρύτητα στη βελτίωση της ποιότητας. Το Καναδικό Βραβείο Ποιότητας θα πρέπει να συνεχίσει να αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας – κουλτούρας της επιχείρησης (Ψωμάς, 2013).

EIKONA 11



Το μοντέλο του Καναδικού Βραβείου Ποιότητας

Πηγή: Ο δρόμος προς την Ολική Ποιότητα, Ψωμάς, 2013

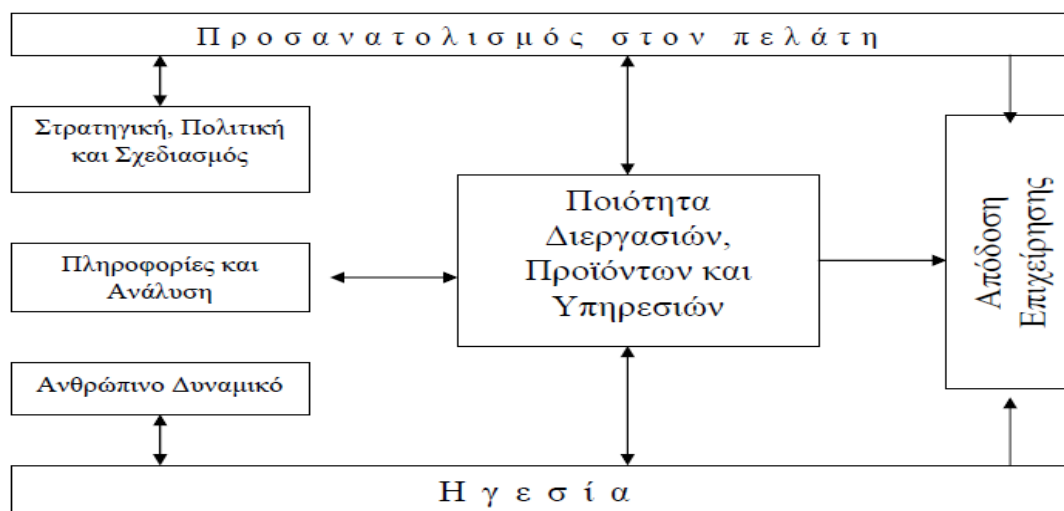
4.3.5 Το Βραβείο Ποιότητας της Αυστραλίας

Το Βραβείο Ποιότητας της Αυστραλίας δημιουργήθηκε το 1988 με σκοπό την ενθάρρυνση των επιχειρήσεων της χώρας ώστε να αυξήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και των υπηρεσιών τους, να αυξήσουν την απόδοσή τους σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και για να μπορέσουν να συγκρίνουν τις επιδόσεις τους με άλλες χώρες (benchmarking). Το μοντέλο ποιότητας που παρέχει το Βραβείο Ποιότητας της Αυστραλίας είναι αναγνωρισμένο από το Συμβούλιο Ποιότητας της

Αυστραλίας (Australian Quality Council), έναν οργανισμό που αναγνωρίστηκε από το Commonwealth Government of Australia, σαν τον κορυφαίο εκείνο οργανισμό για θέματα διοίκησης ποιότητας. Η ίδρυση του οργανισμού πραγματοποιήθηκε το 1993 με τη συγχώνευση του Enterprise Australia, του Ινστιτούτου Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management Institute), του Οργανισμού Βραβείου Ποιότητας της Αυστραλίας (Australian Quality Award Foundation) και του Quality Society of Australia.

Σκοπός αυτού του βραβείου ποιότητας ήταν η δημιουργία ενός σύγχρονου και περιεκτικού συνόλου από βέλτιστες πρακτικές και αρχές ποιότητας. Η εκτίμηση της απόδοσης της ποιότητας πραγματοποιείται από το βραβείο αυτό με επτά κριτήρια: α. ηγεσία, β. στρατηγική, πολιτική και σχεδιασμός, γ. πληροφορίες και ανάλυση, δ. ανθρώπινο δυναμικό, ε. προσανατολισμός στον πελάτη, στ. ποιότητα διεργασιών, προϊόντων και υπηρεσιών, ζ. Απόδοση επιχείρησης (Ψωμάς, 2013).

ΕΙΚΟΝΑ 12



Το μοντέλο του Αυστραλιανού Βραβείου Ποιότητας

Πηγή: Ο δρόμος προς την Ολική Ποιότητα, Ψωμάς, 2013

4.4 Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης ως εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

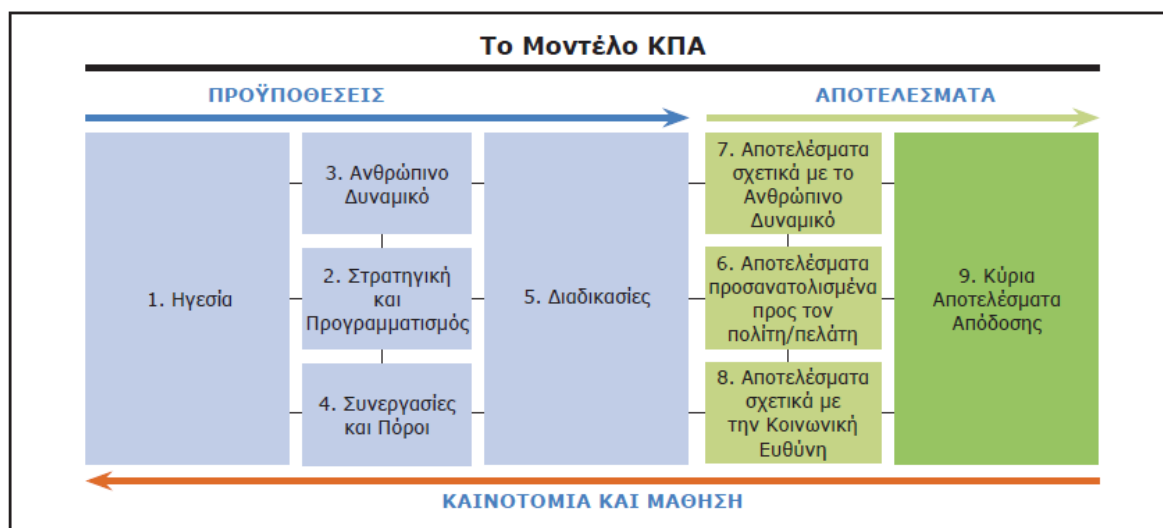
Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) αποτελεί ευρωπαϊκό εργαλείο αυτό-αξιολόγησης της Διοικητικής λειτουργίας ενός οργανισμού. Με άλλα λόγια, είναι το μέσο για τη συνεχή μέτρηση (δηλαδή αξιολόγηση βασισμένη σε πραγματικά στοιχεία) των διαδικασιών, με σκοπό την αξιολόγηση των προϋποθέσεων και των

αποτελεσμάτων του. Αναφορικά με τη δομή του ΚΠΑ αποτελείται από 9 κριτήρια, που αφορούν τις προϋποθέσεις μιας οργάνωσης και 28 υποκριτήρια που αφορούν την αξιολόγηση, τις μετρήσεις της απόδοσης της οργάνωσης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει συσχέτιση με την αξιολόγηση του προσωπικού. Ιδιαίτερα για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την επίτευξη των στόχων της Διοίκησης μιας μονάδας υγείας, απαιτείται η υιοθέτηση διεθνών πρακτικών ΔΟΠ, με την πλήρη συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού και των ασθενών-πολιτών (European Institute of Public Administration, Maastricht, 2002) (https://www.kat-hosp.gr/ti_einai_to_kpa/)

Τα βραβεία ποιότητας, τα οποία αναπτύχθηκαν στην προηγούμενη υποενοότητα αποτελούν ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης λαμβάνοντας υπόψη ότι ο κύριος σκοπός τους είναι τόσο η παρακίνηση των οργανισμών για την αναζήτηση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, όσο και η αναγνώριση και βράβευση των επιτυχημένων επιχειρήσεων / οργανισμών. Το πλαίσιο της αυτοαξιολόγησης ενός οργανισμού καθορίζεται από το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης το οποίο ομοιάζει με τη κουλτούρα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και έχει διαμορφωθεί για να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των δημοσίων οργανισμών. Είναι εμπνευσμένο από το Πρότυπο Αριστείας του EFQM, και αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση της ανάλυσης της οργανωσιακής απόδοσης μιας επιχείρησης (Ιωαννίδου, 2018).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα εννέα κριτήρια του ΚΠΑ.

ΕΙΚΟΝΑ 13



Το μοντέλο του ΚΠΑ

Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, (2015). Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης. Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτόαξιολόγησης, σελ.9.

Η δομή των εννέα κριτηρίων προσδιορίζει τα κύρια σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε οποιαδήποτε οργανωσιακή ανάλυση. Τα κριτήρια 1 έως 5 αφορούν τις

μεθόδους διοίκησης μιας οργάνωσης, τις λεγόμενες **Προϋποθέσεις**. Οι προϋποθέσεις καθορίζουν το τι κάνει μια οργάνωση και πώς προσεγγίζει τις εργασίες που της έχουν ανατεθεί, ώστε να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στα κριτήρια 6 έως 9, τα **Αποτελέσματα** που επιτυγχάνει η δημόσια οργάνωση ως προς τους πολίτες/ πελάτες, το ανθρώπινο δυναμικό, την κοινωνική ευθύνη και τους σημαντικούς τομείς της απόδοσης υπολογίζονται με τη χρήση εκτιμήσεων και μετρήσεων της απόδοσης. Τα 9 κριτήρια χωρίζονται σε 28 υποκριτήρια, τα οποία προσδιορίζουν τα κύρια ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν αξιολογείται μια οργάνωση (ΚΠΑ, 2015).

Το ΚΠΑ ως αποκύημα του EFQM διέπεται από οκτώ αρχές οι οποίες αξίζει να αναφερθούν και οι οποίες κάνουν τη διαφορά μεταξύ του γραφειοκρατικού τρόπου διοίκησης και της ΔΟΠ. Οι αρχές αυτές είναι 1. Προσανατολισμός στα αποτελέσματα, 2. Έμφαση στον πολίτη/πελάτη, 3. Ηγεσία και αφοσίωση στο σκοπό 4. Διαχείριση μέσω διαδικασιών και δεδομένων, 5. Ανάπτυξη και εμπλοκή του ανθρώπινου δυναμικού, 6. Συνεχής καινοτομία και βελτίωση, 7. Ανάπτυξη συνεργασιών, 8. Κοινωνική Ευθύνη (ΚΠΑ, 2015).

ΕΙΚΟΝΑ 14



Αρχές Αριστείας

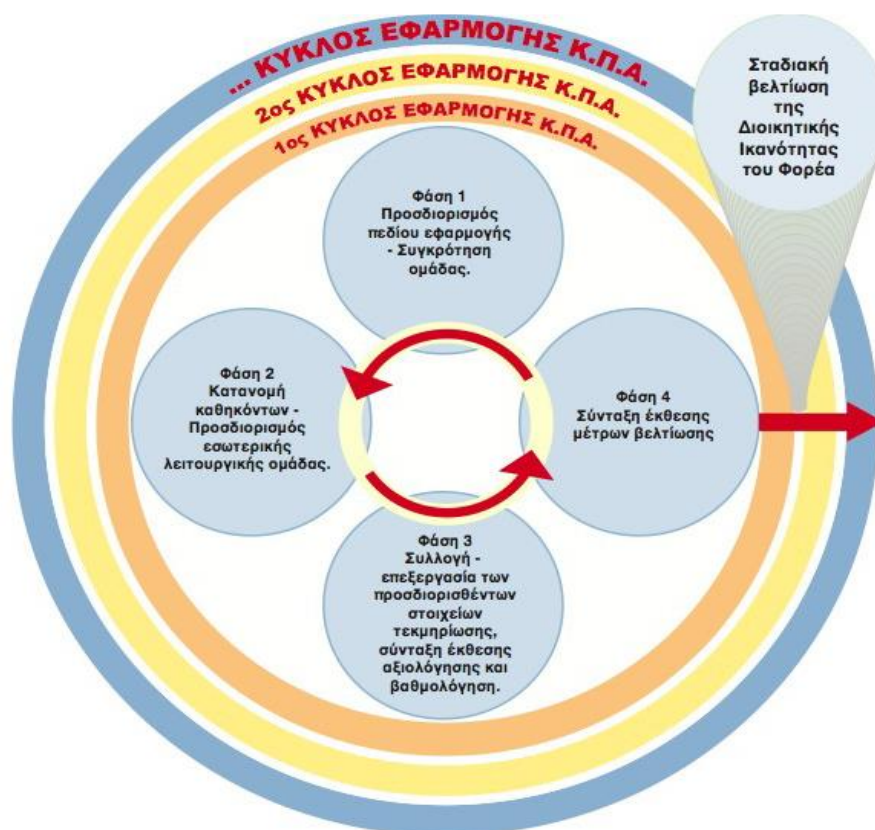
Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, (2015). Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης.

Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτόαξιολόγησης, σελ. 11

Σύμφωνα με τον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ (2017) , κάθε Δημόσια Οργάνωση η οποία πρόκειται να εφαρμόσει το ΚΠΑ εκπονεί σχέδιο δράσης. Το σχέδιο πραγματοποιείται από αντιπροσωπευτική ομάδα έργου-αξιολόγησης, δηλαδή από μια ομάδα η οποία οφείλει να αντιπροσωπεύει στο μέτρο του δυνατού όλες τις υπηρεσίες και τα ιεραρχικά επίπεδα της δομής της Δημόσιας Οργάνωσης. Η ομάδα έργου θέτει σε λειτουργία τον 1^ο κύκλο της εφαρμογής του ΚΠΑ, οποίος χωρίζεται σε 4 φάσεις:

- 1 **Προσδιορισμός πεδίου εφαρμογής και συγκρότηση ομάδας δράσης:** η πολιτική ηγεσία για να είναι εφικτή η υλοποίηση του σχεδίου δράσης είναι απαραίτητο να υποστηρίζει ενεργά το εγχείρημα.
- 2 **Κατανομή καθηκόντων και προσδιορισμός της εσωτερικής λειτουργίας της ομάδας:** Προγραμματίζονται οι ενέργειες της ομάδας και καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας της.
- 3 **Συλλογή και επεξεργασία των προσδιορισθέντων στοιχείων τεκμηρίωσης, σύνταξη έκθεσης αξιολόγησης και βαθμολόγηση.** Πραγματοποιούνται από την ομάδα όλες οι ενέργειες για την εύρεση στοιχείων τεκμηρίωσης, τη σύνταξη της έκθεσης αξιολόγησης και τη βαθμολόγησή της.
- 4 **Σύνταξη έκθεσης μέτρων βελτίωσης:** Ακολουθεί η εμπειριστατωμένη έκθεση βελτιωτικών μέτρων. Με αυτόν τον τρόπο αξιοποιούνται τα συμπεράσματα της έκθεσης αξιολόγησης και βοηθούν στη διαμόρφωση του προγράμματος διοικητικής βελτίωσης του οργανισμού.

ΕΙΚΟΝΑ 15



Κύκλος εφαρμογής ΚΠΑ

Πηγή: Αργυρή Αναστασοπούλου, Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, 2010

Συμπερασματικά, το ΚΠΑ αποτελεί ένα μαθησιακό και ολιστικό εργαλείο το οποίο υποστηρίζει τις δημόσιες διοικήσεις στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Γι' αυτόν το λόγο οι επιχειρήσεις/οργανώσεις που εισάγουν στη φιλοσοφία τους τη στοχοθεσία του ΚΠΑ οδηγούνται σε αύξηση της απόδοσης τους και βαδίζουν το δρόμο της διοικητικής και οργανωτικής αριστείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

5.1 Ιστορική Αναδρομή

Οι κοινωνικοοικονομικές αναταράξεις στην Ελλάδα τον 20^ο αιώνα, όπως οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή και η δικτατορία οδήγησαν σε καθυστερήσεις στην ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους και επομένως στα συστήματα υγείας και στη διασφάλιση της ποιότητάς τους. Διάφορες εξαγγελίες ήδη από τη δεκαετία του 1980 παρέμειναν χωρίς υλοποίηση, κυρίως λόγω του μεγάλο κόστους εφαρμογής τους. (Ιωαννίδου, 2018). Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην ευρωπαϊκή ένωση και στα πλαίσια της προσπάθειας να συμβαδίσει με τα υπόλοιπα μέλη, ξεκίνησαν να δημιουργούνται κάποιες δομές που θα ελέγχουν και θα βελτιώνουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η ίδρυση του Ελληνικού Οργανισμού Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) το 1978 αποτελεί σταθμό στον έλεγχο ποιότητας καταναλωτικών αγαθών και υπηρεσιών. (Ζέκιο, Ορφανός 2018)

Η πολιτική του ελληνικού κράτους ως προς τη διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δεν ακολουθεί διαχρονικά κάποιο στρατηγικό σχεδιασμό. Παρόλα τα εμπόδια όμως, γίνεται προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας των ιατρονοσηλευτικών μέσω της δημιουργίας δομών ποιότητας μέσα στα νοσοκομεία.

Έχουν γίνει μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της εξυπηρέτησης των ασθενών με και της ασφάλειας των υπηρεσιών. Ενδεικτικά: σύσταση γραφείου υποδοχής ασθενών (N2889/2006), σύσταση αυτοτελούς τμήματος επειγόντων περιστατικών (N2889/2001), σύσταση εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας (N3172/2003), σύσταση τμήματος ελέγχου ποιότητας , έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα νοσοκομεία (N2889/2001), οργάνωση συστήματος προμηθειών υπηρεσιών υγείας (N3918/2011). Το 2001 με το Ν2920 συστάθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας με στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών. Έχει εύστοχα παρατηρηθεί ότι η πολιτική ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

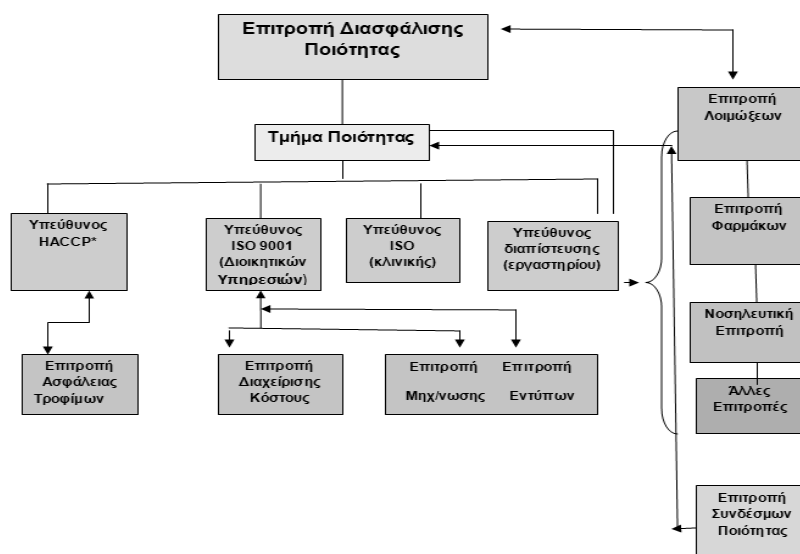
στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από «διαχρονικό πλουραλισμό νομοθεσίας». (Ζέρβας 2020).

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), σε ένα σύστημα ποιότητας ενός νοσοκομείου παίζουν σημαντικό ρόλο:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο αναλαμβάνει την υποστήριξη και την έγκριση της εφαρμογής ενός συστήματος ποιότητας και την αξιολόγηση των εκθέσεων ποιότητας.
- Η Διοίκηση, η οποία μπορεί να αναφέρεται στον πρόεδρο, το διευθυντή, στο τμήμα ποιότητας ή σε συγκεκριμένες θέσεις εργασίας και επωμίζεται την ευθύνη και τη διαχείριση του προγράμματος ποιότητας.
- Η Επιτροπή Ποιότητας, η οποία ασχολείται με την προώθηση της συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων και την ανάπτυξη των συστημάτων ποιότητας.
- Το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο με την προώθηση δράσεων υποστηρίζει τα συστήματα ποιότητας.
- Οι Διευθυντές, που είναι εκείνοι οι οποίοι διασφαλίζουν την εμπλοκή των υπαλλήλων στην εφαρμογή και την αξιολόγηση των συστημάτων ποιότητας και είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξή τους.

Στο παρακάτω σχήμα (Πολύζος, 2014) , περιγράφεται το σύστημα ποιότητας ενός νοσοκομείου, δηλαδή ποιες δομές υποστηρίζουν το σύστημα ποιότητας και στοχεύουν στην πιστοποίηση και τη διαπίστευση των τμημάτων του οργανισμού.

ΕΙΚΟΝΑ 16



Σύστημα Ποιότητας Νοσοκομείου, Πηγή: Πολύζος, 2014

Όπως είναι φανερό για την εφαρμογή και η διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας που βασίζεται σε αρχές ποιότητας απαιτείται σχεδιασμός που αναφέρεται σε συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους και ο έλεγχος επίτευξής τους πραγματοποιείται με εφαρμογή ανάλογων διορθωτικών μέτρων. Τα αποσπασματικά μέτρα φαίνεται να μην είναι αποτελεσματικά. Το σύστημα «Διοίκηση μέσω στόχων», το οποίο βασίζεται στις αρχές διοικητικής πρακτικής Management by Objectives (Roth 2009, Brunsson 2008, Antoni 2005, Rodgers & Hunter 1992, Greenwood 1981) ενεργοποιήθηκε στην ελληνική Δημόσια Διοίκηση το έτος 2016, με το Νόμο 4369. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οφείλουν να θέτουν στόχους σε επίπεδο φορέα , Διεύθυνσης τμήματος, επίπεδο εργαζομένου. Επίσης πρέπει να καθορίζουν μετρήσιμους δείκτες για την παρακολούθηση της επίτευξης των στόχων. Με αυτόν το τρόπο η διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται βασισόμενη στις αρχές του σχεδιασμού, του ελέγχου και της συνεχούς βελτίωσης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η σημαντικότερη παράμετρος της βελτίωσης ποιότητας είναι η ανακατανομή των ήδη διαθέσιμων πόρων και όχι η αύξηση του εξοπλισμού, του προσωπικού και των λοιπών πόρων. (Ζέρβας, 2020).

5.2 Οι πυλώνες του ΕΣΠΑ για την Ποιότητα στην Υγεία

Σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική Υγείας και τις δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 με την οικονομική κρίση που υφίσταται στη χώρα από το 2007 και μετά, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν, μειώσεις που υποβάθμισαν την ποιότητα, περιόρισαν την πρόσβαση και υπονόμισαν την εμπιστοσύνη του κοινού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η συνέχιση του επιπέδου χρηματοδότησης με τους όρους της κρίσης δεν είναι βιώσιμη. Η διαχείριση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού είναι κατακερματισμένη και στερείται συνέχειας, ενώ η φροντίδα υγείας είναι αδικαιολόγητα ακριβή και στις περισσότερες περιπτώσεις αναποτελεσματική. Η ποιότητα της περίθαλψης είναι κάτω της βέλτιστης ενώ όλο και περισσότερο αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού.

Το όραμα της Στρατηγικής Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 καθορίζεται από την ανάγκη για: «Καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της Υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τους όρους βιωσιμότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Με βάση το παραπάνω όραμα του τομέα Υγείας, περιγράφονται οι κάτωθι Πυλώνες και Στρατηγικοί Στόχοι, οι οποίοι εναρμονίζονται με τις Εθνικές Πολιτικές Προτεραιότητες μεταρρύθμισης της Υγείας:

- **1^{ος} Πυλώνας ΕΣΠΑ:** Βιωσιμότητα Συστήματος Υγείας- Εκσυγχρονισμός της διακυβέρνησης της υγείας με διαφάνεια με απουσία αποκλεισμών. Επιτυγχάνεται μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης του συστήματος Υγείας.

Πρώτο μέλημα των μεταρρυθμίσεων του τομέα της Υγείας είναι η βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελέσματος που υπάρχει. Αυτό σημαίνει ριζική αναδιάρθρωση του υφιστάμενου εθνικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, και οι επενδύσεις που θα γίνουν πρέπει να έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά τους την καινοτομία, την έξυπνη εξειδίκευση, την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, τη λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών του Υπουργείου και των εποπτευόμενων φορέων με ορθολογικό τρόπο και τη δημιουργία και εφαρμογή συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή των υπηρεσιών στον πολίτη. Τέλος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η έντονη γεωγραφική ανισοκατανομή της χώρας, καθώς και τα νησιά.

Οι στρατηγικοί στόχοι που έχουν τεθεί στα πλαίσια αυτού του πυλώνα είναι οι εξής:

1. Εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.
2. Ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.
3. Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας σε συνδυασμό με την προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e- υπηρεσιών υγείας.
4. Αναβάθμιση των ανθρωπίνων πόρων του Τομέα Υγείας.
5. Αύξηση της ενεργειακής αποδοτικότητας και μείωση του περιβαλλοντικού στίγματος του Τομέα Υγείας.
6. Αύξηση της εξωστρέφειας του Συστήματος Υγείας.

- **2^{ος} Πυλώνας ΕΣΠΑ:** Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο- Διασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα Υγείας.

Η χρηματοδότηση της Υγείας θεωρείται ως επένδυση, με την έννοια ότι μέσω της επίδρασής της στην Υγεία και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη μεγέθυνση της οικονομίας. Η έμφαση στη βελτίωση των περιβαλλοντικών συνθηκών και στην πρόληψη, μακροπρόθεσμα μειώνει τις δαπάνες αποθεραπείας και συμβάλλει στη μείωση του κόστους συντήρησης του συστήματος και στην ανάπτυξή του.

Κέντρο του πυλώνα αυτού είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με ποιοτικές υπηρεσίες Υγείας και πιο συγκεκριμένα της ΠΦΥ, της Ψυχικής Υγείας και της Αγωγής Προαγωγής Υγείας.

Οι Στρατηγικοί Στόχοι του πυλώνα αυτού περιγράφονται ως εξής:

1. Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία.
2. Προώθηση της Ψυχικής Υγείας.
3. Αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου από τη θεραπεία νοσημάτων.

• **3^{ος} Πυλώνας ΕΣΠΑ:** Εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες έχουν χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο ζουν σε δυσχερέστερες συνθήκες ζωής και έχουν πιο δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μείωση του προσδόκιμου ζωής τους και των επιπέδων υγείας τους, δημιουργώντας ηθικά και οικονομικά ζητήματα, καθώς είναι μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι Στρατηγικοί στόχοι αυτού του πυλώνα είναι οι εξής:

1. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με υψηλή ποιότητα μέσω της δημιουργίας μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας.
2. Επενδύσεις σε υποδομές υγείας.
3. Αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για τη διασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.
4. Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών.

Πρόταση δεικτών αξιολόγησης πολιτικής υγείας ΕΣΠΑ 2014-2020

Οι δείκτες αξιολόγησης που αποτελούν το πλαίσιο αξιολόγησης της πολιτικής Υγείας για την κάλυψη του Στρατηγικού Σχεδιασμού ΕΣΠΑ 2014-2020, βασίζονται στο τρίπτυχο Αποτελεσματικότητα-Αποδοτικότητα-Ισότητα. Πιο συγκεκριμένα:

- Δείκτες Αποτελεσματικότητας:
 - Πρόσβαση στη φροντίδα (διαθεσιμότητα, χρήση, έγκαιρη παροχή)
 - Ποιότητα φροντίδας (ασφάλεια, συνέχεια, αποτελεσματικότητα)
 - Βελτίωση επιπέδου υγείας

- Ικανοποίηση του ασθενούς
- Δείκτες Αποδοτικότητας:
 - Επάρκεια πόρων
 - Δαπάνες σε σχέση με παραγωγικότητα
 - Διοικητική αποδοτικότητα
 - Μεγιστοποίηση αξίας των πόρων
- Δείκτες Ισότητας:
 - Καθολική πρόσβαση πληθυσμού
 - Ποιότητα παροχής υπηρεσιών σε ανασφάλιστους πολίτες
 - Συμμετοχή και αξιοπιστία των υπηρεσιών

Ως προς την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας με γνώμονα τις εκβάσεις στην υγεία των πολιτών, χρησιμοποιούνται κυρίως οι εξής δείκτες: αποφεύξιμη θνησιμότητα, βρεφική θνησιμότητα, περιγεννητική θνησιμότητα, γεννήσεις λιποβαρών βρεφών, επίπτωση λοιμωδών νοσημάτων, αποφεύξιμες εισαγωγές, επιβίωση μεταμοσχευμένων και αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, επιβίωση καρκινοπαθών, νοσοκομειακή θνητότητα ασθενών με OEM, περιεγχειρητική θνητότητα 30 ημερών, επανεισαγωγή επειγόντων περιστατικών εντός 28 ημερών, ρυθμός εμβολιασμών, πληθυσμιακοί προσυμπτωματικοί έλεγχοι καρκίνου μαστού και καρκίνου μήτρας (ΕΣΠΑ, 2014-2020).

5.3 Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία, ΟΔΠΥ

Μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη στον τομέα της διασφάλισης ποιότητας στην Υγεία στην Ελλάδα, είναι η ίδρυση του «Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ, ΟΔΠΥ ΑΕ» με το ΦΕΚ 149 Α/2020 (Ν.4715/2020). Σύμφωνα με το καταστατικό της εταιρείας (<http://www.opengov.gr/yyka/?p=3087>) σκοπός του οργανισμού είναι « η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και ο στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα της υγείας για την αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας με στόχο την ισότιμη πρόσβαση και καθολική κάλυψη του πληθυσμού».

Οι αρμοδιότητες του οργανισμού, ο οποίος θα έχει έδρα στην Αθήνα, είναι οι εξής:

1. Αφού γίνει καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, να πραγματοποιηθεί η ενημέρωση των πολιτών για τον τρόπο πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες.

2. Η ανάπτυξη (ή η υιοθέτηση υφισταμένων) διαδικασιών και προτύπων ποιότητας που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές στα νοσοκομεία.
3. Η περιγραφή διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία και των ιατρικών πρακτικών. Στόχο αποτελεί η διασφάλιση της συγκρισιμότητάς τους με δείκτες άλλων χωρών.
4. Η αξιολόγηση της συμμόρφωση των υπηρεσιών υγείας στα πρότυπα ποιότητας, η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης και η παροχή συμβουλευτικής σε ζητήματα αξιολόγησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.
5. Η σύνταξη και η τήρηση μητρώου εξωτερικών εμπειρογνομόνων για την αξιολόγηση.
6. Προώθηση προτάσεων ώστε οι πάροχοι υπηρεσιών οι οποίοι συμμορφώνονται με τα πρότυπα ποιότητας και οι πάροχοι οι οποίοι εξασφαλίζουν αριστεία να ανταμείβονται ανάλογα.
7. Επιβάλλονται κυρώσεις σε παρόχους που δεν τηρούν τα πρότυπα ποιότητας με τη διατύπωση γνώμης ως προς την επιβολή κυρώσεων από τον οργανισμό.
8. Παρέχονται υπηρεσίες εκπαίδευσης και κατάρτισης στους παρόχους οργανισμούς υγείας ως προς τις διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
9. Η έρευνα ως προς τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, ο εντοπισμός κενών και ελλείψεων των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διατύπωση προτάσεων για την κάλυψή τους και την αναδιοργάνωση του χάρτη των υπηρεσιών υγείας.
10. Η συνεργασία με το Κοινωφελές Ίδρυμα Σταύρος Σ. Νιάρχος για την υλοποίηση του έργου VII- Λοιμώξεις, με σκοπό την εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Συμπερασματικά, η ίδρυση του οργανισμού αποτελεί μια σημαντική μεταρρύθμιση στο χώρο της Υγείας, αφού έρχεται να καλύψει με επάρκεια ένα μεγάλο κενό στην πιστοποίηση και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη χώρα (<https://www.moh.gov.gr/>).

ΜΕΡΟΣ Β- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Η Πανδημία COVID-19

Η ασθένεια COVID-19 προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2, έναν κορωνοϊό RNA που μπορεί να προκαλέσει οξύ αναπνευστικό σύνδρομο σε ανθρώπους. Στις 30/1/2020 ο ΠΟΥ λόγω της έκτασης διασποράς του ιού ανακήρυξε τη λοίμωξη ως Κρίση Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Προβληματισμού (Public Health Emergency of International Concern). Οι κορωνοϊοί γενικά μπορεί να προκαλέσουν ασθένειες του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού και του νευρικού συστήματος, απειλώντας τόσο την ανθρώπινη ζωή όσο και την οικονομία. Η ικανότητα του ιού να μεταλλάσσεται, τον βοηθά να προσαρμόζεται γρήγορα σε νέα περιβάλλοντα και οι δυσμενείς επιπτώσεις στον οργανισμό μπορεί να είναι επίμονες και μακροπρόθεσμες.

Οι κορωνοϊοί, συμπεριλαμβανομένου του SARS-CoV-2, μπορούν να μεταδοθούν μεταξύ ειδών και στον άνθρωπο, με συνέπεια πολύ σοβαρές και δυνητικά θανατηφόρες αναπνευστικές ασθένειες. Οι ιοί SARS-CoV ταυτοποιήθηκαν πρώτα σε νυχτερίδες και μεταδίδονται σε πολλά ζώα διαφορετικών γεωγραφικών τοποθεσιών. Το 2003 έγινε το πρώτο ξέσπασμα επιδημίας SARS-CoV μέσω των υπαίθριων αγορών της Κίνας.

Η μετάδοση του ιού γίνεται μέσω της επαφής υγιούς ατόμου με μολυσμένο άτομο είτε άμεσα είτε μέσω της επαφής με προσωπικά αντικείμενα, ρούχα, είτε με αντικείμενα όπως πόμολα κλπ. Επίσης η μετάδοση γίνεται μέσω του αέρα από μικροσταγονίδια ενώ δεν υπάρχει σαφής ένδειξη για μετάδοση από μητέρα σε νεογνό.

Η επώαση του ιού έχει μέσο όρο 4 ημέρες ενώ κυμαίνεται από 1-12 ημέρες, ενώ τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι ο πυρετός, ο ξηρός βήχας, η διάρροια και η σωματική εξάντληση. Πιο σπάνια συμπτώματα είναι ο απώλεια όσφρησης και γεύσης, ο πονοκέφαλος, πόνοι στο σώμα, πονόλαιμος και δερματικά εξανθήματα. Στα σοβαρά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η δυσκολία στην αναπνοή ή δύσπνοια, ο πόνος ή πίεση στο στήθος και η απώλεια ομιλίας ή κίνησης (WHO). Ο ιός σε ασθενείς που ανέπτυξαν πνευμονία εντοπίζεται σε στοματοφαρυγγικό επίχρισμα, στο αίμα, στα ούρα και στο σάλιο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πιθανή πηγή μετάδοσης του ιού μπορεί να είναι ασυμπτωματικά άτομα, και η παρουσία τους μπορεί να ελέγχει τη δυναμική της εξάπλωσης της πανδημίας.

Στην πανδημία SARS-CoV του 2003 ο ρυθμός μετάδοσης R_0 ήταν 2,75, δηλαδή ένα άτομο μόλυνε 2,75 άτομα. Το R_0 του Έμπολα το 2014 ήταν 1,51-2,53, ενώ της γρίπης H1N1 του 2009 ήταν 1,46-1,48. Ο ρυθμός μετάδοσης του SARS-CoV-2 είναι $R_0=1,5-3,5$. Ωστόσο υπάρχουν δυσκολίες στον έλεγχο της μετάδοσης του ιού: 1) Πολλά άτομα είναι ασυμπτωματικοί φορείς μετάδοσης του ιού 2) Το διάστημα μόλυνσης είναι ασαφές και 3) η ευαισθησία του πληθυσμού απέναντι στον ιό μεταβάλλεται.

Τα βασικά μέτρα ελέγχου της πανδημίας είναι η τήρηση απόστασης τουλάχιστον 2 μέτρων μεταξύ ατόμων, η χρήση μάσκας σε όλους τους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους και η απομόνωση των νοσούντων.

Στις αρχικές μελέτες της έξαρσης του ιού, η πλειοψηφία του πληθυσμού που είχε νοσήσει ήταν κάτοικοι ή είχαν επισκεφθεί την περιοχή Wuhan της Κίνας, ενώ μόνο το 2% είχαν ιστορικό επαφής με ζώα. Από τη Wuhan ο ιός εξαπλώθηκε παγκοσμίως. Μέχρι τον Αύγουστο του 2020 είχαν περιγραφεί πάνω από 22 εκατομμύρια περιπτώσεις με 0,8 εκατομμύρια θανάτους στις περισσότερες χώρες του κόσμου. (Yesudhas et al, 2020).

Από τα τέλη του 2019 και έπειτα, η επιδημία COVID - 19 έχει γίνει η πιο σοβαρή πανδημία στον τελευταίο αιώνα, με παρόμοιους αριθμούς μετάδοσης νέου ιού στον πληθυσμό της Ευρώπης σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα πίσω στο το 1918.

Ωστόσο, οι επιπτώσεις στην υγεία φτάνουν πολύ πέρα από τους αριθμούς μετάδοσης του ιού. Όπως σε κάποιες περιπτώσεις και θάνατοι από COVID-19 είναι αδύνατον να ανιχνευθούν, έτσι και η πανδημία έχει σημαντικό έμμεσο αντίκτυπο στους ανθρώπους που δεν προσβλήθηκαν από τον ιό. Για παράδειγμα, άτομα που αντιμετώπισαν επείγουσες ανάγκες υγείας δεν κατάφεραν κάποιες φορές να λάβουν έγκαιρη φροντίδα, ενώ άτομα με χρόνιες παθήσεις είχαν καθυστερήσεις και αναταραχές στη λήψη της τακτικής φροντίδας υγείας τους. Επιπρόσθετα, η πανδημία και η επακόλουθη οικονομική κρίση οδήγησαν σε αύξηση των διαταραχών ψυχικής υγείας, με μετρήσεις υψηλότερων ποσοστών στρες, άγχους και κατάθλιψης, σε συνδυασμό με διαταραχές στην υγειονομική περίθαλψη για εκείνους με προϋπάρχουσες παθήσεις ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τους Y-Ling Chi et al (2020), οι επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία του πληθυσμού περιλαμβάνουν τη μείωση χρηματοδότησης για άλλες κύριες υπηρεσίες υγείας, μείωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας ασθενών με άλλες ασθένειες εκτός από COVID-19, αργοπορημένη φροντίδα και καθυστέρηση προγραμματισμού ιατρικών πράξεων, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας, επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων, αύξηση άλλων ασθενειών (πχ Ιλαράς),

αύξηση και θνησιμότητα λόγω αύξησης μετάδοσης ασθενειών όπως HIV, φυματίωση και ελονοσία.

Όπως φαίνεται, η μετατόπιση μεγάλου μέρους της ιατρικής, επιστημονικής και οικονομικής δραστηριότητας στην αντιμετώπιση της πανδημίας προκαλεί προβλήματα σε άλλους τομείς της υγείας του πληθυσμού με σημαντικές επιπτώσεις.

Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις είναι επίσης δραματικές. Στο δεύτερο τρίμηνο του 2020, το προσαρμοσμένο ΑΕΠ μειώθηκε κατά 13,9% σε ολόκληρη την ΕΕ, σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2019. Χάρη στην ευρεία χρήση διαφόρων βραχυπρόθεσμων προγραμμάτων εργασίας, η απασχόληση επηρεάστηκε σχετικά λιγότερο, παρόλο που υπήρχε ακόμη καταγεγραμμένη μείωση κατά 2,9% την ίδια χρονική περίοδο (OECD/European Union, 2020).

Η πανδημία COVID - 19 άσκησε επομένως τεράστια πίεση στις ευρωπαϊκές χώρες, δοκίμασε την ανθεκτικότητα των κυβερνήσεων και του λαού κάθε χώρας. Έχει επίσης δοκιμάσει την ικανότητα των κρατών-μελών της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής να αναπτύξουν ένα συντονισμένο σύνολο δράσεων έναντι σε μια κοινή απειλή (OECD/European Union, 2020). Ωστόσο, το Imperial College του Λονδίνου περιέγραψε σε μια αναφορά του ότι εάν η πανδημία είχε αφεθεί ανεξέλεγκτη ο κόσμος θα θρηνούσε πάνω από 40.000.000 θύματα σε 202 χώρες (Y-Ling Chi et al, 2020)

Αυτό το κεφάλαιο επικεντρώνεται κυρίως στην απόκριση των συστημάτων υγείας στην κρίση της πανδημίας και σε μια ανασκόπηση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας των ευρωπαϊκών χωρών στην κρίση αυτή. Επίσης αναλύονται οι επιπτώσεις της πανδημίας σε σημαντικούς τομείς των συστημάτων υγείας και σε ευάλωτες ομάδες ασθενών. Τέλος, θα γίνει μια σύνοψη των αλλαγών που επέφερε η βίαιη προσαρμογή των συστημάτων υγείας στην περίοδο της πανδημίας, καθώς και τα μελλοντικά αναμενόμενα αποτελέσματα των αλλαγών αυτών.

6.2 Επιπτώσεις Της Πανδημίας Στις Εφοδιαστικές Αλυσίδες Των Μονάδων Υγείας

Η πανδημία COVID-19 είναι ένας σημαντικός διασπαστικός και αποδιοργανωτικός παράγοντας της παγκόσμιας προμηθευτικής αλυσίδας. Αρχικά το γεγονός ότι προέρχεται από την Κίνα, η οποία είναι υπεύθυνη για το 12.2% των παγκόσμιων εξαγωγών και όπου επιβλήθηκε υποχρεωτική απαγόρευση κυκλοφορίας σημαίνει ότι πολλές χώρες έχασαν την πρόσβασή τους σε ουσιώδη αγαθά. Πολλές χώρες, ειδικά οι φτωχότερες έμειναν εκτεθειμένες σε βασικές ελλείψεις λόγω της μεγάλης εξάρτησής τους σε αγαθά από την Κίνα. Αυτές οι ελλείψεις φυσικά αφορούν και υγειονομικό

εξοπλισμό απαραίτητο για την αντιμετώπιση μιας πανδημίας όπως μάσκες προσώπου, αναπνευστήρες, φάρμακα και άλλες πρώτες ύλες. Αυτές οι ελλείψεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μεγέθυνση της εξάπλωσης του ιού. (Kaye et al, 2020)

Για παράδειγμα, στο Πακιστάν μόλις το 37,5% του ιατρικού προσωπικού είχαν πρόσβαση σε μάσκες τύπου N95, το 34,5% σε γάντια, το 13,8% σε ασπίδες προσώπου και προστατευτικά γυαλιά και το 12,9% σε ολόσωμες φόρμες. Στην Ιορδανία τα ποσοστά είναι ακόμα μικρότερα, με μόλις το 18,5% του ιατρών να έχει πρόσβαση σε προστατευτικό εξοπλισμό. Ωστόσο και οι ανεπτυγμένες χώρες παρουσίασαν ελλείψεις όπως οι ΗΠΑ όπου το 15% των ιατρών ανεφεραν ότι δεν έβρισκαν μάσκες N95, πάνω από το 20% γάντια, το 12% δεν είχε πρόσβαση σε ασπίδες προσώπου και το 50% σε στολή προστασίας. Το 7% αναγκάστηκε να προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες χωρίς την ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού, ενώ το 80% επαναχρησιμοποίησε τον εξοπλισμό αυτό. Όλες οι ελλείψεις μεγενθύνονταν λόγω της απαγόρευσης κυκλοφορίας που επιβάλλονταν στις χώρες.

Τα προβλήματα στη διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας δεν είναι νέα κατά τη διάρκεια κρίσιμων γεγονότων. Η ιστορία δείχνει ότι παρόμοιες κρίσεις (όπως ο Έμπολα στη Δυτική Αφρική 2014 - 2016), επίσης είχαν ως αποτέλεσμα μεγάλες ελλείψεις σε μέσα ατομικής προστασίας και ο φόρτος που επωμίσθηκε το υγειονομικό σύστημα είχε ως αποτέλεσμα αυξημένο αριθμό θανάτων ασθενών και εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Ωστόσο είναι η πρώτη φορά που το πρόβλημα αντιμετωπίζεται σε τόσο μεγάλη κλίμακα. Οι πανδημίες φανερώνουν τους μελλοντικούς κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσει μια κοινωνία, τις αδυναμίες των παγκόσμιων υποδομών υγειονομικής περίθαλψης και προωθεί την ενίσχυση και του ρόλου της υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση της ζήτησης, της διαθεσιμότητας και των πόρων, καθώς και περιορισμούς που προκύπτουν από την ευρύτερη αλυσίδα εφοδιασμού. (Leite et al, 2020).

Η πανδημία έδειξε ότι για να ξεπεραστούν οι ελλείψεις μπορούν να ακολουθηθούν εναλλακτικοί δρόμοι προμηθειών, ωστόσο έτσι μπορεί να υπάρξει έκθεση σε υπερτιμολογήσεις, απάτες και προμηθευτές χαμηλής ποιότητας. (Burill et al. 2020)

Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία μετά από μια πολύ μεγάλη καθυστέρηση στην παράδοση 400000 τεμαχίων προστατευτικού εξοπλισμού από την Τουρκία έγινε φανερό ότι ο προμηθευτής δεν ανταποκρίθηκε στις απαιτήσεις ποιότητας της χώρας. Η μειωμένη ποιότητα μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλες σπατάλες πόρων όπως της διανομής, της αποθήκευσης, των ελαττωματικών προϊόντων κλπ.

Οι τρόποι αντιμετώπισης τέτοιων σημαντικών διασπάσεων σε εφοδιαστικές αλυσίδες οδήγησε στη λήψη και στην πρόταση λήψης διαφόρων μέτρων από διάφορους οργανισμούς χωρών.

Η προσέγγιση «πύργος ελέγχου» μπορεί να βοηθήσει τους ηγέτες των εταιρειών στην αποτελεσματική διαχείριση των προμηθευτών τους στην ολότητά τους και σε πραγματικό χρόνο, προσφέροντάς τους έναν τρόπο να αναγνωρίσουν τις κρίσιμες συνθήκες και να προσδιορίσουν τις σωστές προσεγγίσεις φροντίδας. Αλλά η αποτελεσματική διαχείριση τόσο των βραχυπρόθεσμων όσο και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων μιας κρίσης στις αλυσίδες εφοδιασμού της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει νέες δεξιότητες, νέες διαδικασίες και την υιοθέτηση προηγμένων τεχνολογιών. Καθώς ορισμένα κράτη αρχίζουν να επανεκκινούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας τους, οι περιορισμένοι προμηθευτές, οι καθυστερήσεις και η ανακατανομή των μέτρων προστασίας θα επηρεάσουν τις λειτουργίες των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να παρακολουθούν στενά το διαθέσιμο απόθεμά τους, να καθορίζουν τι είναι απαραίτητο για προγραμματισμένη φροντίδα και να προβλέπουν τυχόν ελλείψεις με την άμεση επικοινωνία με τους προμηθευτές ή / και την προμήθεια εναλλακτικών προμηθευτών. Πρέπει επίσης να εντείνουν τις προσπάθειες διατήρησης, ασφάλειας και συντήρησης του εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων αποθήκευσης και των μεθόδων αποστείρωσης. Προχωρώντας προς τα εμπρός, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρειάζονται καλύτερη εποπτεία στους προμηθευτές, η προβλεπόμενη ζήτηση να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις τρέχουσες ανάγκες τους και να μπορούν να καλυφθούν τυχόν αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Το κλειδί αυτής της προσπάθειας είναι η στενή διαχείριση και η συνεχής παρακολούθηση των σχέσεων με τους κύριους προμηθευτές. Ακόμα και μετά την αρχική επικύρωση ενός προμηθευτή, οι οργανισμοί πρέπει να παρακολουθούν τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς, καθώς και τα σχέδια οικονομικής βιωσιμότητας και επιχειρηματικής συνέχειας του προμηθευτή. (Burill et al. 2020)

Για την αντιμετώπιση των ελλείψεων σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει δημιουργήσει το Clearing House για τον ιατρικό εξοπλισμό. Οι αρμοδιότητές του είναι να συγκεντρώνει πληροφορίες για την προμήθεια εξοπλισμού και να παρακολουθεί την ισορροπία προσφοράς και ζήτησης από τα κράτη μέλη. Το Clearing House χρησιμεύει ως πλατφόρμα για διάλογο των κρατών μελών. Η ανταλλαγή πληροφοριών και είναι ένα μέσο για να ξεπερνώνται οι ελλείψεις και να

αυξάνεται το απόθεμα σε προϊόντα. Συνεργάζεται στενά με τις εθνικές αρχές σε ολόκληρη την ΕΕ, τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (ΕΟΧ), την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ενθαρρύνεται επίσης ο συνεχής διάλογος με τους κατασκευαστές και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη τόσο στο επίπεδο βιομηχανικών ενώσεων όσο και ατόμων εταιρειών. Αυτή η ανταλλαγή πληροφοριών είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότερη κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει η βιομηχανία όσον αφορά στην παρακολούθηση πιθανών ελλείψεων ιατρικού εξοπλισμού και για να διευκολυνθεί η αντιστοίχιση προσφοράς και ζήτησης. Το Clearing House έχει παράσχει νομική, τεχνική και κανονιστική υποστήριξη στη βιομηχανία, ειδικά σε νεοεισερχόμενες εταιρείες χωρίς προηγούμενη έκθεση σε μια τέτοια ρυθμιζόμενη περιοχή και έχει βοηθήσει στη διαχείριση τεχνικών και κανονιστικών εμποδίων. Το Clearing House παρακολουθεί επίσης τις εισαγωγές, τους περιορισμούς στις εξαγωγές από τρίτες χώρες, την ικανότητα παραγωγής και τις αλυσίδες εφοδιασμού, συμπεριλαμβανομένων των μεταφορών και των λογιστικών προβλημάτων (De la Mata, 2020).

Συμπερασματικά, η πανδημία έχει υπάρξει το έναυσμα για επίλυση σημαντικών ζητημάτων που προϋπήρχαν σχετικά με την εποπτεία των προμηθευτών, την επικοινωνία μεταξύ των χωρών και των προμηθευτών και τη διατήρηση της συνοχής της εφοδιαστικής αλυσίδας σε περίοδο κρίσης.

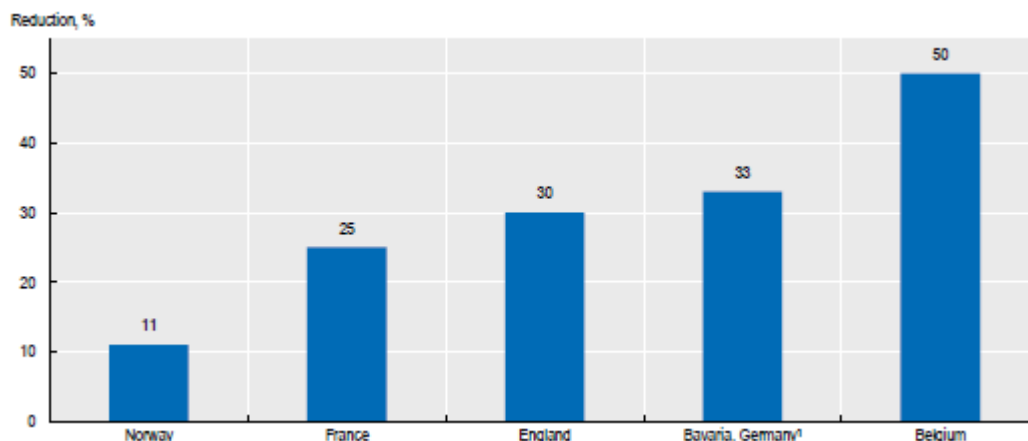
6.3 Επιπτώσεις Της Πανδημίας Στο Επίπεδο Υγείας Και Περίθαλψης Του Πληθυσμού

Οι επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγείας αποτελούν μεγάλη πρόκληση, με τον αριθμό των ασθενών με COVID-19 να επιβαρύνει κατά πολύ την παροχή υπηρεσιών υγείας γενικά στον πληθυσμό. (Kuhlen et al, 2020). Είναι γεγονός ότι έχει μειωθεί κατά πολύ ο αριθμός των επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία παγκοσμίως. Κατά την περίοδο της απαγόρευσης κυκλοφορίας μειώθηκαν εκτός από τα επείγοντα περιστατικά και οι ιατρικές πράξεις ρουτίνας. Για την αύξηση των διαθέσιμων κλινών στα νοσοκομεία και την οικονομία σε μέσα ατομικής προστασίας κάποιες χειρουργικές επεμβάσεις με οδηγίες της κυβέρνησης αναβάλλονται. Η καθυστέρηση όμως αυτή ενέχει ρίσκο για την υγεία του ασθενή όπως αύξηση της δυσκολίας της επέμβασης, αύξηση του κινδύνου μόλυνσης, αύξηση του χρόνου αποθεραπείας και περαιτέρω επιδείνωση της ασθένειας. Ενέχεται ο κίνδυνος μια μη επείγουσα επέμβαση να γίνει επείγουσα και η επιδείνωση της γενικής υγείας να

οδηγήσει σε αδυναμία εργασίας, χρόνιου πόνου, εξάρτηση από φάρμακα και μείωση της ποιότητας ζωής. Επίσης σε μια πανδημία όπου υπάρχει ο κίνδυνος απώλειας εισοδήματος, οι επεμβάσεις μπορεί να αναβληθούν και για αυτόν ακριβώς το λόγο.

Από την προηγούμενη εμπειρία πανδημίας του ιού Έμπολα , τα στοιχεία έχουν δείξει πως λόγω της μείωσης της προσέλευσης των ασθενών στα νοσοκομεία οι θάνατοι από άλλες σοβαρές λοιμώδεις ασθένειες στη Δυτική Αφρική ήταν 10.600, αριθμός σχεδόν ίσος με τους 11.300 θανάτους από Έμπολα. (Y-Ling Chi et al, 2020). Στην πανδημία COVID-19, η μείωση εξηγείται από τις σχετικές οδηγίες που είχαν δοθεί στα νοσοκομεία. Η μείωση όμως της παροχής επείγουσας ιατρικής φροντίδας σε επείγοντα περιστατικά όπως σε εμφράγματα, σε εγκεφαλικά επεισόδια ή σε ογκολογικές ιατρικές πράξεις δείχνει ότι οι ασθενείς πιθανόν να μην απευθύνονταν σε νοσοκομεία από το φόβο της μόλυνσης. Στην Καλιφόρνια αναφέρεται ότι αυξήθηκαν τα περιστατικά εξωνοσοκομειακής ανάνηψης, δείχνοντας ότι οι ασθενείς απευθύνονταν στα νοσοκομεία πολύ αργά. Επίσης όπως φαίνεται από τα δεδομένα, λόγω του περιορισμού των επαφών μειώθηκαν τα περιστατικά άλλων μολυσματικών ασθενειών που θα μπορούσαν να επάγουν καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να αναλυθούν περαιτέρω για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας γενικά. (Kuhlen et al, 2020) Στην Ευρώπη, στο πρώτο κύμα της πανδημίας αναβλήθηκαν όλες οι μη επείγουσες επεμβάσεις στην Πορτογαλία, τη Γαλλία και τη Γερμανία. Όσον αφορά στα επείγοντα περιστατικά για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο οι επισκέψεις το Μάρτιο του 2020 ήταν κατά 29% μειωμένες σε σχέση με το Μάρτιο του 2019. Στη Γαλλία μειώθηκαν τα επείγοντα καρδιαγγειακά περιστατικά ενώ στη Γερμανία κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας μειώθηκαν οι μεταγωγές στο νοσοκομείο κατά 30% σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Εκτός από τα επείγοντα περιστατικά η χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών αυξήθηκε σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία η Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (OECD/European Union, 2020):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



Μείωση όγκου ασθενών ΠΦΥ κατά το πρώτο κύμα του COVID 19

Πηγή: OECD, Health at a glance, 2020, p62

Σύμφωνα με τον Victor Tseng (2021) , για τη μείωση του φαινομένου αυτού το σύστημα υγείας θα πρέπει να προσεγγίζει άμεσα γνωστά περιστατικά χρόνιων νόσων, ενώ για επείγοντα περιστατικά πρέπει να οργανωθούν ενημερωτικές δράσεις του πληθυσμού για το πότε θα πρέπει να ζητούν επείγουσα περίθαλψη.

Η μετατόπιση της βαρύτητας της περίθαλψης στην αντιμετώπιση του COVID-19 όπως η δέσμευση των υποδομών μπορεί να απέκλεισε την πρόσβαση σε ασθενείς οδηγώντας σε λιγότερο κατάλληλες εγκαταστάσεις. Επίσης, η μείωση του προσωπικού λόγω ασθένειας, φόβου ή αντίδρασης δημιουργεί κενά στην παροχή περίθαλψης. Άλλοι λόγοι μείωσης της ζήτησης περίθαλψης, όπως παρατηρήθηκε σε όλες τις προηγούμενες κρίσεις και πανδημίες, είναι η αποφυγή φροντίδας, ο φόβος στιγματισμού, η αδυναμία ταξιδιού και η αδυναμία εξόφλησης των υπηρεσιών υγείας (λόγω της μείωσης των εισοδημάτων).

Ένα ακόμα φαινόμενο το οποίο έχει επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού σε περιόδους πανδημιών όπως του Έμπολα και ειδικά των παιδιών θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους είναι η μείωση των γενικών εμβολιασμών. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε λόγω των χαμένων ραντεβού είτε λόγω των ελλείψεων εμβολίων στην αγορά από την αδυναμία έγκαιρης προμήθειας. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να έχει δραματικές συνέπειες όπως για παράδειγμα στην επιδημία του Έμπολα όπου τα παιδιά που απεβίωσαν λόγω της Ιλαράς ήταν διπλάσια σε αριθμό από αυτά που απεβίωσαν λόγω του Έμπολα. Στην Αμερική τα στοιχεία δείχνουν όντως μείωση στους αριθμούς των εμβολιασμών η οποία απορρέει και από τη γενικότερη αμέλεια παρακολούθησης των παιδιών από

παιδιάτρους. Ομοίως έχουν πέσει και οι αριθμοί εμβολιασμών των ενηλίκων, όπως για παράδειγμα του εμβολιασμού κατά της γρίπης. Η μείωση αυτή μπορεί να αποφευχθεί με εμβολιασμούς μέσα σε αυτοκίνητο ή μέσω κινητών εμβολιαστικών μονάδων, με την ενημέρωση του πληθυσμού για τα οφέλη του εμβολιασμού και την υποχρεωτική ολοκλήρωση των εμβολιασμών πριν από την έναρξη της σχολικής χρονιάς.

Ομοίως προβλήματα στην υγεία προκαλούν οι καθυστερήσεις σε οδοντιατρικές εργασίες ή σε οφθαλμολογικούς ελέγχους (Victor Tseng, 2021).

Για τη διατήρηση του επιπέδου και της συνέχειας της φροντίδας των μη COVID ασθενών πρέπει να ενισχυθεί το σύστημα ΠΦΥ με τους εξής τρόπους (OECD/European Union, 2020):

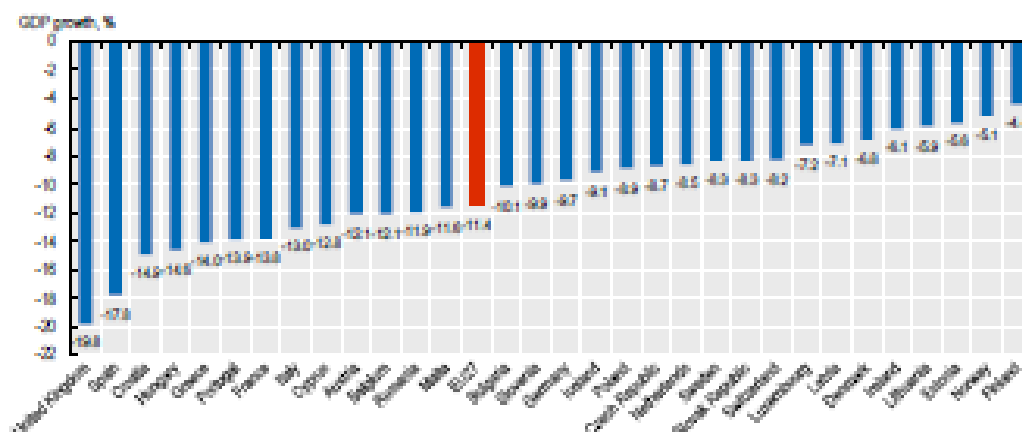
- Διατήρηση των ιατρικών πράξεων στην ΠΦΥ: Εκτός από την Ισλανδία και τη Σλοβενία, στις υπόλοιπες χώρες η ΠΦΥ έπαψε να λειτουργεί αποτελεσματικά.
- Ίδρυση κοινωτικών εγκαταστάσεων φροντίδας υγείας: Ξεκίνησαν να λειτουργούν στη Σλοβενία, την Ισλανδία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ενώ ξεκίνησαν να λειτουργούν για την ανίχνευση του COVID-19 στον πληθυσμό, συνέχισαν να λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες και σε άλλους ασθενείς.
- Επέκταση προγραμμάτων φροντίδας κατ' οίκον: Οι χώρες που τα εφαρμόζαν πριν την πανδημία βοηθήθηκαν στο να μην προσέρχονται οι ασθενείς στα νοσοκομεία. Σε κάποιες χώρες δημιουργήθηκαν κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως στη Γερμανία, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο κάποιες υπηρεσίες μετασχηματίστηκαν άμεσα σε κατ' οίκον.
- Επέκταση του ρόλου των εργαζόμενων στην ΠΦΥ: Σε κάποιες περιπτώσεις αυξήθηκε η δικαιοδοσία συγκεκριμένων ειδικοτήτων των εργαζομένων της ΠΦΥ όπως η επέκταση του δικαιώματος για συνταγογράφηση από τους φαρμακοποιούς.
- Αύξηση της τηλεϊατρικής φροντίδας: Ενώ η χρήση της τηλεϊατρικής πριν από την πανδημία ήταν περιορισμένη, η χρήση της επιταχύνθηκε και επεκτάθηκε κατά πολύ. Η μετάβαση στη χρήση της ήταν πιο ομαλή σε χώρες που προϋπήρχε σχέδιο και νομικό πλαίσιο εφαρμογής όπως στην Πολωνία, τη Γαλλία και το Λουξεμβούργο. Στο Βέλγιο, την Εσθονία και την Ελλάδα επιτράπηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η έκδοση πιστοποιητικών ασθενείας.

Συνοπτικά, οι επιπτώσεις σε μη COVID-19 ασθενείς είναι σημαντικές και πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού είτε εκείνου με χρόνιες ασθένειες είτε εκείνου που αντιμετωπίζει επείγουσες καταστάσεις.

6.4 Οικονομικές Επιπτώσεις Της Πανδημίας

Από τότε που ξέσπασε ο πανδημία COVID-19 στην Κίνα, έγινε φανερός ο αποδιοργανωτικός χαρακτήρας της με επιπτώσεις σε επίπεδο κυβερνήσεων, οργανισμών υγείας, πολιτών και οικονομιών. (Leite et al, 2020) Η κρίση της υγείας οδήγησε σε μια μεγάλη οικονομική κρίση, με χώρες που επλήγησαν περισσότερο από το COVID - 19 συνήθως να υφίστανται τη μεγαλύτερη ύφεση. Και οι 31 ευρωπαϊκές χώρες παρουσίασαν αρνητική οικονομική ανάπτυξη το δεύτερο τρίμηνο του 2020, με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία να πλήττονται περισσότερο, ενώ η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Εσθονία και η Λιθουανία να επηρεάζονται λιγότερο (OECD/European Union, 2020).

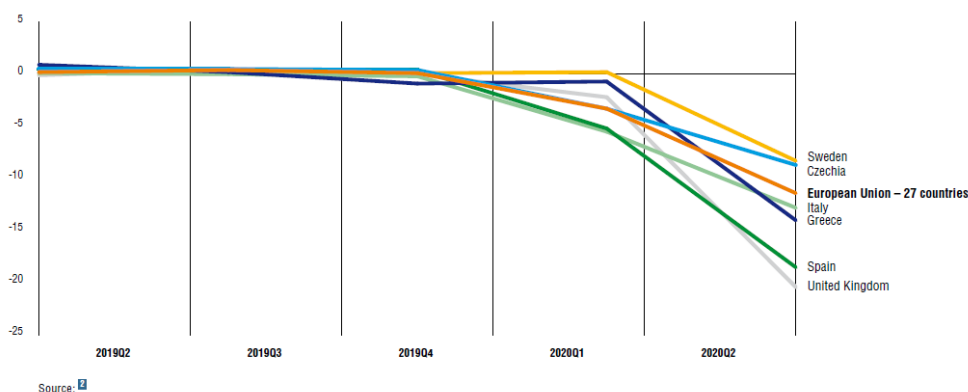
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



Μεταβολή ΑΕΠ το δεύτερο τρίμηνο του 2020, σε σχέση με το πρώτο τρίμηνο του 2020

Πηγή: OECD, Health at a glance, 2020, p62

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



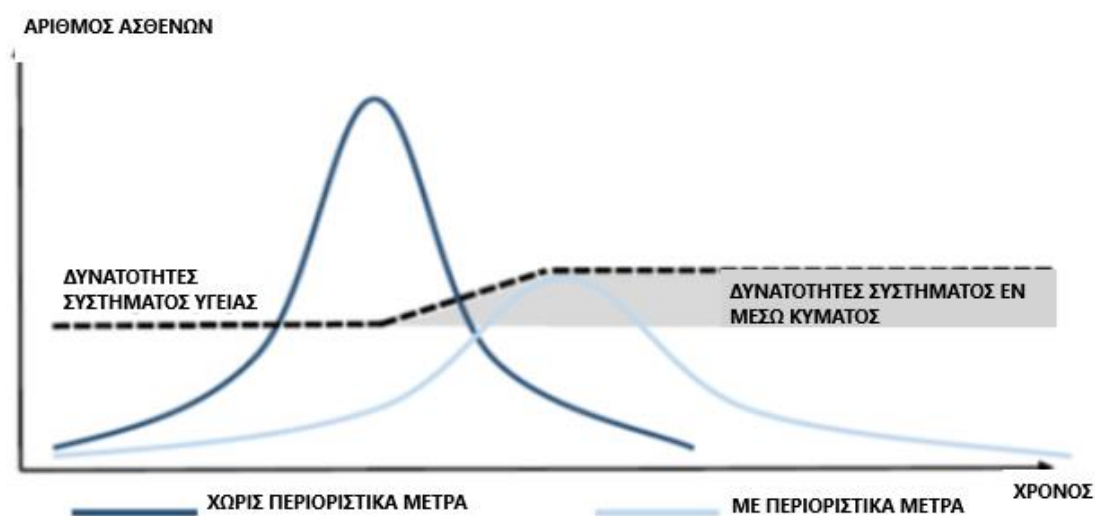
Μεταβολή ΑΕΠ από Ιούνιο 2019-Ιούνιο 2020

Πηγή: EUROHEALTH, 2020, p26

Το κόστος της πανδημίας αφορά τόσο τη συρρίκνωση του ΑΕΠ όσο και την οικονομική επιβάρυνση της δημόσιας υγείας και τις μεγάλες επιβαρύνσεις των ασφαλίσεων. Επίσης, οι υγειονομικές επιπτώσεις της πανδημίας θα συνεχιστούν και μετά την COVID εποχή με την ψυχική υγεία των πολιτών να είναι επιβαρυνμένη και τη συνέχιση της πίεσης στα υγειονομικά συστήματα. (Leite et al, 2020)

Βασικός τρόπος για την αντιμετώπιση της εξάπλωσης του ιού ήταν η «σπεδωμένη αντιμετώπιση της καμπύλης» μεταδοτικότητας. Οι λόγοι για αυτού του είδους την αντιμετώπιση ήταν η μείωση των θανάτων, την αποφυγή υπερφόρτωσης των νοσοκομείων και στο να δοθεί χρόνος στις υγειονομικές και τις βιομηχανικές μονάδες να αναπροσαρμόσουν την παραγωγή και την παράδοση των αγαθών τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



Ισοπεδώνοντας την καμπύλη μετάδοσης

Πηγή: OECD, Health at a glance, 2020, p62, *ιδία επεξεργασία*

Για να επιτευχθεί αυτό υιοθετήθηκαν τρεις στρατηγικές από τις περισσότερες χώρες (OECD/European Union, 2020):

1. Κοινωνική απόσταση με κλείσιμο εργασιακών χώρων, απαγόρευση συναθροίσεων, περιορισμούς μετακινήσεων και ταξιδιών και απαγορεύσεις κυκλοφορίας.
2. Αυξημένα μέτρα ατομικής υγιεινής, χρήση масκών και συχνό πλύσιμο και απολύμανση χεριών.
3. Ανίχνευση και ιχνηλάτηση κρουσμάτων και επιβολή καραντίνας.

Η επιβολή των περιοριστικών όμως μέτρων οδηγεί σε συρρίκνωση της οικονομίας, η οποία δημιουργεί αβεβαιότητα για το μέλλον. Δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί ποια πορεία θα ακολουθούσε η οικονομία εάν οι ισχύοντες περιορισμοί δεν ήταν αρκετοί για να αποτρέψουν την εκθετική ανάπτυξη ή εάν δεν είχαν επιβληθεί καθόλου περιοριστικά μέτρα. Από τη μία πλευρά, λιγότεροι ή καθόλου περιορισμοί θα επέτρεπαν σε πολλούς ανθρώπους και επιχειρήσεις να λειτουργήσουν κανονικά, εάν το επέλεγαν. Από την άλλη πλευρά, η εξάπλωση των κρουσμάτων θα δημιουργούσε πίεση στα συστήματα υγείας που θα επηρέαζε τις δαπάνες λόγω της εθελοντικής κοινωνικής απόστασης, των επιπτώσεων στην εμπιστοσύνη στις επιχειρήσεις και των υψηλών επιπέδων ασθένειας των εργαζομένων. Δεδομένης της άνευ προηγουμένου φύσης τόσο του ιού όσο και των περιορισμών που απαιτούνται για τον μετριασμό του, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί το αντίκτυπο αυτών των επιπτώσεων (HM Government, 2020).

Οι περιορισμοί έχουν οδηγήσει σε απώλεια εισοδήματος πολλούς πολίτες με αποτέλεσμα τη μειωμένη πρόσβασή τους σε βασικά αγαθά όπως τα τρόφιμα και η εκπαίδευση. Επίσης έχει επηρεαστεί η πιστοληπτική ικανότητα για τη διαχείριση των ελλειμμάτων ενώ έχουν μειωθεί κατά πολύ και τα εμβάσματα μεταξύ των οικονομικών μεταναστών στις χώρες τους. Η οικονομική ύφεση επιτείνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ειδικά σε οικονομικά ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Αυξάνεται η νοσηρότητα στα παιδιά λόγω κακής διατροφής και υγείας, ενώ μειώνεται και η δαπάνη υγείας των πολιτών.

Τα κόστη στα νοσοκομεία αυξάνονται δραματικά. Σε μια αναφορά της American Hospital Association, AHA, εκτιμάται ότι το διάστημα Ιούλιος 2020-Δεκέμβριος 2020 τα νοσοκομεία της χώρας υπέστησαν ζημιές ύψους 120,5 δισεκατομμυρίων δολαρίων λόγω της μείωσης των γενικών εισαγωγών σε ασθενείς και των πρόσθετων εξόδων για

την παροχή μέτρων ατομικής προστασίας. Στα κόστη πρέπει να προστεθούν τα κόστη από υπερτιμολογημένα φάρμακα λόγω των ελλείψεων, τα κόστη από πρόσληψη επιπλέον προσωπικού και πληρωμής υπερωριών, τα κόστη από ανασφάλιστους άνεργους πολίτες, τα κόστη από την αυξημένη ανάγκη παροχής αναλωσίμων και τα κόστη από την αναβάθμιση των εγκαταστάσεων. (American Hospital Association, 2020)

Σε παγκόσμια κλίμακα, στην Κίνα οι αυστηροί περιορισμοί κυκλοφορίας οδήγησαν σε μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της κατά 6,8% το πρώτο τρίμηνο του 2020, την πρώτη μείωση τα τελευταία 30 χρόνια. Υπήρξε μεγάλη ψυχική επιβάρυνση του πληθυσμού, ενώ τώρα βρίσκεται σε περίοδο ανάκαμψης. Στην Ινδία οι περιορισμοί οδήγησαν σε σημαντικό περιορισμό της βιομηχανίας, των μεταφορών αγαθών, της γεωργίας και των εξαγωγών της. Επίσης το ψυχικό κόστος από τους περιορισμούς ήταν τεράστιο, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών μεταξύ εθισμένων ατόμων. Στη Βραζιλία η συγκεχυμένη πολιτική σχετικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας περιέπλεξε τα πράγματα και οδήγησε σε δυσκολία των κατοίκων στις φαβέλες να έχουν πρόσβαση σε καθαρό νερό πράγμα που επέτεινε τις επιπτώσεις της πανδημίας λόγω της κακής υγιεινής. Το αποτέλεσμα ήταν να είναι πολύ ψηλά στους θανάτους από την πανδημία. Στην αντίθετη πλευρά βρίσκεται η Σιγκαπούρη, της οποίας τα μέτρα αποδείχθηκαν από τα πιο αποτελεσματικά παγκοσμίως στη μάχη ενάντια στον ιό και κέρδισε παγκόσμια αποδοχή. Παρόλα αυτά παρουσίασε μια συρρίκνωση στο ΑΕΠ της της τάξης του 13.2% στο δεύτερο τρίμηνο του 2020 σε σχέση πάντα με το 2019. Οι πιο δραματικές επιπτώσεις όμως παρουσιάστηκαν στις υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτές βασίζονται υπερβολικά στα εμβάσματα (πχ Μπαγκλαντές) τα οποία μειώθηκαν πολύ κατά τη διάρκεια της πανδημίας αφήνοντας τον πληθυσμό χωρίς εισόδημα. Εντούτοις, λήφθηκαν κάποια μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας με θετικά αποτελέσματα (Kaye et al, 2020).

Εν κατακλείδι, η πανδημία υποχρεώνει τις χώρες του κόσμου να λάβουν περιοριστικά μέτρα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, της προστασίας των πολιτών και των συστημάτων υγείας με μεγάλο κόστος στο ΑΕΠ τους. Η επιτυχία των μέτρων θα επιτρέψει μετά το τέλος της πανδημίας την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας, τον επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων και της ισότητας των ανθρώπων ως προς την υγειονομική τους περίθαλψη.

6.5 Ανθεκτικότητα Συστημάτων Υγείας

Ο όρος ανθεκτικότητα (resilience) για τα συστήματα υγείας άρχισε να χρησιμοποιείται ευρέως μετά την πανδημία του ιού Έμπολα στη δυτική Αφρική το 2013-2016. Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις ισχυρού σοκ στα κοινωνικά συστήματα, όπως οικονομικές κρίσεις, επιδημίες και οικολογικές καταστροφές. Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ανάνηψη και την προσαρμογή ενός συστήματος στα νέα δεδομένα και όχι τόσο στην αποφυγή και την πρόληψη των καταστροφών, καθώς κάτι τέτοιο είναι αδύνατο λόγω του απρόβλεπτου χαρακτήρα αυτών των συμβάντων.

Σύμφωνα με τον Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD ,2020), οι καταστροφικές κρίσεις σίγουρα θα υπάρξουν , με επικείμενη την κλιματική αλλαγή, και είναι σημαντικό τα συστήματα να έχουν την ικανότητα ανάκαμψης και προσαρμογής στις νέες συνθήκες ώστε να επιβιώσουν. Ακόμα περισσότερο, θα πρέπει να είναι σε θέση να εκμεταλλευτούν τις νέες προοπτικές και ευκαιρίες που προκύπτουν μέσα σε κάθε κρίση για την περαιτέρω ενδυνάμωση του συστήματος.

Συμπληρωματικά, η ομάδα εμπειρογνομώνων της ΕΕ για την αξιολόγηση των επιδόσεων στα συστήματα υγείας (Health Systems Performance Assessment, HSPA), αναφέρει σχετικά με την ανθεκτικότητα πως «περιγράφει την ικανότητα ενός συστήματος υγείας α) να προβλέπει β) να απορροφά και γ) να προσαρμόζεται σε σοκ και δομικές αλλαγές ούτως ώστε α) να διατηρεί τις απαραίτητες διαδικασίες του, β) να επιστρέφει σε πλήρη λειτουργία σε μικρό χρονικό διάστημα γ) να μεταβάλλει τη δομή του ώστε να ενισχύει το σύστημα και δ) να μειώνει την ευαισθησία του σε παρόμοια γεγονότα».

Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι μια εμπειρία σοκ δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση για ένα σύστημα υγείας να κριθεί ως ανθεκτικό: ένα ανθεκτικό σύστημα υγείας μπορεί να είναι ένα σύστημα που είναι προετοιμασμένο για την εμφάνιση μιας κρίσης, αλλά αυτή η κρίση μπορεί να μη συμβεί ποτέ (Sagan et al, 2020).

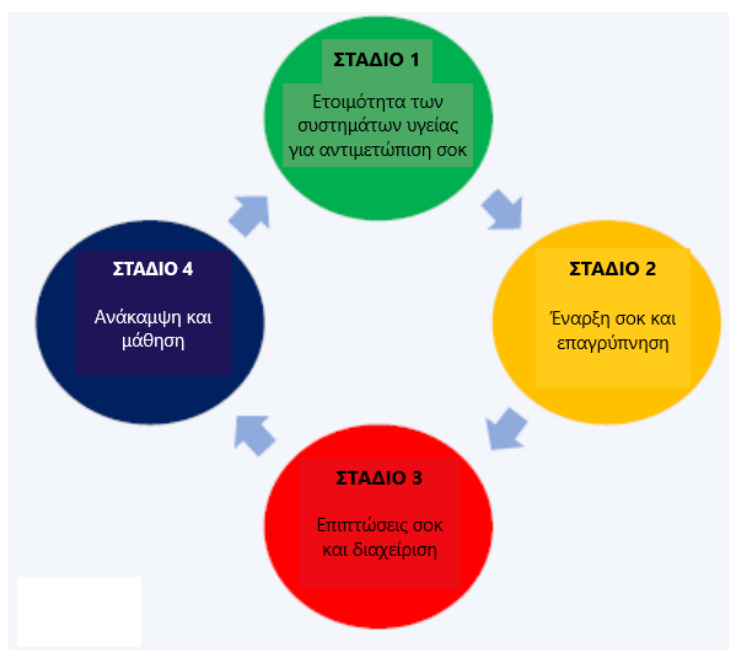
Αν και η μέτρηση των θανάτων από την πανδημία αποτελεί δείκτη του αντίκτυπου της πανδημίας στην πληθυσμό, εντούτοις μια μεγάλη αύξηση σε θανάτους δεν αποτελεί απαραίτητα ένδειξη αναποτελεσματικής πολιτικής διαχείρισης. Αυτό γιατί ο ρυθμός των θανάτων επηρεάζεται από πολύ συγκεκριμένα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά μιας χώρας, όπως η πυκνότητα του πληθυσμού, τα γενετικά χαρακτηριστικά, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού και η ένταση του τουρισμού. Επίσης, χώρες όπως η Ιταλία που δέχθηκαν πρώτες την επίθεση του ιού,

δεν είχαν τον απαραίτητο χρόνο να προετοιμαστούν για ένα τόσο μεγάλο ξέσπασμα. (OECD/European Union, 2020)

Η απόκριση ενός συστήματος σε ένα σοκ παρουσιάζεται γραφικά στο παρακάτω σχήμα και αποτελείται από τέσσερα στάδια (Sagan et al, 2020):

- 1) Ετοιμότητα του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση ενός σοκ, δηλαδή πόσο ευάλωτο είναι στην επίδραση μιας κρίσης μεγάλου μεγέθους και κατά πόσο έχει τα εφόδια για να αποκριθεί.
- 2) Έναρξη κρίσης και αφύπνηση, δηλαδή πόσο σύντομα αναγνωρίζεται μια κρίση και ξεκινά η απόκριση σε αυτή.
- 3) Εξέλιξη της κρίσης και διαχείριση, δηλαδή το σύστημα απορροφά τις επιπτώσεις της κρίσης, προσαρμόζεται και μετασχηματίζεται ώστε να επιτύχει πάλι την εξυπηρέτηση των στόχων του.
- 4) Ανάκαμψη και μάθηση, δηλαδή η αναγνώριση των επιπτώσεων και η επαναφορά στην κανονικότητα, μην αγνοώντας τις αλλαγές και τις ανάγκες που προέκυψαν.

ΕΙΚΟΝΑ 17



Απόκριση συστήματος σε σοκ

Πηγή: EUROHEALTH, 2020, ίδια επεξεργασία

Όπως φαίνεται η διαδικασία ανάκαμψης από μια σημαντική κρίση είναι δυναμική και όσον αφορά στα συστήματα υγείας δίνεται έμφαση στην μάθηση και την εξέλιξη του συστήματος από την όλη διαδικασία.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι πιο αποτελεσματικές στατηγικές αντιμετώπισης μιας κρίσης από ένα ανθεκτικό σύστημα: (Sagan et al, 2020)

- 1) Επαρκής και αποτελεσματική ηγεσία: Ύπαρξη ενός σαφούς οράματος και βάση στα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία, αλλά όπου τα αποδεικτικά στοιχεία είναι αβέβαια υιοθέτηση προφυλακτικών μέτρων. Κουλτούρα συνεχούς μάθησης, ικανότητα γρήγορης δράσης, αποτελεσματική και διαφανής επικοινωνία, κοινοτική συμμετοχή και συμμετοχή στη διεθνή κοινότητα.
- 2) Αποτελεσματικός συντονισμός: Ύπαρξη μιας σαφούς και ευρέως κατανοητής στρατηγικής, συντονισμός εντός της κυβέρνησης (οριζόντιος και κάθετος) , συντονισμός μεταξύ της κυβέρνησης και των βασικών ενδιαφερομένων, (συμπεριλαμβανομένης της κοινωνίας των πολιτών), λήψη μέτρων στο κατάλληλο οργανωτικό επίπεδο, εναρμόνιση της τοπικής γνώσης με οικονομίες κλίμακας, συντονισμός με διεθνείς εταίρους και υπερεθνικούς φορείς.
- 3) Αποτελεσματική επικοινωνία: Επιτυγχάνεται έχοντας (ή καθιερώνοντας) λειτουργικά κανάλια επικοινωνίας συνδεδεμένα με βάση υπευθυνότητας.
- 4) Επιτήρηση που επιτρέπει έγκαιρη ανίχνευση κρίσης και του αντίκτυπού της: Έχοντας αποτελεσματικά και συνεκτικά συστήματα παρακολούθησης και συστήματα επιτήρησης που παράγουν έγκαιρα και ακριβή δεδομένα.
- 5) Εξασφάλιση επαρκών οικονομικών πόρων στο σύστημα και ευελιξία για ανακατανομή και διάθεση επιπλέον κεφαλαίων στο σύστημα: Δυνατότητα αύξησης και παροχής χρηματικών πόρων γρήγορα και όπου απαιτείται, με την ύπαρξη μηχανισμών πρόληψης απάτης και διαφθοράς.
- 6) Ευελιξία αγορών και ανακατανομή χρηματοδότησης εντός του συστήματος για την κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών: Δυνατότητα γρήγορης προσαρμογής των συστημάτων προμηθειών και πληρωμών, διατηρώντας παράλληλα τη διαφάνεια, το επίπεδο της, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για την πρόληψη της διαφθοράς.
- 7) Ολοκληρωμένη κάλυψη υγείας με ανοιχτή πρόσβαση: Έχοντας ένα ολοκληρωμένο και τεκμηριωμένο πακέτο υπηρεσιών που έχει κατάλληλους πόρους, οργανωμένο και δίκαια κατανομημένο, παρακολούθηση αλλαγών στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και εξάλειψη χρηματοοικονομικών και άλλων εμποδίων πρόσβασης, προσδιορισμός ευάλωτων ομάδων πληθυσμού και εξασφάλιση επαρκούς πρόσβασης στις υπηρεσίες.
- 8) Κατάλληλο επίπεδο και κατανομή ανθρώπινων και φυσικών πόρων: Εξασφαλίζεται έχοντας ισχυρή δημόσια υγεία, έχοντας ισχυρή πρωτοβάθμια

υγειονομική περίθαλψη (παίζει βασικό ρόλο στη διατήρηση βασικών υπηρεσιών στους εκτός COVID πληθυσμούς), διασφάλιση επαρκούς νοσοκομειακής χωρητικότητας, συμπεριλαμβανομένων μονάδων εντατικής θεραπείας και εξασφάλιση επαρκούς παροχής ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού.

- 9) Παροχή κινήτρων και καλή υποστήριξη στο εργατικό δυναμικό: Διασφάλιση ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχολογική συμβουλευτική), υποστήριξη της οικογένειας (π.χ. φροντίδα παιδιών), σωματική φροντίδα (π.χ. ανάπαυση) και οικονομική στήριξη των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- 10) Ικανότητα γρήγορης αντιμετώπισης ξαφνικής αύξησης της ζήτησης: Ικανότητα αύξησης του προσωπικού, εάν χρειάζεται (π.χ. μέσω επανατοποθέτησης ασθενών στους θαλάμους, ανακατανομή ασθενών σε χαμηλότερα επίπεδα φροντίδας (κατά περίπτωση), ανάπτυξη νέων θαλάμων ή νοσοκομείων, χρήση όλης τη διαθέσιμης χωρητικότητας, , δυνατότητα κινητοποίησης πρόσθετων ανθρώπινων πόρων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης υπάρχοντος εργατικού δυναμικού ή της προσαρμογής του σε άλλους ρόλους, πρόσληψη και εκπαίδευση εθελοντών (π.χ. στη λήψη δειγμάτων) .
- 11) Εναλλακτική και ευέλικτη προσέγγιση για την παροχή φροντίδας υγείας: Ύπαρξη ευελιξίας για την εφαρμογή νέων μεθόδων φροντίδας στα συστήματα υγείας. Χρήση ψηφιακών τεχνολογιών για την ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας, διασφάλιση συστημάτων υποστήριξης για ευάλωτα άτομα, ιδίως εκείνων που ζουν απομονωμένα.
- 12) Ικανότητα παροχής υπηρεσιών με ασφάλεια: Ύπαρξη μηχανισμών που διασφαλίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων στα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.
- 13) Ικανότητα ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών: Αμφίδρομη ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών: από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής προς τους κλινικούς και αντίστροφα.

Για την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας και την αύξηση της αντοχής και της βιωσιμότητάς τους η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε το πρόγραμμα EU4Health (2021-2027) το οποίο ανταποκρίνεται στην απαίτηση ενός συμμετοχικού μοντέλου υγείας από τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει ως στόχο τη διαχείριση της πανδημίας και των οικονομικών της επιπτώσεων ενώ τα κύρια σημεία του είναι:

- Ετοιμότητα σε υγειονομικές κρίσεις και εξωτερικές απειλές
- Καρκίνος

- Ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού
- Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς.

Επίσης έχει εξασφαλιστεί χρηματοδότηση ύψους 1.82 τρισεκατομμυρίων ευρώ από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο με στόχο τη βιώσιμη και πράσινη ανάκαμψη, με στόχο τη δημιουργία μιας Ευρώπης πιο πράσινης, πιο ψηφιακής και πιο βιώσιμης (De la Mata, 2020).

Όπως φαίνεται, η πανδημία έχει φανερώσει τις αδυναμίες κάθε χώρας στην αντιμετώπιση μια τέτοιας κρίσης. Οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού είναι αυτές που επλήγησαν περισσότερο, ενώ χώρες με ισχυρή κοινωνική προστασία (πχ Σκανδιναβικές) γενικά αντιμετώπισαν την πανδημία καλύτερα.

6.6 Συμπεράσματα Για Την Ανθεκτικότητα Και Τη Βιωσιμότητα Των Συστημάτων Υγείας-Μελλοντικά Μαθήματα Προσαρμογής Σε Κρίσεις

Η πανδημία COVID-19 έχει μεγάλο και διαρκές αντίκτυπο στην Ευρώπη και τον κόσμο επηρεάζοντας τις οικονομίες, τα συστήματα υγείας και τους εργαζόμενους σε αυτά. Σε προσπάθεια μείωσης του ρυθμού μετάδοσης του ιού, οι χώρες εφάρμοσαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα, τα οποία όμως είχαν σοβαρές επιπτώσεις στις οικονομίες.

Η συνολική αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών των διαφόρων χωρών είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί ακόμη, καθώς η πανδημία δεν έχει τελειώσει. Χώρες όπως η Ισπανία, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιταλία φαίνεται πως υπέστησαν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις σε επίπεδο θανάτων, ενώ οι χώρες της νοτιοδυτικής Ευρώπης στο πρώτο κύμα φαίνεται να πήγαν καλύτερα.

Όλες οι χώρες επηρεάστηκαν αρνητικά οικονομικά από την πανδημία, με την Εσθονία, τη Φιλανδία και τη Νορβηγία να τα έχουν πάει καλύτερα. Ωστόσο τις καλύτερες επιδόσεις σε παγκόσμιο επίπεδο τις είχαν χώρες της Ασίας και του Ειρηνικού Ωκεανού όπως η Κορέα και η Νέα Ζηλανδία. Βέβαια όπως προαναφέρθηκε οι παράγοντες που επηρέασαν αυτή την έκβαση ήταν και παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, παράγοντες κινδύνου όπως η παχυσαρκία, ο τουρισμός και η πυκνότητα του πληθυσμού. Οι πληροφορίες που αντλούνται από την εμπειρία των χωρών σχετικά με αυτήν την κρίση, είναι σημαντικές για τη δημιουργία πιο ανθεκτικών συστημάτων υγείας στην παρούσα κρίση και στο μέλλον. Έτσι διαμορφώνονται πέντε κατηγορίες πολιτικής προτεραιότητας:

- 1. Η σωστή προετοιμασία και η γρήγορη δράση μπορεί να αποβεί ωφέλιμη στη μείωση του κόστους και των κατασταλτικών μέτρων:** Η έλλειψη διαθέσιμων διαγνωστικών τεστ και επαρκών αποθεμάτων προστατευτικού εξοπλισμού οδήγησαν σε άλλα μέτρα ισοπέδωσης της καμπύλης μετάδοσης. Οι χώρες που αντιμετώπισαν πιο αποτελεσματικά την πανδημία είχαν πολύ άμεσα διαθέσιμα τεστ ανίχνευσης του ιού και καινοτόμες μεθόδους ιχνηλάτησης. Μεγάλη βοήθεια στην ιχνηλάτηση και αντιμετώπιση των νοσούντων αποδείχθηκαν οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, δυστυχώς όμως όπως προέκυψε σε αρκετές χώρες τα συστήματα δεν είναι επαρκώς οργανωμένα και τα στοιχεία δε μπορούν να ανακτηθούν αποτελεσματικά.
- 2. Η επείγουσα δυνατότητα αύξησης της δυνατότητας περίθαλψης μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία των COVID - 19 ασθενών με αποτελεσματικό τρόπο, αλλά οι χώρες θα πρέπει επίσης να επενδύσουν περισσότερο στο υγειονομικό προσωπικό τους:** Η δημιουργία προσωρινών μονάδων περίθαλψης, όπως μονάδων εντατικής θεραπείας, αξιοποιώντας τους ήδη υπάρχοντες πόρους είναι λιγότερο κοστοβόρα από τη δημιουργία μόνιμων εγκαταστάσεων. Επίσης, όσον αφορά την επάρκεια του προσωπικού η δημιουργία εφεδρικών λιστών με υγειονομικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει στην κινητικότητα και την κάλυψη των αναγκών σε προσωπικό. Εντούτοις, η έλλειψη σε προσωπικό και η τεράστια καταπόνηση των ήδη εργαζομένων καταδεικνύουν ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενίσχυσή του.
- 3. Για την αντιμετώπιση των ασθενών με COVID-19 απαιτείται ισχυρή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όμως θα πρέπει να διατηρείται υψηλό επίπεδο φροντίδας και στους υπόλοιπους ασθενείς.** Αν και το μεγαλύτερο βάρος για την αντιμετώπιση των ασθενών έπεσε στα νοσοκομεία, η σωστή λειτουργία της ΠΦΥ και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ουσιώδης για την ικανοποιητική λειτουργία του συστήματος. Η τηλεϊατρική και η κατ' οίκον φροντίδα μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων σε περιόδους κρίσης.
- 4. Οι ευάλωτες ομάδες απαιτούν πολύ περισσότερη στήριξη τόσο από το σύστημα υγείας όσο και γενικότερα:** Οι μη προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε περίπτωση μιας πανδημίας λόγω κακών συνθηκών υγιεινής, υπερπληθυσμού, ανέχειας, ανεργίας και κακής γενικής υγείας. Αυτό υποδεικνύει ότι δεν αρκούν στην προκειμένη περίπτωση μόνο τα μέτρα

πρόληψης, αλλά να στηριχθούν πιο ουσιαστικά οι συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

- 5. Για την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας απαιτείται η σύμπραξη πολλών συστημάτων και η διεθνής συνεργασία:** Η κατάσταση που βιώθηκε από όλες τις χώρες ανεξαιρέτως έδειξε ότι η αντιμετώπιση κρίσεων τέτοιου βεληνεκούς απαιτούν διεθνή συνεργασία και πολυσυστημική αποτελεσματικότητα. (OECD/European Union 2020).

Στην Ευρώπη, το περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ αναγνωρίζοντας την ανάγκη να βρεθούν νέοι τρόποι δημιουργίας ενός βιώσιμου συστήματος δημιούργησε την Πανευρωπαϊκή Επιτροπή σχετικά με την υγεία και την αειφόρο ανάπτυξη υπό την προεδρία του Mario Monti. Αυτή η Επιτροπή έχει την αποστολή να:

- Επανεξετάσει τις προτεραιότητες πολιτικής υπό το πρίσμα των πανδημιών αντλώντας μαθήματα από τους τρόπους με τους οποίους διαφορετικές χώρες τα συστήματα υγείας ανταποκρίθηκαν στην πανδημία covid-19.
- Κάνει προτάσεις για επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις σχετικά με τη βελτίωση της ανθεκτικότητας και την περαιτέρω ολοκλήρωση συστημάτων υγείας και κοινωνικής μέριμνας.
- Δημιουργήσει συναίνεση για τις προτάσεις και να τις φέρει στην προσοχή των ανωτάτων κλιμακίων των κυβερνήσεων.
- Κάνει την υγεία και την κοινωνική φροντίδα πολιτική προτεραιότητα στις κυβερνήσεις.

Επειδή όπως προαναφέρθηκε η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και η αντοχή τους σε περιόδους κρίσεις απαιτεί πολυσυστημική συνεργασία και αποτελεσματικότητα, είναι ζωτικής σημασίας να συνεχιστεί η έρευνα όλων των μηχανισμών διασύνδεσης των συστημάτων και όχι μόνο σε βιοϊατρικό επίπεδο ώστε να χτιστεί η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας ενώ αντιμετωπίζονται οι επίμονες ανισότητες στις κοινότητες (Kluge et al, 2020).

Πλαίσια για το μέλλον:

Για την εκμετάλλευση της γνώσης από την εμπειρία της πανδημίας ο ΠΟΥ έχει περιγράψει κάποια πλαίσια δράσης (Kluge et al, 2020):

- **Ένας κατάλογος των πληροφοριών και των γνώσεων που έχουν αποκτηθεί:** Αν και είναι πολύ νωρίς για μια ολοκληρωμένη και κριτική αξιολόγηση, αυτό το

έγγραφο παρέχει ένα σημείο εκκίνησης για περιφερειακές συζητήσεις για το πώς μπορεί να βελτιωθεί η ετοιμότητα και η απόκριση.

- **Πλαίσιο μετάβασης:** Παρέχει πληροφορίες στα μέλη για τα βασικά ζητήματα που πρέπει να λάβουν υπόψη όταν αποφασίζεται πολιτική περιορισμών στις κοινότητες, για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και της ατομικής προστασίας.
- **Πλαίσιο για το άνοιγμα εκ νέου των σχολείων:** Δίνει οδηγίες για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της ευημερίας των παιδιών, τις οικογένειες και τις κοινότητες όταν τα σχολεία ανοίγουν ξανά. Οδηγός είναι το συμφέρον των παιδιών και της δημόσιας υγείας και βασίζεται σε τεκμηριωμένα δεδομένα.
- **Πλαίσιο για την αντιμετώπιση της εξάντλησης λόγω της πανδημίας:** Παρέχει οδηγίες για το σχεδιασμό και την εφαρμογή εθνικών στρατηγικών ώστε να διατηρηθεί και να ενισχυθεί η δημόσια υποστήριξη της πρόληψης της ασθένειας COVID-19.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

7.1 Υποδομές ποιότητας υπό το πρίσμα του COVID-19 (UNIDO)

Το σύστημα που αποτελείται από τους οργανισμούς (δημόσιους ή ιδιωτικούς), τις πολιτικές, τα νομικά και ρυθμιστικά πλαίσια και τις πρακτικές, χρειάζεται να υποστηρίξει και να ενισχύσει την ποιότητα, την ασφάλεια και την περιβαλλοντική προστασία των προϊόντων, των υπηρεσιών και των διεργασιών. Για να γίνει αυτό, στηρίζεται στη μετρολογία, την προτυποποίηση, τη διαπίστευση, την αξιολόγηση συμμόρφωσης και την εποπτεία της αγοράς. Με φόντο την προώθηση της χωρίς αποκλεισμούς και βιώσιμης βιομηχανικής ανάπτυξης, οι υποδομές ποιότητας διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της παγκόσμιας πανδημίας. Η ετοιμότητα των υποδομών ποιότητας στην αντιμετώπιση επιδημιών όπως του SARS-COV-2 είναι επιτακτική για την αποτροπή της πίεσης στα συστήματα υγείας και της κατάρρευσης της ποιότητας των εργαστηριακών υπηρεσιών. Τα συστήματα ποιότητας είναι σημαντικά για τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας καίριων ιατρικών συσκευών, διαγνωστικών τεστ και μέσων ατομικής προστασίας. Είναι φανερό, ότι τα εργαστήρια μέσω της διασφάλισης της ποιότητας και της ακρίβειας των διαγνωστικών τεστ συνεισφέρουν ενεργά στον έλεγχο της πανδημίας, μέσω της διάγνωσης και της παρακολούθησης της πορείας της θεραπείας.

Η τυποποίηση καθιστά προσβάσιμη διεθνώς την εξειδικευμένη γνώση που αφορά τη χρήση, την ποιότητα, την απόδοση και όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος που χρειάζεται ένας χρήστης, αγοραστής ή παραγωγός. Τα πρότυπα περιγράφουν τα τεχνικά χαρακτηριστικά των προϊόντων, ή των μερών ενός προϊόντος. Επίσης, παρέχουν εξειδικευμένες πληροφορίες για τη δοκιμή των προϊόντων, τις απαιτήσεις συντήρησης κλπ.

Σήμερα πιο πολύ από ποτέ, η χρήση προτύπων είναι πολύ σημαντική για τη διασφάλιση ότι τα προϊόντα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις. Τα πρότυπα βοηθούν στη μείωση των επιπτώσεων της πανδημίας με τους εξής παρακάτω τρόπους:

Ιατρικός εξοπλισμός:

- Τα πρότυπα για τον ιατρικό εξοπλισμό (αναπνευστήρες) και τον εξοπλισμό ατομικής προστασίας (ιατρικά γάντια, μάσκες, γυαλιά) είναι απαραίτητα για την εναρμόνιση των χαρακτηριστικών των προϊόντων με τις προδιαγραφές ούτως ώστε να παρέχουν επαρκή προστασία.
- Η αποδοχή της ισοδυναμίας των προτύπων των προμηθευτών ανά τον κόσμο είναι σημαντική όταν γίνεται διακίνηση προϊόντων παγκοσμίως για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών σε μικρό χρονικό διάστημα.
- Η εναρμόνιση των προτύπων του ιατρικού εξοπλισμού σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνει δυναμικά την πρόσβαση σε στοιχειώδη ιατρικό εξοπλισμό αυξάνοντας έτσι το βαθμό ανταπόκρισης των αρχών υγείας σε κρίσεις όπως του COVID-19.

Εργαστηριακά πρότυπα:

- Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται στα διαγνωστικά εργαστήρια (ISO 15189, ISO 22367, ISO 14971, ISO 20395) είναι σημαντικά για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών τεστ και επομένως ότι τα τεστ ανίχνευσης του SARS-COV-2 δίνουν ακριβή και αξιόπιστα αποτελέσματα.
- Στα εργαστήρια δοκιμών και διακριβώσεων όπου εφαρμόζεται το ISO 17025 εξασφαλίζεται η σωστή λειτουργία των εξοπλισμών για την παροχή αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Αδιάλειπτη επιχειρηματικότητα και διαχείριση κρίσεων

- Τα πρότυπα για την διατήρηση της επιχειρηματικότητας (ISO 22301, ISO 22395) και διαχείρισης κρίσεων έχουν αναδειχθεί σε πολύ καίριας σημασίας και θα αποτελέσουν κύρια προτεραιότητα στο μέλλον.
- Τα πρότυπα ανάλυσης κινδύνων (ISO 31000) προσφέρουν καθοδήγηση στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και διατήρηση σχεδίου ανάλυσης κινδύνων.
- Οι οργανισμοί που έχουν καλά οργανωμένα πρότυπα διοίκησης (ISO 9001, ISO 13485) είναι πιο καλά προετοιμασμένοι σε περιπτώσεις διαχείρισης κρίσεων.

Υγεία και Ασφάλεια

- Τα πρότυπα ασφάλειας όπως το ISO 45001, έχουν ως στόχο την προώθηση της ασφάλειας του εργασιακού περιβάλλοντος του εργαζόμενου και δημιουργούν καλύτερες συνθήκες εργασίας, στην εποχή του COVID-19 είναι ουσιαστικής σημασίας για την αποτροπή της διασποράς του ιού.
- Επίσης σημαντικά είναι και τα πρότυπα ασφάλειας και υγιεινής των τροφίμων (ISO 22000, HAASP) καθώς υποστηρίζεται πως ο η αρχική διασπορά του ιού προήλθε από ελλειπίες συνθήκες υγιεινής.

Περιβάλλον και διαχείριση αποβλήτων

- Τα πρότυπα που αφορούν τη διαχείριση αποβλήτων (ISO 14000) είναι σημαντικά για την απόρριψη των συνεχώς αυξανόμενων αποβλήτων μέσω ατομικής προστασίας. Οι μονάδες υγείας είναι σημαντικό να συμμορφώνονται με τους κανόνες για την αποφυγή της διασποράς του ιού.

Η πρόσβαση στα έγγραφα των προτύπων όπως του ISO, των διαδικασιών και των Καλών Παρασκευαστικών Πρακτικών, είναι συχνά κοστοβόρα αφού δεν είναι ανοικτής πρόσβασης αλλά απαιτούν αγορά. Λόγω της κρισιμότητας του COVID-19 και για να γίνουν άμεσα διαθέσιμα τα πρότυπα αυτά σε όλους τους οργανισμούς για την άμεση υιοθέτησή τους, κάποιοι οργανισμοί προτυποποίησης (ISO, CEN/CENELEC, ASTM, SNV, BSI κλπ) τα παρέχουν δωρεάν.

Διαπίστευση

Η διαπίστευση υποστηρίζει τη σωστή λειτουργία των συστημάτων ποιότητας. Οι φορείς διαπίστευσης είναι υπεύθυνοι για την παροχή επίσημης διαβεβαίωσης της συνέπειας συμμόρφωσης με τα πρότυπα .

Στα πλαίσια της παγκόσμιας κρίσης υγείας η καθολική αποδοχή της διαπίστευσης είναι σημαντική, καθώς μεγάλες ποσότητες μέσω ατομικής προστασίας και διαγνωστικών κιτ διακινούνται διασυννοριακά. Η απουσία αναγνώρισης της αξιοπιστίας των

εργαστηρίων δημιουργεί καθυστερήσεις στην ροή της αγοράς. Τα πλεονεκτήματα της διαπίστευσης είναι τα εξής:

- Παρέχει τα εχέγγυα ότι το εργαστήριο είναι ικανό να παρέχει αξιόπιστα αποτελέσματα στις εξετάσεις των πεδίων που είναι διαπιστευμένο.
- Εάν ο φορέας διαπίστευσης που αξιολογεί το εργαστήριο είναι μέλος της Διεθνούς Συνεργασίας Διαπίστευσης Εργαστηρίων (International Laboratory Accreditation Cooperation, ILAC), τότε η διαπίστευση αναγνωρίζεται διεθνώς ,διευκολύνει την διασυνοριακή διακίνηση προϊόντων και μειώνει του χρόνους που χρειάζονται για την επιπρόσθετη διακρίβωση.

Εκτός από τα εργαστήρια, από τη διαπίστευση επωφελούνται ακόμη οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι φορείς που αποφασίζουν για τη δημόσια υγεία και η κοινωνία γενικότερα. Το όφελος αυτό πολλαπλασιάζεται στην κρίση, όπου οι απαιτήσεις για γρήγορα και αξιόπιστα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερες από ποτέ.

Αξιολόγηση της συμμόρφωσης

Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης με τα πρότυπα παρέχουν αδιάσειστα στοιχεία για την ανταπόκριση των προϊόντων στις απαιτήσεις, εάν είναι ασφαλή για ανθρώπους, ζώα και το περιβάλλον και εάν οι διαδικασίες λαμβάνουν χώρα σε πλαίσια καλών εργαστηριακών και κατασκευαστικών πρακτικών. Στην εποχή της υγειονομικής κρίσης η αξιοπιστία και η ακρίβεια των εργαστηριακών αποτελεσμάτων είναι πολύ σημαντική για τη δημόσια υγεία και τον έλεγχο της διασποράς του ιού.

- Στα εργαστηριακά τεστ που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του COVID-19 είναι καίριας σημασίας για τον εντοπισμό των κρουσμάτων και τον έλεγχο της πανδημίας. Ο ΠΟΥ παρέχει υπηρεσίες επαλήθευσης των αποτελεσμάτων αφού η αξιοπιστία είναι ουσιώδους σημασίας στην περίπτωση του ιού.
- Ο έλεγχος ποιότητας του ιατρικού εξοπλισμού και των μέσων ατομικής προστασίας πρέπει να γίνεται με ακρίβεια και σε σύντομο χρονικό διαστημα ώστε να καλύπτονται έγκαιρα οι ανάγκες του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.
- Η ανάπτυξη νέων εμβολίων και φαρμάκων που θα χρησιμοποιηθούν στη μάχη ενάντια του ιού απαιτεί τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας, της απουσίας σοβαρών παρενεργειών και την αποφυγή χρήσης επικίνδυνων σκευασμάτων στον πληθυσμό. (UNIDO, 2020)

Στην Ελλάδα, ΕΣΥΔ στις 20/3/2020 εξέδωσε Οδηγία Εργασίας για τη «Διαδικασία για την αξιολόγηση Φορέων μέσω απομακρυσμένης αξιολόγησης λόγω έκτακτων

συνθηκών (COVID-19)» κατά την οποία βάσει ορισμένων προϋποθέσεων οι αξιολογήσεις για αρχικές διαπιστεύσεις, επεκτάσεις, επιτηρήσεις μπορεί να γίνουν απομακρυσμένα, αφού όμως γίνει ανάλυση κινδύνου, και σε κάθε περίπτωση δεν ακυρώνεται η υλοποίηση της επιτόπιας επιθεώρησης όταν καταστεί εφικτή. Ομοίως και στο εξωτερικό, σε εταιρίες που οι επιθεωρήσεις δε μπορούν να αναβληθούν για πολύ, γίνονται απομακρυσμένες επιθεωρήσεις, αφού όμως προηγηθεί ανάλυση κινδύνου για την αναβολή της επιθεώρησης και με τη συμφωνία όλων των μερών. (<https://www.pharmalex.com/auditing-during-covid-19-pandemic-how-do-we-keep-on-track/>)

7.2 Επίδραση Της Πανδημίας Στους Δείκτες Ποιότητας Της Υγείας

Οι επιπτώσεις μιας πανδημίας είναι απειλητικές τόσο για τη δημόσια υγεία όσο και για την οικονομία και την κοινωνία και πρέπει να λαμβάνονται εγκαίρως αποτελεσματικά μέτρα για τη μείωση της καμπύλης μετάδοσης (Belford). Οι εφαρμογή των μέτρων ωστόσο με γνώμονα τις δημοσιεύσεις, τις οδηγίες και τα διάφορα έγγραφα που εκδίδονται από τους αρμόδιους φορείς δεν εγγυώνται την υψηλής ποιότητας απόκριση στην πανδημία. (Belfroid et al, 2015).

Ήδη στην Ευρώπη από το 2010 ο ΠΟΥ σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης Ασθενειών (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με αφορμή την πανδημία H1N1 εξέδωσαν έγγραφο στο οποίο περιγράφονται δείκτες αυτοαξιολόγησης για το βαθμό προετοιμασίας μιας χώρας ενάντια σε μια πανδημία. Οι δείκτες αυτοί βοηθούν στην αξιολόγηση της ετοιμότητας της χώρας, την οργάνωση των επενδύσεων και την παρακολούθηση της προόδου σε αυτές τις δράσεις. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κομμάτι της διαδικασίας αυτοαξιολόγησης της χώρας και για τους εξής σκοπούς:

1. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο κατά την προετοιμασία για εθνική αυτοαξιολόγηση.
2. Οι βασικοί δείκτες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την κοινοποίηση πληροφοριών στον ECDC με σκοπό την τροφοδότηση των δεδομένων που περιλαμβάνουν οι αναφορές του.
3. Οι δευτερεύοντες δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επικουρικά στην αξιολόγηση επίτευξης των βασικών δεικτών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση των δεικτών παρέχει πληροφορίες και ενδείξεις σχετικά με το βαθμό προετοιμασίας και όχι ολοκληρωμένη εικόνα και επιπλέον οι χώρες θα πρέπει να αξιολογήσουν την καταλληλότητα των δεικτών βέσει των δικών

τους αναγκών. Επίσης, δεν αποτελούν οδηγίες αλλά συστάσεις. (ECDC, European Commission, WHO. 2010)

Οι δείκτες ποιότητας χρησιμεύουν για να δώσουν πληροφορίες σε βάθος σχετικά με την ποιότητα της απόκρισης σε μια πανδημία και πιο σημαντικό για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αύξησή της. Οι δείκτες που περιγράφονται κάθε φορά από τις μελέτες πρέπει να είναι επιλεγμένοι με συστηματικό και διαφανή τρόπο. (Belfroid et al, 2015)

Στην Αλγερία, οι Burlea-Schiopoiu et al (2020) προσπάθησαν προσδιορίσουν τους βασικούς δείκτες απόδοσης για την αξιολόγηση των κύριων παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας εν καιρώ πανδημίας. Σε αυτή την έρευνα η δομή των δεικτών χωρίζεται σε 4 κατηγορίες: Κοινωνική Βιωσιμότητα (Social Sustainability Indicators, SSI), Οικονομική βιωσιμότητα (Economic Sustainability Indicators, ESI), Εσωτερικών Διαδικασιών (Indicators of Internal Process, IIP), και Τεχνικοί δείκτες (Technical Indicators, TI). Σύμφωνα με την έρευνα, οι IIP είναι σε προτεραιότητα, ενώ η εμπειρία του προσωπικού σε περιόδους κρίσης είναι πολύτιμη για τη λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση. Όπως φαίνεται σε τέτοιες περιόδους κρίσης, η επικοινωνία και οι ανθρώπινοι πόροι παίζουν πολύ πιο σημαντικό ρόλο από ότι οι οικονομικοί και οι υλικοί παράγοντες. Η απόδοση ενός νοσοκομείου βασίζεται σε KPIs, ειδικά σε IIP και TI ως υποστηρικτές των ESI και SSI, διότι σε αυτήν την περίοδο οι ποσοτικές αξιολογήσεις των νοσοκομείων δείχνουν την αποτελεσματική χρήση των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Αυτό σημαίνει ότι οι TI μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του SSI και του ESI ενώ έχουν θετική επίδραση στους IIP. Οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν μεγάλες προκλήσεις και πρέπει να διατηρήσουν τη λειτουργία τους. Αυτός ο πανδημικός ιός αφνιδίασε τόσο τους διοικητές όσο και τους εργαζόμενους που αντιμετώπισαν έναν απρόβλεπτο εχθρό και ήταν αδύνατο να ελεγχθεί. Το γεγονός ότι πολλοί οργανισμοί, δημόσιοι ή ιδιωτικοί, αναγκάστηκαν να σταματήσουν η δραστηριότητά τους για μια απροσδιόριστη χρονική περίοδο έχει δημιουργήσει μια κατάσταση πανικού και αβεβαιότητας, αναστατώνοντας την κοινωνία σε όλα τα επίπεδα. Τα ευρήματα της έρευνας απέδειξαν ότι τα KPI παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της απόδοσης του συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και, ειδικά κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης του κορονοϊού. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των

κινήσεων των διοικήσεων, όσο και για την ανάπτυξη των στρατηγικών για την ασφάλεια των ασθενών.

Στην Καταλονία έγινε μια έρευνα από τους Coma et al (2020), σχετικά με τους δείκτες ποιότητας στην ΠΦΥ. Οι δείκτες προσδιορίστηκαν με βάση συστάσεις επαγγελματιών υγείας των ΠΦΥ και οι οποίοι με τα χρόνια εξελίχθηκαν. Σε αυτήν, οι δείκτες χωρίστηκαν σε κατηγορίες, επάρκεια θεραπείας (4 δείκτες), παρακολούθηση χρόνιων ασθενειών (5 δείκτες), έλεγχος χρόνιων ασθενειών (10 δείκτες), προληπτικός έλεγχος πληθυσμού (7 δείκτες), εμβολιασμοί (4 δείκτες) και την προστασία του ασθενή (4 δείκτες). Στην έρευνα αυτή όλοι οι δείκτες για τις κατηγορίες εκτός της τελευταίας εμφανίστηκαν μειωμένοι. Αυτό σημαίνει ότι επειδή τα μέτρα εφαρμόστηκαν παγκοσμίως ότι θα πρέπει να γίνει προσπάθεια για την αποκατάσταση της εύρυθμης λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η AHRQ (2020) προβλέπει ότι η πανδημία COVID-19 θα έχει σημαντική επίδραση στους δείκτες ποιότητας εξαιτίας αλλαγών στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης τόσο σε περιπτώσεις περίθαλψης όσο και σε όγκο.

- Περιπτώσεις περίθαλψης. Καθώς τα νοσοκομεία προετοιμάστηκαν για τις αυξημένες ανάγκες αντιμετώπισης του COVID-19, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις μειώθηκαν δραστικά. Αυτό μπορεί να μειώσει τον αριθμό χειρουργικών αποτελεσμάτων και να αλλάξει το προφίλ κινδύνου του πληθυσμού αναφοράς που υποστηρίζει τις μεθοδολογίες προσαρμογής κινδύνου.

- Όγκος ασθενών. Παρομοίως, ο όγκος των εξιτηρίων είναι πιθανό να μειωθεί, καθώς οι χειρουργικές επεμβάσεις με ανάρρωση βραχείας διαμονής ακυρώνονται ή καθυστερούν, ενώ οι εκκλήσεις έκτακτης ανάγκης και οι νοσηλείες μακράς διάρκειας είναι πιο διαδεδομένες. Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν την αξιοπιστία των μεμονωμένων και των σύνθετων δεικτών, οι οποίοι βασίζονται κυρίως στον όγκο.

Για τους λόγους αυτούς θα γίνει επανασχεδιασμός των εργαλείων μέτρησης ώστε να μπορούν να συμπεριληφθούν τα στοιχεία που έχουν προκύψει από την πανδημία.

7.3 Προτάσεις Βελτίωσης Των Συστημάτων Ποιότητας Στην Μετά Covid-19 Εποχή

Η πανδημία COVID-19 αλλάζει γρήγορα το τοπίο του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η σημασία των εξ αποστάσεως υπηρεσιών έχει αναδειχθεί σημαντικά συμπεριλαμβανομένων και των εξ αποστάσεως εκπαιδεύσεων σχετικά με τη βελτίωση

της ποιότητας. Επίσης έχουν περιγραφεί οι τομείς που θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην εποχή μετά την πανδημία.

7.3.1 Εξ αποστάσεως υπηρεσίες σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας:

7.3.1.1 Στην Εκπαίδευση

Η γνώση των αρχών ποιότητας από το υγειονομικό προσωπικό αποτελεί πλέον σημαντικό εφόδιο και το καθιστά ικανό να ανταποκρίνεται σε κρίσιμες καταστάσεις όπως αυτές μιας πανδημίας. Επειδή η πανδημία αναπόφευκτα επηρέασε τη συνέχεια της εκπαίδευσης του προσωπικού σε αυτόν τον τομέα, αποδείχθηκε πως η εξ αποστάσεως εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την εναλλακτική εκπαίδευση του προσωπικού και τη βελτίωση του υγειονομικού περιβάλλοντος στη μετά COVID εποχή. Τα μέσα εξ αποστάσεως εκπαίδευσης περιλαμβάνουν διαδικτυακές ενότητες, διαδικτυακά προγράμματα, εικονικά εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, τηλεφωνικές κλήσεις, διαδικτυακές πύλες, εφαρμογές τηλεφώνων, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, πρόσβαση σε εργαλεία, εικονικούς πίνακες διδασκαλίας και μαθήματα μέσω βίντεο. Για την εκπαίδευση οι φορείς προτιμούν ήδη ανεπτυγμένα προγράμματα όπως αυτό του Ινστιτούτου Υγειονομικής Βελτίωσης (Institute of Healthcare Improvement, IHI) το οποίου τα περισσότερα προγράμματα είναι δωρεάν. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα μαθήματα που διενεργήθηκαν είχαν θετική απόδοση, όμως θα πρέπει να γίνει ανάλυση σε βάθος χρόνου. Τα πλεονεκτήματα της διαδικτυακής εκπαίδευσης πολλά, ενδεικτικά τα εξής: ισορροπία εκπαίδευσης και πρακτικής, απαιτούνται λιγότεροι πόροι, λιγότεροι καθηγητές και αίθουσες, το υγειονομικό προσωπικό είναι πιο ευέλικτο προς το χρόνο παρακολούθησης, υπάρχει πιο εύκολη πρόσβαση κλπ. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται πως δεν εκτιμώνται το ίδιο τα μαθήματα από τους συμμετέχοντες, κάποια θέματα είναι δύσκολο να εξηγηθούν εξ αποστάσεως, χρειάζεται τεχνική υποστήριξη, το υλικό είναι δεδομένο και δύσκολα προσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες και πολλές φορές οι ομάδες είναι δύσκολο να συγχρονιστούν σε συναντήσεις.

Παρόλα αυτά εάν δοθεί η δέουσα προσοχή στο σχεδιασμό των προγραμμάτων, στα τεχνική υποστήριξη και στον τρόπο διεξαγωγής ένα εικονικό περιβάλλον εκπαίδευσης αποτελεί μια χρήσιμη εναλλακτική όπου δεν είναι εφικτή η δια ζώσης διδασκαλία (Khurshid et al, 2020).

7.3.1.2 Στην Τηλεϊατρική

Η τηλεϊατρική στην εποχή της πανδημίας έχει αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο στη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ιατρικής περίθαλψης σε ασθενείς με COVID-19 καθώς και σε ασθενείς άλλων νόσων. Στην περίπτωση της COVID-19 έχει αποδειχθεί χρήσιμη στη συλλογή δεδομένων από τον έλεγχο του πληθυσμού, προστατεύοντας από τις συναθροίσεις τόσο τους ασθενείς όσο και το υγειονομικό προσωπικό.

Η τηλεϊατρική επεκτείνεται περισσότερο και σε non-COVID-19 φροντίδα, κυρίως στη συλλογή δεδομένων ποιότητας και στη διαχείριση χρόνιων ασθενών. Στην ΕΕ οι χώρες έχουν διαφορετική ετοιμότητα σχετικά με τη χρήση της τηλεϊατρικής, με άλλες χώρες να προχωρούν πιο γρήγορα σε εγκαθίδρυση των υπηρεσιών και άλλες να δυσκολεύονται. Η απαίτηση για την υπηρεσία αυτή φαίνεται να είναι πιο πιθανή σε νεότερες ηλικίες, ενώ σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ χρήσιμη. Επίσης φαίνεται να γίνει πολύ δημοφιλής σε ψυχικά ασθενείς ωστόσο δεν είναι κατάλληλη για όλες τις περιπτώσεις. Η διενέργεια ερευνών ικανοποίησης είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών και τη βελτίωσή τους. (French et al, 2021)

Όσον αφορά τη μέτρηση της ποιότητας των εξ αποστάσεως υπηρεσιών υγείας, πολύ σημαντική είναι η μέτρηση της προσβασιμότητας και της ισότητας επειδή δεν είναι όλοι άνθρωποι το ίδιο γνώστες της τεχνολογίας και δε διαθέτουν όλοι τα απαραίτητα μέσα. Εκτός αυτού, θα πρέπει να γίνει σύγκριση με τη δια ζώσης φροντίδα τόσο στην ακρίβεια της διάγνωσης όσο και στο ποσοστό των επειγόντων, στο ποσοστό μη εμφάνισης στο ραντεβού, στη συμμόρφωση στη θεραπεία και στην ικανοποίηση των ασθενών. Αν και γίνονται προσπάθειες να προτυποποιηθεί η ποιότητα της τηλεϊατρικής, θα πρέπει να επισπευστούν για να φτάσουν το ρυθμό εξάπλωσης της εφαρμογής των υπηρεσιών. (Ghosh et al)

Επίσης, από την έναρξη της πανδημίας χώρες όπως η Ελλάδα, το Βέλγιο, η Εσθονία και η Ιρλανδία έχουν επιτρέψει οι συνταγογραφήσεις και οι αναρρωτικές άδειες να εκδίδονται ηλεκτρονικά (OECD/European Union, 2020).

7.3.2 Πλαίσιο Προτεραιοτήτων Ποιότητας στη μετά COVID-19 εποχή

Η πανδημία COVID-19 με την πολυπλοκότητα και τη σοβαρότητά της ανέδειξε τη σημασία στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αναδείχθηκαν και κλήθηκαν να αντιμετωπιστούν τα κενά που υπήρχαν στις υπηρεσίες ποιότητας, ενώ επαναπροσδιορίστηκαν οι ανάγκες. Καθώς τα περιστατικά των ασθενών μειώνονται σταδιακά, θα πρέπει να εξετασθεί ποιες από τις αλλαγές και τις βελτιώσεις θα

παραμείνουν και θα ενσωματωθούν στη νέα κουλτούρα. Παρακάτω παρουσιάζονται τέσσερις προτεραιότητες ποιότητας, όπως περιγράφηκαν από του Vonoya Chang et al.

1. Εστίαση στην ψυχολογική προφύλαξη του υγειονομικού προσωπικού

Είναι γεγονός ότι το υγειονομικό προσωπικό που είχε εμπλακεί με ασθενείς COVID-19 είχε συναισθήματα όπως πένθος, άγχος και στρες λόγω της ανασφάλειας της κατάστασης. Από τη μια φρόντιζαν με αυτοθυσία τους ασθενείς κάτω από εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες, ενώ από την άλλη ανησυχούσαν για τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους. Το μέγεθος της εξάντλησης και της θυματοποίησης του προσωπικού δεν έχει εκτιμηθεί ακόμα, ενώ αναμένονται και οι επιπτώσεις στο μέλλον.

Για να υποστηριχθεί ουσιαστικά το προσωπικό θα πρέπει να εισακουστούν οι ανάγκες τους και να υπάρξει ανάλογη ανταπόκριση. Οι αναλύσεις σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών θα πρέπει να συμπεριλάβουν το τεράστιο φορτίο που έπεσε στους υγειονομικούς και στις εγκαταστάσεις. Στο κέντρο της κουλτούρας της αλλαγής θα πρέπει να τοποθετηθεί η ασφάλεια του προσωπικού με ενθάρρυνση της διαφάνειας, της εμπιστοσύνης και της ευεξίας του.

2. Επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων ποιότητας

Παρόλο που οι βασικοί πυλώνες της ποιότητας διατηρούνται και στη μετά COVID-19 εποχή, πρέπει να ληφθεί υπόψη η πίεση που ασκήθηκε στο προσωπικό.

Επίσης, η πανδημία έφερε στο προσκήνιο νέες μεθόδους και τρόπους αύξησης της ποιότητας των υπηρεσιών, όπως η τηλεϊατρική. Σε πολλές περιπτώσεις υπήρξε αρωγός στους υγειονομικούς για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η γρήγορη εφαρμογή νέων τεχνολογιών υποστηρίζει την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Επίσης, σε πολυπολιτισμικούς πληθυσμούς, θα πρέπει να υποστηρίζονται διαφορετικές γλώσσες επικοινωνίας για την αποτελεσματική φροντίδα και θεραπεία τους. Τέλος, σημαντικό μερίδιο ευθύνης των μέτρων ποιότητας έχει η προστασία του προσωπικού πρώτης γραμμής από την έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες, καθώς σημαντικό ποσοστό από το προσωπικό που νόσησε χρειάστηκε νοσηλεία. Διεθνείς προσπάθειες όπως η Choosing Wisely (<https://www.choosingwisely.org/>) για τη μείωση της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν στην προστασία τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών.

3. Προσαρμογή τρόπου αναφοράς και διαχείρισης ποιότητας

Η πανδημία προκάλεσε αναβολές, καθυστερήσεις και ακυρώσεις στην υποβολή των αναφορών ποιότητας, αναγκαίες ώστε το προσωπικό να μπορεί να αφοσιωθεί απρόσκοπτα στις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας των ασθενών.

Στην περίπτωση που συμπεριληφθούν τα αποτελέσματα από τον COVID-19 στις αναφορές ποιότητας, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως ακόμα οι οδηγίες είναι σε εξέλιξη και ενημερώνονται συνεχώς και πως ο φόρτος εργασίας παρουσιάζει διακυμάνσεις όπως και τα κρούσματα.

4. Ενδυνάμωση του προσωπικού σε θέματα ποιότητας

Οι στόχοι ποιότητας για να εξελιχθούν και να βελτιωθούν θα πρέπει η κουλτούρα της ποιότητας να γίνει μέρος της κουλτούρας του γενικού προσωπικού και του προσωπικού πρώτης γραμμής ενός οργανισμού υγείας. Οι ουσιαστικές αλλαγές θα προκύψουν όταν όλο το προσωπικό αποκτήσει τις κατάλληλες δεξιότητες, κατανοήσει και εξειδικευθεί σε αυτά τα θέματα. Για να συμβεί αυτό πρέπει ως βάση οι αρχές ποιότητας να γίνουν κατανοητές από το προσωπικό και η ηγεσία να προετοιμάσει κατάλληλα τα επόμενα στελέχη ποιότητας τα οποία θα εναρμονίζονται με τους στόχους και το όραμα του οργανισμού. Στην κατάρτιση του προσωπικού μπορεί να έχει επικουρικό ρόλο τεχνολογία μέσω της εικονικής εκπαίδευσης με διαδικτυακά σεμινάρια και μετά την πανδημία σε συνδυασμό με δια ζώσης εκπαίδευση.

Εν κατακλείδι, η πανδημία εξανάγκασε τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και των προτεραιοτήτων ποιότητας με αφετηρία την ψυχική ισορροπία του προσωπικού και τη δημιουργία ενός συστήματος ποιότητας με ευέλικτη και προσαρμόσιμη μορφή σε νέες προκλήσεις. Η διαχείριση και η αναφορά των αποτελεσμάτων ποιότητας αποτελεί κρίσιμο στοιχείο σε περίοδο κρίσης όπως η πανδημία οπότε θα πρέπει να γίνουν προσαρμογές ώστε να υπάρχει αποτελεσματικότητα και σε τέτοιες συνθήκες. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να μπορεί να ενσωματώσει τις αρχές ποιότητας στην καθημερινή του δράση. Τα μαθήματα που δόθηκαν κατά την περίοδο της πανδημίας αποτελούν έναυσμα για μια συνεχή προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Κεφάλαιο 8^ο : Συζήτηση

Οι οργανισμοί υγείας δρουν σε ένα μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με τη συνεχή απαίτηση αναβαθμισμένων ιατρονοσηλευτικών παροχών. Η αναβάθμιση αυτή επιτυγχάνεται μέσα από την εναρμόνιση των υπηρεσιών και των δομών με διεθνή πρότυπα ποιότητας. Η ανάγκη του προσανατολισμού της οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην ποιότητα οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων.

Η ασθένεια COVID-19 προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2, έναν κορωνοϊό RNA που μπορεί να προκαλέσει οξύ αναπνευστικό σύνδρομο σε ανθρώπους. Στις 30/1/2020 ο ΠΟΥ λόγω της έκτασης διασποράς του ιού ανακήρυξε τη λοίμωξη ως Κρίση Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Προβληματισμού (Public Health Emergency of International Concern). Η ανθρωπότητα έχει αντιμετωπίσει και στο παρελθόν επιδημίες όπως ο ιός του Έμπολα το 2014 αλλά στη σύγχρονη εποχή πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε πανδημία τέτοιας κλίμακας. Η πανδημία COVID-19 αποτελεί ισχυρό αποδιοργανωτικό παράγοντα των συστημάτων υγείας των χωρών, πλήττοντας το προσωπικό, τις εφοδιαστικές αλυσίδες, τις υποδομές, την οικονομία και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Με την πανδημία αναδείχθηκαν τα ποιοτικά προβλήματα των συστημάτων υγείας, τα προβλήματα συνεργασίας μεταξύ των χωρών και οι κοινωνικές διαφορές μεταξύ των πολιτών. Άλλες χώρες αποδείχθηκαν πιο έτοιμες στην αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας και άλλες καθυστέρησαν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά. Τα προβλήματα που προέκυψαν ανέδειξαν την ανάγκη αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας των κρατών για την επίλυσή τους.

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν οι ποιοτικές επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγείας και οι τρόποι με τους οποίους οι φορείς, οι υπηρεσίες και οι κυβερνήσεις σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο προσπάθησαν να τις επιλύσουν.

Αρχικά οι ελλείψεις σε βασικό προστατευτικό εξοπλισμό έθεσαν σε περαιτέρω κίνδυνο το ήδη επιβαρυνόμενο υγειονομικό προσωπικό και τους ασθενείς και οι εναλλακτικοί προμηθευτές που αναζητήθηκαν δεν εγγυούνταν πάντα υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Με αφορμή τις ελλείψεις αυτές η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ίδρυσε το Clearing House για τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της εφοδιαστικής αλυσίδας στο μέλλον.

Οι αναβολές σε βασικές εγχειρίσεις ρουτίνας και σε επισκέψεις σε νοσοκομεία παρουσίασαν μεγάλη αύξηση με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος για τη γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Με αυτόν τον τρόπο φάνηκε πως ότι η ΠΦΥ έχει κύριο ρόλο ως πρώτη γραμμή στη διαφύλαξη του επιπέδου υγείας και πως πρέπει να υπάρχουν εναλλακτικές μορφές παροχής φροντίδας όπου είναι δυνατόν.

Οι οικονομικές επιπτώσεις από την εφαρμογή των μέτρων ισοπέδωσης της καμπύλης μεταδοτικότητας είναι αναπόφευκτες, καθώς προέχει η διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. Η επιτυχία της εφαρμογής των μέτρων θα επιτρέψει μια γρήγορη ανάκαμψη και επαναπροσδιορισμό των κοινωνικών στόχων.

Μεγάλο θέμα σχετικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι η ανάκαμψη των συστημάτων υγείας και η ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της ετοιμότητάς τους σε περιόδους κρίσης. Τα συστήματα υγείας οφείλουν να αποτελούν συστήματα μάθησης, τα οποία αυτοανατροφοδοτούνται και μέσα από κάθε δυσκολία βγαίνουν καλύτερα και πιο αποτελεσματικά. Στόχος είναι κάθε φορά η γρήγορη ανάκαμψη με παροχή εύελικτης και αξιόπιστης φροντίδας.

Οι επιπτώσεις στα συστήματα ποιότητας ανέδειξαν την ανάγκη για ουσιαστική εμπλοκή του υγειονομικού προσωπικού στα θέματα ποιότητας και της ενσωμάτωσης της ποιότητας στην εργασιακή κουλτούρα των εργαζομένων. Η ενίσχυση του προσωπικού αποτελεί βασικό πυλώνα στήριξης των συστημάτων υγείας σε περιόδους κρίσης.

Επίσης, οι οργανισμοί θα πρέπει να παρέχουν ευέλικτα και πιο απλά προγράμματα παρακολούθησης της ποιότητας, με εναλλακτικούς τρόπους παροχής σε περιπτώσεις κρίσεων για να μην διακινδυνεύεται η αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι δείκτες ποιότητας αλλάζουν προτεραιότητα και σχεδιασμό σε περιόδους πανδημίας και αποτελούν σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας και της εύρυθμης λειτουργίας ενός οργανισμού.

Τέλος, οι εξ αποστάσεως υπηρεσίες αποκτούν πλέον καθοριστικό ρόλο ως επικουρικό εργαλείο στη διάθεση του υγειονομικού προσωπικού και του ασθενή. Είτε με τη μορφή τηλεεκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού σε θέματα ποιότητας, είτε μέσω ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες όπως συνταγογράφηση, είτε μέσω απομακρυσμένων επιθεωρήσεων, είτε μέσω τηλεϊατρικής φαίνεται πως από εδώ και στο εξής θα αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας υγείας. Υπάρχει φυσικά και το κομμάτι της διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, το οποίο μελλοντικά θα πρέπει να απασχολήσει τις αρμόδιες υπηρεσίες.

Στην Ελλάδα, από την αρχή της πανδημίας έγινε μεγάλη προσπάθεια για τη διατήρηση του επιπέδου της λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων. Κάποιες από τις δράσεις για τη διατήρηση ενός συστήματος παροχής ποιοτικών υπηρεσιών ταυτόχρονα με την προστασία της δημόσιας υγείας είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η έκδοση αναρρωτικών αδειών, οι απομακρυσμένες επιθεωρήσεις από το ΕΣΥΔ όπου είναι απαραίτητο και η ίδρυση του ΟΔΠΥ για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Συμπεράσματα:

Είναι γεγονός ότι η πανδημία προκάλεσε πολύ μεγάλη πίεση στις κοινωνίες και στα συστήματα υγείας, δοκιμάζοντας τις αντοχές των οικονομιών, των κυβερνήσεων, των διεθνών συνεργασιών, την ψυχική υγεία των πολιτών και των υγειονομικών, την εμπιστοσύνη των πολιτών στην επιστημονική κοινότητα, στις κυβερνήσεις και στα συστήματα υγείας.

Στα συστήματα υγείας πλέον μπορεί να πει κανείς ότι έχουμε δύο περιόδους: την προ-COVID εποχή και τη μετά-COVID εποχή. Με την κρίση τα προβλήματα των υγειονομικών συστημάτων, των συνεργασιών και των συστημάτων ποιότητας ήρθαν στην επιφάνεια απαιτώντας λύσεις. Επίσης όμως αναδείχθηκαν και τα στοιχεία εκείνα των χωρών που τις κατέστησαν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της πρωτοφανούς αυτής κρίσης.

Όπως κάθε κρίση αποτελεί και μια ευκαιρία, έτσι και η υγειονομική κρίση της πανδημίας αποτέλεσε μια ευκαιρία αναθεώρησης των προβληματικών σημείων των συστημάτων υγείας, της ανάληψης πρωτοβουλιών από τις κυβερνήσεις και τους φορείς ποιότητας σχετικά με την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον επανακαθορισμό των προτεραιτήτων σχετικά με την υγεία, την ανάδειξη της ανάγκης για διαφύλαξη της υγείας των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων, την ανάδειξη της σημασίας της ΠΦΥ στην παροχή περίθαλψης πρώτης γραμμής και την επέκταση της υιοθέτησης εναλλακτικών και συμπληρωματικών ευέλικτων μορφών παροχής υγειονομικής φροντίδας και εκπαίδευσης. Επίσης αναδείχθηκε η ανάγκη αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ των χωρών σε περιόδους υγειονομικής κρίσης και ο ρόλος των εθνικών και διεθνών φορέων ποιότητας ως θεματοφύλακες και πάροχοι αξιόπιστων πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πανδημία βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη, που σημαίνει πως συνεχώς προκύπτουν νέες πληροφορίες και δεδομένα τα οποία είναι στη διάθεση των ερευνητών. Ήδη από τις πληροφορίες ως τώρα έχουν προκύψει δράσεις, όμως μελλοντικά οι δράσεις αυτές θα παγιωθούν και θα γίνουν μέρος των συστημάτων υγείας.

Με το πέρας της πανδημίας μένει να γίνει ο τελικός απολογισμός των συνεπειών της υγειονομικής κρίσης σε όλα τα επίπεδα, όπως στην οικονομία και την κοινωνία. Η ποιότητα των υπηρεσιών και κατά πόσο διατηρήθηκε είναι θέμα πολύπλευρο και η ανάλυση απαιτεί χρόνο και ενδελεχή έρευνα. Όσον αφορά στους δείκτες ποιότητας, ποιοι είναι τελικά οι δείκτες που θα επιλεγούν ώστε να γίνεται εκτίμηση της

ετοιμότητας ενός συστήματος υγείας στην πανδημία και με ποιον τρόπο θα ενταχθούν στους ήδη υπάρχοντες δείκτες. Σχετικά με το προσωπικό, φαίνεται ότι οι επιπτώσεις της πανδημίας θα είναι έκδηλες για αρκετό καιρό και μετά το πέρας της κρίσης. Οι επιπτώσεις αυτές είναι τόσο ψυχολογικές, όσο και σωματικές αλλά ακόμα δεν είναι γνωστός ο βαθμός και σοβαρότητά τους. Η υποστήριξη του προσωπικού και η ουσιαστική εμπλοκή του στη διασφάλιση της ποιότητας είναι ουσιαστικής σημασίας για τη σωστή λειτουργία των συστημάτων υγείας. Οι ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού επλήγησαν πιο πολύ και πρέπει να δοθεί βαρύτητα στην υποστήριξή τους. Η τηλεϊατρική και οι σχετικές υπηρεσίες που περιλαμβάνει αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Επίσης όσον αφορά την τηλεϊατρική πρέπει να ξεκαθαριστεί σε ποιο βαθμό θα αποτελέσει κομμάτι της περίθαλψης και να διασαφηνιστεί το πλαίσιο ποιότητας στο οποίο θα πρέπει να ενταχθεί.

Συμπερασματικά, η δοκιμασία της πανδημίας COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για συστήματα υγείας ευέλικτα, καινοτόμα, με ικανότητα γρήγορης ανάκαμψης σε περιόδους κρίσης, με πρόνοια για τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, με δομές ποιότητας αποτελεσματικές, στελεχωμένες με καταρτισμένο προσωπικό και την ενσωμάτωση της ποιότητας στην κουλτούρα του προσωπικού και των οργανισμών. Έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών συνεργασιών τόσο με τους προμηθευτές όσο και μεταξύ των χωρών και των φορέων υγείας και ποιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ιωαννίδου, Κ. (2018) *Συστήματα Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Προγράμματα Συμπληρωματικής Εκπαίδευσης με τη χρήση καινοτόμων μεθόδων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.
2. Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 480-488
3. WHO (2020) Notice to Stakeholders: Frequently asked questions by the manufacturing, trial and testing organizations in connection with some of their constraints faced during the COVID-19 outbreak
4. Roder-DeWan, S. (2020) *Health System Quality in the time of COVID-19*. The Lancet, 8(6): e738-e739
5. Matthew Austin, J. and Kachalia, A (2020) *The state of Health Care Quality Measurement in the era of COVID-19, The importance of doing better*. JAMA, 324 (4): 333-334
6. Staines, A. Amalberti, R. Berwick, M.D. Braithwaite, J. Lachman, P. Vincent A.C. (2021) *COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge*. International Journal for Quality in Health Care, 33 (1): 1-3
7. ΕΣΥΔ, <https://esyd.gr/main/diadikasia-gia-tin-axiologisi-foreon-meso-apomakrysmenis-axiologisis-logo-ektakton-synthikon-covid-19-esyd-oef-42/> (προσβάσιμη στις 30/4/2021)
8. PHARMALEX, <https://www.pharmalex.com/auditing-during-covid-19-pandemic-how-do-we-keep-on-track/> (προσβάσιμη στις 30/4/2021)
9. Ovretveit, J. (2004) *Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*. International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in health Services, 17(7), 368-376
10. Kotler, P. Wong, V. Saunders, J. Armstrong, G. (2005) *Principles of Marketing*. 4th ed. Essex: Pearsons Education Limited
11. Bergman, B. Klefsjo, B (1994) *Quality from customer needs to customer satisfaction*. London: McGraw Hill Book Company Europe
12. Parasuraman, A. Valarie, Z. Berry, L. (1985) *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. Journal of Marketing, 49: 41-50
13. Evans, R.J. Lindsay, M.W. (1996) *The management and control of quality*. 3rd ed. West Publishing Company

14. Λαζάρου, Π. (2006) *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα
15. Καθαράκη, Μ. Κωσταγιόλας, Π.(2012) *Οι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Προγράμματα Συμπληρωματικής Εκπαίδευσης με τη χρήση καινοτόμων μεθόδων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης
16. Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). *Measuring service quality: A reexamination and extension*. *Journal of Marketing*, 56 (3), 55–68
17. Κρητικός, Α., (2005), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μια θεωρητική προσέγγιση*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών
18. Τζωρτζόπουλος, Α. (2018) *Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα- εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5): 649-664
19. Bittel, L.R. (2011) *Η σύγχρονη διοίκηση στην πράξη*. Αθήνα: Κριτήριο
20. Μπισκανάκη, Ε. Χαραλάμπους, Γ. (2018) *Ο ρόλος της ηγεσίας στη διαμόρφωση πολιτικής ποιότητας ενός οργανισμού υγείας*. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 17(1): 27-39
21. Σπανός, Α., (1995), *Ολική Ποιότητα*, 2η έκδοση, Αθήνα: Γαλαίος.
22. Κωσταγιόλας, Π. Καϊτελίδου, Δ. Χατζοπούλου, Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
23. ΜΕ-ΤΠΔΠ ΤΕΕ, 2008, *Τυποποίηση και ποιότητα στη σύγχρονη κοινωνία* http://library.tee.gr/digital/m2331/m2331_chap12.pdf (προσβάσιμη στις 30/8/2020)
24. http://www.elot.gr/1188_ELL_HTML.aspx (προσβάσιμη στις 30/8/2020)
25. <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html> (προσβάσιμη στις 30/8/2020)
26. International Organization for Standardization, (2015) *Quality management principles*. www.iso.org (προσβάσιμη στις 7/3/2021)
27. Δερβιτσιώτης, Κ. (1993) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
28. Deming, E. (1991) *Out of the crisis*. Cambridge: Cambridge University Press
29. Λογοθέτης, Ν. (1992), *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα: Prentice Hall-Interbooks

30. Τσιότρας, Ν.Γ (2002) *Βελτίωση της ποιότητας* Αθήνα: Μπένος
31. Καραθανάση, Α. (2017) *Εξυπηρέτηση του πολίτη-Υπηρεσίες μιας στάσης, Ο ρόλος των ΚΕΠ*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διπλωματική εργασία
32. Ψωμάς, Ε.Λ. (2013) *Ο δρόμος προς την ολική ποιότητα: Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9000 και Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων Αγροτικών Προϊόντων και Τροφίμων
33. Ζέκιο, Σ. Ορφανός, Χ. (2018) *Τα οφέλη στις επιχειρήσεις από την εφαρμογή προτύπων ποιότητας: περιπτώσεις ελληνικών επιχειρήσεων*. Πάτρα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πτυχιακή εργασία.
34. Τούντας, Γ. Οικονόμου, Ν.Α. (2007) *Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24 (1): 7-21.
35. Donabedian, A. (1996) *The effectiveness of quality assurance*. International Journal for Quality in Health care. 8(4): 401-407.
36. Cochrane, A. (1972) *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
37. Zahar, M. Barkany El, A. (2016) *Cost of quality in healthcare: A case study in a clinical laboratory*. International Journal of Productivity and Quality Management. 17 (4): 536-548
38. Schuster, M.A. McGlynn, E.A. Brook H.R. (2005) *How good is the quality of health care in the United States?* The Milbank Quarterly, 83 (4): 843-895.
39. President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry <https://govinfo.library.unt.edu/hcquality/final/index.htm>, προσβάσιμη στις 18/3/2021
40. Agency for Healthcare Research and Quality <https://www.ahrq.gov/> προσβάσιμη στις 18/3/2021
41. Glover-Thomas, N. (2013) *The health and social care act 2012: The emergence of equal treatment for mental health care or another false dawn?* Medical Law International, 13(4): 279-297
42. NHS Clinical Commissioners, <https://www.nhscc.org/ccgs/> (προσβάσιμη στις 19/8/2021)
43. Telford and Wrekin Clinical Commissioning Group, 2018-2020, Quality Assurance and Improvement Framework, www.telfordccg.nhs.uk
44. Quality in the new health system- Maintaining and improving quality from 2013, 2013

45. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, <https://www.safetyandquality.gov.au/>, προσβάσιμη στις 20/3/2021
46. National Safety and Quality Health Service Standards. (2017) 2nd edition, Sydney: Australian Commission on Safety and Quality Health Care
47. Australian Institute of health and Welfare <https://www.aihw.gov.au/>, προσβάσιμη 21/3/2021
48. Australian Safety and Quality framework for Health Care, Putting the Framework into action: Getting started. (2010) Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare.
49. Performance Framework. 2020-2021, Government of South Australia www.sahealth.sa.gov.au
50. Hisashige, A. (2009) *History of Healthcare technology assessment in Japan*. International Journal of Technology in Healthcare, 25: 210-218
51. Hirose, M. Imanaka, Y. Ishizaki, T. Evans, E. (2003) *How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation*. Health policy, 66: 29-49
52. OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-japan-2015_9789264225817-en#page60 προσβάσιμη 31/3/2021
53. Sakamoto, H. Rahman, M. Nomura, S. Okamoto, E. Koike, S. Yasunaga, H. Kawakami, N. Hashimoto, H. Kondo, N. Krull Abe, S. Palmer, M. Ghaznavi, C. (2018) Japan Health System Review. 8 (1) Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, WHO
54. Trust Effective Medicine Optimized Services <https://www.temos-worldwide.com> προσβάσιμη 4/4/2021
55. Temos Quality in Medical Care Hellas Ltd <https://temos-aegean.info/ins/> προσβάσιμη 4/4/2021
56. The International Society for Quality in Health Care <https://isqua.org/about.html> προσβάσιμη 4/4/2021
57. Joint Commission International <https://www.jointcommissioninternational.org/> προσβάσιμη 6/4/2021
58. Dale, G. (2003) *Managing Quality*. Ed. 4, Blackwell Publishing

59. Tummala, Rao V.M. Tang, C.L. (1996) *Strategic Quality Management Malcolm Baldrige and European Quality Awards and ISO 9000 Certification*. International Journal of Quality & Reliability Management 13: 8-38
60. Reimann, C.W. (1989) *The Baldrige award: Leading the way in quality initiatives*. Quality Progress 22 (7): 35-39
61. Garvin, D.A. (1991) *How the Baldrige award really works*. Harvard Business Review
62. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΚΑΤ https://www.kat-hosp.gr/ti_einai_to_kpa/ (πρσβάσιμη στις 30/4/2021)
63. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτοαξιολόγησης (2015) Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
64. Οδηγός εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (2017) Ε' έκδοση, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
65. Ζέρβας, Δ. (2020) *Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 12 (1): 8-21
66. Πολύζος, Ν. (2014) *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Κριτική
67. Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Υπουργείο Υγείας, Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ
68. Άρθρο 13 Καταστατικό ΟΔΠΥ Α.Ε. «Καταστατικό της ανώνυμης εταιρείας με την επωνυμία «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Ανώνυμη Εταιρεία» <http://www.opengov.gr/yyka/?p=3087>
69. Yesudhas, D. Srivastava, A., Grimaha, M.M (2020) *COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics*. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01516-2>
70. Chi Y.L., Regan, L. Nemzoff, C. Krubiner, C. Anwar, Y. Walker, D (2020) *Beyond COVID-19: A whole of health look at impacts during the pandemic response*. CGD Policy Paper 177
71. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
72. Kaye, A.D. Okeagu, C.N. Pham, A.D. Silva, R.A. Hurley, J.J. Arron B.L. Sarfraz, N. Lee, H.N. Ghali, G.E. Gamble, J.W. Liu, H. Urman, R.D. Cornett, E.M. *Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives*, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>

73. Leite, H. Lindsay, C. Kumar, M. (2020) 'COVID-19 outbreak: implications on healthcare operations', TQM Journal, 33 (1) 247-256. <https://doi.org/10.1108/TQM-05-2020-0111>
74. Burill, S. Betts, D. Kroll, A. Wheeler, T. Sower, J. (2020) *Implications of the COVID-19 crisis for the health care ecosystem: Gearing up for the next normal.* <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-implications-of-the-covid-19-crisis-for-the-health-care-ecosystem.pdf>
75. De la Mata, I. (2020) *European solidarity during the COVID-19 crisis: a perspective from the European Commission.* Eurohealth, 26 (2): 16-19
76. Kuhlen, R. Schmithausen, D. Winklmeier, C. Schick, J. Scriba, P. (2020) *The effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on routine hospital care for other illnesses.* Dtsch Arztebl Int, 117: 488–9. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0489
77. Tseng, V. (2021) *COVID-19 Healthcare Delivery Impacts* <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>
78. HM Government (2020) *Analysis of the health, economic and social effects of COVID-19 and the approach to tiering.* www.gov.uk/dhsc
79. American Hospital Association (2020) *Hospitals and health systems continue to face unprecedented financial challenges due to COVID-19* www.aha.org
80. Sagan, A. Thomas, S. McKee M. Karanikolos, M. Azzopardi-Muscat, N. De la Mata, I. Figueras, J. *COVID-19 and health systems resilience: Lessons going forwards.* Eurohealth, 26 (2): 20-24
81. Kluge, H. H. P. Nitzan, D. Azzopardi-Muscat, N. (2020) *COVID-19: Reflecting on experience and anticipating the next steps, a perspective from the WHO regional office for Europe.* Eurohealth, 26 (2): 13-15
82. United Nations Industrial Development Organization (UNIDO) (2020) *Quality Standards and their role in responding to COVID-19.* <https://www.unido.org/unidos-comprehensive-response-covid-19>
83. ΟΕΦ-42 : Διαδικασία για την αξιολόγηση Φορέων μέσω απομακρυσμένης αξιολόγησης λόγω εκτάκτων συνθηκών (COVID-19) <https://esyd.gr/main/diadikasia-gia-tin-axiologisi-foreon-meso-apomakrysmenis-axiologisis-logo-ektakton-synthikon-covid-19-esyd-oef-42/>
84. Pharmalex <https://www.pharmalex.com/auditing-during-covid-19-pandemic-how-do-we-keep-on-track/> προσβάσιμη στις 15/4/2020

85. Belfroid, E. Timen, A. Hilbink, M. Hulscher, M. E. J. L. (2015) *Selection of key recommendations for quality indicators describing good quality outbreak response*. BMC Infectious Diseases, 15: 166
86. ECDC, European Commission, WHO Europe. (2010) Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators.
87. Burlea- Schiopoiu, A. Ferhati, K. (2021) *The managerial implications of the key performance indicators in healthcare sector: A cluster analysis*. Healthcare 9(19) <https://doi.org/10.3390/healthcare9010019>
88. Coma, E. Mora, N. Mendez, L. Benitez, M. Hermosilla, E. Fabregas, M. Fina, F. Mercade, A. Flayeh, S. Guiriguet, C. Ballo, E. Martinez Leon, N. Mas, A. Cordomi, S. Lejardi, Y. Medina, M (2020) *Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 2:88 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia*. BMC Family Practice, 21: 208 <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>
89. AHQR (2020) User notification on COVID-19 impact on AHRQI QI Software
90. Khurshid, Z. De Brun, A. Moore, G. McAuliffe, E (2020) *Virtual adaptation of traditional healthcare quality improvement training in response to COVID-19: a rapid narrative review*. Hum Resour Health. 18:81 <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00527-2>
91. French, J. Kroll, M. Sharp, J. (2021) *Maintaining healthcare quality during COVID-19 and the future of care*. <https://www.himss.org/resources/maintaining-healthcare-quality-during-covid-19-and-future-care>
92. Ghosh, T. Gupta, K. Branagan, L. Freese, N. Parekh, A. (2020) *Defining quality in telehealth: An urgent pandemic priority* UCSF Health, UCSF School of Medicine <https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/defining-quality-in-telehealth-an-urgent-pandemic-priority>
93. Vinoya-Chung, C. Jalon H. S. Cho, H. J. Bajaj, K. Fleischman, J. Ickowicz, M. Nassis, E. Wei, L. S. Kaufman D. Xavier, G. Luong, K. DeOcampo M. Conley, G. Edwards III, D. Wei, E.K (2020) *Picking up the pieces: Healthcare quality in a post-COVID-19 world*. Health Security, 18(5) DOI: 10.1089/hs.2020.0120
94. <https://www.moh.gov.gr/>